



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Den svenska modellen - über die Herausforderungen und Reformansätze des universellen Wohlfahrtsstaates in Schweden“

verfasst von / submitted by

Michael Auer BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfillment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it
appears on the student record
sheet:

A 066 589

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears
on the student record sheet:

Masterstudium Internationale Entwicklung

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Wolfram Schaffar

Vorwort und Danksagung

Um einen besseren Lesefluss zu ermöglichen sind sämtliche im Fließtext vorkommenden schwedischen Wörter *kursiv* dargestellt.

Alle in dieser Masterarbeit verwendeten Grafiken bzw. Diagramme wurden vom Verfasser selbst erstellt.

Um im Fließtext verwendete Online-Verweise schnell aufrufen zu können, wurde auf diese mit Fußnoten verwiesen. Eine gesammelte Liste der verwendeten Websites findet sich ebenfalls im Quellenverzeichnis wieder.

Mein Dank gilt allen, die mich in den letzten Jahren im Leben begleitet haben.

Besonderer Dank gebührt vor allem meinen Eltern, Prof. Schaffar, Benni, Rainer & Sam - nicht nur für eure Unterstützung, sondern auch für eure Geduld.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Die wohlfahrtsstaatlichen Regime nach Esping-Andersen	3
Das liberale wohlfahrtsstaatliche Modell	4
Das korporatistische wohlfahrtsstaatliche Modell	5
Das sozialdemokratische wohlfahrtsstaatliche Modell	6
Pfadabhängigkeit	7
Historische Entwicklung des schwedischen Wohlfahrtsstaates	9
Die Reformen des schwedischen Sozialstaates ab 1990	13
Die große Pensionsreform von 1994	16
Aktuelles Pensionssystem in Schweden	17
Beispiele für den schwedischen Wohlfahrtsstaat	20
Gesundheitswesen	20
Vårdgaranti	21
Gebühren & Eigenbeträge	22
Sjukpenning	24
Tandvård	25
Arbeitslosenversicherung	27
Einteilung nach Gøsta Esping-Andersen	28
Parteiprogramme	30
Sveriges socialdemokratiska arbetareparti - Schwedens sozialdem. Arbeiterpartei	31
Moderata samlingspartiet - Moderate Sammlungspartei	32
Centerpartiet - Zentrumspariei	33
Liberalerna - Liberale	34
Vänsterpartiet - Linkspartei	35
Kristdemokraterna - Christdemokraten	36
Sverigedemokraterna - Schwedendemokraten	36
Miljöpartiet de Gröna - Umweltpartei - die Grünen	37
Zusammenfassung	37
Umsetzung der Reformen in den letzten Jahren	39
Aktuelle Debatten	43
Conclusio	45
Quellenverzeichnis	50
Online-Verweise	51
Bibliographie	53

Einleitung

Schweden gilt gemeinhin als „der“ Wohlfahrtsstaat schlechthin - ein Umstand, auf den der Fokus in dieser Arbeit liegen soll. Federführend für das sogenannte sozialdemokratische Wohlfahrtsstaat-Regime war eine jahrzehntelange Hegemonie der sozialdemokratischen Arbeiterpartei Schwedens, welche seit 1932 bisher nur drei Mal von den bürgerlichen Parteien unterbrochen werden konnte.

Durch vorangegangene Seminararbeiten zu diesem Thema eröffnete sich die Frage, ob - und wenn ja, warum und in welchem Ausmaß - es Transformationen innerhalb des schwedischen Sozialsystems gab. Hierbei soll auch die historische Entwicklung des Wohlfahrtsstaates in Schweden beleuchtet werden, schließlich ist ebendieser Begriff zwar erst etwa 70 Jahre alt (1941 ist er zum ersten Mal im Oxford English Dictionary zu finden), seine Ziele, Politiken und Ideen gibt es jedoch schon länger (vgl. Einhorn; Logue 2003: 147).

So gilt beispielsweise der Staat als wichtigster Akteur für die schwedische Gesundheitspolitik, wenngleich die Finanzierung hauptsächlich von den Provinzen und Kommunen getragen wird. Die Kosten für die Gesundheitsversorgung ist hauptsächlich steuerfinanziert und betrug 2009 etwa 9,9 Prozent des BIP (vgl. OECD 2013: 41). Eine Zielsetzung des Gesundheitssystems ist dabei die gesetzlich festgehaltene „[...] gute Gesundheit und eine Gesundheitsfürsorge zu gleichen Bedingungen für die gesamte Bevölkerung“ (vgl. §2, lagen.nu o.J.). Weiters soll u.a. gute Qualität, leichte Zugänglichkeit oder aber Respekt für die Selbstbestimmung und Integrität der Patientin/des Patienten gewährleistet werden (vgl. § 2a, lagen.nu o.J.).

Die Begriffsdefinition des (schwedischen) Wohlfahrtsstaates ist jedoch eine komplizierte, da - wie Andreas Bergh es beschreibt - dieser unterschiedlich bezeichnet werden kann. So werden für ihn beispielsweise die Begriffe universell, sozialdemokratisch, institutionell, umfassend, nordisch bzw. skandinavisch gebraucht (vgl. Bergh 2010: 109). Die genaue Bedeutung des Begriffes des universellen Wohlfahrtsstaates bleibt als Konzept jedoch großteils unklar: „[n]evertheless, despite all vague definitions and ambiguities, there is a consensus that the high degree of state involvement in the life of all citizens – from the cradle to the grave – separates Sweden and the other Nordic countries from most other

countries in the world“ (Bergh 2010: 109 f.). Auch in dieser Arbeit werden oben genannte Begriffe synonym verwendet, ebenso wie die Begrifflichkeiten Wohlfahrtsstaat und Sozialstaat.

Es soll nun in dieser Arbeit, als deren Grundlage die Pfadtheorie und die drei wohlfahrtsstaatlichen Regime Esping-Andersens dienen, beleuchtet werden, ob und inwiefern es Einschnitte in den Wohlfahrtsstaat in Schweden gab, und wenn ja, von wem diese getätigt wurden. Weiters ist zu untersuchen, ob der Pfad der Wohlfahrt in Schweden geändert wurde, und ob dieser womöglich durch die etwaigen Regierungswechsel, die stattgefunden haben, ausgelöst wurden.

Sven Jochem argumentiert beispielsweise in seinem Buch „Die politischen Systeme Skandinaviens“, dass „[...] die] konservative Regierung [...] die zunehmende Privatisierung und Deregulierung im öffentlichen Sozialbereich fort[setzte], so dass von einer tendenziellen Unterminierung des schwedischen Sozialstaates gesprochen werden kann“, und weiters: „[e]s lässt sich festhalten, dass der sozialdemokratische Charakter des schwedischen Wohlfahrtsstaates deutlich erodiert“ (Jochem 2012: 188).

Lässt sich dieser Standpunkt jedoch so weit argumentieren, dass tatsächlich von einem tiefgreifenden Systemwechsel in Schweden gesprochen werden könnte?

Hierfür sollen zunächst in dieser Arbeit die drei wohlfahrtsstaatlichen Regime nach Gøsta Esping-Andersen vorgestellt und anschließend ein kurzer Überblick über die Theorie der Pfadabhängigkeit gegeben werden. Es folgt ein historischer Abriss über den schwedischen Sozialstaat, mit einem genaueren Fokus auf die getätigten Reformen in den 1990er Jahren. Danach wird versucht, einzelne Teilaspekte des Wohlfahrtsstaates in die drei Wohlfahrtsregime einzuordnen, wobei hier der Fokus auf den Themenbereichen Gesundheit, Arbeit und Pensionen liegen wird. Im nächsten Schritt sollen die Hauptverantwortlichen für einen etwaigen Systemwechsel betrachtet werden, nämlich die schwedischen Parteien und deren Parteiprogramme - abgerundet mit einem kurzen Blick auf die aktuellen Debatten (Stand Herbst 2016). Im Anschluss soll eine Conclusio gegeben und untermauert werden, ob der schwedische Sozialstaat erodiert, und gegebenenfalls Argumente gegeben werden.

Die wohlfahrtsstaatlichen Regime nach Esping-Andersen

Grundlegend für diese Arbeit ist das Werk „The Three Worlds of Welfare Capitalism“ von Gøsta Esping-Andersen, dessen Erstausgabe im Jahr 1990 erschien. Verwendet wurde hierfür der mit der Originalausgabe identische Nachdruck aus dem Jahr 2011.

Esping-Andersen kritisierte in seinem Buch, dass bis 1990 die gesamte von ihm gesichtete Literatur das Interesse am Wohlfahrtsstaat außen vor ließ. „Welfare-state studies have been motivated by theoretical concerns with other phenomena, such as power, industrialization, or capitalist contradictions; the welfare state itself has generally received scant conceptual attention“ (Esping-Andersen 1990: 18).

Die allgemeine und generelle Definition des Wohlfahrtsstaates erklärt er wie folgt: „[...] it involves state responsibility for securing some basic modicum of welfare for its citizens“ (Esping-Andersen 1990 18f). Die physikalische Wohlfahrt der Bürger vor internen wie auch externen Gefahren zu schützen war seit jeher eine fundamentale Verantwortung des Staates. „The modern welfare state's contribution to this concept is its ambitious extension of personal security beyond more physical survival to encompass economic security and a decent standard of living. Indeed, the very concept of democracy in Scandinavia today contains social and economic, as well as political egalitarianism“ (Einhorn; Logue 2003: 147).

In „The Three Worlds of Welfare Capitalism“ kristallisiert er drei wohlfahrtsstaatliche Regime heraus, von welchen besonders das in Skandinavien vorherrschende sozialdemokratische Modell in dieser Arbeit ausführlicher erläutert werden soll.

Auch bezüglich des Wohlfahrtsstaates gingen die skandinavischen Länder weiter als andere: „[t]he principal goal of the welfare state is often defined in terms of poverty reduction, but the Scandinavian countries have gone further and also included the ambition of reducing overall inequalities in society“ (Erikson, Robert 1993 zitiert durch Kangas; Palme 2005: 38). Erikson bezieht sich darauf, dass in verschiedenen politischen Klimata verschiedene aufkommende Fragen als wichtig erachtet werden. Dort, wo Sozialliberalismus vorherrscht, sieht er die Frage nach Armut vorherrschend, während Ungleichheit die hegemoniale Stellung als Problem der Wohlfahrt besonders in sozialen Demokratien innehat (vgl. Erikson 1989: 24).

Gøsta Esping-Andersen untersuchte internationale Variationen bezüglich sozialer Rechte und der wohlfahrtsstaatlichen Stratifizierung und fand die daraus resultierenden qualitativ differenzierten Arrangements zwischen Staat, Markt und der Familie. Er fand heraus, dass sich die wohlfahrtsstaatlichen Variationen nicht linear verteilen, sondern dass sich ebendiese in (drei) verschiedene Gruppen, welche er „Regime“ nannte, einteilen lassen (vgl. Esping-Andersen 1990: 26).

Staat, Markt und Familie nennt Esping-Andersen „The Three Welfare Pillars“ (Esping-Andersen 2002: 11), also die drei Wohlfahrts-Säulen, unter denen die Verantwortungen aufgeteilt werden. Die Märkte gelten als eine der wichtigsten Quellen von Wohlfahrt für Erwachsene, da meist über Arbeit Einkommen generiert und die meiste Wohlfahrt am Markt erworben wird. Die Gegenseitigkeit der Verwandtschaft, welche Familien repräsentieren, ist eine weitere wichtige Ressource der Wohlfahrt - besonders ist dies in Südeuropa prominent. Die Wohlfahrt, welche der Staat gewährt, basiert weder auf Gegenseitigkeit (wie bei der Familie), noch auf Kauf (wie beim Markt), sondern dient als ein redistributiver sozialer Vertrag, welcher eine Art von „kollektiver Solidarität“ reflektiert (vgl. Esping-Andersen 2002: 11f).

Das liberale wohlfahrtsstaatliche Modell

Libérale Wohlfahrtsstaaten zeichnen sich dadurch aus, dass sie nur über geringe Sozialversicherungsprogramme verfügen, wie auch nur moderate universelle Transferleistungen aufbringen. Diese Sozialfürsorge wird auch meist nur an eine unterbezahlte Klientel der Arbeiterschicht gewährt, welche auf den Staat als solchen angewiesen sind (vgl. Esping-Andersen 1990: 26).

„In this model the progress of social reform has been severely circumscribed by traditional, liberal work-ethic norms: it is one where the limits of welfare equal the marginal propensity to opt for welfare instead of work“ (Esping-Andersen 1990: ebd.).

Die vom Staat aufgebrauchten Leistungen sind generell sehr moderat angesetzt, mit strikten Auflagen versehen und darob auch meist von stigmatisierender Natur. Der Markt

wird hingegen von solch liberalen Staaten unterstützt - dies geschieht entweder passiv, wenn er minimale Leistungen offeriert, oder aktiv, wenn er private Absicherungen fördert (vgl. Esping-Andersen 1990: 26f).

Das liberale wohlfahrtsstaatliche Regime hat nur sehr geringe de-kommodifizierende Effekte, wohlfahrtsstaatliche Leistungen werden folglich als Waren angesehen. „[It] erects an order of stratification that is a blend of a relative equality of poverty among state-welfare recipients, market-differentiated welfare among the majorities, and a class-political dualism between the two“ (Esping-Andersen 1990: 27). Laut Esping-Andersen gelten die Vereinigten Staaten von Amerika, Kanada und Australien als Archetypen für dieses Modell.

Das korporatistische wohlfahrtsstaatliche Modell

In Ländern wie beispielsweise Österreich, Frankreich, Deutschland und Italien, wo es zu einer „post-industriellen“ Klassenstruktur kam, entwickelte sich hingegen der „korporatistische“ Wohlfahrtsstaat¹. Dort war der Grundtenor, dass die Gewährung von sozialen Rechten kaum ernsthaft in Frage gestellt wurde und somit nie wirklich umstritten war. Die liberale Obsession, bezüglich der Effektivität und Kommodifizierung des Marktes, war in jenen Ländern nie als immanentes Thema vorherrschend.

„What predominated was the preservation of status differentials; rights, therefore, were attached to class and status“ (Esping-Andersen 1990: ebd.).

Der Staat wird in jenen korporatistischen Ländern als Produzent von Wohlfahrt angesehen, der Markt folglich als solcher in eine marginale Rolle zurückgedrängt. Private Versicherungen spielen kaum eine Rolle, Statusunterschiede hingegen sollen erhalten bleiben, der umschichtende Effekt des Wohlfahrtsstaates erscheint nebensächlich (vgl. Esping-Andersen 1990: ebd.).

Besonderes Augenmerk legt Esping-Andersen auf die Kirche, welche diese korporatistischen Wohlfahrtsstaat-Regime mitformte - auch im Hinblick auf die von ihr

¹ in einem von Gøsta Esping-Andersens späteren, ebenfalls in dieser Arbeit zitierten Werk, „Why we need a new welfare state“ betitelt er dieses Modell fortan als das „kontinentaleuropäische Wohlfahrts-Modell“

geförderte Aufrechterhaltung der (konservativen) Familienform: „[d]ay care, and similar family services, are conspicuously underdeveloped“ (Esping-Andersen 1990: ebd.).

Das sozialdemokratische wohlfahrtsstaatliche Modell

Das für diese Arbeit wichtigste wohlfahrtsstaatliche Regime, welches Gøsta Esping-Andersen erforschte, ist das in Skandinavien - und somit auch Schweden - vorherrschende so genannte sozialdemokratische Modell. Dieses ist das kleinste und in jenen Ländern vorherrschende Regime, in denen die Prinzipien des Universalismus und der Dekommodifizierung der sozialen Rechte auch auf die „neue Mittelklasse“ ausgeweitet wurden (vgl. Esping-Andersen 1990: 27). Dieses Modell äußert sich weiters über zwei Schwerpunkte, welche beide die „De-familisierung“ der Wohlfahrt bestärken sollen: erstens sollen Familien gestärkt werden, indem sie von Verpflichtungen entkoppelt, und zweitens soll die individuelle Freiheit des/der Einzelnen angestrebt werden. Der sozialdemokratische Wohlfahrtsstaat strebt weiters „de-kommodifizierte Bürger“ an - ihre Wohlfahrt soll also nicht von ihrem Vermögen am Markt abhängig sein. „But, and this is decisive to note, the crowding out of markets in the pursuit of welfare is attached to a ‘crowding in’ policy of maximizing citizens’ employability and productivity“ (Esping-Andersen 2002: 13f).

In jenen Ländern, in denen dieses dritte Regime vorherrscht, gab es seit den 1920er Jahren eine stetige Hegemonie der Sozialdemokraten, wo sie als dominante Kraft hinter den sozialen Reformen standen: „[r]ather than tolerate a dualism between state and market, between working class and middle class, the social democrats pursued a welfare state that would promote an equality of the highest standards, not an equality of minimal needs as was pursued elsewhere“ (Esping-Andersen 1990: ebd.; Einhorn; Logue 2003: 116).

Dadurch entsteht ein stark de-kommodifizierendes System an Sozialleistungen, mit universalen Programmen. Industriearbeiter genießen dieselben Rechte wie höher gebildete Arbeiter oder öffentlich Beschäftigte. Ein einziges Versicherungssystem bezieht alle Klassen und Schichten mit ein, der Markt wird verdrängt, universale Solidarität steht

im Vordergrund für den Wohlfahrtsstaat: „[a]ll benefit; all are dependent; and all will presumably feel obliged to pay“ (Esping-Andersen 1990: 28).

Die Grundidee dieses breiten Universalismus fundiert auf der Tatsache, dass die Skandinavier bezüglich der Ausweitung und Konsolidierung der demokratischen Rechte federführend waren. Hierbei ist der als *folkhemmet* (engl. „Peoples‘ Home“, dt. Volksheim) rhetorisch bekannt und groß gewordene schwedische Wohlfahrtsstaat nach den Vorstellungen des sozialdemokratischen Politikers Per Albin Hansson Ende der 1920er Jahre zu nennen. Ansätze dieser Idee gab es bereits 1880 in Dänemark, oder nach dem 2. Weltkrieg durch Otto Bauer in Österreich (vgl. Esping-Andersen 1990: 67).

