

CENTRE OF INTERNATIONAL STUDIES HAMBURG



CIS PAPERS

No. 5

**Sozialpolitik als Umverteilung von
Macht und Strategien der Privatisie-
rung in der Europäischen Union**

Leonhard Hajen

September 2005

<http://www.hwp-hamburg.de/cis/>



UNIVERSITY OF HAMBURG

The CIS – Discussion Papers are published on an irregular basis by:

Centre of International Studies
University of Hamburg
Von-Melle-Park 9

D-20146 Hamburg

e-mail: Sarah.Jastram@wiso.uni-hamburg.de

Citation:

CIS Papers, Centre of International Studies Hamburg

Sozialpolitik als Umverteilung von Macht und Strategien der Privatisierung in der Europäischen Union

1. Einleitung

Der Prozess der europäischen Integration ist von der Schaffung eines Binnenmarktes und einer gemeinsamen Geld- und Währungspolitik dominiert, aber die Europäische Union ist auch sozialen Zielen verpflichtet. Unter Sozialpolitik wird im Sinne der Definition von Thomas Marshall die Umverteilung von Verfügungsmacht und Einkommen als Macht zum Kaufen verstanden. Die Hypothese dieser Arbeit ist, dass die Binnenmarktregeln und das Wettbewerbsrecht Rückwirkungen auf die Entwicklung der nationalen Sozialpolitik haben, aber darüber kein unmittelbarer Druck zugunsten von Privatisierungen sozialer Leistungen ausgeübt wird. Privatisierungen verlagern Macht in die Marktsphäre, aber das muss nicht zwingend mit einem schlechteren Zugang zu sozialen Leistungen verbunden sein, weil darüber die Form der Finanzierung entscheidet. Unter Privatisierung wird nicht nur die Umwandlung von öffentlichen in private Unternehmen verstanden, sondern auch größere Marktförmigkeit bei der Leistungserstellung und die Verlagerung von Risiken aus der kollektiven in die individuelle Absicherung.

2. Verteilungsfragen als Machtfragen

2.1. Sozialpolitik als Korrektur von Marktergebnissen

Wohlstand oder Wohlfahrt ist durch die Art und Menge der Güter definiert, über die Haushalte oder Individuen aufgrund ihres Einkommens verfügen können. In Marktwirtschaften wird Einkommen in erster Linie durch die Teilnahme am Produktionsprozess in der Form von Löhnen und Gehältern, Vermögens- oder Gewinneinkommen verteilt, aber moderne Gesellschaften sind dadurch gekennzeichnet, dass sie in unterschiedlicher Form die Risiken kollektiv absichern, wenn eine Teilnahme am Markt noch nicht (Kindheit, Ausbildung), vorübergehend nicht (Krankheit, Arbeitslosigkeit) oder dauerhaft nicht (Alter, Pflegebedürftigkeit) ausgeschlossen ist und somit kein Einkommen erzielt werden kann. Wohlfahrtsrisiken werden dabei durch drei Institutionen abgesichert, nämlich:

- Die Familie als traditionelle Form der sozialen Sicherung, die für ihre Mitglieder durch Sachleistungen wie gemeinsame Haushalte oder Pflege, aber auch durch monetäre Transfers beispielsweise für erwachsene Kinder, die in der Ausbildung sind. In dem Maße, wie sich in der modernen Gesellschaft Familienstrukturen ändern (Altersstruktur, Erosion der ehelichen Gemeinschaft), kann diese Form der sozialen Sicherung versagen und muss durch andere Sicherungssysteme ersetzt oder ergänzt werden. Nachbarschaftliche, partnerschaftliche oder andere ehrenamtliche Formen der Hilfe sind ebenfalls in der Lage, Wohlfahrtsrisiken zu kompensieren.
- Märkte stellen spezifische Formen bereit, um soziale Risiken abzusichern. Aus laufendem Einkommen kann gespart werden, um in Zeiten der Nichtteilnahme am Markt über Einkommen verfügen zu können, aus dem Konsumgüter oder Pflegeleistungen gekauft werden können. Private Versicherungen gegen Lebensrisiken wie Krankheit, Invalidität oder Alter sind Formen der kollektiven Absicherung, die der Markt für diejenigen bereitstellt, die dafür bezahlen können und wollen.

- Schließlich hat sich in allen entwickelten Staaten die Überzeugung durchgesetzt, dass zumindest ein Teil der Wohlfahrtsrisiken unmittelbar durch den Staat oder durch eine gesetzlich normierte Sozialversicherung abgedeckt werden muss.¹

Welche Risiken auf welchem Niveau durch die drei unterschiedlichen Institutionen abgesichert werden sollen, ist ein seit der Antike geführter Streit, inwieweit die Gesellschaft für das Wohlergehen ihrer Mitglieder verantwortlich ist und der Staat die Aufgabe hat, zwischen Arm und Reich umzuverteilen, oder ob Umverteilung die Verantwortung der Individuen lähmt, sich selber anzustrengen.²

Weltweit haben sich bis heute unterschiedliche Formen der wohlfahrtsstaatlichen Regulierung herausgebildet. Begrenzt man den Blick auf die reichsten Industrienationen, lassen sich prototypisch das US-amerikanische und das europäische Modell unterscheiden. Auch die USA sind ein Wohlfahrtsstaat in dem Sinne, dass sich Parlament und Regierung für die Wohlfahrt ihrer Bürger verantwortlich fühlen, aber in anderer Weise als in Europa sieht die amerikanische Politik dabei in erster Linie ihre Verantwortung darin, den Menschen einen Arbeitsplatz zu verschaffen und ihnen damit über Markteinkommen eine Absicherung gegen Wohlstandsrisiken zu ermöglichen.³ Pointiert gesagt: Handelspolitik tritt an die Stelle von Sozialpolitik, was gut für die amerikanische Wirtschaft ist, ist auch gut für die soziale Lage der amerikanischen Bürger. Hier soll nicht diskutiert werden, ob dieses Modell erfolgreich ist, die Spreizung der Einkommen, die Zahl der Menschen unterhalb der Armutsgrenze und die Tatsache, dass mehr als 43 Millionen US-Bürger (jede Dritte Person unter 65 Jahren!) keine Krankenversicherung hatten, lassen daran zweifeln.^{4 5} Aber es kann nicht bestritten werden, dass die US-amerikanische Politik in den letzten zwei Jahrzehnten sehr viel erfolgreicher als die meisten europäischen Staaten war, ein hohes Beschäftigungsniveau zu sichern. Die europäischen Arbeitslosenquoten würden in den USA kaum akzeptiert werden. Man sollte allerdings vorsichtig sein, dieses Modell als neoliberal zu kennzeichnen, wenn darunter verstanden wird, dass der Staat so wenig wie möglich in den Markt intervenieren soll, denn der US-Staat greift durch eine expansive Geld- und Haushaltspolitik und durch die Hinnahme eines schwachen Außenwertes des Dollars sehr wohl in die Wirtschaft ein, aber in sehr viel geringem Maße als in Europa durch die klassischen Instrumente der Sozialpolitik mit dem Ziel, Markteinkommen zu korrigieren und umzuverteilen. Die US-Politik ist vielmehr darauf ausgerichtet, dass es Arbeit gibt und die Bürger Markteinkommen erzielen können.

Sozialpolitik ist die Umverteilung von Teilhaberechten, in erster Linie aber die Umverteilung von Einkommen und damit über die Macht, auf Gütermärkten kaufen zu können.⁶ Sowohl die gesetzliche Regulierung der Arbeitsbeziehungen in Form des Rechts auf Streik und des

¹ Neubourg unterscheidet darüber hinaus auch noch die mitgliedschaftliche Organisation und soziale Netze als Institutionen, die soziale Risiken absichern, Neubourg, Chris de (2003), Das Wohlfahrtsfünfeck und soziales Risikomanagement, in: Sigg, Roland; Behrendt, Christian, Soziale Sicherheit im globalen Dorf, Berlin et al. S. 482ff

² Lindert, Peter H. (2004), Growing Public, Social Spending and Economic Growth since the Eighteenth Century, Volume I, Cambridge, UK, 3ff

³ Rieger, Elmar; Leibfried, Stephan (2001), Grundlagen der Globalisierung, Perspektiven des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt, S. 132ff

⁴ Families USA (2004), One in Three: Non-Elderly Americans Without Insurance, 2002-2003, S. 3 http://www.familiesusa.org/site/DocServer/82million_uninsured_report.pdf?docID=3641 (15. 9. 2005)

⁵ US Department of Commerce, US Census Bureau, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2004, Washington, S. 9ff und S. 27ff <http://www.census.gov/prod/2005pubs/p60-229.pdf> (15. 9. 2005)

⁶ Thomas H. Marshall unterscheidet nach der historischen Entwicklung der Rechte in seinem zum Klassiker der Theorie der Sozialpolitik gewordenen Essay zwischen „Legal rights“, „Political rights“ und „Social rights“: Marshall, Thomas H. (1950), Citizenship and Social Class and Other Essays, London

