

*CEuS Working Paper No. 2009/2*

**Einstellungen zur Alters- und Gesundheitsversorgung  
im Wohlfahrtsstaat: Europa und Nordamerika im  
Vergleich** (Distinguished IES BA Theses)

Mareike Wagner

**Jean Monnet Centre for European Studies (CEuS)**  
University of Bremen  
SFG, Enrique-Schmidt-Straße 7  
D - 28359 Bremen  
Phone +49 - 421 - 218-67031  
Fax +49 - 421 - 218-9143





*CEuS Working Paper No. 2009/2*

**Einstellungen zur Alters- und Gesundheitsversorgung  
im Wohlfahrtsstaat: Europa und Nordamerika im  
Vergleich** (Distinguished IES BA Theses)

Mareike Wagner

Mareike Wagner ist Absolventin des BA im Studiengang „Integrierte Europastudien“ der Universität Bremen, Jahrgang 2009.



# Einstellungen zur Alters- und Gesundheitsversorgung im Wohlfahrtsstaat: Europa und Nordamerika im Vergleich<sup>1</sup>

Distinguished IES BA Theses

*Mareike Wagner*

Diese Arbeit untersucht die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Einstellung der Bevölkerung zur staatlichen Alters- und Gesundheitsversorgung in dreizehn Ländern. Es wird untersucht in welchem Ausmaß diese Sicherungssysteme staatliche Aufgaben sein sollten, als wie erfolgreich sie bewertet werden und ob die unterschiedlichen Auffassungen zu diesen Fragen von der Art des jeweiligen Wohlfahrtsstaatregimes abhängen. Daneben wird untersucht, wie sich sozioökonomische Effekte, insbesondere Alter, auf die Einstellungen auswirken. Eine Analyse von ISSP (International Social Survey Programme) Daten ergibt, dass sich die Einstellungen in den verschiedenen Ländern stark unterscheiden und dies größtenteils durch die Zuordnung von Ländern zu Wohlfahrtsregimes erklärt werden kann. Zudem gibt es starke Effekte von Alterskohorten bezüglich der präferierten Ausgabenhöhe für das Rentensystem sowie bei der Bewertung des Gesundheitssystems.

## 1 Einleitung

Durch den demografischen Wandel nimmt der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung Europas und Nordamerikas kontinuierlich zu. Die durchschnittliche Lebenserwartung in den EU-25 Ländern ist seit 1960 um drei Jahre auf aktuell 73 Jahre angestiegen und wird Prognosen zu Folge 2030 bei 81 Jahren liegen. Zusammen mit der sinkenden Geburtenrate auf nur noch 1,5 Kinder pro Frau

---

<sup>1</sup> Diese BA Abschlussarbeit wurde von Dr. Alexander Gattig betreut und im Juli 2009 im BA Programm Integrierte Europastudien an der Universität Bremen mit Erfolg verteidigt. Die Autorin dankt den Gutachtern ihrer BA-Arbeit sowie zwei anonymen Referenten des CEuS für die kritische Lektüre und Kommentare des diesem Working-Paper zugrunde liegenden Manuskripts.

verschiebt diese Entwicklung die Altersstruktur der Bevölkerung (Europäische Kommission 2007) und stellt die Wohlfahrtsstaaten vor die Herausforderung, ihre Renten- und Gesundheitssysteme zu reformieren.

Entsprechend des Generationenvertrages werden Renten zur Zeit durch Transferleistungen der erwerbstätigen Bevölkerung finanziert. Durch die alternde Gesellschaft verschiebt sich jedoch zunehmend das bisher bestehende Gleichgewicht zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern. In Zukunft werden die Erwerbstätigen Schwierigkeiten haben, die steigenden Kosten für das Rentensystem zu tragen und es ist davon auszugehen, dass dann Renten in geringerem Umfang ausgezahlt werden. Auch die Kosten für das Gesundheitswesen steigen als Folge des demografischen Wandels, da ältere Menschen stärker auf medizinische Versorgung angewiesen sind als jüngere, und auch hier stellt sich, zumindest langfristig, die Finanzierungsfrage.

Vor diesem Hintergrund möchte ich die Einstellung zur staatlichen Alters- und Gesundheitsversorgung in elf europäischen Ländern (Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Norwegen, Polen, Portugal, Schweden, Spanien, Tschechien, Ungarn und Westdeutschland), den USA und Kanada untersuchen. Die bisherige Forschung hat sich darauf konzentriert, zu erklären, ob der Staat oder das Individuum nach Meinung der Bevölkerung für Alters- und Gesundheitsversorgung verantwortlich sein sollte. Es hat sich gezeigt, dass in allen europäischen Ländern ebenso wie in Kanada und mit gewissen Einschränkungen auch in den USA ein breiter Konsens darüber herrscht, dass der Staat für die Alters- und Gesundheitsversorgung verantwortlich sein sollte (Gelissen 2001; Gevers et al. 2000; Jaeger 2006, 2007; Svallfors 1997, 2003). Weniger Untersuchungen gibt es hingegen zu der Frage, wie umfangreich diese staatliche Versorgung nach Meinung der Bevölkerung sein sollte. Gerade diese Frage ist jedoch im Zuge des demografischen Wandels bedeutsam: Eine Möglichkeit, auf den demografischen Wandel zu reagieren, wäre es, die staatlichen Leistungen für ältere Menschen zu senken und damit die Gesamtausgaben konstant zu halten. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die

Beiträge anzuheben, damit für zunehmend mehr ältere Menschen weiterhin im gleichen Umfang wie bisher Leistungen ausgezahlt werden können.

Von daher möchte ich im Folgenden beleuchten, ob die staatlichen Ausgaben für Renten und Gesundheit nach Ansicht der Bürger erhöht, gesenkt oder auf bestehendem Niveau erhalten werden sollten und wie die Menschen die Erfolge der aktuellen staatlichen Alters- und Gesundheitsversorgung einschätzen. Dabei wird zum einen der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Bevölkerungen der verschiedenen Länder in ihren Einstellungen auf Grund der verschiedenen Formen und Gerechtigkeitsvorstellungen der Wohlfahrtsysteme unterscheiden. Zum anderen werde ich untersuchen, ob die unsichere Zukunft der Renten- und Gesundheitssysteme zu einem Verteilungskonflikt zwischen den Generationen führt, weil ältere Menschen weiterhin möglichst hohe Leistungen beanspruchen wollen, während jüngere nicht dazu bereit sind, höhere Beiträge für die Versorgungssysteme zu zahlen.<sup>2</sup>

Zur Systematisierung der Wohlfahrtstaaten wird Esping-Andersens Konzept der Wohlfahrtregimes verwendet. Unter Wohlfahrtregimes versteht Esping-Andersen die Art wie Wohlfahrtsleistungen im Zusammenwirken zwischen Staat, Markt und Familie bereitgestellt werden (Esping-Andersen 2000: 73). Auf Basis zweier Indikatoren, dem Grad der Dekommodifizierung und dem System der Stratifizierung, identifiziert Esping-Andersen drei idealtypische Wohlfahrtregimes – das liberale, das konservative und das sozialdemokratische Wohlfahrtregime – die jeweils über eine eigene Logik von Organisation und sozialer Integration verfügen, und um die sich die einzelnen Wohlfahrtstaaten gruppieren. „Dekommodi-

---

<sup>2</sup> Wie stark die einzelnen Länder vom demografischen Wandel betroffen sind, wird nicht weiter berücksichtigt. Dem Anhang (Tabelle 4) ist zu entnehmen, dass der der Altenquotient in allen Ländern bis 2030 um ca. 10-20 Prozentpunkte ansteigen wird. Die Kosten für die sozialen Sicherungssysteme werden ebenfalls in allen Ländern zunehmen mit Ausnahme Polens und Portugals, wo bereits beschlossen wurde, die staatlichen Leistungen für Renten bzw Gesundheit zu senken (Europäische Kommission 2007). Auch wenn nicht alle Länder gleichermaßen vom demografischen Wandel betroffen sind, wird die steigende finanzielle Belastung überall als problematisch angesehen (Bongaarts 2004: 13). Analysen von Gevers et al. (2000) bestätigen, dass der Altenquotient nicht dazu beiträgt, die Einstellung der Bevölkerung zum Gesundheitssystem zu erklären. Insofern erwarte ich, dass der demografische Wandel zu Einstellungsunterschieden zwischen Älteren und Jüngeren aber nicht zwischen Ländern führt.

fizierung“ ist gegeben, wenn Individuen ein Recht darauf haben, bestimmte staatliche Leistungen zu erhalten und dazu befähigt sind, unabhängig vom Markt einen adäquaten Lebensstandard aufrecht zu erhalten (Esping-Andersen 1990: 21f). Ein wichtiges Kriterium für den Grad der Dekommodifizierung ist, wie viele Menschen berechtigt sind, soziale Leistungen zu empfangen (ebd.: 47). Stratifizierung meint den Einfluss des Wohlfahrtsystems auf die Strukturierung von Klassen und sozialer Ordnung. Die Charakteristika des Wohlfahrtsystems entscheiden über das Ausmaß von sozialer Solidarität, Klassenspaltungen und Statusdifferenzierung (ebd.: 55). Bisherige Überprüfungen von Esping-Andersens Theorie ergaben nur wenig Evidenz dafür, dass in verschiedenen Wohlfahrtregimes verschiedene Konfliktlinien vorherrschen. Stattdessen konnte nachgewiesen werden, dass sich die zentralen Konfliktlinien in allen Regimes sehr ähneln (s. Papadakis und Bean 1993, Svallfors 1997, Andreß und Heien 2001). Bezüglich des Grades der Dekommodifizierung hingegen konnte nachgewiesen werden, dass dieser ein entscheidender Faktor für die Einstellung der Bevölkerung zum Wohlfahrtstaat ist (Peillon 1996). Von daher werde ich die Aspekte der Stratifizierung bei der Hypothesenbildung nicht berücksichtigen, sondern mich auf die Dekommodifizierung konzentrieren.

Ein zweites wichtiges Kriterium, das über die Einstellung der Bevölkerung zum Wohlfahrtstaat entscheidet, ist ob sich ein Wohlfahrtsystem bereits über lange Zeit als stabil erwiesen hat, oder ob es kürzlich reformiert wurde. Dieses Kriterium entstand aus der Diskussion darüber, ob die südeuropäischen Staaten zum konservativen Regime gezählt werden können oder ein eigenes Regime bilden (s.u., Ferrera 1996, Esping-Andersen 1997, 2000, Arts und Gelissen 2001, 2002). Rothsteins institutionalistische Wohlfahrtstaatstheorie (1998) bietet schließlich den Rahmen dafür, die Stabilität eines Regimes als unabhängige Variable zur Hypothesenbildung zu verwenden und auch auf andere Länder zu übertragen.

Auf Ebene der Individuen gehe ich davon aus, dass das Eigeninteresse von Personen der entscheidende Faktor für ihre Einstellungen zur Alters- und Gesundheitsversorgung ist und Interessensunterschiede zwischen Älteren und Jüngeren festzustellen sind. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass die staatliche Alters-



und Gesundheitsversorgung zwar von der gesamten Bevölkerung unterstützt wird (Mau 2003, Svallfors 2008), bestätigen aber auch überwiegend die Annahme, dass sich ältere Menschen stärker für eine umfangreiche staatliche Alters- und Gesundheitsversorgung aussprechen als jüngere (Gelissen 2001, Blekesaune und Quadagno 2003, Mau 2003, Svallfors 2008, Bonoli und Häusermann 2009).

