

1

Bamberger Beiträge zur Soziologie

# Altern in Europa

Empirische Analysen mit dem Survey of Health,  
Ageing and Retirement in Europe

Hrsg. von Henriette Engelhardt



UNIVERSITY OF  
BAMBERG  
PRESS

Bamberger Beiträge zur Soziologie

Band 01 – Altern in Europa

# Bamberger Beiträge zur Soziologie

## **Amtierende Herausgeber**

Hans-Peter Blossfeld

Henriette Engelhardt

Irena Kogan

Richard Münch

Richard Pieper

Elmar Rieger

Thorsten Schneider

Gerhard Schulze

Volker Stocké

## **Redaktionsleitung**

Marcel Raab



University of Bamberg Press 2009

# Altern in Europa

Empirische Analysen mit dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

Hrsg. von Henriette Engelhardt



University of Bamberg Press 2009

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische  
Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de/> abrufbar

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über den Hochschulschriften-  
Server (OPUS; <http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/>) der  
Universitätsbibliothek Bamberg erreichbar. Kopien und Ausdrücke  
dürfen nur zum privaten und sonstigen eigenen Gebrauch  
angefertigt werden.

© University of Bamberg Press Bamberg 2009  
<http://www.uni-bamberg.de/ubp/>

ISSN: 1867-8416

URN: urn:nbn:de:bvb:473-opus-1728

# INHALT

*Henriette Engelhardt*

Vorwort

vi

*Marcel Raab, Michael Ruland und Christopher Schmidt*

Intergenerationale Austauschbeziehungen und ihre  
Determinanten. Ein europäischer Vergleich

1

*Felix Koenen, Timo Reichert und Ines Zapf*

Freiwillige und unfreiwillige Frühverrentung in Deutschland.  
Effekte von Arbeitsmarktstrukturen und Geschlecht

57

*Stefan Gruber und Markus Kiesel*

Wer konsultiert den Allgemeinarzt in Deutschland? Eine  
Analyse zum Einfluss von Versicherung und anderen sozialen  
Merkmalen auf die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer  
Leistungen im Alter

94

# VORWORT

Es ist mir eine große Freude, mit diesem Band die erste Ausgabe der Bamberger Beiträge zur Soziologie zu präsentieren. Bei den Bamberger Beiträgen zur Soziologie handelt es sich um eine neu gegründete Reihe, die von der Fachgruppe Soziologie der Universität Bamberg herausgegeben wird. In dieser Reihe soll Studenten die Möglichkeit gegeben werden, herausragende Arbeiten, die im Laufe des Studiums oder im Rahmen der Abschlußqualifikation entstanden sind, einem breiteren Publikum zu präsentieren.

Im ersten Band werden drei Arbeiten vorgestellt, die von studentischen Arbeitsgruppen im Rahmen des von mir durchgeführten Bevölkerungswissenschaftlichen Forschungspraktikums während der letzten beiden Jahre entstanden sind. Thema des Forschungspraktikums waren ausgewählte Aspekte der mit der Bevölkerungsalterung verbundenen Folgen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene, die mit den Daten der ersten Welle des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) des Jahres 2004 analysiert wurden. Alle drei Arbeiten knüpfen an wichtige aktuelle Forschungsfragen an, zeigen Kenntnis der relevanten Literatur, analysieren die Daten mit adäquaten Methoden und wissen die Ergebnisse sachkundig zu interpretieren und einzuordnen.

Im ersten Beitrag gehen Marcel Raab, Michael Ruland und Christopher Schmidt der Frage nach, wodurch intergenerationale instrumentelle Transfers bedingt werden und ob es eine Wechselwirkung von sozialstaatlichen Leistungen und innerfamiliärer Solidarität gibt. Angesichts der durch die kontinuierliche Verlängerung der Lebenserwartung und der Abnahme der Kinderzahlen bedingten verändernden Generationenverhältnisse handelt es sich dabei um eine Fragestellung von hoher gesellschaftlicher Relevanz. Raab, Ruland und Schmidt greifen in ihrer Arbeit den aktuellen theoretischen Diskurs der soziologischen Forschung zu intergenerationalen Transfers auf, stellen eigene theoretische

Überlegungen zur Ergänzung bestehender Modelle an und führen vor diesem Hintergrund eine empirische Untersuchung auf Basis der ersten SHARE-Welle durch. Dabei kommen sie unter anderem zu dem Ergebnis, dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen wohlfahrtsstaatlichen Kontext und intergenerationaler Solidarität, wie er häufig postuliert wird, so nicht zu beobachten ist. So sind in den vergleichsweise rudimentären Wohlfahrtsstaaten Südeuropas intergenerationale Austauschbeziehungen zwischen Haushalten zwar seltener, aber dafür intensiver als in den anderen untersuchten Ländern. Abgesehen vom Einfluss des staatlichen beziehungsweise kulturellen Kontextes zeigen Raab et al. zudem, dass noch zahlreiche weitere Determinanten das Transferverhalten zwischen der Altersgruppe 50+ und deren erwachsenen Kindern beeinflussen. Dazu zählen zu den Bedürfnissen, den Opportunitäten und den familialen Kontexten auch die Motive der Akteure, die bislang häufig unberücksichtigt blieben.

Der zweite Beitrag von Felix Koenen, Timo Reichert und Ines Zapf befasst sich mit freiwilliger und unfreiwilliger Frühverrentung in Deutschland. Im Zuge des demographischen Wandels wird in Deutschland ein erheblicher Rückgang der Erwerbspersonen erfolgen; dennoch wird die Frühverrentung nach wie vor in hohem Maße praktiziert. Koenen, Reichert und Zapf gehen in ihrem Beitrag empirisch der Frage nach, welche Effekte die vorhandenen Arbeitsmarktstrukturen und das Geschlecht auf den freiwilligen und unfreiwilligen Frühverrentungsprozess in Deutschland haben. Anhand von Analysen der SHARE-Daten zeigen Koenen, Reichert und Zapf, dass neben dem Geschlecht die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Sektor sowie die Betriebsgröße wichtige Determinanten der freiwilligen bzw. unfreiwilligen Frühverrentung sind. Das Risiko unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden ist vor allem für Männer, Arbeitnehmer in größeren Betrieben und Ostdeutsche erhöht. Insbesondere scheinen Männer im sekundären Sektor aufgrund von Rationalisierungsmaßnahmen unfreiwillig in Frührente



geschickt zu werden. Frauen arbeiten hingegen meist im tertiären Sektor und bestimmen ihren Renteneintritt eher selbst.

Im dritten Beitrag beschäftigen sich Stefan Gruber und Markus Kiesel mit der Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen im Alter. Vor dem Hintergrund der Befürchtungen einer zunehmenden „Zwei-Klassen-Medizin“ leistet diese Studie einen Beitrag zur Klärung tatsächlich bestehender Versorgungsunterschiede nach Versicherungsart und anderen sozialen Merkmalen. Basierend auf der ersten Welle von SHARE schätzen Gruber und Kiesel die Anzahl der Allgemeinarztbesuche mit einer Negativ-Binomial-Logit-Hürden-Regression. Die beiden Autoren zeigen, dass Privatversicherte eine um zwei Drittel geringere Chance auf mindestens einen Allgemeinartzkontakt haben; zudem ist ihre erwartete Konsultationsanzahl im Fall der Nutzung geringer. Gruber und Kiesel zeigen ferner, dass die bipolare Struktur der versicherungsspezifischen Nutzung in der Rente zunimmt. Hinweise auf eine angebotsinduzierte Nachfrage in der privaten Krankenversicherung können Gruber und Kiesel allerdings keine ausmachen.

Bamberg, den 15. Januar 2009

Henriette Engelhardt

# INTERGENERATIONALE AUSTAUSCH- BEZIEHUNGEN UND IHRE DETERMINANTEN

Ein europäischer Vergleich

Marcel Raab, Michael Ruland und Christopher Schmidt

*Zusammenfassung:* Vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte über Generationenbeziehungen in alternden Gesellschaften widmet sich der Beitrag intergenerationalen Unterstützungsleistungen zwischen Angehörigen der Altersgruppe 50+ und deren erwachsenen Kindern. Auf Basis eines um Motivstrukturen erweiterten Modells familialer Solidarität konnten wir in unseren Analysen unter anderem erhebliche Unterschiede zwischen Südeuropa und dem restlichen Europa feststellen. In Südeuropa sind intergenerationale Austauschbeziehungen zwischen Haushalten zwar seltener, aber intensiver als in den anderen untersuchten Ländern. Eine eindeutige Entscheidung bezüglich der Frage, ob ein starker Wohlfahrtsstaat innerfamiliäre Solidarität unterminiert oder begünstigt, ist angesichts dieser entgegengesetzten Ergebnisse kaum möglich. Ob der datenbedingten Analyserestriktionen bleibt zudem unklar, wie stark das Transferverhalten von den Motiven der Akteure beeinflusst wird, wenngleich auch Indizien dafür gefunden werden konnten, die es nahelegen dieser Frage in künftigen Studien mehr Aufmerksamkeit zu Teil werden zu lassen.

*Stichworte:* intergenerationale Solidarität; crowding in/out; Wohlfahrtsstaat und Familie; Motive solidarischen Handelns

## 1 Einleitung

Im Zuge der Alterung westeuropäischer Gesellschaften erfreuen sich demografische, familienpolitische und -soziologische Themen seit einiger Zeit großer Beliebtheit in der Berichterstattung der Medien und

damit einer breiten Öffentlichkeit. Im Wesentlichen beschränkt sich die öffentliche massenmediale Diskussion in diesem Zusammenhang auf ökonomische und demografische Makroindikatoren, die den Ernst der Lage veranschaulichen sollen: Ansteigendes Medianalter bei gleichzeitig rückläufiger Fertilität, schrumpfende Erwerbsbeteiligungsquoten bei parallel anwachsender Altersabhängigkeitsrate und steigenden Kosten für (umlagefinanzierte) Renten- und Gesundheitssysteme (vgl. u.a.: Börsch-Supan 2004; Schneider 2002). All die genannten Entwicklungen liefern Material für eine Reihe von Krisenszenarien. So wird beispielsweise das „Ergrauen des europäischen Sozialietats“ (Guillemard 1992: 615) festgestellt und die Frage aufgeworfen, in welcher Weise der Generationenvertrag aufrechterhalten werden kann, ohne bestimmte Geburtskohorten übermäßig zu belasten. Im Zuge dieser Auseinandersetzung werden die Alten häufig als eine Last für die jüngere Generation dargestellt, da der Anteil der Sozialausgaben, der ihnen zuteil wird, in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich anstieg und sich ihre ökonomische Situation im Vergleich zu früheren und auch jüngeren Generationen mithin deutlich verbessert hat (Hradil 2004: 225). Ungeachtet dessen blieben die befürchteten Generationenkonflikte in den europäischen Gesellschaften bislang weitestgehend aus (Kaufmann 1997: 26).

Durch die Fokussierung auf Strukturindikatoren wird leicht übersehen, dass auf der Mikroebene, also innerhalb der Familien, entgegen aller Krisenszenarien nach wie vor in einem erheblichen Ausmaß und auf vielfältige Weise Solidarität zwischen den verschiedenen familialen Generationen produziert wird (siehe u.a.: Albertini et al. 2007; Attias-Donfut 2000; Attias-Donfut et al. 2005; Bengtson und Roberts 1991; Bengtson und Schütze 1992; Kohli 2002, 2004; Szydlik 1997, 2000). Einen zentralen Aspekt dieser intergenerationalen Solidarität stellen finanzielle und instrumentelle Austauschbeziehungen dar, innerhalb derer die Alten häufig mehr leisten als sie empfangen (Albertini et al. 2007; Vogel 2008). Die immer länger werdenden Ruhestandsphasen

dürfen folglich keineswegs mit Untätigkeit gleichgesetzt werden, da die Alten v.a. im Rahmen von Mikrobeziehungen auf der Familienebene in vielfältiger Weise tätig werden, beispielsweise bei der Pflege ihrer Partner und Eltern, aber auch bei der Betreuung der Enkelkinder und der finanziellen Unterstützung der Kinder (Mayer et al. 1992: 747). Zudem leisten ältere Menschen auch im Rahmen freiwilligen Engagements und im Bereich der intragenerationalen Hilfe einen erheblichen Beitrag für die Aufrechterhaltung stabiler Generationenbeziehungen und die Entlastung sozialer Sicherungssysteme (Erlinghagen und Hank 2006; Kohli 2002; Mayer et al. 1992).

Der Fokus dieser Arbeit soll jedoch aus mehreren Gründen auf den (instrumentellen) intergenerationalen Transfers zwischen Eltern und ihren Kindern liegen. Zum einen sind diese Beziehungen, anders als beispielsweise die zunehmend wichtiger werdenden intragenerationalen Transfers in Freundschaftsnetzwerken, verhältnismäßig stabil (Diewald 1991; Kaufmann 1997: 27). Zum andern können anhand intergenerationaler Transfers innerhalb von Familien mehrere relevante Fragestellungen zugleich bearbeitet werden.

Zunächst einmal stellt sich die Frage, in welchem Umfang die verschiedenen Generationen an den Transfers teilnehmen. Daraus ergeben sich eine Reihe weiterer Fragestellungen: Ist es um die innerfamiliäre Solidarität tatsächlich so schlecht bestellt, wie einige Kulturpessimisten annehmen? Und zeichnet sich tatsächlich eine unverhältnismäßige Belastung der Jüngeren und mithin ein Generationenkonflikt ab? Und schließlich: Wodurch wird das Transferverhalten der Akteure determiniert?

Im Zuge der Beantwortung der letztgenannten Frage interessieren uns auf der Makroebene die Wechselwirkung von sozialstaatlichen Leistungen und innerfamiliärer Solidarität. Denn in den letzten Jahren ist in den Sozialwissenschaften mehrfach diskutiert worden, ob der Ausbau der Wohlfahrtsstaaten der Produktion intergenerationaler Solidarität

zuträglich ist – *crowding in* – oder ihr schadet – *crowding out* (vgl. u.a.: Kohli 1999; Künemund und Rein 1999; Künemund und Vogel 2006; Motel-Klingebiel und Tesch-Römer 2006; Reil-Held 2002, 2006). Vor dem Hintergrund der anhaltenden Diskussion über die Kürzung von Sozialleistungen gewinnt diese Fragestellung in besonderem Maße an Brisanz.

Auf der Akteursebene widmet sich dieser Artikel neben gängigen Determinanten intergenerationaler Transfers insbesondere den Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Transferformen. Dabei geht es vor allem um die Frage, ob bei intergenerationalen Austauschbeziehungen die Transferströme zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern nur in eine Richtung fließen, oder ob sich reziprokes Transferverhalten beobachten lässt.

Vor der deskriptiven Beschreibung intergenerationaler Austauschbeziehungen und der Analyse ihrer Determinanten werden in den folgenden Abschnitten zunächst die theoretischen Konzepte diskutiert, die dieser Arbeit zugrunde liegen. Ausgehend vom Solidaritätskonzept von Vern Bengtson und Kollegen wird auf der Basis dessen Rezeption und des erweiterten Modells familialer Generationensolidarität von Mark Szydlik mit der Intergration von Motivstrukturen dabei ein eigenständiger theoretischer Beitrag geleistet, der auf einen Aspekt hinweist, der in den meisten aktuellen Forschungsbeiträgen zur intergenerationalen Solidarität vernachlässigt wird.

## **2 Theoretischer Rahmen**

### **2.1 Bengtsons Basismodell**

Bengtson und Roberts (1991: 856) fassen den Kern ihrer theoretischen und empirischen Erwägungen wie folgt zusammen:

„[...] theory that attempts to account for patterns of solidarity among parents and children during the adult family life course – that is, intergenerational cohesion after children reach adulthood and establish careers and families of their own. We conceptualize intergenerational family solidarity as a multifaceted, multidimensional construct reflected in six distinct elements of parent-child interaction: affection, association, consensus, resource sharing, the strength of familism norms, and the opportunity structure for parent-child interaction.“

Gemäß den Überlegungen der Autoren bestehen zwischen den sechs genannten Aspekten intergenerationaler familialer Solidarität zumindest in Teilen Wechselwirkungen. Bevor diese erörtert werden, sollen die einzelnen Dimensionen intergenerationaler Solidarität in der Reihenfolge ihrer Nennung zunächst kurz vorgestellt werden.

Bei der *affektiven Solidarität* geht es um Zusammengehörigkeitsgefühle zwischen Familienmitgliedern, oder anders formuliert, um emotionale Nähe. Bei Dyaden muss das Gefühl der emotionalen Nähe keineswegs auf beiden Seiten identisch sein. Für Eltern-Kind-Dyaden konnte beispielsweise bereits mehrfach nachgewiesen werden, dass Eltern die Beziehung zu ihren erwachsenen Kindern häufiger als eng oder sehr eng beurteilen, als ihre erwachsenen Kinder (siehe u.a.: Giarrusso et al. 1995; Saint-Arnaud und Bernard 2003; Szydlik 1997, 2000: 177ff.). Giarrusso et al., die dieses Phänomen als *Intergenerational-Stake-Effekt* bezeichnen, begründen dieses Ergebnis mit austauschtheoretischen Überlegungen. Die Eltern neigen demnach mitunter zu einer geschönten Darstellung der Filiationsbeziehungen, um dadurch ihre hohen Investitionen in eben diese zu rechtfertigen.

Während emotionale Nähe unter anderem aufgrund unterschiedlicher subjektiver Angaben von Eltern und Kindern vergleichsweise schwer zu messen ist, gestaltet sich die Messung der *assoziativen Solidarität* etwas einfacher, denn diese Dimension intergenerationaler Solidarität bezieht sich auf Kontakthäufigkeiten und gemeinsame Aktivitäten. Mit diesem Aspekt soll also gleichsam erfasst werden, in welchem Ausmaß die Solidarität zwischen familialen Generationen in objektivier-

ter Form auftritt – beispielsweise in Form von Telefonaten, Gesprächen oder gemeinsamen Urlaubsreisen von Eltern und ihren erwachsenen Kindern.

Bei der *konsensualen Solidarität* handelt es sich hingegen wieder um eine abstraktere Komponente intergenerationaler Beziehungen. Sie soll erfassen, inwieweit Familienmitglieder die gleichen Werte, Einstellungen und Überzeugungen teilen.

Die *funktionale Solidarität* vertritt wiederum den konkreteren Bereich intergenerationaler Beziehungen. Hier geht es um das Ausmaß gegenseitiger instrumenteller und materieller Hilfeleistungen. Diese Komponente intergenerationaler Solidarität umfasst also Sach- und Geldgeschenke sowie Erbschaften, aber auch die Pflege kranker Familienangehöriger und die Betreuung von Enkelkindern. Im Rahmen dieser Arbeit wird dieser Form der Solidarität besondere Aufmerksamkeit zuteil. Dies geschieht unter anderem deshalb, weil sie zugleich der zentrale Ansatzpunkt der öffentlichen sowie der wissenschaftlichen Diskussion über den vermeintlichen Verfall der intergenerationalen Beziehungen ist. Zudem ist dieser Indikator unseres Erachtens tatsächlich am besten zur Erfassung des wahren Zustands intergenerationaler Solidarität geeignet, weil er sich mehr als alle anderen Aspekte intergenerationaler Solidarität der Erfassung beobachtbaren Handelns widmet. Insbesondere im Kontext quantitativer Forschung ist dieser Indikator daher besser geeignet als beispielsweise Angaben über Einstellungen zu intergenerationalen Beziehungen. Ist doch bereits in zahlreichen Studien gezeigt worden, dass Einstellungen und das daraus resultierende Handeln – wider besseres Wissen – häufig nicht miteinander im Einklang stehen (vgl. u.a.: Rogers 2003: 69-73).

Zur Erfassung dieser Einstellungen dient in Bengtsons Modell neben der *affektiven* und der *konsensualen* auch die *normative Solidarität*. Wie bei den Normen der Zuständigkeit geht es auch hier um die gefühlte Pflicht, innerhalb intergenerationaler Beziehungen Hilfe leisten zu

müssen. Wie bereits gesagt, müssen einer gefühlten Pflicht keine Taten folgen. Dennoch ist dieser Indikator gerade im Hinblick auf international vergleichende Studien sinnvoll, da hier Unterschiede in den geltenden Normen zu erwarten sind.

Schließlich bleibt noch die *strukturelle Solidarität*. Sie soll zum Ausdruck bringen, in welchem Umfang die Möglichkeit zum intergenerationalen Austausch besteht. Erfassen lässt sich diese Modellkomponente u.a. mit Indikatoren, die die Koresidenzquoten respektive die räumliche Nähe zwischen Familienmitgliedern erfassen. Weiterhin sind hier die Größe der Familie, sowie der Gesundheitszustand der Familienmitglieder von Interesse.

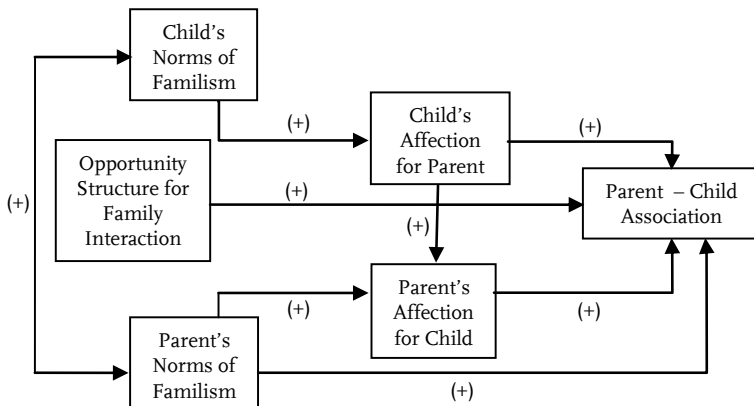


Abbildung 1: Empirisch bestätigte Zusammenhänge im Modell Bengtsons und Roberts' (1991: 867)

Im Basismodell Bengtsons wird angenommen, dass die genannten sechs Dimensionen zumindest teilweise miteinander korreliert sind, mitunter sogar im Kausalverhältnis zueinander stehen. In Abbildung 1 wird die Komplexität der wechselseitigen Beziehungen einzelner Aspekte intergenerationaler Solidarität andeutungsweise dargestellt. Bedauerlicher Weise wurde in den empirischen Tests von Bengtson und Roberts aufgrund einer unzureichenden Datenbasis die Bedeutung der funktionalen Solidarität nicht gesondert überprüft. Dennoch legt die Abbildung



den Schluss nahe, dass auch hier zahlreiche Wechselwirkungen zu erwarten sind, die allerdings in der vorliegenden Arbeit aufgrund von datenbedingten Restriktionen nur in geringem Umfang berücksichtigt werden können.

Zusammenfassend lässt sich zu den Arbeiten der Forschergruppe um Bengtson festhalten, dass mit dem mehrdimensionalen Solidaritätskonzept ein wesentlicher Beitrag für die Strukturierung des Forschungsfeldes geleistet wurde. Die Stärke des Konzepts liegt in seiner Mehrdimensionalität begründet, die der Vielschichtigkeit der Realität besser gerecht wird als eindimensionale Ansätze, gleichzeitig aber noch in hinreichendem Ausmaß Übersichtlichkeit gewährleistet und somit als Heuristik für empirische Arbeiten brauchbar bleibt. Bengtson selbst demonstriert, dass man das sechsdimensionale Solidaritätskonzept im Bedarfsfall auch verdichten kann. So zum Beispiel beim Erstellen einer Typologie familialer Beziehungen (Silverstein et al. 1994: 45):

„The results [...] show that in both parents' and children's evaluations six components of intergenerational solidarity can be effectively reduced to the same three underlying factors of opportunity, closeness, and helping behavior.“

Auch in dieser Arbeit werden nicht alle sechs Komponenten des Solidaritätskonzepts für die empirischen Analysen genutzt. Das liegt zum einen an den bereits erwähnten datenbedingten Restriktionen, aber auch am sehr breiten Solidaritätsbegriff Bengtsons selbst.

## **2.2 Kritik am Solidaritätskonzept Bengtsons**

### **2.2.1 Szydliks Kritik am „beliebigen“ Solidaritätsbegriff**

Szydlik (2000: 36ff.) kommt bei seiner Beurteilung des Solidaritätsbegriffs von Bengtson zu dem Schluss, dass das Konzept aufgrund der fehlenden Auseinandersetzung mit der ursprünglichen Bedeutung von Solidarität zu breit gefasst ist und mithin stellenweise „beliebig“ wirkt.

Seine Kritik zielt dabei insbesondere auf drei Komponenten des Konzepts: die *strukturelle*, die *normative* und die *konsensuale Solidarität*. Alle drei sprechen seines Erachtens lediglich die Möglichkeit, respektive das Potenzial für intergenerationale Solidarität an, nicht aber Solidarität im eigentlichen Sinne.

Bei der *strukturellen Solidarität* ist dieses Argument unmittelbar einsichtig – nicht zuletzt deshalb, weil Bengtson und Roberts (1991: 857) hier selbst von Opportunitäten für intergenerationale Beziehungen sprechen. Doch das Vorhandensein einer Chance allein gewährleistet eben nicht, dass Solidarität zwischen den Akteuren auch tatsächlich gelebt wird.

Ähnliches gilt, wie oben bereits ausgeführt, auch für die *normative Solidarität*. Eine Norm kann zwar sehr wohl wahrgenommen werden, zu einer Maxime für das eigene Handeln muss sie deshalb jedoch nicht werden. Allerdings machen stark ausgeprägte Normen der Zuständigkeit solidarisches Verhalten mit Sicherheit wahrscheinlicher.

Bei der *konsensualen Solidarität* schließlich ergibt sich dasselbe Problem. Sie sagt nur aus, dass Konsens über ein bestimmtes Thema existiert, „mehr aber auch nicht“ (Szydlik 2000: 37). Somit stellt auch die *konsensuale Solidarität* genau genommen nur ein Solidaritätspotenzial dar. Für Szydlik bleiben also nur drei Komponenten, die er unter seinem Solidaritätsbegriff subsumiert:

„Intergenerationale familiäre Solidarität im engeren Sinne, und hierum geht es in dieser Studie, meint damit ein Verbundenheitsgefühl oder aufeinander bezogene Handlungen zwischen bestimmten miteinander verwandten Personen unterschiedlicher Generationen.“ (ebenda: 38)

Das Verbundenheitsgefühl wird durch die *affektive*, die aufeinander bezogenen Handlungen durch die *funktionale* und die *assoziative Solidarität* verkörpert. Mit dieser begrifflichen Präzisierung ist Szydlik näher am Alltagsverständnis von Solidarität und arbeitet zugleich analytisch stringenter als Bengtson und Kollegen. Szydliks Kritik ist auch deshalb zu begrüßen, weil er sie als Basis für sein durchdachtes theoretische

Modell familialer Generationensolidarität nutzt, welches im Rahmen dieser Arbeit der zentrale Ansatzpunkt für die Strukturierung der Regressionsmodelle in Abschnitt 4.2 sein wird. Bevor dieses Modell in Abschnitt 2.3 ausführlicher diskutiert wird, soll im nächsten Abschnitt die Kritik an Bengtsons Konzept zunächst um Einwände aus ambivalenztheoretischer Perspektive erweitert werden.

### **2.2.2 Lüschers Kritik – Das Konzept der Ambivalenz**

Auch diese Kritik setzt am Begriff der Solidarität an. Allerdings wird diesmal nicht kritisiert, dass der Begriff zu breit konzeptualisiert ist, sondern das Gegenteil. Der Begriff ist laut Lüscher und Pillemer (1998: 414) deshalb zu eng gefasst, weil er nur die positiven Aspekte familialer Beziehungen, namentlich Konsens und emotionale Nähe hervorhebt. Der Vorwurf der Einseitigkeit wird ebenso auf konflikttheoretisch fundierte Arbeiten übertragen. Der Grundgedanke hinter der Kritik ist die Einsicht, dass Generationenbeziehungen nicht in dichotomen Kategorien wie Harmonie und Konflikt gedacht werden sollten. Generationenbeziehungen enthalten immer beides gleichzeitig, so die Annahme der Befürworter des Ambivalenzkonzepts (Connidis und McMullin 2002; Lüscher und Pillemer 1998).

Innerhalb der Beziehung von erwachsenen Kindern zu ihren Eltern unterscheiden Lüscher und Pillemer (1998: 417-420) drei Aspekte der Ambivalenz. Zunächst ist hierbei das Spannungsverhältnis zwischen Abhängigkeit und Autonomie zu nennen, welches vor allem im Rahmen finanzieller und instrumenteller Transfers auftritt. So kann finanzielle Unterstützung von Seiten der Eltern zwar zunächst als willkommene Hilfe, im Laufe der Zeit aber auch als eine Form der Abhängigkeit wahrgenommen werden.

Ein zweiter Bereich betrifft konfligierende Normen. Als Beispiel hierfür führen Lüscher und Pillemer einen Widerspruch zwischen Re-

ziprozitäts- und Solidaritätsnorm an. Eine klassische Situation, in der beide Normen gleichzeitig auftreten, ist die elterliche Pflege. Erwachsene Kinder helfen aufgrund der Solidaritätsnorm, obwohl sie wissen, dass sie keine Gegenleistung der Eltern mehr erwarten können (verletzte Reziprozitätsnorm). Mehr oder weniger bewusst trauern die Kinder daher entgangenen Reziprozitätsbeziehungen nach.

Schlussendlich können Ambivalenzen, ganz allgemein gesprochen, durch Solidarität selbst verursacht werden. Exemplarisch belegt wird diese Behauptung durch die zahlreichen Misshandlungen von pflegebedürftigen Eltern durch ihre pflegenden Kinder. Die Pflege als Akt der Solidarität führt also – im Extremfall – zu Gewalt. Dies geschieht insbesondere dann, wenn die „Täter“ in einem besonders starken Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Eltern stehen, aus dem zunächst ein Gefühl der Macht- und Nutzlosigkeit und schließlich Hass erwächst.

### 2.2.3 Synthese

Während die Kritik Szydliks mangels englischsprachiger Veröffentlichung keinen nennenswerten Wiederhall fand, wurden die Einwände von Lüscher und anderen auch in den USA diskutiert. Bengtson und andere (2002) haben sich selbst zu der Kritik geäußert und diese in weiten Teilen zurückgewiesen. Sie bestreiten keineswegs die Notwendigkeit, Ambivalenzen bei der Erforschung intergenerationaler Beziehungen zu berücksichtigen, beanspruchen aber für sich, dass das im Rahmen des Solidaritäts-Paradigmas bereits möglich ist. Die positive Konnotation des Begriffs *Solidarität* im Alltagsverständnis führt zwar mitunter dazu, dass das Solidaritätskonzept als zu einseitig aufgefasst wird, ändert aber nichts an der Tatsache, dass es Ambivalenzen bereits beinhaltet. Jede der Solidaritätsdimensionen ist als Kontinuum mit zwei Extremen aufzufassen. Wenn bei einer Dimension ein positives Extrem erreicht wird, heißt das nicht, dass auch automatisch in den anderen

Dimensionen hohe Solidaritäts-Werte erreicht werden. Eine Beziehung kann beispielsweise als sehr konfliktbeladen wahrgenommen werden (*affektive Solidarität*) und gleichzeitig dennoch sehr intensiv sein – zum Beispiel im Hinblick auf intergenerationale Transfers (*funktionale Solidarität*). Es sind zahlreiche solcher Konstellationen denkbar, da die sechs Solidaritätsnormen zunächst einmal unabhängig voneinander sind. Jede dieser widersprüchlichen Konstellationen kann als Ambivalenz bezeichnet werden (Bengtson et al. 2002: 571). Die Forschergruppe um Bengtson hat dies beispielsweise in ihrer Typologie von Beziehungstypen schon vor der Kritik Lüschers deutlich gemacht (Silverstein et al. 1997), dabei jedoch auf den Begriff der Ambivalenz verzichtet. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Konzept der Ambivalenz sicherlich auf eine Lücke im Solidaritätskonzept aufmerksam gemacht hat. Diese Lücke konnte jedoch innerhalb des Paradigmas verhältnismäßig zufriedenstellend geschlossen werden – unter anderem auch durch die (Neu-)Interpretation alter Ergebnisse unter Verwendung neuer Begriffen.

### **2.3 Erweiterte Modelle familialer Generationensolidarität**

Während bislang von Generationensolidarität/-beziehungen im Allgemeinen die Rede war, werden sich die folgenden Ausführungen auf den funktionalen Aspekt intergenerationaler Solidarität, insbesondere die instrumentellen Transfers, beschränken. Szydliks Modell familialer Generationensolidarität bietet unseres Erachtens hierfür den geeigneten Analyserahmen. Im Folgenden wird das Modell zunächst in seiner ursprünglichen Version vorgestellt und anschließend um eine Komponente ergänzt.

#### **2.3.1 Szydliks Basismodell**

Szydliks (2000: 43-53) theoretisches Modell familialer Generationensolidarität geht aus der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Genera-

tionen- und Solidaritätskonzepten hervor und verfolgt das Ziel, die zahlreichen Bedingungsfaktoren für intergenerationale Familiensolidarität in einem Modell zu verdichten. Dem Modell liegen drei Grundannahmen zugrunde. Die erste beinhaltet, dass „intergenerationale Beziehungen von den individuellen Möglichkeiten, Erwartungen, Wünschen und Bedürfnissen der einzelnen daran beteiligten Personen abhängen“ (ebenda: 44). Zudem wird der Familie – hiermit ist explizit der erweiterte Familienverband und nicht die klassische Kernfamilie gemeint (siehe hierzu auch: Bengtson 2001) – und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ein zentraler Stellenwert zugeschrieben. Um diese Grundannahmen in einem analytischen Modell verdichten zu können, schlägt Szydlik die Differenzierung von vier Faktorengruppen vor, zwischen denen sich naturgemäß zahlreiche Wechselwirkungen finden lassen. Die Faktorengruppen repräsentieren unterschiedliche Analyseebenen: Die *kulturell-kontextuellen Strukturen* sind auf der Makroebene angesiedelt. Auf der Ebene der Familien wirken die *familialen Strukturen* und auf der Individualebene die *Opportunitäts- und Bedürfnisstrukturen*.

Die *kulturell-kontextuellen Strukturen* dienen der Erfassung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. Sie umfassen die „Bedingungen des Gesellschafts-, Wirtschafts- und Steuersystems, des Wohlfahrtsstaates und des Arbeits- und Wohnungsmarktes genauso wie die spezifischen Regeln und Normen von bestimmten Institutionen und Gruppen“ (Szydlik 2000: 50) und damit im großen Umfang die Aspekte, die auch in der Debatte um den Einfluss sozialstaatlicher Politik auf das familiäre Zusammenleben in den Sozialwissenschaften seit Jahrzehnten mit bisweilen sehr hoher Intensität diskutiert werden.

So meinte beispielsweise der Wirtschaftsnobelpreisträger James Buchanan feststellen zu können, dass „Verantwortungslosigkeit, Abhängigkeit, Ausbeutung, Opportunismus, Hedonismus, Rechtsverdrehung, Mißtrauen und Intoleranz“ (zitiert nach: Leisering 2000: 65) die logischen Folgen des Sozialstaats seien. Etwas nüchterner formuliert, wer-

den seine Überlegungen heute unter dem Begriff *crowding out* subsumiert. Dem Konzept des *crowding out* liegt die Annahme zugrunde, „dass Familie und Wohlfahrtsstaat bei der Bereitstellung von Unterstützung der Gesellschaftsmitglieder miteinander konkurrieren und sich wechselseitig substituieren können“ (Motel-Klingebiel und Tesch-Römer 2006: 292). Gemäß dieser Überlegung führt ein Ausbau sozialstaatlicher Leistungen, wie wir ihn im vorangegangenen Jahrhundert beobachten konnten, gleichsam zwangsläufig zu einer Verschlechterung der familialen Solidarität im Allgemeinen und einem Rückgang intergenerationaler Transfers im Speziellen.

Während die eben vorgebrachte Argumentation überwiegend in den Wirtschaftswissenschaften beheimatet ist, vertreten viele Sozialwissenschaftler ein alternatives Argumentationsschema. Sie sprechen vom so genannten *crowding in*. Demzufolge verdrängt der Staat die Familie nicht aus ihrer Verantwortung, sondern er unterstützt sie bei der Pflege intergenerationaler Beziehungen beispielsweise dadurch, dass er materielle Transfers von den Alten an ihre erwachsenen Kinder durch Pensionszahlungen überhaupt erst möglich macht (siehe u.a.: Künemund und Rein 1999; Künemund und Vogel 2006; Motel-Klingebiel und Tesch-Römer 2006; Reil-Held 2006).

