

Alter(n) auf dem Markt der Möglichkeiten: die Disorganisierung der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen sozialer Ungleichheiten

Bode, Ingo

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bode, I. (2005). *Alter(n) auf dem Markt der Möglichkeiten: die Disorganisierung der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen sozialer Ungleichheiten*. (DZA Diskussionspapiere, 44). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-367716>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Nr. 44

November 2005

Alter(n) auf dem Markt der Möglichkeiten

**Die Disorganisierung der Seniorenversorgung
und ihre Folgen für die Strukturen sozialer
Ungleichheiten**

Ingo Bode

Ingo Bode
DFG-Forschungsstipendiat und
Privatdozent am Institut für Soziologie
Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg
derzeit: Visiting lecturer an der „School of Social Policy, Social
Research“,
University of Kent, Canterbury
bode@uni-duisburg.de

Inhalt

1	Die kollektive Organisation des Alters in der Hochzeit der Industriemoderne.....	4
2	Der Trend zur Disorganisation	7
2.1	Rente.....	8
2.2	Pflege.....	12
3	...und seine Folgen.....	16
4	Fazit.....	23
	Literatur.....	25

Es besteht derzeit wenig Zweifel dahingehend, dass die zukünftigen Lebensbedingungen von Senioren¹ sich von den heute bestehenden Verhältnissen deutlich unterscheiden werden. Das gilt auch und besonders für die Art und Weise, wie die Versorgung des Alters mit Einkommen und altersspezifischen Unterstützungsleistungen – kurz: Rente und Pflege – gesellschaftlich organisiert wird. Der vorliegende Beitrag² soll zeigen, dass, nachdem die gesellschaftliche Organisation des Alters zur Hochzeit der Industriemoderne durch eine spezifische kollektive Ordnung geprägt worden war, sich diese Ordnung im gegenwärtigen institutionellen Wandel und in Verbindung mit seinerseits dynamischen sozialstrukturellen Bedingungen zusehends auflöst und einer *Disorganisation* der Seniorenversorgung Platz macht, was erhebliche Folgen für die sozialstrukturelle Prägung des Alters hat. Es wird argumentiert, dass der durch spezifische – und partielle – Vermarktlichungsprozesse ausgelöste Umbau der Seniorenversorgung zu einem bedeutsamen Momentum im gegenwärtigen „Strukturwandel des Alters“ (Schimany 2003:378f, im Rekurs auf Tews) wird und sich dabei neue Formen der Ungleichheit bzw. der *Produktion* sozialer Ungleichheit herauskristallisieren.

1 Die kollektive Organisation des Alters in der Hochzeit der Industriemoderne

Ein wesentliches Kennzeichen gesellschaftlicher Modernisierung bestand lange Zeit darin, dass die Lebensumstände von Senioren in hohem Maße gesellschaftsübergreifend geregelt wurden. War die Versorgung von alten, nicht-erwerbstätigen Menschen (vermögende Schichten ausgenommen) über Jahrhunderte hinweg die Aufgabe von Familien oder Armenhäusern gewesen, so setzte mit der Industrialisierung eine Tendenz zur Sozialisierung des „Altersrisikos“ bzw. – um eine Formulierung von Prahl/Schroeter (1996) aufzugreifen – zur „Verstaatlichung des Alters“ ein. Das „Rentenalter“ wurde zu einem festen Bestandteil dessen, was Kohli (1985) als „institutionalisierten Lebenslauf“ bezeichnet hat. Die Institutionalisierung betraf zunächst nur die finanzielle Alimentierung des Alters, während das Pflegerisiko sehr viel zögerlicher in ihren Sog geriet. Dennoch lässt sich zeigen, dass der Institutionalisierungstrend sich in der Hochzeit der Industriemoderne auch im Bereich der Pflege bemerkbar machte, sodass der Kern der Seniorenversorgung zunehmend nach einem einheitlichen Grundmuster organisiert wurde:

¹ Hier wie im Folgenden stehen die männlichen Begriffe in der Regel für beide Geschlechter.

² Die Ausführungen basieren auf einem Vortragsmanuskript für die gemeinsame Tagung der Sektionen „Alter(n) und Gesellschaft“ und „Soziale Ungleichheit“ der DGS, 7/8.5.2004 in Kassel sowie – in einer modifizierten und erweiterten Version – für eine Veranstaltung im Rahmen der Kolloquiumsreihe des „Deutschen Zentrums für Altersfragen“ Berlin am 16.12.2004. Im Weiteren beruhen sie auf Arbeiten an einem durch die DFG geförderten, international vergleichenden Forschungsvorhaben zur Funktionsweise von Organisationsfeldern der Seniorenversorgung unter Bedingungen von „Wohlfahrtsmärkten“.

- Im Bereich der Einkommenssicherung bildete sich mit der Gesetzlichen Rentenversicherung das größte öffentlich regulierte Umverteilungssystem, das die westliche Gesellschaft je gekannt hat.³ Das zweigliedrige System aus Arbeiter- und Angestelltenkassen garantierte ab Ende der 1950er Jahre nicht nur feste Einkommensersatzleistungen für alle Arbeitnehmer, sondern auch deren Ausrichtung an der Entwicklung des gesamtwirtschaftlichen Wohlstands bzw. dem Prinzip der Teilhabegerechtigkeit. Es erweiterte seinen Geltungsbe- reich dabei insofern, als zunehmend auch Nicht-Erwerbsphasen Leistungsansprüche be- gründeten. Das Absicherungsniveau erreichte bis zu 70 % des durchschnittlichen Arbeits- entgeltes eines Normalbeschäftigten. Mit der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst so- wie der steuerlichen Förderung von Betriebsrenten entstand eine zweite Versorgungsetage, deren Reichweite zwar vergleichsweise eingeschränkt war, im Trend allerdings lange Zeit expandierte. Dabei dominierte die sog. Direktzusage (auch unmittelbare Versorgungszusa- ge genannt), durch die sich die Arbeitgeber (meist Großunternehmen) gegenüber ihren Be- schäftigten auf freiwillige, fest tarifierte Rentenzahlungen verpflichteten (und diese über Pensionsrückstellungen absicherten). Auch insofern kann in der fraglichen Epoche von ei- ner kollektiven Organisation der Altersvorsorge gesprochen werden.⁴
- Im Pflegesystem entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein *stationärer Heimsektor*, der durch umfassende öffentliche Investitionshilfen sowie – für das Gros der Versorgungsleistungen – durch einrichtungsspezifische Pflegesätze öffentlicher Kostenträ- ger finanziert wurde (Schölkopf 2000). Die überwiegende Zahl der Anbieter waren Wohl- fahrtsverbände, denen von diesen Kostenträgern die Übernahme nachgewiesener Aufwen- dungen garantiert wurde. Die Festlegung der Versorgungskapazitäten erfolgte (meist auf Landesebene) in Altenhilfeplänen, wobei die freien Träger an entsprechenden Planungen beteiligt wurden. Im Bereich der (außerfamilialen) *ambulanten Altenhilfe* traten im gleichen Zeitraum Hauspflege- bzw. Krankenpflegevereine sowie Gemeindepflegestationen an die Stelle des traditionellen Ordenswesens (vgl. Eberle 1988:43ff, Grunow et al. 1979:12ff). In den 1960er Jahren entstanden die ersten Sozialstationen. Viele waren als „Gemischtwaren- laden“ konzipiert, die hauswirtschaftliche, medizinische und grundpflegerische Leistungen verknüpften und dabei auf verschiedene öffentliche Ressourcen zurückgreifen konnten, wo- bei die Fallkosten für die Behandlungspflege von den Krankenkassen und (in geringerem Maße) von der Sozialhilfe getragen wurden. Zunehmend erhielten sie öffentliche und kirch- liche Fördermittel, sodass in den 1970er und 1980er Jahren de facto – wenngleich sehr lü- ckenhaft – ganze Versorgungsstrukturen und nicht, wie heute, einzelne Versorgungs(leis- tungs)pakete (para-)fiskalisch finanziert wurden.

³ Im Jahre 2000 waren ca. 50 Millionen Personen – 80 % der deutschen Bevölkerung – vom System der Rentenver- sicherung erfasst, der Jahresetat der Rentenversicherung lag bei über 200 Milliarden Euro.

⁴ In ihrer Studie über die Entwicklung in Großbritannien sprechen Vickerstaff und Cox (2005:91) von einer „mass transition into retirement, collectively understood and embedded in formal, institutionalised arrangements.“ Dies gilt umso mehr für die stärker sozialstaatlich „kollektivierten“ Verhältnisse in Deutschland.

Historisch gesehen führten diese Entwicklungen dazu, dass das Alter „an sich“ kaum mehr sozialstrukturelle Verschiebungen erzeugte bzw. teilweise sogar zu einer Eindämmung der vor dem Rentenalter bestehenden sozialstrukturellen Unterschiede führte. Die Systeme der Seniorenversorgung durchbrachen in bestimmter Hinsicht die Wohlfahrtsverteilung in der Erwerbsphase (bzw. abgeleitet davon der Kindererziehungsphase). Zwar reproduzierten sich die für die Erwerbsphase typischen sozialstrukturellen Differenzierungen im Alter, aber es gab nicht unerhebliche Nuancierungen. So wurden, was die *Einkommenssicherung* betrifft, in die gesellschaftliche Alimentierung des Alters zunehmend Mechanismen des sozialen Ausgleichs eingebaut: Das Rentensystem erkannte bestimmte Abweichungen von Normalbiografien als persönliche Härten des (Erwerbs-)Lebens an und definierte so den „Lebenslohn“ Rente (Lessenich 1999) vergleichsweise inklusiv. Die Herausrechnung von Erwerbslosigkeitsphasen aus der Rentenkalkulation, die Rente nach Mindesteinkommen, die Absicherung von Berufsunfähigkeit sowie die Anerkennung von Ausbildungszeiten bzw. Familienlasten relativierten das Äquivalenzprinzip und waren Kernbestand dessen, was gesellschaftlich unter *Sozialversicherung* verstanden wurde. Gewiss: Das Prinzip von marktunabhängiger Sicherheit und sozialem Ausgleich wurde nicht in jeder Hinsicht auch tatsächlich umgesetzt, zudem gab es widersprüchliche Phänomene.⁵ Es bestimmte aber in hohem Maße den gesellschaftlichen Energiehaushalt, der der Gestaltung des Rentensystems der Nachkriegsepoche Richtung gab. Wichtig erscheint, dass die Lebensverhältnisse im Alter auch in der Weise von der Erwerbsgesellschaft abgeschirmt sein sollten, dass marktwirtschaftsübliche Turbulenzen nicht (oder nur abgeschwächt) auf die Versorgungssituation der Betroffenen zurückwirk(t)en.

