

## 4.1 Wohlfahrtsstaatsregime

### Methodische Hinweise

Sozialausgaben werden in diesem Abschnitt auf der Grundlage von Eurostat-Daten in Prozent des jeweiligen Bruttosozialprodukts<sup>2</sup> angegeben. Sie umfassen die Sozialleistungen, die aus Geld- oder Sachübertragungen an private Haushalte oder Einzelpersonen bestehen, sowie die Kosten, die den Sozialschutzsystemen durch die Verwaltung und Betriebsführung entstehen.

Standardabweichung (SD) ist ein Streuungsmaß, welches über die Heterogenität von Werten in einer Datenmenge informiert. Die SD misst die Streuung der Daten um ihr arithmetisches Mittel und hat die gleiche Maßeinheit wie die Messwerte. Mathematisch gesehen ist die Standardabweichung die Wurzel aus der mittleren quadratischen Abweichung vom Mittelwert eines Datenbündels:

$$s = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$$

**Wohlfahrtsstaatsmodelle** Eine der einflussreichsten Unterscheidungen wohlfahrtsstaatlicher Politiken hat Richard M. Titmuss (1958; 1974) mit seinen *models of social policy* vorgeschlagen. Er unterscheidet residuale, institutionell-redistributive und industriell-leistungsorientierte Wohlfahrtsstaaten. Alle drei Modelle weisen unterschiedliche Reichweiten von sozialer Sicherung auf. Das residuale Wohlfahrtsmodell hat den Markt und die Familien als Kerninstitutionen, die soziale und materielle Bedürfnisse abdecken. Das industriell-leistungsorientierte Modell konzipiert wohlfahrtsstaatliche Leistungen in einem engen Zusammenhang mit der Position im Erwerbssystem. Das institutionelle Umverteilungsmodell schließlich vergibt universelle Leistungen nach sozialen Bedürfnissen und egalitären Prinzipien. Diese drei Modelle werden bei Titmuss auch als historische Entwicklungsmodelle interpretiert. Eine empirische Zuordnung von Nationen zu den drei Idealtypen kann sich also im Zeitverlauf ändern.

Die Unterscheidung zwischen Beveridge- und Bismarck-Modellen der sozialen Sicherung stellt eine Alternative zu dem Konzept von Titmuss dar (Bonoli 1997; Ferrera 1993). Die Bismarck-Beveridge-Unterscheidung hebt auf den Vergleich historisch dominanter Leitideen im Zuge der Institutionalisierung des Wohlfahrtsstaates ab (siehe hierzu auch Abschnitt 3.3). In Deutschland stellte Otto von Bismarck mit seinem Ansatz der »staatsautoritären Sozialpolitik« (Lampert 1980: 130) Sozialversicherungen in das Zentrum von Sozialpolitik, die soziale Sicherheit vor allem für Arbeitnehmer vorsah und sich zentral um Erwerbsarbeit gruppierte. Der

<sup>2</sup> Das Bruttosozialprodukt (BSP) entspricht dem Gesamtwert aller innerhalb eines Jahres in einer Volkswirtschaft hergestellten Waren und Dienstleistungen. Unterschieden wird zwischen nominalem BSP in Preisen des Herstellungsjahres und realem BSP in Preisen eines bestimmten Basisjahres (Inflationsrate ist herausgerechnet).

Brite Sir William Beveridge propagierte hingegen ein Fürsorgemodell, das auf die gesamte Bevölkerung zielte, in erster Linie durch Steuern finanziert wurde und Bedürftigkeit zur Anspruchsvoraussetzung machte (Schmid 2002). Damit haben beide Systeme unterschiedliche Wirkungen der Stratifizierung: Während das Bismarck-Modell denjenigen, die schon auf dem Markt einen hohen Status haben, auch staatlicherseits ein hohes Maß an sozialer Sicherung verspricht, sieht das Beveridge-Modell nicht vor, dass die staatliche Fürsorge über ein Minimum hinausgeht. Die Menschen sind damit von vornherein auf ergänzende Leistungen der privaten Vorsorge angewiesen, wollen sie ihren einmal erreichten Sozialstatus langfristig absichern.

Anknüpfend an Titmuss stellen die Arbeiten von Esping-Andersen (1990; 1999) den wohl ambitioniertesten Versuch dar, westliche Wohlfahrtsstaaten zu typologisieren. Esping-Andersen geht davon aus, dass diese Gesellschaften zwar alle durch Marktwirtschaft, Demokratie und staatliche Intervention charakterisiert sind, es aber unterschiedliche institutionelle Arrangements gibt, die unterschiedliche Wohlfahrtsziele und Ausmaße öffentlicher Unterstützungsleistungen beinhalten. Diese werden von ihm als Wohlfahrtsstaatsregime (*welfare state regime*) bezeichnet (Esping-Andersen 1990: 29ff.). Dabei ist die Herauskristallisierung eines wohlfahrtsstaatlichen Systems durch die politischen Akteurskonstellationen und die von ihnen umgesetzten gesellschaftspolitischen Konzeptionen beeinflusst (Kohl 1999). Esping-Andersens Studie vor allem westeuropäischer Wohlfahrtsstaaten beruht auf der Annahme, dass es eine enge Verkopplung zwischen institutionellem Arrangement, sozialer Organisation und Sozialstruktur gibt. Er hebt einerseits darauf ab, dass Wohlfahrtsstaatsregime auf sehr unterschiedlichen sozialen und politischen Strukturen fußen und Klassen- und Akteurskonstellationen eine wichtige Rolle bei der Ausbildung und programmatischen Gestaltung konkreter wohlfahrtsstaatlicher Politiken zukommt. Andererseits betont er, dass die Organisationsform des Wohlfahrtsstaates auch formative Wirkung für die soziale Stratifizierung hat (Esping-Andersen 1990: 23ff.). Damit ergibt sich eine weitreichende Komplementarität und wechselseitige Beeinflussung zwischen institutionellen und sozialen Strukturen. Methodisch geht Esping-Andersen dabei über die traditionelle Wohlfahrtsstaatsforschung hinaus, die das Niveau der Sozialausgaben als zentrale Dimension für die Beschreibung von Wohlfahrtsstaaten verwendet. Er versteht sich als ein komparativer Wohlfahrtsregimeforscher, der sich für die Organisationsform sozialer Sicherung im Zusammenspiel von Staat und Markt interessiert.

