

Sozialpolitik in Mittelosteuropa: Unterschiedliche Reformstrategien mit liberalem Hintergrund

BJÖRN HACKER

Zehn Länder Mittel- und Osteuropas sind der Europäischen Union (EU) 2004 und 2007 beigetreten. Während seit Beginn des Transformationsprozesses vor zwei Jahrzehnten insbesondere die Entwicklung von Demokratie und Rechtsstaatlichkeit sowie die volkswirtschaftliche Bilanz dieser Länder beobachtet wurden, blieben die Umbauprozesse in den Sozialpolitiken dieser Staaten ein wissenschaftliches und politisches Nebenthema. In kartographischer Ergänzung der bekannten westlichen Wohlfahrtsstaatstypologien (Esping-Andersen 1990, Esping-Andersen 1999, Arts/Gelissen 2002) wird oft von einem monolithischen mittelosteuropäischen Wohlfahrtsstaatsmodell ausgegangen, unter dessen Dach sich alle zehn Staaten subsumieren lassen.

In der vergleichenden Perspektive der sozialpolitischen Reformschritte in den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOE-Ländern) zeigt sich, dass sich alle Staaten an westliche Standards annähern, dabei aber keinem singulären Vorbild oder Modell folgen. In den zentralen Bereichen öffentlich vorgehaltener sozialer Sicherheit – Altersrenten, Gesundheitsversorgung und Schutz bei Arbeitslosigkeit – lassen sich Ländergruppen identifizieren, deren Wohlfahrtsstaatsdesign sich erheblich voneinander unterscheidet. Dies manifestiert sich in der eingeschlagenen Richtung der Reformstrategien und in der Frage, in welchem Ausmaß im jeweiligen Land gewachsene wohlfahrtsstaatliche Traditionen beibehalten, weiterentwickelt oder über Bord geworfen wurden.

Dabei wird eine Trennung zwischen graduellen und radikalen Reformstaaten deutlich, die allerdings nicht immer konsequent für alle Bereiche des Sozialschutzes gleichermaßen gilt. Anleihen in den Wohlfahrtswelten sozialdemokratischer, konservativer, liberaler und mediterraner Prägung zeichnen ein hybrides Bild der MOE-Länder. Damit schwenken diese Länder auf eine in Westeuropa bereits seit längerem zu beobachtende Entwicklung ein, in der aus dem Angebot an Idealmodellen der Wohlfahrtsstaatstypologisierung über vermeintliche systemische Grenzen hinweg die Rosinen herausgepickt werden. Zu unterscheiden sind

jedoch Vorlieben für bestimmte Lösungsmuster, die von einer großen Mehrheit der west- wie mitteleuropäischen Staaten angewandt werden. Diese finden sich im liberal gestalteten Wohlfahrtsstaat und haben über Privatisierungs-, Deregulierungs- und Risikoindividualisierungsstrategien Eingang in alle europäischen Sozialsysteme gefunden. Die zunehmende Diversifikation der Wohlfahrtsmodelle und die als »liberales Hintergrundrauschen« zu bezeichnende einseitige Orientierung der Sozialreformen – weg vom Staat, hin zum Markt – trüben die Aussichten für die Etablierung einer europäisch verstandenen sozialen Dimension als Gegengewicht zur weit fortgeschrittenen ökonomischen Integration der EU.

Gemeinsame sozialistische Herkunft

Die gemeinsame sozialistische Herkunft der Sozialsysteme in den Ländern Mitteleuropas ist unverkennbar. Bis 1989 ähnelten sich diese Systeme stark und waren geprägt von den spezifischen Erfordernissen der planwirtschaftlichen Realität und sowjetischen Modellvorbildern. Während Arbeitslosigkeit qua Definition ausgeschlossen blieb und somit auch keine entsprechenden Absicherungssysteme eingerichtet wurden, waren die staatlich vorgehaltenen Leistungen in den Bereichen Rente und Gesundheit umfangreich und verfügten über ein hohes Maß an Inklusion. Grundlegend war eine zentralistische, auf den Staat zugeschnittene Organisation des Sozialschutzes. Die Rentensysteme der MOE-Länder waren nach dem Umlageverfahren gestaltet, die Gesundheitsversorgung funktionierte nach sowjetischem Vorbild ausschließlich durch Finanzierung über das Staatsbudget und Zugehörigkeit aller Leistungsanbieter zur öffentlichen Hand. Die Bedingungen zum Erhalt einer Altersrente waren großzügig ausgestaltet. Das reale Renteneintrittsalter lag weitaus niedriger als in den westeuropäischen Ländern (Fultz/Ruck 2001: 21), da die Qualifizierungszeit für einen vollen Rentenbezug in den meisten Ländern nur zwischen 20 und 25 Jahren betrug und überdies zahlreiche Möglichkeiten der Frühverrentung bestanden. Vorgesehen waren hohe Rentenbezüge, die den Arbeitslohn bis zu 100 Prozent ersetzen sollten, sowie eine Angleichung der Bezüge niedriger und hoher Lohnklassen. De facto überstieg die Zahl der Leistungsempfänger im Vergleich zu den Beitragszahlern deutlich die Grenze der Finanzierbarkeit. Da der Staat die Finanzierungslücke aus Haushaltsmitteln nicht zu schließen vermochte und

