

Staatsexamensarbeit Lehramt an Gymnasien im Fach Gemeinschaftskunde/Sozialkunde

# Krise des Wohlfahrtsstaates - Abbau oder Systemwechsel?

Veränderungen der Sozialausgaben und ihrer Finanzierung im  
Vergleich.

vorgelegt von Lars Perle  
Prüferin: Prof. Dr. Ilona Ostner

Göttingen, den 11.11.1998

©Lars Perle

Die Arbeit bekam die Note "sehr gut" und wurde mit dem Wolfgang-Enke-Preis der Universität Göttingen ausgezeichnet.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Krise des Wohlfahrtsstaates</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Typologisierung von Wohlfahrtsstaaten</b>	<b>8</b>
3.1	Die „wieviel“ und „wie“ Dimensionen . . . . .	9
3.2	Esping-Andersen und Dekommodifizierung . . . . .	9
3.3	Bonolis Ansatz . . . . .	11
<b>4</b>	<b>Länderteil</b>	<b>13</b>
4.1	Wahl der untersuchten Länder . . . . .	13
4.2	Dänemark . . . . .	16
4.2.1	Ursprünge und Entwicklung des dänischen Wohlfahrtsstaates bis 1979 . . . . .	16
4.2.2	1979-1982 . . . . .	18
4.2.3	1982-1993 . . . . .	20
4.2.4	1993-1994 . . . . .	24
4.3	Großbritannien . . . . .	27
4.3.1	Ursprünge und Entwicklung des britischen Wohlfahrtsstaates bis 1979 . . . . .	27
4.3.2	1979-1983 . . . . .	30
4.3.3	1983-1990 . . . . .	32
4.3.4	1990-1994 . . . . .	37
4.4	Italien . . . . .	39
4.4.1	Ursprünge und Entwicklung des italienischen Wohlfahrtsstaates bis 1979 . . . . .	39
4.4.2	1979-1990 . . . . .	42
4.4.3	1990-1994 . . . . .	45
4.5	Deutschland . . . . .	47

4.5.1	Ursprünge und Geschichte des deutschen Sozialstaates . . .	47
4.5.2	1975-1982 . . . . .	49
4.5.3	1983-1990 . . . . .	51
4.5.4	1990-1994 . . . . .	53
<b>5</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>56</b>
5.1	Entwicklungstendenzen . . . . .	57
5.2	Folgerungen . . . . .	61
5.3	Fazit . . . . .	63
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>65</b>

## 1 Einleitung

Seit vor etwas über hundert Jahren Bismarck in Deutschland die europaweit ersten Sozialgesetze einführte, haben sich in allen westeuropäischen Staaten mehr oder weniger umfangreiche Programme zur sozialen Sicherung der Bevölkerung und damit Wohlfahrtsstaaten herausgebildet. Jedes Land entwickelte dabei Schutz vor den vier Hauptrisiken des Lebens: Alter, Krankheit, Invalidität und Verlust des Arbeitsplatzes.

Die allgemeine Entwicklung in Westeuropa kann in vier Phasen eingeteilt werden<sup>1</sup>. In der Zeit der **frühen Wohlfahrtsstaaten**, von den siebziger Jahren des 19. Jahrhunderts bis in die zwanziger Jahre unseres Jahrhunderts, entstanden die Grundlagen für die soziale Sicherung in Form der ersten Gesetze, die teilweise die Arbeiterschaft, teilweise die gesamte Bevölkerung vor den sozialen Risiken schützen sollten. Dabei war die Reihenfolge, in der diese Programme eingeführt wurden, extrem unterschiedlich. So führte Dänemark bereits 1891 - als erstes Sozialgesetz - eine Altersrente für Arbeitnehmer und Arbeitgeber ein. Norwegen und Finnland taten dies erst Mitte der dreißiger Jahre unseres Jahrhunderts. Das erste Gesetz zur Absicherung gegen Krankheit wurde 1883, als europaweit erstes Sozialgesetz, in Deutschland erlassen. In den Niederlanden gab es erst ab 1929 eine entsprechende Absicherung und in Finnland sogar erst 1963. Programme zur Absicherung von Arbeitslosen wurden tendenziell nach den beiden erstgenannten Programmen eingeführt. So z.B. in Dänemark, Schweden, Deutschland, Frankreich und England, allerdings gibt es auch hier Ausnahmen, wie z.B. Norwegen und Finnland, die zuerst Sicherungssysteme gegen Arbeitslosigkeit und dann gegen Krankheit und Altersarmut schufen.

In den dreißiger und vierziger Jahren setzte die **Konsolidierung** des Wohlfahrtsstaates ein. Dabei wurden vor allem in der Zwischenkriegszeit neue Berufsgruppen und weitere Risiken in die Versicherungssysteme aufgenommen. Zu Beginn des zweiten Weltkriegs hatten bis auf Finnland, Island und die Schweiz alle westeuropäischen Staaten Systeme zum Schutz gegen die vier Hauptrisiken eingeführt<sup>2</sup>.

Das Wirtschaftswachstum der Nachkriegszeit stellte die Ressourcen bereit, und die keynesianische Wirtschaftstheorie rechtfertigte hohe Staatsausgaben. Dies und das Fehlen einer ernsthaften Opposition gegen den Sozialstaat führten zu einer Periode der **Expansion** des Sozialstaates in allen Ländern Westeuropas, die bis zur Ölkrise Anfang der siebziger Jahre anhielt. In dieser Zeit wurden immer weitere Personen in den Schutz miteinbezogen, neue Leistungen eingeführt und bestehende Leistungen verbessert. Dabei wuchsen die Sozialausgaben noch

---

<sup>1</sup>Vgl. Körner, 1993, S.58f und Ploug; Kvist, 1996, S.10ff

<sup>2</sup>Körner, 1993, S.59

weit schneller als die Volkswirtschaften. Betrug die Sozialausgaben in Dänemark 1962 noch 11.4% des BIP, waren es zehn Jahre später schon 19.4%<sup>3</sup>.

Mitte der siebziger Jahre begann die **Krise des Wohlfahrtsstaates**. Es können drei Aspekte der Krise unterschieden werden<sup>4</sup>: die wirtschaftliche, die politische und die soziokulturelle Krise. Die wirtschaftliche Krise setzte Mitte der siebziger Jahre mit der weltweiten Rezession ein. Geringes, zum Teil sogar negatives Wachstum<sup>5</sup> führte zu steigenden Arbeitslosenzahlen<sup>6</sup>. Damit sanken die Einnahmen des Staates und die Ausgaben stiegen dramatisch an. Allein die Ausgaben für die finanzielle Unterstützung Arbeitsloser in Deutschland zwischen 1973 und 1975 stiegen um ca. 180%<sup>7</sup>.

Aber nicht nur finanziell geriet der Sozialstaat unter Beschuß. Mit den Wahlerfolgen von Anti-Steuer-Parteien in mehreren Ländern (so erreichte z.B. in Dänemark die Fremdskritsparti 1973, nur ein Jahr nach ihrer Gründung, mit einem massiven Steuersenkungsprogramm 16% der Stimmen) und allgemein sinkender Unterstützung für den Sozialstaat geriet der Wohlfahrtsstaat auf der politischen Ebene in eine Legitimationskrise. Weiterer Aspekt der politischen Krise war die Sorge, angesichts starker Interessengruppen um die Wohlfahrtsstaatsprogramme herum, die Kontrolle über die Ausgaben zu verlieren.

Die Angst über den Verlust der Ausgabenkontrolle hängt indirekt mit der soziokulturellen Krise zusammen. Mit zunehmender Lebenserwartung steigen die Gesundheits- und Rentenausgaben, scheinbar unkontrollierbar, an. So sank der Anteil der arbeitenden Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung nicht allein wegen steigenden Arbeitslosenzahlen, sondern auch, weil es immer mehr ältere Menschen gab. Gleichzeitig bekamen Länder, die ihre Bevölkerung über den Arbeitsmarkt absichern, deren Systeme also vornehmlich durch Beiträge finanziert werden, Schwierigkeiten alle Bedürftigen zu erreichen, da immer mehr Personen außerhalb des Arbeitsmarktes waren.

Als die Systeme der Sozialen Sicherheit implementiert wurden, rechnete man damit, daß diese Sicherungen nur für wenige und auch dann nur vorübergehend Hilfe leisten mußten. Alle Staaten Westeuropas standen spätestens Anfang der achtziger Jahre vor dem Problem des „Old System in a New World“<sup>8</sup> und mußten

---

<sup>3</sup>Einhorn, Logue, 1989, S.178

<sup>4</sup>Ploug; Kvist, 1996, S.26ff und Schmid, 1996, S.36ff

<sup>5</sup>So sanken die Wachstumsraten des BIP in Dänemark von 5.4% 1972 auf -0.7% 1974 und -0.9% 1975 (Johansen, 1986, S.349). In Großbritannien sanken sie von 7.5% 1973 auf -1.2% 1974 und -0.8% 1975 (Parry, 1986, S.218). In Westdeutschland von 5% 1973 auf -1.8% 1975 (Alber, 1986, S.94) und in Italien von 3.1% 1972 auf -3.7% 1975 (Ferrera, 1986, S.445)

<sup>6</sup>Die Arbeitslosenquote in Großbritannien verdoppelte sich von 1974 (2.0%) bis 1976 (4.2%) (Schmucker, 1997, S.62).

<sup>7</sup>Alber, 1986, S.26

<sup>8</sup>Ploug; Kvist, 1996, S.3

versuchen, ihre Sozialsysteme auf die neuen Gegebenheiten einzustellen.

Diese ähnliche Entwicklung in den westeuropäischen Staaten täuscht allerdings darüber hinweg, daß sich schon die ersten Sozialgesetze in ihrer länderspezifischen Ausgestaltung extrem unterschieden. Das erste Rentengesetz in Dänemark wurde aus Steuern finanziert und *alle* - ohne einen Unterschied zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu machen - bedürftigen und „moralisch aufrechten“ Bürger über 60 waren berechtigt, Geldleistungen zu erhalten<sup>9</sup>. Auch heute noch wird die - nun nicht mehr bedürftigkeitsgeprüfte - Grundrente in Dänemark aus Steuern finanziert und ist nur daran geknüpft, daß der Bezieher seinen Wohnsitz in Dänemark hat.

Das deutsche Krankenversicherungsgesetz von 1883 führte eine Pflichtversicherung ein, die zunächst nur auf Industriearbeiter beschränkt war. Arbeiter und ihre Arbeitgeber zahlten zur Finanzierung Beiträge in einen Versicherungstopf, aus dem die Arbeiter im Krankheitsfall Zahlungen erhielten. Die Reichweite des Krankenversicherungsgesetzes war somit auf beitragszahlende Arbeiter beschränkt. Auch wenn in den folgenden Jahrzehnten versucht wurde, nichterwerbstätige Personen (Ehefrau, Kinder) durch die Sozialversicherung mitabzusichern, ist die grundsätzliche Struktur erhalten geblieben: Finanzierung durch Beiträge, Anspruch durch vorherige Beitragszahlung. Die im letzten Jahrhundert eingeführten Finanzierungsarten der Sozialleistungen in Deutschland und Dänemark haben also noch heute Bestand. Diese beiden Beispiele verdeutlichen die These der „Pfadabhängigkeit“, nach der „...once initiated, *certain* courses of development are hard to reverse.“<sup>10</sup>

Um nun nicht jedes Land als einen von anderen völlig verschiedenen Einzelfall zu betrachten und um trotz der Komplexität von Wohlfahrtsstaaten vergleichende Aussagen treffen zu können, versucht man, einander ähnliche Wohlfahrtsstaaten zu bestimmten Typen zusammenzufassen und Idealtypen herauszubilden. Als einer der ersten stellte Richard Titmuss bei dem Versuch den Wohlfahrtsstaat zu definieren zwei einander gegenüberliegende Idealtypen von Wohlfahrtsstaaten auf. Auf der einen Seite stand der „residual Welfare State“, der nur aktiv wird, wenn Markt und Familie versagen und der seine Zuständigkeit auf Randgruppen beschränkt. Auf der anderen Seite stand der „institutional Welfare State“, der für die gesamte Bevölkerung zuständig ist und eine institutionalisierte Verpflichtung zu Sozialleistungen verkörpert<sup>11</sup>. Titmuss versuchte allerdings noch nicht, diesen Idealtypen konkrete Länder zuzuweisen oder zu benennen, wie nah bestimmte Länder den Idealtypen kamen. Die Herausforderung bestand nun darin, geeignete Indikatoren zu finden, durch die bestimmte Länder den Idealtypen

---

<sup>9</sup>Baldwin, 1990, S.69

<sup>10</sup>Pierson, 1996, S.175

<sup>11</sup>Esping-Andersen, 1990, S.20

zugewiesen werden konnten. Ein beliebter Indikator war zunächst die Höhe der Sozialausgaben relativ zum Bruttoinlandsprodukt.

Gøsta Esping-Andersen kritisierte diesen Ansatz in seinem Buch „The Three Worlds of Welfare Capitalism“ als unzureichend<sup>12</sup>. Er argumentierte, daß vor allem Titmuss' Idealtypen nach einer genaueren Betrachtung der Vergabe von Sozialleistungen verlangen und nicht allein nach der Ausgabenhöhe. Esping-Andersen sah Dekommodifizierung und Destratifizierung als wichtigste Aufgaben des Wohlfahrtsstaates an und ordnete 18 Staaten danach ein, wie sehr sie diese Ziele erfüllen. Dazu benutzte er zum Teil quantitative Indikatoren (wie hoch ist z.B. der Lohnersatz bei Altersrenten oder beim Krankengeld) und qualitative Indikatoren (z.B. welche Voraussetzungen müssen für den Bezug von Arbeitslosengeld erfüllt sein). Als Ergebnis bildete er drei Gruppen von Staaten, die jeweils einem der Wohlfahrtsstaatsregimes „liberal“, „korporatistisch“ oder „sozialdemokratisch“ angehören.

Allerdings bleibt die Verortung der Staaten bei Esping-Andersen recht undurchsichtig. Subjektive Punktevergabe für unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen und objektive Daten über die jeweilige Höhe der Sozialleistungen vermischen sich und lassen kaum erkennen, wie ein Staat zu seinem Dekommodifizierungs-Score gekommen ist. Somit lassen sich Veränderungen über mehrere Jahre nicht differenziert betrachten. Giuliano Bonoli schlägt deswegen einen zweidimensionalen Ansatz zur Typologisierung von Wohlfahrtsstaaten vor<sup>13</sup>, der versucht, mit rein quantitativen Daten sowohl die Höhe der Ausgaben, als auch die Art des Zugangs zu den Leistungen zu erfassen. Dafür betrachtet er die Sozialausgaben relativ zum BIP und wieviel Prozent dieser Ausgaben durch Beiträge statt durch Steuern finanziert wurden. Dies hat insofern mit der Art des Zugangs zu tun, als durch Beitragszahlungen finanzierte Sozialausgaben eher die Beitragszahler - als Personen innerhalb des Arbeitsmarktes - begünstigen und weniger umverteilen, da sich die Höhe der Leistungen meistens nach der Höhe der Beiträge definiert. Bonoli mischt diese beiden Indikatoren nicht zu einem, sondern trägt sie auf zwei Achsen eines Koordinatenkreuzes auf, so daß sich für jeden Staat der jeweilige Indikator ablesen läßt. Besonders Veränderungen lassen sich so differenziert betrachten und geben Aufschluß darüber, *was* sich an einem Wohlfahrtsstaat verändert hat. Bonoli identifiziert schließlich vier Idealtypen, die aus seinem Ansatz resultieren: steuerfinanzierte Systeme, die eine hohe Ausgabenquote haben (universalistisch, institutionell); steuerfinanzierte System, die geringe Sozialausgaben haben (dualistisch); beitragsfinanzierte Systeme mit hohen Sozialausgaben; und ebensolche mit niedrigen Ausgaben.

Im Zusammenhang mit der beschriebenen Krise des Wohlfahrtsstaates stellt sich

---

<sup>12</sup>ebd.

<sup>13</sup>Bonoli, 1997

die Frage, wie die unterschiedlichen Wohlfahrtsstaatstypen auf die Krise reagiert haben. Gab es allgemein starke Einschnitte in den Sicherungssystemen in Form von Kürzungen oder erschwerten Zugangsberechtigungen? Die These der Pfadabhängigkeit läßt vermuten, daß jeder Typ anders - nämlich nach den jeweiligen institutionellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten - reagierte. Hatte also jeder Typ seinen eigenen - von den anderen zu unterscheiden - Weg mit den verschieden Aspekten der Krise umzugehen? In bezug auf die finanziellen Probleme des Wohlfahrtsstaates könnte vermutet werden, daß besonders die Typen mit hohen Ausgaben starken Veränderungen unterworfen waren. Es liegt die Vermutung nahe, daß Staaten dieses Typs einen Systemwechsel vornahmen, hin zu einem Wohlfahrtsstaatstyp mit niedrigeren Sozialausgaben. Andererseits dürfte der Widerstand gegen Kürzungen in der Bevölkerung von „high-spendern“ auch größer sein, da mehr Personen stärker vom Wohlfahrtsstaat profitieren als bei „low-spendern“. Wohlfahrtsstaaten, die dem Beveridge - steuerfinanzierten - Modell nahe kommen, sind gegenüber Veränderungen möglicherweise weniger resistent als das Bismarcksche Modell, da im letzteren durch das Einzahlen in bestimmte Versicherungskassen Ansprüche an genau diese Kassen entstehen. Demzufolge kann vermutet werden, daß die Veränderungen in Beveridge Systemen umfangreicher waren.

Da alle westeuropäischen Staaten vor ähnlichen Problemen standen, ist es auch möglich, daß es zwar bei allen Wohlfahrtsstaatstypen Veränderungen gab, diese jedoch bei allen Typen ähnlich aussahen und es zu keinerlei Systemwechsel in bezug auf Finanzierung und Ausgabenhöhe kam und die Länder ihren Typ beibehielten.

Diese Arbeit versucht zu klären, zu welchen Veränderungen die Krise in den von Bonoli identifizierten Wohlfahrtsstaatstypen geführt hat. Dabei sollen die in den vorhergehenden zwei Absätzen aufgeworfenen Fragen geklärt werden, insbesondere, ob bestimmte Typen zu einem anderen System der sozialen Sicherung, in bezug auf Finanzierung und Ausgaben, tendierten oder ihn vollzogen und ob es möglicherweise zu einer Konvergenz hin zu einem Typ von Wohlfahrtsstaatlichkeit kam. Dazu sollen vier Länder, die den von Bonoli aufgestellten vier Idealtypen möglichst nahe kommen, als Repräsentanten dieser Typen dienen und die Entwicklung ihrer Sozialsysteme von Ende der Siebziger bis Anfang der Neunziger betrachtet werden.

Es werden die Länder Dänemark, Deutschland, Großbritannien und Italien untersucht. Dänemark als Repräsentant für das steuerfinanzierte System mit hohen Ausgaben. Die hauptsächlich durch Beiträge finanzierte Soziale Sicherung Deutschlands repräsentiert den Typ des „high-spenders“ bismarckscher Prägung. Italien dient als Beispiel für den Wohlfahrtsstaat mit Beitragsfinanzierung aber niedrigen Ausgaben. Großbritannien steht für den dualistischen Typ, der seine



Leistungen zwar über Steuern finanziert, dessen Ausgaben aber so gering sind, daß private Absicherungen eine große Rolle spielen. Selbstverständlich ist keines der real existierenden Systeme so idealtypisch organisiert, wie es hier zunächst aussieht. Tatsächlich sind alle bestehenden Wohlfahrtsstaaten Mischsysteme, die verschiedenen Konzepte in sich vereinigen. So ist in Dänemark die Höhe der Grundrente vergleichsweise niedrig, so daß es auch hier zu einer Auslagerung der Absicherung in den Privatsektor kommt. In Deutschland ist die Sozialhilfe - verständlicherweise - nicht beitragsfinanziert und Zahlungen hängen nicht von vorherigen Beiträgen ab. In Italien sind die Sachleistungen des Gesundheitssystems durch Steuern finanziert, statt durch Beiträge. Und in Großbritannien ist die Höhe der Rente an frühere Beitragszahlungen geknüpft. Um die möglichen Probleme, die diese Einschränkungen mit sich bringen, aufzuzeigen, soll Anfang des vierten Abschnitts der Arbeit die Wahl der Länder diskutiert werden.

Zunächst sollen jedoch im nächsten Abschnitt die verschiedenen Aspekte der Krise eingehender vorgestellt und diskutiert werden, welche möglichen Veränderung sich daraus ergeben. Im dritten Abschnitt werden Giuliano Bonolis und Gøsta Esping-Andersens Typologien genauer vorgestellt und auf ihre Eignung für diese Arbeit überprüft.

An die Begründung für die Länderwahl knüpft sich der Hauptteil der Arbeit, der Länderteil. Um die reinen Zahlen über die Höhe der Ausgaben und die Art der Finanzierung besser interpretieren zu können, sollen in ihm die tatsächlichen Veränderungen bei den verschiedenen Programmen der Sozialen Sicherheit Land für Land beschrieben werden und die Folgen mit Bonolis zweidimensionalen Ansatz graphisch dargestellt werden. Für die Finanzierung der Ausgaben liegen allerdings vor 1982 keine vergleichbaren Daten vor, so daß die Abbildungen erst die Entwicklung nach 1982 darstellen können.

## 2 Krise des Wohlfahrtsstaates

Spätestens mit Beginn der achtziger Jahre gerieten die westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten aufgrund wirtschaftlicher, sozialer und politischer Wandlungsprozesse unter Druck. Die Weltwirtschaftskrise Mitte der Siebziger war der Auslöser für zunehmende Arbeitslosigkeit in allen Ländern Westeuropas. Aber auch beiiedereinsetzendem Wachstum stiegen die Arbeitslosenzahlen weiter an oder stagnierten zumindest. Die Verbindung zwischen Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung schien sich aufzulösen<sup>14</sup>. Aus diesen beiden Tendenzen - geringes Wachstum, hohe Arbeitslosigkeit - ergab sich das gravierendste Problem des Wohlfahrtsstaates in den folgenden zwei Jahrzehnten - die finanzielle Krise. Aber

---

<sup>14</sup>Schmid, 1996, S.32

nicht nur die genannten Tendenzen übten finanziellen Druck aus. Auch die demographischen Veränderungen führten und führen weiter zu steigenden Sozialausgaben, vor allem bei den Renten- und Gesundheitsausgaben. Der Wohlfahrtsstaat geriet aber nicht nur finanziell unter Druck. Traditionelle Familienstrukturen begannen sich aufzulösen, und die zunehmende Individualisierung ließen zusätzliche Absicherungen notwendig werden. Die steigenden Kosten für den Einzelnen in Form von Steuer- und Beitragserhöhungen und die Widersprüche zwischen der Struktur des Wohlfahrtsstaates und der Realität ließen die Unterstützung in der Bevölkerung - zumindest für einen weiteren Ausbau - sinken. Anzeichen dafür sind das Entstehen von Anti-Steuer-Parteien und die steigende Popularität neo-liberaler Kritik am Wohlfahrtsstaat in den Siebzigern.

Die verschiedenen Aspekte der Krise sind in der Literatur ausführlich behandelt. Ploug/Kvist<sup>15</sup> machen die drei oben genannten Dimensionen: finanzielle, politische und soziokulturelle Krise aus. Die finanziellen Probleme rührten ihrer Meinung nach von den oben genannten Gründen her. Schmid<sup>16</sup> fügt hinzu, daß sich offenbar auch Grenzen in der Wirksamkeit des keynesianischen „Deficit-Spending“ ergaben und der Staat trotz erhöhter Ausgaben die Wirtschaft nicht ankurbeln konnte. Durch die zunehmende Globalisierung der Märkte, wachse zusätzlich der Druck auf die europäische Wirtschaft. Unternehmen verlangen nach einer Senkung der Sozialabgaben und verschärfen damit die finanzielle Krise des Wohlfahrtsstaates.

Die soziokulturelle Krise besteht aus mehreren Subdimensionen. Erstens aus der genannten demographischen Veränderung der Gesellschaft. Zweitens aus den wirtschaftlich-gesellschaftlichen Veränderungen, die sich in einer Heterogenisierung der Arbeitsverhältnisse, dem Aufbrechen traditioneller sozialer Strukturen und der zunehmenden Individualisierung ausdrücken. Die sinkende „Normalität“ des Normalarbeitsverhältnisses, der stabilen, sozial abgesicherten, abhängigen Vollbeschäftigung<sup>17</sup> stellte den Wohlfahrtsstaat vor das Problem, unter den neuen Bedingungen die Bevölkerung ebenso abzusichern, wie unter den bisherigen. Nach Schmid produziert der Sozialstaat dabei immer weniger die Leistungen, die der Bürger erwartet<sup>18</sup>. Ein weiterer Aspekt ist nach Ploug/Kvist der geringe Anreiz in umfassend ausgebauten Wohlfahrtsstaaten zu arbeiten. Wenn aufgrund hoher Abgaben das Nettoniveau niedriger Löhne nur leicht über dem des Arbeitslosengeldes liegt, suchen Arbeitslose nicht mehr intensiv nach einem neuen Job. Dem widerspricht Goul Andersen<sup>19</sup> und sagt, daß Arbeitslose sich unter diesen Bedingungen nur länger Zeit lassen, eine neue Stelle zu finden, und nicht die

---

<sup>15</sup>Ploug; Kvist, 1996, S.25ff

<sup>16</sup>Schmid, 1996, S.32ff

<sup>17</sup>Tálos, 1993 ,S.43

<sup>18</sup>Schmid, 1996, S.37

<sup>19</sup>Goul Andersen, 1997, S.16ff

erstbeste annehmen. Schließlich sehen Ploug/Kvist die Krise der Erwartungshaltung. Durch die Sozialleistungen verwöhnt, akzeptieren die Bürger nur ungern Kürzungen. Besonders um die Kernprogramme des Wohlfahrtsstaates - Renten und Gesundheitswesen - haben sich starke Interessengruppen gebildet, die einen Rück- oder Umbau nur schwer möglich machen.

Die politische Krise teilt sich in die Legitimationskrise, die durch die erwähnten gesellschaftlichen Veränderungen und die steigende Belastung der im Arbeitsmarkt Verbliebenen ausgelöst wird, und in die Kontrollkrise. Die Sorge, daß die Politik die Kontrolle über den Wohlfahrtsstaat, insbesondere über die Ausgaben, verlieren könnte, rührt von der eben beschriebenen Entstehung starker Interessengruppen um wohlfahrtsstaatliche Programme her. Diese Interessengruppen verhindern nicht nur den Rückbau von Leistungen, sondern treiben auch einen beständigen Ausbau voran. Goul Andersen hält dem entgegen, daß die tatsächliche Entwicklung dieser Darstellung widerspricht.