Das sozialdemokratische Wohlfahrtsstaats-Regime ist zwar kostspielig betreffend der Ausgaben des Staates, und wird über hohe Steueraufkommen finanziert. Es ist jedoch nicht kostspieliger (gemessen an den Ausgaben des Staates mittels Prozent am BIP) als vergleichsweise jene Allokation der Wohlfahrts-Ressourcen der USA (Esping-Andersen 1999 zitiert nach ders. 2002: 14). Weiters sollte nicht vergessen werden: „[w]hat Scandinavians are compelled to pay in taxes, their US equivalents are compelled to pay out of their own pockets“ (Esping-Andersen 2002: ebd.).

Esping-Andersen definiert die hohen Steuerabgaben, wie auch den Einkommens-Mix des Staates als Achilles-Ferse dieses Systems, und räumt gleichzeitig ein, dass der Unterschied zu den USA einzig im privat-öffentlichen Ausgaben-Mix besteht (vgl. Esping-Andersen 2002: ebd.).

Pfadabhängigkeit

Die Pfadabhängigkeit bietet die theoretische Grundlage dieser Arbeit, da das schwedische Sozialsystem einen langen Zeitraum über unangetastet bestand. Die Hauptfrage ist nun, weswegen dem so ist.

Der Begriff „Pfadabhängigkeit“ wurde von den Wissenschaftlern Paul A. David und W. Brian Arthur geprägt und entstammt aus der Kritik und Relativierung der neoklassischen Ökonomie. Im Grunde bezeichnet der Begriff „einen vergangenheitsdeterminierten Prozess relativ kontinuierlicher bzw. inkrementeller Entwicklungen. Die jeweils erreichten

Zustände können kollektiv ineffizient oder suboptimal sein, ohne dass der Prozess deshalb notwendigerweise zum Erliegen kommt oder radikal geändert wird“ (Werle 2007: 119). Bekanntestes Beispiel hierfür wäre die QWERTY / QWERTZ-Tastaturbelegung, welche historisch begann und kontinuierlich weitergeführt wurde, obwohl es nun optimalere Tastenanordnungen geben könnte (vgl. Werle 2007: ebd.).

Bedingungen der Pfadabhängigkeit sind „increasing returns“, wie auch die damit einhergehenden „positive feedbacks“, also sowohl zunehmende Skalenerträge wie auch positive Rückkopplungen, welche beide den „einmal eingeschlagenen Entwicklungspfad“ vorgeben und ein Abweichen davon verhindern (vgl. Werle 2007: 121). Andere Autoren, wie beispielsweise Kenneth J. Arrow, verneinen hingegen die Notwendigkeit der erstgenannten Bedingung, der „increasing returns“ für Pfadabhängigkeiten (vgl. Beyer 2005: 9). „Seiner Ansicht nach hängt die Pfadabhängigkeit demnach nicht mit „increasing returns“, sondern mit der bei David² als zusätzliche Bedingung genannten Quasi-Irreversibilität (von Investitionen) zusammen“ (Beyer 2005: ebd.).

Dieses Konzept der Pfadabhängigkeit wurde von den Sozialwissenschaften aufgegriffen, adaptiert und erweitert. Mittels diverser Konventionen werden „symmetrische Koordinationsprobleme zwischen einer Vielzahl von Akteuren“ bearbeitet, und dadurch die Transaktionskosten gesenkt (Werle 2007: 122).

Laut Renate Mayntz gilt dies auch in der Dimension der Zeit, wobei dies nicht mit dem Begriff des Historischen gleichzusetzen ist, jedoch: „[i]n der Vergangenheit getroffene politische Entscheidungen, geschaffene Institutionen und eingebürgerte Denkweisen und Routinen wirken in die Gegenwart hinein [...]“ (Mayntz 2002: 27). Explizit schreibt sie auch, dass „in einer früheren historischen Situation gewählte Politiken (»policy legacies«)“ heutige Entscheidungen beeinflussen (Mayntz 2002: 27f).

Am Weg dieses Pfades hätte es - und dies impliziert die Pfadabhängigkeit - auch Kreuzungen und Gabelungen geben können, an denen der Prozess in einer anderen Richtung weiterlaufen hätte können. Somit bestünde die Möglichkeit der „Existenz nicht

² **David**, Paul A. (1971): The Landscape and the Machine: Technical Interrelatedness, Land Tenure and the Mechanization of the Corn Harvest in Victorian Britain. S. 145 - 205 In: D.N. McCloskey (Hrsg.): Essays on a Mature Economy, Mathuen, London; zitiert durch: Beyer (2005): 9.

realisierter Alternativen, so genannter »counterfactuals«, wobei hier die Frage gestellt werden muss, was das Auftreten dieser Gabelung bewirkte (Mayntz 2002: 28f).

Diese Kreuzungspunkte entstünden durch die Erweiterung des Entscheidungsspielraums, entweder durch das Aufbrechen (Destabilisieren) alter Strukturen, oder durch das Aufkommen neuer Optionen (vgl. Mayntz 2002: 29).

Entscheidungen aus der Vergangenheit beeinflussen folglich den Pfad bis in die Gegenwart, als weiterer wichtiger Punkt seien aber auch die anfallenden Transaktionskosten genannt, welche bei einem Abweichen des Pfades entstehen würden. Diese sind jedoch veränderbar und können sich mit der Zeit ändern, und ebenso sind „dynamische Umbrüche nach langer historischer Kontinuität als Möglichkeit angelegt“ (Beyer 2005: 15).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass ein Pfadwechsel (bzw. das Ende eines auf „increasing returns“ begründetes Pfades) dann möglich ist, wenn positive Vorteile des Wechsels zu erwarten sind, wenn die erwarteten Transaktionskosten gering ausfallen, bzw. gering eingeschätzt werden, und weiters, wenn Erwartungen auftreten, welche sich gegen die den Pfad verfestigende Wirkung stellen, oder diese umkehren (vgl. Beyer 2005: 15f).

Historische Entwicklung des schwedischen Wohlfahrtsstaates

Die skandinavischen Länder hatten gegen Ende des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts eines gemeinsam: sie galten als die Armenhäuser Europas. Dieser Umstand ließ viele Bewohner/innen - in Schweden waren es bis zu 20% - vor allem in die USA auswandern. Zurück blieben hauptsächlich ältere, wie auch arme SchwedInnen, welche sich die Migration nicht leisten konnten. Ob dieser Bevölkerungsentwicklung sahen sich die ländlichen Kommunen nicht mehr imstande, die Finanzierungslasten, welche sich auf die Armutspolitik zurückführen ließen, zu tragen. Hinzu kam, dass einerseits die reicheren, urbaneren Kommunen einen Finanzausgleich ablehnten und andererseits sich der Zentralstaat einer strengen finanziellen Haushaltspolitik verpflichtet sah. Obwohl es bereits einige sozialdemokratische Abgeordnete gab, wurde die Rentenreform, welche in dieser Zeit verabschiedet werden sollte, vor allem von liberalen Politikern vorangetrieben,

welche die Interessen der ländlichen Bevölkerung bzw. der ruralen Kommunen vertraten (vgl. Jochem 2012: 180).

Nachdem sich Schweden außerordentlich bezüglich der voranschreitenden Industrialisierung in der 90jährigen Periode bis 1910 entwickelte, war der Lebensstandard des Landes beim Ausbruch des ersten Weltkrieges einer der höchsten Weltweit. Selbst der Krieg hatte - ob der gestiegenen Nachfrage nach Rohstoffen - eine stimulierende Wirkung auf die schwedische Wirtschaft. In den 1920er Jahren folgten jedoch wirtschaftlicher Rückgang, Bankrotte, wie auch eine Finanz- und Strukturkrise (vgl. Peterson 2011: 186).

Nach den für die schwedischen Sozialdemokratischen siegreichen Wahlen im Jahr 1932 wurde unter der neuen Regierung von Premierminister Per Albin Hansson begonnen, das *folkhemmet* umzusetzen (vgl. Peterson 2011: 187). „Seiner Vorstellung nach werde ein gutes (frommes) Heim von einer Familie bewohnt, in welcher keine Privilegien herrschten und alle Mitglieder der Familie gleichwertig ihre individuellen Anlagen vervollkommen sollten. Durch Arbeit gebe es keine Armut und das Erwirtschaftete werde solidarisch unter allen Familienmitgliedern verteilt“ (Jochem 2012: 181). Treten nun bei einzelnen Personen (soziale) Unglücksfälle auf, so würde die gesamte Familie solidarisch helfen (vgl. ders. ebd.). Weiters folgten Maßnahmen wie die Gleichsetzung des progressiven Einkommens, die Einführung einer Vermögenssteuer und Sozialreformen, um gegen die Krise anzukämpfen (vgl. Peterson 2011: 187).

„The coincidence of universalism and democracy is hardly accidental. Parliamentarism presented the socialists with new reformist vistas, but it also imposed upon them the necessity of mobilizing solid electoral majorities which, almost certainly, the ghetto strategy would fail to produce. The majority problem was accentuated where the working class was likely to remain an electoral minority“ (Esping-Andersen 1990: 67).

Eine weitere Gegebenheit, welche in Schweden wie auch in ganz Skandinavien vorherrschend war, um besagten Universalismus zu begünstigen, war, dass sich nebst der urbanen Bourgeoisie und der Arbeiterklasse in der Industrie eine dritte, eigenständige und mit politischer Repräsentation versehene soziale Klasse kristallisierte: die Bauern. Es entwickelten sich relativ starke, abseits der Linken und Rechten, sondern vielmehr

zentristisch ausgerichtete Parteien, welche die Interessen der Bauern im ländlichen Schweden vertraten (vgl. Kangas; Palme 2005: 20). Diese kleinen, bäuerlichen und familiengeführten Betriebe waren meist selbst Eigentümer der Felder, die sie bestellten. So entstand in ganz Skandinavien eine Art „ländliches Bürgertum“, welches vor allem in ruralen Gegenden noch vor der Arbeiterbewegung politischen Einfluss erlangen konnte (vgl. Jochem 2012: 178 f.).

„Their own political representation meant that the interests of the rural population could not be neglected when the first measures of social policy were planned. The Scandinavians therefore began to legislate national insurance covering the whole population, rather than workers' insurance limited only to the industrial working class [...]“ (Kangas; Palme 2005: 20).

Kangas und Palme argumentieren folglich, dass jene Zentrumsparteien die Homogenität der Parteien rechts des Zentrums, also jener im nicht-sozialistischen Block, aufbrachen, wodurch es für die Sozialdemokraten wiederum einfacher war, die von ihnen favorisierten Agenden durchzusetzen. Sie kommen weiters zur Conclusio, dass die Hegemonie der sozialdemokratischen Parteien in Skandinavien folglich nicht auf eine Stärke der Linken im Land zurückzuführen sei, sondern vielmehr auf eine Schwäche der rechten Parteien (vgl. Kangas; Palme 2005: ebd.).

Ähnliches beschreiben Einhorn und Logue, indem sie zum Schluss kommen, dass die nichtsozialistischen Parteien gespalten waren, ob des Kampfes der Liberalen und Konservativen über die aufkeimende politische Demokratie. „The legacy of hostility that remained between them [Liberale & Konservative, d. Verf.] made a united nonsocialist coalition government an impossibility between the wars [erster und zweiter Weltkrieg, d. Verf.]“ (Einhorn; Logue 2003: 116).

In der Zwischenkriegszeit präferierten sowohl Liberale als auch die Zentrumspartei unterschiedlich - entweder mittels Übereinkommen oder gänzlich auf informeller Basis - die sozialdemokratischen Minderheitsregierungen gegenüber einer Regierung mit den Konservativen (vgl. Einhorn; Logue 2003: 117). Das „schwedische Modell“ wurde somit auch von den nicht-sozialistischen Parteien mitgetragen und fand ebenfalls Unterstützung

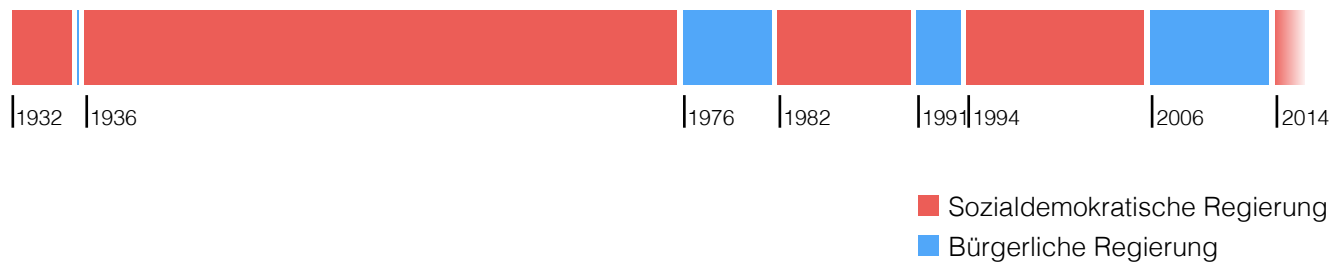
bei den Ökonomen der so genannten „Stockholmer Schule“³, welche die später nach ihm benannten keynesianische Ideen schon bereits vor John Maynard Keynes pflegten. Durch das kollektive, zentralistische Verhandeln entstand früh der schwedische Wohlfahrtsstaat, welcher durch hohe Steuerabgaben finanziert wird.

Nach dem Zweiten Weltkrieg kam es zu einem Ausbau der bereits bestehenden sozialen Sicherungssysteme - auch hierfür waren sozialdemokratische und zentristische Bündnisse federführend. Dies ermöglichte und begünstigte auch den rasch wachsenden Wohlstand in den skandinavischen Ländern nach dem Zweiten Weltkrieg (vgl. Jochem 2012: 182). Fortan fand sich das Land in einer vortrefflichen wirtschaftlichen Entwicklung vor, bis es, wie in allen anderen industrialisierten Ländern, in den 1970er Jahren durch die Öl-Krise zu einem Abwärtstrend für die schwedische Wirtschaft kam. In der gesamten Dekade herrschte eine tiefe Rezession wie auch Stagflation vor. Zum ersten Mal wurde auch das „schwedische Modell“ in Frage gestellt - die Sozialdemokraten verloren die Wahlen zum *riksdag* im Jahr 1976, wenngleich sie weiterhin stärkste Fraktion waren⁴. Es folgte die Bildung einer bürgerlichen Regierung (bestehend aus *Centerpartiet*, *Moderata samlingspartiet* und *Folkpartiet*), was zur Folge hatte, dass die Sozialdemokraten zum ersten Mal seit über vierzig Jahren nicht mehr an der Macht waren (vgl. Peterson 2011: 187f). Die Erfolge der Bürgerlichen blieben jedoch überschaubar. Größter, wenn auch nicht einziger Erisapfel war die Frage betreffend Nuklearenergie, welche die Parteien spaltete. Generell schienen die drei regierenden politischen Fraktionen eher mit Kämpfen untereinander bedacht zu sein, als der schwedischen Bevölkerung eine echte Alternative zu den Sozialdemokraten zu demonstrieren (vgl. Einhorn; Logue 2003: 121).

Im Jahr 1982, als die Sozialdemokraten fortan wieder die Regierung stellten, entwerteten sie zugleich die Schwedische Krone - ein Umstand, welcher eine siebenjährige Phase des wirtschaftlichen Booms einleitete. Nachdem die linke Mehrheit im *riksdag* 1985 und 1988 gesichert wurde, kam 1991 (bis 1994) wiederum eine bürgerliche Regierung an die Macht. Das „nordische Wunder“ galt als beendet, und es folgte Anfang der 1990er Jahre zuerst eine Immobilien-, anschließend eine Bankenkrise (vgl. Peterson 2011: 188).

³ die berühmtesten Vertreter waren Bertil Ohlin, Gunnar Myrdal, Erik Lundberg und Erik Lindahl

⁴ siehe Statistiska centralbyrån <http://www.scb.se> für historische Wahlstatistiken



Die Reformen des schwedischen Sozialstaates ab 1990

Nach der Zeit des wirtschaftlichen Booms drehte sich in den 1990er Jahren die wirtschaftliche Situation in Schweden - es folgte eine tief gehende Krise und der Rückgang des realen Bruttoinlandsproduktes von 5% zwischen 1991 und 1993. Basis für diese Krise waren (wirtschafts-)politische Fehlentscheidungen in den 1980er Jahren, welche eine „Überhitzung“ der Wirtschaft zufolge hatten: 1984 zerbrach das zuvor gelebte System der zentralisierten Lohnverhandlungen, welche fortan auf der betrieblichen Ebene gelöst wurden. Somit fiel ein für die schwedische Wirtschaft wichtiges regulierendes Instrumentarium weg, um die Wirtschaftsentwicklung zu stabilisieren. Es folgten hohe Lohnforderungen in der Boomphase der Vollbeschäftigung Mitte/Ende der 1980er Jahre, einhergehend mit steigenden Inflationsraten und der daraus resultierenden schwächeren wirtschaftlichen Konkurrenzfähigkeit Schwedens. Ab 1985 folgte weiters die zunehmende Deregulierung der Finanzmärkte, Zinszahlungen von privaten Haushalten konnten von der Einkommenssteuer abgeschrieben werden. Die Folge daraus war das hochschnellen privater Schulden und verstärkte Aktivität auf Aktien- und Immobilienbörsen - es bildeten sich spekulative Blasen, welche, nachdem sie platzten, zu einer tiefen Wirtschaftskrise führten (vgl. Marterbauer 1998: 3f.).

Die Zahl der Arbeitslosen sprang Anfang der 1990er von ehemals 1,6% im Jahr 1989 auf ein Nachkriegshoch von 8% im Jahr 1993. Gab es 1989 noch einen öffentlichen Finanzierungsüberschuss von 4,2%, wies der schwedische Staat 1993 ein Rekorddefizit von 12,3% des BIPs aus (vgl. Turowski 2010: 243).

„It took more or less the whole decade to phase out fiscal imbalances and restore state finances“ (Peterson 2011: 190). Dies geschah unter anderem mittels steuerlicher Reformen, wie auch der Deregulierung bestimmter Märkte, etwa in der Kommunikation

und bei Energieversorgern. Es folgte „eine historische Zäsur der schwedischen Politik im Allgemeinen und der schwedischen Sozialpolitik im Besonderen“ (Jochem 2012: 184).