eine Angleichung der Bezüge an die Inflationsentwicklung kaum stattfand, stellten die realen Rentenbezüge in den meisten MOE-Ländern nicht mehr als eine Grundsicherung dar (Schubert 2005: 16ff). Ausgenommen waren einzelne Statusgruppen, deren Privilegien in politisch motivierten Sondergesetzen und eigenständigen Rentensystemen gesichert wurden. Ähnlich wie im Rentensektor konnte auch im Gesundheitsbereich der hohe Anspruch an eine umfassende Versorgung von hoher Qualität nicht voll erfüllt werden. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wurde als öffentliches Interesse definiert, war kostenfrei und durch die Staatsbürgerschaft begründet. Das allein aus dem Staatshaushalt finanzierte System stieß jedoch sehr schnell an finanzielle Grenzen. Diese manifestierten sich in langen Wartelisten, veralteter oder fehlender medizinischer Ausstattung und der dauerhaften Etablierung eines Marktes für illegale Zuzahlungen der Patienten an die Leistungserbringer, um eine höherwertige Versorgung zu erhalten (Mossialos et al. 2003: 99f).

Während des sozioökonomischen Umbruchs der Wendezeit blieb die Organisation der Systeme der Alters- und Gesundheitssicherung zunächst stabil. Neu aufgebaut wurde nach 1989 die Arbeitslosenversicherung nach westeuropäischem Modell. Ihre Finanzierung erfolgt in der Hälfte der MOE-Länder allein durch Beiträge der Betriebspartner; in Lettland, Litauen, Polen, der Slowakei, Slowenien und Rumänien existiert eine Mischfinanzierung mit staatlicher Beteiligung (Baum-Ceisy et al. 2008: 300ff).

Erste Leistungskürzungen nach 1989

Der Wechsel von planwirtschaftlichen Systemen zu funktionsfähigen Marktwirtschaften verlief in den MOE-Ländern nicht reibungslos. Der in den ersten Jahren der Transformation erhebliche Rückgang der Produktion wurde in den meisten Ländern von einem starken Anstieg der Arbeitslosenzahlen begleitet. Hinzu kamen die Schließung vieler staatlicher Betriebe und ein massiver Anstieg der Schattenwirtschaft sowie steigende Inflationsraten in vielen Staaten Mittelosteuropas. Gleichzeitig wurde ein erheblicher Reform- und Modernisierungsbedarf im Bereich des Sozialschutzes festgestellt. Denn die Umlagesysteme der Altersrenten, für die bereits im Realen Sozialismus ein Missverhältnis von Einnahmen und Ausgaben bestand, litten erheblich unter dem Einbruch der Volkswirtschaften. Die Herauslösung der Umlagesysteme aus staatlicher

Verwaltung auf die Versicherungsbasis durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer und die Trennung der Rentenkassen von den Staatshaushalten machte die Finanzierungslücke deutlich. Diese wurde erweitert durch umfangreiche Frühverrentungsprogramme, mit denen die Politik in den Wendejahren die steigende Arbeitslosigkeit zu mildern versuchte. Auch im Gesundheitssektor stand zunächst die Ablösung der allein staatlichen Verantwortung und Finanzierung auf der Reformagenda. Als vorherrschendes Organisationsprinzip wurde die Bismarcksche Pflichtversicherung eingeführt, wobei der steuerfinanzierte Anteil nach wie vor hoch blieb. Pate hierfür standen nicht allein westeuropäische Modelle; auch in der Geschichte der meisten MOE-Länder gab es zu Beginn des 20. Jahrhunderts Krankenversicherungssysteme, deren Pfade nach über 40-jähriger Unterbrechung nun wieder beschritten wurden. Die Zuständigkeit für die Akquise und Allokation der finanziellen Mittel wurde im Zuge der Dezentralisierung regional autonom agierenden Krankenkassen übertragen, die auf vertraglicher Basis mit zunehmend privaten Leistungsanbietern im primären Versorgungsbereich zusammenarbeiten. Schnell wurde jedoch deutlich, dass zwischen dem beibehaltenen Anspruch der universellen Abdeckung und kostenfreien Versorgung der Bevölkerung und den nur unzureichenden finanziellen Einnahmen der Krankenkassen ein Missverhältnis bestand. Die geringe Wirtschaftskraft der MOE-Länder, Organisationsmängel und Korruption sind die Hauptgründe für die unzureichenden Einnahmen aus Versicherungsbeiträgen. Mit ihnen konnte weder die überfällige Modernisierung der medizinischen Infrastruktur umfassend angegangen noch der aus realsozialistischer Zeit beibehaltene Anspruch an ein staatlich garantiertes, universell hohes Versorgungsniveau erfüllt werden.

