

Verbraucherkompetenz und Verbraucherschutz auf Wohlfahrtsmärkten: Neue Herausforderungen an eine sozialpolitische Verbraucherpolitik*

von Wolfram Lamping

Zusammenfassung: Je weiter sich der deutsche Sozialstaat aus seinen Sicherungsversprechen verabschiedet, je größer die Räume gewollter politischer Eigenverantwortlichkeit werden und je größer die Anteile individueller Sicherungsleistungen sind, die auf Wohlfahrtsmärkten „produziert“ werden sollen, desto höher werden die Anforderungen an die Bürger, sich zu informierten Managern ihrer eigenen Sicherungsarrangements zu entwickeln. Das Risiko von Fehlentscheidungen, bedingt durch die Zunahme von Optionen, unübersichtliche Märkte, unvollständige Information, hohe Komplexität und oft unkalkulierbare lang wirkende Folgekosten von Entscheidungen und hohem Entscheidungzwang, bedarf daher einer adäquaten Verbraucherbefähigungs- und Verbraucherschutzpolitik. Kompetenzvermittlung und Verbraucherschutz im Bereich der sozialen Sicherheit werden daher zunehmend zu einer Aufgabe in einem Sozialstaat, der seinen Bürgern in einem steigenden Maße Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit abverlangt, zugleich jedoch noch zu wenig dafür tut, sie hierfür ausreichend zu befähigen.

Summary: The more the welfare state withdraws from guaranteeing broad-based collective entitlements and an adequate level of social protection and the more individual well-being becomes dependent upon self-responsibility and choices on welfare markets, the more citizens are obliged to become informed managers of their own social security portfolios. The effective use of these new welfare markets as well as the consequences of increasingly relying on social security produced on these markets make high demands – *both* on the new “consumers” who have to develop new market competencies and market knowledge *and* with regard to the development of an adequate and elaborated consumer enabling and consumer protection policy. This is a new social-policy challenge for the German welfare state which increasingly relies on one’s own initiative and self-responsibility, yet still is pretty hesitant to enable citizens to respond adequately to these new and risky challenges.

1 Problemstellung

Seit geraumer Zeit vollzieht sich in Deutschland eine Veränderung der sozialen Sicherung der Bevölkerung: Der Sozialstaat zieht sich aus bislang traditionellen Sicherungsversprechen und sozialpolitischen Aufgaben zurück und überlässt zumindest Teile der Absicherung in diesen Feldern der Eigenverantwortung der Bürger. Vor diesem Hintergrund haben

JEL Classifications: D12, D63, P46
Keywords: Welfare markets, consumer choice, welfare state reform

* Dieser Beitrag verwendet der Einfachheit halber allein die männliche Form, gemeint sind jedoch selbstverständlich beide Geschlechter.

sich neue Märkte, sogenannte „Wohlfahrtsmärkte“ (Taylor-Gooby 1991, Nullmeier 2002) entwickelt, die jene Leistungen bereitstellen sollen, die sozialpolitisch gewollt sind, jedoch nicht, nicht mehr oder nur noch teilweise über öffentliche Institutionen hergestellt oder garantiert werden. Die Veränderungen der sozialen Sicherung sowie die Einführung von Wohlfahrtsmärkten in sozialpolitischen Kernbereichen sind Teil der neuen Alltagsökonomie und verweisen die Sozialstaatsbürger auf eine Rolle, die mit zunächst neuen und komplexen Anforderungen an die Verbraucher einhergeht.

So unterschiedlich die jeweiligen Wohlfahrtsmärkte auch sein mögen, im Kern eint sie die Idee, dass durch finanzielle Anreize, durch die Schaffung von Nachfrage sowie durch größere individuelle Wahlfreiheiten auf diesen Märkten letztlich mehr Wettbewerb und Responsivität auf der Anbieterseite entstehen, also Anbieter sich verbraucherfreundlicher verhalten, und dass damit die Leistungserbringung im sozialen Bereich effizienter als bislang erfolgt. Das Funktionieren dieser Wohlfahrtsmärkte setzt Marktfähigkeiten voraus, insbesondere das Auswählen zwischen verschiedenen Leistungserbringern, die im Wettbewerb stehen. Dadurch, dass Bürger zu Koproduzenten auf dem Gebiet der Sozialpolitik werden, wachsen die Anforderungen an ihr wirtschaftliches und vorsorgendes Verhalten.

Seit dem Pflegeversicherungsgesetz von 1995, spätestens aber seit der Einführung der Riester-Rente 2001, ist diese Art „choice revolution“ (Blomquist 2004) im Sozialstaat zu beobachten. Die Versprechungen dieser stärkeren Einräumung von Wahlmöglichkeiten hängen allerdings gleichermaßen von der Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Betroffenen ab. Je größer die Anteile individueller Sicherungsleistungen sind, die auf diesen „Quasi-Märkten“ produziert werden sollen, und je stärker die Ergebnisse in Form von Geld- und Sachleistungen oder Qualität von der Fähigkeit des klugen und aufgeklärten individuellen Marktverhaltens abhängen, desto mehr steigt die Notwendigkeit, dass die Bürger profunder Bescheid wissen müssen um die Voraussetzungen und Folgen eigenen Handelns wie auch über die Folgen, wenn sie nicht handeln würden.

Dieser Beitrag problematisiert die Voraussetzungen und Folgen der neuen marktschaffenden und auf die Stärkung marktlicher Elemente setzenden Politiken im Sozialstaat in den Bereichen Pflege, Alterssicherung, Arbeitslosenversicherung und Krankenversicherung (siehe Kasten Seite 3). Dies sind die Kernbereiche sozialer Sicherung, in denen – politisch gewollt und bisweilen staatlich gefördert – „Quasi-Märkte“ sowohl mit Blick auf soziale Dienstleistungen und Sozialschutz (*Pflege-, Arbeitslosen-, Krankenversicherung*) als auch hinsichtlich Einkommenssicherung (*Alterssicherung*) eine wichtige Rolle spielen. Die These des Beitrags ist, dass der Staat seinen Bürgern zwar in steigendem Maße Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit abverlangt, zugleich jedoch noch zu wenig dafür tut, sie als Marktteilnehmer ausreichend zu befähigen. Angesichts dieser Situation müssen Kompetenzvermittlung und Verbraucherschutz im Bereich der sozialen Sicherheit erst noch zu einer beständigen öffentlichen Aufgabe entwickelt werden.

Der Beitrag basiert auf Studien des Verfassers sowie auf einer Literaturschau, in der insbesondere Untersuchungen über die Auswirkungen der neuen konsumentenbasierten Sicherungspolitik in den einzelnen Institutionen der sozialen Sicherung ausgewertet wurden.

Ausgewählte gesetzliche Grundlagen in Wohlfahrtsmärkten im Sozialstaat in Deutschland

Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (*Pflegeversicherungsgesetz*), zum 1.1.1995 in Kraft getreten.

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (*Altersvermögensgesetz*), zum 1.1.2002 in Kraft getreten.

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Modernisierungsgesetz*), zum 1.1.2004 in Kraft getreten.

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-*

Wettbewerbsstärkungsgesetz), zum 1.4.2007 in Kraft getreten.

Erstes, zweites und viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (*Hartz I, II und IV*), zum 1.1.2003 und 1.1.2005 in Kraft getreten.

Gesetz zur verbesserten Einbeziehung der selbstgenutzten Wohnimmobilie in die geförderte Altersvorsorge (*Eigenheimrentengesetz*), zum 1.1.2008 in Kraft getreten.

2 Konsumenten auf Wohlfahrtsmärkten: Vier Beispiele

2.1 Chancengleichheit in den neuen Entscheidungsräumen?

Wohlfahrtsmärkte eint die Idee, dass auf ihnen Güter und Dienstleistungen produziert und verteilt werden, die traditionell, kulturell oder affektiv als sozialstaatliche Leistungen wahrgenommen werden und für die dem „Staat“ mindestens eine Rest- oder Reserveverantwortlichkeit für die Schaffung sozialer Sicherheit oder sozialer Gerechtigkeit zugeschrieben werden kann. Daher werden Angebot und Nachfrage staatlicherseits reguliert, wenn auch unterschiedlich je nach Ausgestaltung und Ziel der einzelnen Wohlfahrtsmärkte. Dieser instrumentelle Charakter als Ort, Mittel und Variante zur Erreichung sozialpolitisch definierter Ziele rechtfertigt die Bezeichnung Wohlfahrtsmärkte. Die mit Wohlfahrtsmärkten assoziierten sozialpolitischen Ziele indes erfordern und rechtfertigen es, ein besonderes Augenmerk auf die Voraussetzungen und (Verteilungs-)Folgen dieser Märkte zu werfen. Wohlfahrtsmärkte sind zwar fern davon, eine Gleichheit der Ergebnisse herstellen zu wollen oder zu können, jedoch sind ihnen neben „Marktwerten“ (Wettbewerb, Effizienz, Wahloptionen) sozialpolitisch abgeleitete, „öffentliche Werte“ unterlegt. Daher müssen sich Protagonisten die Frage stellen lassen, wie Ungleichheiten auf diesen Märkten – im Zugang und in den Ergebnissen – legitimiert und abgemildert werden können.