Zugleich gab es, wie gesehen, zumindest Ansätze zur Integration des *Pflegerisikos* in die Bedarfsökonomie der sozialstaatlichen Gesundheitsversorgung. Von besonderer symbolischer Bedeutung war der zwischenzeitliche Einstieg der – auf einem vergleichsweise inklusiven Bedarfsprinzip beruhenden – Gesetzlichen Krankenversicherung in die Finanzierung von Pflegeleistungen Ende der 1980er Jahre. Es kann nun sicherlich nicht davon die Rede sein, dass das Pflegerisiko bis zu diesem Zeitpunkt universell und im Sinne eines gesellschaftsübergreifenden sozialen Ausgleichs abgesichert war: Das gilt einerseits für die Qualität der Versorgung, für die *kulturell* in dieser Epoche vergleichsweise wenig Sensibilität bestand (was dann ja auch von sozialen Bewegungen kritisiert wurde, die sich z.B. gegen die „Kasernierung“ von Pflegebedürftigen in lieblosen Anstalten wendeten); andererseits gab es lange Zeit nur wenig professionelle Entlastung für jene pflegenden Familien(angehörigen), die gewiss häufig, aber eben nicht durchgängig für eine menschenwürdige und bedarfsgerechte häusliche Versorgung bürgen. Betrachtet man indes die sich zum Ende dieser Epoche manifestierenden Entwicklungstendenzen in Richtung einer öffentlich bzw. durch Partnerschaften mit Wohlfahrtsverbänden organisierten ambulanten Pflegeinfrastruktur, so wird im Staats- und Gemeinwesen erneut ein vom Leitbild der öffentlichen Verantwortung bzw. des sozialen Ausgleichs geprägter – und entsprechende institutionelle Dynamiken anstoßender – Energiehaushalt er-

⁵ Dazu gehört etwa die Tatsache, dass das Versprechen einer an vorher erzielten Erwerbseinkommen orientierten, aber *lebenslang* (und damit letztlich im Gesamtvolumen *unabhängig* von den Beitragseinzahlungen) gewährten Altersrente nicht ausschloss, dass soziale Ungleichheiten in bestimmter Hinsicht sogar forciert wurden: Beispielsweise zahlten soziale Gruppen mit durchschnittlich geringerer Lebenserwartung für solche mit höherer Lebenserwartung, was de facto einer Umverteilung von Unter- zu Mittelschichten entsprach. Dies wurde durch andere, stärker die Unterschichten begünstigenden Regelungen (wie etwa die Invalidenrente, Frühverrentungen und berufsspezifische Vorruhestandsregeln), nicht immer kompensiert.

kennbar. So gesehen bestanden zu diesem Zeitpunkt Aussichten auf eine *gesellschaftlich* verantwortete, universelle und bedarfsgerechte Pflegeversorgung.

Diese Gesamtkonstellation wird meist unter sozialpolitischen Gesichtspunkten diskutiert. Die einen sehen in ihr gleichsam nostalgisch „gute alte Zeiten“, denen eine Trendwende hin zum Schlechteren folgte, während andere sie eher als Ausdruck einer Sozialstaatsillusion betrachten, die sich aufgrund u.a. wirtschaftlicher Wandlungsprozesse (Stichwort: Globalisierung) nicht mehr hat aufrechterhalten lassen. Aus soziologischer Perspektive informiert sie schlicht über eine spezifische Form der gesellschaftlichen Organisation der Seniorenversorgung. Denn sie steht für eine soziale Ordnung, die den Umgang mit dem Alter hochgradig kollektiviert und damit in Teilen von den Reproduktionsregeln der Erwerbsökonomie abkoppelt. Die Rente wird eine staatliche Veranstaltung für die Ewigkeit; die Rentenversicherung als Institution transportiert die Botschaft einer *gesellschaftlichen* Garantie des Generationenvertrags (vgl. Manow 1998:202ff). Für den Pflegesektor erscheint dies weniger offensichtlich, aber es ist sicherlich kein Zufall, dass zumindest der Form nach die institutionelle Logik der Sozialversicherung auf die Pflegeversorgung übertragen wurde. Die Seniorenversorgung war mithin in doppeltem Sinne „durchorganisiert“: Die öffentliche Hand übertrug einem Set von Leistungserbringern feste Zuständigkeiten und (institutionell protegierte) Sicherstellungsaufträge, gleichzeitig erfolgte die Organisation des Gesamtsystems von der Tendenz her universell und mit dem Anspruch einer die verschiedenen Systemelemente planerisch verknüpfenden Koordination. Genau dieser „kollektive Modus“ der Seniorenversorgung aber steht gegenwärtig zunehmend zur Disposition. Die Seniorenversorgung verlagert sich partiell auf Wohlfahrtsmärkte, sie wird „disorganisiert“. Und das hat Folgen nicht zuletzt auf der Verteilungsseite.

2 Der Trend zur Disorganisation ...

Institutionelle Umbauten in den Systemen der Seniorenversorgung und der sich gleichzeitig vollziehende sozialstrukturelle Wandel in der Gesamtgesellschaft verändern den Modus des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Alter grundlegend. Dieser Wandel kann im doppelten Sinne als Prozess der Disorganisation begriffen werden (vgl. auch Bode 2004): Der gesellschaftliche Umgang mit Aufgaben der Seniorenversorgung erfolgt immer weniger reguliert und geplant, und jene Organisationen, die diese Aufgaben wahrnehmen, bewegen sich immer weniger in geordneten Bahnen und stattdessen auf dynamischen Wohlfahrtsmärkten (Nullmeier 2003). In dieser Situation werden permanent Impulse zur Dis- und Reorganisation von Versorgungsleistungen ausgelöst, und zwar – wengleich in unterschiedlicher Weise – sowohl im Bereich der Einkommenssicherung als auch in der Pflege.

2.1 Rente

Die jüngsten Veränderungen im System der Alterseinkommensversorgung werden gemeinhin mit dem Begriff der Riester-Rente in Verbindung gebracht (siehe nachfolgenden Kasten). Die sukzessive Senkung der gesetzlichen Rentenleistung und die gleichzeitige Förderung der privaten Eigenvorsorge gelten als deutliches Signal für einen Paradigmenwechsel im deutschen Rentensystem (vgl. Döring 2002, Datz 2003, Bäcker 2004, Schmähl 2004). Mit den Rentenreformen 2002 und 2004 sinkt – u.a. wegen des neu eingeführten sog. „Nachhaltigkeitsfaktor“ im Berechnungssystem das von der Sozialversicherung garantierte durchschnittliche Eckrentenniveau eines 2030 in den Ruhestand tretenden Arbeitnehmers von gegenwärtig ca. 53 % auf 43 % des letzten Erwerbseinkommens ab⁶, die Vorsorgelücke wächst dementsprechend. Als Ersatz soll u.a. die staatlich geförderte, kapitalgedeckte Riester-Rente dienen, von deren Förderung allerdings bis Ende 2004 nur gut 4 Millionen der über 35 Millionen Förderberechtigten Gebrauch gemacht haben. Ähnlichen Zwecken dient die private Renten- sowie die Kapitallebensversicherung, die im Jahr 2004 einen Verkaufsboom erlebte, weil ihre Erträge seit Anfang 2005 (hälftig) besteuert werden.

Gleichzeitig gibt es Möglichkeiten der betrieblichen Zusatzversorgung, und diese sind mit der Rentenreform 2002 weiter ausgebaut worden, was derzeit 15 bis 20 % aller Arbeitnehmer zugute kommt. Es geht um *betrieblich arrangierte* Programme, kaum mehr um Betriebsrenten im klassischen Sinne: also vom Arbeitgeber finanzierte, feste Rentenzusagen, die über betriebliche Kapitalrückstellungen finanziert werden.⁷ Im neuerdings vorherrschenden Modell sind die Arbeitgeber nicht für das Ergebnis der Rücklagenbildung bzw. die Zahlung fixer Rentenquoten verantwortlich. Zwar verfügen Arbeitnehmer mittlerweile über einen individuellen, gesetzlich garantierten Anspruch auf Angebote ihres Arbeitgebers zur Einrichtung betrieblich abgewickelter Vorsorgearrangements; doch das wirtschaftliche Risiko liegt nun bei ihnen. Im Rahmen der sog. Entgeltumwandlung können (bis zur Grenze von 4 % der Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 61.800 €) steuer- und sozialabgabenbefreite Aufwendungen der Arbeitnehmer in betrieblich arrangierte Vorsorgeprogramme einfließen. Die Arbeitgeber sparen ihren Sozialabgabenanteil vollständig, die Beschäftigten müssen auf die späteren Erträge Abgaben und Steuern bezahlen. Diese Fördermöglichkeiten stehen in der Regel alternativ zur Riesterförderung – „der Arbeitnehmer muss für sich selbst abwägen, welche Förderung für ihn den größeren Vorteil bringt“ (Datz 2003:62).

⁶ Es gibt allerdings eine gesetzliche Klausel, die die Regierung dazu verpflichtet, gesonderte Maßnahmen für den Fall zu ergreifen, dass das Eckrentenniveau 46 % unterschritten wird. Zu beachten ist, dass sich – einer Berechnung des Instituts der deutschen Wirtschaft zufolge – die gesetzlichen Altersbezüge für *durchschnittliche* Rentenbezieher bereits gegenwärtig auf lediglich knapp 43 % des zuletzt erzielten Bruttoeinkommens belaufen (vgl. „Financial Times Deutschland“ vom 18.3.2004).

⁷ So zumindest das Modell: Schätzungen zufolge sind nur mehr die Hälfte der 250 Mrd. Euro, die in deutschen Unternehmen für die (spätere) Auszahlung von Betriebsrenten vorgesehen sind, tatsächlich kapitalgedeckt. Das ist ein entscheidender Grund dafür, dass die Unternehmen jetzt umsteuern wollen.

Übersicht über die Riester-Rente

Bei der Riester-Rente wird privates Sparen in bestimmten Anlageformen durch ein Kombinationsmodell aus staatlichen Zulagen und steuerlichen Abschreibungsmöglichkeiten gefördert. Allgemein bezieht sich diese Förderung auf 4 % des beitragspflichtigen Erwerbseinkommens. Es besteht die Wahl zwischen drei Anlageformen: Banksparplänen, Rentenversicherungen und Fondssparplänen. Voraussetzung für die Förderung ist, dass das Altersvorsorgeprodukt bestimmte Kriterien erfüllt, was durch ein staatliches Zertifikat dokumentiert wird. Die Zertifizierungsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), prüft allerdings lediglich, ob das einzelne Produkt allgemeine gesetzliche Voraussetzungen erfüllt; die Zertifizierung sagt mithin nichts über die Güte des Angebotes aus. Zertifiziert werden also auch Angebote, die nur eine geringe Rendite bringen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Laufzeit und Ansparen bis zum Alter von 60 Jahren
- anschließende Verrentung oder alternativ In-Kraft-Treten eines Auszahlungsplans (letzterer beinhaltet regelmäßige Auszahlungen bis zum 85. Lebensjahr sowie eine anschließende lebenslange Rente; bei Fonds ist eine Auszahlung von 20 % des angesparten Kapitals auf einen Schlag möglich).
- eine Kapitalerhaltungsgarantie (mindestens Auszahlung aller Beiträge zum vereinbarten Vertragsablauf)
- laufende Beiträge, die allerdings zeitweise ruhen können
- jederzeitige Übertragbarkeit auf eine andere geförderte Geldanlage (Angabe der dabei anfallenden Kosten)

Gefördert werden sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer und ihre Ehepartner, wenn sie nicht erwerbstätig sind (sie können einen Vertrag auf ihren eigenen Namen abschließen, ohne einen eigenen Beitrag zu leisten), sowie Beamte und Soldaten. Nicht gefördert werden: Selbstständige (sofern nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert), Angestellte und Selbstständige, die in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung und nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind, Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, die über eine Zusatzversorgung eine beamtenähnliche Gesamtversorgung erhalten, freiwillig in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte, geringfügig Beschäftigte, die nicht auf die Versicherungsfreiheit verzichtet haben, Bezieher einer Vollrente wegen Alters sowie Sozialhilfebezieher.