Auch wenn in den MOE-Ländern zunächst das Erfordernis umfassender Reformen der Sozialsysteme nicht gesehen wurde, politisch nicht gewollt war oder die erforderlichen politischen Mehrheiten und gesellschaftlichen Überzeugungen nicht vorhanden waren, so kam es doch zu zahlreichen Veränderungen der Parameter im Sozialschutz. Hintergrund war die wachsende Finanzierungslücke bei gegebener schlechter ökonomischer Situation. Im Bereich der Renten gehörten dazu die zunehmende beitragsorientierte Koppelung der Bezüge an den individuellen Verdienst, eine Erschwerung der Zugangsbedingungen durch Erhöhung des Renteneintrittsalters und der Mindesteinzahlperiode sowie die Indexierung der Renten entsprechend der Inflations- oder Lohnentwicklung. Im Gesundheitssystem folgten auf die Reform der Einnahmeseite punk-

tuelle Maßnahmen zur Eindämmung der Ausgaben, wie die Einführung des Hausarztprinzips als sogenannte »Gatekeeper« zu jeder Form der sekundären und tertiären Versorgung, die Reduktion der Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern zugunsten des Ausbaus der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Ärzte sowie die Einführung kosteneffizienter Vergütungs- und Abrechnungssysteme durch Kopf-, Service- und Fallkostenpauschalen.

Trotz des wachsenden Problemdrucks kann in den ersten Jahren der Transformationszeit in den Sozialpolitiken der MOE-Länder von keinem radikalen Bruch mit den geerbten Sozialsystemen gesprochen werden. Nur die Arbeitslosenversicherung musste ohne direktes Vorgängermodell neu geschaffen werden. Ihre Leistungen waren zunächst sehr umfangreich konzipiert und belasteten die Arbeitgeber in der Regel stärker als die Arbeitnehmer (Baum-Ceisig et al. 2008: 309). Der Wechsel des Finanzierungsmodus im Gesundheitssystem von rein staatlich vorgehaltenen Leistungen zum Versicherungsmodell unter Beibehaltung des tradierten Solidarprinzips ist vielmehr als zeitgemäße Fortschreibung der Organisation der Gesundheitsversorgung denn als gewaltsamer Pfadbruch zu verstehen. Auch in der Alterssicherung wurden die bestehenden Systeme in ihren Grundprinzipien fast eine Dekade lang nicht verändert.

Radikalliberaler Umbau der Alterssicherung

Ab Ende der 1990er Jahre wurden die parametrischen Reformen in acht MOE-Ländern als nicht ausreichend empfunden. Bis auf die Tschechische Republik und Slowenien stellten alle 2004 und 2007 der EU beigetretenen Staaten Mitteleuropas ihre Rentensysteme vom Umlageverfahren auf ein Mehrsäulenmodell um. Neben die Einführung zweier zusätzlicher kapitalfundierter Säulen trat in vielen Staaten zudem der weitere Umbau der umlagefinanzierten ersten Säule. Dabei wurden in erster Linie Umverteilungselemente des zunächst als »Politikerbe« übernommenen sozialistischen Systems beseitigt. In vielen MOE-Ländern verschob sich die Abhängigkeit der Rentenhöhe im Sinne versicherungsmathematischer Fairness von der kollektiv möglichen Leistung des Systems auf die individuell geleisteten Beiträge. In Polen und Lettland waren die Reformen des Umlageverfahrens am radikalsten, indem die Äquivalenz zwischen Beitragszahlungen und späteren Leistungen stark betont und so eine große Nähe zum Funktionsmechanismus der zweiten

Säule hergestellt wurde (Chłoń-Domińczak 2004, Müller 2006, Müller 2002).

Die Auswirkungen dieses paradigmatischen Wechsels in der Rentenpolitik kennzeichnen einen klaren Pfadbruch. Die heute noch relativ geringe Bedeutung des Kapitaldeckungsverfahrens bedeutet nichts weniger als den Eintritt in das Verlassen des generationenübergreifenden Versicherungsprinzips. Die demographische Entwicklung wird bei kapten öffentlichen Kassen die Eigenverantwortung und Selbstvorsorge stetig anwachsen lassen. Zeitgleich nimmt auch die Bedeutung der privaten Vorsorge zu, deren institutionelles Design mit den Rentenreformen festgeschrieben wurde. Bei den radikalen Reformländern profitieren insbesondere die baltischen Staaten und die Slowakei von einer erheblichen Reduktion ihrer öffentlichen Rentenausgaben, die heute unterdurchschnittliche Werte in der EU aufweisen. Mit der Ausnahme von Lettland spiegelt sich dies in geringen Netto-Lohnersatzraten. Estland steht hier mit 41 Prozent des Durchschnittslohns am unteren Ende der MOE-Länder. In der Projektion von öffentlichen Rentenausgaben, Alterslastquoten und voraussichtlichen Ersatzraten zeigen sich in einigen MOE-Ländern die Auswirkungen der jüngst beschlossenen Rentenreformen. So gehört Polen mit fast 14 Prozent seines BIP zu jenen Staaten, die überdurchschnittlich viel für die Alterssicherung ausgeben und mit 78 Prozent eine hohe Ersatzrate aufweisen. Dies wird sich in der Zukunft erheblich ändern. Für das Jahr 2050 wird eine Reduktion der öffentlichen Rentenausgaben auf acht Prozent des BIP bei einer Ersatzrate von 44 Prozent berechnet (EPC 2006, ISG 2006). Neben den liberalen Reformen ist hierfür ein stark wachsender Alterslastquotient verantwortlich zu machen, der außer in Polen auch in Bulgarien, Tschechien, Rumänien, Slowenien und der Slowakei überdurchschnittlich ansteigt.