Kündigungsschutzes haben wie die Höhe der Arbeitslosenquote, die ein Maß für die Machtverteilung bei Tarifverhandlungen ist, Einfluss auf die Macht der Arbeitnehmer und ihrer Organisationen und damit auf ihre Fähigkeit, Lohn- und Gehaltsforderungen durchzusetzen. Insofern sind sie auch sozialpolitisch relevant. Aber im Mittelpunkt des europäischen Sozialmodells stehen die Umverteilung von Einkommen in Form von Geldtransfers und die Bereitstellung von Gütern der Daseinsvorsorge wie Kindergärten, Schulen, Universitäten, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder subventionierter Wohnraum. Wie weit es dabei eine spezielle Entgeltlichkeit durch Gebühren oder Formen von Preisen geben soll ist streitig, aber im Kern besteht zumindest in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, nur die werden im Folgenden betrachtet, ein Konsens, dass nicht das individuelle Markteinkommen darüber entscheiden soll, ob ein Bürger sich diese Güter leisten kann. Soziale Sicherheit für alle Staatsbürger ist einer der Werte, zu denen sich die Europäische Union verpflichtet hat, auch wenn eine deutliche Asymmetrie zwischen den sozialpolitischen Zielen und der Ausstattung mit entsprechenden Instrumenten besteht. Es gibt auch nicht *ein* europäisches Sozialmodell, was dem US-amerikanischen entgegengestellt werden könnte, sondern es gibt eine *Vielzahl* unterschiedlicher Ausprägungen.

2.2. Europäische Sozialstaatsmodelle

Esping-Andersen unterscheidet die unterschiedlichen Modelle des Wohlfahrtsstaates in Europa einerseits nach dem Ausmaß der De-Kommodifizierung, also inwieweit sie die Bürger bei Realisierung eines sozialen Risikos unabhängig von Markteinkommen machen. Andererseits differenziert er nach dem Ausmaß der Stratifizierung, also inwieweit die traditionelle Schichtung der Gesellschaft beibehalten oder sogar verstärkt wird, oder universalistische Ansprüche kodifiziert werden, die an der Staatsbürgerschaft, nicht an der sozialen Gruppenzugehörigkeit anknüpfen. Er kommt zu drei unterschiedlichen Typen des Wohlfahrtsstaates, nämlich

- dem skandinavischen, mit einem universalistischen Anspruch und hohem Versorgungsniveau und einer überwiegenden Finanzierung aus Steuern
- dem angelsächsischen mit ebenfalls universalistischem Anspruch aber einem relativ niedrigen Versorgungsniveau und Steuerfinanzierung und
- den kontinentalen Sozialversicherungsstaaten mit einer starken Abhängigkeit des Versorgungsniveaus von der Schichtzugehörigkeit und dem Erwerb von Ansprüchen aus der Teilnahme am Arbeitsmarkt mit einkommensabhängiger Beitragszahlung.⁷

Zu ergänzen wären die Mitgliedsstaaten nach der Süderweiterung der Europäischen Union, die traditionell eher dem kontinentalen Wohlfahrtsstaat entsprachen, aber zunehmend Leistungen aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanzieren. Die ost- und mitteleuropäischen Länder der letzten Beitrittsstufe haben wiederum vollkommen andere Bedingungen, weil sie sich aus einer Planwirtschaft mit umfassender, staatlicher Absicherung sozialer Risiken zu Marktwirtschaften entwickelt haben, die überwiegend dem kontinentalen Sozialversicherungsmodell folgen. Sieht man von der letzten Staatengruppe ab, die die besonderen Probleme von Transformationsökonomien haben, gibt es in allen Mitgliedsstaaten eine Auseinandersetzung um das Niveau der sozialstaatlichen Risikoabsicherung und die Frage, ob die Finanzierung der sozialen Leistungen angesichts einer älter werdenden Bevölkerung nachhaltig gesichert ist und ob die europäische Wirtschaft im Hinblick auf globale Märkte hinreichend wettbewerbsfähig ist. In diesem Zusammenhang geht der Streit inhaltlich darum,

⁷ Esping-Andersen, Gösta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, 3rd Edition, Princeton

ob in dem Dreieck zwischen Familie, Markt und Staat das Gewicht von der kollektiven Absicherung über den Staat zu mehr individueller Verantwortung verschoben wird, also zu den Polen Markt und Familie als Formen der privaten Wohlfahrtssicherung.

Es gibt zwar keinen empirischen Beleg, dass hohe Sozialausgaben mit geringer wirtschaftlicher Wettbewerbsfähigkeit und niedrigen Erwerbsquoten verbunden sind, vielmehr zeigen eine Vielzahl von historischen Studien und das Beispiel der skandinavischen Staaten, dass eine hohe Sozialausgabenquote, die soziale Wohlfahrtsrisiken abdeckt, sehr wohl mit hoher Wettbewerbsfähigkeit und hohem Beschäftigungsstand einher gehen kann.⁸ Dennoch wird in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union diskutiert, wie die Aufgaben zwischen Markt und Staat verteilt werden sollen und ob die marktförmige Versorgung eine größere Rolle spielen sollte, was hier als Privatisierungsstrategie behandelt werden soll.

2.3. Sozialstaat und Europäische Union

Bisher ist bewusst von wohlfahrtsstaatlicher Versorgung in den Mitgliedsländern der Europäischen Union gesprochen worden, die in der Summe bei aller nationalen Verschiedenheit für ein europäisches Sozialmodell stehen. Die Europäische Union selber hat nur wenige sozialpolitische Kompetenzen, die im Wesentlichen dazu dienen, die Realisierung des gemeinsamen Binnenmarktes abzusichern, aber auch zunehmend darauf gerichtet sind, den europäischen Bürgern die Wahrnehmung sozialer Grundrechte zu ermöglichen. Art. 2 EGV nennt „ein hohes Maß an sozialem Schutz“ ausdrücklich als Ziel der Gemeinschaft und die Kompetenzen sind von dem ursprünglich EWG-Vertrag über die Verträge von Maastricht und Amsterdam bis zum Vertrag über eine Europäische Verfassung ständig ausgedehnt worden. Es gilt aber das strenge Subsidiaritätsprinzip, d.h. dass eine Angelegenheit nur dann auf der supranationalen Ebene geregelt werden darf, wenn eine nationale Lösung nicht möglich ist und ein europäischer „Mehrwert“ realisiert werden kann.

Ein Blick auf den Anteil des EU-Haushaltes am europäischen Bruttonationaleinkommen, das wenig mehr als 1,3% beträgt, macht deutlich, dass darüber keine Sozialpolitik im Sinne der Umverteilung von Macht und Einkommen betrieben werden kann. Europäische Wohlfahrtsstaaten geben im Schnitt mehr als 40% ihres Staatshaushaltes für sozialpolitische Zwecke aus. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt geben die 25 Mitgliedsländer der Europäischen Union allein 19,3% für soziale Sicherung im engeren Sinne aus, der Anteil für Gesundheit beträgt 6,6% (vgl. Schaubild auf der folgenden Seite).

Deshalb sind nicht die Ausgaben der Europäischen Union für sozialpolitische Zwecke von Bedeutung, um die Folgen von Privatisierungen auf die wohlfahrtsstaatliche Absicherung von Risiken zu analysieren, sondern ob von der Regulierung des Binnenmarktes oder des europäischen Wettbewerbsrechts Wirkungen ausgehen, die Privatisierungen begünstigen oder sogar erzwingen.

Der Erfolg und die Dynamik des europäischen Binnenmarktes resultieren aus einem Prozess der Deregulierung, also des Abbaus von Mobilitätshemmnissen zwischen den Mitgliedsstaaten. Erst unter der Präsidentschaft von J. Delors in

⁸ Scharpf, Fritz W. (1997), Employment and the Welfare State: A Continental Dilemma, MPIfG, Working Paper 97/7 www.mpi-fg-koel.mpg.de/pu/workpap/wp97-7.html. (24. 2. 2004)