Seit den 1990er Jahren war eine Verschiebung in der Mischung von privaten und öffentlichen Dienstleistungen hin zu privatwirtschaftlichen Betreibern sichtbar: Schulen, Sonderschulen, soziale Pflegeeinrichtungen (z.B. für Senioren oder Behinderte), aber auch Krankenhäuser wurden fortan kommunal verwaltet. Manche Kommunen wählten oftmals privatwirtschaftliche Betriebsformen. Diese stehen zwar unter nationaler Aufsicht, jedoch nahmen die lokalen Unterschiede im Dienstleistungssektor kontinuierlich zu (vgl. Jochem 2012: 187).

Dies thematisierte auch Monica Andersson Bäck von der Universität Göteborg bei einer Tagung der Arbeiterkammer Wien zum Thema „Privatisierung von Gesundheit - Blick über die Grenzen“ im November 2007. So wurden zwischen 1989 und 1996 stets liberale und konservative Politiker/innen, welche sich schon damals für mehr Wettbewerb aussprachen, in Provinziallandtage hinein- und wieder hinausgewählt. Gab es anfangs noch eine breit aufgestellte, unkritische Unterstützung für diese Reformen, wurde die Zustimmung bald von kritischen Stimmen abgelöst (vgl. Andersson Bäck 2007: 64).

Um den öffentlichen Haushalt und die wirtschaftliche Situation zu stabilisieren mussten in einer solch schwierigen makroökonomischen Lage tiefe Einschnitte in den Wohlfahrtsstaat geschehen. Diese Maßnahmen wurden von der ab 1991 regierenden bürgerlichen Regierung begonnen und 1994 von den wieder regierenden Sozialdemokraten fortgesetzt (vgl. Marterbauer 1998: 4). „Das Wohlfahrtssystem bezahlte damit die Kosten schwerwiegender Fehler der Wirtschaftspolitik“ (Marterbauer 1998: ebd.), gleichzeitig zeigte diese Wirtschaftskrise, „[...] wie stark das sozialdemokratische Wohlfahrtsregime [...] von Vollbeschäftigung, verhältnismäßig großer Einkommensgleichheit und Wirtschaftswachstum [abhängig ist]“ (Turowski 2010: 122).

Die jeweiligen Zugänge der konservativ-liberal-zentristischen bzw. der sozialdemokratischen Regierung waren dennoch unterschiedliche: erstere versuchten, einerseits mittels Steuersenkungen die Wirtschaft wieder in Schwung zu bringen und andererseits durch Kürzungen von Sozialausgaben das Budget zu sanieren. In dieser Zeit wurde eine Herabsetzung des Einkommensersatzes bei der Kranken-, Unfall-, Eltern- und

Arbeitslosenversicherung von 90% auf 80% vorgenommen. Ebenfalls wurde die heute immer noch gültige „Warteperiode“ in der Kranken- und Arbeitslosenversicherung eingeführt⁵. Die Versuche, die Wirtschaft zu stabilisieren und den Haushalt zu sanieren verliefen für die bürgerliche Regierung erfolglos (vgl. Marterbauer 1998: 4). Jedoch: „[t]rotz erheblicher Leistungskürzungen wurde in der Zeit der konservativen Regierung an den Grundprinzipien des Wohlfahrtsstaates nicht gerüttelt [...]“ (Marterbauer 1998: ebd.).

Dennoch gab es 1992 einen gewissen Bruch im ursprünglichen Aufbau der sozialen Dienstleitungen: die bürgerliche Regierung führte ein so genanntes purchaser-provider model (Käufer-Anbieter-Modell) ein, welches kommerzielle Anbieter von sozialen Dienstleitungen in allen Bereichen zuließ. Die Kommunen (Gemeinden) und Provinzen (Landkreise) entschieden zwar weiterhin über die Auftragsvergabe von eben diesen Dienstleistungen, jedoch führte die Reform dazu, „[...] dass sich der Anteil der privaten Bereitstellung öffentlich finanzierter Dienstleistungen deutlich erhöhte“ (Palme; Fritzell; Bergmark 2009: 50). Diesbezüglich gab es jedoch starke regionale wie auch branchenabhängige Unterschiede, und „[d]ie öffentlichen Monopole bestehen [...] weiterhin fort“, jedoch werden „[...] einige Aufgaben [...] an private Dienstleister abgegeben“ (Palme; Fritzell; Bergmark 2009: ebd.). Auf lokaler Ebene kamen zwischen 1991 und 1994 die Konservativen u.a. in den Provinziallandtagen von Stockholm und Malmö an die Macht, wo eine Mitte-Rechts-Mehrheit fortan Privatisierungen am Gebiet des Gesundheitssektors betrieb (vgl. Andersson Bäck 2007: 65).

1994 kam es nach dem Wahlerfolg der Sozialdemokraten, welche schon in ihrem Parteiprogramm vor allem die Sanierung der Staatsfinanzen in den Fokus rückten, zu einem erneuten Regierungswechsel. Drei Prinzipien sollten dies ermöglichen: 1) Steuererhöhungen für die Mittel- und Oberschicht, 2) die Transfers im Sozialbereich sollten eher gekürzt werden als das öffentliche Angebot an Sozialleistungen. Dadurch sollten die Kürzungseffekte vor allem für jene, die das öffentliche System besonders dringend benötigen, möglichst gering ausfallen. Und 3) sollten die Grundprinzipien des Wohlfahrtsstaates unangetastet bleiben, die Kürzungen nur temporär sein und bei erfolgreicher budgetärer Sanierung des Staatshaushaltes wieder aufgehoben werden (vgl. Marterbauer 1998: 4f).

⁵ siehe Abschnitt „Sjukpenning“ auf Seite 24, sowie Abschnitt „Arbeitslosenversicherung“ auf Seite 27

Konkret setzte die nunmehrige sozialdemokratische Regierung folgende Kürzungen durch: temporär wurden die Ersatzraten bei Einkommensverlust (also bei der Eltern-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung) noch weiter abgesenkt. Senkte die bürgerliche Vorgängerregierung den Einkommensersatz bereits von ehemals 90 auf 80 Prozent, setzten die Sozialdemokraten eine weitere Kürzung auf 75% des Letztbezugs durch. Diese Maßnahme war jedoch nur auf ein Jahr, zwischen 1.1.1996 und 1.1.1997, befristet. Ebenfalls für ein Jahr gesenkt wurde die Kinderbeihilfe, nämlich von 750 SEK auf 640 Kronen pro Monat und Kind. Höhere Beihilfen für Mehrkindfamilien wurden gänzlich gestrichen. Ebenfalls strenger gestaltet wurde der Bezug von Arbeitslosengeld - fortan gab es für Arbeitslose eine strengere Verpflichtung, an aktiven arbeitspolitischen Maßnahmen teilzunehmen (vgl. Marterbauer 1998: 5).

Als großes und gelungenes Projekt wird die Pensionsreform in Schweden in den 1990er Jahren betrachtet, welche nachfolgend genauer abgehandelt werden soll:

Die große Pensionsreform von 1994

In Schweden drohte, wie in anderen Ländern auch, Anfang der 1990er die Unterfinanzierung des Pensionssystems, da einerseits geburtenstarke Jahrgänge ins Pensionsalter kamen, und andererseits die Gegenfinanzierung aufgrund von Geburtenrückgängen nicht gesichert war. Um dem vorzubeugen, erarbeitete zwischen 1991 und 1994 die bürgerliche Regierung zusammen mit der oppositionellen sozialdemokratischen Arbeiterpartei eine grundlegende Reform des Pensionssystems, welche schließlich 1994 vom schwedischen Reichstag abgesegnet wurde (vgl. Turowski 2010: 244). Wie auch zuvor wird das Pensionssystem „[...] ein umfassendes, öffentlich administriertes [...] nach dem Umlageverfahren sein“ (Marterbauer 1998: 5), es tauschen jedoch die zwei grundlegenden Säulen Platz. War zuvor die so genannte Volkspension (*folkpensionen*), welche an alle Bewohner/innen über 65 Jahren unabhängig von der Erwerbstätigkeit ausbezahlt wird, die tragende Säule des Systems, so nimmt nun die einkommensabhängige Zusatzpension (*tilläggspension*, bis vor 2003 *allmän tilläggspension*) deren Stelle ein. Die Volkspension (auch *garantipension* genannt, d. Verf.) wird zukünftig nur noch an jene ausbezahlt, welche keine oder nur eine äußerst geringe Zusatzpension haben. Frühpensionen, welche nur krankheitsbedingt angetreten werden

konnten, wurden in den Bereich der Krankenversicherung übertragen (vgl. Marterbauer 1998: ebd.).

Wenige Monate nach dem Beschluss der Pensionsreform 1994 kam es zu einem Regierungswechsel, hin zu den Sozialdemokraten. Sie hielten „[...] an der blockübergreifenden gemeinsamen Arbeit fest [...]“ und setzten den erarbeiteten Mehr-Parteien-Konsens konsequent fort (Turowski 2010: 244).

Eine ab 1999 geltende Reform führte eine stärkere Fondsbasierung der Pensionen ein, gleichzeitig wurde das Eintrittsalter (ab 61) flexibler gestaltet, wobei die *folkepensionen* auch weiterhin erst ab 65 ausbezahlt wird (vgl. Förster; Schmid; Trick 2014: 198). Einige Autoren (Turowski 2010: 245; Marterbauer 1998: 5) sprechen hierbei von einem (Pensions-)Systemwechsel.

Aktuelles Pensionssystem in Schweden

Das neu geschaffene Pensionssystem zeichnet sich dadurch aus, dass die einkommensbasierte Zusatzpension über einen fixen Beitragssatz in Höhe von 16% finanziert wird, wie auch über eine weitere, moderate, „Premiumpension“, für die verpflichtend 2,5% des Gehalts vom Arbeitgeber eingezahlt werden. Eine Indexierung der Pensionen erfolgt somit über die Reallöhne, und nicht über die Preise. Die etwaige Problematik bezüglich des Pensionsantrittsalters wurde dadurch gelöst, dass das neue Pensionssystem eben diese Frage komplett außen vor ließ und ein flexibles Pensionsantrittsalter einführte. Sowohl die einkommensbezogene als auch die „Premiumpension“ kann ab 61 angetreten werden, wobei hier verstärkte Anreize geschaffen wurden, um länger zu arbeiten (vgl. Weaver; Willén 2014: 3).

Besagte Premiumpension kann selbst in Fonds angelegt werden, welche allesamt online nach ihrem Risiko, ihrer Art und ihren umwelt-ethischen Standards durchsucht werden können⁶. Werden keine spezifischen Fonds ausgewählt, wandert das Geld automatisch in

⁶ vgl. Pensionsmyndigheten [o.J.]: <https://secure.pensionsmyndigheten.se/SokFonder.html>

einen staatlichen Fonds, genannt *AP7 S fa* (*Statens  rskullsf rvaltningsalternativ*, staatliche Generationenverwaltungsalternative)⁷.

Die Basis der Pensionspyramide bilden folglich die einkommensbasierte Zusatzpension, wie auch die Premiumpension. Des Weiteren gibt es darüber hinaus noch die Dienstpension (*t nstepensionen*), welche von manchen Arbeitgebern bezahlt wird, und - als Spitze - die eigenen Ersparnisse⁸. Der Fokus in dieser Arbeit liegt ausschließlich auf dem Fundament des schwedischen Pensionssystems, weswegen die beiden letztgenannten Teile nicht weiter berücksichtigt werden.

Die Kritikpunkte dieses System betreffend zielen vor allem auf die Premiumpension ab, da diese zu Ungleichheiten innerhalb der Pensionistinnen und Pensionisten führen kann. Einerseits muss davon ausgegangen werden, dass bestimmte soziale Gruppen verschiedenes Engagement zeigen - folglich haben jene, welche die vorgegebenen Optionen (*AP7 S fa*) wählen, im Schnitt weniger Pensionsleistung, da diese Optionen signifikant unterdurchschnittliche Erträge bescheren. Ein zweiter Punkt betrifft jene Personengruppe, die schlichtweg mit finanztechnischen Termini überfordert ist und daher Finanzvermittler zwischenschalten, um ihre Konten zu verwalten. Die Kritik setzt hierbei vor allem bei jenen Dienstleistern an, welche gegen Bezahlung bloß geringe Leistung erbringen. Drittens können Pensionistinnen und Pensionisten zwar eine aktive Rolle bei der Wahl der Fonds übernehmen, jedoch schlichtweg schlechte Wahlen treffen. Während viele entweder lediglich die staatliche Generationenverwaltungsalternative auswählen bzw. ihre einmal getroffene Wahl des Fonds dauerhaft beibehalten, können jene, welche Wissen betreffend Finanzmärkte haben, schnell größere Erträge anhäufen. Dies ist daher begründet, dass das schwedische Premienpensionssystem nicht nur die Konzentration in sehr speziellen Assetklassen, sondern auch das unlimitierte Wechseln der Fonds erlaubt. Dadurch entsteht wiederum ein wettbewerbsfähiger Vorteil für eine bestimmte Gruppe an Personen bei einer Aktivität, welche vom Staat angeordnet wird (vgl. Weaver; Willén 2014: 19).

⁷ vgl. Pensionsmyndigheten (2017a): <https://www.pensionsmyndigheten.se/forsta-din-pension/sa-fungerar-pensionen/premiumpension-en-del-av-den-allmanna-pensionen>

⁸ vgl. Pensionsmyndigheten (2017b): <https://www.pensionsmyndigheten.se/forsta-din-pension/sa-fungerar-pensionen/pensionens-alla-delar>

Um dauerhaft politischen Interventionen vorzubeugen, wurde des Weiteren ein automatischer Stabilisierungsmechanismus eingebaut, um so zukünftig die Pensionen an die jeweiligen Situationen anzupassen („Pensionsautomatik“). Diese Automatismen sind besonders effektiv, wenn sie von langsamer und für die Bevölkerung unsichtbarer Natur sind, also zum Beispiel, wenn durch die inflationäre Anpassung der Pensionen der nominale Gewinn jährlich steigt, jedoch geringer als die Inflation ausfällt. Anfällig sind diese Automatismen jedoch bei ökonomischen Störungen, wie sie beispielsweise in Wirtschaftskrisen auftreten, da die Liquidität der schwedischen einkommensbasierten Zusatzpension zum Teil auf akkumulierten Beitragsüberschüssen basiert, welche in fünf „Buffer-Fonds“ gehalten werden. Etwa 60% dieser Finanzmittel sind in Beteiligungspapieren in Schweden und im Ausland investiert. Die letzte große Weltwirtschaftskrise führte dazu, dass im Jahr 2008 der Wert dieser Anlagen, welche von diesen Fonds gehalten wurden, um 21% zurückgingen. Für das Jahr 2010 wurde somit davon ausgegangen, dass die Einkommenspension um 3,28% gekürzt werden würde, wenngleich dieser Umstand für einkommensschwache Pensionistinnen und Pensionisten durch eine Erhöhung der *garantipension* (Garantiepension, ehem. *folkpensionen*) abgedeckt werden sollte (vgl. Weaver; Willén 2014: 6). Um dem entgegenzuwirken beschloss die bürgerliche Regierung Steuerreduktionen auf Pensionen, so dass lediglich eine geringe Anzahl an PensionistInnen eine tatsächliche Kürzung ihrer Leistungen erfuhr. Seit der Rezession in Zeiten der Wirtschaftskrise beginnend 2008 geschah diese Maßnahme bis zum Jahr 2014 insgesamt fünf Mal. Die aggregierten Kosten dieser Steuerreduktionen beliefen sich jährlich auf 16,45 Milliarden SEK, umgerechnet also 2100 SEK mehr verfügbares Einkommen monatlich pro Pensionist/in. Die umfangreichste Steuersenkung wurde von der konservativen Regierung 2010 beschlossen, deren Steuergutschrift im Ausmaß von 7,5 Milliarden SEK bewirkte, dass im Endeffekt 85% der PensionistInnen effektiv mehr Geld zur Verfügung hatten - im Gegensatz zur eigentlichen Pensionskürzung für 80% der RentenbezieherInnen, welcher ob der Wirtschaftskrise durch den automatischen Pensionsmechanismus passiert wäre (vgl. Weaver; Willén 2014: 8). Auch wenn folglich Details in besagtem automatischen Stabilisierungsmechanismus geändert wurden, etwa um Kürzungen weniger sichtbar und die einkommensbezogene Pension weniger unberechenbar zu machen, blieb dieser in seinen umfassenden Prinzipien unangefochten. Es kann folglich argumentiert werden, dass das schwedische Pensionssystem nach seiner Reform in den 1990er Jahren keineswegs ein in Stein gemeißeltes darstellt (vgl. Weaver; Willén 2014: 9), zwischen 2003 und 2013 gab es

beispielsweise insgesamt 12 legislative und administrative Veränderungen dessen (vgl. Weaver; Willén 2014: 8).

Beispiele für den schwedischen Wohlfahrtsstaat

Nachfolgend werden bestimmte Ausbildungen des Schwedischen Wohlfahrtsstaates beschrieben und im Anschluss versucht, diese in die jeweiligen Unterscheidungen nach Wohlfahrtsregime von Esping-Andersen einzuteilen.

Gesundheitswesen

Das schwedische Gesundheitswesen basiert auf einer dreistufigen Organisationsform, welche sich in die Verwaltungsebenen Staat - *Landsting* (id est der Provinziallandtag) - Kommune gliedert. Betreffend der Organisation des Gesundheitswesens sind vor allem die Letztgenannten wichtig. So übernehmen die Kommunen hauptsächlich Pflegedienste, wie beispielsweise die häusliche Pflege oder Altersheime, während die Provinzen die stationäre und ambulante ärztliche Versorgung im Fokus haben. Parallel dazu gibt es auch private Gesundheitsdienste, von denen es wiederum zwei verschiedene Formen gibt: Erstere werden von privaten Firmen angeboten, welche einen Vertrag mit den drei oben genannten Organisationsebenen haben. Ist dies der Fall, so sind die dort anfallenden Kosten die gleichen wie bei staatlichen Gesundheitsdiensten. Andere private Gesundheitsdienste hingegen verfügen über keinen Vertrag mit den staatlichen Akteuren. In diesem Fall muss die/der Patient/in sämtliche Kosten selbst tragen. Insgesamt jedoch spielen die zweitgenannten privaten Dienste nur eine marginale Rolle im System (vgl. Carlsson 2012: 436; socialstyrelsen.se⁹).