Die in acht Staaten Mitteleuropas durchgeführten radikalen Rentenreformen waren weniger eine Antwort auf die demographischen Herausforderungen, die in Westeuropa zu einem Umbau der Alterssicherungssysteme führten, als vielmehr eine Reaktion auf die veränderten ökonomischen Bedingungen der Transformationszeit. Doch so radikal die meisten MOE-Länder dabei auch private Elemente implementiert haben, siegte an anderer Stelle oftmals der Klientelismus einzelner Statusgruppen, die ihre Privilegien über die Reformen retten konnten, beispielsweise in eigenständigen Rentensystemen. Die Erklärungsfaktoren für die radikalen Pfadbrüche in den meisten MOE-Ländern sind daher zu suchen in unzureichenden parametrischen Reformen in den 1990er Jah-

ren, einer falschen Frühverrentungspolitik als Antwort auf hohe Arbeitslosenquoten, der Persistenz von Privilegien für einzelne Berufs- und Statusgruppen sowie dem ideologischen Einfluss der liberalen Marktgläubigkeit als vorherrschendes Leitbild nach Ende des Kalten Krieges. Die Projektion von Rentendaten bis 2050 offenbart, dass sich – unter den aktuell gegebenen politischen Voraussetzungen – die Radikalreformer mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten auf ein Rentensystem zubewegen, wie wir es in klassischen liberalen Wohlfahrtsstaaten, wie etwa in Großbritannien, vorfinden. Das staatliche Umlagesystem bietet darin nur noch eine Grundrente, die darüber hinausgehende Alterssicherung ist individuell und privat zu organisieren. Einige Staaten könnten dabei massiv mit dem Problem der Altersarmut konfrontiert werden; in den baltischen Staaten gehören schon heute die Armutsgefährdungsquoten für Personen über 65 Jahre zu den höchsten in der EU (Eurostat 2008). Bezüglich der Politiken der öffentlichen Hand wird sich das Fürsorgeprinzip in diesen Ländern deutlich gegenüber der Lebensstandardsicherung im Alter durchsetzen.

Arbeitsmarktflexibilisierung als Strategie

Die anfangs umfangreichen Leistungen der Arbeitslosenversicherungen in den MOE-Ländern belasteten angesichts ansteigender Arbeitslosenquoten die Versicherungssysteme und die Staatshaushalte schwer. In vielen Ländern betrieben die Regierungen daher eine Politik umfassender Leistungskürzungen. Diese betrafen die Höhe der Lohnersatzrate, die Dauer des Anspruchszeitraums auf Arbeitslosenbezüge, eine Erhöhung der notwendigen minimalen Versicherungsdauer und des Anwartschaftszeitraums sowie eine Reduzierung des zunächst relativ hohen Anteils der Arbeitnehmer an der Finanzierung der Versicherung. Als Folge dieser Reformen ist heute feststellbar, dass in den meisten Staaten Mitteleuropas nur sehr niedrige Lohnersatzraten gezahlt werden, die zudem zahlreichen temporären und durch Vorleistungen bedingten Einschränkungen unterliegen. Das Arbeitslosengeld dient damit faktisch weniger der Statussicherung als der Gewährleistung eines Grundbedarfs zur Überbrückung einer eng befristeten Zeit. In Tschechien, Estland, Ungarn und Slowenien werden die Leistungen mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit erheblich gekürzt, in Polen und Rumänien dagegen in Abhängigkeit von der Erwerbs- bzw. Versicherungsdauer erhöht. Lettland ge-

währt zum einen bei längerer Versicherungsdauer höhere Leistungen und kürzt zum anderen die Unterstützung bei andauernder Arbeitslosigkeit. Nach Ablauf des Anspruchs auf Arbeitslosengeld steht den Betroffenen nur in Estland, Ungarn und Slowenien für einen begrenzten Zeitraum eine geringe finanzielle Zuwendung in Form der Arbeitslosenhilfe zur Verfügung; in allen anderen MOE-Ländern wird direkt auf die Sozialhilfe verwiesen (Baum-Ceisig et al. 2008: 318).