Sowohl die Argumentationslinien von *crowding in* als auch die von *crowding out* sind zumindest in Teilen plausibel und werden jeweils durch eine Reihe empirischer Befunde gestützt. Da eine hinreichende Untersuchung von *crowding in/out*-Effekt mindestens Längsschnittdaten oder internationale vergleichbare Daten erfordert, im Idealfall sogar beides, und zahlreiche Studien lediglich auf nationalen Querschnittdaten beruhen, soll an dieser Stelle angesichts der widersprüchlichen Ergebnisse nur auf einige Studien verwiesen werden, die den genannten Anforderungen zumindest in Teilen gerecht werden. Das Gros dieser Arbeiten basiert auf komparativen Daten zweier Studien, namentlich dem *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) und

dem Projekt *Old Age and Autonomy – The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity* (OASIS; Daatland und Herlofson 2001). Die Analysen mit diesen Daten legen in aller Regel den Schluss nahe, dass großzügige sozialstaatliche Leistungen – sofern sie überhaupt einen Einfluss ausüben – die Beteiligung an intergenerationalen Transfers eher begünstigen als verhindern und unterstützen somit tendenziell die *crowding in*-These (mit SHARE u.a.: Albertini et al. 2007; Attias-Donfut et al. 2005; mit OASIS u.a.: Daatland und Lowenstein 2005; Motel-Klingebiel und Tesch-Römer 2006). Zudem konnte Lingsoom (1997) für Norwegen mithilfe einer Längsschnittstudie feststellen, dass trotz des Ausbaus staatlicher Leistungen das Niveau familialer Hilfe relativ konstant blieb. Also auch hier ergeben sich mit vergleichsweise guten Daten keine Hinweise auf *crowding out*. Jüngere Befunde, die *crowding out*-Effekte bestätigen, basieren derzeit eher auf nationalen Querschnitterhebungen: für Deutschland bspw. Reil-Held (2006) oder für Südafrika Jensen (2003).

Die eben skizzierte Debatte findet v.a. in den neueren Arbeiten Szydliks und seiner Mitarbeiter mit der expliziten Berücksichtigung von Makroindikatoren, die die Folgen wohlfahrtsstaatlicher Politik abbilden sollen, ihren Widerhall (Brandt und Szydlik 2008; Haberkern und Szydlik 2008).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die kulturell-kontextuellen Strukturen nicht mit Hilfe von Makroindikatoren, sondern im Wesentlichen durch die Gruppierung der untersuchten Staaten abgebildet. Während in anderen Studien angesichts der Popularität der *crowding in/out*-Debatte dabei häufig die berühmte Wohlfahrtsstaatsklassifikation Esping-Andersens (1990, 1999) beziehungsweise eine ihrer Erweiterungen (Ferrera 1996; Leibfried 1992) genutzt wird, greifen wir auf den alternativen Typologisierungsvorschlag Rehers (1998) zurück. Im Gegensatz zu Esping-Andersen geht es Reher nicht um die Klassifikation von Staaten anhand ihrer wohlfahrtsstaatlichen Ordnung,



sondern um das Herausarbeiten länderübergreifender Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Struktur familialer Bindungen. Das Ergebnis seiner Überlegungen ist denkbar einfach, denn er zieht für Westeuropa eine eindeutige Trennungslinie zwischen den südeuropäischen Staaten und Zentral-/Nordeuropa. Zu diesem überraschend klaren Ergebnis kommt Reher aufgrund seiner methodischen Herangehensweise, namentlich durch die Verbindung heutiger familialer Verhaltensmuster mit kulturhistorischen Entwicklungen der letzten Jahrhunderte. In einer hierarchisch-agglomerativen Clusteranalyse – u.a. mit den in Tabelle 1 aufgeführten Variablen – konnten wir die Überlegungen Rehers für unsere Fragestellung empirisch bestätigen und greifen daher in den Regressionsmodellen auf die von ihm vorgeschlagene Zweier-Typologie zurück um die *kulturell-kontextuellen Strukturen* zu erfassen.<sup>1</sup>

Während *kulturell-kontextuelle Strukturen* den Rahmen für intergenerationalen Austausch größtenteils auf einer sehr abstrakten Ebene beeinflussen, werden die *familialen Faktoren*, die ihrerseits von den *kulturell-kontextuellen Strukturen* geprägt werden, unmittelbarer wirksam. Sie umfassen im Wesentlichen die gesamte Sozialisationsgeschichte der Akteure und lassen sich daher vor allem mit Lebensverlaufsdaten – beispielsweise mit Daten zur Partnerschafts-/Ehebiografie – besonders gut erfassen. Da es sich bei den von uns verwendeten Daten allerdings nicht um eine Retrospektivbefragung, sondern zum jetzigen Zeitpunkt lediglich um eine Querschnittserhebung handelt, kann diese Dimension nur grob erfasst werden, beispielsweise durch die Anzahl der (Enkel-)Kinder oder der Haushaltsmitglieder. Diesbezüglich sind entgegengesetzte Hypothesen denkbar. So können viele Kinder die Wahrscheinlichkeit der Beteiligung an intergenerationalen Transfers zwar erhöhen, gleich-

---

<sup>1</sup> Die Ergebnisse der Clusteranalyse werden hier nicht dargestellt.

zeitig ist aber auch anzunehmen, dass die Intensität dieser Beziehungen geringer ist, da ein begrenztes Zeitbudget auf mehrere Personen aufgeteilt werden muss.

Von der Anzahl der Kinder, respektive der Haushaltmitglieder ist der Schritt zur Individualebene, insbesondere zu den *Opportunitätsstrukturen*, nicht mehr weit. Denn mit steigender Kinderzahl, gleichviel ob innerhalb oder außerhalb des Haushalts, ergeben sich mehr Gelegenheiten zum intergenerationalen Austausch. In diesem Kontext ist zudem die räumliche Distanz zwischen den Generationen von Bedeutung. Neben zahlreichen weiteren Indikatoren sind hier außerdem der Gesundheitszustand und das Alter der befragten Personen von Belang. Mit zunehmendem Alter sinkt die Mobilität und der Gesundheitszustand verschlechtert sich. Beides trägt dazu bei, dass man im Rahmen von intergenerationalen Transfers nur noch in geringem Umfang selbst aktiv werden kann.

Gleichzeitig führt ein schlechter Gesundheitszustand zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, selbst Transfers zu empfangen. Er erhöht gleichsam das Bedürfnis, Unterstützung zu erhalten. Szydlik spricht daher in diesem Kontext von *Bedürfnisstrukturen*. Aus Sicht der erwachsenen Kinder steigt beispielsweise der Bedarf an Unterstützung im Zuge der Geburt von eigenen Kindern. Aus der Perspektive der Großeltern wiederum ergeben sich in einem solchen Fall neue Gelegenheiten zur Hilfe, für sie ändern sich also die *Opportunitätsstrukturen*.

Die Zuweisung von Indikatoren zu den eben diskutierten Faktoren intergenerationaler Austauschbeziehungen hängt folglich stets von der Perspektive ab und variiert in unterschiedlichen thematischen Kontexten. Bei finanziellen Transfers ergeben sich mithin andere Strukturen als bei sozialen. So ist hier beispielsweise das eigene Einkommen von zentraler Bedeutung. Das heißt jedoch nicht, dass das Einkommen nicht auch bei sozialen Transfers aufgrund von erhofften Gegenleistungen ebenso zu Buche schlagen kann. Die Kontextspezifität der Faktoren

zeigt sich auch bei der Differenzierung zwischen Transferbeteiligung und Transfervolumen. In den folgenden Regressionsmodellen werden daher Szydliks Faktorengruppen teilweise mit unterschiedlichen Indikatoren operationalisiert.

Die Entscheidung, Szydliks Ansatz als Referenzrahmen für die empirischen Analysen zu nutzen, ist nicht zuletzt in dessen eben angedeuteter Anpassungsfähigkeit begründet. Eine weitere zentrale Stärke ist unseres Erachtens in der breiten Konzeption des Modells zu sehen, welche es ermöglicht, unterschiedliche Analyseebenen miteinander zu verknüpfen.

### **2.3.2 Erweitertes Modell: Motivstrukturen**

Trotz der genannten Stärken weist Szydliks Modell auch aufgrund seines allgemeinen Charakters unseres Erachtens eine Lücke auf, die an dieser Stelle geschlossen werden soll. Bei dieser Lücke handelt es sich um die unzureichende Berücksichtigung der Motive der Handelnden. Motive werden zwar an einigen Stellen implizit angesprochen, aber nicht als eigenständige Determinanten intergenerationaler Solidarität explizit gemacht. Szydlik deutet lediglich an, dass Motive, insbesondere Zuständigkeitsnormen, als Element der Bedürfnisstrukturen konzeptualisiert werden können: Es besteht demnach gleichsam das Bedürfnis, einer geltenden Norm gerecht zu werden. Da Szydlik in seinen Analysen zur Erfassung der Bedürfnisstrukturen allerdings ausschließlich Indikatoren benutzt, die dem engeren Wortsinn gerechter werden (bspw. Indikatoren zur Erfassung der ökonomischen und gesundheitlichen Bedürftigkeit) erscheint uns diese angedeutete Erweiterung des Bedürfniskonzepts unangemessen. Nicht zuletzt deshalb, weil diese erweiterte Dimension im Hinblick auf intergenerationale Austauschbeziehungen sowohl die Bedürfnisse des Hilfeempfängers als auch die des Hilfeleistenden in einen Topf werfen würde. Wir schlagen daher eine

Erweiterung des Ausgangsmodells um eine weitere, auf der Individual-ebene angesiedelte Faktorengruppe vor: Die *Motivstrukturen*. Es ist anzunehmen, dass Szydlik diesen keine nennenswerte Bedeutung beimisst, da er davon ausgeht, dass der „primäre Auslöser für intergenerationale Solidarität individuelle Bedürfnisse sind“, die durch die *Opportunitätsstrukturen* gefiltert werden (Szydlik 2000: 47).<sup>2</sup> Dieser Betrachtungsweise liegt – auch wenn das an keiner Stelle klar formuliert wird – die Annahme zugrunde, dass intergenerationale Solidarität im Wesentlichen vom *Altruismusmotiv* getragen wird: Es wird geholfen, weil der Bedarf vorhanden ist. Zwar gehen auch wir davon aus, dass im Rahmen familialer Beziehungen das *Altruismusmotiv* stärker ins Gewicht fällt als ökonomisch-kalkulierende Erwägungen, dennoch wollen wir auch andere Motive nicht unerwähnt lassen.

In der ökonomischen Literatur wird neben den schon erwähnten *Altruismusmotiv* vor allem das *Austauschmotiv* diskutiert (siehe u.a.: Cox 1987). Diesem liegt die Annahme zugrunde, dass eine vollbrachte Hilfeleistung immer mit der Erwartung einer Gegenleistung einhergeht und lässt sich daher alltagsprachlich als „Eine Hand wäscht die andere“-Logik bezeichnen. Mit dieser Logik lässt sich beispielsweise das Phänomen des strategischen Vererbens erklären, bei dem die Eltern ihr Vermögen aus strategischen Gründen zurückhalten um die Kinder gewissermaßen zur Pflege oder einfach nur zu engen Beziehungen zu *zwingen* (Bernheim et al. 1985). Es kann aber auch ein völlig entgegengesetztes Verhalten der Eltern erklärt werden, namentlich Schenkungen an die Kinder. Kotlikoff/Morris (1989) bezeichnen diese Schenkungen pointiert als Bestechungsversuche, um sich die Unterstützung der Kinder zu erkaufen.

---

<sup>2</sup> Und mit Bedürfnissen sind hier nur solche gemeint, denen das engere Begriffsverständnis zugrunde liegt – also explizit nicht Motive.

Auch in der Soziologie werden im Kontext intergenerationaler Austauschbeziehungen die dem Handeln zugrundeliegenden Motive diskutiert, mitunter aber anders benannt und konzeptualisiert. So zum Beispiel bei der *Norm der Reziprozität* (für eine ausführliche Diskussion siehe: Hollstein und Bria 1998): Dem *Austauschmotiv* ähnelnd, besagt diese Norm, „dass der Empfänger einer Gabe implizit eine Verpflichtung zur Erwidmung akzeptiert, sofern er nicht die Gabe ablehnt, unverzüglich „zurückzahlt“ oder Statusunterschiede diese Verpflichtung außer Kraft setzen“ (Künemund und Vogel 2006: 274). Innerhalb von Familien ist es dabei durchaus üblich, dass die Akteure ihre *Rückzahlungspflichten* bisweilen mit erheblicher Zeitverzögerung erfüllen (Antonucci und Jackson 1990). Im Hinblick auf *crowding in/out* kann hier, wie auch beim ökonomischen *Austauschmotiv*, angenommen werden, dass keine Verdrängungseffekte durch den Wohlfahrtsstaat zu erwarten sind, wenn die *Reziprozitätsnorm* die maßgebliche Determinante intergenerationalen Austauschs darstellt. Denn eine großzügige staatliche Versorgung verbessert zumindest die Chance, dass die Alten im Falle empfangener Transfers in der Lage sind, etwas zurückzugeben. Der Staat minimiert gleichsam das Risiko der (jungen) Geberseite. Sollten hingegen allein *altruistische* Beweggründe das Transferverhalten der Akteure beeinflussen, ist anzunehmen, dass es zu *crowding out*-Effekten kommt. Denn wenn einem potentiellen Empfänger von Hilfeleistungen – beispielsweise einem pflegebedürftigen Elternteil – bereits von Seiten des Staates – beispielsweise durch ambulante oder stationäre Pflegedienste – geholfen wird, ist es nicht mehr nötig, dass Familienmitglieder eingreifen.

Neben dem in den Wirtschaftswissenschaften diskutierten *Altruismusmotiv* findet sich mit den *Normen der Zuständigkeit* auch in der soziologischen Literatur ein Motivbündel, welches das *crowding out*-Argument unterstützt. Handelnde, welche diesem Motiv folgen, rekurrieren auf gesellschaftlich definierte Normen, wie sie sich beispielsweise bereits im

biblischen Dekalog – „Du sollst Vater und Mutter ehren!“ – finden. Diese Normen sind jedoch keineswegs so unerschütterlich, wie es oft den Anschein erweckt, sondern werden ständig neu verhandelt und können sich über längere Zeiträume verändern. Beispielsweise im Falle geänderter Rahmenbedingungen. Der Staat kann also durch sozialpolitische Leistungen neue Rahmenbedingungen schaffen, innerhalb derer es nur noch in vergleichsweise geringem Umfang nötig ist, dass sich Familienmitglieder wechselseitig um ihr Wohlbefinden kümmern bzw. aufeinander angewiesen sind. In einem solchen Kontext wird es schließlich zu einer Reformulierung von *Zuständigkeitsnormen* kommen, die dem Staat beispielsweise die Verantwortung für die Kinderbetreuung oder die Pflege von Alten überträgt. Die Familien werden demnach ihrer Verpflichtungen entbunden und finanzielle und instrumentelle Transfers zwischen familial definierten Generationen verlieren an Bedeutung. Als beliebtes Beispiel zur Unterstützung dieser Argumentation wird immer wieder der Rückgang der Koresidenzraten und die daraus erwachsenden Konsequenzen für intergenerationale Transfermuster angeführt (Künemund und Rein 1999: 98; Künemund und Vogel 2006: 275). Die vorangegangene Darstellung der Wechselwirkungen von Motiven und *crowding in/out* respektive von *Motivstrukturen* und *kulturell-kontextuellen Strukturen* ist nur eines von zahlreichen Beispielen für die mannigfaltigen Querverbindungen der verschiedenen Faktorengruppen im (erweiterten) Modell Szydliks. Abbildung 1 soll diese in ihrer Gänze – unter Berücksichtigung der *Motivstrukturen* – darstellen.

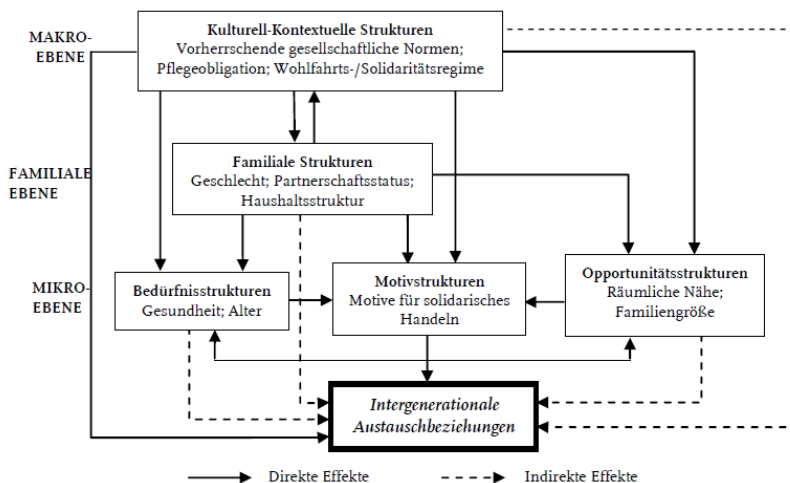


Abbildung 2: Das erweiterte Modell intergenerationaler Solidarität; basierend auf Szydlik (2000:45) und eigenen Überlegungen

Die Abbildung verdeutlicht, dass in Szydliks Modell mit dem Ausblenden der *Motivstrukturen* ein wesentlicher Aspekt zur Erklärung intergenerationaler Solidarität vernachlässigt wird. Denn Szydliks Strukturen (*Kultur-Kontext*; *Opportunitäten*; *Bedürfnisse*) wirken in aller Regel nur indirekt auf die Entscheidung, sich an intergenerationalen Beziehungen zu beteiligen. Folgendes Beispiel soll dies illustrieren: Das Wissen um die Tatsache, dass die eigenen Eltern in irgendeiner Form hilfebedürftig sind, reicht allein nicht aus, um das Aktivwerden erwachsener Kinder zu erklären. Die Antwort auf die Frage, ob den Eltern geholfen wird, hängt nämlich substantziell von den Motiven der Kinder ab. Wird beispielsweise das Handeln primär vom *Altruismus* beeinflusst, so ist prinzipiell damit zu rechnen, dass sie aktiv werden. Dominiert hingegen *Reziprozitätsdenken*, ist nur dann mit der Hilfe der Kinder zu rechnen, wenn diese realistischer Weise von einer Gegenleistung – z.B. einer Schenkung oder einer erhöhten Erbschaftschance – der Eltern ausgehen können. Abgesehen von der Illustration des Stellenwerts der *Motivstrukturen*

dient das Beispiel auch der Veranschaulichung der zahlreichen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Faktorengruppen. Denn, wie schon erwähnt, ist anzunehmen, dass ein großzügiger Sozialstaat dem *Altruismusmotiv* zuwiderläuft und unter Umständen zu *crowding out* führen kann. Aber auch die *Opportunitäts-* und die *Familienstrukturen* können die Wirksamkeit bestimmter Motive und damit die Wahrscheinlichkeit der Beteiligung an intergenerationalen Austauschbeziehungen der Akteure verstärken oder abschwächen.

## 2.4 Synthese – Folgerungen für Analysestrategie

Im Hinblick auf die folgenden Analysen bleibt somit festzuhalten, dass intergenerationale Austauschbeziehungen in einem komplexen Umfeld wechselseitig miteinander verbundener Faktorengruppen eingebettet sind. Die analytische Differenzierung dieser Aspekte und Zusammenhänge ermöglicht zwar ein besseres Verständnis der Komplexität der intergenerationalen Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern, stellt aber gleichzeitig die angewandte Sozialforschung vor erhebliche Modellierungsprobleme. Die lückenlose Erfassung der eben angedeuteten Zusammenhänge und Faktoren kann realistischer Weise nicht zum Ziel empirischer Analysen erhoben werden. Das Modell dient vielmehr als heuristisches Programm. In den folgenden Analysen wird aus Gründen der Modellökonomie, aber auch aufgrund erheblicher Analyserestriktionen durch die vorliegenden Daten nur ein Bruchteil der angedeuteten Komplexität erfasst. Wechselwirkungen zwischen den Faktorengruppen werden nur in geringem Umfang berücksichtigt. Der Schwerpunkt liegt auf der direkten Verknüpfung der Faktorengruppen und intergenerationalen Austauschbeziehungen. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss diese Einschränkung stets berücksichtigt werden.



## 3 Daten und Methoden

### 3.1 Daten und Konzepte

#### 3.1.1 Analysepotenziale und -restriktionen

Zur Beantwortung unserer Forschungsfragen verwenden wir im Folgenden die Daten der ersten Welle des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (*SHARE*).<sup>3</sup> Diese international vergleichende und multidisziplinäre Untersuchung ermöglicht erstmals einen repräsentativen Einblick in das Leben von über Fünfzigjährigen in Europa. In der hier genutzten zweiten Version des Datensatzes umfasst die Untersuchung Informationen für über 30000 Personen aus Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Israel, Italien, den Niederlanden, Österreich, Schweden, der Schweiz sowie aus Spanien. Da die Daten für Israel momentan lediglich in einer provisorischen Fassung vor-

---

<sup>3</sup> Die SHARE-Datenerhebung wurde hauptsächlich durch das 5. Rahmenprogramm der Europäischen Union finanziert (Projekt QLK6-CT-2001-00360). Weitere Finanzmittel wurden vom US National Institute on Ageing zur Verfügung gestellt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Die Datenerhebung in Österreich (FWF), Belgien (Belgian Science Policy Office) und der Schweiz (BBW/OFES/UFES) wurde mit nationalen Mitteln finanziert. Desweiteren wurde das Projekt durch das 6. Rahmenprogramm der Europäischen Union gefördert (Projekte SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, and COMPARE, CIT5-CT-2005-028857). Eine Einführung in die Untersuchung sowie erste Ergebnisse finden sich bei Börsch-Supan et al. (2005) Methodologische Aspekte werden bei Börsch-Supan und Jürges (2005) diskutiert. Das Codebook wird vom Wiener Institut für Demographie zur Verfügung gestellt (Buber et al. 2007). Zugriff auf die Daten kann auf der Homepage der Projektgruppe ([www.share-project.com](http://www.share-project.com)) beantragt werden.

liegen und Israel, gleichviel ob man sich auf Esping-Andersens (1990, 1999) oder Rehers (1998) Typologie stützt, nur schwerlich einem Wohlfahrts- bzw. Solidaritätsregime zuzuordnen ist, wird im Folgenden auf diese Daten verzichtet. Durch weitere technisch und inhaltlich bedingte Selektionen verringert sich die Stichprobengröße in unseren Analysen, insbesondere bei den Regressionsmodellen, mithin erheblich.

Vor der Darstellung der Einzelheiten des Samplezuschnitts sollen zunächst die Analysepotenziale sowie -restriktionen der *SHARE*-Daten angesprochen werden. Bei *SHARE* handelt es sich um ein multidisziplinäres Projekt. Das bringt im Hinblick auf unsere Analysen Vor- und Nachteile mit sich. Positiv hervorzuheben ist vor allem die breite Konzeption der Befragung, die neben Angaben zur sozioökonomischen Position auch solche über soziale Beziehungen und mentale und physische Gesundheit enthält. Insbesondere die Gesundheit der Befragten ist mit *SHARE* sicherlich ausführlicher und valider erhoben worden, als in anderen großen Surveys. Die inhaltliche Breite bringt jedoch auch Probleme mit sich, da sie zum Teil auf Kosten der inhaltlichen Tiefe spezifischer Fragestellungen erkaufte wurde. So wurden bspw. in *SHARE Solidaritätsnormen* und *Motive* für intergenerationale Austauschbeziehungen nur in einem sehr geringen Umfang berücksichtigt. Ein weiteres Analyseproblem ergibt sich aufgrund der Tatsache, dass für diese Arbeit derzeit nur Querschnittsdaten genutzt werden können. Zur Beantwortung von Fragen bezüglich möglicher Wohlfahrtstaatseffekte bräuchte man aber idealer Weise Längsschnittdaten. Insbesondere mit Paneldaten könnte man einige Kausalitätsfragen im Umfeld der zahlreichen oben angedeuteten Wechselwirkungen zwischen den Faktorengruppen besser beantworten als das mit Querschnittsdaten möglich ist. Trotz der genannten Einschränkungen ist *SHARE* im Hinblick auf die Untersuchung der Lebenssituation Älterer in Europa mit Sicherheit ein Survey mit unvergleichlichem Analysepotenzial, welches erstmals die Möglich-

keit international vergleichender Analysen mit repräsentativen Daten für ältere Bevölkerungsgruppen liefert.

### 3.1.2 Samplezuschnitt und Operationalisierung

Für die Bearbeitung der unterschiedlichen Forschungsfragen können die Daten nicht ohne Weiteres in ihrer ursprünglichen Form analysiert werden. Für die einzelnen Auswertungen sind kontextspezifische Stichprobeneingrenzungen nötig. Da wir in dieser Arbeit u.a. die typischen nationalen Muster intergenerationaler Solidarität- und Austauschbeziehungen herausarbeiten wollen, wurden Personen ausgeschlossen, die erst nach dem vollendeten 14. Lebensjahr in das jeweilige Zielland eingewandert sind und daher maßgeblich in einem anderen Land sozialisiert wurden. Zudem wurden Personen ausgeschlossen, bei denen intergenerationale Austauschbeziehungen mangels relevanter Bezugspersonen von vornherein nicht möglich waren. Aufgrund der Alterung Europas sollten sich die Auswertungen unseres Erachtens zudem auf die ursprünglich von *SHARE* anvisierte Bevölkerungsgruppe der mindestens Fünfzigjährigen begrenzen – zumal diese Gruppe wachsen wird. Daher wurden Paare ausgeschlossen, bei denen zum Zeitpunkt der Befragung ein Partner jünger als fünfzig war (siehe auch Brandt und Szydlik 2008).

Da wir uns beim Empfangen von finanziellen und sozialen Transfers auf die Dyade zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern konzentriert haben, wurden hier kinderlose Personen ausgeschlossen. Beim Leisten sozialer Transfers wurden die beobachteten intergenerationalen Beziehungen um die Eltern und die Enkelkinder der befragten Personen erweitert, folglich wurden hier Personen aus der Analyse ausgeschlossen, die weder lebende Eltern noch eigene lebende Kinder haben. Da wir

uns aus datentechnischen Restriktionen,<sup>4</sup> aber auch aufgrund des Rückgangs der Koresidenz von Eltern mit ihren erwachsenen Kindern auf intergenerationale Transfers außerhalb des eigenen Haushalts konzentrieren, wurden zudem all jene ausgeschlossen, deren für uns relevante Bezugspersonen (Eltern und Kinder) ausschließlich im gleichen Haushalt leben. Zudem wurden Personen ausgeschlossen, die laut Interviewprotokoll erhebliche Schwierigkeiten hatten, die Fragen zu verstehen. Nach dem Ausschluss problematischer Fälle verbleiben schlussendlich ca. 13000 Fälle im Sample.

Neben den eben genannten Einschränkungen wurden die folgenden Analysen auch von der Konzeption der Befragung und den daraus resultierenden Folgen für die Erhebung der für uns zentralen abhängigen Variablen determiniert. So wurden einige Fragebogenmodule mitunter nur einem Haushaltsmitglied vorgelegt, welches jeweils alle Fragen dieses Erhebungsmoduls beantwortete. Auf Fragen zu finanziellen Transfers hat daher in aller Regel nur eine Person pro Paar geantwortet, es sei denn die Befragten gaben an, ihre Finanzen unabhängig voneinander zu verwalten. Auch bei den Fragen zu empfangenen sozialen Transfers wurde nur eine Person befragt, beim Leisten von Zeittransfers hingegen wurden, falls vorhanden, auch die Partner befragt.

Aufgrund dieser Konzeptualisierung konnten Angaben zu empfangenen Hilfeleistungen nur auf Haushaltsebene ermittelt werden. Haushalt heißt hier entweder Single- oder Paarhaushalt, mögliche andere Haushaltsmitglieder sind nicht relevant. Bei der Festlegung, ob ein Haushalt intergenerationale Hilfe empfängt, ist dies unproblematisch. Bei der Ermittlung des Volumens der empfangenen Hilfeleistungen ergeben sich hingegen Probleme, da die Stundenangaben sowohl von

---

<sup>4</sup> Die Fragen zu empfangenen und geleisteten Transfers beziehen sich nur auf Personen außerhalb des eigenen Haushalts.

Einpersonen- als auch von Paarhaushalten stammen können. Im Rahmen von Regressionsmodellen zur Schätzung des Stundenvolumens ist dieses Problem unter Kontrolle der Haushaltsstruktur zu vernachlässigen. Bei den deskriptiven Analysen ergibt sich jedoch ein Vergleichbarkeitsproblem. Für dessen Lösung bieten sich zwei Möglichkeiten an: Man könnte die untersuchten Länder im Hinblick auf ihre Haushaltsstruktur standardisieren oder das Stundenvolumen für Paarhaushalte, wie von Albertini et al. (2006: 7) vorgeschlagen, durch zwei dividieren. In dieser Arbeit wurde der zweite Lösungsweg gewählt.

Abgesehen von den Schwierigkeiten bei der Aufbereitung der Variablen zu Zeittransfers ist auch die Operationalisierung der finanziellen Transfers für unsere Fragestellungen problematisch, da nur nach Transfers (mindestens im Umfang von 250 Euro) in den vergangenen zwölf Monaten gefragt wurde. Regelmäßige Austauschbeziehungen können somit nur schwerlich von einmaligen Hilfeleistungen oder Schenkungen separiert werden – nicht zuletzt deshalb liegt der Schwerpunkt der folgenden Analysen auf den instrumentellen Transfers.

### **3.2 Methoden**

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt der Zuschnitt des Samples, sowie die in den Analysen verwendeten Variablen dargestellt wurden, sollen im Folgenden die den Analysen zugrundeliegenden Methoden diskutiert werden. Während die Faktorenanalyse und die Mokkenskalisierung lediglich der Bildung exogener Variablen dienen, steht die Regressionsanalyse im Zentrum der folgenden Ausführungen. Da mit Ausnahme der Mokkenskalisierung alle hier verwendeten Verfahren zum Standardrepertoire empirischer Sozialforschung zu zählen sind, beschränkt sich ihre Darstellung auf das Wesentliche.

### 3.2.1 Skalenbildung

Die im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Skalierungsverfahren dienen lediglich der Erstellung von Variablen, die für die weiteren Analysen benötigt werden. Mit Hilfe der Faktorenanalyse werden fünfstufige Einstellungsfragen zum Thema Familie zu zwei Faktoren verdichtet. Der erste Faktor soll abbilden, wen die Befragten bezüglich der Betreuung Älterer eher in der Pflicht sehen, den Staat oder die Familie.<sup>5</sup> Der zweite Faktor soll zum Ausdruck bringen, inwiefern die Befragten der Meinung sind, dass sich Großeltern um ihre Enkelkinder kümmern sollten.<sup>6</sup> Nachdem die Faktorenanalyse mit Hilfe der Hauptkomponentenanalyse nach der Rotation der Faktoren die gewünschte Einfachstruktur aufweist und auch die Reliabilitätsanalysen die Güte der Ergebnisse bestätigen, werden durch die Berechnung von Summenscores schließlich die genannten Dimensionsvariablen gebildet und in den weiteren Analysen verwendet (zur Variablenbildung mit Summen- anstelle von Faktorscores siehe bspw. Fromm 2004: 253ff.).

Abgesehen von den Einstellungen der Akteure ist im Hinblick auf intergenerationale Austauschbeziehungen der Gesundheitszustand der Befragten von zentraler Bedeutung. In Abhängigkeit von der jeweiligen Fragestellung bildet er einen zentralen Bestandteil der *Bedürfnis-* oder der *Opportunitätsstrukturen* ab. Da die Erfassung von Gesundheit, wie der Titel der Studie schon verrät, ein wesentlicher Bestandteil von *SHARE* ist, stehen zahlreiche Indikatoren zur Auswahl. Unter Berück-

---

<sup>5</sup> Basisfrage: „Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Aufgaben übernehmen?“ – Beispielitem: „Hilfe für ältere Personen bei der Hausarbeit, falls diese z.B. beim Putzen oder Waschen Hilfe brauchen?“ (Antwortausprägungen: *nur die Familie* bis *nur der Staat*).

<sup>6</sup> Beispielitem: „Großeltern sollten zur wirtschaftlichen Absicherung ihrer Enkel und deren Familien beitragen“ - (Antwortausprägungen: *stimme voll zu* bis *stimme gar nicht zu*).

sichtigung von neun dieser Indikatoren wurde eine Skala gebildet, die sowohl die subjektive Gesundheitswahrnehmung wie auch objektive Indikatoren für die Messung physischer und mentaler Gesundheit enthält.<sup>7</sup>

Da die Faktorenanalyse – auch wenn das oft ignoriert wird – metrisch skalierte Items voraussetzt, war es aber hier mit dichotomen Variablen zu tun haben, erfolgte die Skalenbildung über das explorative Skalierungsverfahren nach Mokken. Dieses probabilistische und nicht-parametrische Skalierungsverfahren bietet sich hier, wie auch in den Sozialwissenschaften generell, aufgrund seiner relativ geringen Anforderungen an die Daten eher an, als die Faktorenanalyse (für eine ausführlichere Diskussion des Verfahrens siehe: Akremi und Ziegler 2006; Gerich 2001).

Im Ergebnis liefert die Mokkenskalisierung den Hinweis auf eine Gesundheitsskala, die alle Indikatoren umfasst. Durch die Bildung eines Summenscores dient diese 10-stufige Skala der Verdichtung der Informationen, liefert zugleich ein differenziertes Bild des Gesundheitszustands der Befragten und kann somit als exogene Variable in den Regressionsmodellen genutzt werden.

### **3.2.2 Regressionsanalysen**

Um den Einfluss der Faktorengruppen des erweiterten Modells familialer Generationensolidarität auf die Beteiligung intergenerationaler Austauschbeziehungen zu messen, wurde das Verfahren der logistischen Regressionen angewendet. Da es bei der logistischen Regression nicht möglich ist, mittels einer Linearkombination die Beteiligungswahr-

---

<sup>7</sup> Die Variablen erfassen u.a.: chronische Krankheiten, die Euro-D-Skala (Depressionsskala), Einschränkungen bei Tätigkeiten des täglichen Lebens; Alle Variablen wurden vor der Skalierung binarisiert (siehe auch Datensatz mit generierten Gesundheitsvariablen).

scheinlichkeit direkt zu schätzen, ist es erforderlich, auf das Konzept der logarithmierten Chance  $\hat{L}_i$  (Logit) zurückzugreifen. Mithin ergibt sich folgendes Modell:

$$\hat{L}_i = b_0 + b_1x_{1i} + b_2x_{2i} + \dots + b_{K-1}x_{K-1,i}$$

Durch eine einfache Umformung der Gleichung können die Logits schließlich als leichter zu interpretierende Wahrscheinlichkeiten ausgedrückt werden (Kohler und Kreuter 2006: 273ff.; Long und Freese 2006: 132-135).

$$P(Y = 1) = \frac{e^L}{1 + e^L}$$

Zur Schätzung der geleisteten oder empfangenen Stunden intergenerationaler Hilfe werden im Anschluss an die Logit-Modelle klassische multiple lineare Regressionen gerechnet. Die Stundenzahl wird allerdings nur für die Befragten berechnet, die auch tatsächlich Hilfe empfangen oder geleistet haben. Da die Verteilung der Stundenzahlen stark linkssteil ist, werden die abhängigen Variablen logarithmiert. Es ergibt sich somit folgendes Modell:

$$\ln \hat{y}_i = b_0 + b_1x_{1i} + b_2x_{2i} + \dots + b_{K-1}x_{K-1,i}$$

Die Effekte der exogenen Variablen sind mithin als Semi-Elastizitäten zu interpretieren. Die Parameter  $\beta_i$  bringen dabei zum Ausdruck, um wie viel Prozent sich die abhängige Variable verändert, wenn sich die entsprechende exogene Variable  $x_i$  um eine Einheit vergrößert (Auer 2005: 286).

## 4 Empirische Befunde

### 4.1 Deskriptive Ergebnisse

Vor der Darstellung der Regressionsergebnisse sollen zunächst einige deskriptive Befunde präsentiert werden, welche bereits auf Unterschiede



und Gemeinsamkeiten zwischen den untersuchten Staaten hinweisen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über ausgewählte Variablen mit deren Hilfe wesentliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den untersuchten Staaten herausgearbeitet werden sollen. Die hier abgebildeten Befunde basieren auf gewichteten aggregierten Daten und sollen nur in aller Kürze diskutiert werden.