**Tabelle 1: Dimensionen der Krise**

Art der Krise	ausgelöst durch	äußert sich durch
finanzielle Krise	sinkendes Wachstum, Massenarbeitslosigkeit, demographische Entwicklung, (Globalisierung)	sinkende Einnahmen, steigende Ausgaben
soziokulturelle Krise	demographische Entwicklung  wirtschaftlich-gesellschaftliche Veränderungen  geringer Arbeitsanreiz  Erwartungshaltung	sinkender Anteil von Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung  Individualisierung, weniger Normalarbeitsverhältnisse  gleichbleibend hohe Arbeitslosigkeit (?)  Kürzungen schwer durchsetzbar
politische Krise	Legitimationskrise  Kontrollkrise	sinkende Unterstützung für den weiteren Ausbau  steigende Sozialausgaben (?)

### 3 Typologisierung von Wohlfahrtsstaaten

Die bisherigen Klassifizierungen von Wohlfahrtsstaaten sind im Endeffekt meist eindimensional. Auch wenn mehrere Dimensionen von Sozialpolitik in die Klassifizierung eingehen, wie z.B. bei Esping-Andersen, erfolgt die abschließende Verortung der Wohlfahrtsstaaten auf einer eindimensionalen Skala.

### 3.1 Die „wieviel“ und „wie“ Dimensionen

Übliche Dimensionen sind die „wieviel“ und die „wie“ Dimensionen. Die „wieviel“ Dimension ordnet Wohlfahrtsstaaten danach, wieviel insgesamt für Sozialausgaben aufgewandt wurde. Die Idee ist, daß der Sozialstaat mehr leistet, je höher seine Sozialausgaben sind. Üblicherweise wird die absolute Höhe der Ausgaben als Teil des Bruttoinlandsproduktes angegeben. Problematisch bei dieser Art der Messung ist aber, daß nicht klar ist, wofür das Geld benutzt wird. Dadurch können sehr unterschiedliche Systeme nah beieinander verortet werden. So haben z.B. Österreich und Großbritannien etwa gleich hohe Sozialausgaben ('93: Aut: 25.78%; GB: 23.42%<sup>20</sup>). Dabei hat Großbritannien ein steuerfinanziertes universalistisches Sozialsystem mit niedrigen Leistungen und Österreich ein überwiegend versicherungsfinanziertes System, von dem hauptsächlich die Beamten profitieren<sup>21</sup>. Der Grund dafür ist, daß vernachlässigt wird, *wie* das Geld verteilt wird. Dies führt uns zur anderen, der „wie“ Dimension.

Hier liegt das Augenmerk ausschließlich darauf, wie die Bürger Zugang zu den Leistungen bekommen. Dies kann auf unterschiedliche Weise gemessen werden. Es kann z.B. betrachtet werden, wieviel der Sozialausgaben über Steuern und wieviel über Sozialversicherungen finanziert wird. Oder ob man Teil des Arbeitsmarktes sein muß, um Leistungen zu bekommen. Oder auch, ob es eine Bedürftigkeitsprüfung gibt, bevor man Leistungen erhält. Wird allerdings die „wieviel“ Dimension außen vor gelassen, können auch hier Wohlfahrtsstaaten, die ihren Bürgern ganz unterschiedliche Leistungen bringen, nahe beieinander verortet werden. So sind Dänemark und Großbritannien zwar beide steuerfinanziert, und es reicht meist aus, seinen Wohnsitz in Dänemark oder Großbritannien zu haben, um Leistungen zu erhalten, aber in Großbritannien sind die Leistungen ungleich niedriger. Dies hat zur Folge, daß jene Briten, die es sich leisten können, sich privat versichern und dadurch Großbritannien zu einem dualistischen System wird, in dem es eine steuerfinanzierte Grundversorgung und eine versicherungsfinanzierte Zusatzversorgung für höhere Einkommensschichten gibt.

### 3.2 Esping-Andersen und Dekommodifizierung

Esping-Andersen stellte 1990 einen weiteren Ansatz zur Typologisierung von Wohlfahrtsstaaten vor<sup>22</sup>. Er sieht Dekommodifizierung und Destratifizierung als wichtigste Aufgaben des Wohlfahrtsstaates und ordnet Staaten danach ein, inwieweit sie diese Ziele verwirklichen.

---

<sup>20</sup>OECD, 1996, S.19

<sup>21</sup>Esping-Andersen, 1990, S.19

<sup>22</sup>Esping-Andersen, 1990

Destratifizierung muß Ziel von Wohlfahrtsstaaten sein, da sie mit ihrer Sozialpolitik nicht nur in die Schichtung der Gesellschaft eingreifen, sondern selbst ein System der Schichtung darstellen<sup>23</sup>. Dekommodifizierung soll die Bürger eines Wohlfahrtsstaates davor bewahren, schutzlos den Kräften des Marktes ausgesetzt zu sein. Esping-Andersen definiert den Begriff wie folgt:

...that citizens can freely, and without potential loss of job, income, or general welfare, opt out of work when they themselves consider it necessary.<sup>24</sup>

Um den Grad der Dekommodifizierung und der Destratifizierung eines Landes zu messen, untersucht er, wie stark die drei wichtigsten Programme im Wohlfahrtsstaat, Renten-, Krankheits-, und Arbeitslosigkeitsabsicherung, dekommodifizieren bzw. destratifizieren.

Drei Sets von Dimensionen operationalisieren den Begriff „Dekommodifizierung“. Ein Set behandelt die Regeln des Zugangs zu Leistungen („wie“-Dimension), ein Set die Höhe des Einkommensersatzes („wieviel“-Dimension) und ein Set betrachtet die Reichweite von Bürgerrechten (gibt es z.B. ein Bürgergehalt)<sup>25</sup>.

Schließlich verortet Esping-Andersen die untersuchten Staaten nicht auf einer linearen Skala, sondern ordnet sie drei Clustern (liberal, korporatistisch und sozialdemokratisch) zu, da die Staaten nicht linear verteilt seien, sondern sich bei bestimmten Regimetypen sammeln würden<sup>26</sup>. Dem widersprechen aber die Dekommodifizierungspunkte, die Esping-Andersen für 18 Staaten errechnet. Dort sind zum Teil die Abstände innerhalb eines Clusters größer als zwischen den Clustern<sup>27</sup>. Betrachtet man allein die Dekommodifizierungspunkte, ergibt sich eine sehr lineare Verteilung, in der es schwer fällt, bestimmte Bündelungen auszumachen.

Esping-Andersen vereint in seinem Ansatz die „wie“ und „wieviel“ Dimensionen. Damit verhindert er, daß Staaten zusammen verortet werden, die nur in einem Aspekt übereinstimmen. Um bei den obigen Beispielen zu bleiben, würden Dänemark und Großbritannien nicht mehr in eine Gruppe fallen, obwohl sie beide universalistisch sind, und Österreich würde nicht nahe an Großbritannien verortet werden, trotz ähnlich hoher Sozialausgaben.

---

<sup>23</sup>ebd. S.23

<sup>24</sup>ebd.

<sup>25</sup>ebd. S.47ff

<sup>26</sup>ebd. S.26

<sup>27</sup>So gibt es z.B. innerhalb der Gruppe der „liberalen“ Wohlfahrtsstaaten einen Sprung zwischen Neuseeland und Kanada von 4.9 Punkten, während der Abstand zwischen der „liberalen“ und der „korporatistischen“ Gruppe nur 0.7 Punkte beträgt. (ebd. S.52)

Aber auch bei Esping-Andersen können unterschiedliche Systeme in eine Gruppe fallen, da es nun einen „Trade-off“ zwischen der „wie“ und der „wieviel“ Dimension gibt. Ist der Zugang zu Leistungen in einem Land schwer, kann dies durch hohe Sozialausgaben kompensiert werden. So liegen z.B. Österreich und Dänemark in einem Cluster, was die Dekommodifizierung betrifft, obwohl Dänemark eine breitere Versorgung hat als Österreich, dessen hohe Sozialausgaben auf Sonderleistungen für Beamte zurückzuführen sind. Es ist bei diesem Ansatz nicht direkt zu ersehen, warum ein Staat gerade in dem Cluster gelandet ist, in dem er sich befindet. Dies macht es besonders schwer, Veränderungen zu deuten, denn es ist nicht zu ersehen, ob es an niedrigeren Ausgaben oder erschwertem Zugang liegt, wenn ein Staat auf der Skala nach unten rutscht.

### 3.3 Bonolis Ansatz

Deswegen schlägt Giuliano Bonoli einen zweidimensionalen Ansatz vor<sup>28</sup>. Er betrachtet die „wie“ und „wieviel“ Dimensionen getrennt. Als Indikator für letztere benutzt er die Sozialausgaben als Teil des Bruttoinlandsproduktes. Um die „wie“ Dimension zu operationalisieren, betrachtet er den Anteil an versicherungsfinanzierten Ausgaben an den gesamten Sozialausgaben.

Bonoli nimmt an, daß mit der Art der Finanzierung bestimmte Subdimensionen zusammenhängen. Ist der Anteil an sozialversicherungsfinanzierten Ausgaben hoch, so kann angenommen werden, daß eher nur Personen, die im Arbeitsmarkt sind oder waren, von Leistungen profitieren. Weiterhin ist vermutlich der Zugang über die Dauer der Zugehörigkeit zu einer Sozialversicherung geregelt und die Leistungen sind bezogen auf das bisherige Einkommen.

Werden die Sozialausgaben dagegen hauptsächlich aus Steuern finanziert, wird wohl eher die ganze Bevölkerung Anspruch auf Leistungen haben und es reicht aus, Bürger des Staates zu sein, um Zugang dazu zu haben. Dafür werden die Leistungen aber vermutlich eher pauschal sein als einkommensbezogen.

Wegen dieser Subdimensionen sieht Bonoli am einen Ende der Skala das Bismarcksche Modell von Sozialpolitik (stark versicherungsfinanziert) und am anderen Ende das Beveridgesche Modell (schwach versicherungsfinanziert). Er schränkt allerdings ein, daß der Zusammenhang mit den Subdimensionen auf der Bismarckschen Seite stärker sei als auf der Beveridgeschen, da Steuern nicht so stark wie Beiträge in ihrer Verwendung gebunden sind<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup>Bonoli, 1997

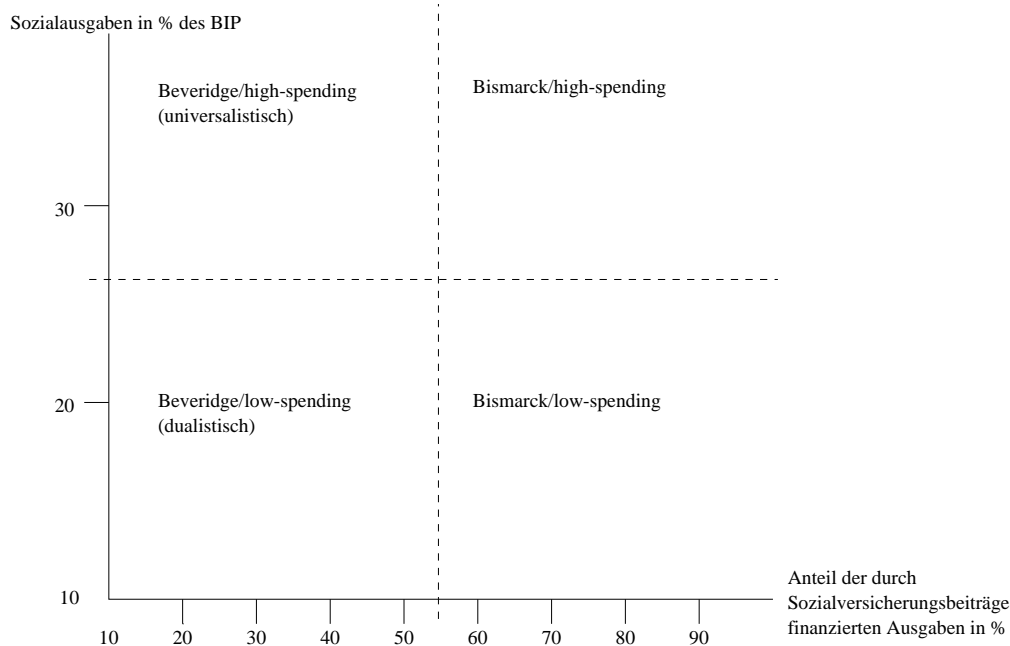
<sup>29</sup>edb. S.359f

**Tabelle 2: Sozialpolitik-Modelle nach Bismarck und Beveridge**

	Bismarcksches Modell	Beveridgesches Modell
Ziel	Einkommens- und Staterhaltung	Gesamtversorgung
Leistungen	Einkommens- bzw. Beitragsbezogen	Pauschal
Gesicherte Personen	Erwerbstätige	gesamte Bevölkerung
Finanzierung	Beiträge	Steuern

Trotzdem spricht für die Beveridge-Bismarck-Skala, daß noch weitere nicht quantitative Dimensionen mit ihnen verbunden sind<sup>30</sup>. So werden im Bismarckschen Modell typischerweise (das heißt nicht unbedingt) Frauen benachteiligt, da Lebensarbeitszeiten ohne Unterbrechungen angenommen werden. Auch Stratifizierung ist eine Subdimension der Beveridge-Bismarck-Skala. So ist das Bismarcksche Modell weniger vertikal umverteilend als das Beveridgesche, da es einkommensbezogene Leistungen statt pauschale Leistungen hervorbringt. Deswegen sind Staaten tendenziell um so mehr destratifizierend, je weiter sie auf der Beveridgeschen Seite der Skala stehen.

Durch den zweidimensionalen Ansatz erhält man ein Diagramm, das Bonoli idealerweise in vier Quadranten einteilt, die für vier Typen von Wohlfahrtsstaaten stehen (siehe Abbildung 1).

**Abbildung 1**<sup>31</sup><sup>30</sup>ebd. S.363<sup>31</sup>ebd. S.361

Im Gegensatz zu Esping-Andersen benutzt Bonoli nur *einen* Indikator für die „wie“ Dimension. Damit bleibt er zwar mehr an der Oberfläche - denn alles, was er nur als Subdimensionen der Beveridge-Bismarck-Skala annimmt, untersucht Esping-Andersen direkt - aber dafür werden Entwicklungen in unterschiedliche Richtungen identifizierbar, und es ist einfach abzulesen, wie die Staaten an ihre jeweilige Koordinate gekommen sind. Allerdings gibt es bei der Darstellung von Entwicklungen über die Zeit auch Probleme mit Bonolis Typologisierung. Tendiert ein Staat zu einer Privatisierung bisher beitragsfinanzierter Sozialprogramme, steigt der Anteil der steuerfinanzierten Sozialausgaben. Dies sähe in Bonolis Darstellung dann aus, als ob sich der Wohlfahrtsstaat in Richtung Beveridgesches Modell entwickeln würde, obwohl er mit einer Privatisierung gerade in die andere Richtung ginge. Denn private Vorsorge kann nur betreiben, wer Geld verdient, also erwerbstätig ist. Die Leistungen wären somit beitragsbezogen, und Zugang erhielte man nur durch den Nachweis früherer Beitragszahlungen. Ein zweites Problem ist, daß mit Bonoli nur die tatsächlichen Ausgaben gezeigt werden. Da aber Änderungen im Sozialsystem oft erst nach einigen Jahren deutliche Effekte auf die Gesamtausgaben haben, muß bedacht werden, daß die im Koordinatenkreuz dargestellte Position eines Wohlfahrtsstaates nicht unbedingt die momentanen Regelungen widerspiegelt.

Um diesen möglichen Fehlinterpretationen entgegenzuwirken, werden die tatsächlichen Veränderungen im Sozialsystem in den einzelnen Ländern im Länderteil eingehender beschrieben, um dann zusammen mit Bonolis Typologisierung beurteilen zu können, ob es zu einem Systemwechsel während der Krise gekommen ist.

## 4 Länderteil

### 4.1 Wahl der untersuchten Länder

Um nun untersuchen zu können, welche Veränderungen es während der Krise bei unterschiedlichen Typen von Wohlfahrtsstaaten gab, soll für jeden von Bonoli identifizierten Idealtyp ein Land ausgewählt werden, das dem jeweiligen Typ in bezug auf Finanzierungsart und Höhe der Sozialausgaben möglichst nahe kommt. Da alle real existierenden Sozialsysteme sowohl Aspekte des bismarckschen als auch des beveridgeschen Modells in sich vereinigen, muß abgewogen werden, welches Modell in den jeweiligen Staaten überwiegt.

Am unproblematischsten ist die Wahl Dänemarks, als Repräsentant des Typs „Beveridge high-spender“. Zum Beginn der achtziger Jahre geschah die Finanzierung der Sozialausgaben fast ausschließlich durch Steuern. 1982 wurden nur 13%



der Ausgaben durch Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gedeckt<sup>32</sup>. Gleichzeitig wurden 28.7% des BIP für Sozialprogramme aufgewand. Damit hatte Dänemark nach den Niederlanden zusammen mit Deutschland die zweithöchste Sozialquote aller 12 EG-Staaten<sup>33</sup>. Auch die Regelungen des dänischen Wohlfahrtsstaates entsprechen größtenteils dem Beveridge'schen Modell. Zu den meisten Leistungen hat man als Wohnbürger Zugang. Die Altersrente teilt sich in eine pauschale Grundrente für alle und eine einkommensbezogene Zusatzrente für Arbeitnehmer. Das Gesundheitswesen ist staatlich und für alle kostenlos. Die Arbeitslosenversicherung wird von den Gewerkschaften verwaltet und zahlt einkommensbezogene Leistungen, diese allerdings nur bis zu einer bestimmten Höhe. Die Sach- und Geldleistungen sind grundsätzlich so hoch, daß private Absicherung keine große Rolle spielt. Eine Ausnahme bildet die Altersvorsorge. Sowohl die Grundrente als auch die Zusatzrente sind recht niedrig. Infolgedessen ist die private Altersvorsorge, insbesondere die betriebliche, in Dänemark weit verbreitet<sup>34</sup>.

Deutschland kommt dem Idealtyp des bismarckschen Sozialstaats mit hohen Sozialausgaben ebenfalls recht nah. Ca.  $\frac{2}{3}$  der Ausgaben werden durch Beiträge finanziert und die Sozialquote lag, wie bereits gesagt, 1980 bei 28.7%. Der Großteil der Leistungen wird von der Sozialversicherung gezahlt, die sich in die gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung und Arbeitslosenversicherung aufteilt. Beiträge zu ihr werden von Arbeitnehmern und Arbeitgebern geleistet. Anspruchsberechtigt sind meist die Arbeitnehmer und abhängige Familienmitglieder, es müssen allerdings bestimmte Beitragszeiten zur Sozialversicherung nachgewiesen werden. Die Leistungen richten sich strikt nach dem bisherigen Einkommen, bzw. den gezahlten Beiträgen. Diejenigen Leistungen, auf die im Bedarfsfall die gesamte Bevölkerung Anspruch hat, werden aus Steuern finanziert. Beispiele sind das Kindergeld und die Sozialhilfe. Letztere ist Bedürftigkeitsgeprüft.

Italien, daß ebenfalls bis Ende der siebziger Jahre die Sozialleistungen hauptsächlich durch das Versicherungsprinzip erbracht (1983 waren es 66.52%) , ist im Vergleich mit Deutschland und Dänemark ein „low-spender“. 1980 wurden 19.4% des BIP für Sozialausgaben aufgewand. Für die meisten Sozialleistungen ist das Nationale Institut für soziale Wohlfahrt (INPS) zuständig. Es vereint in sich alle Sozialversicherungen außer der Unfallversicherung. INPS finanziert sich aus Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Jedoch ist der Arbeitgeberanteil weitaus höher. Leistungen aus den Versicherungen erhält nur, wer vorher eingezahlt hat. Die Höhe des Lohnersatzes der einzelnen Programme ist allerdings extrem unterschiedlich. Mindestrenten werden nach einer Bedürftig-

---

<sup>32</sup>Yearbook of Nordic Statistics 1984

<sup>33</sup>Statistisches Jahrbuch für das Ausland 1997, S.124

<sup>34</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.44

keitsprüfung auch an Personen, die keine Beiträge gezahlt haben, vergeben und sind durch die Beiträge der anderen finanziert. Das Krankengeld wird zwar durch Beiträge finanziert, aber alle Sachleistungen des Gesundheitswesens werden durch den steuerfinanzierten Gesundheitsdienst (SSN) erbracht. Dieser weicht vom bismarckschen Modell vollkommen ab. Die medizinische Behandlung ist kostenlos für alle Einwohner (!) Italiens. Zwei weitere Probleme müssen bei der Betrachtung Italiens bedacht werden. Der italienische Wohlfahrtsstaat barg Ende der Siebziger viele Widersprüche und eine hohe Ineffizienz. Deswegen sind die Veränderungen nicht allein Reaktion auf die oben beschriebene Krise, sondern auch auf diese spezifischen Probleme des italienischen Wohlfahrtsstaates. Wie Abschnitt 4.4 zeigt, überwiegen aber auch in Italien die Reaktionen auf die finanzielle Krise. Schließlich stellt sich bei Italien das Problem der mangelnden Information. Es gibt vergleichsweise wenig umfassende systematische Analysen des italienischen Wohlfahrtsstaates<sup>35</sup>, so daß hier hauptsächlich auf kürzere Darstellungen in Arbeiten zu vergleichender Wohlfahrtsstaatsforschung Bezug genommen wird.

Großbritannien soll als Repräsentant des beveridgeschen Wohlfahrtsstaates mit niedrigen Sozialausgaben untersucht werden. Allerdings gibt es nicht wenige Sozialleistungen, die durch Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert werden. 1982 betrug dieser Anteil 55.32%. Es muß allerdings berücksichtigt werden, daß dies die drittniedrigste Quote der EG Staaten ist und daher Großbritannien, zumindest vergleichsweise, viel steuerfinanzierte Sozialausgaben hat. Die Sozialquote lag 1980 mit 21.5% deutlich unter der Dänemarks und Deutschlands. Fast komplett steuerfinanziert ist der Gesundheitsdienst, der aber nur Sachleistungen bietet. Jeder Einwohner Großbritanniens wird kostenlos behandelt. Für Geldleistungen bei Krankheit, Alter, Mutterschaft, Invalidität, Arbeitsunfällen und Arbeitslosigkeit ist die Nationale Versicherung zuständig, die sich aus Beiträgen finanziert und Ende der siebziger Jahre noch Zuschüsse aus Steuergeldern bekam. Die Leistungen entsprechen allerdings dem beveridgeschen Modell. Das Arbeitslosengeld, die Grundrente und das Krankengeld haben pauschale nicht-einkommensbezogene Höhen. Der Anspruch begründet sich allerdings aus vorherigen Beitragszahlungen. Zusätzlich zur Grundrente gibt es eine verdienstbezogene Zusatzrente, die 1978 eingeführt wurde. Aufgrund der geringen Höhe der Grundrente spielt vor allem die betriebliche Altersvorsorge eine große Rolle. Die soziale Mindestsicherung ist steuerfinanziert und bedürftigkeitsgeprüft. Trotz der Einschränkungen ist Großbritannien ein sinnvolles Beispiel für ein beveridgesches System, da die Beiträge auch nicht für die einzelnen Versicherungszweige abgeführt werden, sondern nur ein Beitrag an die Nationale Versicherung gezahlt wird. Es entstehen also nicht solche direkten Ansprüche, wie beim deutschen oder italienischen Sozialversicherungssystem.

---

<sup>35</sup>Vergleiche dazu Körner, 1993, S.24

In den folgenden vier Abschnitten werden die Reaktionen der ausgewählten Wohlfahrtsstaaten auf die Krise beschrieben. Um die Veränderungen in bezug auf die bisherige Entwicklung einzuordnen, sollen in jedem Abschnitt zunächst die Ursprünge und der Ausbau des Sozialsystems bis in die siebziger Jahre zusammengefaßt werden. Der Beginn der detaillierten Darstellung ist unterschiedlich und hängt vom Beginn umfassender Reformen ab. Diese begannen z.B. in Deutschland schon ab 1975, in den drei anderen Ländern erst nach 1979. Auch die Unterteilung in verschiedene Zeitabschnitte hängt von der Entwicklung des jeweiligen Landes ab. Phasen, die in eine bestimmte Richtung von Veränderungen deuten, werden zu einem Abschnitt zusammengefaßt. Dies soll die Entwicklung grob strukturieren. Ein Wechsel in dem Tempo oder der Art der Veränderungen im Sozialsystem wird meist durch einen Wechsel der Regierung verursacht, aber auch durch andere einschneidende Ereignisse innerhalb des Landes, wie z.B. die deutsche Wiedervereinigung oder die italienische Finanzkrise Anfang der Neunziger.

## 4.2 Dänemark

### 4.2.1 Ursprünge und Entwicklung des dänischen Wohlfahrtsstaates bis 1979

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, wurde 1891, als erstes dänisches Sozialgesetz, die erste Alterspension eingeführt. Diese war bereits universalistisch und steuerfinanziert, was hauptsächlich Ergebnis der Verhandlungen zwischen bäuerlichen Eliten und der konservativen Regierung war. Sie war universalistisch, da es keinen Sinn machte zwischen Selbständigen und Angestellten in der Landwirtschaft zu unterscheiden, weil Kleinbauern zum Teil auf dem eigenen Hof und zum Teil auf großen Höfen arbeiteten. Da die Bauern aber die Kosten einer solchen Pension nicht allein tragen wollten, wie bei der bisher lokal organisierten Armenhilfe, sollte die Finanzierung über Verbrauchssteuern erfolgen<sup>36</sup>. Trotzdem war der Zugang zu dieser Pension noch durch eine Bedürftigkeitsprüfung beschränkt.

Als Anfang dieses Jahrhunderts die Sozialdemokraten wachsende Bedeutung erlangten, erkannten sie, daß sie in einer ruralen Gesellschaft keine Reformen nur für urbane Arbeiter durchsetzen konnten. Statt dessen war ihr Ziel ein Beamtenstatus für alle<sup>37</sup>.