Die MOE-Länder folgten in den letzten Jahren dem allgemeinen europäischen Trend einer Stärkung von aktiven und aktivierenden Arbeitsmarktpolitiken gegenüber passiven Maßnahmen in Form von Geldtransfers an die Betroffenen. Allerdings sind diese neuen Arbeitsmarktprogramme noch im Aufbau begriffen und die für sie bereitgestellten Mittel im Vergleich zu westeuropäischen Maßstäben kaum nennenswert. Oftmals erreichen sie auch gar nicht die Zielgruppe der besonders schwer in den Arbeitsmarkt (re-)integrierbaren Personen, sondern dienen jenen mit den ohnehin besten Qualifikationen als zusätzliche Unterstützung (Baum-Ceisig et al. 2008: 319ff). In der Entwicklung der Arbeitslosenversicherung sind damit allgemein ähnliche Tendenzen zwischen Mittelost- und Westeuropa feststellbar. Dass seit den radikalen Leistungskürzungen – und trotz heutigen Tiefstständen der Arbeitslosenzahlen durch positive ökonomische Wachstumsraten – die Leistungsvoraussetzungen stetig verschärft, die Bezugszeiten verkürzt und das Arbeitslosengeld weiter reduziert werden, ist – ähnlich wie bei der Reform der Rentensysteme – neben sozioökonomischen Faktoren vor allem auf ein aus dem Westen importiertes Paradigma angebotsorientierter Wirtschaftsphilosophien zurückzuführen. Diese sehen in inflexiblen Arbeitsmärkten den zentralen Hinderungsgrund für ein höheres Wirtschaftswachstum und mehr Beschäftigung. Die Leistungskürzungen in den Arbeitsversicherungssystemen in den MOE-Ländern und der sich andeutende Trend von der passiven zur aktivierenden Arbeitsmarktpolitik liegen auf einer Linie mit ähnlichen Reformen in vielen westeuropäischen Staaten sowie den Zielen der europäischen Beschäftigungs- und der Lissabonstrategie. Die geringen Lohnersatzraten in den meisten Staaten Mitteleuropas deuten auf eine größere Radikalität im Rückbau der sozialen Sicherung hin, als dies in Westeuropa der Fall ist, und zeugen von einer klaren Richtungsentscheidung weg von der allgemeinen Statussicherung in der Beschäftigungslosigkeit zugunsten einer in Dauer und Umfang eng begrenzten Grundabsicherung (Baum-Ceisig et al. 2008: 442).

Bruch mit der universalistischen Gesundheitsversorgung?

Die Gesundheitssysteme der MOE-Länder enthalten von den hier untersuchten Bereichen des Wohlfahrtsstaates noch die meisten aus realsozialistischer Zeit tradierten Elemente. Entsprechend werden die implementierten modernen Effizienzstrukturen in den Staaten Mittelosteuropas von gänzlich anderen Umständen begleitet als in Westeuropa. So sind die MOE-Länder weiterhin mit Verbesserungen der grundlegenden Infrastruktur im Gesundheitswesen beschäftigt. Die Modernisierung von Krankenhäusern und Polikliniken, die Erneuerung der technischen Ausstattung, der Aufbau der primären ambulanten Versorgung außerhalb der Krankenhäuser und die bessere Entlohnung des medizinischen Personals sind dabei immense Kostenfaktoren und können auf absehbare Zeit nicht als erledigt betrachtet werden.

Sehr vorsichtig sind die MOE-Länder bislang bei der Implementierung privater Elemente im Gesundheitssektor vorgegangen. Der private Finanzierungsanteil liegt heute im Durchschnitt der zehn Staaten Mittelosteuropas bei etwa 29 Prozent und weist eine wachsende Tendenz auf. Dies ist bislang allerdings weniger auf einen Markt privater Versicherer zurückzuführen als auf einen Anstieg der Gebühren und sonstigen offiziellen direkten Zuzahlungen («Out-of-Pocket-Payments») der Patienten. So ist in Bulgarien, Estland, Lettland, der Slowakei, Slowenien und Tschechien eine Gebühr beim Aufsuchen eines Arztes oder während eines Krankenhausaufenthalts zu entrichten. In allen zehn Staaten werden die Patienten zur Mitfinanzierung der Medikamente herangezogen (MISSOC 2007). Hinzu kommt ein historisch gewachsener, erheblicher Anteil an informellen Zuzahlungen, die sich mittlerweile zu einem festen Finanzierungsbestandteil einiger Gesundheitssysteme entwickelt haben und deren Persistenz auch an der geringen Entlohnung des medizinischen Personals liegt (Mossialos et al. 2003: 110). In Polen und Rumänien liegt der Anteil der »Out-of-Pocket-Payments« an den gesamten Gesundheitsausgaben bei Werten um 30 Prozent (WHO 2007), in Bulgarien und Lettland sogar über 40 Prozent (zum Vergleich: im Durchschnitt der EU-15 sind es lediglich 16 Prozent). Diese exorbitante Form der Selbstbeteiligung führt faktisch zu einer Neuvermessung des universalistischen Grundprinzips der Gesundheitssysteme. Zur Eindämmung der Korruption greifen viele Staaten zur Einführung bzw. Erhöhung von gesetzlichen finanziellen Direktbeteiligungen. Die Steigerung der Eigenverantwortung der Patienten durch direkte Zuzahlungen scheint dabei in den MOE-Ländern bislang die