Esping-Andersen thematisiert Wohlfahrtsstaatspolitik als eine Aufteilung der Verantwortlichkeit zwischen Staat, kollektiver nichtstaatlicher Sicherung (zum Beispiel durch Betriebe) und privater Vorsorge. Dadurch gelingt es ihm, eine Brücke zur klassischen politischen Ökonomie zu schlagen, in der das Verhältnis von Wirtschaft und Politik, von Markt und Staat, von Kapitalismus und Demokratie thematisiert wird. Esping-Andersen fragt letztlich danach, wie sich innerhalb bestimmter institutionalisierter Ordnungs- und Wertvorstellungen konkrete Formen der Sozialpolitik finden lassen. Er kann zeigen, dass die institutionelle Gestaltung sozialer Sicherungssysteme Gegenstand gesellschaftlicher Verteilungskonflikte ist, in denen unterschiedliche (Klassen-) Interessen zum Ausdruck kommen. Demzufolge sind die Fähigkeit zur Mobilisierung von Machtressourcen

Fürsorge-  
modell

Wohlfahrts-  
staatsregime

Wechselwirkung  
zwischen insti-  
tutionellen  
und sozialen  
Strukturen

und die jeweilige Machtbalance zwischen politischen Gruppierungen entscheidend für die Organisation des Wohlfahrtsstaates. Das heißt auch, dass mit dem Wandel politischer Machtverhältnisse staatliche Sozialpolitik variiert und existierende Sicherungssysteme Ergebnis früherer gesellschaftspolitischer Prioritäten sind (Esping-Andersen 1990: 16ff., 29ff.).

Esping-Andersen unterscheidet drei Welten der Wohlfahrtsstaatlichkeit: den liberalen, den sozialdemokratischen und den korporatistischen Typ. Diese Einteilung erfolgt entlang von drei Dimensionen, nämlich 1. der Dekommodifizierung durch Sozialpolitik, d. h. inwieweit die Systeme der sozialen Sicherheit zu einer Verringerung der Marktabhängigkeit der Individuen beitragen, 2. der Konsequenzen von Sozialpolitik für soziale Stratifizierung sowie 3. dem Verhältnis von Staat, Markt und Familie (Esping-Andersen 1990: 21ff.). Das zentrale Konzept der Dekommodifizierung erfasst, inwieweit durch staatliche Leistungen der Lebensunterhalt unabhängig vom (Arbeits-)Markt gesichert werden kann, und wird über die Regeln des Zugangs zu Leistungen, die Höhe des Einkommensersatzes und die Reichweite von sozialen Rechten operationalisiert (Esping-Andersen 1990: 47). Bei der Stratifizierung geht es um die Strukturierung von Ungleichheit durch die unterschiedliche Ausgestaltung von Wohlfahrtsstaaten, gemessen zum Beispiel über die Ungleichheit der Einkommensverteilung oder redistributive Wirkungen staatlicher Transfers. Politisch-ideologische Traditionen thematisiert Esping-Andersen vor allem über eine Untersuchung des Verhältnisses von Staat, Markt und Familie beziehungsweise die diesen Institutionen zugeschriebene Verantwortung für die Wohlfahrt der Bürger. "Regimes can be compared with respect to which essential human needs are relegated to private versus public responsibility. The division of social protection between private and public provides the structural context of de-commodification ... and the stratificational nexus of welfare-state regimes." (Esping-Andersen 1990: 80)

Beispiele für den liberalen Typ sind die USA, Kanada, Großbritannien und Australien. In diesem Wohlfahrtsstaatsregime ist die Verantwortlichkeit des Staates nur gering ausgebaut. Die sozialen Sicherungssysteme beruhen vornehmlich auf einer Kombination aus marktbasierendem Versicherungsprinzip und Steuerfinanzierung (zum Beispiel für soziale Mindestsicherung). Ein relativ großer Teil der Unterstützungsleistungen wird nach vorheriger Bedürftigkeitsermittlung (*means test*) vergeben. Der Zugang zu solchen Unterstützungsleistungen ist oft stigmatisierend und ihre Höhe ist eher gering, denn es wird angenommen, dass ein hohes wohlfahrtsstaatliches Leistungsniveau Arbeitsanreize vermindert und Menschen in Abhängigkeit bringt. Die Bevorzugung eines minimalistischen Engagements steht in der Tradition des Liberalismus, weil angenommen wird, dass der Markt die beste Lösung für die innergesellschaftliche Güterverteilung darstellt. Im liberalen Wohlfahrtsstaat sind die Barrieren für Entlassungen geringer, die Kosten für Neueinstellungen niedriger und der Arbeitsmarkt vonseiten des Staates wenig reguliert. Der Warencharakter der Arbeit tritt deutlich zutage (*hire and fire*), die Dekommodifizierung ist niedrig. Für unsere Betrachtung der europäischen Varianten

