

HBS – Projekt „Inanspruchnahmeprobleme“ (Nr. 2012-607-4)

Markus Holler, Ernst Kistler, Constantin Wiegel

**Inanspruchnahme und Verteilungseffekte gesellschaftlich
notwendiger Dienstleistungen**

INIFES - Internationales Institut
für Empirische Sozialökonomie gGmbH
Haldenweg 23
D-86391 Stadtbergen

Tel.: +49 821 24 36 94 0
Fax: +49 821 43 25 31

E-Mail: info@inifes.de
WEB: www.inifes.de

Bericht vom März 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Lebenslagenrelevanz von und Teilhabefragen bei gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen – einige praktische Beispiele	4
1.2	Umfang und Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für Sachleistungen.....	5
1.3	Bezug zu aktuellen Debatten in Wissenschaft und Politik	11
1.4	Begrifflichkeiten und Definitionen	13
1.4.1	Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen und öffentliche Sachleistungen	13
1.4.2	Inzidenzanalysen.....	15
1.4.3	Teilhabechancen als theoretischer Rahmen	20
1.5	Methodische Vorbemerkungen.....	22
1.5.1	Analyse von Inanspruchnahmeunterschieden.....	22
1.5.2	Wichtige soziodemographische Unterscheidungsmerkmale	22
1.5.3	Vergleich der tatsächlichen Inanspruchnahme mit einer rein altersabhängigen Zurechnung im Rahmen der partiellen Ausgabeninzidenzanalysen.....	24
2	Gruppenspezifische Inanspruchnahme ausgewählter gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen	26
2.1	Kinderbetreuung.....	27
2.1.1	Öffentliche Ausgaben für Kinderbetreuung.....	28
2.1.2	Partielle Ausgabeninzidenzanalyse.....	30
2.1.3	Forschungsstand zur Inanspruchnahme	33
2.1.4	Deskriptive Ergebnisse	36
2.1.5	Multivariate Analysen.....	38
2.1.6	Zusammenfassung	43
2.2	Schulbesuche.....	46
2.2.1	Öffentliche Ausgaben für Schulen.....	46
2.2.2	Partielle Ausgabeninzidenzanalyse.....	49
2.2.3	Forschungsstand zur Inanspruchnahme	54
2.2.4	Deskriptive Ergebnisse	55
2.2.5	Multivariate Analysen.....	56
2.2.6	Zusammenfassung	59
2.3	Ärztliche Leistungen	61
2.3.1	Öffentliche Ausgaben im Bereich gesundheitlicher Leistungen...	61
2.3.2	Forschungsstand zur Inanspruchnahme	63
2.3.3	Deskriptive Ergebnisse	65
2.3.4	Multivariate Analyse.....	69
2.3.5	Gründe der Nichtinanspruchnahme	72

2.3.6	Zusammenfassung	77
2.4	Präventive gesundheitliche Leistungen.....	79
2.4.1	Öffentliche Ausgaben im Bereich Prävention und Früherkennung.....	79
2.4.2	Forschungsstand zur Inanspruchnahme.....	81
2.4.3	Deskriptive Ergebnisse	83
2.4.4	Multivariate Analysen.....	85
2.4.5	Zusammenfassung	87
2.5	Kulturelle Angebote	88
2.5.1	Öffentliche Ausgaben im Bereich Kultur	88
2.5.2	Forschungsstand zur Inanspruchnahme kultureller Angebote	90
2.5.3	Deskriptive Ergebnisse	92
2.5.4	Multivariate Analysen.....	95
2.5.5	Zusammenfassung	96
3	Gestaltungshinweise für gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen	97
3.1	Gesundheitsangebote	97
3.2	Kinderbetreuungsangebote.....	101
3.3	Schulbesuche.....	103
3.4	Kulturelle Teilhabe.....	105
4	Fazit und Ausblick	108
5	Literaturverzeichnis	113

1 Einleitung

1.1 Lebenslagenrelevanz von und Teilhabefragen bei gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen – einige praktische Beispiele

Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen (oder einfacher und im Folgenden auch synonym so gebraucht: Öffentliche Sachleistungen) haben zum einen immer sachpolitische Ziele (z. B. Bildung bei Schulen), zum anderen aber auch mehr oder weniger offensichtliche sozialpolitische Ziele. Dass öffentliche Sachleistungen wichtig für die Lebenslage der Menschen sind, ist unmittelbar einsichtig: Es ist für meine Lebenslage wichtig, ob ich im Krankheitsfall auch eine Behandlung erhalte oder nicht. Es ist lebenslagenrelevant, ob meine Kinder in eine subventionierte Kinderbetreuungseinrichtung, in eine „kostenlose“ Schule etc. gehen oder ob ich die finanziellen Kosten dafür selbst tragen muss.

Mit dieser Feststellung verbunden stellen sich eine Reihe von Fragen wie die folgenden: Wie viel sind solche Leistungen „wert“, wenn man sie einzeln oder zusammen dem Nettoeinkommen der privaten Haushalte hinzurechnet? Was geht den privaten Haushalten verloren, wenn solche Sachleistungen wegfallen bzw. privatisiert werden etc.?

Dass hinter diesen Fragen ein zweiter Problem- und Fragenkomplex steht, nämlich eine Verteilungsfrage – „Wem nützt der Staat?“ – ist nicht so unmittelbar einsichtig. Lange Zeit wurde in der Finanzwissenschaft davon ausgegangen, dass öffentliche Dienstleistungen vor allem sozial schwächeren Gruppen nützen oder zumindest verteilungsneutral sind (vgl. Skarpelis-Sperk 1978a, S.18). Öffentliche „Güter“, so eine der Definitionen in der Finanzwissenschaft, zeichnen sich gerade dadurch aus, dass niemand von ihrer Inanspruchnahme ausgeschlossen wird. Trifft das aber zu?

Es ist offensichtlich, dass dem nicht so ist. Vom öffentlichen Nahverkehr über die Inanspruchnahme von Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen bis hin zum hochsubventionierten Kulturbetrieb ist zumindest auf den zweiten Blick ersichtlich, dass es gruppenspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme öffentlicher Sachleistungen gibt. Weniger offensichtlich ist hingegen, welche Nutzungshemmnisse der Inanspruchnahme von gesellschaftlich notwendigen – und der Theorie nach frei verfügbaren – Dienstleistungen entgegenstehen und welche Bevölkerungsgruppen von ihnen betroffen sind. Die Feststellung einer sozial ungleich verteilten Nutzung von gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen führt zu einer Reihe weiterer Fragen: Einerseits: Wer erhält wie viel an „Wert“ durch solche Leistungen? Wie verändern sich dadurch die absoluten und relativen Lebenslagen bzw. – in Geld bewertet – die Einkommenspositionen? Sinkt durch eine solche „fiktive“ Anrechnung auf die Einkommen der Anteil

der Armen in der Bevölkerung? Andererseits: Was wäre zu tun, um die gruppenspezifischen Unterschiede in den Vorteilen aus öffentlichen Sachleistungen zu überwinden oder zumindest abzumildern?

Der vorliegende Bericht fasst Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Inanspruchnahme-probleme bei gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen“ für die Hans-Böckler-Stiftung (Projekt 2012-007-4) zusammen. Bevor dies geschieht, soll an dieser Stelle kurz gezeigt werden, dass die vorstehend genannten Fragen nicht nur akademischer Natur sind, sondern im Schnittpunkt einiger aktueller wissenschaftlicher und politischer Debatten von großer praktischer Relevanz liegen. Auch muss einleitend dargelegt werden, was sich aus diesen Debatten für die Definition bzw. Abgrenzung „gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen“ bzw. „öffentlicher Sachleistungen“ ergibt.

1.2 Umfang und Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für Sachleistungen

Die praktische Relevanz von öffentlichen Sachausgaben ergibt sich bereits daraus, dass ihr Umfang einen beträchtlichen Anteil am Bruttoinlandsprodukt ausmacht. Zugleich sind „wesentliche Elemente für die materielle Wohlfahrt privater Haushalte [...] im verfügbaren Einkommen nach dem Ausgabenkonzept nicht enthalten, sondern werden [...] als soziale Sachtransfers des Staates [...] den Haushalten unentgeltlich zur Verfügung gestellt.“ (Schwahn und Schwarz 2012, S.832). Eine umfassende Übersicht aller staatlicher und von den Parafisci erbrachten Dienstleistungen in Form von Sachleistungen, im Sinne der dafür getätigten Ausgaben und nach funktionaler Differenzierung (für Bildung, Gesundheit, Alter etc.) liegt jedoch weder auf nationaler Ebene noch in der europäischen Statistik vor.

Dennoch kann zumindest für konkrete öffentliche Sachausgaben (z. B. Kindergartenbesuch, Arztbesuch, Ausgaben je Schüler in verschiedenen Schularten etc.) und Funktionen mit einigermaßen befriedigender Genauigkeit angegeben werden, was „der Staat“ dafür ausgibt und worüber damit die Bürger/Haushalte zusätzlich zu ihrem Haushaltsnettoeinkommen „verfügen“ (können).

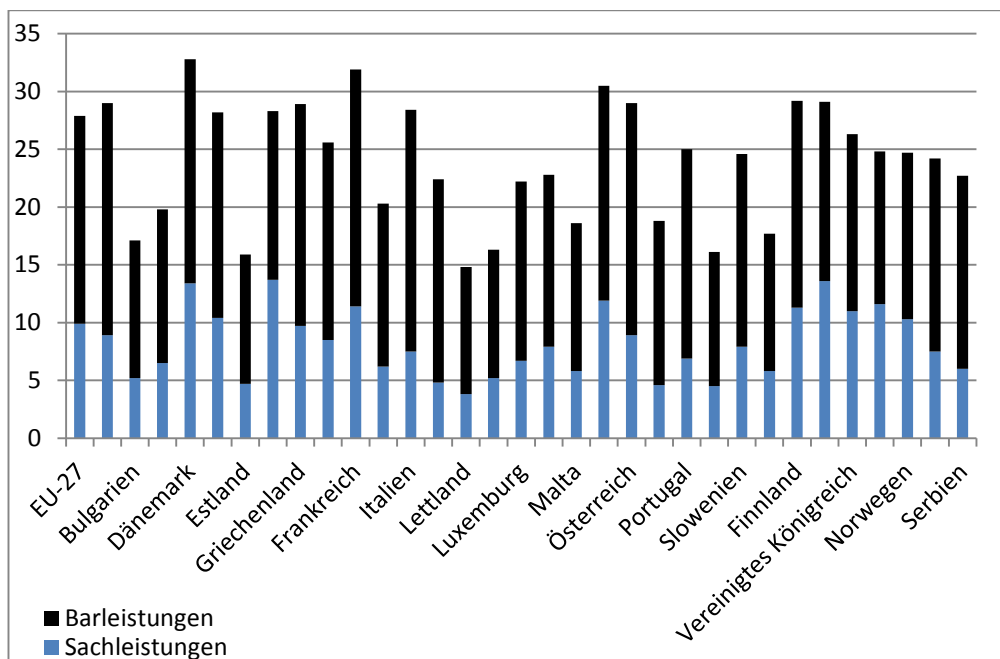
Im Folgenden wird zunächst, auch mit einem Blick auf die Entwicklung in Europa, ein Überblick über entsprechende Zahlen gegeben, um einen Eindruck von der Bedeutung der gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen, gemessen an den dafür getätigten Aufwendungen, zu erhalten.¹ Die nachfolgenden Überblicke konzentrieren sich vor allem auf die öffentlichen Sachleistungen im sozialen Bereich, im Gesundheits- und Erziehungswesen, von denen einige ausgewählte später empirisch untersucht werden.

¹ Das ist einerseits auch deshalb notwendig, weil die – häufig kostenlosen – öffentlichen Sachleistungen im Alltagsdenken eher als Selbstverständlichkeit wahrgenommen und damit tendenziell unterbewertet werden. Andererseits steht bei diesem Thema immer der von Mythen (bzw. Interessen) geprägte Streit über zu viel versus zu wenig Staat im Hintergrund.

Die Erfassung der „Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse“ in der EU beinhaltet neben den Gesundheitsdienstleistungen die Leistungen einerseits aus den Systemen der „[...] sozialen Sicherung, die elementare Lebensrisiken absichern, und andererseits Dienstleistungen, die individuelle Hilfe für Einzelpersonen leisten [...] wie etwa Sozialhilfediensleistungen, Beschäftigungs- und Ausbildungsdienstleistungen sowie Dienstleistungen im Bereich von Sozialsicherungen, Kinderbetreuung und Langzeitpflege“ (Europäische Kommission 2008, S. 11).

Im Jahr 2010 machten die Ausgaben für Leistungen in diesen Bereichen in Deutschland knapp 30 Prozent des Bruttoinlandsprodukts aus, davon gut ein Drittel für Sachleistungen. Wie die Darstellung 1.1 zeigt, liegt sowohl der Gesamtanteil als auch der Anteil der Sachleistungen in Deutschland leicht über dem Durchschnitt der EU-27-Länder. Bei den Leistungen insgesamt rangiert Deutschland auf Platz 6, bei den Sachleistungen allein auf Platz 8.² Dabei gibt es eine Tendenz, dass Länder mit einem höheren Anteil dieser Sozialausgaben am Sozialprodukt auch einen höheren Anteil an Ausgaben für Sachleistungen aufweisen.

Darstellung 1.1: Öffentliche Sozialausgaben in Geld- und Sachform als Anteil am Bruttoinlandsprodukt in den Ländern der EU-27 im Jahr 2010 (Angaben in Prozent)



Quelle: Europäische Kommission 2012a, S. I-12.

² Statistiken wie die oben genannte unterliegen nach ihrer Erstveröffentlichung normalerweise mehreren Korrekturen. So verwundert es nicht, dass der Sozialbericht der Bundesregierung (vgl. Deutscher Bundestag 2013, S. 161) leicht andere Werte zu o. g. Gegenstand enthält (danach rangiert Deutschland 2010 mit einer Sozialleistungsquote von 30,7 Prozent europaweit beispielsweise auf Platz 4 (EU-Durchschnitt: 29,4 %)).

Nach Angaben der Europäischen Kommission (2012a, S. I-12 f) sind diese Ausgaben auf europäischer Ebene zwischen 2007 und 2009 bei den Sachleistungen mit einer durchschnittlichen Rate von 5,4 Prozent pro Jahr gestiegen, vor allem im Gesundheitsbereich. Zwischen 2009 und 2010 lag der Zuwachs aufgrund der krisenbedingten Haushaltsengpässe nur noch bei 0,9 Prozent.

Für Deutschland weist die European Commission (2013, S. 324 f) in der ersten Hälfte des letzten Jahrzehnts nur den geringsten Zuwachs (preisbereinigt) der realen öffentlichen Sachleistungen im Sozialbereich (und ebenso der monetären Sozialtransfers) aller 27 EU-Länder aus. 2009 ist bei den Geld- und Sachleistungen ein krisenbedingter³ Zuwachs zu verzeichnen, der aber geringer als im Durchschnitt der EU-27- und ebenso der EU-17-Staaten ausfiel. 2010 stagnierten die Werte praktisch; 2011 gab es dann einen deutlichen Rückgang, der 2012 aber nur marginal war⁴.

Das in Deutschland vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen der Sozialberichte erstellte Sozialbudget folgt einer anderen Systematik. So werden auch Sozialleistungen der Unternehmen und Sozialleistungen zwischen privaten Haushalten einbezogen. Das Sozialbudget differenziert dabei die Ausgaben und Einnahmen nach Quellen, Institutionen, Arten und Funktionen.

Laut Sozialbudget 2012 (vgl. Deutscher Bundestag 2013b, S. 174) ist der Anteil der Sachleistungen am Bruttoinlandsprodukt zwischen 1991 und 2012 (vorläufige Werte) von 7,8 auf 10,6 Prozent gestiegen; bis 2017 wird ein weiterer Anstieg auf 11,1 Prozent geschätzt. Dies sind deutlichere Zuwächse als bei den sogenannten periodischen bzw. Einkommensleistungen oder auch bei den Verwaltungsausgaben. Für 2012 wird von einem Betrag von 279,1 Mrd. Euro ausgegangen. Der Anteil der Sachleistungen an allen Sozialschutzleistungen ist nach diesen Zahlen von 30,1 Prozent im Jahr 1991 auf 35,7 Prozent im Jahr 2012 gestiegen. Bis zum Jahr 2017 wird ein weiterer Anstieg auf 37,4 Prozent vorausgeschätzt (ebenda, S. 174). Hauptursache dafür sind – nach Institutionen differenziert – die Zuwächse bei der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung⁵, Bereiche also, denen gemeinhin allein aufgrund des demografischen Wandels ein starkes Wachstum vorhergesagt wird (sowohl hinsichtlich der nötigen Ausgaben als auch der daraus resultierenden Beschäftigung). Die genannten Steigerungsraten und Beträge zeigen jedenfalls die hohe Bedeutung, die den öffentlichen Sachausgaben im Sozialbereich zukommt.

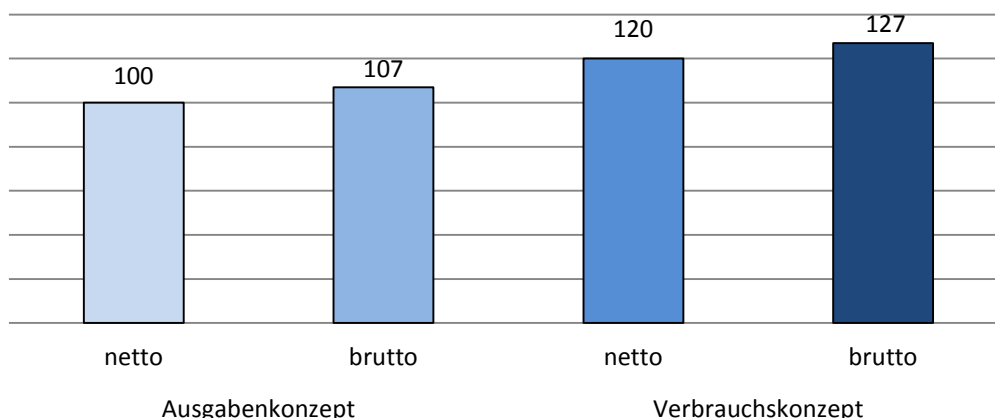
³ „In 2009 a 6,5 % rise in per capita social protection expenditure matched a 6,1 % drop in EU-27 GDP“ (Mossuti, Asero 2012, S. 1).

⁴ Für 2013 stellt die European Commission (2014, S. 42) fest: „In 2013, while the economic environment remained weak, most Member States registered increases in cash expenditure and relatively stable in kind expenditure“.

⁵ Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung zählen (mit Ausnahme des Krankengelds) fast ausschließlich zu den Sachleistungen.

Einen anderen, vielleicht noch plastischeren Eindruck von dieser Bedeutung vermittelt Darstellung 1.2, die auf der Ebene gesamtwirtschaftlicher Makrogrößen zeigt, wie sich das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte durch eine Erweiterung um die sozialen Sachleistungen netto und brutto⁶ verändert, wenn die Ausgaben für die (weitgehend kostenlosen) sozialen Sachleistungen hinzugerechnet werden: „Die sozialen Sachtransfers sind [...] eine nicht zu vernachlässigende Größe. Aus einer gesamtwirtschaftlichen Aggregatperspektive würde ihre Einbeziehung das verfügbare Einkommen privater Haushalte nach Abschreibungen (Ausgabenkonzept) in Deutschland um rund 20 % erhöhen. Um dem Rechnung zu tragen wird [...] auch das verfügbare nach dem Verbrauchskonzept ausgewiesen, das diese sozialen Sachtransfers einschließt.“ (Schwahn 2014, S. 832).⁷

Darstellung 1.2: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte 2011 ohne und mit sozialen Sachtransfers (Ausgabenkonzept netto = 100).



Quelle: Schwahn 2014, S. 833.

Die Europäische Kommission hat 2013 (S. 384 ff.) für die Mitgliedstaaten Zeitreihen zur Entwicklung des preisbereinigten verfügbaren Bruttoeinkommens des Sektors Private Haushalte vorgelegt (vgl. Darstellung 1.3). Die Darstellung enthält drei Zeitreihen, indexiert auf das Basisjahr 2000: Reale (d. h. preisbereinigte Größen) für das Bruttoinlandsprodukt, die verfügbaren Bruttoeinkommen der privaten Haushalte⁸ sowie die um die öffentlichen Sachleistungen in den Bereichen Erziehung, Gesundheit und Soziale Sicherung bereinigten (d. h. erhöhten) verfügbaren Bruttoeinkommen der privaten Haushalte. Deutschland gehört zu den fünf von insgesamt 23 EU-Ländern, für die diese

⁶ Die Begriffe „brutto“ und „netto“ beziehen sich hier nicht auf die Terminologie des Steuersystems, sondern auf die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung: Im Sinne der VGR unterscheiden sich Brutto- und Nettogrößen durch die Berücksichtigung von Kapitalverbrauch (Abschreibungen) und Subventionen.

⁷ An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Implikationen eines so erweiterten Einkommenskonzeptes für die Verteilungsanalyse methodisch noch nicht hinreichend diskutiert sind.