Bei den meisten der in Tabelle 1 abgebildeten Variablen zeigen sich regionale Muster, insbesondere das erwartete Nord-Süd-Gefälle. Besonders deutlich wird dieser Sachverhalt bereits bei einem Blick auf die Variablen, welche die intergenerationalen Wohnmuster in den untersuchten Ländern erfassen. Wie zu erwarten, ist in Südeuropa das Zusammenleben von Eltern und ihren erwachsenen Kindern im selben Haus deutlich häufiger, als in den anderen europäischen Ländern. Zudem wohnen die Kinder häufiger im Umkreis von 25 km.

Des Weiteren scheint die Familie in Südeuropa einen höheren normativen Stellenwert zu besitzen als in Resteuropa. Zumindest lassen die Mittelwerte der gebildeten Dimensionsvariablen darauf schließen (Wertebereich: 1-5). Sie legen nahe, dass im Süden eher die Familie als der zentrale Ort der Produktion intergenerationaler Solidarität gesehen wird, wenn es um die Betreuung älterer Familienangehöriger geht. In Nordeuropa wird hingegen eher der Staat in der Verantwortung gesehen. Dieses Ergebnis muss nicht unbedingt der Ausdruck tiefer individueller Überzeugungen sein, sondern kann auch als Ausdruck der normativen Kraft des Faktischen gesehen werden. Eben weil der Staat sich bei der Produktion intergenerationaler Solidarität zurückhält, wird der Familie ein so vergleichsweise hoher Stellenwert eingeräumt. Gleichviel ob nun dieses Ergebnis als Ausdruck individueller Wertvorstellungen oder nur als eine Reaktion auf die vorgefundenen Umstände zu interpretieren ist, deutet es doch auf einen nicht unerheblichen Unterschied zwischen Süd- und Resteuropa hin.

Tabelle 1: Ausgewählte deskriptive Ergebnisse

Staat	SWE	DNK	NLD	BEL	FRA	CHE	DEU	AUT	ITA	ESP	GRC	Total
<b>Räumliche Nähe</b>												
Mindestens ein Kind im selben Haushalt (HH)	9,3%	7,1%	13,1%	16,6%	14,8%	15,9%	13,0%	13,9%	35,2%	40,4%	24,2%	18,5%
Mindestens ein Kind im selben Haus	10,5%	8,4%	14,4%	18,7%	17,2%	22,0%	24,6%	28,5%	48,1%	47,5%	41,6%	25,6%
Mindestens ein Kind im Umkreis von 25 km	65,0%	65,1%	74,7%	76,7%	61,1%	69,4%	67,7%	74,8%	80,7%	84,2%	76,0%	72,3%
<b>Einstellungen (Faktoren mit Wertebereich von 1-5)</b>												
Stellenwert von Enkelkindern	3,74	3,35	3,30	3,70	3,90	3,43	3,63	3,55	4,16	4,04	4,18	3,72
Einstellung - Staat vs. Familie	2,32	1,88	2,37	2,71	2,52	2,94	3,06	2,95	3,01	2,97	3,17	2,72
<b>Beteiligung an instrumentellen Transfers</b>												
Hilfe empfangen	17,5%	20,6%	15,2%	16,5%	12,3%	11,4%	23,9%	22,6%	11,6%	10,1%	23,9%	16,9%
Hilfe geleistet	52,0%	57,1%	52,7%	52,3%	38,8%	39,7%	41,2%	40,5%	35,7%	31,2%	34,0%	43,2%
Enkelkinderbetreuung	46,5%	53,7%	57,3%	49,8%	41,4%	41,4%	40,2%	42,3%	39,1%	34,0%	37,6%	43,9%
<b>Stellenwert familiärer Pflegeleistungen</b>												
Anteil der Empfangenden, der gepflegt wurde	6,2%	5,8%	6,8%	10,0%	12,0%	4,3%	14,3%	15,7%	29,2%	23,1%	19,9%	13,4%
Anteil der Leistenden, der gepflegt hat	8,8%	3,8%	10,9%	7,8%	9,0%	14,1%	11,7%	8,7%	12,2%	14,1%	12,0%	10,3%
<b>Volumen sozialer Transfers (Stunden im Jahr – Median)</b>												
Hilfe empfangen	30	27	35	90	120	36	120	104	182	312	208	115
Hilfe geleistet ohne Enkelkinderbetreuung	100	60	104	208	104	52	156	180	520	364	350	200
Hilfe geleistet mit Enkelkinderbetreuung	156	130	208	350	265	120	260	312	700	476	700	334
<b>Beteiligung an finanziellen Transfers</b>												
Geleistete Transfers	34,6%	29,2%	22,1%	21,0%	23,5%	24,1%	33,5%	28,1%	22,3%	9,8%	29,0%	25,2%
Empfangene Transfers	1,7%	1,3%	1,4%	1,3%	1,0%	0,9%	3,3%	5,4%	2,1%	3,0%	9,7%	2,8%
<b>Volumen finanzieller Transfers (Anteil am bedarfsgewichteten Medianhaushaltseinkommen)</b>												
Geleistete Transfers	4,5%	6,9%	7,5%	11,1%	8,5%	8,9%	4,6%	6,4%	7,3%	17,0%	10,1%	8,4%
Empfangene Transfers	2,7%	4,7%	3,1%	3,6%	6,4%	8,4%	3,2%	3,5%	7,3%	8,5%	10,1%	5,6%

Noch deutlicher zeigt sich die von Reher vermutete Demarkationslinie zwischen Südeuropa und dem restlichen Kontinent bei den Unterschieden in der Bewertung des Stellenwerts von Enkelkindern. Hier heben sich die südeuropäischen Staaten (zusammen mit Frankreich) deutlich von den anderen Staaten ab. Erstaunlicherweise wird den Enkelkindern somit ausgerechnet im kinderarmen Südeuropa eine so hohe Bedeutung beigemessen. Ein ökonomischer Erklärungsansatz könnte dieses Ergebnis als simplen wirtschaftlichen Zusammenhang deuten: Ein knappes Gut, in diesem Fall Kinder, ist wertvoll. Aus soziologischer Perspektive ist hinzuzufügen, dass dieses Resultat auch deswegen zustande gekommen sein kann, weil sich die südeuropäischen Senioren aufgrund mangelnder gesellschaftlicher Teilhabe primär über ihre Familie und damit auch über ihre Enkelkinder definieren. Ein Indiz, wel-

ches für diese Interpretation spricht, liefern Erlinghagen und Hank (2006), die in ihrer Studie feststellen, dass sich die Alten in Südeuropa deutlich seltener im Rahmen freiwilligen sozialen Engagements beteiligen und somit schlechter in ihren Gesellschaften integriert zu sein scheinen, als ihre Altersgenossen im restlichen Europa.

Die angesprochene geringe aktive Teilhabe Älterer in Südeuropa zeigt sich auch bei einem ersten Blick auf eine der im Folgenden zentralen (abhängigen) Variablen, namentlich der Beteiligung an intergenerationalen Zeittransfers außerhalb des eigenen Haushalts. Hier zeigt sich trotz des hohen Stellenwerts der Familie eine vergleichsweise geringe Bereitschaft sich aktiv zu beteiligen. Gemäß der *crowding in*-Hypothese sind hier die Beteiligungsquoten insbesondere in Staaten mit generösen Wohlfahrtsregimen am höchsten. Beim Empfangen sozialer Transfers zeigt sich hingegen ein uneinheitliches Bild.

Relativiert werden die geringen Beteiligungsquoten der Südeuropäer, wenn man die Intensität sozialer Transfers in die Analysen einbezieht. Denn es zeigt sich, dass die intergenerationalen Beziehungen in Südeuropa intensiver sind als im restlichen Europa. Sowohl beim Leisten als auch beim Empfangen sozialer Transfers ist das Stundenvolumen hier am größten – auch der hohe Stellenwert der Enkelkinder manifestiert sich in diesem Ergebnis. Ein Grund für die deutlich höheren Transferolumina ist, neben der intensiven Beteiligung an Enkelkinderbetreuung, der vergleichsweise hohe Anteil, den Pflegeleistungen am Gesamtvolumen sozialer Transfers einnehmen. Die umfangreiche Enkelkinderbetreuung in Südeuropa ist nicht nur den Einstellungen, sondern auch dem Fehlen eines flächendeckenden Kinderbetreuungsangebotes geschuldet. Der Pflegeeffekt lässt sich ebenfalls durch den geringen Umfang staatlicher Leistungen, aber auch durch die gesetzliche Pflegeverpflichtung erklären (Haberkern und Szydlik 2008: 84; Millar und Warman 1996).

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der sozialen Transfers festhalten, dass ein schwacher Wohlfahrtsstaat, der nicht willens oder nicht in der Lage ist, die Pflegeleistungen für Alte im angemessenen Umfang zu übernehmen, paradoxerweise zu einer geringeren Transferbeteiligungsquote führt. Gleichzeitig führt er aber auch zu einem relativ hohen Volumen von Transfers. Diejenigen, die sich auf soziale Transfers einlassen (müssen), werden mithin sehr stark belastet, was nicht selten zu einer massiven Belastung der Eltern-Kind-Beziehung führt (Lüscher und Pillemer 1998). Gemäß der *crowding in*-Argumentation kann also angenommen werden, dass ein starker Wohlfahrtsstaat zumindest im Hinblick auf die Transferbeteiligung zu einem höheren Ausmaß intergenerationaler Solidarität führt, da Familienmitglieder anscheinend eher bereit sind, sich an Transfers zu beteiligen, wenn der (zeitliche) Aufwand im überschaubaren Rahmen bleibt (Daatland und Lowenstein 2005; Küemund und Rein 1999: 97).

## 4.2 Determinanten intergenerationaler Transfers

Im Folgenden soll zunächst herausgearbeitet werden, welche Determinanten maßgeblich darüber entscheiden, ob Ältere an intergenerationalen Austauschbeziehungen als Empfänger von Hilfeleistungen beteiligt sind. Nachdem auf diese Weise untersucht wurde, inwiefern die Alten als Empfänger von Hilfeleistungen – mithin sogar als Last für die jüngere Generation – in Erscheinung treten, wird in den abschließenden Abschnitten geklärt, unter welchen Bedingungen die Altersgruppe 50+ aktiv an intergenerationalen Austauschbeziehungen partizipiert, also die jüngere Generation entlastet.

Ein zentrales Anliegen aller Modelle ist es, Ähnlichkeiten sowie Unterschiede in den Solidaritätsregimen herauszuarbeiten. Daher wurden für die einzelnen Fragestellungen jeweils drei Modelle geschätzt: (1) ein gepooltes Modell mit Kontrolle der Zugehörigkeit zur nord- und zen-

traleuropäischen bzw. der südeuropäischen Ländergruppe, (2) eines nur für die nord-/zentraleuropäische und (3) eines nur für die südeuropäische Ländergruppe.

#### 4.2.1 Empfangene Transfers

Wie bereits erwähnt, wurden bei *SHARE* nicht alle Fragebogenmodule von allen Personen eines Haushalts beantwortet. So wurde beispielsweise zu den empfangenen sozialen Transfers lediglich der so genannte *family respondent* befragt. Die folgenden Analysen beruhen daher jeweils auf den Auskünften, die eine Person mitunter auch stellvertretend für den Partner gegeben hat. Da die Auswertungen somit gleichsam auf der Basis von Haushaltsinformationen erfolgen, wurden dementsprechend keine auf Individual-Informationen basierende Kovariaten genutzt (Bsp.: Alter, Einstellungen). Die einzige Ausnahme von dieser Vorgehensweise ist die Krankheitsskala. Hier wurden im Falle von Paarbeziehungen die Werte der beiden Partner addiert. Um dennoch eine saubere Interpretation der Krankheitseffekte zu gewährleisten, wurden zusätzlich der Partnerschaftsstatus und ein Interaktionseffekt in das Modell aufgenommen. Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse der logistischen Regression zur Schätzung der (*logarithmierten*) *Chance*, Hilfe zu empfangen. Die einzelnen Kovariaten wurden den verschiedenen Faktorengruppen des erweiterten Modells familialer Solidarität zugeordnet.

Bezüglich der *Opportunitätsstrukturen* zeigen die Ergebnisse, dass die Nähe zu den Kindern eine entscheidende Rolle spielt. Wenn ein Kind im Umkreis von 25 km lebt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit soziale Transfers zu empfangen deutlich. Ein solcher Effekt war auch zu erwarten, da räumliche Nähe zu den eigenen Kindern die Opportunitätskosten für Transfers deutlich verringert.

Tabelle 2: Logistische Regression – Empfangene Transfers

	Modell 1 Gepoolt	Modell 2 Südeuropa	Modell 3 Resteuropa
Konstante	-3,783***	-4,523***	-3,683***
<b>Opportunitätsstrukturen</b>			
Alle Kinder mehr als 25km entfernt (Ref.)			
Min. ein Kind im Umkreis von 25 km	0,953***	1,214***	0,913***
<b>Bedürfnisstrukturen</b>			
Krankheitsskala	0,155***	0,175***	0,148***
Partnerschaft (Ref.)			
Singlehaushalt	0,923***	1,383***	0,816***
Interaktion: Single*Krankheitsskala	0,125***	0,061*	0,141***
<b>Familiale Strukturen</b>			
Anzahl weiblicher Kinder	0,120***	0,171***	0,113***
Keine weiteren Haushaltsmitglieder (Ref.)			
Weitere Haushaltsmitglieder	-0,872***	-1,104***	-0,723***
<b>Motivstrukturen - Reziprozität</b>			
Leistet keine instrumentelle Transfers (Ref.)			
Leistet instrumentelle Transfers	0,200***	0,285**	0,173***
Leistet keine finanziellen Transfers (Ref.)			
Leistet finanzielle Transfers	0,224***	0,081	0,272***
Empfängt keine finanziellen Transfers (Ref.)			
Empfängt finanzielle Transfers	0,953***	1,379***	0,540***
<b>Kulturell-kontextuelle Strukturen</b>			
Zentraleuropäisches Regime (Ref.)			
Südeuropäisches Regime	-0,240***		
1. Einkommensdrittel (Ref.)			
2. Einkommensdrittel	-0,043	0,063	-0,097
3. Einkommensdrittel	-0,167**	-0,344**	-0,121
<b>Modellanpassung</b>			
Anzahl der Untersuchungseinheiten	12184	3272	8912
Pseudo-R	0,149	0,208	0,132

Ref. = Referenzkategorie

Signifikanzwerte: \*  $p < 0,1$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$

Während die *Opportunitätsstrukturen* gewissermaßen nur als Filter darüber entscheiden, ob jemand Hilfe empfängt oder nicht, sind laut Szydlík die *Bedürfnisstrukturen* ausschlaggebend. In den obigen Modellen wurden die Bedürfnisse naturgemäß über den Gesundheitszustand der untersuchten Haushaltsmitglieder abgebildet. Je schlechter der Gesundheitszustand, desto wahrscheinlicher helfen die eigenen Kinder – auch unter Kontrolle zahlreicher weiterer Kovariaten bleibt dieser erwartete Effekt signifikant. Auch die beiden verbleibenden Effekte der *Bedürfnisstrukturen* sind wenig überraschend. Sie besagen, dass sowohl gesunden als auch kranken Singles häufiger geholfen wird, als Personen aus Paarhaushalten. Der erste Ansprechpartner im Bedürfnisfall ist nahe liegender Weise der Partner. Erst wenn kein Partner verfügbar ist, wird im stärkeren Ausmaß auf die Unterstützung der Kinder zurückgegriffen. Dies kann als Indiz für die zentrale Bedeutung intragenerationaler Austauschbeziehungen gewertet werden. Angesichts der Zunahme von Singlehaushalten deutet dieses Ergebnis jedoch zugleich auf eine höhere Nachfrage nach intergenerationalen Austauschbeziehungen in der nahen Zukunft hin. Ob diese Nachfrage – angesichts rückläufiger Fertilitätsraten – befriedigt werden kann, bleibt freilich offen.

Ein Blick auf die *Familienstrukturen* zeigt, dass nicht nur das Leben in einem Paarhaushalt, sondern das Zusammenleben mit anderen Familienmitgliedern generell die Chance auf intergenerationale Unterstützung durch die eigenen Kinder verringert. Ein Vergleich der Modelle 2 und 3 legt nahe, dass dieser Effekt in Südeuropa stärker ist, als im restlichen Europa. Als Ursache hierfür ist die im Süden weit verbreitete Ko-residenz von Eltern und ihren erwachsenen Kindern zu sehen. Intergenerationale Beziehungen können hier im Gegensatz zum restlichen Europa (bei Bedarf) bereits innerhalb des Haushalts stattfinden. Der positive Effekt weiblicher Kinder deutet darauf hin, dass weibliche Kinder aufgrund ihrer Sozialisation in der Rolle der *kinkeeper* nach wie vor

stärker an der Produktion intergenerationaler Solidarität beteiligt sind, als ihr männliches Pendant (Szydlik 2000).

Nachdem sich die Faktorengruppen des erweiterten Solidaritätsmodells bislang relativ gut operationalisieren lassen konnten, ergeben sich bei den *Motivstrukturen* stellenweise erhebliche Einschränkungen. Da bei einer Analyse auf Haushaltsebene keine Einstellungsfragen in das Modell mit aufgenommen werden können, lassen sich die Motive der Akteure nur über einen problematischen Umweg darstellen. Dieser Umweg macht es erforderlich, von beobachteten Verhaltensweisen auf die zugrundeliegenden Motive der Akteure zu schließen (siehe hierzu u.a.: Sen 1986). Es ergibt sich die Einschränkung, dass hier nur ein Teil der Motive approximativ operationalisiert werden kann, namentlich die *Reziprozitätsnorm*. Sollte diese gelten, ist davon auszugehen, dass die Chance auf intergenerationale Hilfe steigt, wenn der untersuchte Haushalt anderweitig aktiv an Austauschbeziehungen beteiligt ist. In der Tat zeigt sich, dass dieser prognostizierte Effekt eintritt. Analog zu Rehers (1998) Überlegungen ergeben sich zudem Hinweise darauf, dass im familienorientierten Südeuropa Reziprozitätserwägungen eine geringere Rolle spielen, als im restlichen Europa – geleistete finanzielle Transfers haben nämlich nur im Norden einen positiven Einfluss auf die Chance, Hilfe zu empfangen. Allerdings führen – in ganz Europa – auch empfangene finanzielle Transfers zu einer erhöhten Chance auf instrumentelle Unterstützung und konterkarieren somit die Reziprozität-Argumentation. Interessant ist bezüglich des letztgenannten Effekts auch der deutliche Unterschied zwischen Süd- und Resteuropa. In Südeuropa kommt es demnach viel häufiger zu einer Konstellation, in der die erwachsenen Kinder ihre Eltern zugleich instrumentell, als auch finanziell unterstützen müssen. Dies kann einerseits im Sinne Rehers als Indiz für die ausgesprochen engen familialen Bindungen verstanden werden, oder aber als das Resultat eines schwachen Sozialstaats, der den Familien die Produktion sozialer Sicherheit überantwortet.



Beide Indizien werden bei einem Blick auf die *kulturell-kontextuellen Strukturen* bereits wieder relativiert. Denn wie bereits in deskriptiven Auswertungen gezeigt, ist das Transferbeteiligungsniveau in Südeuropa deutlich geringer als im restlichen Europa. Was angesichts der hohen Transfervolumina aus der Perspektive der erwachsenen Kinder als das Resultat der Vermeidung starker Belastungen bezeichnet werden kann.

Die eben angesprochenen Transfervolumina werden in Tabelle 3 näher untersucht. Die der Tabelle zugrunde liegenden Regressionsmodelle wurden nur für die Personen berechnet, die auch tatsächlich Transfers empfangen.

Auch hier zeigt sich der deskriptiv schon festgestellte Unterschied zwischen den beiden Solidaritätsregimen: Im Süden ist das Transfervolumen deutlich höher (49%).

Wie bereits im logistischen Regressionsmodell, ergibt sich auch hier bezüglich des Effekts weiterer Haushaltsmitglieder ein spürbarer Unterschied zwischen den beiden Regimen. Während im Süden kein Effekt feststellbar ist, ergibt sich im restlichen Europa ein kontraintuitiver und zugleich überraschend starker positiver Effekt: Wer mit anderen zusammen lebt, kann hier mehr Hilfe von seinen Kindern erwarten.

Im Hinblick auf Regimeunterschiede bleibt zudem nach wie vor der Effekt der Doppelbelastung der Kinder in Südeuropa bestehen. Ja, er wird gleichsam sogar verstärkt, denn: Wenn Kinder finanzielle Hilfe leisten, erhöht sich nicht nur die Wahrscheinlichkeit, Hilfe zu empfangen, sondern auch das zeitliche Volumen dieser Hilfe. Relativierend bleibt anzumerken, dass die beiden Transferformen nicht unbedingt von den gleichen Kindern stammen müssen. Ob der niedrigen Transferbeteiligungsquoten erscheint dies jedoch nicht unwahrscheinlich. Ein weiterer Unterschied ergibt sich, wie schon im logistischen Modell, bei den Reziprozitätserwägungen. In Nord-/Zentraleuropa scheint man sich, zugespitzt formuliert, von seiner Pflicht zu helfen in Teilen *freikau- fen* zu können: Leistet man finanzielle Unterstützungsleistungen, hal-

biert sich das Transfervolumen beinahe. Auch dieses Ergebnis steht im Einklang mit Rehers Konzept.

Tabelle 3: OLS-Regression – Empfangene Transfers

	Modell 1 Gepoolt	Modell 2 Südeuropa	Modell 3 Resteuropa
Konstante	2,809***	3,369***	2,849***
<b>Opportunitätsstrukturen</b>			
Alle Kinder wohnen mehr als 25km entfernt (Ref.)			
Mindestens ein Kind wohnt im Umkreis von 25 km	0,752***	0,662***	0,743***
<b>Bedürfnisstrukturen</b>			
Krankheitsskala			
	0,101***	0,056*	0,110***
Partnerschaft (Ref.)			
Singlehaushalt	0,464***	0,475**	0,442***
Erhält keine Pflege (Ref.)			
Wird gepflegt	1,269***	1,287***	1,300***
<b>Familiale Strukturen</b>			
Anzahl weiblicher Kinder			
	0,084**	0,239**	0,057
Keine weiteren Haushaltsmitglieder (Ref.)			
Weitere Haushaltsmitglieder	0,410***	-0,119	0,676***
<b>Motivstrukturen – Reziprozität</b>			
Leistet keine instrumentellen Transfers (Ref.)			
Leistet instrumentelle Transfers	-0,377***	0,048	-0,482***
Leistet keine finanziellen Transfers (Ref.)			
Leistet finanzielle Transfers	0,076	-0,031	0,084
Empfängt keine finanziellen Transfers (Ref.)			
Empfängt finanzielle Transfers	0,424**	0,494*	0,319
<b>Kulturell-kontextuelle Strukturen</b>			
Zentraleuropäisches Regime (Ref.)			
Südeuropäisches Regime	0,491***		
<b>Modellanpassung</b>			
Anzahl der Untersuchungseinheiten			
	1694	363	1331
Korrigiertes R <sup>2</sup>			
	0,2075	0,1387	0,1894

Abhängige Variable = Logarithmierter Stundenumfang; Ref. = Referenzkategorie  
Signifikanzwerte: \*  $p < 0,1$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$

Schließlich soll hier noch auf einen Effekt hingewiesen werden, der unseren Erwartungen zuwider läuft. Wegen der gesetzlichen Pflegeverpflichtung, sowie des vergleichsweise hohen Stellenwerts der intergenerationalen Pflege in Südeuropa (siehe Tabelle 1), hätten wir erwartet, dass der Anteil der Pflege hier einen stärkeren Effekt auf das Transfervolumen hat, als im restlichen Europa. Tabelle 3 bestätigt diese Vermutung aber nicht: Wenn im Rahmen intergenerationaler Transferbeziehungen Pflegeleistungen empfangen werden, wirken sich diese überall in vergleichbarem Ausmaß auf das Transfervolumen aus.

#### 4.2.2 Geleistete Transfers

Die Analyse der geleisteten Transfers kann im Gegensatz zu den vorangegangenen Auswertungen auf der Individualebene durchgeführt werden, da hier alle Personen eines Paarhaushalts befragt wurden. Dies ermöglicht die Aufnahme von Variablen, die bislang außen vor bleiben mussten. Von einem geleisteten Transfer wird gesprochen, wenn mindestens einer der folgenden drei Gruppen instrumentell geholfen wird: Eltern, Kinder, Enkelkinder.

Tabelle 4 zeigt, dass auch hier die *Opportunitätsstrukturen* einen starken Einfluss auf die Transferbeteiligung ausüben. Neben dem negativen Effekt gesundheitlicher Einschränkungen ist hierbei vor allem auf den Richtungswechsel des Alterseffekts hinzuweisen. Zunächst steigt mit dem Alter auch das Beteiligungsniveau, dann fällt es wieder ab. Der Anstieg lässt sich u.a. dadurch erklären, dass sich mit ansteigendem Alter mehr *Gelegenheiten* zur Hilfe ergeben, beispielsweise zur Pflege der eigenen Eltern. Ab einem gewissen Punkt nimmt jedoch auch die eigene Belastbarkeit und die Möglichkeiten zu helfen ab (Bsp.: Enkelkinder sind nicht mehr betreuungsbedürftig).

Tabelle 4: Logistische Regression – Geleistete Transfers

	Modell 1 Gepoolt	Modell 2 Südeuropa	Modell 3 Resteuropa
Konstante	-11,019***	-10,572***	-11,641***
<b>Opportunitätsstrukturen</b>			
Alle relevanten Personen wohnen mehr als 25km entfernt (Ref.)			
Mind. eine rel. P. wohnt im Uk. von 25 km	0,738***	1,146***	0,673***
Nicht erwerbstätig (Ref.)			
Erwerbstätig	0,01	-0,410***	0,097
Alter	0,314***	0,254***	0,338***
Alter im Quadrat	-0,003***	-0,002***	-0,003***
Krankheitsskala	-0,058***	-0,02	-0,073***
<b>Familiale Strukturen</b>			
Anzahl der Kinder	-0,033	-0,096**	-0,013
Anzahl der Enkelkinder	1,041***	0,836***	1,125***
Eigene Eltern tot (Ref.)			
Eigene Eltern leben	0,553***	0,420***	0,614***
Partnerschaft (Ref.)			
Singlehaushalt	-0,441***	-0,200*	-0,540***
Keine weiteren Haushaltsmitglieder (Ref.)			
Weitere Haushaltsmitglieder	-0,188***	-0,139	-0,168*
<b>Motivstrukturen</b>			
Stellenwert von Enkelkindern			
	0,174***	0,167**	0,186***
Einstellung – Staat vs. Familie			
	-0,032	0,064	-0,058
Empfängt keine instr. Transfers (Ref.)			
Empfängt instrumentelle Transfers	0,361***	0,324**	0,374***
Leistet keine finanziellen Transfers (Ref.)			
Leistet finanzielle Transfers	0,404***	0,529***	0,351***
Empfängt keine finanziellen Transfers (Ref.)			
Empfängt finanzielle Transfers	0,224	0,222	0,207
<b>Kulturell-kontextuelle Strukturen</b>			
Weibliche Befragte (Ref.)			
Männlicher Befragter	-0,268***	-0,112	-0,307***
1. Einkommensdrittel (Ref.)			
2. Einkommensdrittel	0,161**	0,361***	0,061
3. Einkommensdrittel	0,057	0,340***	-0,052
Zentraleuropäisches Regime (Ref.)			
Südeuropäisches Regime	-0,685***		
<b>Modellanpassung</b>			
Anzahl der Untersuchungseinheiten	8301	2256	6045
Pseudo-R	0,1995	0,1354	0,216

Ref. = Referenzkategorie

Signifikanzwerte: \*  $p < 0,1$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$

Bei den familialen Strukturen zeigen sich bezüglich der Anzahl der Enkelkinder, dem Vorhandensein mindestens eines lebenden Elternteils, des Partnerschaftsstatus‘ sowie des Effekts weiterer Haushaltsmitglieder die erwarteten Effektrichtungen. Erstaunlich ist jedoch, dass die Anzahl eigener Kinder keine Wirkung auf die Beteiligung an Transfers zeitigt. Dies lässt sich als ein Hinweis darauf interpretieren, dass die befragten Personen überwiegend im Zuge der Betreuung der eigenen Eltern oder Enkelkinder an intergenerationalen Austauschbeziehungen teilnehmen.

Der positive Enkelkindereffekt zeigt sich am korrespondierenden Einstellungseffekt. Je höher der Stellenwert ist, den die Befragten Enkelkindern beimessen, desto wahrscheinlicher werden Transferleistungen. Wir interpretieren dies als Hinweis auf die positive Wirkung altruistischer Transfermotive. Zuständigkeitsnormen – gemessen über die „Einstellung – Staat vs. Familie“ – scheinen die aktive Beteiligung an instrumentellen Austauschbeziehungen hingegen nicht zu beeinflussen. Mit dem positiven Effekt empfangener instrumenteller Transfers ist im Kontext der *Motivstrukturen* zudem erneut ein (schwaches) Indiz für die Wirksamkeit des *Reziprozitätsmotivs* zu sehen. Allerdings kann man auch hier feststellen, dass Personen, die bereits im Rahmen finanzieller Transfers Hilfe leisten, dazu neigen, auch instrumentell zu helfen.

Abschließend soll an dieser Stelle der erstaunliche Geschlechtereffekt erwähnt werden. In Modell 1 zeigt sich zunächst der erwartete negative Effekt für Männer, der auch für Nord- und Mitteleuropa beobachtet werden kann. Für Südeuropa kann entgegen aller Erwartungen jedoch kein Geschlechtereffekt festgestellt werden. Die Ursache für diese Überraschung ist der geringen Frauenerwerbsbeteiligung in Südeuropa

geschuldet. Der negative Männereffekt zeigt sich daher in der Kovariate „Erwerbstätig ja/nein“.<sup>8</sup>

Bei der Kontrastierung des Regimeunterschieds bezüglich der Transferbeteiligungswahrscheinlichkeit und der Transferintensität ergibt sich beim Leisten das gleiche Bild wie schon beim Empfangen instrumenteller Transfers: In Südeuropa wird seltener geholfen, aber dafür intensiver. Abgesehen davon ist in Tabelle 5 interessant, dass sich hier in allen drei Modellen der negative Männereffekt zeigt, der bereits im logistischen Modell vermutet wurde, jedoch nur über Umwege gezeigt werden konnte. Auffällig ist diesbezüglich, dass der Effekt im familienorientierten Südeuropa deutlich stärker ausfällt, als im restlichen Europa: Das Volumen geleisteter Transfers verringert sich hier bei Männern im Vergleich zu Frauen um 40 Prozent.

Bei einem Blick auf die geleisteten Transferarten zeigt sich in Südeuropa der erhebliche Stellenwert der Enkelkinderbetreuung. Mangels einer flächendeckenden Kinderbetreuung und/oder wegen der starken familialen Bindungen steuert die Enkelkinderbetreuung hier einen größeren Anteil zur der Gesamtmenge der geleisteten Transfers bei.

Der wohl interessanteste Effekt betrifft jedoch die *Motivstrukturen*. Im Gegensatz zu allen anderen Modellen zeigen sich hier bei den Reziprozitätsvariablen keine Effekte. Das deutet darauf hin, dass Reziprozitätserwägungen – sofern sie mit den hier verwendeten Variablen überhaupt abgebildet werden können – im Kontext geleisteter Hilfe nur bei der Entscheidung, ob man hilft, eine gewisse Rolle spielen. Hat man sich erst einmal für Transfers entschieden, scheinen kalkulierende Erwägungen keine Bedeutung mehr zu besitzen.

---

<sup>8</sup> Modell mit beiden Variablen aus Gründen der Modellökonomie hier nicht dargestellt.

Tabelle 5: OLS-Regression – Geleistete Transfers

	Modell 1 Gepoolt	Modell 2 Südeuropa	Modell 3 Resteuropa
Konstante	-1.506	-1.513	-1.740
<b>Opportunitätsstrukturen</b>			
Alle relevanten Personen wohnen mehr als 25km entfernt (Ref.)			
Mind. eine rel. P. wohnt im Uks von 25 km	-0,026	0,018	-0,033
Nicht erwerbstätig (Ref.)			
Erwerbstätig	-0,431***	-0,321*	-0,452***
Alter	0,160***	0,182	0,167***
Alter im Quadrat	-0,001***	-0,001	-0,001***
<b>Familiale Strukturen</b>			
Anzahl der Kinder	-0,062***	-0,075	-0,055**
Anzahl der Enkelkinder	0,136***	0,094	0,149***
Eigene Eltern tot (Ref.)			
Eigene Eltern leben	0,07	0,058	0,083
Partnerschaft (Ref.)			
Singlehaushalt	-0,143**	-0,161	-0,135**
<b>Motivstrukturen</b>			
Stellenwert von Enkelkindern			
Einstellung – Staat vs. Familie	0,095***	-0,106	0,146***
Empfängt keine instr. Transfers (Ref.)			
Empfängt instrumentelle Transfers	-0,115	-0,242	-0,098
Leistet keine finanziellen Transfers (Ref.)			
Leistet finanzielle Transfers	-0,009	0,151	-0,054
Empfängt keine finanziellen Transfers (Ref.)			
Empfängt finanzielle Transfers	0,188	0,282	0,138
<b>Kulturell-kontextuelle Strukturen</b>			
Weibliche Befragte (Referenz)			
Männlicher Befragter	-0,295***	-0,403***	-0,273***
Geleistete Transferarten			
Pflege	1,020***	0,899***	1,100***
Enkelkinderbetreuung	1,286***	1,454***	1,241***
Hausarbeit	0,886***	0,882***	0,891***
Zentraleuropäisches Regime (Ref.)			
Südeuropäisches Regime	0,615***		
<b>Modellanpassung</b>			
Anzahl der Untersuchungseinheiten	3707	743	2964
Korrigiertes R <sup>2</sup>	0,208	0,121	0,199

Abhängige Variable = Logarithmierter Stundenumfang; Ref. = Referenzkategorie  
 Signifikanzwerte: \*  $p < 0,1$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$

### 4.2.3 Zusammenfassung

Mit den Analysen in diesem Beitrag konnte gezeigt werden, dass es um die intergenerationalen Beziehungen keineswegs so schlecht bestellt ist, wie gemeinhin angenommen. Die Altersgruppe 50+ ist in ganz Europa in ein relativ gutes Netz intergenerationaler Austauschbeziehungen eingebunden und kann sich im Bedarfsfall auf die Unterstützung ihrer Kinder verlassen.

Bei der Betrachtung der Determinanten empfangener Hilfeleistungen zeigt sich, dass gemäß Szydlík vor allem *Bedürfnisstrukturen* darüber entscheiden, ob man von den Kindern Hilfe empfängt oder nicht. Aber auch die *kulturell-kontextuellen Strukturen* führen zu Unterschieden, wenngleich diese nicht so stark ausfallen, wie die Bedürfniseffekte. Neben den beiden genannten Effekten deutet Tabelle 6 aber auch an, dass Reziprozitätserwägungen einen erheblichen Einfluss auf das Transferverhalten ausüben.

Tabelle 6: Wahrscheinlichkeit Transfers zu empfangen

Wert auf Krankheitsskala (Werte: 0-9)	Leistet im Rahmen intergenerationaler Austauschbeziehungen...	Südeuropa	Resteuropa
1	nichts	12,8%	15,7%
	Finanzielle Transfers	15,5%	18,9%
	finanzielle + instrumentelle Transfers	18,3%	22,2%
3	nichts	16,7%	20,3%
	Finanzielle Transfers	20,0%	24,1%
	finanzielle + instrumentelle Transfers	23,4%	28,0%
7	nichts	27,1%	32,1%
	Finanzielle Transfers	31,7%	37,1%
	finanzielle + instrumentelle Transfers	36,2%	41,9%

So steigt beispielsweise die Chance intergenerationale Hilfe zu empfangen für Südeuropäer mit schlechtem Gesundheitszustand fast um neun Prozentpunkte, wenn sie ihre Kinder instrumentell und finanziell un-



terstützen.<sup>9</sup> Dieser relativ starke Effekt muss allerdings sehr vorsichtig interpretiert werden: Er deutet zwar auf einen starken Reziprozitätseffekt hin, kann aber auch einfach das Resultat enger Filiationsbeziehungen sein, bei denen Kosten-Nutzen-Erwägungen keine Rolle spielen. Mit den *SHARE*-Daten kann in dieser Frage nicht eindeutig entschieden werden, da derzeit weder Längsschnittdaten, noch direkt abgefragte Informationen über die Motive der untersuchten Personen vorliegen.