Ein konkurrierender Erklärungsansatz, dass ideologische Auffassungen stärker als das eigene Interesse über die Einstellung der Bevölkerung entscheidet, wird ebenfalls überprüft. Im Folgenden werden zunächst Hypothesen zu Einstellungsunterschieden auf Länderebene aus den theoretischen Ansätzen Esping-Andersens und Rothsteins entwickelt (Abschnitt 2) und anschließend anhand des Kriteriums des Eigeninteresses Hypothesen zu Unterschieden auf der individuellen Ebene erstellt (Abschnitt 3). Der vierte Abschnitt stellt das methodische Vorgehen dar, bevor im fünften Abschnitt schließlich die Ergebnisse präsentiert werden.

## **2 Wohlfahrtregimes und die Einstellung der Bevölkerung**

In Anlehnung an Esping-Andersen lassen sich die von mir untersuchten Länder Wohlfahrtregimes zuordnen. Schweden, Norwegen und Dänemark gehören zum sozialdemokratischen Wohlfahrtregime. Im sozialdemokratischen Wohlfahrtregime übernimmt der Staat die volle Verantwortung für die Wohlfahrt seiner Bürger. Durch großzügige Leistungen soll Universalismus auf dem Standard der Mittelklasse geschaffen werden. Alle Bürger haben die gleichen Rechte auf staatliche Basisleistungen. Darüber hinaus entscheidet eine zweite, einkommensabhängige Säule über die Höhe von weiteren Leistungen, sodass auch wohlhabende Bürger vom Wohlfahrtsystem profitieren. Statusprivilegien und die regulierende Funktion des Marktes werden reduziert. Somit besteht ein hoher Grad an Dekommodifizierung.

Auch in konservativen Wohlfahrtstaaten ist jeder Bürger auf Basis von Grundrechten abgesichert. Staatliche Leistungen zielen jedoch darauf ab, dass Sta-

tusunterschiede erhalten bleiben. Im konservativen Wohlfahrtsregime kommt der Familie eine besondere Rolle zu. Reicht die Absicherung einer Person nicht aus, ist zunächst die Familie für Hilfeleistungen zuständig. Erst wenn die Kapazitäten der Familie erschöpft sind, greift der Staat ein. Dekommodifizierung findet somit auch in konservativen Wohlfahrtsstaaten statt, aber in geringerem Umfang als in sozialdemokratischen. Zum konservativen Regimetypus zählen die Länder Kontinentaleuropas, unter anderem (West-) Deutschland und Frankreich.

Das liberale Wohlfahrtsregime beschreibt Esping-Andersen als residuelles Wohlfahrtsregime, in dem die Bevölkerung sich privat über den Markt absichern soll und staatliche Verantwortung nur dann eintritt, wenn die Absicherung durch den Markt scheitert. Selbst dann sind staatlichen Leistungen vergleichsweise gering, sodass Dekommodifizierung nur in geringem Umfang gegeben ist. Dem liberalen Wohlfahrtsregime lassen sich die USA und Kanada zuordnen, die beide über ein residuelles Rentensystem verfügen. Die Gesundheitswesen beider Länder unterscheiden sich jedoch. Während es in den USA keine verpflichtende Krankenversicherung gibt, wird in Kanada eine staatliche Basissicherung garantiert (Esping-Andersen 1990, 2000).

Diese drei Wohlfahrtsregimes wurden von Esping-Andersen entwickelt. Auch wenn ihnen jeweils eigene Gerechtigkeitsvorstellungen zu Grunde liegen, zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie schon seit langer Zeit in ihrer heutigen Form bestehen und gefestigt sind. Rothstein (1998) zufolge kann angenommen werden, dass gefestigte Wohlfahrtsstaaten von breiten Teilen der Bevölkerung akzeptiert werden. Rothstein geht davon aus, dass der Wohlfahrtsstaat als Institution und die Ansichten der Bevölkerung zum Wohlfahrtsstaat gegenseitig aufeinander einwirken. Durch Wahlen und politische Mobilisierung trägt die Bevölkerung dazu bei, Institutionen wie den Wohlfahrtsstaat zu schaffen und zu gestalten. Sind die Institutionen akzeptiert, formen aber auch sie die Einstellungen der Gesellschaft, indem sie erstens Normalität schaffen, also vorgeben, was der normale Zustand ist und was davon abweicht, und zweitens eine normengebende Funktion ausüben, also zum Beispiel vorgeben, welche Form staatlicher Umverteilung moralisch vertretbar

oder ungerecht ist (Rothstein 1998: 134-138). Eine Institution, die die Zustimmung der Bevölkerung verliert, wird auf lange Sicht handlungsunfähig (ebd.: 156). Wenn davon auszugehen ist, dass ein Wohlfahrtsystem nur dann stabil ist, wenn die Bevölkerung den Gerechtigkeitsnormen des Systems zustimmt, dann folgt im Umkehrschluss, dass in Wohlfahrtsregimes, die bereits über einen langen Zeitraum hinweg existieren und sich somit gefestigt erwiesen haben, die Bevölkerung die jeweiligen Gerechtigkeitsvorstellungen des Wohlfahrtsregimes angenommen hat. In nicht gefestigten Wohlfahrtsstaaten, deren Sicherungssystem in den letzten Jahren reformiert wurde, ist hingegen davon auszugehen, dass die Erwartungen der Bevölkerung noch nicht dem aktuellen System entsprechen.

Ein Beispiel für einen nicht gefestigten Wohlfahrtsstaat ist der britische Wohlfahrtsstaat. Von Esping-Andersen wird er dem liberalen Wohlfahrtsregime zugeordnet. Diese Einordnung ist jedoch umstritten (vergl. Papadakis und Bean 1993, Arts und Gelissen 2001), da Großbritannien nach dem zweiten Weltkrieg seinen Wohlfahrtsstaat zunächst ausweitete und erst in den 1980er Jahren durch die Regierung Margaret Thatchers wieder einschränkte. Rothstein zu Folge kann es sein, dass die Bevölkerung den schmaleren Wohlfahrtsstaat noch nicht akzeptiert. Somit stellt Großbritannien in der von mir verwendeten Wohlfahrtsstypologie ein eigenes Wohlfahrtsregime dar, und ich gehe davon aus, dass sich große Teile der Bevölkerung den umfangreicheren Wohlfahrtsstaat zurück wünschen.

Während Esping-Andersen die südeuropäischen Länder, zu denen Spanien und Portugal zählen, dem konservativen Wohlfahrtsregime zuordnet, weil der Wohlfahrtsstaat auch in diesen Ländern auf Statusreproduktion abzielt und der Familie ein wichtiger Stellenwert in der sozialen Sicherung zukommt, befürworten andere Forscher, dass diese Länder ein eigenes mediterranes Wohlfahrtsregime bilden (Ferrera 1996, Gevers et al. 2000, Gelissen 2001, Arts und Gelissen 2001, 2002). Die Wohlfahrtsysteme dieser Länder befinden sich im Aufbau, und während Personen, die auf dem regulären Arbeitsmarkt beschäftigt sind bereits großzügig rentenversichert sind, arbeiten viele Menschen im informellen Sektor, in dem sie kaum bis gar nicht abgesichert werden. Das Gesundheitswesen ist im Ge-

gensatz zur Altersvorsorge ein weitgehend universelles System, in dem aber auch Spitzenverdiener Sonderrechte genießen (Ferrera 1996). Bisherigen Analysen zufolge wünschen sich die Bürger der mediterranen Wohlfahrtsstaaten, dass die Renten- und Gesundheitssysteme weiter ausgebaut werden (Gevers et al. 2000, Gelissen 2001, Arts und Gelissen 2001).

Vor dem Hintergrund des hier skizzierten Forschungsstandes und seiner Lücken möchte ich mit dieser Arbeit zudem einen Beitrag dazu leisten, die osteuropäischen Staaten, die als postkommunistische Wohlfahrtsregime bezeichnet werden, stärker in die Wohlfahrtsstaatsforschung einzubinden. Um eine möglichst homogene Ländergruppe untersuchen zu können, beschränke ich mich auf Polen, Ungarn und Tschechien, in denen die sozialpolitischen Reformen besonders schnell voran schreiten (Lipsmeyer und Norstrom 2003). Während im kommunistischen Wohlfahrtsstaat perfekte Dekommodifizierung durch subventionierte Preise, Zugang zu sozialen Leistungen für alle Erwerbstätigen und (künstlich erzeugte) Vollbeschäftigung gegeben war (Standing 1997, Andreß und Heien 2001), brach das Sicherungssystem in den 1990er Jahren zusammen, als die Preise freigesetzt wurden und die Arbeitslosigkeit rapide anstieg. Im Gesundheitswesen wurde ein auf Solidarität beruhendes universelles Absicherungssystem beibehalten. Das Rentensystem hingegen wurde in ein residuelles System transformiert, das dem liberalen Sicherungssystem ähnelt (Deacon 2000). Bezüglich der Einstellungen der Bevölkerung zum Wohlfahrtsstaat und zur Alters- und Gesundheitsversorgung ist jedoch davon auszugehen, dass das kommunistische Erbe weiterhin die Meinung der Menschen prägt (Andreß und Heien 2001).

Davon ausgehend, dass das Wohlfahrtsystem in gefestigten Wohlfahrtsstaaten in seiner Form und im Umfang der Leistungen den Vorstellungen der Bevölkerung entspricht, lautet meine erste Hypothese:

*Hypothese 1: In gefestigten Wohlfahrtsstaaten (liberal, sozial-demokratisch, konservativ) gibt es eine hohe Akzeptanz des Systems und demzufolge hohe Unterstützung für den Status quo, das heißt, für die Beibehaltung des derzeitigen Umfangs staatlicher Renten- und Gesundheitsversorgung.*

Im Unterschied dazu wurden in den nicht gefestigten Wohlfahrtsstaaten die Wohlfahrtsleistungen in den letzten Jahren eingeschränkt oder sie sind noch nicht vollständig ausgebaut, sodass ich erwarte, dass sich die Bevölkerung Leistungen in größerem Umfang wünscht:

*Hypothese 2: In nicht gefestigten Wohlfahrtsstaaten (mediterran, postkommunistisch, britisch) stimmen die Wünsche der Menschen noch nicht mit dem Umfang der staatlichen Alters- und Gesundheitsversorgung überein und die Bevölkerung wünscht sich höhere staatliche Ausgaben.*

Zudem geht aus der Literatur hervor, dass der Wohlfahrtsstaat umso beliebter ist, je mehr Menschen Zugang zu den Sicherungssystemen haben (Peillon 1996). In sozialdemokratischen und konservativen Wohlfahrtsstaaten verfügen alle Bürger über eine staatliche Rentenversicherung, in den anderen Wohlfahrtsregimes hingegen werden nur die Armen staatlich abgesichert bzw. im mediterranen Regime nur die Beschäftigten des regulären Arbeitsmarktes:

*Hypothese 3: Das staatliche Rentensystem wird in Wohlfahrtsstaaten, in denen jeder staatlich abgesichert ist (sozial-demokratisch, konservativ), als erfolgreicher angesehen als in Ländern, in denen sich die Bevölkerung in Beitragszahler und Leistungsempfänger aufteilt und nur ein Teil der Bevölkerung profitiert (liberal, britisch, postkommunistisch, mediterran).*

Bezüglich des Gesundheitswesens wird in allen Ländern (mit Ausnahme der USA) vom Staat sichergestellt, dass alle Bürger krankenversichert sind. In den sozialdemokratischen und konservativen Wohlfahrtsstaaten ist diese Basissicherung jedoch großzügiger als in den anderen Ländern (vgl. Mau 2003: 172, Standing 1997: 245f, Ferrera 1996: 33f). Gevers (2001) konnte nachweisen, dass die großzügigeren sozialdemokratischen und konservativen Gesundheitssysteme mehr Zustimmung in der Bevölkerung fanden als die Gesundheitsversorgung anderer Länder. Demnach lautet meine vierte Hypothese:

*Hypothese 4: Das staatliche Gesundheitssystem wird in Wohlfahrtsstaaten, in denen jeder großzügig staatlich abgesichert ist (sozial-demokratisch, konservativ), als erfolgreicher angesehen als in*

*Ländern, in denen staatliche Versicherung auf niedrigerem Niveau stattfindet oder nicht allumfassend ist (liberal, mediterran, postkommunistisch, britisch).*

### **3 Eigeninteresse und die Einstellung der Bevölkerung**

Wie oben dargestellt ist zu erwarten, dass es innerhalb eines Wohlfahrtregimes einen gewissen Grad an Einigung über das staatliche Renten- und Gesundheitssystem gibt. Dennoch werden sich die Einstellungen verschiedener Teilgruppen auch voneinander unterscheiden. Ein wichtiger Faktor, um Einstellungsunterschiede innerhalb der Bevölkerung zu erklären, ist das Eigeninteresse der Individuen. Wer in besonderem Maße von staatlichen Leistungen abhängig ist und profitiert, wird einen umfangreichen Wohlfahrtsstaat besonders stark befürworten. Wer hingegen in der Lage ist sich privat abzusichern und als Steuerzahler besonders hohe Beiträge für das Renten- und Gesundheitssystem zahlen muss, wird sich eher gegen einen umfangreichen Wohlfahrtsstaat aussprechen (Hasenfeld und Rafferty 1989).