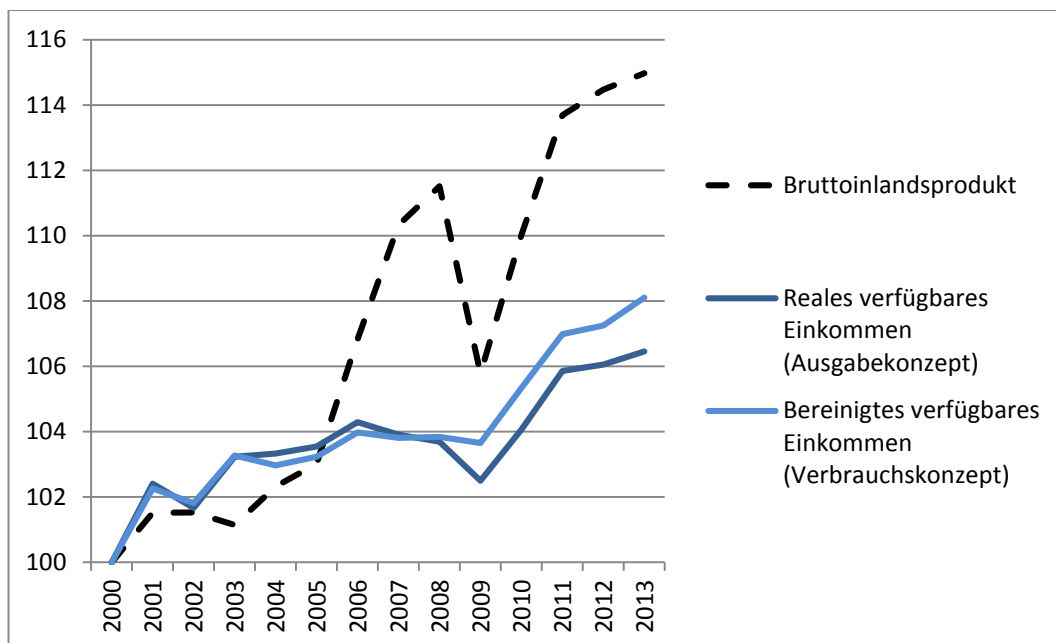
⁸ Arbeitnehmereinkommen, Unternehmens- und Vermögenseinkommen der Haushalte, empfangene Sozialleistungen abzüglich geleisteter Sozialbeiträge, direkte Steuern und andere Transfers.

Analyse durchgeführt werden konnte, in denen die verfügbaren realen (monetären) Einkommen der privaten Haushalte deutlich hinter der Entwicklung des realen Bruttoinlandsprodukts zurückgeblieben sind.⁹ Das zeigt, dass das Wirtschaftswachstum nicht bei der breiten Mehrheit der Haushalte angekommen ist (vgl. Europäische Kommission 2014a). Diese Entwicklung seit Mitte des letzten Jahrzehnts wurde zwar durch die Finanz- und Wirtschaftskrise 2009 unterbrochen, hat sich aber nach 2009 wieder deutlich verstärkt. Die bereinigten Bruttoeinkommen (monetäre Einkommen plus die Sachleistungen für Erziehung, Gesundheit und soziale Sicherung) haben sich ab dem Jahr 2009 (Sondersituation Wirtschaftskrise) etwas besser entwickelt als die reinen monetären Markteinkommen, aber weitaus schwächer als das reale Wachstum des Bruttoinlandsprodukts. Dies bedeutet, dass ab dem Jahr 2008– im Unterschied zu den Jahren 2005–2008 – Wohlstandszuwächse bei den Haushalten durch öffentliche Sachleistungen zu verzeichnen sind. Gleichzeitig deutet Darstellung 1.3 aber an, dass in Deutschland auch über gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen kaum eine Verteilung der Bruttoinlandsproduktzuwächse hin zu den verfügbaren Einkommen der Haushalte erfolgt. Es muss an dieser Stelle betont werden, dass es sich bei den gezeigten Entwicklungen um die volkswirtschaftlichen Aggregatgrößen handelt und (noch) nicht um eine Verteilungsanalyse. Vor dem Hintergrund einer funktionalen¹⁰ und personalen Einkommensverteilung, die zu einer immer stärkeren Einkommenskonzentration (und Vermögenskonzentration) bei den Kapitaleinkommen und beim obersten Hundertstel reicher Haushalte führt, muss diese Ebene jedoch mit beachtet werden. Dies gilt auch in Deutschland, wo die Einkommens- und Vermögensverteilung (noch) nicht so ungleich ist wie z. B. in den USA (vgl. Picketty 2014), aber doch auch eine Tendenz in dieser Richtung unbestreitbar besteht.

⁹ Neben Deutschland trifft dies auf Tschechien, Polen, Slowenien und die Slowakei zu.

¹⁰ Die funktionale Einkommensverteilung bezeichnet die Verteilung des Bruttoinlandsprodukts auf die Faktoren Arbeit und Kapital.

Darstellung 1.3: Entwicklung des realen Bruttoinlandsprodukts, der realen verfügbaren Bruttohaushaltseinkommen und der bereinigten verfügbaren Bruttohaushaltseinkommen der privaten Haushalte in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2013 (Angaben in Prozent, Index 2000 = 100)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2013)

* Monetäre Einkommen plus Sachleistungen für Erziehung, Gesundheit und soziale Sicherung.

Deutschland hat, wie oben gezeigt (vgl. Darstellung 1.1), mit einer Quote der Sozialausgaben von rund 30 Prozent des Bruttoinlandsprodukts einen Platz im oberen Mittelfeld unter den EU-Staaten. Von einem – wie manche (insbesondere wirtschaftsliberale) Kreise behaupten – überproportionalen Wachstum der Ausgaben in dieser Richtung, der angesichts des steigenden Bedarfs (z. B. im Kontext der Anpassung an sich demografisch bedingt ausdünnende Regionen, einer alternden Gesellschaft, einer Gesellschaft mit einer zunehmenden Zahl an Single-Haushalten, einer Wirtschaft mit zunehmenden Bildungsanforderungen usw.) notwendig wäre, kann aber schon seit Jahren, spätestens seit Mitte des letzten Jahrzehnts nicht mehr gesprochen werden¹¹. Warum dies so ist, ist nicht Gegenstand dieses Berichts (z. B. Steuerreformen zu Gunsten hoher Einkommen und Vermögen, Entlastung der Betriebe durch faktische Aufgabe der paritätischen Finanzierung der Altersvorsorge usw., Schuldenbegrenzung der öffentlichen Haushalte). Vielmehr soll an dieser Stelle nur darauf hingewiesen werden, dass es begründete Annahmen für die Thesen gibt, dass der Bedarf an gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen (einschließlich Infrastrukturleistungen) nicht ausreichend befriedigt wird, und dass zu bezweifeln ist, dass der Markt diese – bzw. noch

¹¹ So weist die Europäische Statistikbehörde Eurostat z. B. für 2008 bezogen auf den EU-27-Durchschnitt einen leicht unterdurchschnittlichen Anteil der sozialen Sachleistungen am BSP in Deutschland aus (vgl. Puglia 2011, S. 5).

mehr Probleme in effektiver und sozial akzeptabler Weise lösen könnte. Jeweils umgekehrt ist ebenso zu fragen: Wem nützt es, wenn sich der Staat aus bisherigen Aufgaben zurück zieht, bzw. was verschlechtert sich für welche Haushalte, wenn gesellschaftlich notwendige Leistungen nicht mehr erbracht würden?

1.3 Bezug zu aktuellen Debatten in Wissenschaft und Politik

Die Diskussion über die Lebenslagen- und Verteilungseffekte öffentlicher Sachleistungen wurde in Deutschland in den 1960er und 1970er Jahren des vergangenen Jahrhunderts unter der Überschrift „Verteilungswirkungen staatlicher Realtransfers“ schon einmal recht intensiv geführt (Henke 1975; vgl. z. B. Hanusch und et. al. 1982). Auslöser war die Vorstellung, man könne durch mehr öffentliche Sachleistungen die Lebenssituation schwächerer sozialer Gruppen verbessern und auf diesem Weg Armut und Ungleichheit in der Gesellschaft entgegenwirken (vgl. Skarpelis-Sperk 1978b). In Deutschland wurden und werden in verschiedenen Politikbereichen seit Jahrzehnten Debatten geführt, die bei genauerem Hinsehen sehr stark um diese Vorstellung kreisen. Beispielsweise die Diskussion um eine Umorientierung der Familienpolitik auf mehr und verbesserte Infrastrukturangebote für Kinder (Krippen, Kindertagesstätten) im Gegensatz zu monetären Transferleistungen. Dazu zählen auch Debatten um das „Bildungspaket“ und das „Betreuungsgeld“. Als weiteres Beispiel können hier die verschiedensten Reformdebatten im Gesundheitswesen um Kostenerstattungen versus Sachleistungsgewährung, aber auch um Selbstbehalte etc. genannt werden.

Seit einigen Jahren flammt die Diskussion um „Social services of general interest“ und die Forschung dazu insbesondere seitens der OECD und der Europäischen Kommission wieder verstärkt auf. Im Kontext der Europa 2020-Strategie wird betont, dass es bei den „Services of general interest“ und speziell bei den „Social services of general interest“ um mehr geht als nur um Ausschreibungsbedingungen staatlicher Auftragsvergaben und einen Schutz privater Unternehmen vor Wettbewerbsverzerrungen durch den Staat: „In areas such as health care, childcare or care for the elderly, assistance to disabled persons or social housing, these services provide an essential safety net for citizens and help promote social cohesion“ (European Commission 2011a, S. 2). In periodischen Berichten stellt die Kommission zu diesen Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse (SDAI) Daten zur Entwicklung in den Ländern bereit, um im Sinne der Methode der Offenen Koordinierung aus den Erfahrungen einzelner Länder heraus Anregungen für die nationalen Politiken zu geben. Sie äußert sich darin aber auch programmatisch im hier interessierenden Sinne: „Insgesamt bestätigen die Erkenntnisse, dass die Bedeutung der SDAI in den modernen Sozialpolitiken zunimmt und dass SDAI im Rahmen des allgemeinen Zugangs und der Solidarität Chancen für alle schaffen“ (Europäische Kommission 2008, S. 7).

Parallel dazu wurden im Auftrag der Europäischen Kommission und der europäischen Statistikbehörde (Eurostat) umfangreiche Forschungen zum Thema Verteilungseffekte von öffentlichen Sachleistungen („transfers in kind“) initiiert (vgl. z. B. Aaberge u. a. 2010b; Matsaganis, Verbist 2009). Diese haben dann zu Verteilungsanalysen für verschiedene Arten von öffentlichen Sachleistungen in den Europäischen Sozialberichten geführt. Ein wichtiges Ergebnis daraus ist, „that, in a large majority of countries, in-kind-transfers are pro-poor“ (European Commission 2011, S. 107), d. h. sie verbessern die Lebenslage besonders der schwächeren sozialen Gruppen. Allerdings ist auch zu konstatieren, dass sich bei solchen Verteilungsanalysen immer noch erhebliche konzeptionelle, methodische und datenseitige Probleme stellen, die eine umfassende und methodisch zufriedenstellende Analyse aller öffentlicher Sachleistungen unmöglich machen.

Mit vorangebracht wird das (neu entflammte) Interesse an den Lebenslagen- und Verteilungseffekten gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen durch eine andere bedeutende Debatte in Wissenschaft und Politik (vgl. z. B. Minty, Lessaer 2014): Ebenfalls stark in Richtung der Europa-2020-Strategie hat sich eine kritische Sicht auf die Aussagekraft des Bruttonettoprodukts als Wohlfahrtsmaß verstärkt. Insbesondere im Gefolge des Gutachtens der Internationalen Expertenkommission um die Nobelpreisträger Robert Stiglitz und Amartya Sen wurde betont, dass eine ökonomische Indikatorik ohne Berücksichtigung von Haushaltsproduktion, Freiwilligenengagement und mit nur einer inputbezogenen, auf Kosten beschränkten Bewertung öffentlicher Sachleistungen sowie ohne Verteilungsanalyse zu kurz greift (vgl. etwa auch Deutscher Bundestag 2013a, S. 231 ff.). Ähnlich der „Stiglitz-Sen-Fitoussi-Kommission“ ist in diesem Zusammenhang auch die vom deutschen Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität – Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und gesellschaftlichem Fortschritt“ zu nennen (Deutscher Bundestag 2013b).

Parallel zur großen Aufmerksamkeit, die die Thematik „Beyond GDP“ (vgl. European Commission 2009) in letzter Zeit in der EU erlangt hat, ist auch das Bestreben gewachsen, in Sozialberichten bzw. Armuts- und Reichtumsberichten verstärkt die Teilhabe unterschiedlicher sozialer Gruppen an öffentlichen Sachleistungen zu behandeln. Speziell der von Amartya Sen und Martha Nußbaum propagierte Ansatz einer Betrachtung von sogenannten Teilhabe- und Verwirklichungschancen erweist sich dabei als attraktiv. Dieser „Capability-Ansatz“ unterscheidet zwischen den von Individuen realisierten Lebenslagen („functionings“) und den ihnen offenstehenden und schwerer zu erfassen den Verwirklichungschancen („capabilities“) (vgl. im Überblick Volkert und Schneider 2011). Auf der Ebene der Europäischen Sozialberichte und begleitender Sozialberichterstattung (vgl. European Commission 2011b) wurden Verteilungsanalysen in diesem Sinne vorangetrieben, aber auch national in Ländern wie z. B. Österreich. Stellvertretend dafür sei nachfolgend exemplarisch ein Ergebnis aus dem Sozialbericht für die Republik Österreich genannt: „Nur eine Gesamtsicht der Einkommen der Haushalte

einerseits und des Volumens und der Art des Zugangs zu öffentlichen Diensten andererseits bietet eine realistische Sicht der jeweiligen Teilhabemöglichkeiten [...] In vielen Fällen wird mit der Ausweitung der Sachleistungen und der sozialen Dienste ein wirkungsvollerer Beitrag zur sozialen Teilhabe als durch Erhöhung der monetären Leistungen geleistet“ (BMASK 2009, S. 13).

Im deutschen 4. Armuts- und Reichtumsbericht wurde diese Herangehensweise wieder aufgegeben: „Nachdem im 2. und 3. Armuts- und Reichtumsbericht versucht wurde, in Abgrenzung zu Teilhabechancen auch die Verwirklichungschancen (nach Amartya Sen) empirisch zu fundieren, musste festgestellt werden, dass dies nicht im erwarteten Maße möglich ist“ (Deutscher Bundestag 2013a, S. 50). Dabei gibt es, wie dieser 4. Armuts- und Reichtumsbericht selbst zeigt, speziell für den Bereich Erziehung/Bildung, durchaus wichtige Forschungen z. B. aus der Bildungssoziologie, die es erlauben, die Thematik der Teilhabe- und Verwirklichungschancen differenzierter auszuleuchten. Für andere Bereiche öffentlicher Sachleistungen gilt ähnliches, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß der datenseitigen Differenzierbarkeit bzw. Fundierbarkeit. Trotz der existierenden Schwierigkeiten, die bei der Analyse von Verwirklichungschancen auch tatsächlich bestehen, gibt es aber nach wie vor auch in Deutschland Berichtsansätze – z. B. im Rahmen der „Berichterstattung zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Deutschland“ (vgl. Bartelheimer, Kädtler (2012, S. 55) – die das Konzept der „Verwirklichungschancen“ weiterhin verfolgen.

1.4 Begrifflichkeiten und Definitionen

1.4.1 Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen und öffentliche Sachleistungen

Was gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen bzw. öffentliche Sachleistungen sind, ist politisch ebenso umstritten, wie es definitorisch unterschiedlich gehandhabt wird. Der politische Streit um das, was unter gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen zu fassen ist, wird in Deutschland entlang der Debatten um die „Daseinsvorsorge“ geführt, wobei darauf hinzuweisen ist, dass „Daseinsvorsorge“ über den üblichen Dienstleistungsbegriff hinausgeht und beispielsweise auch Wasserver- und entsorgung (Kanalisation etc.) mit einschließt. Vor allem Kommunalpolitiker bestehen darauf, dass es bestimmte Arten von Gütern bzw. Dienstleistungen gibt, die sogenannte „Daseinsvorsorge“, welche einer Gemeinwohlorientierung bedürfe und die daher den Zugriff des Staates erfordere und nicht dem Markt überlassen werden sollte. Sie verweisen dabei darauf, dass diese Daseinsvorsorge, von Ernst Forsthoff im Kontext seiner Unterscheidung von Leistungs- und Eingriffsverwaltung eingeführt, vom Markt nur um den Preis eines Verzichts auf die Gemeinwohlorientierung bereitgestellt würde (und daher in öffentlicher Hand bleiben sollte) (vgl. Schäfer 2007, S. 2). Der Bundesverband der Deutschen Industrie insistiert dagegen mit Bezug auf Infrastrukturleistungen wie

Verkehr, Ver- und Entsorgung etc.: „Bundesländer und Gemeinden nutzen den unscharfen Begriff der Daseinsvorsorge vor allem als Deckmantel für eine Ausweitung der wirtschaftlichen Betätigung der öffentlichen Hand ... Die Politik fällt zurück in überwunden geglaubte staatswirtschaftliche Strukturen“ (BDI 2007, S. 34).

Diesen unterschiedlichen Sichtweisen auf Betätigungsfelder von Staat und Markt entsprechend ist auch auf wissenschaftlicher Seite keine einheitliche Abgrenzung gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen oder des umfassenderen Begriffs der Daseinsvorsorge zu finden. Ebenso besteht für den, von uns in dieser Studie synonym zu gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen gebrauchten Begriff der öffentlichen Sachleistungen keine entsprechende Einigkeit, was auch an der Vielfalt der einschlägig relevanten Fachdebatten bzw. der unterschiedlichen Politikfelder liegt. Je nach Politikfeld (bzw. je nach Forschungstradition) werden für die betrachteten Gegenstände andere, ganz unterschiedliche Termini verwendet: Realtransfer, öffentliche Güter, Daseinsvorsorgeleistungen, Infrastruktur. Als Arbeitsdefinition für den vorliegenden Bericht erachten wir die Begriffe „gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen“ bzw. „öffentliche Sachleistungen“ als die geeignetsten: Der erste Terminus unterstreicht den Anspruch, dass diese Leistungen für das Funktionieren einer modernen Gesellschaft unverzichtbar und mit einem sozialen Anspruch verbunden sind, den der Markt nicht bieten kann (Nichtausschlussprinzip und Abgabe zu günstigen Konditionen gerade an bedürftige einkommensschwache Gruppen sowie eine – relative – Versorgungssicherheit). Damit ist auch das Ideal benannt, vorhandene nutzer- oder angebotsseitige Hemmnisse, die dem Nichtausschlussprinzip oder dem sozialen Anspruch im Wege stehen – unter Berücksichtigung der Autonomie und Entscheidungsfähigkeit der Individuen – abzubauen. Der zweite, im vorliegenden Bericht synonym zu gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen verwendete Begriff der „öffentlichen Sachleistungen“ verbindet die öffentliche Art der Bereitstellung (was nicht bedeuten muss, dass die Erstellung des Gutes nicht privatwirtschaftlich erfolgen kann wie z. B. im Straßenbau, bei der Leistung von Ärzten und Kindertagesstätten etc.) mit dem Charakter der Leistung in Sach- und nicht in Geldform.

Wir verstehen im Folgenden – auch wenn wir uns bei den Analysen auf einzelne Sachleistungen beschränken – unter gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen bzw. öffentlichen Sachleistungen prinzipiell alle Güter und Dienstleistungen, die von öffentlichen Stellen (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungen) bereitgestellt werden und in Sachform erfolgen. In einem weiten Verständnis schließt dies auch alle sogenannten Kollektivgüter bzw. Infrastruktureinrichtungen mit ein, die aber aus praktischen Gründen (Datenverfügbarkeit, aktuelle Relevanz, Gestaltungsspielräume hinsichtlich einer gleichverteilten Nutzung) in den nachfolgenden Analysen nicht untersucht werden. Ihren Wert bestimmen wir entsprechend der dafür von der öffentlichen Hand bzw. den Parafisci, speziell den Sozialversicherungen, aufgewendeten Mittel in Geldeinheiten. Das bedeutet, dass ihr Wert unbenommen der Finanzierungsseite (nach

dem Nonaffektationsprinzip¹² gezahlte Steuern oder für die Leistungen zu zahlende Gebühren) bestimmt wird.

Leimeister und Peters (2012) unterteilen gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen in die vier Bereiche soziale Dienstleistungen (Gesundheit, Pflege, Weiterbildung, Betreuung), Dienstleistungen der sozialen Sicherheit, Infrastrukturdienstleistungen (vorgehaltene Infrastrukturen wie Wasserversorgung Verkehrs-, Energie- und, IKT-Netze) und sicherheitsfördernde Dienstleistungen (Polizei, Justiz etc.). Die im Bericht näher untersuchten gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen bzw. öffentlichen Sachleistungen Kinderbetreuung, Schulbesuche sowie Aspekte von ärztlichen und präventiven gesundheitlichen Leistungen sowie von kultureller Teilhabe zählen demnach zu den sozialen Dienstleistungen.

Letztlich ist (noch dazu in der Perspektive länderübergreifender Vergleichbarkeit) die Suche nach einer erschöpfenden wissenschaftlichen Definition und Abgrenzung wahrscheinlich auch gar nicht sinnvoll – denn die Entscheidung darüber, was Staatsaufgabe ist und was dem Markt überlassen sein soll, ist eine politische Entscheidung. Sie geht idealiter im Spannungsfeld von Sozialstaatsgebot und Wirtschaftsfreiheit vom Volke aus.

1.4.2 Inzidenzanalysen

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Analysen zu den Verteilungseffekten öffentlicher Sachleistungen in den letzten Jahren wieder (gerade auf internationaler Ebene: OECD, EU) verstärkt durchgeführt werden und vor welchem Hintergrund dies stattfindet (z. B. erweiterte Wohlfahrtsmessung; Verteilungs- und Sozialberichterstattung, die über die monetäre Dimension hinausgeht; ordnungspolitischer Disput über mehr gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen, aber auch Privatisierungsbestrebungen).

Methodisch ausgedrückt werden im vorliegenden Bericht für zwei ausgewählte Bereiche (Kinderbetreuung und Schulbesuche) partielle, statische Ausgabeninzidenzanalysen durchgeführt. Vereinfacht gesagt geht es um die Ermittlung der fiktiven Einkommensströme (vgl. Kasten), die bestimmten Gruppen privater Haushalte aus einzelnen gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen zugerechnet werden können.

¹² Das Nonaffektationsprinzip bezeichnet das Verbot der Zweckbindung von öffentlichen Einnahmen.