Für die Wohlfahrtsmärkte bedeutet dies, dass es nicht nur um das Abmildern finanzieller Unterschiede im Zugang zu Leistungen geht, etwa durch staatliche Zuschüsse oder Steuererleichterungen, sondern dass es auch um die Verbesserung intellektueller oder kognitiver Ressourcen geht, damit überhaupt so etwas wie Chancengleichheit auf dem Wohlfahrtsmarkt herrschen kann. Selbst diese eher liberale Konzeption von Chancengleichheit ist mit hohen praktischen Anforderungen an die Verbraucherbildung oder des Zugangs zu Problemgruppen konfrontiert. Jedoch lohnt es das Ziel, „equality of choices“ zu verfolgen, und zwar nicht allein aus einer gesellschaftsphilosophischen Perspektive der Gleichheit und Gerechtigkeit heraus, sondern insbesondere auch mit Blick auf kollektiv zu bewältigende Folgekosten bei Unterlassung. Diesen normativen Stachel, das heißt, das Ziel einer Chancengleichheit in den Wahlmöglichkeiten, aufzugeben, hieße, sozial und ökonomisch

benachteiligte Bevölkerungsgruppen in einer Verliererposition, in einem ungleichen und unfairen Wettbewerb um sozialstaatliche Leistungen und Lebenschancen zu belassen.

Die folgenden vier Beispiele zeigen, dass mit den jüngeren sozialpolitischen Reformen in Deutschland eine Übertragung einer Verbraucherhethorik („consumerist rhetoric“) (Bonell und Hilton 2002: 28) von kommerziellen Märkten in den öffentlichen Sektor einher gegangen ist. Hinter dieser Rhetorik verbirgt sich indes ein grundsätzlich anderes Verständnis von Sozialpolitik, respektive ein fundamentaler Wandel von einem versorgenden zu einem sozialregulativen „Angebote-Sozialstaat“. Gehen die nunmehr stärker eigenverantwortlichen Individuen klug und aktiv auf die staatlich eingeräumten Wahl- und Handlungsmöglichkeiten ein, so kann dies in Form von individuell angepassteren Versorgungsangeboten, besseren Versorgungsqualitäten oder höheren Versorgungsleistungen sozialpolitisch belohnt werden, tun sie es nicht, droht diesen Menschen stärker als früher eine individuelle Selbstschädigung. Die Herausforderungen stellen sich in den einzelnen Sozialversicherungszweigen allerdings sehr unterschiedlich dar.

2.2 Die Pflegeversicherung als Pionierinstitution

Die Gesetzliche Pflegeversicherung ist beides – eine neue Sicherungsleistung des Staates in Zeiten des Abbaus des Wohlfahrtsstaates sowie Vorbotin einer neuen Konzeption und Organisation sozialpolitischer Leistungserbringung. Die Leistungsvergütung der Pflegeversicherung, ohnehin nicht als Vollversicherung konzipiert, ist indes seit ihrer Einführung im Jahr 1995 in ihrer Höhe nahezu unverändert geblieben. Die Folge ist eine schleichende Abschmelzung des Wertes der Versicherungsleistung und eine steigende Notwendigkeit zusätzlicher privater Vorsorge. Zudem hat die Pflegeversicherung über die Ausstattung der Nachfrager mit finanziellen Ressourcen – Pflegegeld und Pflegesachleistungen – und mit der Öffnung des früher kartellartig strukturierten Pflegemarktes einen neuen Wettbewerbsmarkt und damit Konkurrenz und Pluralität für ambulante Pflegedienstleistungen und der unter einem hohen wirtschaftlichen Druck stehenden privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Anbieter erst geschaffen.

Vor diesem Hintergrund sind die Nachfrager mit erheblichen Entscheidungsproblemen konfrontiert. Die Verbraucher stehen vor der Herausforderung,

- geeignete ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflegeanbieter auszuwählen,
- die großen Differenzen hinsichtlich Preisen, Leistungen und Qualität der Anbieter zu beurteilen,
- zu entscheiden, ob sie Pflegegeld oder Pflegesachleistungen in Form ambulanter Pflege in Anspruch nehmen wollen,
- eine prospektive Kalkulation der eigenen (möglichen) Versorgungslücke zwischen Pflegezuschuss und tatsächlichen Kosten vornehmen zu müssen,
- eine zusätzliche private Vorsorge, also eine Pflegezusatzversicherung, abschließen zu müssen, für die Leistungen, die von der Pflegeversicherung nicht oder nicht vollständig abgedeckt werden.

Der Markt für Pflegedienstleistungen ist hinsichtlich der angebotenen Qualität, Leistungen und Preise ausgesprochen unübersichtlich. Informationen hierzu sind nicht nur schwer zu beschaffen, sondern auch schwer zu vergleichen. Vor noch viel größeren Herausforderungen stehen die Nachfrager hinsichtlich einer Pflegezusatzversicherung, die eine Pflegerentenversicherung, eine Pflegekostenversicherung und/oder eine Pflegetagegeldversicherung umfassen kann. Bei diesen Produkten handelt es sich um kaum standardisierte, komplexe und hochgradig diversifizierte Produkte, also um sehr unterschiedliche Leistungen je nach Police hinsichtlich der Kriterien Tarifvariante, Leistungsumfang, Pflegestufe, Alter, Gesundheit und Geschlecht. Laut einer repräsentativen Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach für den Gesundheitsreport 2007 der MLP AG (Allensbach und MLP 2007) hatten im Zeitraum der Befragung (September/Oktober 2007) hochgerechnet erst elf Prozent der Gesamtbevölkerung eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Die mit erheblichem Abstand größte Gruppe, die eine Zusatzversicherung zur Pflegeversicherung abgeschlossen hatte, sind Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen von „3 000 Euro und mehr“.¹

Gezeigt hat sich auch, dass der Markt für Heimunterbringung in Bezug auf Qualität und Preise sehr heterogen und unübersichtlich ist. So gibt es beispielsweise zum Teil erhebliche regionale Preisunterschiede. Zwar ist der Pflegemarkt hinsichtlich der Pflegestandards und der Qualität hoch reguliert, allerdings führte dies bis jetzt nicht dazu, dass Verbrauchern darüber hinreichend verlässliche und neutrale Informationen zugänglich sind. Die Sicherung der Qualität rückt aber sukzessiv in den Fokus öffentlicher Berichterstattung und wird mittlerweile auch von verschiedenen Organisationen untersucht. Beispiele dafür sind der „Pflegeheim Rating Report 2009“ (RWI 2009) und der „Pflege-TÜV“ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS). Letzterer hat seine Arbeit auf der Basis der Pflegereform 2008 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) zum Juli 2009 aufgenommen. Ziel des Pflege-TÜV ist es, jährlich alle Pflegeheime sowie ambulanten Pflegedienste kriteriengestützt zu prüfen und mit Gesamt- und Einzelnnoten nach dem Schulnotenschema (von 1 bis 5) zu bewerten. Die jährlich erneuerten Prüfergebnisse des MDS werden für jedes Bundesland im Internet veröffentlicht und müssen zudem sichtbar in den Heimen ausgehängt sein. Hierdurch sollen Qualitätswettbewerb und Transparenz gefördert und Informationen für Wahlentscheidungen geliefert werden. Allerdings könnten sich zwei Aspekte des Schulnotensystems als problematisch hinsichtlich der Aussagekraft sowie der Solidität für Wahlentscheidungen erweisen: Zum einen sind die Einzelnnoten (Einzelkriterien) nicht gewichtet, sodass es möglich ist, schlechte Noten in zentralen Bereichen der medizinischen Versorgung durch gute Noten in weniger relevanten Bereichen auszugleichen. Zum anderen verweist dies auf die Gefahr, nur auf die Gesamtnote als alleinigem Orientierungsparameter zu schauen, deren Relevanz indes wie angedeutet kritisch zu hinterfragen ist.