Es bestehen bestimmte Förderungsgrenzen: Es gibt Grund- und Kinder-Zulagen und einen Extra-Sonderausgabenabzug. Die Finanzämter prüfen von sich aus, was günstiger ist. Die Zulagen werden beim Anbieter beantragt, der sich von der Zulagenstelle (der BfA, seit Oktober 2005: Deutsche Rentenversicherung Bund) die Zulage holt und dem Anlagekonto gutschreibt. Für die förderungsfähigen Beiträge gibt es Höchstsätze: 1 Prozent vom sozialversicherungspflichtigen Einkommen des Vorjahres, ansteigend bis auf 4 Prozent im Jahre 2008. Entsprechend steigen auch die Zulagen und der Höchstbeitrag ab dem Jahre 2002 bis zum Jahre 2008 auf das Vierfache an. Es gibt für die nachstehenden Höchstbeiträge die angegebenen Höchstzulagen (bei niedrigeren Beiträgen entsprechend weniger Zulage). Im Unterschied zu klassischen privaten Rentenversicherungen ist das angesparte Geld bis ans Lebensende nicht verfügbar, außerdem besteht Steuerpflichtigkeit.

Anfang 2005 sind einige Veränderungen in den gesetzlichen Bestimmungen in Kraft getreten, die auf die Vereinfachung von Förderprozess und -bedingungen zielen (Ausweitung der pauschalen Auszahlungsmöglichkeit, Vereinfachung der Antragstellung, Streckung der Provisionszahlungen beim Vertrieb nur mehr auf 5 statt auf 10 Jahre). Beschlossene Sache ist mittlerweile auch die gesetzliche Angleichung der Konditionen für Männer und Frauen (Unisex-Tarife) ab 2006. Eingeführt wurde schließlich die sog. „Rürup-Rente“, die Personen mit höheren Einkommen eine partielle Steuerbefreiung von Einzahlungen in bestimmte kapitalgedeckte Altersvorsorgeprodukte einräumt.

Dabei vollzieht sich im Rentensystem allgemein ein Übergang von ‚defined benefits‘⁸ zu anderen, bezüglich des Auszahlungsniveaus nicht (bzw. nur rudimentär) fixierten Leistungen – an Stelle kalkulierbarer Einkommensversorgung geht es nun um ‚kontingenten Wohlstand‘: ‚Was ... am Ende herauskommt, hängt von der Entwicklung der Kapitalmärkte und dem Geschick des Fondsmanagers ab.‘⁹ Dies zeigt der Modus der staatlichen Förderung – die Mindestverzinsungsgarantie für klassische Privatrentenprodukte ist Anfang 2004 zurückgesetzt worden, die Riester-Produkte garantieren lediglich die geleisteten Einzahlungen – sowie der seit einiger Zeit beobachtbare Trend zum Fondssparen im System der Privatvorsorge (bei dem es, wenn keine Riesterförderung vorliegt, kaum Kapitalgarantien gibt). Ferner wird die klassische, vom Arbeitgeber finanzierte Betriebsrente zunehmend zum Auslaufmodell. Ende 2003 gab es diese nur mehr für 48 % der (prospektiven) Betriebsrentner, nach noch 54 % im Jahre 2001. Betriebsrentenzusagen sind für neue Beschäftigte ‚praktisch abgeschafft‘¹⁰. Gleichzeitig ändert sich die *Form* der Betriebsrentenprogramme: Die Auszahlungen werden stärker marktabhängig; sie wachsen und fallen mit Zinsentwicklungen, aber auch mit dem Geschick der (institutionellen) Anleger. Zwar gibt es noch eine gesetzliche Garantieverzinsung für bestimmte Anlagen der Altersvorsorge, aber diese ist zuletzt abgesenkt worden und betrifft einen immer kleineren Teil der Produktpalette. Außerdem wird sie von der Versicherungswirtschaft infrage gestellt.¹¹ Das qua Eigenvorsorge akquirierte Einkommen im Ruhestand hängt damit zunehmend von volatilen Kapitalmarktentwicklungen und Finanzmarktstrategien der Produkthanbieter ab.¹² Daneben spielen aber auch individuelle Zufallsentscheidungen (für oder gegen jenes Vorsorgemodell) sowie die jeweils gegebenen Neigungen der ‚Vorsorgekunden‘ eine wichtige Rolle. Es gibt durchaus Indizien dafür, dass die persönliche Konstitution bzw. die individuelle Ansprechbarkeit für das Thema private Altersvorsorge stark – und nicht nur schichtspezifisch – variiert (vgl. Leinert 2004).

⁸ Der Begriff entstammt den angelsächsischen Verhältnissen, wo schon seit längerem im (breit ausgebauten) System privater Altersvorsorge die Ablösung von garantierten Auszahlungen (‚defined benefits‘) durch ‚defined contributions‘ (Festlegung von Beiträgen ohne Garantien) beobachtet wird.

⁹ So die Formulierung eines Kapitalmarktexperten des IWF für ‚Die Zeit‘ (21.4.2005). In Ländern wie Großbritannien und den USA ist dies schon weit gehend zur Normalität geworden. Vickerstaff/Cox (2005:91) beschreiben – unter Bezug auf empirische Befunde für Großbritannien – die Auswirkungen dieser Konstellation recht drastisch: ‚The fragmentation of experiences described has led to the breakdown of any agreed language of retirement, that is categories, concepts and the links between them that people can access to describe and situate their own experience.‘

¹⁰ Vgl. ‚Financial Times Deutschland‘ (7.1.2004) sowie ‚die Zeit‘ (11.10.2004). Schlagzeilen produzierte im Frühjahr 2004 die Commerzbank, die die rein arbeitgeberfinanzierten Betriebsrenten erst abzuschaffen drohte und dann auf ein beitragsbasiertes System ohne feste Zusagen umstellte.

¹¹ Vgl. ‚Die Zeit‘ vom 24.3.2005, die über eine entsprechende Äußerung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft berichtet.

¹² Für Aufsehen sorgten in den vergangenen Jahren die Lebensversicherungen, die in Deutschland bislang einen großen Teil der privaten Eigenvorsorge abdeckten (fast zwei Drittel aller Deutschen besitzen eine Kapitallebensversicherung). Da sich viele Anbieter auf Aktienmärkten engagierten und folglich von deren Einbruch in den letzten Jahren betroffen waren, sanken die stillen Reserven (in % der Kapitalanlagen) von 14,4 auf fast 0 %, was automatisch zu deutlich rückläufigen Überschussrenditen führt; auch die sog. Sterbetafeln als Basis der Renditenkalkulation mussten demografiebedingt deutlich nach unten korrigiert werden (vgl. ‚Die Zeit‘ vom 23.10.2003, 17.6.2004 und 28.10.2004).

Bislang nicht systematisch untersucht ist die Vertriebspraxis im privaten Rentensystem. Im Fall der betrieblichen Arrangements spielen organisierte „Broker“ wie Betriebsräte oder Gewerkschaftsexperten eine wichtige Rolle, vermutlich aber auch der Einfluss der Arbeitgeber. Im restlichen Markt herrscht, wie Expertinnen beobachten, reichlich Intransparenz. Die Produkthanbieter versuchen beispielsweise, „die Kosten (der Produktverwaltung) durch verschiedene Verwaltungsaufschläge und Bearbeitungsgebühren zu verschleiern, wodurch die gesamte Kostenkalkulation für einen durchschnittlich gebildeten Vertragspartner nur noch schwer zu durchschauen ist“ (Datz 2003:97). Zu bedenken ist, dass die Anbieter privater Vorsorgeprodukte keinesfalls nur als Treuhänder im Interesse der Kunden agieren, sondern in einer spezifischen Anreizsituation handeln. Beispielsweise gelten Riester-Produkte in der Branche als eher unattraktiv, weil sich mit dem Verkauf anderer Anlagen, insbesondere Fondssparprodukte, höhere Anbieterrenditen erzielen lassen – entsprechend sind die Provisionen für Finanzmakler bzw. die Bestimmungen von Zielvereinbarungen ausgelegt.¹³

Eine zentrale Größe ist der Informationsstand bei denen, die privat vorsorgen sollen oder wollen. Umfragebefunden zufolge bewerten über 60 % der arbeitnehmenden Bevölkerung die Regelungen der Riester-Förderung als undurchsichtig.¹⁴ Viele Bürger sind „finanzielle Analphabeten“¹⁵, die bei der Planung ihrer Altersvorsorge externer Unterstützung bedürfen – diese Unterstützung ist in ungleicher Weise verfügbar und wird, etwa in Gestalt der Verbraucherberatung, in unterschiedlichem Ausmaß wahrgenommen. Nicht unwesentlich erscheint, dass sich das Angebot an Verbraucherberatung seinerseits als hochgradig dispers und intransparent darstellt – auch die Produktbewertung durch Agenturen wie „Finanztest“ ist aufgrund der komplexen Marktlage nicht immer verlässlich. Hinzu kommt, dass Produkthanbieter bei diversen Printmedien immer wieder Rubriken mit (nur) scheinbar objektiven Privatversicherungsvergleichen „einkaufen“.¹⁶

Was lässt sich aus diesen Entwicklungen im Hinblick auf die gesellschaftliche Organisation der Altersvorsorge schließen? Erkennbar wird, dass nun jeder Einzelne einen wachsenden Teil seiner Alterssicherung selbst organisiert bzw. organisieren muss – innerhalb eines dynamischen, unübersichtlichen und von unterschiedlichen Akteuren strukturierten „public-private mix“ (Schmähl 2004). Es zeigt sich, dass der universell und für alle Bürger systematisch arrangierte Zugang zu Einkommenstransfers im Ruhestand vom Umfang her verengt und in zweierlei Weise *disorganisiert* wird. Die Rente wird nun durch „flexible“ Organisationen gewährleistet, der Gesamtprozess zeichnet sich durch uneinheitlichere und fluktuierende Managementprozesse. Dabei mag es derzeit noch in hohem Maße zu (Re-)Stabilisierungen kommen, z.B. durch die langfristige Entscheidung für ein Ansparprodukt; allerdings gibt es im Privatrentengeschäft schon jetzt – beispielsweise im Bereich des Fondssparens in Gestalt der Umschichtung von Anlagen oder bei der Auflösung von

¹³ Vgl. dazu allgemein „Süddeutsche Zeitung“ vom 30.4.2005. In dem Maße, wie sich der ökonomische Druck im Banken- und Versicherungssystem erhöht, gewinnen solche Momente noch weiter an Bedeutung. Symptomatisch sind die in der Wirtschaftspresse diskutierte Praktiken von Finanzdienstleistern, die ihre Mitarbeiter anweisen, Kunden auf die Wahl von Fondsprodukten „einzuschwören“.

¹⁴ Vgl. Bertelsmannstiftung (2003:6).

¹⁵ So die Formulierung in „Die Zeit“ vom 31.10.2002.

¹⁶ Vgl. dazu „Die Zeit“ vom 6.11.2003. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch ein Vorgang aus dem Sommer 2002: Damals musste die Stiftung Warentest eine 374 Angebote betreffende Produktbewertung wieder aus dem Verkehr ziehen, weil sich Fehler eingeschlichen hatten.

Vorsorgearrangements etwa in der Lebensversicherungsbranche – reichlich Fluktuation, also permanente Prozesse der Disorganisierung und Reorganisierung. Im Ergebnis kommt es zu einer Fragmentierung und Individualisierung der Altersvorsorge – auch in den Köpfen der Vorsorge-subjekte (vgl. Vickerstaff/Cox 2005, mit Blick auf Erfahrungen in Großbritannien). Wie noch zu erörtern sein wird, entscheiden dabei soziale Lagen, aber auch eine Reihe weiterer, hochgradig kontingenter, Bestimmungsmomente darüber, wie die Alterssicherung des bzw. der Einzelnen konkret arrangiert wird.

2.2 Pflege

Ende 2003 waren in Deutschland gut 2 Millionen Personen längerfristig pflegebedürftig (im Sinne des Sozialgesetzbuches); etwa 640.000 wohnten in einer der ca. 9.700 stationären Einrichtungen, knapp 450.000 wurden zumindest teilweise von ambulanten Diensten (Gesamtzahl: knapp 11.000) gepflegt, der Rest privat. Das Pflegerisiko wird zu einem beträchtlichen Teil durch sozialstaatliche Systeme abgedeckt, wobei es diesbezüglich in der jüngeren Vergangenheit – u.a. durch die 1996 eingeführte Pflegeversicherung – markante institutionelle Veränderungen gegeben hat (vgl. Strünck 2000, Dietz 2002, Papst 2002, Skuban 2004).