Einige Begrifflichkeiten

Öffentliche Sachleistungen sind Teil des sogenannten Transfersystems. Transfers sind Übertragungen zwischen privaten Haushalten und dem Staat (inkl. Sozialversicherung¹³). Positive Transfers fließen in Geld- oder Sachform (als öffentliche Sachleistungen) an die privaten Haushalte; negative Transfers als Steuern und andere Abgaben an den Staat. Transfers verändern die Einkommensverteilung, d. h. sie entfalten sogenannte Inzidenzwirkungen. Bei den in den Kapiteln 2.1.2 und 2.2.2 durchgeführten Analysen handelt es sich um sogenannte partielle Ausgabeninzidenzanalysen, die sich auf die Verteilungseffekte der Ausgabenseite¹⁴ beschränken und nur die Effekte bestimmter öffentlicher Sachleistungen betrachten (partielle Ausgabeninzidenz). Das bedeutet, die Frage, wer diese Leistungen finanziert (v. a. bezogen auf allgemeine Steuern und Sozialbeiträge) bleibt außerhalb der Betrachtung.¹⁵

Gebühren und Beiträge spielen bei öffentlichen Sachleistungen eine große Rolle, speziell auch als potenzielle Hindernisse in der Inanspruchnahme für schwächere soziale Gruppen. Gleiches gilt für die weiteren privaten Ausgaben, die nötig sind, um die öffentliche Sachleistung überhaupt zu nutzen (z. B. Raumüberwindungskosten). Dementsprechend werden diese „Eigenbeiträge“ dort untersucht, wo es um Ursachen der (Nicht-) Inanspruchnahme und daraus abzuleitende Gestaltungserfordernisse geht (vgl. Kapitel 4). Statisch ist die Analyse insofern, als sie sich empirisch nur auf die direkten Inzidenzwirkungen einer Periode beschränkt und z. B. keine Folgewirkungen in späteren Perioden betrachtet. Solche „dynamischen“ Wirkungen können zweifellos sehr bedeutend sein, z. B. die Effekte des Besuchs einer Kinderbetreuungseinrichtung auf den späteren Schulerfolg, auf die Arbeitsmarktchancen oder Lebenseinkommen (Stichwort: Bildungsrenditen¹⁶).

Zentrale Analyseschritte einer derartigen Ausgabeninzidenzanalyse sind

- die Erfassung und Bewertung sowie
- die Zurechnung der betrachteten öffentlich bereitgestellten Sachleistung auf die privaten Haushalte.

Die *Erfassung* und *Bewertung* öffentlicher Sachleistungen sind trotz einer ausgebauten Finanzstatistik gerade in föderalen Systemen mit zusätzlich noch freien Trägern keinesfalls trivial¹⁷ (vgl. Schilling 2004; Hetmeier et al. 2007). Es sind in jedem Fall Kom-

¹³ Daneben gibt es z. B. auch Transfers zwischen privaten Haushalten.

¹⁴ Bei einer gleichzeitigen Betrachtung der gesamten Einnahmen- und Ausgabenseite spricht man von Budgetinzidenzanalysen.

¹⁵ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei den meisten Ausgabenansätzen der öffentlichen Haushalte private Beiträge nicht enthalten sind. Im Rahmen der partiellen Ausgabeninzidenzanalysen ist es daher nicht notwendig, private Finanzierungsanteile „herauszurechnen“.

¹⁶ Diese können wiederum in individuelle und gesellschaftliche Effekte unterschieden werden.

¹⁷ Dies gilt angesichts veränderter Haushaltsystematiken noch mehr bei Zeitvergleichen und – trotz entspre-

promisse und pragmatische Entscheidungen zu treffen, z. B.: Inwieweit bzw. sind überhaupt Verwaltungskosten (bis hin zu den mittelgebenden Haushalten auf anderen föderalen Ebenen) einzurechnen? Wie werden Investitionskosten eingerechnet? Sind bei verbeamteten Bediensteten fiktive Pensionsrückstellungen zu berücksichtigen?

Neben vielen solchen Fragen können prinzipiell noch grundsätzlichere Überlegungen gerade zur Bewertungsproblematik angestellt werden¹⁸. In Übereinstimmung mit allen relevanten einschlägigen Studien – insbesondere von Seiten der EU und der OECD – wird die Bewertung der öffentlichen Sachleistungen in der vorliegenden Studie anhand der Ausgaben der öffentlichen Haushalte für die jeweiligen gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen vorgenommen. Als Datengrundlage werden die entsprechend abgestimmten Statistiken zu den öffentlichen Ausgaben des Statistischen Bundesamtes (wie die Bildungsausgabenrechnung) verwendet (vgl. im Detail Abschnitt 2.1.2 und 2.2.2). Im Wesentlichen gehen alle vorliegenden Studien diesbezüglich genauso vor. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf diesen Ansatz der Bewertung öffentlicher Sachleistungen.

Eine größere Vielfalt an Ansätzen findet sich dagegen in der Literatur bezüglich der *Zurechnung*. Das Spektrum der angewandten Zurechnungsverfahren reicht dabei von der „klassischen“, aber zu vereinfachenden Annahme, öffentliche Sozialleistungen kämen allen Personen bzw. Haushalten in gleichem Maße zu Gute bis zur Zurechnung der öffentlichen Sachleistungen auf Personen bzw. Haushalte anhand detaillierter Daten zu ihrer gruppenspezifischen Inanspruchnahme, wie in diesem Bericht.

Dass die Unterstellung von generell allen Personen gleichermaßen zu Gute kommenden öffentlichen Sachleistungen nicht stimmt, ist evident. Man denke beispielhaft nur an den hochsubventionierten Betrieb der Opernfestspiele in Bayreuth. Jedoch gibt es eine Reihe öffentlicher Sachleistungen, die zumindest annähernd den Charakter öffentlicher Güter haben¹⁹: Niemand wird von den Wohlfahrtseffekten eines Schutzes durch die Polizei oder eines funktionierenden Rechtssystems ausgeschlossen, diese gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen kommen allen Bürgern idealtypisch gleichermaßen zu Gute (Vorhaltefunktion)²⁰.

chender Bemühungen um auch international einheitliche Zahlenwerke – mit nochmals viel größeren Problemen bei internationalen Vergleichen.

¹⁸ In der Literatur wurden – vor allem in der Vergangenheit – neben der Bewertung von Sachleistungen anhand der Erstellungskosten auch andere Ansätze diskutiert: z. B. Marktpreise vergleichbarer privater Dienstleistungen oder auch die Zahlungsbereitschaft der Nutzerhaushalte (vgl. z.B. Hanusch 1976; Asam 1978).

¹⁹ Das wird in der Finanzwissenschaft (vgl. z.B. Musgrave 1969) mit den Eigenschaften einer Nichtausschließbarkeit und einer Nichtrivalität des Konsums begründet.

²⁰ Das gilt, wie die Rechtsstatsachenforschung belegt, aber nicht in jedem Fall und hängt z. B. auch ein Stück weit davon ab, dass – praktisch formuliert – die Polizei in Arbeitervierteln genauso intensiv patrouilliert wie in Villenvierteln.

Zu Vorhaltefunktionen und Teilhabechancen

Bei der Zurechnung öffentlicher Sachleistungen entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme ist Folgendes zu bedenken (z. B. bei Gesundheitsdienstleistungen): Die Wohlfahrtsrelevanz gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen für die privaten Haushalte entfaltet sich nicht alleine und in manchen Bereichen sogar nicht primär über den Akt der Inanspruchnahme. Von der Polizei bis zur Feuerwehr ist deren schlichtes Vorhandensein im Notfall der eigentliche Kern der Leistung. Die Versorgungssicherheit – zu bezahlbaren Konditionen oder umsonst – ist bei solchen Sachleistungen der wichtigste wohlfahrts- und lebenslagenrelevante Faktor.

Im Sinne des Ansatzes der Verwirklichungschancen von Sen kann man insofern das Vorhandensein bzw. die räumliche Erreichbarkeit von gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen (mit ausreichenden Kapazitäten) wie Kindertagesstätten, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen als Teilhabechance interpretieren und weitergehend nach den Verwirklichungschancen und den dabei bestehenden gruppenspezifischen Unterschieden fragen (vgl. 1.4.3).

Je nach betrachtetem Gegenstandsbereich ist die Vorhaltefunktion öffentlicher Sachleistungen von größerer oder geringerer praktischer Relevanz. Insbesondere ist sie bei Infrastrukturdienstleistungen und Sicherheitsdienstleistungen gegeben. Fast alle neueren Studien konzentrieren sich auf einzelne Ausschnitte der staatlichen Leistungen (partielle Ausgabeninzidenz), speziell auf die Bereiche Erziehung/Bildung, Gesundheit und Soziale Sicherung²¹. Dennoch erfolgt die Zurechnung öffentlicher Sachleistungen in diesen Studien meist nicht anhand von Daten zum tatsächlichen gruppenspezifischen Inanspruchnahmeverhalten. In der Mehrheit der Untersuchungen wird die Zurechnung vielmehr anhand „unterstellter“ Inanspruchnahmемuster vorgenommen. Dies bedeutet, dass z. B. Bildungsausgaben den Haushalten entsprechend ihrer altersdifferenziierten Kinderzahl zugerechnet werden und Gesundheitsausgaben entsprechend der Altersstruktur der Haushalte, da das Auftreten von Krankheiten vor allem mit dem Alter variiert (vgl. z.B. OECD 2011). Diese Methode der Zurechnung ist sicher sinnvoller als die Annahme, öffentliche Sachleistungen würden allen Personen/Haushalten gleichermaßen zu Gute kommen und sie hat auch pragmatische Gründe, da in den oft international vergleichend angelegten Studien die nötigen differenzierten Inanspruchnahmedaten nur lückenhaft zur Verfügung stehen (im Gegensatz zu den viel besser vergleichbaren Daten zu Altersstrukturen). Für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung können solche fiktive Zurechnungsschlüssel angesichts der zu untersuchenden Gruppenspezifität jedoch keinesfalls zufriedenstellend sein. Es geht ja vielmehr gerade um die

²¹ Ausnahmsweise beschäftigen sich z. B. Bischoff und Heck (2001) mit den Bereichen Sport, Freizeit und Kultur. Sie rechnen dabei die Ausgaben entsprechend der Nutzung zu, die sie im Übrigen nicht auf Basis von Befragungen zum Freizeitverhalten ermitteln, sondern auf der Grundlage der Zeitbudgetstudien.

über altersspezifische Inanspruchnahmeunterschiede hinausgehenden gruppenspezifischen Muster der (Nicht-) Inanspruchnahme²² – und diese sind unbestreitbar vorhanden (vgl. Kapitel 2).

Die entsprechenden Forschungen befinden sich in mancher Hinsicht noch in einem experimentellen Stadium. Sie stehen noch vor vielfältigen Problemen. Grundlegend sind zwei Vorgehensweisen bzw. Interpretationen von partiellen Inzidenzanalysen zu unterscheiden. Die erste Möglichkeit ist es, öffentliche Sachleistungen als Wohlfahrtsgewinn der Haushalte bzw. Personen zu interpretieren, die sie in Anspruch nehmen. Dies ist nicht bei allen öffentlichen Sachleistungen in gleichem Maße sinnvoll.²³ Die zweite grundlegende Analysestrategie fragt danach, wohin die öffentlichen Ausgaben fließen (vgl. Schwahn 2014).²⁴ Im Vordergrund steht bei letzterem Ansatz also die Verteilungsfrage der Ausgaben der öffentlichen Haushalte, die aber nicht mit der daraus resultierenden Ungleichheit in der Wohlfahrt gleichgesetzt wird. Daher können mit diesem Ansatz prinzipiell alle öffentlichen Sachleistungen untersucht werden, während die Interpretation als Wohlfahrtsgewinn nicht bei allen öffentlichen Sachleistungen möglich bzw. in unterschiedlichem Maße strittig ist. Dies liegt vor allem an der fehlenden Kenntnis sowie der mangelnden Quantifizierbarkeit und Vergleichbarkeit aller jeweils relevanten Wohlfahrtseffekte. Die Erstellungskosten sind nicht immer in gleichem Maß ein geeigneter Indikator für Wohlfahrtseffekte. Beispielsweise ist es schwierig den Nutzen des Schulbesuchs zu bestimmen, ohne die daraus folgenden, zukünftigen Wohlfahrtsgewinne (z. B. höheres Einkommen, Beschäftigungssicherheit) zu kennen. Noch größer ist diese Bewertungsproblematik z. B. im Fall der Kinderbetreuung. Mit Blick auf den Gesundheitsbereich ist festzuhalten, dass man den Kranken (Nutzern) die öffentlichen Gesundheitsausgaben nicht als Wohlfahrtsgewinn im Vergleich zu gesunden Personen an- bzw. zurechnen kann (vgl. Schwahn 2014). Im Vergleich zu anderen – unter ansonsten gleichen Bedingungen – kranken Personen ohne Zugang zu diesen Leistungen wäre eine Interpretation als Wohlfahrtsgewinn hingegen denkbar. Unabhängig von den Schwierigkeiten einer solchen Interpretation von öffentlichen Sachleistungen als Wohlfahrtsgewinn kann eine Verteilungsanalyse der Frage nachgehen, welchen Bevölkerungsgruppen die entsprechenden öffentlichen Ausgaben zufließen. Wenn es z. B. gruppenspezifische Inanspruchnahmeunterschiede im Gesundheitswesen gibt, oder wenn in Ländern die Krankenversicherung nicht flächen- oder nicht ausreichend leistungsdeckend ist, besteht ein Verteilungsproblem, zu dem die Quantifizierung dieser Verteilung in der Form von Geldströmen weitere Erkenntnisse liefern kann. Beispielsweise könnten Hinweise darauf gewonnen werden, welche Kosteneffekte es

²² Auch die Erreichbarkeit/Raumüberwindungskosten können ein bedeutender gruppenspezifischer Grund der (Nicht-)Inanspruchnahme sein (vgl. Kapitel 2 und 4).

²³ Unter anderem hat auch die Wahl der Bewertungsmethodik der öffentlichen Sachleistungen einen gewissen Einfluss darauf (vgl. Fußnote 18).

²⁴ Vorausgesetzt wird hier, dass als Ansatz die Bewertung von Sachleistungen anhand der Erstellungskosten gewählt wurde (vgl. oben).

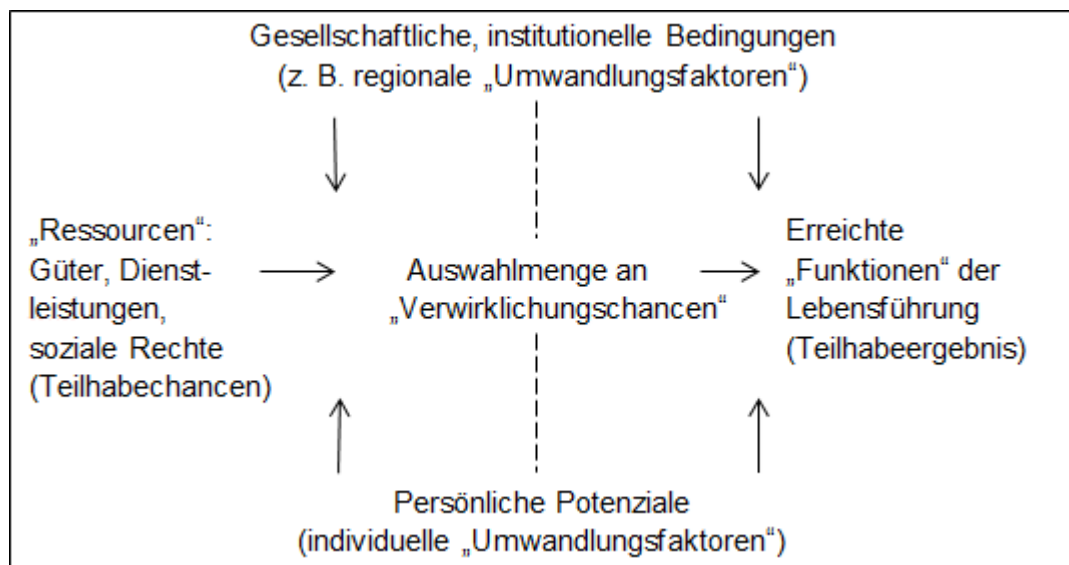
hätte, wenn sich die Krankheitslast oder die Inanspruchnahme einer betroffenen Gruppe auf das Niveau einer Vergleichsgruppe angleichen würde.

Die nachfolgend durchgeführten Analysen sollen sowohl die Vorgehensweise einer Verteilungsanalyse öffentlicher Sachleistungen anhand einiger solcher Leistungen aufzeigen, als auch – und vor allem – die Untersuchung von Inanspruchnahmeunterschieden ausgewählter öffentlicher Sachleistungen demonstrieren. Da im Vordergrund der vorliegenden Untersuchung die Frage der Inanspruchnahme steht, beschränken wir uns hier darauf, auf die Implikationen einer – ebenfalls wünschenswerten – umfassenderen Verteilungsanalyse (vollständigen Budgetinzidenzanalyse) und die dabei aufzuwerfenden theoretischen und methodischen Fragen hinzuweisen. Diese Themen stehen auf der Agenda groß angelegter internationaler Forschungen und Fachdebatten – konsensuale Fortschritte bleiben jedoch ebenso abzuwarten wie konsensfähige Positiv – oder zumindest Negativdefinitionen.

1.4.3 Teilhabechancen als theoretischer Rahmen

Im Rahmen der „Berichterstattung zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Deutschland“ haben Bartelheimer und Kädtler (2012, S. 55) das Konzept der „Verwirklichungschancen“ von Amartya Sen folgendermaßen adaptiert:

Darstellung 1.4: Von Teilhabechancen zum Teilhabeergebnis



Quelle: Eigene Darstellung in enger Anlehnung an Bartelheimer, Kädtler 2012, S. 56.

Angewendet auf unser vorliegendes Problem der Verteilungseffekte öffentlich bereitgestellter Sachleistungen bedeutet dies vereinfacht ausgedrückt: Teilhabechancen (lin-

ker Teil der Abbildung) sind als prinzipielle Verfügbarkeit/Bereitstellung dieser Sachleistungen zu verstehen. Ihre Inanspruchnahme bzw. der bewusste, reflektierte freiwillige Verzicht darauf (Teilhabeergebnis, rechter Teil der Abbildung) hängt von den bestehenden Verwirklichungschancen ab. Diese werden, in der Begrifflichkeit von Sen, durch individuelle und gesellschaftlich-institutionelle Umwandlungsfaktoren geprägt. Das Teilhabeergebnis (gruppenspezifisch betrachtet) wäre nicht nur in der tatsächlichen Inanspruchnahme – oder eben auch Nichtinanspruchnahme – zu sehen, sondern je nach Reichweite der Betrachtung auch darin, welche Folgen dies hat (z. B. im Sinne der aus einer Bildungsteilhabe resultierenden Einkommen über das gesamte Leben).

Bartelheimer und Kädtler (ebenda 2012, S. 56) weisen zu Recht auf eine für diese Betrachtungsweise notwendige normativ-politische Entscheidung hin: „Für die Bewertung von Teilhabeergebnissen kommt es entscheidend darauf an, ob der normative Individualismus des Chancenansatzes politisch ein negatives oder ein positives Vorzeichen bekommt. Betont man die gesellschaftliche Verantwortung für Teilhabe, so erfordern die ‚substantiellen Freiheiten‘, die es Menschen erlauben, ein mit Gründen erstrebtes Leben zu führen‘ (Sen 2002, S. 110), vor allem gesellschaftlich vermittelte Ressourcen und Rechte. In dieser Perspektive wird man sehr ungleiche Teilhabeergebnisse, etwa bei den erworbenen Kompetenzen und Bildungsabschlüssen, als Anzeichen für mangelnde Chancengleichheit in gesellschaftlichen Institutionen, etwa im Bildungssystem, auffassen. Sens Intention würde verfälscht, wollte man Menschen als Unternehmer ihrer Verwirklichungschancen auffassen und mit ihren Teilhaberisiken allein lassen, um ihnen eine benachteiligte Lebenslage als individuelles Verschulden oder Versagen zuzuschreiben.“

Bei Betrachtung des Forschungsstandes in Bezug auf die in den vorliegenden Studien erzielten Ergebnisse, kann summarisch festgehalten werden: Im Ergebnis weisen alle vorliegenden Untersuchungen eine hohe Wohlfahrts- bzw. Lebenslagenrelevanz öffentlich bereitgestellter Sachleistungen nach. Hinsichtlich der Verteilungseffekte sind die Ergebnisse weniger einheitlich – je nach gewähltem Zurechnungsverfahren und je nach in die Analyse einbezogenen Leistungsbereichen (vgl. auch Kistler und Schneider 2012; Förster und Verbist 2012).

1.5 Methodische Vorbemerkungen

1.5.1 Analyse von Inanspruchnahmeunterschieden

Die Inanspruchnahme gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen wird im vorliegenden Bericht zunächst bivariat mit einfachen Kreuztabellen untersucht. Dabei wird jeweils der Zusammenhang einer relevanten Variable zur Inanspruchnahme dargestellt.

