

A decorative background consisting of a grid of grey dots, with several dots highlighted in red, scattered across the upper half of the page.

Das Korridormodell – relaunched

Ein Konzept zur Koordinierung
wohlfahrtsstaatlicher Politiken in der EU

KLAUS BUSCH
Juli 2011

- Die Grundidee des in den 1990er Jahren entwickelten Korridormodells ist die Wahrung des engen Zusammenhangs von ökonomischem und wohlfahrtsstaatlichem Entwicklungsniveau in den EU-Staaten. In Zeiten krisenbedingter radikaler Einschnitte in die sozialen Sicherungssysteme ist ein solcher europäischer Regulierungsansatz elementar. Mit diesem Konzept sollen darüber hinaus Sozialdumping zwischen den Staaten vermieden und sozialstaatliche Aufholprozesse der schwächer entwickelten Staaten ermöglicht werden.
- Das Korridormodell wurde ursprünglich mit Hilfe des Indikators »Sozialleistungsquote« entwickelt. Es lässt sich auf der Basis des Indikators »Sozialschutzausgaben pro Kopf in Kaufkraftstandards (KKS)«, der in einem extrem engen Zusammenhang zum »Pro-Kopf-Einkommen in KKS« steht, leichter darstellen. Anstelle mehrerer Korridore für verschiedene Einkommensgruppen von Ländern ist dann nur noch ein Korridor für alle Staaten erforderlich.
- Zwischen der Quantität des finanziellen Aufwandes und der Qualität der Leistungen besteht bei den verschiedenen Funktionen des Wohlfahrtsstaates ein enger Zusammenhang. Dies lässt sich empirisch auch für den Gesundheitssektor zeigen. Der quantitative Ansatz des Korridormodells steht damit nicht mit qualitativen Ansprüchen an den Wohlfahrtsstaat im Widerspruch.
- Auch die Kritik, das Korridormodell sei mit einer fortschrittlichen Wohlfahrtsstaatsphilosophie nicht zu vereinbaren, ist ein Missverständnis. Weder schreibt das Modell Höchstgrenzen für den Wohlfahrtsstaat vor, noch sanktioniert es diese.

Einleitung	3
1. Der Zusammenhang von ökonomischem und sozialem Fortschritt – das Korridormodell	4
1.1 Die Indikatoren »Sozialleistungsquote« und »Sozialschutzausgaben pro Kopf in KKS«	5
1.2 Die Verteilung der Sozialleistungen nach Funktionen	11
2. Der Zusammenhang von Quantität und Qualität in den Leistungen der Gesundheitssysteme der EU-Staaten	14
2.1 Ökonomisches Niveau und Gesundheitsausgaben	15
2.2 Indikatoren für die Qualität von Gesundheitsleistungen in den EU-Staaten	17
2.3 Konsequenzen für das Korridormodell	20
3. Methodische Probleme bei der Umsetzung des Korridormodells	21
3.1 Brutto- und Nettogrößen bei den Sozialschutzausgaben in der EU	21
3.2 Tatsächlicher und potenzieller Output: die Produktionslücke	22
3.3 Unterschiede in der Finanzierung des Wohlfahrtsstaates in der EU	24
4. Konzepte zur Koordinierung/Regulierung wohlfahrtsstaatlicher Politiken auf der europäischen Ebene	26
4.1 Mindeststandards	26
4.2 Sozialschlange	26
4.3 Offene Methode der Koordinierung (OMK)	27
4.4 Zur Kritik am Korridormodell	28
5. Ausblick	32
Literatur	34

Einleitung

Die Europäische Union befindet sich im Moment in der größten Integrationskrise seit ihren Anfängen. Der Ursprung dieser Krise liegt in der sehr speziellen Form der Wirtschafts- und Währungsunion (WWU), die mit dem Maastrichter Vertrag eingeführt wurde. Die Konstrukteure von Maastricht glaubten, eine währungspolitische Integration ohne eine wirtschaftspolitische Integration, eine Währungsintegration ohne eine europäische Sozialverfassung in Angriff nehmen zu können. Eine Gruppe unter den Befürwortern dieses Konstruktionsplans war der Auffassung, dass die Währungsintegration ein erster Schritt zur Vertiefung der ökonomischen und sozialen Integration der Union sei, dem im Zuge von notwendigen Spill-over-Prozessen¹ bald weitere Vertiefungsschritte folgen würden, um die genannten Asymmetrien aufzuheben. Eine andere Gruppe unter den Anhängern des Maastrichter Vertrages vertrat die neoliberale Position, dass der beschrittene Weg genau das richtige Konzept sei, um in der EU eine vor allem monetäre Wirtschaftspolitik zu betreiben, da die Fiskalpolitik ohnehin überholt sei. Sie hoffte ferner, dass das Maastrichter System die nationalen Lohn-, die Sozial- und die Steuerpolitiken in ein Wettbewerbsverhältnis setzen würde und sich dadurch in Europa ein schlanker Wohlfahrts- und Steuerstaat sowie eine moderate Lohnpolitik etablieren ließen. Kritiker des Maastrichter Weges bezweifelten die unterstellte Spill-over-Dynamik und wiesen darauf hin, dass das Projekt einer gemeinsamen Währung ohne deren Einbettung in eine echte politische, wirtschaftliche und soziale Union zum Scheitern verurteilt sein werde.

Die Entwicklung des Integrationsprozesses seit Anfang der 1990er Jahre und vor allem die momentane tiefe Krise der Eurozone offenbaren, dass das Maastrichter Projekt ein Irrweg war, das den Integrationsprozess insgesamt gefährdet. Es geht jetzt darum, aus den Fehlern zu lernen, und durch mutige Schritte in Richtung Politischer Union, durch die Einführung einer Europäischen Wirtschaftsregierung sowie die Etablierung von europäischen Koordinierungskonzepten in der Lohn-, Sozial- und Steuerpolitik die Defekte der Maastrichter Konstruktion zu heilen. Gelingt dies nicht, wird das Projekt der WWU über kurz oder lang ohne Zweifel scheitern.

Der folgende Text versteht sich in diesem Zusammenhang als ein Beitrag zur Diskussion eines Konzepts zur Vertiefung der sozialen Integration der Union. Das Korridormodell, auch sozialer Stabilitätspakt² genannt, ist ein auf der europäischen Ebene angesiedelter Koordinierungsmechanismus, der sicherstellen will, dass in der EU eine enge Beziehung zwischen ökonomischem und sozialem Fortschritt aufrechterhalten bleibt, der europäische Wettbewerb der Wohlfahrtsstaaten und damit Sozialdumping vermieden wird und der ökonomische und soziale Integrationsprozess in Europa Hand in Hand gehen. Das Korridormodell ist Ende der 1990er Jahre entwickelt worden. Es hat in der Sozialdemokratie und bei den Gewerkschaften in Europa eine gewisse Anerkennung gefunden, ist aber auch auf Kritik gestoßen. Die momentane Krise des Integrationsprozesses sowie die Gefahr, dass im Zuge der fiskalpolitischen Konsolidierungsmaßnahmen vieler EU-Staaten der Wohlfahrtsstaat erodiert, sollte Anlass genug sein, einem sozialpolitischen Koordinierungskonzept in der EU einen neuen politischen Schub zu verleihen. Zu diesem Zweck sollen in dieser Arbeit das Korridormodell noch einmal kritisch überprüft, mögliche Probleme bei der Umsetzung des Konzepts benannt und Lösungsansätze aufgezeigt werden.

Im ersten Kapitel wird das Korridormodell auf der Basis aktueller ökonomischer und sozialer Daten vorgestellt. Dabei werden nicht nur neue Regressionen über den Zusammenhang von Sozialleistungsquoten und dem Pro-Kopf-Einkommen in den EU-Staaten seit Ende der 1990er Jahre vorgestellt, sondern auch ein weiterer Indikator präsentiert: die Regression zwischen den Sozialschutzausgaben pro Kopf in Kaufkraftstandards (KKS) sowie dem Pro-Kopf-Einkommen in KKS in den Mitgliedstaaten der Union seit dem Jahre 2001. Dieser neue Indikator für das Korridormodell zeigt einen erstaunlich engen Zusammenhang zwischen ökonomischem und sozialem Entwicklungsniveau. Danach »erklärt« die Variation des Pro-Kopf-Einkommens in KKS zu fast 90 Prozent die Variation der Sozialschutzausgaben pro Kopf in KKS. Diese Beziehung ist in den Jahren 2001, 2005 und 2007 fast unverändert eng, und zwar für die gesamte EU-26 (ohne Luxemburg). Des Weiteren analysiert dieses erste Kapitel die Verteilung der Sozialausgaben auf die verschiede-

1. Von »Spill-over-Prozess« wird gesprochen, wenn ein Integrations-schritt in einem Politikfeld, z. B. die Verwirklichung der Währungsintegration, weitere Integrationsschritte in anderen Feldern nach sich zieht, z. B. im Bereich der Sozialpolitik.

2. Ursprünglich war der Begriff »sozialer Stabilitätspakt« im Kontext der Europadebatten der SPD ein Synonym für das »Korridormodell«. Später wurde der Begriff erweitert und umfasst heute mehrere zusätzliche Integrationsschritte, wie das Korridormodell, europäische Mindestlöhne und europäische Mindeststeuersätze.



nen Funktionen, wie Renten, Gesundheitsausgaben, Familienausgaben und Arbeitslosenunterstützung, um das alles beherrschende Gewicht der Renten- und Gesundheitsausgaben zu verdeutlichen.

Im zweiten Kapitel wird der Zusammenhang von Quantität der sozialstaatlichen Ausgaben und Qualität der sozialpolitischen Ergebnisse am Beispiel des Gesundheitssektors diskutiert. Diese Beziehung zwischen Quantität und Qualität des Wohlfahrtsstaates ist in vielen Diskussionen über das Korridormodell als rein »quantitativem« Konzept immer wieder geltend gemacht worden. Bereits ein Determinationskoeffizient von fast 90 Prozent deutet auf eine äußerst enge Beziehung zwischen Quantität und Qualität hin, denn warum sollten die Mitgliedstaaten mit zunehmendem Reichtum immer mehr finanzielle Mittel für den Wohlfahrtsstaat aufwenden, und zwar absolut und relativ, wenn sie qualitative Verbesserungen auch durch den Einsatz geringerer Ressourcen erreichen könnten. Darüber hinaus kann in diesem Kapitel gezeigt werden, dass die Indikatoren für die qualitativen Ergebnisse der Gesundheitsausgaben in enger Beziehung zur Höhe der Gesundheitsausgaben stehen. Das wird vor allem daran deutlich, dass nicht nur zwischen den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOEL) und dem Rest der EU ein großer Unterschied in der Qualität der nationalen Gesundheitssektoren besteht, sondern darüber hinaus ein deutliches Gefälle in der Qualität der Leistungen zwischen denjenigen Ländern unter den MOEL zu registrieren ist, die deutlich mehr beziehungsweise deutlich weniger finanzielle Ressourcen für den Gesundheitsbereich mobilisieren.

Kapitel 3 erörtert einige Probleme, die bei der Umsetzung des Korridormodells zu berücksichtigen wären. Es geht erstens um die Differenz von Brutto- und Nettogrößen in den Sozialschutzausgaben. Die EU-Staaten belegen die Sozialausgaben – wie die vorgelegten Zahlen zeigen – im unterschiedlichen Maße mit Beiträgen und Steuern. Hier gilt es, ein Nettokzept für die Festlegung der Ausgaben im Korridormodell zu entwickeln. Des Weiteren muss bei der Ermittlung der Referenzgröße für die Sozialschutzausgaben, das Pro-Kopf-Einkommen in KKS, nicht der tatsächliche Output, sondern der Potenzialoutput der Mitgliedstaaten herangezogen werden, um konjunkturelle Verzerrungen zu vermeiden. Das Kapitel diskutiert die methodischen Probleme, die bei der Erfassung des Potenzialoutputs zu berücksichtigen sind. Schließlich finanzieren die Mitgliedstaaten der EU ihren

Wohlfahrtsstaat aus unterschiedlichen Einkommensquellen. Die Finanzierung der Sozialleistungen durch die drei Quellen – Empfänger der Leistungen, Unternehmen und Staat – variiert von Land zu Land. Das Kapitel ermittelt die diesbezüglichen Daten und diskutiert einen Lösungsansatz für die Berücksichtigung dieses Problems im Korridormodell.

Kapitel 4 stellt unterschiedliche Konzepte zur Koordinierung der wohlfahrtsstaatlichen Politiken in der EU vor (Mindeststandards, Sozialschlange, Offene Methode der Koordinierung) und diskutiert deren Vorzüge und Schwächen. In diesem Zusammenhang werden auch die kritischen Einwände gegen das Korridormodell reflektiert, die Anwendung des Modells auf den neuen Indikator erläutert und das Problem eines Sanktionsmechanismus erörtert.

Im kurzen abschließenden Ausblick wird die These vertreten, dass ohne politische Ansätze zur Lösung der verschiedenen Krisenherde in der Weltwirtschaft und ohne politische Konzepte zur Überwindung der Defekte der WWU das Modell des Wohlfahrtsstaates, wie es in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts etabliert wurde, und damit das Europäische Sozialmodell, keine Zukunft haben werden.

1. Der Zusammenhang von ökonomischem und sozialem Fortschritt – das Korridormodell

Das Korridormodell wurde Mitte der 1990er Jahre im Rahmen der »Schwerpunktcommission Europa« beim SPD-Bundesvorstand entwickelt. Das Konzept war Bestandteil des Leitantrages zur Europapolitik des Parteitag in Hannover im Dezember 1997. Es basiert auf der empirischen Beobachtung eines sehr engen Zusammenhangs zwischen dem ökonomischen Entwicklungsniveau von elf EG-Staaten (gemessen am Pro-Kopf-Einkommen) und ihrem sozialen Entwicklungsniveau (gemessen an der Sozialleistungsquote) in den 1990er Jahren. Das Bestimmtheitsmaß über den Zusammenhang von Pro-Kopf-Einkommen und Sozialleistungsquote lag im Jahre 1993 unter elf EG-Staaten bei 81 Prozent (Busch 1998). Vor diesem Hintergrund sollte der soziale Stabilitätspakt für verschiedene Gruppen von EG-Staaten je nach Entwicklungsniveau Bandbreiten für die Variation der Sozialleistungsquoten festlegen, um zu verhindern, dass aufgrund des innereuropäischen Wettbewerbs der



soziale Fortschritt vom ökonomischen Fortschritt abgekoppelt wird und dadurch Praktiken des Sozialdumpings wirksam werden.

Durch die Vereinbarung derartiger Korridore sollte Folgendes erreicht werden:

- Einer Politik des Sozialdumpings wäre ein Riegel vorgeschoben. Einzelne Länder könnten sich durch eine, an ihrem Einkommensniveau gemessene, unterdurchschnittliche Sozialleistungsquote keine Wettbewerbsvorteile verschaffen.
- Die schwächer entwickelten Volkswirtschaften würden durch diese Form der sozialpolitischen Regulierung ökonomisch nicht überfordert. Sie hätten nur das Niveau an Sozialleistungen bereitzustellen, das sie sich angesichts ihres Einkommensniveaus »leisten« können.
- Im Zuge des ökonomischen Aufholprozesses der schwächer entwickelten Länder würden sich die Sozialleistungsquoten in der EU annähern; die Aufwendungen für Alter, Krankheit, Erwerbsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit würden sich nicht nur relativ, sondern langfristig gegebenenfalls auch absolut angleichen. Die Korridore der unteren und mittleren Einkommensgruppen würden also auf der Regressionslinie nach oben wandern.
- Die quantitative Regulation der Sozialpolitik würde sich auf der EU-Ebene zunächst auf ein Minimum beschränken, redistributive Elemente wären nicht vorgesehen. Da auf diese Weise nur die aggregierten Größen (Sozialleistungsquoten) reguliert wären, bliebe im Sinne des Subsidiaritätsprinzips die Autonomie der EU-Staaten bei der Verteilung der Sozialausgaben auf die verschiedenen Leistungen (Renten, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Familienunterstützung) unberührt.

Nachdem das Korridormodell anfangs in der SPD auf Interesse stieß, verschwand es mit dem Sieg der Agenda 2010 unter Gerhard Schröder in der Versenkung, denn es stand im diametralen Gegensatz zur deregulatorischen Programmatik, welche die Regierungszeit der rot-grünen Koalition bestimmen sollte. In dem Maße jedoch, wie die negativen Konsequenzen des europäischen Integrationsprozesses im Zuge der sozial nicht flankierten Projekte der Wirtschafts- und Währungsunion sowie der Osterweiterung sichtbar wurden, entwickelte sich Mitte des letzten Jahrzehnts erneut Interesse an der Idee des sozialen Sta-

bilitätspakts. Das galt zunächst für den linken Flügel der SPD, dann aber auch für die Gewerkschaften ver.di und IG Metall, die ihren bis dato affirmativen Kurs gegenüber der europäischen Integration zunehmend hinterfragten. Im Ergebnis wurde der soziale Stabilitätspakt Teil der europapolitischen Thematik im Hamburger Parteiprogramm der SPD und der europapolitischen Grundsatzpapiere der IG Metall und von ver.di. Auch im europäischen Gewerkschaftsverband der Dienstleistungsgewerkschaften des Privatsektors, Uni Europa, hat nach einem einjährigen Diskussionsprozess im Jahre 2009 das Korridormodell als ein politisches Konzept Unterstützung gefunden, das in diesem Verband weiter diskutiert und verfolgt werden soll. Ebenso hat die Sozialdemokratische Partei Europas (SPE) auf ihrem Prager Kongress im Jahre 2009 diese Idee unter dem Begriff *Social Progress Pact* adoptiert (Hacker/Maass 2010).

Gleichzeitig ist das Modell aber immer auch auf Bedenken gestoßen, wobei sich der Haupteinwand auf den quantitativen Ansatz des Konzepts bezieht, das qualitative Aspekte vernachlässige und insofern mindestens der Ergänzung bedürfe. Die Frage des Zusammenhangs von Quantität und Qualität der Sozialleistungen ist Gegenstand des zweiten Kapitels, aber bereits aus der folgenden Darstellung der quantitativen Beziehung zwischen der Sozialleistungsquote bzw. den Sozialschutzausgaben pro Kopf und dem BIP pro Kopf lassen sich Rückschlüsse in Bezug auf die Qualitätsfrage ziehen.

1.1 Die Indikatoren »Sozialleistungsquote« und »Sozialschutzausgaben pro Kopf in KKS«

Die Beziehung zwischen der Sozialleistungsquote und dem Pro-Kopf-Einkommen in der EU ist in den Graphen 1 und 2 sowie den Tabellen 1 und 2 für 26 Staaten (ohne Luxemburg) für die Jahre 2001 und 2007 dargestellt.