Dekommodifizierung

Stratifizierung durch Sozialpolitik

Verhältnis von Staat, Markt, Familie

Liberales Wohlfahrtsstaatsregime

Klassifizierung von Wohlfahrtsstaatsregimes

Abb. 4

Modell	Liberal	Sozialdemokratisch	Konservativ	Postsozialistisch
Sicherungstyp	Residualität, Eigenvorsorge	universalistische Bürgerversorgung	Status- und Beitragsorientierung	Status- und Beitragsorientierung
Primäre Form des Anrechtserwerbs	Bedürftigkeit	Bürgerstatus	Erwerbstätigkeit	Erwerbstätigkeit und Bedürftigkeit
Zielrichtung	Armutsbekämpfung	Gleichheitspolitik	Staterhalt	rudimentäre Absicherung
Dekommodifizierung	schwach	stark	mittel	schwach
Zentral für Wohlfahrt	Markt	Staat	Familie	Familie
Soziale Strukturierung	hoch	niedrig	mittel	sehr hoch
Umverteilungskapazität	schwach	stark	schwach	schwach
Anteil privater Ausgaben für Gesundheit und Alter	hoch	niedrig	niedrig	mittel
Rolle des Staates im Strukturwandel	Marktaktivierer	Arbeitgeber	Kompensierer	Reformer, Marktaktivierer
Beispielnationen	Großbritannien	Schweden	Deutschland	Tschechien

Quellen: Esping-Andersen (1990; 1999), Kohl (1993), Lessenich/Ostner (1998), Offe/Fuchs (2007); Umverteilungskapazität: Steuerprogression, Gleichheit der Sozialleistungen.

des Wohlfahrtskapitalismus steht Großbritannien<sup>3</sup> für den liberalen Fall (Esping-Andersen 1990, 1999).

Im sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat, welcher sich geografisch vornehmlich in Nordeuropa (Paradebeispiel ist Schweden) verorten lässt, stehen Maximen wie Gleichheit, Gemeinwohl und Solidarität im Vordergrund. Sozialpolitik fungiert als ökonomische und soziale Investition, die nicht zwangsläufig mit der Marktlogik kollidieren muss. Das System der sozialen Sicherung ist durch eine Verbindung aus Staatsbürgerversorgung und umfassenden Sozialversicherungen gekennzeichnet und besitzt einen universalistischen Charakter. Insgesamt ist das Versorgungsniveau sehr hoch. In Kombination mit dem Steuersystem hat der Wohlfahrtsstaat stark egalisierende Effekte. Weitere herausragende Merkmale sind der hohe Stellenwert der aktiven Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik sowie die große Bedeutung des Staates als Arbeitgeber (vor allem für Frauen). In sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten wird daher die Partizipation am Arbeitsmarkt nicht nur über die individuelle Realisierung von Erwerbskarrieren nach dem Motto »Jeder ist seines eigenen Glückes Schmied« hergestellt, sondern auch mit egalitärer Bildungspolitik, wohlfahrtsstaatlichen Programmen zur Beschäftigungssicherung und einer allgemeinen, politisch gewollten Chancengleichheit

sozialdemokratisches Wohlfahrtsstaatsregime

<sup>3</sup> Im Fall von Großbritannien ist allerdings darauf hinzuweisen, dass der Wohlfahrtsstaat, im Gegensatz zu den USA, auch dekommodifizierende Elemente enthält. Dafür ist das öffentliche Gesundheitssystem verantwortlich, welches trotz vieler Mängel (schlechte Versorgung, lange Wartezeiten teilweise selbst bei lebenserhaltenden Operationen) eine kostenlose Gesundheitsversorgung für alle Bürger bereithält.

gefördert (Allmendinger/Hinz 1997: 275; OECD 2002: 91f.). Die Dekommodifizierung ist hoch.

**konservatives Wohlfahrtsstaatsregime** Dem konservativen Typ gehören Länder wie die Bundesrepublik, Frankreich, Österreich, Belgien oder Italien an. Das konservativ-korporatistische Wohlfahrtsmodell interveniert stärker als das liberale Modell in die Marktverteilungen. Allerdings werden Marktungleichheiten im System der sozialen Sicherheit weitgehend reproduziert. Dies geschieht vor allem mit Hilfe der Sozialversicherungen, welche über das Prinzip von Anwartschaften und der Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungsanspruch eine enge Verknüpfung zwischen erreichtem Marktstatus und dem Sicherungsstatus vornehmen. In seiner Umverteilungswirkung bleibt dieses System begrenzt, da es stark auf Umverteilungen innerhalb des Lebenslaufes ausgerichtet ist und weniger auf eine Redistribution zwischen unterschiedlichen Gruppen. Ausdruck der korporatistischen Organisation sind die Vielzahl von unterschiedlichen Versicherungsträgern nach Berufsgruppen und die gesetzlich geregelte Selbstverwaltung dieser Organisationen unter der Teilnahme verschiedener kollektiver Akteure wie den Gewerkschaften und den Arbeitgebern. In den konservativen Wohlfahrtsstaaten sind bei mittlerer Dekommodifizierung relativ stabile und durch wenige Stellenwechsel gekennzeichnete Erwerbsverläufe typisch. Bewegungen innerhalb einer Klasse überwiegen die Auf- und Abwärtsmobilität, welche eher im Generationswechsel eintritt (Allmendinger/Hinz 1997: 277; DiPrete et al. 2002: 279f.). Gemeinsam sind den Ländern mit einem konservativen Wohlfahrtsstaat die Zentralität der Familie für Wohlfahrt und eine geschlechtsspezifische Teilung von Erwerbs- und Hausarbeit (Familialismus). Am stärksten ausgeprägt ist der »Familialismus« in Ländern wie Italien, Spanien oder Griechenland (Allmendinger/Hinz 1997; Esping-Andersen 1999). Er beruht einerseits auf dem männlichen Ernährermodell, d. h. der erwerbszentrierten Abhängigkeit sozialer Leistungen, und andererseits auf der Verantwortlichkeit der Familie als Wohlfahrtsproduzent. Als Konsequenz sind die Berufschancen von Frauen beeinträchtigt und Alleinerziehende häufig marginalisiert (Esping-Andersen 1999: 83).