Die multivariaten Berechnungen erlauben es darüber hinaus, den Einfluss mehrerer relevanter Merkmale gleichzeitig zu analysieren und ihr Zusammenspiel zu beschreiben. Multivariate Analysen unterscheiden sich von einfachen deskriptiven Analysen dadurch, dass mit Ihnen Zusammenhänge („A hat einen Einfluss auf B“) untersucht werden können, eine Richtung angegeben werden kann („A erhöht die Wahrscheinlichkeit von B“) und dass gleichzeitig mehrere Merkmale geprüft werden können („A beeinflusst B unter der Kontrolle von C“). Letzterer Aspekt ist sehr wichtig, da Merkmale häufig nicht klar zu trennen sind, z.B. bei der Frage ob die Einkommenshöhe einen Einfluss hat oder der Bildungsgrad (da Bildungsgrad und Einkommen sehr stark miteinander korrelieren). Gegenüber der häufig anzutreffenden Darstellung von Odds Ratios werden die Effektstärken der Einflussvariablen im vorliegenden Bericht mittels marginaler Effekte (Marginal Effects at the Means) angegeben, die den Vorteil einer Interpretation in der Form von Prozentwerten bzw. Wahrscheinlichkeiten haben (vgl. Best und Wolf 2010). Die unabhängigen Variablen wurden zu diesem Zweck in Gruppen eingeteilt und sind im Vergleich zur nicht dargestellten Gruppe, der sogenannten Referenzkategorie zu interpretieren. Die dargestellten Variablenkategorien geben dabei den Effekt an, den das Vorliegen der jeweiligen Kategorie im Vergleich zur Referenzkategorie hätte, wenn alle anderen im Modell enthaltenen Variablen durchschnittlich ausgeprägt wären.

1.5.2 Wichtige soziodemographische Unterscheidungsmerkmale

Nachfolgend werden kurz die wichtigsten soziodemographischen Kategorien vorgestellt, die bei den anschließenden multivariaten Analysen zur Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit sowie den partiellen Ausgabeninzidenzanalysen verwendet werden und möglicherweise einer Erklärung²⁵ bedürfen.

Nettoäquivalenzeinkommen

Das Nettoäquivalenzeinkommen wird über das Haushaltsnettoeinkommen berechnet, wobei die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen sowie deren Alter bei der Be-

²⁵ Vergleiche für Definitionen und Berechnungsgrundlagen das Glossar des Statistischen Bundesamtes unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/Begriffserlauterungen/Nettoaequivalenzeinkommen_EVS.htm

rechnung über verschiedene Gewichtungsfaktoren berücksichtigt werden. Die Gewichtungsfaktoren repräsentieren die unterschiedlichen Bedürfnisse der Personen im Haushalt nach neuer OECD-Skala (z.B. beträgt der Bedarf eines Kleinkindes 30 Prozent der Haupteinkommensbezieherin bzw. des Haupteinkommensbeziehers).

Armutsrisiko bzw. Armutsgefährdungsquote

Alle Personen, deren Nettoäquivalenzeinkommen 60 Prozent des Medians nicht übersteigt, gelten nach der Definition als armutsgefährdet.

Einkommensquintile

[Abkürzung nachfolgend Q1 bis Q5 bzw. Quintil 1 bis Quintil 5]

Auf Basis des Nettoäquivalenzeinkommens werden alle Personen zu Quintilsklassen zusammengefasst. Die reichsten 20 Prozent repräsentieren das fünfte Quintil (Q5), die Ärmsten 20 Prozent das erste Quintil (Q1) usw.

Anzahl der Kinder unter 14 Jahren im Haushalt

[Abkürzung nachfolgend Anzahl u14 im HH]

Kinder sind je nach Altersklassen unterschiedlich betreuungs- und kostenintensiv. So benötigen Kinder unter 14 Jahren in der Regel mehr Betreuungsaufwand von den Eltern, weshalb die Kinderzahl im Haushalt in dieser Altersgruppe als Stellvertretervariable für zeitliche Aufwendungen im Rahmen der Erziehung verwendet werden kann.

Bildungsstände bzw. Bildungsniveau: ISCED-Typologie

[Abkürzung nachfolgend ISCED 1 bis ISCED 3]

Die International Standard Classification of Education (ISCED) ist die internationale Standardklassifikation des Bildungswesens. Die insgesamt sechs Ausbildungsstufen können zu drei Bildungsständen zusammengefasst werden, welche jeweils für eine niedriges (ISCED 1), mittleres (ISCED 2) oder hohes Bildungsniveau (ISCED 3) stehen.

Migrationshintergrund

In vielen Teilhabebelangen unterscheiden sich Personen und Familien mit Migrationshintergrund von denen, die biographisch bedingt keinen Migrationshintergrund haben. Dabei gibt es unterschiedliche Möglichkeiten das Merkmal „Migrationshintergrund“ zu erfassen bzw. zu definieren. Im Sozio-oekonomischen Panel werden analog zum Mikrozensus Personen mit direktem Migrationshintergrund und Personen mit indirektem Migrationshintergrund unterschieden²⁶. Die in 0 auf Basis von EU-SILC

²⁶ Vgl. hierzu die Definition des Statistischen Bundesamtes unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Aktuell.html>

durchgeführten Berechnungen beziehen sich dagegen auf Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit („nicht-deutsch“). Grundsätzlich ist aber darauf hinzuweisen, dass das Merkmal „Migrationshintergrund“ wie auch das Merkmal „nicht-deutsch“ ein sehr grober Indikator ist. Menschen mit einem Migrationshintergrund können aus sehr unterschiedlichen Kulturen stammen, unterschiedliche Migrationserfahrungen- und Motivationen haben und sich sehr stark im Bildungsniveau unterscheiden. Dementsprechend hoch ist die Varianz innerhalb der Gruppe der Migrant/innen und Aussagen über diese Gruppe sollten – sofern es Daten erlauben – möglichst differenziert getroffen werden. Betrachtet man sich zum Beispiel den Bildungserfolg differenziert nach Migrantengruppen, so zeigt sich die angesprochene Varianz z.B. darin, dass 41,3% aller Kinder aus Migrantenfamilien aus der Russischen Föderation ein Gymnasium besuchen (Durchschnitt bei Kindern aus Familien mit deutscher Staatsangehörigkeit: 50,7%), jedoch nur 18,5% aller türkisch-stämmigen Kinder (BAMF 2014).

1.5.3 Vergleich der tatsächlichen Inanspruchnahme mit einer rein altersabhängigen Zurechnung im Rahmen der partiellen Ausgabeninzidenzanalysen

Häufig findet sich der Ansatz, bei der Analyse der Verteilungswirkung von öffentlichen Sachleistungen Verteilungsschlüssel auf Basis des Alters anzuwenden, um die nach Alter gestaffelten Ausgaben z. B. für Bildungseinrichtungen auf die Bevölkerung zu verteilen (z.B. Aaberge et al. 2011). Diese Vorgehensweise setzt voraus, dass die Inanspruchnahme von Bildungseinrichtungen neben dem Alter (zweifelloso eine wichtige Determinante für die Nutzung von Bildungseinrichtungen), von keinen weiteren Variablen in relevantem Maß beeinflusst ist. Diese Annahme ist z. B. für Grundschulen plausibel. Die Schullaufbahn nach der Grundschule – also die Entscheidung darüber, ob ein Schüler auf die Hauptschule, die Realschule, oder das Gymnasium übertritt – hängt, wie viele Studien belegen (vgl. z.B. Deutscher Bundestag 2013a, S. 77 ff), aber stark von der sozialen Herkunft der Kinder ab. Auch die Nutzung von Berufsschulen ist nicht nur durch das Alter determiniert. Ähnlich stellt sich dies – wie bei der Analyse von Inanspruchnahmeunterschieden gezeigt wird – auch bei anderen öffentlichen Sachleistungen dar.

Um die neben dem Alter wirksamen Hintergrundvariablen im Rahmen der Inzidenzanalysen zumindest teilweise zu kontrollieren, wird die Inanspruchnahme der öffentlichen Sachleistungen differenziert nach dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen betrachtet. Das Merkmal des Haushaltsnettoäquivalenzeinkommens dient dabei als Proxy-Maß für weitere Hintergrundvariablen, die sowohl mit der Inanspruchnahme von öffentlichen Sachleistungen als auch mit dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen verknüpft sind, wie z. B. soziale Herkunft, soziale Lage und Bildungstand der Eltern etc. Nur ergänzend dazu – um den Unterschied zu einer rein altersabhängigen

Zurechnung der Ausgaben zu verdeutlichen – wird berechnet, wie sich die Inanspruchnahme auf die Quintile des Haushaltsnettoäquivalenzeinkommens verteilen würde, wenn die altersabhängige Nutzung sich in allen Quintilen des Haushaltsnettoäquivalenzeinkommens gleich verteilen würde, d. h. wenn die Nutzung nur vom Alter abhängig wäre.²⁷ Der Vergleich beider Berechnungsmethoden zeigt, dass es differenziert nach Quintilen des Äquivalenzeinkommens erhebliche Abweichungen des tatsächlichen Inanspruchnahmeverhaltens und der unterstellten Zurechnung nach Altersgruppen gibt.

Partielle Ausgabeninzidenzanalysen werden im vorliegenden Bericht nur für die Bereiche Kinderbetreuung und Schulbesuche erstellt, da für die anderen analysierten Themenbereiche (ärztliche Leistungen und präventive Gesundheitsleistungen, kulturelle Teilhabe) keine zufriedenstellende Passung zwischen den Mikrodaten zur tatsächlichen Inanspruchnahme bestimmter Leistungen und den öffentlichen Ausgaben für eben diese Leistungen möglich war. Für die Analysen wurden jeweils die Erhebungsjahre verwendet, für die auch passende Informationen zu den Ausgaben für die analysierten öffentlichen Sachleistungen vorliegen. Beim Mikrozensus handelt es sich um das Scientific-Use-File (SUF) des Jahres 2009, d. h. um eine 70 Prozent-Stichprobe des vollen Datenmaterials, auf dem die von den statistischen Ämtern publizierten Ergebnisse beruhen. Daher kann es zu leichten Abweichungen der Ergebnisse von offiziell veröffentlichten Werten kommen – z. B. beim Äquivalenzeinkommen und bei den Armutsquoten. Insgesamt nähern sich die Werte aber gut an.²⁸ Für die Analysen mit den Daten des SOEP wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit ebenfalls der Datensatz aus 2009 verwendet.

²⁷ Zu diesem Zweck wird die Quote der Nutzung einer bestimmten öffentlichen Sachleistung für ein Altersjahr für alle Quintile des Haushaltsnettoäquivalenzeinkommens als gleichermaßen gültig angenommen (wodurch sich Erwartungswerte berechnen lassen). Der Vergleich dieses Ergebnisses mit der tatsächlichen Verteilung nach Haushaltsnettoäquivalenzeinkommensquintilen repräsentiert dann die Abweichungen des realen Inanspruchnahmeverhaltens von der nur altersabhängigen Gleichverteilung der Inanspruchnahme, differenziert nach Quintilen des Äquivalenzeinkommens.

²⁸ Die amtliche Sozialberichterstattung weist z. B. die haushaltsspezifische Armutsschwelle eines Einpersonenhaushalts im Jahr 2009 mit 801 Euro, die bundesweite Armutsquote mit 14,6 Prozent und den entsprechenden Gini-Koeffizienten mit 0,29 aus. Nach den vorliegenden Berechnungen mit dem Scientific-Use File 2009 liegt die bundesdeutsche Armutsschwelle – d. h. die haushaltsspezifische Armutsschwelle eines Einpersonenhaushalts – bei 803 Euro, die bundesweite Armutsquote bei 14,8 Prozent und der entsprechende Gini-Koeffizient ebenfalls bei 0,29.

2 Gruppenspezifische Inanspruchnahme ausgewählter gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen

Eine Analyse von Inanspruchnahmeunterschieden gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen setzt zum einen eine strenge Auswahl unter einer Vielzahl von staatlich geförderten Angeboten voraus, zum anderen erfordert sie eine umfangreiche Datenausgangslage, die erlaubt, Gruppenspezifika herauszuarbeiten. Die nachfolgenden Analysen betrachten individuelle und gruppenspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme

- von öffentlicher Kinderbetreuung (Kapitel 2.1)
- eines bestimmten Schultyps (Kapitel 2.2)
- von ärztlichen Leistungen (Kapitel 2.3)
- von präventiven Gesundheitsangeboten (Kapitel 2.4) sowie
- von kulturellen Veranstaltungen (Kapitel 2.5).

Die nachfolgend diskutierten Dienstleistungen wurden neben der Datenverfügbarkeit auch aufgrund ihrer gesellschaftlichen Brisanz und Wichtigkeit für das individuelle und soziale Wohlergehen ausgewählt. Beim Thema Kinderbetreuung sind Nutzeneffekte auf Seiten der Kinder und Eltern hervorzuheben. Qualitativ hochwertig betreute Kinder profitieren durch eine häufiger erfolgreichere soziale Integration und ein breiteres Spektrum an Entwicklungsmöglichkeiten. Sharma und Steiner (2008) sprechen in diesem Zusammenhang sogar von „einer Erhöhung des Schulerfolgs, einer geringeren Anzahl von Klassenwiederholungen etc. und langfristig über das höhere Bildungsniveau zu einer besseren Situation auf dem Arbeitsmarkt (erhöhte Erwerbschancen, höheres Lebenseinkommen etc.)“ (S. 22). Eltern profitieren durch einen erweiterten Optionsraum bei der Frage nach der idealen Kinderbetreuung und insbesondere Alleinerziehende und Geringverdiener können durch externe Betreuungsmöglichkeiten leichter am Arbeitsmarkt teilhaben und entlasten dementsprechend die Sozialausgaben (vgl. Sharma und Steiner 2008). Die Wahl des Schultyps determiniert in Deutschland zu großen Teilen spätere soziale und ökonomische Teilhabechancen. Neben erzielbarer Einkommens- und Arbeitsplatzsicherheit werden mit höherer Bildung zunehmend auch „weiche Faktoren“ wie besserer Gesundheitszustand, stärkerer politischer Einfluss und ein höheres ehrenamtliche Engagement in Verbindung gebracht (vgl. OECD 2014). Insofern ist die Wahl eines Schultyps eng mit Lebens- und Teilhabechancen verbunden und somit im Rahmen der Frage zu diskutieren, inwiefern die Investitionsleistungen in Bildung allen gesellschaftlichen Schichten zugutekommen und diese somit im gleichen Maße profitieren. Die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und Präventionsangebote ist unter dem Gesichtspunkt des gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen zu berücksichtigen, da die individuelle Gesundheit einen Wert an sich darstellt, sowie der Zugang zu angemessener medizinischer Versorgung als „ein wesentlicher Leite-

danke des deutschen Gesundheitssystems“ verstanden werden kann (Bremer und Wübker 2012, S. 2). Inwiefern dieser Leitgedanke bei allen gesellschaftlichen Gruppen in gleichem Maße Gültigkeit besitzt, soll ebenso untersucht werden wie auch die Inanspruchnahme kultureller Angebote. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen steht in Artikel 27: „Jeder hat das Recht, am kulturellen Leben der Gemeinschaft frei teilzunehmen, sich an den Künsten zu erfreuen und am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben.“²⁹ Trotz dieses allgemein verbürgten Rechts werden kulturelle Veranstaltungen eher einseitig von einer bestimmten Klientel besucht, während andere Bevölkerungsgruppen nie oder nur sehr selten kulturelle Angebote wahrnehmen (vgl. Renz 2014). Vor dem Hintergrund der staatlichen Investitionsleistungen soll empirisch geprüft werden, wie sich die Gruppe der Personen soziodemographisch zusammensetzt, die kulturelle Veranstaltungen (häufiger) besuchen bzw. die kaum oder nie diese Angebote wahrnehmen.

Im Rahmen von Inzidenzanalysen wird geprüft, ob ein Verteilungseffekt durch die vom Staat bereitgestellten Mittel nachgewiesen werden kann, also ob bestimmte Haushalte staatliche Leistungen stärker in Anspruch nehmen und so mehr von der staatlichen Förderung profitieren als andere. Dabei muss einschränkend erwähnt werden, dass aufgrund der komplexen Datenanforderung im vorliegenden Kapitel nur für die Themenbereiche Kinderbetreuung und Schulbesuch partielle Inzidenzanalysen durchgeführt wurden³⁰.

2.1 Kinderbetreuung

Vor dem Hintergrund des Bildungsauftrags von Kindertageseinrichtungen und der gesellschaftlich geforderten Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit, rückte das Thema formeller bzw. institutionalisierter Förderung und Betreuung, insbesondere von Kindern im Kleinkind- und Schulalter, in den vergangenen Jahren sowohl in der Politik, in der medialen Berichterstattung, als auch in der Wissenschaft verstärkt in den Vordergrund (Hank et al. 2004; Kreyenfeld und Krapf 2013; Leu 2012). Die Möglichkeit eine externe Kinderbetreuung in Anspruch zu nehmen ermöglicht vielen Familien bzw. Elternteilen (Vollzeit-)erwerbstätig zu sein. Damit angesprochen ist insbesondere die Vereinbarkeitsproblematik von Müttern, aber auch die Reduktion von Armutsrisiken alleinerziehender Mütter und Väter. Eine formelle, außerfamiliäre Betreuung kann darüber hinaus dazu beitragen, dass Kinder aus bildungsfernen Familien oder aus Familien mit Migrationshintergrund stärker in die Gesellschaft (unabhängig vom Elternhaus) einbezogen werden können, da ein Teil der Erziehung losgelöst vom

²⁹ UN-Resolution 217 A (III) vom 10. Dezember 1948.

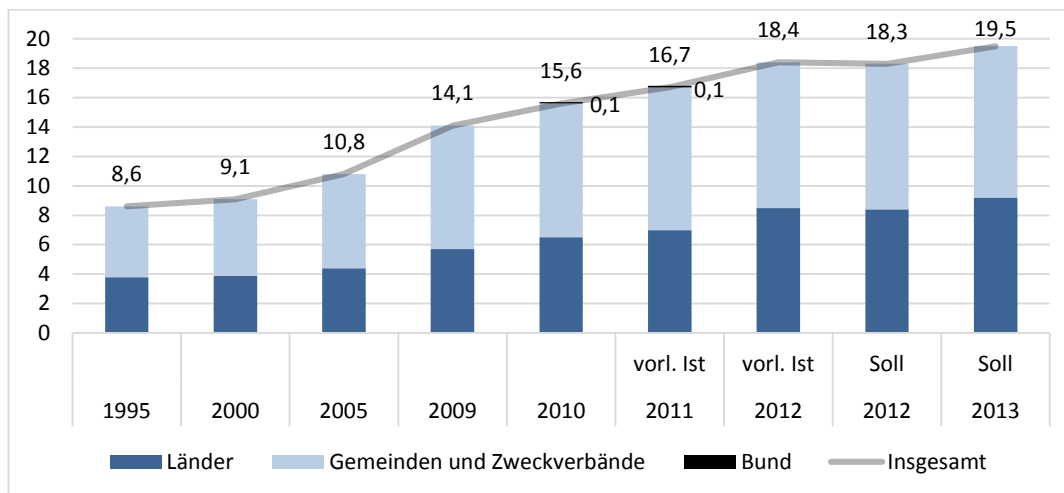
³⁰ So wäre von großem Interesse zu erforschen, ob und welche Verteilungswirkung von öffentlichen Mitteln für Universitäten und Hochschulen ausgeht. Hierzu wären Daten notwendig, die die Kosten eines jeden Studiengangs bzw. Hochschulausbildung abbilden. Diese sind, da stark zwischen den Bundesländern und Hochschultypen variierend, kaum zu ermitteln.

Elternhaus vom Staat übernommen wird. Inwiefern dieser Anspruch bereits heute erfolgreich umgesetzt wird soll nachfolgend durch partielle Inzidenzanalysen und Analysen zur Inanspruchnahme von externer Kinderbetreuung diskutiert werden.

2.1.1 Öffentliche Ausgaben für Kinderbetreuung

Betrachtet man die öffentlichen Ausgaben für Kinderbetreuung, so umfassen diese die Ausgaben für Kinderkrippen, Kindergärten sowie Kinderhorte und die Tagesbetreuung von Kindern. Insgesamt gaben die öffentlichen Haushalte 2010 rund 15,7 Mrd. Euro für Kindertageseinrichtungen aus. Im Vergleich zu den Ausgaben im Jahr 1995 entspricht dies einem Wachstum von 126,6 Prozent. Vorläufige Hochrechnungen sehen weitere Steigerungsraten bis 2013, unter anderem aufgrund des anhaltenden Ausbaus von Betreuungsmöglichkeiten von Kindern unter drei Jahren³¹ (vgl. 2.1). Die öffentlichen Ausgaben der Länder für Kindertageseinrichtungen sind zwischen 1995 bis 2013 in den Ländern (Zunahme um 142 %) stärker gestiegen als in Gemeinden und Zweckverbänden (115 %). Die Ausgaben der Gemeinden und Zweckverbände lagen in jedem Beobachtungsjahr über denen der Länder, wenngleich sich die Differenz in den letzten Jahren verringert hat (vgl. Hetmeier und Vogel 2014).

Darstellung 2.1: Öffentliche Ausgaben für Kindertageseinrichtungen im Zeitverlauf nach Körperschaftsgruppen (in Mrd. Euro)



Quelle: Eigene Darstellung nach Hetmeier und Vogel 2014, S. 47.

Insgesamt gab der Staat im Jahr 2010 12,5 Mrd. Euro für Kindertageseinrichtungen in freier Trägerschaft aus. Der größte Anteil des Ausgabenvolumens entfiel dabei auf Kindergärten (ca. 9 Mrd. €), für Kinderkrippen beliefen sich die Ausgaben auf ca. 2,6 Mrd. Euro. Auf außerschulische Kinderbetreuungseinrichtungen entfielen demgegenüber

³¹ 2007 hatte der Bund zum Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen für Kinder unter drei Jahren ein Sondervermögen in Höhe von 2,15 Mrd. Euro zur finanziellen Unterstützung der Länder zwischen 2008 und 2013 bereitgestellt (vgl. Hetmeier und Vogel 2014, S. 46).

nur ca. 0,9 Mrd. Euro. Der Großteil der anfallenden Kosten bei Kindertageseinrichtungen sind mit fast 80 Prozent Personalkosten; Sachausgaben und Investitionskosten liegen deutlich darunter.