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt hauptsächlich über Steuern (zu ca. 86%), die restlichen 14% sind entweder die direkt von den Patienten zu zahlenden Abgaben beim Besuch von z.B. Gesundheitszentren, oder die reinen Privatkosten. Bei genauerer Betrachtung des steuerfinanzierten Teils zeigt sich, dass die Finanzierung größtenteils über die Provinzen erfolgt, welche eine Steuer von 9-12% des Einkommens

⁹ vgl. Socialstyrelsen [o.J.]: <http://www.socialstyrelsen.se/healthcare-visitors-sweden/about-swedish-healthcare-system/public-private-healthcare-sweden>

einheben (die sog. *Landstingsskatt*, Provinzialsteuer). Die restlichen Steuerteile stammen entweder von der Kommunalsteuer oder dem sich aus indirekten Steuern zusammensetzenden „Staatsbeitrages“. Das schwedische Gesundheitswesen ist per se politisch, da „[...] die gewählten Provinziallandtage [...] abhängig von den politischen Mehrheiten die für die Leitung des Gesundheitswesens verantwortlichen Politiker [bestimmen]“ (Carlsson 2012: 436).

Zusammenfassend sind folglich in der Regel die Anbieter von Gesundheitsdiensten Angestellte des *Landsting*, jedoch können diese Provinzialregierungen auch Verträge mit privaten Anbietern im In- und Ausland abschließen. Somit kann es auch private Anbieter von beispielsweise Krankenhäusern oder Gesundheitszentren (*vårdcentraler*) geben. Im Wesentlichen sind Gesundheitsleistungen jedoch „[...] steuerfinanziert und ihre Qualität und Quantität [...] politisch bestimmt“ (Carlsson 2012: 436).

2015 gab es in Schweden insgesamt 1150 *vårdcentraler*, von denen 482 (42%) privat geführt waren¹⁰ (vgl. SKL 2016: 22).

Vårdgaranti

Weiters besteht in Schweden die so genannte *vårdgaranti* (Pflege-/Betreuungsgarantie), welche ausschließlich bei nicht akuten gesundheitlichen Problemen gilt. Diese Garantie wird ausschließlich in der Provinz/Region, in der die Patientin/der Patient amtlich gemeldet ist gegeben und gilt nach dem 0-7-90-90 Schlüssel: noch am selben Tag, an dem die Patientin/der Patient Hilfe sucht, soll sie/er mit der Primärversorgung (z.B. einem Gesundheitszentrum) in Kontakt kommen. Dies kann telefonisch oder mittels Besuch geschehen. Wenn es das Pflegepersonal für notwendig beurteilt, dass die Patientin/der Patient eine Ärztin/einen Arzt benötigt, soll dieser Termin in maximal 7 Tagen möglich sein. Wird eine Überweisung an eine Spezialistin/einen Spezialisten notwendig, so soll dieser Termin innerhalb von 90 Tagen stattfinden. Ebenso im Zeitraum von 90 Tagen soll eine notwendige Behandlung, beispielsweise eine Operation, möglich sein. Bei akuter Krankheit oder Verletzungen wird der Patientin/dem Patienten selbstverständlich so schnell wie möglich geholfen - unabhängig vom Wohnort. Die *vårdgaranti* gilt

¹⁰ n.b.: dies bedeutet nicht, dass 42% der Erstversorgungszentren keine Verträge mit Kommunen und Provinzen bzw. dem Staat haben und Patient/innen somit sämtliche Leistungen privat zahlen müssen - diese Prozentzahl spiegelt lediglich den gesamten Anteil der privat geführten *vårdcentraler* wieder!

beispielsweise nicht für Nachfolgeuntersuchungen, medizinische Services (z.B. Röntgen- oder Laboruntersuchungen), oder aber in Provinzen, in denen die Patientin/der Patient nicht gemeldet ist¹¹. Online¹² kann eine offizielle Statistik eingesehen werden, inwieweit die staatlich gegebene Garantie in den einzelnen Regionen/Provinzen zutreffend ist.

Ihren Ursprung hat diese „Betreuungsgarantie“ in den 1990er Jahren, als Patientinnen/Patienten 1992 erstmalig für 12 verschiedene medizinische Eingriffe bzw. Maßnahmen eine Garantie erhielten, dass diese innerhalb von drei Monaten stattfinden sollten. Konnte das Krankenhaus bzw. das Erstversorgungszentrum diese Frist nicht einhalten, so hatte die Patientin/der Patient das Recht ein anderes Krankenhaus bzw. eine andere Privatklinik auf Kosten des ihm zugeteilten Spitals aufzusuchen. Die damalige Regelung sah nämlich vor, dass es den Patienten (abgesehen von Spezialeingriffen) nicht gestattet war, medizinische Versorgungszentren bei nicht akuten Fällen außerhalb ihrer Provinz aufzusuchen (vgl. Hanning 1994: 19f). Diese Maßnahme wurde von allen Provinziallandtagen beschlossen und für die Jahre 1993 und 1994 erweitert, wenngleich für diesen Zeitraum kein Sonderbudget von der Regierung zur Verfügung gestellt wurde. Ebenfalls erwähnenswert ist, dass manche Provinzen die *vårdgaranti* zwischen 1993 und 1994 auf sämtliche elektive Eingriffe erweiterten (vgl. Hanning 1994: 21).

Nach den in über 15 Jahren gesammelten Erfahrungen begannen im Frühjahr 2004 Gespräche zwischen der Regierung und dem *Landstingsförbundet*¹³, um die *vårdgaranti* zu erweitern. Diese umfasst fortan - wie bereits erwähnt - sämtliche medizinische Gebiete. Im Februar 2005 einigten sich schließlich Regierung und der Landstingverbund auf den Inhalt der neuen Regelung, welche mit 1. November 2005 in Kraft trat (vgl. Calltorp 2006: 444).

Gebühren & Eigenbeträge

Das schwedische Gesundheitswesen wird zwar hauptsächlich über kommunal und staatlich abzuführende Steuern finanziert, jedoch gibt es eine Ordinationsgebühr (Praxisgebühr), welche pro Arztbesuch geleistet werden muss. Diese kann teilweise

¹¹ vgl. 1177.se (2016a): <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vardgarantier/>

¹² <http://www.vantetider.se/>

¹³ seit 2007: SKL - *Sveriges Kommuner och Landsting* (Schwedens Kommunen und Provinzen)

beträchtlich von Provinz zu Provinz variieren, wobei es im gesamten Land einen einheitlichen Höchstkostenschutz gibt, welcher jeweils auf ein Jahr gerechnet wird¹⁴.

Bei bestimmten Formen plastischer Chirurgie oder ausschließlich privaten Gesundheitsfirmen (welche keinen Vertrag mit der Kommune/der Provinz haben) müssen sämtliche Kosten von der Patientin/dem Patienten getragen werden. Die nachfolgende Tabelle¹⁵ soll einen ungefähren Überblick über die selbst zu zahlenden Kosten geben:

Art der Versorgung	Ordinationsgebühr (in SEK)
Arzttermin in einem Gesundheitszentrum	100 - 300
Arzttermin bei einer Fachärztin/einem Facharzt	150 - 350
Arzttermin bei einer/m Gynäkologin/en bzw. Pädiater/in	200 - 350
Notaufnahme	220 - 400
Termin bei Pfleger/in bzw. Physiotherapeut/in	50 - 220

Bei stationärer Aufnahme in ein Krankenhaus beträgt der gesetzlich vorgeschriebene maximale Tagessatz 100 SEK pro Tag, Arztbesuche in Geburtskliniken und Kindergesundheitszentren sind im ganzen Land stets kostenfrei. Der Höchstkostenschutz deckelt sämtliche Ordinationsgebühren mit 1100 SEK und gilt stets für 12 Monate, jeweils ab dem ersten Besuch bei einem Arzt¹⁶. Leistungen, welche nicht unter diesen Höchstkostenschutz fallen, sind beispielsweise der zu zahlende Tagessatz bei Aufnahme im Krankenhaus, Gesundenuntersuchungen, Impfungen, etc.¹⁷.

Die Kosten für von der Ärztin/vom Arzt verschriebene Medikamente werden in Schweden öffentlich subventioniert, die Patientin/der Patient muss in der Apotheke lediglich einen gewissen Eigenbetrag zahlen. Hierbei gilt stets der Grundsatz, dass die günstigeren Generika vorgezogen werden müssen, selbst wenn auf dem Rezept ein anderer Markenname aufscheint. Die Patientin/Der Patient kann auch darauf bestehen, die original

¹⁴ vgl. Europäische Kommission [o.J.]:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1130&langId=de&intPagId=4809>

¹⁵ vgl. 1177.se (2016b):
<http://www.1177.se/Other-languages/Engelska/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter/>

¹⁶ vgl. Europäische Kommission [o.J.]:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1130&langId=de&intPagId=4809>

¹⁷ vgl. 1177.se (2016c):
<http://www.1177.se/Other-languages/Engelska/Regler-och-rattigheter/Hogkostnadsskydd-for-oppnvard/>

verschriebene Arznei auszuwählen, dabei muss jedoch die Preisdifferenz selbst gezahlt werden, und die Kosten werden nicht im Höchstkostenschutz für Medikamente mit einberechnet. Dieser so genannte *högkostnadsskydd* ist stufenweise aufgebaut, wobei in einem Zeitraum von 12 Monaten nie mehr als 2.200 Kronen als Eigenbetrag zu Medikamenten bezahlt werden müssen. Für Kinder und Jugendliche unter 18 sind sämtliche Medikamente, welche unter den Höchstkostenschutz fallen würden, kostenfrei. Weiters muss für bestimmte Arzneimittel keine Co-Finanzierung beglichen werden. Dies gilt beispielsweise für Insulin bei den meisten Arten von Diabetes, oder aber für antivirale Mittel bei einer HIV Erkrankung. Bestimmte Provinzen übernehmen zum Teil oder gänzlich den Eigenbetrag von gewissen Medikamenten oder für bestimmte Personengruppen, wie beispielsweise die Antibabypille für junge Mädchen und Frauen. Ebenfalls subventioniert werden bei bestimmten Krankheiten und Unverträglichkeiten die entsprechenden Lebensmittel für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren - dies gilt z.B. bei Glutenintoleranz¹⁸.

Sjukpenning

Im Krankheitsfall besteht für Angestellte das Anrecht auf Krankengeld (*sjukpenning*). Dabei ist jedoch zu beachten, dass der erste Tag als so genannter „Karenztag“ gilt, an dem kein solches Geld ausbezahlt wird. Während der ersten 14 Tage leistet die/der Arbeitgeber/in die Lohnfortzahlung (*sjuklön*), danach meldet diese/r die/den erkrankte/n Angestellte/n bei der schwedischen Sozialversicherungsbehörde (*Försäkringskassan*¹⁹), welche fortan die Bezahlung des Krankengeldes übernimmt, wofür jedoch entweder online oder auf postalischem Wege eine Anmeldung erforderlich ist. In den ersten 2 Wochen beträgt das Krankengeld 80 Prozent des normalen Lohnes, gedeckelt mit jedoch maximal 709 Kronen pro Tag.

Der Anspruch auf Krankengeld besteht, wenn die betroffene Person mindestens einen Monat angestellt war oder 14 Tage am Stück für die/denselbe/n Arbeitgeber/in gearbeitet hat. Die/Der Arbeitgeber/in hat das Recht, nach einer Woche ein ärztliches Attest einzufordern, unter bestimmten Voraussetzungen ist dies bereits ab dem ersten

¹⁸ vgl. 1177.se (2016d): <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vad-kostar-lakemedel-pa-recept/>

¹⁹ wörtlich: Versicherungskassa (d.Verf.)

Krankheitstag möglich. Bei Krankheitsfällen, welche über zwei Wochen dauern, muss ein eben solches Attest auch an die *Försäkringskassan* übermittelt werden, da diese fortan den *sjuklön* bezahlt. Auch dies kann elektronisch vom Arzt direkt übermittelt, oder per Post gesendet werden.

Angestellte ohne Anrecht auf Krankengeld müssen sich gleich bei der Sozialversicherungsbehörde melden und bekommen sofort Krankengeld ausbezahlt. Selbiges gilt für Arbeitslose, Auftragnehmer, Selbstständige und freien Bezieher/innen von Eltern- bzw. Schwangerschaftsgeld²⁰.

Tandvård

Der größte Unterschied zur regulären Krankenversorgung in Schweden ist, dass bei der Zahnpflege ein höherer privater Selbstkostenbeitrag entrichtet werden muss. Gleichzeitig gibt es jedoch wiederum einen Höchstkostenschutz (*Högstkostnadsskydd*), welcher jede/n Patient/in vor zu hohen Kosten bewahren soll. Die zahnärztliche Versorgung in Schweden ist somit öffentlich, als auch privat. Die Kosten sind nicht wie bei der Krankenversorgung reguliert, die/der Zahnärztin/-arzt kann die Preise für bestimmte Eingriffe selbst bestimmen, sofern sie „angemessen“ im Vergleich zur Behandlung sind^{21 22}.

Für Kinder und Jugendliche ist die allgemeine Zahnheilkunde bis zum Kalenderjahr, in dem sie 20 werden, kostenfrei. Manche Provinziallandtage erweitern diesen Zeitrahmen jedoch. So gilt in Sörmland eine Altersgrenze von 21, in der Region Götaland 24, und in Gävleborg die Grenze von 22 Jahren (vgl. SKL 2016: 39). Erwachsene erhalten einen sog. Zahnpflegezuschuss (*tandvårdsbidrag*), welcher jährlich am 1. Juli ausbezahlt wird. Dieser beträgt 300 Kronen bis zum Alter von 29, 150 Kronen zwischen 30 und 74, und wiederum 300 schwedische Kronen ab einem Alter von 75 Jahren. Sinn und Zweck dieses staatlichen Zuschusses ist es, ihn für Behandlungen und Untersuchungen aufzuwenden,

²⁰ vgl. Försäkringskassan [o.J. a]:

https://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning/sjuklon_och_sjukpenning und Försäkringskassan [o.J. b]: <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/anstalld/sjukpenning>

²¹ vgl. Socialstyrelsen [o.J.]: <http://www.socialstyrelsen.se/healthcare-visitors-sweden/about-swedish-healthcare-system/public-private-healthcare-sweden>

²² vgl. 1177.se (2016e):

<http://www.1177.se/Other-languages/Engelska/Tander/Tandvard-i-Sverige---vad-galler>

ebenso wie für zahnärztliche Prophylaxe, wobei dezidiert kosmetische Behandlungen wie etwa Zahnaufhellungen ausgeschlossen sind. Der jeweilige Betrag wird auf Wunsch automatisch vom Zahnarzt von der zu zahlenden Rechnung abgezogen²³.

Der zur Deckelung der Gesamtkosten in Schweden eingeführte Höchstkostenschutz wird gestaffelt gewährt. Ab einem gewissen zu zahlenden Betrag werden die weiteren Kosten zu unterschiedlichen Teilen von der *Försäkringskassan* übernommen. Berechnet wird dieser Beitrag jedoch nicht durch die tatsächlichen Arztkosten, sondern über einen Referenzpreis, welcher vom Staat festgesetzt wird und in welchem nicht nur die Behandlung per se, sondern auch das zahnärztliche Material inkludiert ist. Zahnärztinnen/-ärzte müssen sich nicht an diesen Referenzpreis halten, er dient jedoch immer der Sozialversicherungsbehörde als Ausgangspunkt zur Berechnung des Höchstkostenschutzes, egal ob für eine Behandlung mehr oder weniger bezahlt werden muss. Besagter *Höstkostnadsskydd* setzt sich wie folgt zusammen: zahnärztliche Kosten bis 3.000 SEK müssen immer selbst bezahlt werden, danach folgt eine Staffelung der Zuschüsse. Bei Kosten zwischen 3.000 und 15.000 Kronen werden 50% der Kosten übernommen, ab 15.000 SEK 85 Prozent. Um größtmögliche Transparenz zu gewährleisten, müssen alle Zahnärztinnen/-ärzte Preislisten mit sowohl ihren Preisen als auch dem staatlichen Referenzpreis angeben. Bei teureren Eingriffen kann ein einfach zu lesender schriftlicher Behandlungsplan verlangt werden, welcher u.a. deutlich sämtliche zu zahlende Preise auflisten muss, wie auch etwaige staatliche Kompensationsberechtigungen²⁴.

Im Jahr 2015 beliefen sich die Nettokosten für sämtliche zahnärztliche Leistungen der Kommunen und Provinzen auf fast 6 Milliarden Kronen. Den Großteil davon (45,5%) nahmen die allgemeinen Kosten für Zahnheilkunde von Kindern und Jugendlichen ein, etwa ein Drittel machte die Spezialzahnpflege aus (31,8 Prozent). Mit 226 Millionen Kronen belief sich der geringste Teil der Kosten auf die allgemeine Zahnpflege für Erwachsene (vgl. SKL 2016: 39).

²³ vgl. Försäkringskassan [o.J. c]:
https://www.forsakringskassan.se/privatpers/tandvard_privat/tandvardsstod

²⁴ vgl. Försäkringskassan [o.J. c]: ebd.

Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung ist in Schweden nach dem Genter System aufgebaut, welches 1901 in der belgischen Stadt Gent eingeführt wurde. Hierbei handelt es sich um eine freiwillige Arbeitslosenversicherung, welche gewerkschaftlich organisiert, jedoch öffentlich subventioniert wird (vgl. Clasen; Viebrock 2006: 351). Mit Ausnahme von Norwegen setzte sich dieses System auch in allen anderen nordischen Ländern durch. Neben den Versicherungen der traditionellen Gewerkschaften gibt es auch eine mittels einer unabhängigen Kasse, *Alfakassan*, welche jedoch ebenfalls staatlich finanziert wird und Teil der Dachorganisation der gewerkschaftlich organisierten Kassen ist. Die Mitgliedsbeiträge, welche sich 2016 je nach Kasse zwischen 85 und 149 Kronen pro Monat belaufen²⁵, sind vor allem für anfällige Verwaltungskosten vorgesehen. Mit ca. 95% sind Steuereinnahmen die wichtigste Einnahmequelle der Arbeitslosenkassen (vgl. Förster; Schmid; Trick 2014: 195). Insgesamt gibt es 28 verschiedene Kassen in Schweden, wovon die größte die *aea* (*akademikernas a-kassa*), jene der Akademiker/innen ist. Erst an zweiter Stelle folgt die Arbeitslosenkasse der *unionen*, dem größte Fachverbund für den privaten Arbeitsmarkt, als drittgrößte Kasse fungiert jene der Kommunen²⁶.