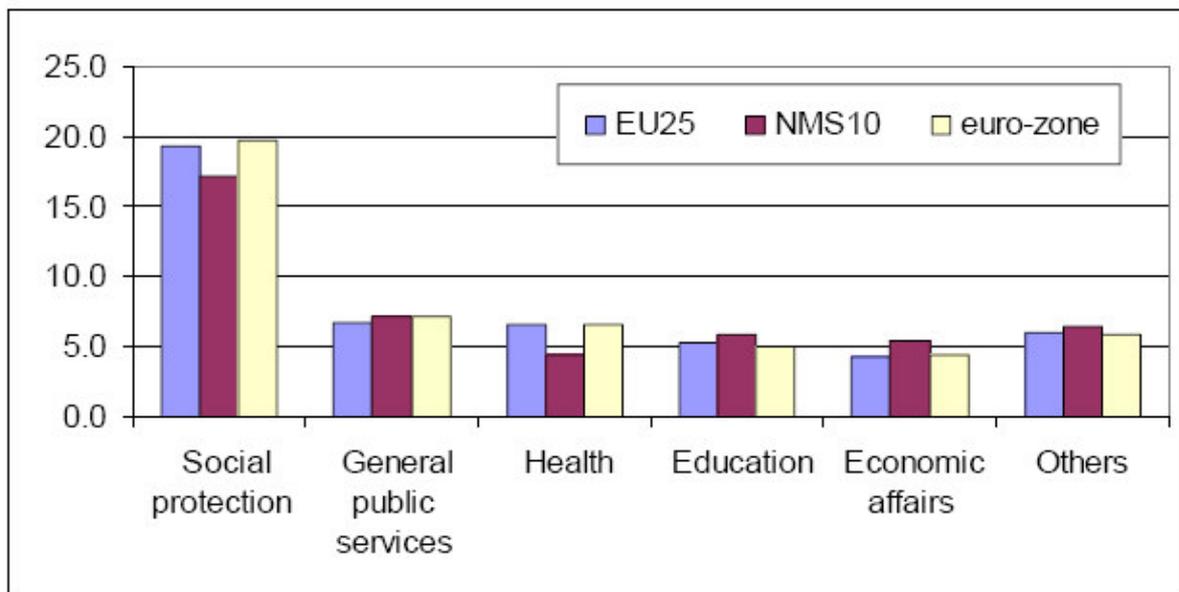


Figure 1: Government expenditure by function in EU25, NMS10 and euro-zone as a percentage of GDP for 2003

Quelle: EuroStat (2005), Statistics in Focus, 28/2005, S. 1

den achtziger Jahren hat das Projekt der europäischen Integration nach einer langen Phase der Stagnation neue Kraft entwickelt, weil die vorher verfolgte Strategie, Fortschritte in der Integration davon abhängig zu machen, dass zuvor die unterschiedlichen sozialen Regulierungen harmonisiert werden, um tatsächlich bestehende oder befürchtete Wettbewerbsnachteile der nationalen Wirtschaft aufgrund unterschiedlicher Sozialleistungen auszugleichen, zugunsten der „negativen Integration“ in der Form des Abbaus von Binnenmarktgrenzen aufgegeben wurde.

„Euro-Skeptiker“ sehen darin den Beginn einer Entwicklung, die zur Aushöhlung des europäischen Sozialmodells führte, weil die nationale Regulierungsfähigkeit stark reduziert wurde, ohne dass die supranationale Ebene mit Kompetenzen ausgestattet wurde, um einen wirksamen Prozess der Re-Regulierung zum Schutz sozialer Rechte durchzusetzen. „Euro-Optimisten“ setzen hingegen darauf, dass der Prozess der Marktintegration Folgewirkungen auf die soziale Integration hat, die eine Re-Regulierung auf europäischer Ebene erzwingt. Eine besondere Rolle spielt dabei die Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofes, der als Hüter der Europäischen Verträge zugunsten der Binnenmarktfreiheiten entscheidet, weil sie in den Verträgen konkret kodifiziert sind, wohingegen die sozialen Ziele der Union, die sehr wohl Vertragsbestandteil sind, doch sehr den Charakter von „feierlichen Erklärungen“ haben und auf der instrumentellen Ebene weniger konkret ausgestaltet sind als die Marktfreiheiten.⁹ Im Zweifelsfall führt das dazu, dass die individuellen Rechte der EU-Bürger oder Unternehmen höher gewichtet werden als die Sicherung kollektiver Rechte, die soziale Leistungen regulieren. Andererseits hat der Europäische Gerichtshof damit dazu beigetragen, dass das Ausmaß der „positiven Integration“, also der Schaffung europäischen Rechts, größer geworden ist, weil er Verordnungen und Richtlinien der Europäischen Union die vorher fehlende Durchsetzungskraft verschafft hat.

⁹ Zur Debatte zwischen Euro-Skeptikern und Euro-Optimisten vgl. die Beiträge von George Ross und Wolfgang Streek in Leibfried, Stephan; Pierson, Paul, Hrsg. (1995), Standort Europa, Sozialpolitik zwischen Nationalstaat und europäischer Integration, Frankfurt, S. 327ff

Auf der empirischen Ebene ist schwer zu beurteilen, welche Auswirkungen die Europäische Union auf die nationalen Wohlfahrtsstaaten hat, weil die Einflüsse der ökonomischen Krise und der Globalisierung auf den Sozialstaat nicht von der legislativen Regulierung auf europäischer Ebene zu trennen sind. Die von den Skeptikern befürchtete Spirale nach unten, also einen durch europäisches Recht erzwungenen Abbau sozialer Rechte hat es nicht gegeben, denn auch wo europäisches Recht greift, sind es im Sozialbereich Mindestregelungen, die national überschritten werden können. Es ist auch nicht so, dass die EU-Richtlinien, wo es sie gibt, ein niedriges Sozialschutzniveau markieren. So hatte und hat Deutschland große Mühe, das nationale Recht den höheren Anforderungen der Europäischen Union anzupassen, etwa in Fragen der Geschlechtergleichstellung, der Arbeitszeit oder des betrieblichen Gesundheitsschutzes.

Betrachtet man die Entwicklung der Sozialausgaben als Anteil am Bruttonationaleinkommen der Mitgliedsstaaten der Süderweiterung, so ist eine eindeutige Steigerung zu verzeichnen, d. h. sie haben zu den höher entwickelten Wohlfahrtsstaaten aufgeschlossen, was das Gegenteil einer Abwärtsspirale bedeutet. Die Sozialausgabenquote ist in den anderen Mitgliedsstaaten von wenigen Ausnahmen abgesehen auch nicht gesunken, sondern sie stagnierte auf hohem Niveau, das durch den Beitritt der skandinavischen Staaten mit einem traditionell hohen Versorgungsniveau im Durchschnitt der Mitgliedsstaaten noch gestiegen ist. Die Betrachtung ändert sich allerdings, wenn man die Ausgaben in Beziehung zur der Entwicklung der zu lösenden sozialen Problemlagen setzt. Die „Generosität“ der europäischen Wohlfahrtsstaaten ist gesunken, es hat Sozialabbau stattgefunden, weil sich in der Tendenz konstante Mittel für soziale Leistungen auf mehr Menschen verteilen¹⁰. Durch die Osterweiterung ergibt sich noch einmal ein anderes Bild, weil die ökonomischen und sozialen Leistungsniveaus sehr viel weiter auseinander liegen.

Am deutlichsten ist das soziale Ziel der Europäischen Union mit der Aufnahme des Beschäftigungskapitels in den Vertrag von Maastricht formuliert worden. Die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung in nationalen Aktionsprogrammen lassen aber eher den Schluss zu, dass der Einfluss der europäischen Ebene gering ist. Das Beschäftigungsziel ist bezogen auf den Durchschnitt der Mitgliedsländer verfehlt, was insbesondere durch die Politik in den großen Mitgliedsländern zu erklären ist. Die erfolgreichen Mitgliedsstaaten, das sind vor allem die skandinavischen, hatten schon vor dem Beschäftigungspakt eine erfolgreiche Politik betrieben, die durch eine hohe Erwerbsquote und niedrige Arbeitslosigkeit gekennzeichnet ist.¹¹

Wenn es einen Zusammenhang zwischen dem Druck auf den Sozialstaat und der europäischen Union gibt, dann ist er weniger in dem Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein europäischer Regulierung im Sozialbereich zu suchen, sondern in den restriktiven und wachstumsfeindlichen Vorgaben des Stabilitäts- und Wachstumspaktes zur Einführung einer gemeinsamen Währung, der das Ziel der Geldwertstabilität und der Haushaltsdisziplin gegen ökonomische Vernunft allen anderen Zielen übergeordnet und damit eine lange Phase der ökonomischen Stagnation mit hoher Arbeitslosigkeit in Europa eingeleitet hat. Es fehlt an einer makroökonomischen Koordinierung der Geld- und Fiskalpolitik und einer abgestimmten

¹⁰ Siegel, Nico (2002), Baustelle Sozialpolitik, Konsolidierung und Rückbau im internationalen Vergleich, Frankfurt/M., S.131ff

¹¹ Jacobsson, Kerstin; Schmid, Herman (2002), Real Intregation or just Formal Adaption? – On the Implementation of the National Action Plans of Employment, in: Porte, Caroline de la; Pochet, Philippe, Eds., Building Sociale Europe through the Open Method of Co-ordination, Brussels

Lohnpolitik.¹² Die nationalen Sozialhaushalte wurden dadurch ins Defizit gebracht hat: Die Einnahmen sind gesunken und die krisenbedingten Ausgaben sind gestiegen. Wenn die makroökonomische Politik nicht oder falsch koordiniert ist, hat das selbstverständlich Auswirkungen auf die Finanzierungsbasis des Wohlfahrtsstaates und seine Fähigkeit, ein bestehendes Leistungsniveau zu erhalten. Daraus folgt dann eine Strategie, die einerseits das bisherige Leistungsniveau reduziert und damit die soziale Risikoabsicherung privatisiert. Andererseits wird in Frage gestellt, ob die bisherigen oder abgesenkten Sozialleistungen, soweit die Leistungserstellung durch Einrichtungen im öffentlichen Eigentum erfolgt, nicht wirtschaftlicher durch private Unternehmen produziert werden können.