**Kritik am Konzept der Wohlfahrtsstaatsregime** Kritik an der Theorie von Esping-Andersen. In der Auseinandersetzung mit Esping-Andersen ist vor allem auf Inkonsistenzen zwischen den drei Idealtypen und der empirischen Realität hingewiesen worden (vgl. Allmendinger/Ludwig-Mayerhofer 2000; Leibfried/Mau 2008; Lewis 1992; Offe 1993; Schmid 2002). So ist beispielsweise argumentiert worden, dass die mediterranen Wohlfahrtsstaaten (Beispiele sind Spanien, Italien, Griechenland, Portugal) als Sonderform des konservativen Typus durch Esping-Andersen ungenügend abgebildet wurden (Ferrera 1996). Zwar gibt es hier auch Sozialversicherungen nach dem kontinentaleuropäischen Modell, aber diese weisen erhebliche Sicherungslücken auf. Die im Risikofall geleistete staatliche Hilfe reicht oft nicht aus, um den Bedürfnissen gerecht zu werden, so dass zusätzlich familiäre Unterstützungsnetzwerke in Anspruch genommen werden müssen (Gil-Escoín/Vázquez 2008; Natali 2008; Papatheodorou 2008; Pereira et al. 2008). Die Konsequenz ist eine charakteristische geschlechtsspezifische Arbeitsteilung: Frauen übernehmen die häuslichen Aufgaben der Pflege und Betreuung, da diese weder staatlich bereitgestellt noch auf dem Markt erhältlich sind. Der Familialismus ist sehr stark ausgeprägt. Bestandteil dieses subsidiären familialistischen Modells sind auch verschiedene formelle und informelle Arrangements jenseits des Staates, so durch Wohlfahrtsverbände oder die Kirche. Ferner ist eine weitere Kritik, dass eine Gleichsetzung der Idealtypen von Esping-Andersen mit Realtypen von Wohlfahrtsstaatlichkeit schwierig ist, da es Mischtypen wie Finnland (hohe Dekommodifizierung, mittlere Stratifizierung), aber auch eine Reihe von Ländern gibt, wo die Klassifizierungs-

merkmale nicht besonders stark ausgeprägt sind (Irland, Schweiz, Japan). Zusätzlich wurden in den letzten Jahren verstärkt ergänzende Dimensionen (Familien- oder Geschlechterstrukturen) zur Charakterisierung von Wohlfahrtsregimes vorgeschlagen (Lewis 1992; Offe 1993; Schmid 2002). Eine letzte Gruppe von Kritikern argumentiert, dass Esping-Andersen berechtigt davon ausgeht, dass die soziale Sicherung von Individuen und Familien jenseits des Marktes eine zentrale Zielstellung des Wohlfahrtsstaates darstellt. Dennoch sind wohlfahrtsstaatliche Interventionen nicht zwingend gegen den Markt gerichtet. In der Literatur zu den *varieties of capitalism* wird davon ausgegangen, dass der Markt und der Wohlfahrtsstaat auch als komplementäre Institutionen verstanden werden können (Crouch/Streeck 1997; Ebbinghaus/Manow 2001; Soskice 1999).

Esping-Andersens Klassifizierung der drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus kann bis in die 1990er-Jahre eine recht hohe Gültigkeit für sich beanspruchen (Schmid 2005: 52). Die sich im Zuge der Transformation herausbildenden Strukturen der staatlichen Sozialpolitik in den postsozialistischen Gesellschaften Osteuropas lassen sich allerdings mit dem Ansatz von Esping-Andersens nur schwer fassen. Gleichwohl wurde in der Literatur vielfach eine Zuordnung der »neuen« osteuropäischen Wohlfahrtsstaaten zum liberalen Typus versucht, wie Offe und Fuchs (2007: 6) beobachten. Aus unserer Sicht ist es eher gerechtfertigt, für die osteuropäischen EU-Beitrittsnationen von einem neuartigen »gemischten« Typus eines Wohlfahrtsstaatsregimes zu sprechen (Aidukaite 2006; Cerami 2006; Fiala/Mare 2008; Manning 2004; Rajevska 2008; Trumm/Ainsaar 2008), welcher in den meisten Fällen Elemente des konservativen und liberalen und nur noch Reste eines paternalistischen Wohlfahrtsstaates<sup>4</sup> enthält. "What we are witnessing in Central and Eastern Europe is [...] a rather complex mechanism of institutional creation, in which an on-going process of structuring, de-structuring and restructuring of existing welfare institutions is resulting in the emergence of a new [...] Eastern European welfare regime." (Cerami 2006: 225f.)

Das konservative Element hat sich in der Mitte der 1990er-Jahre mit der Einführung eines an dem deutschen Modell der Sozialversicherung orientierten Systems der Absicherung gegen Risiken der Erwerbsarbeit etabliert (Cerami 2006), welches in der Regel durch Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert wird; in Lettland und Polen beruht ein Teil dieses Systems auf Steuereinnahmen (Offe/Fuchs 2007: 17). Zusätzlich ist der »Familialismus« sehr stark ausgeprägt, d. h., dass für die individuelle Wohlfahrt die Familie und primäre soziale Netzwerke sehr wichtig sind. Das liberale Element zeigt sich vor allem in der niedrigen Dekommodifizierung, dem geringen Niveau sozialer Wohlfahrtsleistungen (*means tests* sind üblich) sowie der daraus resultierenden verbreiteten Armut und starken sozialen Stratifizierung. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen ist niedriger als im Durchschnitt der EU-15-Nationen (vgl. Abschnitt 7.2). Ähnlich wie im liberalen Wohlfahrtsstaatstypus sind in den osteuropäischen Beitrittsnationen die Barrieren für Entlassungen und die Kosten für Neueinstellungen gering. Daraus resultieren instabile, durch viele Stellenwechsel gekennzeichnete berufliche Erwerbs-

<sup>4</sup> Ein Beispiel hierfür wären das Rentensystem in Slowenien oder das Gesundheitssystem in Bulgarien, welche noch immer universal und redistributiv organisiert sind (Cerami 2006: 108; Offe/Fuchs 2007: 23).