Nach dem 2. Weltkrieg stellte das starke Wirtschaftswachstum die Ressourcen für eine Ausweitung des Wohlfahrtsstaates bereit, und die keynesianische Wirtschaftstheorie begründete die steigenden öffentlichen Ausgaben. Daraufhin wurden die bestehenden Programme in Richtung von universalistischen, steuerfinan-

---

<sup>36</sup>Baldwin, 1990, S.66-70

<sup>37</sup>ebd. S.70

zierten, pauschalen Leistungen hin reformiert. 1956 wurde eine aus Steuern finanzierte, universalistische Alterspension eingeführt. Um allerdings alle Leistungen aus ihr zu beziehen, mußte Bedürftigkeit nachgewiesen werden. 1959 folgte eine universalistische Unfallabsicherung, die zunächst pauschale und ab 1964 einkommensbezogene Leistungen zahlte. Eine Absicherung gegen Einkommensverlust bei Krankheit, die steuerfinanziert, universalistisch und einkommensbezogen war, führten 1960 Sozialdemokraten und Radikale Venstre ein. Da die Alterspension von 1956 nur eine Grundrente darstellt, versuchte man 1964 eine beitragsfinanzierte Zusatzrente nach schwedischem Vorbild zu verabschieden. Diesmal schaffte man es jedoch nicht, die unterschiedlichen Interessen zu vereinbaren, so daß nur eine minimale beitragsfinanzierte Zusatzrente dabei herausprang<sup>38</sup>. Deswegen spielt auch heute noch die private Altersvorsorge in Dänemark eine größere Rolle als in anderen skandinavischen Ländern<sup>39</sup>. Gleichzeitig schaffte man aber die Bedürftigkeitsprüfung bei der Grundrente ab, so daß nun alle die gleiche Zahlung erhielten.

1967 wurde die Absicherung gegen Arbeitslosigkeit reformiert. In Dänemark werden Arbeitslosenfonds von den einzelnen Gewerkschaften verwaltet und finanzieren sich zum Teil aus Mitgliedsbeiträgen und zum Teil aus staatlichen Subventionen. Die Beiträge, die bis dahin nach der Arbeitslosenquote des jeweiligen Fonds gestaffelt waren, wurden nach der Reform pauschal. Ausgaben, die die Einnahmen durch Beiträge überschritten, wurden automatisch vom Staat ersetzt. Der Einkommensersatz wurde auf 80% des bisherigen Einkommens angehoben, bekam durch die Reform allerdings gleichzeitig einen Höchstsatz über den die Zahlungen nicht hinaus gehen durften.<sup>40</sup>

Bis 1975 wurde der Einkommensersatz auf 90% und die längste Zahlungsdauer auf  $2\frac{1}{2}$  Jahre erhöht; und es wurden Ergänzungszahlungen, für Mitglieder einer Arbeitslosenversicherung, die weniger als die normale Wochenarbeitszeit arbeiteten (also „teilweise arbeitslos“ waren), eingeführt.

Bis 1979 wurde außerdem die Zeit verkürzt, die man in eine Arbeitslosenversicherung eingezahlt haben mußte, um Zahlungen zu erhalten (von 12 Monaten auf 6 Monate), und Selbständige konnten seit 1976 einen eigenen Arbeitslosenfonds gründen<sup>41</sup>.

Da trotz der großen Reichweite der Arbeitslosenversicherung nicht alle Personen im Arbeitsmarkt berechtigt waren, im Falle von Arbeitslosigkeit Leistungen zu erhalten, wurde 1974 das Sozialhilfegesetz verabschiedet. Die Sozialhilfe bestand

---

<sup>38</sup>ebd. S.223ff

<sup>39</sup>Esping-Andersen; Korpi, 1987, S.48-51. 1991 existierten ca. 5000 private Rentensysteme (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.44).

<sup>40</sup>Larsen, 1991, S.46-48

<sup>41</sup>Johansen, 1986, S.302

aus zwei Zahlungen: Eine Zahlung für Essen, Kleidung etc., deren Höhe je nach Bedürftigkeit ausfiel, und eine Zahlung für feste Ausgaben, wie Miete, Strom, Gas etc., die die tatsächlichen Ausgaben ersetzte. Allerdings sollte die Summe der Zahlungen nur in Ausnahmefällen höher als die maximale Arbeitslosenunterstützung sein. Die Zahlungen wurden individuell von den lokalen Behörden festgesetzt.

1978 wurden zwei weitere Programme eingeführt, die verhindern sollten, daß Langzeitarbeitslose aus der Unterstützung herausfallen. Zum einen die *Arbejdstilbudsordning* (Arbeitsangebotsverordnung) und zum anderen die *Efterlønsordning* (Frührentenverordnung). Das Arbeitsangebots-Programm sollte Arbeitslosen unter 60 Jahren nach  $2\frac{1}{2}$  Jahren Arbeitslosengeld eine staatlich subventionierte Stelle anbieten, auf der sie für mindestens 9 Monate arbeiten sollten. Dann waren sie berechtigt weitere  $2\frac{1}{2}$  Jahre Unterstützung zu bekommen. Arbeitslose, aber auch Arbeitnehmer über 60 Jahre, erhielten die Möglichkeit, eine Frührente in Höhe des Arbeitslosengeldes bis zum 67. Lebensjahr zu beziehen. Als Instrument zur Schaffung von Arbeitsplätzen war die Frührente allerdings nur bedingt erfolgreich. Im Durchschnitt wurde nur etwa eine von zwei freiwerdenden Stellen neu besetzt<sup>42</sup>.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung wurde mit Auflösung der Krankenkassen 1973 das Gesundheitswesen komplett verstaatlicht<sup>43</sup>. Damit bekam jeder Einwohner Dänemarks das Recht auf größtenteils kostenlose medizinische Versorgung.

Obwohl die Mehrheit der Reformen nach dem Krieg unter Regierungen mit sozialdemokratischer Beteiligung und meist auch sozialdemokratischen Ministerpräsidenten entstand, sind die Reformen nicht allein auf die Sozialdemokratie zurückzuführen. Zum einen gab es nach dem Krieg meist Minderheitsregierungen, zum anderen war man auch bei Mehrheitsregierungen auf Konsens bedacht. So wurde der Haushalt von 1945 bis 1983 stets von den „vier großen“ Parteien (Sozialdemokraten, Konservative Volkspartei, Radikale Venstre und Liberale Venstre), die bei Parlamentswahlen bis heute ca. 75% der Stimmen auf sich vereinigen können, gemeinsam verabschiedet.

#### 4.2.2 1979-1982

Diese Periode ist gekennzeichnet durch erste Reaktionen auf die beginnende Krise. Die Arbeitslosenquote sprang von 6.3% im Jahre 1979 auf 10% 1982<sup>44</sup>, nachdem sie 1970 noch bei 0.7% gelegen hatte<sup>45</sup>. Deswegen und wegen der Einführung

---

<sup>42</sup>Larsen, 1991, S.28

<sup>43</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.44

<sup>44</sup>Yearbook of Nordic Statistics, 1984, S.84

<sup>45</sup>Neumann; Schaper, 1998, S.281

der Frühverrentung wuchs die Zahl der Langzeitunterstützten<sup>46</sup> von 14.2% der Bevölkerung 1977 auf 21.1% 1982<sup>47</sup>. Obwohl keine weiteren Reformen die Ausgaben erhöht hätten, stiegen die Sozialausgaben gemessen am BIP weiter: 1979 26.4%, 1982 30.6%<sup>48</sup>.

Die sozialdemokratische Minderheitsregierung unter Anker Jørgensen wurde von den konservativen Parteien besonders bei der Arbeitslosenunterstützung unter Druck gesetzt. Sie kritisierten vor allem die hohen Ausgaben für das Arbeitslosengeld<sup>49</sup>. Daraufhin einigten sich die Sozialdemokraten auf Kürzungen im Sicherungssystem für Arbeitslose.

Es wurden die Ergänzungszahlungen für „teilweise Arbeitslose“ eingeschränkt, so daß man nur noch Anspruch auf Zahlungen hatte, wenn man mindestens 8 Stunden pro Woche arbeitslos war. Die Möglichkeiten eine angebotene Arbeit abzulehnen wurden vermindert. Die Anpassung des Arbeitslosengeldes an die Höhe der Lohnsteigerung wurde 1980 aufgegeben und statt dessen an den Preisindex gekoppelt<sup>50</sup>. Da dieser für gewöhnlich langsamer steigt, weil in die Lohnerhöhungen normalerweise außer einer Steigerung in Höhe der Inflationsrate auch eine Erhöhung für gestiegene Produktivität einfließen, führte diese Änderung zu einer realen Verminderung der individuellen Zahlungen. Die Zeit, die man einem Arbeitslosenfond angehören mußte, um Arbeitslosengeld zu beziehen, wurde von 6 wieder auf 12 Monate erhöht. Schließlich wurde der Beitragssatz für die Arbeitslosenversicherung von jährlich 3% auf 3.75% des maximalen monatlichen Arbeitslosengeldes erhöht<sup>51</sup>.

Sämtliche Maßnahmen erschwerten den Zugang zu Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung und sollten damit die Zuzahlungen des Staates an die Arbeitslosenfonds der Gewerkschaften verringern. Diejenigen, die aus dem Arbeitslosenversicherungssystem herausfielen, gingen allerdings in die Sozialhilfestatistik ein. So stieg die Zahl der auf Sozialhilfe angewiesenen Arbeitslosen von 2% Anfang 1981 auf 5% Ende 1981<sup>52</sup>.

Um die Ausgaben für Renten und Sozialhilfe zu senken, wurden 1980/81 Zuschüsse für Zuzahlungen bei Medikamenten gesenkt. Außerdem wurden die Leistungen indirekt gesenkt, dadurch, daß die Mehrwertsteuer 1980 um 1.75 Prozentpunkte erhöht wurde. Den lokalen Behörden wurden zwar 200 Millionen Kronen bereitgestellt, um mehr Spielraum bei bedürftigkeitsgeprüften Zusatzleistun-

---

<sup>46</sup>Personen, die innerhalb eines Jahres mindestens 6 Monate Unterstützung erhalten haben.

<sup>47</sup>Larsen, 1991, S.7

<sup>48</sup>Yearbook of Nordic Statistics, 1984, S.292

<sup>49</sup>Larsen, 1991, S.47

<sup>50</sup>Johansen, 1986, S.362

<sup>51</sup>Larsen, 1991, S.47f

<sup>52</sup>ebd. S.20

gen, wie dem Heizzuschuß, zu haben<sup>53</sup>. Allerdings brachte dieses zusätzliche Geld nur eine durchschnittliche Erhöhung um 1.2 Prozentpunkte und blieb damit unter der Mehrwertsteuererhöhung.

Daß die Sozialausgaben auch in dieser Phase noch stiegen, lag, wie gesagt, an der wachsenden Zahl unterstützter Personen. Obwohl also die tatsächlichen Ausgaben stiegen, begann hier der quantitative Umbau des dänischen Wohlfahrtsstaates. Zum ersten Mal seit 30 Jahren gab es mehr Senkungen individueller Leistungen als Erhöhungen. In bezug auf das System änderte sich nicht viel. Auch wenn die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung erhöht wurden, blieb das System hauptsächlich steuerfinanziert.

Obwohl es der Regierung Jørgensen gelang, aus den Wahlen 1981 wieder als stärkste Partei hervorzugehen, hielt ihre erneute Minderheitsregierung nur bis zum September 1982. Dann trat sie ab und die Opposition wählte Poul Schlüter zum ersten konservativen Ministerpräsidenten Dänemarks.

### 4.2.3 1982-1993

Die neue Regierung bestand aus einer Koalition von vier Parteien: den Konservativen, den Liberalen Venstre, den Zentrumsdemokraten und der Christlichen Volkspartei. Zusammen erreichten sie allerdings nur 65 von 179 Sitzen und mit den beiden anderen nicht sozialistischen Parteien (Radikale Venstre<sup>54</sup> und Fortschrittspartei) auch nur knapp eine Mehrheit von 90 Sitzen. Trotzdem gelang es ihnen innerhalb des ersten Jahres viele Änderungen im Sozialsystem durchzusetzen.

Wichtigstes Ziel der neuen Regierung war die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation<sup>55</sup>. Das Haushaltsdefizit sollte bekämpft werden, indem feste Budgets eingeführt wurden, um die Ausgaben zu kontrollieren<sup>56</sup>. Weiteres Ziel war es kein weiteres Wachstum in den Sozialausgaben zu haben<sup>57</sup>.

Noch 1982 wurde beschlossen, die Anpassung des Arbeitslosengeldes (und aller anderen Geldleistungen außer den Renten) an die Preisentwicklung bis April 1985 aufzuheben. Später wurde diese Sperre bis 1986 erweitert. Dadurch sank der

---

<sup>53</sup>Johansen, 1986, S.363

<sup>54</sup>Die Radikalen und Liberalen Venstre gingen beide aus der Liberalen Partei hervor, die sich Ende des letzten Jahrhunderts in einen gemäßigten und einen radikalen Teil spaltete. Auch wenn der Name Venstre (Linke) anderes vermuten läßt, sind beide dem konservativen Spektrum zuzurechnen, wobei die Radikalen Venstre den Sozialdemokraten näher stehen und auch mehrmals mit ihnen koalitierten. (Brettschneider, 1994, S.594)

<sup>55</sup>Plovsing, 1994, S.28

<sup>56</sup>Goul Andersen, 1997, S.8

<sup>57</sup>ebd. S.11

durchschnittliche tatsächliche Einkommensersatz von 75% im Jahre 1982 auf 63% 1987<sup>58</sup>. Da auch die Frührenten eingefroren wurden, sank das Nettoeinkommen der Frührentner zwischen 1979 und 1989 um 18%<sup>59</sup>. Die Ergänzungszahlungen für Teilzeitarbeitslosigkeit wurden nur noch an Erwerbstätige, die weniger als 30 Stunden (vorher 32 Stunden) arbeiteten, ausgezahlt. Außerdem wurden die Zahlungen auf 80% des maximalen Arbeitslosengeldes gekürzt<sup>60</sup>. Gleichzeitig wurden die Beiträge für die Arbeitslosenversicherung erhöht. Statt bisher jährlich 3.75% des maximalen monatlichen Arbeitslosengeldes mußten die Versicherten nun 6% einzahlen (1984 gab es eine weitere Erhöhung auf 7%). Der Arbeitgeberbeitrag stieg von 3.75% auf 11.25%.

Um die Zahl der Arbeitslosen zu senken, wurden die Subventionen an Unternehmen, die einen Arbeitslosen einstellen, auf 70% der maximalen Arbeitslosenunterstützung erhöht. Um besonders der Jugendarbeitslosigkeit entgegenzuwirken, lag die Subvention für Arbeitslose unter 25 Jahren bei 80%<sup>61</sup>.

Bei der Sozialhilfe wurde die Zahlung für Essen, Kleidung usw. nun nach 9 Monaten zu einem festen Betrag, der sich nicht mehr direkt an den Bedürfnissen der Empfänger orientierte. Dieser Festbetrag lag im Durchschnitt etwa 30% unter den bisherigen Zahlungen<sup>62</sup> und sollte die Ausgaben zur Sozialhilfe insgesamt berechenbarer machen. Außerdem durfte die Sozialhilfe nun nicht mehr höher als das maximale Arbeitslosengeld ausfallen.

In der Krankenversicherung wurde der „Karenztag“ eingeführt, so daß der erste Krankheitstag die Dänen 50 Kronen kostete<sup>63</sup>.

Die Kürzungen hatten Erfolg, die Sozialausgaben sanken in Relation zum BIP von 30.7% 1982 auf 30.3% 1983 und 28.8% 1984. Der wirtschaftspolitische Kurs der neuen Regierung fand auch in der Bevölkerung Beifall. In den ersten Monaten stieg die Unterstützung für die konservative Regierung stark an<sup>64</sup>, und als der Haushaltsentwurf 1984 vom Parlament abgelehnt wurde, berief die Regierung Neuwahlen ein, aus denen besonders die Konservative Partei gestärkt hervorging; sie gewannen 16 Sitze<sup>65</sup>. Dies sollte jedoch nicht mit einer schwindenden Unterstützung für den Wohlfahrtsstaat gleichgesetzt werden. Die Dänen waren auch in den Achtzigern dem Wohlfahrtsstaat gegenüber positiv eingestellt, zumindest sollte der erreichte Level erhalten bleiben<sup>66</sup>.

---

<sup>58</sup>Larsen, 1991, S.19

<sup>59</sup>ebd. S.28

<sup>60</sup>ebd. S.48

<sup>61</sup>Johansen, 1986, S.363

<sup>62</sup>Larsen, 1991, S.49

<sup>63</sup>Der Spiegel, 1984, S.172

<sup>64</sup>Goul Andersen, 1997, S.8

<sup>65</sup>Brettschneider, 1994, S.593

<sup>66</sup>1985 wurde eine Umfrage durchgeführt, in der die Befragten einer von zwei Aussagen zu-



In den Jahren 1985, '86 und '87 gelang es erstmals nach 27 Jahren, wieder einen Haushaltsüberschuss zu erwirtschaften und die Staatsschulden abzubauen<sup>67</sup>. Trotz des Wirtschaftswachstums speziell in den Jahren 1984 und 1985 sank die Arbeitslosenquote nicht signifikant. 1983 lag die Quote bei 10.5%, 1984 bei 10.3% und 1985 bei 9%<sup>68</sup>.

Besonders die Zahl der Langzeitarbeitslosen stieg an<sup>69</sup>. Dies führte zu steigenden Kosten im Arbeitsangebots-Programm von 1978. Wurden 1981 noch 696 Millionen Kronen für dieses Programm ausgegeben, waren es 1983 bereits 2582 Millionen Kronen. Gleichzeitig wurde es immer schwieriger, Stellen in der privaten Wirtschaft zu finden, die man den Arbeitslosen anbieten konnte, und man mußte die Subventionen erhöhen. Die Regierung ließ daraufhin das Programm evaluieren. Ergebnis war, daß sich die Zahl der Stellenangebote von 1980 bis 1984 vervierfacht hatten, aber  $\frac{2}{3}$  der Arbeitslosen auch nach den 9 Monaten die Stelle behielten oder eine andere Stelle bekamen<sup>70</sup>.

Trotzdem gab es 1984 Änderungen bei diesem Programm. Außer für Arbeitslose unter 25 oder über 55, gab es nur noch ein Arbeitsangebot. Statt eines zweiten Arbeitsangebotes gab es nun ein Bildungsangebot. Gleichzeitig wurde das Arbeitslosengeld nach  $2\frac{1}{2}$  Jahren gekürzt; für die zwei folgenden Jahre auf 70% des normalen Arbeitslosengeldes und danach auf 55%<sup>71</sup>.

1988 wurde das Programm aufgrund einer Vereinbarung zwischen Konservativen und Sozialdemokraten wieder geändert. Das erste Angebot konnte man nun schon nach einem Jahr Arbeitslosigkeit bekommen und es war wieder für alle möglich ein zweites Angebot zu bekommen. Dafür wurden die Regeln für die Zumutbarkeit einer Stelle gelockert. Arbeitslose mußten nun auch Stellen, die weiter entfernt waren, annehmen<sup>72</sup>.

1987 wurde das Sozialhilfesystem komplett geändert. Da die Zahl der Sozialhilfeabhängigen weiter zunahm, sollte die Sozialhilfe vereinfacht und standardisiert werden und nicht wie bisher, individuell berechnet werden. Es gab nun nur noch Festbeträge für Lebenshaltung, Miete und (neu eingeführt) Kinder. Damit wurden Familien besser gestellt und konnten wieder mehr als das maximale Arbeitslosengeld erhalten. Die Zahlung für Lebenshaltung wurde nach 9 Monaten um 12%

---

stimmen sollten: *A*: Wir sind in diesem Land zu weit gegangen mit sozialen Reformen. Die Menschen sollten es wieder mehr schaffen, ohne öffentliche Zuschüsse auszukommen. *B*: Die bisherigen sozialen Reformen sollten beibehalten werden, zumindest auf dem momentanen Level. Ergebnis der Umfrage war, daß die Differenz aus *B* und *A* 39 betrug. Im Vergleich: 1976 war  $B - A = 24$  (Goul Andersen, 1993, S.29)

<sup>67</sup>Goul Andersen, 1997, S.13

<sup>68</sup>Yearbook of Nordic Statistics 1989/'90, S.86

<sup>69</sup>Larsen, 1991, S.17

<sup>70</sup>ebd. S.23

<sup>71</sup>ebd.

<sup>72</sup>ebd. S.24

gekürzt. 1988 wurde aber der Zuschuß für Kinder wieder gekürzt (20% weniger für das erste Kind), 1989 sollte die Sozialhilfe nicht an den Preisindex angepaßt werden, und nach 1989 war die Nutzung von Kinderbetreuungseinrichtungen für Sozialhilfeempfänger nicht mehr gratis<sup>73</sup>.

Bei dem Rentensystem gab es nur wenige Änderungen. 1987 wurde die „Teilzeit-Rente“ eingeführt. Seitdem können Erwerbstätige über 60 ihre wöchentliche Arbeitszeit langsam verringern und bekommen dafür Zahlungen von ihrem Arbeitslosenfonds<sup>74</sup>. 1992 wurde eine Übergangszahlung für Langzeitarbeitslose zwischen 55 und 59 eingeführt, die faktisch eine Senkung des Frührentenalters bedeutete<sup>75</sup>. Gleichzeitig wurde der Zugang zu den verschiedenen Renten erschwert. Bei der Lohnabhängigen Zusatzrente (ATP) wurde die Zahl der Beitragsjahre erhöht, die benötigt wurden, um die volle Rente zu beziehen. Außerdem wurde das Mindestalter für den Bezug der Frührente heraufgesetzt<sup>76</sup>. 1987 wurden die Hinterbliebenenleistungen komplett abgeschafft<sup>77</sup>.

Seit 1988 werden die Arbeitgeberbeiträge zur Arbeitslosenversicherung in Form einer „Arbeitsmarktabgabe“, deren Höhe sich an der Wertschöpfung des Unternehmens orientiert, geleistet<sup>78</sup>. Diese neue Art der Abgabe hatte das Ziel, finanziell schwache Unternehmen zu entlasten und führte zu einem insgesamt niedrigeren Beitragsaufkommen durch die Arbeitgeber<sup>79</sup>.

Um die Ausgaben für die Pflege alter Menschen zu senken, versucht Dänemark, einen möglichst langen Verbleib der Alten im eigenen Heim zu fördern. So wird seit 1990 für diejenigen, die einen Sterbenden zuhause pflegen, ein bezahlter Pflegeurlaub gewährt, wenn der Arbeitgeber zustimmt<sup>80</sup>.

Anfang der Neunziger stieg die Arbeitslosenquote jedoch wieder stark an und erreichte mit 12,4% 1993 den höchsten Stand seit 1952<sup>81</sup>. Auch schaffte es die Regierung nicht, die Zahl der vom Staat Abhängigen zu verringern. Seit 1970 stieg die Zahl der Empfänger von Geldleistungen stetig an<sup>82</sup>. Deswegen wurde 1991 die „Sozialkommission“ eingesetzt, die alle öffentlichen Transferleistungen analysieren und bewerten sollte. Sie bestand aus Vertretern aus Politik, Wirtschaft und beteiligten Interessengruppen. Ihren Bericht legte sie allerdings erst 1993 vor, als die konservative Regierung schon nicht mehr im Amt war.

---

<sup>73</sup>ebd. S.49

<sup>74</sup>ebd. S.50

<sup>75</sup>Plovsing, 1994, S.33

<sup>76</sup>Kommission der EG, 1994, S.35

<sup>77</sup>ebd. S.37

<sup>78</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.45

<sup>79</sup>Statistisches Jahrbuch für das Ausland 1993, S.132

<sup>80</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.49

<sup>81</sup>Plovsing, 1994, S.28

<sup>82</sup>Köhler, 1997, S.26

Ein Kompromiß zwischen Regierung und Sozialdemokraten erweiterte 1992 die Programme zur Ausbildung von Arbeitslosen und kombinierte das Arbeitsangebotsprogramm mit „Urlaubsangeboten“ für Erwerbstätige. Dabei wurden Erwerbstätige zeitweise von einem Arbeitslosen auf ihrer Stelle vertreten und erhielten dafür einen Lohnersatz vom Staat<sup>83</sup>.

Anfang 1993 trat Schlüter wegen einer Affäre um einen seiner Minister zurück, was dazu führte, daß die gesamte Regierung zurücktrat und eine neue Regierung mit dem sozialdemokratischen Ministerpräsidenten Poul Nyrup Rasmussen gebildet wurde.

Betrachtet man die Entwicklung der Sozialausgaben während der Regierung Schlüter, können die Jahre bis 1986 als Entwicklung weg vom high-spending Wohlfahrtsstaat angesehen werden. Die Jahre danach stiegen die Ausgaben allerdings wieder bis über das Niveau von 1983. Die angestrebte quantitative Änderung im Sozialsystem wurde nicht erreicht. Auch in der Finanzierung der Ausgaben gab es keinen entscheidenden Wechsel. Die Finanzierung durch Beiträge stieg bis 1987 ganz leicht und sank danach stetig ab. Dies liegt allerdings hauptsächlich an der Entwicklung der Sozialausgaben. Da die Beiträge der Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber nur leicht stiegen, gleichzeitig aber die Gesamtausgaben erst sanken und dann wieder stiegen, stieg erst der Anteil der beitragsfinanzierten Ausgaben leicht an und fiel dann wieder. Außer den Erhöhungen zur Arbeitslosenversicherung gab es keine Beitragserhöhungen und die „Arbeitsmarktabgabe“ der Arbeitgeber war eher eine Beitragssenkung. Trotzdem ist eine leichte qualitative Änderung des Sozialsystems zu konstatieren. Die Arbeitslosenversicherung wurde exklusiver und besonders bei steuerfinanzierten Programmen, wie der Sozialhilfe, wurde gekürzt.

#### 4.2.4 1993-1994

Die neue Koalition bestand aus den Sozialdemokraten, den Radikale Venstre, den Zentrumsdemokraten und der Christlichen Volkspartei. Die Regierung weichte den ganz harten Sparkurs der Konservativen etwas auf, in der Hoffnung durch staatliche Investitionen Arbeitsplätze zu schaffen. Bevor es eine umfassende Reform im Sozialsystem gab, wollte man den Bericht der Sozialkommission abwarten.

Der Bericht empfahl eine Vereinfachung und Vereinheitlichung von Transferzahlungen und eine Reform der Arbeitsmarktpolitik, in Richtung einer stärker *aktiven* Arbeitsmarktpolitik, die den schwächsten Gruppen des Marktes die höchste Priorität gibt<sup>84</sup>.

---

<sup>83</sup>Plovsing, 1994, S.32

<sup>84</sup>Köhler, 1997, S.26

Am 1.1.1994 trat eine umfangreiche Steuerreform in Kraft und neue Arbeitsmarktprogramme wurden eingeführt. Gleichzeitig gab es Änderungen in den bestehenden Programmen.

Im einzelnen sahen die Reformen wie folgt aus. Arbeitslose Jugendliche bekommen nur noch Sozialhilfe, wenn sie an Bildungsmaßnahmen teilnehmen. Unter anderem dafür sollte das Bildungssystem um 20000 Plätze ausgebaut werden. Eine Höchstgrenze für den Erhalt von Arbeitslosengeld wurde auf 7 Jahre festgesetzt. Wenn alle Bildungsangebote wahrgenommen werden, kann die Höchstdauer auf 9 Jahre ausgedehnt werden. Allerdings können Arbeitslose über 50, die Arbeitslosengeld bekommen, nicht mehr aus dem System fallen. Die 1992 eingeführte Übergangszahlung für Langzeitarbeitslose, konnte nun schon mit 50 statt mit 55 Jahren beantragt werden<sup>85</sup>.