Im *stationären Bereich* änderten sich durch die neue Sozialversicherungsbranche die Verhältnisse insofern, als diese dafür sorgen sollte, Personen mit begrenzten Eigenmitteln (und entsprechend wenig „Erbmasse“) aus der Sozialhilfeabhängigkeit zu entlassen. Allerdings: Diese war vorher fast der Normalfall und insofern vergleichsweise wenig stigmatisierend; zudem wurde das Ziel nur teilweise erreicht, denn die Heimunterbringung pflegebedürftiger Menschen wird weiterhin zu hohen Anteilen aus Mitteln der Sozialhilfe finanziert (für ca. 1/4 aller stationär Pflegebedürftigen). Bezüglich des Finanzierungsmodus hat sich bislang wenig Substanzielles geändert; jedoch sind gegenwärtig erhebliche Umorientierungen zu beobachten, die für die Organisation des Pflegeangebots nicht folgenlos bleiben werden. In der Regulierungsdebatte geht der Trend in Richtung einer Preisfestsetzung für Pflege- und Betreuungsleistungen, die sich nicht mehr (qua einrichtungsspezifisch vereinbartem Pflegesatz) an örtlichen (Kosten-)Verhältnissen, sondern an Fallpauschalen für Versorgungsindikationen orientiert. Der Pflegeprozess bzw. der Umgang mit Klienten dürfte sich unter diesen Bedingungen – analog zu dem, was derzeit im Krankenhaussektor vonstatten geht – an einem möglichst günstigen Verhältnis zwischen Bedarf und Aufwand ausrichten, wodurch alle Versorgungsfälle, bei denen der Bedarf „aus dem Rahmen fällt“, für die Pflegeanbieter tendenziell zu einem wirtschaftlichen Risiko bzw. eminenten Organisationsproblem werden.

Im Gespräch ist ferner, den Pflegesatz zu reduzieren, wenn Angehörige oder Bekannte regelmäßig bestimmte Dienstleistungen für die Bewohner erbringen. In Einzelfällen wie bei der Caritas Trägergesellschaft Köln wird dies bereits praktiziert. Pflegeorganisationen arbeiten hier bereits nach „eigenen Gesetzen“ und gestalten damit einrichtungsintern Versorgungsbedingungen unterschiedlich nach Maßgabe der Verfügbarkeit informeller Hilfe. Die öffentliche Hand neigt überdies dazu, nur mehr preisgünstige Einrichtungen mit Investitionsmitteln zu unterstützen; auch dies produziert einen wirtschaftlichen Druck, mit dem nicht alle Anbieter im gleichen Maße zurecht-

kommen dürften – ein Qualitätsgefälle (das über das bereits bestehende hinausgeht bzw. quer dazu liegt) erscheint insofern hochwahrscheinlich. Diskutiert wird darüber hinaus allgemein der Übergang von Regel- zu Wahlleistungen, was darauf hinausläuft, dass für heute noch geltende Versorgungsnormen zukünftig vermehrt privat zugezahlt werden muss. Gleichzeitig kursieren Pläne (z.B. im Kontext der Novellierung des niedersächsischen Landespflegegesetzes), die bislang bestehende Wahlfreiheit der Wohnform in Einrichtungen der stationären Altenhilfe für Sozialhilfeempfänger einzuschränken.

Vieles deutet mithin auf eine Verschlankung der Standardversorgung hin – „Altenpflege im ICE-Tempo“¹⁷ wird zunehmend zum Normalfall, dem sich die Klienten nur durch den Einsatz zusätzlicher Ressourcen entziehen können. Eine Entwicklung zu „mehr Wettbewerb im stationären Altenhilfesektor“ (Meyer 2003), die von Ökonomen mitunter vehement eingefordert wird, ist bislang zwar nur partiell zu konstatieren; im Hinblick auf Anbieterstrukturen blieb eine entsprechende Dynamik aus, gibt es doch v.a. in Ballungsräumen lange Wartezeiten vor der Aufnahme in ein Pflegeheim. Eine stärker marktorientierte Strukturierung stationärer Pflege wird sich mithin zunächst nicht so sehr über Konsumentenentscheidungen einstellen, sondern durch die o.g. Ausdifferenzierung interner Versorgungsmodalitäten bzw. über den Mechanismus der Überwälzung wirtschaftlicher Risiken auf damit unterschiedlich (erfolgreich) umgehende Anbieter.

Was das *ambulante System* betrifft, so ist hier das Versorgungsvolumen seit Mitte der 1990er Jahre deutlich angewachsen.¹⁸ Dies vollzog sich bekanntlich im Rahmen einer neuartigen Wettbewerbsordnung: Einrichtungen werden nun bedarfsunabhängig zugelassen, es gibt eine Konkurrenz zwischen gemeinnützigen und gewerblichen Anbietern, wobei der Anteil Letzterer stark (auf ca. 50 %) zugenommen hat (vgl. Schneekloth/Müller 2000:89ff; Pflegebericht 2004:73 ff). Die Versicherung finanziert Pflegeleistungen im Rahmen monetarisierter Leistungsgrenzen¹⁹ – mit der Folge von „Deckungsgraden von 40 bis 50 %“ sowie „enormen Selbstbeteiligungen“ (Rothgang 2000: 431/433).²⁰ Fehlmengen müssen von Pflegediensten als nicht refinanzierte „Schattenleistungen“ erbracht oder privat zugekauft werden. Dies erfolgt ggf. unter Rückgriff auf Sozialhilfe, was allerdings eine explizite und als solche ausgewiesene Verarmungssituation voraussetzt.²¹

¹⁷ Schlagzeile der „Frankfurter Rundschau“ vom 30.3.2004.

¹⁸ Was nicht unbedingt bedeutet, dass die Pflegebedürftigen durchgängig in höherem Ausmaß als vor Einführung der Pflegeversicherung auf ambulante professionelle Dienste zurückgreifen. Jedenfalls konstatiert Dietz (2002:154), dass sich „im Vorher- und Nachher-Vergleich kaum ein substanzieller Wandel im Inanspruchnahmeverhalten feststellen“ lasse.

¹⁹ Die Verwaltung der Budgets obliegt ebenso wie die Qualitätskontrolle den Pflegekassen. Der Medizinische Dienst prüft die Pflegebedürftigkeit und auch die Leistungen der Träger. Die Länder sind (potenziell) für Investitionszuschüsse zuständig; diese fließen allerdings v.a. in Altenheime. Zu beachten ist, dass weitere institutionelle Veränderungen anstehen, denn die Pflegekassen wiesen 2004 ein Defizit von 820 Mrd. Euro (nach 30 Mrd. im Jahre 1999) auf. Allgemein wird damit gerechnet, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 um ca. 40 % zunimmt (vgl. Priester 2004).

²⁰ In einer Befragung der Hamburger Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung gaben (im Jahre 2002) mehr als 50 % aller Pflegehaushalte an, die Pflege privat zuzufinanzieren. Immerhin 10 % gaben monatlich mehr als 250 Euro aus (Runde/Giese 2003:20).

²¹ 5 % der Personen in häuslicher Pflege erhielten 2004 Sozialhilfe. Gegenüber den Vorjahren war hier indes eine Steigerung zu verzeichnen.

Das Zuzahlungserfordernis betrifft v.a. die – von Pflegediensten vielfach mit angebotenen – hauswirtschaftlichen Leistungen, deren Kosten von den Kassen nur zu einem geringen Anteil übernommen werden.

Die öffentliche *Strukturförderung* ist sukzessive abgebaut worden (vgl. Papst 2002:103ff). Finanziert werden (bis zu einer Obergrenze) konkrete *Einzeleistungen*, und zwar im Rahmen von Vergütungssystemen, die zwischen den Kassen und Vereinigungen der Leistungsanbieter bundesländer-spezifisch vereinbart werden. Meist gibt es Leistungskomplexe auf der Basis spezifizierter Versorgungsleistungen (Waschen, Umbetten, Aufräumen etc.), die dann in Orientierung an den Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen fallweise zu einem spezifischen Versorgungspaket geschnürt werden. Damit ergibt sich die konkrete Ausgestaltung des Pflegearrangements aus „Verhandlungen“ zwischen den Anbietern und den Klienten (bzw. deren Angehörigen).²² Die ambulante Altenhilfe hat sich mithin – einem internationalen Trend folgend – relativ weit reichend zu einem Quasi-Markt entwickelt (vgl. zu diesem Begriff und seinen verschiedenen Facetten und Implikationen Le Grand/Bartlett 1993 sowie Bode 2005).

Damit wird – insbesondere im ambulanten Sektor – die Pflegeversorgung zunehmend unübersichtlich (vgl. Dietz 2002, Skuban 2004 und Theobald 2005). „Die an Marktprinzipien orientierte Organisation der Versorgung mit kleinen ... und konkurrierenden Einrichtungen erschwert für die potenziellen Nutzer die effektive Inanspruchnahme von Hilfsangeboten“ (Altenbericht der Bundesregierung 2002:257). Damit korrespondiert ein Qualitätsgefälle auf der Angebotsseite: Wie verschiedene Untersuchungen gezeigt haben (vgl. für den stationären Bereich zsf. Meyer 2003:74ff), sind Qualitätssicherungssysteme in sehr unterschiedlicher Weise implementiert.²³ Kontrollbehörden wie der Medizinische Dienst haben unter ambulanten Anbietern wiederholt nicht nur Abrechnungsbetrügereien, sondern auch gravierende Leistungsmängel aufgedeckt. Qualitätsdifferenzen sind gewiss nicht nur in (partiell) vermarktlichten Pflegesystemen zu finden; anders als in der Vergangenheit werden sie allerdings heute durch den bestehenden Ordnungsrahmen systematisch angereizt. Das Qualitätsgefälle hängt nicht zuletzt mit den lokalen Managementbedingungen bei den zunehmend unter Wettbewerbsdruck stehenden Leistungsanbietern zusammen, die sich zu „Pflege und Abrechnung im Minutentakt“²⁴ gedrängt sehen und damit unterschiedlich gut zurechtkommen. Unterdurchschnittlichen Leistungspotenzialen (z.B. in Form von überdurchschnittlich älterem Personal) wird durch institutionelle Steuerungen (wie etwa senioritätsorientierten Personalschlüsseln) kaum entgegengewirkt. Vielmehr setzt sich der Trend zu marktförmigen Regulierungen fort: Das Sozialgesetzbuch sieht mittlerweile die Möglichkeit vor, Pflegebedürftigen persönliche Budgets zur Verfügung zu stellen, aus denen sie Pflegeleistungen nach Belieben (ohne Intervention der Pflegekassen) einkaufen können. Das Land Rheinland-Pfalz führt ein Modellprojekt durch, in dem die Betroffenen und ihre Angehörigen zwar durch „CASE-Manager“ beraten werden, letztlich aber ambulante Pflegeleistungen eigenverantwortlich organisieren müssen. Auf der Finanzierungsseite werden ähnliche Deregulierungen anvisiert: So stoßen Vorschläge, die umlagefinanzierte

²² Wie Erfahrungsberichte zeigen, gerieren sich dabei die Klienten bzw. deren Angehörige zunehmend als wählerische Konsumenten bzw. kritische „Kunden“ (vgl. dazu Brömme 1999, Blinkert/Klie 1999, Schneekloth/Müller 2000:107, HLT 2000:54ff sowie Heusinger/Klunder 2004).