Diese doppelte Form der Privatisierungen könnte das europäische Sozialstaatsmodell so stark verändern, dass es auf eine Armutsabsicherung reduziert wird und sich in dieser Hinsicht dem US-amerikanischen Modell annähert. Das angelsächsische Modell mit strikten Bedürftigkeitsprüfungen entspricht schon heute diesen Vorstellungen und ist traditionell weniger auf Lebensstandardsicherung ausgerichtet gewesen als zumindest bisher die kontinentalen Sozialversicherungsstaaten oder die skandinavischen Wohlfahrtsstaaten. Die Prozesse sind nicht widerspruchsfrei und verlaufen auch nicht innerhalb der jeweiligen Modelle „typisch“. So ist die Gesundheitsversorgung in Großbritannien unverändert universalistisch auf alle Staatsbürger ausgelegt und strebt ein hohes Versorgungsniveau an, bei allerdings unübersehbaren Defiziten in der Realität (Wartelisten in den Krankenhäusern und bei Fachärzten). Die Sozialrenten in Deutschland werden immer weniger, wie in der Rentenreform von 1959 beschlossen, den Lebensstandard sichern, sondern eine Ergänzung durch private Vorsorge in Form der „Riester-Rente“ oder anderen Formen individueller Absicherung ist notwendig. Aber gleichzeitig ist vor zehn Jahren mit der Pflegeversicherung eine vierte Säule der kollektiven Sicherung gegen individuelle Lebensrisiken eingeführt worden.

Im folgenden Kapitel soll untersucht werden, welche Strategien der Privatisierung verfolgt werden, wobei unter Privatisierung sowohl eine Umverteilung der sozialen Risiken von kollektiven Versorgungssystemen zu den privaten Haushalten durch mehr Marktwirtschaft als auch eine Privatisierung des staatlichen Eigentums bei der Leistungserstellung verstanden wird. Bei der Privatisierung im engeren Sinne, also der Verlagerung von öffentlichem Eigentum zu privatem Eigentum, ist insbesondere zu fragen, welche Rolle das öffentliche Eigentum an Einrichtungen der Leistungserstellung für die soziale Sicherung spielt, oder ob die Absicherung gegen soziale Risiken ohne Einschränkung über eine kollektive Finanzierung der Versorgung erfolgen kann und die Frage des Eigentums nachrangig ist.¹³

3. Strategien der Privatisierung

3.1. Formelle und materielle Privatisierung

Die Wohlfahrtsproduktion findet zwischen den drei Bereichen Familie, Markt und Staat statt, die in sich noch einmal stark differenziert sind. In den Mitgliedsstaaten gibt es unterschiedli-

¹² Hein, Eckhard; Truger, Joachim (2004), Makroökonomische Koordinierung als wirtschaftspolitisches Konzept, in: Hein, Eckhard; Niechoj, Torsten; Schulten, Thorsten, Truger, Achim, Hrsg., Europas Wirtschaft gestalten, Hamburg

¹³ Die Analyse beschränkt sich auf Leistungserbringer sozialer Dienstleistungen. Vergleichbare Fragen gibt es bei anderen Formen von Dienstleistungen im Allgemeinen Interessen wie Ver- und Entsorgung, Telekommunikation und Verkehr, aber auch bei Schulen und Hochschulen.

che Typen des Wohlfahrtsstaates, die Ausdruck ihrer jeweiligen kulturellen und sozialen Entwicklung sind.¹⁴ Bei der Wohlfahrtsproduktion ist zu unterscheiden,

- ob die Finanzierung und damit die Absicherung der sozialen Risiken kollektiv oder individuell erfolgt und
- ob der Prozess der Leistungserstellung, also der Güter und Dienstleistungen, die den Wohlstand ausmachen, über die eine Gesellschaft verfügen kann, von privaten oder öffentlichen Unternehmen erfolgt.

Für die Abdeckung von sozialen Risiken ist die kollektive Finanzierung entscheidend, denn die Verfügung über Einkommen ermöglicht den Kauf der gewünschten Güter und Dienstleistungen auf Märkten. Die großen Sicherungssysteme gegen die Risiken des Alters, der Invalidität, der Arbeitslosigkeit oder der Armut sind Transfersysteme, die Einkommen umverteilen. Über die Einkommensverwendung entscheiden die Individuen oder privaten Haushalte. Je generöser und je sicherer das kollektiv garantierte Einkommen bei Eintritt eines sozialen Risikos ist, desto unerheblicher ist die Frage, ob die nachgefragten Leistungen privat oder öffentlich produziert werden.

Neben der Umverteilung von Einkommen bestimmt die unentgeltliche Bereitstellung sozialer Leistungen das kollektiv finanzierte Wohlfahrtsniveau, wobei für das Problem der Privatisierung von Leistungserbringern die Krankenhäuser von zunehmender Bedeutung sind, weil nicht nur in Deutschland eine Tendenz zur privaten Finanzierung zu beobachten ist. Die Regeln der Europäischen Verträge machen keine Vorgaben, ob Leistungen in privaten oder öffentlichen Unternehmen erbracht werden. Das haben ausschließlich die Mitgliedsstaaten zu entscheiden. So schreibt Art. 152 EGV, der die Kompetenzen der EU im Gesundheitswesen regelt, die „Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung“ ausdrücklich fest, was sich in ähnlicher Formulierung im Verfassungsentwurf findet.¹⁵ Es gibt von der europäischen Ebene keinen rechtlichen Druck auf die Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser oder anderer sozialer Einrichtungen

Wenn es in den Mitgliedsländern der EU zu Privatisierungen kommt, sind das nationale Entscheidungen. Zu unterscheiden sind dabei formelle und materielle Privatisierungen. Formelle Privatisierungen sind lediglich ein Wechsel der Rechtsform. Eigentümer bleiben der Staat oder die Kommune, die je nach der gewählten Rechtsform Möglichkeiten haben, sozialpolitische Ziele durchzusetzen. Durch eine formelle Privatisierung kann sich der Staat im Hinblick auf die nationalen Kriterien bis zur Höhe der Staatsverschuldung zusätzlichen Spielraum verschaffen, weil die Unternehmen nicht mehr Teil des Haushaltes sind und eine „ausgelagerte“ Schuld die Verschuldungsquote optisch senkt. Den Defizitkriterien des Stabilitäts- und Wachstumspaktes auf EU-Ebene entgeht man damit jedoch nicht, weil das Haushaltsdefizit auf der Basis der Zahlen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung ermittelt wird, in das die Defizite der Unternehmen eingehen, wenn sie zu mehr als 50% im öffentlichen Eigentum sind.

Insoweit gibt es einen mittelbaren Druck, Haushaltsdefizite zu verringern, indem öffentliche Unternehmen in privater Rechtsform veräußert werden, wenn dadurch der öffentliche Haushalt dauerhaft entlastet wird. Diese Form der materiellen Privatisierung ist im Hinblick auf das Ziel der Haushaltskonsolidierung zusätzlich attraktiv, weil Privatisierungserlöse dazu verwendet werden können, Staatsschulden zu tilgen oder weniger Kredite aufzunehmen. Wenn aus dem laufenden Betrieb Gewinne erzielt werden, gehen allerdings auch dauerhaft

¹⁴ Esping-Andersen, Gösta (2002), *Towards the Good Society, Once Again?*, in: ders. et al., Eds., *Why We Need a New Welfare State?*, Oxford, New York, S. 11ff

¹⁵ Artikel III-278 (7) des Vertrages über eine Verfassung für Europa (CIG 87//04 vom 13. 10. 2004)

Einnahmen verloren, die zum Ausgleich der Betriebs Haushalte verwendet werden können. Privatisierungen sind aber häufig durch das kurzfristige Konsolidierungsziel dominiert, weil sie den Druck auf Ausgaben senkungen an anderer Stelle oder Steuer- und Gebührenerhöhungen mindern.