stärkste Wirkung zur allgemeinen Kostenreduktion zu verursachen. Der Politik bietet sich damit ein bequemer Parameter, die einst unbeschränkt vorgesehene medizinische Versorgung auf ein immer geringer ausfallendes Basispaket an staatlich vorgehaltenen, kostenfreien medizinischen Leistungen zu reduzieren. Durch die Hintertür wird durch die zunehmende Risikoindividualisierung die Notwendigkeit privater Vorsorgesysteme geschaffen, die bislang kaum eine Rolle spielten. Denn die Politik hat bislang zu Gunsten der Aufrechterhaltung des universalistischen Krankenversicherungsprinzips dem Entstehen dualer Systeme, wie es etwa in Deutschland existiert, widerstanden. Private Zusatzversicherungen existieren hingegen in allen zehn Staaten, ihr Anteil an den Gesamtausgaben ist jedoch gering. Dies könnte sich in naher Zukunft ändern. Nachdem das universalistische Versorgungsprinzip durch Reformen der Einnahmen- und Ausgabenseite aufgeweicht wurde, wird in vielen Staaten Mittelosteuropas über einen bewussten Bruch mit dem Anspruch an die tradierte »Rund-um-Versorgung« gestritten. Wenn der Reformschritt vom sowjetischen Gesundheitsmodell zur Bismarckschen Versicherung lediglich eine pfadtreue Modernisierung und Anpassung an veränderte sozioökonomische Umstände darstellte, so droht sich die Gretchenfrage des Festhaltens an der Universalität erst noch zu stellen: Die MOE-Länder befinden sich vor einer grundsätzlichen Entscheidung über die künftige Balance zwischen dem existierenden öffentlichen und einem neu einzuführenden, privat vorgehaltenen medizinischen Leistungsspektrum. Eine stärkere Individualisierung der Gesundheitsrisiken würde zu einem deutlichen, bislang noch nicht vollzogenen Pfadbruch mit dem geerbten System führen (Baum-Ceisig et al. 2008: 263ff; Hacker 2008).

Es geht auch anders: Sozialreformen gegen den liberalen Trend

Zu Beginn der Transformationsphase ergab sich eine soziökonomische Situation, die für ganz Mittelosteuropa zu ähnlichen Konsequenzen führte. Der Wirtschaftsabschwung, begleitet von hohen Arbeitslosenzahlen, und der Rückbau staatlicher Alleinverantwortung in den Bereichen sozialer Sicherheit betraf alle Staaten in gleicher Weise. Mit dem Aufbau von Arbeitslosenversicherungen und parametrischen Reformen in den weitgehend übernommenen Sicherungssystemen für Rente und Gesundheit reagierten die zehn MOE-Länder relativ synchron. Dem möglicherweise

entstehenden Eindruck, alle zehn Staaten verfolgten auch in den Folgejahren ähnliche Reformstrategien, muss jedoch widersprochen werden.

Im Rentenbereich kann heute von einer deutlichen Zweiteilung der MOE-Länder gesprochen werden – in eine Mehrheit von Staaten, die durch die weitgehende Eliminierung von Umverteilungselementen und den Aufbau der verpflichtenden privaten Altersvorsorge einen Weg zunehmender Risikoindividualisierung gehen, und eine Minderheit aus den Ländern Tschechien und Slowenien, die ihre Alterssicherungssysteme durch graduelle Reformschritte für den heutigen Zeitpunkt scheinbar nachhaltig an die veränderten sozioökonomischen Bedingungen angepasst haben. Dabei hielten beide Länder an den egalitären Strukturen ihrer Umverteilungssysteme fest und blieben so dem tradierten Pfad ihres Politikerbes treu. Allerdings ist für beide Länder ein überdurchschnittlich wachsender Alterslastquotient zu erwarten, der in der Zukunft zu empfindlichen Finanzierungsproblemen der Altersrentensicherung führen kann. Damit stehen Tschechien und Slowenien in diesem Sektor vor ähnlichen Herausforderungen wie etwa die konservativen Wohlfahrtsstaaten Deutschland und Frankreich. Beide Länder zeigen auch, dass der sich andeutende Trend verstärkter Risikoindividualisierung und Privatisierung in den Gesundheitssystemen kein notwendigerweise zu gehender Weg ist. In Tschechien und Slowenien verdienen die Ärzte relativ gut, so dass informelle Zuzahlungen kaum eine Rolle spielen. Auch die offiziellen Direktzahlungen der Patienten sind gering; insgesamt gehören die »Out-of-Pocket-Payments« mit etwa zehn Prozent zu den geringsten in den MOE-Ländern. Das Argument der Einführung umfassender Privatvorsorge zur Deckelung der direkten Zahlungen durch die Patienten entfällt hier. Beide Länder weisen auch die besten Werte in der Lebenserwartung und anderen Gesundheitsindikatoren unter den Staaten Mitteleuropas auf und schneiden bei den Gesundheitskriterien in der Genderdimension gut ab (WHO 2007, Hacker 2008). Ihr hohes Wirtschaftswachstum scheint dabei die zentrale Voraussetzung für Gesundheitsausgaben pro Kopf zu sein, die mit erheblichem Abstand zur restlichen MOE-Gruppe an die westeuropäischen Nachbarländer heranreichen und vergleichsweise hohe öffentliche Investitionen und Modernisierungen im Gesundheitssektor ermöglicht haben.