2.3 Aktivierende Arbeitsmarktpolitik: Neue Handlungsanforderungen

Ziel des paradigmatischen Wandels der Arbeitsmarktpolitik, die die rot-grüne Bundesregierung 2002/03 mit den „Hartz-Gesetzen“ verabschiedete, ist die Aktivierung der Hil-

¹ Die Studie legt zwar nicht offen, um welche Haushaltsgröße und um welchen Haushaltstyp es sich handelt, trotzdem kann als grobe Tendenz herausgelesen werden, dass offenbar Haushalte mit einem überdurchschnittlichen Einkommen, eher als Haushalte mit geringem Einkommen, bereit sind und in der Lage zu sein scheinen privat vorzusorgen.

feempfänger bei gleichzeitiger Neudefinition von Rechten und Verpflichtungen. Hierdurch sind die Anforderungen an ein marktkonformes Verhalten von Arbeitslosen und Hilfeempfängern in vielfacher Hinsicht gestiegen.

Hierzu zählen:

- stärkere Mitwirkungspflichten der Arbeitssuchenden,
- die Ausgabe von Vermittlungsgutscheinen sowie
- Bildungsgutscheine.

Zugleich wurde der finanzielle Druck auf Arbeitslose zur Arbeitsaufnahme deutlich erhöht.

Mit dem Konzept einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik wurden Maßnahmen eingeführt, die Arbeitslose explizit als Marktteilnehmer behandeln beziehungsweise ihnen die Aufgabe der Ressourcenallokation durch Wahlentscheidungen übertragen. Dies geschieht über zwei Steuerungsinstrumente, über die der Zugang zu Anbietern zustande kommt und zugleich verknüpft wird: über die öffentlich geförderte Weiterbildung in Form der *Bildungsgutscheine* sowie über die *Vermittlungsgutscheine (vouchers)*.

Bildungsgutscheine werden seit Anfang 2003 kontinuierlich zunehmend an Arbeitssuchende ausgegeben; im letzten Jahren wurden bei einer jahresdurchschnittlichen Arbeitslosenzahl von 3,3 Millionen rund 455 600 Bildungsgutscheine eingelöst (Bundesagentur für Arbeit 2008). Die Bildungsgutscheine sollen über die Entscheidungen der Anspruchsberechtigten den Wettbewerb im Markt der beruflichen Weiterbildung verbessern und die Anbieter in diesem Marktsegment zu mehr Effizienz und Qualität anreizen. Die Gutscheine müssen von den Arbeitslosen innerhalb einer Gültigkeitsfrist eingelöst werden und legen zwar Ziel und Umfang der zu fördernden Maßnahme fest, lassen den potentiellen Teilnehmern einer Weiterbildungsmaßnahme jedoch Wahlfreiheit bei der Auswahl der Maßnahmen sowie der Bildungsanbieter. In diesem Sinne sind den Inhabern von Bildungsgutscheinen weitreichende Entscheidungen im Bereich der Ressourcenallokation überantwortet worden, die zuvor im Wesentlichen im Entscheidungs- und Zuweisungsbereich der Arbeitsämter lagen, die sich bei diesem wichtigen Instrument aktiver Arbeitsmarktpolitik nunmehr konkreter Empfehlungen weitgehend enthalten. Mit den Gutscheinen werden die Kosten für die Teilnahme an einer beruflichen Weiterbildung bei zugelassenen, zertifizierten Bildungsträgern übernommen. Die Bundesagentur für Arbeit hat die Zulassung und Anerkennung von Bildungsträgern an private externe Agenturen abgegeben, die sich selbst durch die Bundesagentur zertifizieren lassen müssen. Diese sogenannten „Fachkundigen Stellen“ haben mit dem Inkrafttreten der Anerkennungs- und Zulassungsverordnung Weiterbildung (AZWV) vom Juni 2004 die Aufgabe der Zertifizierung und Rezertifizierung der Bildungsträger übernommen, im Rahmen derer diese neben ihrer wirtschaftlichen Seriosität und fachlichen Kompetenz unter anderem ein Qualitätsmanagementsystem nachweisen müssen.

Verschiedene Analysen im Rahmen der Hartz-Evaluationen geben Hinweise darauf, dass sich die Neuausrichtung der Förderung der beruflichen Weiterbildung insgesamt tendenziell positiv auf die Integration in ungeförderte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auswirkt (IZA, DIW Berlin und ifas 2006, Schneider und Uhendorff 2006). Kritisch eingewendet wird gegenüber den Bildungsgutscheinen allerdings, dass sie doppelt selek-

tieren: Die erste Selektionshürde wird darin gesehen, dass Bildungsgutscheine primär an Arbeitslose mit hinreichend positiver individueller Eingliederungsprognose ausgegeben werden. Die Folge davon ist, dass insbesondere Ältere und weniger qualifizierte Menschen seltener als zuvor eine Qualifizierung erhalten beziehungsweise aus dieser Förderung zeitlich eher herausfallen (BMAS 2006). Zur zweiten Selektion kommt es, da auch die Bildungsträger eine Verbleibs- respektive Erfolgsquote zu erfüllen haben. Angesichts dieser Vorgabe wählen die Bildungsanbieter sehr gezielt aus den Bewerbern mit Gutschein eine Erfolg versprechende Klientel aus (Kruppe 2008: 11).

Zwar handelt es sich hier um arbeitsmarktpolitisch induzierte Selektionsprobleme, jedoch schließt sich eine verbraucherpolitische Komponente an. Denn insgesamt soll sich durch das Instrument der Bildungsgutscheine eine größere „Konsumentensouveränität“ (Schneider 2006: 85) realisieren. Dies ist allerdings nicht unumstritten: Denn ungeachtet der beiden Selektionshürden stehen insbesondere ältere Arbeitslose, Langzeitarbeitslose sowie gering Qualifizierte vor vielschichtigen Problemen durch unübersichtliche Märkte, Qualitätsunterschiede zwischen den verschiedenen Bildungsangeboten und Bildungsträgern sowie durch die schlichte Überforderung beim eigenverantwortlichen Einlösen der Gutscheine, bei dem sie Bildungsziel und Trägerangebot zusammenführen sollen (Qualifikationsspezifische Selektion). Daher sind es vor allem solche Gruppen mit schlechten Arbeitsmarktchancen, die den Bildungsgutschein nur mit einer geringen Wahrscheinlichkeit einlösen (Bruttel 2005, Kruppe 2008). Bei ihnen führt die Übertragung von Eigenverantwortung und Entscheidungsautonomie daher nicht selten dazu, dass die von dieser Zielgruppe ausgewählten Maßnahmen nicht zustande kommen beziehungsweise dass sie ihre Gutscheine nicht einlösen.

Ähnliche Probleme mit der Markttransparenz, der Selektion und der eingeschränkten Konsumentensouveränität können für das 2002 eingeführte Instrument der *Vermittlungsgutscheine* festgestellt werden. Mit diesen Gutscheinen strebt der Gesetzgeber an, den Wettbewerb zwischen der öffentlichen und der privaten Arbeitsvermittlung zu stärken. Vermittlungsgutscheine sind drei Monate gültig und sollen den Arbeitssuchenden in die Lage versetzen, sich selbst eine private Vermittlungsagentur auszuwählen. Die Agenturen können allerdings die Bewerber ablehnen. Der Verbreitungsgrad der Vermittlungsgutscheine und vor allem ihr Beitrag zur Vermittlung von Arbeitslosen sind bislang quantitativ offensichtlich gering geblieben (Schneider 2008). Rund 61 700 Vermittlungsgutscheine wurden 2008 ausgegeben (2007: rund 61 000) (Bundesagentur für Arbeit 2008).

Anders als beim Markt für Weiterbildungsdienstleistungen bestehen für private Vermittlungsdienstleister keine Marktzutrittsbarrieren, etwa in Gestalt von Zertifizierungsagenturen, die Qualitätsbewertungen von Anbietern durchführen. Zudem fehlt ein Monitoring der Leistungen der privaten Vermittler, das heißt, es besteht ein großer Mangel an übersichtlichen und vergleichbaren Informationen über Angebote, Qualität und Ergebnisse der Anbieter (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB) und infas 2006). Auch bei den Vermittlungsgutscheinen besteht die Gefahr der negativen Selektion von Problemgruppen unter den Arbeitssuchenden (Creaming-Effekt), wenn private Vermittler wenig Aussicht auf eine erfolgreiche Vermittlung – und damit auf die durch die Bundesagentur für Arbeit im Falle einer erfolgreichen Vermittlung gezahlte Vermittlungsprämie – sehen. Dieses Problem allerdings, das entstehen kann, wenn Hilfesuchende in ihrer Funktion als Kunden mit Nachfrage ausgestattet werden, jedoch kein Kontrahierungszwang seitens der Anbieter besteht, ist verbraucherpolitisch kaum zu beheben.