Drei Arten von „Urlaub“ für Erwerbstätige wurden zunächst für eine Testphase von 1994-1996 eingeführt<sup>86</sup> (das Urlaubsprogramm von 1992 kann als Vorreiter für dieses Gesetz gesehen werden). Danach können Erwerbstätige einen „Urlaub“ von bis zu einem Jahr beantragen, zum Zwecke der beruflichen Weiterbildung, der Kinderbetreuung oder aus persönlichen Gründen (Sabbat-Jahr). Wenn der Arbeitgeber zustimmt, erhält der Beurlaubte eine dem Krankengeld ähnliche Zahlung vom Staat und wird auf seinem Arbeitsplatz von einem Arbeitslosen vertreten<sup>87</sup>. Das Sabbat-Jahr wurde allerdings nach der Testphase wieder abgeschafft.

Die Altersrente, die bis dahin universell an alle Dänen über 67 ausgezahlt wurde, ist seit 1994 einkommensgeprüft. Übersteigt das übrige Einkommen einen bestimmten Betrag, wird die Rente gekürzt oder gar nicht ausgezahlt<sup>88</sup>.

Alle Renten und die Sozialhilfe wurden zu vollständig zu versteuernden Einkommen<sup>89</sup>. Gleichzeitig wurden beide erhöht, so daß es im Schnitt für die Bezieher netto eine leichte Erhöhung der Transferzahlungen gab<sup>90</sup>.

Zur Finanzierung der Maßnahmen wurde in der Steuerreform 1994 der Arbeitsmarktbeitrag eingeführt. Er betrug 5% des Einkommens und wurde 1996 auf 6%, 1997 auf 7% und 1998 auf endgültige 8% erhöht. Seit 1997 gibt es auch einen Arbeitgeberbeitrag von 0.3%, der 1998 auf 0.6% anstieg. Der Beitrag wird in drei Fonds aufgeteilt. Der *dagpengefond* soll die staatlichen Ausgaben für Arbeitslosengeld, Frührente und Übergangszahlungen entlasten, der *aktivitetsfond* die

---

<sup>85</sup>Plovsing, 1994, S.35

<sup>86</sup>ebd. S.34

<sup>87</sup>Köhler, 1997, S.26

<sup>88</sup>Plovsing, 1994, S.36

<sup>89</sup>Danmarks Statistik, 1996, S.73

<sup>90</sup>Plovsing, 1994, S.34

Ausgaben für die aktive Arbeitsmarktpolitik einschließlich „Urlaub“ zur Weiterbildung und der *sygedagpengefond* die Ausgaben für Krankengeld einschließlich der beiden anderen „Urlaube“. Auf lange Sicht sollen die Fonds sämtliche genannten Ausgaben decken<sup>91</sup>.

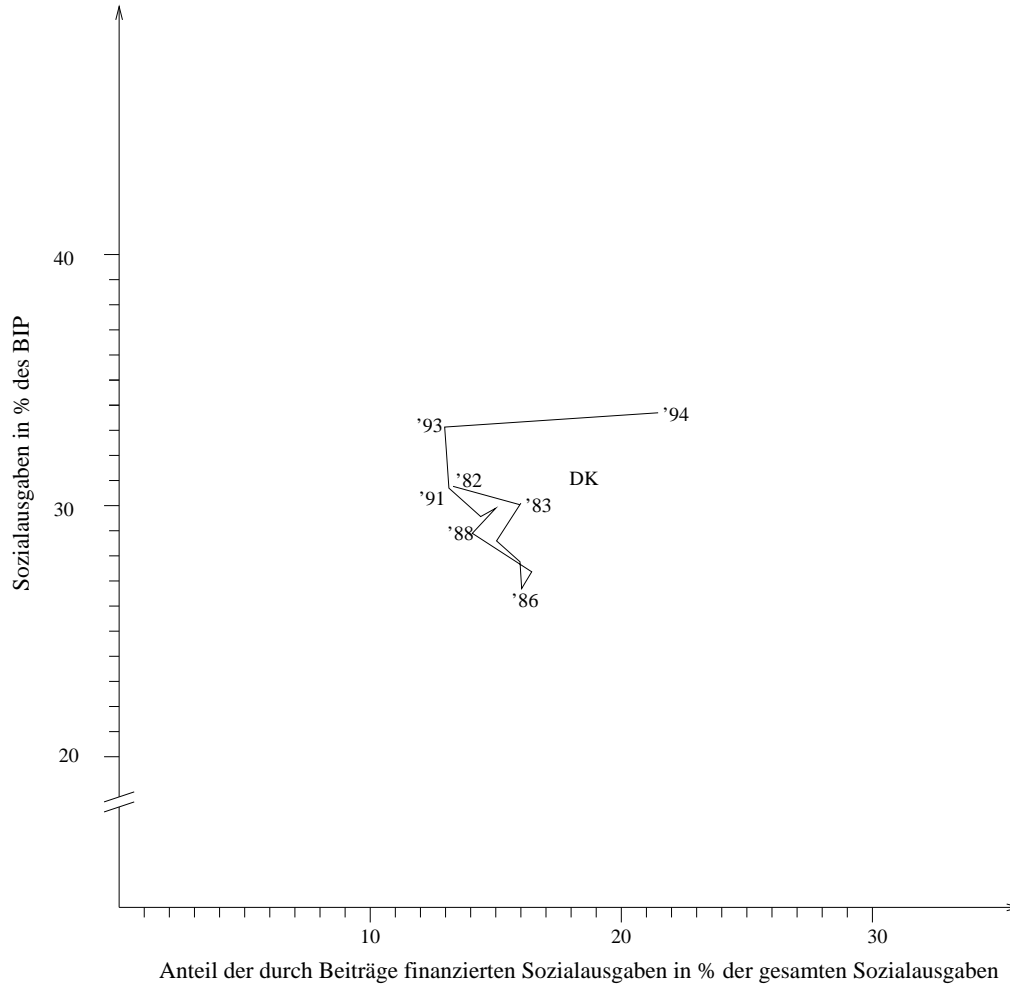
Die von der Regierung Rasmussen eingeführten Reformen haben einen bemerkenswerten Wechsel in der dänischen Sozialpolitik herbeigeführt, besonders in der Arbeitsmarktpolitik. Die Urlaubsprogramme werden von vielen genutzt (1995: 200.000, hauptsächlich zur Kinderbetreuung), und viele Arbeitslose konnten auch nach der Rückkehr der Urlauber in einem Beschäftigungsverhältnis bleiben<sup>92</sup>. Im Gegensatz zur Vergangenheit, in der Dänemark hauptsächlich eine passive Arbeitsmarktpolitik vertrat, die die Arbeitnehmer vor den negativen Auswirkungen der Marktwirtschaft schützen sollte, indem sie finanziell abgesichert wurden, wird nun versucht die Arbeitslosen wieder in den Arbeitsmarkt zu drängen. Das soziale Netz soll Sprungbrett zurück zum Arbeitsmarkt sein. Dafür wurden aber auch die bisherigen Leistung verstärkt an ein Wahrnehmen der Bildungsprogramme geknüpft.

Im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren stiegen die relativen Sozialausgaben weiter an, und der durch Beiträge finanzierte Teil stieg mit Einführung des Arbeitsmarktbeitrages am 1.1.1994 extrem an, wie Abbildung 2 zeigt. Da die Beiträge, wie oben beschrieben, in den folgenden Jahren weiter stiegen, kann angenommen werden, daß auch der beitragsfinanzierte Teil der Sozialausgaben größer wurde. Durch die Einführung des Arbeitsmarktbeitrages gibt es eine qualitative Änderung des dänische Sozialsystem in Richtung eines Bismarckschen Systems. Auch der income-test bei der Altersrente deutet in diese Richtung.

---

<sup>91</sup>Danmarks Statistik, 1996, S.75

<sup>92</sup>Köhler, 1997, S.27

**Abbildung 2: Entwicklung des dänischen Sozialsystems von 1982-1994**

Quellen: Yearbook of Nordic Statistics, 1984; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung

### 4.3 Großbritannien

#### 4.3.1 Ursprünge und Entwicklung des britischen Wohlfahrtsstaates bis 1979

Das Sozialsystem des vereinten Königreiches ist heute noch wesentlich geprägt vom 1948 umgesetzten Beveridge-Plan. Allerdings reichen die Ursprünge besonders der beitragsfinanzierten Leistungen noch weiter zurück.

Vor dem Hintergrund der frühen Industrialisierung wurde bereits 1834 die Armenfürsorge gesetzlich geregelt. Die Leistungen lagen unterhalb der niedrigsten

Lohnniveaus, wobei auch noch unterschieden wurde zwischen „hilflosen“ und „arbeitsfähigen“ Armen, nach dem Prinzip, daß Selbsthilfe das zentrale Moment zur Überwindung von Armut sei. „Arbeitsfähige Arme“ erhielten nur dann Unterstützung, wenn sie bereit waren, die extremen Lebens- und Arbeitsbedingungen, in den eigens eingerichteten Arbeitshäusern zu ertragen<sup>93</sup>.

Während des 19. Jahrhunderts entwickelten sich aber auch freiwillige Formen der Unterstützung. So war es für besserverdienende Arbeiter möglich, sich bei Gewerkschaften oder Versicherungen gegen Krankheit und Alter abzusichern. Diese ersten kollektivistischen, quasi beitragsfinanzierten Absicherungen führten zu der ersten allgemeinen Sozialversicherung, die die liberale Regierung 1911 einführte<sup>94</sup>. Der „National Insurance Act, 1911“ beinhaltete eine steuerfinanzierte Altersrente und mehrere beitragsfinanzierte Programme, wie die Kranken- und Arbeitslosenversicherung und das Arbeitsunfallgesetz, das die Arbeitnehmer auch gegen Berufskrankheiten absicherte. Die Beiträge wurden von Arbeitnehmern und -gebern geteilt, eine Praxis, die auch heute noch für den Großteil der beitragsfinanzierten Programme zutrifft. Bis Ende des zweiten Weltkrieges wurde diese Form der Absicherung beibehalten.

Der Beveridge-Report von 1942 war Teil einer Reihe von Vorschlägen, die die Zeit nach dem Krieg regeln sollten. Die Große Koalition aus Labour und Konservativen war sich einig, daß das Sozialsystem nach Kriegsende rationalisiert und verbessert werden müsse<sup>95</sup>. Beveridge schuf einen detaillierten Plan, dessen zentrale Elemente die *Universalität* der Leistungen, *umfassende* Risikoabsicherung und *Angemessenheit* der Leistungen waren. Die pauschalen Transferleistungen im Falle von Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter sollten im Rahmen einer nationalen Versicherung durch Beiträge von Arbeitnehmern und -gebern finanziert werden und ein soziales Existenzminimum garantieren. Zusätzlich sollte es eine steuerfinanzierte Sozialhilfe geben, deren Vergabe an Bedürftigkeit geknüpft werden sollte. Nicht Beveridge, sondern der konservative Gesundheitsminister Henry Willink sprach sich 1944 für einen steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst aus<sup>96</sup>.

Daß die Pläne sich in ihren Grundzügen zwischen 1946 und 1948 durchsetzen ließen, lag nicht zuletzt daran, daß die Akzeptanz gegenüber sozial- und wirtschaftspolitischen Eingriffen seit der Weltwirtschaftskrise und besonders während des zweiten Weltkrieges gestiegen war. Letzterer hatte sowohl die Staatsausgaben<sup>97</sup> als auch die Steuern stark ansteigen lassen, so daß sich die potentielle Finanzierungsbasis verbreitert hatte.

---

<sup>93</sup>Schmid, 1996, S.92

<sup>94</sup>ebd.

<sup>95</sup>Hill, 1993, S.15

<sup>96</sup>ebd. S.19

<sup>97</sup>Die öffentlichen Ausgaben betragen im letzten Kriegsjahr 46.5% des BIP (Hill, 1993, S.27)

Rolf Schmucker<sup>98</sup> teilt den britischen Wohlfahrtsstaat zwischen 1948 und 1979 in fünf Bereiche:

- Die „Social Security“, die ihrerseits noch mal dreigeteilt ist, in
  - beitragsabhängige Leistungen, wie Renten, Arbeitslosen- und Krankengeld
  - beitragsunabhängige Leistungen, die ohne Bedürftigkeitsnachweis vergeben werden, wie z.B. Kindergeld, und
  - beitragsunabhängige Leistungen, deren Vergabe sich an Bedürftigkeit knüpft, wie Sozialhilfe oder Wohngeld
- Der National Health Service, der sich fast ausschließlich aus Steuern finanziert<sup>99</sup> und der jedem *Einwohner* Großbritanniens kostenlose und umfassende medizinische Behandlung bietet
- Die „Personal Social Services“ (PSS), die soziale Dienste, wie die Pflege älterer Menschen, bieten meist von „Non-Profit-Organisationen“ getragen und von staatlichen Zuschüssen mitfinanziert werden
- Die Wohnungsbaupolitik, die die Bedeutung des Staates als Anbieter öffentlicher Wohnungen betont. So war Ende der Siebziger ca.  $\frac{1}{3}$  der gesamten Wohnversorgung entweder direkt durch den Staat vermietet oder mitfinanziert
- Das Bildungswesen

Wie bereits gesagt, gab es bis 1979 nur wenige Veränderungen im Sozialsystem. Außer der 1974 eingeführten Einkommensabhängigkeit der Beiträge zur National Insurance, betrafen die wichtigsten den Bereich der Renten. 1971 wurde die Invaliditätsrente eingeführt, und seit 1978 gab es das „State earnings-related pension scheme“ (SERPS)<sup>100</sup>, das zusätzlich zur pauschalen Grundrente einen einkommensabhängigen Zuschlag von bis zu 25% des ehemaligen Verdienstes bringen sollte. Voraussetzung war, daß 20 Jahre lang Beiträge zur National Insurance entrichtet wurden, sonst vermindert sich der Anspruch<sup>101</sup>. Außerdem gibt es seit 1977 ein Vorruhestandsprogramm, das es erlaubt, ein Jahr vor der normalen Altersgrenze (Männer: 65; Frauen:60) ein Überbrückungsgeld zu erhalten, wenn auf

---

<sup>98</sup>Schmucker, 1997, S.71

<sup>99</sup>Mitte der Achtziger zu ca. 88% (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.81)

<sup>100</sup>Parry, 1986, S.161

<sup>101</sup>ebd. S.89



die freiwerdende Stelle ein Arbeitsloser eingestellt wird<sup>102</sup>. Dies kann als eine der ersten Reaktionen auf die steigenden Arbeitslosenzahlen seit 1974 angesehen werden. Die Grundrente, die zunächst ad hoc erhöht wurde, wurde nach 1970 an die Preis- und Lohnentwicklung angepaßt, je nachdem was höher ausfiel, und betrug 1977 ca. 20% des Durchschnittslohns<sup>103</sup>.

Mit der Weltwirtschaftskrise von 1974/75 begannen die Probleme des britischen Wohlfahrtsstaates. 1975 sank das BIP im Vergleich zum Vorjahr um 0.8%, die Arbeitslosenquote stieg von 2.0% im Vorjahr auf 3.1%, und die Inflationsrate erreichte mit 24.2% einen Höchststand<sup>104</sup>. Der daraus resultierende Wertverlust des Pfundes 1976 brauchte die Devisenreserven auf und zwang die Regierung zur Aufnahme eines Sonderkredits beim IWF. Dieser Kredit war allerdings an bestimmte Auflagen gebunden, die einer Wende zu Monetarismus gleichkamen<sup>105</sup>. Danach mußte die Politik der Regierung zunehmend gegen den Widerstand der starken britischen Gewerkschaften durchgeführt werden. Die Arbeitslosigkeit stieg weiter und die Reallöhne sanken 1977 um fast 10%. Im „Winter der Unzufriedenheit“ 1978/1979 gab es so viele Streiks wie nie seit dem Krieg, und im folgenden Jahr verlor die Labour-Party die Mehrheit im Parlament an die Tories.

#### 4.3.2 1979-1983

Nach dem Wahlsieg 1979, der den Tories 53% der Sitze im Unterhaus brachte, kündigte die neue Premierministerin den „welfare consensus“ auf<sup>106</sup>, der den Ausbau des britischen Wohlfahrtsstaates nach dem Krieg ermöglicht hatte. Nach Vorstellungen der „new right“ hatte der Wohlfahrtsstaat zu Deindustrialisierung, negativen Leistungsanreizen und Demoralisierung geführt<sup>107</sup>.

Dementsprechend hatte (auch die Sozial-) Politik der Konservativen Partei vor allem wirtschaftspolitische Ziele: die *Verminderung des Staatsanteils* (seit dem Krieg waren weite Bereiche des Öffentlichen Dienstes und der Industrie verstaatlicht worden<sup>108</sup>), um mehr Raum für die private Wirtschaft zu lassen; eine *Reduzierung der Steuerbelastung*, um Leistungsanreize zu bieten; die *Bekämpfung des Staatsdefizits*; *Senkung der Inflationsrate*. Im einzelnen sahen die Ziele im Bereich der Sozialleistungen wie folgt aus: negative Leistungsanreize und Abhängigkeit durch Sozialleistungen verringern; das Sozialsystem effizienter gestalten, indem

---

<sup>102</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.89

<sup>103</sup>Davis, 1997, S.10

<sup>104</sup>Schmucker, 1997, S.57

<sup>105</sup>ebd.

<sup>106</sup>ebd. S.72

<sup>107</sup>Clarke; Langan, 1993, S.50

<sup>108</sup>Schmucker, 1997, S.56

Leistungen hauptsächlich an wirklich Bedürftige vergeben werden; Anreize zu schaffen, sich privat gegen Risiken des Einkommensverlustes zu versichern<sup>109</sup>.

Ab 1980 wurde die Entwicklung der Grundrente nur noch an die Preisentwicklung angepaßt. Da Löhne durchschnittlich schneller wachsen als Preise (siehe Teil zu Dänemark), wurden somit die Renten indirekt gesenkt. 1988 lagen die Renten ca. 20% unter dem Niveau, das sie bei Fortführung des bisherigen Prinzips erreicht hätten. Die Einsparung die der Staat damit allein 1988 erzielte, betrug etwa £4 Mrd.<sup>110</sup> Vorteil dieser indirekten Senkung sind die niedrigen politischen Kosten, da den Rentenempfängern nichts genommen wird, was sie haben, sondern was sie in den folgenden Jahren dazu bekommen würden. Die Regierung brauchte also keinen allzu großen Widerstand zu befürchten, obwohl alle Arbeitnehmer im System der Grundrente einbezogen sind. Ab 1983 gab es wieder eine Änderung in der Rentenanpassung. Um die Ausgaben für die Grundrente berechenbarer zu machen, wurden die Renten nun nicht mehr an die momentane Inflationsrate, sondern an die Inflationsrate des Vorjahres angepaßt<sup>111</sup>.

1980 wurde der 1966 eingeführte einkommensbezogene Zuschuß zum Arbeitslosengeld ersatzlos gestrichen, was eine Ersparnis von ca. £95 Mio. brachte<sup>112</sup>. Ab dem selben Jahr mußte das Arbeitslosengeld versteuert werden, was dem Staat allein im Finanzjahr 1986/87<sup>113</sup> £375 Mio. bescherte<sup>114</sup>. Allerdings traten beide Änderungen erst 1982 in Kraft. Die Erhöhung des Arbeitslosengeldes und auch des Krankengeldes lag 1980 einmalig um 5% unter der Inflationsrate<sup>115</sup>. Auch dies kommt einer Kürzung gleich. Ebenso wie die zweiwöchige Verzögerung bei der Anpassung der Leistungen, ebenfalls 1980, die £100 Mio. einsparte<sup>116</sup>.

Bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall mußte nach 1982 der Arbeitgeber das Krankengeld in den ersten 28 Wochen zahlen. Dafür wurden allerdings im Krankheitsfall die Arbeitgeberbeiträge verringert<sup>117</sup>. Dies sollte den angestrebten Ausbau privater Versicherungen fördern, da sich nun die Unternehmen gegen die Zahlung von Krankengeld absicherten. Beim nationalen Gesundheitsdienst (NHS) gab es zunächst kaum Veränderungen, da er in seiner damaligen Form große Unterstützung sowohl in der Bevölkerung als auch bei den gesundheitspolitischen Akteuren genoß<sup>118</sup>. Trotzdem wurde in die Organisationsstruktur eingegriffen.

---

<sup>109</sup>Clarke; Langan, 1993, S.57

<sup>110</sup>Pierson, 1994, S.59

<sup>111</sup>Kommission der EG, 1994, S.33

<sup>112</sup>ebd. S.107

<sup>113</sup>In Großbritannien läuft das Finanzjahr vom 1.4 bis 31.3 des nächsten Jahres und nicht vom 1.1. bis 31.12.

<sup>114</sup>Pierson, 1994, S.107

<sup>115</sup>Schmucker, 1997, S.73 und Parry, 1986, S.228

<sup>116</sup>Parry, 1986, S.228

<sup>117</sup>Schmucker, 1997, S.73

<sup>118</sup>ebd. S.75

1983 wurde auf allen organisatorischen Ebenen der Managerposten eingeführt, mit dem Ziel, den NHS effizienter zu machen. Auch wurden immer mehr Serviceverträge vom NHS an private Firmen für Reinigung, Catering u.ä. vergeben. 1987 waren 20% der möglichen Verträge an private Firmen vergeben<sup>119</sup>. Effizienz schien sich zum Hauptziel des Gesundheitsdienstes zu entwickeln.

Die bisherige Wohnungsbaupolitik stand den Vorstellungen der Tories diametral entgegen. Noch 1979 wurden die Mittel für den Wohnungsbau drastisch reduziert. Bis 1987 gingen sie um 66% zurück. Bereits vor den Wahlen 1979 hatte Thatcher angekündigt, daß der Großteil der Wohnungen in Staatsbesitz verkauft werden solle. Der „Housing Act“ von 1980 räumte den Mietern ein Vorkaufsrecht zu verringerten Preisen an, wobei sich der Preis um so mehr minderte, je länger der Mieter dort bereits wohnte<sup>120</sup>. Insgesamt wurden in den achtziger Jahren 1.5 Mio. Wohnungen verkauft. Gleichzeitig führte man 1982 den bedürftigkeitsgeprüften „Housing Benefit“ ein.

Auch allgemein wurden Zahlungen gekürzt. 1982 wurde der Staatszuschuss zur National Insurance von 18 auf 13% verringert<sup>121</sup>.

Wie leicht zu sehen, brachten die Veränderungen in der ersten Amtsperiode Thatchers hauptsächlich Kürzungen in den Geldleistungen und kaum grundlegende Änderungen am Prinzip eines umfassenden Sozialstaates. Erfolg hatten die Konservativen bei der Bekämpfung der Inflation, sie fiel von 13.4% 1979 auf 4.6% 1983. Diese Politik führte aber zu einem drastischen Rückgang der industriellen Produktion<sup>122</sup>. Aufgrund der somit rasch steigenden Arbeitslosenzahlen (4.0% 1979 zu 10.4% 1983<sup>123</sup>) gelang es jedoch trotz der umfangreichen Kürzungen nicht, die Sozialausgaben zu senken. Zwischen 1980 und 1983 stieg der Anteil der Sozialausgaben am BIP von 20.3% auf 23.9%<sup>124</sup>. Daraufhin wurden 1983 mehrere Komitees gebildet, die Vorschläge zu Reformen des britischen Wohlfahrtsstaates erarbeiten sollten<sup>125</sup>.

### 4.3.3 1983-1990

Obwohl die Konservative Partei Margret Thatchers im Vergleich zur Wahl von 1979 1.5% der Stimmen verloren, erreichten sie bei den Wahlen 1983 61% der

---

<sup>119</sup>ebd. S.75f

<sup>120</sup>ebd. S.78 und Hill, 1993, S.134

<sup>121</sup>Parry, 1986, S.228

<sup>122</sup>Schmucker, 1997, S.58

<sup>123</sup>Schmucker (1997) gibt zu den Arbeitslosenzahlen zu bedenken, daß mehrere Veränderungen in der Berechnung jeweils zu niedrigeren Quoten führten (S.62)

<sup>124</sup>Statistisches Jahrbuch für das Ausland, 1990, S.120

<sup>125</sup>Hill, 1993, S.132

Sitze im Unterhaus und gewannen somit deutlich hinzu. Möglich machte dies das britische Mehrheitswahlrecht und der starke Stimmgewinn der Liberal-Social Democratic Alliance, der vor allem auf Kosten der Labour Party ging, die fast 10% der Stimmen verlor.

Die zweite Amtsperiode Thatchers war von weitaus grundlegenden Reformen im Sozialsystem geprägt, als die erste. Ursprung dieser Reformen war der „Social Security Report“ von 1985, das Ergebnis der 1983 eingesetzten Komitees, der befand, daß das Sozialsystem „...lost its way.“<sup>126</sup>. Es sei zu komplex, die Mittelverteilung geschehe willkürlich, die Hilfe werde nicht auf die wirklich Bedürftigen konzentriert, es bestünden für Leistungsempfänger immer noch keine genügenden Anreize, eine Arbeit aufzunehmen, private Vorsorge werde durch das System behindert, und die Kosten seien weiterhin zu hoch<sup>127</sup>.

Der „Social Security Act“ von 1986 brachte daraufhin die größten Veränderungen während der achtziger Jahre. Das Beitragssystem zur National Insurance änderte sich. Verschiedene Beitragssätze für unterschiedliche Lohngruppen wurden eingeführt<sup>128</sup>. Besonders bei niedrigen Lohngruppen versuchte man, die Lohnnebenkosten zu senken, um in diesem Bereich Arbeitsplätze zu schaffen, da besonders gering qualifizierte Arbeitskräfte gefährdet waren, arbeitslos zu werden oder zu bleiben. Das erst 1982 eingeführte Wohngeld wurde drastisch gekürzt und die Voraussetzungen für den Erhalt von Wohngeld wurden erschwert. Der Zuschuß für besonders schlecht gestellte Mieter wurde gänzlich gestrichen<sup>129</sup>. Das Kindergeld wurde eingefroren, obwohl die Regierung Thatcher vor der Reform betont hatte, daß Familien mit Kindern zu den Gewinnern der Änderungen gehören würden.