Die Diversität der unterschiedlichen Kassen spiegelt sich auch in der persönlichen Wahl der Kasse wieder. Für bestimmte Arbeitslosenkassen gibt es teilweise Zugangsregeln, wie beispielsweise die Notwendigkeit von 180 absolvierten Hochschulpunkten für die *aea*, oder auch betreffend des Berufes oder des Anstellungsverhältnisses (privat, staatlich, kommunal). Einzig die bereits erwähnte *Alfakassan* macht hierbei eine Ausnahme und nimmt alle Menschen auf²⁷.

Mit Stand 2016 gelten im Grunde folgende Regeln, um Arbeitslosengeld zu erhalten: die von Arbeitslosigkeit betroffene Person muss mindestens 80 Stunden pro Monat für 6 Monate (oder mehr) gearbeitet haben, gerechnet auf 12 Monate. Die Höhe des ausbezahlten Geldes hängt vom letzten Lohn ab, von dem bis zu 80% erstattet werden, maximal jedoch 910 Kronen pro Tag für die ersten 100 Tage, danach wird dieser Betrag

²⁵ vgl. Arbetslöshetskassa [o.J.] <http://arbetsloshetskassa.nu/a-kassan>

²⁶ vgl. Arbetslöshetskassa [o.J.]: ebd.

²⁷ vgl. Alfakassan (2016): http://english.alfakassan.se/Joining_Us

auf 760 Kronen reduziert. Insgesamt ist eine Fortzahlung des Lohns für bis zu 300 Tage vorgesehen. In den ersten sieben Tagen erhalten Erwerbslose in der Regel kein Arbeitslosengeld, und um den vollen Betrag ausbezahlt zu bekommen, müssen sie mindestens 12 Monate Mitglied einer Arbeitslosenkasse gewesen sein²⁸.

Einteilung nach Gøsta Esping-Andersen

Nun sollen die vorgestellten Teilaspekte des schwedischen Wohlfahrtsstaates in die drei Regime von Esping-Andersen eingeteilt werden. Generell lässt sich feststellen, dass - wie bereits zuvor erwähnt - sich seit den 1990er Jahren in Schweden eine zunehmende Verschiebung hin zu privatwirtschaftlichen Betreibern von öffentlichen Dienstleistungen zeigt. Dies ist jedoch nicht zwingend mit einem Pfadwechsel bzw. Systembruch gleichzusetzen.

Betreffend der Einordnung nach Esping-Andersen ist im Gesundheitssystem nun zu unterscheiden, ob ein staatlicher oder ein privater Versorger betrachtet wird. Einerseits haben sowohl die Kommunen als auch die Patient/innen jeweils die Wahlmöglichkeit private Gesundheitsdienste zu wählen. Hat eine Kommune beispielsweise einen Vertrag mit einem privaten Entrepreneur, so ändert sich für die Patient/innen nichts: sie müssen dieselben Selbstbehalte wie bei öffentlichen Diensten zahlen, die restlichen Kosten werden über die staatlichen Finanzen getragen - ein Umstand, welcher für ein sozialdemokratisches System spricht. Dennoch gibt es auch rein private Akteure, welche allerdings nur eine marginale Rolle spielen, und deren anfallenden Kosten ausschließlich von den Patient/innen getragen werden müssen. Wichtig hierbei ist die Unterscheidung der Kommodifizierung - erhalten private Akteure den Auftrag einer Kommune einen bestimmten Dienst zu betreiben, so geschieht die Finanzierung zwar öffentlich über Steuermittel, jedoch wird die Dienstleistung per se zu einer Ware gemacht. Da diese Entscheidung jedoch eine der Provinziallandtage zu treffende ist, ist sie von rein politischer Natur.

²⁸ vgl. Akademikernas a-kassa (2016): <https://www.aea.se/in-english/apply-for-benefit/conditions-for-benefit> und Alfakassan (2016): http://english.alfakassan.se/Joining_Us sowie Akademikernas a-kassa (2017): <https://www.aea.se/in-english/apply-for-benefit/about-the-benefit>

Die *vårdgaranti* wird für alle gleichermaßen gegeben - jedoch jeweils nur in der eigenen Provinz und nicht in gesamt Schweden. Es könnte folglich argumentiert werden, dass es sich hierbei im Prinzip um einen sozialdemokratischen Zugang handelt, welcher jedoch ausschließlich örtlich begrenzt gegeben wird. Da aber die Wartezeiten in den unterschiedlichen Landesteilen variieren, kann es folglich sein, dass gewisse Patientinnen und Patienten schneller eine Behandlung erhalten, da sie in einer Provinz wohnen, in der es für einen bestimmten Eingriff bzw. eine bestimmte Behandlung keine Warteschlange gibt.

Der Höchstkostenschutz - sei es nun auf Medikamente, Selbstbehalte (Ordnationsgebühr) oder bei zahnärztlichen Leistungen - ist prinzipiell für alle gleich, daher in seiner Form von der Logik her sozialdemokratisch.

Ebenfalls auf den von Espring-Andersen eingeteilten sozialdemokratischen Grundsätzen basiert das Krankengeld in Schweden - jede/r bekommt dieselbe Leistung (80% des vorherigen Lohnes), wobei es allerdings eine Deckelung des Betrages gibt.

Zahnärztliche Leistungen müssen in Schweden großteils privat bezahlt werden - die jährliche monetäre Unterstützung des Staates ist aber für jede/n gleich und somit sozialdemokratisch in dem Sinne, als dass alle dieselben Leistungen erhalten. Für alle Versicherten gilt weiters der Höchstkostenschutz, für den ein Referenzpreis und nicht die tatsächlichen Kosten gelten. Patient/innen haben somit stets die freie Wahl zur/zum für sie am ökonomisch sinnvollsten Zahnärztin/-arzt zu gehen. Eine De-Kommodifizierung ist auf diesem Gebiet jedoch nur schwach ausgeprägt.

Die Arbeitslosenversicherung stellt in Schweden eine Art Hybrid dar: einerseits hat sie - auch durch die enorme Diversität der unterschiedlichen Kassen - korporatistische Züge, wobei diese lediglich für die Organisation wichtig sind, da der zu zahlende monatliche Mitgliedsbeitrag hauptsächlich für die Verwaltung verwendet wird. Die tatsächliche Finanzierung des ausbezahlten Arbeitslosengeldes kommt von staatlicher Seite - dies sind wiederum stark sozialdemokratische Tendenzen. Die bloße Freiwilligkeit der Arbeitslosenversicherung per se könnte hingegen als genereller liberaler Ansatz gedeutet werden. Hinzu kommt, dass vermehrt auch immer mehr private Akteure auftreten, welche Zusatzversicherungen - oftmals in Kooperation mit den Gewerkschaften - anbieten. Diese

private Komponente widerspricht jedoch dem Prinzip der universellen Wohlfahrt des skandinavischen Modells (vgl. Clasen; Viebrock 2006: 368) und bedeutet folglich eine Tendenz in Richtung verstärkter Kommodifizierung.

Wohlfahrtsstaatlicher Bereich	Einordnung nach Esping-Andersen	De-Kommodifizierung
Gesundheitswesen	sozialdemokratisch	teilweise
Sjuklön	sozialdemokratisch	-
Tandvård	sozialdemokratisch	schwach
Arbeitslosenversicherung	sozialdemokratisch, korporatistisch, liberal	teilweise

Parteiprogramme

Wie oben bereits genauer erörtert, sollen nun die Parteiprogramme inhaltlich betreffend der Ausbildung des Wohlfahrtsstaates analysiert werden, um eventuelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszufiltern. Sämtliche nachfolgende Forderungen wurden online auf den jeweiligen Websites der Parteien publiziert, die zugehörigen Links befinden sich in der Bibliographie ab Seite 50.

Grob lassen sich die im Schwedischen Reichstag vertretenen Parteien zwar in links und rechts unterteilen, jedoch scheint die Einordnung nach politischen Bündnissen in Schweden logischer. Einerseits steht im bürgerlich-liberalen-agrarischen (zentristischen) Spektrum die „Allianz für Schweden“, bestehend aus vier Parteien: Moderate (M), Liberale (L), Zentrumsparter (C) und Christdemokraten (KD). Auf der anderen Seite gibt es die Gruppe der zwei links stehenden Parteien, Sozialdemokraten (S) und Linkspartei (V), wie auch der Grünen (MP), welche zusammen jedoch keinen fixen Arbeitszusammenschluss mehr haben. Als einzelne Oppositionspartei ohne jegliches Bündnis im schwedischen Reichstag sind seit 2010 die rechten Schwedendemokraten (SD) vertreten. Kleinere und nicht im *riksdag* vertretene Parteien wie beispielsweise die Feministische Initiative (FI) wurden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

Sveriges socialdemokratiska arbetareparti - Schwedens sozialdemokratische Arbeiterpartei

Für die schwedischen Sozialdemokraten^{29 30} (S) steht besonders das „schwedische Modell“ (siehe hierfür das Kapitel „Historische Entwicklung des schwedischen Wohlfahrtsstaates“, Seite 9) im Vordergrund. Der Fokus liegt hierbei in der Arbeitsplatzschaffung und -sicherung, wie auch in der Vertiefung des schwedischen Kollektivvertragsmodells, um so generelle Wohlfahrt zu generieren. Zu den von den Bürgerlichen angestrebten Steuersenkungen „um jeden Preis“ sagen die Sozialdemokraten „entschieden nein“ - sie setzen vollends auf Arbeit und Arbeitsplatzschaffung. In ihrem Programm gehen sie sogar so weit, von einem „Systemwechsel“ zu sprechen, den die ehemalige bürgerliche Regierung, weg vom „schwedischen Modell“, machte, welcher nun wiederum umgekehrt und „zurechtgerückt“ werden solle. Wohlfahrt solle allgemein solidarisch mittels Steuern finanziert werden - ein Umstand, welcher laut den Sozialdemokraten für eine Mitte-Rechts-Regierung nicht selbstverständlich sei.

Da die Finanzierung des Wohlfahrtsstaates nur abgesichert werden kann, wenn möglichst viele Menschen arbeiten, legen die Sozialdemokraten ihren Fokus auf Ausbildung, Forschung und Unternehmergeist. Junge und neu in Schweden Angekommene sollen deshalb schnell Arbeit bekommen. Bei guten Beschäftigungszahlen wächst somit nicht nur die schwedische Ökonomie, sondern es werden auch mehr Steuern für den Wohlfahrtsstaat eingezahlt - wodurch die Qualität dessen wiederum erhöht werden soll.

Weiters sprechen sich die Sozialdemokraten für Kollektivverträge und der damit einhergehenden Anstellungssicherheit aus, da niemand seine Arbeitskraft „ausverkaufen“ sollte - hierbei soll auch für ausländische Firmen stets das schwedische Kollektivvertragsmodell geltend sein. Der Wohlfahrtsstaat sollte möglichst breit für alle Einwohner/innen geöffnet werden, und so wenig wie möglich bedarfsgeprüft ausgelegt sein. Auf EU-Ebene fordern sie legitime Sicherheiten, welche Lohndumping verhindern

²⁹ vgl. Socialdemokraterna (2015a): Den svenska modellen

³⁰ vgl. Socialdemokraterna (2015b): Valfärden

sollen und auch das Recht „fachliche Kampfmaßnahmen über die Grenzen hinweg“ vorzunehmen sollte ein EU-Recht werden.

Als die vier Hauptpunkte sozialdemokratischer Wohlfahrtspolitik werden Solidarität, Vorsorge, Gleichheit und Gerechtigkeit angeführt, da sich diese „historisch und international gesehen“ prädestiniert haben, um Sicherheit - auch betreffend ökonomischer Gegebenheiten - herzustellen. Generelle Wohlfahrt wird von den Sozialdemokraten dezidiert als Grundstein für positive Entwicklung, sowohl finanziell als auch gesellschaftlich betrachtet, angesehen. Auch soll das Wohlfahrtsmodell an die sich ändernde Umwelt angepasst werden, wobei die Absicherung für die Bevölkerung mit Gleichheit, ökonomischer Stabilität und Wachstum in Einklang gebracht werden soll.

Die Arbeiterpartei setzt ganz klar auf die De-Kommodifizierende Ausführung des von Esping-Andersen differenzierten sozialdemokratischen Wohlfahrtsmodells, wenn in ihrem Parteiprogramm zu lesen ist: „[d]ie Sozialversicherungen und die sozialen Dienste wie Pflege, Schule und Fürsorge können deshalb nie zu Waren auf einem Markt reduziert werden [...]“.

Moderata samlingspartiet - Moderate Sammlingspartei

Die Konservativen³¹ (M) stehen zu einem „steuerfinanzierten Gesundheitswesen mit hoher Qualität, welches gleich für alle ist und nach Bedarf gesteuert wird“. Sie rücken vor allem die Interessen der Patientin/des Patienten in den Fokus - und wünschen sich eine starke Stellung derer im Gesundheitswesen. Dabei sollen ihnen bestimmte Rechte eingeräumt werden, u.a. Pflege in einer plausiblen Zeit, die Möglichkeit den Pflegegeber selbst zu wählen und das Recht auf Forderung nach Sicherheit und Kompetenz.

Den betroffenen Menschen sollen, wenn es nach den Moderaten geht, so ein größerer Einfluss auf ihre Situation ermöglicht werden. Dadurch soll wiederum die Beteiligung und das Engagement in der Wohlfahrtsfrage gesteigert werden. Als Ziel formulieren sie eine Gesundheits- und Krankenpflege, welche gute Qualität und hohe Zugänglichkeit aufweist, und somit den Menschen Sicherheit gibt.

³¹ vgl. Moderata samlingspartiet (2015): Vård på patientens villkor

Während sich die meisten anderen Parteien nur für mehr Wahlfreiheit und einer besseren Stellung der Patienten im System aussprechen, wollen die Moderaten den Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen mehr Mitsprache geben. So sollen sie die Möglichkeit erhalten, sich durch kurze Beschlusswege und anwesende Vorgesetzte aktiv einzubringen, um so Verbesserungen der Arbeitssituation erwirken zu können, da diese Ideen sonst „irgendwo auf dem Weg der Krankenpflegebürokratie“ hängen bleiben würden.

Centerpartiet - Zentrumspariet

Stark für mehr Wahlfreiheit spricht sich die Zentrumspariet³² (C) aus, welche ebenso wie die Moderaten Mitglied in der Allianz für Schweden ist. Sie fordern weiters, die Kranken- wie auch Arbeitslosenversicherung zu einer allgemeinen und obligatorischen „Arbeitslebensversicherung“ zusammenzuführen, um so die Wohlfahrt als solche nicht nur zu modernisieren, sondern auch flexibel und solidarisch zu gestalten.

Die Zentrumspariet will vor allem bei öffentlichen Transferleistungen sparen, um so mehr Steuergeld für Pflege und Fürsorge aufwenden zu können. Durch die Schaffung von Jobs und durch die Mithilfe von Unternehmern sollen weniger Beitragsbezieher und mehr Steuerzahler generiert werden. Schwache und bedürftige Menschen sollen laut dem Parteiprogramm besonderen Schutz erhalten. So wird beispielsweise eine „Dach-über-dem-Kopf“-Garantie für Obdachlose vorgeschlagen, oder eine besonderer Rechtsschutz für bedürftige Kinder. Für die Zentrumspariet ist es wichtig, die Gesellschaft möglichst frei zu gestalten, auf dass sich die Betroffenen nicht abhängig fühlen.

Durch private Wohlfahrts-Entrepreneure sollen mehr Alternativen und dadurch ein besseres Service geschaffen werden. Ältere und Personen mit Behinderungen sollen betreffend ihrer Wohnsituation oder bei der Wahl des Heimdienstunternehmens Wahlfreiheit genießen.

Die Zentrumspariet thematisiert stark die Finanzierbarkeit des Wohlfahrtsstaates. So fordert sie z.B. eine parlamentarische Untersuchung, welche die gesamte Finanzierungsproblematik beleuchten und thematisieren soll. Als Gründe hierfür sieht sie

³² Centerpartiet (2015): Vålfärd

vor allem die steigende Anzahl an älteren Menschen, wie auch die Anforderung an verbesserte Qualität der Alten- und Krankenpflege, und die damit einhergehenden steigenden Kosten. Anders als beispielsweise die Sozialdemokraten will die *Centerpartiet* vor allem bei Erleichterungen für Unternehmer/innen ansetzen, da mehr Firmen mit mehr Angestellten mehr Beiträge für die Wohlfahrt generieren.

Als kosteneffektivste Lösung werden Maßnahmen angesehen, welche Krankheit und Verletzungen vorbeugen, und auch jene, die die Gesundheit der Menschen fördern.

Einer Tendenz weg vom sozialdemokratischen Modell Esping-Andersens, hin in Richtung des kontinentaleuropäischen Modells, wo private Versicherungen zwar kaum gegeben sind, jedoch dennoch eine marginale Rolle spielen, widerspricht das Parteiprogramm: „[d]er Ausgangspunkt ist, dass die Wohlfahrt mit gemeinsamen Mitteln via Steuerteilen, nicht via privaten Krankenversicherungen finanziert werden soll“, und weiters, dass es „selbstverständlich [ist], mit einer gemeinsamen und öffentlichkeitsfinanzierten Verantwortung dafür zu sorgen, dass alle Zugang erhalten zu Gesundheitsversorgung, Altenfürsorge, Kinderfürsorge und Sicherheit bei Krankheit und Arbeitslosigkeit“.

Liberalerna - Liberale

Grundsätzlich für eine größere Selbstbestimmung der Patient/innen sprechen sich auch die Liberalen³³ (L) aus. Sie verlangen die Wahlfreiheit nicht nur in der Primärversorgung, sondern auch in Spezialkliniken. Pflege soll kohärent im ganzen Land verfügbar gemacht werden, ungeachtet des Einkommens, Geschlechts und des Wohnortes.