Wohlfahrtsstaatsregime in Osteuropa

verläufe. Zugleich sind noch immer mit circa 30 % der Arbeitnehmer doppelt so viele Personen wie in Westeuropa auf eine Tätigkeit in den Bereichen der informellen Ökonomie angewiesen (Schneider/Burger 2005; Woolfson 2007).

### Niveau und Struktur der Sozialausgaben

Ein nach wie vor zentraler Indikator für die Wohlfahrtsstaatlichkeit eines Landes sind die Sozialausgaben. Für die Bewertung sozialpolitischer Ausgaben kommt es darauf an, welche gesellschaftlichen Gruppierungen nach welchen Kriterien faktisch begünstigt werden. Das Niveau der Sozialausgaben eines Landes wird wesentlich von ökonomischen und demografischen Faktoren bestimmt (Wohlstandsniveau eines Landes, Alterung der Gesellschaft); die Struktur der Sozialausgaben ist weitgehend durch politische Entscheidungen und Kräfteverhältnisse gesteuert (Esping-Andersen 1990: 137).

Empirisch zeigt sich, dass das Niveau der Sozialleistungen im Durchschnitt der Europäischen Union sehr hoch ist. Im Jahr 2005 wurden innerhalb der EU-15 knapp 28 % des erwirtschafteten Bruttosozialprodukts (BSP) auf soziale Transfers verwandt. Das ist etwa doppelt so viel wie in den USA, wo die Sozialleistungsquote 2003 bei circa 16 % lag (OECD 2006i: 77). Der Anteil der Sozialausgaben am BSP ist auch deutlich höher als in anderen entwickelten kapitalistischen Staaten wie Neuseeland, Australien, Japan oder Kanada, wo im Jahr 2003 etwa 18 % des Bruttosozialprodukts auf Sozialleistungen verwandt wurden (OECD 2006i: 77).

Niveau Sozialleistungen variiert stark

Die Sozialausgaben variieren innerhalb Europas sehr stark. Die höchsten Sozialausgaben hatten im Jahr 2005 Länder, die dem sozialdemokratischen oder konservativen Typus zugeordnet werden können. Beispiele sind Schweden, Frankreich, Dänemark und Belgien, die zwischen 30 und 32 % ihres BSP auf die Finanzierung ihrer sozialen Sicherungssysteme verwendeten. Die geringsten Sozialausgaben finden wir in einigen der postsozialistischen Wohlfahrtsstaaten (Rumänien, Bulgarien, Baltikum). Zwischen diesen beiden Ländergruppen liegen die konservativen mediterranen Wohlfahrtsstaaten (Spanien, Griechenland, Portugal), Staaten wie Tschechien, Ungarn, Slowenien sowie das liberale Irland, wo 2005 zwischen 18 und 24 % des Bruttosozialprodukts auf Sozialleistungen verwandt wurden. Eine fast identische Ländergruppierung ergibt sich, wenn man die Sozialausgaben pro Einwohner betrachtet. Schweden, Frankreich, Dänemark, die Niederlande, Österreich und Belgien verwendeten im Jahr 2005 pro Kopf mehr als 8.000 Euro (in KKS) für Sozialleistungen. Luxemburg ist wie bei vielen anderen sozialstrukturellen Parametern im europäischen Kontext ein Sonderfall (12.946 Euro in KKS). Nur auf einen Bruchteil dieser Summe können Rumänien, Bulgaren, Letten, Litauer oder Esten hoffen, die Sozialleistungen benötigen. Hier erhielten die Bürger, unter Berücksichtigung von Kaufkraftunterschieden, im Durchschnitt zwischen 1.100 und 1.750 Euro an sozialer Unterstützung. Ein einfaches Rechenbeispiel veranschaulicht den Grad der Polarisierung der Sozialstaatlichkeit innerhalb Europas: Schweden wendet fast 800 % mehr an Sozialleistungen pro Einwohner auf als dies in Rumänien der Fall ist.

geringe Sozialausgaben in postsozialistischen Wohlfahrtsstaaten

### Sozialausgaben

| Tab. 1

	Angaben in % vom BSP			Euro pro Kopf (KKS)
	1995	2000	2005	2005
EU-15	27,7	27,0	27,8	7.005
Belgien	27,4	26,5	29,7	8.249
Dänemark	31,9	28,9	30,1	8.498
Deutschland	28,2	29,3	29,4	7.529
Irland	14,8	14,1	18,2	5.857
Griechenland	19,9	23,5	24,2	5.139
Spanien	21,6	20,3	20,8	4.776
Frankreich	30,3	29,5	31,5	8.044
Italien	24,2	24,7	26,4	6.226
Luxemburg	20,7	19,6	21,9	12.946
Niederlande	30,6	26,4	28,2	8.305
Österreich	28,8	28,1	28,8	8.268
Portugal	21,0	21,7	24,7#	3.998
Finnland	31,5	25,1	26,7	6.833
Schweden	34,3	30,7	32,0	8.529
Großbritannien	28,0	26,9	26,8	7.176
Bulgarien	–	–	16,1	1.260
Tschechien	17,5	19,5	19,1	3.292
Estland	–	14,0	12,5	1.761
Zypern	–	14,8	18,2	3.807
Lettland	15,3+	15,3	12,4	1.390
Litauen	13,4*	15,8	13,2	1.593
Ungarn	–	19,3	21,9	3.165
Malta	15,7	16,5	18,3	3.104
Polen	–	19,7	19,6	2.236
Rumänien	–	13,2	14,2	1.088
Slowenien	24,1*	24,6	23,4	4.539
Slowakei	18,4	19,3	16,9	2.258
EU-27	–	26,4	27,2	6.087

Quelle: Eurostat (2008); #2004, +1997, \*1996.