²³ Darauf ist erst vor kurzem mit einem „Qualitätssicherungsgesetz“ reagiert worden.

²⁴ So der Titel eines Lageberichts zur Pflegereform in der „Süddeutschen Zeitung“ vom 19.3.2005.

Pflegeversicherung abzuschaffen oder zumindest einzufrieren und auf private Vorsorge umzustellen (bzw. diese ergänzend analog zum Riester-System bei der Rente einzuführen), zunehmend auf Gehör.²⁵ Die Folge wäre eine (weitere) Ausdifferenzierung der Versorgungsbedingungen.

Je marktförmiger das System, desto mehr operatives Wissen wird benötigt. Was den Zugang zu Informationen für die Pflegeklienten betrifft, so gibt es zwar eine ganze Reihe lokaler bzw. regionaler Initiativen (z.B. Seniorentelefone oder Netzprojekte²⁶) zur Verbesserung der Markttransparenz auch von Pflegeangeboten; *in der Fläche* ist das Beratungsangebot allerdings deutlich unterentwickelt (Priester 2004). Entsprechend fühlen sich Pflegehaushalte häufig ungenügend informiert: Vielfach verstehen sie die Abrechnungen von Dienstleistern nicht und sehen sich auch nicht zu Preis-Leistungs-Vergleichen in der Lage (Runde/Giese 2003:37ff). Das gilt auch für Angehörige in deren Eigenschaft als „familiäre Fallmanager“; Dietz (2002:133) spricht diesbezüglich von einem „Machtgefälle zwischen Markt und Pflegenden“.

Was lässt sich aus diesen Entwicklungen im Hinblick auf die gesellschaftliche Organisation der Altenpflege schlussfolgern? Ungeachtet eines deutlich verbreiterten Zugangs zu professioneller Unterstützung zeigt sich, dass der in den 1970er und 1980er Jahren bestehende *Trend* zu einer universellen Option auf bedarfsorientierte Pflege(unterstützung) mittlerweile gebrochen ist. Nachdem es lange Zeit so ausgesehen hatte, als würde die familiäre Zuständigkeit für die Altenpflege durch eine im Bedarfsfall greifende gesellschaftliche Verantwortung entlastet, erscheint die außerfamiliäre Pflegeversorgung nunmehr zweifach *disorganisiert*: Pflege wird zunehmend durch Organisationen flexibel „gemanagt“ und das Pflegearrangement immer weniger systematisch koordiniert. Auch hier greifen derzeit noch bestimmte (Re-)Stabilisierungen, etwa dort, wo die Individuen zu langfristigen Entscheidungen (etwa beim Einzug in das Pflegeheim) neigen. Im ambulanten Pflegesektor sind allerdings schon jetzt Anbieterwechsel weit verbreitet, bei einem dynamischen Leistungsgefälle im Quasi-Markt der Heimversorgung dürfte dies auch im stationären Sektor normaler werden. All dies kommt v.a. für den Fall zum Tragen, dass Familienpflege *alleine* nicht ausreicht oder unerwünscht ist. Besonders in dieser Situation ist die Entwicklung hin zu lokal hochgradig variierenden und volatilen Pflegearrangements außerordentlich folgenreich im Hinblick auf Verteilungseffekte.

²⁵ Vgl. dazu etwa „Die Tageszeitung“ vom 1.4.2005. Konkrete Vorschläge haben mittlerweile Eingang in das Programm der bürgerlichen Parteien gefunden, u.a. auf Anregung der sog. Herzog-Kommission. Sie finden aber auch Anklang in Reihen von Grünen und SPD (wo allerdings parallel ein Bürgerversicherungsmodell diskutiert wird). Wirtschaftswissenschaftler wie Gerd G. Wagner oder Bernd Raffelhüschen schlagen medienwirksam vor, dass die heute unter 60 Jährigen private Policen abschließen (die laut Raffelhüschen 45-55 Euro monatlich kosten würden) und zugleich (0,6 % des Gehalts) in die Pflegekasse zahlen, um Altlasten zu finanzieren (vgl. „Financial Times Deutschland“ vom 8.4.2005). Ähnliches schwebt dem Präsidenten der BfA oder dem Vorstandsvorsitzenden der Barmer Ersatzkasse vor (s. AS aktuell Nr. 1, 7.1.2004).

²⁶ Vgl. dazu Kotlenga et al. (2004) sowie Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004).

3 ...und seine Folgen

Die im Vorhergehenden skizzierten Prozesse der Disorganisierung der Seniorenversorgung stoßen auf ihrerseits sich wandelnde Voraussetzungen bei den Klienten bzw. deren Umfeld. Dies lässt sich – auch hier beschränkt auf den Rente- und Pflegebereich – im Rückgriff auf einige empirische Daten veranschaulichen. Hinsichtlich der *Struktur sozialer Ungleichheit* ergeben sich vielschichtige, z.T. paradoxe Konsequenzen: Der neue Markt der Möglichkeiten sorgt für Effekte in mehrere Richtungen, und dabei perpetuieren bzw. verschärfen sich einerseits klassische soziale Ungleichheiten; andererseits bilden sich neuartige, kontingente Verteilungsverhältnisse, was für (bislang) Unterprivilegierte bestimmte Chancen auf eine relative Verbesserung ihrer Wohlfahrtsposition eröffnet.

- Bezüglich des *Rentensystems* muss zunächst vorweggeschickt werden, dass die Veränderungen vor dem Hintergrund einer allgemeinen Verteilungskonstellation bewertet werden müssen. Ende der 1990er Jahre verfügten knapp 6 % der Rentnerinnen über weniger als 40 % des durchschnittlichen Haushaltseinkommens (aller Bevölkerungsgruppen), gut 16 % hatten weniger als 50 %, weitere 30 % weniger als 60 %. Diese Quoten zeigen zunächst eine breite Streuung der Einkommensverteilung, die sich allerdings von den Werten für die Gesamtzahl der Haushalte durchaus unterscheidet (5,3, 12,7, 22,0 %) – die Verteilungskonstellation ist graduell egalitärer (vgl. Altenbericht 2002:81). Demgegenüber stellen sich die Verhältnisse für weitere Einkommensarten anders dar: „Die Verteilung des Vermögens ist ... weit ungleicher als die Einkommensverteilung“ (ebd.:90), ähnlich sieht es mit Wohneigentum aus.²⁷ Wird nun stärker auf Vermögensbildung als Alterssicherung umgestellt, so dürfte sich das Wohlfahrtsgefälle entsprechend weiter zugunsten der Vermögensbesitzenden verschieben – eine triviale Konsequenz der oben dargestellten Systemveränderungen.

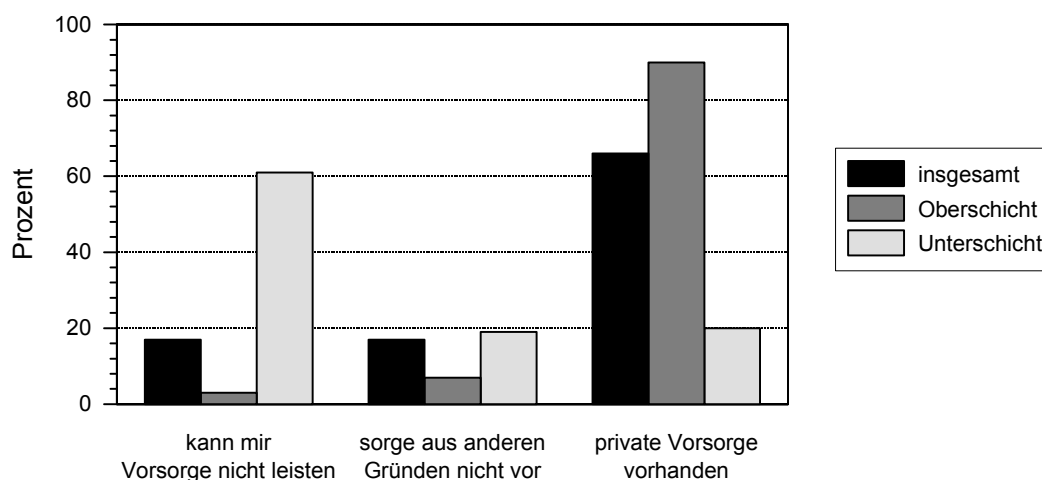
In gleicher Weise zeigen die bisherigen Erfahrungen bezüglich der Art und Weise, wie in der Bevölkerung mit dem neuen Imperativ der Privatvorsorge umgegangen wird, ein deutliches Sozialgefälle (vgl. Schema 1): Zwei Drittel der UN- und angelernten Arbeiter haben keine private Altersvorsorge, ein Sechstel der Bevölkerung gibt (im Wohlfahrtsurvey 2001) an, sich eine solche nicht leisten zu können, und die Vorsorgeneigung wächst am stärksten bei denen, die es sich leisten können (den oberen Mittelschichten).²⁸ Welche Qualität die Vorsorgeprodukte bei denen, die sich hier bereits engagiert haben, jeweils auf-

²⁷ 39 % der Haushalte von 70-Jährigen und Älteren sind im Besitz von Immobilien (ebd.:92).

²⁸ Vgl. zu diesen Zahlen die Auswertungen von Bulmahn (2003:38ff), der als Schlüsselvariablen zur Erklärung unterschiedlicher Vorsorgepraxis und -neigung das Bildungs- und Einkommensniveau der Bürger identifiziert (ebd.:43). Obere Mittelschicht ist definiert als die Gruppe der Haushalte, deren bedarfsgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen zwischen dem 1,5- und dem 1,25-fachen des Mittelwertes liegt, im Kontrast zur Unterschicht, die beim 0,5-fachen des Mittelwertes angesiedelt wird und nur zu einem Fünftel am System der Privatvorsorge partizipiert.

weist, ist damit noch gar nicht angesprochen; diesbezüglich besteht weiterer Forschungsbedarf. Die heterogene Neigung bzw. Fähigkeit zur privaten Vorsorge ist ungleichheitstheoretisch nicht besonders überraschend. Allerdings sollte bedacht werden, dass der Faktor Bildung bzw. Informationsverarbeitungskompetenz sich in zunehmendem Maße als differenzbildender Faktor relativiert: So wächst etwa das Gewicht einkommensschwacher (weil nicht permanent Beschäftigter), aber durchschnittlich oder sogar überdurchschnittlich gebildeter Personen in den Unterschichten an; besonders aufschlussreich in dieser Hinsicht ist das Beispiel der „neuen Selbstständigen“ (Betzelt/Schnell 2003).