Ihr Ansatz ist hierbei grundsätzlich ein liberaler: der/dem Einzelnen soll so viel Wahlfreiheit und Selbstbestimmung wie möglich zugestanden werden. Auch stehen die Liberalen einer „Vielfalt an verschiedenen Pflege- und Fürsorgegebern“ positiv gegenüber. „Hauptsächlich“ soll das Gesundheitswesen „gemeinsam und solidarisch über Steuermittel bezahlt werden“.

Während ihrer Regierungszeit zwischen 2006 und 2014 wurde die sog. „Warteschlangenmilliarde“ eingeführt, welche direkt an die einzelnen Provinzen

³³ vgl. Folkpartiet - Liberalerna (2015): Sjukvård

ausbezahlt wird, um so Pflege in einer angemessenen Zeit zu ermöglichen. Ebenso streicht die Liberale Partei heraus, dass dank der von ihnen eingeführten „Pflegewahl“ es am Land um 25 Prozent mehr Behandlungszentren (*vårdcentraler*, Anm. d. Verf.) und Hausarztpraxen gibt.

Dieses von ihnen eingeführte System ermöglicht es, neue Behandlungszentren zu eröffnen, sofern sie den Bedarf der Provinzen decken. Die Wahl der Mitbürger/innen bestimmt dann, welche in der Konkurrenz bestehen bleiben. Prinzipiell wollen die Liberalen dieses Wahlfreiheitssystem der Primärpflege auch auf die Spezialpflege ausweiten.

Vänsterpartiet - Linkspartei

Diametral dazu steht für die Linkspartei³⁴ (V) die gemeinsam finanzierte Wohlfahrt stark im Mittelpunkt, auf „dass Schweden als faires und gleiches Land funktionieren soll“. Forciert werden soll das sozialdemokratische, redistributive Wohlfahrtsmodell, bei dem der Staat ebendiese gewährleistet, indem es zu einer „solidarischen Umverteilung von ökonomischen Ressourcen durch Frauen und Männer, zwischen Niedrig- und Vielverdienern und zwischen verschiedenen Perioden in unserem Leben“ kommt.

Jede/r soll nach ihrem/seinem Vermögen in das System einzahlen, jede/r nach ihrem/seinem Bedarf das Notwendige bekommen. Die Linkspartei fordert, dass das Steuergeld verwendet wird, um die Wohlfahrt weiter auszubauen, und nicht, um dieses privaten Firmen im Pflegebereich zu überlassen. Gewinnbringende Unternehmen sollen im Bereich der Wohlfahrt (also z.B. im Gesundheitswesen oder Schulbereich) gänzlich verboten werden.

Sie sprechen sich dafür aus, dass die Ressourcen des Gesundheitswesens nach „medizinischem Bedürfnis und den Unterschieden von verschiedenen Gruppen“ verteilt werden. Die Primärversorgung soll ausgebaut werden, indem verfügbare Gelder von den Ambulanzen der Krankenhäuser umverteilt werden. Die Linkspartei fordert weiters, dass Selbstbehalte gesenkt oder gänzlich abgeschafft werden. Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren sollen prinzipiell kostenlos versorgt werden.

³⁴ vgl. Vänsterpartiet (2015): Valfärd

Kritik wird nicht nur an der Zwei-Klassen-Medizin, sondern auch an den vorgenommenen Privatisierungen und Ausverkäufen geübt. Ebenfalls getadelt wird der Umstand, dass Pflegeunternehmen ohne demokratische Kontrolle „auf dem internationalen Pflegemarkt verkauft und gekauft“ werden, und dass viele von Risikokapitalunternehmen kontrolliert werden, die ihre Sitze in Steuerparadiesen haben.

Kristdemokraterna - Christdemokraten

Die Christdemokraten³⁵ (KD) heißen grundsätzlich - wie auch die liberale Volkspartei und die Zentrumspartei - „private, kooperative und ideelle Pflegegeber willkommen“, sie fordern jedoch auch eine grundlegende Sicherheit für alle, welche bei Krankheit, Pension, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfällen gelten soll.

Gleichermaßen soll jedoch die eigene Verantwortung und das eigene Engagement angespornt werden, um so der reinen Beitragsabhängigkeit entgegenzuwirken. Der Sozialbeitrag als Konstrukt soll im ganzen Land gleich sein, jedoch soll es den Kommunen frei stehen, selbst die Beitragsniveaus festzusetzen, wenn dies die lokalen Umstände verlangen.

Die Christdemokraten sprechen sich für „eine solidarisch finanzierte, gleiche Gesundheits- und Krankenpflege“ aus, deren Charakteristika „Würde, Qualität und Zugänglichkeit“ sein sollen. Ebenfalls stehen sie positiv gegenüber privaten, kooperativen und ideellen Pflegegebern, da sie davon ausgehen, dass Fürsorge und Pflege „viele verschiedene Ausführungen“ benötigen.

Sverigedemokraterna - Schwedendemokraten

Auf „dass die schwedische Gesundheits- und Krankenpflege eine hohe internationale Qualität behält“ setzen die Schwedendemokraten³⁶ (SD) in ihrem Parteiprogramm. Ihr Fokus liegt hierbei vor allem auf die Art und Weise der Pflege: dem Patienten/der Patientin

³⁵ vgl. Kristdemokraterna (2015): Socialbidrag

³⁶ vgl. Sverigedemokraterna (2015): En värdig vård för alla

soll stets die allerneuesten Kenntnisse, sowie die neueste Technik und getestete, wie auch avancierte Behandlungsmethoden angeboten werden.

Sämtlicher Bewohner/innen des Landes sollen so ein „Recht auf gleichwertige Pflege von höchster Qualität und Zugänglichkeit haben“. Weiters ist es für die Schwedendemokraten „axiomatisch, dass das Gesundheitssystem gemeinsam steuerfinanziert sein soll und allen Mitbürgern nach Bedarf gewährt wird“.

Besonderes Augenmerk legen sie hierbei auf die Zugänglichkeit der Pflege: die Behandlung von chronischen Krankheiten soll „in angemessener Zeit“ stattfinden, die Palliativpflege am Lebensende qualifiziert vonstattengehen.

Miljöpartiet de Gröna - Umweltpartei - die Grünen

Den Mensch an sich in den Mittelpunkt stellt die Umweltpartei-die Grünen³⁷ (MP), denn es soll „eine ganzheitliche Sicht des Menschen und des Menschen Umgebung“ im Fokus ihrer Gesunden- und Krankenpflege stehen. Diese soll von guter Qualität sein und „nach Bedarf solidarisch finanziert sein“. Ebenso soll diese vor allem modern und gesundheitsfördernd sein, und nicht nur nach Diagnosen suchen.

Sie fordern ein Recht aller Bewohner/innen, im gesamten Land die Primärversorgung aufsuchen zu können, wie auch die notwendigen personellen Ressourcen für die Wohlfahrt sicherzustellen. Die Beteiligung und Selbstbestimmung der/des Einzelnen sind „ein wichtiger Teil der Gesunden- und Krankenpflege“ für die Grünen.

Zusammenfassung

Bei zusammenfassender Betrachtung der jeweiligen Parteiprogramme zeigt sich auf dem ersten Blick, dass für sämtliche politischen Fraktionen die Finanzierung des Sozialstaates gemeinschaftlich über Steuerleistungen passieren soll. Für die genaueren Unterscheidungen zwischen den Parteien muss jedoch genauer in die jeweiligen Statuten geblickt werden - sie sind wenig überraschend relativ logisch kongruent zu den jeweiligen (ehemaligen) Parteibündnissen. Bei genauerer Betrachtung der Finanzierung zeigt sich,

³⁷ vgl. Miljöpartiet (2015): Hälso- och Sjukvård

dass der redistributive Charakter des Wohlfahrtsstaates den offenkundigsten Unterschied zwischen den Parteien darstellt - die Linkspartei spricht dezidiert die Umverteilung an, die Sozialdemokraten sprechen von der Gleichheit der Bevölkerung und der ökonomischen Sicherheit für alle. Wollen die Liberalen den Wohlfahrtsstaat nur „hauptsächlich“ gemeinsam finanzieren, so spricht sich die Linkspartei sogar für die Senkung/Abschaffung der Selbstbehalte aus.

Auch betreffend der Pflegeauswahl sind die Linien der jeweiligen Parteien klar: sämtliche bürgerliche Fraktionen stellen die Wahlfreiheit in den Mittelpunkt, private Pflegeunternehmen werden als positiv angesehen. Die Liberalen stellen beispielsweise die Schaffung von neuen Primärversorgungszentren als positiven Nebeneffekt der Pflegewahl dar - der Markt soll dann regeln, welche bestehen bleiben. Diametral dazu werden just jene privaten Pflegeunternehmen von der *vänsterpartiet* kritisiert, da laut der Partei viele von ausländischen Risikokapitalunternehmen in Steuerparadiesen kontrolliert werden.

Einen interessanten Vorschlag bringt die Zentrumspartei ein: sie will die Krankenversicherung mit der Arbeitslosenversicherung zusammenlegen, was einen eindeutigen Einschnitt im System bedeuten würde. Wie bereits zuvor erwähnt ist die Arbeitslosenversicherung nach dem Genter System aufgebaut - die Organisationsform über die Gewerkschaften ist korporatistisch, die bloße Freiwilligkeit liberal und die Finanzierung stark öffentlich und somit sozialdemokratisch. Eine Zusammenlegung beider Versicherungen würde folglich vermutlich vor allem auf eine (gewollte) Schwächung der Gewerkschaften hinauslaufen, da die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft Bedingung für beinahe alle Arbeitslosenversicherungen ist.

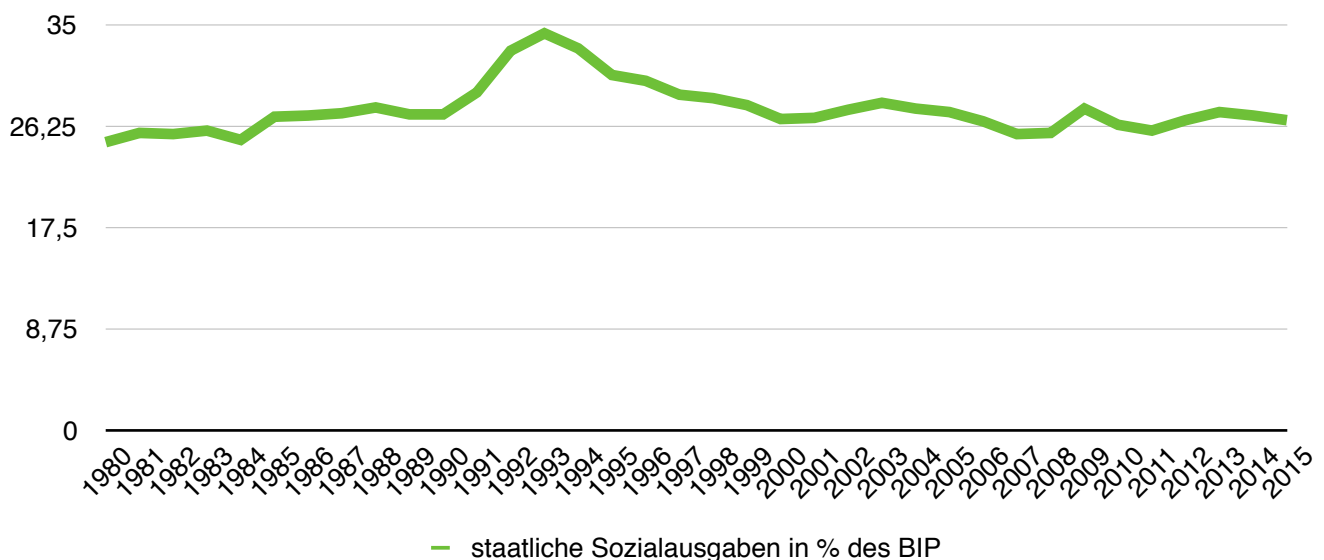
Die Grünen thematisieren hingegen die *vårdgaranti*, welche im gesamten Land unabhängig vom Wohnort für Patient/innen gelten soll, die Christdemokraten schlagen einen einheitlichen Sozialbeitrag im gesamten Land vor.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die größten Unterschiede zwischen den Parteien bzw. Parteiblöcken besonders im Hinblick auf die (De-)Kommodifizierung des Wohlfahrtsstaates augenscheinlich werden. Jene Parteien des bürgerlichen Lagers sehen private Entrepreneure als grundsätzlich positiv an - die Marktliberalität (und Bereinigung dessen) wird als wünschenswert dargestellt, während beispielsweise die

Sozialdemokraten stark De-Kommodifizierende Elemente hervor streichen und die Linkspartei die Geldflüsse an private Unternehmen kritisiert. Eine tatsächliche Abkehr vom „Schwedischen Modell“ scheint keine der Parteien aktiv zu verfolgen, lediglich die Ausformung des Sozialstaates erscheint als Diskussionsthema zwischen den Parteien auf.

Umsetzung der Reformen in den letzten Jahren

Werden die rein prozentuellen Werte verschiedener wohlfahrtsstaatlicher Faktoren gemessen am Anteil des BIP pro Jahr seit dem Jahr 1980 betrachtet, so lässt sich die Durchsetzung gewisser getroffener Reformen aufzeigen. Hierfür wurde auf online publizierte OECD Statistiken zurückgegriffen.

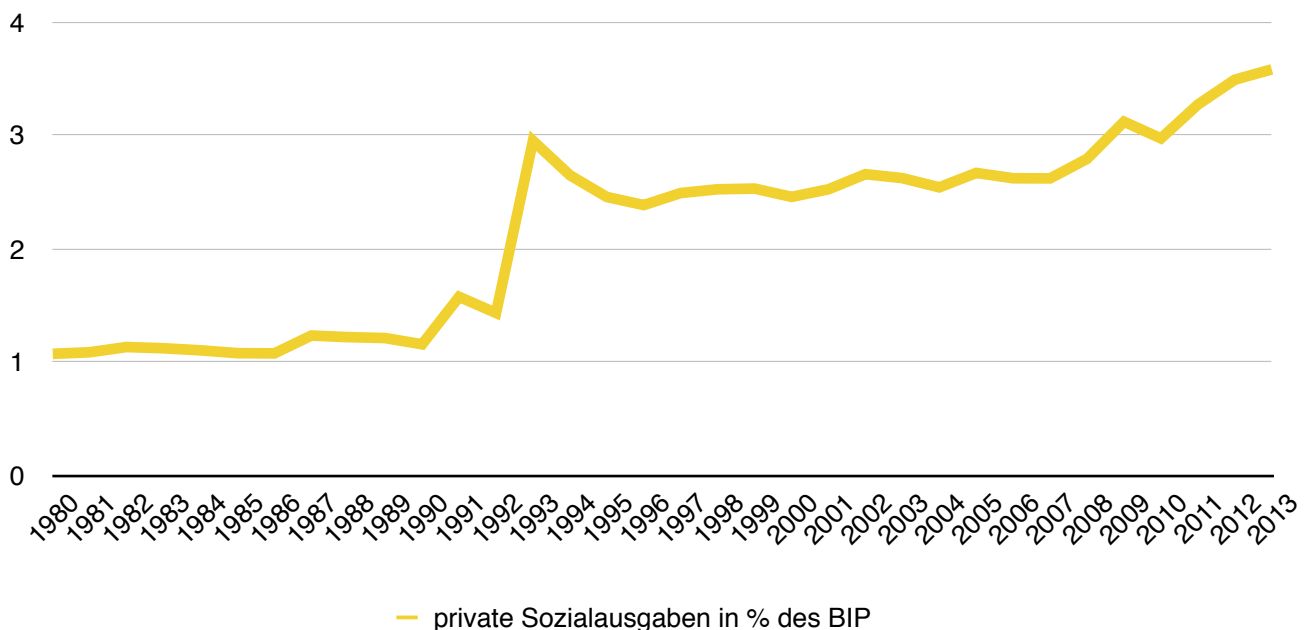


Die gesamten staatlichen Sozialausgaben (social spending) ab 1980 bewegen sich stets in einem Bereich von 25,0% im Jahr 1984 und 34,2% im Jahr 1994. Der zuletzt von der OECD für Schweden ausgewiesene Wert war im Jahr 2015 und beträgt 26,7 Prozent des BIP. Im direkten Vergleich mit anderen OECD-Ländern offenbart sich, dass im Jahr 1994 Schweden mit besagten 34,2% von allen in die Statistik mit einbezogenen Staaten prozentual gesehen die größten Ausgaben für staatliche Sozialausgaben anteilmäßig am BIP hatte³⁸. Dies deckt sich mit den bereits erwähnten überbordenden Problemen, vor denen der schwedische Sozialstaat Anfang der 1990er stand, bedingt durch

³⁸ vgl. OECD (2017a): <https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm>

wirtschaftspolitische Fehlentscheidungen im vorangehenden Jahrzehnt. Ebenfalls ist deutlich zu sehen, dass die von der konservativen Regierungen im Jahr 1991 eingeleiteten Reformen - zumindest bis 1993 - keinerlei Wirkung zeigten, sondern eher den gegenteiligen Effekt hatten: die Ausgaben stiegen zunächst von 29,1% des BIP im Jahr 1991 auf das Allzeithoch von 1993. Erst im folgenden Jahr konnte eine Trendwende geschafft werden und ein Rückgang der sozialstaatliche Ausgaben erreicht werden.

Im direkten Vergleich mit den privaten Sozialausgaben offenbart sich 1993 wiederum ein sprunghafter Anstieg derer, von 1,4% im Jahr 1992 auf 2,9% im folgenden Jahr. Ab dem Jahr 2009 wurde die 3% Grenze überschritten, die aktuellsten Zahlen aus 2013 weisen für dieses Jahr einen Wert von 3,6% am BIP aus.



Hierbei ist jedoch wichtig zu erwähnen, dass für die OECD Daten gilt: „[a]ll social benefits not provided by general government are considered private“, somit sind hierbei auch die bereits angesprochenen privat zu zahlenden Eigenbeträge in Schweden inkludiert.