Gleiches gilt für die geleisteten Transfers. Auch hier können die Motivlagen der Akteure nur lückenhaft erschlossen werden. Fest steht jedoch, dass die Alten in erheblichem Maße selbst im Rahmen intergenerationaler Austauschbeziehungen aktiv werden und dabei nicht nur ihre Eltern pflegen, sondern auch erwachsene Kinder durch Enkelkinderbetreuung entlasten.

## 5 Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit verfolgte das Ziel, die öffentliche wie auch die wissenschaftliche Debatte über den Stellenwert intergenerationaler Beziehungen im wohlfahrtsstaatlichen Kontext aufzugreifen und anhand einer empirischen Modellierung die Determinanten intergenerationaler Transfers zu beleuchten. Im Rahmen dieser Analysen konnte gezeigt werden, dass Menschen im Alter 50+ länderübergreifend größtenteils in ein intaktes und ausgebautes Netz intergenerationaler Austauschbeziehungen eingebunden sind, wenngleich die Ausgestaltung dieser Beziehung innerhalb Europas mitunter deutliche Unterschiede aufweist.

Diese Heterogenität innerhalb Europas bezieht sich überwiegend auf zwei Ländergruppen, die in sich wiederum ein homogenes Bild darstellen: auf der einen Seite betrifft dies die Länder Südeuropas, auf der an-

---

<sup>9</sup> Die Wahrscheinlichkeiten wurden unter Konstanthalten der übrigen Kovariaten berechnet.

deren Seite die hier untersuchten Länder Mittel- und Nordeuropas. Mit diesem Ergebnis knüpfen wir an die Arbeit von Reher (1998) an, der ebenfalls die Sonderstellung Südeuropas gegenüber Resteuropas im Rahmen intergenerationaler Austauschbeziehungen und Solidarität betonte.

Wenngleich sich diese Unterschiede zwischen Süd- und Resteuropa im Kontext intergenerationaler Beziehungen zeigen, können sie nur bedingt zur *crowding in/out*-Debatte beitragen, da die Differenzen kontextspezifisch variieren. So beteiligen sich in Südeuropa zwar die Menschen deutlich weniger an sozialen Transfers als Menschen in Resteuropa, sie leisten im Falle einer Beteiligung jedoch einen deutlich höheren Umfang an Stunden.

Zu erklären sind diese Ergebnisse durch die unterschiedlichen kulturhistorischen und wohlfahrtsstaatlichen Konfigurationen der beiden Ländergruppen, welche sich direkt auf die Beteiligung und den Umfang intergenerationaler Transfers auswirken. In den Ländern Südeuropas, in denen der Staat nur in vergleichsweise geringem Umfang wohlfahrtsstaatliche Aufgaben übernimmt und die Familie daher der zentrale Ort der Produktion intra- und intergenerationaler Solidarität ist, steht der Umfang der Leistungen im Vordergrund. In Ländern, in denen der Staat aktiver eingreift – namentlich im restlichen Europa – spielt hingegen die bloße Beteiligung an intergenerationalen Transfers eine zentrale Rolle, weniger der Transferumfang. Beide Ergebnisse lassen nicht erkennen, dass ein umfangreicheres soziales Sicherungssystem per se den Stellenwert der Familie mindert. Anstatt dessen konnte gezeigt werden, dass unabhängig vom jeweiligen kulturellen Kontext nachwievor intakte Familiennetze existieren, die zwar unterschiedlich wirksam werden, auf die man sich im Bedarfsfall aber in aller Regel verlassen kann (siehe Tabelle 6).

Dieser Beitrag konnte im Rahmen der Analysen der Determinanten intergenerationaler Transfers zudem deutlich machen, dass neben den

*kulturell-kontextuellen* Strukturen auch andere Faktorengruppen von zentraler Bedeutung sind. So zeigen die Analysen des Empfangens von sozialen Transfers, dass, wie von Szydlik (2000) prognostiziert, die *Bedürfnisstrukturen* maßgeblich darüber entscheiden, ob man von Kindern Hilfe empfängt oder nicht. Ebenso determinieren die *Opportunitätsstrukturen* in einem erheblichen Maß die Aktivitätsbereitschaft und den Umfang geleisteter Transfers.

Die eigenständige Erklärungskraft der im Rahmen dieser Arbeit berücksichtigten *Motivstrukturen* wurde in den statistischen Modellen zwar angedeutet, allerdings konnten Motive angesichts der genannten Einschränkungen nur partiell operationalisiert werden. Der Fokus musste hier deshalb auf den Reziprozitätsmustern liegen, die insbesondere bei der Beteiligung an Transfers einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Zukünftige Studien sollten daher versuchen, die Motive solidarischen Handelns stärker zu erheben um deren Wirkungsweise besser erklären zu können.

## Literatur

- Akremit, Leila und Markus Ziegler, 2006: Skalenkonstruktion nach Mokken für mehrdimensionale Variablenstrukturen – Ein Anwendungsbeispiel mit SPSS. Bamberg: unveröffentlichtes Seminarpapier im Rahmen des HS "Daten und Theorie II" im SS 2006.
- Albertini, Marco, Martin Kohli und Claudia Vogel, 2006: Intergenerational transfers of time and money in European families: Common patterns – different regimes? Research Group on Aging and the Life Course, Research Report 76.
- Albertini, Marco, Martin Kohli und Claudia Vogel, 2007: Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns – different regimes? Journal of European Social Policy 17: 319-334.
- Antonucci, Toni C. und James S. Jackson, 1990: The role of reciprocity in social support. S. 173-198 in: Sarason, Barbara R., Irwin G. Sarason und Gregory R. Pierce (Hrsg.), Social support: An interactional view. New York: Wiley.
- Attias-Donfut, Claudine, 2000: Familialer Austausch und soziale Sicherung. S. 222-237 in: Kohli, Martin und Marc Szydlik (Hrsg.), Generationen in Familie und Gesellschaft. Opladen: Leske + Budrich.
- Attias-Donfut, Claudine, J. Ogg und F.-C. Wolff, 2005: European patterns of intergenerational financial and time transfers. European Journal of Ageing 2: 161-173.
- Auer, Ludwig von, 2005: Ökonometrie. Eine Einführung. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bengtson, Vern L. und Robert E. Lee Roberts, 1991: Intergenerational Solidarity in Ageing Families: An Example of Formal Theory Construction. Journal of Marriage and the Family 53: 856-870.
- Bengtson, Vern L. und Yvonne Schütze, 1992: Altern und Generationenbeziehungen: Aussichten für das kommende Jahrhundert. S. 492-517 in: Baltes, Paul B. und Jürgen Mittelstraß (Hrsg.), Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin/New York: Walter de Gruyter.

- Bengtson, Vern L.*, 2001: Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. *Journal of Marriage and Family* 63: 1-16.
- Bengtson, Vern L., R. Giarrusso, J. Mabry und Merrill Silverstein*, 2002: Solidarity, Conflict and Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational Relationships? *Journal of Marriage and the Family* 64: 568-576.
- Bernheim, B. Douglas, Andrei Shleifer und Lawrence H. Summers*, 1985: The Strategic Bequest Motive. *Journal of Political Economy* 93: 1045-1076.
- Börsch-Supan, Axel*, 2004: Global Aging. Issues, Answers, More Questions. Sonderforschungsbereich 504. Rationalitätskonzepte, Entscheidungsverhalten und ökonomische Modellierung - 07-28. Mannheim.
- Börsch-Supan, Axel, Agar Brugiavini, Hendrik Jürges, Johan Mackenbach, Johannes Siegrist und Guglielmo Weber*, 2005: Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim: MEA.
- Börsch-Supan, Axel und Hendrik Jürges*, 2005: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe - Methodology. Mannheim: MEA.
- Brandt, Martina und Marc Szydlik*, 2008: Soziale Dienste und Hilfe zwischen Generationen in Europa. *Zeitschrift für Soziologie*: 301-320.
- Buber, Isabella, Henriette Engelhardt und Alexia Prskawetz*, 2007: Share Codebook. Release 2. Wien: Institut für Demographie.
- Connidis, Ingrid Arnet und Julie Ann McMullin*, 2002: Sociological Ambivalence and Family Ties: A Critical Perspective. *Journal of Marriage and the Family* 64: 558-567.
- Cox, Donald*, 1987: Motives for private income transfers. *Journal of Political Economy* 95: 508-546.
- Daatland, Svein Olav und Katharina Herlofson*, 2001: Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life - an introduction to the OASIS project. NOVA Rapport 14/01. Oslo: NOVA-Norwegian Social Research.

- Daatland, Svein Olav und Ariela Lowenstein*, 2005: Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance. *European Journal of Ageing*: 174 - 182.
- Diewald, Martin*, 1991: Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin: Edition Sigma.
- Erlinghagen, Marcel und Karsten Hank*, 2006: The participation of older Europeans in volunteer work. *Ageing & Society* 26: 567-584.
- Esping-Andersen, Gøsta*, 1990: *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Oxford: Polity Press.
- Esping-Andersen, Gøsta*, 1999: *Social Foundation of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferrera, Maurizio*, 1996: The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy* 6: 17-37.
- Fromm, Sabine*, 2004: Faktorenanalyse. S. 226-256 in: *Baur, Nina und Sabine Fromm* (Hrsg.), *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Gerich, Joachim*, 2001: *Nichtparametrische Skalierung nach Mokken*. Linz: Trauner Verlag.
- Giarrusso, Roseanne, Michael Stallings und Vern L. Bengtson*, 1995: The "Intergenerational Stake" Hypothesis Revisited: Parent—Child Differences in Perceptions of Relationships 20 Years Later. S. 229-296 in: *Bengtson, Vern L., K. Warner Schaie und Linda M. Burton* (Hrsg.), *Adult Intergenerational Relations. Effects of Societal Change*. New York: Springer Publishing.
- Guillemard, Anne-Marie*, 1992: Europäische Perspektiven der Alterspolitik. S. 614-639 in: *Baltes, Paul B. und Jürgen Mittelstraß* (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Haberkern, Klaus und Marc Szydlik*, 2008: Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 60: 82-105.

- Hollstein, Betina und Gina Bria, 1998: Reziprozität in Eltern-Kind-Beziehungen? Theoretische Überlegungen und empirische Evidenz. *Berliner Journal für Soziologie* 8: 7-22.
- Hradil, Stefan, 2004: Die Sozialstruktur Deutschlands im internationalen Vergleich. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Jensen, Robert T., 2003: Do private transfers displace' the benefits of public transfers? Evidence from South Africa. *Journal of Public Economics* 88: 89-112.
- Kaufmann, Franz-Xaver, 1997: Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse im Wohlfahrtsstaat. S. 17-30 in: *Mansel, Jürgen, Gabriele Rosenthal und Angelika Tölke* (Hrsg.), *Generationenbeziehungen, Austausch und Tradierung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kohler, Ulrich und Frauke Kreuter, 2006: Datenanalyse mit Stata. Allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung. München/Wien: Oldenbourg.
- Kohli, Martin, 1999: Private and public transfers between generations: Linking the family and the state. *European Societies* 1: 81-104.
- Kohli, Martin, 2002: Generationengerechtigkeit ist mehr als Rentenfinanzierung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34: 129-138.
- Kohli, Martin, 2004: Intergenerational Transfers and Inheritance: A Comparative View. S. in: *Silverstein, Merril* (Hrsg.), *Intergenerational Relations Across Time and Place (Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Vol. 24)*. New York: Springer.
- Kotlikoff, Laurence und J.N. Morris, 1989: How much care do the aged receive from their children? A bimodal picture of contact and assistance. S. 149-172 in: *Wise, David A.* (Hrsg.), *The economics of aging*. Chicago: Chicago University Press.
- Künemund, Harald und Martin Rein, 1999: There is more to receiving than needing: theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing and Society* 19: 93-121.
- Künemund, Harald und Claudia Vogel, 2006: Öffentliche und private Transfers und Unterstützungsleistungen im Alter – „crowding out“ oder „crowding in“? *Zeitschrift für Familienforschung* 18: 269-289.

- Leibfried, Stephan*, 1992: Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into the European Community. S. 245-280 in: *Ferge, Zsuzsa und Kolberg Jon Eivind* (Hrsg.), *Social Policy in a Changing Europe*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Leisering, Lutz*, 2000: Wohlfahrtsstaatliche Generationen. S. 59-76 in: *Kohli, Martin und Marc Szydlik* (Hrsg.), *Generationen in Familie und Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich.
- Lingsom, Susan* 1997: The substitution issue. Care policies and their consequences for family care. NOVA Rapport 06/97. Oslo: NOVA-Norwegian Social Research.
- Long, J. Scott und Jeremy Freese*, 2006: *Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata*. College Station: Stata Press.
- Lüscher, Kurt und Karl Pillemer*, 1998: Intergenerational ambivalence. A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family* 60: 413-425.
- Mayer, Karl Ulrich, Paul B. Baltes, Wolfgang Gerok, Heinz Häfner, Hanfried Helmchen, Andreas Kruse, Jürgen Mittelstraß, Ursula M. Staudinger, Elisabeth Steinhagen-Thiessen und Gert Wagner*, 1992: Gesellschaft, Politik und Altern. S. 721-757 in: *Baltes, Paul B. und Jürgen Mittelstraß* (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Millar, Jane und Andrea Warman*, 1996: *Family Obligations in Europe*. London: Family Policy Studies Centre.
- Motel-Klingebiel, Andreas und Clemens Tesch-Römer*, 2006: Familie im Wohlfahrtsstaat – zwischen Verdrängung und gemischter Verantwortung. *Zeitschrift für Familienforschung* 18: 290-314.
- Reher, David*, 1998: Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts. *Population and Development Review* 24: 203-234.
- Reil-Held, Anette*, 2002: Die Rolle intergenerationaler Transfers in Einkommen und Vermögen der älteren Menschen in Deutschland. Universität Mannheim.
- Reil-Held, Anette*, 2006: Crowding out or crowding in? Public and private transfers in Germany. *European Journal of Ageing* 22: 263-280.



- Rogers, Everett M., 2003: Diffusion of Innovations. New York: Free Press.
- Saint-Arnaud, Sébastien und Paul Bernard, 2003: Convergence or Resilience? A Hierarchical Cluster Analysis of the Welfare Regimes in Advanced Countries. *Current Sociology* 51: 499-527.
- Schneider, Stefan (Hrsg.), 2002: The demographic challenge. *International Topics - Economics*. Frankfurt am Main: Deutsche Bank Research.
- Sen, Amartya, 1986: Behaviour and the Concept of Preference. S. 60-81 in: Elster, Jon (Hrsg.), *Rational Choice*. Oxford: Basil Blackwell.
- Silverstein, Merrill, Vern L. Bengtson und Leora Lawton, 1997: Intergenerational Solidarity and the Structure of Adult Child-Parent Relationships in American Families. *The American Journal of Sociology* 103: 429-460.
- Szydlik, Marc, 1997: Zur Qualität von Filiationsbeziehungen – Ein Vergleich von Ostdeutschen und Westdeutschen. S. 177-198 in: Becker, Rolf (Hrsg.), *Generationen und sozialer Wandel. Generationsdynamik, Generationenbeziehungen und Differenzierung von Generationen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Szydlik, Marc, 2000: Lebenslange Solidarität? Generationenbeziehungen zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern. Opladen: Leske & Budrich.
- Vogel, Claudia, 2008: Bilanz familialer intergenerationaler Unterstützungsleistungen im europäischen Vergleich. Bedingungen und Potentiale intergenerationaler Beziehungen. Konferenz im Rahmen des Generations and Gender Programme. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.

# FREIWILLIGE UND UNFREIWILLIGE FRÜHVERRENTUNG IN DEUTSCHLAND

Effekte von Arbeitsmarktstrukturen und Geschlecht

Felix Koenen, Timo Reichert und Ines Zapf

*Zusammenfassung:* Im Zuge des demographischen Wandels wird in Deutschland ein erheblicher Rückgang der Erwerbspersonen erfolgen. Dennoch wird die Frühverrentung in hohem Maße praktiziert. Die Entscheidung in Frührente zu gehen kann aufgrund individueller Überlegungen als freiwillig oder aufgrund fehlender Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten als unfreiwillig bezeichnet werden. Eine Analyse der Daten des ‚Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe‘ (SHARE) zeigt, dass neben dem Geschlecht die Wohnregion, die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Sektor sowie die Betriebsgröße wichtige Determinanten der freiwilligen bzw. unfreiwilligen Frühverrentung sind. Das Risiko unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden ist vor allem bei Männern, Arbeitnehmern in größeren Betrieben und Ostdeutschen höher. Insbesondere scheinen Männer im sekundären Sektor aufgrund von Rationalisierungsmaßnahmen unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden. Frauen arbeiten hingegen meist im tertiären Sektor und bestimmen ihren Renteneintritt eher selbst.

*Stichworte:* Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer, Renteneintritt, Frühverrentung, Gesetzliche Rentenregelungen, Tertiärisierung

## 1 Einleitung

Der demographische Wandel ist ein zunehmend wichtiger werdendes Thema auf gesellschaftlicher und politischer Ebene. Negatives Bevölkerungswachstum bei gleichzeitiger Alterung der Bevölkerung verursacht einen dramatischen Rückgang an Personen im erwerbsfähigen Alter.

Für die Wirtschaft bedeutet dies einerseits die Gefahr einer Erosion der Wissensbasis sowie einen möglichen Verlust der Innovationsfähigkeit. Gleichzeitig gehen jedoch immer mehr Arbeitnehmer in Frührente, wodurch Sozialversicherungssysteme und Rentensystem enorm unter Druck stehen und zusätzlich ein erhebliches Maß an Arbeitskräftepotenzial verschenkt wird (IMF 2004; Deutsche Bank Research 2002). Andererseits hat Deutschland mit den Folgen der Rationalisierung und Tertiärisierung zu kämpfen. Insbesondere große Unternehmen sehen sich gezwungen Stellen abzubauen, um weiterhin wettbewerbsfähig zu bleiben. Von Arbeitsplatzverlusten sind dabei in erster Linie ältere Arbeitnehmer betroffen, da sie eine sozial anerkannte Rolle als Pensionäre einnehmen können (Buchholz et al. 2006).

Im Zuge der Tertiärisierung gingen Arbeitsplätze im primären und sekundären Sektor verloren, wobei auch hier darauf geachtet wurde, zuerst ältere Arbeitnehmer über die verschiedenen Frühverrentungspfade aus dem Arbeitsmarkt sozialverträglich auszugliedern (Hofäcker und Pollnerová 2006). Von Sozialverträglichkeit wird in diesem Zusammenhang gesprochen, weil Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Staat vielfältige Vorteile erhalten: Arbeitgeber können sich den veränderten Bedingungen am Arbeitsmarkt ohne Schwierigkeiten anpassen, wohingegen Arbeitnehmer durch relativ hohe Renten ihren Lebensstandard aufrecht erhalten. Außerdem wird durch das Nachrücken von Arbeitsmarkteinsteigern die Qualifikationsstruktur der Erwerbspersonen wettbewerbsfähig und die Arbeitslosenquote gesenkt, was wiederum dem Staate zu Gute kommt (Buchholz et al. 2006).

Ob dabei wirklich von einer sozialverträglichen Ausgliederung gesprochen werden kann ist fraglich, denn eine unfreiwillige Frühverrentung der Arbeitnehmer durch Arbeitsplatzabbau kann zu einer großen Belastung auf individueller Ebene führen und einen immensen Verlust an Arbeitskräftepotenzial bedeuten. Hingegen sind Arbeitnehmer, die

freiwillig in Frührente gehen nicht mehr bereit länger zu arbeiten und stehen somit dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung.

Dorn und Sousa-Poza (2007) haben in ihrer international vergleichenden Analyse der Determinanten der Frühverrentung aufgezeigt, dass zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Frühverrentung unterschieden werden muss. Diese Unterscheidung ist notwendig, da die Möglichkeit der Verrentung nicht nur der Entscheidung des Individuums obliegt, sondern auch vorhandene bzw. nicht vorhandene Beschäftigungsmöglichkeiten berücksichtigt werden müssen. Dabei wurde festgestellt, dass insbesondere Kontinentaleuropa vom Phänomen der unfreiwilligen Frühverrentung betroffen ist. Auf länderspezifische Differenzen, wie unterschiedliche institutionelle Rahmenbedingungen und Arbeitsmarktstrukturen sowie auf geschlechtsspezifische Differenzen im Verrentungsprozess, wird jedoch nicht eingegangen. Doch muss angenommen werden, dass diese Unterschiede einen Einfluss auf die freiwillige bzw. unfreiwillige Frühverrentung haben. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es deshalb, die Determinanten der freiwilligen und unfreiwilligen Frühverrentung in Deutschland zu bestimmen. Dafür sollen Hypothesen über geschlechtsspezifische Unterschiede sowie bezüglich der Arbeitsmarktsegmente und Strukturen getestet werden. Hierbei wird wie folgt vorgegangen: Zunächst wird ein Überblick über die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer sowie die gesetzlichen Regelungen gegeben. Darauf folgend wird näher auf die Abgrenzung von freiwilliger und unfreiwilliger Frühverrentung eingegangen. Die sich daran anschließenden Hypothesen bilden die Grundlage für die empirischen Analysen, die anhand des im Jahre 2004 erhobenen ‚Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe‘ (SHARE) durchgeführt wurden. Nach einer Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse unserer Untersuchung werden wir Anregungen für weitere Arbeiten in diesem Themengebiet geben.

## **2 Erwerbsbeteiligung und gesetzliche Rentenregelungen in Deutschland**

### **2.1 Erwerbsbeteiligung ältere Arbeitnehmer**

Börsch-Supan und Schnabel (1999) zeigen in ihrer Studie auf, dass die Erwerbsbeteiligung von Männern zwischen 60 und 64 Jahren über die letzten Dekaden hinweg deutlich abgenommen hat. Waren vor 1970 noch über 70% der 60-64-Jährigen am Arbeitsmarkt beteiligt, sank diese Quote ab 1972 drastisch ab. Im Jahre 1980 waren nur noch 45% und 1990 lediglich 35% der 60-64-Jährigen berufstätig (Börsch-Supan und Schnabel 1999). Laut Hofäcker und Pollnerová (2006) lässt sich der Trend der sinkenden Erwerbsbeteiligung bis zum Jahr 2000 mit einer Quote von 30% fortschreiben. Im Jahre 2003 stieg die Quote wieder auf knapp 33% an. In Bezug auf Frauen ist die Quote der Erwerbsbeteiligung kein geeigneter Indikator, um Aussagen über einen Trend der Frühverrentung zu machen. Grund hierfür ist die erst in den letzten zwei Jahrzehnten allmähliche Eingliederung von Frauen in den Arbeitsmarkt, wodurch ältere Arbeitnehmerinnen auch zunehmend länger in ihrem Beruf verbleiben (Hofäcker und Pollnerová 2006). Deshalb wird an dieser Stelle auf eine deskriptive Darstellung der Erwerbstätigenquoten von Frauen verzichtet.

### **2.2 Gesetzliche Regelungen zum Renteneintritt**

Die geringere Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer bedeutet einen zunehmenden Trend zum früheren Eintritt in die Rente. Dabei ist eine Regelung zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt erst seit 1972 im deutschen Gesetz verankert. Vor diesem Zeitpunkt lag das gesetzliche Renteneintrittsalter bei 65 Jahren, wodurch die hohe Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer vor 1972 erklärt werden kann. Ledig-

lich im Falle von Erwerbsunfähigkeit konnte ein vorzeitiger Ausstieg aus dem Beruf erfolgen (Börsch-Supan und Schnabel 1999).

Die Regelungen von 1972 ermöglichten Frauen, Arbeitslosen und Arbeitnehmern, die aufgrund von gesundheitlichen oder arbeitsmarktspezifischen Gründen keine Beschäftigung mehr fanden, schon ab dem 60. Lebensjahr eine Altersrente zu beziehen. Weiterhin konnten Männer, die als langjährig Versicherte galten, bereits mit 63 Jahren ihre Altersrente in Anspruch nehmen (Regelung der flexiblen Altersgrenze) (Berkel und Börsch-Supan 2003). Weiterhin war es nunmehr möglich, über den Pfad der Invalidität und Arbeitslosigkeit faktisch in den Ruhestand einzutreten. Für den Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente spielten nicht nur medizinische Gründe eine entscheidende Rolle, vielmehr wurden Faktoren des Arbeitsmarktes einbezogen und bei der Entscheidung berücksichtigt. D.h. auch nur beschränkt erwerbsunfähige Personen konnten eine Rente beziehen, wenn aufgrund einer schlechten wirtschaftlichen Lage kein geeigneter Arbeitsplatz vorhanden war.

Auch der Weg über die Arbeitslosigkeit wurde weit reichend praktiziert, da hierdurch Arbeitgeber eine „günstige“ Möglichkeit zur Verjüngung ihrer Personalstruktur erhielten. Ab einem Alter von 57 Jahren und vier Monaten wurden Arbeitnehmer entlassen, da sie bis zum 60. Lebensjahr Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung hatten. Nach Erreichen dieser Altersgrenze konnten sie abschlagsfrei in Rente gehen. Durch diesen Pfad wurde es Unternehmen einfach gemacht, ältere Arbeitnehmer ohne Schwierigkeiten zu entlassen. In diesem Zusammenhang spricht man von einer Altersdiskriminierung in der Wirtschaft (Guillemard 1991).

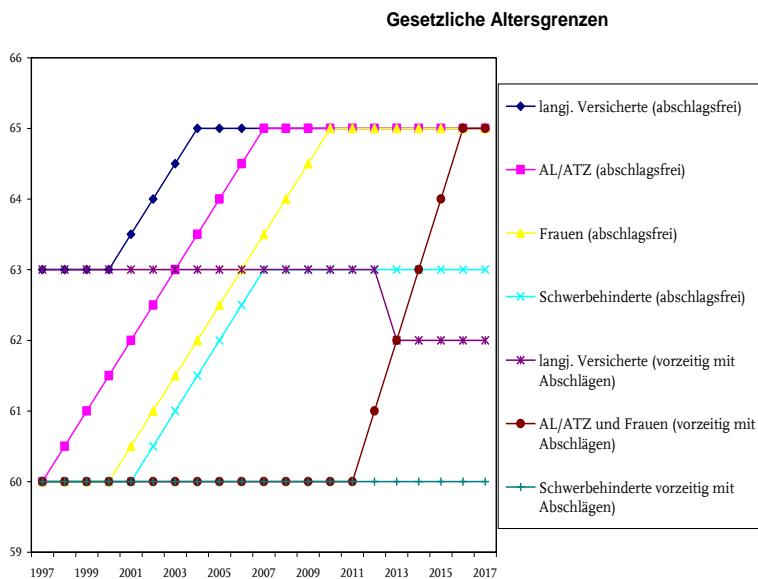
Im Zuge der Wiedervereinigung verschlechterte sich vor allem in Ostdeutschland die Situation auf dem Arbeitsmarkt dramatisch, da durch den Übergang vom Sozialismus zur sozialen Marktwirtschaft keine Garantie mehr auf einen Arbeitsplatz bestand (Ernst 1996). Die Regierung ließ deshalb eine bis zum Jahre 1992 befristete Regelung

zum so genannten Altersübergangsgeld in Kraft treten. Demnach konnten Arbeitnehmer ab dem 55. Lebensjahr entlassen und als arbeitslos gemeldet werden, da sie ab diesem Zeitpunkt fünf Jahre Anspruch auf das Altersübergangsgeld hatten um dann mit 60 Jahren in den Ruhestand eintreten zu können. Faktisch waren diese Personen zwar arbeitslos, doch wurden sie in der Statistik als solche nicht berücksichtigt. Ein Großteil der über 55-Jährigen nahm diese Regelung in Kauf, da kaum eine andere Wahl bestand (Brinkmann und Wiedemann 1995).

Durch die hohe Inanspruchnahme und den Missbrauch des vorzeitigen Austritts aus dem Arbeitsmarkt wurde in den Reformen von 1992 und 1999 beschlossen, die Regelaltersgrenzen auf 65 Jahre anzugleichen. Nach einer mehrjährigen Übergangsphase können Frauen, Teilzeitbeschäftigte und Arbeitslose sowie langjährig Versicherte erst wieder mit 65 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen.

Bis zum Jahre 2000 konnten Frauen mit 60 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen, seither erhöht sich jedoch die Altersgrenze über die Jahre sukzessiv, um ab 2010 eine abschlagsfreie Rente erst mit 65 Jahren zu erreichen. Für Teilzeitbeschäftigte und Arbeitslose wurde die Altersgrenze ebenso sukzessive erhöht, doch ist der Vorgang bereits seit 2007 abgeschlossen.

Weiterhin können langjährig Versicherte ab dem Jahr 2013 unter Inkaufnahme von Abschlägen schon mit 62 statt bisher mit 63 Jahren in den Ruhestand eintreten. Schwerbehinderte beziehen nun im Alter von 60 Jahren eine Altersrente mit Abschlägen, doch wird die Grenze für eine abschlagsfreie Rente ebenfalls erhöht. Seit dem Jahr 2007 gilt eine Altersgrenze von 63 Jahren, davor konnten Schwerbehinderte mit 60 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen (siehe Abb. 1) Hinter diesen Änderungen steht der Druck, die angespannte Finanzlage bei der gesetzlichen Rentenversicherung zu entschärfen (Berkel und Börsch-Supan 2003).



Quelle: Berkel und Börsch-Supan 2003: 5

Abbildung 1: Gesetzliche Altersgrenzen

### 3 Theoretische Überlegungen zum Übergang in den Ruhestand

Bei der Betrachtung des Übergangs in den Ruhestand muss zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Frühverrentung differenziert werden. Es wird also eine Unterscheidung getroffen, ob der Arbeitnehmer aus seiner freien Entscheidung heraus die Erwerbstätigkeit aufgegeben hat oder nicht. Dabei wird angenommen, dass insbesondere zukünftige Rentenzahlungen aus privaten Versicherungen und öffentlichen Rentenkassen die Entscheidung zum Renteneintritt beeinflussen und bestimmen. Der Arbeitnehmer wählt somit den optimalen Verrentungszeitpunkt in Bezug auf die größtmögliche Nutzenmaximierung in der



Zukunft und legt dadurch individuell fest, wann er in Rente geht (Dorn und Sousa-Poza 2007).

Im Folgenden wollen wir mit der Definition der freiwilligen und unfreiwilligen Frühverrentung von Dorn und Sousa-Poza (2007) arbeiten:

“Voluntary’ early retirement is understood as a retirement that is caused by a relative preference for leisure versus the feasible alternative of continuing work. Conversely, ‘involuntary’ early retirement refers to a retirement that results from a situation with (often unexpected) employment constraints.... The choice is strongly restricted by the lack of employment options.” (Dorn und Sousa-Poza 2007: 2)

Freiwillige Frühverrentung ist somit gegeben, wenn der Arbeitnehmer sich gegen die Alternative der weiteren Erwerbstätigkeit und sich für seine freie Zeit, also den Ruhestand, entscheidet (Dorn und Sousa-Poza 2007). Er wird insofern nicht von seinem Arbeitgeber ermutigt früher aus dem Unternehmen auszutreten, noch wird ihm gekündigt. Unfreiwillige Frühverrentung liegt hingegen vor, wenn der Arbeitnehmer, insbesondere bei schlechter Arbeitsmarktlage, gezwungen wird zu gehen (Dorn und Sousa-Poza 2007). Dies kann einerseits durch eine Kündigung erfolgen, andererseits kann dem Arbeitnehmer „nahe gelegt“ werden seine Position aufzugeben, ohne dabei eine andere Option zu haben.

Ein erster wichtiger Faktor, der wesentlich auf den freiwilligen oder unfreiwilligen Renteneintritt auf individueller Ebene wirkt, ist das Geschlecht. Im Falle von Deutschland ist das männliche Alleinverdienermodell (Hofäcker und Lück 2003) vorherrschend. Zwar schreitet seit den Reformen der 1970er Jahre die Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt voran, doch existieren zwischen den Geschlechtern weiterhin starke Ungleichheiten. Die größte Hürde stellt dabei die ungleiche Entlohnung dar, die, in Verbindung mit dem Ehegattensplitting, Arbeit für Frauen weniger lohnenswert macht. Dieser Effekt wird aufgrund fehlender Kinderbetreuungsangebote durch die „Entweder-Oder-Entscheidung“ zwischen Familie und Beruf verstärkt (Buchholz et al.

2006; Hofäcker 2004). Es bleibt daher festzuhalten, dass Frauen eher die Betreuung der Kinder übernehmen, Männer hingegen durch ihre Erwerbstätigkeit für die Versorgung der Familie aufkommen.

Durch die institutionellen Rahmenbedingungen sowie die daraus abgeleiteten Wertvorstellungen zeichnet sich eine unterschiedliche Konzentration in den jeweiligen Sektoren ab. Frauen sind meist im tertiären Sektor in Form von Teilzeitarbeit, Männer hingegen immer noch überwiegend im sekundären Sektor beschäftigt. Dadurch sind Frauen weniger von Rationalisierungsmaßnahmen im sekundären Sektor betroffen (Buchholz et al. 2006). Die erste Hypothese lautet deshalb: *Bei Männern ist das Risiko höher unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als bei Frauen.*

Auf individueller Ebene spielt weiterhin die berufliche Qualifikation eine entscheidende Rolle. Dabei wird davon ausgegangen, dass ungelernete und gering qualifizierte Arbeitnehmer Schwierigkeiten haben, sich neuen Anforderungen im Unternehmen anzupassen und auf andere Positionen zu wechseln. Sie sind für Arbeitgeber eher überflüssig und werden durch qualifiziertes Personal schneller ersetzt (Buchholz et al. 2006). Die zweite Hypothese lautet deshalb: *Bei Beschäftigten mit geringer beruflicher Qualifikation ist das Risiko höher unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als bei Beschäftigten mit höherer beruflicher Qualifikation.*

Weiterhin ist zu vermuten, dass sich im Zuge der Wiedervereinigung eine dramatische Verschlechterung am Arbeitsmarkt einstellte, wodurch großzügige Frühverrentungsoptionen, vor allem für ältere Arbeitnehmer in Ostdeutschland, angeboten wurden. Nach Zusammenbruch des Kommunismus war staatliche Vollbeschäftigung in einem höheren Alter nicht mehr garantiert und viele Arbeitsplätze wurden abgebaut (Hofäcker et al. 2006; Brinkmann und Wiedemann 1995). Die dritte Hypothese lautet deshalb: *In Ostdeutschland ist das Risiko höher unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als in Westdeutschland.*

Auf makroökonomischer Ebene kann die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Sektor als ein wichtiger Einflussfaktor auf den freiwilligen oder unfreiwilligen Renteneintritt gelten. In Deutschland zeichnet sich in den letzten Jahrzehnten ein dramatischer Rückgang des sekundären und ein deutliches Wachstum des tertiären Sektors ab. Der technologische Fortschritt ermöglicht eine effizientere Produktion, wodurch mittels Automatisierung vor allem Arbeitsplätze im sekundären Sektor frei werden. Da, wie bereits erwähnt, ältere Arbeitnehmer eine sozial anerkannte alternative Rolle als Pensionäre einnehmen können, sind sie zuerst von Arbeitsplatzverlusten betroffen (Buchholz et al. 2006). Die vierte Hypothese lautet deshalb: *Im sekundären Sektor ist das Risiko höher unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als im tertiären Sektor.*

Schließlich kann die Betriebsgröße einen wesentlichen Einfluss auf die Art des Übergangs in die Frührente haben. Dabei wird angenommen, dass sich große und kapitalintensive Unternehmen in einer wesentlich besseren Finanzlage befinden als kleine Unternehmen. Allerdings stehen auch große Betriebe im Zuge der Globalisierung unter einem erhöhten Rationalisierungsdruck, wodurch Personalabbau und Outsourcing betrieben werden. Durch die bessere finanzielle Situation haben sie jedoch eher Möglichkeiten, den Arbeitnehmern Frühverrentungsoptionen anzubieten, die kaum abgelehnt werden können (Mills et al. 2006; Buchholz et al. 2006; Fischer und Sousa-Poza 2006). Die fünfte Hypothese lautet deshalb: *In mittelgroßen bzw. großen Betrieben ist das Risiko höher unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als in kleinen Betrieben.*

Zentrale Aspekte bei der Frage nach freiwilliger und unfreiwilliger Frühverrentung sind weiterhin die Arbeitsmarktsituation, die Frühverrentungsprivilegien sowie die institutionellen Rahmenbedingungen, insbesondere das Rentensystem und der Kündigungsschutz. Doch muss auf eine detaillierte Betrachtung in dieser Arbeit verzichtet werden. Zudem wäre bei einer Analyse der Frühverrentungsprivilegien und institu-

tionellen Voraussetzungen ein internationaler Vergleich sinnvoll, was jedoch den Rahmen der vorliegenden Arbeit erheblich überschreiten würde. Im Folgenden wird deshalb nur auf die erläuterten Hypothesen eingegangen.