Während in der Mehrheit der MOE-Länder radikalliberale Rentenreformen stattfanden, hat sich im Gesundheitssektor bislang – trotz der länderspezifischen Unterschiede – über alle Staaten Mitteleuropas verteilt eine hohe Skepsis der Politik gegenüber einer weitergehenden

Liberalisierungsstrategie erhalten. Das Recht auf freien Zugang für alle zu jeder Form der Gesundheitsversorgung hat als Grundprinzip die Wende von 1989 überdauert und genießt in vielen MOE-Ländern Verfassungsrang. Auch wenn sich zwischen Anspruch und Realität des Universalismus eine immer größere Lücke auftut, weist die heute noch umfangreiche Konzeption der Gesundheitsversorgung – auch durch ihren weiterhin maßgeblichen Anteil von Steuern an der Finanzierung – eine Nähe zu Sozialpolitiken sozialdemokratischer Prägung auf, wie sie uns etwa im schwedischen Wohlfahrtsstaat begegnen.

Die sektorale und innersektorale Varianz verschiedener Modelle zwischen den zehn neuen EU-Mitgliedern macht vor allem deutlich, dass die Existenz eines einheitlichen postsozialistischen Wohlfahrtstypus verneint werden muss. Zwar lässt sich in der Gestaltung der Sicherungssysteme für Altersrenten, Gesundheitsschutz und Arbeitsplatzverlust unmittelbar nach 1989 eine flächendeckende Hinwendung zum Grunddesign der Bismarckschen Sozialversicherung feststellen, die Reformen der Folgejahre implementieren jedoch unterschiedliche Elemente. Die mehrheitlich radikal-liberalen Reformen der Rentensysteme, die in allen MOE-Ländern zunehmende Arbeitsmarktflexibilisierung zulasten von Leistungsansprüchen der Arbeitslosenversicherung und der Ausblick auf eine zugunsten von Privatisierung und Risikoindividualisierung weiter reduzierte universalistische Gesundheitsversorgung machen allerdings die Tendenz deutlich, mit der sich die MOE-Länder auf das Modell des liberalen Wohlfahrtsstaats zubewegen. Neben feststellbaren Anleihen der Staaten Mitteleuropas in allen drei klassischen Wohlfahrtsstaatswelten erinnern die tragende Rolle der Familie in der Sozialfürsorge und die bisweilen nur unzureichend zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen vieler Versicherter bei wachsenden Verteilungsdisparitäten und hohen Armutsraten stark an die Wohlfahrtswelt mediterraner Prägung – an Staaten, deren Wohlfahrtssysteme nur rudimentär entwickelt sind (Leibfried 1992, Ferrera 1996). Dies zeigt sich besonders in Rumänien, wo sich ein modern entworfener gesetzlicher Wohlfahrtsstaat nicht in den Kontext der sozioökonomischen Defizite des Landes einfügen kann (Hacker 2007).

Fazit

Eine Einordnung der MOE-Länder in die Wohlfahrtswelten westlicher Wohlfahrtsstaatstheorie ist durch ihre Orientierung an und Vermischung

von sehr unterschiedlichen Sozialpolitiken nicht praktikabel. Die Heterogenität der Systeme lässt auch kein generalisierendes Bild zu, das die Etablierung des mittel- und osteuropäischen Wohlfahrtsstaats als eigenständiges Modell, als einheitliche neue Kategorie erlaubt. Beobachtbar ist eine zunehmende Angleichung der zehn analysierten Staaten an westliche Vorbilder, jedoch ohne dabei einem bestimmten Beispiel musterhaft zu folgen. Dies spricht einerseits für eine zunehmende Hybridisierung der bekannten Wohlfahrtscluster (Baum-Ceisig et al. 2008: 436; Schubert/Bazant 2008). Andererseits kann eine Reihe sektoraler Konvergenzprozesse in den Sozialpolitiken konstatiert werden, die jedoch in Mittelost- wie in Westeuropa einseitig liberalen Tendenzen folgt.

Die Hybridisierung der Wohlfahrtssysteme, die von einem ständigen, liberalen Hintergrundrauschen begleitet wird, macht die Implementierung eines normativ generierten Europäischen Sozialmodells nicht wahrscheinlicher. Die Analyse der Veränderungen in den Sozialsystemen in West- und Mittelosteuropa unterhalb generalisierender Zuordnungen kann aber einen Beitrag zur Klärung der Frage leisten, welche alternativen Wege hin zu einer stärker europäisch verstandenen Wohlfahrtsstaatlichkeit möglich und nötig wären. Wenn künftig nicht die Harmonisierung miteinander unvereinbarer und zusammengewürfelter Wohlfahrtswelten, sondern die Homogenisierung sozialstaatlicher Wirkungen als Ziel europäischer Sozialpolitik verstanden wird (Stuchlík/Kellerman 2008: 17), lohnt ein Blick auf die positive sozialpolitische Reformbilanz Tschechiens und Sloweniens, zwei Länder, die sich gegen den Trend einer zunehmenden Risikoindividualisierung gestellt haben. Die Realisierung und Nutzung solcher Unterschiede steht am Beginn der Suche nach Partnern zur Stärkung der sozialen Dimension der EU.