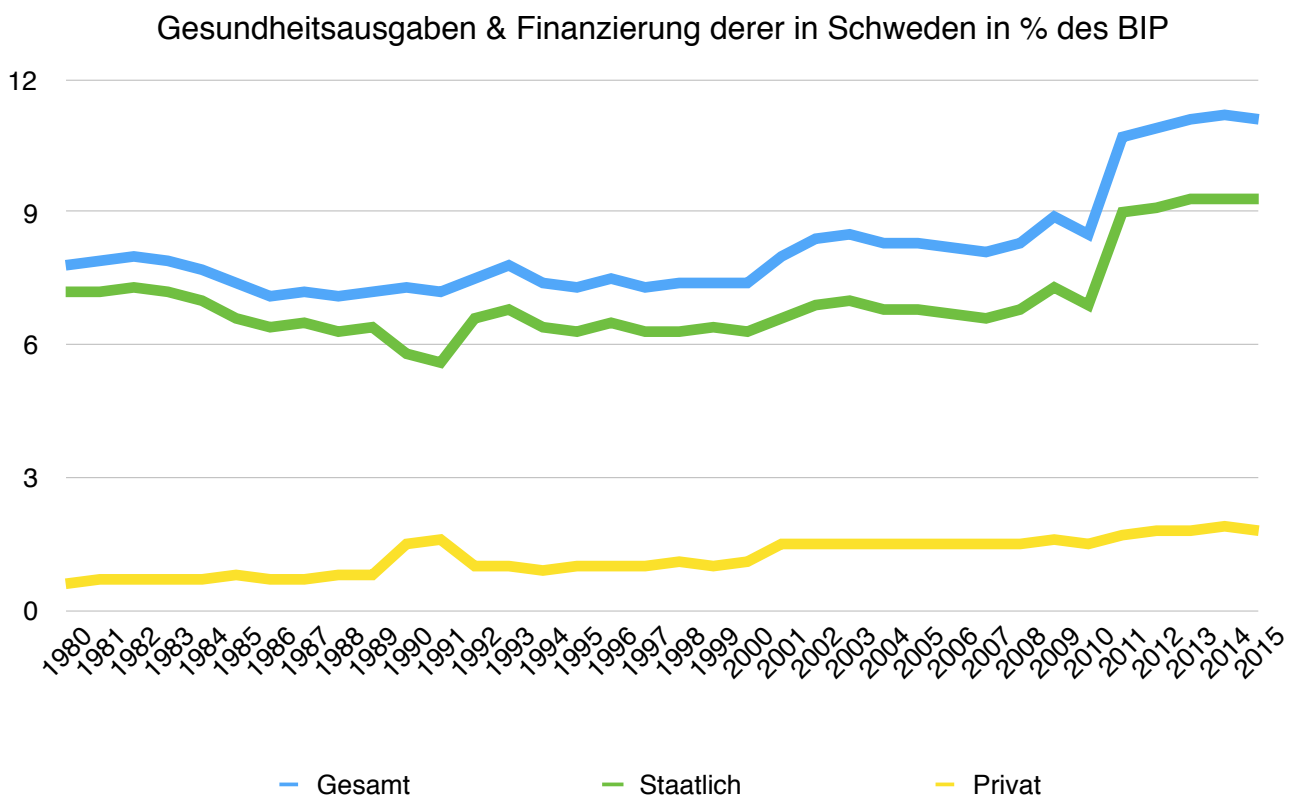
Ein ähnliches Gesamtbild zeigt sich bei der Betrachtung der einzelnen Teile der Sozialausgaben:

Die Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung betragen nach den aktuellsten verfügbaren OECD Daten (Stand 2015) insgesamt 11,1 Prozent des BIP³⁹. 9,3% dessen

³⁹ vgl. OECD Stat. (2017): <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>

entfällt auf staatliche Ausgaben, 1,8 Prozent auf private, wobei „staatliche“ sämtliche Ausgaben des Staates beinhalten wie auch die der gesetzliche Krankenversicherung, „privat“ jedoch „[...] voluntary health insurance and private funds such as households' out-of-pocket payments, NGOs and private corporations [...]“⁴⁰ umfasst.

Bei Betrachtung der Aufwendungen für Gesundheitsausgaben gemessen am BIP in Schweden in Prozent seit 1980 zeigt sich insgesamt ein ähnliches Bild wie bei den gesamten Ausgaben im Sozialbereich:



Einerseits ist klar ersichtlich, dass hauptsächlich staatliche Aufwendungen von Bedeutung sind, private zwar kontinuierlich steigen, jedoch bei weitem nicht in selbigem Umfang von Bedeutung sind. Ebenfalls interessant ist der auf 3 Jahre Anfang der 1990er Jahre befristete gegensätzliche Trend der Senkung der staatlichen und Erhöhung der privaten Ausgaben über den gleichen Zeitraum. Ein tiefer Einschnitt bei den staatlichen Ausgaben ist - zumindest auf dem Gebiet der staatlichen Gesundheitsaufwendungen - weder bei den Regierungswechseln hin zu den Konservativen im Jahr 1991, noch beim erneuten Wechsel zu „Allianz für Schweden“ 2006 erkennbar. Wichtig ist auch zu

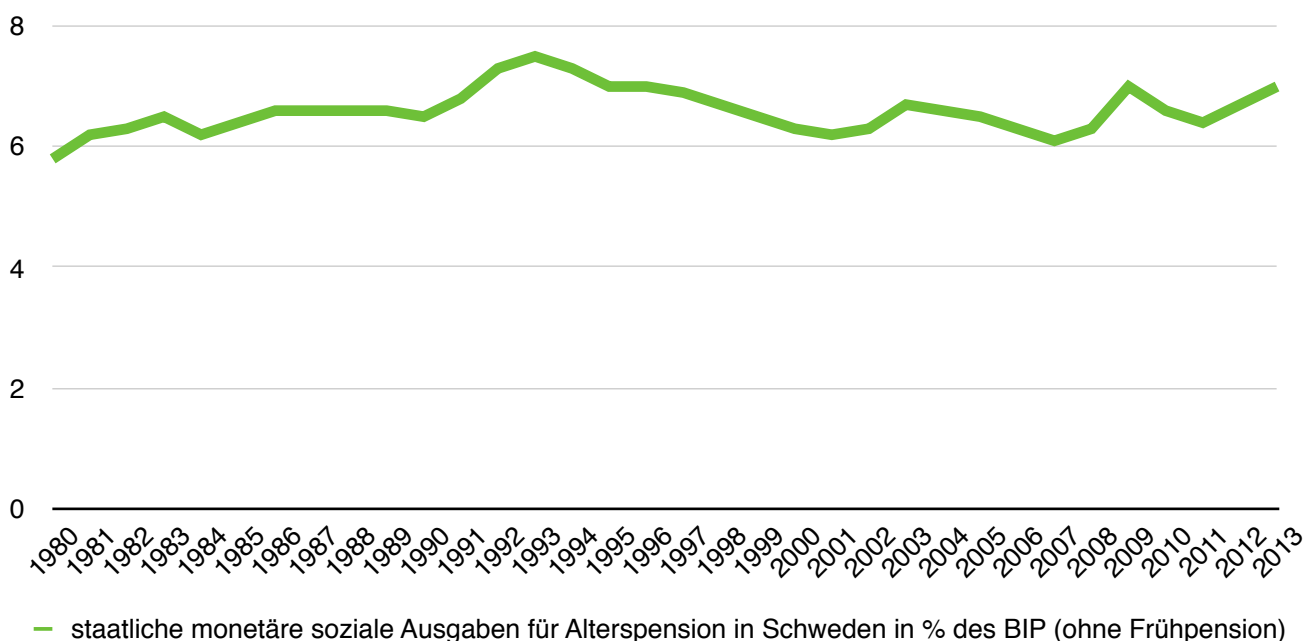
⁴⁰ vgl. OECD (2017b): <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

erwähnen, dass der augenscheinliche Sprung in den Diagrammen zwischen den Jahren 2010 und 2011 bei den gesamten und staatlichen Ausgaben auf eine neue OECD Berechnungsmethode zurückführbar ist und nicht zwingend bedeutet, dass es einen tatsächlichen Sprung in den Ausgaben gab⁴¹.

Besonders spannend im Hinblick auf die als Erfolg gelobte Pensionsreform in der Mitte der 1990er Jahre sind die staatlichen monetären soziale Ausgaben für Alterspension in Schweden (gerechnet ohne Frühpension, welche, wie bereits beschrieben, ab diesem Zeitpunkt nur mehr bei Krankheit gewährt und somit in der Krankenversicherung ausgelagert wurde).

Wie auch bei den wohlfahrtsstaatlichen Ausgaben gipfelten die staatlichen Leistungen für Pensionen im Jahr 1993, in dem 7,5% des BIP aufgewendet wurden. Im Diagramm gut zu sehen ist ein nachhaltiger Rückgang der staatlichen Aufwendungen für Pensionen ab dem Zeitpunkt der begonnenen Pensionsreform im Jahr 1994, wobei der geringste Wert für das Jahr 2007 (6,1%) ausgewiesen wird - so wenig wie seit 1980 (5,8%) nicht mehr⁴².

Weiters zeigt sich, dass auch die 1994 neu gewählte sozialdemokratische Regierung am gemeinsamen Beschluss mit den konservativen Parteien festhielt und - wie bereits zuvor erwähnt - die Pensionsreform konsequent weiter durchsetzt.



⁴¹ vgl. OECD (2016)

⁴² vgl. OECD (2017c): <https://data.oecd.org/socialexp/pension-spending.htm>

Aktuelle Debatten

Hauptthema in den aktuellen Debatten (November 2016) betreffend Wohlfahrt ist vor allem die Frage, wie die Gewinne der privaten Wohlfahrtsakteure, welche durch öffentliche Gelder generiert werden, begrenzt werden sollen oder generell können - folglich wird eine Debatte über die (De-)Kommodifizierung des schwedischen Gesundheitssystems geführt. Auf einen Stopp der von ihnen so genannte „Gewinnjagd“ in der Wohlfahrt einigten sich 2014 sowohl Sozialdemokraten, als auch Grüne und Linke. Für letztere war dies eine der gestellten Bedingungen, um mit der rot-grünen Minderheitsregierung bei den Budgetverhandlungen zusammenzuarbeiten, da der Gewinnabfluss hin zu privaten Akteuren in der Wohlfahrt - wie bereits erwähnt - für die *Vänsterpartiet* eines der Hauptthemen im Wahlkampf war. Die bürgerlichen Parteien vertreten hingegen eine gemeinsame Linie, indem sie die von ihnen bevorzugte Wahlfreiheit in der Wohlfahrt durch eine Deckelung der Gewinne bedroht sehen. Sie bevorzugen schärfere Qualitätsanforderungen und begrüßen Sanktionen gegen jene Ausführenden, deren Tätigkeiten schwere Mängel aufweisen. Der Staat solle weiters die Möglichkeit einer Zwangsverwaltung erhalten und sowohl die staatlichen als auch die privaten Besitzerinnen/Besitzern und Leiterinnen/Leitern von Wohlfahrtseinrichtungen einer Genehmigungsprüfung unterziehen⁴³.

Die Regierung plant jedoch eine generelle Obergrenze für Gewinnausschüttungen auf dem Gebiet der Wohlfahrt (Gesundheitssystem, Schule und Pflege) einzuführen. Eine zwischen 27. und 30. Oktober 2016 von sifo durchgeführte Umfrage für *SVT Nyheter* beschäftigte sich mit eben diesem Thema. Demnach spricht sich eine Mehrheit von 53% aller befragten Personen für eine Begrenzung des Gewinnabflusses aus, 27% wollen diesen ganz verbieten und nur 10% sprechen sich für keinerlei Begrenzung aus.

Bei Betrachtung der ebenfalls abgefragten Parteienpräferenz ergibt sich ein differenziertes Bild, vor allem die bürgerlichen Parteien betreffend. Denn auch ihre Wählerinnen und Wähler sprechen sich hauptsächlich für eine Begrenzung der Gewinnausschüttung aus (jeweils zwischen 62 und 70 Prozent). Bei den bürgerlichen Parteien am kritischsten sehen diese Gewinnabflüsse die Wähler/innen der Liberalen - sie sprechen sich zu 17% für ein gänzlich Verbot aus und lediglich 9% wollen keinerlei Beschränkungen.

⁴³ vgl. Dagens Nyheter (2016): <http://www.dn.se/ekonomi/forslaget-om-vinstreglering-far-hard-kritik/>

Erwartungsgemäß am negativsten sehen die potentiellen Wähler/innen der Linkspartei diese Gewinnausschüttungen: eine Mehrheit von 67% wollen diese verbieten, lediglich 27% können sich eine Begrenzung dieser vorstellen (vgl. sifo 2016).

Conclusio

Um nun die Gesamtheit der Arbeit zusammenzufassen und argumentativ zu klären, ob und inwiefern der schwedische Sozialstaat erodiert oder auch nicht, sollen zunächst die zwei Hauptbeispiele herausgegriffen werden, auf denen diese Arbeit aufbaut.

Einerseits wurde der große Block des schwedischen Gesundheitssystems thematisiert, und auf dessen Beschaffenheit in den letzten Jahren eingegangen, andererseits wurde der Systemwechsel des Pensionssystems in den 1990er Jahren aufgegriffen. Gibt es nun Gemeinsamkeiten dieser beiden Punkte? Worin liegen sie, und worin unterscheiden sie sich?

Wie bereits zuvor erwähnt werten manche Autoren (Turowski 2010: 245; Marterbauer 1998: 5) die Pensionsreform von 1994 als einen das System ändernden Wechsel. Die Grundlage hierfür waren die überbordenden Kosten des gesamten Sozialsystems am Beginn der 1990er Jahre, welche wiederum auf fehlerhafte ökonomische Wirtschaftspolitiken in den 1980er Jahren zurückführbar waren, wie auch der zu erwartende Eintritt geburtenstarker Jahrgänge in die Pension. Obwohl es auch Einschnitte im Bereich der Gesundheitspolitik gab, so wurde dennoch die Pensionsreform oftmals als positives Beispiel für tatsächliche tiefgreifende Reformen hervorgehoben. Der Hauptgrund für den Erfolg liegt wohl an der in Schweden häufig gelebten Konsensdemokratie, in der „[g]esellschaftlicher und politischer Konsens sowie Pragmatismus im parteipolitischen Wettbewerb [...] ebenso charakteristisch für die nordischen Demokratien [seien], wie die Einbeziehung breiter gesellschaftlicher Interessen in den politischen Entscheidungsprozess“ (Jochem 2012: 49). Besagte Pensionsreform ist ein hervorragendes Beispiel für einen solch gefundenen Konsens, da sie nicht nur blockübergreifend von mehreren Parteien beschlossen wurde, sondern auch zunächst von der konservativen Regierung begonnen, und der sozialdemokratischen Nachfolgeregierung (ab 1994) konsequent durchgesetzt wurde. In den OECD Statistiken ist ab 1993 ein klarer rückläufiger Trend in den staatlichen monetären Ausgaben für Pensionen erkennbar, wenngleich diese in den letzten Jahren wieder merklich anstiegen⁴⁴.

⁴⁴ siehe Grafik auf Seite 42

Durch den bewussten Austausch der beiden Säulen des Pensionssystems, wobei die ehemals allen Schwedinnen und Schweden ab 65 zustehende *folkpensionen* durch die einkommensabhängige Zusatzpension und die Premiumpension ersetzt wurde, ergibt sich ein bewusst von mehreren Akteuren herbeigeführter Bruch im Pensionssystem, welcher auch in den letzten Jahren von keiner der beiden großen Parteien (Sozialdemokraten und Moderate) in Frage gestellt wurde.

Andreas Bergh argumentiert beispielsweise „The one-size fits all, and homogenous, Swedish welfare model is arguably dead. But in many respects, the model lives on. The most important welfare services during the life cycle are still publicly funded to an extent that separates Sweden from most other countries“ (Bergh 2010: 117), und führt als Beispiel das schwedische Pensionssystem an. Er sieht den Systemwechsel sowohl als ein Rückfahren des Wohlfahrtsstaates in Schweden, als auch als einen „Triumph“ für demokratischen Wohlfahrtskapitalismus. Gleichmaßen gesteht Bergh ein, dass das alte Pensionssystem schlichtweg nicht finanzierbar gewesen wäre und streicht die Transparenz des neuen Systems hervor, indem individuell zwischen Pensionsantrittsalter und Pensionshöhe abgewogen werden kann (vgl. Bergh 2010: ebd.).

Sowohl durch die Fondsbasierung der Premiumpension, als auch durch das flexible Pensionsantrittsalter ergeben sich im Endeffekt verschiedene Leistungen für verschiedene Personen - das Pensionssystem wurde durch die Reform in den 1990er Jahren flexibilisiert. Durch die unterschiedliche Partizipation der PensionistInnen betreffend der Fondswahl in der Premiumpension, welche von staatlicher Seite verpflichtend ist, ergibt sich ein wettbewerbsfähiger Vorteil für jene Gruppe von PensionistInnen, welche beispielsweise nicht die staatliche Generationenverwaltungsalternative (*AP7 Såfa*) als Fonds wählten, sondern Fachwissen betreffend Finanzmärkten aufweisen und ihren eigenen Fondsmix zusammenstellen. Das neue Pensionssystem ist somit kein universelles (sozialdemokratisches) mehr, sondern zeichnet sich - zumindest die 2,5 Prozentige Premiumpension und das Pensionsantrittsalter betreffend - vor allem durch Flexibilität aus. Lediglich für jene Gruppe an Personen, welche keine oder nur eine geringe Zusatzpension hätten und somit die Garantiepension bekämen, lässt sich eine gewisse Universalität argumentieren.

Erwähnenswert erscheint im Zusammenhang mit der Änderung des Pensionssystems auch jener Umstand, dass die Grundidee der Nichtfinanzierbarkeit des alten Systems im Vordergrund stand, um so über die Parteigrenzen hinweg ein neues einzuführen. Jedoch gab es, wie zuvor erwähnt, eine Vielzahl an Eingriffen von politischer Seite in das neue Pensionssystem, entweder auf administrativer oder legislativer Ebene. Hinzu kommen die mehrmaligen Steuersenkungen auf Pensionsleistungen, um in Zeiten abnehmender Konjunktur während der Wirtschaftskrise mehr oder weniger aktiv in die Pensionen einzugreifen, obwohl diese einem Stabilisierungsmechanismus unterliegen würden.