## 4 Daten und Variablen

Die verwendeten Daten basieren auf dem ‚Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe‘ (SHARE)<sup>1</sup>, eine hauptsächlich von der Europäischen Kommission getragene Panelerhebung. Die Daten der ersten Welle sind in elf Ländern (skandinavische, mitteleuropäische und südeuropäische Länder) Europas sowie Israel im Jahre 2004 repräsentativ erhoben worden und schließen interdisziplinäre Fragestellungen mit ein.

In Deutschland wurden bei 3008 Personen in einem Alter von 50 Jahren und älter Daten zu Gesundheit, sozioökonomischem Status sowie sozialen und familiären Bindungen erhoben. Neben Fragen zur

---

<sup>1</sup> Die SHARE-Datenerhebung wurde hauptsächlich durch das 5. Rahmenprogramm der Europäischen Union finanziert (Projekt QLK6-CT-2001-00360). Weitere Finanzmittel wurden vom US National Institute on Ageing zur Verfügung gestellt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Die Datenerhebung in Österreich (FWF), Belgien (Belgian Science Policy Office) und der Schweiz (BBW/OFES/UFES) wurde mit nationalen Mitteln finanziert. Desweiteren wurde das Projekt durch das 6. Rahmenprogramm der Europäischen Union gefördert (Projekte SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, and COMPARE, CIT5-CT-2005-028857). Die methodischen Details können bei [Boersch-Supan und Juerges \(2005\)](#) nachgelesen werden.

Selbsteinschätzung und subjektiven Empfindungen wurden auch objektive Daten gesammelt.<sup>2</sup>

Damit der Frage des freiwilligen bzw. unfreiwilligen Eintritts in die Frührente nachgegangen werden konnte, mussten wir mit den vorhandenen Variablen ‚*Main Reason For Early Retirement*‘ und ‚*Opportunities To Work After Official Retirement Age*‘<sup>3</sup> wie folgt eine Operationalisierung vornehmen:

Als **freiwillig frühverrentet** gilt jede Person, die als Grund für die Frühverrentung ‚*den schlechten Gesundheitszustand von Familienangehörigen oder Freunden*‘, ‚*um zur gleichen Zeit wie der Ehegatte bzw. Partner in den Ruhestand gehen zu können*‘, ‚*um mehr Zeit mit der Familie zu verbringen*‘ oder ‚*um das Leben zu genießen*‘ angegeben hat. Auch können die Personen, die ihren ‚*schlechten Gesundheitszustand*‘ als Verrentungsgrund angaben, als freiwillig verrentet betrachtet werden. Hierbei kann angenommen werden, dass sie freiwillig aus dem Erwerbsleben austraten um der bei Weiterarbeit subjektiv erwarteten Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen. Außerdem wird jede Person als freiwillig frühverrentet eingestuft, die als Grund ‚*das Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze, bzw. die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Altersrente /Betriebsrente*‘ nannte **und zusätzlich** angab die ‚*Möglichkeit zur Weiterarbeit*‘ gehabt zu haben. Bei all diesen Gründen wird unseres Erachtens die definitorisch notwendige „relative preference for leisure versus the feasible alternative of continuing work“ (Dorn und Sousa-Poza 2007: 2) deutlich und so müssen diese Personen als freiwillig frühverrentet gelten.

Die als unfreiwillig frühverrentet eingeteilten Personen müssen laut Definition eine stark eingeschränkte Wahlmöglichkeit aufgrund von

---

<sup>2</sup> Ausführliche Informationen zum SHARE-Projekt gibt es unter [www.share-project.org](http://www.share-project.org).

<sup>3</sup> Der Fragentext findet sich im Anhang.

fehlenden Arbeitsoptionen aufweisen (Dorn und Sousa-Poza 2007). Als **unfreiwillig frühverrentet** wird demnach jede Person eingeordnet, die als Grund für die Frühverrentung ‚erhielt Angebot für eine Vorruhestandsregelung‘ oder ‚wurde gekündigt‘ angegeben hat, da hier die Möglichkeit der Weiterbeschäftigung aufgrund der Situation der über 50-Jährigen am Arbeitsmarkt angezweifelt werden muss (Guillemard 1991). Zusätzlich gilt jede Person als unfreiwillig frühverrentet, die als Grund ‚das Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze, bzw. die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Altersrente/Betriebsrente‘ nannte **und außerdem** angab, ‚keine Möglichkeit zur Weiterarbeit‘ gehabt zu haben, da hier die fehlenden Arbeitsoptionen deutlich werden.

Bei 42 Fällen mit Mehrfachnennung war eine Zuordnung zu freiwilligen und unfreiwilligen Frührentnern nach unserer Definition nicht möglich, weshalb diese in der weiteren Analyse ausgeschlossen wurden. Ebenso wurden 88 Personen, die eine ‚Erwerbsminderungsrente (früher: Erwerbs-, bzw. Berufsunfähigkeitsrente) oder Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit‘ als derzeitiges Einkommen erhalten, ausgeschlossen, da sie kein ungenutztes Arbeitspotenzial darstellen.

Im weiteren Verlauf unserer Analyse haben wir nach der Art der Erwerbstätigkeit vor Eintritt in den Ruhestand unterschieden, da für die unterschiedlichen Gruppen jeweils andere gesetzliche Regelungen bezüglich des Übergangs in den Ruhestand gelten. Die Unterteilung erfolgte dabei in Arbeitnehmer, Selbstständige und Beamte. Beamte, die unkündbar und auf Lebenszeit Staatsdiener sind, unterliegen keinen freien Marktkräften, so dass das Konzept der freiwilligen und unfreiwilligen Frühverrentung nicht auf sie anwendbar ist. Im Gegensatz dazu unterliegen Selbstständige und Arbeitnehmer sehr wohl freien Marktkräften. Auf die Gruppe der Selbstständigen kann das Konzept der freiwilligen und unfreiwilligen Frühverrentung jedoch nicht angewendet werden, da sie selbst (und auf Grund von anderen Voraussetzungen) über den Eintritt in den Ruhestand entscheiden und dementsprechend

eigentlich stets als freiwillig Frühverrentete gelten müssen. Daher haben wir uns in unserer Untersuchung auf die Gruppe der sich im Ruhestand befindenden, ehemaligen Arbeitnehmer beschränkt. Eine weitere Einschränkung haben wir hinsichtlich des Alters der Befragten zum Zeitpunkt der Befragung und des Alters zum Zeitpunkt des Rentenerstbezugs vorgenommen. Zwar gab es, wie erwähnt, unterschiedliche gesetzliche Regelungen hinsichtlich der Abschlagsfreiheit bei Renteneintritt, doch müssen diese stets als Frühverrentungsprivilegien verstanden werden. Die Regelaltersgrenze lag trotzdem immer bei 65 Jahren. Da wir explizit die Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit der Frühverrentung untersuchen, werden dementsprechend nur Personen in die Analyse eingeschlossen, bei denen der Rentenerstbezug vor dem 65. Lebensjahr (also Rentenerstbezug mit 64 Jahren und jünger) erfolgte. Damit alle untersuchten Altersgruppen die gleiche Frühverrentungswahrscheinlichkeit besitzen, muss jede Person jeder Altersgruppe die gleiche Wahrscheinlichkeit gehabt haben frühverrentet zu werden. Aus diesem Grund mussten wir alle Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung unter 64 Jahre waren ausschließen, da sonst nicht sichergestellt ist, dass eine Person, bei der eine Frühverrentung noch nicht eingetreten ist, fälschlicherweise als ‚normal‘ verrentet unberücksichtigt bleiben würde. Da durch die Ungenauigkeit der Befragung der Verrentungszeitpunkt nur in ganzen Lebensjahren abgefragt wurde, ist es gerechtfertigt bei Personen ab dem 64. Lebensjahr vom Ende der Frühverrentungsmöglichkeit zu sprechen. Die Klassierung des Renteneintrittsalters haben wir anhand der bereits erwähnten Sonderregelungen der Abschlagsfreiheit für bestimmte Personengruppen vorgenommen. Nicht ganz zwei Prozent der Befragten gaben an, bereits vor dem 55. Lebensjahr Rente bezogen zu haben. Diese Personen bleiben unberücksichtigt, da wir auf Grund mangelnder Fallzahlen unsere beobachtete Frühverrentungsphase mit dem 55. Lebensjahr beginnen. Das Renten-

eintrittsalter wurde folgendermaßen klassiert: 55-59, 60, 61-62 und 63-64 Jahre.

Der Zeitpunkt des Eintritts in die Frührente variiert bei den von uns betrachteten Personen zwischen 1965 und 2003. Durch eine altersbedingte Selektion ist eine rechtssteile und linksschiefe Verteilung der Fälle über die Alterskohorten zu beobachten. Da vor allem die ältesten Kohorten sehr dünn besetzt sind, schließen wir die vor 1920 geborenen Personen aus unserer Analyse aus. Daraus ergibt sich, dass die vor 1980 frühverrenteten Personen ebenfalls ausgeschlossen werden können. Weiterhin sind Befragte, die vor 1990 in der ehemaligen DDR frühverrentet worden sind auszuschließen, da über diese keine theoretischen Annahmen getroffen werden können (vgl. Kap. 2). Bei der Klassierung der Variable des Jahres des Renteneintritts haben wir uns an der Wiedervereinigung Deutschlands und den bereits erwähnten Rentenreformen sowie der jeweiligen Fallzahl orientiert. Daraus ergeben sich folgende Zeitpunkte des Renteneintritts: 1980-1985, 1986-1990, 1991-1994, 1995-1997, 1998-2000 und 2001-2003. Die Berufsgruppen wurden nach dem klassischen Dreisektorenmodell nach Jean Fourastié eingeteilt und aus Relevanzgründen in sekundär und tertiär dichotomisiert. Eine vollständige Aufschlüsselung der ausgeschlossenen Fälle findet sich in Tabelle 1 .

Aus den in Kapitel 3 genannten Hypothesen ergibt sich unter anderem die folgende Auswahl der Determinanten für die Erklärung der freiwilligen bzw. unfreiwilligen Frühverrentung:

Geschlecht (männlich-weiblich), Berufsabschluss (Hochschule-keinen Abschluss), Wohnort vor 1989 (BRD-DDR), Verrentungsalter (55-64 Jahre), Kohortenzugehörigkeit (1921-1940), Verrentungszeitpunkt (1980-2003), Arbeitssektor (sekundär-tertiär) und Betriebsgröße (1-500 und mehr Mitarbeiter).

Die Determinanten Kohortenzugehörigkeit, Verrentungsalter sowie Verrentungszeitpunkt werden dabei zusätzlich zu den schon durch die



Hypothesen abgedeckten Variablen in die Analyse mit einbezogen, um mögliche Periodeneffekte zu erkennen.

Tabelle 1: Fallreduktion

<b>Bedingungen:</b>	<b>verbleibende Fälle</b>
Ausgangspunkt: Befragte im Modul „Employment and Pensions“	3008
Alle Personen, die Gesetzliche Altersrente/ Beamtenpension oder Vorruhestandsbezüge oder Betriebsrente bzw. Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes erhalten	1458
Alter zum Zeitpunkt der Befragung über 63 Jahre	1247
Rentenerstbezug vor dem 65. Lebensjahr	888
Nur Angestellte	771
Kohorten ab dem Jahrgang 1921-1925	741
Nur Gültige Fälle für "Freiwillig/Unfreiwillig" frühverrentete	689
Ostdeutsche ab 1990 und Westdeutsche ab 1980	636

Quelle: SHARE Release 2.0.1, Eigene Berechnung

## 4.1 Deskriptive Befunde

In einem ersten Schritt geben uns bivariate Häufigkeitstabellen einen Überblick über die Verteilung der freiwilligen bzw. unfreiwilligen Frühverrentung in den aus unseren Hypothesen abgeleiteten unabhängigen Kovariaten. Unser Hauptaugenmerk gilt dabei dem Phänomen der unfreiwilligen Frühverrentung, insbesondere dem vermuteten ungleichen Verhältnis zwischen Männern und Frauen, welches entlang des gemeinsamen Verteilungsverhältnisses deutlich gemacht werden soll. Die Ergebnisse sind den Tabellen 2 und 3 zu entnehmen.

Grundsätzlich lässt sich eine Verteilung der freiwilligen bzw. unfreiwilligen Frühverrentung von 40 zu 60 feststellen. Sie weicht damit um 10%-Punkte in Richtung der Unfreiwilligkeit im Vergleich zu den

Ergebnissen von Dorn und Sousa-Poza (2007) ab. Die Verteilung bei den Geschlechtern weicht schon bei dieser allgemeinen Betrachtung deutlich vom Gesamtverhältnis ab. So sind gut zwei Drittel der Männer unfreiwillig frühverrentet worden, wohingegen nur gut die Hälfte der Frauen unfreiwillig frühverrentet wurde. D.h. Frauen sind in einem geringeren Ausmaß als Männer von der unfreiwilligen Frühverrentung betroffen.

Tabelle 2: Verteilung der freiwilligen/unfreiwilligen Frühverrentung nach Geschlechtern

Geschlecht	Freiwillig	Unfreiwillig	Total
	%	%	%
männlich	31,9	68,1	100
weiblich	48,1	51,9	100
Total	41,1	58,9	100
N	254	383	637

Quelle: SHARE Release 2.0.1, Eigene Berechnung

Das Ost-West-Verhältnis verschärft dieses Ungleichverhältnis weiter. Insgesamt sind ca. 53% der Westdeutschen unfreiwillig frühverrentet worden, darunter knapp 45% der Frauen und 64% der Männer. In Ostdeutschland hingegen sind insgesamt über 80% der Personen unfreiwillig frühverrentet worden. Für die Geschlechter bedeutet das, dass der Anteil bei den Männern um 35% und bei den Frauen sogar um fast 70% höher als bei den Westdeutschen ist. Dies stützt die Hypothese, dass der in der Transformationszeit massiv stattgefundene Arbeitsplatzabbau in Ostdeutschland einen Effekt auf die Art der Verrentung hatte.

Für das Renteneintrittsalter lässt sich ein Mittelwert von ca. 60 Jahren ermitteln. Es ist das durchschnittlich häufigste Rentenalter über die Kohorten hinweg.

Tabelle 3: Verteilung der freiwilligen/unfreiwilligen Frühverrentung

	Freiwillig			Unfreiwillig			Total
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
	%	%	%	%	%	%	
<b>Wohnort vor 1989</b>							
BRD	36,0	55,1	46,5	64,0	44,9	53,5	100
DDR	11,5	24,3	19,5	88,5	75,7	80,5	100
Total	31,7	48,2	41,0	68,3	51,8	59,0	100
<b>Klassiertes Renteneintrittsalter</b>							
55-59	45,6	50,7	48,5	54,4	49,3	51,5	100
60	27,8	48,1	42,1	72,2	51,9	57,9	100
61-62	34,0	47,8	41,3	66,0	52,2	58,7	100
63-64	26,7	39,6	30,5	73,3	60,4	69,5	100
Total	31,0	47,4	40,3	69,0	52,6	59,7	100
<b>Alterskohorten</b>							
Kohorte 1936-1940	30,1	40,8	35,9	69,9	59,2	64,1	100
Kohorte 1931-1935	31,2	48,8	40,5	68,8	51,2	59,5	100
Kohorte 1926-1930	37,5	67,2	52,8	62,5	32,8	47,2	100
Kohorte 1921-1925	31,1	48,2	43,7	68,9	51,8	56,3	100
Total	31,9	48,2	41,1	68,1	51,8	58,9	100
<b>Zeitpunkt Renteneintritt</b>							
1980-1985	39,7	51,2	47,9	60,3	48,8	52,1	100
1986-1990	33,2	69,0	55,6	66,8	31,0	44,4	100
1991-1994	28,6	43,5	36,0	71,4	56,5	64,0	100
1995-1997	34,8	46,1	41,2	65,2	53,9	58,8	100
1998-2000	27,2	34,2	31,0	72,8	65,8	69,0	100
2001-2003	30,7	51,1	35,7	69,3	48,9	64,3	100
Total	31,4	48,1	40,7	68,6	51,9	59,3	100

Fortsetzung nächste Seite →

Sektor	Freiwillig			Unfreiwillig			Total
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
	%	%	%	%	%	%	
sekundär	30,9	47,4	37,4	69,1	52,6	62,6	100
tertiär	39,4	50,9	47,8	60,6	49,1	52,2	100
Total	33,6	49,7	42,7	66,4	50,3	57,3	100
<b>Betriebsgröße</b>							
1-5	46,6	61,8	58,6	53,4	38,2	41,4	100
6-15	39,0	55,2	50,3	61,0	44,8	49,7	100
16-24	34,2	41,0	38,0	65,8	59,0	62,0	100
25-199	33,4	43,6	38,6	66,6	56,4	61,4	100
200-499	28,2	39,7	34,0	71,8	60,3	66,0	100
500 und mehr	20,6	34,9	25,7	79,4	65,1	74,3	100
Total	31,9	48,1	41,1	68,1	51,9	58,9	100
<b>Höchster Berufsabschluss</b>							
Hochschule	32,3	22,1	29,0	67,7	77,9	71,0	100
Fachhochschule	37,0	64,6	42,9	63,0	35,4	57,1	100
Fachschule	32,9	42,5	38,6	67,1	57,5	61,4	100
Berufsfachschule	30,0	51,1	44,7	70,0	48,9	55,3	100
Lehre	31,1	42,2	36,4	68,9	57,8	63,6	100
kein weiterer	34,4	57,3	53,1	65,6	42,7	46,9	100
Total	31,9	48,0	41,0	68,1	52,0	59,0	100
N	102	147	249	208	168	376	625

Quelle: SHARE Release 2.0.1, Eigene Berechnung

Der Anteil der unfreiwillig Frühverrenteten steigt über die Altersklassen monoton an, mit einer Ausnahme für die Männer: in der Altersklasse der 61 bis 62 Jahre verrenteten Männer sinkt der Anteil im Vergleich zu den mit 60 Jahren Verrenteten. Bei den 63 bis 64-jährigen Männern ist der Anteil dann aber – wenn auch nur geringfügig – wieder höher als bei den 60-Jährigen. Es bleibt also zu vermuten, dass bei den 61 bis 62 Jahre alten Männern der Effekt im Vergleich zum jüngsten Verrentungsalter nicht so stark ausgeprägt ist. Insgesamt lässt sich jedoch festhalten, dass der Trend der unfreiwilligen Frühverrentung mit einer Annäherung an die Regelaltersgrenze von 65 Jahren zunimmt.

Für die jüngeren Alterskohorten ergibt sich ein zunehmender Trend zur unfreiwilligen Frühverrentung im Vergleich zu den älteren Kohorten. Die Ausnahme bildet dabei die Kohorte der 1926-1930 Geborenen, die hauptsächlich auf den deutlich niedrigeren Anteil der unfreiwilligen Frühverrentung bei den Frauen zurückzuführen ist. Der Anteil liegt mit ca. 33% um gut 20%-Punkte niedriger als bei der Vorgängerkohorte. Bei den Männern beträgt dieser Unterschied lediglich 6%-Punkte. Ansonsten lässt sich eine nahezu konstante Verteilung von knapp 70% unfreiwilliger Frühverrentung über die restlichen Kohorten hinweg feststellen.

Von 1986-1990 ist der Anteil der unfreiwilligen Frührentner mit 44,4% im Vergleich zu den weiteren Verrentungszeitpunkten am niedrigsten. Dies ist aber wiederum nur auf die Frauen zurückzuführen, denn für die Männer liegt der Anteil mit ca. 67% weit über dem gemeinsamen Durchschnitt. Zwar ist der Anteil mit 60% für die 1980-1985 verrenteten Männer niedriger, dieser Wert wird aber bei den anderen Verrentungszeitpunkten nicht mehr erreicht. Die Frauen bleiben hingegen zu den Zeitpunkten nach 1990 um die 50%-Marke, obgleich der Zeitraum 1998-2000 hier eine Ausnahme bildet. Bei Männern als auch bei Frauen liegt der Anteil der unfreiwilligen Frührentner hier über bzw. nahe an den 70%. Dieser hohe Anteil der unfreiwilligen Frühver-

rentung lässt auf einen Periodeneffekt schließen, der aber aufgrund fehlender Makrodaten in dieser Arbeit nicht weiter erklärt werden kann.

Die sektorale Betrachtung zeigt, dass im sekundären Sektor mehr unfreiwillige Frühverrentung stattfindet, als im tertiären Sektor. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen folgen dem gemeinsamen Trend, spiegeln aber auch das schon bisher festgestellte Ungleichverhältnis zwischen Männern und Frauen wider.

Deutliche Anteilsunterschiede gibt es bei der Betriebsgröße. Hier steigt der Anteil der unfreiwilligen Frührentner über die Klassen hinweg. Unter dem Durchschnitt befinden sich dabei die Betriebe bis 15 Mitarbeiter. Auffällig ist, dass bei den Betrieben mit 500 und mehr Mitarbeitern über 70% unfreiwillig frühverrentet wurden. Auch hier sind Männer noch stärker als Frauen betroffen, was sich mit 80% unfreiwilliger Frühverrentung bei den Männern deutlich zeigt.

Erstaunlicherweise weichen die am höchsten sowie die am niedrigsten Qualifizierten am meisten vom Durchschnitt ab. Hier verläuft der Trend konträr zu unserer Ausgangshypothese. Es sind wohl gerade die Hochqualifizierten, welche ihre Rente eher unfreiwillig antreten. Eine weitere Unregelmäßigkeit gibt es bei den Frauen mit Fachhochschulabschluss. Mit nur 35% unfreiwilliger Frühverrentung im Gegensatz zu Frauen mit einem Hochschulabschluss (mit fast 80% unfreiwilliger Frühverrentung) scheint hier die Höherqualifizierung nicht negativ auf die Verrentungsart zu wirken. Letztere Gruppe ist jedoch die einzige, bei der der Anteil der unfreiwilligen Frühverrentung über dem der Männer liegt.

Für die weiterführende Analyse bleibt somit festzuhalten, dass mehr Männer von unfreiwilliger Frühverrentung betroffen sind als Frauen. Es bleibt aber abzuwarten, inwiefern die Anteilsunterschiede in den empirischen Analysen zur Erklärung der freiwilligen und unfreiwilligen Frühverrentung beitragen.

## **4.2 Multivariate Analysen**

Aus den deskriptiven Befunden konnte schon die Erkenntnis gewonnen werden, dass es Unterschiede in der Verteilung der freiwilligen und unfreiwilligen Frühverrentung unter anderem zwischen den Geschlechtern, Kohorten und Zeitpunkten des Renteneintritts gibt. Ob sich diese Effekte gegenseitig aufheben bzw. verstärken soll nun im Folgenden anhand einer Regression überprüft werden. Da es sich um eine binär abhängige Variable handelt, verwenden wir für die empirischen Analysen das dafür geeignete Verfahren: die logistische Regression.

Die Daten wurden mit den von SHARE mitgelieferten Gewichtungsvariablen der Individuen gewichtet, so dass die Ergebnisse für Deutschland repräsentativ sind. Die einzelnen unabhängigen Kovariaten werden schrittweise in das Modell mit aufgenommen, um das Verstärken, Überlagern oder Aufheben von Effekten darzustellen. Im Vergleich zum letzten Modell (V) werden noch jeweils zwei Modelle getrennt nach den Geschlechtern berechnet.

Tabelle 4: Freiwillige/Unfreiwillige Frühverrentung ab dem 55. Lebensjahr (logit-Modell)

	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)	Männer	Frauen
<b>Weiblich</b>	-0,68 ***	-0,68 ***	-0,71 ***	-0,71 ***	-0,45 *		
<b>DDR</b>		1,41 ***	1,38 ***	1,36 ***	1,29 ***	1,88 ***	1,11 **
<b>Verrentungsalter</b>							
55-59		<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
60		0,09	0,08	0,07	0,07	0,64	-0,51
61-62		0,13	0,12	0,12	0,09	0,8	-0,64
63-64		0,62 +	0,64 +	0,76	0,92 +	1,69 **	0,38
<b>Kohorte</b>							
1936-1940			<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
1931-1935			-0,26	-0,34	-0,45	-0,75	-0,17
1926-1930			-0,49 +	-0,61	-0,73	-1,81 *	1,08
1921-1925			-0,02	-0,14	-0,11	-1,44	1,74
<b>Verrentungszeitpunkt</b>							
1980-1985 (nur West)				0,69	0,79	2,19	-1,1
1986-1990 (nur West)				0,62	0,6	2,38 *	-1,47
1991-1994				0,82	0,98	1,74 +	0,54
1995-1997				0,35	0,4	0,73	0,29
1998-2000				0,83 +	0,83 +	0,81	0,94
2001-2003				<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>

Fortsetzung nächste Seite →



	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)	Männer	Frauen
Tertiärer Sektor					-0,04	-0,25	0,19
<b>Betriebsgröße</b>							
=<5					<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
6-15					0,38	0,15	0,52
16-24					0,49	0,48	0,44
25-199					0,75 *	0,64	0,9 *
200-499					1,14 **	0,95	1,44 **
500 und mehr					1,31 **	1,34 *	1,24 +
Constant	0,76 ***	0,34	0,52	-0,06	-0,91	-1,57 +	-0,96
N	636	612	612	608	572	287	285

+p<0.10, \*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001 Referenzkategorien: Ein Mann der in der BRD lebt, zwischen dem 55. und 59. Lebensjahr verrentet wurde, der Geburtskohorte 1936-40 angehört, zwischen 2001 und 2003 in den Ruhestand ging, im sekundären Sektor arbeitete und in einem Betrieb mit weniger als 5 Mitarbeitern beschäftigt war.

Quelle SHARE Release 2.0.1, Eigene Berechnung

## 5 Ergebnisse

Mit Hilfe unserer Modelle werden nun die Hypothesen überprüft: Die zu erst aufgenommene Variable *Geschlecht* bezieht sich auf die Hypothese, dass *für Männer das Risiko höher sei unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als für Frauen*. Diese Hypothese wird in dem Modell (I) bestätigt und bleibt auch bei Aufnahme der weiteren Variablen in den folgenden Modellen konstant und signifikant.

Auch die Hypothese, dass in *Ostdeutschland das Risiko höher sei unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als in Westdeutschland*, wird in dem Modell (II) auf höchstem Signifikanzniveau bestätigt und bleibt dies auch bei der schrittweisen Aufnahme der anderen Variablen. So spiegelt sich in diesem Ergebnis die Tatsache wider, dass der nach dem Mauerfall stattgefundenen Abbau von Arbeitsplätzen, aufgrund des Transformationsprozesses und der damit einhergehenden Rationalisierung, mit Hilfe von Frühverrentungsprogrammen aufgefangen worden ist (Brinkmann und Wiedemann 1995). Bei Betrachtung der geschlechtsspezifischen Modelle zeigt sich, dass Männer und Frauen in Ostdeutschland gleich stark von der unfreiwilligen Frühverrentung betroffen sind.

Der Trend des Alterseffekts verläuft hingegen konträr zu den Ergebnissen von Dorn und Sousa-Poza (2007): Je älter man zum Zeitpunkt der Frühverrentung ist, desto größer scheint das Risiko unfreiwillig frühverrentet worden zu sein. Hier sind die speziellen institutionellen Rahmenbedingungen der Frühverrentungsprivilegien in Deutschland ein Grund für dieses Ergebnis. Der optimale Zeitpunkt zur freiwilligen Frühverrentung durch Abwägung zwischen möglicher Freizeit und möglichem Mehrverdienst liegt schon relativ früh (vgl. Kap. 3). Dadurch ergibt sich ein Selektionseffekt, so dass vor allem diejenigen übrig bleiben, die aus unterschiedlichen Gründen noch gerne länger arbeiten

wollen. Während die freiwilligen Frührentner von den Frühverrentungsprivilegien profitieren, werden sie den unfreiwilligen Frührentnern zum „Verhängnis“. Denn gerade bei Erreichen der Altersgrenzen, die eine abschlagsfreie Verrentung ermöglichen, steigt das Risiko unfreiwillig frühverrentet zu werden. Signifikant ist das Ergebnis bei den 63-64-Jährigen. In dieser Gruppe befinden sich vermutlich vor allem diejenigen, die einen regulären Renteneintritt (mit 65 Jahren) geplant hatten, ihn aber aufgrund einer ungeplanten unfreiwilligen Frühverrentung nicht umsetzen konnten. Betrachtet man die Ergebnisse in den nach Geschlecht getrennten Modellen, bleibt der Effekt nur noch für die Männer in der Gruppe der 63-64-jährig Verrenteten (hoch) signifikant. Eine Erklärung dafür sind geschlechtsspezifische Frühverrentungspfade: Frauen war es bis zum Jahre 2000 möglich mit 60 Jahren abschlagsfrei in Rente zu gehen. Zwar ist in jüngerer Vergangenheit das Zugangsalter erhöht worden, aber nur auf 62 Jahre bis zum Jahr 2003, so dass die von uns untersuchten Personen faktisch nicht davon betroffen waren. (Bis zum Jahr 2010 soll dann das abschlagsfreie Renteneintrittsalter auf 65 Jahre für Männer und Frauen angeglichen worden sein. (Berkel und Börsch-Supan 2003).

Für die Kohorten ergibt sich kein einheitliches Bild. In Modell (III) hat die Kohorte der 1926-1930 Geborenen im Vergleich zur Kohorte 1936-1940 eine signifikant höhere Chance freiwillig frühverrentet zu werden. Der Trend schließt, wenn auch nicht signifikant, die Kohorte der 1931-1935 Geborenen und die Kohorte 1921-1925 mit ein. Bei Hinzunahme der weiteren Variablen in den Modellen (IV) und (V) bleibt der Trend weiterhin sichtbar, signifikant ist jedoch keiner der Werte mehr. Die Gründe für eine höhere Chance der freiwilligen Frühverrentung in den älteren Kohorten könnten in den besonderen makroökonomischen Bedingungen, wie z.B. geringerer Arbeitslosigkeit und stärkerem wirtschaftlichen Wachstum in Kombination mit einer höheren Freizeitorientierung in der Gesellschaft liegen (Schulze 1992). Spannend sind

die Ergebnisse in den nach Geschlecht getrennten Modellen: Während für Männer in den älteren Kohorten eine höhere Chance der freiwilligen Frühverrentung zu beobachten ist (für die Kohorte der 1926-1930 Geborenen auf signifikantem Niveau), scheint für die älteste und zweitälteste Kohorte der Frauen das Risiko der unfreiwilligen Frühverrentung im Vergleich zur jüngsten Kohorte höher zu sein.

Der Verrentungszeitpunkt umfasst das Zeitfenster von 1980-2003. In Bezug auf die jüngste Zeit (von 2001-2003) ist das Risiko unfreiwillig frühverrentet zu werden immer höher gewesen, auch wenn lediglich im Modell (V) und auch nur für den Zeitraum 1998-2000 ein signifikantes Ergebnis angezeigt wird. Betrachtet man das Modell für Frauen und Männer getrennt, zeigen sich bei den Männern, die zwischen 1986 und 1990 und zwischen 1991 und 1994 frühverrentet worden sind, signifikante Werte. Dabei ist interessant, dass sich bei den Männern im Gegensatz zu den Frauen in den Jahren 1980-1985 und 1986-1990 die Tendenz zu einem höheren Risiko der unfreiwilligen Frühverrentung zeigt. Dies könnte vor allem daran liegen, dass in den 80er Jahren der Wandel vom sekundären zum tertiären Sektor besonders druckvoll auf die Arbeitnehmer im sekundären Sektor wirkte. Der Trend einer höheren Chance der freiwilligen Frühverrentung von Frauen vor 1990 scheint ab 1991 ins Gegenteil umzuschlagen. Dies kann mit der hohen Erwerbsbeteiligung der Frauen in der ehemaligen DDR und dem durch die Wiedervereinigung zustande kommenden Druck auf alle erwerbstätigen Frauen erklärt werden.

Unsere Hypothese, dass *im sekundären Sektor das Risiko höher sei unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als im tertiären Sektor*, scheint verworfen werden zu können. Zwar ist ein (nicht signifikanter) Effekt erkennbar, wenn die Variable Arbeitssektor einzeln ins Modell aufgenommen wird, doch verschwindet er schon mit der Hinzunahme der Variable Geschlecht. In den nach Geschlecht differenzierten Modellen ist die Tendenz der Hypothese zumindest bei den Männern zu erken-

nen, doch scheint bei den Frauen ein entgegengesetzter Trend beobachtbar zu sein. Dieser entgegengesetzte Trend kann damit erklärt werden, dass im sekundären Sektor anteilmäßig deutlich weniger Frauen und im tertiären Sektor anteilmäßig mehr Frauen arbeiten. So ist das Risiko, dass eine im sekundären Sektor tätige Frau von unfreiwilliger Frühverrentung betroffen ist, schon aufgrund der quantitativen Geschlechterverteilung statistisch geringer als für einen dort tätigen Mann. Dies zeigt, dass unsere Geschlechterhypothese auf der einen Seite die im sekundären Sektor allgemein höhere Wahrscheinlichkeit der Frühverrentung mit einschließt, auf der anderen Seite sich aber zusätzlich noch der geringere Anteil der Frauen im sekundären Sektor auf das Ergebnis mit auszuwirken scheint. Aus diesem Grunde ist es nicht verwunderlich, dass mit Hinzunahme der Variable Geschlecht der (nicht signifikante) Effekt der Variable Sektor verschwindet, wirkt sich das Geschlecht doch in zweierlei Hinsicht auf diese Variable aus. Daher kann die Sektorenvariable die Hypothese nicht ausreichend erklären, so dass sie weder verworfen noch bestätigt werden kann.

Unsere Hypothese, dass *in mittelgroßen bzw. großen Betrieben das Risiko höher sei unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als in kleinen Betrieben*, kann für Betriebe ab einer Zahl von 25 Mitarbeitern in Bezug auf Betriebe mit weniger als sechs Mitarbeitern bestätigt werden. Der Trend ist auch in Betrieben mit einer Größe von sechs bis 15 und 16-24 Mitarbeitern – wenn auch nicht signifikant – zu beobachten. Eine mögliche Erklärung ist die Tatsache, dass bis zum Jahre 2004 das Kündigungsschutzgesetz (KschG) bereits ab einer Betriebsgröße von mehr als fünf Mitarbeitern griff (Knyphausen-Aufseß 2007). Bei Betrieben die schon unter das KschG fielen, aber auf Grund von geringeren Ressourcen mehr Probleme hatten Frühverrentungsoptionen anzubieten, wurde eher versucht, die Mitarbeiter zu halten. Das Risiko steigt dann, entsprechend der Annahme unserer Hypothese, für größere Betriebe (ab 25 Mitarbeitern) signifikant an. Wenn man die nach Geschlecht differen-

zierten Modelle betrachtet scheint dies für Frauen und Männer gleichermaßen zu gelten, auch wenn für die Männer der Wert lediglich bei einer Betriebsgröße von über 500 Mitarbeitern signifikant bleibt.

## **6 Fazit und Ausblicke**

Der Renteneintritt findet in hohem Maße vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter in Form der Frühverrentung statt. Dabei kann es sich Deutschland jedoch nicht leisten, arbeitsfähige Erwerbspersonen vorzeitig in den Ruhestand zu entlassen, da Sozialversicherungssysteme in Folge der schrumpfenden Erwerbsbevölkerung immer stärker unter Druck stehen (IMF 2004; Deutsche Bank Research 2002). Zentrale Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind, dass mehr Arbeitnehmer unfreiwillig als freiwillig in Frührente gehen. Insbesondere bei männlichen Arbeitnehmern zeigt sich eine starke Konzentration auf der Seite der unfreiwilligen Frühverrentung. Weiterhin zeigt ein Ost-West-Vergleich, dass in Ostdeutschland der vorzeitige Eintritt in den Ruhestand größtenteils unfreiwillig verlief. Eine zentrale Ursache hierfür war der Transformationsprozess vom Sozialismus zur sozialen Marktwirtschaft, der immense Arbeitsplatzverluste herbeiführte (Hofäcker et al. 2006).

Überraschend war hingegen, dass das Risiko einer unfreiwilligen Frühverrentung mit einem höheren Alter beim Zeitpunkt der Verrentung größer war. Bezüglich der Kohorten wurde kein einheitliches Bild erkennbar, in Bezug auf den Verrentungszeitpunkt lässt sich jedoch sagen, dass in jüngster Vergangenheit das Risiko einer unfreiwilligen Frühverrentung größer war.