Die sozialpolitischen Ziele der Europäischen Union geben dem Zugang zu sozialen Versorgungssystemen eine hohe Priorität, auch wenn die Durchführung von Programmen Aufgabe der Mitgliedsländer ist.¹⁶ In Deutschland gibt es sogar gesetzliche Pflichten, die Versorgung sicherzustellen: Für die ambulante Gesundheitsversorgung sind das die kassenärztlichen Vereinigungen, die vom Gesetzgeber dazu beauftragt sind, bei der Krankenhausversorgung haben die Länder einen Sicherstellungsauftrag. Allerdings können auch privatisierte Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen Gegenstand sozialpolitischer Regulierung sein, indem sie auf Versorgungsaufträge und Qualitätsstandards gesetzlich verpflichtet werden, um sozialpolitische Ziele durchzusetzen, in Deutschland beispielsweise durch die Krankenhausplanung der Länder. Eine Privatisierung von Leistungsanbietern von Gütern und Dienstleistungen, die der sozialen Risikoabsicherung dienen, kann deshalb eine Re-Regulierung nach sich ziehen, um sozialpolitische Ziele zu verfolgen.¹⁷

Gerade in Deutschland wird Krankenhausprivatisierung angesichts der Zunahme privater Krankenhäuser und des verschärften Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern, die nach Einführung der Fallpauschalenfinanzierung ihre Überkapazitäten abbauen müssen, eine größere Bedeutung bekommen. Aber es gibt keine quasi automatische Übertragung der Binnenmarktregeln auf öffentliche Unternehmen, sondern entscheidend ist die Beurteilung, ob es sich um eine Teilnahme am Markt handelt, also um marktförmiges Handeln. In seinen Urteilen zur Leistungspflicht sozialer Krankenversicherungen, wenn Versicherte ohne vorherige Genehmigung Leistungen im EU-Ausland in Anspruch nehmen und zu Festbeträgen in der Arzneimittelversorgung, hat der Europäische Gerichtshof noch einmal bestätigt, dass eine Unternehmenseigenschaft zu verneinen ist, wenn Art und Menge der Leistungen und die Höhe der Beiträge politisch festgelegt werden, also nicht Ergebnis eines Verhandlungsprozesses über Preise und Mengen auf Märkten sind.¹⁸ Es kommt also auf das Regulierungssystem an, das von den Mitgliedsstaaten nach ihren sozialpolitischen Prioritäten gestaltet werden kann.

Entsprechend der ordnungspolitischen Überzeugungen von Parlamentsmehrheiten in den Mitgliedsländern entscheidet sich, ob politische Steuerung gewollt ist, oder der Wettbewerb unter privaten Anbietern als das überlegene Instrument angesehen wird, um eine effiziente Versorgung zu gewährleisten, beziehungsweise der Staat seine Aktivitäten darauf beschränken soll, durch Umverteilung über das Steuersystem oder Sozialversicherung alle Nachfrager mit der notwendigen Kaufkraft auszustatten, so dass der medizinische Bedarf und nicht die Kaufkraft über das Versorgungsniveau entscheidet. Die Informations- und Kontrollkosten für den Staat, um die Einhaltung seiner Ziele zu kontrollieren, sind bei privaten Unternehmen höher. Ein öffentlicher Eigentümer oder zumindest Teileigentümer ist in einer sehr viel

¹⁶ Art. 2 EGV nennt neben den wirtschaftlichen Zielen der EU auch ausdrücklich sozialpolitische Ziele wie hoher Sozialschutz und sozialer Zusammenhalt. Die sozialpolitischen Aktionsprogramme verfolgen das Ziel, keinen EU-Bürger von sozialem Schutz auszuschließen und ein hohes Schutzniveau zu realisieren. Gleichzeitig wird das Ziel der finanziellen Nachhaltigkeit betont, was im Konflikt mit einem hohen Versorgungsniveau stehen kann.

¹⁷ Eine skeptische Einschätzung zu den Möglichkeiten nationalstaatlicher Steuerung in der EU bei Bruckenberg, Ernst (2003), Wettbewerb und Planung in: Arnold, Michael, Klauber, Jürgen, Schellschmidt, Henner, Hrsg., Krankenhausreport 2002, Stuttgart, 93ff

¹⁸ EuGH Urteile C-159/91 (Poucet/Pistre vom 17. 2. 1993) und C-264/01 (AOK-Bundesverband vom 16.3.2004)

komfortableren Situation, weil er Zugang zu allen betriebsinternen Daten hat und darüber auch die Angemessenheit der verlangten Preise beurteilen kann.

Festzuhalten bleibt, dass es durch die Europäische Union keinen unmittelbaren Zwang zur Privatisierung gibt. Das öffentliche Eigentum an Unternehmen begründet auch keine Ausnahme von den Regeln des gemeinsamen Binnenmarktes, sondern es kommt auf die Marktförmigkeit des tatsächlichen Handelns an. Wenn es zunehmend Privatisierung von staatlichen oder kommunalen Unternehmen gibt, die Leistungen der Daseinsvorsorge bereitstellen, dann ist es eher der Druck defizitärer Haushalte und das Bestreben,

- Verluste der öffentlichen Unternehmen nicht aus dem Budget abdecken zu müssen,
- durch Verkaufserlöse einen Beitrag zu Haushaltskonsolidierung zu leisten und
- privates Kapital für Investitionen zu gewinnen, die aus öffentlichen Haushalten nicht mehr realisiert werden können oder sollen.

Die Stabilitätskriterien der EU-Verträge spielen dabei eine Rolle, weil sie auch in Zeiten der Rezession einen Schuldenabbau erzwingen, aber auch ohne den Stabilitäts- und Wachstumspakt müssten strukturelle Defizite abgebaut werden, weil es makroökonomisch vernünftig ist, Haushalte in der mittleren Frist in Einnahmen und Ausgaben auszugleichen. Dabei kann eine materielle oder formelle Privatisierung aber nur geringe Beiträge leisten, weil es sich, mit Ausnahme der Fälle, wo Verlustübernahmen dauerhaft vermieden werden, nur um einmalige Effekte handelt, die den Konsolidierungsdruck kurzfristig reduzieren, oder durch Schuldentilgung aus Privatisierungserlösen der Schuldendienst stärker reduziert wird als Erträge aus dem öffentlichen Vermögen zu erzielen sind. Ganz anders sind Privatisierungen im weiteren Sinne zu beurteilen, wo es nicht um die Veränderung der Eigentumstitel, sondern um eine größere Marktförmigkeit geht.

3.2. Mehr Markt bei der Leistungserstellung

Sozialstaaten wollen die Verfügung über soziale Güter und Dienstleistungen nicht vom individuellen Einkommen abhängig machen, sondern definieren einen Bedarf, der kollektiv finanziert wird, sei es über das Steuersystem oder über Zwangsmitgliedschaft in einer Sozialversicherung. Probleme einer effektiven Leistungserstellung gibt es in der Krankenversorgung und Langzeitpflege, weil hier nicht lediglich Einkommen umverteilt wird, über dessen Verwendung die Empfänger entscheiden, sondern eine Dienstleistung erstellt wird, um den sozialen Zweck zu erreichen. Über das Niveau der Versorgung und die Art der Bereitstellung und Finanzierung bestehen in den Mitgliedsländern der Union unterschiedliche Vorstellungen, aber überall wird nach Wegen gesucht, die Leistungserstellung auf hohem qualitativem Niveau mit möglichst geringen Kosten zu erstellen, wobei die Ausgangspunkte sehr unterschiedlich sind, je nach dem, ob es sich um staatliche Versorgungssysteme oder Sozialversicherungssysteme handelt, bei denen die Trennung von Finanzierung und Erstellung einer Leistung die Regel ist.¹⁹

Eine Lösung des Konfliktes kann darin bestehen, mehr Wettbewerb unter den Leistungsanbietern zu ermöglichen. Am Beispiel des Gesundheitssektors kann gezeigt werden, dass Wettbewerb auf zwei verschiedene Weisen organisiert werden kann, nämlich durch Transparenz in Verhandlungssystemen und durch Surrogate des Marktwettbewerbs. Die erste Form bedeutet, dass die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Gesundheitsversorgung

¹⁹ Kaufmann, Franz-Xaver (2003), Varianten des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt, S. 125ff

offen gelegt werden. Aus dem Messen von Ergebnissen und dem Vergleich mit dem besten Beispiel werden verbindliche Leitlinien und finanzielle Sanktionen oder Belohnungen abgeleitet, die im Idealfall zu wirtschaftlichen Lösungen bei hoher Qualität führen. Die größere Transparenz und Vergleichbarkeit von Kosten und Leistungen verändert die Verhandlungssituation über die Verteilung der staatlichen Budgets für soziale Leistungen, weil dadurch ein stärkerer Argumentationsdruck ausgeübt werden kann, eine definierte Qualität zu den Kosten des „Best-Practice-Vorbildes“ zu erbringen, was den Wettbewerb unter den Leistungsanbietern verstärkt.