Schema 1: Vorsorgeverhalten nach sozialer Lage

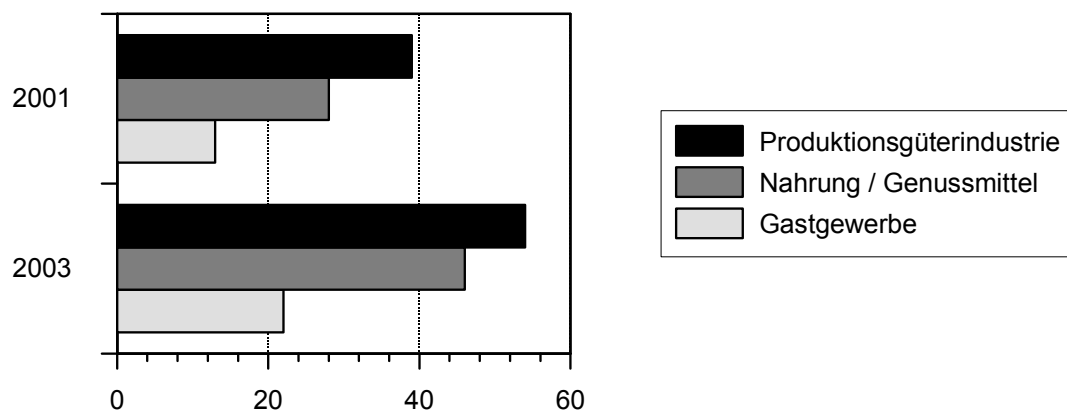


Quelle: Bulmahn 2003

Überhaupt gibt es Indizien für Verteilungseffekte, die – ganz unabhängig von der seinerseits (hochgradig unsicheren) Entwicklung der Kapitalmärkte – zumindest teilweise quer zu klassischen Ungleichheiten stehen bzw. jenseits von „Arm und Reich“ angesiedelt sind. Vieles wird nun möglich. Betrachtet man die institutionelle Seite der privaten Vorsorge, so ist augenfällig, dass einerseits bestimmte, klassischerweise nicht als sozial prekariert geltende, Bevölkerungsgruppen *keinen Zugang zur staatlichen Förderung* haben: So werden Lebensphasen in (Schein-)Selbstständigkeit tendenziell aus der staatlichen Rente herausgerechnet; gleichzeitig bleiben Kompensationsmöglichkeiten für solche Lebensphasen verstellt. Umgekehrt eröffnen sich neue Möglichkeiten. Hochbetagte Frauen sind derzeit noch immer eine typische Armutsklientel des Sozialstaats; verändertes Erwerbsverhalten sowie ein steigendes Bewusstsein über veränderte Bedingungen der Altersversorgung könnten daran aber etwas ändern – weshalb die Riester-Förderung aus diesem Blickwinkel häufig positiv beurteilt wird (vgl. Veil 2002). Das betrifft auch das Verarmungsrisiko bei Verwitwung, das bislang noch in relativ hohem Maße gegeben ist. Unter spezifischen Umständen ist die Systemumstellung für (noch immer) typische erwerbsbiografische Konstellationen vergleichsweise ertragreich: Grundsätzlich motiviert sie Frauen zu einer eigenständigen Altersvorsorge, zudem sind die gesetzlichen Förder Richtlinien unter Umständen überdurchschnittlich günstig: Eine „Minijobberin“ mit zwei

Kindern und einem Monatsverdienst von 400 €, die sich freiwillig rentenversichert, erhält staatliche Zulagen von jährlich 130 € im Jahre 2003 und 524 € im Jahre 2008 – damit werden knapp 90 % ihrer Privatvorsorge staatlich finanziert.²⁹ Allerdings: Ob diese geringe Zusatzversorgung tatsächlich armutsverhindernd ist, hängt von weiteren Umständen (zukünftiger Erwerbsverlauf, Dauer des Familienarrangements etc.) ab. Zudem setzen solche wie auch andere Erwerbs- und Vorsorgekonstruktionen einen informierten und strategischen Umgang mit den gegebenen Möglichkeiten voraus.

Schema 2: Betriebliche Altersvorsorge in verschiedenen Wirtschaftsbranchen



Quelle: AS aktuell 17/2003, Prozentwerte

Auch im Hinblick auf Betriebsrentenansprüche gibt es spezifische Ungleichheitspotenziale. Während (im Jahr 2000) für drei Viertel aller Angestellten im Banken- und Versicherungsgewerbe solche Ansprüche bestanden, waren die Beschäftigten im Gastgewerbe, in der Bauwirtschaft oder im Sozialwesen in weit geringerem Maße in dieser Situation (die entsprechenden Werte lagen zwischen 20 und 30 %).³⁰ In den letzten Jahren hat zwar bei den Betriebsrenten ein kleiner Boom eingesetzt: Gab es Anfang des Jahrtausends nur für ca. 30 % aller abhängig Beschäftigten ein Betriebsrentenarrangement, stieg dieser Wert im Jahre 2003 auf ca. 42 %.³¹ Unterschiede bleiben aber bestehen (vgl. Schema 2): Im Gastgewerbe lag der Abdeckungsgrad Mitte 2003 bei 22 %, im Bereich der Produktionsgüterindustrie bei 54 %.³² Insofern kann die betriebliche Altersversorgung die Verschlingung

²⁹ Rechenbeispiel aus der „Süddeutschen Zeitung“ vom 2./23.11.2003. Man muss allerdings berücksichtigen, dass das Fördersystem Höherverdienende in absoluten Größen deutlich besser stellt. Allgemein kommt es sehr auf die familiäre und die berufliche Situation der potenziellen Nutznießer an, zudem variiert die Attraktivität der Förderung stark nach der steuerlichen Gesamtveranlagung.

³⁰ Ansprüche in halbwegs vergleichbarer Größenordnung bestanden ansonsten für die Beschäftigten der Gebrauchs- und Produktionsgüterindustrie sowie im Bereich der Rechts- und Steuerberatung.

³¹ Laut einer Umfrage der Bertelsmannstiftung lag dieser Wert bei den 30- bis 50-Jährigen bei 54 % (vgl. Bertelsmannstiftung 2003). Wie bereits erläutert, handelt es sich bei den neuen Formen betrieblich arrangerter Alterssicherung vielfach nicht mehr um die klassische Betriebsrente (wovon an dieser Stelle abgesehen wird).

³² Vgl. AS aktuell Nr.17, 27.8.2003.

des gesetzlichen Systems *in der Fläche* nicht kompensieren. Zu berücksichtigen ist, dass Pensionskassen bzw. andere Vorsorgeanbieter untereinander in Konkurrenz stehen und sich dementsprechend ein Gefälle von Versicherungs- und Auszahlungskonditionen einstellt.

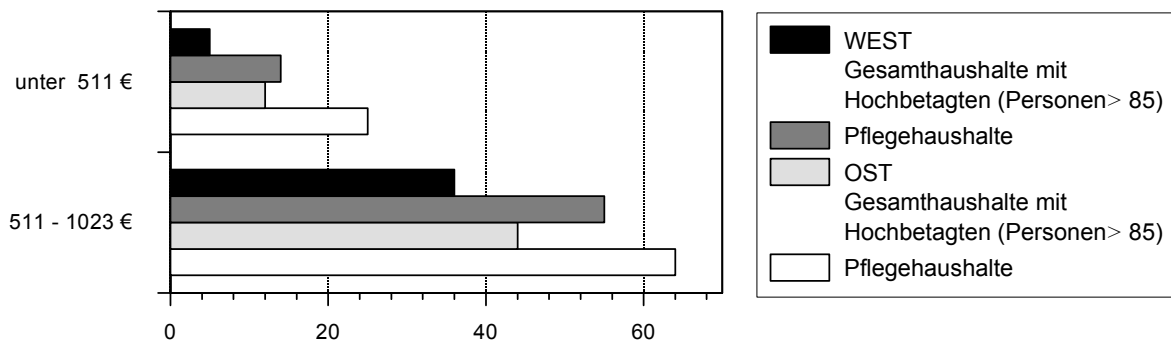
Bedeutsam erscheint zudem, dass in einem partiell privatisierten System der Altersvorsorge eine *neue Unübersichtlichkeit* entsteht: Der Vorsorgemarkt ist ein Massengeschäft, in dem viele Informationen, Anbieter und Förderprogramme koexistieren und einen bunten Mix von Vorsorgearrangements hervorbringen. Dabei schwankt die Güte der Angebote ebenso wie die Möglichkeit der einzelnen Bürger, auf Entwicklungen im Markt bzw. im Fördersystem adäquat zu reagieren – vieles hängt davon ab, ob die Produktmanager eine „glückliche Hand“ haben oder sich aufgrund anderer Umstände (z.B. die Aussichten auf sog. cross-selling, d.h. den Verkauf weiterer Produkte an den Kunden) besonders engagieren. Über die neuen Makler des Alterssicherungssystems werden mithin Personengruppen mit gleichen Ausgangsvoraussetzungen ungleich versorgt. Vor diesem Hintergrund geht es nicht zuletzt um den *Zugang zu Informationen*: Dieser korreliert vermutlich stark mit Bildungsniveaus, aber zugleich steht zu vermuten, dass die – jeweils unterschiedliche – persönliche Einbindung in soziale Netzwerke ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle spielt, wenn es um die aktive Auseinandersetzung mit Vorsorgeangeboten geht. Diejenigen, die beispielsweise in stabile betriebliche oder auch gewerkschaftliche Zusammenhänge eingebunden sind, haben erhöhte Chancen auf solide Vorsorgeprodukte als andere – das gilt z.B. für die Stammebelegschaften der Metallindustrie, die bereits frühzeitig in ein quasi-institutionell kontrolliertes Vorsorgeprogramm („Metallrente“) einsteigen konnten.

- Was das *Pflegesystem* betrifft, geht es zunächst auch hier um „klassische“ Ungleichheiten. Im Altenbericht der Bundesregierung (2002:93ff) werden Ergebnisse von Erhebungen zur Einkommenssituation von Haushalten mit Pflegebedürftigen zusammengetragen (gewichtet nach Pro-Kopf-Äquivalenzen). Danach muss das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bzw. -tätigkeit als spezifisches (Haushalts-)Einkommensrisiko gewertet werden (vgl. Schema 3, differenziert nach Ost- und Westdeutschland). Während etwa in Westdeutschland zum Untersuchungszeitpunkt (1998) 3 bis 5 %³³ der Haushalte aller Personen im Alter von mehr als 74 Jahren über weniger als (ca.) 500 Euro verfügen, sind es 14 % aller Haushalte mit Pflegebedürftigen. Im Einkommensbereich zwischen (ca.) 500 und 1000 Euro betragen die entsprechenden Werte 36 bis 39 % gegenüber 55 %. Von diesen Einkommen sind dann die (privat) finanzierten Aufwendungen für Pflege zu bestreiten. Indirekt entstehen im Umfeld der Pflegepersonen weitere zusätzliche Belastungen: Verschiedenen Untersuchungen zufolge leiden pflegende Angehörige im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung auffällig häufiger bzw. stärker unter körperlichen oder auch psychischen Beschwerden (Altenbericht der Bundesregierung 2002:198f) – wahrscheinlich ist, dass entsprechend höhere Aufwendungen für Gegenmaßnahmen anfallen. Wenn, wie derzeit zu beobachten, zumindest qualitativ höherwertige Pflege zunehmend von der Inanspruchnahme privater Ressourcen abhängt und Sozialhilfeleistungen immer zurückhaltender vergeben werden (z.B. für Dienste im Umkreis der eigentlichen Pflege), dann spitzt sich die relative soziale Lage von Haushalten mit geringem Einkommen und pflegebedürftigen Personen weiter zu.

³³ Der jeweils höhere Wert bezieht sich auf die Gruppe der bis 85-Jährigen.