Unsere Hypothese, dass das Risiko im sekundären Sektor höher sei, unfreiwillig in Frührente geschickt zu werden als im tertiären Sektor konnte nicht bestätigt werden. Ein Effekt war nur bei einer einzelnen

Aufnahme ins Modell erkennbar, dieser verschwand aber schon bei Hinzunahme der Variable Geschlecht.

In Bezug auf die Betriebsgröße konnte ein klarer Trend zur stärkeren unfreiwilligen Frühverrentung in größeren Betrieben ausgemacht werden. Signifikant waren die Werte jedoch nur für die Betriebe ab einer Mitarbeiterzahl von 25.

Insgesamt bleibt also festzuhalten, dass die unfreiwillige Frühverrentung in Deutschland in erheblichem Maße stattfindet. Durch den demographischen Wandel ist dieses Vorgehen jedoch auf lange Sicht nicht mehr tragbar. Im Zuge einer immer kleiner werdenden Zahl von Erwerbspersonen, die für die Finanzierung von immer mehr Rentnern aufkommen müssen, ist es dringend notwendig neue Maßnahmen zu entwickeln (Deutsche Bank Research 2002). Dabei gilt es, erwerbsfähige Menschen länger im Arbeitsmarkt zu behalten. Unfreiwillige Frührentner stellen in diesem Zusammenhang ein erhebliches Potenzial dar, da sie zwar gerne weiterarbeiten würden, aber daran gehindert werden. Damit muss die ‚Sozialverträglichkeit‘ des Abbaus von Arbeitsplätzen über die Frühverrentung in Frage gestellt werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die institutionellen Voraussetzungen für ein längeres Erwerbsleben zu verbessern. Hier gilt es vor allem den Aspekt des lebenslangen Lernens zu fördern und die ‚Durchlässigkeit‘ der Ausbildungspfade zu ermöglichen (Buchholz et al. 2006). D.h. es soll ein einfacherer Wechsel zwischen verschiedenen Berufsfeldern möglich werden, damit bei veränderter Arbeitsmarktlage Arbeitsplatzverluste in einem Bereich durch ausreichend Angebote in einem anderen Bereich kompensiert werden können. Durch einen Jobwechsel älterer Arbeitnehmer kann somit einer unfreiwilligen Frühverrentung durch Arbeitsplatzverlust entgangen werden.

Weiterhin gilt es jedoch auch Arbeitnehmer, die freiwillig früher in den Ruhestand eintreten wollen, im Arbeitsmarkt zu halten. Diese

Gruppe kann nur durch den Abbau der Frühverrentungsprivilegien zur Weiterarbeit motiviert werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Erwerbstätigkeit der Frauen noch stärker zu fördern. Dies kann in mehrfacher Weise erreicht werden: Zum einen gilt es, den Stellenwert der Frau im Berufsleben anzuheben. Zum anderen gilt es, die institutionellen Rahmenbedingungen zu verbessern, damit sich das individuelle Interesse an der längeren Teilnahme am Arbeitsmarkt erhöht.

Ein interessanter Aspekt für weitere Forschungsarbeiten wäre die Untersuchung der Konsequenzen einer unfreiwilligen Frühverrentung auf individueller Ebene. Bisher wurden vor allem die Folgen für das Rentensystem erläutert und wie darauf reagiert werden kann. Doch auch für das Individuum selbst ergeben sich weit reichende Änderungen, die bislang jedoch noch weitreichend unerforscht sind. So könnten Arbeitnehmer, die in den Ruhestand gehen mussten das Gefühl haben nicht mehr „gebraucht zu werden“. Dies könnte sich wiederum in Depressionen und allgemeiner Antriebslosigkeit auswirken. Andererseits könnten sich Arbeitnehmer mit ihrer Situation abfinden und nun ihre vorhandenen Kräfte in soziales Engagement stecken. Eine Arbeit im sozialen Ehrenamt kann das Selbstwertgefühl steigern und gleichzeitig einen wichtigen Beitrag dazu leisten, den Verlust dieser wichtigen Institution durch einen immer stärker werdenden Leistungsdruck der Gesellschaft zu vermeiden.

Weiterhin wäre es interessant, das Konsumverhalten älterer Menschen genauer zu untersuchen und hierbei auf die beiden Gruppen der freiwilligen und unfreiwilligen Frührentner einzugehen. Interessante Fragestellungen wären beispielsweise, ob freiwillige Frührentner ein ausgeprägteres Konsumverhalten haben. Bei ihnen kann angenommen werden, dass sie in Folge besserer (privater) Vorsorge einen vorzeitigen Vorruhestand finanzieren und somit auch mehr konsumieren können. Wie sieht im Gegensatz dazu das Konsumverhalten von unfreiwilligen



Frührentnern aus? Sind sie durch den (plötzlichen) Verlust des Arbeitsplatzes nun nicht mehr in der Lage ihren bisherigen Lebensstandard zu halten? Diese und im Zusammenhang damit stehende Fragen gilt es zu untersuchen, um weiteren Aufschluss über Veränderungen in der Gesellschaft zu erlangen.

## Literatur

- Berkel, Barbara und Axel Börsch-Supan, 2003: Renteneintrittsentscheidungen in Deutschland. Langfristige Auswirkungen verschiedener Reformoptionen. Mannheim Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Börsch-Supan, Axel und Hendrik Jürges, 2005: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe - Methodology, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, University of Mannheim.
- Börsch-Supan, Axel und Reinhold Schnabel, 1999: Social Security and Retirement in Germany. S. 135-180 in: Gruber, Jonathan/Wise, David: Social security programs and retirement around the world. Chicago und London: University of Chicago Press.
- Brinkmann, Christian und Eberhard Wiedemann, 1995: Arbeitsmarktrisiken im ostdeutschen Transformationsprozess. Ergebnisse des Arbeitsmarkt-Monitors 1989 bis 1994, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung 28: 323-338.
- Buchholz, Sandra, Dirk Hofäcker und Hans-Peter Blossfeld, 2006: Globalization, accelerating economic change and late careers. A theoretical framework. S. 1-23 in: Blossfeld, Hans-Peter, Sandra Buchholz und Dirk Hofäcker (Hrsg.), Globalization, Uncertainty and Late Careers in Society. London/New York: Routledge.
- Dorn, David und Alfonso Sousa-Poza, 2007: Voluntary and involuntary early retirement. An international analysis. IZA Discussion Paper No. 2714. Bonn.
- Ebbinghaus, Bernhard, 2005: Vom Stilllegen von Arbeit zum lebenslangen Lernen. Das überfällige Ende der Frühverrentung in Europa, Japan und den USA. S. 37-42 in: MPlfG Jahrbuch 2003-2004.
- Ernst, Jochen, 1996: Alterserwerbstätigkeit und Ruhestand in Ostdeutschland, in: Arbeit 5: 201-222.

- Fischer, Justina A.V. und Alfonso Sousa-Poza*, 2006: The institutional determinants of early retirement in Europe. Discussion Paper No. 2006-08. University of St. Gallen.
- Guillemard, Anne-Marie*, 1991: Die Destandardisierung des Lebenslaufs in den europäischen Wohlfahrtsstaaten, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 37: 620-639.
- Hofäcker, Dirk*, 2004: Typen europäischer Familienpolitik. Vehikel oder Hemmnis für das "adult worker model". S. 257-284 in: *Leitner, Sigrid* (Hrsg.), *Wohlfahrtsstaat und Geschlechterverhältnis im Umbruch. Was kommt nach dem Ernährermodell*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hofäcker, Dirk, Sandra Buchholz und Hans-Peter Blossfeld*, 2006: Late careers in a globalizing world. A comparison of changes in twelve modern societies. S. 353-371 in: *Blossfeld, Hans-Peter, Sandra Buchholz und Dirk Hofäcker* (Hrsg.), *Globalization, Uncertainty and Late Careers in Society*. Cheltenham, UK/Northampton, Ma: Edward Elgar Publishing Ltd.
- Hofäcker, Dirk und Stepanka Pollnerová*, 2006: Late careers and career exits. An international comparison of trends and institutional background patterns. S. 25-53 in: *Blossfeld, Hans-Peter, Sandra Buchholz und Dirk Hofäcker* (Hrsg.), *Globalization, Uncertainty and Late Careers in Society*. London/New York: Routledge.
- IMF*, 2004: The IMF on Policies Responding to Demographic Change, *Population and Development Review* 30 (4): 783-789.
- Lück, Detlev und Dirk Hofäcker*, 2003: Rejection and Acceptance of the Male Breadwinner Model. Which Preferences do Women Have under Which Circumstances. Working Paper Globallife, 60.
- Mills, Melinda, Hans-Peter Blossfeld und Fabrizio Bernardi*, 2006: Globalization, uncertainty and men's employment careers. A theoretical framework. S. 3-37 in: *Blossfeld, Hans-Peter, Melinda Mills und Fabrizio Bernardi*, (Hrsg.), *Globalization, uncertainty and men's careers. An international comparison*. Cheltenham, UK/Northampton, Ma: Edward Elgar Publishing Ltd.

- Schneider, Stefan* (Hrsg.) Deutsche Bank Research, 2002: The demographic challenge. Frankfurt am Main.
- Schulze, Gerhard*, 1992: Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- zu *Knyphausen-Aufseß, Dodo*, 2007: Skript zu Grundlagen Personal und Organisation im Wintersemester 2007/2008. Otto-Friedrich-Universität Bamberg.

## **Anhang**

Variablen zur Operationalisierung der Freiwilligkeit/Unfreiwilligkeit der Frühverrentung:

### **MAIN REASON FOR EARLY RETIREMENT**

Sehen Sie sich bitte Karte 23 an. Aus welchen Gründen sind Sie in Rente oder Pension gegangen?

1. Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze
2. Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Altersrente
3. Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Betriebsrente
4. Erhielt Angebot für eine Vorruhestandsregelung
5. Wurde gekündigt (erhalte z.B. Vorruhestandsbezüge, Arbeitslosengeld, o.ä.)
6. Mein schlechter Gesundheitszustand
7. Der schlechte Gesundheitszustand von Familienangehörigen oder Freunden
8. Um zur gleichen Zeit wie Ehegatte oder Partner/in in Ruhestand zu gehen
9. Um mehr Zeit mit der Familie zu verbringen
10. Um das Leben zu genießen
97. Anderer Grund

### **OPPORTUNITIES TO WORK AFTER THE OFFICIAL RETIREMENT AGE**

Gab es bei Ihrer letzten beruflichen Tätigkeit die Möglichkeit, nach dem Erreichen der Altersgrenze vollzeit- oder teilzeitbeschäftigt weiter zu arbeiten?

1. Ja
5. Nein

### **INCOME SOURCES IN LAST YEAR**

Sehen Sie sich bitte Karte 24 an. Hatten Sie im Jahr 2003 Einkünfte aus einer der dort genannten Quellen?

1. Gesetzliche Altersrente oder Beamtenpension
2. Vorruhestandsbezüge
3. Erwerbsminderungsrente (früher: Erwerbs-, bzw. Berufsunfähigkeitsrente) oder Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit
4. Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe
5. Hinterbliebenenrente
7. Leistungen für Kriegsoffer (z.B. Kriegsbeschädigte und Kriegervitwen)
8. Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes
10. Betriebliche Erwerbsminderungsrente
11. Betriebliche Hinterbliebenenrente
96. Keine der genannten

# WER KONSULTIERT DEN ALLGEMEINARZT IN DEUTSCHLAND?

Eine Analyse zum Einfluss von Versicherung und anderen sozialen Merkmalen auf die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen im Alter

Stefan Gruber und Markus Kiesel

*Zusammenfassung:* Die Studie leistet durch die Analyse von Allgemeinartzkonsultationen einen Beitrag zur Klärung tatsächlich bestehender Versorgung Unterschiede nach Versicherung und anderen sozialen Merkmalen. Basierend auf der ersten Welle von SHARE aus dem Jahr 2004 wird die Anzahl der Allgemeinartzbesuche mit einer Negativ Binomial-Logit-Hürden Regression geschätzt. Es zeigt sich, dass Privatversicherte eine um zwei Drittel geringere Chance auf mindestens einen Allgemeinartzkontakt haben. Zudem ist ihre erwartete Konsultationsanzahl im Fall der Nutzung geringer. Die bipolare Struktur der versicherungsspezifischen Nutzung nimmt in der Rente zu. Es ergeben sich keine Hinweise einer angebotsinduzierten Nachfrage in der PKV. Bildung hat deutlich negative Effekte und die relativ geringe Konsultationsrate von erwerbstätigen Selbstständigen verweist auf ihre spezifische berufliche Situation. Zudem wird die These eines lebenszyklischen Effekts der Rente entwickelt. Die Ergebnisse sollten zu Längsschnitt-Forschung und ergänzenden Analysen der fachärztlichen Versorgung anregen.

*Stichworte:* Arztkonsultationen, Inanspruchnahme, gesetzliche Krankenversicherung, private Krankenversicherung, Hürdenregression, SHARE

## **1 Einleitung**

Die Gesundheit ist sowohl in der subjektiven als auch in der öffentlichen Wahrnehmung ein hohes, wenn nicht sogar das höchste menschliche Gut (Simon 2005: 1). Die institutionellen Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung bestimmen in starkem Maße die individuelle Chance auf Gesundheit das nationale Gesundheitssystem, mit allen es betreffenden Veränderungen, erhält deshalb höchste gesellschaftliche Aufmerksamkeit. Die Erhöhung wirtschaftlicher Anreize und Leistungskürzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) innerhalb der vergangenen Jahre wurden von Befürchtungen einer „Zwei-Klassen-Medizin“ in der deutschen Politik- und Medienlandschaft begleitet, die eine qualitativ „bessere“ Versorgung zunehmend mit individuellen Ressourcen oder dem Zugang zu privater Versicherung (PKV) in Verbindung bringen. Die erst kürzlich veröffentlichte Untersuchung des Instituts für Gesundheitsökonomie an der Universität Köln, nach der Kassenpatienten etwa dreimal länger auf einen Facharzttermin warten müssen als Privatpatienten (Lungen et al. 2008), löste weitere gesellschaftliche Kontroversen aus.

Die vorliegende Arbeit will einen Beitrag zur Klärung tatsächlich bestehender Unterschiede in der allgemeinärztlichen Versorgung zwischen Versicherungsgruppen leisten. Dabei handelt es sich um einen ersten Schritt zur Untersuchung eines möglichen sozioökonomischen Gradienten in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Der Blick auf ältere Menschen als Gruppe mit strukturell hohem Bedarf und demographisch wachsender Bedeutung eignet sich dabei besonders zur Beurteilung eines normativ egalitären Gesundheitssystems.

Wie kann Versorgung jedoch gemessen und ein Unterschied in diesem Zusammenhang interpretiert werden? Innerhalb der Forschung zur Inanspruchnahme greift man in der Regel auf die Kontaktfrequenz zwischen Patient und Arzt als Maß der Leistungsnutzung zurück (Geil



et al. 1997; Pohlmeier und Ulrich 1995; Andersen und Schwarze 1997). Eine Analyse von Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlungen aus GKV-Daten ergab, dass die Kontakthäufigkeit als Schlüsselindikator für die in Anspruch genommenen Leistungen gelten kann (Andersen und Schwarze 1997: 19). Nimmt man an, dass die qualitative Leistung in etwa mit der Anzahl der Konsultationen unter sonst gleichen Umständen korreliert, so stellt sich trotzdem das Problem der Beurteilung von Differenzen: Wann ist ein Inanspruchnahmeniveau als adäquat zu beurteilen? Empirische Unterschiede könnten zum einen auf die Rationierung von Leistungen für bestimmte Gruppen hinweisen; zum anderen wäre auch eine Überversorgung von Bevölkerungsteilen denkbar.

Die Adäquanz gesundheitlicher Versorgungsleistungen ökonomisch zu untersuchen erweist sich angesichts der Komplexität und Multikausalität des Inanspruchnahmegeschehens als ausgesprochen schwierig. Die Frage nach der Angemessenheit von Leistungen im Gesundheitssektor ist zudem ein denkbar strittiges Thema im öffentlichen Diskurs. Eine begründete konkrete Grenze kann wohl auch nur spezifische Sektoren und Krankheitsbilder betreffend gezogen werden.

Trotz der Schwierigkeiten macht es Sinn, die Höhe der Inanspruchnahme in Abhängigkeit von sozialen Merkmalen zu untersuchen. Substantielle Unterschiede im Empfang von Leistungen, selbst wenn sie absolut nicht unmittelbar eingeordnet werden können, sollten aufhorchen lassen und detailliertere Forschung anregen.

Die empirischen Auswertungen basieren auf der ersten Welle von SHARE des Jahres 2004. Die statistischen Berechnungen wurden mit der Statistiksoftware STATA 10.0 durchgeführt.

In Kapitel 2 geben wir eine Übersicht über die wichtigsten theoretischen Erklärungsansätze des Inanspruchnahmegeschehens: Nach einer Skizzierung des Modells von Ronald M. Andersen folgen andere, stärker inhaltlich orientierte Ansätze. Kapitel 3 führt die relevanten Strukturen und Handlungsrestriktionen des deutschen Gesundheitssystems auf

und liefert Informationen über das zugrunde liegende Datenmaterial. In Kapitel 4 werden die relevanten Variablen hypothesengeleitet ausgewählt und das verwendete statistische Modell beschrieben. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 vorgestellt. Kapitel 6 zieht ein Fazit und verweist auf offene Forschungsfragen.

## **2 Theoretische Grundlagen**

### **2.1 Das Modell der Inanspruchnahme nach Ronald M. Andersen**

Was sind die individuellen und gesellschaftlichen Determinanten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen? Welche Charakteristika haben Leistungen im Gesundheitssektor? Welche Merkmale des nationalen Gesundheitssystems beeinflussen das Gesundheitsverhalten der Individuen? Das von Andersen in den späten 1960er Jahren entwickelte Modell der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gilt, trotz zahlreicher Weiterentwicklungen, bis heute als Referenzrahmen in der Forschung (im Folgenden: Andersen und Newman 1973). Es versucht, alle relevanten Determinanten in einem universellen Modell zu ordnen und spielt insbesondere für ihre Auswahl und Operationalisierung eine bedeutende Rolle. Der Erfolg des Modells ist wohl wesentlich darauf zurückzuführen, dass es offen für inhaltliche Annahmen und Prognosen ist. So können ganz verschiedene Theorien implementiert werden, die dann konkrete Richtungen der Einflüsse bestimmen.

Abbildung 1 stellt die zentralen Bestimmungsgrößen des Inanspruchnahmegeschehens nach Andersen vor.

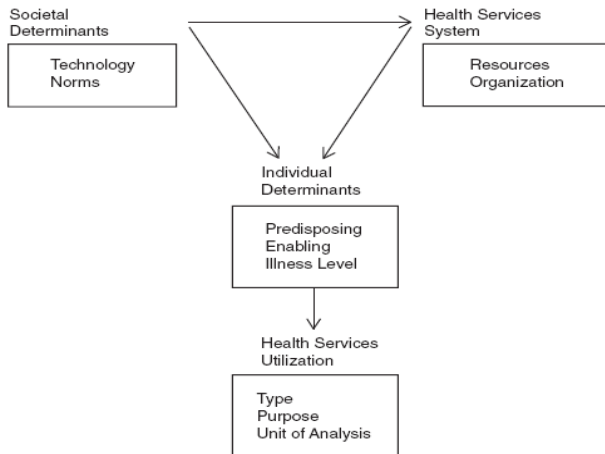


Abbildung 1: Bestimmungsgrößen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Andersen und Newman (1973)

Zum einen sind erklärende Bedingungen auf der gesellschaftlichen Seite identifiziert: soziale Determinanten und das Gesundheitssystem. Zum anderen werden spezifische individuelle Determinanten vorgestellt.

Die sozialen Faktoren – verfügbare medizinische Technologie und soziale Normen – wirken kausal auf das System der Gesundheitsversorgung. In ihm findet die verfügbare Medizintechnik ihre Anwendung und Definitionen von Intensität und Adäquanz der Versorgung werden praktisch umgesetzt. Die sozialen Normen und die Verfügbarkeit von medizinischer Technologie einerseits, sowie die spezifischen Ressourcen und ihre Organisation im Gesundheitssystem andererseits, bestimmen die Wirkungsmacht der individuellen Faktoren und schränken diese mehr oder weniger ein.

Andersen strukturiert die individuellen Determinanten in der Dreiteilung von predisposing, enabling und need (s. Abbildung 2). Dabei stehen die Kategorien in einer hierarchischen Rangfolge bezüglich ihrer Bedeutung für die Inanspruchnahme: Geben die Merkmale erst nur

einen Hinweis auf die grundsätzliche Neigung eines Individuums, Leistungen in Anspruch zu nehmen, so steht der Gesundheitszustand in unmittelbarer kausaler Beziehung zu einer Nutzung von Versorgungsleistungen.

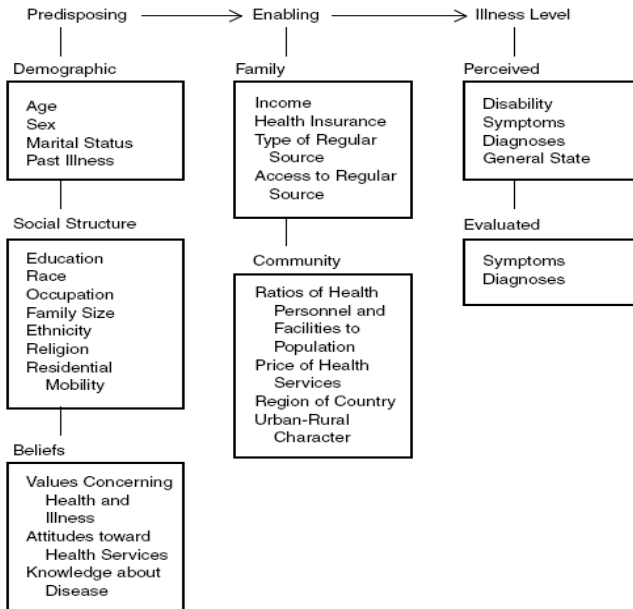


Abbildung 2: Individuelle Determinanten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Andersen und Newman (1973)

Die Neigung eines Individuums (predisposing) ist zum großen Teil bestimmt durch standard-sozio-demographische Variablen sowie Einstellungen und bzw. Wissen über Gesundheit und das Versorgungssystem.

Die befähigenden Merkmale (enabling) verweisen auf spezifische, den Zugang zu Gesundheitsleistungen regelnde Ressourcen des Individuums. Einkommen und Versicherungsstatus sind hier die zentralen Merkmale auf individueller und familialer Ebene. Die Infrastruktur des

nahen Lebensumfelds und die Organisation des Gesundheitssystems sind ebenso wesentlich für Zugangsmöglichkeiten. Regionale Unterschiede, Urbanisierungsgrad, Anzahl der Patienten pro Arzt und Preise für Leistungen bestimmen die Handlungsspielräume des Einzelnen.

Die unmittelbare Motivation der Inanspruchnahme ist bestimmt durch den Gesundheitszustand (need). Andersen differenziert hier zwischen selbst wahrgenommener Befindlichkeit und einer objektivierten Form der Bewertung – beides muss nicht zu gleichen Diagnosen führen.

Das Modell führt wohl alle wichtigen Determinanten der Inanspruchnahme auf. Ohne konkrete inhaltliche Hypothesen bleibt es jedoch ein theoretisches Skelett. Durch die Betrachtung verschiedener theoretischer Ansätze soll im Folgenden seine inhaltliche Substanz angereichert werden.

## **2.2 Theoretische Ansätze zur Erklärung von Inanspruchnahme**

Ein mit spezifischeren Annahmen verbundener ökonomischer Erklärungsansatz ist das Modell von Grossman (Grossman 1972). Angelehnt an die Humankapitaltheorie wird Inanspruchnahme als Investition in einen mit steigendem Alter sinkenden Gesundheitskapitalstock begriffen. Der Gesundheitsverlust könne so verlangsamt oder gar umgekehrt werden. Die Höhe der Investition ergibt sich aus der Maximierung des Nutzens von Gesundheit bei gegebener Produktionsfunktion und Budgetbeschränkungen. Die Nachfrage ist dann abhängig von der Höhe des bestehenden Gesundheitskapitals, den Preisen der Gesundheitsgüter, der Lohnrate, dem Alter sowie Arbeitsbedingungen und Bildung. Die Literatur verweist im Zusammenhang mit Grossmans Modell in der Regel auf Nachfrage nach Medikamenten (Geil et al. 1997: 297). In anderen Bereichen der Inanspruchnahme ist seine Anwendung durchaus kritisch zu sehen, da Konsultationen des Allgemeinmediziners gerade

die Folge vernachlässigter Gesundheitsinvestitionen widerspiegeln können.

Weitere ökonomische Theorien der Inanspruchnahme beschäftigen sich mit den Konsequenzen von Krankenversicherungen für die individuelle Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Das Problem des Moral Hazard basiert darauf, dass durch eine Versicherung der Anreiz, sich risikoscheu zu verhalten, abgeschwächt wird (Breyer et al 2005: 222). In diesem Sinne würde bei versicherten Individuen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigen, da Inanspruchnahme weniger Kosten verursacht.

Der Begriff der angebotsinduzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gehört wie Moral Hazard zum Kanon der gesundheitsökonomischen Lehre. Inanspruchnahme kann als angebotsinduziert gelten, wenn sie über eine adäquate Versorgung des Patienten hinausgeht (Breyer et al. 2005: 334-337). Als Indiz für Effekte einer Angebotsinduzierung kann eine Steigerung der Inanspruchnahme bei steigender Ärztedichte - unter sonst gleichen Bedingungen auf der Nachfrageseite - gelten (Andersen und Schwarze 1997: 5). Das Argument trifft auf bereits hochentwickelte Gesundheitssysteme zu, in denen der Versorgungsbedarf bereits saturiert und ein gewisser Schwellenwert überschritten ist. Um Effekte der Angebotsinduzierung von Arztleistungen ökonometrisch zu messen, wurde mit Bezug auf die Principal-Agent-Theorie eine getrennte Analyse von Erstkontakt und Kontaktfrequenz vorgeschlagen (Andersen und Schwarze 1997, Pohlmeier und Ullrich 1995). Danach läge die Entscheidung für die erste Konsultation in einer Behandlungsepisode primär beim Patienten. In der Höhe der Folgekontakte manifestiere sich neben der Patientenentscheidung jedoch auch der Einfluss des Arztes. Die getrennte Betrachtung von Erst- und Folgekontakten bietet somit die Möglichkeit, Licht in die Black Box des Inanspruchnahmegehehens zu werfen und Einflussfaktoren der Konsultation auf Patienten- sowie auf Arztseite zu schätzen. Die empirische Analyse wird dies

berücksichtigen. Die wohl traditionsreichste soziologische Annäherung an die soziale Bedeutung des Gesundheitszustandes und der Inanspruchnahme ist das rollentheoretische Konzept von Talcott Parsons (Gordala 1981: 114-116, Parsons 1951). Er sieht Krankheit als eine Form abweichenden Verhaltens, von dem eine Bedrohung für das gesamtgesellschaftliche System ausgeht, in Form von Nichterfüllung der gesellschaftlichen Aufgaben, wie beispielsweise krankheitsbedingtes Fehlen am Arbeitsplatz. Krankheit muss deshalb gesellschaftlich geregelt werden. Die Krankenrolle wird von den Mitmenschen akzeptiert, wenn sie durch einen Arzt als bestätigt gilt. Nur durch die Legitimation des Arztes wird Krankheit als die Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen anerkannt und ein Recht auf Hilfe zugestanden. Der Arzt interveniert in diesem Sinne nicht nur medizinisch, sondern nimmt auch eine soziale Steuerungsrolle ein.

Patient und Arzt treffen aufeinander und produzieren jeweils als aktive Akteure Inanspruchnahme. Wichtig in diesem Zusammenhang ist eine mögliche soziale Distanz von Patienten gegenüber den Institutionen der Gesundheitsversorgung. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status können bezüglich der Artikulation und Durchsetzung ihrer Bedürfnisse im Kontakt zum Arzt aufgrund von Sprach- und Verständigungsbarrieren im Nachteil sein. Die Ursachen für Verständigungsprobleme liegen in unterschiedlicher linguistischer Sozialisation von Arzt und Patient, in der medizinischen Fachsprache der Ärzte, aber auch in schichtspezifisch strukturierten Erwartungen der Patienten (Gordala 1981).

Bourdieu (1982) weist darauf hin, dass soziale Schichten wegen ihrer strukturellen Position in der Gesellschaft grundsätzlich unterschiedliche Denk-, Wahrnehmungs- und Beurteilungsschemata ausbilden und bezeichnet diese Kategorie als Habitus. Milieuspezifische Mentalitäten und die mit ihnen verbundene Art der Schilderung von Beschwerden, das selbstbewusste Vertreten eigener Interessen, das dem Versorgungs-

system entgegengebrachte Vertrauen u.a. kann nicht nur im direkten institutionellen Kontext der Arzt-Patient-Beziehung eine bedeutende Rolle spielen. Bereits die Wahrnehmung und Einschätzung von gesundheitlichen Auffälligkeiten kann nach Sozialschicht divergieren. So wurde in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass niedrigere sozio-ökonomische Schichten eine höhere Symptomtoleranz aufweisen, wodurch leichtere Befindlichkeitsstörungen nicht als Krankheit eingeordnet werden (Siegrist und Bertram 1971).

Diese Bewertung eigener Symptome erfolgt nicht notwendigerweise nur durch den unmittelbar Betroffenen. Theorien der sozialen Netzwerke legen dar, dass Krankheit auch in sozialen Beziehungen und Bezugsgruppen wahrgenommen und bewertet wird (Gordala 1981: 116-118). Dabei bietet die soziale Umwelt auch Bewältigungshilfen, welche die Nachfrage nach institutionellen Hilfen beeinflussen. Auf der einen Seite könnten z.B. Menschen, die in einer Partnerschaft leben, in gegenseitiger Aufmerksamkeit eine Art „Gesundheitsmonitoring“ leisten und sich auf nötige Arztkonsultationen hinweisen. Auf der anderen Seite wirken sich soziale Integration in Familie und Freundeskreis wohl positiv auf Lebenszufriedenheit und gesundheitliches Befinden aus.

Neben der Bedeutung sozialer Netzwerke sind schichtspezifisch wahrgenommene Bewältigungsoptionen und die Kultivierung realistischer Möglichkeiten im Bourdieu'schen Sinne des Habitus zu erwarten. Nach Thorbecke (1975) entwickeln „Traditionelle Arbeiterfamilien“ solide Netzwerke zur Hilfe im örtlichen Umfeld, während „mobile Mittelschicht-Familien“ wegen größerer Ressourcen auch über Distanzen Bewältigungsnetzwerke aufrechterhalten können (Gordala 1981: 116-118).

Auch ohne den Bezug auf konkrete Krankheitsbilder kann der Gesamtzusammenhang des alltäglichen Handelns, das geprägt ist von Interaktionen, Einstellungen und Wissensbeständen, mehr oder weniger gesundheitsfördernd sein.



Risikofördernde Handlungsweisen wie Rauchen, Bewegungsmangel, fett- und kalorienreiche Ernährung oder exzessiver Alkoholkonsum können aus bestimmten Lebensstilen heraus erklärbar sein. Solche Gesundheitslebensstile befinden sich konzeptionell auf der gleichen Ebene wie die erwähnten schichtspezifischen Denk- und Verhaltensweisen (Hradil 2006: 46). Empirische Untersuchungen zeigen allerdings, dass gesundheitsrelevante Lebensstile zwar durch Merkmale der vertikalen Schichtung beeinflusst werden, wie Einkommen, Berufsposition und vor allem Bildung. Von noch größerer Bedeutung seien allerdings demographische Merkmale, besonders Alter sowie Geschlecht und Familiensituation, worauf Schneider und Spellerberg (1999) hinweisen:

„Die Klassenlage wird somit durchbrochen durch den Einfluss alterspezifischer Erfahrungen und Identifikationen, das Beherrschen kultureller Codes, durch geschlechtsspezifische Zuschreibungen und lebenszyklische Effekte.“ (Schneider und Spellerberg 1999: 123, in: Hradil 2006: 47)

Organisatorische Determinanten der Inanspruchnahme ärztlicher Leistung beziehen sich auf die räumliche Verteilung und die Organisationsformen der medizinischen Einrichtungen (Gordala 1981: 120). So können auf der einen Seite Versorgungsgefälle zwischen Regionen und Städten-, Stadtrand- und Landgebieten bestehen. Auf der anderen Seite sind soziale Gefälle bezüglich der Verteilung von Arztpraxen mit geringerer Ärztedichte in ökonomisch schwachen Bezirken relevant für die Höhe der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen. Die grundsätzliche Regulierung und Zugänglichkeit der gesundheitlichen Versorgung in der Arztpraxis wird in Deutschland durch das Krankenversicherungssystem bestimmt.

Das Stadienmodell der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (Gordala 1981: 125-129) erlaubt eine systematische Anordnung und Fokussierung der vorgestellten theoretischen Ansätze auf bestimmte Aspekte des Geschehens. Es handelt sich um eine analytische Gliederung der Nutzung medizinischer Leistungen in einen stufenweisen Prozess. Zeitlich sukzessiv folgen die Stufen: *Auftreten und Verursachung*

*von Krankheit, Wahrnehmung von Krankheit, Nachfrage in medizinischen Institutionen und Soziale Selektivität des Medizinbetriebes.* Die Überlegungen sprechen oft für eine Benachteiligung unterer sozialer Schichten. Sie sind in höherem Ausmaß von Morbidität betroffen, zeichnen sich durch höhere Symptomtoleranz aus und können die Kosten räumlicher Distanz zu den Institutionen schwerer bewältigen. Unter der Annahme, dass spezialisierte ärztliche Betreuung mit einer qualitativ besseren Versorgung einhergeht, ließe sich aus empirischen Ergebnissen von Studien zur schichtspezifischen Inanspruchnahme folgern, dass höhere soziale Schichten wegen ihrer häufigeren Nutzung des Facharztes besser versorgt sind (Pohlmeier und Ulrich 1995; Gordala 1981: 128).

Da die meisten theoretischen Erwägungen uneindeutige Schlüsse zulassen, muss durch spezifische, die einzelnen Stufen fokussierende Forschung empirische Evidenz für die Zusammenhänge generiert werden. Die vorliegende Arbeit kann diese stufenweise Differenzierung nicht leisten, gibt aber Hinweise auf die grundsätzliche Bedeutung sozioökonomischer und demographischer Faktoren in der allgemeinmedizinischen Versorgung.

### **3 Institutioneller Rahmen und Datenmaterial**

#### **3.1 Das deutsche Gesundheitssystem**

Das Gesundheitssystem in Deutschland unterliegt einer starken staatlichen Regulierung (Zum Gesundheitssystem im Folgenden, falls nicht anderes vermerkt: Simon 2005). Jeder Bürger muss krankenversichert sein; somit gibt es im Bedarfsfall keine materiellen Hindernisse für den Zugang zu allen notwendigen Leistungen. Rund 90 Prozent der deutschen Bevölkerung beziehen ihren Versicherungsschutz aus der GKV als Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte oder beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige. Der allgemeine Versicherungszwang in der

GKV gilt nicht für Personen mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze (45 900 Euro im Jahr 2003 bzw. 46.350 Euro im Jahr 2004) (Zettner 2003, 2004), oder für bestimmte Berufsgruppen, im wesentlichen Beamte und Selbstständige.

Die Beiträge in der GKV richten sich nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und nicht nach Aspekten der individuellen Inanspruchnahme. Traditionell wurden Angestellte und Arbeiter nach geographischen oder berufsständischen Kriterien einer der verschiedenen Orts- oder Ersatzkrankenkasse zugeordnet (Busse und Riesberg 2005: 73). Mit der Intention, die sehr unterschiedlichen Mitglieder- und Risikostrukturen zu nivellieren, wurde 1996 die freie Wahl der GKV eingeführt, wobei die einzelnen Kassen - bis auf wenige Ausnahmen - verpflichtet sind, ihre Bewerber aufzunehmen. Nach wie vor bestehende Finanzierungsungleichheiten werden mit einem Risikostrukturausgleich in etwa beseitigt. Somit sind die Beitragssätze in den einzelnen GKVen ungefähr gleich.

Nach dem SGB V gewährleistet die GKV eine adäquate, Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsaspekten genügende Gesundheitsversorgung. Alle gesetzlichen Krankenversicherungen bieten den gleichen Leistungskatalog, wobei die Versorgung des Patienten nach dem Sachleistungsprinzip verläuft. Die Ärzte rechnen die Behandlungskosten mit den Krankenkassenärztlichen Vereinigungen zu Quartalsende ab.