Im internationalen Vergleich zeigen dabei staatliche Gesundheitssysteme bessere Ergebnisse, weil sie mit weniger Veto-Positionen konfrontiert sind und über direkter finanzielle Lenkungsinstrumente verfügen können. Auf der europäischen Ebene steht das Instrument der Offenen Methode der Koordinierung, das bei der Beschäftigungs- und Armutspolitik bereits zur Anwendung kommt, vor einer Ausdehnung auf die Gesundheitspolitik.²⁰ Das ist ein schwieriger Prozess, weil eine Verständigung über Ziele der Gesundheitspolitik notwendig ist und die Frage, durch welche Indikatoren Erfolg oder Misserfolg zu messen ist, komplizierter ist als in den sozialpolitischen Feldern, in denen die Methode bisher angewendet wurde.²¹ Aber am Ende kann ein politischer Druck entstehen, die Leistungserstellung und die Art der Finanzierung der Leistung nach dem Vorbild der „Klassenbesten“ zu organisieren, wobei die Entscheidung darüber nach dem Subsidiaritätsprinzip nur und ausschließlich den Mitgliedsländern obliegt, die sich aber als Teil des politischen Wettbewerbs gegenüber ihren Wählern legitimieren müssen, wenn das eigene Versorgungssystem schlechtere Ergebnisse zeigt als bei europäischen Nachbarn. Damit es dazu kommt, müssen allerdings zwei wichtige Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es muss eine öffentliche Diskussion über Ziele und Effizienz der nationalen Gesundheitspolitik in den Mitgliedsländern geführt werden, die sich ausdrücklich auf gute Vorbilder in anderen Mitgliedsstaaten bezieht.
- Dem Mainstream der veröffentlichten Meinung, die in hohen Sozialausgaben einen den Wettbewerb behindernden Faktor sieht, muss eine Position entgegengesetzt werden, die soziale Sicherung als eine Voraussetzung für hohe Produktivität begreift und die Europäische Union nicht auf die Schaffung eines Binnenmarktes reduziert, sondern mit der europäischen Integration auch ein sozialpolitisches Modell verwirklichen will.

Gegenwärtig sind die Bedingungen dafür schlecht, weil unter dem Druck hoher Arbeitslosigkeit und geringer Wachstumsraten der Lissabon-Prozess, der beides intendierte, nämlich hohe Wirtschaftsdynamik *und* soziale Kohäsion auf eine reine Wettbewerbsstrategie verkürzt wird. Bestes Beispiel für diese Tendenz ist der Bericht einer Kommission unter der Leitung von Wim Kok an den Europäischen Rat zur Halbzeitbilanz des Lissabon-Prozesses, in dem die soziale Dimension nicht mehr auftaucht, so dass sich die Luxemburger Präsidentschaft, die die Ratssitzung für das Frühjahr 2005 vorbereitet, zu einer Erklärung veranlasst sah, dass von den sozialen Zielen der EU keine Abstriche gemacht werden.²² Der Rat hat auf seiner

²⁰ Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003), Mitteilung an den Rat et al., Stärkung der sozialen Dimension der Lissabonner Strategie: Straffung der offenen Koordinierung im Bereich Sozialschutz, KOM(2003) 261 endg. (27. 5. 2003)

²¹ Gerlinger, Thomas; Urban, Hans-Jürgen (2004), Auf neuen Wegen zu neuen Zielen? Die Offene Methode der Koordinierung und die Zukunft der Gesundheitspolitik in Europa, in: Kaelble, Hartmut; Schmid, Günther, Hrsg., Das europäische Sozialmodell, Berlin, S. 274ff

²² Bericht der Hochrangigen Sachverständigengruppe unter Vorsitz von Wim Kok, Die Herausforderung annehmen, Die Lissabon Strategie für Wachstum und Beschäftigung, November 2004, http://europa.eu.int/comm/lisbon_strategy/index_de.html (4. 3. 2005) und Biltgen, Francois: „We remain totally committed to Social Europe, Press Release 03-03-2005, <http://eu2005.lu/en/actualities/communiqués/2005/03/03epsco/index.html>. (7. 3. 2005)

Frühjahrstagung 2005 dann auch noch einmal die „...drei Dimensionen der Lissabon-Strategie (Wirtschaft, Soziales, Umwelt)...“ unterstrichen, aber Konkretisierungen sind im Gegensatz zu den wachstums- und beschäftigungspolitischen Maßnahmen nicht erfolgt. Es dominiert die Auffassung, dass Wachstum und die Anhebung der Beschäftigungsquote der beste Beitrag zur Sicherung des Sozialschutzes ist.²³

Wettbewerb kann zweitens dadurch erzeugt werden, dass die Trägerschaft der Finanzierung der sozialen Leistung strikt von der Leistungserstellung getrennt wird. Die Finanzierer, also die nationalen Gesundheitsbehörden oder regionale Institutionen verteilen ihre Budgets jährlich oder in längeren Zeiträumen auf die Leistungsersteller, z. B. Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzte, die untereinander im Wettbewerb um diese Aufträge stehen. Dieser „Provision-Provider-Split“ ist der Kern der Reform des National Health Service in Großbritannien, die von Margret Thatcher begonnen wurde und von der Labour-Regierung, allerdings mit anderer Schwerpunktsetzung, fortgeführt wurde. Standen bei Thatcher und Major der durch verbindliche Ausschreibung der Leistungen erzwungene Wettbewerb im Vordergrund, behielten die Blair-Reformen die Form des Einkaufs der Leistungen bei, aber der „Einkäufer“ war nun die Regional Health Organisation, in der alle Interessen im Gesundheitssektor repräsentiert sind, also auch die regionalen Leistungsanbieter. Der Reformschwerpunkt liegt auf Kooperation zugunsten besserer Qualität, aber erwünschtes oder unerwünschtes Verhalten kann auch finanziell sanktioniert werden und dazu führen, dass Leistungsanbieter keinen Versorgungsvertrag mehr bekommen.²⁴ Insofern ist der Druck eines konsequent angewendeten Einkaufsmodells der Logik des Marktes sehr nahe. Der Markt sanktioniert schlechtes Wirtschaften mit dem Konkurs, Verhandlungssysteme mit der Nicht-Verlängerung des Vertrages, was zu dem gleichen Ergebnis führt.

Mitgliedsländer mit Sozialversicherungssystemen kennzeichnet im Grundsatz bereits die Trennung von Funktionen der Finanzierung und Leistungserstellung, aber staatliche Regulierungen ziehen einen engen Rahmen für die korporatistische Steuerung, so dass der im Prinzip mögliche Wettbewerb verhindert wird. Im Gesundheitssektor in Deutschland ist dies die Vorschrift, seitens der Krankenkassen „gemeinsam und einheitlich“ zu verhandeln und die Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen in der ambulanten Versorgung. Allerdings sind mit der Gesundheitsreform 2004 im § 140 SGB V weit reichende Änderungen zur Integrationsversorgung Gesetz geworden, die erstmals direkte Verhandlungen zwischen einzelnen Kassen und einzelnen Leistungsanbietern ermöglichen, was den Wettbewerb um medizinische Dienstleistungen ermöglicht.

Von erheblicher Relevanz für den Sozial- und Gesundheitssektor ist die Dienstleistungsfreiheit. Die Europäische Kommission bevorzugt erkennbar ein Modell des „Provision-Provider-Split“, das Wettbewerb unter den Leistungsanbietern ermöglicht und dem Staat die Rolle der Finanzierung, Lenkung und Aufsicht überträgt. Am deutlichsten wird diese Haltung im Weißbuch zu den Dienstleistungen im allgemeinen Interesse, wo die Rolle des Staates darin gesehen wird, die Gemeinwohlaufgaben und das Versorgungsniveau festzulegen, die Finanzierung zu sichern und Kontrolle auszuüben, aber die Leistungen selber im offenen Wettbewerb mit der Privatwirtschaft zu erbringen.²⁵ Das kann zwar bestehende Konflikte zwischen den Binnenmarktfreiheiten und dem Gemeinwohlauftrag mindern, aber nicht auflösen, weil die Mitgliedsstaaten nach den Europäischen Verträgen einen Gemeinwohlauftrag haben.