Im Zentrum meiner Analyse individueller Merkmale stehen Einstellungsunterschiede zwischen älteren und jüngeren Menschen. Im Wohlfahrtsstaat brauchen Menschen, die das staatliche Rentenalter erreicht haben unabhängig von ihrer physischen und psychischen Verfassung nicht mehr zu arbeiten, sondern erhalten eine Rente, die durch Umverteilung finanziert wird. Die erwerbstätige Generation zahlt in die Rentenkassen ein und das Geld wird direkt an die Rentner ausgezahlt. Auch über das Gesundheitswesen findet Umverteilung zwischen den Generationen statt, da Alter und schlechte Gesundheit stark korrelieren während das Gesundheitswesen vor allem durch die erwerbstätige Bevölkerung finanziert wird (Birg 2001: 184ff). Beide Versorgungssysteme basieren somit auf Solidarität zwischen den Generationen, in denen derzeitige Beitragszahler davon ausgehen, dass sie adäquate Rückzahlungen erhalten, wenn sie selbst ins Rentenalter kommen (Mau 2004: 61).

Das Rentensystem wird jedoch immer teurer, weil die Bevölkerung altert. Immer weniger Erwerbstätige müssen die Renten von immer mehr Rentnern bezahlen (Bongaarts 2004) und für die Finanzierung des Gesundheitssystems stellt sich das gleiche Problem. So ist davon auszugehen, dass die durch den demografischen Wandel bedingten Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherungssysteme zu Ungerechtigkeiten zwischen den Generationen führen: Die „Gewinnergeneration“ (der derzeitige Rentner und Personen kurz vor dem Ruhestand) konnte besonders stark vom Ausbau des Wohlfahrtsstaates profitieren und sich mit relativ niedrigen Beiträgen vergleichsweise hohe Erträge sichern, während die nachfolgende „Verlierergeneration“ hohe Beiträge zahlen muss und nur eine deutlich geringere Absicherung erwarten kann (Szydlik 2004, Ullrich 2005: 201ff, Blome et al. 2008: 316ff).

Ich erwarte daher, dass zwischen Älteren und Jüngeren ein Interessenkonflikt um die soziale Sicherung entsteht. Menschen, die schon im Ruhestand sind, werden ihre Rentenbezüge und ihre Gesundheitsversorgung in bisherigem Maße beibehalten wollen. Auch ältere Menschen, die kurz vor dem Ruhestand stehen und jahrelang in die Kassen eingezahlt haben, werden eine großzügige staatliche Renten- und Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen wollen und von daher höhere staatliche Ausgaben für Renten und das Gesundheitswesen bevorzugen. Für Jüngere hingegen zeichnet sich bereits ab, dass die staatliche Versorgung eingeschränkt wird, bevor sie selbst ins Rentenalter kommen. Jüngere sollten es somit bevorzugen, die staatliche Renten- und Gesundheitsversorgung möglichst schnell zu senken, damit zumindest die Kostenbelastung während der Erwerbstätigkeit ebenso geringer wird wie die Ansprüche im Alter. Weiterhin ist zu erwarten, dass Jüngere eher unzufrieden mit dem derzeitigen Rentensystem sind, da abzusehen ist, dass sie davon benachteiligt werden. Meine Hypothesen lauten dementsprechend:

*Hypothese 5: Jüngere bevorzugen, dass die Kosten für die staatliche Renten- und Gesundheitsversorgung gesenkt werden, während Ältere die aktuellen Staatsausgaben beibehalten oder sogar erhöhen wollen.*

Hypothese 6: *Ältere sind eher als Jüngere zufrieden mit der aktuellen staatlichen Renten- und Gesundheitsversorgung und bewerten diese deshalb als erfolgreicher.*

Das Eigeninteresse von Personen hängt neben dem Alter auch von weiteren soziodemografischen Merkmalen ab. Geringverdiener, Arbeitslose, Teilzeitbeschäftigte, Rentner und die Arbeiterklasse sind besonders stark auf die staatliche Absicherung angewiesen und werden deshalb mehr staatliche Sicherungen bevorzugen. Vollzeitbeschäftigte, Personen mit hohem Einkommen sowie die Dienstklassen hingegen ziehen geringere Staatsausgaben vor, da sie weniger auf staatliche Leistungen angewiesen sind, aber mit Steuern und Beiträgen belastet werden. Gebildete sollten sich ebenfalls eher gegen einen umfangreichen Wohlfahrtsstaat aussprechen als ungebildete Bürger, da der Bildungsgrad ein entscheidender Faktor dafür ist, wieviel man verdient (Hasenfeld und Rafferty 1989). Zudem wissen Gebildete mehr über den demografischen Wandel und die daraus folgenden steigenden Kostenbelastung im Renten- und Gesundheitssystem, sodass ich auch davon ausgehe, dass Gebildete eher befürworten, die Kosten beider Sicherungssysteme einzuschränken.<sup>3</sup>

Frauen unterstützen staatliche Alters- und Gesundheitsversorgung in einem höheren Ausmaß als Männer, weil Frauen weniger verdienen und zudem traditionell für die Pflege der Alten und Kranken zuständig waren und durch die staatliche Sicherung in dieser Hinsicht entlastet werden (Hasenfeld und Rafferty 1989, Svallfors 1997). Da sich Gewerkschaften dafür einsetzen, dass ihre Mitglieder möglichst unabhängig vom Arbeitsmarkt sozial abgesichert sind, ist zudem davon auszugehen, dass Gewerkschaftsmitglieder höhere staatliche Ausgaben für Renten und Gesundheitswesen bevorzugen (Rehm 2007).

Zu der Annahme, dass das Eigeninteresse einer Person über ihre Einstellung zu sozialen Themen entscheidet gibt es einen konkurrierenden Erklärungsansatz.

---

<sup>3</sup> Eine alternative Hypothese, dass Gebildete in stärkerem Maße demokratische Werte verinnerlicht haben und deshalb eher soziale Rechte und somit wohlfahrtsstaatliche Programme unterstützen, konnte nicht bestätigt werden (Hasenfeld und Rafferty 1989).



Er geht davon aus, dass vielmehr die ideologische Weltanschauung einer Person das ausschlaggebende Kriterium ist. Menschen, die Prinzipien wie soziale Gleichheit und kollektive Verantwortung vertreten, befürworten eher einen starken Wohlfahrtsstaat als Menschen, die davon ausgehen, dass wirtschaftliche Erfolge das Ergebnis harter Arbeit sind und die Arbeitsmoral der Bevölkerung geschwächt wird, wenn der Staat erfolglose Menschen unterstützt (Hasenfeld und Rafferty 1989: 1029ff). Diese These (Hypothese 7) werde ich ebenfalls überprüfen.

#### 4 Daten, Variablen und Methoden

Die Datengrundlage dieser Arbeit bildet das International Social Survey Programme (ISSP) 2006 (ZA-Nr. 4700). An den ISSP-Umfragen, die jährlich zu wechselnden sozialwissenschaftlichen Themen durchgeführt werden, nehmen inzwischen 44 Länder teil. Die Datensätze werden regelmäßig für die Wohlfahrtsstaatsforschung verwendet (z.B. Papadakis und Bean 1993, Peillon 1996, Svallfors 1997, 2003, Jaeger 2007, 2009). Der Datensatz von 2006 thematisiert die Rolle des Staates. Unter anderem wird abgefragt, ob die Ausgaben für das staatliche Renten- und Gesundheitssystem erhöht oder gesenkt werden sollen und wie die Erfolge beider Sicherungssysteme bewertet werden. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Ausgabenerhöhung höhere Steuern oder Beiträge nach sich ziehen kann. Beide Fragen können auf einer Skala von 1-5 beantwortet werden, wobei die Variablen so umkodiert werden, dass höhere Werte für den Wunsch nach höheren Ausgaben bzw. für größere Erfolge stehen.

Die Wohlfahrtsregimes operationalisiere ich, indem jedes Land einem Wohlfahrtsregime zugeordnet wird, ich die Länder jedoch nicht im Vorfeld der Analyse zu einem Wohlfahrtsstaatscluster zusammenfasse.<sup>4</sup> Dabei habe ich nur die Länder für die Analyse ausgewählt, über deren Zuordnung zu den Wohlfahrtsregimes in

---

<sup>4</sup> Werden vorab Regimecluster gebildet, können die Ergebnisse verzerrt werden, da Varianzen innerhalb eines Regimes nicht aufgedeckt werden. So verliert die Analyse an Informationsgehalt (s. Jaeger 2009).

der Literatur große Einigkeit herrscht. Das liberale Regime umfasst die USA und Kanada. Frankreich und Westdeutschland werden dem konservativen Wohlfahrtsregime, Schweden, Norwegen und Dänemark dem sozialdemokratischen, Spanien und Portugal dem mediterranen, und Polen, Ungarn und Tschechien dem postkommunistischen Wohlfahrtsregime zugeordnet. Großbritannien stellt ein eigenes Wohlfahrtsystem, das britische Regime, dar. So kann überprüft werden, ob die Werte von Ländern des gleichen Wohlfahrtsregime näher beieinander liegen als Werte von zwei Ländern, die unterschiedlichen Regimes zugeordnet werden, wobei Schweden die Referenzkategorie bildet.