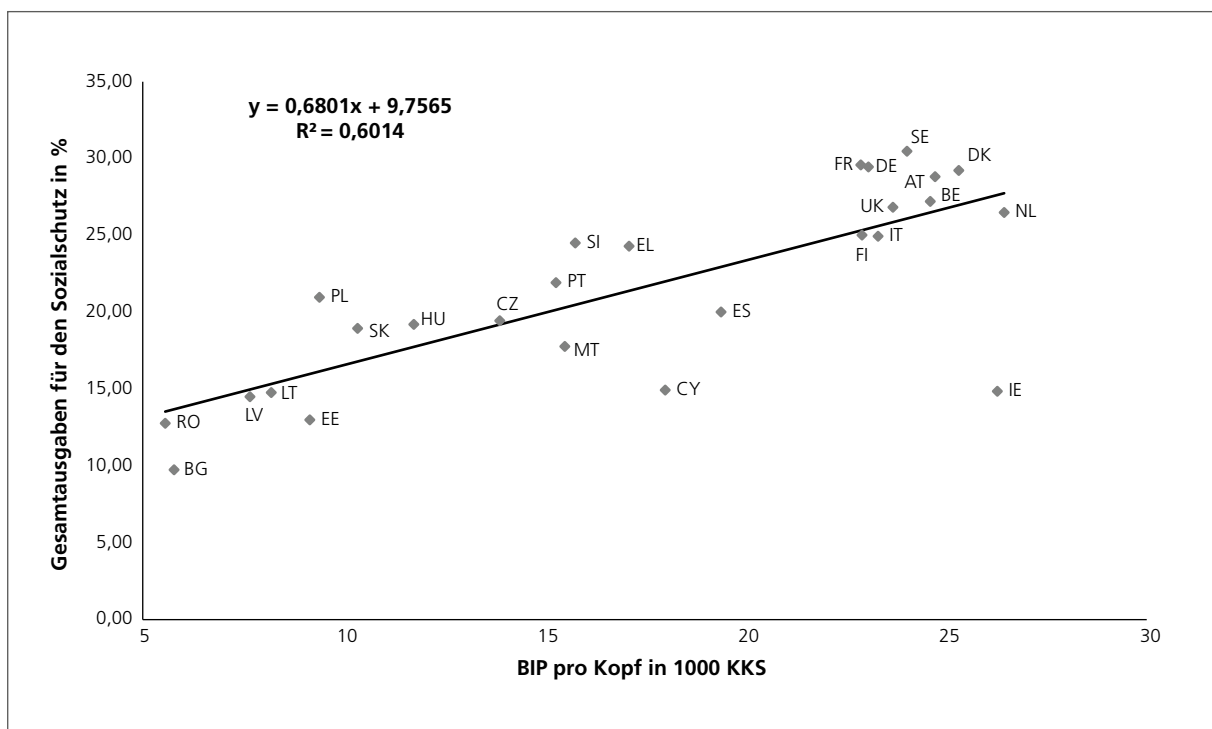
Im Jahre 2001 beträgt das Bestimmtheitsmaß immerhin noch 60 Prozent, wird also die Variation der Sozialleistungsquote noch zu 60 Prozent aus der Variation des Pro-Kopf-Einkommens »erklärt«. Das ist zwar ein geringerer Wert als die 81 Prozent für die EG-11 im Jahre 1993, aber erstens hat sich die Zahl der Staaten bis 2001 erheblich erhöht und zweitens sind die Sozialleistungsquoten als Resultat der Wohlfahrtsstaatsreformen in den Staaten der EG von 1993 bis 2001 überwiegend gefallen, und zwar in den Niederlanden um sieben Punkte, in Irland

um sechs, in Dänemark und Spanien um vier, in Deutschland um zwei Punkte, und in Italien und Großbritannien um einen Punkt. In Griechenland ist der Wert um acht Punkte gestiegen, in Portugal um vier Punkte, während die Quote in Belgien konstant geblieben ist.

Begriffsklärung: Die EU-Staaten haben sich bei der Definition und Erfassung der wohlfahrtsstaatlichen Ausgaben auf ein System verständigt, das ESSPROS genannt wird: European System of Integrated Social Protection Statistics (Eurostat 2008). Damit ist in der EU sowohl eine einheitliche Definition der verschiedenen Leistungen des Wohlfahrtsstaates als auch eine harmonisierte statistische Erfassung der Einnahmen und Ausgaben für die verschiedenen Funktionen gewährleistet.

Die Begriffe Sozialleistungen und Sozialschutzausgaben umfassen beide die Geld- und Sachübertragungen der Sozialschutzsysteme an private Haushalte und Einzelpersonen für bestimmte Lasten. Unter den Sozialschutzausgaben werden im Unterschied zu den Sozialleistungen auch die Verwaltungskosten der Sozialschutzsysteme mit erfasst. Bei den Berechnungen der Sozialleistungsquote in diesem Text werden die Sozialschutzausgaben herangezogen. Streng genommen müsste deshalb von einer Sozialschutzquote gesprochen werden.

Graphik 1: Regression Gesamtausgaben für den Sozialschutz in Prozent des BIP in Relation zum BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU) 2001



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat

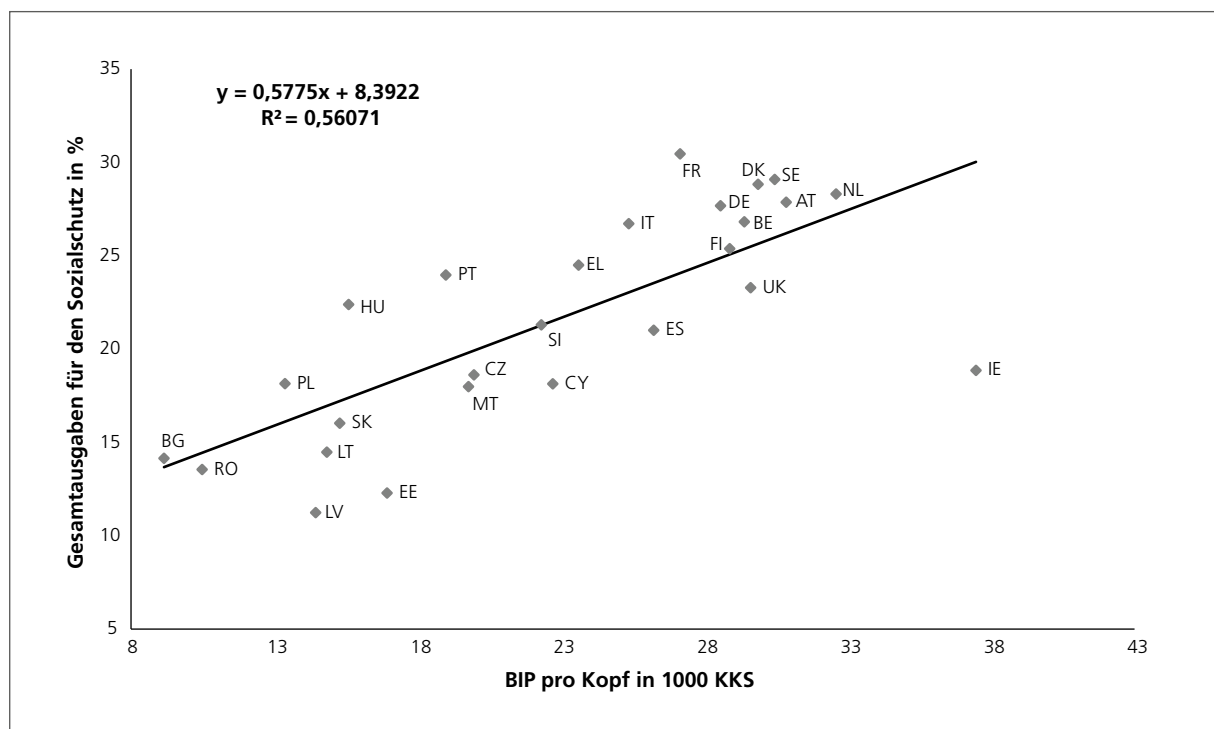


Tabelle 1: Gesamtausgaben für den Sozialschutz in Prozent des BIP und BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU) 2001

Länder	Gesamtausgaben für den Sozialschutz in Prozent des BIP	BIP pro Kopf in 1000 KKS	Länder	Gesamtausgaben für den Sozialschutz in Prozent des BIP	BIP pro Kopf in 1000 KKS
BE	27,21	24,61	LT	14,77	8,2
BG	9,75	5,78	HU	19,21	11,75
CZ	19,45	13,89	MT	17,78	15,51
DK	29,23	25,32	NL	26,49	26,45
DE	29,45	23,07	AT	28,82	24,73
EE	13,00	9,16	PL	20,97	9,4
IE	14,86	26,28	PT	21,93	15,29
EL	24,30	17,11	RO	12,78	5,56
ES	20,02	19,4	SI	24,51	15,77
FR	29,59	22,88	SK	18,95	10,35
IT	24,95	23,31	FI	25,02	22,91
CY	14,94	18,01	SE	30,48	24,03
LV	14,50	7,67	UK	26,83	23,68

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat

Graphik 2: Regression Gesamtausgaben für den Sozialschutz in Prozent des BIP in Relation zum BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU) 2007



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat

Tabelle 2: Gesamtausgaben für den Sozialschutz in Prozent des BIP und BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU) 2007

Länder	Gesamtausgaben für den Sozialschutz in Prozent des BIP	BIP pro Kopf in 1000 KKS
BE	26,82	29,39
BG	14,15	9,15
CZ	18,62	19,96
DK	28,83	29,87
DE	27,68	28,56
EE	12,29	16,93
IE	18,86	37,47
EL	24,5	23,61
ES	21,01	26,23
FR	30,46	27,15
IT	26,72	25,36
CY	18,14	22,71
LV	11,24	14,44
LT	14,48	14,83
HU	22,39	15,59
MT	17,99	19,77
NL	28,31	32,59
AT	27,87	30,85
PL	18,15	13,37
PT	23,97	18,98
RO	13,55	10,48
SI	21,3	22,31
SK	16,03	15,28
FI	25,38	28,88
SE	29,09	30,45
UK	23,29	29,61

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat

Gemessen am Abstand zur Regressionsgeraden haben 2001 folgende Staaten weit überdurchschnittliche Quoten: Griechenland, Portugal, Ungarn, Polen, Slowenien, die Slowakei, Frankreich, Dänemark, Deutschland, Österreich und Schweden. Weit unterdurchschnittliche Werte verzeichnen: Bulgarien, Estland, Zypern, Malta, Spanien und Irland.

Im Jahre 2007³ lag der Determinationskoeffizient nur noch bei 56 Prozent, ist also weiter gefallen. Von 2001 bis 2007 ist die Sozialleistungsquote in der EU-27 um einen Punkt gesunken. Überdurchschnittlich ist die Quote in Deutschland, Lettland, Polen, Slowenien, der Slowakei, Schweden und Großbritannien zurückgegangen. Um mehr als einen Punkt gestiegen ist die Quote in: Bulgarien, Irland, Italien, Zypern, Ungarn, den Niederlanden und Portugal. Unter den Problemländern mit stärkerer Abweichung von der Regressionsgerade nach unten befinden sich jetzt die drei baltischen Staaten, Zypern, Spanien, Großbritannien und Irland. Eine überdurchschnittliche Abweichung nach oben ist 2007 für Ungarn, Portugal, Italien, Dänemark, Schweden, Deutschland und vor allem Frankreich zu registrieren.

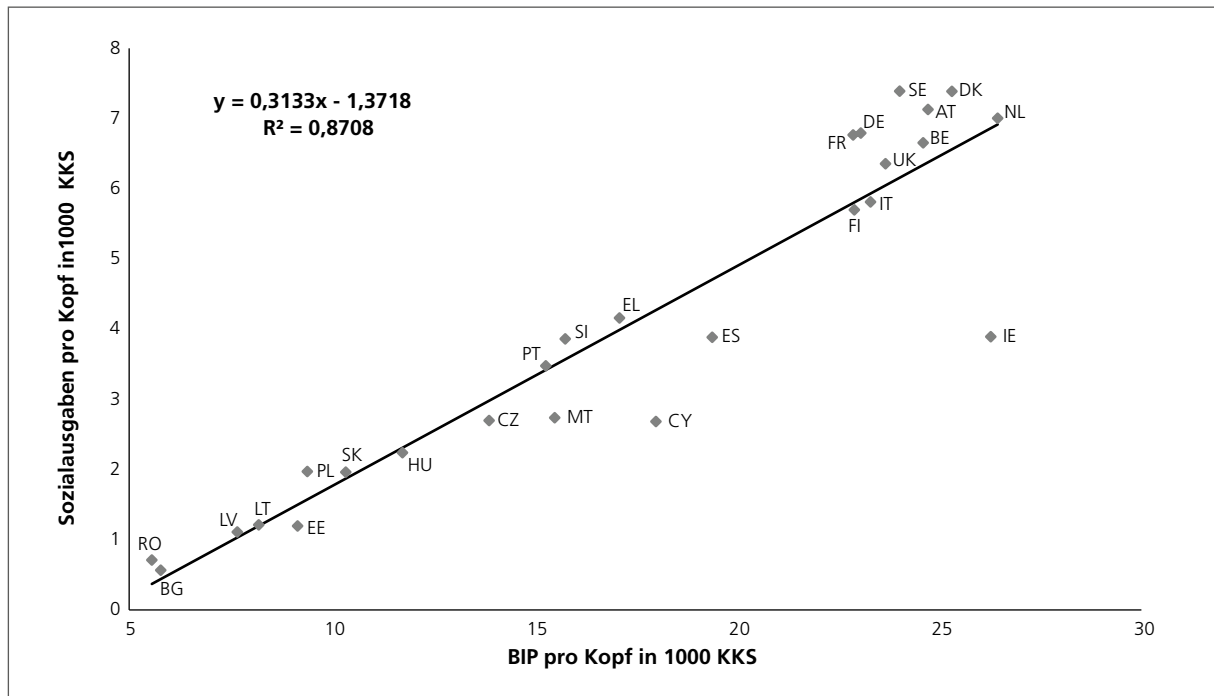
Insgesamt lässt sich aus diesen Befunden die Notwendigkeit einer Regulierung auf der europäischen Ebene im Sinne des Korridormodells begründen. Der mittlere Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Einkommen und Sozialleistungsquote ist weiter auf dem Rückmarsch, bei steigendem Pro-Kopf-Einkommen ist die Quote in diesem Zeitraum rückläufig und die Zahl der Problemländer ist angestiegen. Insbesondere die Situation in Irland, Spanien und Großbritannien, die alle drei in der Krise massive Austeritätsprogramme zu Lasten des Wohlfahrtsstaates aufgelegt haben, aber auch die Lage in vielen Ländern Mittel- und Osteuropas verlangt nach einer Lösung zur Stabilisierung des Europäischen Sozialmodells.

Bislang wurde für das Korridormodell der Indikator »Sozialleistungsquote« verwendet. Dies sollte nach neuesten Veröffentlichungen von Eurostat jedoch überdacht werden. Es liegen jetzt für die 2000er Jahre auch Daten für den Indikator »Sozialschutzausgaben pro Kopf in KKS« vor. Mit Hilfe dieser Daten lässt sich nun auch die Regression »Sozialschutzausgaben pro Kopf in KKS« in Relation zum »Pro-Kopf-Einkommen in KKS« berechnen. Für die Jahre 2001 und 2007 sind die Ergebnisse dieser Berechnungen in den Graphiken 3 und 4 sowie in den Tabellen 3 und 4 dargestellt. Das Ergebnis ist insofern erstaunlich, als für 2001 ein Bestimmtheitsmaß von 87 Prozent und für 2007 ein Wert von 86 Prozent ausgewiesen wird. Das bedeutet, dass der Zusammenhang von ökonomischem

3. Die Regressionsrechnungen enden im Jahre 2007, weil die Daten ab 2008 sehr stark durch den deutlichen Einbruch der Wirtschaftsleistung in vielen EU-Staaten (BIP pro Kopf) beeinträchtigt sind. Es wären deshalb konjunkturbereinigte Berechnungen erforderlich, die aber bislang nicht vorliegen (siehe Kapitel 3.2).

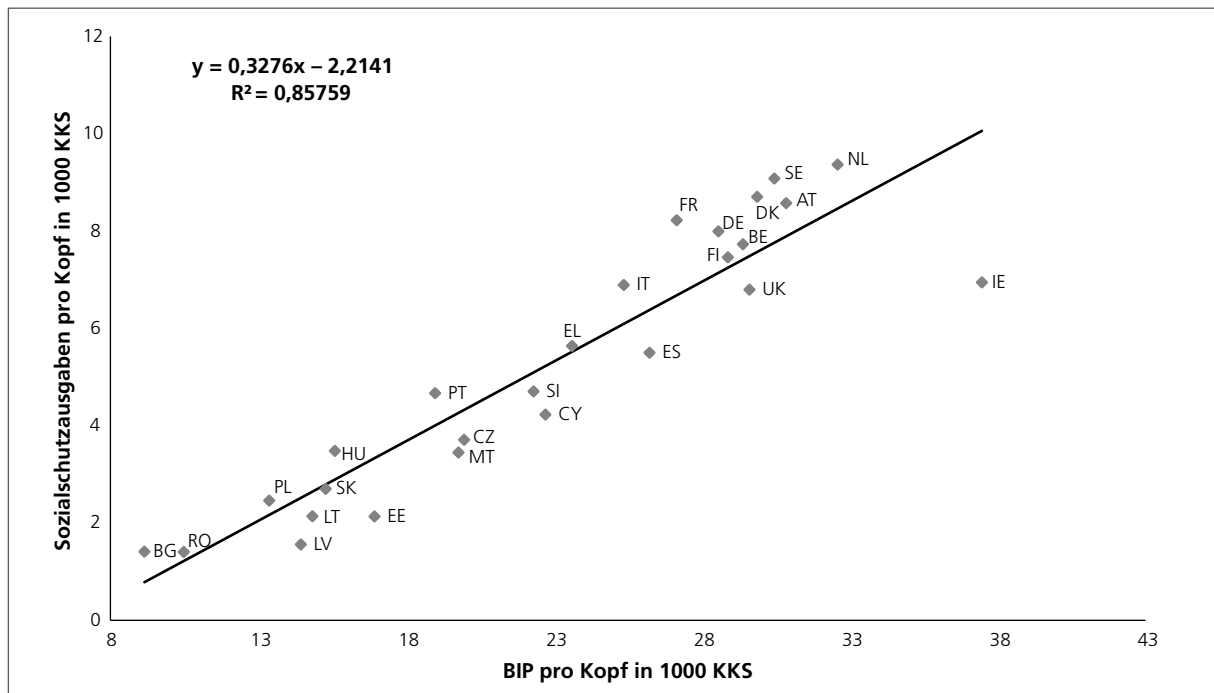


Graphik 3: Regression Sozialschutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS in Relation zum BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU) 2001



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat

Graphik 4: Regression Sozialschutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS in Relation zum BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU) 2007



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat



Tabelle 3: Sozialschutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS und BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU) 2001

Länder	Sozialschutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS	BIP pro Kopf in 1000 KKS
BE	6,654	24,61
BG	0,566	5,78
CZ	2,698	13,89
DK	7,387	25,32
DE	6,793	23,07
EE	1,196	9,16
IE	3,892	26,28
EL	4,159	17,11
ES	3,884	19,4
FR	6,766	22,88
IT	5,812	23,31
CY	2,684	18,01
LV	1,11	7,67
LT	1,212	8,2
HU	2,24	11,75
MT	2,738	15,51
NL	7,004	26,45
AT	7,129	24,73
PL	1,972	9,4
PT	3,477	15,29
RO	0,711	5,56
SI	3,861	15,77
SK	1,963	10,35
FI	5,699	22,91
SE	7,39	24,03
UK	6,356	23,68

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat

Entwicklungsniveau und Niveau des Wohlfahrtsstaates nach wie vor äußerst eng ist und wesentlich größer als die mit Hilfe der Sozialleistungsquote berechneten Daten suggerieren. Der Unterschied zwischen den beiden Berechnungen kann wie folgt erklärt werden: Der Determinationskoeffizient ist bei den Berechnungen mit dem Indikator »Sozialleistungsquote« geringer, weil hier die Sozialschutzausgaben zunächst in Beziehung zum Ein-

Tabelle 4: Sozialschutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS und BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU) 2007

Länder	Sozialschutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS	BIP pro Kopf in 1000 KKS
BE	7,73	29,39
BG	1,41	9,15
CZ	3,71	19,96
DK	8,70	29,87
DE	7,99	28,56
EE	2,14	16,93
IE	6,95	37,47
EL	5,64	23,61
ES	5,50	26,23
FR	8,22	27,15
IT	6,89	25,36
CY	4,23	22,71
LV	1,56	14,44
LT	2,14	14,83
HU	3,48	15,59
MT	3,45	19,77
NL	9,37	32,59
AT	8,57	30,85
PL	2,46	13,37
PT	4,67	18,98
RO	1,41	10,48
SI	4,70	22,31
SK	2,70	15,28
FI	7,46	28,88
SE	9,08	30,45
UK	6,796	29,61

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat

kommen gesetzt werden, um dann in der Regression noch einmal auf das Einkommen bezogen zu werden. Die Größe »Einkommen« verliert durch diese doppelte »Spiegelung« an »Erklärungskraft«.