Aus verbraucherpolitischer Sicht besteht vor allem das Problem, dass Hilfesuchende die Seriosität und Qualität der Anbieter nicht oder nur schwer erkennen können (Bernhard et al. 2008). Obgleich sich die Verbände der Branche auf freiwilliger Basis auf Mindeststandards für die Qualität des Vermittlungsprozesses verständigt haben, ist die Transparenz des Vermittlungsmarktes für die Nachfrager kaum gegeben (Schneider 2008). Daher ist der Befund nicht verwunderlich, dass gerade Arbeitssuchende mit Vermittlungshemmrisiken mit der Selbstauswahl eines privaten Vermittlers überfordert sind (Bernhard et al. 2008: 21–23, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB) und infas 2006). Dies kann einen doppelten Effekt haben: Zum einen ist zu befürchten, dass dieser Personenkreis seine Vermittlungsgutscheine weniger häufig ein-löst. Zum anderen ist zu beobachten: Wenn Arbeitssuchende mit Vermittlungshemmrisiken überhaupt einen Vermittlungsgutschein bekommen und ihn tatsächlich einlösen, wählen sie häufig einen nicht so gut passenden oder sogar qualitativ schlecht arbeitenden Vermittlungsdienstleister aus. Jüngere und besser Ausgebildete hingegen nutzen ihre Wahlfreiheit gezielter, können sich einen Marktüberblick verschaffen und verfügen über Kommunikationskompetenz (Pfeiffer und Winterhager 2006, ähnliche Ergebnisse bei Hagemann et al. 2004).

Für beide Instrumente ist festzuhalten: Gutscheine scheinen für komplexe Dienstleistungen wie berufliche Bildung und für die Vermittlung für problematischer Arbeitsmarktgruppen wenig geeignet zu sein, da zum einen der Prozess des Einlösens an sich motivationale und kommunikative Anforderungen stellt und zum anderen aufgrund fehlender oder unvollständiger Information eine nur geringe Markttransparenz herrscht. Hierdurch droht eine Verstärkung der Spaltungen und Benachteiligungen in der heterogenen Gruppe der Arbeitssuchenden. Dies hat eine insgesamt deutlich eingeschränkte Steuerungswirkung dieser Instrumente mit Blick auf die wahlinduzierte Steigerung qualitätsgenerierenden Wettbewerbs unter den Leistungsanbietern zur Folge.

2.4 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV): Neue Verbraucher und neue Tarife

Gesetzlich Krankenversicherte haben seit 1996 auf der Basis des Gesundheits-Strukturgesetzes von 1993 das Recht, ihre Krankenkasse innerhalb festgelegter Wechselzeiträume frei zu wählen. Überdies kann bei einer Beitragserhöhung ein außerordentliches Kündigungsrecht in Anspruch genommen werden. Dies soll einen über Beitragssatz, Kann-Leistungen und Servicequalität ausgetragenen Kassenwettbewerb befördern. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz traten zum 1.1.2009 der Gesundheitsfonds sowie der Einheitstarif für alle gesetzlich Krankenversicherten in Kraft, beides mit dem politischen Ziel, die Kassen vergleichbarer zu machen und auf diese Weise auch den Leistungs-, nicht allein den Beitragswettbewerb, weiter zu steigern.

Aufgrund der jahrzehntelangen Kaskade von Leistungskürzungen und -ausschlüssen in dem Leistungskatalog der GKV sind die Versicherten angehalten, zusätzliche private Versicherungen abzuschließen, zum Beispiel für Zahnersatz, Brillen oder Sterbegeld, um den finanziellen Belastungen aufgrund bisweilen erheblicher Leistungslücken und Zuzahlungen in der GKV begegnen zu können. Die Gesundheitsreformen 2004 und 2007 haben zum einen den Kassenwettbewerb um Versicherte verschärft, zum anderen wurden mit diesen Reformen die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erhöht. Ziel dieser Maßnahmen war, dass die gesetzlich Krankenversicherten nicht nur von mehr Servicequalität und Effi-

zienz ihrer Kassen profitieren, sondern insbesondere auch von Tarifen, die den speziellen Bedürfnissen und Präferenzen des einzelnen Versicherten entgegenkommen sollten. Ob das neue Instrumentarium der Tarifgestaltung jedoch tatsächlich als „Mehrwert für den mündigen Versicherten anzusehen“ ist, der sich sein „Versicherungspaket entsprechend seiner Bedürfnisse selbst zusammenstellen“ kann (Ulrich et al. 2008: 65), ist nicht einfach zu beantworten.

Die neuen, freiwilligen und kassenspezifisch unterschiedlichen Tarifoptionen lassen sich unterteilen in *versorgungsbezogene* Tarife, die die Kassen anbieten *müssen*, und (seit 2007) in rein *monetäre* Tarife, die die Kassen als Satzungsleistungen anbieten *können*. Die versorgungsbezogenen Tarife sollen dem Grundgedanken nach die Versicherten für die Teilnahme an optimierten Behandlungsprogrammen gewinnen und räumen finanzielle Ermäßigungen unterschiedlichster Art ein. Demgegenüber zielen die monetären Tarife primär auf finanzielle Anreize für die Versicherten und damit auf Mitgliederakquise und Kundenbindung im Kassenwettbewerb. Eher nur sekundär setzen sie Verhaltensanreize zu

Übersicht über Wahltarifarten in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Die Wahltarife sind in versorgungsbezogene und in monetäre, individuell zugeschnittene Tarife zu unterscheiden.

Zu den versorgungsbezogenen Tarifen zählen:

- *Hausarzt-Tarife*: Versicherte verpflichten sich, bei gesundheitlichen Beschwerden zuerst ihren Hausarzt aufzusuchen und werden von Zuzahlungen oder der Praxisgebühr befreit.
- *Teilnahmeboni für die Einschreibung in Programme der Integrierten Versorgung*: Versicherte verpflichten sich, an medizinisch aufeinander abgestimmten, sektoren- und arztgruppenübergreifenden Versorgungskonzepten teilzunehmen.
- *Teilnahmeboni für die Einschreibung in Managed Care-Programme*: Chronisch kranke Versicherte verpflichten sich, an strukturierten Behandlungsprogrammen teilzunehmen („disease management“).

Zu den monetären, individuell zugeschnittenen Tarifen zählen:

- *Beitragsrückerstattungs-Tarife*: Versicherte bekommen abhängig vom Wahltarif einen prozentualen, in der Höhe gesetzlich be-

grenzten Anteil ihrer Beitragszahlungen zurückerstattet, wenn sie ein Jahr lang keine Leistungen der GKV in Anspruch genommen haben.

- *Selbstbehalt-Tarife*: Versicherte können ihre Versicherungsbeiträge absenken oder eine Prämie erhalten, wenn sie mit ihrer Kasse eine Selbstbeteiligung an den Behandlungs- oder Medikamentenkosten vereinbaren.
- *Kostenerstattungs-Tarife*: Analog zu den Tarifen der privaten Krankenversicherungen treten die Versicherten in Vorkasse und lassen sich die entstandenen Kosten je nach vertraglicher Vereinbarung ganz oder teilweise von ihrer gesetzlichen Kasse erstatten.
- *Bonussysteme*: Für gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten der Versicherten – etwa die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsleistungen – können Kassen vielfältige finanzielle Anreize gewähren. Dabei kann es sich um Zuzahlungsermäßigungen, niedrigere Beiträge oder auch Beitragsrückerstattung handeln.

einer gesundheitsbewussteren Lebensführung beziehungsweise einer zurückhaltenderen Inanspruchnahme von Leistungen (siehe Kasten Seite 9).