²³ Rat der Europäischen Union (2005), Tagung des Europäischen Rates, Brüssel, 22./23. März 2005, Schlussfolgerungen des Vorsitzenden, DOC/05/1 vom 23. 3. 2005, Ziff. 6. und Ziff. 30

²⁴ Ham, Christopher (1999), Health Policy in Britain, 4th ed., Houndmills et al, S 27ff

²⁵ Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004), Weißbuch zu Dienstleistungen im allgemeinen Interesse, KOM(2004) 374 endg. vom 12. 5. 2004, Brüssel, 2004, S. 19ff

Der Konflikt über eine europäische Regulierung von Dienstleistungen wird zurzeit in zwei Bereichen ausgetragen, nämlich dem Entwurf einer Dienstleistungsrichtlinie (nach dem in der vorherigen Kommission zuständigen Kommissar „Bolkestein-Richtlinie“ genannt) und einer Richtlinie zu Dienstleistungen im allgemeinen Interesse.²⁶ Die Dienstleistungsrichtlinie hat zum Ziel, die bisher im Warenverkehr erreichte Freiheit des Binnenmarktes auch auf Dienstleistungen zu übertragen. Strittig an der Richtlinie ist vor allem

- welche Ausnahmereiche sie formuliert, ob beispielsweise soziale Dienstleistungen ganz ausgeschlossen werden sollen, oder statt einer umfassenden Richtlinie bereichsspezifische Lösungen vorzuziehen sind, wie es sie z. B. für Finanzdienstleistungen schon gibt,
- das Herkunftslandprinzip, d. h. dass für die Anbieter von Dienstleistungen das Recht ihres Herkunftslands gilt und die Rechtsaufsicht ebenfalls von dort ausgeübt werden soll, was auf der praktischen Ebene schwer vorstellbar ist

In der Konsequenz hieße das, dass auf dem Territorium eines Mitgliedsstaates 25 verschiedene Rechtsordnungen gelten, was der friedenssichernden Funktion des Rechts diametral zuwider laufen würde. Auch Wettbewerbsmärkte funktionieren nur im Rahmen klar definierter Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, deshalb ist es nicht überraschend, dass die Richtlinie zwischen den Mitgliedsstaaten und der Kommission, aber auch zwischen Kommission und Europäischem Parlament hoch streitig ist und eine Verabschiedung in der vorgelegten Fassung unwahrscheinlich bleibt. Selbst der zuständige EU-Kommissar McCreevy sah sich genötigt, Änderungen anzukündigen.²⁷ Der Rat hat auf seiner Frühjahrstagung 2005 keine Richtlinie beschlossen, sondern die Bedeutung der Dienstleistungen für den Binnenmarkt benannt, aber auch darauf verwiesen, dass „...zugleich das europäische Sozialmodell zu wahren ist“. Es soll ein „breiter Konsens“ herbeigeführt werden, „...der allen Zielen gerecht wird“. Daraus lässt sich nicht erkennen, was nach Auffassung des Rates der Inhalt einer Dienstleistungsrichtlinie sein sollte.²⁸

Das Europäische Parlament ist im Verfahren beteiligt und wird seine Stellungnahme absehbar im Oktober 2005 abgeben.²⁹ Dann kann die Kommission entscheiden, was sie von der Stellungnahme des Parlaments aufnimmt und ob sie einen neuen Richtlinienentwurf vorlegt. Der federführende Ausschuss für Binnenmarkt und Verkehr hat den Entwurf eines Berichts vorgelegt, in dem grundsätzlich eine Dienstleistungsrichtlinie begrüßt wird, aber der konkrete Entwurf stark kritisiert wird, weil die Grenze zwischen wirtschaftlichen Dienstleistungen und Dienstleistungen im allgemeinen Interesse unscharf gezogen ist. An die Stelle des Herkunftslandsprinzips setzt die Stellungnahme den Vorschlag, die jeweiligen nationalen Zulassungsregeln zur Erbringung einer Dienstleistung stärker zu harmonisieren, dann aber auch wechselseitig anzuerkennen. Die Kontrolle soll im Sinne des Verbraucherschutzes aber vom Herkunfts- in das Zielland verlagert werden. Ob das die befürchtete Aushöhlung sozialer Standards abwendet, ist erst auf der Basis der konkreten Formulierungen in einer Dienstleistungsrichtlinie zu beurteilen. Wahrscheinlicher ist, dass Dienstleistungen, die der Daseinsfür-

²⁶ Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004), Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt, KOM(2004) 2 endgültig/2 vom 25. 2. 2004, Brüssel, 2004

und Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003), Grünbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, KOM(2003) 270 endgültig vom 21. 5. 2003, Brüssel

²⁷ Winter, Martin, Brüssel knickt bei Dienstleistungen ein, Frankfurter Rundschau vom 4. 3. 2005

²⁸ Rat der Europäischen Union, a. a. O., Ziff. 22

²⁹ Europäisches Parlament (2005), Focus, Dienstleistungsrichtlinie: Leitfaden, http://www.europarl.eu.int/search/highlight.do?hitLocation=%2Fnews%2Fpublic%2Ffocus_page%2F056-998-255-9-37-909-20050819FCS00997-12-09-2005-2005%2Fdefault_p001c002_de.htm (27. 9. 2005)

sorge dienen, ganz aus dem Regelungsbereich einer Dienstleistungsrichtlinie herausgenommen werden.³⁰

Von den Befürwortern wird die „Bolkestein-Richtlinie“ als eine logische Folge des Binnenmarktes gesehen, die aus offenen Märkten die Chance zu mehr Wettbewerb ableitet. Die Kritiker sehen darin ein Einfallstor für Lohndumping und eine Aushöhlung nationaler Sozialstandards, weil Anbieter das Mitgliedsland mit den niedrigsten Anforderungen als Sitzland wählen können, um dann von dort die Dienstleistungen in andere Mitgliedsländer zu exportieren und das Territorialprinzip, das für Arbeitsmärkte gilt, zu unterlaufen. So könnte ein Pflegeheim oder Krankenhaus von einem ausländischen Dienstleister im Inland betrieben werden, der dafür Ärzte und Pflegekräfte aus seinem Heimatland zu den dortigen Bedingungen beschäftigt. Ökonomisch würden die Anreize so gesetzt. Wenn die Richtlinie verabschiedet würde, wie sie von der Kommission vorgelegt wurde, wären die Europäischen Verträge, die den Mitgliedsstaaten die Kompetenz zur Regulierung der Sozialen Sicherung übertragen, in wichtigen Bereichen ausgehebelt. Denn gerade im Bereich sozialer Dienstleistungen wird die Regulierung der Angebotsseite auch genutzt, um Qualitätsstandards zu definieren oder die Versorgung zu steuern, was gegenüber Anbietern aus anderen Mitgliedsländern nicht mehr durchgesetzt werden könnte, weil sie ihrem jeweiligen nationalen Recht unterliegen. Gerade wenn zwischen Finanzierungs- und Versorgungsfunktion getrennt wird, um mehr Wettbewerb zu ermöglichen, könnte dadurch die Steuerungsfunktion des Staates zur Sicherung der sozialstaatlichen Ziele gefährdet werden. Das mag je nach ordnungspolitischem Standpunkt auch erwünscht sein, aber der erklärten Zielsetzung der Europäischen Union als ein Modell wirtschaftlicher Dynamik und sozialen Fortschritts entspräche das nicht, sondern es wäre ein sehr weitgehender Schritt negativer Integration durch Abbau nationaler Regulierungen, ohne eine entsprechende europäische Regelung an die Stelle zu setzen.

Ein Ausweg könnte eine Richtlinie zu Dienstleistungen im allgemeinen Interesse sein, die von der Kommission im Jahr 2003 durch ein Grünbuch vorbereitet wurde und ein Jahr später durch die Vorlage eines Weißbuches, in dem die Konsequenzen aus der Problembeschreibung und der öffentlichen Diskussion gezogen wurden, vorläufig beendet wurde.³¹ Der Ausgangspunkt der Kommission ist auch unter sozialstaatlichen Gesichtspunkten nicht zu kritisieren, denn der Zugang zu allen Dienstleistungen im allgemeinen Interesse, die sie als mit dem Gemeinwohl verbunden definiert, soll allen Bürgern der Europäischen Union zu erschwinglichen Preisen offen stehen. Der universelle Zugang wird dabei aber so bestimmt, dass keine Benachteiligung aus einer regionalen Randlage erfolgen soll. Dies Universaldienstkonzept ist im Hinblick auf gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Anbieter in der EU bezogen auf netzgebundene Dienstleistungen wie Energie und Telekommunikation und Postdienste zwingend, weil sonst Anbieter einen Wettbewerbsvorsprung hätten, die sich zum Beispiel auf die Versorgung von Ballungszentren konzentrieren dürften.