Der äußerst enge Zusammenhang zwischen dem ökonomischen und dem sozialen Entwicklungsniveau, den diese Zahlen verdeutlichen, offenbart auch, dass der Ein-

wand gegen das Korridormodell, man könne mit denselben quantitativen Ausgaben unterschiedliche Niveaus in der Qualität der wohlfahrtsstaatlichen Leistungen erzielen, im Widerspruch zu den empirischen Daten steht. Wenn dieser Einwand richtig wäre, hätten die höher entwickelten Staaten, die nicht nur absolut, sondern auch relativ immer mehr finanzielle Mittel für den Wohlfahrtsstaat aufwenden, gerade vor dem Hintergrund der Staatsverschuldung und der Haushaltskrisen schon längst Strategien zum Ausschöpfen von Sparpotenzialen entwickelt. Dass sie dies nur im geringen Maße tun, macht deutlich, dass eine Steigerung der Qualität der Leistungen des Wohlfahrtsstaates im Wesentlichen nur durch den Einsatz vermehrter finanzieller Ressourcen zu erzielen ist. In Kapitel 2 wird am Beispiel des Gesundheitssektors gezeigt werden, dass tatsächlich zwischen der Qualität der Leistungen und der Quantität der Aufwendungen ein enger Zusammenhang besteht.

Als Problemländer mit unterdurchschnittlichen Sozialschutzausgaben werden bei den neuen Berechnungen 2001 die Länder Irland, Spanien, Zypern, Malta, Tschechien und Estland sichtbar, wenngleich dies »optisch« in der Abbildung der Regression wegen des generell engeren Zusammenhangs zum Einkommen nicht so deutlich sichtbar ist wie bei den Berechnungen mit Hilfe des Indikators »Sozialleistungsquote«.

Bis zum Jahre 2007 gibt es beim mittleren Zusammenhang ein Absinken des Bestimmtheitsmaßes von 87 auf 86 Prozent. Zu den Problemländern gehören jetzt: Irland, Spanien, Großbritannien, Zypern, Malta, Tschechien, Slowenien und die drei baltischen Staaten. Die Zahl der Länder mit Abweichungen nach unten ist damit von sechs auf zehn gestiegen.

Angesichts dieses sehr engen Zusammenhangs zwischen den Sozialschutzausgaben pro Kopf und dem Pro-Kopf-Einkommen ließe sich das Korridormodell auf den Indikator »Sozialschutzausgaben pro Kopf in KKS« sehr leicht anwenden. Für jeden Wert des Pro-Kopf-Einkommens in KKS könnte ein Korridor an Sozialschutzausgaben pro Kopf in KKS festgesetzt werden, der von den einzelnen Staaten einzuhalten wäre (zu den Details dieser Festlegungen, der Bedeutung der Ober- und Untergrenzen und möglichen Ausnahmeregelungen vergleiche Kapitel 4).

1.2 Die Verteilung der Sozialleistungen nach Funktionen

In den Tabellen 5 und 6 sind die Verteilung der sozialstaatlichen Ausgaben auf die verschiedenen Funktionen in der EU-27 für die Jahre 2001 und 2007 erfasst worden: Krankheit/Gesundheit, Invalidität/Gebrechen, Alter, Hinterbliebene, Familien, Arbeitslosigkeit und Armut.

Es wird zunächst deutlich, dass auf die beiden Bereiche Gesundheit und Renten (Krankheit, Invalidität, Alter, Hinterbliebene) in der EU-27 im Mittel mehr als 80 Prozent aller Ausgaben entfallen. Die Familienleistungen erreichen einen Anteil von acht Prozent, für die Arbeitslosigkeit werden fünf bis sechs Prozent der Ausgaben verwendet.

Zudem zeigt sich, dass bei der Verteilung der Leistungen nach Funktionen in der EU große Unterschiede bestehen. So geben zum Beispiel einige Staaten Süd- und Südosteuropas (Italien, Griechenland, Bulgarien, Malta und Portugal) 50 bis 60 Prozent ihrer sozialstaatlichen Leistungen für die Funktionen Alter und Hinterbliebene aus, wobei Italien der eindeutige Spitzenreiter mit 61 Prozent ist. Dagegen sind die Ausgaben für den Gesundheitssektor, vor allem aber für die Familien und die Arbeitslosen in Italien unterdurchschnittlich.

Eine ähnliche Verteilung der Ausgaben wie in Italien zeigt sich in Polen, wo für die Renten (Alter, Hinterbliebene) ebenfalls 60 Prozent der Ausgaben getätigt werden. Trotz der weit überdurchschnittlichen Arbeitslosigkeit gibt dagegen Polen nur zwei Prozent seiner Mittel für diese Funktion aus. Was die Ausgaben für die Arbeitslosigkeit anbelangt, fällt ohnehin auf, dass sehr viele Staaten in Mittel- und Osteuropa trotz einer überdurchschnittlichen Betroffenheit nur unterdurchschnittliche Leistungen erbringen. Nachdem in der Transformationskrise bis Mitte der 1990er Jahre die Arbeitslosigkeit in den MOEL dramatische Ausmaße annahm, wurden die Leistungen für die Arbeitslosen stark gekürzt und gleichzeitig die Politik der Frühverrentungen intensiviert (Baum-Ceisy/Busch/Hacker/Nospickel 2008). Hohe Arbeitslosenquoten sind in der EU – entgegen vielfach anzutreffender Meinungen – nicht mit hohen Ausgaben für den Wohlfahrtsstaat verbunden, im Gegenteil. Regressionsanalytisch zeigt sich vielmehr, dass die sozialstaatlichen Ausgaben mit steigender Arbeitslosigkeit abnehmen, der Zusammenhang also negativ ist. Dies ergibt sich daraus, dass



Tabelle 5: Verteilung der Sozialschutzausgaben auf die einzelnen Funktionen, EU-27, 2001

2001	Alter	Arbeits- losigkeit	Familie und Kinder	Hinter- bliebene	Invalidditt/ Gebrechen	Krankheit/ Gesundheits- versorgung	Soziale Exklusion	Wohnung
EU-27	39,3	6	8,1	7	8,2	28,1	1,2	2,1
EU-15	39,1	6,1	8,2	6,9	8,1	28,2	1,2	2,2
BE	34,2	11,5	8,2	10,6	9,4	24,3	1,6	0,2
BG	77,9	0	5,7	6,9	5,9	3,6	0	0,0
CZ	38,3	3,2	8,2	4,7	8	34,3	2,7	0,6
DK	37,9	10	13,3	0	12,5	20,3	3,7	2,3
DE	34,1	7,4	11	8,5	7,7	29,6	0,5	1,1
EE	19,1	1,4	11,5	1,7	8,2	31,9	2,3	0,6
IE	19,1	8,6	14,5	5,6	5,2	42,7	2	2,3
EL	48,1	6	6,7	3,3	5	25,8	2,3	2,8
ES	33,8	12,4	4,7	10,1	7,7	29,7	0,7	0,9
FR	38,5	7,1	9	5,9	5,9	29,1	1,5	3,1
IT	51,6	1,6	4,1	10,6	5,8	26,1	0,2	0,1
CY	40,1	6,8	8,2	6,7	3,8	26,6	4,1	3,6
LV	54	3,7	10,2	2,8	7,8	20	0,7	0,7
LT	43,1	2,1	8,3	4,3	8,8	30	3,2	0,0
LU	26,2	3,6	15,9	11,1	14,3	25,6	2,2	1,0
HU	36,7	3,4	12,9	5,7	10,2	27,6	1	2,5
MT	41,8	2,6	7,9	11	5,7	29,1	1,2	0,8
NL	36,4	5	4,4	5,6	11,5	30,4	5,4	1,4
AT	40,1	4,9	10,5	8,1	9,4	25,6	0,9	0,4
PL	45,3	4,3	4,8	11	13,7	19,3	0,7	0,9
PT	38,6	3,6	5,6	7,1	12,3	31,3	1,3	0,0
RO	42,8	4,5	12	4,3	8,8	27,1	0,6	0,0
SI	43,6	3,7	8,9	1,9	8,7	31,4	1,8	0,0
SK	33,2	3,6	8,2	5,1	8,1	35	6,4	0,4
FI	35	9,8	12,1	4	13,7	24,5	2,1	1,2
SE	38,9	6,1	9,3	2,2	13,4	28	2,2	2,1
UK	42,4	3,5	6,8	3,9	9,3	27,6	0,9	5,5

Quelle: Zusammenstellung nach Eurostat

sich unter den Ländern mit hohen Wohlfahrtsausgaben die skandinavischen Staaten befinden, die geringere Arbeitslosenquoten aufweisen, umgekehrt viele MOEL mit geringeren Wohlfahrtsausgaben höhere Arbeitslosenquoten verzeichnen.

In den drei skandinavischen Ländern sind die Ausgaben für den Gesundheitssektor unterdurchschnittlich, was sicherlich mit den geringeren Ausgaben für das Personal in den staatlichen Gesundheitssystemen zu tun hat. berdurchschnittlich sind in diesen Staaten dagegen die Leistungen für Invalidditt, die 13 bis 15 Prozent erreichen,



Tabelle 6: Verteilung der Sozialschutzausgaben auf die einzelnen Funktionen, EU-27, 2007

2001	Alter	Arbeits- losigkeit	Familie und Kinder	Hinter- bliebene	Invaliddit�t/ Gebrechen	Krankheit/ Gesundheits- versorgung	Soziale Exklusion	Wohnung
EU-27	39	5,1	8,2	6,3	8,2	29,7	1,4	2,1
EU-15	38,8	5,3	8,2	6,2	8,2	29,9	1,4	2,2
BE	32,2	12,9	8,1	7,9	7	28,7	2,6	0,6
BG	46,8	2	8,7	4,6	8,3	27,1	2,5	0,0
CZ	39,6	3,5	9,2	4,2	8,2	33,8	1,1	0,3
DK	38,1	5,6	13,1	0	15	23	2,6	2,5
DE	35,6	5,8	10,5	7,7	7,6	29,8	0,7	2,3
EE	43	1,2	11,6	0,8	9,3	33,4	0,6	0,2
IE	22,3	7,7	14,7	4,6	5,5	41,2	2	1,9
EL	43,6	4,5	6,2	8,4	4,9	28,1	2,3	2,0
ES	31,9	11,7	6,1	9,5	7,5	31,2	1,2	0,9
FR	38,7	6,1	8,4	6,6	6,1	29,9	1,5	2,6
IT	51,5	1,8	4,8	9,6	6	26	0,2	0,1
CY	40,6	4,8	10,8	6,1	3,7	25,2	5,2	3,5
LV	43,8	3,8	10,7	2	6,8	30,9	1	1,1
LT	42,8	2,8	8,6	3,8	10,3	30,4	1,3	0,0
LU	27,4	4,9	16,6	9,9	12,3	26	2,1	0,8
HU	37,8	3,4	12,8	6,1	9,6	25,5	0,6	4,1
MT	42,2	2,8	5,9	10,1	6,3	29,2	2	1,3
NL	36,1	4,3	5,8	4,7	9	32,4	6,3	1,4
AT	41,7	5,3	10,2	7,2	8	26	1,1	0,4
PL	49	2,2	4,5	11,1	9,6	22,1	0,9	0,5
PT	42,9	5,1	5,3	7,1	10	28,3	1,2	0,0
RO	41,7	2	12,7	3,9	9,6	26,7	3,3	0,0
SI	39,5	2,1	8,3	7,4	8,2	32,2	2,3	0,1
SK	38,3	3,6	10	5,5	8,5	30,8	3,2	-
FI	35	7,8	11,6	3,5	12,6	26,3	2,2	1,0
SE	38,9	3,8	10,2	2	15,2	26,2	2	1,7
UK	38,2	2,3	7,2	0,9	11	34,3	1	5,2

Quelle: Zusammenstellung nach Eurostat

während sie im EU-Mittel nur bei acht Prozent liegen. Auch in der Rubrik Familie sind die Ausgaben der skandinavischen Staaten im EU-Vergleich überdurchschnittlich, was auf die starke Förderung der Erwerbstätigkeit der Frauen durch die Einrichtung von Kindertagesstätten und die Einführung der Elternzeit zurückzuführen ist. In

Großbritannien ist zwischen 2001 und 2007 die starke Verschiebung in der relativen Verteilung der Ausgaben auffällig. Der Anteil des Gesundheitssektors ist von 28 auf 34 Prozent gestiegen, während der Anteil des Rentensektors von 42 auf 38 Prozent gesunken ist.



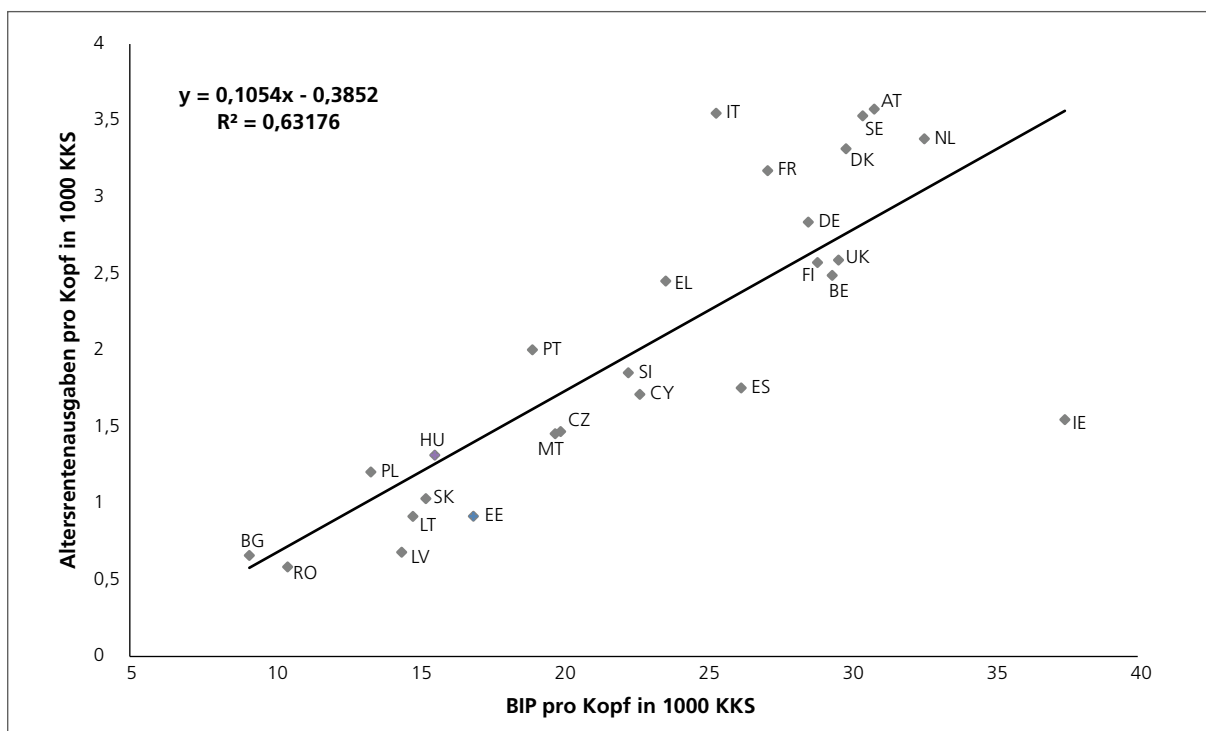
Diese starken Unterschiede in der Bedeutung der einzelnen Sektoren des Wohlfahrtsstaates in der EU machen Überlegungen hinfällig, eine Koordinierung der sozialstaatlichen Politiken in der EU auf der Ebene der einzelnen Funktionen anzustreben. Der Zusammenhang zwischen den Sozialschuttausgaben pro Kopf in KKS insgesamt und dem Pro-Kopf-Einkommen in KKS, der oben dargestellt wurde, stellt sich sehr unterschiedlich dar, wenn man Regressionsrechnungen für die einzelnen Funktionen durchführt. So zeigt Graphik 5, dass das Bestimmtheitsmaß für die Regression Altersrentenausgaben pro Kopf/BIP pro Kopf nur 63 Prozent beträgt, während sich für die Gesundheitsausgaben pro Kopf ein Determinationskoeffizient von 93 Prozent errechnet (vgl. Graphik 6 in Kapitel 2). Angesichts dieser gegebenen unterschiedlichen Gewichtung der einzelnen Bereiche des Wohlfahrtsstaates in der EU besteht der Vorteil des Korridormodells darin, einerseits zwar die relativen Gesamtausgaben für den Wohlfahrtsstaat in Bezug auf das ökonomische Entwicklungsniveau der Staaten zu regulieren, andererseits aber den Staaten die volle Autonomie darüber zu belassen, wie sie diese Mittel auf die einzelnen Funktionen des Sozialstaates verteilen.

2. Der Zusammenhang von Quantität und Qualität in den Leistungen der Gesundheitssysteme der EU-Staaten

Das Korridormodell ist ein Konzept zur quantitativen Regulierung der Wohlfahrtsstaaten, um das System der europäischen Wettbewerbsstaaten einzudämmen, Sozialdumping zu unterbinden und eine parallele Entwicklung von ökonomischem und sozialem Fortschritt in der EU zu gewährleisten. Dieser Ansatz ist rein quantitativ, er unterstellt, dass zwischen der Quantität der Ausgaben für den Wohlfahrtsstaat und der Qualität der Sozialleistungen ein enger Zusammenhang besteht.