Die Vergütung der Ärzte für kassenärztliche Leistungen ist ein komplexer Prozess. Die GKVen leisten eine Gesamtvergütung, basierend auf einer Kopfpauschale pro Versicherten, an die für ein Gebiet zuständige Krankenversicherung. Diese regelt direkt die Arztvergütung gemäß dem bundesweit einheitlichen Bewertungsmaßstab und den mit den Kassen vereinbarten Honorarverteilungsverträgen. Die Ärzte werden nach einem Punktesystem nach Einzelleistungen vergütet. Die genaue Honorarhöhe ergibt sich erst zu Quartalsende, nach Vergütungsfähigkeit und Bilanzierung der globalen Gesamtkosten für Gesundheits-

leistungen (Busse R, Riesberg A. 2005: 209 ff.). Der Arzt sieht sich schließlich einer relativ rigiden und nur ungefähr abschätzbaren Bewertungsprozedur gegenüber.

Die GKV hat seit 2000 die Möglichkeit bzw. ist seit 2004 dazu verpflichtet, Anreize für ein Hausarztmodell anzubieten. Der Hausarzt nimmt demnach die Funktion eines *gate-keepers* ein, der die Erstdiagnose stellt und den Zugang zu fachärztlicher Versorgung steuert.

Im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) wurden im Jahr 2004 die Akzente wirtschaftlicher Anreize erhöht. Für Arzt- und Zahnarztbesuche wurde erstmals eine Praxisgebühr von €10 pro Quartal erhoben, geltend für den ersten Besuch und jeden weiteren Besuch eines anderen Arztes im selben Quartal ohne Überweisung. Findet eine Facharztüberweisung durch Haus- oder Zahnarzt statt, bleibt eine weitere Gebühr im Quartal aus. Die meisten anderen Leistungen oder Produkte sind mit einer 10%igen Zuzahlung mit einem Minimum von €5 und einem Maximum von €10 belegt, was zumeist einer Erhöhung gegenüber früheren Zuzahlungen entspricht (Busse R, Riesberg A. 2005: 234). Die Eigenbeteiligung bei Krankenhausaufenthalten wurde auf €10 pro Krankenhaustag erhöht. Ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen bleiben zuzahlungsfrei. Daneben bietet die GKV bei regelmäßiger Vorsorge finanziellen Bonus bei späteren Behandlungen.

Problematisch für die vorliegende Studie ist in diesem Zusammenhang die 12-Montasprävalenz der erfragten Variablen der Inanspruchnahme. Eine Arztkonsultation kann demnach vor Einführung der höheren Eigenbeteiligung im Zuge des GMG oder nach ihr stattgefunden haben.

Die GKV bietet die Möglichkeit, durch Abschluss zusätzlicher privater Versicherungen ihr Leistungspaket zu ergänzen.

Die private Krankenversicherung (PKV) hat im Wesentlichen zwei Versicherungsfelder in Deutschland: Zum einen die Vollversicherung

eines bestimmten Teils der Bevölkerung, zum anderen das Angebot von Zusatzversicherungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen.

In der PKV werden die Beiträge nicht einkommensabhängig berechnet, sondern risikoäquivalent: sie variieren in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht sowie medizinischer Vorgeschichte zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Im Vergleich zur GKV folgt sie nicht solidarischen sondern individualistischen Prinzipien der Absicherung.

Zumeist genießen voll privat Krankenversicherte verglichen mit GKV-Versicherten gleich gute oder bessere Leistungen (Busse R, Riesberg A. 2005: 234). Unter Umständen kann das Leistungsspektrum aber auch geringer sein, abhängig vom gewählten Versicherungspaket. Es ist z.B. nicht zwingend, zahnärztliche Leistungen zu versichern. Da für Ehepartner und Kinder, im Unterschied zur GKV, auch Versicherungsprämien gezahlt werden müssen, sind private Krankenversicherungen für Alleinstehende und doppelverdienende Paare besonders attraktiv.

Gesundheitliche Versorgung folgt innerhalb der Privatkassen dem Kostenerstattungsprinzip: Kurzfristig müssen Versicherte ihre Behandlungskosten selbst tragen, bevor die PKV die Leistung auf Basis der eingereichten Rechnung erstattet.

Privatversicherungen setzen durchaus wirtschaftliche Anreize gegen unnötige Inanspruchnahme. Zwar müssen ihre Mitglieder in der Regel keine Praxisgebühr leisten, jedoch dürfen sie bei ausbleibender Nachfrage mit Rückerstattungen bis zu einer Höhe von mehreren Monatsbeiträgen rechnen. Außerdem gibt es wie in der GKV Bonusprogramme um die Attraktivität von Vorsorgeuntersuchungen zu steigern.

Die Vergütung der Ärzte im privaten Setting wird anders organisiert als im Bereich der GKV. Die Entgeldkataloge für privatärztliche Leistungen beziehen sich auf die vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Jeder Einzelleistung wird demnach der einfache Gebührensatz in monetären Werten und der maximal zulässige Gebührensatz (zwischen dem 1,7 bis 2,3fachen) zu-

geordnet. Ärzte berechnen in der Regel die Höchstsätze, was von staatlichen Beihilfestellen und PKV-Unternehmen meist ohne detaillierte Begründung akzeptiert wird (Busse R, Riesberg A. 2005: 216-217).

Die Struktur und Organisation des deutschen Gesundheitssystems bietet mehrere Ansatzpunkte, die für die Erklärung ungleicher Inanspruchnahme zwischen Versicherungsgruppen herangezogen werden können

### 3.2 Datenmaterial

Die vorliegende Studie greift auf das deutsche Teilsample der ersten Welle des *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE)<sup>1</sup> zurück, welches detaillierte Informationen zum Thema Gesundheit, sozioökonomischer Status sowie sozialer und familialer Situation von 3.938 älteren Befragten beinhaltet. Die repräsentative Erhebung, die nach dem Vorbild der *U.S. Health and Retirement Study* (HRS) und der *English Longitudinal Study of Ageing* konzipiert ist, wurde von April bis September 2004 unter der zentralen Koordination des *Mannheim Research Institute for the Economics of Aging* durchgeführt.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Die SHARE-Datenerhebung wurde hauptsächlich durch das 5. Rahmenprogramm der Europäischen Union finanziert (Projekt QLK6-CT-2001-00360). Weitere Finanzmittel wurden vom US National Institute on Ageing zur Verfügung gestellt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGH A 04-064). Die Datenerhebung in Österreich (FWF), Belgien (Belgian Science Policy Office) und der Schweiz (BBW/OFES/UFES) wurde mit nationalen Mitteln finanziert. Desweiteren wurde das Projekt durch das 6. Rahmenprogramm der Europäischen Union gefördert (Projekte SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, and COMPARE, CIT5-CT-2005-028857). Wir arbeiten mit SHARE1 Release2. Informationen: [www.share-project.org](http://www.share-project.org). und Börsch-Supan und Hendrik (2005)

<sup>2</sup> Wenige zusätzliche Erhebungen noch bis Juli 2005

Das der Untersuchung zugrunde liegende Sample umfasst 2.260 Befragte. Der Ausfall erklärt sich zum größten Teil durch fehlende Werte der im multivariaten Modell verwendeten Variablen. Zudem schließen wir Personen unter 50 und über 90 Jahren (133 Fälle), das unterste und oberste Perzentil des Bruttohaushaltseinkommens, sowie Zusatz- oder Voll-Privatversicherte mit keiner expliziten Absicherung für den ambulanten Bereich aus (142 von 382 bzw. 35 von 322 Fällen).

In Tabelle 1 finden sich die Mittelwerte und ggf. zugehörige Standardabweichungen der benutzten Variablen. Das Durchschnittsalter beträgt 64,3 Jahre mit einer Standardabweichung von 9. Der Frauenanteil liegt bei 52%.

Tabelle 1 (1.Teil): Erklärende Variablen

Erklärende Variable	Beschreibung	Referenz	Mittelwert <sup>a</sup>
<b>Versicherung</b>			
GKV+ambulant	1=GKV mit freiwilliger privater Versicherung für Facharztbehandlung, freie Arztwahl oder volle Kostenerstattung für Medikamente	GKV ohne Zusatzversicherung	0.05
PKV inkl. amb.	1=PKV inkl. Facharztbehandlung ohne Überweisung durch den Hausarzt, freie Arztwahl oder volle Kostenerstattung für Medikamente		0.11
<b>Sozio-Demographie</b>			
Weiblich	1=Geschlecht weiblich	männlich	0.52
Einkommen	€ Brutto-Haushaltsäquivalenzeinkommen nach OECD (ohne Extremwerte)		30688 (29189)
Bildungsjahre	ISCED 97: 10 (Hauptschul-, Realschulabschluss) - 18 (Hochschulab.)		13.55 (2.71)
In Partnerschaft	1=Mit Partner im gleichen Haushalt zusammenlebend	sonst	0,76
Geburtsland nicht D	1=Nicht in Deutschland geboren	sonst	0,19
Alter	50-90 Jahre		64.25 (9.18)
<b>Erwerbssituation</b>			
Rente	Im Ruhestand	Erwerbstätig	0.56
Berufsunfähig	Dauerhaft erwerbsunfähig wegen Krankheit oder Behinderung		0.03
Arbeitslos	derzeitig arbeitslos		0.05
Hausfrau/-mann	derzeitig Hausfrau/-mann		0.07
Beamter	1=aktuelle oder frühere Berufsstellung Beamter	Arbeiter/ Angestellter	0.07
Selbstständig	1=aktuelle oder frühere Berufsstellung Selbständig		0.11
<b>Region</b>			
Neue Bundesländer	1=Neue Bundesländer	Alte Bundesländer	0.18
Großstadt	1=in Großstadt wohnend		0.16
Nahbereich Großstadt	1=Vorstadt oder Außenbezirk einer Großstadt	Ländliche Gegend oder Dorf	0.11
Größere Stadt	1=größere Stadt		0.12
Kleinstadt	1=Kleinstadt		0.30

n = 2260, <sup>a</sup>in Klammern Standardabweichung



Tabelle 1 (2.Teil): Erklärende Variablen

Erklärende Variable	Beschreibung	Referenz	Mittelwert
<b>Gesundheitszustand</b>			
Hilfsbedürftig	1=Schwierigkeiten bei Alltagsverrichtungen (z.B. sich ankleiden)	sonst	0.15
Longterm	1=langwierige Gesundheitsprobleme, Krankheiten oder Behinderungen	sonst	0.60
Blut	Summenscore aus "Bluthochdruck", "Hohe Cholesterinwerte" und "Diabetes"		0.69
Lunge	Summenscore aus "Chronische Erkrankungen der Lunge (wie chronische Bronchitis)" und "Asthma"		0.08
Herz	Summenscore aus "Herzinfarkt (oder anderen Herzkrankheiten)" und "Schlaganfall (einschl. Durchblutungsstörungen im Gehirn)"		0.16
Knochen	Summenscore aus "Arthritis (einschließlich Osteoarthritis oder Rheuma)" und "Osteoporose"		0.20
Krebs	1=Krebs oder bösartiger Tumor (ausschließlich kleinerer Hautkrebskrankungen)	sonst	0.07
Magen	1=Magengeschwür oder Zwölffingerdarmgeschwür	sonst	0.06
Schmerz	Summenscore aus "Gelenkschmerzen" und "Probleme mit Magen oder Darm"		0.70
Atemnot	Summenscore aus "Herzprobleme", "Atemnot" und "Hartnäckiger Husten"		0.26
Kreislauf	Summenscore aus "Hinfallen", "Angst davor, hinzufallen" und "Schwindel, Ohnmacht, kurzzeitige Bewusstlosigkeit"		0.19
Beine	1=Geschwollene Beine	sonst	0.12
Schlaf	1=Schlafstörungen	sonst	0.20
Inkontinenz	1=Inkontinenz oder unkontrollierter Abgang von Urin	sonst	0.04

Ein Anteil von 84% des Samples bezieht seine medizinische Versorgung ausschließlich über die GKV ohne zusätzliche private Sicherungsverträge für den ambulanten Bereich. 5,3% der Fälle sind gesetzlich und gleichzeitig über ergänzende privatVerträge für ambulante Leistungen versichert.

Als ambulant zusatzversichert gilt nach unserer Definition dabei jeder, der mindestens eine der Versicherungen *Facharztbehandlung*, *Freie Arztwahl* oder *Volle Kostenerstattung auf Medikamente* abgeschlossen hat. Abbildung 3 zeigt, dass die beiden erstgenannten Zusatzversicherungen wesentlich häufiger vorliegen als die volle Erstattung von Arzneikosten. Letztere erscheinen trotz der erforderlichen Zuzahlungen zu Medikamenten relativ unattraktiv.

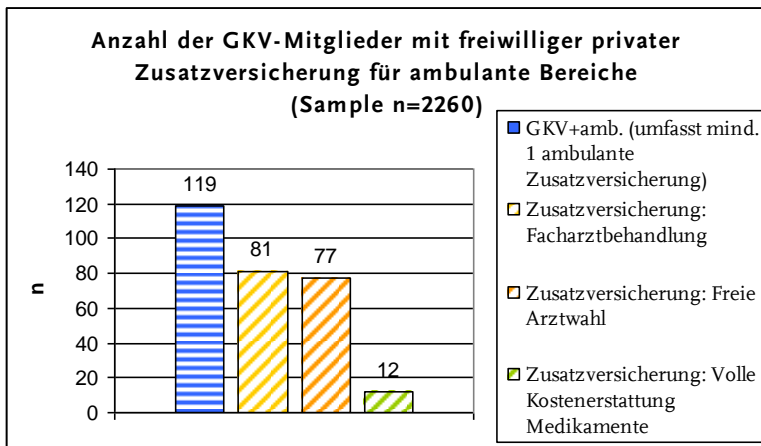


Abbildung 3: Anzahl der GKV-Mitglieder mit freiwilliger privater Zusatzversicherung für ambulante Bereiche

Den Schutz einer privaten Vollversicherung für ambulante Leistungen erhalten rund 11% des Samples. Wie in Abbildung 4 zu sehen ist, dominiert auch hier die Versicherung für Facharztbehandlung und freie Arztwahl den Leistungskatalog. Dennoch werden die Medikamente von über 50% der ambulant PKV-Versicherten voll erstattet. Insgesamt sind die Kunden der PKV wesentlich häufiger für einen der drei ambulanten

Bereiche abgesichert als GKV-Versicherte mit zusätzlichen privaten Verträgen.

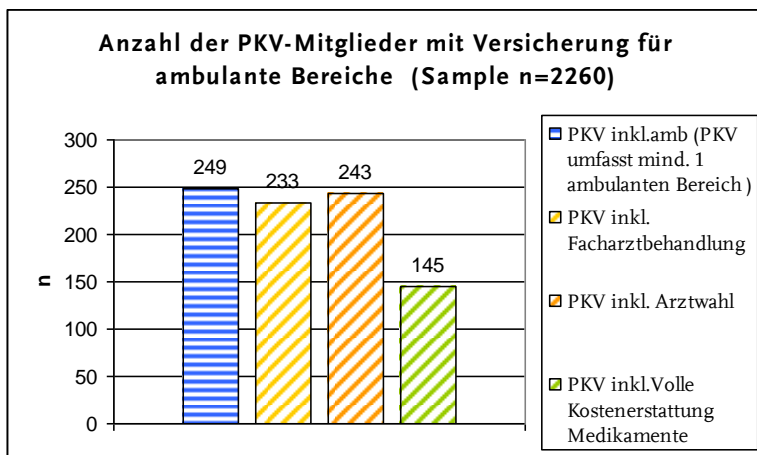


Abbildung 4: Anzahl der PKV-Mitglieder mit Versicherung für ambulante Bereiche

Die vorliegende abhängige Variable der Inanspruchnahme, die Anzahl der Allgemeinarztconsultationen, bezieht sich auf den Zeitraum des vergangenen Jahres. Dies ist insofern problematisch, da sich die institutionellen Rahmenbedingungen und damit Anreizstrukturen der Leistungsnutzung mit dem GMG ab 2004 veränderten. Da das Ereignis der Arztconsultation im Rahmen von Querschnittsdaten zeitlich nicht identifiziert werden kann, bleibt der Reformeffekt empirisch unbestimmbar. Grabka et al. (2005) weisen allerdings darauf hin, dass die Anzahl der Arztbesuche im Jahr 2004 signifikant niedriger war als 2003. Neuere Ergebnisse zeigen, dass es sich hierbei eher um eine kurzfristige Verunsicherung der Patienten als einen längerfristigen Reformeffekt handelt (Grabka und Schreyögg 2008).

Die Analysen innerhalb dieser Arbeit werden mit samplegewichteten Daten durchgeführt; dabei werden die Individuen mit dem Kehrwert der Wahrscheinlichkeit gewichtet, mit der sie in das Sample gelangen (Börsch-Supan und Hendrik 2005: 28-70).

## **4 Auswahl der Variablen und Modellspezifikation**

### **4.1 Variablenauswahl und Hypothesen**

Wie bereits erwähnt liefern die Tabelle 1 eine Übersicht der im multivariaten Modell verwendeten Variablen. Der inhaltlichen Beschreibung folgt ggf. die Referenzkategorie sowie das arithmetische Mittel im Sample mit Standardabweichung in Klammern.

Die Versicherung gilt als zentrale Einflussgröße für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung, da sie durch Leistungskataloge die Kosten des Patienten und die Behandlungsintensität reguliert. In empirischen Studien wurde wiederholt auf die Bedeutung des Versicherungsmodus im Zusammenhang mit Versorgungsdifferenzen hingewiesen. Cameron et al (1988) bestätigten den positiven Zusammenhang zwischen Leistungsumfang der Versicherung und Inanspruchnahme in Australien. Ebenso korrelieren Versicherung und Inanspruchnahme positiv in der Schweiz (Bisig und Gutzwiller 2004). Indizien aus anderen Gesundheitssystemen eignen sich jedoch eher als Kontrastfolie zu den Wirkungsmechanismen in Deutschland. Für das deutsche Gesundheitssystem weisen Pohlmeier und Ulrich (1995) auf die häufigere Facharztkonsultation von Privatpatienten in Deutschland hin, während gesetzlich Versicherte eher den Hausarzt konsultieren. Aktuelle empirische Evidenz, die den institutionellen Veränderungen der letzten Jahre Rechnung trägt, fehlt indes.

Sowohl in GKV als auch in PKV finden sich finanzielle Anreize, unnötige Inanspruchnahme auszulassen. Bei Nachfrage des Privatversicherten stehen der mittelfristigen, meist vollständigen Rückerstattung der Arztkosten, die negativen kurzfristigen und langfristigen Anreize in Form von Geldleistungen und Beitragserhöhungen entgegen. Zugleich darf er, falls keine Leistungen in Anspruch genommen werden, mit einer Beitragsrückzahlung bis zur Höhe mehrerer Monatsbeiträge rech-

nen. Der GKV-Versicherte beteiligt sich bei Inanspruchnahme grundsätzlich mit einem gewissen Eigenanteil. Der Kassenbeitrag ist jedoch unabhängig von individueller Nachfrage. Eine Rückzahlung geleisteter Beiträge bei ausbleibender Nachfrage steht nicht in Aussicht. Deshalb dürften die wirtschaftlichen Anreize gegen Moral-Hazard im privaten Setting stärker sein. Eine geringere allgemeinärztliche Inanspruchnahme von Privatpatienten dürfte zudem dadurch bedingt sein, dass sie in der Regel zwischen einer Allgemein- und Facharztkonsultation frei wählen können. Dagegen sind GKV-Mitglieder dazu angehalten, an erster Stelle den Hausarzt zu konsultieren, der als *gatekeeper* nur bei Bedarf die Überweisung an fachärztliche Stellen veranlasst.

Demgegenüber stehen die Argumente einer höheren Nachfrage von Privatversicherten wegen größerem Leistungsumfang sowie eines stärkeren Anreizes für arztinduzierte Nachfrage aufgrund höherer Leistungsvergütung ihrer Behandlung.

Der allgemeine theoretische Effekt der Versicherung bleibt demnach uneindeutig. Eine differenzierte Betrachtung von Erst- und Folgekontakten würde die Möglichkeit eröffnen, Einflüsse arztinduzierter Nachfrage zu schätzen. Eine höhere Anzahl von Folgekontakten bei Privatpatienten könnte als Indiz für angebotsinduzierte Effekte interpretiert werden

Für GKV-Mitglieder mit privaten Zusatzversicherungen gelten grundsätzlich die gleichen Argumente, jedoch in abgeschwächter Form, da nur ein Teilgebiet der Versorgung privat geregelt ist.

Die berufliche Stellung im Erwerbsleben ist eine wichtige Variable im Inanspruchnahmegeschehen: Auf der einen Seite gibt sie einen Hinweis auf den Versicherungsmodus: Selbstständige und Beamte sind die klassischen Mitglieder der privaten Versicherungsunternehmen. Dabei nutzen überwiegend Selbstständige die Versicherungspolice mit hohem Selbstbehalt oder Ausschluss gewisser Leistungen (Busse und Riesberg 2005: 95). Beamte bekommen den Großteil ihrer privaten Ge-

sundheitsausgaben durch staatliche Beihilfen erstattet und versichern sich nur privat, um darüber hinausgehende Restkosten abzudecken. Der Großteil des Versicherungseffekts sollte in der Regression allerdings kontrolliert sein. Auf der anderen Seite steht die Stellung im Beruf für spezifische Belastungen und Erwerbssituationen: Bei Selbstständigen ist ein krankheitsbedingter beruflicher Ausfall wohl in stärkerem Maße mit direkten negativen Konsequenzen für den finanziellen und beruflichen Status verbunden als bei Beamten, die eine hohe Arbeitsplatzsicherheit genießen. Wir erwarten deshalb relativ hohe Inanspruchnahme bei Beamten, gegenüber einem geringeren Niveau bei Selbstständigen.

Eine der bedeutendsten Veränderungen im Leben von älteren Menschen ist mit Sicherheit der Übergang in den Ruhestand. In unserem Sample befinden sich 56% Rentner und 29% Erwerbstätige. Es kann davon ausgegangen werden, dass im Rentenalter mehr Zeit für gesundheitliches Handeln zur Verfügung steht. Darüber hinaus handelt es sich um einen neuen Lebensabschnitt, der Konnotationen wie *Altern*, *Lebensabend* und *drohende Gebrechlichkeit* hervorruft. Wir vermuten daher, dass sich der Gesundheitslebensstil in der Rente hin zu steigender Sensibilität für gesundheitliche Belange verändert, und der Schwellenwert für Arztkonsultationen sinkt. Für das Alter konstatieren wir grundsätzlich den gleichen Effekt, mit dem Unterschied eines langsamen Wechsels hin zu Sensibilität und Affinität für Gesundheitsfragen. Morbidität sollte aufgrund der Kontrolle des Gesundheitszustandes keine Rolle spielen.

In der Literatur herrscht Konsens über geschlechtsspezifische Differenzen der Inanspruchnahme. Erstens wird auf höhere Morbidität der Frauen durch geschlechts- und altersspezifische Krankheiten hingewiesen (z.B. Schellhorn 2003: 23). Zweitens müsse jedoch auch ein oft günstigeres Gesundheitsverhalten bezüglich Tabak, Alkohol und Übergewicht betont werden (Bisig und Gutzwiller 2004:11).

Einkommen als Variable zur Erklärung der Inanspruchnahme wird in vergangenen Studien meist als nicht bedeutend eingestuft. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass die Versicherung zwischen Einkommen und Versorgung interagiert und die wesentlichen Kosten abdeckt.

Auf die Bedeutung des Bildungsstatus für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten wurde vielfach hingewiesen. Erstens sind untere soziale Schichten in stärkerem Maße mit dem Risiko von Morbidität und früher Mortalität belastet (Mielck 2005). Zweitens wurde für die meisten westeuropäischen Länder und die USA festgestellt, dass höher gebildete Schichten eher von Spezialmedizin profitieren, auch in Gesundheitssystemen ohne Anreize für ein Hausarztmodell (Bisig und Gutzwiller 2004: 73; van Doorslaer 2000). Dies könnte damit begründet werden, dass höher Gebildete unter Umständen unmittelbar den richtigen Spezialist erkennen, ohne den Hausarzt konsultieren zu müssen (Schellhorn 2003: 23). Letztlich hängt ein gesunder Lebensstil deutlich positiv mit der Höhe des Bildungsgrades zusammen (Hradil 2006: 48).

Soziale Netzwerke und Beziehungen geben Hinweis auf Wahrnehmungs- und Bewältigungsmöglichkeiten von gesundheitlichen Beschwerden. Wir berücksichtigen deshalb, ob eine Person mit einem Lebenspartner im selben Haushalt lebt.

Um migrationsspezifische soziokulturelle Charakteristika zu erfassen, wird kontrolliert, ob der Befragte in Deutschland geboren ist.

Als regionale Variablen werden Unterschiede zwischen Neuen und Alten Bundesländern sowie der Urbanisierungsgrad des Wohnumfeldes berücksichtigt. In den Neuen Bundesländern sind Bedingungen der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen ungünstiger: Bei geringerer Arztdichte und weniger finanziellen Mitteln ist die Rate der Inans-

pruchnahme höher als in den Alten Bundesländern (Weber 2005).<sup>3</sup> Weiterhin dient der Grad der Verstädterung als Proxy für Arztdichte.

Der unmittelbarste Einflussfaktor der Inanspruchnahme ist der Gesundheitszustand. SHARE bietet sehr umfangreiche Informationen zum Gesundheitszustand der befragten Personen. Neben Schwierigkeiten bei Tätigkeiten des alltäglichen Lebens und langwierigen Gesundheitsproblemen, Krankheiten oder Behinderungen wurde eine Vielzahl von Erkrankungen und Symptomen erhoben. Aufgrund von Multidimensionalität und zur Vermeidung von Informationsverlusten erstellen wir bewusst keinen Einzelindex für physische Morbidität. Nach einer Hauptkomponentenanalyse und Erwägungen der inhaltlichen Plausibilität fassen wir einzelne, auf denselben Faktor ladende Indikatoren zu zwei- oder dreistufigen Summenscores zusammen. Tabelle 1 (2.Teil) zeigt eine detaillierte Auflistung der kontrollierten Krankheitsbilder.

Neben den dargestellten Haupteffekten werden bestimmte interagierende Einflüsse zwischen dem Versicherungsstatus, der Berufsstellung, dem Erwerbsstatus und dem formalen Bildungsniveau getestet:

a) Wir vermuten, dass Unterschiede in der Höhe der Allgemeinarztbesuche, die bei Erwerbstätigkeit zwischen den Berufsstellungen (Beamte, Arbeiter/Angestellte, Selbstständige) bestehen, in der Rente nicht zu finden sind, da die jeweiligen spezifischen Erwerbssituationen wegfallen.

b) Zudem erwarten wir, dass mögliche Unterschiede zwischen den Versicherungsgruppen in der Rente stärker ausgeprägt sind als in Zeiten der Erwerbstätigkeit. Aufgrund mehr verfügbarer Zeit und gesteigerter Gesundheitssensibilität würden die Leistungskataloge der Versicherung stärker genutzt.

---

<sup>3</sup> erklärt wird die höhere Inanspruchnahme durch Morbiditätsunterschiede.



c) Einen ähnlichen Zusammenhang nehmen wir zwischen Versicherungsstatus und Bildungsniveau an. Höher Gebildete in der PKV könnten die versicherungsspezifischen Leistungskataloge effizienter nutzen oder stärker auf ökonomische Anreize reagieren als in der GKV.

d) Letztlich vermuten wir, dass der Effekt der Privatversicherung nach Berufsstellung variiert. Selbstständige könnten wegen eingeschränkter Leistungskataloge und hoher Selbstbehalte relativ wenig Versorgungsleistung beanspruchen. Beamte dagegen hätten durch großzügige staatliche Beihilferegelungen wenig Anreiz, auf Leistungen zu verzichten - sie lassen relativ hohe Inanspruchnahme vermuten.

## 4.2 Modellspezifikation

Die Quantifizierung der Einflussgrößen auf die Anzahl von Arztbesuchen ist ein klassisches Anwendungsfeld für Zähldaten-Regressionen. Diese Modelle ermöglichen das Ausschöpfen des spezifischen Informationspotentials einer positiv-diskreten Variable mit linkssteiler Verteilung. Tabelle 2 zeigt die deutliche Schiefe der zu schätzenden Verteilung: während die erste Hälfte der Personen im Sample höchstens vier Konsultationen des Allgemeinmediziners im erfragten Jahreszeitraum aufweist, rangiert die Anzahl der zweiten Hälfte zwischen vier und 98.

Tabelle 2: Anzahl der Kontakte zu Allgemeinmediziner – Variablenbeschreibung

Perzentile		Beobachtungen	2260
1%	0		
5%	0	Mittelwert	5,42
10%	1		
25%	2	Standardabw.	8,17
50%	4		
75%	6	Schiefe	6,18
90%	12		
95%	16	Maximum	98
99%	40		

Der Ausgangspunkt eines ökonometrischen Modells für eine Zählvariable ist die Poissonregression (die folgende Darstellung bezieht sich auf Cameron und Trivedi 1998 sowie Long und Freese 2006). Die Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Anzahl von Arztbesuchen einer Person ( $y_i$ ) in Abhängigkeit von theoretisch abgeleiteten Einflussfaktoren ( $x_i$ ) wäre hier nur durch einen Parameter  $\mu_i$  bestimmt.

$$(1) \quad \Pr(y_i | x_i) = \frac{e^{-\mu_i} \mu_i^{y_i}}{y_i!}$$

$$(2) \quad \mu_i = E(y_i | x_i) = \text{Var}(y_i | x_i) = \exp(x_i \beta)$$

Die Rate  $\mu_i$  ist gleichermaßen bedingter Erwartungswert und – eine häufig unliebsame Eigenschaft - bedingte Varianz, was als *equidispersion* bezeichnet wird.  $\beta$  ist der zu schätzende Koeffizientenvektor. Durch Exponieren von  $x_i \beta$  können nur positive Werte geschätzt werden.

Der Blick auf die unbedingten Werte von Mittelwert und Streuung unserer abhängigen Variablen in Tabelle 2 gibt bereits einen deutlichen Hinweis auf die Verletzung der Annahme der *equidispersion*. Diese Annahme unterstellt, dass Individuen mit gleichen beobachteten Merkmalen ( $x_i$ ) die gleiche Anzahl von Arztbesuchen aufweisen. In der Regel sind jedoch eine Reihe weiterer Merkmale relevant, die unbeobachtet bleiben, wie z.B. Risikoeinstellung oder spezifische Morbidität. Die Annahme von unbeobachteter Heterogenität der Individuen ist die häufigste Begründung für die Aufnahme eines Störterms. Dies führt zum Modell der Negativ-Binomial-Regression:

$$(3) \quad \exp(x_i \beta + \varepsilon_i) = \mu_i'$$

Unter der Annahme

$$\exp(\varepsilon) \sim \text{Gamma}(1, \alpha)$$

gleichet sich der Einfluss der Störgröße im Mittel aus und es gilt:

$$(4) \quad E(y_i | x_i, \varepsilon_i) = \exp(x_i \beta) = \mu_i$$

Die Mittelwertstruktur von Negativ-Binomial- und Poisson-Regression ist demnach gleich. Allerdings entschärft sich im Negativ-Binomial-Modell die strenge Kopplung von Mittelwert und Varianz, und ihr Verhältnis wird flexibel. Es wurden unterschiedliche Parameterisierungen dieser Beziehung vorgeschlagen. Im Folgenden beziehen wir uns auf das weit verbreitete NegBin2 mit Varianz

$$(5) \quad \text{Var}(y_i | x_i) = \mu_i + \alpha \mu_i^2,$$

das gegenüber Fehlspezifizierungen der Verteilung relativ robust ist (Verbeek 2004: 214). Dabei stellt das Verhältnis von Varianz und Mittelwert eine lineare Funktion des Erwartungswertes dar:

$$\frac{\text{Var}(y_i | x_i)}{\mu_i} = 1 + \alpha \mu_i$$

Das NegBin2 kann somit eine realistische Streuung modellieren und erlaubt *overdispersion*. Unter  $\alpha = 0$  wird die Negativ-Binomial-Regression zur Poisson-Regression. Dies bietet eine Möglichkeit, die Modelle gegeneinander zu testen.

Die Wahrscheinlichkeitsfunktion des NegBin2 ist nun nicht nur durch den Mittelwertparameter  $\mu_i$  bestimmt, sondern auch durch die Varianz des Fehlerterms  $\alpha$ .  $\Gamma$  steht im Folgenden für die Dichtefunktion der Gammaverteilung:

$$(6) \quad \Pr(y_i | x_i) = \frac{\Gamma(y_i + \alpha^{-1})}{y_i! \Gamma(\alpha^{-1})} \left( \frac{\alpha^{-1}}{\alpha^{-1} + \mu_i} \right)^{\alpha^{-1}} \left( \frac{\mu_i}{\alpha^{-1} + \mu_i} \right)^{y_i}$$

Die Modellierung der Arztbesuche durch Poisson- und Negativ-Binomial-Regression legt zugrunde, dass ein alleiniger Prozess ihre Höhe bestimmt. Aus theoretischer Sicht ist es jedoch sinnvoll von zwei verschiedenen Inanspruchnahme generierenden Prozessen auszugehen. Hierzu wurden in der Vergangenheit mehrfach Hürdenregressionen angewandt (Cameron et al. 1986, Pohlmeier und Ulrich 1995, Andersen und Schwarze 1997, u.a.). Diese schätzen in einem ersten binären Schritt die Wahrscheinlichkeit, überhaupt Kontakt zum Versorgungssystem zu haben. In einem zweiten Schritt wird die erwartete Höhe von Arztbesuchen im Falle des Kontakts mit einer bei null gestutzten Verteilung analysiert. Mit Bezug auf die Principal-Agent-Theorie soll die patienteninduzierte Entscheidung zum Erstkontakt von auch arztinduzierten Folgekonsultationen getrennt werden. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass diese Interpretation die Identifikation von Behandlungsepisoden voraussetzt, was in der Regel aufgrund der Datenlage nicht möglich ist. Auch in unserem Fall, mit einer 12-Monatsprävalenz der Befragung und einer breiten Spannweite der erfolgten Konsultationen, lässt sich über Erst- und Folgekontakte nur spekulieren – ganz abgesehen von einer unbekanntem Anzahl von Zensierungen und einer im Alter zunehmenden regelmäßigen Versorgung.

Santos Silva und Windmeijer (2001: 5) schlagen ein Verfahren vor, die Episodenanzahl zu schätzen. Die zugrunde liegenden Annahmen – z.B. bedingte Unabhängigkeit der Kontaktfrequenzen von aufeinanderfolgenden Behandlungsepisoden – können aber nicht immer vorausgesetzt werden.

Die Anwendung von Hürdenmodellen ist jedoch auch ohne Episodenidentifikation theoretisch sinnvoll: Sie liefern Hinweise, welche Gruppen die allgemeinmedizinische Versorgung überhaupt nutzen oder

nicht. Dies verweist letztlich immer auf die Patientenentscheidung, selbst wenn nur Folgekontakte erhoben wurden. Zum anderen geben sie Auskunft über die Höhe der Inanspruchnahme, falls der allgemeinmedizinische Bereich genutzt wird. Hier gibt es in unserem Fall keine Sicherheit, welche Kontaktart wir schätzen. Wir nehmen allerdings an, dass die große Mehrzahl der Konsultationen in einem Sample von relativ alten Personen auch unter der Mitbestimmung des Arztes erfolgt.

Es wird deshalb ein Hürdenmodell verwendet, in dem eine binäre logistische Regression die Wahrscheinlichkeit schätzt, den Bereich der Allgemeinmedizin *generell zu nutzen oder nicht*. Eine bei null gestutzte Negativ-Binomial-Regression schätzt darüber hinaus die erwartete Anzahl der Konsultationen *im Fall der Inanspruchnahme*.

Die Wahrscheinlichkeit  $\pi_i$ , allgemeinmedizinische Versorgung nicht wahrzunehmen, ergibt sich aus dem binären logistischen Modell

$$(7) \quad \Pr(y_i = 0 \mid x_i) = \frac{\exp(x_i \gamma)}{1 + \exp(x_i \gamma)} = \pi_i$$

Die Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Kontaktanzahl, falls Allgemeinmedizin beansprucht wird, lautet:

$$(8) \quad \Pr(y_i \mid y_i > 0, x_i) = \frac{\Pr(y_i \mid x_i)}{1 - (1 + \alpha \mu_i)^{-1/\alpha}}$$

Im Zähler steht die Wahrscheinlichkeitsfunktion des ungestutzten NegBin2 (s. Formel 6). Im Nenner befindet sich die Wahrscheinlichkeit für eine Anzahl über null, wodurch die Wahrscheinlichkeitsmasse der gestutzten Verteilung insgesamt eins ergibt.