Auch die staatliche einkommensabhängige Zusatzrente SERPS wurde verändert, mit dem Ziel, sie in der Zukunft ganz streichen zu können. Obwohl erst 1978 eingeführt, war bereits 1980 ein großer Teil der Bevölkerung in das System eingeschlossen<sup>130</sup>. Dies lag an der Finanzierung des Programmes. Die Leistungen für Rentner aus SERPS wurden im Umlageverfahren finanziert, das heißt, daß die Beiträge der Arbeitnehmer nicht gespart wurden, damit ihre Renten eines Tages davon bezahlt wurden - wie im Kapitaldeckungsverfahren - sondern daß sie für die jetzt zu zahlenden Renten benutzt wurden. So gab es schon nach kurzer Zeit Bezieher von SERPS-Renten und - noch wichtiger - viele Arbeitnehmer, die sich durch ihre Beitragszahlungen ein Anrecht auf die Zusatzrente verdient hatten. Da das eingezahlte Geld schon ausgegeben war, brauchte man für die Zusatzrenten der heutigen Beitragszahler neue Einkünfte. Ein weiteres Problem für die Konservativen war, daß sie sich in der Vergangenheit mehrfach für den Erhalt von

---

<sup>126</sup>ebd.

<sup>127</sup>Schmucker, 1997, S.72

<sup>128</sup>ebd.

<sup>129</sup>ebd. S.73

<sup>130</sup>Pierson, 1994, S.56

SERPS ausgesprochen hatten und am Zustandekommen 1978 beteiligt waren. Da aber der „Social Security Report“ von 1985 erhebliche finanzielle Lasten für die Zukunft aufgrund von SERPS vorhersagte<sup>131</sup>, entschloß man sich langfristig, SERPS wieder zu streichen.

Die Regierung versuchte deshalb SERPS auf zwei Wegen unattraktiv zu machen. Zwischen 1999 und 2009 sollte der höchstmögliche Einkommensersatz von 25% auf 20% des bisherigen Einkommens gesenkt werden. Außerdem sollten von 1999 an für die Berechnung nicht mehr die besten 20 Verdienstjahre, sondern alle Verdienstjahre herangezogen werden<sup>132</sup>. Es ist fraglich, ob dann die Grundrente und die SERPS-Rente zusammen noch das Überleben sichern können.

In Großbritannien war es schon vor 1986 möglich, sich vom staatlichen Rentensystem befreien lassen, wenn an dessen Stelle eine betriebliche Altersvorsorge trat. Der zweite Weg SERPS zu schwächen, waren Anreize, die vom Staat geschaffen wurden, wenn man das staatliche System verließ. Zum einen wurden die Möglichkeiten für nicht-staatliche Altersversicherungen vergrößert: einerseits durften nun auch private Versicherungen die staatliche Rente ersetzen, andererseits war es den Betriebsrenten nun möglich „Money-Purchase-“ Versicherungen anzubieten, deren Leistung vom Erfolg der Geldanlage abhing<sup>133</sup>. Zum anderen wurden Steuervorteile für Arbeitnehmer, die aus der staatlichen Versorgung herausgingen, geschaffen.

Weiterhin wurde 1986 die Witwen-, bzw. Witwerrente von 100% auf 50% des Einkommens des Erwerbstätigen gesenkt<sup>134</sup>. Die Steigerung für das Kranken- und das Arbeitslosengeld lag erneut 5 Prozentpunkte unter der Inflationsrate, und für den Bezug von Arbeitslosengeld mußten nun zwei statt nur einem Beitragsjahr zur nationalen Versicherung nachgewiesen werden<sup>135</sup>. Allein für die Ausgaben im Bereich des Arbeitslosengeldes bedeutete dies Einsparungen in Höhe von ca. £25 bis £30 Mio. allein 1988<sup>136</sup>.

Schließlich wurde im „Social Security Act“ 1986 auch die Sozialhilfe neu organisiert, mit dem Ziel einer weiteren Vereinfachung der Zugangsregeln.

Bis 1986 war die Arbeitslosenquote auf 11.1%<sup>137</sup> gestiegen. Um die Chancen Arbeitsloser auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern - und sicher auch, um die Arbeitslosenstatistik aufzubessern - erhöhte man seit Anfang der achtziger Jahre die Ausgaben für die aktive Arbeitsmarktpolitik. Wie Tabelle 3 zeigt, erreichten die

---

<sup>131</sup>Hill, 1993, S.132

<sup>132</sup>Davis, 1997, S.11

<sup>133</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.90f

<sup>134</sup>Kommission der EG, 1994, S.34

<sup>135</sup>Schmucker, 1997, S.73

<sup>136</sup>Pierson, 1994, S.107

<sup>137</sup>Schmucker, 1997, S.62

aktiven Arbeitsmarktausgaben 1987 sowohl absolut als auch relativ zum BIP ihren Höhepunkt. Seitdem sind besonders Ausgaben für subventionierte Beschäftigung gekürzt worden, und man versuchte die Förderung auf Problemgruppen, wie Jugendliche und Langzeitarbeitslose, zu konzentrieren<sup>138</sup>.

**Tabelle 3: Aktive Arbeitsmarktausgaben**

	'80	'81	'82	'83	'84	'85	'86
in Millionen £	1333	1578	1679	1800	2394	2665	3360
in % des BIP	0.56	0.60	0.59	0.58	0.72	0.73	0.86
	'87	'88	'89	'90	'91	'92	
in Millionen £	3753	3538	3416	3353	3308	3443	
in % des BIP	0.86	0.73	0.65	0.60	0.57	0.57	

Quelle: OECD, 1996, S.174-177

1988 wurden die Zentren zur Weiterbildung reformiert. Das bisherige System der „Manpower Services Commission“, deren Vorstände aus Vertretern der Regierung, der Unternehmer und der Gewerkschaften zusammengesetzt waren, wurde abgeschafft und durch „Training and Enterprises Councils“ (TECs) ersetzt, die den Status von Privatunternehmen hatten und allein von Unternehmervetretern geführt wurden<sup>139</sup>. Diese Änderung ist ein gutes Beispiel für die Arbeitsmarktpolitik der achtziger Jahre. Zum einen versuchte man, durch Privatisierungen die Effizienz zu steigern, zum anderen drängte man den Einfluß der Gewerkschaften zurück<sup>140</sup>.

Obwohl die Höhe des Arbeitslosengeldes Mitte der Achtziger nur noch etwa 17% bis 22% des Durchschnittseinkommens eines Industriearbeiters betrug, wurden 1988 die Bedingungen für den Erhalt von Arbeitslosengeld in 17 Änderungen weiter erschwert. Fast jede Änderung war zu Ungunsten der Empfänger, wenn auch nicht sehr stark. Alle zusammen resultierten allerdings in einer weiteren Residualisierung der Arbeitslosenunterstützung<sup>141</sup>.

1988 wurde die Sozialhilfe ein weiteres Mal überarbeitet, um sie effizienter und zielgerichteter zu gestalten<sup>142</sup>.

Ende der achtziger Jahre gab es weitere Veränderungen im Rentensystem. Zwischen 1988 und 1993 schuf die Regierung neue Anreize, aus SERPS rauszugehen und private Vorsorge zu betreiben. So verringern sich bei Austritt die Arbeitnehmerbeiträge zur National Insurance um 2% und die der Arbeitgeber um 3.8%<sup>143</sup>.

<sup>138</sup> ebd. S.67

<sup>139</sup> ebd.

<sup>140</sup> ebd. S.66

<sup>141</sup> Pierson, 1994, S.107 und Kommission der EG, 1994, S.35

<sup>142</sup> Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.92

<sup>143</sup> ebd. S.82

Mittlerweile zeigt sich der Erfolg dieser Politik. 1991 waren 68% aller Arbeitnehmer aus dem System ausgestiegen. Der Anteil des Einkommens von Rentnern, der aus privaten Versicherungen kam, stieg von 16% 1979 auf 25% 1993<sup>144</sup>. 1994 waren ca. 55% der Briten in der betrieblichen Altersvorsorge erfaßt<sup>145</sup>.

Bis 1989 durften Rentner in den ersten fünf Rentenjahren nicht über ein bestimmtes Limit hinzuverdienen ohne ihre Ansprüche zu verlieren. Seit Oktober 1989 ist diese Beschränkung aufgehoben, allerdings erhalten Rentner, die über das Rentenalter hinaus arbeiten, einen Zuschlag, wenn sie ihre Arbeit aufgeben<sup>146</sup>. Dies ist möglicherweise eine Reaktion auf die steigende Altersarmut, die es Rentnern ermöglichen soll, das gesunkene Rentenniveau durch eigene Arbeit aufzubessern.

1989 wurden die Zuschüsse des Staates zur Nationalen Versicherung komplett abgeschafft<sup>147</sup>. Seitdem sind also die Grundrente, SERPS, das Krankengeld und das Arbeitslosengeld sämtlich beitragsfinanziert<sup>148</sup>.

Im National Health Service gab es 1989 einen weiteren Versuch, die wirtschaftliche Effizienz zu steigern. Nach dem Prinzip der „internen Märkte“, sollte der Wettbewerb zwischen den einzelnen Institutionen des NHS gefördert werden. Die Mittel für das Gesundheitswesen werden zwar vom Ministerium festgelegt, aber zwischen den Ärzten und zwischen den Krankenhäusern soll Konkurrenz entstehen, so daß die Entscheidungsfindung nicht allein auf medizinischen, sondern zunehmend auch auf wirtschaftlichen Aspekten beruht<sup>149</sup>.

Im Bereich der Wohnungsbaupolitik gab es 1988 einen weiteren bemerkenswerten Einschnitt, als die Mietpreisbindung aufgehoben wurde, um die Mieten stärker über den freien Markt zu regulieren. Ergebnis war ein Anstieg der Mieten um 60% in zwei Jahren und ein weiterer Anstieg der Obdachlosen, deren Zahl sich schon zwischen 1979 und 1987 mehr als verdoppelt hatte<sup>150</sup>.

Die zweite und dritte Amtsperiode Thatchers muß als wesentlich stärkerer Einschnitt in die Struktur des Wohlfahrtsstaates gesehen werden. Die zunehmende Residualisierung, machte sich an dem langsamen Rückzug des Staates aus der Rentenversorgung seiner Bürger, an den erschwerten Zugangsbedingungen zu Arbeitslosengeld und Sozialhilfe und an dem Glauben fest, der Markt könne alles richten (Wohnungsbau, Gesundheitsdienst, Verkauf von staatlichen Unternehmen<sup>151</sup>).

---

<sup>144</sup>Davis, 1997, S.14

<sup>145</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.90

<sup>146</sup>ebd.

<sup>147</sup>ebd. S.81

<sup>148</sup>Davis, 1997, S.11

<sup>149</sup>Schmucker, 1997, S.76f

<sup>150</sup>ebd. S.78f

<sup>151</sup>Bis 1989 verkaufte die Regierung Thatcher staatliche Unternehmen im Wert von ca. 75 Mrd.

Trotz der umfangreichen Kürzungen sanken die Sozialausgaben relativ zum BIP erst ab Mitte der achtziger Jahre (siehe Abbildung 3), als auch die Zahl der Arbeitslosen wieder abnahm (1989: 6.3% im Vergleich zu 1986: 11.1%<sup>152</sup>). Obwohl der Anteil der beitragsfinanzierten Leistungen leicht abnahm, kann sicher kaum von einer Tendenz zu einem eher Beveridge'schen Wohlfahrtsstaat gesprochen werden. Im Gegenteil, die zunehmend ausschließlich private oder betriebliche Altersvorsorge ist eher dem bismarckschen System zuzuordnen, da sie statuserhaltend wirkt und eher Personen innerhalb des Arbeitsmarktes umfaßt. Der zu beobachtende Rückgang ist somit eben gerade darauf zurückzuführen, daß der durch den Staat verwaltete Teil der Altersvorsorge abnimmt und somit steuerfinanzierte Leistungen, wie der Gesundheitsdienst einen größeren Teil der Sozialausgaben ausmachen als bisher.

Insgesamt haben die Thatcher-Jahre zu mehr Ungleichheit geführt. Ein Beispiel dafür sind auch die Veränderungen in der Steuerpolitik, wo es einen Wechsel zu mehr indirekten Steuern, wie z.B. der Mehrwertsteuererhöhung, kam<sup>153</sup>. Da indirekte Steuern aber einen regressiven Effekt haben, wurden auch hier die niedrigeren Einkommensschichten stärker belastet. Die Einführung der Kopfsteuer, wiederum eine nicht einkommensabhängige Steuer, führte zu massiven Protesten gegen die Premierministerin, an deren Ende sie von ihrer eigenen Partei gestürzt wurde. Ihr Nachfolger als Premier wurde John Major.

#### 4.3.4 1990-1994

John Major hatte während seiner gesamten Regierungszeit das Problem, daß er zwischen dem rechten und dem linken Flügel seiner Partei vermitteln mußte. Schon bei seiner Wahl galt er als Kompromißkandidat der drei Flügel der konservativen Partei, bestehend aus den Anhängern von Thatcher, den Gegnern, die die Partei reformieren wollten, und den Liberalen. Er nahm die Kopfsteuer wieder zurück und versuchte, einen weniger harten Kurs in der Sozialpolitik einzunehmen als seine Vorgängerin. Probleme bereitete der Regierung jedoch die Anfang der Neunziger einsetzende weltweite Rezession. Das Wirtschaftswachstum fiel 1990 auf 0.8% und lag im Jahr darauf sogar bei -2.2%<sup>154</sup>. Daraufhin stiegen auch wieder die Arbeitslosenzahlen, von 5.8% 1990 auf 10.3% 1993. Auch die Sozialausgaben stiegen schnell an und lagen 1992 5.1 Prozentpunkte über dem Wert von 1988.

Um vor allem der Langzeitarbeitslosigkeit entgegenzuwirken, mußten seit 1991 alle Langzeitarbeitslosen an „Kursen für den Neubeginn“ teilnehmen, wenn sie

---

DM (Schmucker, 1997, S.59)

<sup>152</sup>ebd. S.62

<sup>153</sup>Clarke; Langan, 1993, S.62

<sup>154</sup>Schmucker, 1997, S.61



ihre Ansprüche auf Arbeitslosengeld nicht verlieren wollten<sup>155</sup>. Gleichzeitig wurde auch im Bereich der Weiterbildung die Privatisierung fortgesetzt. Die Weiterbildungszentren, die vorher zu der oben erwähnten „Manpower Services Commission“ gehörten, wurden 1990 privatisiert. Seitdem konkurrieren auf dem Markt nun verschiedene Anbieter theoretischer Weiterbildung um Aufträge von den TECs<sup>156</sup>.

Auch bei den Renten wurde die bisherige Politik fortgesetzt, und es wurden weitere Anreize zum Ausstieg aus der staatlichen Versorgung geschaffen<sup>157</sup>.

Obwohl sie Einsparungen bringen sollte, zog die Reform des NHS von 1988 schnell wachsende Gesundheitsausgaben nach sich. Absolut stiegen die Ausgaben von knapp £23 Mrd. 1988 auf £35 Mrd. im Jahr 1992. Das bedeutete auch relativ zum BIP eine Steigerung 4.74% auf 5.78% der Ausgaben, also eine Zunahme von über 20%<sup>158</sup>. Um die Ausgaben zu begrenzen, müssen seit 1990 Arztpraxen mit mehr als 9000 Patienten mit einem jährlich festgesetzten Etat die Ausgaben ihrer Praxis decken. Dazu gehören auch Kosten für Medikamente oder medizinische Geräte. Wer nun möglichst sparsam mit seinen Mitteln umgeht, erhöht sich dadurch sein Honorar<sup>159</sup>.

Allgemein gab es Anfang der neunziger Jahre weit weniger Einschnitte im Wohlfahrtsstaat als in den vorherigen Jahren. Die Sozialausgaben stiegen auch aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Lage wieder an. Die weitere Privatisierung der Altersvorsorge und der Ausgabenanstieg im Gesundheitsbereich ließ den Anteil an steuerfinanzierten Sozialausgaben durch den Staat insbesondere in dieser Zeit ansteigen. Jedoch gilt hier das selbe Argument wie im vorigen Abschnitt: von einer Änderung in Richtung Beveridge kann nicht gesprochen werden. Auch die steigenden Sozialausgaben gaukeln eine Ausweitung der Leistungen nur vor und liegen eher an der Wirtschaftskrise. Alles in allem ist der britische Wohlfahrtsstaat weiterhin ein „low-spender“, in dem zumindest die staatlichen Sozialausgaben zu einem großen Teil aus Steuern finanziert werden. Die Senkung der individuellen Leistungen verstärkt den Dualismus des britischen Systems. Wer sich private Absicherung leisten kann, wird dies heute eher tun als vor den Reformen.

---

<sup>155</sup>Kommission der EG, 1994, S.35

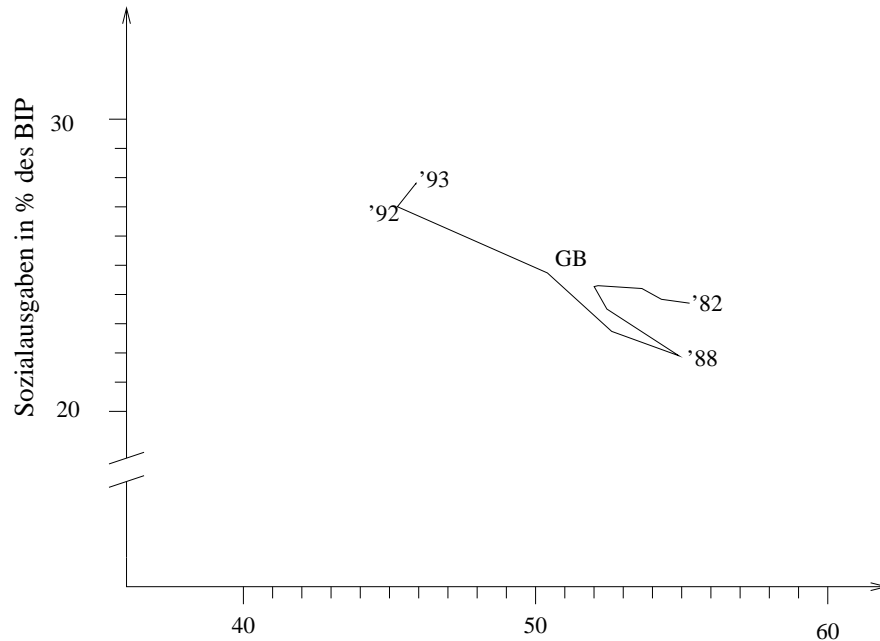
<sup>156</sup>Schmucker, 1997, S.67

<sup>157</sup>Davis, 1997, S.13

<sup>158</sup>OECD, 1996, S.174 und 178

<sup>159</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft, 1994, S.85

**Abbildung 3: Entwicklung des britischen Sozialsystems von 1982-1993<sup>160</sup>**



Anteil der durch Beiträge finanzierten Sozialausgaben in % der gesamten Sozialausgaben

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung

## 4.4 Italien

### 4.4.1 Ursprünge und Entwicklung des italienischen Wohlfahrtsstaates bis 1979

Nach der Einigung Italiens 1861 überließ der Staat die Sozialpolitik hauptsächlich der katholischen Kirche<sup>161</sup>. Bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts beschränkte sich der Staat auf eine leichte Regulierung der Aktivitäten von Kirche und anderer freiwilliger Hilfe. Als mit langsam beginnender Industrialisierung sich die Arbeiter und Bauern im Norden in Gewerkschaften organisierten und 1892 die Sozialistische Partei gegründet wurde, stieg der Druck auf den Staat, sich mit den sozialen Problemen zu befassen. Besonders die schlechte wirtschaftliche Situation im Mezzogiorno verlangte nach staatlicher Intervention.

<sup>160</sup>Das Finanzjahr in Großbritannien läuft vom 1.4 bis 31.3 des folgenden Jahres. Die angegebenen Jahreszahlen beziehen sich jeweils auf den Beginn des Finanzjahres.

<sup>161</sup>Siehe dazu und zum Folgenden Körner, 1992 und Ferrera, 1986, S.388-393

Daraufhin kopierte die italienische Regierung teilweise das deutsche Beispiel einer beitragsfinanzierten Sozialen Sicherung, führte 1898 für Industriearbeiter eine Pflichtversicherung gegen Arbeitsunfälle ein und bot freiwillige Invaliditäts- und Rentenversicherungen an, die staatliche Zuschüsse bekamen. 1890 war bereits die Armenhilfe neu geregelt worden, indem alle Hilfseinrichtungen unter die Kontrolle des Staates gebracht wurden.

Zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts wurde die Sozialpolitik unter der liberalen Giolitti Regierung interventionistischer. Weitere freiwillige Versicherungen bekamen finanzielle Unterstützung des Staates, und alle Lebensversicherungen wurden verstaatlicht. Aber erst nach dem ersten Weltkrieg kam es zu einem Wachstumsschub im italienische Wohlfahrtsstaat, mit der Einführung von Pflichtversicherungen gegen Arbeitslosigkeit, Invalidität und Alter im Jahre 1919.

1922 kam der Faschismus unter Mussolini ohne politisches Reformprogramm an die Macht. Zunächst stoppte der Ausbau der sozialstaatlichen Institutionen, aber nach 1927 erkannten die Faschisten die Kontrollmöglichkeiten der Sozialpolitik. Daraufhin wurden besonders im unterentwickelten Gesundheitsbereich und bei der Familienpolitik neue Programme eingeführt: 1928 Pflichtversicherung gegen Krankheit, zunächst noch auf bestimmte Arbeitsbereiche beschränkt, ab 1943 für alle Arbeitnehmer; 1933/34 Einführung von Leistungen für Familien, die aber auch eine Schlechterstellung der Frauen brachten. Gleichzeitig gab es eine massive Bürokratisierung der Strukturen des Wohlfahrtsstaates, die zur sozialen Kontrolle eingesetzt wurde. Der noch heute starke Klientelismus liegt in dieser Zeit begründet, in der das Sozialsystem genutzt wurde, Konsens in der Bevölkerung zu erzeugen. Damit wurde aber auch die Ineffizienz und Verschwendung, die Überversorgung auf der einen und der Mangel auf der anderen Seite begründet.

Anders als in anderen Ländern brachte das Ende des zweiten Weltkrieges keine Einheit in Italiens Bevölkerung. Italien war statt dessen in zwei politische Lager gespalten. Die neue Regierung wurde - wie alle Regierungen bis 1981 - von der christdemokratischen Democrazia Cristiana (DC) geführt, die der Sozialpolitik wieder den residualen Charakter der Vorkriegsjahre gab. Die bestehenden Programme schützten ausschließlich Arbeitnehmer und ihre Familien mit zumeist pauschalen Leistungen oder Leistungen, deren Höhe von den vorher gezahlten Beiträgen abhing. Bis Mitte der sechziger Jahre gab es keine größere Reform der Programme mehr.

Erst Anfang der Sechziger kam die Sozialpolitik wieder auf die politische Agenda, als Wohlstand und der Einfluß von linken Parteien zunahmen. Die Mitte-Links Regierung aus Christdemokraten, der Sozialistischen Partei (PSI) und den Sozialdemokraten (PSDI) versprach umfassende sozialstaatliche Dienstleistungen für alle Bürger einzuführen. Dies scheiterte aber an dem Konjunkturunbruch von 1963 und der inneren Zerstrittenheit der Koalition.

So kam es erst Mitte der sechziger Jahre zu Reformen, die das institutionelle Profil Italiens schnell änderten. Die Rentenreform von 1969 brachte einkommensbezogene Renten und Sozialrenten, deren Höhe an die Preisentwicklung gekoppelt wurde. Die Arbeitslosenversicherung wurde 1968 in bezug auf Zahlungen und auf gut abgesicherte Bereiche ausgeweitet. Allerdings wurde damit auch die unterschiedlich hohe Absicherung verschiedener Arbeiter institutionalisiert, bei der Arbeiter in der (Groß-)Industrie weit besser abgesichert sind als andere. Gleichzeitig wurde der Wohlfahrtsstaat dezentralisiert und Regionen und lokale Behörden bekamen mehr Kompetenzen. Aktive Arbeitsmarktpolitik gewann Bedeutung und 1978 wurde mit der Schaffung des „Servizio sanitario nazionale“ (SSN) die Gesundheitsversorgung größtenteils verstaatlicht.

Der SSN steht allen in Italien ansässigen Personen zur Verfügung und finanziert sich zu 50% aus Steuern, soll langfristig aber vollständig steuerfinanziert sein, die übrigen 50% werden hauptsächlich aus Arbeitnehmerbeiträgen gezahlt. Die Reform brachte aber auch viele finanzielle und organisatorische Unzulänglichkeiten hervor, die für die chaotischen Entwicklungen und finanziellen Engpässe im Gesundheitswesen in den Achtzigern verantwortlich gemacht werden können<sup>162</sup>.

Die übrigen Zweige der Sozialversicherung (außer der Unfallversicherung) werden vom Nationalen Institut für soziale Wohlfahrt (INPS) verwaltet. Auch das Kranken- und Mutterschaftsgeld werden von INPS verwaltet, der SSN stellt nur Sachleistungen. INPS finanziert sich überwiegend aus Beiträgen, wobei die Arbeitgeberbeiträge weitaus höher sind als die der Arbeitnehmer, und zum kleineren Teil aus staatlichen Zuschüssen<sup>163</sup>. Die Sozialversicherungsbeiträge sind je nach Branche unterschiedlich hoch und werden für jeden Bereich der Sozialprogramme gesondert eingezahlt. So lag der Arbeitnehmerbeitrag zur Arbeitslosenversicherung von Industriearbeitern 1991 bei 4.08% und bei Arbeitern, die in der Landwirtschaft beschäftigt sind bei 2.87% des Lohns. Dafür erhalten Industriearbeiter aber auch ein höheres Arbeitslosengeld<sup>164</sup>.

Trotz negativen Wachstums 1971 und 1975 stieg die Zahl der Arbeitslosen zwischen 1970 und 1980 nur leicht an<sup>165</sup>. Aufgrund der erhöhten Leistungen verdoppelten sich die Ausgaben allerdings zwischen 1970 und 1978<sup>166</sup>. Auch die Ausgaben für Renten stiegen in der ersten Hälfte der siebziger Jahre um 1.13% des BIP (1971-1976), sanken danach jedoch wieder um 0.4% des BIP (1977-1978), was hauptsächlich an der sinkenden Zahl von Rentenbeziehern im gleichen Zeit-

---

<sup>162</sup>Ferrera, 1997, S.234

<sup>163</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.103f

<sup>164</sup>Der Lohnersatz schwankt je nach Branche und Grund für den Arbeitsplatzverlust zwischen 20% und 90% (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.108 und Ferrera, 1997, S.232)

<sup>165</sup>Ferrera, 1986, S.436

<sup>166</sup>ebd. S.399

raum lag<sup>167</sup>. Die Gesundheitsausgaben waren schon vor der Gründung des SSN in den Siebzigern stark gestiegen.