In diesem Kapitel soll die Quantitäts-Qualitäts-Dimension der Sozialleistungen einer kritischen Überprüfung unterzogen werden. Die Analyse konzentriert sich dabei auf den Gesundheitssektor. Für andere große Segmente des Wohlfahrtsstaates, wie zum Beispiel die Rentenleistungen und die Arbeitslosenversicherung, ist der Zusammenhang zwischen quantitativer Höhe der Leistungen und der Qualität des Wohlfahrtsstaates unmittelbar gegeben. Die Höhe der Einkommensersatzrate und

Graphik 5: Regression Ausgaben für die Altersrenten pro Kopf in 1000 KKS in Relation zum BIP pro Kopf in 1000 KKS für 26 EU-Staaten (ohne LU) 2007



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat



damit die Quantität der Leistungen bestimmt die Qualität des Rentensystems. Die Einkommensersatzraten, die mit Hilfe des Arbeitslosengeldes und der Unterstützungsleistungen für Langzeitarbeitslose erreicht werden, bestimmen die Qualität der Arbeitslosenversicherung. Auch bei den Familienleistungen bestimmen quantitative Faktoren, wie die Höhe der Kindergeldzahlungen, die Steuerfreibeträge für Familien, die Ausgaben für Erziehungsgeld und die Mittel für Kindertagesstätten, die Qualität des Systems. Für den Gesundheitssektor mag diese Beziehung zwischen Quantität und Qualität angezweifelt werden. Es könnte sein, dass Länder mit überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf aufgrund von Ineffizienzen des Systems Geld vergeuden und nur die Qualität an Leistungen des Sektors erreichen, die auch Staaten mit einem geringeren Einsatz an finanziellen Ressourcen erzielen. Umgekehrt könnten Staaten mit einem – gemessen an ihrem ökonomischen Entwicklungsniveau – unterdurchschnittlichen Einsatz an finanziellen Mitteln die durchschnittliche Qualität an Gesundheitsleistungen einer ökonomisch vergleichbaren Ländergruppe realisieren.

In diesem Kapitel soll diesen Fragen anhand bislang vorhandener komparativer Indikatoren über die Qualität der Gesundheitssektoren der EU-Staaten nachgegangen und die Konsequenzen der Ergebnisse für das Korridormodell reflektiert werden.

2.1 Ökonomisches Niveau und Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf variieren in der EU mit dem Entwicklungsniveau der Staaten. Je reicher die Staaten sind, desto mehr geben sie in absoluten und relativen Größen für die Gesundheit aus.

Regressionsberechnungen für die Beziehung zwischen den Gesundheitsausgaben (private und öffentliche) pro Kopf in KKS für das Jahr 2001/2002 für 24 EU-Staaten und dem Pro-Kopf-Einkommen in KKS zeigen ein Bestimmtheitsmaß von 90 Prozent.

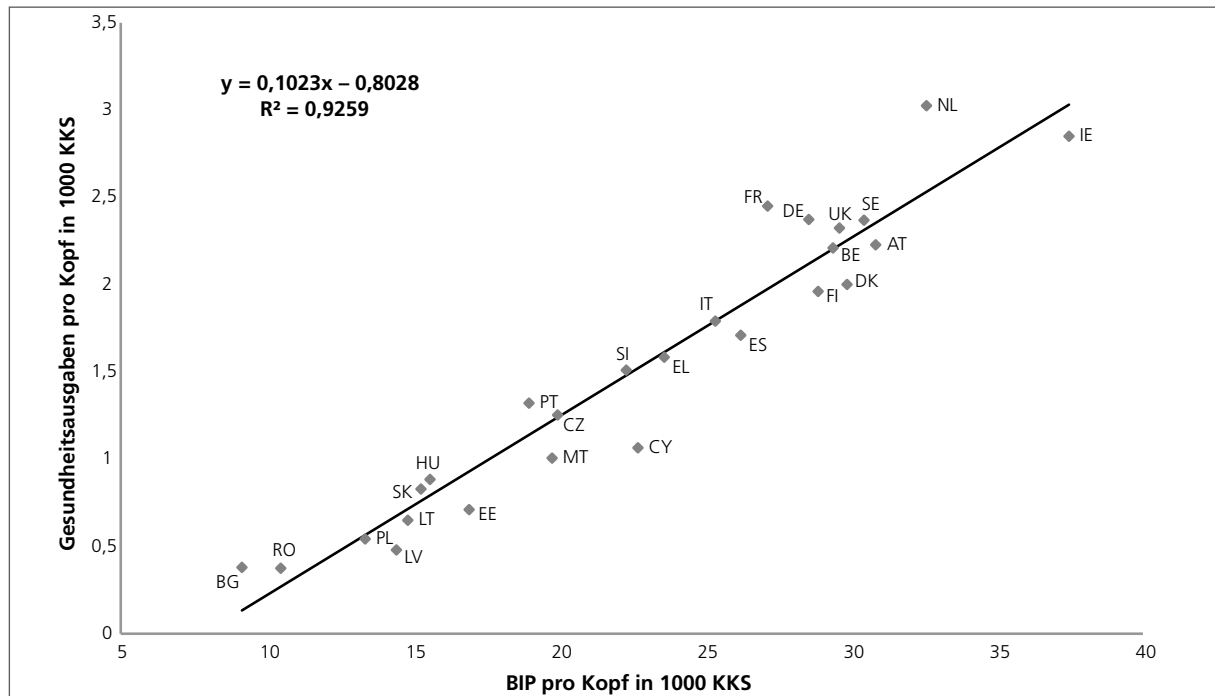
In Graphik 6 und Tabelle 7 werden nur die öffentlichen Gesundheitsausgaben und das Pro-Kopf-Einkommen der EU-Staaten für das Jahr 2007 in Beziehung gesetzt. Der Determinationskoeffizient liegt jetzt bei dem extrem hohen Wert von 93 Prozent. Bei einem solch engen Zusammenhang von ökonomischem und sozialem Niveau

beantwortet sich die Frage nach dem Verhältnis von Quantität und Qualität der Leistungen von selbst. Mit wachsendem Reichtum würden die Staaten ihre Ausgaben für die Gesundheitssysteme nicht absolut und relativ steigern, wenn damit nicht eine qualitativ bessere Versorgung ihrer Bevölkerung mit medizinischen Leistungen verbunden wäre. Wenn ein höheres Qualitätsniveau auch mit einem geringeren Einsatz an Mitteln erreichbar wäre, würden wenigstens einige der reicheren EU-Staaten diesen Weg beschreiten. Selbst Irland, das bei den Sozialschutzausgaben im Allgemeinen weit vom EU-Mittel nach unten abweicht, liegt bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf nahe an der Regressionsgeraden.

Um nun das in diesem Kapitel im Vordergrund stehende Quantitäts-Qualitäts-Problem anzusprechen, so müssten sich die hier aufgezeigten quantitativen Unterschiede zwischen den Ländern auch bei den Indikatoren über die Qualität der Gesundheitsleistungen wiederfinden. Bei den Qualitätsindikatoren müsste sich zeigen, dass die Staaten der unteren Einkommensgruppen aufgrund ihrer absolut niedrigeren Gesundheitsausgaben im Mittel schlechtere Ergebnisse erzielen als die beiden oberen Einkommensgruppen. Ferner müsste zu beobachten sein, dass vor allem die MOEL mit den geringsten Ausgaben – Bulgarien, Rumänien, die baltischen Staaten, die Slowakei und Polen – besonders schlechte Resultate bei den Qualitätsdaten verzeichnen. Tschechien und Slowenien müssten aufgrund höherer Ausgaben dagegen im Mittel besser abschneiden als diese Ländergruppe. Interessant wird auch sein zu sehen, ob sich die hohen absoluten Ausgabenwerte Österreichs, Frankreichs, der Niederlande, Deutschlands, Dänemarks und Schwedens in entsprechend überdurchschnittlichen Qualitätswerten niederschlagen.



Graphik 6: Regression Gesundheitsausgaben (öffentliche) pro Kopf in 1000 KKS in Bezug auf das Pro-Kopf-Einkommen in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU), 2007



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat

Tabelle 7: Gesundheitsausgaben pro Kopf in 1000 KKS und BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-26 (ohne LU), 2007

Länder	Gesundheitsausgaben pro Kopf in KKS in Tausend	BIP pro Kopf in KKS	Länder	Gesundheitsausgaben pro Kopf in KKS in Tausend	BIP pro Kopf in KKS
BE	2,21	29,39	LT	0,65	14,83
BG	0,38	9,15	HU	0,884	15,59
CZ	1,253	19,96	MT	1,006	19,77
DK	2,001	29,87	NL	3,025	32,59
DE	2,373	28,56	AT	2,228	30,85
EE	0,711	16,93	PL	0,543	13,37
IE	2,85	37,47	PT	1,321	18,98
EL	1,584	23,61	RO	0,375	10,48
ES	1,71	26,23	SI	1,51	22,31
FR	2,45	27,15	SK	0,829	15,28
IT	1,791	25,36	FI	1,961	28,88
CY	1,065	22,71	SE	2,369	30,45
LV	0,48	14,44	UK	2,324	29,61

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat



2.2 Indikatoren für die Qualität von Gesundheitsleistungen in den EU-Staaten

Die Entwicklung von Indikatoren für den Vergleich von Gesundheitssystemen verschiedener Staaten steht international noch ganz am Anfang. Erste Bemühungen sind bislang insbesondere von der WHO, der OECD und der EU unternommen worden.

Die WHO hat im Jahre 2000 den *World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance* vorgelegt, in welchem sie die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme von 191 Ländern anhand empirischer Daten zu bewerten versucht. Für fünf Indikatoren – das Gesundheitsniveau der Bevölkerung, die Verteilung des Gesundheitsniveaus in der Bevölkerung, die Patientensouveränität, die soziale Gerechtigkeit sowie die Fairness bei der Finanzierung des Gesundheitssystems – stellt die WHO Daten zusammen, um auf dieser Grundlage eine Rangliste zu ermitteln, die darüber Aufschluss geben soll, wie gut die Staaten komparativ die drei Hauptziele guter Gesundheitszustand, soziale Gerechtigkeit und finanzielle Fairness realisieren. Zu diesem Zweck berechnet die WHO auf der Basis der Gewichtung der Ergebnisse für die fünf Indikatoren die Gesamtzielerreichung, die *overall goal attainment*. Auf die Details der Indikatorenbildung soll hier nicht näher eingegangen werden. Wichtig ist jedoch, dass dieser erste Versuch der WHO, anhand bestimmter Daten ein Ranking über die Leistung der Gesundheitssysteme der Staaten der Weltgemeinschaft aufzustellen, international auf eine breite Kritik gestoßen ist. Insbesondere die methodischen Mängel bei der Messung der Indikatoren standen dabei im Vordergrund der Kritik (vgl. Greß/Wasem 2009).

Auch die OECD hat im Jahre 2001 damit begonnen, sich mit der Leistungsmessung von Gesundheitssystemen zu beschäftigen. Im Unterschied zur WHO geht die OECD mit den dabei bestehenden methodischen Problemen sehr sensibel um. Durch wissenschaftliche Konferenzen und Projekte hat sie die methodischen Schwierigkeiten bei der Indikatorenbildung detailliert bearbeiten lassen, ehe die Gesundheitsminister im Mai 2004 der Organisation den Auftrag gaben, in Kooperation mit den Mitgliedstaaten die empirische Basis für den Vergleich der Gesundheitssysteme deutlich zu verbessern. Zu diesem Zweck sollte ein breiter Katalog an Indikatoren für den Input, den Output und die Outcomes der nationalen Gesundheitssysteme entwickelt werden. Als Ergebnis dieses

Bemühens hat die OECD eine Reihe von Publikationen veröffentlicht, darunter 2007 *Health at a Glance*, ein Werk, in dem komparative Daten für etwa 70 Indikatoren zusammengetragen wurden. In diesen Arbeiten wird stets auf die Probleme bei der Datenermittlung sowie die Defizite und mangelnde Vergleichbarkeit der Daten hingewiesen. Dort, wo die Daten es zulassen, werden bei den einzelnen Indikatoren auch Vergleiche zwischen den 32 Staaten vorgenommen. Im Unterschied zur WHO verzichtet die OECD aber darauf, einen Gesamtindex mit einem Ranking für alle Staaten aufzustellen (vgl. Greß/Wasem 2009).

Die EU hat im Rahmen der Offenen Methode der Koordination (OMK) erstmals im Juli 2008 einen Indikatorenkatalog vorgelegt, der sich an den drei Zielen orientiert, die in der OMK Gesundheit und Langzeitpflege im Jahre 2004 verabschiedet wurden:

1. Zugang zur Gesundheitsversorgung und Verminderung der Ungleichheiten in der Versorgung (Zugang).
2. Förderung der Qualität der Versorgung (Qualität).
3. Langfristige finanzielle Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung (Nachhaltigkeit).

Der Sozialausschuss der EU hat sich bei der Verabschiedung der insgesamt 39 Indikatoren sehr stark an die oben erwähnten Arbeiten der OECD angelehnt, ohne allerdings bislang deutlich gemacht zu haben, weshalb die EU nur einen Teil der von der OECD entwickelten Indikatoren übernommen hat.

Für unsere Untersuchung über den Zusammenhang von Quantität der Ausgaben und Qualität der Leistungen in den Gesundheitssystemen der EU-Staaten folgt aus den obigen Überlegungen Folgendes:

- Der Prozess der Ermittlung von Indikatoren für die Leistungen der Gesundheitssysteme verschiedener Staaten hat international gerade erst begonnen. Die Debatte über die bisherigen Arbeiten der WHO und der OECD ist längst noch nicht abgeschlossen. Vieles bleibt angesichts der Komplexität der Gesundheitssysteme und der methodischen Schwierigkeiten beim Vergleich von Ländern noch zu tun.

■ Die EU selber hat im Rahmen der OMK Gesundheit erst im Juli 2008 begonnen, Indikatoren für den Vergleich der Länder zu vereinbaren. Auch dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen.

■ Damit kann sich eine Erörterung der Quantitäts-Qualitäts-Problematik im Gesundheitssektor nicht auf einen ausgereiften Satz von Indikatoren stützen, der für den Vergleich der Systeme der EU-Staaten einfach übernommen werden könnte.

Angesichts dieser Probleme können in diesem Kapitel nur erste Annäherungen an die zu untersuchende Fragestellung geleistet werden. Da es »den« oder »die« relevanten Indikatoren für die Qualität der Gesundheitsleistungen der Systeme nicht gibt, werden hier diejenigen Indikatoren herangezogen und zusammengestellt, die ausreichend Auskünfte über die Leistungen der Gesundheitssysteme möglichst aller EU-Staaten liefern. Dort, wo nicht für alle Staaten Daten vorliegen, aber wenigstens Daten aus den höher und den schwächer entwickelten EU-Staaten vorhanden sind, werden auch diese Indikatoren in die Analyse einbezogen. Bei jedem einzelnen Indikator wird auf eventuell vorhandene methodische Probleme bei der Datenermittlung und/oder beim Datenvergleich zwischen den Ländern aufmerksam gemacht.

Durch dieses Verfahren wird ein großer Satz an Indikatoren zusammengestellt, in der Hoffnung, dass sich so ein Gesamtbild ermitteln lässt, das die Frage nach dem Zusammenhang von Quantität und Qualität der Leistungen annäherungsweise beantworten kann. Weil die EU nur einen Ausschnitt der OECD Indikatoren übernommen hat, werden hier zur Abrundung des Gesamtbildes neben den relevanten EU-Indikatoren auch weitere, von der OECD erfasste Indikatoren in die Analyse einbezogen.

Die methodischen Probleme können durch dieses Vorgehen nicht vollständig gelöst, aber durch das Zusammenstellen eines Ensembles an Indikatoren eingekreist werden. Indem neben der Lebenserwartung, die Impfraten für Kinder und Ältere, die Überlebensraten bei verschiedenen Krebsraten, die Zahl der Herzinfarkte und Schlaganfälle, der Zustand der Zähne der Kinder in einem bestimmten Alter und viele andere Daten mehr gemessen und verglichen werden (siehe unten), lassen sich über die komparative Leistung der verschiedenen nationalen Systeme durchaus erste Erkenntnisse gewinnen.

In der folgenden Darstellung werden die Indikatoren zusammengefasst, die Anhaltspunkte über den Gesundheitszustand der Bevölkerung geben. Dagegen werden die Indikatoren, die Aufschluss über die Ressourcenausstattung der nationalen Gesundheitssysteme liefern könnten, am Ende des Kapitels nur kurz beleuchtet, da sie mit gravierenden methodischen Mängeln behaftet sind und deshalb keine fundierten Rückschlüsse zulassen.

Die Analyse beginnt mit dem Indikator Lebenserwartung bei Geburt, männlich und weiblich (BASYS 2007: 43–48). Diese Daten über die Lebenserwartung weisen einen frappierend engen Zusammenhang mit den Gesundheitsausgaben pro Kopf auf. Die schlechteste Lebenserwartung hat im Jahre 2004 die Bevölkerung in denjenigen MOEL, die weit weniger Ausgaben tätigen als die EU-15. Unter den MOEL wiederum weichen die baltischen Staaten und Polen nach unten ab, also exakt diejenigen Staaten mit den geringsten Ausgaben pro Kopf. Im Gegensatz dazu können Tschechien und Slowenien überdurchschnittliche Werte vorweisen. Unter den übrigen EU-Staaten fallen die guten Werte der Mittelmeerländer auf (Griechenland, Italien, Spanien, Malta, Zypern), was im Gegensatz zu den quantitativen Gesundheitsausgaben steht. Hier scheinen das Klima und die Ernährung einen Einfluss zu haben. Mit der Ausnahme Schwedens und Frankreichs (weibliche Bevölkerung) haben unter den EU-15 die Staaten mit den höchsten Ausgaben keine überdurchschnittlich guten Lebenserwartungsdaten.

In allen EU-Staaten ist die durchschnittliche Lebenserwartung von 1994 bis 2004 angestiegen. Der Zuwachs liegt dabei in den MOEL nur leicht höher als in der EU-15.

Ein ganz ähnliches Bild wie beim Indikator Lebenserwartung ergibt sich beim Indikator Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr (BASYS 2007: 40). Wiederum haben die MOEL die schlechtesten Werte und hier erneut Lettland, Litauen und Polen schlechtere Daten als Tschechien und Slowenien. Das oben beschriebene Phänomen der überdurchschnittlich guten Daten der Mittelmeerländer ist auch bei diesem Indikator zu beobachten.

Es versteht sich fast von selbst, dass sich das bei den beiden zuletzt beschriebenen Indikatoren aufgezeigte Bild auch bei der Perinatalsterblichkeit⁴ wiederholt (BA-

4. Perinatalsterblichkeit meint die Summe der Totgeburtlichkeit und der Frühsterblichkeit (bis zum Ende der ersten Lebenswoche).



SYS 2007: 147): Überdurchschnittlich schlechte Werte in Mittel- und Osteuropa, hier vor allem in den baltischen Staaten, dagegen sehr gute Werte für Tschechien. In der EU-15 haben Deutschland, Spanien, Finnland, Italien und Schweden überdurchschnittlich gute Werte.

Zur Ergänzung der Sterblichkeitsdaten sollen jetzt die Mortalitätsraten aufgrund von Herzinfarkten, Hirnschlägen und Krebserkrankungen zusammengefasst werden. Diese Daten sind für die EU nicht vollständig. Neben Bulgarien und Rumänien, die, wie schon erwähnt, auch bei den übrigen Indikatoren fehlen, sind auch Estland, Lettland, Litauen und Slowenien bei diesen OECD-Daten nicht erfasst worden. Auch bei diesen Indikatoren schneiden die berücksichtigten vier MOEL überdurchschnittlich schlecht ab. Bei den Sterblichkeitsraten aufgrund einer Krebserkrankung bilden Polen, die Slowakei, Tschechien und Ungarn mit den höchsten Werten gemeinsam das Schlusslicht der Skala (OECD 2007: 29). Bei den Mortalitätsraten nach Herzinfarkten verzeichnen Tschechien, Ungarn und die Slowakei die schlechtesten Werte. Polen wird bei diesen Daten von Irland, Österreich und Finnland übertroffen (OECD 2007: 27). Bei den Todesfällen nach Hirnschlägen hat Ungarn den höchsten Wert. Tschechien, Polen und die Slowakei liegen nur besser als Griechenland und Portugal (OECD 2007: 27). In Bezug auf die EU-15 ist bei diesen Daten keine Beziehung zu den Gesundheitsausgaben pro Kopf zu erkennen. Die Staaten mit den höchsten Ausgaben haben teilweise sehr gute, teilweise sehr schlechte Werte.