Folglich lässt sich zusammenfassend argumentieren, dass von breiter politischer Seite zwar bewusst ein Bruch im Pensionssystem herbeigeführt wurde, diese neue Pensionsform jedoch keineswegs frei von weiteren politischen Interventionen war. Der herbeigeführte Pfadwechsel hatte somit zumindest so lange positive Vorteile, bis ob der Wirtschaftskrise erneut von staatlicher Seite her eingegriffen werden musste. Zwischen 2003 und 2013 geschah dies zwölf Mal, wenngleich auch oftmals nur indirekt, über Steuererlässe.

Die Betrachtung des schwedischen Gesundheitssystems muss differenzierter geschehen: durch die historische Entwicklung des Landes und die hegemoniale Stellung der Sozialdemokraten über Jahrzehnte hinweg gilt Schweden als Archetypus für das sozialdemokratische Wohlfahrtsmodell nach Gøsta Esping-Andersen. Zwar wurde das Gesundheitssystem keinem generellen Wechsel durchzogen, jedoch wurden gewisse Einschnitte getätigt, welche bis heute nie rückgängig gemacht worden sind. Auch hierbei lag der Fokus klar auf der Flexibilisierung des Systems, wenngleich in weitaus weniger gravierenderem Ausmaß als bei den Pensionen.

Nicht nur wurde von der konservativen Regierung Anfang der 1990er Jahren die Option für die Kommunen geschaffen, öffentliche Dienstleistungen fortan von privaten Wohlfahrtsentrepreneuren betreiben zu lassen, auch wurde in dieser Zeit die noch heute gültige „Warteperiode“ betreffend des Kranken- und Arbeitslosengeldes eingeführt. An den Grundprinzipien der Wohlfahrt wurde jedoch in keinem Fall gerüttelt - vielmehr wurden bereits begonnene Einschnitte von der sozialdemokratischen Folgerregierung

fortgeführt und teilweise (zeitlich begrenzt) ausgebaut. Als Beispiel hierfür dient die Senkung der Einkommensersatzraten im Krankheitsfall von 90 auf 80 Prozent unter der bürgerlichen Regierung, und einer weiteren Senkung auf 75% unter den Sozialdemokraten für das Jahr 1996.

Diametral zu etwaigen Einschnitten steht beispielsweise die Einführung der Betreuungsgarantie (*vårdgaranti*) im Jahr 1992, und deren Ausbau in manchen Provinzen in den Jahren 1993 und 1994. Somit gab es während ökonomisch schweren Zeiten nicht nur Sparmaßnahmen, sondern teilweise auch einen Ausbau der Wohlfahrt.

Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass - besonders auf Bestreben der Konservativen, Liberalen und des Zentrums - der Fokus eindeutig auf der Flexibilisierung des Gesundheitswesens lag und liegt. Damit einher geht die zunehmende Zurückdrängung der De-Kommodifizierung der Wohlfahrt - oder anders ausgedrückt: es findet zusehends ein Zur-Ware-Machen bestimmter Teile der Wohlfahrt statt. Dieser Umstand steht als Kontrapunkt zum von Esping-Andersen differenzierten sozialdemokratischen Wohlfahrtsregime, in dem von einem stark de-kommodifizierenden System an Sozialleistungen mit universalen Programmen die Rede ist. Wenngleich hier wichtig zu erwähnen ist, dass besagter Universalismus betreffend der Finanzierung der wohlfahrtsstaatlichen Leistungen weiterhin sozialdemokratisch in dem Sinne ist, als dass sie über gemeinschaftliche Steuerleistungen geschieht.

Just diese (De-)Kommodifizierung sehen die politischen Parteien in Schweden zweiseitig - wenngleich die Positionen das Thema betreffend gut sichtbar an den Blockgrenzen feststellbar sind: in den politischen Programmen der Liberalen, Konservativen und der Zentrums Partei wird verstärkt um Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten geworben, die Sozialdemokraten sprechen sich für das Nicht-zur-Ware-Machen der Wohlfahrt aus, und die Linkspartei will den Abfluss des öffentlichen Geldes ins Ausland verhindern.

Insgesamt betrachtet ergibt sich somit kein tatsächlicher Systemwechsel auf dem Gebiet der Wohlfahrt in Schweden - die öffentliche Finanzierung des Sozialstaates steht für keine der Parteien zur Debatte - jedoch geschahen in Zeiten der bürgerlichen Regierung

Flexibilisierungstendenzen, welche bis dato auch von der nunmehrigen sozialdemokratischen Regierung nicht rückgängig gemacht wurden.

Weiters muss abermals erwähnt werden, dass das Gesundheitswesen in Schweden stark von politischen Entscheidungen innerhalb der Provinzen abhängig ist und die für die Leitung des Gesundheitswesens bestimmten Politiker/innen von den politischen Mehrheiten in den Provinziallandtagen abhängig sind. Just jene entscheiden folglich auch, ob sie mit privaten oder staatlichen Gesundheitsdiensten Verträge schließen - für die „Konsument/innen“ der Wohlfahrtsleistungen ändert dies jedoch nichts.

Eine tiefgreifende, gesamtstaatlich systemändernde Reform der Wohlfahrt ginge wohl auch nur, wenn diese konsensdemokratisch legitimiert über die Parteigrenzen hinweg beschlossen werden würde - wie dies bei den Pensionen der Fall war. Geringe Änderungen, wie die Ausweitung der Wahlfreiheit unter der bürgerlichen Regierung, sind jedoch möglich und wurden auch von der neu gewählten sozialdemokratisch geführten Regierung nicht zurückgenommen.

Abschließend zeigt sich, dass es in beiden Fällen vor allem zu einer Flexibilisierung gekommen ist - einerseits betreffend der Anlageform der Prämienpension, andererseits bei der teilweisen Öffnung des Gesundheitsmarktes für private Pflegeunternehmen. Bestimmte Einschnitte in das Wohlfahrtssystem bzw. die Pensionsreform wurden dabei von den in Schweden starken Sozialdemokraten mitgetragen, einer zunehmenden Kommodifizierung von Gesundheitsdiensten stehen sie jedoch kritisch gegenüber.

Quellenverzeichnis

Parteiprogramme

Centerpartiet (2015): Velfärd.

<http://www.centerpartiet.se/Centerpolitik/Politikomraden/Sociala-fragor-var-d-och-omsorg/Politik-A---O/Valfard/>

Folkpartiet - Liberalerna⁴⁵ (2015): Sjukvård.

<http://www.folkpartiet.se/var-politik/var-politik-a-o/sjukvard/>

Kristdemokraterna (2015): Socialbidrag.

<http://www.kristdemokraterna.se/VarPolitik/Korta-Svar-AO/Socialbidrag/>

Miljöpartiet (2015): Hälso- och Sjukvård.

<http://www.mp.se/politik/halso-och-sjukvard>

Moderata samlingspartiet (2015): Vård på patientens villkor.

<http://www.moderat.se/halso-och-sjukvard/var-d-pa-patientens-villkor>

Socialdemokraterna (2015a): Den svenska modellen.

<http://www.socialdemokraterna.se/Var-politik/Var-politik-A-till-O/Den-svenska-modellen/>

Socialdemokraterna (2015b): Velfärden.

<http://www.socialdemokraterna.se/Var-politik/Var-politik-A-till-O/Valfarden/>

Sverigedemokraterna (2015): En värdig vård för alla.

<https://sverigedemokraterna.se/vara-asikter/vara-viktigaste-fragor/en-var-dig-var-d-for-alla/>

Vänsterpartiet (2015): Velfärd.

<http://www.vansterpartiet.se/politik/valfard/>

⁴⁵ die Partei Folkpartiet - Liberalerna (FP) benannte sich 2015 in Liberalerna (L) um.

Online-Verweise

1177.se (2016a): Vårdgarantier.

<http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vardgarantier/>

1177.se (2016b): Patient fees.

<http://www.1177.se/Other-languages/Engelska/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter/>

1177.se (2016c): High-cost protection for non-institutional health care.

<http://www.1177.se/Other-languages/Engelska/Regler-och-rattigheter/Hogkostnadsskydd-for-oppenvard/>

1177.se (2016d): Vad kostar läkemedel på recept.

<http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vad-kostar-lakemedel-pa-recept/>

1177.se (2016e): Tandvård i Sverige - vad gäller.

<http://www.1177.se/Other-languages/Engelska/Tander/Tandvard-i-Sverige---vad-galler>

Akademikernas a-kassa (2016): Conditions for benefit.

<https://www.aea.se/in-english/apply-for-benefit/conditions-for-benefit>

Akademikernas a-kassa (2017): About the benefit.

<https://www.aea.se/in-english/apply-for-benefit/about-the-benefit>

Alfakassan (2016): Joining Us. http://english.alfakassan.se/Joining_Us

Arbetslöshetskassa [o.J.]: A-kassa. <http://arbetsloshetskassa.nu/a-kassan>

Dagens Nyheter (2016): Förslaget om vinstreglering får hård kritik.

<http://www.dn.se/ekonomi/forslaget-om-vinstreglering-far-hard-kritik/>

Europäische Kommission [o.J.]: (MISSOC.) Schweden - Wenn Sie krank werden: Ihre Gesundheitsversorgung in Schweden. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1130&langId=de&intPagelId=3111> bzw. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1130&langId=de&intPagelId=4809>

Försäkringskassan [o.J. a]: Sjuklön och sjukpenning.

https://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning/sjuklon_och_sjukpenning

Försäkringskassan [o.J. b]: Sjukpenning för anställda.

<https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/anstalld/sjukpenning>

Försäkringskassan [o.J. c]: Tandvårdsstöd.

https://www.forsakringskassan.se/privatpers/tandvard_privat/tandvardsstod

OECD (2016): Sweden - Health Expenditure and Financing Data presented in OECD Health Statistics. <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=237e8253-7027-4be4-bebf-bc9bdde145ab>

OECD (2017a): Social spending. <https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm>

OECD (2017b): Health spending. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

OECD (2017c): Pension spending. <https://data.oecd.org/socialexp/pension-spending.htm>

OECD Stat. (2017): Health expenditure and financing.
<http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>

Pensionsmyndigheten [o.J.]: Sök och jämför premiepensionens fonder.
<https://secure.pensionsmyndigheten.se/SokFonder.html>

Pensionsmyndigheten (2017a): Premiepension - en del av den allmänna pensionen.
<https://www.pensionsmyndigheten.se/forsta-din-pension/sa-fungerar-pensionen/premiepension-en-del-av-den-allmanna-pensionen>

Pensionsmyndigheten (2017b): Pensionens alla delar. <https://www.pensionsmyndigheten.se/forsta-din-pension/sa-fungerar-pensionen/pensionens-alla-delar>

Socialstyrelsen [o.J.]: Public and private healthcare in Sweden. <http://www.socialstyrelsen.se/healthcare-visitors-sweden/about-swedish-healthcare-system/public-private-healthcare-sweden>

Bibliographie

Andersson Bäck, Monica (2007): Sweden. In: Ivansits, Helmut; Filipič, Ursula (Hg.): Privatisierung von Gesundheit - Blick über die Grenzen. Dokumentation der gleichnamigen Tagung vom 5. November 2007, AK Bildungszentrum Wien, 62 - 74.

Bergh, Andreas (2010): Towards a New Swedish Model? In: Bengtsson, Tommy (Hg.): Population Ageing – A Threat to the Welfare State? The Case of Sweden. Springer-Verlag, Berlin & Heidelberg, 109 - 119.

Beyer, Jürgen (2005): Pfadabhängigkeit ist nicht gleich Pfadabhängigkeit! Wider den impliziten Konservatismus eines gängigen Konzepts. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 34, Heft 1, Februar 2005, 5 - 21.

Calltorp, Johan (2006): Projektet Vårdgaranti 05 - mot en „kö-fri“ sjukvård. In: Socialmedicinisk tidskrift (2006), 5-6 2006, 443 - 448.

Carlsson, Jörg (2012): Nationale und regionale Priorisierung im schwedischen Gesundheitswesen: Erfahrungen aus der Kardiologie. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), Nr. 106, 435 - 442.

Clasen, Jochen; **Viebrock**, Elke (2006): Das Genter System der Arbeitslosenversicherung – immer noch gewerkschaftliches Rekrutierungsinstrument oder sozialpolitisches Auslaufmodell? In: ZSR - Zeitschrift für Sozialreform 52, Heft 3, 351 - 371.

Einhorn, Eric S.; **Logue**, John (2003): Modern Welfare States. Scandinavian Politics and Policy in the Global Age. Second Edition. Praeger, Westport, Connecticut, London.

Erikson, Robert (1989): Descriptions of Inequality. The Swedish Approach to Welfare Research. Wider Working Papers, World Institute for Development Economics Research of the United Nations University & Swedish Institute for Social Research, University of Stockholm.

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

Esping-Andersen, Gøsta (2002): Towards the Good Society, Once Again? In: ders., with Gallie, Duncan; Hemerijck, Anton; Myles, John (2002): Why we need a New Welfare State. Oxford University Press, Oxford, 1 - 25.

Förster, Christian; **Schmid**, Josef; **Trick**, Nicolas (2014): Die nordischen Länder. Politik in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden. Springer VS, Wiesbaden.

Hanning, Marianne (1994): Maximum waiting-time guarantee - an attempt to reduce waiting lists in Sweden. In: Health Policy 36 (1996), 17 - 35.

Jochem, Sven (2012): Die politischen Systeme Skandinaviens. Springer VS, Wiesbaden.

Kangas, Olli; Palme, Joakim (2005): Coming Late - Catching Up: The Formation of a 'Nordic Model'. In: Kangas, Olli; Palme, Joakim (2005): Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries. Palgrave MacMillan, Hampshire & New York, 17 - 59.

lagen.nu [o.J.]: Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). <https://lagen.nu/1982:763>

Marterbauer, Markus (1998): Der schwedische Wohlfahrtsstaat in der Wirtschaftskrise. In: Forum Politische Bildung (Hg.), Sozialpolitik im internationalen Vergleich, Innsbruck 1998, 70 - 75.

Mayntz, Renate (2002): Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen. In: dies. (Hrsg.), Akteure – Mechanismen – Modelle. Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen. Campus, Frankfurt am Main; New York, 7 - 43.

OECD (2013): OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013. OECD publishing.

Palme, Joakim; Fritzell, Johan; Bergmark, Åke (2009): Das Ende der Gleichheit? Der schwedische Wohlfahrtsstaat nach der Krise. In: WSI Mitteilungen 1/2009, 46 - 51.

Peterson, Christer (2011): Sweden: From Large Corporations towards a Knowledge-Intensive Economy. In: Kristensen, Peer Hull; Lilja, Kari (2011): Nordic Capitalisms and Globalization. New Forms of Economic Organization and Welfare Institutions. Oxford University Press, Oxford & New York, 183 - 219.

sifo (2016): vinst i välfärden - gjord på uppdrag av SVT Nyheter. <https://www.tns-sifo.se/rapporter-undersokningar/vinst-i-valfarden>

SKL (2016): Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/statistik-om-halso-och-sjukvard-samt-regional-utveckling-2015.html>

Turowski, Jan (2010): Sozialdemokratische Reformdiskurse. VS Verlag, Wiesbaden.

Weaver, Kent; Willén, Alexander (2014): The Swedish pension system after twenty years: Mid-course corrections and lessons. OECD Journal on Budgeting, Vol. 13/3. <http://dx.doi.org/10.1787/budget-13-5jxx3sx58x9t>

Werle, Raymund (2007): Pfadabhängigkeit. In: Benz, Arthur; et. al. (2007): Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 119 - 131.

Abstract Deutsch

Diese Masterarbeit soll Einblick in die verschiedenen Ausformungen des schwedischen Sozialstaates geben. Bedingt durch die jahrzehntelange Hegemonie der Sozialdemokraten formte sich in diesem skandinavischen Land das von Gøsta Esping-Andersen differenzierte „sozialdemokratische Wohlfahrtsregime“ aus – in dem der Staat als wichtigster Wohlfahrtsakteur angesehen wird.

Als theoretisches Fundament für diese Arbeit dient, neben den drei von Esping-Andersen ausdifferenzierten wohlfahrtsstaatlichen Regimen, die Pfadabhängigkeit. Anhand dieser Masterarbeit soll aufgezeigt werden, ob und inwiefern es Einschnitte in den Wohlfahrtsstaat in Schweden gab – und wenn ja, wie diese getätigt wurden. Aufgezeigt werden soll, ob dieser Pfad der Wohlfahrt durch diverse Regierungswechsel in den letzten 30 Jahren geändert wurde.

Weiters soll diese Arbeit einen kurzen, wenngleich umfassenden historischen Abriss der Entwicklung des schwedischen Wohlfahrtsstaates geben, ebenso wie die verschiedenen wohlfahrtsstaatlichen Positionen der im schwedischen *riksdag* (dem Parlament) vertretenen Parteien aufzeigen.

Gab es in Schweden seit den 1990er Jahren einen tatsächlichen Systemwechsel auf dem Gebiet der Pensionen, so ist ein ebensolcher im Gesundheitssystem nicht erkennbar, wenngleich die für das sozialdemokratische Wohlfahrtsmodell stark ausgeprägte De-Kommodifizierung zusehends aufgeweicht wird.

Abstract English

This master thesis is intended to give insight into the various forms of the Swedish social welfare system. As a result of the decades-long hegemony of the Social Democrats, the "social-democratic welfare regime", which was differentiated by Gøsta Esping-Andersen, was formed in this Scandinavian country, in which the state is viewed as the most important actor regarding welfare.

The path dependency serves as a theoretical foundation for this master thesis, in addition to the three welfare state regimes differentiated by Esping-Andersen. This work will show whether and to what extent there were cuts in the welfare state in Sweden - and if so, how they were made. As well it is to be shown, whether this path of welfare has been changed due to various government changes in the last 30 years.

Furthermore, this thesis is intended to present a brief but comprehensive historical outline of the development of the Swedish welfare state, as well as the different positions of the parties represented in the Swedish *riksdag* (the parliament) regarding the welfare state.

While there has been a real system change concerning pensions in Sweden since the 1990s, the health care system remains mainly untouched, although the de-commodification, which is a strong indicator for the social-democratic welfare model, has been softened.