Diese staatliche Politik der Steigerung der Optionen in Form einer Vielfalt und Vielzahl von Leistungs- und damit gekoppelten Tarifangeboten hat zu einer neuen Unübersichtlichkeit geführt. Die Auswahl stellt hohe Anforderungen an die Informationsbeschaffungs- und -bewertungskapazitäten der Versicherten/Verbraucher. Ob die neuen „Spar-Tarife“ (o. V. 2007) auf diesem Wege tatsächlich zu mehr Wettbewerb und Transparenz zwischen den Krankenkassen führen werden, ist unsicher und abhängig von einer Vielzahl von Einflussfaktoren. Das Marktwissen der Versicherten ist dabei nur ein Einflussfaktor, jedoch ein immens wichtiger. Das Verhältnis zwischen Kasse und Versichertem wird durch die Wahltarife, und dabei insbesondere durch die optionalen Wahltarife und die durch diese angestoßene „Selbstselektion“ der Versicherten, marktmäßiger und stärker dem individuellen Kalkül unterworfen. So ist davon auszugehen, dass die Kassen im Wettbewerb um gute „Risiken“ – also um Jüngere, Gesunde, höhere Einkommen und freiwillig Versicherte – zu finanziellen Konzessionen bereit sind. Aus Sicht der Versicherten rücken Fragen der individuellen Vertragsgestaltung und, ähnlich dem Vertragsabschluss einer privaten Krankenversicherung, Momente der Beitrags-Leistungs-Kalkulation mit dem Ziel der Erlangung finanzieller Vorteile in den Vordergrund. Diese individuell rationalen Gewinne der Krankenversicherten, die mit steigenden Einkommen der Versicherten bei prozentualen Rückzahlungen höher ausfallen und daher insbesondere für Gutverdiener interessant sind, werden mit kollektiven Solidaritätsverlusten erkauft, denn, wie Etgeton (2004) und Gerlinger (2009) hervorheben, den gesetzlichen Kassen fehlen durch diese tarifären Exit-Optionen ihrer Mitglieder gegenüber dem Status quo ante Einnahmen zur Finanzierung der Krankheitskosten. Diese – je nach Kasse unterschiedlichen – neuen Gegebenheiten können daher mit Blick auf finanzielle Lastenteilung eine Quelle neuer Ungleichheiten sein, denn nicht nur die guten „Risiken“, sondern auch die gut Informierten haben die Möglichkeit, durch diese Sondervereinbarungen mit ihrer Kasse weniger an Beiträgen zu zahlen als diejenigen, die sich dieser Wahlmöglichkeiten nicht bewusst sind oder vor ihnen zurückschrecken.

Die verbraucherpolitisch wichtigen Fragen sind, ob tatsächlich mehr individuelle Gestaltungsfreiraume der Versicherten und Kundenorientierung der Kassen (ideelle Gewinne) entstehen werden, ob erheblich geringere Beiträge bei der richtigen Tarifwahl (finanzielle Gewinne) realisiert werden können und welche Risiken und Nebenwirkungen damit verbunden sein können. „Jeder kann jetzt das Angebot auswählen, das zu seiner persönlichen Situation gut passt“, erklärt das Bundesgesundheitsministerium in der Online-Präsentation zur Gesundheitsreform 2007 (www.die-gesundheitsreform.de) und die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) beispielsweise werben mit dem Slogan: „Entscheiden Sie selbst, wie viel Sie zahlen.“² Doch trotz der sehr nachdrücklichen Promotion der neuen Tarife durch die Krankenkassen scheinen die Versicherten nach wie vor sehr zögerlich zu sein. So zeigen verschiedene Studien, dass sich nur wenige Versicherte für die neuen Wahltarife entscheiden. Im Rahmen einer repräsentativen Erhebung (1 879 Befragte, ab 16 Jahre) im Herbst 2007 teilten 85 Prozent der Befragten mit, dass sie bislang keinen der neuen Wahltarife ihrer Krankenkasse in Anspruch genommen haben (Allensbach und MLP 2007). Allerdings hatte nicht einmal ein Viertel der Befragten überhaupt ein Angebot ihrer Kasse erhalten. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch andere Untersuchungen (Psychonomics

² www.aok-business.de/niedersachsen/aok-gute-wahl/gute-wahl-wahltarife.php

AG 2007, M+M Management + MarketingConsulting 2008). Das Versichertenbarometer kann zeigen, dass Versicherte, die in der Vergangenheit häufiger ihre Krankenkasse gewechselt haben, die individuellen Wahltarife stärker genutzt haben als andere Versicherte. Die Vermutung liegt daher nahe, dass diese Versichertengruppe sich aufgrund ihrer Wechselhäufigkeit intensiver mit den aktuellen Angeboten der einzelnen Kassen auseinandersetzt, die Wahltarife in ihre Entscheidungsprozesse einbezieht und sich die entsprechende finanzielle Expertise angeeignet hat.

Aus mindestens fünf Gründen kann das Verhalten der Versicherten, keinen der neuen Wahltarife einzugehen, tatsächlich rational sein: (1) Diese Tarife eignen sich nicht für jeden; so sind Selbstbehalt-Tarife oder Beitragsrückerstattungs-Tarife wenig geeignet für chronisch Kranke oder Ältere. (2) Falsche Wahlentscheidungen können erhebliche finanzielle Folgewirkungen haben. (3) Mit der Kasse abgeschlossene Sonderprogramme binden im Allgemeinen für drei Jahre an diese Kassen, sind also mit einem Verlust an Flexibilität (auch bei Beitragserhöhungen) verbunden. (4) Gesundheit ist ein unberechenbares Gut, sodass unerwartete schwere Krankheiten zum Beispiel in einem Selbstbeteiligungstarif erhebliche finanzielle Folgen nach sich ziehen und Wahltarife damit den Charakter individueller Wetten auf die Gesundheit haben können. (5) Der hoch wettbewerbliche Markt der Wahltarife ist nach wie vor unübersichtlich und für die Versicherten angesichts des breiten Spektrums an Angeboten, die von Kasse zu Kasse unterschiedlich sind, mit hohen Informationskosten und Risiken verbunden. Dies gilt vor allem für die aus Versichertensicht schwer zu vergleichenden und zu bewertenden monetären Wahltarife. Eine bemerkenswert gute Information zu den Wahltarifen stellt der „Leitfaden Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherungen“ der Rheinischen Fachhochschule Köln dar (Ulrich et al. 2008). Dieser Leitfaden liefert eine Übersicht über die Wahltarife der 18 größten deutschen gesetzlichen Krankenkassen sowie ein Bewertungssystem für eine Vergleichbarkeit der Wahltarife und Empfehlungen, für welche Versichertengruppen welche Tarife angezeigt sein können.

Der Bundesverband der Verbraucherzentralen (vzbv) hatte schon früh gewarnt, dass Konsumentensouveränität und rationales Entscheiden bei der Tarifwahl nur auf der Grundlage von Markttransparenz, Qualitätssicherheit und einer größeren Produktstandardisierung möglich seien (Verbraucherzentrale Bundesverband 2006). Diese drei Faktoren seien indes kaum gegeben. Greß et al. (2008), und ähnlich Winkel (2007) zeigen, dass – wie erwartet – Versicherte mit höheren Bildungsabschlüssen und mit höheren Einkommen sowie Jüngere die Chancen und Risiken der neuen Wahloptionen erkennen, aber auch nach wie vor sehr zögerlich sind, die Möglichkeiten von Wahltarifen oder Kassenwechsel zu ergreifen.

2.5 Alterssicherung: Die Riester-Rente als Marktschaffungspolitik

Die Bundesrepublik Deutschland ist dem Vorbild vieler OECD-Staaten gefolgt und hat sich mit der Einführung der privaten kapitalgedeckten Altersvorsorge in Form der Riester-Rente von der den Lebensstandard sichernden gesetzlichen Rente verabschiedet. Die Absenkungen der Ansprüche aus der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) sollen zumindest in Teilen durch die im Rahmen der Rentenreform 2001 eingeführte freiwillige, zusätzliche Riester-Rente aufgefangen werden. Dabei wird die Riester-Rente staatlich milliardenschwer gefördert: Sofern von anspruchsberechtigten Personen mindestens vier Prozent ihres sozialversicherungspflichtigen Vorjahreseinkommens in einem Riester-Vertrag

gespart werden, gewährt der Staat jährlich eine Förderung in Form der Grundzulage von 154 Euro und einer Zulage pro Kind von 185 Euro, für ab 2008 geborene Kinder sogar 300 Euro. Die Zulagen werden dem Altersvorsorgevertrag gutgeschrieben; sie fließen anders als eine Steuerersparnis durch den Sonderausgabenabzug dem Sparer also nicht direkt zu. Dieser Sonderausgabenabzug ist insbesondere für Höhervindiener lohnenswert, denn diese können neben der staatlichen Zulage über Sonderausgabenabzüge eine Ersparnis bei der Einkommensteuer realisieren, was angesichts der steigenden Beiträge zunehmend attraktiv wird.