Als nächstes werden drei Indikatoren für Krebserkrankungen betrachtet, und zwar für Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs und Dickdarmkrebs. Es werden die Überlebensraten nach fünf Jahren gezeigt sowie bei den beiden ersten Krebsarten auch die Daten über das Ausmaß der Bildschirmuntersuchungen (screening). Die Daten stehen leider bisher nicht für alle EU-Staaten zur Verfügung.

Für den Gebärmutterhalskrebs ergibt sich folgendes Bild (OECD 2007: 113): Estland, Polen und die Slowakei haben weit unterdurchschnittliche Ergebnisse bei der Überlebensrate nach fünf Jahren, Slowenien leicht unter-, Tschechien überdurchschnittliche Werte. In der EU-15 fallen die sehr guten Werte Schwedens, Spaniens, der Niederlande und Frankreichs auf. Auch bei den Screening-Daten liegen die untersuchten mittel- und osteuropäischen Staaten, Ungarn, Tschechien und Polen, im hinteren Feld (OECD 2007: 113). Gute Werte haben

Frankreich, Schweden, Finnland, die Niederlande und Dänemark.

Bei der Überlebensrate für Brustkrebs liegen alle untersuchten MOEL, Estland, Polen, Tschechien, die Slowakei und Slowenien deutlich unter dem europäischen Durchschnitt, fast alle aufgeführten Staaten der EU-15 weisen überdurchschnittliche Werte auf (OECD 2007: 111). Bei den Screening-Daten bilden Polen, die Slowakei, Tschechien und Ungarn die EU-Schlusslichter. Finnland, Schweden, die Niederlande und Frankreich stechen durch überdurchschnittlich gute Werte hervor (OECD 2007: 111).

Nur für sechs EU-Staaten liegen bislang Überlebensraten bei Dickdarmkrebs vor. Leicht unterdurchschnittliche Raten haben Irland und Großbritannien. Die Werte für die übrigen Länder, Frankreich, die Niederlande, Finnland und Deutschland, liegen dicht beieinander (OECD 2007: 109).

Der nächste Qualitätsindikator gibt Informationen über den Gesundheitszustand der Zähne von 12-jährigen Kindern (OECD 2007: 39). Bei diesem Indikator ist der Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben pro Kopf und der Qualität der Leistungen sehr hoch. Deutschland erzielt den besten Wert und auch andere Staaten mit hohen Ausgaben (Niederlande, Luxemburg, Dänemark, Österreich und Schweden) liegen in der oberen Gruppe unter den hier aufgeführten EU-Staaten. Frankreich und Finnland schneiden schlechter ab, aber das hintere Feld wird – wie zu erwarten – erneut von den vier aufgeführten MOEL, Slowakei, Tschechien, Ungarn und Polen, besetzt. In dieser unteren Gruppe ist auch Portugal platziert.

Die beiden letzten Indikatoren dieser Gruppe beziehen sich auf die Verbreitung von Impfprogrammen für Kinder und ältere Menschen. Während bei den Impfdaten für Kinder 25 EU-Staaten erfasst sind, liegen für die Impfdaten der Älteren nur für 14 EU-Staaten Daten vor.

Die Ergebnisse der Impfdaten für Kinder weichen von dem bisher bekannten Bild ab (BASYS 2007: 139f). Der Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben pro Kopf und diesem Indikator ist eher schwach ausgeprägt. Zwar haben Deutschland, Frankreich, die Niederlande und Schweden überdurchschnittlich gute Werte, aber Großbritannien und Irland, vor allem jedoch Österreich fallen hier durch starke Abweichungen nach unten aus



dem Rahmen. Auch in den MOEL gilt die bislang bekannte Rangordnung nicht. Lettland, Polen, die Slowakei und Tschechien haben ausgezeichnete Werte und treffen sich bei diesem Indikator mit der Spitzengruppe unter den EU-15. Dagegen weisen Estland und Litauen, aber auch Slowenien weniger gute Werte auf.

Bei der Impfrate der Altersgruppe 65+ zeigt sich dagegen wieder das altbekannte Muster (OECD 2007: 119): die drei erfassten MOEL, Ungarn, die Slowakei und Tschechien bilden das Schlusslicht der EU-Gruppe. Unter den hier beteiligten elf Staaten der EU-15 liegen Dänemark, Finnland, vor allem aber Portugal, unter dem Durchschnitt. Die Niederlande und Großbritannien zeichnen sich durch die mit Abstand besten Werte aus.

Als Fazit der Untersuchung dieser Gruppe der Qualitätsindikatoren lässt sich ziehen, dass bei der überwiegenden Zahl der Daten ein enger Zusammenhang zur Verteilung der Gesundheitsausgaben pro Kopf in der EU zu erkennen ist. Das gilt insbesondere für die Stellung der MOEL und der Differenzierung innerhalb dieser Ländergruppe. Im Hinblick auf die Gruppe der reicheren EU-Staaten mit überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben ist das Bild gemischter. Zwar sind Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Schweden, Österreich und Dänemark bei den Indikatoren häufiger in der Spitzengruppe anzutreffen, aber auch Finnland weist trotz der unterdurchschnittlichen Ausgaben des Öfteren sehr gute Qualitätswerte auf. Finnlands Werte sind bei den Indikatoren Lebenserwartung, Todesraten nach Herzinfarkten und Hirnschlägen, Zahnstatus der Kinder und der Impfrate der Gruppe 65+ nur durchschnittlich bis unterdurchschnittlich, aber bei den Indikatoren Kindersterblichkeit, Perinatalsterblichkeit, Sterberaten bei Krebserkrankungen, Impfraten für Kinder sowie den Überlebensraten bei Brust-, Gebärmutterhals- und Dickdarmkrebs erzielt das Land im EU-Kontext überdurchschnittlich gute Werte.

Ehe die Konsequenzen dieser Analyse für das Korridormodell gezogen werden, soll abschließend noch ein Blick auf die Indikatoren über die Ressourcenausstattung der Gesundheitssysteme in den EU-Staaten geworfen werden (BASYS 2007: 99ff; OECD 2007: 67f). Es handelt sich im Wesentlichen um die Ausstattung mit Krankenhausbetten, mit Ärzten, mit Krankenschwestern und Pflegepersonal sowie mit modernen medizinischen Geräten. Leider sind diese Daten nicht sehr aussagekräftig, weil innerhalb der EU die Begriffe »Krankenhaus«, »Kranken-

hausbett«, »Arzt«, »Krankenschwester« und »Krankenpfleger« immer noch sehr unterschiedlich definiert werden. Komparative Betrachtungen über die personellen und sachlichen Ressourcen der nationalen Gesundheitssysteme sind von daher im Moment noch wenig erfolgversprechend. Darüber hinaus sind auch die Datensammlungen über die Ausstattung der Praxen und Krankenhäuser in den EU-Staaten mit modernem medizinischem Gerät noch sehr lückenhaft, so dass sich auch hier keine sinnvolle komparative Betrachtung anstellen lässt.

2.3 Konsequenzen für das Korridormodell

Aus der Darstellung der Indikatoren in Abschnitt 2.2 lassen sich für das Korridormodell folgende Konsequenzen ziehen:

Erstens: Im Unterschied zur Indikatorengruppe für den Gesundheitszustand der Bevölkerungen in den EU-Staaten ist die Indikatorengruppe für die Ressourcenausstattung der Gesundheitssysteme der Länder aus verschiedenen Gründen nicht aussagekräftig.

Zweitens: Trotz der weiter oben dargelegten Defizite bei der Ermittlung von Indikatoren für den Vergleich der Gesundheitssysteme verschiedener Staaten lassen sich auf der Basis der großen Ensembles von OECD- und EU-Indikatoren zur Frage der Quantitäts-Qualitäts-Relation Tendenzaussagen machen. Insbesondere die Ergebnisse der Untersuchung der zahlreichen Indikatoren über den Gesundheitszustand der Bevölkerungen in höher und in schwächer entwickelten Staaten bestätigen in hohem Maße das Korridormodell. Die Staaten mit den höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf verzeichnen einen wesentlich besseren Gesundheitszustand ihrer Bevölkerung als die Staaten mit geringeren Ausgaben. Das zeigen durchgängig fast alle hier untersuchten Indikatoren. Dabei ist insbesondere die innere Differenzierung in der Gruppe der MOEL sehr erhellend.

Drittens: Die einzige Ausnahme stellt Finnland dar. Dieses Land gibt relativ nicht so viel Mittel für den Gesundheitssektor aus wie die anderen Staaten in der Gruppe der Reichen, erzielt dennoch bei vielen Indikatoren überdurchschnittlich gute Werte. Die Ursachen für dieses Ergebnis sind nicht eindeutig auszumachen. Aus einigen Befunden könnte abgeleitet werden, dass Finnland zum einen sein Gesundheitspersonal in relativen Größen un-



terdurchschnittlich vergütet und zum anderen bei den relativen Ausgaben für Medikamente ebenfalls Mittel einspart (möglicherweise durch den überdurchschnittlichen Einsatz von Generika).

Viertens: Im Moment sind diese Abweichungen nicht so gravierend, als dass daraus für das Korridormodell Konsequenzen gezogen werden müssten. Um das Problem aber grundsätzlich aufzufangen, könnten für die verschiedenen Einkommensclubs von Staaten für eine auszuwählende Indikatorengruppe jeweils mittlere Werte festgelegt werden, die von den Staaten zu erfüllen sind. Erreicht ein Land diese Werte, dann könnte es auch unterdurchschnittliche relative Ausgaben für die Gesundheit verzeichnen, ohne dass dies im Korridormodell in irgendeiner Weise zu sanktionieren wäre. Um beim Beispiel Finnland zu bleiben: Sollten die Ursachen für die unterdurchschnittlichen Ausgaben tatsächlich in der Vergütung des Personals und dem Einsatz von Generika liegen, dann wäre dies solange unproblematisch, wie das Gesundheitspersonal mit seiner relativen Einkommensposition einverstanden ist. In den skandinavischen Ländern herrscht ein Verständnis von gesellschaftlicher Gleichheit vor, dass von den Normen in vielen anderen EU-Staaten abweicht. Diese Differenzen sind zu akzeptieren und müssen im Modell toleriert werden.

Fünftens: Die Indikatorengruppe für den qualitativen Gesundheitszustand der Bevölkerungen wird von der EU im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung gerade erarbeitet. Die EU steht bei der Debatte über diese Indikatoren ganz am Anfang, noch sind auch eine Reihe von methodischen Fragen und etliche Probleme bei der Datenerfassung zu lösen. Die Festlegung von mittleren Werten für die verschiedenen Einkommensgruppen von EU-Staaten sollte erst beginnen, wenn dieser Diskussionsprozess weitgehend abgeschlossen ist. Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichen, dass im Moment kein Grund zur Eile besteht. Aufgrund dieser Resultate ist das Korridormodell auch in seiner bisherigen Form ohne Weiteres anwendbar.

3. Methodische Probleme bei der Umsetzung des Korridormodells

Dieses Kapitel erörtert einige Probleme, die bei der Umsetzung des Korridormodells zu berücksichtigen wären. Es geht erstens um die Differenz von Brutto- und Nettogrößen in den Sozialschutzausgaben. Die EU-Staaten belegen die Sozialausgaben – wie die vorgelegten Zahlen zeigen – im unterschiedlichen Maße mit Beiträgen und Steuern. Hier gilt es, ein Nettokonzept für die Festlegung der Ausgaben im Korridormodell zu entwickeln. Des Weiteren muss bei der Ermittlung der Referenzgröße für die Sozialschutzausgaben, das Pro-Kopf-Einkommen in KKS, nicht der tatsächliche Output, sondern der Potenzialoutput der Mitgliedstaaten herangezogen werden, um konjunkturelle Verzerrungen zu vermeiden. Das Kapitel diskutiert die methodischen Probleme, die bei der Erfassung des Potenzialoutputs zu berücksichtigen sind. Schließlich finanzieren die Mitgliedstaaten der EU ihren Wohlfahrtsstaat aus unterschiedlichen Einkommensquellen. Die Finanzierung der Sozialleistungen durch die drei Quellen – Empfänger der Leistungen, Unternehmen und Staat – variiert von Land zu Land. Das Kapitel ermittelt die diesbezüglichen Daten und diskutiert einen Lösungsansatz für die Berücksichtigung dieses Problems im Korridormodell.

3.1 Brutto- und Nettogrößen bei den Sozialschutzausgaben in der EU

Traditionell stützen sich die Analysen der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung auf die Betrachtung von Bruttogrößen, wie zum Beispiel die Brutto-sozialleistungsquoten. Dies ist nicht unproblematisch, weil insbesondere die Unterschiede in den Steuersystemen der Staaten erhebliche Auswirkungen auf den tatsächlichen Umfang der Sozialleistungen haben können. Willem Adema hat in verschiedenen Beiträgen Ende der 1990er Jahre das Konzept der Brutto-sozialleistungsquote kritisiert und versucht, Netto-sozialleistungsquoten zu ermitteln (Adema 2001). Achim Kemmerling fasst die Kernpunkte der Kritik Ademas wie folgt zusammen:

- »Sozialleistungen werden in einigen Ländern direkt besteuert, sodass sich ihre Netto-sozialleistungen z. T. deutlich von den ausgewiesenen Bruttowerten unterscheiden. Ebenso haben nationale Unterschiede in der



indirekten Besteuerung erhebliche Auswirkungen auf die Höhe der realen Transfers.

- Manche Sozialleistungen, die vom Privatsektor erbracht werden, sind gesetzlich vorgeschrieben und gehören daher ebenso zum Sozialbudget wie direkte Leistungen.
- Wohlfahrtsstaaten unterscheiden sich darin, inwieweit sie steuerliche Vergünstigungen für bestimmte soziale Gruppen einräumen oder private Formen der sozialen Sicherung durch steuerliche Anreize fördern. Die traditionelle Bruttoquote vernachlässigt solche Formen der Sozialpolitik in der Regel vollständig« (Kemmerling 2001: 3).

Indem Adema die Steuer- und Beitragseffekte berücksichtigt, gelangt er von den öffentlichen Brutto-sozialleistungen zu den öffentlichen Netto-sozialleistungen. Dabei werden direkte Steuern und Sozialbeiträge sowie indirekte Steuern auf den Konsum von den Bruttoleistungen abgezogen, andererseits steuerliche Vergünstigungen für soziale Zwecke zu den Leistungen hinzuaddiert.

In einem weiteren Schritt betrachtet Adema die obligatorischen privaten Brutto-sozialleistungen, wie zum Beispiel die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die wiederum in Nettogrößen umgewandelt werden. Diese bezeichnet er als »obligatorisch-private Netto-sozialleistungen«, die mit den »öffentlichen Netto-sozialleistungen« zusammengefasst werden und so die »öffentlich bestimmten Sozialleistungen« ergeben.

Als dritte Komponente fügt Adema schließlich zu den »öffentlich bestimmten Sozialleistungen« die sogenannten »freiwillig-privaten Netto-sozialleistungen« hinzu. Dies sind zum Beispiel steuerliche Vergünstigungen für die private oder betriebliche Altersvorsorge.

Die OECD hat auf der Basis dieser Vorarbeiten für das Jahr 2005 eine Berechnung der Netto-sozialleistungsquoten für verschiedene Länder vorgelegt (vgl. Tabelle 8). Sie berücksichtigt bei diesem Übergang von der Größe *gross social spending* zu *net social spending* nicht alle von Adema vorgeschlagenen Korrekturschritte, sondern erfasst neben den direkten Steuern und Abgaben auf die Sozialleistungen sowie den indirekten Steuern auf den Konsum der Leistungsempfänger nur noch die Steuervergünstigungen für alle Sozialleistungen, die keine Rentenleistungen darstellen.

In der EU zeigen sich dabei große Unterschiede zwischen den Staaten⁵: Am stärksten ist die Korrektur bei den skandinavischen Staaten, wo sich die Differenz zwischen der Brutto- und der Netto-sozialleistungsquote (bezogen auf das Netto-Nationaleinkommen) auf sieben bis zehn Prozentpunkte beläuft. Für die aufgeführten Staaten Mittel- und Osteuropas beträgt die Differenz zwei bis fünf Punkte und für Deutschland nur zwei Punkte. Insgesamt nähern sich bei diesen Berechnungen die Quoten an, Spitzenreiter sind bei den so ermittelten Nettoleistungen Frankreich, Belgien, Deutschland und Schweden.

Bei einer politischen Umsetzung des Korridormodells müssten angesichts dieses Resultats Nettogrößen zur Anwendung kommen. Dabei wären neben den direkten Steuern und Beiträgen die indirekten Steuern und alle Steuerbegünstigungen für soziale Zwecke, also auch diejenigen für die privaten und die betrieblichen Rentensysteme zu berücksichtigen. Es sollten so eine »Netto-sozialleistungsquote« sowie die Größe »Netto-sozialschuttausgaben pro Kopf in KKS« errechnet werden, die dann die Bezugsgrößen für die Festlegung der Korridorwerte würden.

3.2 Tatsächlicher und potenzieller Output: die Produktionslücke

Ein weiteres methodisches Problem bei der Umsetzung des Korridormodells ergibt sich aus den konjunkturellen Schwankungen des Bruttoinlandsprodukts. In Zeiten des Booms wird das Pro-Kopf-Einkommen höher liegen als in Zeiten der Krise. Dies führt zu konjunkturellen Schwankungen der Größe Sozialleistungsquote/Sozialschuttausgaben und beeinflusst auch die Berechnung der Regressionsbeziehungen zwischen den Sozialschuttausgaben und dem BIP pro Kopf. Es ist deshalb sinnvoll, nicht die tatsächlichen Outputgrößen, sondern die potenziellen BIP-Größen bei der Berechnung der Sozialleistungsquoten und der Berechnung der jeweiligen Regressionen heranzuziehen. Dies ist jedoch leichter gesagt als getan, denn bei der Schätzung des potenziellen Outputs gibt es sehr große Unsicherheiten und sehr unterschiedliche methodische Verfahren. So hängt es zum Beispiel vom

5. Die Bezugsgröße für die Sozialleistungen ist in Tabelle 8 das Netto-Nationaleinkommen und nicht das Bruttoinlandsprodukt. Die Werte in der ersten Spalte der Tabelle sind deshalb wesentlich größer als bei den üblichen Berechnungen der Sozialleistungsquote (Brutto-sozialleistungen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt).