Das Alter messe ich durch die Unterteilung in drei Alterskohorten. Wie oben dargestellt lassen sich Personen entweder der Gewinner- oder der Verlierergeneration zuordnen und wechseln nicht mit fortschreitendem Alter die Gruppenzugehörigkeit. Als Kohorte versteht Sackman „das Ergebnis der Einteilung von Personen aufgrund eines geteilten Eintrittsintervalls bei einer Organisation, einer Gemeinschaft oder einer Gesellschaft“ (2004: 30). In dieser Arbeit ist der Eintritt ins Rentenalter das entscheidende Kriterium für die Kohorteneinteilung. Eine Schwierigkeit der Einteilung ist, dass viele Menschen schon frühzeitig in Rente gehen, und dass verschiedene Länder das gesetzliche Rentenalter unterschiedlich festgelegt haben. Aus dem Alter einer Person lässt sich von daher nur ungefähr ableiten, wann diese Person in Rente geht. Im Folgenden gehören Personen zur ältesten Kohorte, die vor 1950 geboren wurden, also 2006 schon in Rente sind oder bald in Rente gehen. Diese Personen werden profitieren, wenn die Ausgaben für Renten und Gesundheit in den nächsten Jahren konstant bleiben oder sich sogar erhöhen. Personen, die zwischen 1950 und 1970 geboren wurden, bilden die mittlere Kohorte. Für die jüngste Kohorte, deren Mitglieder nach 1970 geboren wurden, ist eine schnelle Kostensenkung von Vorteil. Die älteste Kohorte bildet die Referenzkategorie.

Einkommen wird im Datensatz jeweils in der Landeswährung gemessen. Die Einkommensvariablen der einzelnen Länder habe ich zur besseren Vergleichbarkeit z-standardisiert (Mittelwert von 0 und eine Standardabweichung von 1) und

anschließend zu einer gemeinsamen Einkommensvariablen zusammengefasst. Bildung wird auf einer fünfstufigen Skala (1: kein Schulabschluss – 5: Hochschulabschluss) gemessen. Bei der Variable Geschlecht bilden Männer die Referenzkategorie. Für die Einteilung in Klassen verwende ich ein 7-Klassenschema nach Erikson und Goldthorpe (1992), das zwischen oberer und unterer Dienstklasse, Selbstständigen, Landwirten, Beschäftigten in nicht-manuellen Routinetätigkeiten, gelernten und ungelernten Arbeitern unterscheidet. Arbeiter bilden die Referenzkategorie. Um den Erwerbsstatus zu messen, habe ich die Dummyvariablen „Vollzeitbeschäftigt“, „Teilzeitbeschäftigt“, „Nicht Erwerbstätig“, „Arbeitslos“ und „Rentner“ gebildet. Vollzeitbeschäftigte stellen die Referenzkategorie dar. Bezüglich Gewerkschaftsmitgliedschaft sind Nichtmitglieder die Referenzkategorie. Um die ideologische Einstellung einer Person zu messen, hat sich ihre Einordnung im politischen Links-rechts-Spektrum als guter Indikator erwiesen. Personen, die linken Parteien nahe stehen, sprechen sich für wenig Ungleichheit und somit einen starken Wohlfahrtstaat aus. Personen, die sich rechts im politischen Spektrum einordnen, unterstützen den Wohlfahrtstaat in geringerem Maße, da er ihrer Meinung nach die Freiheitsrechte des Individuums zugunsten der Gleichheit einschränkt (Gevers et al. 2000: 9, Arts und Gelissen 2001: 289). Die Einordnung erfolgt anhand einer zehnstufigen Skala (1: links – 10: rechts). Weiterhin gehen die Interaktionseffekte  $\text{Alter} * \text{Bildung}$ ,  $\text{Alter} * \text{Geschlecht}$  und  $\text{Bildung} * \text{Geschlecht}$  in die Analyse mit ein.

Das von mir untersuchte Sample enthält insgesamt 18067 Fälle. Die Anzahl der Fälle pro Land liegt zwischen 930 und 2500. Auf Grund von fehlenden Werten ist die Zahl der Fälle, die in die Analyse mit eingehen, jedoch deutlich geringer.

## Methoden

Um den Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängigen zu überprüfen, werden zunächst anhand des bayesianischen Informationskriteriums (BIC) Modelle ausgewählt.<sup>5</sup> Die Verwendung von Informationskriterien ermöglicht eine systematische Modellauswahl und ist in der Lage, einige Schwächen der traditionellen Modellauswahl durch Signifikanztests zu überwinden. Während sich das Modell auf Basis des Signifikanztests nur verbessern kann, wenn ein zusätzlicher Parameter in das Modell aufgenommen wird, bietet BIC auch die Möglichkeit, dass sich das Modell durch zusätzliche Parameter verschlechtert. So werden sparsame Modelle bevorzugt (Raftery 1995, Kuha 2004).

Bei der Modellauswahl werden die BIC-Werte verschiedener Modelle berechnet und mit dem BIC-Wert des Nullmodells verglichen. Wenn der BIC-Wert eines Modells  $M_k$  niedriger als der BIC-Wert des Nullmodells  $M_0$  ist, stellt  $M_k$  eine Modellverbesserung dar. Ist der BIC-Wert von  $M_k$  hingegen höher als der Wert von  $M_0$ , ist dies ein Hinweis, dass  $M_k$  zu viele Parameter enthält und es in den Daten für einige von ihnen wenig Unterstützung gibt. Ebenso lassen sich zwei Modelle  $M_k$  und  $M_j$ , die geschachtelt sein können aber nicht müssen, vergleichen, indem die BIC-Werte beider Modelle gebildet werden. Das bessere Modell ist das mit dem niedrigeren BIC-Wert, wobei eine Differenz von 0-2 als eine schwache, eine Differenz von 2-6 als eine positive, eine von 6-10 als eine starke und eine Differenz  $> 10$  als sehr starke Verbesserung zu werten ist (Raftery 1995).

Anschließend werden ordinale logistische Regressionen zu diesen Modellen geschätzt<sup>6</sup> (vgl. Andreß et al. 1997: Kapitel 5, Baltés-Götz 2005). Da es sich um

---

<sup>5</sup> Neben BIC gibt es einige weitere Informationskriterien, von denen Akaikes Informationskriterium (AIC) das bekannteste ist. Während AIC vor allem in der Ökonometrie verwendet wird und besonders gut dafür geeignet ist, Prognosen für zukünftige Daten zu geben, ist in der Soziologie die Verwendung von BIC üblich. Das Ziel von BIC ist es, aus verschiedenen Modellen dasjenige auszuwählen, das mit der größten Wahrscheinlichkeit das „wahre“ Modell ist (Kuha 2004).

<sup>6</sup> Die OLS-Annahmen wurden anhand des Befundes überprüft, dass keine Streuungsgleichheit der Residuen vorliegt. Von daher müssen ordinale logistische Regressionen statt linearen gerechnet werden.

hierarchische Daten von Individuen innerhalb von Ländern handelt, werden die Modelle nach Ländern geclustert, sodass robuste Standardfehler geschätzt werden (Long und Freese 2006: 86). Zudem wird der Datensatz gewichtet, sodass ein Datensatz mit je 1000 Befragten pro Land generiert wird.

Bisherige Analysen konnten nachweisen, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Teilgruppen in den unterschiedlichen Ländern nahezu übereinstimmen, sodass die Auswirkung individueller Merkmale nicht nach Ländern getrennt gerechnet werden muss, sondern eine gepoolte Analyse möglich ist (Papadakis und Bean 1993, Svallfors 1997, Lipsmeyer und Nordstrom 2003, Evans 2006).

## 5 Resultate

### *Länderunterschiede in den Einstellungen zur Alters- und Gesundheitsversorgung*

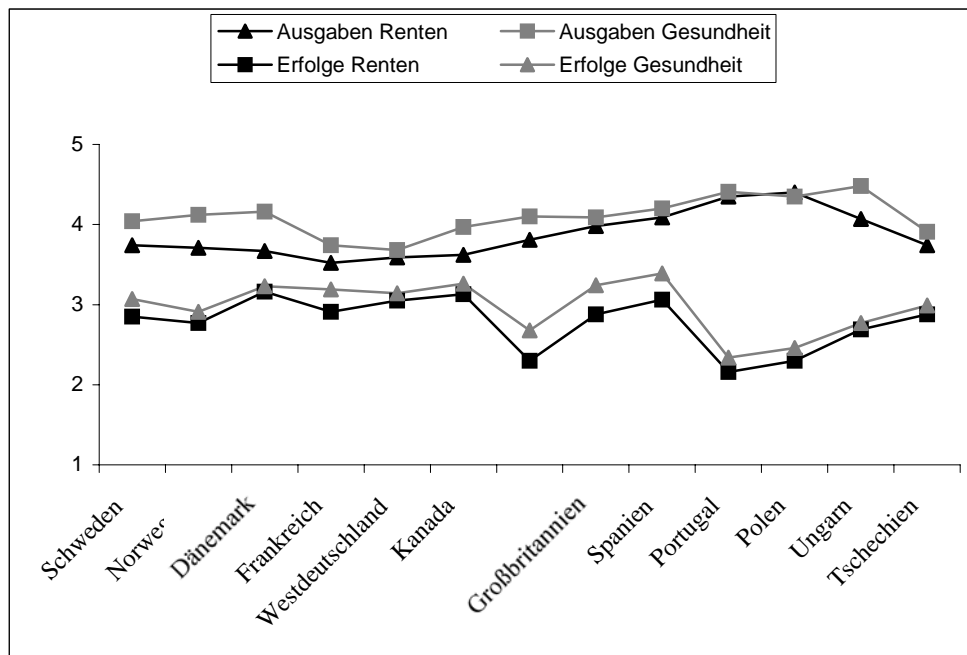
Um einen ersten Überblick über die durchschnittliche Einstellung der Bevölkerung zur Alters- und Gesundheitsversorgung im jeweiligen Land zu geben, werden in Grafik 1 die Mittelwerte der Einstellungen in den Ländern zu den vier abhängigen Variablen dargestellt. In allen Ländern wünscht sich die Bevölkerung, dass der Staat mehr Geld für das Gesundheitswesen und die Renten ausgibt. In Großbritannien, den mediterranen Wohlfahrtsstaaten und den postkommunistischen Ländern Polen und Ungarn ist der Wunsch nach höheren Ausgaben besonders hoch, in den sozialdemokratischen, konservativen und liberalen Wohlfahrtsstaaten sowie Tschechien etwas geringer. Trotz einiger Ausreißerstaaten (Tschechien) gibt die Grafik erste Hinweise darauf, dass in neuen Wohlfahrtsstaaten oder Wohlfahrtsstaaten im Wandel höhere Ausgaben für Alters- und Gesundheitsversorgung in stärkerem Ausmaß gefordert werden als in gefestigten Wohlfahrtsstaaten.

Dennoch werden auch in gefestigten Wohlfahrtsstaaten höhere Ausgaben für das Renten- und Gesundheitssystem gefordert. Dies widerspricht zunächst der Annahme, dass die Menschen in diesen Ländern den Status Quo beibehalten wol-

len. Wenn als Status Quo jedoch nicht der absolute Umfang der staatlichen Ausgaben verstanden wird, sondern der relative Umfang der Leistungen, die ein Individuum erhält, müssen die Ausgaben in allen Ländern erhöht werden, damit die Leistungen auch dann in bisherigem Umfang aufrecht erhalten werden, wenn zunehmend mehr alte Menschen die Alters- und Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. Insofern widerspricht die Beobachtung, dass sich die Bevölkerung höhere Ausgaben wünscht, nicht zwingend der Annahme, dass die Bevölkerung dafür ist, den Status Quo aufrecht zu erhalten. Um diese These genauer zu prüfen, wären detailliertere Daten notwendig. Auf Basis der vorliegenden Daten kann dennoch untersucht werden, ob der Wunsch nach höheren Ausgaben für die Alters- und Gesundheitsversorgung in nicht gefestigten Wohlfahrtsstaaten größer ist als in gefestigten.