Die Ausgaben je Kind³² sind ein geeigneter Vergleichsindikator, um das Fördervolumen je Kind in einer bestimmten Altersklasse darzustellen. Demnach zeigt sich, dass Kinderbetreuungseinrichtungen für Kinder unter drei Jahren besonders intensiv gefördert werden. Durchschnittlich wird (bei sehr großer regionaler Streuung) unabhängig von der Trägerschaft der Einrichtung jedes Kind in der entsprechenden Altersklasse mit 9.500 Euro gefördert. Auf Kinder im Kindergartenalter (ab 3 Jahren bis zum Schuleintritt) entfallen 6.100 Euro, wenn es sich um eine Einrichtung in öffentlicher Trägerschaft handelt bzw. 5.900 Euro bei Einrichtungen in freier Trägerschaft. Schulkinder unter 14 Jahren werden durchschnittlich mit 4.200 Euro gefördert, wenn sie eine Einrichtung in öffentlicher Trägerschaft besuchen; handelt es sich um eine Einrichtung in freier Trägerschaft, so beträgt die durchschnittliche Fördersumme 4.400 Euro.

Darstellung 2.2: Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Kinderbetreuung (in Euro) im Jahr 2009

	Öffentliche Trägerschaft	Freie Trägerschaft
Deutschland	6.100	6.200
Kinder unter drei Jahren	9.500	9.500
Kinder ab 3 Jahren bis Schuleintritt	6.100	5.900
Schulkinder unter 14 Jahren	4.200	4.400

Quelle: Eigene Darstellung nach Hetmeier et al. 2012, S. 118.

Grundsätzlich ist die gestiegene Fördersumme für externe Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu begrüßen, da gerade in den westlichen Bundesländern die Nachfrage nach verfügbaren Betreuungsmöglichkeiten bei Kindern unter drei Jahren sowie im Grundschulalter weiterhin deutlich über dem Angebot liegt. Jedoch ist dabei zu berücksichtigen, welche Bereiche konkret gefördert werden. So ist die Anzahl der Kitas in den letzten Jahren deutlich angestiegen, jedoch fehlt aufgrund des rasanten Ausbaus genügend pädagogisch geschultes Fachpersonal und dementsprechend schlecht ist der Personalschlüssel in den Einrichtungen. Bundesweit fallen jährlich 14 Mrd. Euro an Personalkosten im Bereich der Kitas an, nach Schätzungen der Bertelsmann Stiftung wären weitere 5 Mrd. Euro zusätzliche Investitionsleistungen pro Jahr notwendig, um

³² Diese Daten stehen nur für das Haushaltsjahr 2009 für die Flächenländer zur Verfügung, da bisher nur einmalig eine nach Trägerschaften getrennte Bestandsaufnahme durchgeführt wurde (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

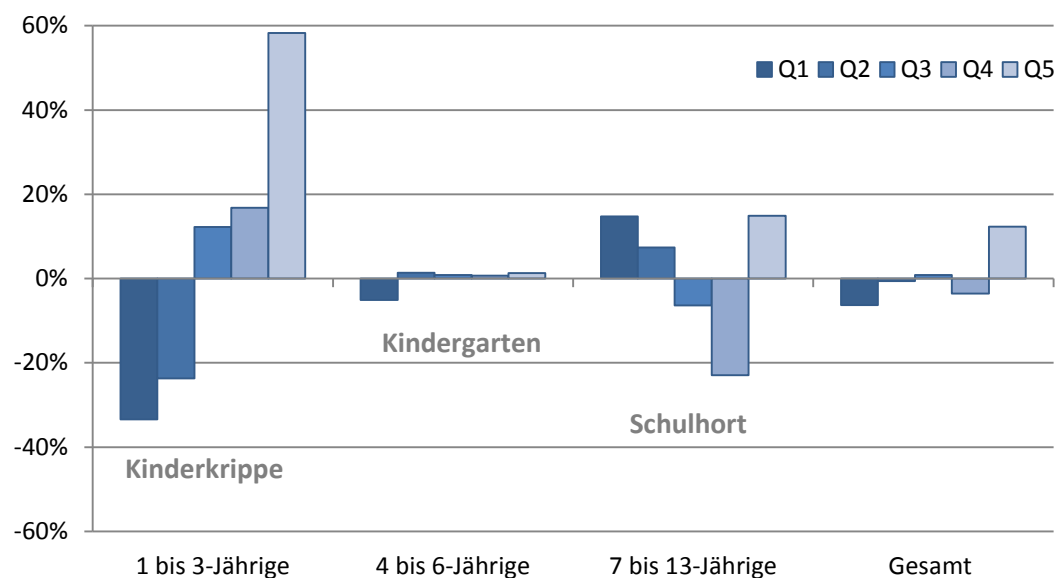
einen adäquaten Personalschlüssel mit qualifizierten Personal zu erreichen (vgl. Bertelsmann Stiftung 2014).

2.1.2 Partielle Ausgabeninzidenzanalyse

Tatsächliche und nach Alter gleichverteilte Inanspruchnahme

Durch die Kenntnis der Pro-Kopf-Ausgaben für Kinderbetreuung können partielle Inzidenzanalysen durchgeführt werden. Dabei wird einem Haushalt unter Berücksichtigung von Anzahl und Alter der Kinder ein zusätzlicher Einkommenswert zugewiesen, der das Haushaltseinkommen erhöht. Beispielsweise würde sich das Jahreshaushaltsnettoeinkommen für einen Haushalt mit einem Kind unter drei Jahren um 9.500 Euro erhöhen (entsprechend dem Wert in Darstellung 2.2). Auf diese Weise kann untersucht werden, wie stark Haushalte mit Kindern monetär von den staatlich geförderten Betreuungsangeboten profitieren. Unterscheidet man Haushalte zunächst nach deren Haushaltsnettoeinkommen in fünf gleiche Gruppen (= Quintilsberechnung auf Basis des Haushaltsnettoäquivalenzeinkommens) und untersucht, wie viele Kinder in diesen Familien eine staatlich geförderte Kinderbetreuung in Anspruch nehmen, zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Haushaltseinkommen und Inanspruchnahme von Kinderbetreuungseinrichtungen (vgl. Darstellung 2.3).

Darstellung 2.3: Abweichung der Zahl an betreuten Kindern vom Erwartungswert nach Alter und Quintilen des Äquivalenzeinkommens (Angaben in Prozent)



Quelle: Eigene Berechnungen mit SOEPv26 (2009).

Unabhängig von der Betreuungseinrichtung (Kinderkrippe, Kindergarten, Hort) haben den Analysen zufolge 2009 rund 6 Prozent der Kinder aus Familien des untersten Quintils (Q1) seltener eine geförderte Kinderbetreuungseinrichtung besucht, als aufgrund

der Altersstruktur zu erwarten wäre („Erwartungswert“, vgl. 1.5.3). Dagegen wurden 12 Prozent der Kinder aus Familien des obersten Quintils (Q5) häufiger extern betreut. Die stärkste Diskrepanz zeigt sich beim Besuch einer Kinderkrippe (1 bis inklusive 3-Jährige); so besuchen 60 Prozent mehr Kinder aus den reichsten Haushalten (Q5) und 33 Prozent weniger Kinder aus den ärmsten Haushalten (Q1) eine frühkindliche Betreuungseinrichtung als bei gleicher – rein altersabhängiger – Inanspruchnahme zu erwarten wäre. Berechnet man mit dem Sozio-oekonomischen Panel die staatliche Gesamttransferleistung³³, so ergibt sich eine Summe von öffentlichen Geldern für Kinderbetreuung von insgesamt 19,6 Mrd. Euro. Getrennt nach Einkommensquintilen entfallen davon 3,2 Mrd. Euro auf das unterste Quintil (Q1), rund 10 Prozent weniger als erwartet. Auf das oberste Quintil (Q5) entfallen ebenfalls 3,2 Mrd. Euro, jedoch sind dies aufgrund der geringeren Anzahl an Kindern in dieser Quintilsklasse 16 Prozent mehr als erwartet. Dementsprechend fällt entgegen der Erwartung die Höhe der Ausgaben pro betreutes Kind im untersten Quintil (Q1) mit 6.069 Euro gegenüber 6.344 Euro (Q5) niedriger aus. Im obersten Quintil (Q5) liegen die Ausgaben dagegen mit durchschnittlichen 6.266 Euro höher als die erwarteten 6.090 Euro. Aufgrund der höheren Inanspruchnahme werden somit Kinder aus wohlhabenderen Familien bei der Kinderbetreuung stärker von Staat monetär unterstützt als Kinder aus ärmeren Familien (vgl. Darstellung 2.4).

Darstellung 2.4: Tatsächliche und erwartete Zahl der betreuten Kinder, jährliche Ausgaben je Kind und Transfers insgesamt (Angaben in Euro)

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Gesamt
Anzahl						
tatsächlich	525.295	836.830	717.931	605.877	516.955	3.202.889
erwartet	560.639	841.561	712.074	628.230	460.385	3.202.889
Ausgaben je Kind						
tatsächlich	6.069	5.944	6.246	6.211	6.266	6.134
erwartet	6.344	6.091	6.151	6.020	6.090	6.134
Transfer insgesamt						
tatsächlich	3,188 Mrd.	4,974 Mrd.	4,484 Mrd.	3,763 Mrd.	3,239 Mrd.	19,648 Mrd.
erwartet	3,557 Mrd.	5,125 Mrd.	4,380 Mrd.	3,782 Mrd.	2,804 Mrd.	19,648 Mrd.

Quelle: Eigene Berechnungen mit SOEPv26 (2009).

Effekte auf die Armutsrisikoquoten und Verteilungswirkung

Berechnet man in einem nächsten Schritt die durchschnittlichen Transfers pro Haushalt und Jahr, so liegen diese im zweiten Quintil (Q2) mit 704 Euro am höchsten (vgl. Darstellung 2.5). Auf die Haushalte im untersten Quintil (Q1) entfallen dagegen im Mittel nur 467 Euro und im obersten Quintil (Q5) sind es im Mittel 438 Euro. (Das mittlere, rechnerische Nettoäquivalenzeinkommen steigt im untersten Quintil (Q1) damit relativ

³³ So haben 3.202.889 Kinder nach den Daten des SOEP 2009 eine Kinderbetreuungseinrichtung besucht. Multipliziert man diese Zahl mit den altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben, erhält man die Gesamtsumme von 19,648 Mrd. Euro.

am stärksten, von 8.813 auf 9.068 Euro (+2,8 %). Das mittlere rechnerische Nettoäquivalenzeinkommen steigt im untersten Quintil von 8.813 auf 9.068 Euro (+2,8%) und damit relativ am stärksten an. Im obersten Quintil ist dagegen nur ein geringfügiger Anstieg von 40.044 auf 40.263 Euro festzustellen (+0,5 %).

Darstellung 2.5: Nettoäquivalenzeinkommen vor und nach Berücksichtigung von Transfers für Kinderbetreuungseinrichtungen

	mittl. Nettoäquivalenz- einkommen	mittlere Transfers pro Haushalt	mittlere Nettoäquivalenz- einkommen (HH- Einkommen + Transfers für Kinderbetreuung)	Veränderung in %
Einkommensquintile (Äquivalenzeinkommen)				
1. Quintil	8.813	467	9.068	2,8
2. Quintil	13.889	704	14.248	2,5
3. Quintil	17.944	610	18.244	1,6
4. Quintil	23.181	519	23.443	1,1
5. Quintil	40.044	438	40.263	0,5
Gesamt	20.770	548	21.049	1,3

Quelle: Eigene Berechnungen mit SOEPv26 (2009).

Die Armutsrisikoquote verändert sich durch die Berücksichtigung der öffentlichen Ausgaben für Kinderbetreuungseinrichtungen zumindest auf Personenebene nur unwesentlich (13,5% vs. 13,4 %). Auf Haushaltsebene ist sogar ein geringfügiger Anstieg von 15,4 auf 15,8 Prozent zu beobachten (vgl. Darstellung 2.6), wohl aufgrund dessen, da Haushalte mit höherem Einkommen häufiger eine externe Betreuung nutzen und somit bei gleichzeitiger geringerer Kinderanzahl rechnerisch relativ stärker begünstigt werden. Der Gini-Koeffizient als ein Maß zur Berechnung von Einkommens(un-)gleichheit³⁴ sinkt durch die Berücksichtigung der öffentlichen Ausgaben für Kinderbetreuungseinrichtungen leicht von 0,284 auf 0,279 (auf Personenebene).

³⁴ Der GINI-Koeffizient liegt im Wertebereich zwischen 0 und 1. Der Koeffizient nimmt den Wert 0 bei einer vollkommenen (Einkommens-)Gleichheit, den Wert 1 bei einer vollkommenen Ungleichverteilung des Einkommens an.

Darstellung 2.6: Armutsrisiko vor und nach Berücksichtigung von Kinderbetreuungstransfers (Angaben in %)

<i>Haushalte</i>		Armutsrisiko (inkl. Transfers für Kinderbetreuung)		
Armutsrisiko (ohne Transfers für Kinderbetreuung)	<i>Nein</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>	<i>Gesamt</i>
	<i>Ja</i>	83,5	1,1	84,6
	<i>Gesamt</i>	0,6	14,8	15,4
		84,2	15,8	100
<i>Personen</i>		Armutsrisiko (inkl. Transfers für Kinderbetreuung)		
Armutsrisiko (ohne Transfers für Kinderbetreuung)	<i>Nein</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>	<i>Gesamt</i>
	<i>Ja</i>	85,5	0,9	86,5
	<i>Gesamt</i>	1,0	12,5	13,5
		86,6	13,4	100

Quelle: Eigene Berechnungen mit SOEPv26 (2009).

Die Ergebnisse der Inzidenzanalysen zeigen zusammenfassend, dass die staatlichen Aufwendungen für Kinderbetreuungseinrichtungen – zumindest bei reiner Betrachtung des Haushaltsnettoäquivalenzeinkommens – nicht allen Haushalten gleichermaßen zugutekommen. So nehmen insbesondere Haushalte mit höherem Einkommen (Q4/Q5) Kleinkindbetreuungsplätze stärker in Anspruch und somit profitieren diese Familien finanziell stärker von der staatlichen Förderung. Ein Kind aus einem Haushalt der höchsten Einkommensklasse wird durchschnittlich mit 6.266 Euro pro Jahr für den Besuch einer Betreuungseinrichtung gefördert, ein Kind der niedrigsten Einkommensklasse mit 6.069 Euro pro Jahr. Trotz des leicht abnehmenden Gini-Koeffizienten kann somit keine eindeutige Umverteilungsleistung am Beispiel staatlicher Aufwendungen für öffentliche Kinderbetreuungseinrichtungen nachgewiesen werden.

2.1.3 Forschungsstand zur Inanspruchnahme

Während die Inzidenzanalysen zeigen konnten, dass das Haushaltseinkommen ein wichtiger Indikator bei der Unterscheidung von Haushalten ist, die eine bestimmte Form von Kinderbetreuungsarrangements in Anspruch nehmen, wurden andere wichtige Unterscheidungsmerkmale bisher vernachlässigt. Bei der Diskussion der gruppenspezifischen Inanspruchnahme von öffentlicher Kinderbetreuung sollten daher neben Haushaltsmerkmalen auch Individualmerkmale Berücksichtigung finden. Hintergrund dieser Annahme ist, dass die Wahl für oder gegen eine externe Kinderbetreuungseinrichtung eine rationale Entscheidung der Elternteile bzw. eines Elternteils ist und diese ihre aktuelle Situation, Präferenzen sowie Zukunftsvorstellungen widerspiegelt. Auch Opportunitätsstrukturen, wie etwa die räumliche Verfügbarkeit von Betreuungsangeboten, sind dabei zu berücksichtigen. So finden sich beispielsweise kaum regionale Unterschiede in den Betreuungsquoten bei Kindern im Kindergartenalter (3 bis 6 Jahre), da für nahezu jedes Kind ein Platz zur Verfügung steht („Vollversorgung“). Regionenübergreifend liegen in Deutschland die Betreuungsquoten dieser Altersklasse bei über 90 Prozent. Die Unterschiede bei der externen Betreuung von Kindern unter

drei Jahren sind dagegen (weiterhin) sehr groß. Nahezu die Hälfte aller Kinder in dieser Altersklasse wurde 2013 im Osten Deutschlands extern betreut (49,8%) – im Westen waren dies mit etwa 24 Prozent nur halb so viele. Auch eine außerhäusliche Betreuung von Grundschulkindern (bis zum elften Lebensjahr) ist wesentlich typischer für den Osten Deutschlands. Während hier 2013 jedes zweite Kind einen Hort oder eine vergleichbare Einrichtung besucht hat, waren dies im Westen nur knapp 16 Prozent³⁵ (vgl. Darstellung 2.7: Betreuungsquoten nach ausgewählten Altersklassen 2013 (in %)).

Darstellung 2.7: Betreuungsquoten nach ausgewählten Altersklassen 2013 (in %)

	Altersklassen: von... bis unter			
	0 - 3	3 - 6	6 - 11	11 - 14
Deutschland	29,3	93,6	22,0	0,9
Deutschland West (ohne Berlin)	24,2	93,1	15,8	0,7
Deutschland Ost (mit Berlin)	49,8	95,6	50,5	2,0

Quelle: Destatis 2013; Hinweis: Werte beziehen sich auf Kinder in Kindertageseinrichtungen und Kinder in Kindertagespflege, die nicht zusätzlich eine Kindertageseinrichtung oder eine Ganztagschule besuchen.

Neben der Evaluation von Angebotsdichte und -qualität von Betreuungsmöglichkeiten in West- und Ostdeutschland untersucht die wissenschaftliche Forschung zunehmend Unterschiede in der Inanspruchnahme externer Betreuungsarrangements (z.B. Hank et al. 2004; Spieß et al. 2008; Kreyenfeld und Krapf 2010, 2013; van Santen und Prein 2013; Krapf 2014; Lokhande 2013; BMFSJ 2005). Aufgrund der weiterhin vorherrschenden Knappheit an öffentlichen Betreuungsplätzen für Kinder unter drei Jahren und der damit zusammenhängenden Konkurrenz unter den Familien um verfügbare Plätze, wurde in jüngster Zeit – auch unter dem Einfluss der politischen Diskussion über den Fortschritt des Kita-Ausbaus – häufiger die Frage untersucht, welche Kinder aus welchen Herkunftsfamilien eine frühkindliche Betreuung in Anspruch nehmen (können). Demnach sind es in erster Linie soziodemographische Merkmale der Herkunftsfamilien, die die Besuchswahrscheinlichkeit bestimmen. Trotz (nach dem Einkommen) gestaffelter Elternbeiträge zeigen sich den Untersuchungen zufolge vor allem starke ökonomische Unterschiede zwischen den Herkunftsfamilien von Kindern, die eine frühkindliche Betreuung in Anspruch nehmen oder nicht. So sind es eher Familien bzw. Mütter mit höherem Haushaltseinkommen, deren unter dreijährige Kinder extern betreut werden (vgl. Spieß et al. 2008). Korrespondierend hierzu finden sich die höchsten Betreuungsquoten in West- und Ostdeutschland bei Kindern, deren Mütter Vollzeit erwerbstätig sind (vgl. Kreyenfeld und Krapf 2013). Diese ökonomischen Selektionsmechanismen liegen teilweise in den hohen Betreuungskosten für die Familien – insbesondere, wenn es sich um eine private Einrichtung handelt (vgl. Schober und Spieß

³⁵ Unterschiede sind auch auf die unterschiedlichen Schulformen in den Bundesländern zurückzuführen vgl. Bildungsberichterstattung 2014.

2012). Die hier aufgezeigten soziodemographischen Einflüsse auf die Inanspruchnahme einer formalen Kleinkindbetreuung für Kinder unter drei Jahren zeigen sich in ähnlicher Weise bei Betrachtung der Inanspruchnahme einer Kindergartenbetreuung (vgl. Schober und Spieß 2012). Trotz der vorhandenen Angebotsdichte von Betreuungsplätzen von nahezu 100 Prozent, ist auch hier der Migrationshintergrund sowie das Einkommen ein bedeutender Faktor bei der Erklärung von Inanspruchnahmeunterschieden. Nicht für alle Kinder in Deutschland gehört somit der Besuch eines Kindergartens zur „Normalbiographie“ (Leu 2012, S. 119).

Laut Statistischem Bundesamt besuchten 2013 nur 17 Prozent der Kinder aus einer Familie mit Migrationshintergrund eine Kindertagesstätte, 85 Prozent einen Kindergarten. Bei Familien ohne Migrationshintergrund sind es 35 Prozent (Kita) bzw. 98 Prozent (Kindergarten). Bei Betrachtung des Anteils der Kinder mit Migrationshintergrund³⁶ sowie aus Familien, in denen überwiegend kein Deutsch gesprochen wird, so zeigt sich, dass von allen betreuten Kindern unter drei Jahren ca. 18 Prozent einen Migrationshintergrund haben, jedoch nur zehn Prozent aus Familien stammen, in denen überwiegend nicht Deutsch gesprochen wird. Diese Unterschiede setzen sich bei externer Betreuung älterer Kinder (Kindergarten, Hort) fort (vgl. Darstellung 2.8). Es sind also jene Kinder, die sprachlich besonders von einer frühkindlichen Betreuung profitieren könnten, die seltener außerhalb der Familie betreut werden.