Tabelle 8: Von der Bruttosozialleistungsquote zur Nettosozialleistungsquote für ausgewählte EU-Staaten, OECD-Berechnung für das Jahr 2005, Bezugsgröße für die Sozialausgaben ist das Netto-Nationaleinkommen

	Öffentliche Brutto-sozialausgaben	– direkte Steuern und Sozialbeiträge auf Leistungsbezüge	– indirekte Steuern auf Waren und Dienstleistungen, die Leistungsempfänger konsumieren	+ Steuerbefreiungen für Sozialleistungen, ohne Rentenbezüge	= Öffentliche Netto-sozialausgaben
AT	36,9	3,3	3,6	0,1	30,1
BE	35,9	1,9	3,2	0,6	31,5
CZ	29	0	3	0,7	26,7
DK	38,3	5,7	3,9	0	28,8
FI	32,7	3,5	3,6	0	25,6
FR	39,3	1,9	3,3	1,3	35,3
DE	35,5	1,8	2,6	2,3	33,4
IE	26,7	0,3	2,9	0,6	24,2
IT	35,2	2,7	2,6	0,3	30,3
LU	38,4	1,3	4,9	0	32,1
NL	28,1	3,1	2,2	1	23,8
PL	29,6	2,2	3,4	0,1	24,2
PT	33,5	1,1	3,3	1,2	30,4
ES	29,3	1,6	2,2	0,6	26,1
SE	40,5	5,5	3,2	0	31,9
UK	26,9	0,3	1,7	0,5	25,5

Quelle: OECD (2009): Society at a Glance, Paris

unterstellten makroökonomischen Modell ab, wie man die Größe »strukturelle Arbeitslosigkeit« (auch »natürliche Arbeitslosigkeit« genannt) definiert und schätzt. Die Größe der *non accelerating inflation rate of unemployment* (NAIRU) und damit das Phänomen der Arbeitslosigkeitshysterese sind deshalb in den letzten 20 Jahren für die USA, für Europa und Deutschland sehr unterschiedlich bestimmt und eingeschätzt worden (Logeay 2006).

Trotz dieser Probleme wird man sich pragmatisch bei der politischen Umsetzung eines »sozialen Stabilitätspakts« in der EU auf eine Definition des Potenzialoutputs verständigen müssen.

Die folgende OECD-Tabelle über die Produktionslücke für die Jahre 2000 bis 2009 für die EU-Staaten macht deutlich, dass das Problem nicht schlichtweg ignoriert werden

kann. So lag im Jahre 2000 die Produktionslücke in der Eurozone bei 1,5 Prozent, in den Niederlanden und Portugal bei drei Prozent. Im Krisenjahr 2009 lag die Lücke in der Eurozone bei minus 4,9 Prozent, in Schweden bei minus 6,8 Prozent, in Finnland bei minus 8,8 Prozent, in Irland gar bei minus 9,1 Prozent, aber in Polen nur bei minus 1,4 Prozent.

Es wird deutlich, dass bei diesen Differenzen ein Verfahren zur Berücksichtigung der Produktionslücke für die Umsetzung des Korridormodells gefunden werden muss.



Tabelle 9: Die Produktionslücke (*output gaps*) für ausgewählte EU-Staaten von 2000 bis 2009 in Prozent, Berechnungen der OECD

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AT	2,4	0,2	-0,7	-2,3	-1,9	-1,1	0,5	2,4	2,4	-3
BE	1,3	-0,4	-1,2	-2,2	-0,9	-1	-0,5	-0,2	-1,5	-6
CZ	-0,4	-0,5	-1,7	-1,9	-1,9	-0,1	2,2	3,4	2,9	-3,2
DK	2,1	0,9	-0,4	-1,4	-0,6	-0,1	1,5	1,8	-0,6	-6,6
FI	1,6	0	-1,6	-2,7	-1,7	-1,6	-0,2	2	0,2	-8,8
FR	1,9	1	-0,1	-0,9	-0,4	-0,2	0,4	1	-0,4	-3,8
DE	1,2	0,8	-0,5	-1,8	-2	-2	0,3	1,6	0,6	-5,2
EL	-1,7	-1,7	-2,3	-0,5	-0,3	-1,6	-0,1	1,7	1	-2,1
HU	0,2	-0,1	0	0,3	1,3	1,1	1,7	-0,1	-1,1	-8,3
IE	4,1	2,4	2,4	1,6	1,4	2,4	3	4,4	-1,7	-9,1
IT	0,8	0,9	0	-1	-0,5	-0,3	1	1,5	-0,4	-5,5
LU	3,8	1,7	1,7	-0,7	-0,5	0,9	1,8	4,6	2,2	-5,2
NL	3	2	-0,5	-2,2	-1,8	-1,4	0,2	2,2	2	-3,6
PL	0,9	-1,5	-3,1	-2,3	-0,6	-0,7	0,9	2,2	1,8	-1,4
PT	3	2,4	1	-1,4	-1,2	-1,7	-1,2	0,2	-0,6	-3,4
ES	1,6	1,5	0,5	-0,2	-0,4	-0,2	0,3	0,5	-1	-5,5
SE	2	0,3	0,1	0,3	1,7	2,2	3,7	4,1	0,4	-6,8
UK	0,9	0,3	-0,2	0,2	1	1	1,8	2,6	1	-5
Euro area	1,5	0,9	-0,2	-1,3	-1	-0,9	0,4	1,4	0,1	-4,9

Quelle: OECD, Economic Outlook, Statistischer Anhang, No. 88, November 2010

3.3 Unterschiede in der Finanzierung des Wohlfahrtsstaates in der EU

Die Wohlfahrtsstaaten in der EU werden in sehr unterschiedlicher Form finanziert (Tabelle 10).

Die drei Hauptquellen der Finanzierung stellen die Arbeitgeberbeiträge, die Beiträge der Leistungsempfänger und die staatlichen Beiträge dar. Im Jahre 2007 entfielen in der EU-27 38 Prozent der Einnahmen auf die Beiträge der Arbeitgeber, 20 Prozent auf die Beiträge der Leistungsempfänger und 38 Prozent auf staatliche Beiträge. Gegenüber dem Jahr 2000 sind hier keine großen Veränderungen zu beobachten: der staatliche Anteil ist leicht gestiegen, derjenige von Arbeitgebern und Empfängern leicht gesunken.

Bezug nehmend auf die Verteilung im Jahr 2007, ist der Anteil der Arbeitgeber in den Staaten Mittel- und Osteu-

ropas mit Ausnahme Polens und Sloweniens überdurchschnittlich hoch, er erreicht in Estland sogar 81 Prozent. Weit unterdurchschnittlich ist der Wert in Dänemark mit 11 Prozent. Schweden (40 Prozent) und Finnland (38 Prozent) erreichen dagegen durchschnittliche Werte.

Der Anteil des Staates liegt in Dänemark mit 62 Prozent weit an der Spitze. Überdurchschnittliche Werte sind bei dieser Größe auch in Irland, Italien, Zypern, Portugal, Luxemburg, Rumänien, Finnland, Schweden und Großbritannien zu registrieren. Sehr viel niedrigere staatliche Finanzierungsanteile sind in Tschechien, Estland, Frankreich, Griechenland, den Niederlanden, Slowenien und der Slowakei zu beobachten.

Die geschützten Personen werden in Form von Beiträgen in Schweden, Finnland, Estland, Litauen und Großbritannien nur im geringen Maße zur Finanzierung des Wohlfahrtsstaates herangezogen. Deutschland erreicht



Tabelle 10: Finanzierung der Sozialschutzsysteme in der EU-27 in Prozent, 2000 und 2007

	2000			2007		
	Sozialbeiträge der Arbeit- geber	Sozialbeiträge der geschütz- ten Personen	Staatliche Beiträge	Sozialbeiträge der Arbeit- geber	Sozialbeiträge der geschütz- ten Personen	Staatliche Beiträge
EU-27	38,7	21,6	35,9	37,6	20	38
EU-15	38,8	21,5	36,1	37,6	19,9	38,2
BE	49,6	22,4	25,8	44	21,2	32,6
BG	58,8	17	17,4	38,9	19	40,4
CZ	50,2	24,3	24	52,3	25,9	20,6
DK	9,3	21	62,6	11,5	20,8	61,8
DE	37,8	27,5	32,3	34,9	28	34,9
EE	77	0	22,6	81,1	0,3	18,4
IE	24,9	14	60,5	26,9	16,1	52,4
EL	38,4	23,5	27,7	35,4	22,8	31,7
ES	52,2	16,2	29	48	15,2	34,5
FR	45,7	20,2	30,2	44	21,1	31,3
IT	42,6	14,6	40,8	40	15,4	42,8
CY	26,6	16,8	40	23,5	15,2	47,5
LV	48,7	16,1	35,1	48,2	16,9	34,4
LT	53,6	6,2	39,1	55,4	6,1	37,8
LU	27,1	25	42,8	26,8	25	43,3
HU	45,3	13	33	42,1	15,9	37
MT	49,1	21	26,9	42	17,9	36,7
NL	32,4	35,6	16,1	32,6	32,5	21,6
AT	38,8	27	32,2	37,7	27,2	33,6
PL	28,5	23,8	33,1	27	22	32,7
PT	36,4	17,9	37,8	31,1	15,1	43,9
RO	44,5	30,3	18,6	40	14,4	43,8
SI	26,5	39,3	32,6	27,3	41	29,6
SK	46,5	18,4	32,4	44,1	20,9	26,8
FI	39,1	11,5	42,4	37,9	11,7	43,2
SE	42,7	9,1	45,7	40,2	9,5	47,3
UK	30,1	19,4	48,5	32,4	10,8	49,6

Quelle: Zusammenstellung nach Daten von Eurostat

hier nach Slowenien (41 Prozent) und den Niederlanden (32 Prozent) mit 28 Prozent den dritthöchsten Wert.

Da mit Hilfe des Korridormodells Verzerrungen in der Wettbewerbsposition der Volkswirtschaften der EU-Staaten aufgrund ihrer wohlfahrtsstaatlichen Leistungen ver-

mieden werden sollen, sind die genannten Unterschiede in der Finanzierung der Sozialausgaben nicht unerheblich. So haben die Arbeitgeber in Dänemark eine weit unterdurchschnittliche Belastung, jene in vielen MOEL eine überdurchschnittliche Belastung zu verzeichnen. Eine exakte Bestimmung der Belastungen des privatwirtschaft-



lichen Sektors bei der Gestaltung des Wohlfahrtsstaates ist allerdings allein über diese Daten nicht zu erreichen. Die steuerliche Belastung der Unternehmen müsste bei einer solchen Betrachtung hinzugezogen werden. So werden die höheren Finanzierungsanteile der Arbeitgeber in vielen MOEL sicherlich durch die unterdurchschnittlichen effektiven Steuersätze für die Unternehmen dieser Länder teilweise oder ganz kompensiert. Auf dem Gegenpol – den Ländern mit unterdurchschnittlichen Beitragsbelastungen der Arbeitgeber – ist diese Form der Kompensation aber nicht vorhanden. So hat Irland neben niedrigen Beitragsbelastungen auch unterdurchschnittliche effektive Steuersätze für seine Unternehmen zu verzeichnen, und dieser Steuersatz liegt in Dänemark im EU-Mittel, korrigiert also nicht den geringen Arbeitgeberanteil bei der Finanzierung des Wohlfahrtsstaates.

Nur in neun von 27 EU-Staaten unterschreitet der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber den Wert von 35 Prozent. Unter diesen Bedingungen wäre es vernünftig, mit der Einführung eines sozialen Stabilitätspakts in der EU auch einen Zielkorridor von 35 bis 45 Prozent für den Arbeitgeberanteil an der Finanzierung des Wohlfahrtsstaates zu vereinbaren. Denkbar wäre auch, einen integrierten politischen Ansatz für die Steuer- und Abgabenbelastung des Unternehmenssektors in der EU zu finden. Es wären dann nicht die Steuer- und die Abgabenbelastung des Unternehmenssektors getrennt zu harmonisieren, sondern beide Bereiche gemeinsam, wodurch die Möglichkeit zu wechselseitigen Kompensationen erhalten bliebe.

4. Konzepte zur Koordinierung/ Regulierung wohlfahrtsstaatlicher Politiken auf der europäischen Ebene

Für die Regulierung der Wohlfahrtsstaaten auf der EU-Ebene liegen in Gestalt des Mindeststandardansatzes, der Sozialschlange, der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) und des Korridormodells sehr unterschiedliche Konzepte vor. In diesem Kapitel werden zunächst die drei ersten Modelle kurz vorgestellt sowie ihre jeweiligen Stärken und Schwächen erörtert. Im Anschluss daran werden die Vorzüge und die Probleme des Korridormodells diskutiert und die wichtigsten Einwände gegen dieses Konzept näher beleuchtet (vgl. Baum-Ceisig/Busch/Hacker/Nospickel 2008: 453ff; Busch/Hacker 2009: 27ff).

4.1 Mindeststandards

Vielfach ist im Rahmen der Debatten über eine Regulierung der Wohlfahrtsstaaten der Gedanke anzutreffen, auf der europäischen Ebene sollten Mindeststandards für die sozialen Leistungen festgelegt werden. Dieses Konzept wäre akzeptabel, handelte es sich in der EU um eine ökonomisch weitgehend homogene Staatengruppe. Tatsächlich divergieren die Produktivitätsniveaus zwischen den EU-Staaten erheblich, und diese Unterschiede haben seit den jüngsten Erweiterungsrunden deutlich zugenommen. Vor diesem Hintergrund birgt das Modell der Mindestvorschriften für soziale Standards eine zweifache Gefahr in sich: Entweder missachten zu hohe Mindeststandards die ökonomische Leistungsfähigkeit der ärmeren EU-Staaten und gefährden damit deren Wettbewerbsfähigkeit, oder die Mindestvorschriften sind so niedrig, dass sie wettbewerbsbedingte Abbauprozesse in den reicheren Staaten nicht verhindern können.

Das Modell der Mindeststandards ist angesichts von Produktivitätsdifferenzen in der EU-27, die gemessen am BIP pro Erwerbstätigen eine Spanne von eins zu vier erreichen, nicht geeignet, das System der Wettbewerbsstaaten zu überwinden. Sozialpolitische Mindeststandards auf dem Niveau Rumäniens oder Bulgariens sind für die höher entwickelten EU-Staaten absolut unbefriedigend. Sie sind auch nicht in der Lage, das Spiel des Sozialdumpings zu unterbinden, das Staaten mit höherem Pro-Kopf-Einkommen betreiben (Begg/Nectoux 1995; Benz 2004; Göbel 2002; Platzer 1997).

4.2 Sozialschlange

Michel Dispersyn und Pierre van der Vorst haben 1989 einen Vorschlag zur Konvergenz der europäischen Sozialpolitik vorgelegt, den sie »Sozialschlange« nannten. Diese sieht für jede soziale Leistung die Festlegung eines mittleren EU-Niveaus vor. Staaten, deren Sozialausgaben von diesem Mittelwert nach oben abweichen (*l'écart positif*), sollen diese für eine gewisse Periode konstant halten oder steigern. Staaten mit einer negativen Abweichung (*l'écart négatif*) sollen ihre Sozialausgaben über eine bestimmte Periode erhöhen, so dass sich insgesamt auf EU-Ebene eine Konvergenz der Leistungen herausbilden würde. Die Staaten mit einer positiven Abweichung dürfen nach diesem Modell ihre Sozialleistungen nur steigern, wenn sie zusätzlich über einen Transfermechanis-



mus eine gleichrangige Erhöhung der Leistung in den Staaten mit negativer Abweichung finanzieren. Droht in Staaten mit einer negativen Marge ein Abbau von Sozialleistungen, soll dies über einen innereuropäischen Transfermechanismus verhindert werden (Dispersyn et al. 1990, 1992).

Dem Grundgedanken von Dispersyn und van der Vorst, *à la longue* eine Harmonisierung der wohlfahrtsstaatlichen Niveaus in der EU anzustreben, ist sicherlich zuzustimmen. Allerdings wollen beide Autoren diesen Weg dadurch beschleunigen, dass sie Finanztransfers aus den reicheren in die ärmeren EU-Staaten vorsehen. Angesichts des Entwicklungsgefälles in der EU-27 und der nach wie vor primär nationalen politischen Identität der Bürgerinnen und Bürger in der EU, fehlt für die Umsetzung dieses sympathischen Harmonisierungsgedankens wohl noch für lange Zeit jegliche politische Voraussetzung.

Ein weiteres Problem dieses Konzepts besteht darin, dass es nicht bei den Sozialausgaben insgesamt, sondern bei den Einzelleistungen (Gesundheitsausgaben, Rentenausgaben etc.) ansetzt. Wie in Kapitel 1 gezeigt wurde, ist jedoch die Beziehung zwischen der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Staaten und den sozialen Einzelleistungen weit weniger eng als bei den Gesamtleistungen. Angesichts dieser Unterschiede in der Priorität in der Sozialpolitik zwischen den EU-Staaten ist die Festlegung einkommensbezogener Standards für die Einzelleistungen wesentlich schwieriger als für die Gesamtleistungen. Der EU-Regulierungseingriff wäre damit im Konzept der Sozialschlange weitaus gravierender und der politische Widerstand gegen diese Eingriffe wesentlich größer als etwa bei der Umsetzung des Korridormodells. Es kommt hinzu, dass zurzeit der Veröffentlichung des Sozialschlangenmodells die EU aus zwölf Staaten bestand, deren ökonomische und soziale Divergenzen nicht so groß waren wie diejenigen der heutigen 27 Staaten. Die Festlegung eines mittleren Niveaus für die Einzelleistungen wohlfahrtsstaatlicher Politik macht von daher heute weitaus weniger Sinn als Anfang der 1990er Jahre.

4.3 Offene Methode der Koordinierung (OMK)

Das Verfahren der offenen Koordinierung hat seine Wurzeln einerseits in der Ausgestaltung der Wirtschaftspolitik der Gemeinschaft (Vertrag von Maastricht) und ande-

rerseits in der Umsetzung der gemeinsamen Beschäftigungspolitik (Vertrag von Amsterdam). Auf dem Gipfel von Lissabon (2000) wurde beschlossen, dieses Verfahren auch zur Bekämpfung der Armut und der sozialen Ausgrenzung einzusetzen. Im Jahre 2001 wurde der Anwendungsbereich der OMK in der Sozialpolitik noch weiter ausgedehnt: Das Verfahren der offenen Koordinierung gilt seitdem auch im Bereich der Rentenpolitik und im Bereich des Gesundheitswesens und der Langzeitpflege.

Aufgrund der Lissabonner Beschlüsse besteht die Offene Methode der Koordinierung im Wesentlichen aus vier Stufen:

1. Der Verabschiedung europäischer Leitlinien mit gemeinsamen Zielen und Zeitplänen,
2. der Festlegung von Indikatoren und *benchmarks* zur Erreichung dieser Ziele,
3. der Verabschiedung nationaler und regionaler Aktionspläne zur Verwirklichung der Leitlinien und
4. der Einführung eines europäischen Systems der Überwachung und Evaluation, um einen Prozess des gegenseitigen Lernens zu ermöglichen (Europäischer Rat Lissabon 2000: 10).

Durch die OMK nimmt die Union mittelbar Einfluss auf die Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme in den Mitgliedstaaten. Grundsätzlich bleiben die Kompetenzen der Staaten unberührt, aber durch ein *management by objectives*, den Informationsaustausch sowie die Festlegung von *benchmarks* und *best practices* entsteht eine Kooperation zwischen den Staaten der EU, die zu einer gewissen Konvergenz in den nationalen Sozialpolitiken beitragen könnte (Bauer/Knöll 2003; De la Porte/Pochet 2003; Goetschy 2003; Stephan 2008; Trubek 2002).