Die staatliche Alters- und Gesundheitsversorgung wird in allen Ländern entweder als *weder erfolgreich noch erfolglos* (was auf der Skala einem Wert von 3 entspricht) oder als *eher erfolglos* (eine 2 auf der Skala) bewertet. Vor allem in einigen postkommunistischen und mediterranen Ländern sowie den USA erzielen beide Versorgungssysteme schlechte Werte. Diese Tendenz entspricht den Erwartungen, dass die staatliche Alters- und Gesundheitsversorgung in umfassenden Wohlfahrtsstaaten besser bewertet wird als in Wohlfahrtsstaaten, in denen Teile der Bevölkerung kaum oder gar nicht abgesichert sind, wie in Portugal, Polen, Ungarn oder den USA.

Grafik 1: Einstellung zu Alters- und Gesundheitsversorgung nach Ländern (Mittelwerte)



Aus den BIC-Tabellen (s. Anhang: Tabellen 6-9) geht hervor, dass sich ein Modell, das die Ländervariablen als unabhängige Variablen aufnimmt, gegenüber dem Nullmodell sehr stark verbessern kann. Die durch BIC ausgewählten besten Modelle zur Erklärung der Einstellungsunterschiede, in denen neben den Ländervariablen auch individuelle Merkmale kontrolliert werden, haben Pseudo-R<sup>2</sup>-Werte zwischen 0,09 (Bewertung der staatlichen Erfolge bei der Alterssicherung) und 0,21 (präferierte Höhe der staatlichen Ausgaben für Renten). Alle vier abhängigen Variablen können also anhand der ausgewählten unabhängigen Variablen gut erklärt werden.

Tabelle 1 stellt Odds Ratios und transformierte Standardfehler<sup>7</sup> der einzelnen Länder im Vergleich zu Schweden bei Kontrolle der relevanten Variablen auf Individualebene dar. Die ersten beiden Spalten stellen den von der Bevölkerung präferierten Ausgabenumfang für das Renten- bzw. das Gesundheitssystem dar. In der dritten und vierten Spalte ist die Bewertung der Erfolge beider Systeme dargestellt. Bei allen vier Variablen unterscheiden sich fast alle Länder signifikant von Schweden, was auf Grund der hohen Fallzahlen nicht überrascht.

<sup>7</sup> es(x)

Aus der ersten Spalte geht hervor, dass sich die Menschen in nicht-gefestigten Wohlfahrtsstaaten weitgehend eine stärkere Ausgabenerhöhung wünschen als in gefestigten Wohlfahrtsstaaten. Vor allem in Polen, Portugal und Spanien werden mehr als doppelt so oft höhere Ausgaben gewünscht als in Schweden. Weitere Länder mit vergleichsweise hohen Werten sind Ungarn und Großbritannien, während sich in fast allen gefestigten Wohlfahrtsstaaten, vor allem in den konservativen deutlich geringere Werte ergeben. Von dem niedrigen Wert in Tschechien abgesehen sprechen die Daten für eine Unterscheidung zwischen gefestigten und nicht gefestigten Wohlfahrtsstaaten, sodass die Hypothese (Nr.?) weitgehend bestätigt werden kann.

Auch für das Gesundheitswesen wünschen sich die Befragten der drei nicht gefestigten Wohlfahrtsstaaten (Ungarn, Polen und Portugal) die mit Abstand höchsten Ausgabenerhöhungen, während die konservativen Wohlfahrtsstaaten wieder die geringsten Werte aufweisen. Dazwischen liegen die stark durchmischten Befunde für gefestigte und nicht gefestigte Wohlfahrtsstaaten, d.h. es findet sich nur wenig Unterstützung für die Hypothese, dass sich die Menschen in nicht gefestigten Wohlfahrtsstaaten vergleichsweise höhere Ausgaben wünschen als die Menschen in gefestigten Wohlfahrtsstaaten. Auffällig ist abermals der niedrige Wert in Tschechien, für dessen Erklärung jedoch eine detaillierte Analyse der tschechischen Sicherungssysteme nötig wäre, die den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.<sup>8</sup>

Was die konservativen Wohlfahrtsstaaten betrifft, stellt Esping-Andersen fest, dass sich diese Staaten in der Vergangenheit als besonders geeignet erwiesen haben, sich an Veränderungen der Sozialstruktur anzupassen (Esping-Andersen 1990: 25). Sofern dies weiterhin zutrifft, findet sich in dieser Beobachtung ein Ansatz, den

---

<sup>8</sup> Mau (2003:46f) weist darauf hin, dass ein entscheidender Faktor für die Einstellung der Bevölkerung sein kann, ob das Thema zum Befragungszeitpunkt in den Medien diskutiert wird und wie es dort dargestellt wird. Möglicherweise findet sich in diesem Ansatz eine Erklärung für den niedrigen Wert in Tschechien oder auch für andere Länderwerte, die nicht durch den Wohlfahrtregimeansatz geklärt werden können.



vergleichsweise geringen Wunsch nach Ausgabenerhöhungen für Renten und Gesundheit in Frankreich und Westdeutschland zu erklären.

Bezüglich der Bewertung der Erfolge gibt es wenig Evidenz dafür, dass das Rentensystem in Ländern, in denen alle Bürger versichert sind, als erfolgreicher angesehen wird als in Ländern, in denen nur ein Teil der Menschen staatlich versichert wird. Staatliche Leistungen bei der Altersversorgung werden zwar in vier Ländern mit residuellen Wohlfahrtsystemen (Portugal, Polen, den USA und Ungarn) am schlechtesten bewertet, schneiden aber in den umfassenden Wohlfahrtsstaaten Norwegen und Frankreich kaum besser ab. Am besten werden auch die Rentensysteme von zwei umfassenden Wohlfahrtsstaaten (Westdeutschland und Dänemark) bewertet. Darüber hinaus sprechen die Daten gegen systematische Unterschiede zwischen Wohlfahrtsregimes bei der Bewertung der staatlichen Erfolge bei der Alterssicherung.

Tabella 1: Koeffiziententabelle Länder (Odds Ratios und transformierte Standardfehler)

	Ausgaben Ren- ten	Ausgaben sundheitswesen	Ge- Erfolge Renten	Erfolge Gesund- heitswesen
Schweden	1	1	1	1
Norwegen	1,05 (0,02)**	1,40 (0,05)***	0,80 (0,02)***	0,62 (0,02)***
Dänemark	0,93 (0,03)*	1,69 (0,05)***	1,56 (0,04)***	1,06 (0,02)**
Frankreich	0,57 (0,03)***	0,58 (0,03)***	0,90 (0,03)**	0,94 (0,05)
Westdeutschland	0,56 (0,03)***	0,38 (0,02)***	1,41 (0,06)***	0,98 (0,05)
Kanada	0,89 (0,06)	1,09 (0,07)	1,38 (0,07)***	1,21 (0,08)**
USA	1,69 (0,10)***	1,54 (0,07)***	0,63 (0,03)***	0,38 (0,02)***
Großbritannien	1,78 (0,06)***	1,11 (0,03)***	0,94 (0,03)	1,26 (0,05)***
Polen	5,73 (0,23)***	2,55 (0,12)***	0,35 (0,02)***	0,29 (0,03)***
Ungarn	1,84 (0,10)***	3,55 (0,18)***	0,78 (0,04)***	0,57 (0,03)***
Tschechien	1,03 (0,03)	0,69 (0,03)***	1,02 (0,03)	0,81 (0,03)***
Spanien	2,57 (0,17)***	1,57 (0,07)***	1,35 (0,05)***	1,50 (0,05)***
Portugal	3,46 (0,31)***	2,28 (0,19)***	0,25 (0,02)***	0,21 (0,02)***
<i>Schwellenwerte</i>				
1	-5,77 (0,27)	-5,53 (0,32)	-2,89 (0,36)	-3,21 (0,27)
2	-3,88 (0,20)	-3,84 (0,24)	-0,90 (0,28)	-1,30 (0,25)
3	-0,96 (0,20)	-1,54 (0,25)	0,59 (0,27)	-0,01 (0,22)
4	1,25 (2,71)	0,80 (0,30)	3,24 (0,29)	2,68 (0,22)
Pseudo-R <sup>2</sup> (Na- gelkerke)	0,214	0,103	0,092	0,106
n	9137	9194	9086	9167

\*\*\* p<0,001 \*\*p<0,01 \*p<0,05

Bezüglich der Erfolge im Gesundheitswesen hingegen entsprechen die Daten tendenziell den Erwartungen der Hypothese. Bis auf Norwegen gehören alle konservativen und sozialdemokratischen Staaten zu den Ländern, in denen die Bevölkerung das Gesundheitssystem vergleichsweise erfolgreich bewertet. In Portugal, den postkommunistischen Ländern und den USA hingegen wird das staatliche Gesundheitswesen besonders schlecht bewertet. Den Erwartungen widersprechen lediglich die vergleichsweise guten Bewertungen der staatlichen Gesundheitsversorgung in Großbritannien, Kanada und Spanien.<sup>9</sup> Die hohen Werte in Großbri-

<sup>9</sup> In Spanien waren noch 1993 72% der Bevölkerung der Meinung, dass die Gesundheitsversorgung für den durchschnittlichen Bürger ineffizient ist und Patienten nicht gut genug versorgt würden. In den anderen mediterranen Ländern waren ähnlich viele Menschen dieser Ansicht, in den weiteren

tannien und Kanada lassen sich jedoch insofern erklären, als dass die Gesundheitsversorgung in diesen Ländern die einzige Wohlfahrtsleistung mit universellem Charakter ist. Im Vergleich zu anderen Wohlfahrtsleistungen erscheint also die staatliche Gesundheitsversorgung als besonders erfolgreich, auch wenn sie verglichen mit den Gesundheitssystemen sozialdemokratischer und konservativer Länder weniger leistet (Gevers et al. 2000: 17, Svallfors 2003: 504ff). Mit einigen Abstrichen kann der Hypothese, dass das Gesundheitssystem in umfassenden Wohlfahrtsstaaten als erfolgreicher bewertet wird, zugestimmt werden.

Auffällig ist auch, dass in vielen Ländern, in denen die staatlichen Leistungen bei der Alters- und Gesundheitsversorgung eher negativ bewertet werden, der Wunsch nach höheren Ausgaben besonders groß ist, während in Ländern, in denen die Bevölkerung vergleichsweise zufrieden ist, vergleichsweise geringere Ausgabenerhöhungen gefordert werden. Bezüglich des Rentensystems besteht eine negative Korrelation von  $r = -0,31$  zwischen der Bewertung der Erfolge und dem Wunsch nach höheren Ausgaben, bezogen auf das Gesundheitssystem eine negative Korrelation von  $r = -0,22$ . Beide Korrelationen sind auf einem Niveau von  $p=0,01$  signifikant. Es kann also jeweils von einem mittleren Zusammenhang zwischen den Variablen ausgegangen werden (Kühnel und Krebs 2007: 404). Auf diesen Zusammenhang werde ich bei der Analyse der soziodemografischen Faktoren erneut eingehen.