Zu berücksichtigen ist, dass die soziale Relevanz der oben beschriebenen neuen Spielregeln allgemein größer wird, da deren Inanspruchnahme wächst. Zwar sieht etwa der Altenbericht der Bundesregierung (2002:194ff) vorerst noch keinen durchgreifenden Wandel im Pflegeverhalten der Bevölkerung, doch gibt es Hinweise darauf, dass bereits heute immer weniger Pflegebedürftige (ausschließlich) privat gepflegt werden. Zahlen für das gesamte Bundesgebiet zeigen, dass in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre die ambulante und besonders die Heimpflege deutlich stärker an Gewicht gewann(en) als die Versorgung in Privathaushalten.³⁴ Es ist nicht unwahrscheinlich, dass sich dieser Trend fortsetzt, auch weil die bislang (v.a. unter Frauen) stark verbreitete Zurückhaltung gegenüber der Inanspruchnahme fremder (professioneller) Hilfe im Zuge von Enttraditionalisierungsprozessen weiter abnehmen dürfte.³⁵

Schema 3: Differenzen im Monatseinkommen zwischen Haushalten mit und ohne Pflegebedürftigen



Quelle: Altenbericht der Bundesregierung 2002, S. 94, auf der Grundlage von StBA- und Infratest-Daten, aufbereitet von U. Fachinger u. U. Schneekloth/U. Müller

Da generell im Zuge des demografischen und sozialen Wandels Familienunterstützung weniger universell werden, entstehen für Pflegeklienten überdies neue *biografische Risiken*, und zwar v.a. dann, wenn nicht auf die Unterstützung von Kindern oder Partnern gesetzt werden kann. Einiges spricht dafür, dass viele Pflegebedürftige zukünftig nicht hinlänglich über Hilferessourcen aus ihrem privaten Umfeld verfügen können, wobei sich dies nicht zwingend entlang sozialer Schichtungen vollzieht. Denn „mehr und mehr erweist sich die klassische Familienpflege als Auslaufmodell“ (Trilling/Klie 2003:119): Schwindende Heiratsneigung, wachsende Scheidungsraten, abnehmende Kinderzahl, größerer Altersabstand zwischen den Generationen, sinkende Haushaltsgröße bzw. Zunahme von Singlehaus-

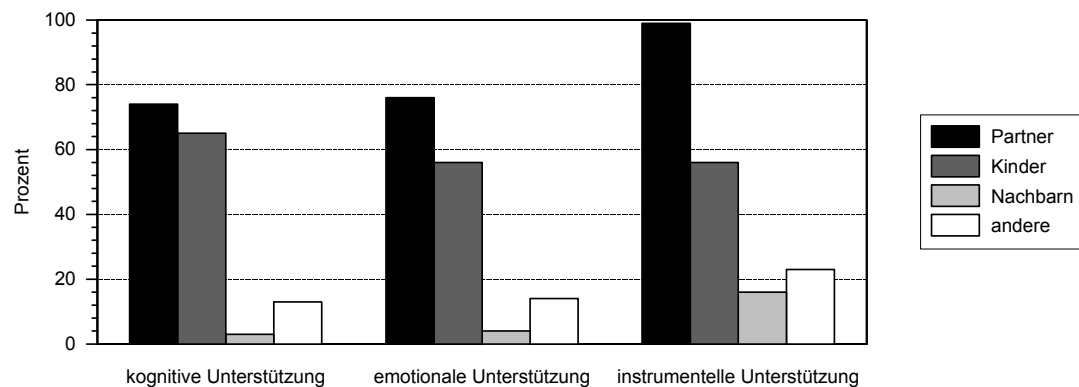
³⁴ Ablesen lässt sich dies u.a. an der relativen Zunahme von Pflegesachleistungen im Leistungsvolumen der Pflegeversicherung (vgl. Altenbericht der Bundesregierung 2002:252, Runde/Giese 2003:27f).

³⁵ In der o.g. repräsentativen Befragung der Hamburger Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung gaben 72 % der befragten Pflegehaushalte an, Pflege sei nicht als Frauenaufgabe zu betrachten (vgl. Runde/Giese 2003:6). Gleichzeitig waren allerdings in 80 % der Haushalten Frauen für die Pflege zuständig. Die gleiche Befragung zeigt, dass der Anteil derer, die aus familiären Beziehungen eine moralische Verpflichtung zur persönlichen Pflege ableiten, neuerdings zurückgeht.

halten, steigende Frauenerwerbsquote, wachsende berufliche Mobilitätsanforderungen – all diese sozialstrukturellen Trends lassen es als wahrscheinlich erscheinen, dass die Verfügbarkeit informeller Pflege allgemein zurückgeht und dabei auch den Zufällen des Lebenslaufs überlassen bleibt.

Vorliegenden Befragungen zufolge setzen nur wenige 70- bis 85-jährigen Personen bei entsprechendem Bedarf auf kognitive, emotionale oder instrumentelle Unterstützung aus ihrem außerfamiliärem sozialen Netzwerk (vgl. Künemund/Hollstein 2000, ähnliche Befunde bei Trilling/Klie 2003). Partner und Kinder dominieren als Helfer (vgl. Schema 4). Die Hilfeerwartung bezieht sich ebenfalls in hohem Maße auf Verwandte; entsprechend wird allgemein davon ausgegangen, „dass fehlende Unterstützung alter hilfsbedürftiger Menschen durch die nahen Angehörigen nur in geringem Umfang durch andere informelle Angebote ersetzt werden kann“ (Altenbericht der Bundesregierung 2002:209).³⁶

Schema 4: Rangfolge der Unterstützungspersonen, an die sich 70- bis 85-Jährige bei Hilfsbedarf wenden (können)



Quelle: Künemund/Hollstein 2000

Darüber hinaus lassen sich weitere Verteilungseffekte quer zu klassischen Ungleichheiten beobachten. So ergeben sich für bestimmte Bevölkerungskreise *neue „institutionelle“ Chancen*, da sie von den Veränderungen im Pflegesystem (materiell) außerordentlich profitieren können. Für viele Pflegenden stellte die Geldleistung der Pflegeversicherung ein bis dato nicht gegebenes „Zubrot“ dar, durch das Familienpflege potenziell stressfreier und – in Kombination mit ambulanter Hilfe – flexibler arrangiert werden konnte. In gewisser Weise wurden hier „Minijobs“ für Personen (meist Frauen) geschaffen, die unter anderen Bedingungen die Familienpflege, nur *ohne* Finanzhilfe, übernommen hätten. Runde/Giese (2003:32) ermitteln in ihrer Befragung, dass 36 % der befragten Pflegepersonen in Privathaushalten, an die noch keine Rentenzahlungen ergingen, angaben, schon *vor* der Über-

³⁶ Bestätigt wird diese Einschätzung auch in der bereits genannten Hamburger Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung, die zeigt, dass die Wunschkopflegeperson von Pflegebedürftigen in drei Viertel aller Fälle ein Angehöriger oder der Lebenspartner ist (Runde/Giese 2003:30).

nahme häuslicher Pflege nicht erwerbstätig gewesen zu sein. Davon entstammten überdurchschnittlich viele Personen Arbeiterhaushalten. Ob allerdings die Übernahme solcher „Minijobs“ berufsbiografisch stimmig ist, hängt von kontingenten Rahmenbedingungen (Familienstand und -phase, Dauer der Pflege bzw. eines Berufsaustritts etc.) ab. Vor allem die wachsende Instabilität von Familienstrukturen erhöht Verlustrisiken bei einer Teilpopulation der genannten Gruppe.

Das Versorgungsniveau hängt überdies von einem weiteren kontingenten Faktor ab: nämlich der *Verfügbarkeit ergänzender außerfamiliärer Unterstützung*, auch in Gestalt ehrenamtlicher Hilfe. Es gibt durchaus Beispiele dafür, dass Qualitäts- und Versorgungsmängel durch Selbsthilfe bzw. freiwilliges Engagement kompensiert werden können³⁷ – nur geschieht dies nicht flächendeckend und auch nicht unbedingt dauerhaft. In Umfragen geben viele Personen an, keine Menschen zu kennen, an die sie sich im Falle der Pflegebedürftigkeit wenden könnten.³⁸ In dieser Hinsicht sind also die bestehenden Rahmenbedingungen und damit die Wohlfahrtschancen für die Betroffenen ebenfalls unsystematisch entwickelt.

Auch im Hinblick auf die organisatorischen Voraussetzungen von Pflegearrangements gibt es neuartige Ungleichheiten. Auf dem Pflegemarkt muss Versorgung „gemanagt“ werden: von den Anbietern, aber auch von mit ihnen verhandelnden „Kunden“. Die Güte der Pflege hängt zunächst davon ab, wie die *lokalen Marktverhältnisse* (einschließlich der Kooperationskultur zwischen den verschiedenen Regulierern und den Leistungserbringern) und das Management bei einem gegebenen Pflegeanbieter jeweils entwickelt sind. Was Letztere betrifft, so kann der gewählte Anbieter ein kreativer, sozial engagierter Träger oder aber ein „Abzocker“ sein – lokale Variabilität ist in das System gleichsam eingebaut. Vielfach entscheidet die *Konsumentensouveränität* bei den Betroffenen und ihren Angehörigen über die Chancen auf qualitativ hochwertige Leistungen. Die Fähigkeit der Informationsverarbeitung und -mobilisierung korreliert zwar allgemein mit klassischen sozialstrukturellen Differenzierungen (Bildungsstand, Vermögenslage etc.), unterscheidet sich aber auch danach, welche Art von Pflegebedürftigkeit bei den Betroffenen besteht, welche Informationen jeweils vor Ort verfügbar sind und inwiefern Angehörige oder Bekannte über „technische“ Möglichkeiten verfügen, planerisch und kontrollierend einzugreifen. Diesbezüglich dürfte sich die Verteilung von Versorgungschancen ebenfalls als relativ unübersichtlich erweisen.

³⁷ Vgl. etwa Evers et al. (2002:163ff) sowie Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004: 142ff).

³⁸ Eine in einer mittleren Großstadt durchgeführte Feldstudie hat diesbezüglich einen Wert von 39 % ermittelt (Trilling/ Klie 2003:118).

4 Fazit

Die sich gegenwärtig vollziehende Neuordnung der Seniorenversorgung führt (perspektivisch) zu einer Reihe einschneidender Veränderungen im Hinblick darauf, wie eine Gesellschaft mit dem Alter(n) umgeht und welches Wohlfahrtsgefälle sie dabei produziert. Die Systeme der Alters-einkommenssicherung und der Pflegeversorgung transformieren sich zunehmend in einen *Markt der Möglichkeiten*, auf dem die Subjekte des (einstigen) Wohlfahrtsstaats vor neuartigen Herausforderungen stehen und für von ihrer sozialen Lage her vergleichbare Individuen potenziell unterschiedliche Wohlfahrtseffekte wahrscheinlich(er) werden.

Die vorstehende Analyse hat dabei das Augenmerk auf zwei in der derzeitigen Debatte eher vernachlässigte Umstände gelenkt: Zum einen bestimmt sich das, was in den Systemen der Einkommenssicherung und der Pflege im Alter an sozialer Wohlfahrt entsteht, in wachsendem Maße in der *konkreten Interaktion von Individuen und Organisationen* – entsprechend hängt auch die Struktur sozialer Ungleichheit zunehmend von solchen Interaktionen ab. Diese Interaktionen sind allerdings nicht uniform und stabil, sondern werden permanent disorganisiert und reorganisiert. Wie die Eigenvorsorge bzw. die Pflegequalität konkret ausfällt, hängt in nicht unerheblichem Maße davon ab, wie sich das Verhältnis jedes Einzelnen zu jenen gestaltet, die (Privat-)Rente und Pflege im Markt organisieren. Die „Ungleichheitsproduktion“ wird weniger von institutionellen Faktoren (Sozialrecht und Sozialpolitik), sondern stärker davon bestimmt, wie und in welcher Form die Individuen private Eigenvorsorge im Umgang mit Beratungsinstanzen und Produktanbietern arrangieren. Ein Arbeitnehmer mit ununterbrochener Erwerbsbiografie, der zum richtigen Zeitpunkt das richtige Vorsorgeprodukt wählt und marktsensibel verwaltet (bzw. verwalten lässt), weil er entsprechend gut beraten worden ist, wird seine Wohlstands(verlust)risiken auch dann in Grenzen halten können, wenn er zu den Einkommens- und Vermögensschwächeren zählt. Umgekehrt kann für einen schlecht beratenen und staatlich nicht geförderten Selbstständigen ein Großteil der Altersvorsorge den Turbulenzen eines volatilen Kapitalmarktes zum Opfer fallen.