Inzwischen liegen nun einige Jahre der Erfahrung mit diesem neuen Steuerungsinstrument vor. In der Beschäftigungs-, Renten- und Armutspolitik ist der beschriebene vierstufige Prozess bereits mehrfach durchlaufen worden, in der Gesundheitspolitik steckt die OMK dagegen noch in den Kinderschuhen. Die OMK hat in den genannten Politikfeldern zu einer Intensivierung des Erfahrungsaustausches zwischen den EU-Staaten geführt. In vielerlei Hinsicht liegen heute wesentlich mehr quantitative Informationen über die Entwicklung der Renten und der Ar-



mut vor, welche die komparative Beurteilung der nationalen Renten- und Armutspolitiken wesentlich verbessert haben. Im Bereich der Gesundheitspolitik wird die Umsetzung der OMK ähnliche Fortschritte bewirken können. Auch hier ist eine Verbesserung der Kenntnisse und Informationen über die Reformpolitiken der einzelnen Staaten gerade im Vergleich zwischen den National-Health- und den Social-Insurance-Systemen von großer Bedeutung.

So sinnvoll die OMK unter den genannten Aspekten ist, so sehr muss aber auch betont werden, dass diese neue Steuerungsmethode im Vergleich zur Gemeinschaftsmethode erhebliche Defizite hat und im Bereich der Sozialpolitik aufgrund ihrer Einbettung in übergeordnete wirtschaftspolitische Vorgaben (makroökonomische Zielvorgaben, Stabilitätspakt) sowie in das System der Wettbewerbsstaaten starken Einschränkungen unterworfen ist (Tidow 1999; De la Porte/Nanz 2004; Göbel 2002; Stephan 2008).

Im Hinblick auf die Entwicklung von regulativen europäischen Konzepten zur Eindämmung von Praktiken des Sozialstaatsabbaus und des Sozialdumpings kann der OMK kein gutes Zeugnis ausgestellt werden. Im Rahmen dieser weichen Steuerungsmethode können den Nationalstaaten keine verbindlichen Vorgaben für die Entwicklung ihrer wohlfahrtsstaatlichen Politik gemacht werden. Die Umsetzung von Empfehlungen unterliegt allein dem Wohlwollen der nationalen Regierungen. Sanktionen sind, anders als etwa im Stabilitäts- und Wachstumspakt, nicht vorgesehen; sie sind der Offenen Methode der Koordinierung wesensfremd (Hodson/Maher 2001). Dieses Verfahren beschränkt sich auf die Hoffnung, durch die Benennung von Unzulänglichkeiten in einzelnen Staaten einen Handlungsdruck zu erzeugen. Sisson, Arrowsmith und Marginson bezeichnen diese potentielle Wirkung der OMK als *naming and shaming* (Sisson/Arrowsmith/Marginson 2002: 19).

Die Offene Methode der Koordinierung ist weder quantitativ noch qualitativ ausreichend, um eine parallele Entwicklung von ökonomischem und sozialem Fortschritt in der EU zu gewährleisten. Sie kann auch nicht davor schützen, dass einzelne Staaten die Sozialkosten als Waffe im innereuropäischen Standortwettbewerb einsetzen. Es bedarf daher tiefgreifenderer Regulierungskonzepte auf der europäischen Ebene, um die Auswirkungen des Systems der Wettbewerbsstaaten auf die Wohlfahrtsstaaten der EU zu unterbinden und um eine Parallelität von ökonomi-

ischem und sozialem Fortschritt durchzusetzen (Stephan 2008; Busch/Hacker 2009: 45).

4.4 Zur Kritik am Korridormodell

Die Kritik am Korridormodell konzentriert sich im Wesentlichen auf fünf Punkte:

1. Der Ansatz sei rein quantitativ und vernachlässige qualitative Fragen.
2. Das Konzept sei nicht solidarisch, weil es auf Transfers der reichen in die armen Länder verzichte.
3. Das Modell enthalte neben Untergrenzen auch Höchstgrenzen für die Sozialleistungen und widerspreche von daher einer progressiven Fortschrittsphilosophie.
4. Die Festlegung von Ländergruppen mit unterschiedlichen Korridoren sei angesichts der starken Streuung der Sozialleistungsquoten schwierig.
5. Es fehle ein ausgearbeitetes Sanktionssystem für die praktische Durchsetzung des Modells.

Mit dem ersten Einwand hat sich Kapitel 2 intensiv auseinandergesetzt. Angesichts des sehr engen Zusammenhangs von ökonomischem und sozialem Entwicklungsniveau einerseits und der engen Verbindung von quantitativen und qualitativen Standards im Gesundheitsbereich andererseits halte ich diesen Einwand für widerlegt. Im Übrigen – und darauf habe ich bereits 2005 hingewiesen (Busch 2005: 43ff.) – spricht nichts dagegen, in zweiten und dritten Schritten nach der Vereinbarung eines sozialen Stabilitätspakts auf der europäischen Ebene für diejenigen Funktionen, für die es sinnvoll erscheint, zum Beispiel den Gesundheitssektor, Indikatoren für qualitative Standards der Versorgung festzulegen. Dies ist im Moment nicht vordringlich, und außerdem ist die Indikatoren-debatte hier noch nicht weit genug vorangeschritten, denkbar ist aber prinzipiell eine solche Erweiterung des Modells.

Der zweite Einwand – so meine Erfahrungen aus vielen Vorträgen über das Korridormodell – wird sehr häufig in Debatten in den mediterranen Ländern oder in kirchlichen Kreisen vorgetragen. Hier werden Transfers als Element innereuropäischer Solidarität für notwendig er-



achtet. Auch hier handelt es sich um keinen wirklichen Einwand gegen das Modell, denn die Forderung nach Transfers steht nicht im Gegensatz zum Korridoransatz. Dieser kann zwar auf dieses Element verzichten, ließe sich aber ohne weiteres um eine solche Komponente ergänzen. Wenn die reicheren EU-Staaten den ökonomischen und sozialen Aufholprozess der ärmeren Staaten beschleunigen wollen, indem sie Transferzahlungen leisten, wäre dies politisch zu begrüßen und in das Modell problemlos zu integrieren.

Auch beim dritten Argument (Erdmenger/Gran/Kowalsky/Polzer 2009: 10) handelt es sich um ein Missverständnis. Zunächst ist es ein Widerspruch, wenn die Autorinnen und Autoren gegen das Korridormodell einwenden, es ließen sich im Mindeststandardkonzept durchaus nach ökonomischer Leistungsfähigkeit gestufte Standards festlegen. Das Konzept der differenzierten Standards ist genau das Korridormodell, das weder im generellen Mindeststandard- noch im Sozialschlängen- noch im OMK-Ansatz enthalten ist. Außer im Korridormodell ist bislang kein Konzept für nach ökonomischen Leistungsniveaus differenzierte Standards für die EU vorgelegt worden. Insofern machen die Autorinnen und Autoren hier bereits eine Anleihe beim Korridormodell. Wenn sie Höchstgrenzen für eine Fortschrittsbremse halten, missverstehen die Kritiker das Modell gründlich. Selbstverständlich können Staaten freiwillig so stark nach oben abweichen wie sie es politisch für sinnvoll halten. Allerdings kann man Staaten, die etwa aus demographischen Gründen benachteiligt sind, politisch nicht verpflichten, diese Wettbewerbsnachteile tragen zu müssen (siehe Kapitel 1). Staaten, die aus solchen Gründen benachteiligt oder bevorzugt werden, sollten im innereuropäischen Finanzausgleich Kompensationen erhalten oder höhere Lasten schultern. Insofern sind die Höchstgrenzen keine Fortschrittsbremse, sondern eine Konstruktion zur Vermeidung übermäßiger Härten für einzelne Länder. Im Übrigen stehen diese Einwände auch im Kontrast zur empirischen Realität in Europa. Der Zusammenhang zwischen den Sozialschutzausgaben insgesamt und dem ökonomischen Leistungsniveau ist so eng (Kapitel 1), dass die hier vorgetragene Kritik ohne empirischen Bezug ist. Orientiert man sich bei diesen Einwänden dagegen an den hohen Sozialleistungsquoten in den skandinavischen Ländern, so hat Kapitel 3.1 gezeigt, dass sich bei einer Nettoberechnung dieser Vorsprung der skandinavischen Staaten einebnet.

Der vierte Einwand bezieht sich auf die Schwierigkeiten bei der Konstruktion von Einkommensclubs und zugehörigen Bandbreiten für die Sozialleistungsquoten. In der Tat war dieses Problem bei der ursprünglichen Entwicklung des Korridormodells Mitte der 1990er Jahre leichter zu lösen als heute. Damals ergaben sich für die EU-11 (ohne LU) drei bis vier Einkommensclubs, denen jeweils ein Korridor an Quoten zugeordnet werden konnte (Busch 1998: 178). Heute zeigen sich für die EU-26 (vergleiche Graphik 2) viele Gruppen von Ländern, die sich über die gesamte Länge der Regressionsgraden verteilen. Tatsächlich müssten auf der Basis der Daten von 2007 neun Clubs gebildet werden, um der Streuung des Pro-Kopf-Einkommens differenziert Rechnung tragen zu können. Es würde sich um folgende Gruppen handeln: Bulgarien/Rumänien, Lettland/Litauen/Polen, Estland/Ungarn/Slowakei, Portugal/Malta/Tschechien, Zypern/Slowenien/Griechenland, Spanien/Italien, Frankreich/Großbritannien/Deutschland/Belgien/Finnland, Schweden/Österreich/Niederlande/Dänemark und Irland als »Single-Club«. Diesen Gruppen könnten Sollwerte für die Bandbreite von Sozialleistungsquoten zugeordnet werden, wobei die Bandbreite zwei oder drei Punkte umfassen würde. In fast allen Gruppen gäbe es dabei Staaten, deren reale Quote unter- oder oberhalb des Korridors liegen würde. Auch wenn zu berücksichtigen ist, dass sich die Streuung der Quoten bei der Verwendung von Nettoquoten verringern würde (siehe Kapitel 3.1), ist eine solche Lösung für die Umsetzung des Korridormodells mit einigen Schwierigkeiten verbunden, die sich vor allem aus der Debatte über den Umgang mit den abweichenden Staaten in jedem Club ergeben würden.

Dieses Problem ließe sich vermeiden, wenn man einen Wechsel des Indikators vornähme und nicht mehr mit den Sozialleistungsquoten, sondern mit den Sozialschutzausgaben pro Kopf arbeiten würde. Der neue Lösungsansatz lässt sich anhand der Regression in Graphik 7 sehr gut erläutern. Im Unterschied zur Graphik 4 ist hier das stark abweichende Land Irland aus der Berechnung herausgenommen worden. Dadurch hat sich die Regressionsgerade ein wenig gegen den Uhrzeigersinn gedreht und hat fast die Form der Winkelhalbierenden angenommen. Der Korrelationskoeffizient liegt jetzt bei 0,97, zeigt also eine äußerst starke Beziehung zwischen den beiden Größen, das Bestimmtheitsmaß erreicht 92 Prozent. Jedem Einkommenspunkt auf der x-Achse lässt sich jetzt leicht ein Punkt auf der y-Achse zuordnen, und zwar mit Hilfe der oberhalb der Regressionsgeraden angegebenen



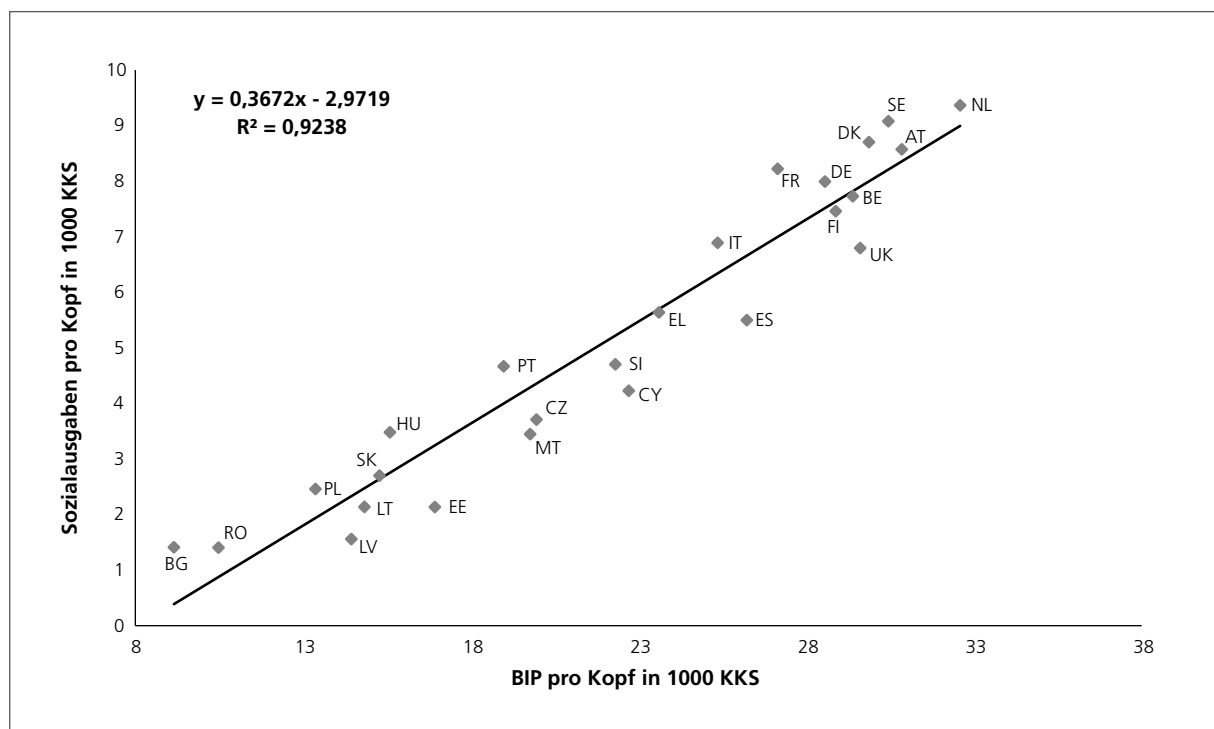
Formel: $y = 0,3672x - 2,9719$. Die Regressionsgerade ist der geometrische Ort der Schnittpunkte der y-Sollwerte für die Sozialschutzausgaben pro Kopf und den x-Istwerten für das BIP pro Kopf für die verschiedenen Länder. Das Korridormodell könnte jetzt dadurch zur Geltung kommen, dass oberhalb und unterhalb der Regressionsgeraden je eine Gerade verlaufen könnte, die wie folgt zu konstruieren wäre: für jeden y-Sollwert der einzelnen Staaten werden zwei Punkte errechnet, die um fünf Prozent (7,5 Prozent, zehn Prozent, etc.) höher oder niedriger liegen als der Sollwert (die Prozentsätze wären politisch zu entscheiden). Damit wäre eine Schwankungsbreite für die Werte der Sozialschutzausgaben pro Kopf für jeden Staat festgelegt, deren Mittelpunkt der Wert auf der Regressionsgeraden darstellt. Der Abstand der beiden Abweichungslinien von der Regressionsgeraden würde mit steigendem Pro-Kopf-Einkommen größer, weil bei gleichem Prozentsatz der Abweichung die absoluten Abweichungsbeträge mit höherem Einkommen steigen. Der Korridor wäre damit nicht mehr für einzelne Einkommensclubs festzulegen, es gäbe vielmehr einen einzigen Korridor um die Regressionsgerade, und es müssten auch keine Staatengruppen mehr gebildet werden. Dies ist an-

gesichts der laufenden Veränderungen im Pro-Kopf-Einkommen und der großen Zahl der Staaten, deren Einkommen sich auf die gesamte Breite der Regressionsgeraden verteilt, ohnehin die elegantere Lösung.

In Tabelle 11 sind für die 25 EU-Staaten die tatsächlichen Sozialausgaben pro Kopf, der Sollwert dieser Größe und die beiden Werte angegeben, die um zehn Prozent nach oben und nach unten vom Sollwert abweichen. Die sich daraus ergebende Bandbreite um die Regressionsgrade ist in Graphik 8 eingezeichnet. Bei dieser Konstruktion der Bandbreite würden folgende Staaten den Korridor nach oben überschreiten: Schweden (marginal), Frankreich, Portugal, Ungarn, Polen, Bulgarien und Rumänien. Nach unten würden abweichen: Irland, Großbritannien, Spanien, Zypern, Malta, Tschechien, Estland, Litauen (marginal) und Lettland.

Für Irland lässt sich auf der Basis des Pro-Kopf-Einkommens von 37.47 KKS im Jahre 2007 ein Sollwert für die Sozialschutzausgaben pro Kopf in Höhe von 10,78 KKS bestimmen. Der Korridor läge dann zwischen 9,69 KKS und 11,86 KKS.

Graphik 7: Regression Sozialschutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS in Relation zum BIP pro Kopf in 1000 KKS für die EU-25 (ohne LU und IE) 2007



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat



Tabelle 11: Sozialschutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS für die EU-25, 2007, tatsächliche Werte, Sollwerte und Sollwerte plus/minus zehn Prozent

2007	Die tatsächlichen Sozial-schutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS	Über die Regressionsfor-mel errechneter Sollwert pro Kopf in 1000 KKS	Sollwert minus zehn Prozent	Sollwert plus zehn Pro-zent
BE	7,73	7,81	7,03	8,59
BG	1,41	0,4	0,36	0,44
CZ	3,71	4,36	3,92	4,79
DK	8,7	7,99	7,12	8,69
DE	7,99	7,51	6,76	8,25
EE	2,14	3,25	2,92	3,57
EL	5,64	5,69	5,12	6,25
ES	5,5	6,66	5,99	7,32
FR	8,22	6,99	6,29	7,69
IT	6,89	6,34	5,7	6,97
CY	4,23	5,36	4,83	5,89
LV	1,56	2,33	2,09	2,56
LT	2,14	2,47	2,22	2,67
HU	3,48	2,75	2,47	3,02
MT	3,45	4,28	3,86	4,71
NL	9,37	8,99	8,09	9,89
AT	8,57	8,35	7,52	9,19
PL	2,46	1,93	1,73	2,12
PT	4,67	3,99	3,59	4,39
RO	1,41	0,87	0,78	0,95
SI	4,7	5,22	4,69	5,74
SK	2,7	2,63	2,36	2,9
FI	7,46	7,63	6,86	8,39
SE	9,06	8,2	7,38	9,02
UK	6,79	7,9	7,11	8,69

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Daten von Eurostat

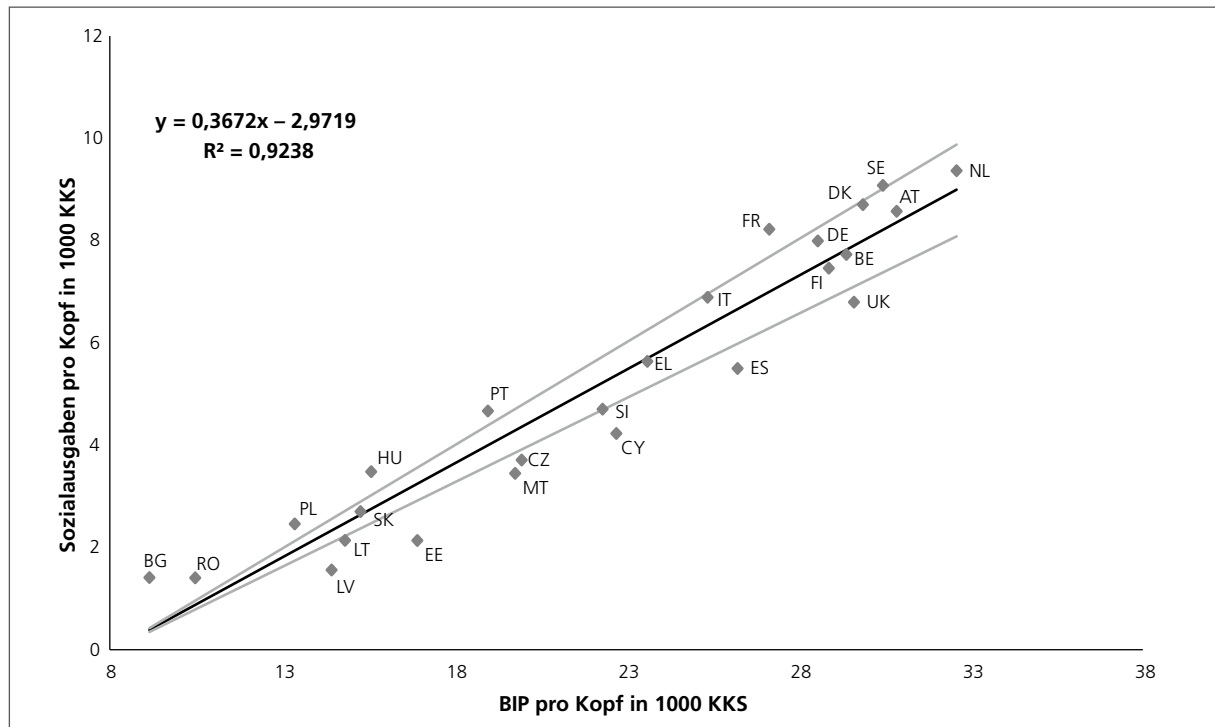
Nun zum fünften Problem, dem bislang fehlenden Sanktionsmechanismus im Korridormodell. Im Falle der politischen Umsetzung des Korridormodells auf der europäischen Ebene wäre auch eine Entscheidung über einen Sanktionsmechanismus zu treffen. Dieser könnte sehr unterschiedliche Formen annehmen, deshalb stellen die folgenden Überlegungen nur einen Vorschlag dar, neben dem viele andere Lösungen denkbar sind. Möglich ist folgendes Verfahren:

Die Regression zwischen den Sozialschutzausgaben pro Kopf und dem BIP pro Kopf sollte für einen Zeitraum betrachtet werden, der die letzten fünf Jahre umfasst. Nur Staaten, die in diesem Zeitraum dauerhaft nach oben oder nach unten aus dem Korridor fallen, sollen einer näheren Analyse unterzogen werden.