### *Soziodemografische Unterschiede*

Bei der Analyse der soziodemografischen Merkmale steht die Frage im Vordergrund, ob es Einstellungsunterschiede zwischen älteren und jüngeren Kohorten gibt, da davon auszugehen ist, dass jüngere Kohorten bei der Alters- und Gesundheitsversorgung aufgrund des demografischen Wandels benachteiligt werden. Ta-

---

EU-12-Ländern stimmte jeweils über die Hälfte der Bevölkerung dieser Aussage nicht zu (Ferrera 1996:33). Da es bei einem Vergleich zwischen einer Vielzahl von Ländern nicht möglich ist, die Entwicklung der Alters- und Gesundheitsversorgung aller Länder im Detail zu verfolgen, ist es mir nicht möglich, zu erklären, wodurch sich die Einstellung der Spanier seit 1993 verändert hat.

belle 2 gibt einen ersten Überblick über die Einstellungen der drei Kohorten zu den vier abhängigen Variablen. Dargestellt sind Mittelwerte und Standardabweichungen. Bezüglich der Renten zeigt sich wie erwartet, dass sich die Einstellungen der Kohorten voneinander unterscheiden und ältere Menschen sich Ausgabenerhöhungen in größerem Umfang wünschen als jüngere. Hinsichtlich der Ausgaben für das Gesundheitswesen unterscheiden sich die drei Kohorten hingegen nicht voneinander. Während das Gesundheitssystem erwartungsgemäß von Jüngeren als weniger erfolgreich angesehen wird, gibt es bei der Bewertung des Rentensystems nur geringfügige Unterschiede zwischen den Kohorten. Insgesamt sind sowohl Ältere als auch Jüngere dafür, die Ausgaben für beide Systeme zu erhöhen.

*Tabelle 2: Einstellungsunterschiede der Kohorten: Mittelwerte und Standardfehler*

	n	Ausgaben Renten	Ausgaben Gesundheitswesen	Ge- Erfolge Renten	Erfolge Gesundheitswesen
Älteste Kohorte	6262	4,07 (0,80)	4,11 (0,78)	2,79 (1,03)	3,02 (1,07)
Mittlere Kohorte	6792	3,84 (0,83)	4,10 (0,79)	2,79 (1,00)	2,94 (1,04)
Jüngste Kohorte	4925	3,75 (0,84)	4,11 (0,78)	2,82 (0,98)	2,97 (1,03)

Durch die Modellauswahl mit BIC (s. Anhang: Tabellen 6-9) wird bestätigt, was bereits aus der deskriptiven Statistik abzulesen war. Die Modelle, die die Einstellung zur Höhe der Rentenausgaben sowie die Bewertung der Erfolge im Gesundheitswesen untersuchen, können sehr stark bzw. stark verbessert werden, wenn Kohorten als Variable in das Modell mit aufgenommen werden. Bei den beiden anderen beiden Modellen verschlechtert sich der BIC-Wert, weil das Modell durch die zusätzlichen Variablen komplexer wird, ohne an Erklärungskraft zu gewinnen. Von daher kann weder die Hypothese, dass jüngere Kohorten im Vergleich zu älteren weniger Ausgaben für das Gesundheitswesen bevorzugen bestätigt werden, noch die Hypothese, dass ältere Kohorten eher als jüngere das staatliche Rentensystem als erfolgreich bewerten.

In Tabelle 3 sind die Koeffizienten aller durch BIC ausgewählten Variablen als Odds Ratios mit transformierten Standardfehlern und unter Kontrolle der Ländervariablen dargestellt. Die älteste Kohorte wünscht sich 1,5-mal so oft höhere Ausgaben wie die jüngste Kohorte und 1,2-mal so oft höhere Ausgaben wie die mittlere Kohorte. Die Effekte von Kohortenzugehörigkeit sind damit ebenso stark wie die Effekte von Klassenzugehörigkeit und stärker als die Effekte aller anderen soziodemografischen Merkmale. Somit ist Kohortenzugehörigkeit eine zentrale Konfliktlinie bei den Einstellungen dazu, wieviel Geld für die staatliche Rentenversicherung ausgegeben werden sollte. Die Hypothese, dass sich jüngere Kohorten im Vergleich zu älteren geringere Ausgaben für das Rentensystem wünschen, kann also bestätigt werden. Trotz dieser Differenzen sprechen sich jedoch auch jüngere Menschen dafür aus, die staatlichen Ausgaben für Renten etwas zu erhöhen, sodass es nur schwache Anzeichen für einen Generationenkonflikt gibt. Damit bestätigen meine Ergebnisse die Analysen von Mau (2003) und Svallfors (2008). Die Ansicht, dass älteren Menschen durch den Staat ein angemessener Lebensstandard garantiert werden soll, ist trotz bestehender Kohortenunterschiede immer noch weit verbreitet.

Angehörige der älteren Kohorten bewerten zudem 1,3 mal so oft wie jüngere das staatliche Gesundheitssystem als erfolgreicher, wobei ältere Frauen wiederum etwas weniger Erfolge sehen. Dies sind neben den Ländervariablen die einzigen signifikanten Effekte. Kohortenzugehörigkeit ist also die zentrale Konfliktlinie bei der Bewertung der staatlichen Gesundheitssysteme. Die Hypothese, dass Ältere im Vergleich zu Jüngeren eher mit der Gesundheitsversorgung zufrieden sind, kann somit bestätigt werden.

Bezüglich ihrer Einstellungen zur Ausgabenerhöhung im Renten- und Gesundheitssystem bestimmen zudem Klasseneffekte, Geschlecht und in etwas geringerem Umfang auch Bildung und Einkommen in der erwarteten Richtung die Einstellung der Individuen. Die Personen, die eine schlechtere Stellung auf dem Arbeitsmarkt haben und somit weniger eigene Vorkehrungen zur sozialen Sicherung treffen können (Arbeiter, Frauen, Geringverdiener, gering Gebildete), sind stärker

an umfangreichen staatlichen Leistungen interessiert sind. Nur Erwerbsstatus und Gewerkschaftsmitgliedschaft zeigen wenig Effekte. Lediglich Rentner sprechen sich im Vergleich zu Vollzeitbeschäftigten für höhere Renten aus.

Weiterhin zeigt sich bei der Bewertung der staatlichen Erfolge des Rentensystems, dass Frauen, die seltener und weniger arbeiten als Männer, schlechter verdienen und somit auch niedrigere Renten erhalten, besonders unzufrieden sind. Auch geringer Verdienende und geringer Gebildete sehen weniger Erfolge, während Klassenzugehörigkeit und Erwerbsstatus bei der Bewertung von geringerer Bedeutung sind.

Insgesamt bestätigt sich die negative Korrelation zwischen der Meinung zur Ausgabenerhöhung für Renten und der Bewertung der Erfolge bei der Alterssicherung. Diejenigen Bevölkerungsgruppen, die sich in besonderem Maße höhere Rentenausgaben wünschen (Geringverdiener, gering Gebildete, Frauen), bewerten die aktuellen Leistungen der Altersversorgung als weniger erfolgreich. Im Gesundheitswesen zeigt sich diese Beziehung weniger, da, wie oben bereits dargestellt, kaum eine soziodemografische Variable einen signifikanten Effekt auf die Bewertung des Gesundheitssystems hat.

Ein weiteres zentrales Ergebnis ist, dass die Einordnung in das politische Links-rechts-Spektrum kaum einen Einfluss auf die Einstellungen der Menschen zur Alters- und Gesundheitsversorgung hat. Anhand dieser Variable wurde getestet, inwieweit neben dem Eigeninteresse einer Person auch ihre ideologische Weltanschauung eine Rolle spielt, da in der Literatur viel darüber debattiert wird, welche Einflussgröße die wichtigere ist. Auch wenn berücksichtigt werden muss, dass das Eigeninteresse einer Person oft mit ihrer ideologischen Einstellung übereinstimmt (Hasenfeld und Rafferty 1989: 1023), kommen die meisten Studien zu dem Ergebnis, dass beide Faktoren die Einstellung der Bevölkerung beeinflussen (z.B. Hasenfeld und Rafferty 1989, Arts und Gelissen 2001). Zum Teil erwies sich die Ideologie sogar als wesentlicher Erklärungsfaktor, während das Eigeninteresse von eher nebensächlicher Bedeutung war (Papadakis und Bean 1993). Meine Analysen

legen hingegen nahe, dass die ideologische Weltanschauung im Vergleich zum Eigeninteresse eine untergeordnete Rolle spielt. Nur bezüglich der Ausgabenhöhe im Gesundheitswesen gab es einen signifikanten Effekt.

Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale (Odds Ratios und transformierte Standardfehler)

	Ausgaben Renten	Ausgaben Gesundheitswesen	Ge- Erfolge Renten	Erfolge Gesundheitswesen
<i>Kohorten</i>				
Älteste Kohorte	1	-	-	1
Mittlere Kohorte	0,83 (0,05)**	-	-	0,79 (0,07)**
Jüngste Kohorte	0,66 (0,10)**	-	-	0,78 (0,09)*
<i>Klasse</i>				
Obere Dienstklasse	0,62 (0,08)***	0,78 (0,07)**	0,91 (0,10)	0,98 (0,13)
Untere Dienstklasse	0,83 (0,08)	1,01 (0,04)	0,91 (0,08)	0,84 (0,08)
Selbstständige	0,91 (0,08)	0,85 (0,11)	0,92 (0,11)	1,07 (0,12)
Nicht-Manuelle mit Routinetätigkeiten	0,92 (0,10)	0,97 (0,06)	1,01 (0,07)	0,98 (0,07)
Gelernte Arbeiter	1,01 (0,05)	0,99 (0,05)	0,85 (0,05)**	0,94 (0,06)
Ungelernte Arbeiter	1	1	1	1
Landwirte	0,66 (0,09)***	0,80 (0,07)*	1,40 (0,21)*	1,22 (0,15)
Einkommen	0,85 (0,04)**	0,94 (0,03)*	1,06 (0,03)*	1,04 (0,03)
Bildung	0,74 (0,06)***	0,91 (0,05)	1,13 (0,06)*	1,10 (0,04)
<i>Erwerbsstatus</i>				
Vollzeitbeschäftigt	1	1	1	1
Teilzeitbeschäftigt	0,93 (0,10)	1,07 (0,07)	0,92 (0,12)	0,93 (0,11)
Nicht Erwerbstätig	0,93 (0,11)	1,06 (0,09)	1,09 (0,10)	1,06 (0,12)
Arbeitslos	1,02 (0,10)	1,19 (0,14)	1,01 (0,10)	0,97 (0,09)
Rentner	1,28 (0,15)*	1,04 (0,08)	1,09 (0,12)	1,12 (0,10)
Geschlecht (weibl.)	1,35 (0,07)***	1,31 (0,07)***	0,80 (0,04)***	-
Alter*Geschlecht	-	-	-	0,99 (0,00)*
Alter*Bildung	1,01 (0,00)	0,99 (0,00)	0,99 (0,00)	-
Gewerkschaft	1,01 (0,07)	1,08 (0,05)	0,93 (0,04)	0,96 (0,05)
Links-Rechts-Einordnung	0,93 (0,04)	0,86 (0,05)*	0,95 (0,07)	0,94 (0,08)
Pseudo-R <sup>2</sup> (Nagelkerke)	0,214	0,103	0,092	0,106
n	9137	9194	9086	9167

## 6 Zusammenfassung und Ausblick

Breite Teile der Bevölkerung reagieren auf den demografischen Wandel mit dem Wunsch nach höheren Ausgaben für das Renten- und Gesundheitssystem, damit Alte und Kranke in Zukunft weiterhin so gut versorgt werden können wie bisher. Diese Einstellung wird länder- und kohortenübergreifend vertreten. Über diese Tendenz hinaus gibt es jedoch auch Einstellungsunterschiede zwischen den Ländern und den Kohorten.