Zum anderen gewinnt bei der Generierung von Wohlstandspositionen im Alter die Zahl der intervenierenden Faktoren signifikant an Bedeutung. Gemessen an den Verhältnissen, die für die Entwicklung in der Nachkriegsepoche bestimmend waren – dies gilt zumindest für die *Richtung* der „Systementwicklung“ –, hängt die individuelle Wohlfahrt von Senioren perspektivisch sehr viel stärker davon ab, ob die konkrete persönliche Lebenslage zu den jeweils greifbaren Möglichkeiten sozialstaatlicher Förderung einerseits, im sozialen Umfeld vorhandener Zusatzressourcen andererseits passen. Entsprechend steigt die *Kontingenz sozialer Ungleichheit*. Sozialstrukturanalytisch gewendet könnte man sagen, dass ungleichheitsstiftende soziale Faktoren zunehmend weniger und unsystematischer mit einander zusammenhängen und insofern intransparenter werden. Es kann in der Tat „unglückliche“ oder „glückliche“ Umstände geben: Liegt Kinderlosigkeit vor, gibt es keine freiwillige Hilfe im lokalen Umfeld und arbeitet der ambulante Pflegedienst mit Qualitätsmängeln, dann rutschen auch Pflegebedürftige mit mittlerem Einkommen bzw. Vermögen in eine

Problemzone; umgekehrt bestehen bessere Wohlfahrts(sicherungs)chancen für Personen, die zwar einkommensschwach sind, aber ansonsten auf günstigere Umstände treffen.

Es emergieren also neue bzw. zusätzliche Determinanten sozialer Ungleichheit im Alter, die sozialstrukturelle Differenzierung der Voraltersphase wird in veränderter Weise gebrochen. Es zeigt sich, dass die Disorganisierung der Seniorenversorgung ein spezifisches Ungleichheitsregime im Alter generiert, und das ist ein wesentlicher Teilaspekt des gegenwärtigen Strukturwandels des Alters. Was insgesamt erkennbar wird ist, dass nicht nur die Seniorenversorgung als solche permanent disorganisiert wird, sondern dass wir es im Zuge sozialstrukturellen Wandels nun auch mit einer *Disorganisierung der Ungleichheitsproduktion* zu tun haben. Könnte man für die Phase der entwickelten Industriegesellschaft allgemein davon ausgehen, dass sozialstrukturelle Faktoren wie Geschlecht oder beruflicher Status, institutionelle Regulationen wie das Sozialversicherungsrecht oder die Sozialhilfe sowie marktvermittelte Positionsunterschiede bzw. Einkommenskarrieren die soziale Ungleichheit im Alter vergleichsweise systematisch vorproduzieren, gibt es in dem Zusammenspiel all dieser Elemente immer weniger System und immer mehr Unordnung.

Im Hinblick auf die Zukunft der Seniorenversorgung bedeutet dies zweierlei: Erstens können sich diejenigen, die Regulierungsverantwortung tragen, leichter aus ihrer Verantwortung zurückziehen, weil ja stets einerseits auf unter den bestehenden Verhältnissen real existierende, jeweils günstigere Versorgungsalternativen verwiesen werden kann und sich andererseits argumentieren lässt, die Verhältnisse seien so unsystematisch ungleich, dass man sie nicht mehr diskretionär (aus- bzw. um)gestalten könne. Und zweitens dürfte auch die gesellschaftliche Akzeptanz einer quasi-marktlich produzierten Ungleichheit in dem Maße ungefährdet sein, als jeder und jede – nicht ohne entsprechende Anhaltspunkte – hoffen kann, individuell an die relativ besseren Versorgungsmöglichkeiten zu geraten. Eine systematisch dis- und reorganisierte, und dadurch volatile, Seniorenversorgung wird auf diese Weise ebenso systematisch ultrastabil.

Literatur

- Altenbericht der Bundesregierung (2002), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Risiken, Lebensqualität und die Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin: Deutscher Bundestag. 14. Wahlperiode
- Bäcker, Gerhard (2004), Die Frage nach der Generationengerechtigkeit: Zur Zukunftsfähigkeit der umlagefinanzierten Rentenversicherung; S.12-31 in: VDR (Hrsg.), Generationengerechtigkeit - Inhalt, Bedeutung und Konsequenzen für die Alterssicherung. Jahrestagung 2003 des Forschungsnetzwerkes Alterssicherung (FNA) am 4. und 5. Dezember 2003 in Erfurt. Sonderausgabe von „Deutsche Rentenversicherung“
- Bertelsmannstiftung (Leinert, Johannes) (2003), Altersvorsorge 2003. Wer hat sie, wer will sie? Private und betriebliche Altersvorsorge der 30- bis 50-Jährigen in Deutschland, Vorsorge-Studien No.18, Gütersloh
- Betzelt, Sigrid & Christiane Schnell (2003), Die Integration „neuer“ Selbstständiger in die Alterssicherung: Modelle, Erfahrungen und Probleme in Deutschland und vier europäischen Nachbarstaaten; S.249-270 in: Zeitschrift für Sozialreform (49) 2
- Blinkert, Baldo & Thomas Klie (1999), Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Hannover: Vincentz
- Bode, Ingo (2004), Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus. Die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Bode Ingo (2005), Dépendance et marché. Une perspective internationale sur l'aide à domicile et ses secteurs en mutation. Forschungsbericht, Montreal: GRASP (<http://www.grasp.umontreal.ca/220.htm>)
- Brömme, Norbert (1999), Eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung? Über die sozialen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes, Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft
- Bulmahn, Thomas (2003), Zur Entwicklung der privaten Altersvorsorge in Deutschland; S.29-54 in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (55) 1
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004), Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodell-Programm, Berlin
- Datz, Nicole (2003), Private Altersvorsorge am Beispiel der Riester-Rente. Darstellung und kritische Würdigung aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive, Köln: Deutsches Institut für Altersvorsorge
- Dietz, Berthold (2002), Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeit und Zukunft einer Sozialreform, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Döring, Diether (2002), Die Zukunft der Alterssicherung, Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Eberle, Susanne (1988), Sozialstationen in kirchlicher Trägerschaft, Dissertation: Freiburg

- Evers, Adalbert, Ulrich Rauch & Uta Stitz (2002), Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen. Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen, Berlin: Sigma
- Grunow, Dieter, Fritz Hegner & Jürgen Lempert (1979), Sozialstationen: Analysen und Materialien zur Neuorganisation ambulanter Sozial- und Gesundheitsdienste, Bielefeld: Kleine
- Heusinger, Josephine & Monika Klünder (2004), Die Einflüsse des Milieus auf die Steuerung in häuslichen Pflegearrangements; S.183-196 in: Blüher, Stefan & Manfred Stosberg (Hrsg.), Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- HLT, Herdt, Jürgen, Britta Rudolph, Klaus Stegmüller & Thomas Gerlinger (2000), Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege, Wiesbaden: HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung
- Kohli, Martin (1985), Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente, S.1-29 in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (37) 1
- Kotlenga, Sandra, Barbara Nägele & Thomas Görgen (2004), Ein Seniorentelefon für Deutschland – Erfahrungen und Perspektiven für die Praxis. Dokumentation des Expertenkolloquiums zur Frage eines telefonischen Zugangs zu Beratung rund ums Alter(n) am 4. und 5.12.2003 in Göttingen, Zoom e.V. / Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend
- Künemund, Harald & Bettina Hollstein (2000), Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke; S.212-276 in: Kohli, Martin & Harald Künemund (Hrsg.), Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Surveys, Opladen: Leske & Budrich
- Le Grand, Julien & Will Bartlett (1993), The Theory of Quasi-Markets; S.13-34 in: id. (Hrsg.), Quasi-Markets and Social Policy, London: Macmillan
- Leinert, Johannes (2004), Freiwillige Altersvorsorge: Finanzielle Förderung ist nicht alles; S.55-62 in: Sozialer Fortschritt (53) 3
- Lessenich, Stephan (1999), Ein (und)moralisches Angebot. Reziprozitätsfiktionen im modernen Wohlfahrtsstaat; S.153-168 in: Honneger, Claudia, Stefan Hradil & Franz Traxler (Hrsg.), Grenzenlose Gesellschaft? Verhandlungen des 29. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, des 16. Kongresses der ÖGS, des 11. Kongresses der SGS in Freiburg im Breisgau 1998, Opladen: Leske & Budrich
- Manow, Philip (1998), Individuelle Zeit, institutionelle Zeit, soziale Zeit. Das Vertrauen in die Sicherheit der Rente und die Debatte um Kapitaldeckung und Umlage in Deutschland; S.193-211 in: Zeitschrift für Soziologie (27) 3
- Meyer, Dirk (2003), Für mehr Wettbewerb im stationären Altenhilfesektor. Handlungsbedarf auf Grund einer Kapazitätsprognose 2030, Berlin: Duncker & Humblot
- Nullmeier, Frank (2003), Wohlfahrtsmärkte und Bürgerengagement in der Marktgesellschaft; S.961-974 in: Allmendinger, Jutta (Hrsg.), Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002, Opladen: Leske & Budrich
- Papst, Stefan (2002), Implementation sozialpolitischer Programme im Föderalismus. Pflegepolitischer Wandel in Ländern und Kommunen mit Einführung der Pflegeversicherung, Berlin: Logos
- Pflegebericht (2004), Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung; Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- Prahl, Hans-Werner & Klaus R. Schroeter (1996), *Soziologie des Alterns*, Paderborn usw.: Schöningh (UTB)
- Priester, Klaus (2004), Vom Jahrhundertwerk zum Luxusgut? Probleme und Perspektiven der Pflegeversicherung; S.92-105 in: Elsner, Gine, Thomas Gerlinger & Klaus Stegmüller (Hrsg.), *Markt versus Solidarität – Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*, Hamburg: VSA
- Rothgang, Karl-Heinz (2000), Wettbewerb in der Pflegeversicherung; S.423-448 in: *Zeitschrift für Sozialreform* (46) 5
- Runde, Peter & Reinhard Giese (2003), *Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels*, Hamburg: Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung an der Universität Hamburg
- Schimany, Peter (2003), *Die Alterung der Gesellschaft. Ursachen und Folgen des demografischen Umbruchs*, Frankfurt/New York: Campus
- Schmähl, Winfried (2004), Paradigm shift in German pension policy: Measures aiming at a new public-private mix and their effects; S.153-204 in: Rein, Martin & ders. (Hrsg.), *Rethinking the welfare state. The political economy of pension reform*, Cheltenham: Edward Elgar
- Schölkopf, Martin (2000), *Altenpflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Die Entwicklung der Pflegedienste zwischen Parteien, Verbänden und Ministerialbürokratie im Bundesländervergleich*, Opladen: Leske & Budrich
- Schneekloth, Ulrich & Udo Müller (2000), *Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*, Baden-Baden: Nomos
- Skuban, Ralph (2004), *Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Strünck, Christoph (2000), *Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse*, Opladen: Leske & Budrich
- Theobald, Hildegard (2005), *Social exclusion and care for the elderly – theoretical concepts and changing realities in European welfare states*. WZB Diskussion Paper SP 1 2005-301, Berlin
- Trilling, Angelika & Thomas Klie (2003), Die Ermittlung von pflegekulturellen Orientierungen und Pflegebereitschaft als Instrument der Altenhilfeplanung; S.111-120 in: Klie, Thomas, Anke buhl, Hildegard Entzian & Roland Schmidt (Hrsg.), *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorübergreifender Perspektive*, Frankfurt: Mabuse
- Veil, Mechthild (2002), *Alterssicherung von Frauen in Deutschland und Frankreich. Reformperspektiven und Reformblockaden*, Berlin: Sigma
- Vickerstaff, Sarah & Jennie Cox (2005), Retirement and risk: Individualization of retirement experiences? S.78-95 in: *The Sociological Review* (53) 1