Die private Altersvorsorge soll einen Teil der gesetzlichen Rente ersetzen – nicht mehr nur wie früher ergänzen. Der Staat versucht, die finanziellen Risiken des Vertragsabschlusses durch die Definition von Minimalanforderungen an Riester-Produkte – Zertifizierung durch das Bundesaufsichtsamt für Finanzdienstleistungen (BaFin), Garantie der eingezahlten Beiträge, lebenslange Rente, Ruhen beziehungsweise Kündigung des Vertrags – zu begrenzen. Mit der Zertifizierung gibt der Staat allerdings keine Qualitätsgarantie oder gar ein Renditeversprechen zugunsten der Vertragsabschließenden ab. Gesetzlich Versicherte stehen aufgrund der Absenkung des Rentenniveaus vor einer Reihe von Herausforderungen. So müssen Versicherte

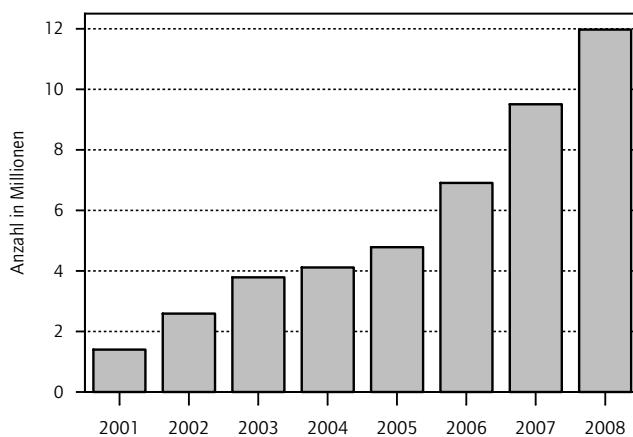
- sich möglichst frühzeitig Wissen über die eigene spätere Rentenhöhe und Versorgungslücke aneignen,
- viele Entscheidungen treffen, dies betrifft insbesondere die Fragen, ob ein Vertrag abgeschlossen wird oder nicht, die Höhe des Eigenanteils, die konkurrierenden Altersvorsorgeprodukte (hohe Diversität und geringe Standardisierung der Anlageformen) und die Wahl des Anbieters (hohe Unterschiede in den Renditen und Abschlusskosten je nach Anbieter und Anlagestrategie),
- zwischen unterschiedlichen staatlichen Förderungsmöglichkeiten wählen und
- sich finanzwissenschaftliche Kenntnisse aneignen beziehungsweise verlässliche und vertrauenswürdige Beratung nachfragen.

Die Riester-Rente hat sich – nachdem sie in den ersten Jahren nur von wenigen Menschen abgeschlossen wurde – seit 2006 recht dynamisch entwickelt (Abbildung 1). Hierzu beigetragen hat nicht zuletzt die Erhöhung der Zugänglichkeit der Riester-Rente zum 1.1.2005. Dabei wurden das Antragsverfahren vereinfacht, die Zulagenförderung transparenter gestaltet und die Förderung vereinfacht sowie die Anbieter zu umfassenderer Information vor Vertragsabschluss verpflichtet. Durch das rückwirkend zum 1.1.2008 in Kraft getretene sogenannte Eigenheimrentengesetz („Wohn-Riester“) steht neben Riester-Rentenversicherungen, -Fondsanlagen und -Banksparplänen eine weitere Anlageform zur Verfügung. Durch diese wurde der Aufbau selbst genutzten Wohneigentums – Hausbau oder Immobilienkauf – als Teil der Altersvorsorge in die Riester-Förderung einbezogen.

Bezüglich der Riester-Rente wurde in der Literatur bereits sehr früh auf mögliche problematische Entwicklungen hingewiesen, insbesondere auf die Gefahr, dass die Freiwilligkeit der zusätzlichen Altersvorsorge dazu führen könnte, dass insbesondere einkommensschwächere Haushalte den Willen nicht aufbringen und/oder aufgrund eines zu geringen verfügbaren Einkommens nicht die Fähigkeit zur konsequenten und langfristigen privaten

Abbildung 1

Riester-Verträge, Bestand



Quelle: www.bmas.de, Darstellung nach Lamping und Tepe (2009).

Vorsorge haben könnten (Schmähl 2003, Viebrok und Himmelreicher 2001). Auch jüngere Studien auf der Basis der Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP)³ geben Anlass zur Besorgnis (Börsch-Supan 2008, Geyer und Steiner 2009, Lamping und Tepe 2009): Danach nehmen Bevölkerungsschichten, die zur Kernzielgruppe der Riester-Rente gehören – vor allem Geringverdiener, Jüngere, Frauen mit fragmentierten Erwerbsbiographien –, das staatliche Anreizangebot – oder alternative Vorsorgeformen – nur sehr zögerlich in Anspruch, obwohl gerade sie von den Leistungskürzungen in der Rentenversicherung am nachhaltigsten betroffen sein werden. Der Anteil der Besitzer von Riester-Renten in den mittleren Alterskohorten und in den Gruppen der Bezieher mittlerer und höherer Einkommen fällt hingegen besonders hoch aus. Insbesondere bei den Beziehern höherer Einkommen können für staatliche Förderprogramme nicht untypische Mitnahmeeffekte vermutet werden, da diese Gruppe nicht zu den potentiell Unterversorgten zu zählen ist und sicher ohnehin schon private Zusatzvorsorge betrieben hat.

Im Rahmen der zusätzlichen Altersvorsorge stellen sich die Herausforderungen komplexer Konsumententscheidungen in großer Deutlichkeit: Informationsdefizite, Komplexität der Materie, Überforderungen durch Produkt- und Fördervielfalt, Unterschätzung des Vorsorgebedarfs für das Alter sowie Geldmangel sind laut einer im Sommer 2007 veröffentlichten Studie des Deutschen Instituts für Altersvorsorge (Pfeiffer et al. 2007) die größten Hemmnisse einer effektiven privaten Altersvorsorge. Ferner sind laut dieser Studie die Furcht vor einer falschen Anlageentscheidung sowie die Furcht vor einer langfristigen Festlegung Gründe, die zusätzlich von dem Abschluss eines Altersvorsorgevertrags abschrecken.

Der selektive Bias der Riester-Rente kommt auch in der Evaluation (Frommert 2008) der Bildungskampagne „Altersvorsorge macht Schule“ zum Ausdruck. Im Rahmen dieser von der Bundesregierung initiierten und finanzierten Maßnahme bieten die Berater der

³ Bei dem SOEP handelt es sich um eine seit 1984 laufende Wiederholungsbefragung von zurzeit circa 23 000 Personen in über 12 000 Privathaushalten, die vom DIW Berlin, Abteilung Längsschnittstudie Sozio-ökonomisches Panel geplant, durchgeführt und ausgewertet wird.

GRV seit dem Frühjahr 2007 bundesweit an den Volkshochschulen Beratungskurse für die zusätzliche Altvorsorge an, ohne dabei konkrete Produktempfehlungen abzugeben. Die Kursbesucher sollen dabei, so das Bundesarbeitsministerium in seiner Internetpräsentation, zu „Vorsorge-Experten in eigener Sache“ werden und ihre Finanzkompetenz mit Blick auf die eigene Alterssicherung erhöhen. Der Evaluation zufolge stieß das Angebot im Untersuchungszeitraum insbesondere bei Personen auf Interesse, die einen höheren bis hohen Bildungsstand und überdies durch das Vorhandensein eigener privater Altvorsorge schon eine enge Verbindung zum Thema Altvorsorge gehabt haben. Mit Blick auf soziodemografische Merkmale kam hinzu, dass zwei Drittel der Kursteilnehmer Angestellte waren und nur zwei Prozent der Kursteilnehmer keine deutsche Staatsbürgerschaft besaßen. Dies zeigt, dass selbst solche niedrig schwelligen und mit nur geringen Kosten behafteten Informationsangebote – der Einsteigerkurs ist kostenlos, für den zwölf Sitzungen umfassenden Intensivkurs wird eine Gebühr von 20 Euro erhoben – die Betroffenen nur sehr selektiv ansprechen und ganz offenbar von der eigentlichen „Problemklientel“ kaum wahr oder in Anspruch genommen werden.

3 **Ausblick: Verbraucherkompetenz und Verbraucherschutz in der sozialen Sicherung stärken**

Der Beitrag hat gezeigt, dass in den Kernbereichen sozialer Sicherheit die Leistungserbringung auf Wohlfahrtsmärkten eine immer wichtigere Rolle spielt. Diese Entwicklung markiert den Übergang von einer versorgenden, auf den Bürger als Objekt fokussierenden Sozialpolitik zu einer Sozialpolitik, die den Verbraucher als „Kunden“ ausweist. Recht bedenkenlos wird den Verbrauchern offenbar zugetraut, dass sie eine konstitutive Rolle bei der Gestaltung ihrer eigenen sozialen Sicherheit übernehmen und hierbei folgenreiche, mit vielen Unsicherheiten behaftete Herausforderungen auf den zum Teil unübersichtlichen Märkten sozialstaatlicher Produkte und Dienstleistungen bewältigen können. Es ist ersichtlich geworden, dass die Einführung von Wohlfahrtsmärkten – nicht per se, aber in den diskutierten Beispielen – dazu führen kann, dass größere Wahlmöglichkeiten, kombiniert mit einer höheren finanziellen Eigenverantwortlichkeit auf dem Markt des Sozialschutzes, soziale Ungleichheit hinsichtlich des Zugangs zu Leistungen sowie mit Blick auf *Versorgungsniveaus* und -qualitäten erhöhen können.