Die Entwicklung der Sozialausgaben zwischen 1995 und 2005 weist auf ein im Durchschnitt der EU weitgehend konstantes, hohes Niveau hin. Dieser Umstand ist bemerkenswert, da seit den 1970er-Jahren die Krise europäischer Wohlfahrtsstaaten und ein notwendiger Abbau von Sozialleistungen diskutiert werden (siehe für eine Zusammenfassung dieser Diskussion u. a. Kaelble 2007). Die OECD macht für diesen Trend bei den Sozialausgaben, der im Prinzip seit den 1980er-Jahren beobachtet werden kann, den steigenden Wohlstand in Europa und die Alterung der europäischen Gesellschaften (resultierend in stärkerer Nachfrage nach Alterssicherung und gesundheitlicher Versorgung) verantwortlich (OECD 2006i: 40). Man kann diese Entwicklung aber auch mit der Pfadabhängigkeit einmal eingeführter institutioneller Formen (Beyer 2005; North 1990) und der ungebrochen hohen Akzeptanz von Solidarität und Gerechtigkeit als gesellschaftlicher Grundlage des europäischen Sozialmodells begründen (vgl. Kapitel 3 sowie Mau 2003; Mau/Veghte 2007).

konstant hohes Niveau der Sozialleistungen in Europa

Im Detail zeigen sich ein Rückgang der Sozialausgaben in den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten Dänemark, Schweden und den Niederlanden sowie

ein noch deutlicheres Absinken von Sozialleistungen in den baltischen Staaten, die ohnehin über ein im europäischen Maßstab sehr niedriges Wohlfahrtsniveau verfügen. Für Dänemark, Schweden und die Niederlande ist eine Erklärung dieser Entwicklung in einer vergleichsweise günstigen demografischen Entwicklung (geringe Alterung), einem starken Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit sowie einer Reduktion des sehr umfassend ausgebauten Wohlfahrtsstaates (u. a. durch Privatisierung, Kürzungen von Transfers, Einstellen von Wohlfahrtsprogrammen) in den letzten Jahren zu suchen (Green-Pedersen/Klitgaard 2008; Hort 2008; van Oorschot 2008; Vis et al. 2008). In Estland, Lettland und Litauen ist der Rückgang der Sozialausgaben in erster Linie durch Privatisierungen in unterschiedlichen Bereichen der Sozialpolitik zu begründen. In diesen Ländern zieht sich der Staat zunehmend aus der Gesundheitsversorgung, der Alterssicherung, aber auch aus der Finanzierung von Bildungsprogrammen zurück (Aidukaite 2006, 2008; Rajevska 2008; Trumm/Ainsaar 2008), was dem liberalen Verständnis der politischen Eliten und dem direkten Einfluss internationaler Organisationen zu verdanken ist (Bazant/Schubert 2008). Der Rückgang der Sozialausgaben wird zusätzlich durch eine ungünstige demografische Entwicklung verschärft: Im Baltikum beobachten wir in den letzten Jahren eine überdurchschnittlich starke Alterung der Gesellschaft (vgl. Abschnitt 5.1), was den Kreis der Personen erweitert, die durch das Renten- und Gesundheitssystem Schutz vor sozialen Risiken erhalten müssten. Das Resultat dieser Entwicklung im Bereich der Sozialpolitik ist in letzter Konsequenz ein Anstieg der Armut, wie dies die Analysen des Abschnitts 8.3 zeigen.

Einen Zuwachs der Sozialausgaben verzeichneten zuletzt einige der mediterranen und postsozialistischen Wohlfahrtsstaaten (zum Beispiel Tschechien, Ungarn, Portugal und Griechenland). In Portugal und Griechenland sind hierfür zum Beispiel Erhöhungen der Sozial- und Mindestrenten, eine Ausweitung der Anzahl der Rentenbezieher, aber auch leicht verbesserte Unterstützungsleistungen im Fall von Arbeitslosigkeit verantwortlich (Papatheodorou 2008; Pereirha et al. 2008). Auch in der Bundesrepublik und in Italien beobachten wir in den letzten Jahren einen Anstieg der Sozialausgaben. Der Grund hierfür ist nicht in einem institutionellen Ausbau des Wohlfahrtsstaates, sondern in der starken Alterung der Gesellschaft und der im europäischen Maßstab überdurchschnittlichen Arbeitslosigkeit zu sehen (vgl. Abschnitte 5.1, 7.3). Dadurch hat sich Kreis der Bezieher von Leistungen der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung vergrößert (Natali 2008; Ullrich 2005).

aktuell keine  
Konvergenz  
des Niveaus  
der Sozial-  
ausgaben

Für die Diskussion des Niveaus der Sozialausgaben in Europa ist schließlich die Frage relevant, ob sich im Zuge der skizzierten Entwicklung in den letzten Jahren eine Konvergenz oder gegebenenfalls eine weiter bestehende Divergenz sozialstaatlicher Aktivitäten beobachten lässt. Die dazu vorgenommenen Berechnungen der Standardabweichungen für die EU-27 zeigen, dass es zwischen 1995 und 2005 keine nennenswerten Veränderungen der Streuung des Niveaus der Sozialausgaben gab (SD 1995: 6,12; 2005: 6,10). Erweitert man den zeitlichen Referenzrahmen, wie dies Kaelble (2007: 352) tut, so kann man zumindest für die Zeit zwischen

Anfang der 1970er und Anfang der 1990er-Jahre von Angleichungstendenzen bei den Sozialausgaben innerhalb Europas ausgehen.