Ich habe in dieser Arbeit untersucht, wer sich höhere Ausgaben für Renten und das jeweiligen Gesundheitswesen wünscht und wie zufrieden die Menschen mit dem staatlichen Renten- und Gesundheitssystem sind. Im Zentrum der Analyse standen dabei die Effekte von Wohlfahrtsregimes und Kohorten. Anhand des gewählten theoretischen Ansatzes lässt sich gut erklären, wer sich in stärkerem Umfang höhere Ausgaben für die staatliche Rentenversicherung wünscht und wer die staatlichen Leistungen im Gesundheitswesen als besonders erfolgreich bewertet. Die beiden anderen Variablen lassen sich weniger gut erklären, da Alterskohorten keinen Effekt haben und Länderunterschiede zwar vorhanden sind, die Zuordnung von Ländern zu Wohlfahrtsregimes jedoch nicht dazu beiträgt, diese Unterschiede erklären zu können. Wodurch diese Asymmetrie zustande kommt, kann in dieser Arbeit nicht abschließend geklärt werden, da dies detaillierte Analysen einzelner Länder oder einen anderen theoretischen Ansatz, der die Rangfolge der Länder besser erklären könnte, erfordern würde.

Bezüglich des Wunsches nach höheren Ausgaben für Renten erwies sich die Unterteilung in gefestigte sozialdemokratische, konservative und liberale Wohlfahrtsstaaten auf der einen Seite und nicht gefestigte mediterrane, britische und postkommunistische Wohlfahrtsstaaten auf der anderen Seite als fruchtbarer Ansatz. Entsprechend der Hypothese wünschen sich die Menschen in den nicht gefestigten Wohlfahrtsstaaten, in denen staatliche Leistungen in den letzten Jahren stark eingeschränkt wurden (britisch, postkommunistisch) oder in denen die Wohlfahrtsysteme erst aufgebaut werden (mediterran), vergleichsweise höhere staatliche



Ausgaben für die Rentenversicherung. Von den dreizehn Ländern weichen nur zwei, Tschechien und die USA, von dieser Unterteilung ab, sodass die Hypothese weitgehend bestätigt werden kann.

Ebenfalls weitgehend bestätigt werden kann, dass das staatliche Gesundheitssystem in sozialdemokratischen und konservativen Wohlfahrtsstaaten, in denen alle Bürger vergleichsweise großzügig abgesichert sind, als erfolgreicher bewertet wird als in liberalen, konservativen und mediterranen Wohlfahrtsstaaten, in denen eine Basissicherung auf niedrigerem Niveau besteht oder Teile der Bevölkerung über gar keinen Versicherungsschutz verfügen.

Auf der Ebene der Individuen ist festzuhalten, dass Kohorten bezüglich der präferierten Ausgabenhöhe für Renten und bei der Bewertung der Erfolge des staatlichen Gesundheitswesens eine der zentralen Konfliktlinien sind. Die jüngeren Kohorten, die durch das Renten- und Gesundheitssystem im Vergleich zur älteren Kohorte benachteiligt werden, wünschen sich in geringerem Umfang höhere Ausgaben für Renten und sind weniger zufrieden mit dem Gesundheitssystem. Zur Zeit sprechen sich jedoch auch jüngere Menschen dafür aus, die Ausgaben für Renten und das Gesundheitssystem zu erhöhen, sodass noch nicht von einem ausgeprägten Konflikt zwischen den Generationen gesprochen werden kann.

Interessant wäre es, zu untersuchen, wie sich die Einstellung der Bevölkerung im Zeitverlauf verändert hat. Eine Frage wäre, ob sich die Einstellungsunterschiede zwischen Älteren und Jüngeren in den letzten Jahren vergrößert haben, eine andere, ob die Bevölkerung insgesamt unzufriedener mit der Alters- und Gesundheitsversorgung geworden ist, seit sich abzeichnet, dass die Kosten für beide Sicherungssysteme aufgrund des demografischen Wandels rapide ansteigen werden, während unklar ist, wie sie in Zukunft finanziert werden können.

Zudem ist davon auszugehen, dass die Auswirkungen des demografischen Wandels in den nächsten Jahren stärker sichtbar werden. Der Übersicht zur prognostizierten demografischen Entwicklung (s. Anhang: Tabelle 4) kann entnommen

werden, dass in allen dreizehn Ländern der Altenquotient zwischen 2004 und 2030 um 10 bis 20 Prozentpunkte ansteigt und sich auch fast überall die Kosten der sozialen Sicherungssysteme erhöhen werden. Insofern ist davon auszugehen, dass mit der Zeit mehr und mehr Menschen bewusst wird, welche Probleme sich durch die Alterung der Bevölkerung für die staatlichen Versorgungssysteme ergeben. Dadurch könnten sich Interessenskonflikte zwischen Teilgruppen der Bevölkerung, vor allem zwischen Älteren und Jüngeren verstärken. Es ist also lohnenswert, auch in der Zukunft die Einstellung der Bevölkerung zu wohlfahrtstaatlichen Programmen auf Konflikte zwischen Kohorten zu untersuchen.

# Literaturverzeichnis

- Andrefß, H.-J./ J. A. Hagenaars/ S. Kühnel (1997): Analyse von Tabellen und kategorialen Daten: Log-lineare Modelle, latente Klassenanalyse, logistische Regression und GSK-Ansatz. Berlin: Springer.
- Andrefß, H.-J./ T. Heien (2001): Four Worlds of Welfare State Attitudes? A Comparison of Germany, Norway, and the United States. In: *European Sociological Review*, 17 (4), 337-356.
- Arts, W./ J. Gelissen (2001): Welfare States, Solidarity and Justice Principles: Does the Type really Matter? In: *Acta Sociologica*, 44, 283-299.
- Arts, W./ J. Gelissen (2002): Three Worlds of Capitalism or More? A State-of-the-Art Report. In: *Journal of European Social Policy*, 12, 237-158.
- Baltes-Götz, B (2005): Logistische Regressionsanalyse mit SPSS. Trier: Universitätsrechenzentrum.
- Birg, H. (2001): Die demografische Zeitenwende. Der Bevölkerungsrückgang in Deutschland und Europa. München: C H Beck.
- Blekesaune, M./ J. Quadagno (2003): Public Attitudes toward Welfare State Policies. A Comparative Analysis of 24 Nations. In: *European Sociological Review*, 19, 415-427.
- Blome, A./ W. Keck/ J. Alber (2008): Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat: Lebensbedingungen und Alterseinstellungen im internationalen Vergleich. Wiesbaden: VS.
- Bongaarts, J. (2004): Population Ageing and the Rising Cost of Public Pensions. In: *Population and Development Review*, 30 (1), 1-23.
- Bonoli, G./ S. Häusermann (2009): Who Wants What from the Welfare State? Socio-Structural Cleavages in Distributional Politics: Evidence from Swiss Referendum Votes. In: *European Societies*, 11 (2), 211-232.
- Deacon, B. (2000): Eastern European Welfare States: The Impact of the Politics of Globalization. In: *Journal of European Social Policy*, 10 (2), 146-161.
- Erikson, R/ J. H. Goldthorpe (1992): The Constant Flux: A Study of Class Mobility in Industrial Societies. Oxford: Clarendon, 28-47.

- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1997): *Welfare States without Work. The Impasses of Labour Shedding and Familialism in Continental European Policy*. In: Esping-Andersen, G. (Hrsg.): *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. London: Sage, 66-87.
- Esping-Andersen, G. (2000): *Social Foundations of Post-Industrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Europäische Kommission (2007): *Europes Demographic Future. Facts and Figures on Challenges and Opportunities*. [ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/docs/social\\_situation/demo\\_report\\_2007\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/demo_report_2007_en.pdf)
- Evans, G. (2006): *The Social Bases of Political Divisions in Post-Communist Eastern Europe*. In: *Annual Review of Sociology* (32), 245-270.
- Ferrera, M. (1996): *The 'Southern' Model of Welfare in Social Europe*. In: *Journal of European Social Policy*, 6, 17-37.
- Gelissen, J. (2001): *Old-Age Pensions: Individual or Collective Responsibility: An Investigation of Public Opinion Across European Welfare States*. In: *European Societies*, 3, 495-523.
- Gevers J./ J. Gelissen/ W. Arts/ R. Muffels (2000): *Public Health Care in the Balance: Exploring Popular Support for Health Care Systems in the European Union*. In: *International Journal of Social Welfare*, 9, 301-321.
- Hasenfeld, Y./ J. Rafferty (1989): *The Determinants of Public Attitudes Towards the Welfare State*. In: *Social Forces*, 67 (4), 1027-1048.
- Jaeger, M. M. (2006): *Welfare Regimes and Attitudes Towards Redistribution: The Regime Hypothesis Revisited*. In: *European Sociological Review*, 22 (2), 157-170.
- Jaeger, M. M. (2007): *Are the 'Deserving Needy' Really Deserving Everywhere? Cross-cultural Heterogeneity and Popular Support for the Old and the Sick in Eight Western Countries*. In: Mau, S./ B. Veghte (Hrsg.): *Social Justice, Legitimacy and the Welfare State*. Hampshire: Ashgate, 73-94.

- Jaeger, M. M. (2009): United but Devided: Welfare Regimes and the Level and Variance in Support of Redistribution. In: *European Sociological Review: Advance Access published online on January 12, 2009*. <http://esr.oxford-journals.org/cgi/content/full/jcn079>
- Kuha, J. (2004): AIC and BIC: Comparison of Assumptions and Performance. In: *Sociological Methods Research*, 33, 181-229.
- Kühnel, S.-M./ D. Krebs (2007): Statistik für die Sozialwissenschaften: Grundlagen, Methoden, Anwendungen, 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Lipsmeyer, C./ T. Nordstrom (2003): East versus West: Comparing Political Attitudes and Welfare Preferences Across European Societies. In: *Journal of European Public Policy*, 10, 339-364.
- Long, J. S./ J. Freese (2006): Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata, Second Edition. College Station, Stata Press.
- Mau, S. (2003): The Moral Economy of the Welfare State: Britain and Germany Compared. London: Routledge.
- Mau, S. (2004): Welfare Regimes and the Norms of Social Exchange. In: *Current Sociology* 52 (1), 53-74.
- Papadakis, E./ C. Bean (1993): Popular Support for The Welfare State.: A Comparison Between Institutional Regimes. In: *Journal of Public Policy*, 13, 228-254.
- Peillon, M. (1996): A Quantitative Comparative Analysis of Welfare Legitimacy. In: *Journal of European Social Policy*, 6 (3), 175-190.
- Raftery, A. E. (1995): Bayesian Model Selection in Social Research. In: *Sociological Methodology*, 25, 111-163.
- Rehm, P. (2007) Who supports the Welfare State? Determinants of Preferences Concerning Redistribution. In: Mau, S./ B. Veghte: Social Justice, Legitimacy and the Welfare State. Hampshire: Ashgate, 47-72.
- Rothstein, B. (1998): Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State. Cambridge: Cambridge University Press.

- Sackmann, R. (2004): Institutionalistische Generationsanalyse sozialer Ungleichheit. In: Szydlik, M. (Hrsg.): *Generation und Ungleichheit*. Wiesbaden: VS, 25-48.
- Standing, G. (1997): Social Protection in Central and Eastern Europe: A Tale of Slipping Anchors and Torn Safety Nets. In: Esping-Andersen, G. (Hrsg.): *Welfare States in Transition: National Adaptions in Global Economies*. London: Sage, 225-255.
- Svallfors, S. (1997): Worlds of Welfare and Attitudes to Redistribution: A Comparison of Eight Western Nations. In: *European Sociological Review*, 13, 233-304.
- Svallfors, S. (2003): Welfare Regimes and Welfare Opinions: A Comparison of Eight Western Countries. In: *Social Indicators Research*, 64 (3), 495-520.
- Svallfors, S. (2006): *The Moral Economy of Class*. Stanford: Stanford University Press, 77-102.
- Svallfors, S. (2008): The Generational Contract in Sweden: Age-Specific Attitudes to Age-Related Policies. In: *Policy & Politics*, 36(3), 381-396.
- Szydlik, M. (2004): Zum Zusammenhang von Generation und Ungleichheit. In: Szydlik, M. (Hrsg.): *Generation und Ungleichheit*. Wiesbaden: VS, 7-13.
- Ullrich, C. G.: *Soziologie des Wohlfahrtsstaates: Eine Einführung*. Frankfurt: Campus.