Hinsichtlich der Stärkung von Verbraucherkompetenz auf diesen Märkten ist es wichtig, über die Adressatengruppe gut informiert zu sein. Die in diesem Beitrag behandelten Probleme treffen auf eine äußerst heterogene Adressatengruppe, deren Mitglieder über ganz unterschiedliche Fähigkeiten zur Problembewältigung verfügen. Hierbei können drei Gruppen von Verbrauchern unterschieden werden:

- Verbraucher, die sich als selbstbewusste und selbst bestimmte Marktteilnehmer erweisen und sich über zusätzliche private Vorsorge absichern (Gruppe 1);
- Verbraucher, die dies nicht (oder nicht ausreichend) machen und/oder bei denen vermutet werden kann, dass sie es nicht (oder nicht ausreichend) machen, weil sie nicht über die kognitiven und volitionalen Fähigkeiten verfügen (Gruppe 2);
- Verbraucher, die nicht über die erforderlichen finanziellen Möglichkeiten verfügen (Gruppe 3).

Dieser Heterogenität muss Verbraucherpolitik in differenzierter Weise Rechnung tragen. Zunächst einmal stellt sich für alle drei Gruppen nachdrücklich jedoch für die ersten beiden Gruppen die neue Anforderung, sich gründlich mit Produkten, Dienstleistungen und Unternehmen beschäftigen, Qualität und Preise vergleichen und Marktentwicklungen beobachten zu müssen. Der ersten Gruppe kann diese Verbraucherkompetenz in Gestalt eines solideren Marktorientierungswissens sicher zugetraut werden. Dennoch stehen auch Verbraucher dieser Gruppe angesichts der neuen Fülle an Optionen bei der Wahl von Anbietern und Tarifen und angesichts der neuen Verhaltensanforderungen vor einem großen Entscheidungswahl und der Daueraufgabe, (lebenslang) ihr Wissen zu aktualisieren.

Ferner hat für alle Gruppen im Sozialstaat das Wissen über Finanzfragen eine größere Relevanz erfahren. Denn nicht nur gut informierte, sondern vor allem in Finanzfragen gut gebildete Verbraucher laufen weniger Gefahr, riskante Fehlentscheidungen auf den neuen Wohlfahrtsmärkten zu treffen. Eine solche umfassende Politik der Verbesserung des Finanzwissens und der Bildung in Finanzmarktfragen wird vom Bundesministerium für Verbraucherschutz unter dem „Leitbild einer neuen Verbraucherpolitik“ (2003) propagiert und wurde auch von der Europäischen Kommission (KOM 2007/226; 2007/808; 2008/ 418) wiederholt eingefordert. Dies verweist auch auf die Notwendigkeit einer systematischen *schulischen* Ausbildung von Verbraucher-Schlüsselkompetenzen, wie sie auch der Bundesverband der Verbraucherzentralen (Verbraucherzentrale Bundesverband 2008) gefordert hat. Bezogen auf den Gegenstand dieses Beitrags bedeutet dies, in einem Unterrichtsfach „Verbraucherbildung“ nicht nur konkrete Fragen etwa der schon mit Eintritt in die Erwerbsphase relevanten privaten Altersvorsorge zu thematisieren, sondern auch und zugleich für die politisch eingeforderte stärkere Eigenverantwortlichkeit im Sozialstaat zu sensibilisieren.

Neben der *Verbraucherbildung* kommt auch dem *Verbraucherschutz* eine wesentliche Rolle zu, was nicht zuletzt auf die politische Regulierung der Wohlfahrtsmärkte (Produktanforderungen, Qualitätssicherung, Haftungsfragen und anderes) verweist: Hier obliegt es dem Staat, auf Fehlentwicklungen zu reagieren und die Verbraucher auf den Wohlfahrtsmärkten sowohl im Zugang zu den Leistungen als auch bei den Wahlhandlungen zu schützen. Dafür kommt in für Verbraucher unübersichtlichen Märkten, Zertifizierungen eine wichtige vertrauensbildende Rolle zu. Im Pflege- und Weiterbildungsmarkt sowie in dem Marktsegment Altersvorsorgeprodukte, die im Rahmen der Riester-Rente förderungswürdig sind, hat der Staat für Anbieter, die in den jeweiligen Märkten auftreten wollen, verpflichtende Zertifizierungen Mindeststandardanforderungen vorgeschrieben. Insofern unterstützt und schützt der Staat die Verbraucher in diesen neuen Märkten. Allerdings sind Zweifel angebracht, ob diese Zertifizierungen ausreichend sind. Insbesondere Verbraucherzentralen kritisieren aufgrund ihrer Kontakte mit vielen Verbrauchern und ihren Erfahrungen aus den Beratungen, dass trotz des durch Zertifizierungen kontrollierten Marktzugangs von Anbietern in einem Teil der neuen Wohlfahrtsmärkte, Verbraucher einen erheblichen Beratungs- und Aufklärungsbedarf über Produkt- und Anbieterqualität aufweisen würden. Kritisch wird von verschiedenen Verbraucherzentralen angemerkt, dass Zertifikate eine Qualität und Sicherheit suggerieren, die für die Verbraucher trügerisch und irreführend sein könnte. So besteht die Gefahr, dass die Verbraucher nicht wissen (können), was die jeweils verliehenen Zertifikate tatsächlich aussagen und worauf sie sich konkret beziehen beziehungsweise worauf nicht. Daher hat die Verbraucherzentrale Hamburg – bezogen auf die Riester-Anlageprodukte – vor kurzem eine „einfache“ und schnell zu überschauende Bewertung nach vier Kriterien, veranschaulicht durch ein Ampelsystem, initiiert.

Zuvor ging es primär um ein allgemeines Plazet für die Stärkung der individuellen Ressourcen der Verbraucher in allen drei Gruppen mit dem Ziel einer verbesserten Wahrnehmung von Handlungsnotwendigkeiten und zugleich um eine kompetente(re) Entscheidungsfindung, also um ein kognitives „Grund-Rüstzeug“. Hinsichtlich der Gruppen zwei und drei muss stärker der Blick für *Verbraucherinformation*, *Verbraucherberatung* und nachhaltiger *Verhaltensbeeinflussung* auf der einen Seite und für Kernfragen sozialpolitischer Gestaltung auf der anderen Seite geschärft werden. Verbraucher, die diesen beiden Gruppen zuzuordnen sind, verfügen in der Regel über eine geringe Marktkompetenz und eine geringe Ausstattung mit kulturellem Kapital und finanziellen Ressourcen. Hier stellt insbesondere die Entwicklung allgemeiner Konsum- oder Verbraucherkompetenzen eine Herausforderung dar. Zu den Kompetenzen müssten die Beschaffung von notwendiger produkt- und konsumrelevanter Information, das Wissen über Qualitätskriterien von Produkten und Dienstleistungen, das Einholen von Preisen und Angeboten, die Auseinandersetzung mit den eigenen (auch langfristigen) Bedarfen und Bedürfnissen sowie das reflektierte Umgehen mit (bisweilen) aggressivem Marketing und unseriösem Geschäftsgebaren gehören. Den gestiegenen Verantwortlichkeiten können in diesen Gruppen oft fehlende oder unzureichende Kompetenzen zur adäquaten Problembewältigung gegenüber stehen. Dies meint nicht nur Wissensdefizite, sondern Defizite bei den beschriebenen Verbraucherkompetenzen sowie Defizite in der Kommunikationsfähigkeit, die es den Mitgliedern dieser Gruppe erschweren können, ihre Konsumentenrolle aktiv und vernehmbar wahrzunehmen. Diese Defizite können sich unmittelbar darauf auswirken, ob es überhaupt zu einer Handlung auf Wohlfahrtsmärkten kommt. Die stärkere Gestaltungsmöglichkeit von Versorgungsprozessen, die den Verbrauchern politisch als Option eingeräumt wurde, geht einher mit einer eher quasiunternehmerischen Orientierung. Diese Belastung indes kann auf der kognitiven und volitionalen Ebene in den Gruppen 2 und 3 schlicht in Überlastung umschlagen.

Vor diesem Hintergrund benötigen insbesondere die Gruppen zwei und drei neutrale und unabhängige Information und Beratung, die ihnen die Last der Entscheidung wenigstens teilweise abnehmen kann. Hier geht es einmal um das Vermitteln von Basisinformationen sowie zum anderen um die Konzeption niedrig schwelliger beziehungsweise zielgruppenspezifischer Angebote (Jüngere, Ältere, niedrigere Bildungsniveaus, Migrationshintergrund, kostenlose Angebote). Zudem kann vermutet werden, dass schriftliche Informationen, in welcher Form auch immer, für eher problematische Gruppen wenig Effekt entfalten und ferner Online-Informationen zum einen hohe Anforderungen an die Eigenständigkeit und Selbstverantwortung stellen und zum anderen so aufbereitet werden müssten, dass sie an den Lebenswirklichkeiten der besonders betroffenen unteren Bildungs- und Einkommensgruppen, aber auch der älteren Marktteilnehmer ansetzen.