Die Struktur der Sozialausgaben (Tab. 2) lässt eine Reihe wichtiger Gemeinsamkeiten europäischer Sozialpolitik erkennen: Fast überall ist die Alterssicherung der wichtigste wohlfahrtsstaatliche Bereich. Im Durchschnitt der bisherigen Kernunion wurden hier 2005 über 40 % aller Sozialausgaben getätigt. In Italien und Polen wurde sogar mehr als jeder zweite Euro der Sozialausgaben für die Alterssicherung verwendet. Am geringsten fielen die Aufwendungen für Renten und Pensionen in Irland und Luxemburg aus, wo zwischen 22 und 26 % der Sozialausgaben in diesem Bereich anfielen. Der zweitwichtigste Bereich ist die Gesundheitsversorgung. Den höchsten Anteil der Gesundheitsausgaben finden wir in Rumänien, Tschechien und Irland. Dort wurden 35 bis 41 % aller Sozialausgaben im Gesundheitssektor getätigt. Im Übrigen spielt Irland hier eine Sonderrolle, da es das einzige europäische Land ist, in dem die Gesundheitsausgaben die Ausgaben für die Alterssicherung im Jahr 2005 übertrafen. Danach folgen mit etwa gleich hoher Bedeutung die Familienpolitik (EU-15 2005: 8,0 %) sowie Maßnahmen zur sozialen Abfederung von Behinderung (EU-15 2005: 7,9 %) und zur Bekämpfung von Arbeitslosigkeit (EU-15 2005: 6,2 %). Im Bereich der Familienpolitik sind größere innereuropäische Unterschiede festzustellen als bei der Behindertenpolitik und der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit. Länder wie Dänemark, Finnland, Irland, Ungarn und Luxemburg verwenden einen mehrfach höheren Anteil der Sozialausgaben (zwischen 12 % und 17 %) als Polen, Malta oder die Niederlande (zwischen vier und fünf Prozent) in diesem Politikbereich. Der Bereich der Wohnungspolitik hat in allen EU-Staaten den geringsten Anteil an den Sozialausgaben. Mit Abstand am wichtigsten ist dieser sozialpolitische Bereich in Großbritannien, gefolgt von Irland und Frankreich.

Gründe für die Unterschiede in der Struktur der Sozialausgaben innerhalb Europas sind zum einen in politischen Machtverhältnissen und Prioritätensetzungen zu sehen. Zum anderen gibt es in vielen Ländern die »offensichtliche Notwendigkeit, sich in bestimmten Bereichen zu engagieren. So war das Thema Wohnen in Großbritannien und Irland, und vor allem der Bau von Eigenheimen, schon immer ein sozialpolitisches Anliegen, weil darin eine Anlage- und Sparform gesehen wird.« (Bazant/Schubert 2008: 633) Italien, Griechenland und Polen sind Staaten, die aufgrund des demografischen Wandels sehr viel Geld für die Alterssicherung aufbringen. Staaten mit einer hohen Arbeitslosigkeit verwenden in der Regel auch einen überdurchschnittlichen Anteil ihrer Sozialausgaben in diesem Bereich; Beispiele sind Deutschland, Griechenland, Finnland oder Spanien. Es gibt allerdings auch Länder, wo die faktischen Notwendigkeiten mit den tatsächlichen Prioritätensetzungen nicht übereinstimmen. Polen und die Slowakei haben zwar die höchste Arbeitslosenquote in Europa (siehe Abschnitt 7.3), investieren aber nur einen unterdurchschnittlichen Anteil ihrer Sozialausgaben in dieses Politikfeld. Diese Befunde legen insgesamt nahe, dass die sozioökonomischen Bedingungen