Darstellung 2.8: Anteile von Kindern mit Migrationshintergrund bzw. in deren Zuhause nicht Deutsch gesprochen wird an allen betreuten Kindern (in %)

Alter	Kinder mit Migrationshintergrund	Sprache Zuhause nicht Deutsch
0 - <3	18,4	10,4
3 - <6	28,7	18,2
6 - 11	28,3	17,4

Quelle: Destatis 2013 (Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe)

Bisher weniger stark untersucht wurde die Inanspruchnahme von Betreuungsarrangements von Kindern im Schulalter. Nach einer Studie des DIW ist die Inanspruchnahme einer Ganztagschule mit entsprechender Betreuung nicht eindeutig nach den „klassischen“ soziodemographischen Merkmalen der Herkunftsfamilien zu trennen. Es sind

36 Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass das Merkmal „Migrationshintergrund“ ein sehr grober Indikator ist. Menschen mit einem Migrationshintergrund können aus sehr unterschiedlichen Kulturen stammen, unterschiedliche Migrationserfahrungen- und Motivationen haben und sich sehr stark im Bildungsniveau unterscheiden. Dementsprechend hoch ist die Varianz innerhalb der Gruppe der Migrant/innen (siehe Punkt 5) erste Seite) und Aussagen über diese Gruppe sollten – sofern es Daten erlauben – möglichst differenziert getroffen werden. Betrachtet man sich zum Beispiel den Bildungserfolg differenziert nach Migrantengruppen, so zeigt sich die angesprochene Varianz z.B. darin, dass 41,3 Prozent aller Kinder aus Migrantenfamilien aus der Russischen Föderation ein Gymnasium besuchen (Durchschnitt bei Kindern aus Familien mit deutscher Staatsangehörigkeit: 50,7%), jedoch nur 18,5 Prozent aller türkisch-stämmigen Kinder (BAMF 2014).

sowohl Kinder von Akademikerinnen als auch von anderen vollzeiterwerbstätigen Müttern häufiger in einer Ganztagschule untergebracht. Gleichzeitig trifft dies aber auch auf Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund oder aus Haushalten zu, die Transferleistungen beziehen (vgl. Marcus et al. 2013).

Nachfolgend werden unter Berücksichtigung von Gruppenspezifika Inanspruchnahmeunterschiede von drei verschiedenen Betreuungsinstitutionen analysiert und diskutiert: Betreuungsmöglichkeiten von (1) Kindern unter drei Jahren (Kinderkrippe), (2) von drei bis sechs Jahren (Kindergarten) und von (3) Kindern im schulpflichtigen Alter bis zum zwölften Lebensjahr (Hort oder Ganztagschule). Aufgrund der eingeschränkten Datenverfügbarkeit kann in der Analyse nicht die regional unterschiedliche Verfügbarkeit von Betreuungsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Dies betrifft insbesondere den Besuch einer Kinderkrippe sowie den Besuch eines Hortes oder einer Ganztagschule. Herausgearbeitet werden dagegen allgemeine gruppenspezifische Merkmale von Eltern, die jenseits der Verfügbarkeit einer Betreuungsmöglichkeit einen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine externe Betreuung haben.

2.1.4 Deskriptive Ergebnisse

Zur Untersuchung selektiver bzw. gruppenspezifischer Inanspruchnahme von Kinderkrippen, Kindergärten sowie Ganztagschulen und Hortbetreuung, wurden Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) und des FiD (Familien in Deutschland; vgl. Schröder et al. 2013) herangezogen und ausgewertet. Bei der Erhebung des FiD handelt es sich um eine eigenständige Erhebung des DIW mit Fokus auf das Familienleben von Alleinerziehenden, Großfamilien, (Gering)verdienern und Familien mit Migrationshintergrund. Aufgrund der ähnlichen Erhebungsweise des SOEP und des FiD ist es möglich, die unterschiedlichen Datensätze zusammenzuspielen und gemeinsam auszuwerten (zur Vorgehensweise vgl. Schober und Spieß 2012). Für die Auswertung wurden jeweils die letzten drei verfügbaren Panelwellen (2010, 2011 und 2012) zusammengeführt.

Darstellung 2.9: Inanspruchnahme bestimmter formeller Betreuungsarrangements nach soziodemographischen Merkmalen (in %)

Merkmale	Kinderkrippe			Kindergarten			Ganztagsschule/Hort		
	Welle			Welle			Welle		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Einkommensquintile (Äquivalenzeinkommen)									
Q1	12	16	14	75	83	88	37	36	37
Q2	17	15	19	81	90	86	26	29	34
Q3	17	17	18	96	95	92	21	33	33
Q4	27	26	22	96	95	95	34	30	30
Q5	31	29	31	97	93	92	40	41	41
Anzahl Kinder u14 im HH									
1 Kind	23	19	21	93	95	93	42	38	41
2 Kinder	19	19	20	92	95	90	32	31	33
3 und mehr Kinder	12	22	17	74	91	82	20	26	24
Alleinerziehend									
ja	21	27	31	75	84	90	44	48	54
nein	19	19	20	91	92	90	30	30	32
Verheiratet (Mutter)									
ja	17	17	19	91	92	91	28	28	28
nein	24	24	24	84	86	82	48	52	54
Vollzeitbeschäftigung (Mutter)									
ja	43	41	36	94	95	89	61	56	55
nein	18	18	19	89	90	90	28	29	31
Armutsrisiko (<60% HH-Netto)*									
ja	14	9	7	83	84	98	67	38	51
nein	19	20	21	90	91	90	31	34	35
ALG II-Bezug (Mutter)									
ja	13	12	9	76	81	86	45	39	46
nein	20	20	21	90	92	90	31	33	32
Migrationshintergrund									
ja	13	11	14	90	89	88	31	31	32
nein	21	22	25	91	92	91	32	33	35
Bildung (Mutter)									
ISCED 1	11	9	8	84	81	88	27	32	35
ISCED 2	19	18	23	89	92	89	30	30	29
ISCED 3	25	26	20	93	92	91	43	45	46

Quelle: SOEP v27- SOEPv29 und FiD 2010-2012; eigene Berechnungen;

* geringe Fallzahl: n <30, starke Schwankungen möglich!

- Q1 bis Q5 repräsentieren Einkommensquintile, die aus dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet wurden.

- Quintil 1 bildet die ärmsten 20% Haushalte, Quintil 5 die reichsten 20% Haushalte ab.

- ISCED (International Standard Classification of Education): Kategorien repräsentieren niedrigen Bildungsabschluss (ISCED 1), mittleren Bildungsabschluss (ISCED 2) und hohen Bildungsabschluss (ISCED 3).

- Anzahl Kinder u14 im HH: Anzahl im Haushalt lebender Kinder, die jünger als 14 Jahre alt sind.

Darstellung 2.9 gibt für jedes Erhebungsjahr die Verteilung der Inanspruchnahme von öffentlicher Kinderbetreuung nach sozioökonomischen Merkmalen der Haushalte bzw. der Mütter wieder. Auf den ersten Blick deuten unsere deskriptiven Analysen darauf hin, dass die berücksichtigten Merkmale der Herkunftsfamilien einen wie aus anderen

Studien bekannten Einfluss auf die Inanspruchnahme der untersuchten Kinderbetreuungsangebote haben. So sind es eher Kinder aus wohlhabenderen Familien, deren Mütter alleinerziehend sind oder einen hohen Bildungsgrad aufweisen, die extern betreut werden. Kinder aus Familien mit einem Migrationshintergrund, mit vielen Geschwistern (unter 14 Jahren) oder aus Familien, in denen die Mutter ehelich mit dem Kindsvater zusammenlebt, werden dagegen seltener außerhalb der Familie betreut (Ausnahme: Kindergarten bei verheirateten Müttern). Die Unterschiede in der Inanspruchnahme sind beim Kindergartenbesuch wie zu erwarten wesentlich geringer als bei den anderen untersuchten Betreuungsarrangements. Relativ deutlich unterscheidet sich bei Betrachtung der sozioökonomischen Merkmale die Inanspruchnahme einer Ganztagschule bzw. einer nach-schulischen Betreuung bei Kindern im Schulalter. Wie bereits in anderen Studien gezeigt werden konnte, nutzen sowohl wohlhabendere Familien als auch Familien mit einem prekären ökonomischen Hintergrund diese Betreuungsform relativ häufig (vgl. Marcus et al. 2013). Der Migrationshintergrund zeigt auf der Basis der deskriptiven Analysen keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer Ganztagschule bzw. eines Kinderhorts.

2.1.5 Multivariate Analysen

Um zu testen, ob die Unterschiede in den Merkmalen der Herkunftsfamilien tatsächlich einen Einfluss darauf haben und ob ein Kind eines der untersuchten Betreuungsarrangements besucht oder nicht, wurden logistische Regressionsanalysen berechnet. Die Analysen selbst wurden mit den gepoolten Datensätzen des SOEP und des FiD berechnet, für die Darstellung der Ergebnisse werden die durchschnittlichen marginalen Effekte ausgewiesen. Alle untersuchten Merkmale der Eltern bzw. des Elternhauses wurden einmal ohne die Berücksichtigung weiterer Einflüsse auf die Besuchswahrscheinlichkeit (z.B. einer Kinderkrippe) untersucht (=bivariate Analyse) und einmal mit allen zu berücksichtigenden Einflussvariablen berechnet (=Gesamt-Modell). Das Gesamt-Modell berücksichtigt so Wechselwirkungseffekte der unterschiedlichen Einflussmerkmale.

(1) Besuch einer Kinderkrippe

Bei Betrachtung der bivariaten Zusammenhänge zwischen den ausgewählten Merkmalen des Haushaltes bzw. der Mutter und der Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind eine Kinderkrippe besucht (Darstellung 2.10), dann zeigt sich, dass ein höheres Äquivalenzeinkommen (gemessen über die Zugehörigkeit zu Quintilsklassen des Haushaltes), ein hohes Bildungsniveau der Mutter, die Vollzeitbeschäftigung der Mutter und die Anzahl der Kinder signifikant bedeutsam sind und die Wahrscheinlichkeit einer externen Betreuung erhöhen. Gleichwohl, und wie bereits in den deskriptiven Analysen skizziert, reduziert ein Migrationshintergrund³⁷ eines Elternsteiles, ein ALG II-Bezug oder

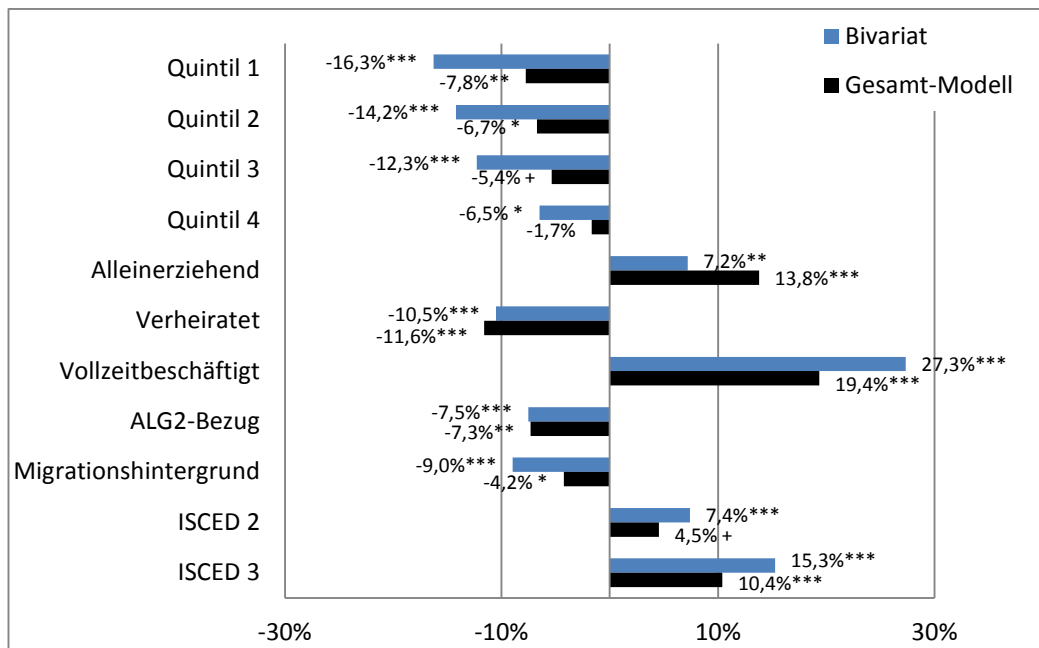
³⁷ Vergleichbare signifikante Ergebnisse ergeben sich, wenn man an Stelle des Migrationshintergrunds die im

die Tatsache, dass die Eltern verheiratet sind und im selben Haushalt leben, die Neigung einer Familie, ein Kleinkind extern betreuen zu lassen. Auch unter der Berücksichtigung aller untersuchten Einflüsse im Gesamt-Modell bleiben diese Zusammenhänge bestehen. Der Einfluss der Quintilszugehörigkeit wird jedoch im vierten Quintil insignifikant, d.h. es besteht kein signifikanter Unterschied mehr zwischen Kindern aus einem Haushalt des vierten und des fünften Quintils (=Referenzkategorie). Die Analysen bestätigen somit größtenteils/mehrheitlich die Ergebnisse vorhandener Untersuchungen. Es sind demnach Kinder, deren Mutter alleinerziehend, (Vollzeit-) erwerbstätig und/oder höher gebildet sind, die eine Kinderkrippe besuchen. Dies ist zunächst nicht verwunderlich, da das 2005 in Kraft getretene Tagesbetreuungsausbaugesetz für Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr sich in erster Linie an die Bedürfnisse von Alleinerziehenden oder Familien, in denen beide Elternteile einer Erwerbsarbeit nachgehen wollen oder müssen, richtete (vgl. Leu 2012). Dieser Anspruch, der auch bei der Vergabepaxis der raren Plätze umgesetzt wurde, bevorzugt somit zwar prinzipiell verwundbare Gruppen³⁸ (wie z.B. Alleinerziehende; vgl. Lenze 2014), gleichzeitig werden andere vernachlässigt; die Gruppe der Migranten ist bisher in der Inanspruchnahme frühkindlicher Bildung und Betreuung deutlich unterrepräsentiert. Familien bzw. Haushalte mit geringerem Haushaltseinkommen nutzen ebenso seltener Kinderkrippen. Als Grund hierfür werden die relativ hohen Gebühren genannt, die für eine Betreuung von den Familien selbst aufgewendet werden müssen. Gerade bei Eltern mit einem niedrigerem Bildungshintergrund und demnach geringeren Chancen auf ein höheres (zusätzliches) Einkommen kann die Aufnahme einer Erwerbsarbeit unattraktiv werden, wenn ein Großteil des (zusätzlichen) Verdienstes für die Betreuungskosten aufgewendet werden muss (vgl. Schober und Spieß 2012).

SOEP enthaltene Haushaltsinformation „in der Familie wird überwiegend nicht deutsch gesprochen“ eingefügt. Insofern ist davon auszugehen, dass nicht ausschließlich der Migrationshintergrund, sondern damit häufig verbundene Merkmale wie eine niedrigere Bildung oder der ein erschwelter Zugang zu relevanten Informationen (z.B. aufgrund sprachlicher Barrieren) ebenso ausschlaggebend sind.

³⁸ Alleinerziehende tragen von allen gesellschaftlichen Gruppen eines der höchsten Armutsrisiken (vgl. Lenze 2014)

Darstellung 2.11: Inanspruchnahme einer Kinderkrippe (Kinder unter drei Jahre)



Quelle: SOEP 2010-2012 und FiD 2010-2012 (gepoolte Datensätze); eigene Berechnungen; marginale Effekte auf Basis einer logistischen Regressionsanalyse; n>2600

+ p < 0.10, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Q1 bis Q5 repräsentieren Einkommensquintile, die aus dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet wurden.

Quintil 1 bildet die ärmsten 20% Haushalte, Quintil 5 die reichsten 20% Haushalte ab.

ISCED (International Standard Classification of Education) Stufen repräsentieren niedriger Bildungsabschluss (ISCED 1), mittlerer Bildungsabschluss (ISCED 2) und hoher Bildungsabschluss (ISCED 3).

Hinweis: Ergebnisse sind jeweils zur Referenzkategorie (nicht dargestellt) zu interpretieren.

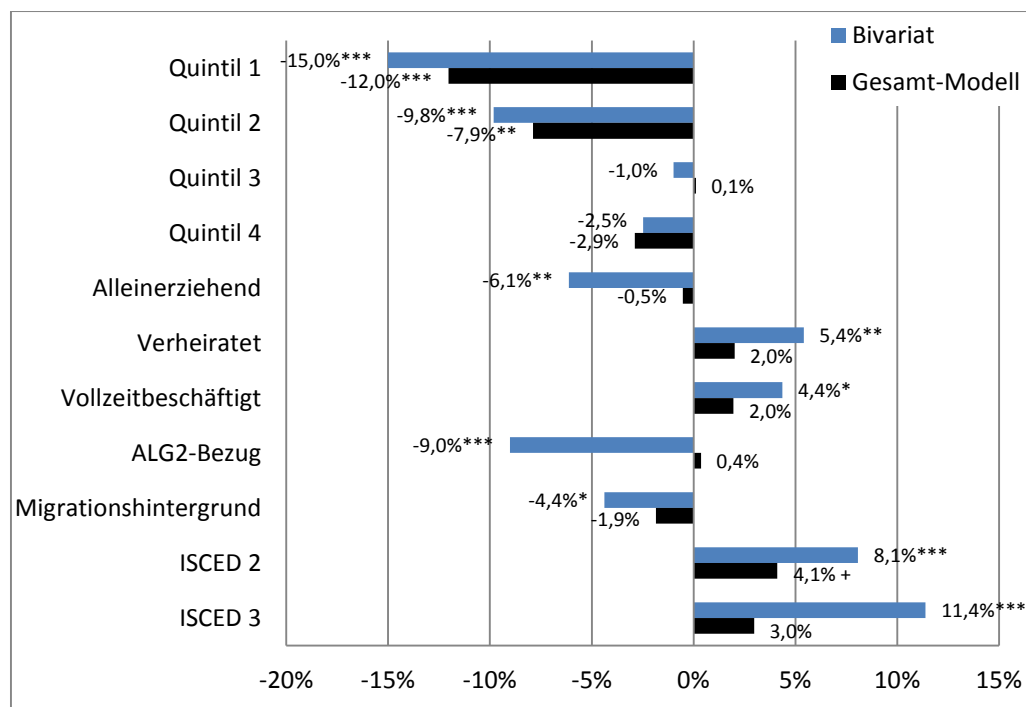
Beispiel: Ein Kind aus einem Alleinerziehendenhaushalt hat eine (im Gesamt-Modell) 13,8 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, eine Kindertagesstätte zu besuchen, als ein Kind aus einem anderen Haushaltstyp.

(2) Besuch eines Kindergartens

Ähnliche soziodemographische Einflüsse auf die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind im Kindergartenalter extern betreut wird, finden sich auch bei der bivariaten Betrachtung (Darstellung 2.12). Der ökonomische Einfluss fällt hier zwar geringer aus – die Quintile drei bis fünf des Äquivalenzeinkommens unterscheiden sich nicht in der Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit – jedoch zeigt sich bei den untersten beiden Quintilen, dass durchaus ein Einkommenseffekt bei der Nutzung von Kindergärten besteht. Kinder aus Haushalten mit geringerem Einkommen besuchen demnach seltener einen Kindergarten. Dieser Effekt bleibt zudem unter Berücksichtigung aller weiteren Kovariaten bestehen. Die Einflüsse der Erwerbstätigkeit der Mutter, des Migrationshintergrundes oder des mütterlichen Bildungsniveaus, wie auch des ALG II-Bezugs zeigen in der bi-

variablen Betrachtung die erwarteten Effekte auf die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit. Die Effekte werden aber unter Kontrolle aller im Modell aufgenommenen Merkmale insignifikant. Dies liegt möglicherweise daran, dass – wie schon bei den deskriptiven Analysen gesehen – die Unterschiede in der Inanspruchnahme wesentlich geringer ausfallen als etwa bei der Nutzung eines Krippenplatzes.

Darstellung 2.12: Inanspruchnahme eines Kindergartens (Kinder zwischen drei und sechs Jahre)



Quelle: SOEP 2010-2012 und FiD 2010-2012 (gepoolte Datensätze); eigene Berechnungen; marginale Effekte auf Basis einer logistischen Regressionsanalyse; $n > 3200$

+ $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Q1 bis Q5 repräsentieren Einkommensquintile, die aus dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet wurden.

Quintil 1 bildet die ärmsten 20% Haushalte, Quintil 5 die reichsten 20% Haushalte ab.

ISCED (International Standard Classification of Education) Stufen repräsentieren niedriger Bildungsabschluss (ISCED 1), mittlerer Bildungsabschluss (ISCED 2) und hoher Bildungsabschluss (ISCED 3).

Hinweis: Ergebnisse sind jeweils zur Referenzkategorie (nicht dargestellt) zu interpretieren.

Beispiel: Ein Kind aus einem Haushalt mit ALG II-Bezug hat eine (im bivariaten Modell) 9,0 Prozent niedrigere Wahrscheinlichkeit, einen Kindergarten zu besuchen, als ein Kind aus einem Haushalt ohne ALG II-Bezug.