Zu untersuchen wäre dann, ob die Abweichungen möglicherweise demographisch bedingt sind, ob also im Vergleich zum EU-Durchschnitt die Altersstruktur des Landes über- oder unterdurchschnittliche Renten- und Gesund-



Graphik 8: Beispiel für einen Korridor (plus/minus zehn Prozent) um die Regressionsgerade Sozialschutzausgaben pro Kopf in 1000 KKS/BIP pro Kopf in 1000 KKS, EU-25, 2007



Quelle: Eigene Berechnung der Regression und des Korridors auf der Basis der Daten von Eurostat

heitsausgaben erforderlich macht. Ist dies zu bejahen, sollten im Rahmen des EU-Haushalts Kompensationen vereinbart werden. Begünstigte Staaten sollten mehr in den EU-Haushalt einzahlen oder weniger Mittel aus den Strukturfonds erhalten. Benachteiligte Staaten sollten weniger einzahlen müssen oder höhere Strukturmittel erhalten. Keiner der Staaten sollte in diesem Falle gezwungen werden, entweder Sparmaßnahmen vorzunehmen oder mehr Mittel für die soziale Wohlfahrt aufzuwenden.

Weichen Staaten aus nicht-demographischen Gründen dauerhaft nach oben ab, bleibt es ihre Entscheidung, diese höheren Belastungen zu tragen oder zu korrigieren.

Weichen Staaten aus nicht-demographischen Gründen dauerhaft nach unten ab, sollten sie aufgefordert werden, ihre Politik zu begründen. Zu ermitteln sind dabei die Funktionen des Wohlfahrtsstaates (Gesundheit, Renten, Arbeitslosenunterstützung, Familien), in denen sie relevant nach unten abweichen. Diese Staaten sollten dann aufgefordert werden, Konzepte vorzulegen, wie sie in den nächsten Jahren den Anschluss an den Durchschnitt ihrer Einkommensclubs erreichen wollen.

Lehnen die betreffenden Staaten dies ab oder verfehlen sie auch nach einer Übergangsperiode ihre Aufholziele, müssten Bußgelder erhoben werden, die über den EU-Haushalt denjenigen Staaten zugute kommen sollten, deren Ausgaben überdurchschnittlich sind.

Dies ist, wie schon betont, nur ein möglicher Weg für einen Sanktionsmechanismus im Rahmen des Korridormodells. Selbstverständlich sind auch weichere oder härtere Formen der Intervention denkbar. Entscheidend ist jedoch, dass der politisch vereinbarte Mechanismus tatsächlich eine Verhaltensänderung der abweichenden Staaten bewirkt.

5. Ausblick

Bis zum Ausbruch der Weltwirtschaftskrise und der Krise in der Eurozone bestand die Debatte über die Zukunft des Europäischen Sozialmodells darin, in einer Bestandsaufnahme die Folgen des neoliberalen Modells, das die EU seit dem Maastrichter Vertrag prägt, für die Lohn- und die Sozialpolitik aufzuzeigen, um dann auf dieser Grund-



lage für diese Politikfelder Alternativen in Form von europäischen Koordinierungsregeln zu erörtern. Letztlich ging es um eine Überwindung des Systems der Wettbewerbsstaaten durch europäische Regelungsansätze in der Lohn-, Sozial- und Steuerpolitik.

So schwierig dies in den Jahren vor der Krise erschien, so geringfügig muten heute diese Reformschritte angesichts der Herkulesaufgaben an, die sich bei der Überwindung der Weltwirtschaftskrise, der Vermeidung zukünftiger Krisen globalen Ausmaßes und der Beseitigung der Strukturmängel der EU-Wirtschaftsverfassung stellen. Wenn diese Aufgaben nicht bewältigt werden, muss über die Zukunft des Europäischen Sozialmodells nicht debattiert werden. Diese Zukunft kennt unter den Bedingungen der nicht bewältigten Wirtschaftskrisen in der Welt und in Europa nur eine unvermeidliche Richtung: den weiteren Abbau, ja, die Zerstörung des Wohlfahrtsstaates, wie wir ihn in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kennengelernt haben.

Soll dies vermieden werden, müssen auf der Ebene der Weltwirtschaft die großen Leistungsbilanzungleichgewichte zu Lasten der USA und zu Gunsten Chinas, Deutschlands und Japans abgebaut werden. Dies verlangt Anpassungsprozesse in allen genannten Staaten und auch eine Reform des Weltwährungssystems, um bereits auf einer frühen Stufe Leistungsbilanzungleichgewichte durch Wechselkursanpassungen bekämpfen zu können.

Auf der Ebene der Europäischen Union stehen der Abbau der Ungleichgewichte in der Eurozone und eine Revision der Wirtschaftspolitik der EU im Vordergrund. Einerseits ist durch eine europäische Koordinierung der Lohn-, Sozial- und Steuerpolitik eine Verzerrung der Wettbewerbsfähigkeit der EU-Staaten zu verhindern. Andererseits braucht die EU mittelfristig eine Europäische Wirtschaftsregierung und bereits kurzfristig einen anderen wirtschaftspolitischen Kurs zur Bekämpfung der Haushaltsdefizite. Erforderlich ist ein gesamteuropäischer Ansatz einer nachhaltigen Wachstums- und Beschäftigungspolitik, der mittel- und langfristig eine Konsolidierung der europäischen Staatsschulden impliziert. Nur so kann es der EU gelingen, die Haushaltspolitik der einzelnen Staaten aus der Zwangsjacke der internationalen Finanzmärkte und damit einer pro-zyklischen Finanzpolitik zu befreien. Dieser Politikansatz steht auch im deutlichen Kontrast zur momentan verfolgten Strategie

der Härtung des Stabilitätspakts und der Priorisierung der Konsolidierung der öffentlichen Haushalte. Die EU wird schmerzhaft lernen müssen, dass die Strukturdefizite der WWU nicht mit Rettungsschirmen, welcher Größenordnung auch immer, zugekleistert werden können. Ohne die Installierung einer Europäischen Wirtschaftsregierung und ohne Mechanismen zur Vermeidung gravierender außenwirtschaftlicher Ungleichgewichte in der EU wird das Projekt der gemeinsamen Währung letztlich scheitern (Busch/Hirschel 2011).

Die Zukunft des Europäischen Sozialmodells hängt entscheidend davon ab, ob es gelingt, die Weltwirtschaft zu stabilisieren und eine weitere globale Krise zu verhindern. Sie ist darüber hinaus nur dann gesichert, wenn durch Strukturreformen der europäischen Wirtschafts- und Sozialverfassung die innereuropäischen Ungleichgewichte überwunden werden und der Pfad der deflatorischen Konsolidierung der öffentlichen Schulden verlassen wird. Das in diesem Text diskutierte Korridormodell ist ein Baustein eines solchen alternativen Politikkonzepts für die Europäische Union (Näheres in: Busch 2011: 341ff.).



- Adema, Willem** (2001): Net Social Expenditure, 2nd Edition, OECD Labour Market and Social Policy. Occasional Papers No. 52, Paris.
- Alber, Jens/Standing, Guy** (2000): Social dumping, catch-up, or convergence? Europe in a comparative global context. In: *Journal of European Social Policy* 10, 2: 99–119.
- BASYS** (2007): Indikatoren der OMK im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege. Augsburg.
- Bauer, Michael W./Knöll, Ralf** (2003): Die Methode der offenen Koordinierung: Zukunft europäischer Politikgestaltung oder schleichende Zentralisierung? In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 1–2/2003.
- Baum-Ceisig, Alexandra/Busch, Klaus/Hacker, Björn/Nospickel, Claudia** (2008): *Wohlfahrtsstaaten in Mittel- und Osteuropa. Entwicklungen, Reformen und Perspektiven im Kontext der europäischen Integration*. Baden-Baden.
- Begg, Ian/Nectoux, François** (1995): Social protection and economic union. In: *Journal of European Social Policy* 5, 4.: 285–302.
- Benz, Benjamin** (2004): *Nationale Mindestsicherungssysteme und europäische Integration. Von der Wahrnehmung der Armut und sozialen Ausgrenzung zur Offenen Methode der Koordinierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Wissenschaften.
- Borrás, Susana/Jacobsson, Kerstin** (2004): The open method of co-ordination and new governance patterns in the EU. In: *Journal of Public Policy* 11, 2: 185–204.
- Busch, Klaus** (1998): Das Korridormodell – ein Konzept zur Weiterentwicklung der EU-Sozialpolitik. In: Schmid, J./Niketta, R. (Hrsg.): *Wohlfahrtsstaat. Krise und Reform im Vergleich*. Marburg: Metropolis-Verlag: 273–298.
- Busch, Klaus** (2001): Economic Integration and Welfare State. The Corridor Model as a Strategy for a European Social Policy. In: Haller, M. (Hrsg.): *The Making of the European Union*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer: 25–42.
- Busch, Klaus** (2005): Die Perspektiven des Europäischen Sozialmodells. Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 92, Düsseldorf.
- Busch, Klaus/Hacker, Björn** (2009): Die Methode der offenen Koordinierung: Entwicklungen, Perspektiven und Grenzen. In: Devetzi, Stamatia/Platzer, Hans-Wolfgang (Hrsg.) (2009): *Offene Methode der Koordinierung und das Europäische Sozialmodell*. Ibidem Verlag, Hannover: 27–49.
- Busch, Klaus** (2009): Weltwirtschaftskrise und Wohlfahrtsstaat. Lösungskonzepte zum Abbau ökonomischer und sozialer Ungleichgewichte in der Weltwirtschaft, in Europa und Deutschland. Internationale Politikanalyse, Friedrich-Ebert-Stiftung, November 2009.
- Busch, Klaus** (2010): Europäische Wirtschaftsregierung und Koordinierung der Lohnpolitik – Krise der Eurozone verlangt Strukturreformen, Internationale Politikanalyse, Friedrich-Ebert-Stiftung, März 2010.
- Busch, Klaus** (2011): Weltwirtschaftskrise, Eurokrise und die Zukunft des Europäischen Sozialmodells. In: Klaus Busch/Manfred Flore/Heribert Kohl/Heiko Schlattermund (Hrsg.): *Europa in sozialer Schieflage*. VSA Hamburg: 341–355.
- Busch, Klaus/Hirschel, Dierk** (2011): Europa am Scheideweg. Wege aus der Krise. Internationale Politikanalyse, Friedrich-Ebert-Stiftung, März 2011.
- De la Porte, Caroline/Pochet, Philippe** (2003): *Building Social Europe through the Open Method of Co-ordination*, Brüssel: Peter Lang.
- De la Porte, Caroline/Nanz, Patrizia** (2004): The OMC – a deliberative-democratic mode of governance? The cases of employment and pensions. In: *Journal of European Public Policy* 11, 2: 267–288.
- Dispersyn, Michel/Van der Vorst, Pierre u. a.** (1990): La construction d'un serpent social européen. In: *Revue Belge de Sécurité Sociale* 12: 889–980.
- Dispersyn, Michel/Van der Vorst, Pierre u. a.** (1992): La construction d'un serpent social européen – Étude de faisabilité. In: *Revue Belge de Sécurité Sociale* 36: 315–656.
- Döring Diether/Dudenhöfer, Bettina/Herdt, Jürgen** (2005): *Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck. Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz*. Wiesbaden.
- Erdmenger, K./Gran, S./Kowalsky, W./Polzer, U.** (2009): Die soziale Dimension der EU. Internationale Politikanalyse, Friedrich-Ebert-Stiftung, Juli 2009.
- Eun-Hwan Oh, Y. Immanaka/E. Evans** (2005): Determinants of the Diffusion of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging. In: *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 21, No. 1.
- Europäischer Rat** (2000): Europäischer Rat (Lissabon) 2000. Schlussfolgerungen des Vorsitzes. Luxemburg.
- Eurostat** (2011): http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/social_protection/introduction
- Falkner, Gerda** (1998): *EU Social Policy in the 1990s: Towards a corporatist policy community*. London/New York: Routledge.
- Göbel, Marcus** (2002): *Von der Konvergenzstrategie zur Methode der offenen Koordinierung*. Baden-Baden: Nomos.
- Goetschy, Janine** (2003): The European Employment Strategy, Multi-Level Governance, and Policy Coordination: Past, Present and Future. In: Zeitlin, J./Trubek, D. M. (Hrsg.): *Governing Work and Welfare in a New Economy: European and American Experiments*, Oxford: 59–87.
- Greß, Stefan/Wasem, Jürgen** (2009): Indikatoren zur Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und die Methode der offenen Koordinierung. Unveröffentlichtes Manuskript. Kassel.
- Hacker, Björn/Maass, Gero** (2010): Ein Grundsatzprogramm für die SPE: Baustellen, Gemeinsamkeiten und Eckpunkte aus deutscher Perspektive, Internationale Politikanalyse, Friedrich-Ebert-Stiftung, Dezember 2010.



- Hemerijck, Anton** (2002): The Self-Transformation of the European Social Model(s). In: Esping-Andersen, G. (Hrsg.): *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press: 173–232.
- Hodson, Dermot/Maher, Imelda** (2001): The Open Method as a New Mode of Governance: The Case of Soft Economic Policy Co-ordination. In: *Journal of Common Market Studies* 39, 4: 719–46.
- Kaeble, Hartmut/Schmid, Günther** (2004): *Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat*. Berlin: Edition Sigma.
- Keller, Berndt** (2001): *Europäische Arbeits- und Sozialpolitik*. München/Wien: Oldenbourg.
- Kemmerling, Achim** (2001): Die Messung sozialstaatlicher Leistungen. Zu den Folgen der Netto-sozialleistungsquote Willem Ademas für die Diskussion um staatliche Sozialpolitik. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Leibfried, Stephan** (1996): Wohlfahrtsstaatliche Perspektiven der Europäischen Union: Auf dem Wege zu positiver Sozialverflechtung? In: Jachtenfuchs, M./Kohler-Koch, B. (Hrsg.): *Europäische Integration*. Opladen: Leske + Budrich.
- Leidl, Reiner** (2001): Konvergenz der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 6, 2: 44–53.
- Logeay, Camille** (2006): *Die Nairu: Erklärung oder Reflex der Arbeitslosenquote*. Metropolis, Marburg.
- OECD** (2007): *Health at a Glance 2007*. Paris.
- OECD** (2009): *Society at a Glance 2009*. Paris.
- OECD** (2010): *Economic Outlook*. No. 88, November 2010, Paris.
- Pakaslahti, Johannes/Pochet, Phillipe** (2003): The Social Dimension of the Changing European Union. SITRA Working Paper. Helsinki.
- Platzer, Hans-Wolfgang** (1997): *Sozialstaatliche Entwicklungen in Europa und die Sozialpolitik der Europäischen Union*. Baden-Baden: Nomos.
- Schmitt, Volker** (2009): Die offene Methode der Koordinierung im Bereich Alterssicherung: Über Ziele zu Gemeinsamkeiten. Unveröffentlichtes Manuskript. Kassel.
- Sisson, Keith/Arrowsmith, James/Marginson, Paul** (2002): All Benchmarks Now? Benchmarking and the »Europeanisation« of Industrial Relations, ESRC »One Europe or Several?« Programme Working Paper 41/02. Brighton.
- Sisson, Keith/Marginson, Paul** (2001): Benchmarking and the »Europeanisation« of social and employment policy, ESRC »One Europe or Several?« Briefing Note 3/01. Brighton. Band 47, Berlin.
- Stephan, Antje** (2008): *Die Beschäftigungspolitik der EU. Genese, Etablierung und Grenzen der EBS*. Baden-Baden: Nomos.
- Tidow, Stefan** (1999): Benchmarking als Leitidee. Zum Verlust des Politischen in der europäischen Perspektive. In: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 44, 3: 301–309.
- Tiemann, Susanne** (2006): *Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt*. Köln.
- Trubek, David** (2002): The Open Method of Coordination: Soft Law in the New Architecture for Governance of Social Policy in the EU, Outline of Research 2/18/02, University of Wisconsin-Madison.
- Trubek, David/Mosher, James** (2003): New Governance, Employment Policy, and the European Social Model. In: Zeitlin, J./Trubek, D. M. (Hrsg.): *Governing Work and Welfare in a New Economy: European and American Experiments*. Oxford: Oxford University Press: 33–58.
- Urban, Hans-Jürgen** (2003): Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im Mehrebenen-System, WZB, SP I 2003–303, Berlin.
- Wendt, Claus** (2003): *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- WHO** (2000): *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. Geneva.
- Zeitlin, Jonathan/Pochet, Philippe** (2005): *The Open Method of Coordination in Action. The European Employment and Social Inclusion Strategies*. Brüssel: Peter Lang.



Über den Autor

Dr. Klaus Busch ist Professor (i. R.) für Europäische Studien an der Universität Osnabrück und europapolitischer Berater der Gewerkschaft ver.di.

Impressum

Friedrich-Ebert-Stiftung
Internationale Politikanalyse | Abteilung Internationaler Dialog
Hiroshimastraße 28 | 10785 Berlin | Deutschland

Verantwortlich:
Dr. Gero Maaß, Leiter Internationale Politikanalyse

Tel.: ++49-30-269-35-7745 | Fax: ++49-30-269-35-9248
www.fes.de/ipa

Bestellungen/Kontakt hier:
info.ipa@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Diese Publikation wird auf Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft gedruckt.



ISBN 978-3-86872-785-2