Die Krise Ende der siebziger Jahre schien weniger dramatisch als in anderen Ländern, zumal Italien noch immer seinen Wohlfahrtsstaat ausbaute. Trotzdem machte die Fünf-Parteien-Koalition von 1979 die Gesundung der Öffentlichen Ausgaben zu einer ihrer Hauptaufgaben<sup>168</sup>.

#### 4.4.2 1979-1990

Nach Maurizio Ferrera führten in Italien nicht allein die wirtschaftliche Entwicklung, sondern die Widersprüche in Organisation und Verteilung der Mittel zur Krise des Wohlfahrtsstaates<sup>169</sup>. Er macht fünf zentrale Punkte aus, die hauptsächlich zur schlechten Leistung des italienischen Wohlfahrtsstaates beitragen<sup>170</sup>:

- Der ungleiche Schutz zwischen denjenigen, die im Kern des Arbeitsmarktes beschäftigt sind, und denjenigen, die kein Normalarbeitsverhältnis haben.
- Die ungleiche Absicherung verschiedener Risiken. Während die Risiken Alter, zeitweilige Arbeitslosigkeit und kurzzeitige Krankheit gut abgesichert sind, sind totaler Verlust von Arbeit und lang andauernde Krankheit kaum abgesichert (es gibt keine der Sozialhilfe vergleichbare Leistung<sup>171</sup>).
- Die ungleichen Beitragssätze zwischen den wirtschaftlichen Sektoren, die häufig zu Subventionen der einen Versicherten an andere Versicherte führen.
- Die Mißachtung von Zugangsvoraussetzungen zu Sozialleistungen und die häufige Zahlungsunwilligkeit bei den Sozialbeiträgen, die von den Behörden toleriert, wenn nicht sogar gefördert werden. Beispiel dafür ist der Mißbrauch von Invalidenrenten im Mezzogiorno, um die schlechte Versorgung für Langzeitarbeitslose zu kompensieren.
- Die stetige und hohe Ineffizienz der öffentlichen Dienste, besonders im Gesundheitsbereich.

Die Reformversuche der Achtziger hatten also mit zwei Problemen zu kämpfen. Mit den steigenden Ausgaben aufgrund der wirtschaftlichen Situation und mit den Unzulänglichkeiten des Sozialsystems selbst.

---

<sup>167</sup>ebd. S.434

<sup>168</sup>Ferrera, 1997, S.235

<sup>169</sup>ebd.

<sup>170</sup>ebd. S.232ff

<sup>171</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.112

Die Änderungen in den Achtzigern betrafen hauptsächlich den Gesundheitssektor. 1981 wurden das erste Mal die Rezeptgebühren erhöht, und es sollten keine weiteren Einstellungen vorgenommen werden<sup>172</sup>. 1982 wurde eine Negativliste für Medikamente eingeführt. Im Jahr darauf wurde dann das Zuzahlungssystem komplett geändert<sup>173</sup>. Die niedrigen Pauschalzuzahlungen wurden durch 15%-Zuzahlungen zu jedem Medikament ersetzt, und die Zuzahlungen wurden auch auf bestimmte Diagnosemaßnahmen und Facharztbesuche ausgeweitet. Um die Auswirkungen auf sozial Schwache abzumildern, wurden im Verlauf der folgenden Jahre detaillierte Ausnahmeregelungen erlassen, die je nach Einkommen, Art der Krankheit, Alter usw. die Patienten von Zuzahlungen gänzlich befreien konnte. Da der SSN aber nicht die organisatorischen Möglichkeiten hatte, diese Voraussetzungen zu prüfen, stieg die Zahl der von Zuzahlungen befreiten Patienten auf 25% aller Patienten an, die 75% der pharmazeutischen Ausgaben ausmachten.

Ebenfalls 1983 wurde von der Fünf-Parteien-Koalition ein finanzielles Management des SSN eingeführt, das für die Regionen Ausgabengrenzen festsetzte<sup>174</sup>.

Noch stärker als die Gesundheitsausgaben stiegen die Ausgaben für die Renten (Tabelle 4). Nach 1983 wurden Maßnahmen getroffen, die Berechtigungen von dem tatsächlichen Einkommen abhängig machen und Mißbrauch verhindern sollten<sup>175</sup>. So durfte die Summe der bezogenen Leistungen nun nicht mehr über einem bestimmten Maximum liegen. Die Voraussetzungen, um eine Invalidenrente zu erhalten, wurden komplett überarbeitet und verschärft. Unter anderem sollte der physische Zustand der Bezieher von Invalidenrenten periodisch untersucht werden. Ähnlich wie beim SSN ergab sich das Problem, daß INPS, das für die Vergabe von Renten zuständig war, nicht die technischen Möglichkeiten hatte, diese Kontrollen einzuführen. Außerdem betrafen die Regelverschärfungen nur die beitragsfinanzierten INPS-Invalidenrenten. Ein ähnliches, steuerfinanziertes Programm des Innenministeriums blieb von den Änderungen verschont und in den folgenden Jahren stiegen die Ausgaben dieses Programms rapide an und gab so das eingesparte Geld wieder aus<sup>176</sup>.

Es gab zwar immer wieder Pläne der Regierung für eine umfassende Rentenreform, die das Rentenalter hochsetzen und die Rentenformel zugunsten der Finanzen ändern sollte, aber es blieb in den Achtzigern bei peripheren Änderungen des Systems.

---

<sup>172</sup>Ferrera, 1986, S.460

<sup>173</sup>Ferrera, 1997, S.238

<sup>174</sup>ebd.

<sup>175</sup>ebd. S.237

<sup>176</sup>ebd. S.238

**Tabelle 4: Ausgaben für Altersrenten**

	'80	'81	'82	'83	'84	'85	'86
in % des BIP	6.29	6.91	7.18	7.65	7.40	7.63	7.83
	'87	'88	'89	'90	'91	'92	'93
in % des BIP	7.77	7.80	7.91	8.18	8.33	9.01	9.23

Quelle: OECD, 1996, S.110

Besonders in der zweiten Hälfte der Achtziger stiegen auch die Ausgaben für den SSN (von 5.27% des BIP 1986 auf 6.32% 1990<sup>177</sup>) Daraufhin wurden bis 1989 die Zuzahlungen zu den Medikamenten von 15% auf 30% angehoben. Abgesehen von der verbreiteten Umgehung der Zuzahlungen, brachte die Einführung der prozentualen Zuzahlungen nicht nur Einnahmen für den Staat, sondern stabilisierte auch den „Konsum“ des SSN, speziell von Medikamenten.

In der Hoffnung, die Mittel besser auf die wirklich Bedürftigen zu konzentrieren, wurde ab 1988 das Kindergeld nach der Höhe des Haushaltseinkommens und der Anzahl der Kinder berechnet<sup>178</sup>.

Gleichzeitig wurde die Rentenformel 1988 für die Rentenempfänger - speziell in den höheren Einkommensschichten - deutlich verbessert<sup>179</sup>, was zu einem zusätzlichen Anstieg der Ausgaben führte.

Allgemein kann für die Achtziger wohl nur von chaotischen Kürzungen bei gleichzeitigem weiteren Ausbau der Leistungen des Wohlfahrtsstaates gesprochen werden. Der deutlichste Trend ist nicht auf der Ausgaben-, sondern auf der Einnahmenseite zu beobachten. Einführung von Gebühren, Erhöhung der Beiträge und der Steuern. Die Einnahmen durch Beiträge stiegen zwischen 1980 und 1990 um 48% und die durch Steuern von 30.2% des BIP auf 40% des BIP<sup>180</sup>. Wie Abbildung 4 zeigt, stieg auch der Anteil der beitragsfinanzierten Sozialausgaben.

Es schien in dieser Phase kaum möglich, Kürzungen in den Sozialausgaben vorzunehmen: „...the parliamentary debate that took place in autumn 1985 regarding the 1986 budget confirmed the near impossibility of any drastic cuts in the country's welfare services.“<sup>181</sup>

Erst Anfang der neunziger Jahre brachte die Finanzkrise eine Wende zu stärkeren Einschnitten.

<sup>177</sup>OECD, 1996, S.110

<sup>178</sup>Kommission der EG, 1994, S.38 und Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.110

<sup>179</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.111

<sup>180</sup>Ferrera, 1997, S.239

<sup>181</sup>Minigione, 1988, S.211

### 4.4.3 1990-1994

Daß weitreichende Kürzungen politisch durchsetzbar wurden, ist auf zwei Aspekte zurückzuführen. Zum einen schwand seit Beginn der achtziger Jahre mit zunehmender Steuer- und Abgabenbelastung die Unterstützung für den Wohlfahrtsstaat - vor allem im reichen Norden. Der Erfolg der Lega Nord, die die hohen Steuern zu einem zentralen Thema machte, ist ein Beleg dafür. Meinungsumfragen belegen die sinkende Unterstützung - zumindest für einen weiteren Ausbau der Leistungen - ebenfalls. 1986 befürworteten noch 61.1% der Befragten, daß die Regierung jeden mit weitreichenden Sozialleistungen absichern solle, selbst wenn dies erhöhte Steuern und Sozialbeiträge zur Folge hätte. 1992 sank diese Unterstützung auf 54.7% und bis 1996 auf 33.0%<sup>182</sup>.

Zum anderen engte die hohe Staatsverschuldung und mit ihr der hohe Aufwand für Zinszahlungen den Entscheidungsspielraum der Regierung immer weiter ein. Nach 1992 mußten die Schulden auch im Hinblick auf die europäische Währungsunion vermindert werden, was der Regierung weitere Argumente für Reformen im Sozialsystem gab. Im selben Jahr geriet die Lira extrem unter Druck und wurde gegenüber anderen europäischen Währungen stark abgewertet<sup>183</sup>.

Nachdem 1990 und 1991 noch neue Rentenregelungen eingeführt worden waren<sup>184</sup>, wurde 1992 eine umfangreiche Rentenreform verabschiedet, die vor allem die Höhe zukünftiger Renten senken und den Zugang erschweren sollte. Das Rentenalter wird bis 2002 schrittweise für Frauen von 55 auf 60 Jahre und für Männer von 60 auf 65 Jahre hochgesetzt. Ebenfalls schrittweise wird die Mindestbeitragszeit von 10 auf 20 Jahre erhöht. Die Rentenberechnung bezieht sich nicht mehr auf die letzten 5 sondern 10 Einkommensjahre. Bei Personen, die nach 1992 beginnen zu arbeiten, werden alle Einkommensjahre zur Berechnung herangezogen. Beides kommt einer Rentenkürzung gleich. Für den Bezug einer Vorruhestandsrente müssen 36 Beitragsjahre nachgewiesen werden. Schließlich sollte eine weitere Beitragserhöhung noch zusätzliche Einnahmen bringen<sup>185</sup>.

1993 wurden Anreize für die Einrichtung und Nutzung betrieblicher Zusatzrenten geschaffen. Aufgrund der hohen Leistungen der staatlichen Rente, ist der Bereich der Betriebsrenten unterentwickelt<sup>186</sup>. Um aber in Zukunft weitere Kürzungen in der staatlichen Rente zu rechtfertigen, müssen diese an Bedeutung gewinnen. Weiterhin wurde 1993 der Zugang zur Frührente weiter erschwert und die Kontrollen bei Invalidenrenten verschärft.

---

<sup>182</sup>Ferrera, 1997, S.245

<sup>183</sup>ebd. S.240

<sup>184</sup>1990 wurde eine einkommensbezogene Rente für Selbständige und 1991 eine Vorruhestandsrente zur Entlastung des Arbeitsmarktes eingeführt (Kommission der EG, 1994, S.27 und S.35)

<sup>185</sup>Ferrera, 1997, S.240f

<sup>186</sup>ebd. S.241



Der SSN sollte 1992 ebenfalls reformiert werden. Hierbei war außer Kosteneinsparungen die Effizienzsteigerung Ziel der Neuerungen. Dazu erhielten die knapp 700 *Unitá sanitaria locale* (USL), die u.a. für die lokale und regionale Koordination, Heilbehandlung und Gesundheitsberatung zuständig sind, größere organisatorische Autonomie und werden seitdem von Managern geleitet und nicht mehr von politischen Komitees. Große Krankenhäuser sind nun weniger abhängig von den lokalen USL, müssen allerdings eine finanziell ausgeglichene Bilanz haben. Überschüsse können reinvestiert werden, Defizite führen zum Verlust der Autonomie. Allerdings bekommen die USL vom Staat nur noch bestimmte Standardzahlungen pro Patient, so daß weitere Ausgaben regional finanziert werden müssen, durch höhere Zuzahlungen oder Steuern. 1993 und 1994 wurden die Regeln für Zuzahlungen weiter verschärft, um den Mißbrauch von Ausnahmeregelungen zu unterbinden<sup>187</sup>. Und 1993 wurde ein jährlicher Pauschalbeitrag für die Krankenhausbehandlung Besserverdienender eingeführt<sup>188</sup>.

1994 wuchs wegen weiter steigender Rentenausgaben (siehe Tabelle 4) der Druck von EU und IWF auf die Regierung, eine radikalere Reform durchzuführen. Daraufhin beschleunigte die Berlusconi Regierung den Fahrplan für die 92er Rentenreform<sup>189</sup>. Im Jahr darauf gab es eine weitere umfangreiche Reform, die eine neue Rentenberechnung, ein Mindestalter für den Bezug von Frührenten und strengere Regeln für den Bezug von Invalidenrenten einführte.

Wie auch Abbildung 4 zeigt, gab es zwischen 1983 und 1994 nur geringe Änderungen in der Höhe und Finanzierung der Sozialausgaben. Erst gegen Ende der Achtziger zeichneten sich mit steigenden Rentenausgaben starke finanzielle Probleme des italienischen Wohlfahrtsstaates ab. Hauptproblem und Ziel der meisten Reformen war die extrem schlechte Effizienz. So stellte Enzo Minigione Ende der Achtziger fest: „The problem of the Italian welfare state lies in the low performance of social expenditure itself.“<sup>190</sup> Auf dem Weg zu effizienteren Sozialleistungen wurde allerdings das System der vergleichsweise hohen Beitragsfinanzierung beibehalten. Mehr noch: obwohl man mit der Einführung des SSN 1978 versuchte, zumindest das Gesundheitssystem allein durch Steuern zu finanzieren, wird immer noch die Hälfte der Ausgaben durch Beiträge finanziert, und die Krankenhauspauschale von 1993 scheint auch nicht auf eine andere Finanzierungsart in naher Zukunft hinzudeuten.

Die Reformen nach 1992 machen den Versuch einer Auslagerung der Sozialaufgaben in die Privatwirtschaft deutlich. Die Unterstützung für den Aufbau betrieblicher Zusatzrenten und die Leitung der USL durch Manager belegen dies.

---

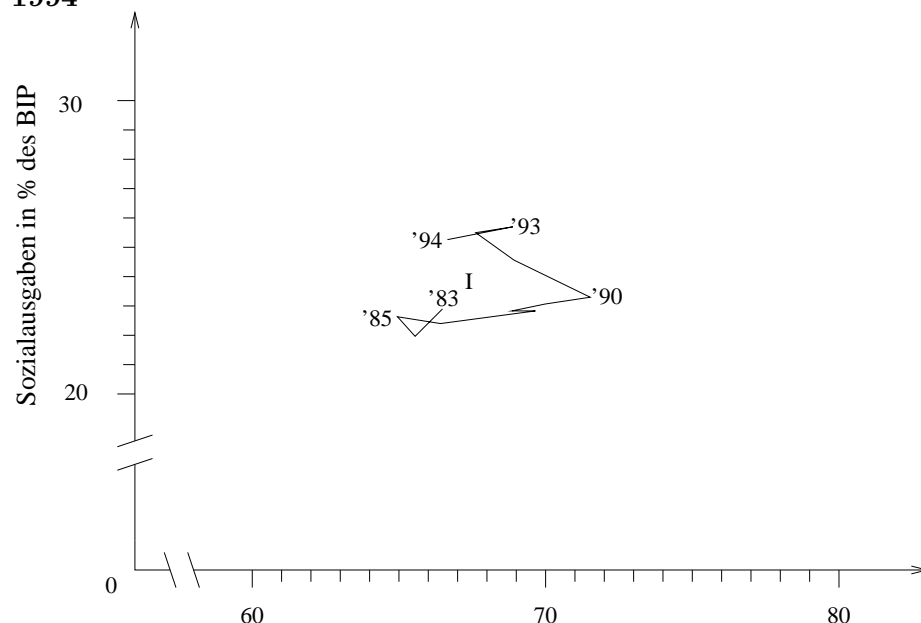
<sup>187</sup>ebd. S.241f

<sup>188</sup>Kommission der EG, 1994, S.27

<sup>189</sup>Ferrera, 1997, S.241

<sup>190</sup>Minigione, 1988, S.213

**Abbildung 4: Entwicklung des italienischen Sozialsystems von 1983-1994**



Anteil der durch Beiträge finanzierten Sozialausgaben in % der gesamten Sozialausgaben

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung

## 4.5 Deutschland

### 4.5.1 Ursprünge und Geschichte des deutschen Sozialstaates

Die noch heute bestehenden Grundprinzipien des deutschen Sozialsystems gehen auf die Sozialgesetze aus den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts zurück. Auf Betreiben des Reichskanzlers Otto von Bismarck wurden zwischen 1883 und 1889 das Krankenversicherungsgesetz, das Unfallversicherungsgesetz und das Invaliden- und Altersversicherungsgesetz erlassen.

Die Idee der von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanzierten Versicherung gegen bestimmte Risiken des Arbeitslebens ging auf die handwerklichen Hilfskassen zurück, die sich aus den Zünften entwickelt hatten<sup>191</sup>. Seit 1845 war es in Preußen auch Industriearbeitern erlaubt, diesen Kassen beizutreten. Die Mitte des 19. Jahrhunderts einsetzende Industrialisierung machte eine Absicherung gegen die verschiedenen Arten des Einkommensverlustes nötig. Selbsthilfe der Arbeiter wurde jedoch durch Koalitionsverbote des (preußischen) Staates verboten,

<sup>191</sup>Neumann; Schaper, 1998, S.25

wodurch sich die Entwicklung von Gewerkschaften verzögerte. Dies gipfelte im Sozialistengesetz von 1878, das im 1871 gegründeten deutschen Reich sozialistische Parteien, Vereine, Versammlungen und Schriften verbot. Die andere Seite dieser von Bismarck verfolgten Doppelstrategie zur Schwächung der Arbeiterbewegung war die Sozialversicherungspolitik, die die Arbeiter in das Reich einbinden sollte<sup>192</sup>.

Versicherungspflicht bestand zunächst nur für Industriearbeiter. In der weiteren Entwicklung versuchte man den Schutz auf weitere Berufsgruppen auszudehnen. Anfang des 20. Jahrhunderts wurden Landarbeiter, Angestellte und selbständige Handwerker mit einbezogen. Bis 1911 hatte die Sozialversicherung 13.6 Mio Mitglieder<sup>193</sup>. Aber nicht nur die Mitgliederzahl vergrößerte sich. Die Leistungen der Sozialversicherung stiegen, und weitere Risiken wurden abgesichert. 1924 wurde das Armenwesen von der öffentlichen Fürsorge abgelöst, und 1927 wurde die Arbeitslosenversicherung eingeführt<sup>194</sup>, die zuvor von den Gewerkschaften verwaltet wurde, was zu einem starken Anstieg der Mitgliederzahlen geführt hatte.

Die Weltwirtschaftskrise von 1929 führte jedoch zu Kürzungen der Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung und anderer beschäftigungsrelevanter Ausgaben. Während des Nationalsozialismus bestand die Sozialpolitik hauptsächlich aus massiven Beschäftigungsprogrammen in der Rüstung und im Straßenbau. Das Sozialsystem wurde weitgehend beibehalten, jedoch wurden die Leistungen eingefroren und die Selbstverwaltung der Kassen durch das Führerprinzip ersetzt. Die in der Weimarer Republik gewonnenen Mitwirkungsrechte der Arbeitnehmer wurden wieder zurückgenommen<sup>195</sup>.

Nach dem Krieg entschied man sich in Westdeutschland für die Fortführung und Erneuerung der Sozialversicherung. Der wirtschaftliche Aufschwung erlaubte bald einen weiteren Ausbau des Sozialsystems. Bemerkenswert dabei ist die Rentenreform von 1957, nach der die Renten automatisch an die Entwicklung der Löhne und Gehälter angepaßt wurde, wodurch auch Rentner am Wohlstandszuwachs teilhaben sollten. Die weitere Entwicklung war bestimmt durch den Anstieg der Leistungen und durch die Versuche weitere - vor allem schwache - Gruppen mit abzusichern. So wurde 1961 das Sozialhilfegesetz verabschiedet, das ein Existenzminimum garantieren sollte<sup>196</sup>. 1956 wurde die Arbeitslosenversicherung reformiert und der Lohnersatz deutlich angehoben und ab 1969 durch das Arbeitsförderungsgesetz die aktive Arbeitsmarktpolitik gestärkt.

Die Sozialversicherung ist in mehrere Zweige aufgeteilt: in die Arbeitslosenversicherung, die Gesetzliche Rentenversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung

---

<sup>192</sup>Wilson, 1993, S.144

<sup>193</sup>ebd.

<sup>194</sup>Neumann; Schaper, 1998, S.45

<sup>195</sup>ebd. S.32

<sup>196</sup>Alber, 1986, S.12

und die Gesetzliche Krankenversicherung. Bis auf die Arbeitslosenversicherung, die von den Arbeitgebern getragen wird, gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Trägern für die jeweiligen Zweige<sup>197</sup>. Grundsätzlich sind alle Arbeitnehmer pflichtversichert<sup>198</sup>, jedoch ist es ab einem bestimmten Jahreseinkommen möglich, statt der Gesetzlichen Krankenversicherung sich eine private Versicherung zu nehmen. Selbständige können sich freiwillig in der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung versichern und bestimmte Gruppen von Selbständigen sind in der Unfallversicherung pflichtversichert. Die Arbeitslosenversicherung ist für Selbständige nicht offen. Bis Mitte der Siebziger finanzierten sich die Sozialversicherungszweige, außer der Rentenversicherung, selbst - ohne staatliche Zuschüsse<sup>199</sup>.

Seitdem führten drei Faktoren zur (vor allem finanziellen) Krise des deutschen Wohlfahrtsstaates. Die mit Beginn der Wirtschaftskrise 1974/75 einsetzende Massenarbeitslosigkeit stieg bis Mitte der Achtziger an und verharrt seitdem auf hohem Niveau<sup>200</sup>. Dies ließ die Ausgaben der Arbeitslosenversicherung steigen und deren Einnahmen sinken. Die steigende Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang<sup>201</sup> und Frühverrentungen zur Entlastung des Arbeitsmarktes belasteten die Rentenversicherung immer mehr. Und schließlich stiegen die Ausgaben des Gesundheitswesens - u.a. auch durch den größer werdenden Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung - stark an.

#### 4.5.2 1975-1982

Eine Politik des Sparens setzte schon 1974 nach der Wahl Helmut Schmidts zum Bundeskanzler ein. Hauptziele seiner Regierung waren die Reduzierung der Staatsschulden, ein Wechsel in der Steuerpolitik, um private Investitionen zu fördern und die Bekämpfung der Inflation<sup>202</sup>. Infolgedessen gab es bereits ab 1975 Kürzungen im Sozialsystem. Diese bestanden zunächst in einer Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen zum Erhalt von Arbeitslosenhilfe, Kürzungen und erschwertem Zugang zu Aus- und Fortbildungsprogrammen für Arbeitslose und einer Beitragserhöhung zur Arbeitslosenversicherung. Zwei Jahre später wurde

---

<sup>197</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und-gestaltung, 1994, S.26

<sup>198</sup>Ausnahmen gibt es für einige Sondergruppen, wie z.B. Beamte und Soldaten. Abhängige Ehepartner und Kinder sind kostenlos in der Krankenversicherung mitversichert

<sup>199</sup>Wilson, 1993, S.166

<sup>200</sup>Nach annähernder Vollbeschäftigung bis 1974, stieg die Arbeitslosenquote bis 1978 auf 4%, lag 1982 bei 6.8%, 1985 bei 8.7% und 1988 bei 8.1% (Alber, 1986, S.114 und Statistisches Jahrbuch für das Ausland, 1989, S.102)

<sup>201</sup>So betrug das Verhältnis der über 65jährigen zur Gesamtbevölkerung 1987 21.64%, 1990 22.38% und wird voraussichtlich im Jahr 2010 31.32% und 2020 34.97% betragen (Schmid, 1996, S.188)

<sup>202</sup>Alber, 1986, S.114

die Kontrolle von Arbeitslosengeldempfängern erhöht und die Zahlung der Arbeitslosenhilfe auf ein Jahr beschränkt<sup>203</sup>.

Im selben Jahr gab es auch eine Reform der Renten. Durch Absenken der Berechnungsgrundlage wurde die Berechnungsformel zum ersten mal seit 1957 entscheidend verändert. Folge war ein niedrigeres Rentenniveau. Die Anpassung an die Lohnentwicklung wurde um ein halbes Jahr verschoben, was ebenfalls Kosten sparte. 1978 wurde die normale Indexierung der Renten für die folgenden drei Jahre durch eine Regelung ersetzt, die die Renten langsamer steigen ließ. Dieselbe Regelung galt für die Sozialhilfe. Zusätzlich wurden die Rentenversicherungsbeiträge erhöht. Ebenfalls 1977 wurde mit einer „Konzertierten Aktion“ versucht, die wachsenden Gesundheitskosten zu bekämpfen. Die Veränderungen bei der Krankenversicherung waren allerdings nur gering. Die Rezeptgebühr und die Zuzahlung für Zahnersatz wurden leicht angehoben. Für mitversicherte Familienmitglieder wurden Einkommensgrenzen eingeführt.

Als Folge dieser Maßnahmen stagnierten nach 1977 die Rentenausgaben<sup>204</sup>. Die Zahlungen der Krankenversicherung und Ausgaben für Arbeitslose stiegen allerdings weiter an<sup>205</sup>. Auch das Haushaltsdefizit stieg nach 1977 wieder, nachdem es 1976 und 1977 kurzfristig zurückgegangen war<sup>206</sup>. Daraufhin verabschiedete die Regierung Schmidt 1981 ein Gesetz zur Haushaltskonsolidierung, das weitere Kürzungen im Sozialsystem brachte. Infolgedessen wurde der staatliche Zuschuß zur Rentenversicherung um 3.5 Mrd. DM gekürzt. Gleichzeitig senkte die Regierung den Beitrag zur Rentenversicherung auf 18% und die Rentenanpassung folgte wieder der alten Praxis. Im Gesundheitswesen erhöhte man erneut die Rezeptgebühren und Zuzahlungen zu Zahnersatz. Der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung erhöhte sich von 3% auf 4%. Die Zeit, die man in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt haben mußte, um Leistungen zu erhalten, wurde auf ein Jahr verdoppelt. Die Leistungen wurden indirekt gekürzt, durch eine neue Berechnung des Arbeitslosengeldes. Weitere Regelungen senkten die Zahlungen für Fortbildungsprogramme und führten schärfere Bestrafungen für Mißbrauch ein. Die Sozialhilfe wurde nur um 3% erhöht und lag damit unter dem Preisindex. Die Zahlungen wurden durch Einführung einer strikteren Bedürftigkeitsprüfung gesenkt. Auch in anderen Bereichen, wie etwa beim Kindergeld, dem Wohngeld und der Ausbildungsunterstützung gab es Kürzungen<sup>207</sup>.