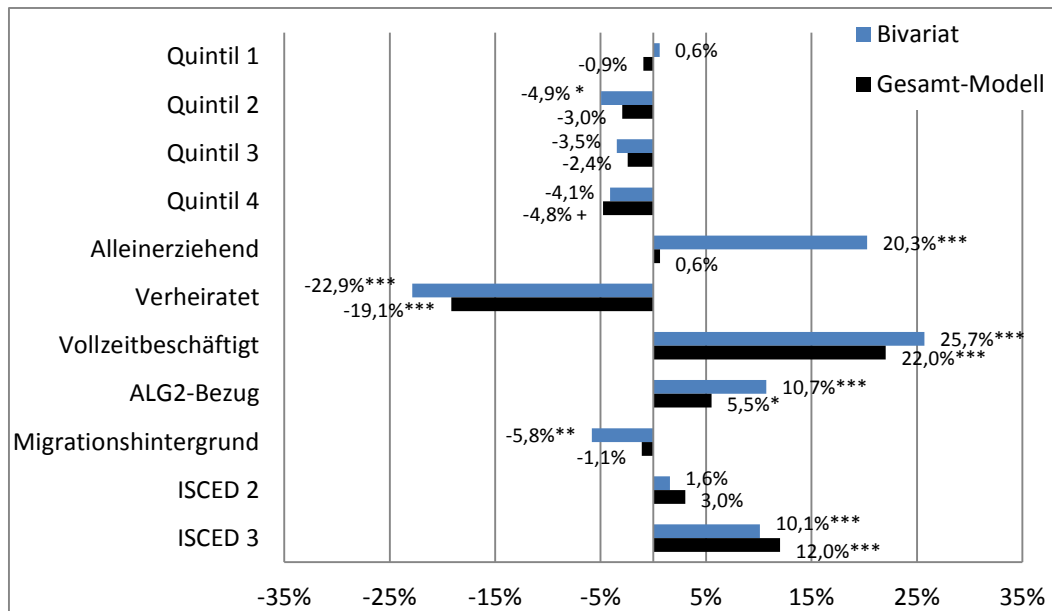
Die hier aufgezeigten soziodemographischen Einflüsse auf die Inanspruchnahme einer Kindergartenbetreuung zeigen sich so in ähnlicher Weise wie bei Betrachtung der Inanspruchnahme einer Kinderkrippe. Auch hier sind es Haushalte mit geringerem Haushaltseinkommen, die eher auf eine Kindergartenbetreuung verzichten. Zum gleichen

Ergebnis führen die Berechnungen mit dem Mikrozensus 2002 (BMFSJ 2005). Allerdings wird in diesem Zusammenhang häufig der wesentlich stärkere Effekt des Erwerbsstatus sowie des Familientyps betont. Ein Einfluss des Migrationshintergrundes oder des mütterlichen Bildungsniveaus kann in unseren Analysen unter Berücksichtigung aller Merkmale nicht bestätigt werden. Betrachtet man jedoch ausschließlich die Inanspruchnahme und die Gruppenzugehörigkeit, so findet sich durchaus ein ähnlicher Zusammenhang wie in der Literatur zwischen Migrationshintergrund, Einkommen und der Inanspruchnahme eines Kindergartenplatzes (vgl. Schober und Spieß 2012).

(3) Besuch einer Ganztagsschule oder Kinderhorts

Unsere Ergebnisse bei der Analyse der Inanspruchnahme von Ganztagsschulen oder eines Schulhorts bestätigen überwiegend die Befunde aus vorangegangenen Analysen (z.B. Marcus et al. 2013). Es sind sowohl Kinder aus Familien des untersten Quintils als auch des obersten Quintils relativ stark unter der Gruppe der Hort- bzw. Ganztagschulbesucher vertreten (vgl. Darstellung 2.13). Dieses Ergebnis deutet somit auf unterschiedliche Intentionen von Familien hin, aus ökonomischen (aufgrund einer Erwerbstätigkeit) oder zeitlichen Gründen das eigene Kind in eine Ganztagsschule bzw. einen Hort zu schicken. Gegensätzlich zu den vorherigen Analysen erhöht sich die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit hier, wenn die Familie am Rande der Armut lebt oder ALG II bezieht. Scheinbar konträr steigt die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme mit dem Bildungsniveau der Mutter oder ihrer Vollzeiterwerbstätigkeit. Konträr zu anderen Studien (vgl. Marcus et al. 2013) findet sich in unseren Analysen eine reduzierte Wahrscheinlichkeit eines Ganztagschul- oder Hortbesuchs bei Kindern aus einem Elternhaus mit Migrationshintergrund. Dieser Effekt wird aber unter Berücksichtigung der weiteren untersuchten Einflüsse insignifikant. Eine Ganztagsschule bzw. Hort wird somit von scheinbar gegensätzlich zusammengesetzten Gruppen in Anspruch genommen. Ein Einfluss des Haushaltseinkommens – im Vergleich zum Besuch einer Kinderkrippe oder Kindergarten – findet sich hier nicht.

Darstellung 2.13: Inanspruchnahme einer Ganztagschule bzw. eines Schulhorts (Kinder bis zum 12. Lebensjahr)



Quelle: SOEP 2010-2012 und FiD 2010-2012 (gepoolte Datensätze); eigene Berechnungen; marginale Effekte auf Basis einer logistischen Regressionsanalyse; n>2600

+ $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Q1 bis Q5 repräsentieren Einkommensquintile, die aus dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet wurden.

Quintil 1 bildet die ärmsten 20% Haushalte, Quintil 5 die reichsten 20% Haushalte ab.

ISCED (International Standard Classification of Education) Stufen repräsentieren niedriger Bildungsabschluss (ISCED 1), mittlerer Bildungsabschluss (ISCED 2) und hoher Bildungsabschluss (ISCED 3).

Hinweis: Ergebnisse sind jeweils zur Referenzkategorie (nicht dargestellt) zu interpretieren.

Beispiel: Ein Kind dessen Mutter Vollzeit erwerbstätig ist hat eine (im Gesamt-Modell) 22,0 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, eine Ganztagschule oder einen Kinderhort zu besuchen, als ein Kind deren Mutter nicht Vollzeit erwerbstätig ist.

2.1.6 Zusammenfassung

Die dargestellten Befunde zeigen überwiegend einen starken Effekt des sozioökonomischen Status auf die individuelle Inanspruchnahme einer formalen Kinderbetreuung. Die Richtung des Zusammenhangs gestaltet sich überwiegend so, dass die faktische Inanspruchnahme mit den finanziellen Ressourcen und dem Bildungsstand ansteigt. Dies ist insofern bemerkenswert, da die intendierte oder zumindest unterstellte (Um-)Verteilungsleistung und Verbesserung der Lebenslagen von weniger privilegierten Bevölkerungsschichten nicht erreicht wird (vgl. Kistler und Schneider 2012). Berücksichtigt man bei partiellen Inzidenzanalysen (vgl. Kapitel 3.1.2) verschiedene Haushaltseinkommensklassen, bestätigt sich das Ergebnis der gruppenspezifischen Be-

trachtung: Höhere Einkommensgruppen nutzen generell häufiger eine staatlich geförderte Kinderbetreuung. Besonders deutlich trifft dies auf die Kleinkindbetreuung in Kinderkrippen zu. Die vom Staat bereitgestellten Mittel verteilen sich folglich ungleich auf die untersuchten Bevölkerungsschichten. Es sind demnach Familien mit höherem Einkommen, die eine überdurchschnittliche Unterstützung durch die Betreuungsangebote erhalten und somit indirekt stärker monetär begünstigt werden, als andere Einkommensgruppen.

Die Nutzung von Kinderkrippen ist hierbei aufgrund des Mangels an verfügbaren Plätzen ein extremes Beispiel. Aber auch Alt et al. (2012) kommen in ihrer Studie (mit den aktuellen Daten des DJI-Surveys) zu dem Ergebnis, dass „der Ausbau des Betreuungsangebots [...] im Alltag der Familien angekommen ist. Allerdings haben sich nicht für alle Gruppen gleichermaßen Verbesserungen ergeben“ (Alt et al. 2012, S. 98). Dies ist nicht nur aus verteilungspolitischer Sicht problematisch, sondern führt verstärkt zu einer Verfestigung der Klassengefüge und Lebenschancen der Kinder weniger privilegierter Schichten. So zeigen Längsschnittuntersuchungen, dass Kinder, die in frühen Jahren eine formelle Betreuungseinrichtung besuchen, im späteren Leben häufiger eine höhere Schule besuchen (vgl. Spieß und Büchner 2009) und somit langfristig davon profitieren. Ökonomisch betrachtet können also Kinder aus den unteren Bildungs- und Einkommensschichten durch die Inanspruchnahme die höchste Rendite erwarten. Aus sozialpolitischer Perspektive sollten also gerade die benachteiligten Gruppen einen stärkeren Zugang zu formellen Betreuungsangeboten haben. Dabei kommt die externe Betreuung, nicht nur der kindlichen Entwicklung zu Gute sie kann gerade den Familien eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf vereinfachen, die auf ein zusätzliches Erwerbseinkommen angewiesen sind (vgl. Schober und Spieß 2012). Ökonomische Barrieren spielen unseren Analysen zur Folge auch beim Kindergartenbesuch eine bedeutende Rolle. Obwohl nahezu alle Kinder vor dem Schulalter einen Kindergarten besuchen, sind bei vielen Familien monetäre Gründe ausschlaggebend, weshalb dennoch einige wenige Kinder nicht in den Kindergarten gehen. Im Vergleich mit der höchsten Einkommensklasse (Quintil 5), haben Kinder aus dem ersten Quintil (unter Kontrolle aller weiteren Einflüsse) eine um 12 Prozent niedrigere Besuchswahrscheinlichkeit.

Neben der Ressourcenausstattung der Eltern beeinflusst den Analysen zufolge auch der Migrationsstatus die Inanspruchnahme einer frühkindlichen Betreuungseinrichtung. Bei den Migranten kommen neben den sozioökonomischen Nutzungsfiltren auch kulturelle Aspekte hinzu. Zudem wirken sich Bildungseffekte bei Migranten in mehrfacher Weise stärker aus als bei der autochthonen Bevölkerung. Sprachliche Probleme sind häufig ein Hindernis, überhaupt mit Betreuungseinrichtungen in Kontakt zu treten. Zusätzlich äußern sich unterschiedliche normative Wertvorstellungen häufig in Skepsis gegenüber einer Betreuung durch Personen aus einem anderen Kulturkreis (vgl. Lokhande 2013). Dabei ist es wichtig zu betonen, dass Migrantenfamilien der zweiten Generation sich diesbezüglich kaum mehr von Familien ohne Migrationshintergrund

unterscheiden und bei ihnen der Effekt der Bildung eher über eine Inanspruchnahme entscheidet als der Herkunftseffekt (vgl. Lokhande 2013). Die bereits oben aufgeführten Argumente zur Fokussierung der Betreuungsangebote auf weniger privilegierte Bevölkerungsschichten treffen somit auch auf Familien mit Migrationshintergrund zu. Eine frühe externe Kinderbetreuung durch qualifizierte Fachkräfte kann dazu beitragen, dass sich die Bildungschancen von Kindern aus Migrantenfamilien (Nauck et al. 1998; Siegert 2008) denen der Kinder ohne Migrationshintergrund angleichen.

Aus sozialpolitischer Perspektive wäre es folglich wünschenswert, dass der Zugang, Ausbau und die Zielsetzung der Förderung externer Kinderbetreuungseinrichtungen erweitert wird. „Die aktuelle Diskussion ist [...] weniger von einer distributiven Zielsetzung sondern eher von der Vorstellung geprägt, durch den Ausbau der öffentlichen Kinderbetreuung für Kinder unter drei Jahren die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu stärken“ (Kreyenfeld und Krapf 2013, S.16). Dies kann bedeuten, dass sich die Bedarfskriterien, die über die Vergabe der verfügbaren Krippenplätze entscheiden, stärker (auch) an sozioökonomischen Gesichtspunkten der Familien orientieren sollten – zumindest so lange es noch kein flächendeckendes Angebot gibt. Bisher fokussieren sich die Bedarfskriterien zu einseitig auf die Erwerbstätigkeit der Mutter. Dies unterstützt zwar (mit Erfolg) alleinerziehende Mütter, gleichzeitig aber auch Familien mit zwei Einkommensbezieher*innen aus den höheren Bildungsschichten. Durch eine stärker von den Kommunen finanzierte bzw. subventionierte Tagesbetreuung könnten zudem finanzielle Hürden bei einkommensschwachen Familien reduziert werden. Normativer und kultureller Skepsis gegenüber einer außerfamiliären Betreuung könnte durch ein „transparentes und objektives Informationssystem, mit dem alle Eltern in die Lage versetzt werden, die Betreuungsqualität der Kindertageseinrichtungen einzuschätzen“ (Lokhande 2013, S. 4) entgegengewirkt werden. Abschließend soll noch auf die „Gefahr“ des Setzens „problematischer Reize“ (Lokhande 2013, S.19) – das Betreuungsgeld – hingewiesen werden. Wie Simulationsstudien gezeigt haben (vgl. Beninger et al. 2010), verzichten demnach eher Familien aus den unteren Einkommens- und Bildungsschichten auf einen Krippenplatz, wenn sie alternativ Anspruch auf ein Betreuungsgeld haben.

Wie im Kapitel 3.1 beschrieben, sind die Gründe einer Inanspruchnahme eines Horts bzw. einer Ganztagschule sehr unterschiedlich und nicht ohne weiteres aus soziodemographischen Merkmalen ableitbar. Die stärksten Effekte neben dem Alleinerziehendenstatus haben unseren Analysen zu Folge eine Vollzeitbeschäftigung und ein hohes Bildungsniveau. Geringer ist der Einfluss des ALG II-Bezugs. Folglich unterscheiden sich Familien, deren Kinder außerhalb der Schule betreut werden, weniger stark im Einkommen, als in anderen Merkmalen (wie z. B. dem Erwerbsstatus). Weitere Studien müssen prüfen, inwiefern die Anteile von Kindern aus Haushalten mit ALG II-Bezug hier relativ hoch sind und ob möglicherweise eine kostengünstige Tagesversorgung der Kinder bei der Wahl zu einer Ganztagschule oder Hort ausschlaggebend ist.

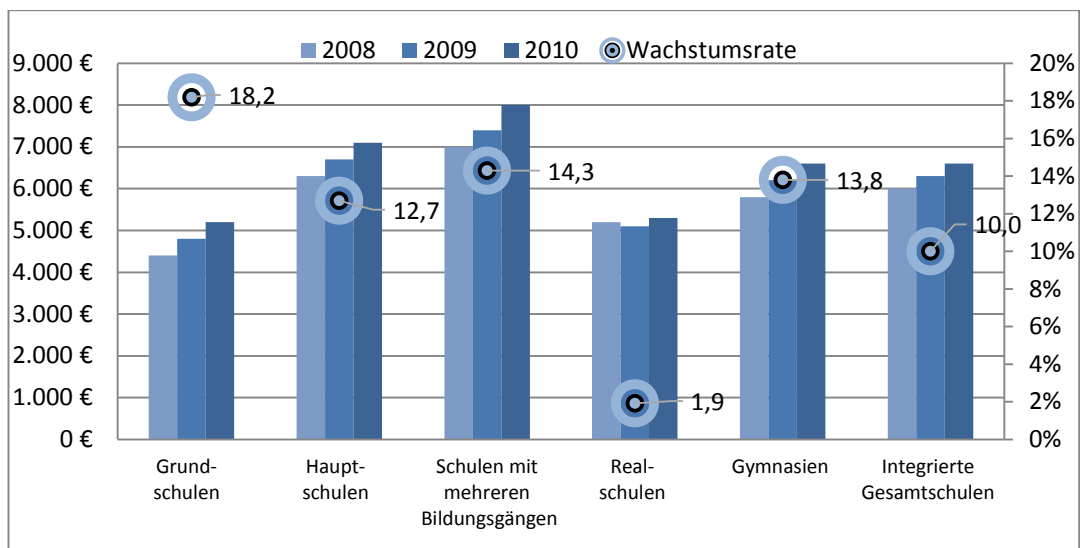
2.2 Schulbesuche

Der Schulbesuch ist für Kinder, sofern keine besonderen Einwände - wie etwa körperliche oder geistige Behinderungen vorliegen - in Deutschland verpflichtend. Insofern unterscheidet sich das Thema Schulbesuch von der vorangegangenen Thematik der externen Kinderbetreuung. Ob Eltern ihr Kind auf eine Schule schicken ist demnach nicht das Erkenntnisinteresse, sondern welche individuellen und gruppenspezifischen Unterschiede sich bei der Schulwahl identifizieren lassen. Insofern ist der Grundschulbesuch nicht von Interesse, da sich dieser kaum zwischen Eltern unterschiedlicher sozioökonomischer Gruppen unterscheidet³⁹. Wesentlich wichtiger und eng mit Teilhabechancen verbunden ist die Wahl des Schultyps nach der Grundschule und diese Wahl wird in der Regel von den Eltern getroffen.

2.2.1 Öffentliche Ausgaben für Schulen

Auf Basis der Rechnungsergebnisse der öffentlichen Haushalte für den Aufgabenbereich Schule und Schulverwaltung und den Angaben der Schulstatistik zu Schülern, Lehrern und Unterrichtsstunden (vgl. Vogel et al. 2013) sind die Ausgaben je Schülerin bzw. Schüler (AJS) von 2008 bis 2010 in allen Schularten deutschlandweit gestiegen, wobei der stärkste Zuwachs in den Grundschulen (18,2 %) festzustellen ist. Realschulen weisen im Beobachtungszeitraum nahezu eine Stagnation (1,9 %) der Ausgaben auf (vgl. Darstellung 2.14).

Darstellung 2.14: Zeitliche Entwicklung der Ausgaben je Schüler/in in Deutschland differenziert nach Schularten (in Euro und Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Vogel et al. 2013, S. 8 und Baumann und Eichstädt 2011, S. 8.

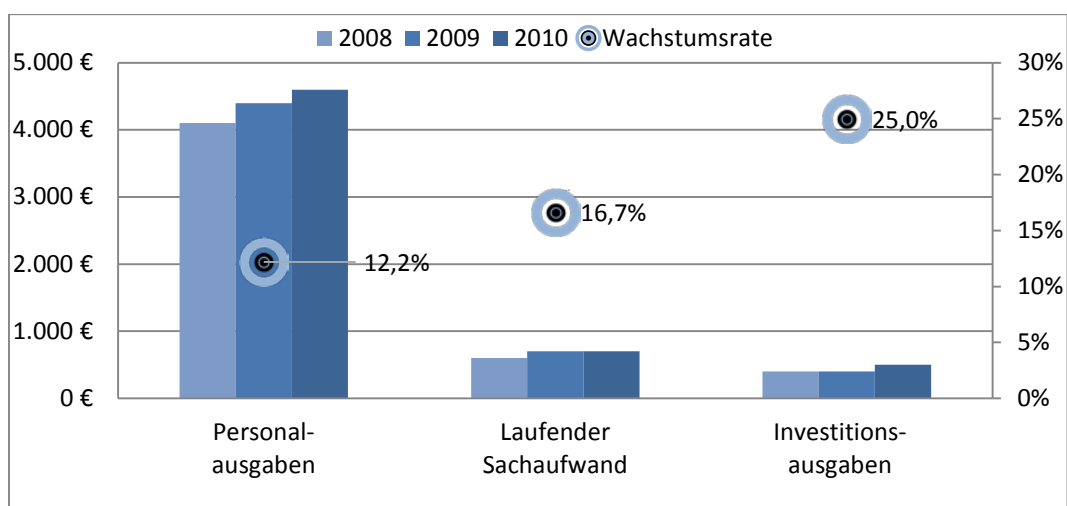
³⁹ Auf Sonderfälle wie Privatschulen soll im Folgenden nicht eingegangen werden.

Unter Ausgaben für öffentliche Schulen sind folgende Positionen zusammengefasst:

- Personalausgaben für Schulen und Schulverwaltung einschließlich unterstellter Sozialbeiträge für verbeamtete Lehrkräfte sowie Beihilfeaufwendungen,
- laufender Sachaufwand,
- Investitionsausgaben.

Den Großteil der Kosten umfassen dabei die Personalausgaben (ca. 80 % der Gesamtausgaben) mit einer Steigerungsrate von 12,2 Prozent von 2008 bis 2010 (vgl. Darstellung 2.15). Eine deutlich höhere Steigerungsrate, jedoch ausgehend von einem deutlich niedrigeren Niveau, ist bei den Investitionsausgaben (von 2008 bis 2010: 25,0 %) zu verzeichnen.

Darstellung 2.15: Ausgaben für öffentliche Schulen je Schüler/in in verschiedenen Haushaltsjahren nach Ausgaben (in € und in %)



Quelle: Eigene Darstellung nach Vogel et al. 2013, S. 8; Baumann und Eichstädt 2012, 2011, S. 8.

Die gesamten Ausgaben in Relation zur Zahl der Schüler/innen im Haushaltsjahr ergibt die Kennzahl „Ausgaben je Schülerin und Schüler an öffentlichen Schulen“ (vgl. Vogel et al. 2013, S. 5). Erst die Ausweisung dieser Kennziffer ermöglicht es, z.B. Vergleiche zwischen Bundesländern anzustellen oder eine partielle Ausgabeninzidenzanalyse vorzunehmen⁴⁰.

⁴⁰ Eine Verteilungsanalyse (partielle Ausgabeninzidenzanalyse) nach Bundesländern ist aufgrund der föderalen Struktur im Bildungsbereich zwar wünschenswert, im Zusammenhang mit den bundesländerspezifischen Schulsystemen gibt es jedoch auch datenbezogene Schwierigkeiten, die eine nach Bundesländern differenzierte Ausgabeninzidenzanalyse erschweren.

Die Bildungswege von Individuen in Deutschland sind sehr heterogen, da vielfältige Kombinationsmöglichkeiten innerhalb des deutschen Bildungssystems existieren. Mögliche unterschiedliche Bildungskarrieren wurden von den Statistischen Ämtern des Bundes, der Länder und dem Bundesinstitut für Berufsbildung im Rahmen einer Modellrechnung, die von den Ausgaben je Bildungsteilnehmer/in des Berichtsjahres 2009 (in jeweiligen Preisen) ausgeht und diese mit theoretischen Verweildauern multipliziert, zu neun Bildungskarrieren zusammengefasst. Allen gemeinsam wird in dieser Rechnung eine dreijährige Verweildauer im Kindergarten (Kosten: 18.300 Euro) und ein vier Jahre dauernder Grundschulbesuch (19.200 Euro) unterstellt.⁴¹ Die Ausgaben je Bildungsteilnehmer/in des Berichtsjahres 2009 (in jeweiligen Preisen) werden mit der jeweils theoretischen Verweildauer bzw. der durchschnittlichen Fachstudiendauer des jeweiligen Bildungsweges multipliziert (vgl. Hetmeier et al. 2012, S. 30).