Alterssicherung  
wichtigster  
Bereich der  
Sozialpolitik  
in Europa

Gesundheits-  
versorgung

Gründe der  
Verteilung der  
Sozial-  
ausgaben

Tab. 2 | Verteilung der Sozialausgaben nach Politikbereichen

	1995						2000						2005					
	Gesundheit	Behinderung	Rente	Familien	Arbeitslosigkeit	Wohnen	Gesundheit	Behinderung	Rente	Familien	Arbeitslosigkeit	Wohnen	Gesundheit	Behinderung	Rente	Familien	Arbeitslosigkeit	Wohnen
EU-15	27,2	8,1	40,1	7,8	8,4	2,1	27,2	8,2	41,9	8,2	6,4	2,1	28,6	7,9	41,2	8,0	6,2	2,3
Belgien	23,6	8,8	32,1	8,8	13,0	-	24,2	9,3	33,6	8,8	11,8	0,1	27,1	7,0	34,7	7,2	12,2	0,2
Dänemark	17,8	10,6	37,6	12,4	14,8	2,4	20,2	12,0	38,0	13,1	10,5	2,4	20,7	14,4	37,5	12,9	8,6	2,4
Deutschland	31,1	6,8	40,9	7,5	8,9	0,6	28,3	7,8	40,8	10,7	8,5	0,7	27,3	7,7	42,2	11,2	7,3	2,2
Irland	36,2	4,8	20,3	12,0	15,3	3,3	41,0	5,2	19,3	13,6	9,5	3,4	40,9	5,3	21,7	14,6	7,5	3,0
Griechenland	26,0	4,8	49,6	8,8	4,5	2,6	26,5	4,8	46,4	7,4	6,2	3,1	27,8	4,9	47,8	6,4	5,1	2,2
Spanien	28,6	7,4	39,6	2,0	16,5	1,1	29,4	7,9	41,6	4,9	11,6	0,8	31,6	7,3	38,7	5,6	12,4	0,8
Frankreich	28,3	5,9	37,3	10,0	7,9	3,2	28,8	5,9	38,4	9,1	7,2	3,2	29,8	5,9	37,4	8,5	7,5	2,7
Italien	23,2	7,0	52,6	3,2	3,0	0,0	25,1	6,0	52,5	3,8	1,7	0,0	26,7	5,9	50,8	4,4	2,0	0,1
Luxemburg	24,9	12,7	41,2	13,1	3,1	0,1	25,4	13,4	36,8	16,6	3,2	0,6	25,7	13,1	26,3	16,9	5,0	0,7
Niederlande	28,5	12,6	32,4	4,6	9,9	1,4	29,3	11,8	37,0	4,6	5,1	1,5	30,9	9,9	36,8	4,9	5,9	1,3
Österreich	25,6	9,0	45,2	11,3	5,8	0,3	25,6	9,1	47,1	10,7	4,9	0,3	25,5	8,0	47,3	10,7	5,8	0,4
Portugal	36,2	11,8	34,3	5,2	5,3	0,0	32,0	12,7	37,6	5,4	3,7	0,0	30,4#	10,4#	40,2#	5,3#	5,7#	0,0#
Finnland	20,9	15,0	28,9	13,4	14,4	1,5	23,8	13,9	31,8	12,5	10,5	1,5	25,9	12,9	33,7	11,6	9,3	1,1
Schweden	22,0	12,2	35,1	11,4	10,8	3,3	27,0	12,8	37,2	9,3	7,1	2,1	24,3	15,4	38,3	9,8	6,2	1,8
Großbritannien	24,0	10,9	39,3	8,9	5,6	6,9	25,5	9,4	44,4	6,9	3,0	5,7	30,9	9,0	41,7	6,3	2,6	5,6
Bulgarien	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29,0	8,4	47,6	6,8	1,9	0,0
Tschechien	37,1	7,6	38,7	11,9	2,3	0,0	33,6	7,8	42,2	8,4	3,4	0,7	35,3	7,8	41,7	7,5	3,6	0,5
Estland	-	-	-	-	-	-	32,1	6,6	43,4	11,9	1,3	0,7	31,9	9,4	43,1	12,2	1,3	0,2
Zypern	-	-	-	-	-	-	27,2	3,4	46,7	6,3	7,2	3,1	25,3	3,7	44,8	11,8	5,8	2,3
Lettland	-	-	-	-	-	1,0+	16,7	10,7	54,1	10,2	3,8	0,7	26,0	9,1	46,1	11,0	3,9	0,6
Litauen	30,3*	9,2*	45,1*	7,0*	2,0*	-	29,8	8,4	45,9	8,8	1,8	0,0	30,3	10,4	44,6	9,3	1,8	0,0
Ungarn	-	-	-	-	-	-	27,9	9,6	39,9	13,2	4,0	2,9	29,9	9,9	41,2	11,8	2,9	2,4
Malta	24,5	4,8	49,2	11,8	5,0	2,1	25,7	6,0	49,8	7,9	6,2	1,1	26,3	6,7	50,6	4,7	7,4	0,9
Polen	-	-	-	-	-	-	19,6	14,0	50,6	5,0	4,6	0,9	19,9	10,5	54,5	4,4	2,9	0,7
Rumänien	-	-	-	-	-	-	25,6	7,9	47,5	10,0	7,7	-	36,2	7,0	40,8	10,2	3,2	0,0-
Slowenien	30,8*	8,5*	44,1*	8,5*	4,3*	0,0*	30,7	9,0	43,2	9,2	4,3	-	32,3	8,5	42,4	8,6	3,3	0,1
Slowakei	33,0	6,8	36,9	14,0	3,5	0,0	34,9	7,6	36,3	9,0	4,8	0,3	29,5	9,2	41,1	11,3	4,3	0,1#
EU-27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28,6	7,9	41,4	8,0	6,1	2,2

Quelle: Eurostat (2008); #2004, ~2003, +1997, \*1996; Angaben in % aller Sozialausgaben.

wichtig für die Ausgabenverteilung sind. Vor allem »scheinen aber auch die politisch gesetzten Schwerpunkte das jeweils konkret vorfindbare Profil der Sozialausgaben zu prägen« (Bazant/Schubert 2008: 635).

Anstieg der Ausgaben für Alterssicherung und Gesundheit

Die Veränderungen in der Ausgabenpolitik der einzelnen Länder können aufgrund des begrenzten Umfangs dieses Studienbuchs im Detail nicht nachgezeichnet werden. Für die Europäische Union als Ganzes ist jedoch festzuhalten, dass die Ausgaben für die Alterssicherung und Gesundheit zwischen 1995 und 2005 wuchsen, während die zur Bekämpfung der Folgen der Arbeitslosigkeit sanken. Dies kann man als eine Folge abnehmender Arbeitslosigkeit und steigender Alterung der Gesellschaft interpretieren. In den anderen Bereichen der Sozialpolitik gibt es kaum Veränderungen. Relevant sind auch die Angleichungsprozesse zwischen den einzelnen EU-Staaten. Die Berechnungen der Standardabweichungen zeigen für alle betrachteten Felder der Sozialpolitik eine Abnahme der Streuung: Die Struktur der Sozialausgaben gleicht sich innerhalb der EU also an.