1982 wurde diese Politik weiter fortgesetzt. Wieder stiegen die Zuzahlungen im Gesundheitswesen und eine Liste von Medikamenten, die die Krankenversicherung nicht zahlt, wurde eingeführt. Die jährliche Erhöhung der Renten (und

---

<sup>203</sup>ebd. S.115

<sup>204</sup>ebd. S.22

<sup>205</sup>ebd. S.24 und 26

<sup>206</sup>ebd. S.36

<sup>207</sup>ebd. S.115f

der Sozialhilfe) wurde verschoben, der Staatszuschuß gekürzt. Der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung erhöht, der Zugang erschwert und Leistungen gesenkt. Wilson (1993) schätzt, daß die Veränderungen Anfang der achtziger Jahre den realen Lohnersatz des Arbeitslosengeldes von ca. 65% auf ca. 55% senkte<sup>208</sup>. Um den Arbeitsmarkt zu entlasten, wurden allerdings auch Vorruhestandsregelungen eingeführt<sup>209</sup>.

Die Regierungszeit Schmidts ist gekennzeichnet von dem Versuch, die Sozialausgaben nicht weiter ansteigen zu lassen ohne das System an sich zu reformieren oder das Leistungsniveau massiv zu senken. Statt dessen wurde versucht, mit vielen verschmerzbaeren Kürzungen auf der einen Seite und Beitrags- bzw. Zahlungserhöhungen auf der anderen Seite Geld zu sparen. Die Einsparungen wurden aber durch die sich erneut verschlechternde wirtschaftliche Situation zu nichte gemacht. Seit 1979 fielen die Zuwachsraten zum BIP und 1981/82 war das Wachstum negativ. Die Zahl der Arbeitslosen verdoppelte sich von 1980 (3.4%) bis 1982 (6.8%)<sup>210</sup>. 1982 vergrößerten sich die wirtschaftspolitischen Differenzen der sozial-liberalen Koalition und führten zum Bruch. Am 1.10.1982 wurde Helmut Kohl durch ein konstruktives Mißtrauensvotum zum Kanzler einer christlich-liberalen Koalition gewählt. Im März des folgenden Jahres wurde die neue Koalition durch Bundestagswahlen deutlich bestätigt.

### 4.5.3 1983-1990

Mit Beginn der Koalition aus Union und FDP wurde der Kurs der Leistungsverkürzungen im Sozialsystem verschärft. Die Rentenberechnung wurde erneut überarbeitet, wiederum zuungunsten der Rentner<sup>211</sup>. Die Anpassung an die Lohnentwicklung wurde um ein halbes Jahr verschoben, und ab 1984 wurden die Renten an die Lohnzuwachsrate des jeweiligen Vorjahres angepaßt. Bei der Berechnung des Rentenversicherungsbeitrages wurden weitere Einkommen miteinbezogen, so daß die Beiträge stiegen, ohne daß der Beitragssatz selbst erhöht wurde. Für den Bezug einer Invalidenrente wurden die Zugangsvoraussetzungen verschärft. Allerdings wurde die Mindestbeitragszeit für den Bezug der Altersrente von 15 auf 5 Jahre verkürzt. 1984 wurden die beitragsfinanzierten Zuschläge für Rentenbezieher mit abhängigen Kindern zugunsten einer pauschalen, steuerfinanzierten - und meist niedrigeren - Familienzulage gestrichen<sup>212</sup>.

Mit zunehmender Arbeitslosigkeit stieg der Druck auf die Arbeitslosenversicherung. Darum wurde 1983 ein Gesetz verabschiedet, das ab 1984 den Lohnersatz

---

<sup>208</sup>Wilson, 1993, S.156

<sup>209</sup>Kommission der EG, 1994, S.36

<sup>210</sup>Statistisches Jahrbuch für das Ausland 1989, S.40

<sup>211</sup>Alber, 1986, S.115

<sup>212</sup>Kommission der EG, 1994, S.33

des Arbeitslosengeldes von Unverheirateten um 5% auf 63% des Nettolohnes und die Arbeitslosenhilfe um 2% auf 56% absenkte. Dafür wurde der Bezugszeitraum von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung verlängert. Mit diesen Maßnahmen versuchte man, das System an die neue Situation anzupassen, denn die Zahl der Langzeitarbeitslosen vergrößerte sich extrem schnell. Gab es 1980 noch 64389 Personen, die länger als ein Jahr arbeitslos waren (41756 länger als zwei Jahre), versechsfachte sich ihre Zahl bis 1985 fast auf 363110<sup>213</sup>. Die Zahl derjenigen, die länger als zwei Jahre arbeitslos waren, stieg auf 302683, was einem Zuwachs von mehr als 700% entspricht. Um auch das Beitragsaufkommen zu erhöhen, wurde ähnlich wie bei den Renten die Berechnung geändert. Auch die Sozialhilfe wurde indirekt gekürzt, indem wieder die Anpassung unterhalb der Inflationsrate lag und Wohnungszuschüsse beschnitten wurden.

Mitte der Achtziger versuchte die christlich-liberale Regierung, die Arbeitslosigkeit vermehrt mit der Deregulierung des Arbeitsmarktes zu bekämpfen<sup>214</sup>. Zentral dafür war das Beschäftigungsförderungsgesetz von 1985, das bei Neueinstellungen länger befristete Verträge zuließ und die Teilzeitarbeit fördern sollte. Man hoffte, daß dadurch Arbeitgeber bereit seien, Einstellungen vorzunehmen, um Überstunden abzubauen. Die Arbeitslosenquote sank bis Ende der Achtziger jedoch nur leicht um 0.6 Prozentpunkte.

Obwohl die Ausgaben für Renten und Gesundheit als Teil des BIP seit 1982 konstant waren<sup>215</sup>, versuchte man im Hinblick auf die zukünftige demographische Entwicklung, die Rentenversicherung und das Gesundheitswesen an die neue Situation anzupassen. Dies geschah in zwei umfangreichen Reformpaketen. Zum einen mit der dreistufigen Gesundheitsreform, deren ersten Stufe 1988 verabschiedet wurde, zum anderen mit dem 1989 beschlossenen „Rentenreformgesetz 1992“. Die erste Stufe der Gesundheitsreform, das Gesundheitsreformgesetz (GRG), zielte erneut auf eine reine Kostendämpfung. Dazu wurden höhere Gebühren für die Patienten und Festbeträge für Arzneimittel eingeführt<sup>216</sup>. Die Festbeträge sollten dazu dienen, daß Ärzte bei Medikamenten mit gleichem Wirkstoff das jeweils billigere verschreiben. Der Effekt hielt sich aber in Grenzen, der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP blieb zumindest bis 1993 unverändert, was auch an der Einführung neuer Leistungen lag.

Die Rentenreform bracht dagegen sehr viel einschneidendere Veränderungen<sup>217</sup>. Die Rentenanpassungsformel und die Höhe und Fortschreibung des Bundeszuschusses wurden geändert. Seit 1992 wird die Rentenentwicklung nicht mehr an

---

<sup>213</sup>Neumann; Schaper, 1998, S.218

<sup>214</sup>Offe, 1990, S.13; Tálos, 1993, S.41 und 44; Neumann; Schaper, 1998, S.125ff

<sup>215</sup>OECD, 1996, S.93f

<sup>216</sup>Kommission der EG, 1994, S.37 und Neumann; Schaper, 1998, S.204ff

<sup>217</sup>Rolf; Wagner, 1990, S.509ff

die Entwicklung der Brutto-, sondern der Nettolöhne angepaßt<sup>218</sup>. Da letztere langsamer steigen als erstere, ist auch dies eine indirekte Kürzung. Der Zuschuß des Staates wird weiterhin nach der Bruttolohnentwicklung erhöht und bei Beitragserhöhungen entsprechend angehoben. Die Altersgrenze wird angehoben und soll allmählich auf 65 Jahre steigen. Wer vorzeitig Altersrente beziehen will, kann dies frühestens ab dem 62. Lebensjahr und bekommt eine verminderte Rente. Weiterhin wurde ein Teilrentensystem eingeführt, um den Arbeitsmarkt zu entlasten ohne die Rentenversicherung zu stark zu belasten. Schließlich wurden auch weitere rentenrechtlichen Zeiten eingeführt. So wird seit 1992 die Pflege eines schwerbehinderten Familienangehörigen bei der Rentenberechnung gewertet, als hätte man Beiträge entrichtet. Die Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten bei der Rentenberechnung, die 1986 eingeführt worden war, wurde für Kinder, die nach dem 1.1.1992 geboren werden, verbessert.

Die ersten zwei Amtszeiten Helmut Kohls brachten weitere Kürzungen im Sozialsystem und, wie Abbildung 5 zeigt, eine Erhöhung der Beitragsfinanzierung der Sozialausgaben um über 10 Prozentpunkte. Zwischen 1980 und 1990 stieg der individuelle Beitragssatz (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil in Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung) von 32.4% auf 35.6%<sup>219</sup>. Mit den verschärften Zugangsvoraussetzungen zur Arbeitslosenversicherung, speziell der Ausdehnung der benötigten Beitragszeiten, wurde das System selektiver und damit „Bismarckscher“<sup>220</sup>. Andererseits wird mit der Erweiterung rentenrechtlicher Zeiten auch versucht, Personen, die zeitweise außerhalb des Arbeitsmarktes sind, abzusichern und somit anerkannt, daß das Normalarbeitsverhältnis (der durchgehend arbeitende männliche Ernährer) nicht mehr so „normal“ ist. Damit wird die scheinbare Tendenz zu einer stärkeren Betonung bismarckscher Komponenten des Sozialsystems relativiert.

Ende 1989 zeichnete sich mit dem Zusammenbruch des alten DDR Regimes die deutsche Wiedervereinigung ab. Nachdem es die Regierungen Schmidt und Kohl geschafft hatten, die relativen Sozialausgaben nicht weiter steigen zu lassen, bedeutete dies eine extreme Belastung für den deutschen Wohlfahrtsstaat, die weitere Reformen nötig - aber auch durchsetzbar - machte.

#### 4.5.4 1990-1994

Mit dem Anschluß des Gebietes der ehemaligen DDR an die BRD am 3.10.1990 wurde auch das bundesdeutsche Sozialsystem auf die fünf neuen Bundesländer

---

<sup>218</sup>Ebenso die Leistungen der Arbeitslosenversicherung.

<sup>219</sup>Neumann; Schaper, 1998, S.154

<sup>220</sup>Folge ist unter anderem die stetige Zunahme von Sozialhilfeempfängern seit Anfang der siebziger Jahre. Mitte der Siebziger waren es 0.75 Mio. 1980 1.4 Mio. und 1988 3.5 Mio. (Wilson, 1993, S.149)



ausgedehnt. Die Rechtsangleichung lief jedoch nicht in einem Schritt. Deswegen gab es zunächst viele Übergangsregelungen, die zum Teil heute noch gelten. So sind zum Beispiel Zuzahlungen zu Medikamenten niedriger, aber auch die Leistungen der Rentenversicherung sind geringer<sup>221</sup>. Die Kosten der Sozialunion sind beträchtlich. Allein im zweiten Halbjahr 1990 belief sich das Gesamtdefizit der Sozialversicherungen in den neuen Ländern auf 13.25 Mrd. DM. Dieses Defizit wird mit Bundesmitteln gedeckt<sup>222</sup>. Die gesamten West-Ost-Transfers erreichten 1997 die Summe von über einer Billion (!) Mark<sup>223</sup>. Besonders die Arbeitslosenversicherung und die Sozialhilfe gerieten unter finanziellen Druck. Hatten die Ausgaben für die Arbeitslosigkeit in Westdeutschland 1990 noch 1.13% des BIP ausgemacht, waren es 1991 im Osten allein 1.02% des gesamtdeutschen BIP und 2.01% in Ost und West zusammen. Die Kosten für die Frühverrentung aus Arbeitsmarktgründen verzehnfachte sich von 0.05% ('90 West) auf 0.52% ('91 Gesamt)<sup>224</sup>. Die rückläufige Arbeitslosigkeit im Westen wurde durch die ansteigende Arbeitslosigkeit im Osten mehr als kompensiert. Im August 1992 betrug die offizielle Arbeitslosenquote im Westen 6.0% und im Osten 14.4%. Allerdings waren in dieser Quote nicht diejenigen enthalten, die durch Frühverrentungen, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Kurzarbeit, Fortbildungsmaßnahmen usw. erfaßt wurden. Frührente wurde für viele über 45jährige im Osten zur Norm<sup>225</sup>. Nach Schmid (1996) wurde der Arbeitsmarkt durch die aktive Arbeitsmarktpolitik um ca. 1.8 Mio. Personen entlastet<sup>226</sup>. Dafür wurden 1991 weitere Vorruhestandsregelungen getroffen, vor allem für Selbständige in den neuen Ländern<sup>227</sup>. Damit stiegen auch die Ausgaben für die Renten deutlich an. Nachdem sie zwischen 1980 und 1990 zwischen 7% und 8% des BIP schwankten, stiegen sie bis von 1990 (7.07% West) bis 1993 (8.24% Gesamt) um über einen Prozentpunkt des BIP.

Außer der Betonung der aktiven Arbeitsmarktpolitik gab es Anfang der Neunziger zwei große Reformen im Gesundheitswesen. 1992 wurde das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) erlassen und 1994 die Pflegeversicherung eingeführt. Das GSG soll die Effizienz der Gesetzlichen-Krankenversicherungs-Kassen steigern. Dies soll durch zwei Mechanismen erreicht werden. Zum einen soll ein Risikostrukturausgleich etwa gleiche Beitragshöhen erreichen. So erhält eine Kasse, der überproportional viele Rentner angehören, von den anderen Kassen einen Ausgleich gezahlt, aber nur in Höhe der durchschnittlichen Ausgaben für einen Rentner in allen Kassen. Damit sind Kassen, die höhere Ausgaben pro Rentner haben als der Durchschnitt, gezwungen, ihre Beitragssätze zu erhöhen. Die zweite Maßnahme

---

<sup>221</sup>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 1994, S.40

<sup>222</sup>ebd. S.27

<sup>223</sup>Neumann; Schaper, 1998, S.41

<sup>224</sup>OECD, 1996, S.94

<sup>225</sup>Wilson, 1993, S.161

<sup>226</sup>Schmid, 1996, S.249

<sup>227</sup>Kommission der EG, 1994, S.35

ist die Wahlfreiheit zwischen den Kassen. Die Kassen müssen nun in Wettbewerb um die Patienten treten<sup>228</sup>. Zumindest die vor dem GSG herrschenden Unterschiede in der Beitragshöhe verschwanden in der Folgezeit.

Die Pflegeversicherung soll die in Zukunft zu erwartenden steigenden Kosten für die Pflege vor allem alter Menschen auffangen. Nicht allein der demographische, sondern auch der soziale Wandel machen eine Absicherung nötig. Immer weniger Pflegebedürftige werden in der Familie gepflegt. Kinder haben ihren Lebensmittelpunkt oft weit entfernt gefunden, und Frauen sind durch zunehmende Berufstätigkeit mit der Altenpflege überfordert. Die neue Absicherung ist voll in das alte System integriert und bildet den fünften Zweig der Sozialversicherung<sup>229</sup>. Beiträge werden von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt. Zur Entlastung der Arbeitgeber wurde allerdings ein Feiertag gestrichen<sup>230</sup>. Träger sind die gesetzlichen Krankenkassen. Leistungen sind sowohl Geld- als auch Sachleistungen, in Form von ambulanten Pflegeeinsätzen.

Die Entwicklung Anfang der neunziger Jahre ist hauptsächlich durch die Wiedervereinigung geprägt. Der in Abbildung 5 nach 1991 zu beobachtende rapide Anstieg der Sozialausgaben macht dies deutlich. Zur gleichen Zeit wurden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und der Pflegeversicherung versucht, den veränderten Lebensbedingungen Rechnung zu tragen. Die längere Lebenserwartung, die zunehmende Auflösung des Normalarbeitsverhältnisses und verstärkte Individualisierung bereiten der Sozialversicherung Probleme. Trotzdem wurde versucht, diesen Herausforderungen ohne einen grundlegenden Wechsel des Sozialsystems zu begegnen. Die Sozialversicherung wurde um die Pflegeversicherung erweitert und die Gesetzliche Krankenversicherung soll durch die Einführung von Wettbewerb effizienter gestaltet werden. Abbildung 5 zeigt zwischen 1991 und 1993 einen Rückgang der Beitragsfinanzierung. Dieser ist allerdings nur relativ, da die Defizite der Ostdeutschen Sozialversicherung hauptsächlich durch Steuern gedeckt wurden. Nach 1993, als die relativen Sozialausgaben wieder konstant bleiben, steigt der Anteil der beitragsfinanzierten Ausgaben wieder leicht, was möglicherweise auf die Pflegeversicherung zurückzuführen ist.

Insgesamt kann die Entwicklung von 1975 bis 1994 als Phase der Konsolidierung beschrieben werden. Wie Abbildung 5 zeigt, blieben die Ausgaben bis Ende der Achtziger etwa konstant und sanken Anfang der Neunziger leicht, bevor die Ausgaben für die Sozialunion die gesamten Sozialausgaben schnell steigen ließen. Die Finanzierung der Ausgaben durch Beiträge hat in dieser Zeit weiter zugenommen. Zwischen 1970 und 1996 stieg der Beitragssatz zur Sozialversicherung

---

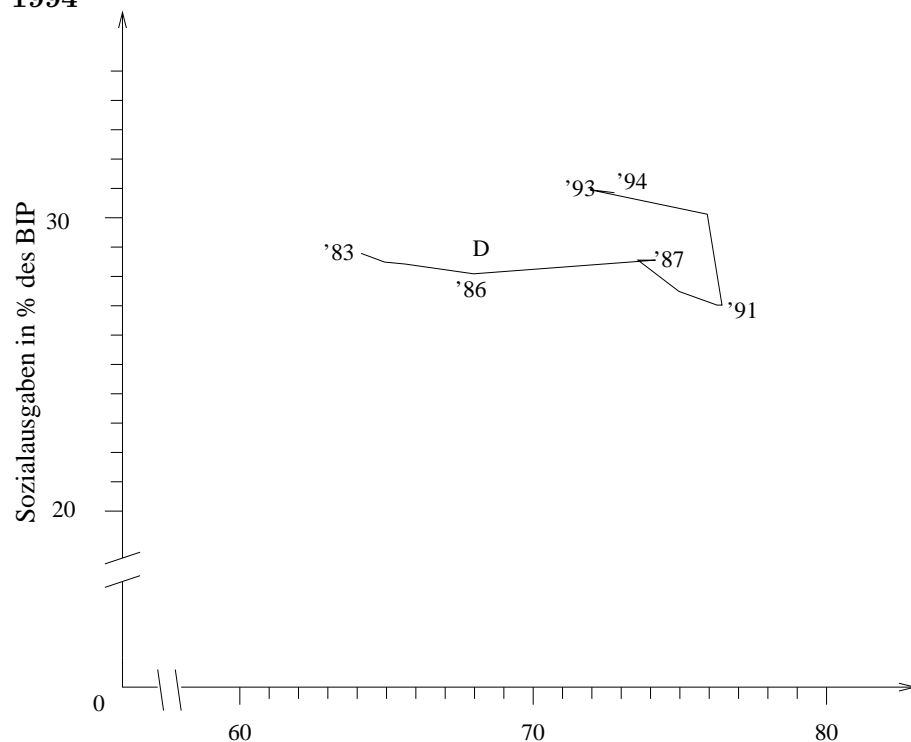
<sup>228</sup>Neumann; Schaper, 1998, S.194

<sup>229</sup>ebd. S.219ff

<sup>230</sup>In den Bundesländern, in denen kein Feiertag gestrichen wurde, zahlen allein die Arbeitnehmer den Beitrag.

von 26.5% auf 40.6%<sup>231</sup>. Größtenteils ist diese Entwicklung aber nicht auf eine stärkere Betonung bismarckscher Sozialpolitik zurückzuführen, sondern liegt an der sinkenden Zahl von Arbeitnehmern gegenüber einer steigenden Zahl von Leistungsempfängern, insbesondere von Rentnern. Der deutsche Wohlfahrtsstaat hat sich also in bezug auf die Finanzierung von Sozialleistungen nicht grundlegend geändert und hat es geschafft, die Sozialausgaben nicht weiter steigen zu lassen.

**Abbildung 5: Entwicklung des deutschen Sozialsystems von 1983-1994**<sup>232</sup>



Anteil der durch Beiträge finanzierten Sozialausgaben in % der gesamten Sozialausgaben

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung

## 5 Ergebnisse

Im vorhergehenden Teil wurde die Vielzahl der Reformen, die es seit Beginn der Krise des Wohlfahrtsstaates gab, dargestellt. Im Folgenden soll versucht werden

<sup>231</sup> ebd. S.154

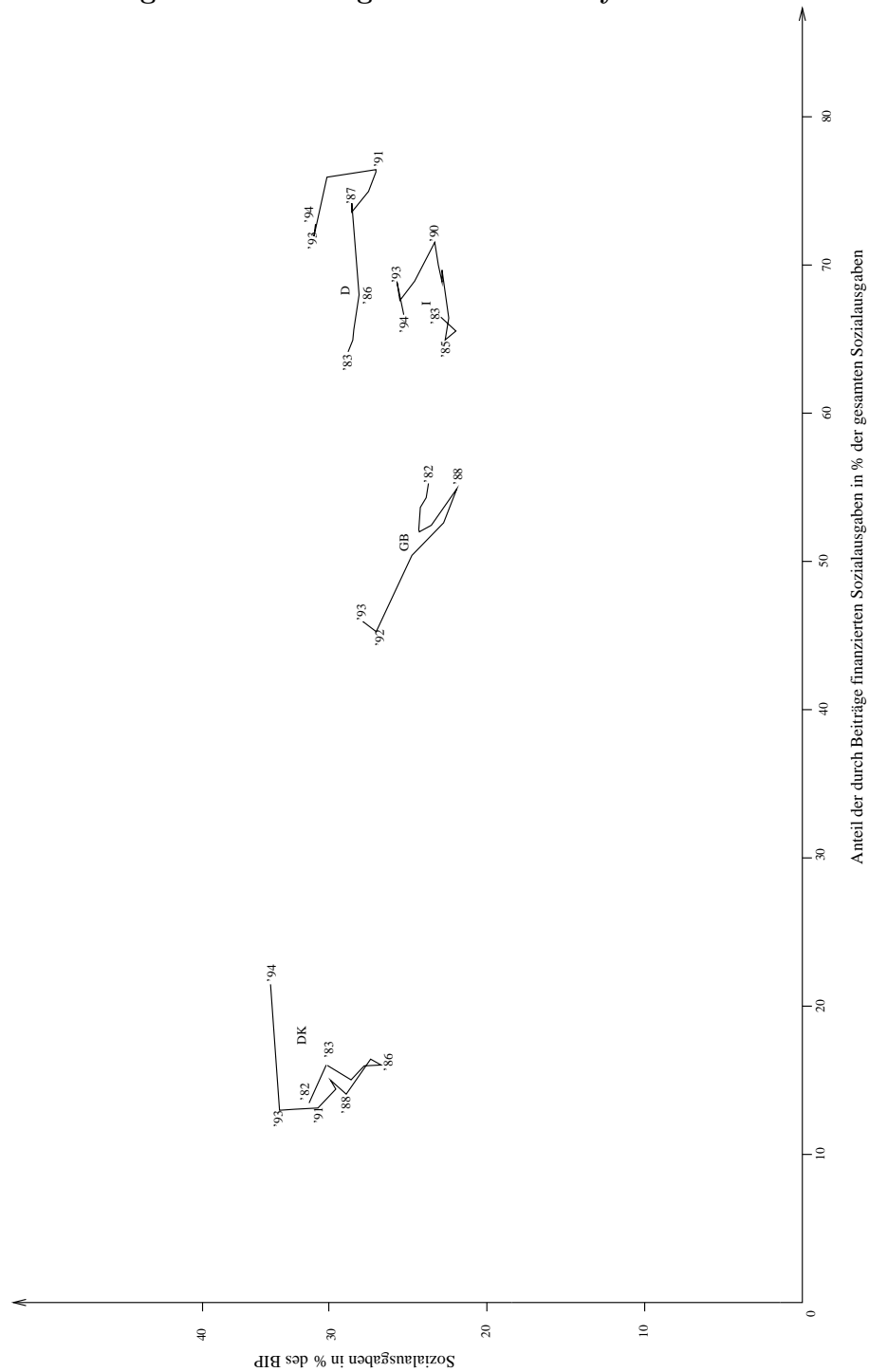
<sup>232</sup> Die Angaben vor 1991 beziehen sich nur auf die alten Bundesländer.

diese Reformen zu strukturieren und mit Blick auf die in der Einleitung erarbeiteten Fragen zu bewerten. Dazu sollen zunächst ähnliche und unterschiedliche Entwicklungstendenzen in den vier Modellen beschrieben werden.

### 5.1 Entwicklungstendenzen

Betrachtet man Abbildung 6, erkennt man in bezug auf die Sozialquote der vier Wohlfahrtsstaaten eine deutliche Übereinstimmung. Von Anfang bis Mitte (Dänemark, Italien), bzw. Ende (Deutschland, Großbritannien), der achtziger Jahre sinken die Sozialausgaben relativ zum BIP selbst in Italien, das zu dieser Zeit seine Leistungen noch eher ausbaute. Danach stiegen sie wieder an und erreichten Anfang der Neunziger alle ein Niveau über dem vom Anfang der Achtziger. Obwohl sich alle Länder auf der quantitativen Achse nach oben bewegten, liegen die beiden „low-spender“ Italien und Großbritannien noch immer deutlich unter den „high-spendern“. Bei der Entwicklung der Beitragsfinanzierung läßt sich zunächst keine eindeutige Tendenz ausmachen. Während der Anteil beitragsfinanzierter Sozialausgaben in Deutschland und Italien bis Ende der Achtziger ansteigt, bleibt er im gleichen Zeitraum in Großbritannien und Dänemark in etwa gleich. Zu Beginn der Neunziger steigt er in Dänemark deutlich an, während er in Deutschland und Italien leicht und in Großbritannien stark abfällt. Allerdings wurde bereits auf die Problematik im Fall Großbritanniens hingewiesen, daß durch die Auslagerung beitragsfinanzierter Sozialleistungen in den Privatsektor keinesfalls der Beveridge'sche Aspekt in der Sozialpolitik stärker betont wird. Statt dessen kann zumindest gefolgert werden, daß in keinem der vier Staaten, die Absicherung seit Beginn der Achtziger Beveridge'scher wurde.