Bei der späteren Interpretation der Koeffizienten muss beachtet werden, dass sich der Erwartungswert im Vergleich zu ungestutzten Poisson- und NegBin-Modellen verändert. Somit können keine incidence rate ratios (Faktoränderungen) berechnet werden:

$$(9) \quad E(y_i | y_i > 0, x_i) = \frac{\mu_i}{1 - (1 + \alpha \mu_i)^{-1/\alpha}}$$

Die Wahrscheinlichkeitsfunktion des Hürdenmodells teilt sich nun in zwei Gleichungen, gemäß der beiden unterstellten Wirkungsprozesse. Die Wahrscheinlichkeit für null Konsultationen wird allein durch die logistische Regression berechnet. Die Wahrscheinlichkeit für Konsultationen höher als null ergibt sich aus dem gestutzten Negativ-Binomial-Modell, das mit der Wahrscheinlichkeit, die Hürde zu überwinden ( $1 - \pi_i$ ), gewichtet ist.

$$(10) \quad \Pr(y_i = 0 | x_i) = \pi_i$$

$$(11) \quad \Pr(y_i | x_i) = (1 - \pi_i) \Pr(y_i | y_i > 0, x_i) \text{ für } y > 0$$

Parallel erhält man die erwartete Anzahl der Allgemeinartzkontakte durch Gewichtung des bedingten Mittelwertes aus dem gestutzten Modell mit der Wahrscheinlichkeit, generell Leistungen in Anspruch zu nehmen. Unter  $\pi_i=1$  wird der Erwartungswert null.

$$(12) \quad E(y_i | x_i) = (1 - \pi_i) E(y_i | y_i > 0, x_i)$$

Trotz der theoretischen Begründung der Hürdenregression stellt sich die Frage, welches Zählmodell die abhängige Variable letztlich besser darstellt. Das Negativ-Binomial-Modell kann mit einem Likelihood-Ratio-Test mit der Nullhypothese  $\alpha=0$  gegen das Poisson-Modell getestet werden. Die Hypothese wird hochsignifikant verworfen.<sup>4</sup> Um die Anwendung der vorgestellten Hürdenregression empirisch zu rech-

---

<sup>4</sup> Die Nullhypothese wird für alle später gezeigten Modellspezifikationen verworfen.

tfertigen, vergleichen wir die durch Hürdenregression und einfaches Negativ-Binomial-Modell geschätzten Wahrscheinlichkeiten der Konsultationsanzahl mit den beobachteten Werten<sup>5</sup> (s. Abbildung 5).

Die Hürdenmodellierung generiert im Fall  $\Pr(y=1)$  deutlich größere Abweichungen zu den Beobachtungen als die einfache Regression. In zwei Fällen ist ihre Modellanpassung jedoch deutlich besser. Ab einer Anzahl von 4 weichen die beiden Schätzverfahren nur marginal voneinander ab. Der Vergleich des Bayesian Information Criteria (BIC) weist dem Hürdenmodell eine bessere Anpassung zu. Die theoretische Annahme eines zweistufigen Prozesses erfährt damit empirischen Rückhalt.

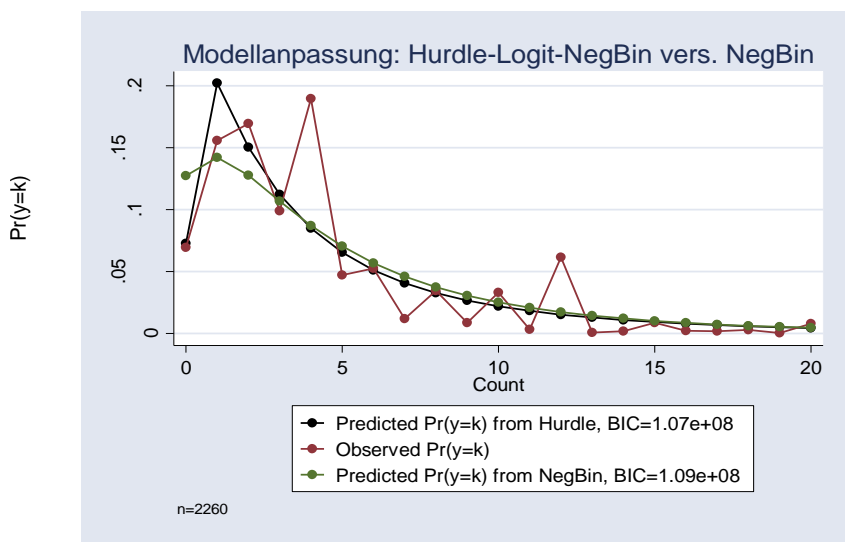


Abbildung 5: Vergleich der Modellanpassung zwischen Hürdenregression und einfacher Regression

<sup>5</sup> Die Wahrscheinlichkeiten wurden mit der Spezifikation *Haupteffekt-Modell* durchgeführt (s. weiter unten).

Nachdem das ökonometrische Modell begründet ist, soll nun noch auf einige Aspekte der Variablenspezifikation eingegangen werden. Einige Studien beschäftigen sich mit dem Problem der möglichen Endogenität von Versicherung (Cameron und Trivedi 1998: 192). Welcher Wirkungszusammenhang besteht nun zwischen Inanspruchnahme und Versicherungswahl? Natürlich kann eine hohe oder niedrige Behandlungsintensität die Wahl eines vorteilhaften Versicherungsvertrags beeinflussen. Hierzu müssten Wahl und Wechsel der Versicherung allerdings kurzfristig und relativ barrierefrei möglich sein – wie z.B. die Wahl von Selbstbehalten in der Schweiz (Schellhorn 2003).

Im deutschen Gesundheitssystem werden private (Zusatz-) Versicherungen risikoäquivalent kalkuliert. Somit werden Personen, die eine hohe Inanspruchnahme erwarten, sich nicht notwendigerweise zusätzlich versichern, da sie sehr hohe Beiträge zahlen oder unter Umständen gar nicht aufgenommen werden. Die Entscheidung für eine Versicherung ist demnach relativ unelastisch bezüglich erwarteter Inanspruchnahme. Zudem steigen die Kosten eines Vertragsabschlusses mit dem Lebensalter an, womit ein Wechsel zu anderen Anbietern mit Dauer der Versicherung zunehmend schwieriger wird. Ein Rückwechsel von Privatversicherten in die GKV ist unter Umständen nicht möglich (Busse und Riesberg 2005). Krankenversicherungen sollten demnach tendenziell früh und dauerhaft abgeschlossen werden. Mögliche Endogenität der Versicherungswahl dürfte letztlich auch durch die Kontrolle des Gesundheitszustands in der Regression abgeschwächt werden (Cameron und Trivedi 1998: 193).

Gleichermaßen nehmen wir an, den Einfluss gesundheitlicher Beschwerden und die einhergehende Nutzung des Versorgungssystems auf den Erwerbsstatus durch die recht umfangreiche Kontrolle von Krankheitsbildern und Symptomen grundsätzlich zu eliminieren. Der Effekt der Rente auf Inanspruchnahme sollte demnach keine Morbidität abbilden, sondern Konsequenzen der höheren verfügbaren Zeit für



gesundheitsfördernde Maßnahmen oder der besonderen Sensibilität für die eigene Gesundheit in diesem Lebensabschnitt.

Indem eine Interaktion zwischen der metrischen Altersvariable und dem Dummy Rente/Erwerbstätigkeit eingeführt wurde, kann auf der einen Seite ein Renteneffekt nach Alter unterschiedlich stark ausfallen. Dies basiert auf der Annahme, dass Alter nicht nur für Restmorbidity kontrolliert, sondern ebenso Lebensabschnitte und Einstellungen darstellt. Lebenszyklische Effekte der Rente könnten durch Alterseffekte bereits vorweggenommen werden.

Unterschiede im Niveau der Inanspruchnahme nach Rente und Erwerbstätigkeit sollten demnach als Effekt des Lebensabschnitts interpretiert werden. Auf der anderen Seite ist aufgrund der Interaktion der lineare Alterseffekt nach Rente und Erwerbstätigkeit differenziert. Dies erlaubt eine Unterscheidung der Relevanz des Alterns in tendenziell frühen (Erwerbstätigkeit) und späten Lebensjahren (Rente). Wir verzichten damit auf die standardmäßige quadratische Modellierung von Alter, da sie den vermuteten Renteneffekt leicht überdecken könnte.

## **5 Ergebnisse**

Bevor die Ergebnisse der multivariaten Modelle präsentiert werden, möchten wir im Vorfeld noch auf einige bivariaten Zusammenhänge zwischen zentralen unabhängigen Variablen und der allgemeinmedizinischen Versorgung eingehen. Betrachtet man die Anzahl der Allgemeinartzkonsultationen getrennt nach Geschlecht, so zeigen sich keine Unterschiede. Dies ist in Anbetracht der hohen Relevanz geschlechtsspezifischer Differenzen bezüglich Gesundheit, die in der Literatur eingeräumt wird, verwunderlich.

Die Anzahl der Bildungsjahre korreliert leicht negativ mit der Versorgungshöhe. Die Mittelwerte zwischen den Personen mit 10 und 18

Jahren Schulbildung unterscheiden sich mit 7,4 und 3,3 allerdings deutlich.

Ebenso lassen sich Unterschiede zwischen den Versicherungsgruppen feststellen: Gesetzlich Versicherte liegen mit durchschnittlich 5,8 Konsultationen über dem Niveau von gesetzlich Versicherten mit zusätzlicher privater Absicherung (4,8) und Vollprivatversicherten (3,0).

Analysiert man die Allgemeinarztbesuche nach Berufsstellung zeigen Arbeiter/Angestellte mit 5,7 das höchste Level, gefolgt von Beamten (4,4) und Selbstständigen (3,3).

Die nicht kontrollierten Morbiditätsunterschiede dürften im Wesentlichen dafür verantwortlich sein, dass das Versorgungsniveau von Rentnern mit einer Höhe von 6,6 doppelt so hoch ist als bei Erwerbstätigen. Parallel dazu korreliert Alter positiv mit dem Besuch des Allgemeinarztes (Pearson's  $r = 0,22$ ).

In Tabelle 3 finden sich die ersten Ergebnisse der multivariaten Schätzung der Allgemeinarztkonsultationen durch die Hürdenregression. Bevor wir dabei das vollständig spezifizierte Modell, das alle Variablen enthält, in der letzten Spalte berechnen (*Haupteffekt-Modell*), testen wir zunächst einzelne Variablengruppen (*Module*) auf einen signifikanten Einfluss. Durch diesen Zwischenschritt in der Variablenaufnahme wird die Sensibilität der Merkmale bezüglich der Kontrolle anderer Einflüsse untersucht. Zudem ist das Haupteffektmodell relativ komplex, was unter Umständen zu Problemen der Überparametrisierung führen könnte.

Es werden jeweils zwei voneinander unabhängige Koeffizientenreihen geschätzt: Die Logit-Reihe zeigt die Veränderung der logarithmierten Wahrscheinlichkeit, *generell* den Versorgungsbereich der Allgemeinmedizin zu nutzen, wenn die unabhängige Variable um eine Einheit erhöht wird. Durch Exponieren ergeben sich Odds-Ratios. Die NegBin-Reihe gibt den Einfluss der unabhängigen Variablen auf die Anzahl der Konsultationen an, *falls* die Hürde überwunden wird.

Es wird ersichtlich, dass Privatvollversicherte im Vergleich zu einfach gesetzlich Versicherten eine hochsignifikant geringere Wahrscheinlichkeit besitzen, den allgemeinmedizinischen Bereich zu nutzen. Zudem lassen sie auch eine geringere Anzahl der Konsultationen im Fall der Inanspruchnahme erwarten. Der Effekt schwächt sich zwar unter Kontrolle der anderen relevanten Faktoren ab, ist jedoch noch immer deutlich. PKV-Mitglieder haben demnach eine um etwa zwei Drittel niedrige Chance ( $100 \cdot [\exp(-1,083) - 1]$ ) den Allgemeinarzt generell zu konsultieren als GKV-Mitglieder ohne Privatverträge. Zusätzlich ist die erwartete Anzahl im Fall der allgemeinmedizinischen Behandlung geringer. Wir finden beim Allgemeinarzt also kein Indiz für angebotsinduzierte Nachfrage – im Gegenteil: Gerade Privatpatienten werden seltener durch den Allgemeinarzt behandelt.

Eine geringere Inanspruchnahme der GKV-Patienten mit zusätzlicher freiwilliger Versicherung lässt sich statistisch nicht bestätigen.

Für ein höheres Niveau der Konsultationen von Beamten gegenüber Arbeitern/Angestellten gibt es keinen Hinweis. Während sich Selbstständige in der grundsätzlichen Nutzung des allgemeinmedizinischen Bereichs nicht gegenüber den anderen Berufstellungen unterscheiden, zeigen sie eine signifikant niedrigere Anzahl im Falle der Inanspruchnahme. Der Grund hierfür könnte die spezifische Berufssituation sein, mit drohendem Verlust von Aufträgen und Einkommen.

Wie in der bivariaten Betrachtung bereits angedeutet, finden sich überraschenderweise keine substantiellen statistischen Differenzen nach Geschlecht. Dagegen stimmt die Irrelevanz der finanziellen Ressourcen mit den Ergebnissen anderer Studien überein.

Das Bildungsniveau korreliert in beiden Stufen der Inanspruchnahme deutlich negativ mit dem allgemeinmedizinischen Versorgungsniveau, auf einem Signifikanzniveau von jeweils 5%. Nach der Schätzung nimmt die generelle Wahrscheinlichkeit, den Allgemeinarzt zu konsultieren mit jedem zusätzlichen Bildungsjahr um etwa 10% ab.

Das Leben in einer Partnerschaft scheint die Wahrscheinlichkeit, allgemeinmedizinische Versorgung generell zu beanspruchen, deutlich zu verringern (um etwa 45%). Im Falle der Inanspruchnahme zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Dies könnte ein Hinweis auf eine geringere Notwendigkeit institutionalisierter Formen gesundheitlicher Versorgung durch eine enge soziale Integration von Menschen sein.

Tabelle 3 (1. Teil): Regressionsergebnisse: Module und Haupteffekt-Modell

Allgemeinarztkonsultation	Negative Binomial-Logit-Hurdle Regression (1. Teil)									
	Modul 1: Versicherung		Modul 2: Sozio-Demo		Modul 3: Region		Modul 4: Gesundheit		Haupteffekt-Modell	
	Logit	NegBin	Logit	NegBin	Logit	NegBin	Logit	NegBin	Logit	NegBin
GKV+ambulant	-0.430	-0.113							-0.115	0.008
PKV inkl. amb.	-1.412***	-0.751***							-1.083***	-0.374**
Beamter	-0.506	0.308							-0.406	0.340
Selbstständig	-0.094	-0.603***							0.0185	-0.265**
Weiblich			-0.252	-0.0824					-0.340*	-0.084
Einkommen			-0.205*	-0.0241					-0.166	-0.010
Bildungsjahre_z (zentriert)			-0.196***	-0.044***					-0.098**	-0.031**
In Partnerschaft			-0.526**	-0.082					-0.573**	-0.033
Geburtsland nicht D			0.072	0.081					0.041	-0.019
Alter_z (zentriert)			0.057**	0.027***					0.065**	0.0203**
Rente*Alter_z			-0.044	0.000					-0.066*	-0.006
Rente			-0.059	0.458***					-0.281	0.205**
Berufsunfähig			-0.114	0.603***					-0.527	0.330**
Arbeitslos			1.626	1.135***					1.409	0.523***
Hausmann/-frau			0.153	0.508***					0.222	0.224*
Neue Bundesländer					0.442	-0.039			0.141	-0.072
Großstadt					-0.549**	-0.534***			-0.291	-0.332***
Nahbereich Großstadt					-0.896***	-0.255			-0.817***	-0.236**
Größere Stadt					-0.325	-0.321**			-0.322	-0.259***
Kleinstadt					0.075	-0.217*			0.249	-0.153**

Tabelle 3 (2.Teil): Regressionsergebnisse: Module und Haupteffekt-Modell

Negative Binomial-Logit-Hurdle Regression (2.Teil)										
Allgemeinarztkonsultation	Modul 1: Versicherung		Modul 2: Sozio-Demo		Modul 3: Region		Modul 4: Gesundheit		Haupteffekt-Modell	
Hilfsbedürftig							0.638*	0.380***	0.359	0.209**
Longterm							0.410*	0.591***	0.173	0.524***
Blut							0.280*	0.160***	0.265*	0.134***
Lunge							-0.026	0.007	-0.115	-0.005
Herz							0.394	0.480***	0.403	0.371***
Knochen							0.141	0.170**	0.100	0.101
Krebs							-0.568	0.568***	-0.566	0.488***
Magen							0.675	-0.176	0.621	-0.207**
Schmerz							-0.060	0.171**	-0.079	0.154**
Atemnot							0.035	0.055	-0.049	0.0651
Kreislauf							0.160	0.069	0.003	0.060
Beine							0.713*	0.272**	0.586	0.173*
Schlaf							-0.156	0.125	-0.239	0.187**
Inkontinezz							-0.347	-0.190	-0.344	-0.206
Konstante	1.539***	0.561***	5.506***	1.353***	2.823***	1.655***	2.115***	0.527***	5.475***	0.850**
ln $\alpha^a$		5.506***		0.266**		0.598***		-0.0551		-0.216**
n		2260		2260		2260		2260		2260
BIC <sup>b</sup>		1.15e+08		1.12e+08		1.15e+08		1.10e+08		1.07e+08

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1, <sup>a</sup>Streuungsparameter in NegBin-Schätzung, <sup>b</sup>BIC = -2\*ln(likelihood) + ln(N)\*k

Mit zunehmendem Alter steigt die Nutzung allgemeinmedizinischer Versorgung erwartungsgemäß auf beiden Stufen an. Die Kontrolle des Gesundheitszustandes schwächt die Signifikanz ab. Zwar spiegelt der weiter bestehende Effekt mit Sicherheit alterspezifische Morbidität wider. Daneben ist jedoch auch ein lebenszyklischer Effekt zu vermuten.

Der Renteneffekt schwächt sich unter Kontrolle des gesundheitlichen Bedarfs ebenfalls leicht ab. Die verbleibende positive Korrelation im Haupteffektmodell unterstützt jedoch die Lebenszyklus-Hypothese: Durch die Verfügung über mehr Zeit und gesundheitliche Sensibilisierung nimmt die Anzahl der Konsultationen zu. Da der Interaktionseffekt zwischen Alter und Rente nicht signifikant ist, finden wir keine Bestätigung dafür, dass die Niveaushiftung mit dem Alter variiert.

Die Variablen Berufsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Hausmann/-frau sind als Residualkategorien zu Rente eingeführt und stehen nicht im theoretischen Fokus.

Das Niveau der allgemeinärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten ist höher als im städtischen Bereich. Zwischen den neuen und alten Bundesländern lassen sich keine Differenzen feststellen.

Von 14 Gesundheitsindikatoren zeigen 9 einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable.

In Tabelle 4 testen wir die in Kapitel 4.1 postulierten Wechselwirkungen der unabhängigen Variablen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind nur die Variablen im Modell aufgeführt, die für uns von theoretischem Interesse sind. Die ersten beiden Koeffizientenreihen stellen das *Haupteffektmodell* aus Tabelle 3 erneut dar. Das *Interaktionsmodell A* besteht aus dem *Haupteffektmodell* plus den Interaktionseffekten zwischen Erwerbstatus und Berufsstellung, Erwerbstatus und Versicherung, Versicherung und Bildungsniveau sowie Versicherung und Berufsstellung.

Tabelle 4: Regressionsergebnisse: Interaktion-Modelle

Allgemeinarztkonsultation – Test auf Interaktionen	Negative Binomial-Logit-Hurdle Regression					
	Haupteffekt-Modell		Interaktion-Modell A		Interaktion-Modell B	
	Logit	NegBin	Logit	NegBin	Logit	NegBin
GKV+ambulant	-0.115	0.008	0.778	0.076	0.831	0.018
PKV inkl. amb.	-1.083***	-0.374**	-0.953**	0.030	-0.982***	-0.153
Beamter	-0.406	0.340	-1.569**	0.460	-0.378	0.347*
Selbstständig	0.019	-0.265**	-0.382	-0.715***	-0.149	-0.695***
Weiblich	-0.340*	-0.084	-0.354*	-0.081	-0.362*	-0.089
Einkommen	-0.166	-0.010	-0.144	0.010	-0.141	0.009
Bildungsjahre_z (zentriert)	-0.098**	-0.031**	-0.090*	-0.031**	-0.081*	-0.0299**
Alter_z (zentriert)	0.065**	0.020**	0.062**	0.021***	0.063**	0.022***
Rente*Alter_z	-0.066*	-0.006	-0.064	-0.008	-0.065	-0.00843
Rente	-0.281	0.205**	-0.192	0.192*	-0.202	0.178*
Rente * Beamter			0.645	0.173		
Rente * Selbstständig			0.741	0.758***	0.584	0.739***
Rente * GKV+ambulant			-0.351	-0.139		
Rente * PKV inkl. amb.			-0.815	-0.533**	-0.402	-0.451**
GKV+ambulant * Bildungsjahre_z			-0.509**	-0.0329	-0.439*	-0.033
PKV inkl. amb. * Bildungsjahre_z			0.041	0.018		
GKV+ambulant * Beamter			2.153*	-0.374		
GKV+ambulant * Selbstständig			43.40	0.313		
PKV inkl. amb. * Beamter			0.939	-0.462		
PKV inkl. amb. * Selbstständig			0.122	-0.296		
Kontrollvariablen <sup>a</sup>	a	a	a	a	a	a
Konstante	5.475***	0.850**	5.210***	0.663*	5.163***	0.695*
lnalpha <sup>b</sup>	-	-0.216**	-	-0.236**	-	-0.232**
n		2260		2260		2260
BIC <sup>c</sup>		1.07e+08		1.07e+08		1.07e+08

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1, <sup>a</sup> nicht aufgeführte Kovariate im Modell: Berufsunfähig, Arbeitslos, Hausfrau/-mann; regionale Variablen; Gesundheitsvariablen (s.Tabelle 3), <sup>b</sup> Streuungsparameter in NegBin-Schätzung, <sup>c</sup> BIC = -2\*ln(likelihood) + ln(N)\*k

Wir finden eine hochsignifikante Wechselwirkung zwischen Erwerbsstatus und Berufsstellung. Während in der Erwerbstätigkeit die Konsultationsrate von Selbstständigen im Vergleich zu Arbeitern/Angestellten geringer ausfällt (-0,715\*\*\*) sind die Unterschiede in der Rente nivelliert (-0,715\*\*\*+0.758\*\*\* = 0,043). Dies ist ein deutlicher Hinweis auf



die spezifische Berufssituation der Selbstständigen, die nach der Pensionierung wegfällt.

Zudem kann eine Interaktion zwischen Rente und Versicherung bestätigt werden: Demnach ist das Level der allgemeinmedizinischen Versorgung von PKV-Mitgliedern im Vergleich zu GKV-Mitgliedern in der Rente niedriger (-0.533\*\*) als in Erwerbstätigkeit. Dies deutet auf eine Verstärkung der versicherungsspezifischen Versorgung hin.

Letztlich findet sich noch ein Hinweis auf die Wechselwirkung zwischen freiwilligen privaten Zusatzversicherungen und Bildungsniveau: Der negative Bildungseffekt ist hierbei in der Gruppe der Privatzusatzversicherten stärker ausgeprägt als bei den nur gesetzlich Versicherten. Dies bestätigt das Bild eines negativen Einflusses der Privatversicherung auf die allgemeinmedizinische Inanspruchnahme.

Der schwach signifikante Effekt zwischen Zusatzversicherung und Beamten wird aufgrund einer geringen Fallzahl nicht interpretiert. Es findet sich keine empirische Evidenz für die These einer unterschiedlichen Nutzung nach Berufsstellung im privaten Setting.

Die letzte Spalte in Tabelle 4, Interaktionsmodell B, beinhaltet nur noch die signifikanten Interaktionsterme. Die Stärke der Einflüsse ändert sich im Wesentlichen nicht.

Um die Wirkung der ersten beiden Interaktionsbeziehungen zu verdeutlichen, berechnen wir im Folgenden bedingte Erwartungswerte nach Formel 12, wobei die Variablenspezifikation aus Interaktionsmodell B verwendet wird.

Abbildung 6<sup>6</sup> verdeutlicht die Wechselwirkung zwischen Erwerbsstatus und Berufsstellung. Während erwerbstätige Selbstständige eine

---

<sup>6</sup> Da es mit STATA 10 nicht möglich ist, die bedingten Erwartungswerte einer gestutzten Negativ-Binomial-Regression zu berechnen, beinhalten die Abbildungen 6 und 7 keine Konfidenzintervalle der Schätzwerte.

geringere Rate der Inanspruchnahme als erwerbstätige Arbeiter/Angestellte aufweisen, findet sich unter Rentnern kein Unterschied mehr.

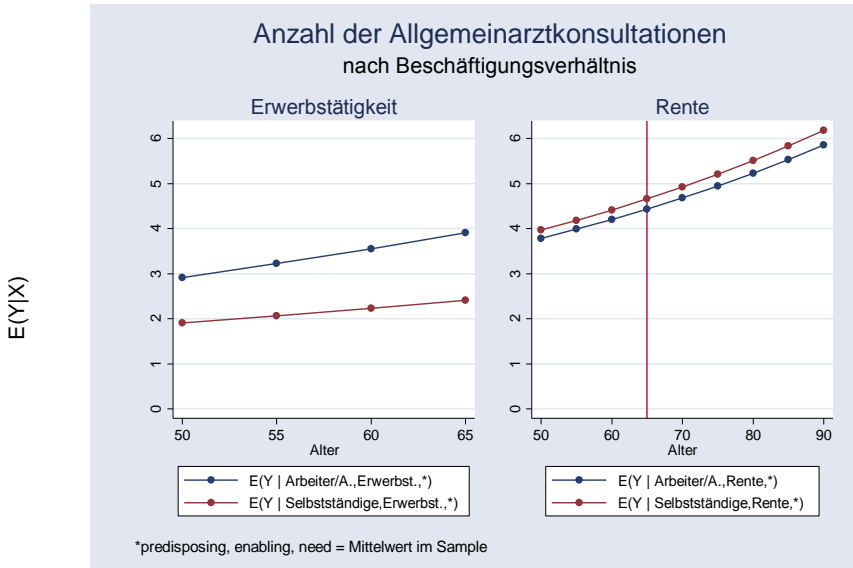


Abbildung 6: Erwartete Anzahl der Allgemeinarztkonsultationen nach Berufsstellung in Erwerbstätigkeit und Rente

Abbildung 7 veranschaulicht die Differenzen nach Versicherungsstatus in Erwerbstätigkeit und Rente. Unter Erwerbstätigen besteht ein vergleichsweise geringer Unterschied zwischen den Versicherungsgruppen. Unter Rentnern findet sich dagegen bei gesetzlich Versicherten eine Niveaushörschiebung nach oben, während sich die Inanspruchnahme von Privatvollversicherten auf deutlich niedrigerem Level befindet. Insgesamt scheint sich eine versicherungsspezifische Versorgung in der Rente und mit steigendem Alter weiter zu polarisieren.

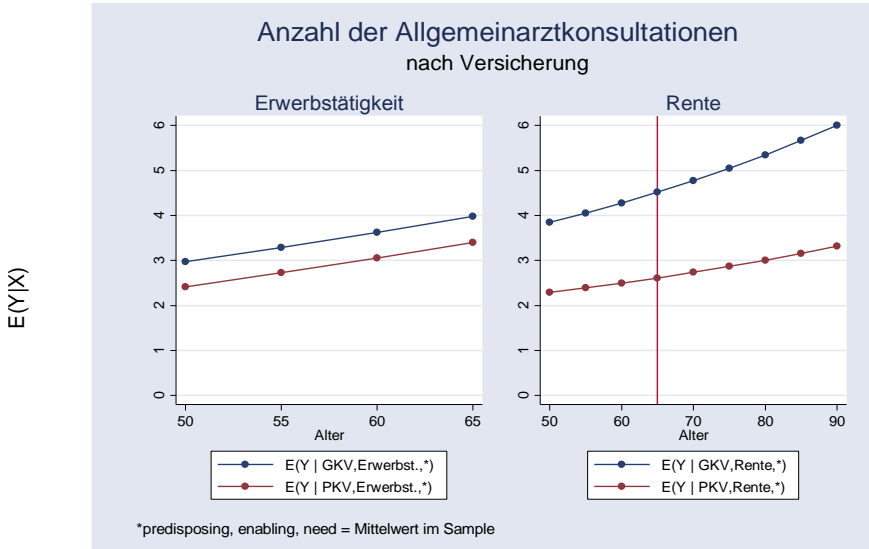


Abbildung 7: Erwartete Anzahl der Allgemeinartzkonsultationen nach Versicherungsstatus in Erwerbstätigkeit und Rente

## 6 Fazit und anschließende Forschung

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass PKV-Mitglieder den allgemeinärztlichen Versorgungsbereich in deutlich geringerem Maße in Anspruch nehmen. Ihre statistische Chance, *mindestens einmal* innerhalb der untersuchten 12 Monate den Allgemeinarzt zu konsultieren, ist um zwei Drittel geringer als bei GKV-Versicherten. Zusätzlich zeichnen sie sich durch eine geringere Anzahl der Konsultationen *im Falle der Inanspruchnahme* aus. Es handelt sich hierbei um kumulierende Effekte. Wir stellen zudem fest, dass diese Bipolarität der allgemeinmedizinischen Versorgung unter Rentnern in höherem Maße ausgeprägt ist als unter Erwerbstätigen. Es ergeben sich keine Hinweise einer angebotsinduzierten Nachfrage bei den Privatversicherten.

Neben der Versicherung ist das Bildungsniveau ein wesentliches Merkmal, das mit der allgemeinärztlichen Inanspruchnahme zusammenhängt. Um die Ergebnisse weitergehender zu interpretieren, im Sinne einer generellen Bewertung einer Ungleichheit der Gesundheitsversorgung zwischen sozialen Gruppen, bedarf es allerdings empirischer Evidenz über *fachärztliche Inanspruchnahme*. Die Vermutung liegt nahe, dass Privatversicherte und Hochgebildete nicht medizinisch unterversorgt sind, oder generell weniger Leistungen nachfragen. Vielmehr ist eine höhere Inanspruchnahme ihrerseits im Bereich der fachärztlichen Versorgung anzunehmen.

Die geringere Konsultationsrate von erwerbstätigen Selbstständigen gegenüber erwerbstätigen Arbeitern/Angestellten kann als relativ sicheres Indiz für ihre spezifische berufliche Situation angesehen werden. Es ließe sich zwar einwenden, dass Selbstständige in der Regel nicht auf eine Krankschreibung durch den Arzt angewiesen sind. Dies erklärt allerdings nicht, warum ihre Inanspruchnahme in der Rente auf das Niveau der Arbeiter/Angestellten steigt (s. Abbildung 6).

Der Renteneffekt kann als Hinweis eines lebenszyklischen Einflusses der Rente im Sinne eines Einstellungswechsels hin zu einer stärkeren Priorität von Gesundheit angesehen werden. Um genaue Kenntnis über diesen Prozess zu erlangen, sollte ein längsschnittliches Untersuchungsdesign angewandt werden, welches durch die dynamische Modellierung der Pensionierung eine klare Trennung zwischen Alters- und Renteneffekt ermöglicht.

## **Literatur**

- Andersen, Hanfried H. und Johannes Schwarze, 1997: Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb, Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Berlin. Berliner Zentrum Public Health.*
- Andersen, Ronald M. und John F. Newman, 1973: Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilisation in the Unites States. Milbank Memorial Fund Quartly: Health and Society 51: 95-124.*
- Bisig, Brigitte und Felix Gutzwiller, 2004: Gesundheitssystem Schweiz: Gibt es eine Unter- oder Überversorgung? Zürich/Chur: Rüegger.*
- Börsch-Supan, Axel und Hendrik Jürges, 2005: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.*
- Breyer, Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann, 2005: Gesundheitsökonomie. Berlin: Springer.*
- Busse, Reinhard und Annette Riesberg, 2005: Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.*
- Cameron, A. Colin, Pravin A. Trivedi, Frank Milne und John Piggott, 1988: A microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia. The Review of Economic Studies 55: 85-106.*
- Cameron, A. Colin und Pravin A. Trivedi, 1998: Regression Analysis of Count Data. Cambridge. Cambridge University Press.*
- Geil, Peter, Andreas Million, Ralph Rotte und Klaus F. Zimmermann, 1997: Economic Incentives and Hospitalization in Germany. Journal of Applied Econometrics 12: 295-311.*

- Gordala, Joachim*, 1981: Schichtspezifische Differenzen bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. S. 105-130 in: *Sozialordnung, Bundesministerium für Arbeit und* (Hrsg.), Wissenschaftlicher Preis Gesundheitsökonomie 1978/79 und 1979/80, Kurzfassungen der ausgezeichneten Arbeiten<sup>46</sup>. Bonn.
- Grabka, Markus M., Jonas Schreyögg und Reinhard Busse*, 2005: Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse. Berlin. DIW.
- Grabka, Markus M. und Jonas Schreyögg*, 2008: Copayments for Ambulatory Care in Germany: A Natural Experiment Using a Difference-In-Difference Approach. Health Inequalities III. Bielefeld.
- Grossman, Micheal*, 1972: The Demand of Health: A Theoretical and Empirical Investigation. New York. City University of New York Graduate Center and National Bureau of Economic Research.
- Hradil, Stefan*, 2006: Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? S. in: *Richter, Matthias und Klaus Murrelmann* (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Long, J. Scott und Jeremy Freese*, 2006: Regression models for categorical dependent variables using STATA. Texas: Stata Press.
- Lungen, Markus, Bjoern Stollenwerk, Philipp Messner, Karl W. Lauterbach und Andreas Gerber*, 2008: Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. International Journal for Equity in Health 7.
- Mielck, Andreas*, 2005: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Huber.

- Parsons, Talcott*, 1951: *The Social System*. London: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Pohlmeier, Winfried und Volker Ulrich*, 1995: An econometric model of the two-part decision-making process in the demand of medical care. *Journal of Human Resources* 30: 339-361.
- Santos Silva, Joao M. C. und Frank Windmeijer*, 2001: Two-Part Multiple Spell Models for Health Care Demand. The Institute for Fiscal Studies.
- Schellhorn, Martin*, 2003: *The Demand for Health Care, Swiss Evidence*. Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät. Bern. Universität Bern. Doctor.
- Schneider, Nicole und Annette Spellerberg*, 1999: *Lebensstile, Wohnbedürfnisse und räumliche Mobilität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Siegrist, Johannes und Hans Bertram*, 1971: Schichtspezifische Variationen des Krankheitsverhaltens. *Soziale Welt* 11/12: 206-218.
- Simon, Michael*, 2005: *Das Gesundheitssystem in Deutschland*. Bern: Huber.
- Thorbecke, R.*, 1975: Bewältigung von Krankheitsepisoden in der Familie. S. in: *Ritter-Rohr, Dorothea* (Hrsg.), *Der Arzt, Sein Patient Und Die Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Van Doorslaer, Eddy, Adam Wagstaff, Hattem Van der Burg und et al*, 2000: Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics* 19: 553-583.
- Verbeek, Marno*, 2004: *A Guide to Modern Econometrics*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd..
- Zettner, Wolfgang*, 2003: *Versicherungspflichtgrenze 2003 in der Krankenversicherung*. Online abrufbar unter:

<http://www.versicherungspflichtgrenze.de/versicherungspflicht-2003.html> (Januar 2009).

*Zettner, Wolfgang*, 2004: Versicherungspflichtgrenze 2004. Online abrufbar unter:

<http://www.versicherungspflichtgrenze.de/versicherungspflicht-2004.html> (Januar 2009).





Dieser Band versammelt Beiträge zu ausgewählten Konsequenzen der Bevölkerungsalterung, die auf ein Forschungspraktikum im Fach Bevölkerungswissenschaft an der Universität Bamberg zurückgehen. Die behandelten Untersuchungsgegenstände umfassen die Determinanten intergenerationaler instrumenteller Transfers im europäischen Vergleich, die Effekte von Arbeitsmarktstrukturen auf freiwillige und unfreiwillige Frühverrentung in Deutschland sowie den Zusammenhang von Versicherungsart und der Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen im Alter. Diese aktuellen sozialwissenschaftlichen Fragestellungen werden anhand der Daten der ersten Welle des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) empirisch untersucht.