Literatur

- Arts, Will und John Gelissen (2002): »Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art-report«, in: *Journal of European Public Policy*, 12, 2: 137–158.
- Baum-Ceisig, Alexandra; Klaus Busch; Björn Hacker; und Claudia Nospickel (2008): *Wohlfahrtsstaaten in Mittel- und Osteuropa. Entwicklungen, Reformen und Perspektiven im Kontext der europäischen Integration*. Baden-Baden: Nomos.
- Chłoń-Domińczak, Agnieszka (2004): »The Collection of Pension Contributions in Poland«, in: Fultz, Elaine und Tine Stanovnik (Hrsg.): *The Collection of Pension Contributions. Trends, Issues, and Problems in Central and Eastern Europe*. Budapest: ILO: 155–196.

- EPC (2006): *The Impact of Ageing on Public Expenditure: projections for the EU25 Member States on Pensions, Health Care, Longterm Care, Education and Unemployment Transfers (2004–2050)*. Report by the Economic Policy Committee and DG ECFIN.
- Esping-Andersen, Gösta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton.
- Esping-Andersen, Gösta (1999): *Social Foundations of Postindustrial Economies*. New York: Oxford University Press.
- Eurostat (2008): At-risk-of poverty rate for persons aged 65 years and over, projected old-age dependency ratio, total unemployment rate, total long-term unemployment rate, total employment rate, (epp.eurostat.ec.europa.eu).
- Ferrera, Maurizio (1996): »The ›Southern Model‹ of Welfare in Social Europe«, in: *Journal of European Social Policy*, 6, 1: 17–37.
- Fultz, Elaine und Markus Ruck (2001): »Pension Reform in Central and Eastern Europe. Emerging Issues and Patterns, in: *International Labour Review*, 140, 1: 19–43.
- Hacker, Björn (2007): »Die Transformation der Sozialsysteme in Rumänien nach 1989. Westorientierung mit hausgemachten Hindernissen«, in: *Südosteuropa-Mitteilungen* 47, 4: 60–75.
- Hacker, Björn (2008): »Langsamer Abschied von der Universalität? Gesundheitsreformen in Mittel- und Osteuropa und ihre geschlechterspezifischen Folgen«, in: Klenner, Christina und Simone Leiber (Hrsg.): *Wohlfahrtsstaaten und Geschlechterungleichheit in Mittel- und Osteuropa. Kontinuität und postsozialistische Transformation in den EU-Mitgliedstaaten*. Wiesbaden: vs Verlag: 309–336.
- ISG (2006): *Current and Prospective Theoretical Pension Replacement Rates*. Report by the Indicators Sub-Group (ISG) of the Social Protection Committee (SPC); May 19, 2006.
- Leibfried, Stephan (1992): »Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into the European Community«, in: Ferge, Zsuzsa und Jon Eivind Kolberg (Hrsg.): *Social Policy in a Changing Europe*. Boulder: Campus: 245–279.
- MISSOC (2007): http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_tables_de.htm (Zugriff: 28. Oktober 2008).
- Mossialos, Elias; Martin McKee und Laura MacLehose (2003): *Social Protection in the 13 Candidate Countries*. Luxembourg: European Communities.
- Müller, Katharina (2002): »Old-Age Security in the Baltics. Legacy, Early Reforms and Recent Trends«, in: *Europe Asia studies* 54, 5: 725–748.
- Müller, Katharina (2006): »The Political Economy of Pension Privatisation in the Baltics«, in: Fultz, Elaine (Hrsg.): *Pension Reform in the Baltic States: Estonia, Latvia, Lithuania*. Budapest: ILO: 397–420.
- Schubert, Klaus und Ursula Bazant (2008): »Europäische Wohlfahrtssysteme: Vielfalt jenseits bestehender Kategorien«, in: Schubert, Klaus; Simon Hegelich und Ursula Bazant (Hrsg.): *Europäische Wohlfahrtssysteme*. Wiesbaden: vs Verlag: 623–645.
- Schubert, Marlene (2005): *Reformen der Alterssicherung in Mittel- und Osteuropa. Erklärungsgrößen für Reformentscheidungen*. Berlin: Logos.
- Stuchlík, Andrej und Christian Kellermann (2008): *Europa auf dem Weg zur Sozialen Union? Die Sozialagenda der EU im Kontext europäischer Sozialstaatlichkeit*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- WHO (2007): Health for all Database, (data.curo.who.int/hfadb).