## Anhang

Tabelle 4: Übersicht über demografische Charakteristika der Länder

	Bevölkerung in Millionen a	Fruchtbar- keitsrate <sup>10 a</sup>	Altenquotient <sup>11a</sup>	Durchschnittl. Rentenalter <sup>a</sup>	Ausgaben für Renten in % des BIP <sup>b</sup>	Ausgaben für Ge- sundheit in % des BIP <sup>b</sup>
	2005/ 2030	1990/ 2004	2005/ 2030	2004	2004/ 2030	2004/ 2030
Schweden	9,0 / 9,9	2,13 / 1,75	26,5 / 38,5	62,8	10,6 / 11,0	6,7 / 7,4
Norwegen	4,6 / 5,4	1,93 / 1,83	22,4 / 33,0	62,0	-	-
Dänemark	5,4 / 5,6	1,67 / 1,78	22,7 / 37,1	62,1	9,5 / 12,8	6,9 / 7,7
Frankreich	60,6 / 65,1	1,78 / 1,91	25,2 / 40,7	58,9	12,8 / 14,3	7,7 / 8,9
Deutschland	82,5 / 81,1	1,45 / 1,36	27,8 / 46,0	61,3	11,4 / 12,3	6,0 / 6,9
Kanada	32,1 / 38,8	1,71 / 1,50	18,9 / 37,7	-	-	-
USA	295 / 364	2,08 / 2,05	18,5 / 32,4	-	-	-
UK	59,9 / 64,4	1,83 / 1,63	24,3 / 37,4	62,1	6,6 / 7,9	7,0 / 8,1
Polen	38,2 / 36,5	2,05 / 1,23	18,7 / 35,7	57,7	13,9 / 9,2	4,1 / 5,1
Ungarn	10,1 / 9,5	1,87 / 1,28	22,7 / 35,1	60,5	10,4 / 13,5	5,5 / 6,3
Tschechien	10,2 / 9,7	1,90 / 1,22	19,8 / 37,1	60,0	8,5 / 9,6	6,4 / 7,8
Spanien	43,0 / 45,4	1,36 / 1,32	24,4 / 38,9	62,2	8,6 / 11,9	6,1 / 7,3
Portugal	10,5 / 10,7	1,57 / 1,40	18,7 / 35,7	57,7	11,1 / 16,0	6,7 / 6,6

Quellen:

<sup>a</sup> IIASA (International Institute for Applied Systems Analysis) (2006): European Demographic Data Sheet 2006.

[www.populationeurope.org](http://www.populationeurope.org)

<sup>b</sup> Europäische Kommission (2007): Europe's Demographic Future. Facts and Figures on Challenges and Opportunities.

[ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/docs/social\\_situation/demo\\_report\\_2007\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/demo_report_2007_en.pdf)

letzte Zugriff am xxx

10 Anzahl der Kinder pro Frau

11 Verhältnis von 65 Jahre alten und älteren Personen zu 15-64-Jährigen.

*Tabelle 5: Deskriptive Statistiken: Ländermittelwerte und Standardfehler*

	n	Ausgaben Renten	Ausgaben Gesundheitswesen	Erfolge Renten	Erfolge Gesundheitswesen
Schweden	1194	3,74 (0,78)	4,04 (0,71)	2,85 (1,04)	3,07 (1,09)
Norwegen	1330	3,71 (0,72)	4,12 (0,66)	2,77 (1,04)	2,91 (1,03)
Dänemark	1368	3,67 (0,83)	4,16 (0,76)	3,16 (1,00)	3,23 (1,02)
Frankreich	1824	3,52 (0,87)	3,74 (0,92)	2,91 (0,92)	3,19 (0,96)
Westdeutschland	1112	3,59 (0,84)	3,68 (0,86)	3,05 (1,00)	3,14 (1,02)
Kanada	933	3,62 (0,77)	3,97 (0,76)	3,13 (0,88)	3,26 (0,99)
USA	1518	3,81 (0,92)	4,10 (0,89)	2,30 (1,04)	2,68 (1,09)
Großbritannien	930	3,98 (0,75)	4,09 (0,72)	2,88 (0,99)	3,24 (1,00)
Polen	1293	4,40 (0,66)	4,35 (0,66)	2,30 (0,91)	2,46 (0,94)
Ungarn	1010	4,07 (0,79)	4,48 (0,64)	2,69 (0,86)	2,77 (0,83)
Tschechien	1201	3,74 (0,87)	3,91 (0,81)	2,88 (0,96)	2,99 (1,02)
Spanien	2517	4,09 (0,70)	4,20 (0,68)	3,06 (0,94)	3,39 (0,92)
Portugal	1837	4,35 (0,66)	4,41 (0,63)	2,16 (0,88)	2,34 (0,95)



Tabelle 6: BIC-Werte: Ausgaben im Gesundheitswesen

	n	BIC-Wert	Devianz	Variablen
M0	17632	39816.21	-19888.551	Nullmodell
M1	17632	38451.22	-19147.391	L
M2	17632	38465.15	-19144.578	L K
M3	15699	34183.88	-16976.002	L K Kl
M4	12846	27800.45	-13781.963	L K Kl Ek
M5	12743	27546.56	-13650.394	L K Kl Ek Bil
M6	12639	27344.54	-13530.599	L K Kl Ek Bil ES
M7	12639	27312.12	-13509.668	L K Kl Ek Bil ES Sex
M8	12143	26051.28	-12875.167	L K Kl Ek Bil ES Sex G
M9	12107	25995.89	-12828.716	L K Kl Ek Bil ES Sex G A*Bil A*Sex Sex*Bil
M10	12108	25988.95	-12829.944	L K Kl Ek Bil ES Sex G A*Bil Sex*Bil
M11	12143	26063.12	-12871.686	L K Kl Ek Bil ES Sex G Sex*Bil
M12	12108	25985.82	-12833.081	L K Kl Ek Bil ES Sex G A*Bil
M13	12108	25960.99	-12834.770	L Kl Ek Bil ES Sex G A*Bil
M14	9194	20022.03	-9864.993	L Kl Ek Bil ES Sex G A*Bil L/R

Tabelle 7: BIC-Werte: Ausgaben für Renten

	n	BIC-Wert	Devianz	Variablen
M0	17477	41916.51	-20938.720	Nullmodell
M1	17477	39809.89	-19826.796	L
M2	17477	39217.02	-19520.592	L K
M3	15562	34469.36	-17118.849	L K Kl
M4	12751	28020.05	-13891.858	L K Kl Ek
M5	12648	27691.83	-13723.129	L K Kl Ek Bil
M6	12547	27485.85	-13601.365	L K Kl Ek Bil ES
M7	12547	27446.97	-13577.206	L K Kl Ek Bil ES Sex
M8	12057	26319.68	-13009.48	L K Kl Ek Bil ES Sex G
M9	12024	26274.35	-12968.072	L K Kl Ek Bil ES Sex G A*Bil A*Sex Sex*Bil
M10	12025	26269.61	-12970.399	L K Kl Ek Bil ES Sex G A*Bil Sex*Bil
M11	12025	26262.05	-12971.312	L K Kl Ek Bil ES Sex G A*Bil
M12	9137	20226.24	-9958.076	L K Kl Ek Bil ES Sex G A*Bil L/R

Legende: L=Land, K=Kohorten, Kl=Klasse, Bil=Bildung, Ek=Einkommen, ES= Erwerbsstatus, Sex=Geschlecht, G=Gewerkschaftsmitglied, A\*Bil= Alter\*Bildung, A\*Sex=Alter\*Geschlecht, Sex\*Bil= Geschlecht\*Bildung, L/R= Einordnung im Links-rechts-Spektrum  
\* bestes Modell

Tabella 8: BIC-Werte: Staatliche Erfolge bei der Gesundheitsversorgung

	n	BIC-Wert	Devianz	Variablen
M0	17558	49985.82	-24973.362	Nullmodell
M1	17558	48194.66	-24019.143	L
M2	17558	48188.27	-24006.178	L K
M3	15635	42978.44	-21373.330	L K KI
M4	12811	35197.89	-17480.721	L K KI Ek
M5	12704	34864.36	-17309.336	L K KI Ek Bil
M6	12603	34603.96	-17160.355	L K KI Ek Bil ES
M7	12603	34603.82	-17155.565	L K KI Ek Bil ES Sex
M8	12097	33300.74	-16499.957	L K KI Ek Bil ES Sex G
M9	12062	33232.63	-16447.154	L K KI Ek Bil ES Sex G A*Bil A*Sex Sex*Bil
M10	12062	33223.31	-16447.196	L K KI Ek Bil ES Sex G A*Sex Sex*Bil
M11	12062	33214.90	-16447.685	L K KI Ek Bil ES Sex G A*Sex
M12	12062	33206.09	-16452.679	L K KI Ek Bil ES G A*Sex
M13	9167	25269.47	-12484.200	L K KI Ek Bil ES G A*Sex L/R

Tabella 9: BIC-Werte: Staatliche Erfolge bei der Altersversorgung

	n	BIC-Wert	Devianz	Variablen
M0	17406	48805.8	-24383.368	Nullmodell
M1	17406	47250.86	-23547.312	L
M2	17406	47254.87	-23539.552	L K
M3	15489	42077.45	-20922.95	L K KI
M4	12677	34353.25	-17058.531	L K KI Ek
M5	12572	34051.01	-16902.793	L K KI Ek Bil
M6	12471	33791.48	-16754.274	L K KI Ek Bil ES
M7	12471	33770.56	-16739.097	L K KI Ek Bil ES Sex
M8	11972	32482.35	-16090.931	L K KI Ek Bil ES Sex G
M9	11938	32420.38	-16041.216	L K KI Ek Bil ES Sex G A*Bil A*Sex Sex*Bil
M10	11939	32413.99	-16042.712	L K KI Ek Bil ES Sex G A*Bil Sex*Bil
M11	11939	32405.25	-16043.034	L K KI Ek Bil ES Sex G A*Bil
M12	11939	32384.30	-16046.644	L KI Ek Bil ES Sex G A*Bil

## Logik der Modellbildung

Bei der Modellbildung wurde als erstes jeweils das Nullmodell berechnet, anschließend zunächst die Ländervariablen, danach die Kohortenvariablen zugefügt, da diese beiden für die Überprüfung der Hypothesen von Bedeutung sind. Nacheinander werden dann alle weiteren Variablen aufgenommen, die für das Eigeninteresse der Personen von Bedeutung sind, also Klasse, Einkommen, Bildung, Erwerbsstatus, Geschlecht, Gewerkschaftsmitgliedschaft, Angestellte im öffentlichen Dienst sowie die Interaktionseffekte Alter\*Bildung, Alter\*Geschlecht und Geschlecht\*Bildung. Dann werden schrittweise die Variablen entfernt, die zuvor den BIC-Wert nicht verbessern konnten, bis das beste Modell gefunden wurde, das sich nur unter der Annahme von Länderunterschieden und Eigeninteresse erklären lässt. In das letzte Modell wird die Einordnung in das politische Links-rechts-Spektrum aufgenommen, die misst, inwieweit ideologische Ansichten, die über das Eigeninteresse hinausgehen, die Einstellungen der Menschen zur Alters- und Gesundheitsversorgung erklären können.