Bezogen auf soziale Dienstleistungen wie medizinische Versorgung oder Langzeitpflege sind die Ausschlussmechanismen sicher auch durch regionale Verteilung der Leistungsangebote wirksam, aber noch stärker wirken die in der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht und der Kaufkraft begründeten Ausschlussmechanismen. Das ist der Grund für sozialstaatliche Regulierung auf der Ebene der Mitgliedsländer und Art. 86 EGV lässt auch keinen Zweifel, dass bei einem Konflikt zwischen der Marktfreiheit und einem Gemeinwohlziel das allgemei-

³⁰ Europäisches Parlament (2004), Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz, Entwurf eines Berichts über den Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt, Berichterstatterin Evelyne Gebhardt, Vorläufig 2004/0001 (COD) vom 25. 5. 2005

³¹ Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004), Weißbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, KOM(2004) 374 endgültig vom 12. 5. 2004, Brüssel

ne Wohl Vorrang genießt: „...für Unternehmen, die mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betraut sind gelten die Vorschriften dieses Vertrags, insbesondere die Wettbewerbsregeln, soweit die Anwendung dieser Vorschriften nicht die Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben rechtlich oder tatsächlich verhindert.“ Was wiederum inhaltlich als Dienstleistungen im allgemeinen Interesse definiert wird, ist Aufgabe der Mitgliedsländer. Auch die Kommission erkennt den Vorrang des Allgemeinwohlinteresesses an, aber sie sieht darin eine Absicherung der Aufgabe, nicht aber der Art und Weise, wie sie erfüllt werden soll, worin wiederum die Grundlinie der Kommission zu erkennen ist, Versorgung im Sinne von Gewährleistung und Bereitstellung von der Leistungserstellung zu trennen, um so ein größeres Feld zu schaffen, dass den Binnenmarktfreiheiten unterliegt.³²

Eine Richtlinie zu Dienstleistungen im allgemeinen Interesse trifft also sehr schnell an die Grenze des Zuständigkeitsbereiches der Europäischen Union. Der Haupteinwand in der Diskussion des Grünbuches war denn auch, dass es einer Richtlinie zu allgemeinen Dienstleistungen nicht bedarf, weil die Regulierung in die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten fällt.³³ Wenn überhaupt die Notwendigkeit einer Richtlinie anerkannt wurde, dann nicht in der Form einer horizontalen Richtlinie, die quer zu den unterschiedlichsten Dienstleistungen allgemeine Vorgaben machen will, sondern bereichsspezifische. Die Kommission zieht aus der Diskussion die Konsequenz, „zur Zeit“ auf den Entwurf einer Richtlinie zu verzichten und abzuwarten, bis der Entwurf einer Europäischen Verfassung von den Mitgliedsstaaten angenommen wird. Das ist als Begründung wenig überzeugend, denn der im Verfassungsentwurf vorgesehene Art. III-6 ermächtigt zwar zu einer Richtlinie für Dienstleistungen im allgemeinen Interesse, aber er verweist auch ausdrücklich auf das Subsidiaritätsprinzip nach Art. III-5, schafft also im Vergleich zum EGV keine neue Situation.

Die Auseinandersetzung in der Europäischen Union über eine größere Marktförmigkeit in der Erbringung von Dienstleistungen im allgemeinen Interesse, wie sie durch „Einkaufsmodelle“ oder genereller durch die Trennung zwischen Finanzierung und Bereitstellung angestrebt wird, hat erst begonnen. Sie wird in der konkreten Ausformulierung der Richtlinien für wirtschaftliche Dienstleistungen und für Dienstleistungen im allgemeinen Interesse eine wichtige Ausrichtung erhalten, die unmittelbare Auswirkungen auf die nationalen Sozialstaatsmodelle haben wird. Dabei wird es nicht darauf ankommen, ob ein Dienstleistungsunternehmen öffentlich oder privat organisiert ist, sondern ob es auf einem Markt tätig ist, der den Binnenmarktregeln unterworfen wird, wenn Ausnahmen nicht ausdrücklich zugelassen werden. Davon zu unterscheiden ist eine andere Entwicklung in den Mitgliedsstaaten, bisher kollektiv abgesicherte Risiken auf die Individuen zu verlagern und damit zu privatisieren.

3.3. Privatisierung von Risiken

Der letzte hier zu behandelnde Aspekt der Privatisierung und möglicher Auswirkungen auf das europäische Sozialstaatsmodell betrifft die Privatisierung von Risiken. Oben wurde ausgeführt, dass Wohlfahrtsrisiken durch das Individuum bzw. die Familie, den Markt oder staatliche Institutionen abgesichert werden können. In allen europäischen Staaten gibt es ein Problem, den Ausgabenanstieg der Sozialhaushalte zu begrenzen und finanzielle Nachhaltigkeit zu sichern. Eine verbreitete Strategie besteht deshalb darin, unter dem Schlagwort der Stärkung von Eigenverantwortung Kosten der sozialen Sicherung auf die privaten Haushalte zu verlagern.

³² Weißbuch, a.a.O., S. 8

³³ Kommentare von Behörden und Verbänden auf der Website der EU zum Grünbuch: http://europa.eu.int/comm/secretariat_general/services_general_interest/comments/public_de.htm (7. 3. 2005)

Die Formen der Kostenverlagerung ähneln sich und zeigen keine relevanten Unterschiede, ob es sich nun um steuerfinanzierte oder beitragsfinanzierte Systeme handelt. Soweit es sich um Geldtransfers handelt wie bei den Altersrenten wird das Versorgungsniveau abgesenkt und die Zahl der Anspruchsberechtigten wird begrenzt, z. B. durch eine Erhöhung des Rentenalters. Die Versorgungslücke zu einem Einkommen, das den Lebensstandard absichert, muss dann durch private Vorsorge geschlossen werden. Bei hinreichend hohem Einkommen kann gespart werden und durch Formen privater Versicherung können Ansprüche auf künftiges Sozialprodukt bebildet werden.

Dabei ist es eine Illusion, dass die kapitalgedeckte Altersversorgung eine größere Sicherheit gegen demographische Veränderungen bietet als das Umlageverfahren der Sozialversicherung, denn konsumiert wird aus laufendem Einkommen und der künftige Wert einer Kapitalanlage und die Möglichkeiten, aus den laufenden Erträgen oder Veräußerungsgewinnen zu konsumieren, wird ebenfalls in hohem Maße durch die Entwicklung der Altersstruktur bestimmt.³⁴ Auf jeden Fall öffnen sich für private Versicherungsgesellschaften neue Märkte und zusätzliche Gewinnmöglichkeiten, die zwar aus der Sicht der Versicherten Kosten der privaten Absicherung sind, aber es kann nicht überraschen, dass die Privatisierung sozialer Risiken in der Versicherungswirtschaft und bei ihren zahlreichen Unterstützern in Wissenschaft und Politik eine europaweite Lobby hat.

Bei der kollektiv finanzierten Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen für medizinische Versorgung oder Pflege werden Risiken und damit Kosten auf die privaten Haushalte verlagert, indem der Umfang der Leistungen begrenzt wird, beispielsweise durch Ausgliederung von Teilen der Zahnversorgung aus dem Leistungskatalog oder Begrenzung der Leistungen auf „Kernleistungen“, wobei von den Befürwortern gerne im Unklaren gelassen wird, was denn der „Kern“ ist. Im Zweifelsfall steht auch hier die private Versicherungswirtschaft bereit, durch Zusatzversicherungen das Risiko abzudecken - wenn man es bezahlen kann. Die zweite Form der Risikoverlagerung findet über vielfältige Formen von Zuzahlungen bei sozialer Krankenversicherung oder in nationalen Gesundheitsdiensten statt, sei es durch Gebühren bei einem Arztbesuch, prozentuale Beteiligungen oder Pauschbeträge bei der Inanspruchnahme von Leistungen oder Wahlтарifen mit erhöhter Selbstbeteiligung. Selbst wenn die Zuzahlungen durch Höchstbeträge sozial gedeckelt sind, sind sie im Hinblick auf das sozialstaatliche Grundanliegen, die Risiken von Krankheit gesellschaftlich abzusichern, eine schlechte Alternative, weil sie diejenigen belasten, die krank oder pflegebedürftig werden.

Zu den Ausschlussmechanismen gehören auch Wartelisten in der ärztlichen Versorgung, die immer dann problematisch sind, wenn das medizinisch Notwendige nicht gemacht wird. Der EuGH hat mit seiner Rechtsprechung zur medizinischen Behandlung in einem anderen Mitgliedsstaat zu Lasten des Finanzierungsträgers des Heimatlandes das Recht der EU-Bürger auf Zugang zu medizinischer Versorgung betont, wobei er die Besonderheiten des Krankenhaussektors wegen der hohen Investitionen und Planungsnotwendigkeiten anerkennt und deshalb den Mitgliedsstaaten eine größere Gestaltungsfreiheit zugesteht.³⁵ Aber dies ist ein Beispiel, wo durch die europäischen Normen, hier die Dienstleistungsfreiheit, und die Betonung europäischer Bürgerrechte sehr wohl ein Druck auf Mitgliedsstaaten ausgehen kann, ihre nationalen Versorgungssysteme so auszulegen, dass sie das sozialpolitische Ziel der EU des Nicht-Ausschlusses realisieren.

³⁴ Barr, Nicholas (2002), Rentenreformen: Mythen, Wahrheiten und politische Entscheidungen, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Jg. 55, Heft 2, S. 3ff

³⁵ EuGH-Urteil C-157/99 (Smits/Peerboom vom 12. 7. 2001)

4. Fazit

Die Privatisierung von sozialen Risiken in den drei beschriebenen Formen hat Auswirkungen auf die Verteilung von Einkommen und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Die geringsten Wirkungen auf den Sozialstaat sind durch die Privatisierung von Versorgungseinrichtungen zu erwarten, wenn der Zugang durch die soziale Finanzierung gesichert ist. Sehr viel stärkere Wirkungen können von größerer Marktförmigkeit bei der Leistungserbringung und der Privatisierung von Risiken ausgehen.