Die Grenzen der Verbraucherpolitik scheinen dort erreicht, wo es nicht mehr um das tatsächliche *Wollen* der Bürger geht, sondern um ihr faktisches *Können*, das heißt ihre finanziellen Möglichkeiten (Gruppe 3). Verbraucherpolitik hiermit zu betrauen, hieße, sie tendenziell zu überfrachten. Verbraucherpolitik kann hier im Wesentlichen die Rolle einer Mahnerin vor riskanten, die Leistungsfähigkeit vollends überfordernden finanziellen Aktivitäten oder Angeboten einnehmen. Aus dem Blickwinkel sozialer Gerechtigkeit und sich vertiefender sozialer Ungleichheit müssen hier primär *sozialpolitische* Grundfragen gelöst werden, etwa eine bessere finanzielle Ausstattung der unteren Einkommen durch eine stärkere Umverteilung innerhalb der Sozialversicherungsinstitutionen oder durch explizite steuer- und lohnpolitische Maßnahmen. Erst auf der Basis einer solchen finanziellen Befä-

higungspolitik käme die Verbraucherpolitik wieder ins Spiel – und mit ihr die Grundidee der Fairness und Chancengleichheit auf Wohlfahrtsmärkten. Denn ansonsten bleiben die neuen Handlungs- und Entscheidungsräume, vor allem für die typische Sozialstaatsklientel, Fiktion.

Literaturverzeichnis

- Allensbach und MLP (2007): *MLP Gesundheitsreport 2007*. Berlin.
- Ausschuss für Sozialschutz (2008): The Social Protection Committee: Privately Managed Funded Pension Provision and their Contribution to Adequate and Sustainable Pensions, 20.10.2008 (abrufbar unter: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection_committee/final_050608_en.pdf).
- Bernhard, Sarah, Katrin Hohmeyer, Eva Jozwiak et al. (2008): *Aktive Arbeitsmarktpolitik in Deutschland und ihre Wirkungen*. IAB-Forschungsbericht 2/2008. Nürnberg.
- Blomquist, Paula (2004): The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s. *Social Policy and Administration*, 33 (2), 139–155.
- BMAS (2006): Die Wirksamkeit moderner Dienstleistungen am Arbeitsmarkt – Bericht 2006 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Wirkung der Umsetzung der Vorschläge der Kommission Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Berlin.
- Bonell, Chris und Matthew Hilton (2002): Consumerism in Health Care: The Case of a U.K. Voluntary Sector HIV Prevention Organization. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 13 (1), 27–46.
- Börsch-Supan, Axel, Anette Reil-Held und Daniel Schunk (2008): Saving Incentives, Old-age Provision and Displacement Effects: Evidende from the Recent German Pension Reform. *Journal of Pension Economics and Finance*, 7 (3), 295–319.
- Bruttel, Oliver (2005): Delivering active labour market policy through vouchers: Experience with training vouchers in Germany. *International Review of Administrative Services*, 71 (3), 391–404.
- Bundesagentur für Arbeit (2008): Statistik – Ausgewählte arbeitsmarktpolitische Instrumente. Jahreszahlen 2008–2007. Nürnberg.
- Etgeton, Stefan (2004): Wie be- und entlastet das GKV-Modernisierungsgesetz die Patienten und Versicherten aus Verbrauchersicht? *Die Krankenversicherung*, 5/2004, 129–132.
- Frommert, Dina (2008): Zur Evaluation der Bildungskampagne „Altersvorsorge macht Schule“. *Deutsche Rentenversicherung*, 3/2008, 327–342.
- Gerlinger, Thomas (2009): Wettbewerb und Patientenorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Roman Böckmann (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb*. Wiesbaden, VS Verlag, 19–41.
- Geyer, Johannes und Viktor Steiner (2009): Zahl der Riester-Renten steigt sprunghaft – aber Geringverdiener halten sich noch zurück. *Wochenbericht des DIW Berlin*, Nr. 32, 534–541.
- Greß, Stefan, Bernhard Braun, Heinz Rothgang und Jürgen Wasem (2008): Kassenwechsel zur Durchsetzung von Versicherteninteressen? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von GKV-Versicherten. *Soziale Sicherheit*, (57) 1, 12–17.
- Hagemann, Sabine, Werner Sörgel und Eberhard Wiedemann (2004): Vermittlungsgutscheine nach § 421g SGB III. IAB-Forschungsbericht 1/2004. Nürnberg.

- IZA, DIW Berlin und infas (2006): Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission. Modul 1b: Förderung beruflicher Weiterbildung und Transferleistungen Bericht 2006 für das Bundesministerium für Arbeit. Bonn.
- Kruppe, Thomas (2008): *Selektivität bei der Einlösung von Bildungsgutscheinen*. IAB Discussion Paper 200817. Nürnberg.
- Lamping, Wolfram und Markus Tepe (2009): Vom Können und Wollen der privaten Altersvorsorge. Individuelle Determinanten der Inanspruchnahme der Riester-Rente (im Review-Verfahren bei der *Zeitschrift für Sozialreform*).
- M+M Management + Marketing Consulting GmbH (2008): *Versichertenbarometer 2008*. Kassel.
- Nullmeier, Frank (2002): Auf dem Weg zu Wohlfahrtsmärkten? In: Werner Süß (Hrsg.): *Deutschland in den neunziger Jahren. Politik und Gesellschaft zwischen Wiedervereinigung und Globalisierung*. Opladen, Leske + Budrich, 269–281.
- o. V. (2007): Gesundheitsreform tritt in Kraft. *Süddeutsche Zeitung* vom 1.4.2007. www.sueddeutsche.de
- Pfeiffer, Friedhelm und Henrik Winterhager (2006): *Selektivität und direkte Wirkungen von Vermittlungsgutscheinen: Empirische Befunde aus der Einführungsphase*. Discussion Paper No. 06-017. Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW). Mannheim.
- Pfeiffer, Ulrich, Reiner Braun, Andrea Grimm und Markus Schmidt (2007): *Altersvorsorge in Deutschland. Verloren im Dschungel der Möglichkeiten*. Deutsches Institut für Altersvorsorge, Köln.
- Psychonomics AG (2007): *Health Care Monitor 2007*. Halbjahresreport Herbst. Köln.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), ADMED GmbH und HCB (2009): *Pflegeheim Rating Report 2009*. Essen.
- Schmähl, Winfried (2003): Wem nutzt die Rentenreform? Offene und versteckte Verteilungseffekte des Umstiegs zu mehr privater Altersvorsorge. *Die AngestelltenVersicherung*, 50 (7), 349–363.
- Schneider, Hilmar (2006): Die Förderung der beruflichen Weiterbildung und ihre Reform. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 75 (3), 85–96.
- Schneider, Hilmar und Arne Uhendorff (2006): Die Wirkung der Hartz-Reform im Bereich der beruflichen Weiterbildung. *Zeitschrift für ArbeitsmarktForschung*, 39 (3–4), 477–490.
- Taylor-Gooby, Peter (1999): Markets and Motives. Trust and Egoism in Welfare Markets. *Journal of Social Policy*, 28 (1), 97–114.
- Ulrich, Kirsten, Rainer Riedel, Markus Rolle und Madeleine Worringer (2008): Leitfaden Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherungen. Institut für Medizin-Ökonomie und Medizinische Versorgungsforschung, Rheinische Fachhochschule Köln, Köln.
- Verbraucherzentrale Bundesverband (2006): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Erster Teil: Gesetzliche Krankenversicherung. Berlin.
- Verbraucherzentrale Bundesverband (2008): Verbraucherkompetenz frühzeitig fördern – mehr Alltagspraktisches in die Schulen! Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zur Verankerung der Verbraucherbildung in der Schule. Berlin.
- Viebrok, Holger und Ralf K. Himmelreicher (2001): *Verteilungspolitische Aspekte vermehrter privater Altersvorsorge*. Arbeitspapier 17/2001. Zentrum für Sozialpolitik. Bremen.
- Winkel, Rolf (2007): Mehr Risiken als Chancen: Die neuen Wahl-Tarife der gesetzlichen Kassen. *Soziale Sicherheit*, (56) 3, 110–112.

Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB), infas et al. (2006): Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission – Modul 1a. Bericht für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin, Bonn.