Abbildung 6: Entwicklung von vier Sozialsystemen von 1982-1994



Quellen: siehe Abbildungen 2-5

Diese Behauptung wird durch eine weitere Ähnlichkeit in der Sozialpolitik der untersuchten Länder untermauert. Fast alle Sozialprogramme, vor allem aber die Arbeitslosensicherung und die Sozialhilfe, teilweise auch die Renten, wurden selektiver. Der Zugang zu etlichen Programmen wurde erschwert. So wurde z.B. der Bezug von Arbeitslosengeld in Dänemark zwischen 1979 und 1982, in Großbritannien 1986 und 1988 und in Deutschland 1975, 1981 und nach 1982 mehrfach erschwert. Häufig wurden für den Erhalt von Leistungen längere Beitragszeiten zu den Arbeitslosenkassen, bzw. -fonds, gefordert. Da von der Zugangserschwerung typischerweise die fest im Arbeitsmarkt Verankerten ausgenommen sind (z.B. durch lange Beitragszeiten), bewirkt die steigende Selektivität eine Tendenz zum bismarckschen System. Außer der **erhöhten Selektivität** können sechs weitere Arten von Reaktionen ausgemacht werden, die länderübergreifend durchgeführt wurden, wenn auch in unterschiedlich starker Betonung. Erstens gab es **Änderungen in der Indexierung** der Leistungen, die eine indirekte Leistungskürzung darstellten. Besonders zu Beginn der Reformen war diese Maßnahme weit verbreitet. Betroffen waren vornehmlich wiederum das Arbeitslosengeld und die Sozialhilfe (Dänemark 1982-1987, Großbritannien 1980, 1982 und 1986, Deutschland 1978, 1981, 1982), aber auch die Renten (Dänemark 1982-1986, Großbritannien 1980, Deutschland 1982, 1992). Konkret wurden die Zahlungen meist an ungünstigere Indikatoren angepaßt oder Erhöhungen ganz ausgesetzt.

Zweitens gab es **Leistungseinschränkungen der Rentenprogramme**, durch Heraufsetzen des Rentenalters, wie in Italien, Deutschland und Großbritannien, oder durch neue ungünstigere Berechnungsgrundlagen für die Renten. Drittens wurden **Zuzahlungen zur medizinischen Behandlung** eingeführt oder erhöht (Deutschland 1978, 1979, 1989, Italien 1983-1989, Großbritannien 1988). Dies sollte nicht nur Einnahmen bringen, sondern auch den übermäßigen Konsum der Leistungen des Gesundheitswesens drosseln. Besonders das Gesundheitswesen war auch Ziel der vierten Maßnahme. Durch Privatisierungen oder Einführung marktwirtschaftlicher Strukturen versuchte man die **Effizienz der Sozialprogramme zu steigern**. In Großbritannien geschah dies im NHS durch die Einführung von Managern und 1988 durch die Privatisierung der Weiterbildungszentren für Arbeitslose. In Italien und Deutschland verfolgte man 1992 durch Konkurrenz innerhalb des Gesundheitssystems dasselbe Ziel. In Dänemark sollte die umfassende Reform von 1994 alle Sozialleistungen effizienter gestalten. Fünftens wurden in allen Wohlfahrtsstaaten Maßnahmen durchgeführt, die die **Programme vereinfachen** sollten. So wurde die Sozialhilfe in Großbritannien und Dänemark zunehmend pauschalisiert, um Aufwand zu sparen und die Ausgaben berechenbarer zu machen. In Italien wurden aus dem selben Grund zahlreiche Ausnahmeregelungen im Gesundheitswesen gestrichen. Sechstens versuchte man **durch aktive und passive Arbeitsmarktpolitik den Arbeitsmarkt zu entlasten**. In Dänemark wurde 1978 die Frührente und 1987 die Teilrente eingeführt. Ausbildungs-

und Arbeitsangebote für Arbeitslose gab es seit 1978. Am weitreichendsten waren die Urlaubsangebote von 1994. In Großbritannien gibt es seit 1977 den Vorruchstand aus Arbeitsmarktgründen. Ebenso in Italien und Deutschland (1982). Besonders nach der deutschen Einheit wurden die Ausbildungsprogramme und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen ausgeweitet.

Die stärkere Selektivität und die Änderungen der Indexierung und der Berechnung von Leistungen waren - anders als grundlegendere Reformen - schon zu Beginn der Krise weit verbreitet. Dies liegt an den niedrigen politischen Kosten für erstere. Veränderungen in der Anpassung der Leistungen nehmen den Empfängern nichts, was sie schon haben, sondern nur, was sie nach der bisherigen Regelung bekommen würden. Die Abweichung ist zudem anfangs recht gering und führt erst nach einigen Jahren zu einem beträchtlichen Unterschied in den Zahlungen<sup>233</sup>. Es muß also nicht mit großen Protesten der Bürger gerechnet werden. Ähnlich verhält es sich mit dem erschwerten Zugang zu Leistungen. Da meist nur wenige betroffen sind und zudem die Beschränkungen mit der „Konzentration der Leistungen auf wirklich Bedürftige“ begründet werden können, müssen Politiker nicht mit großen Widerständen rechnen. Für umfangreiche Reformen hingegen muß ein konkreter Anlaß gefunden werden, der die Wähler die scheinbare Notwendigkeit einer Reform einsehen läßt. Beispiele dafür bieten die Finanzkrise Italiens 1992 und die deutsche Einheit 1990. Besonders in Italien waren danach die Reformen, die sechs Jahre zuvor noch unmöglich waren, durchführbar. Grundlegende Reformen in einem bestimmten Programm lassen sich auch durchsetzen, wenn es für dieses Programm nur geringe Unterstützung in der Bevölkerung gibt. Wie das Beispiel SERPS zeigt, ist es für eine Regierung aber auch möglich, diese geringe Unterstützung für ein Programm künstlich zu erzeugen.

Deswegen unterscheidet Pierson zwischen „Programmatic Retrenchment“ und „Systemic Retrenchment“<sup>234</sup>. Das erste umfaßt direkte und indirekte Kürzungen in den bestehenden Programmen. Das zweite sind dagegen Reformen, die Kürzungen in Zukunft erleichtern könnten. So macht die Politik der Privatisierungen in der Thatcher-Ära nur Sinn, wenn dafür auf lange Sicht staatliche Sozialausgaben gekürzt werden können. Weiterhin unterscheidet er zwischen Langzeit- und Kurzzeit-Kürzungen<sup>235</sup>. Der Unterschied ist offensichtlich: Langzeit-Kürzungen sind Änderungen in der Indexierung von Leistungen, Kurzzeit-Kürzungen sind Maßnahmen, die sofort ihre volle Wirkung entfalten, wie z.B. die Senkung des Arbeitslosengeldes für Unverheiratete um 5 Prozentpunkte in Deutschland 1984. Ebenso offensichtlich ist, daß Langzeit-Kürzungen und „Systemic Retrenchment“ niedrigere politische Kosten haben, als Kurzzeit-Kürzungen und „Programmatic Retrenchment“. Allgemein betrachtet Pierson Einschnitte in Programme des

---

<sup>233</sup>Siehe dazu 4.3.2

<sup>234</sup>Pierson, 1994, S.4ff

<sup>235</sup>ebd. S.14

Wohlfahrtsstaates als extrem schwer durchsetzbar und meint, daß die Thatcher-Ära zwar viele Veränderungen brachte, aber allgemein die Auswirkungen auf den britischen Wohlfahrtsstaat nur mäßig waren und zwischen den einzelnen Programmen stark variierte<sup>236</sup>.

## 5.2 Folgerungen

Piersons Einschätzung läßt sich auch auf die drei anderen untersuchten Länder übertragen. Abbildung 6 macht deutlich, daß trotz der Veränderungen kein Staat sein System vollkommen änderte. Die Beveridge-Repräsentanten sind weiterhin überwiegend steuerfinanziert und die bismarckschen Staaten finanzieren ihre Ausgaben wie Ende der Siebziger hauptsächlich aus Beiträgen. Alle Länder geben 1994 etwas mehr des BIP für Sozialleistungen aus als zu Beginn der Achtziger. Allerdings ist der Abstand zwischen „low-“ und „high-spendern“ erhalten geblieben, womit aus realtypologischer Sicht diese Unterscheidung weiter bestand hat. Vom Idealtypus des „low-spenders“ haben sich Italien und Großbritannien weiter entfernt. Da aber der Ausgabenanstieg Anfang der Neunziger aller Länder auf die erneute Rezession - und in Deutschland zusätzlich auf die Einheit - zurückgeführt werden kann, kam es auch quantitativ zu keinem Systemwechsel. Mit zunehmender Selektivität - besonders in Großbritannien - und der - in Dänemark deutlichen - Erhöhung des beitragsfinanzierten Anteils der Sozialausgaben, scheinen alle vier Länder leicht zu einer Verstärkung des bismarckschen Aspekts zu tendieren. Der fundamentalste Wechsel in der Sozialpolitik war wohl eher das Ende des permanenten Ausbaus seit Kriegsende. Abbildung 7 zeigt, wie die Sozialquote nach 1980 stagnierte, nachdem sie in den Siebzigern noch stark angestiegen war. Anfang der Neunziger stieg sie aber wieder leicht an. Dies ist aber weniger auf einen weiteren Ausbau als auf die erneute Rezession und damit steigenden Arbeitslosenzahlen zurückzuführen. Einzige Ausnahme für den Konsolidierungstrend der Achtziger bildet der „Nachzügler“ Italien, wo sich ein stetiger Ausbau auch in den Achtzigern fortsetzte. Trotzdem muß die Frage, ob es seit Beginn der Krise in einem der Länder zu einem Systemwechsel in bezug auf Finanzierungsart und Ausgabenhöhe kam, eindeutig mit „Nein“ beantwortet werden.

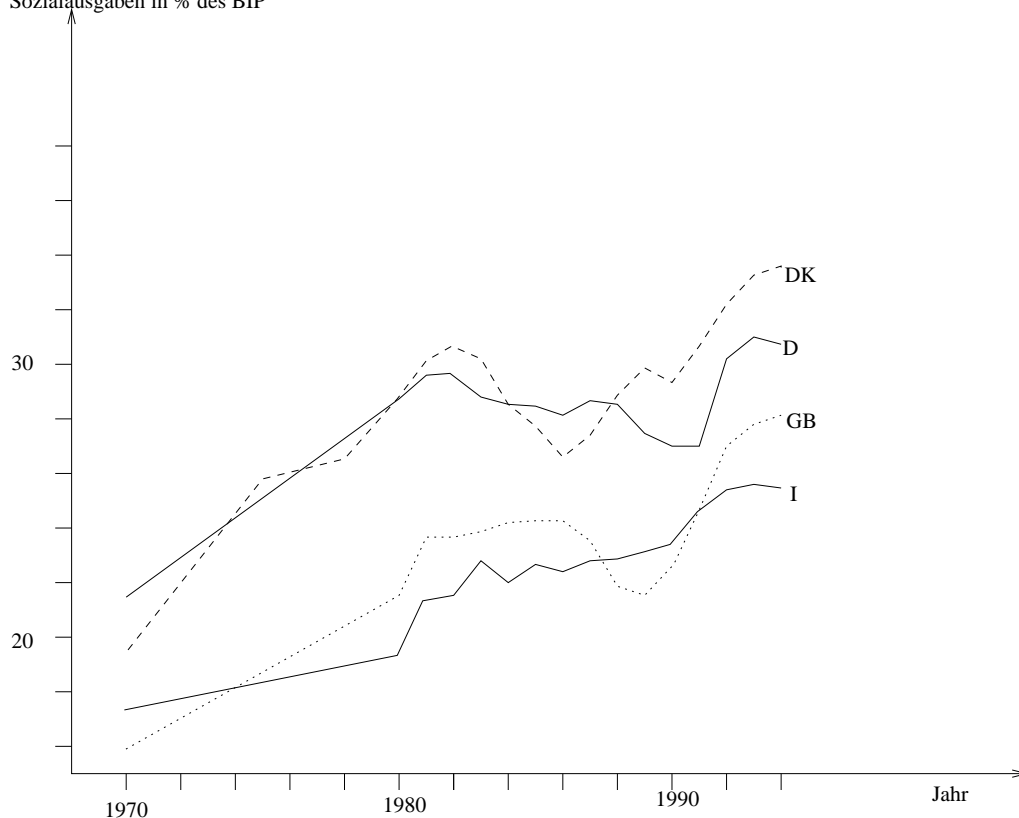
---

<sup>236</sup>ebd. S.28



**Abbildung 7: Sozialquoten von 1970-1994**

Sozialausgaben in % des BIP



Quellen: Statistische Jahrbücher für das Ausland (verschiedene Ausgaben); Neumann/Schaper, 1998, S.279; Nordisk statistisk sekretariat, 1990, S.13

Dementsprechend kam es auch zu keiner Konvergenz der Sozialstaaten hin zu einem Modell. Eine Konvergenz gab es allerdings in den Reaktionen der Staaten. Wie oben beschrieben, gab es viele ähnliche Reaktionen auf die Krise. Dies kann darauf zurückgeführt werden, daß ähnliche Probleme, wie z.B. steigende Arbeitslosigkeit, ähnliche Reaktionen, z.B. Entlastung des Arbeitsmarktes, durch die Einführung von Frührenten, wahrscheinlich machen. Bemerkenswert sind aber nicht allein die sich ähnelnden Reaktionen, sondern auch die zeitliche Ähnlichkeit bei deren Ausführung. Alle Staaten begannen mit, zum Teil chaotischen Kürzungen, bevor sie in einer zweiten Phase grundlegendere Reformen durchführten, mit dem Versuch, eine Antwort auf die „new world“ zu finden und das „old system“ anzupassen. Beispiele für solche Anpassungsprozesse sind die Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten bei der Rentenberechnung und die Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland oder die Stärkung häuslicher Pflege in Dänemark. Die Anpassungsversuche fanden allerdings jeweils *im Rahmen des bisherigen Sozialsystems* statt. Die Pflegeversicherung ist eben eine Versicherung, die

durch Beiträge finanziert wird und die häusliche Pflege in Dänemark wird durch steuerfinanzierte Dienstleistungen unterstützt.

Die in der Einleitung geäußerte Vermutung, daß sich steuerfinanzierte Leistungen leichter kürzen ließen als beitragsfinanzierte, muß relativiert werden. Es muß scheinbar zusätzlich ein niedriges Niveau der Leistungen hinzukommen, um ein Programm anfällig zu machen. Wie Dänemark zeigt, fielen Kürzungen schwer, da die Interessengruppen um die Programme herum zu stark waren. In Großbritannien hingegen gelangen Kürzungen eher, da allein wegen des niedrigen Niveaus der zumeist pauschalen Leistungen obere Einkommensschichten kaum von den Leistungen profitierten. Ausnahme bildete das Gesundheitswesen, das eine vergleichsweise gute Versorgung bietet, die allen Einwohner zu gute kommt, und das sich großer Beliebtheit erfreut<sup>237</sup>. Folglich war es hier den Tories nicht möglich, größere Reformen durchzusetzen.

Dies unterstützt die These, daß es eher bei den „high-spendern“ schwierig war, Leistungen zu kürzen. Die starke Einbindung der Mittelschicht in die Soziale Sicherung in Deutschland und Dänemark verhinderte eine starke Opposition zum Sozialsystem. Besonders im deutschen System, das gegenüber Dänemark nur leicht umverteilt wirkt, profitieren auch höhere Einkommensgruppen von den Sozialleistungen. Dies mag der Grund dafür sein, daß es in Deutschland nie einen „Welfare-“ oder „Tax-Backlash“ gab, wie in Großbritannien und Dänemark. Ähnliches gilt aber auch für Italien, wo die höheren Einkommensgruppen ebenfalls vom System profitieren, da die Umverteilung nur gering ist. Die Unterstützung für Sozialprogramme ist demnach am höchsten, wenn sie wenig umverteilt wirken und die Leistungen auch für Besserverdienende relativ hoch sind.

### 5.3 Fazit

Zwanzig Jahre nach Beginn der Krise sind die europäischen Wohlfahrtsstaaten weiterhin intakt. Die Veränderungen brachten keine Abkehr vom Prinzip der institutionalisierten Absicherung der Risiken des Einkommensverlustes. Anfang der Achtziger stoppte jedoch der weitere Ausbau des Wohlfahrtsstaates, und in der Folgezeit wurde versucht, ihn an die heutigen Anforderungen anzupassen. Dies geschah überwiegend durch die Senkung individueller Leistungen, um die Ausgaben für die wachsende Zahl der Leistungsempfänger finanzieren zu können ohne die Ausgaben ansteigen zu lassen. Die unterschiedlichen Typen blieben ihrer Finanzierungsart treu und hielten ihre Ausgaben fast konstant. Es gab keine Konvergenz der Systeme. Allerdings gab es eine Konvergenz der Reaktionen, die dann in die jeweiligen Systeme implementiert wurden.

---

<sup>237</sup>Schmucker, 1997, S.75

Es blieben aber auch viele Probleme bestehen oder verstärkten sich im Lauf der Achtziger Jahre. Die stärkere Selektivität der Programme führte zu einem Anstieg der Sozialhilfeabhängigen. In Großbritannien nahm die Armut zu. Und Deutschland und Italien haben weiterhin die Schwierigkeit, alle Personen abzuschern. Auch die demographische Entwicklung wird in Zukunft weitere Reformen notwendig machen. Die Diskussion um die zukünftige Finanzierung der Renten in Deutschland belegt dies.

Trotzdem ist in naher Zukunft ein Systemwechsel eines der Typen unwahrscheinlich. Nicht allein die Probleme, die sich bei einer Änderung der Finanzierungsart ergeben, sondern auch die Gewöhnung *aller* Akteure an ihr System der Sozialen Sicherung<sup>238</sup> machen zumindest einen kurzfristigen Wechsel unwahrscheinlich. Auch bei den Ausgaben wird es vermutlich keine großen Änderungen geben, da für mehr Ausgaben kaum Geld vorhanden ist und eine starke Senkung an Interessengruppen scheitern dürfte. Interessant in diesem Zusammenhang - und nicht nur in diesem - dürfte die weitere Entwicklung Großbritanniens sein. Es stellt sich die Frage, ob das „Systemic Retrenchment“ der Achtziger weitere Kürzungen in Zukunft durchsetzbar macht und ob diese Möglichkeiten genutzt werden.

---

<sup>238</sup>Pierson (1994) beschreibt dies als „Policy Feedback“ und sagt: „Policies produce politics“ (S.39)

## 6 Literaturverzeichnis

**Alber, Jens (1986):** Germany. in: Flora (1986b), S.1-154.

**Baldwin, Peter (1990):** The Politics of Social Solidarity: Class Bases of the European Welfare State. Cambridge: Cambridge University Press.

**Berthold, Norbert; Fehn, Rainer (1997):** Reforming the Welfare State: The German Case. in: Giersch, Herbert (Hg.): Reforming the Welfare State. Berlin, Springer, S.165-203.

**Bonoli, Giuliano (1997):** Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach. in: Journal of Social Policy, Jg. 26, H.3, S.351-372.

**Brettschneider, Frank; Gabriel, Oscar W. (Hg.) (1994):** Die EU-Staaten im Vergleich. 2. Auflage, Opladen, Westdeutscher Verlag.

**Brown, Michael K. (Hg.) (1988):** Remaking the Welfare State: Retrenchment and Social Policy in America and Europe. Philadelphia, Temple University Press.

**Clarke, John; Langan, Mary (1993):** Restructuring Welfare: The British Welfare Regime in the 1980s. in: Cochrane, Allan; Clarke, John: Comparing Welfare States. Britain in International Context. London, Sage, S.49-76.

**Danmarks Statistik (1996):** Skattereform 1994. in: Skatter og afgifter. Oversigt 1996. København, S.73-81.

**Davis, E. Philip (1997):** Private Pensions in OECD Countries - The United Kingdom. OECD, Paris.

**Einhorn, Eric S.; Logue, John (1989):** Modern Welfare States. New York, Praeger.

**Esping-Andersen, Gøsta (1989):** The three political economies of the welfare state. in: Canadian Review of Sociology and Anthropology, Jg.26, H.1, S.10-36.

**Esping-Andersen, Gøsta (1990):** The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge, Polity Press.

**Esping-Andersen, Gøsta; Korpi, Walter (1987):** From Poor Relief to Institutional Welfare States: The Development of Scandinavian Social Policy. in: Erikson, Loftager (Hg.): The Rationality of the Welfare State. Oslo, Scandinavian University Press, 39-74.

**Ferrera, Maurizio (1986):** Italy. in: Flora (1986b), S.385-499.

**Ferrera, Maurizio (1997):** The uncertain future of the Italian welfare state. in: West European Politics, Jg.20, H.1, S.231-250.

**Flora, Peter (Hg.) (1986a):** Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II. Volume 1: Sweden, Norway, Finland, Denmark. Berlin, New York, de Gruyter.

**Flora, Peter (Hg.) (1986b):** Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II. Volume 2: Germany, United Kingdom, Ireland, Italy. Berlin, New York, de Gruyter.

**Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.) (1994):** Soziale Sicherung in West-, Mittel- und Osteuropa. Baden-Baden, Nomos Verl.-Gesellschaft.

**Goul Andersen, Jørgen (1993):** Sources of Welfare Support in Denmark: Self-Interest or Way of Life? in: Hansen, E.J.; Ringen, S.; Uusitalo, H.; Erikson, R. (Hg.): Welfare Trends in the Scandinavian Countries. New York, M.E. Sharpe.

**Goul Andersen, Jørgen (1997):** The Scandinavian Welfare Model in Crises? Achievements and Problems of the Danish Welfare State in an Age of Unemployment and Low Growth. in: Scandinavian Political Studies, Vol.20, No.1, S.1-31.

**Hill, Michael James (1993):** The welfare state in Britain: a political history since 1945. Aldershot.

**Johansen, Lars Nørby (1986):** Denmark. In Flora (1986a), S.293-381.

**Köhler, Peter (1997):** Dänemark und Schweden: Der „skandinavische Wohlfahrtsstaat“ auf Reformkurs. in: Sozialer Fortschritt, Jg.46, H.1-2, S.25-30.

**Kommission der Europäischen Gemeinschaften (1994):** Soziale Sicherheit in Europa: 1993. Luxemburg, Amt für Amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

**Körner, Beatrix (1993):** Vom residualen zum institutionellen Wohlfahrtsstaat Italien: Sozialsystem im Wandel - zwischen dem Glanz der Gesetze und den Schattten der Realität. Baden-Baden, Nomos Verlags-Gesellschaft.

**Larsen, Jørgen Elm (1991):** The Welfare State and Unemployment Policies in Denmark and other European Countries. Social Policy Research Center.

**Leopold, Dieter (1989):** Soziale Sicherheit kostet 1990 mehr Geld. in: Betriebs-Berater. Zeitschrift für Recht und Wirtschaft, Jg.44, H.26, S.1827-1828.

**Minigione, Enzo (1988):** Problems and Prospects of the Welfare State in Italy. in: Brown, Michael (Hg.): Remaking the Welfare State. Retrenchment and Social Policy in America and Europe. Philadelphia, Temple University Press, S.211-231.

**Mitchell, Deborah (1992):** Sozialstaaten und Sozialergebnisse in den achtziger Jahren. in: Internationale Revue für soziale Sicherheit, Jg.45, H.1-2, S.83-102.

**Neumann, Lothar F.; Schaper, Klaus (1998):** Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland. Gegenwart und Zukunft. 4. Auflage, Campus, Frankfurt/Main.

**Nordisk statistisk sekretariat (1990):** Social Security in the Nordic Countries. Scope, expenditure and financing 1987. Nordisk statistisk skriftserie 51, Copenhagen 1990.

**OECD (1996):** Social Expenditure Statistics of OECD Members Countries. Paris.

**Offe, Claus (1990):** Smooth Consolidation in the West German welfare state: structural change, fiscal policies, and populist politics. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik-Arbeitspapier.

**Parry, Richard (1986):** United Kingdom. in: Flora (1986b), S.155-240.

**Pierson, Paul (1994):** Dismantling the welfare state? : Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment. Cambridge, Cambridge University Press.

**Pierson, Paul (1996):** The new politics of the welfare state. in: World Politics, Jg.48, H.2, S.143-179.

**Ploug, Niels; Kvist, Jon (1996):** Social security in Europe: development or dismantlement? The Hague, Kluwer Law International.

**Plovsing, Jan (1994):** Social Security in Denmark - Renewal of the Welfare State. in: Ploug, Niels; Kvist, Jan (Hg.): Recent Trends in Cash Benefits in Europe. The Danish National Institute of Social Research. Copenhagen, S.27-38.

**Rolf, Gabriele; Wagner, Gert (1990):** Alterssicherung und sozialer Wandel in Deutschland - Defizite der Rentenreform 1992. in: WSI Mitteilungen, Jg.43, H.8, S.509-519.

**Schmid, Josef (1996):** Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherungssysteme in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme. Opladen, Leske+Budrich.

**Schmucker, Rolf (1997):** Großbritannien: Das Ende der „konservativen Revolution“? in: Bieling, Hans-Jürgen; Deppe, Frank (Hg.): Arbeitslosigkeit und Wohlfahrtsstaat in Westeuropa: neun Länder im Vergleich. Opladen, Leske+Budrich, S.55-87.

**Schulz-Nieswandt, Frank (1993):** Der Sozialstaat der Bundesrepublik Deutschland. Ein Beitrag zur realtypologischen Charakterisierung. in: Lottes, Günther (Hg.): Soziale Sicherheit in Europa: Renten- und Sozialversicherungssysteme im Vergleich. Heidelberg, Physica-Verlag.

**Der Spiegel (1984):** Sonnige Tage. Die Konservativen bauen den Sozialstaat ab. Die Sozialdemokraten leisten keinen Widerstand. Jg.38, H.45, S.170-172

**Statistisches Bundesamt (Hg.):** Statistisches Jahrbuch für das Ausland (verschiedene Jahrgänge). Stuttgart, Metzler-Poeschel.

**Tálos, Emmerich (1993):** Umbau des Wohlfahrtsstaates. Konträre Begründungen und Optionen. in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft, Jg.22, H.1, S.37-56.

**Wilson, Michael (1993):** The German Welfare State: A Conservative Regime in Crises. in: Cochrane, Allan; Clarke, John: Comparing Welfare States. Britain in International Context. London, Sage, S.141-171.

**Yearbook of Nordic Statistics (1984)** Stockholm.

e-Mail Adresse: larsperle@gmx.de