Darstellung 2.16: Ausgaben je Bildungsteilnehmer/in in ausgewählten Bildungskarrieren 2009 (in Euro)

Bildungseinrichtung/ Bildungskarriere	Typ A	Typ B	Typ C	Typ D	Typ E	Typ F
Kumulierte Ausgaben	96.500 €	113.000 €	93.100 €	124.900 €	130.700 €	151.700 €
Kindergarten	18.300 €	18.300 €	18.300 €	18.300 €	18.300 €	18.300 €
Grundschule	19.200 €	19.200 €	19.200 €	19.200 €	19.200 €	19.200 €
Hauptschule	33.700 €	33.700 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Realschule	0 €	0 €	30.300 €	30.300 €	0 €	0 €
Gymnasium	0 €	0 €	0 €	0 €	55.400 €	55.400 €
Berufsvorbereitungsjahr	0 €	9.700 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Berufsfachschule	0 €	6.800 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Duale Ausbildung	25.200 €	25.200 €	25.200 €	25.200 €	0 €	21.000 €
Fachoberschule	0 €	0 €	0 €	5.400 €	0 €	0 €
Fachhochschule (FH-Diplom)	0 €	0 €	0 €	26.500 €	0 €	0 €
Universität (Uni-Diplom ohne Medizin)	0 €	0 €	0 €	0 €	37.800 €	37.800 €

Theoretische Verweildauer bzw. durchschnittliche Fachstudiendauer in Jahren (jeweils einschl. 3 Jahre Kindergarten und 4 Jahre Grundschule):

Typ A: 5 Jahre Hauptschule, 3 Jahre duale Ausbildung

Typ B: 5 Jahre Hauptschule, 1 Jahr Berufsvorbereitungsjahr, 1 Jahr Berufsfachschule, 3 Jahre duale Ausbildung

Typ C: 6 Jahre Realschule, 3 Jahre duale Ausbildung

Typ D: 6 Jahre Realschule, 3 Jahre duale Ausbildung, 1 Jahr Fachoberschule, 4,4 Jahre FH-Diplom

Typ E: 9 Jahre Gymnasium, 5,7 Jahre Uni-Diplom (ohne Medizin)

Typ F: 9 Jahre Gymnasium, 2,5 Jahre duale Ausbildung, 5,7 Jahre Uni-Diplom (ohne Medizin)

Quelle: Hetmeier et al. 2012, S. 110.

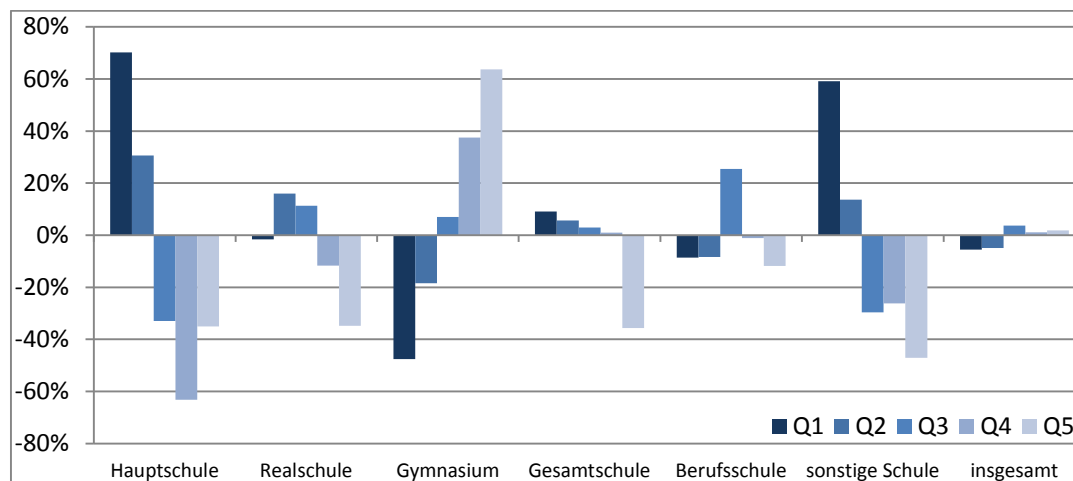
⁴¹ Die Kosten aus Hetmeier und Vogel 2014 decken sich nahezu mit den von Vogel, Eichstädt und Becke 2013 ermittelten Ausgaben in Höhe von 5.200 Euro pro Jahr, was 20.800 Euro für vier Jahre Grundschulzeit entspricht (vgl. Vogel et al. 2013, S. 7).

2.2.2 Partielle Ausgabeninzidenzanalyse

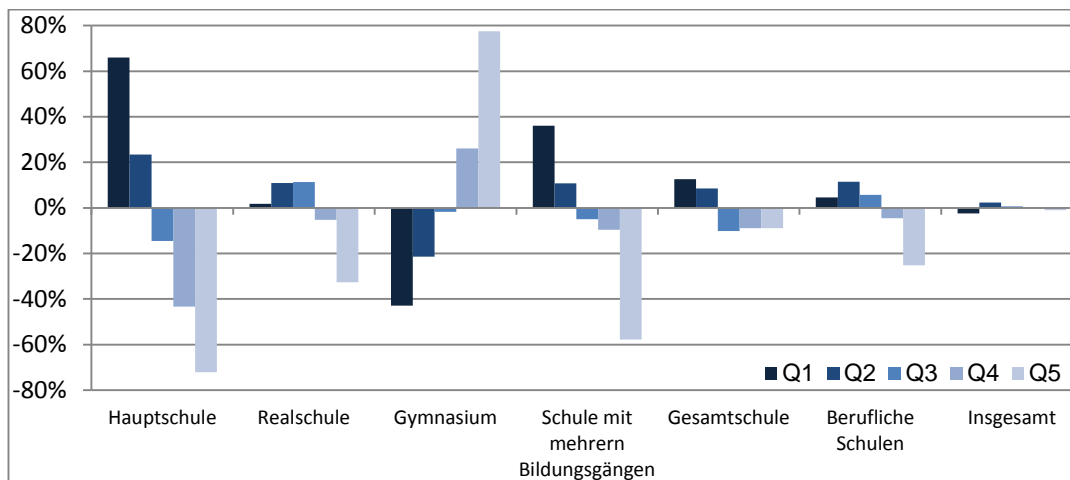
Tatsächliche und nach Alter gleichverteilte Inanspruchnahme

Die hier vorgestellten Verteilungsrechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels 2009 (SOEP 2009) und dem Mikrozensus 2009 (MZ SUF 2009) zeigen für den Bereich des Schulbesuchs einen relativ deutlichen sozioökonomischen Zusammenhang zwischen dem Haushaltseinkommen und der Art der Schulwahl. Auf Basis unserer Schätzmodelle im Vergleich zum Erwartungswert bei einer nur altersabhängigen Inanspruchnahme (vgl. 1.5.3) sind Kinder aus den einkommensschwächsten Familien (Q1) auf Hauptschulen überrepräsentiert (SOEP: 80 % / MZ: 66 % mehr als erwartet), auf Gymnasien dagegen unterrepräsentiert (SOEP: 68 % / MZ: 77 % Unterschied zum Erwartungswert). Für Kinder aus den einkommensstärksten Familien zeigen dagegen unsere Modelle den umgekehrten Einfluss. Diese sind wesentlich seltener auf Hauptschulen (oder auch Realschulen) vertreten als erwartet, an Gymnasien sind sie dagegen überrepräsentiert (vgl. Darstellung 2.17).

Darstellung 2.17: Abweichung der Zahl an tatsächlichen Schulbesuchern vom Erwartungswert bei altersabhängiger Gleichverteilung nach Quintilen (in %)



Quelle: Eigene Berechnungen nach SOEPv26 (2009).



Quelle: Eigene Berechnungen nach Mikrozensus SUF 2009.

Anhand der dargestellten Informationen zum Nutzungsverhalten und der verfügbaren Daten zur Höhe der jährlichen Bildungsausgaben je Schüler nach Schularten können die Ausgaben bzw. Transfers errechnet werden, die die Haushalte „konsumieren“, indem sie bestimmte Leistungen (= Schulbesuch eines oder mehrerer Kinder) in Anspruch nehmen. Unterschiede in den Transfers nach den Quintilen des Äquivalenzeinkommens ergeben sich somit einerseits aus dem unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhalten, andererseits auch aus den unterschiedlich hohen Durchschnittsausgaben für Schüler/innen in Abhängigkeit der Schularten. Auf Basis der verfügbaren Daten (Ausgaben je Jahr) ergibt sich folgendes Bild:

Die tatsächlichen durchschnittlichen Transfers je Schüler/in liegen im Q5 am höchsten (SOEP: 5.286 € MZ: 5.251 €), im Q3 dagegen am niedrigsten (SOEP: 5.103 Euro; MZ: 5.083 Euro). Dabei „kostet“ auf Basis der Berechnungen mit den SOEP-Daten ein Schüler im Q3 im Mittel 1,7 Prozent weniger als erwartet, im Q5 dagegen 2,2 Prozent mehr als erwartet. Die Unterschiede zeigen sich ähnlich auf Basis des Mikrozensus (vgl. Darstellung 2.18). Insgesamt ergeben die Berechnungen Bildungsausgaben in Höhe von 59,8 Mrd. Euro (MZ: 57,2 Mrd. Euro). Vergleicht man diesen Wert mit den Bildungstransfers, so zeigt sich, dass die Ausgaben im Q1 rund 0,7 Mrd. Euro (MZ: 0,4 Mrd. Euro) niedriger lagen als erwartet, im Q5 dagegen 0,3 Mrd. Euro höher als erwartet (0,2 Mrd. Euro).

Darstellung 2.18: Tatsächliche und erwartete Zahl der Schüler, Ausgaben je Schüler und Transfers insgesamt (Angaben in Euro)

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	insgesamt
Anzahl						
tatsächlich	2.361.284	2.748.654	2.764.009	2.201.168	1.448.855	11.523.970
erwartet	2.498.076	2.890.524	2.666.078	2.176.563	1.422.254	11.523.970
Ausgaben je Schüler						
tatsächlich	5.180	5.249	5.103	5.175	5.286	5.190
erwartet	5.183	5.218	5.190	5.151	5.173	5.190
Transfer insgesamt						
tatsächlich	12,232 Mrd.	14,428 Mrd.	14,104 Mrd.	11,391 Mrd.	7,659 Mrd.	59,814 Mrd.
erwartet	12,948 Mrd.	15,082 Mrd.	13,837 Mrd.	11,211 Mrd.	7,357 Mrd.	59,814 Mrd.

Quelle: Eigene Berechnungen mit: SOEPv26 (2009).

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	insgesamt
Anzahl						
tatsächlich	2.590.431	2.628.570	2.316.868	2.073.505	1.591.494	11.200.868
erwartet	2.654.599	2.568.412	2.300.431	2.069.890	1.607.536	11.200.868
Ausgaben je Schüler						
tatsächlich	5.045	5.100	5.083	5.092	5.251	5.104
erwartet	5.076	5.155	5.129	5.068	5.076	5.104
Transfers insgesamt						
tatsächlich	13,069 Mrd.	13,405 Mrd.	11,776 Mrd.	10,558 Mrd.	8,357 Mrd.	57,165 Mrd.
erwartet	13,476 Mrd.	13,241 Mrd.	11,800 Mrd.	10,490 Mrd.	8,159 Mrd.	57,165 Mrd.

Quelle: Eigene Berechnungen mit Mikrozensus SUF 2009.

Betrachtet man die mittleren jährlichen Transfers pro Haushalt, so liegen diese im SOEP zwischen 936 Euro im oberen Quintil (Q5) und 1.683 Euro im zweiten Quintil (Q2) bzw. im Mikrozensus zwischen 1.148 Euro im oberen Quintil (Q5) und 1.747 Euro im zweiten Quintil (Q2). Berücksichtigt man die Transferzahlungen für Schulbesuche und berechnet auf dieser Basis ein neues Äquivalenzeinkommen⁴² (vgl. Darstellung 2.19), so erhöht sich dieses auf Haushaltsebene im SOEP um durchschnittlich 3,1 Prozent und im Mikrozensus um 4,0 Prozent. Das heißt, dass eine Familie mit mindestens einem schulpflichtigen Kind unabhängig vom Schultypus durchschnittlich mit 1.412 Euro (SOEP, bzw. 1.532 Euro im MZ) vom Staat für den Schulbesuch gefördert wird.

Wie erwartet zeigt sich die stärkste relative Zunahme im untersten Quintil (SOEP: +7,4 %, MZ: +11,7 %), die niedrigste Zunahme im obersten Quintil (SOEP: +1,1 %, MZ: +0,1 %).

⁴² Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Transfers pro Haushalt zwar zu den Haushaltseinkommen addiert, danach allerdings äquivalenzgewichtet werden, wodurch das Nettoäquivalenzeinkommen weniger stark steigt als bei reiner Addition der durchschnittlichen Transfers zum mittleren Nettoäquivalenzeinkommen.

MZ: 1,5 %). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die in Darstellung 2.19 aufgeführten Quintile ausgehend vom ursprünglichen Nettoäquivalenzeinkommen berechnet wurden, Veränderungen in der Zusammensetzung der Quintile durch die Zurechnung der öffentlichen Ausgaben hierbei also nicht berücksichtigt werden.

Darstellung 2.19: Nettoäquivalenzeinkommen vor und nach Berücksichtigung von Ausgaben für Schulbesuche (jährliche Werte, Haushaltsebene)

	Mittlere Netto-äquivalenzeinkommen	Mittlere Transfers pro Haushalt (nicht äquivalenzgewichtet)	Mittlere Nettoäquivalenzeinkommen (HH-Einkommen + Transfers für Schulbesuche)	Veränderung in %
Einkommensquintile (Äquivalenzeinkommen)				
1. Quintil	8.813	1.370	9.520	7,4
2. Quintil	13.889	1.683	14.668	5,3
3. Quintil	17.944	1.680	18.738	4,2
4. Quintil	23.181	1.389	23.819	2,7
5. Quintil	40.044	936	40.478	1,1
insgesamt	20.770	1.412	21.440	3,1

Quelle: Eigene Berechnungen mit SOEPv26 (2009).

	Mittlere Netto-äquivalenzeinkommen	Mittlere Transfers pro Haushalt (nicht äquivalenzgewichtet)	Mittlere Nettoäquivalenzeinkommen (HH-Einkommen + Transfers für Schulbesuche)	Veränderung in %
Einkommensquintile (Äquivalenzeinkommen)				
1. Quintil	7.839	1.737	8.755	11,7
2. Quintil	12.372	1.747	13.206	6,7
3. Quintil	15.857	1.585	16.603	4,7
4. Quintil	20.489	1.433	21.163	3,3
5. Quintil	35.445	1.148	35.982	1,5
insgesamt	18.346	1.532	19.088	4,0

Quelle: Eigene Berechnungen mit Mikrozensus SUF 2009.

Die leicht unterschiedlichen Ergebnisse zwischen SOEP und Mikrozensus hinsichtlich der Höhe der Transfers nach Einkommensquintilen spiegeln leichte Unterschiede des in den beiden Befragungen ermittelten Inanspruchnahmeverhaltens nach Einkommensquintilen wider. Davon abgesehen stimmen die Ergebnisse gut überein.

Effekte auf die Armutsrisikoquoten und Verteilungswirkung

Um Verteilungseffekte der öffentlichen Transfers für Schulen zu beurteilen, werden im Folgenden Armutsrisikoquoten vor und nach der Berücksichtigung dieser Transfers betrachtet. Ausgehend vom ursprünglichen Nettoäquivalenzeinkommen zeigt sich, dass laut SOEP 15,4 Prozent aller Haushalte und 13,5 Prozent aller Personen im Jahr 2009 unterhalb der Armutsrisikoschwelle gelebt haben. Durch die Einrechnung der Transfers aus Schulbesuchen sinkt das Armutsrisiko auf 15,3 Prozent aller Haushalte und 11,6 Prozent aller Personen (vgl. Darstellung 2.20). Der Gini-Koeffizient sinkt von 0,284 auf 0,269 (auf Personenebene). Die personenbezogene Armutsrisikoquote im Mikrozensus⁴³ lag 2009 bei 14,8 Prozent. Durch die Einberechnung der durchschnittlichen öffentlichen Ausgaben je Schüler und Schularart sinkt dieser Anteil auf 13,2 Prozent. Der Gini-Koeffizient sinkt durch die Berücksichtigung der Transfers von 0,291 auf 0,273. D.h. im Umkehrschluss auch, dass eine über alle Schularten hinweg gleichmäßige Einschränkung der Ausgaben für Schulbesuche die Ungleichheit erhöhen würde – materiell (wenn wegfallende Ausgaben stattdessen von allen Nutzern gleichermaßen privat getätigt würden), aber auch immateriell durch verringerte Bildungschancen⁴⁴. Die Ergebnisse aus dem SOEP und dem Mikrozensus stimmen – bei nur geringen Unterschieden in der Höhe – in ihrer Tendenz also gut überein.

Darstellung 2.20: Armutsrisiko, vor und nach Berücksichtigung von Schulbesuchen

Haushalte		Armutsrisiko (inkl. Schulbesuche)		
		Nein	Ja	Insgesamt
Armutsrisiko (ohne Schulbesuche)	nein	82,7	1,8	84,6
	ja	1,9	13,5	15,4
	insgesamt	84,7	15,3	100
Personen		Armutsrisiko (inkl. Schulbesuche)		
		Nein	Ja	insgesamt
Armutsrisiko (ohne Schulbesuche)	nein	85,1	1,4	86,5
	ja	3,3	10,3	13,5
	insgesamt	88,4	11,6	100

Quelle: SOEPv26 (2009).

Die wesentliche Ungleichheit liegt in den unterschiedlichen Bildungschancen der Besucher einzelner Schultypen und folglich darin, dass wohlhabendere Familien eher die eigenen Kinder auf ein Gymnasium schicken als es in den Familien aus einkommensschwachen Haushalten der Fall ist. Die ungleiche Inanspruchnahme von Bildungsangeboten und damit auch Transferzahlungen setzt sich, wie in Darstellung 2.16

⁴³ Abweichungen von der Armutsrisikoquote der amtlichen Sozialberichterstattung können durch das verwendete Scientific-Use-File (70 %-Stichprobe) auftreten.

⁴⁴ In einer dynamischen Perspektive zuzüglich Effekten wie eingeschränkteren Verdienstmöglichkeiten im weiteren Lebensverlauf etc., die diesen Effekt noch verstärken.

exemplarisch aufgeführt, in den weiteren Folgekosten der klassischen Berufsbildungsverläufe fort: eine typische Handwerkerausbildung wird demnach vom Kindergarten bis zum Gesellenbrief mit durchschnittlich 96.000 Euro gefördert, handelt es sich um eine klassische Akademiker-Laufbahn (vom Kindergarten bis zum Diplom), so steht dem eine Fördersumme von 130.700 Euro gegenüber.

2.2.3 Forschungsstand zur Inanspruchnahme

Die ungleiche Verteilung von Bildungs- und damit auch Lebenschancen ist ein traditionsreicher soziologischer Forschungsgegenstand. In Anlehnung an die klassischen Vorarbeiten von Blau und Duncan (1967) wird dabei nicht davon ausgegangen, dass sozialer Status „direkt vererbt“ wird. Stattdessen wird dieser als Produkt eines Mobilitätsprozesses gesehen, in dem soziale Herkunft und Bildungsqualifikationen einen direkten Einfluss auf die spätere soziale und berufliche Platzierung haben (Bergruber et al. 2012). Aufgrund der langen Forschungstradition kann im vorliegenden Kapitel lediglich ein kleiner Ausschnitt an Vorarbeiten zum Thema der Inanspruchnahme von Schultypen im Bereich der Sekundarstufe angesprochen werden.

Bei Betrachtung des für den weiteren Bildungsweg und -erfolg wichtigen Übergangs von der primären Schulausbildung (Grundschule) in die Sekundarstufe (weiterführende Schulen) lassen sich empirisch sozioökonomische Unterschiede in den Herkunftsfamilien sowie institutionelle Selektionsmechanismen identifizieren. Untersucht man die soziale Herkunft der Kinder über sozioökonomische Merkmale der Eltern, so zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zum späteren Bildungserfolg der Kinder. Nach Daten des Mikrozensus entstammen 46,8 Prozent aller Schüler/innen der Hauptschule aus einem Haushalt in dem der höchste Bildungsabschluss der Eltern ein Hauptschulabschluss ist und nur 13,4 Prozent der Hauptschüler hat einen Elternteil mit mindestens Fachhochschulreife. Umgekehrt stammen nur 9,4 Prozent aller Gymnasiasten aus einem Haushalt mit Hauptschulabschluss eines Elternteils, dagegen 58,4 Prozent aus Haushalten mit mindestens Fachhochschulreife (vgl. Nold 2010, S.143)

Kinder aus Elternhäusern privilegierter Sozialschichten besuchen also bei vergleichbaren kognitiven und schulischen Fähigkeiten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ein Gymnasium und erlangen somit häufiger die Hochschulreife bzw. einen Hochschulzugang (vgl. Shavit und Blossfeld 1993; Kratzmann und Schneider 2008). Einen Einfluss der sozialen Herkunft hinsichtlich des Migrationshintergrunds ist insbesondere im hohen Anteil von Migranten an Haupt- bzw. Mittelschulen sowie unter den Schülern zu sehen, die eine Schule ohne Abschluss verlassen (vgl. Kratzmann und Schneider 2009). Ausschlaggebend ist der soziale Status gerade beim Übertritt von der Grundschule auf eine weiterführende Schule.

Der ökonomische Background spielt auch beim Thema „Nachhilfe“ eine Rolle. Da außerschulische Nachhilfe in der Regel privat bezahlt werden muss, sind es überwiegend finanzkräftige Familien, in denen Kinder diese zusätzliche Hilfeleistung in Anspruch nehmen können (vgl. Schneider 2004). Da in Deutschland insbesondere die frühe Selektion nach der Grundschule für den weiteren Bildungsweg sehr bedeutsam ist (Übergang von der Primär- in die Sekundarstufe), untersuchen die nachfolgenden Analysen sozioökonomische Merkmale von Familien, deren Kinder einen bestimmten Typ einer weiterführenden Schule besuchen, also Familien, die diese Bildungsentscheidung bereits getroffen haben.

2.2.4 Deskriptive Ergebnisse

Darstellung 2.21 gibt die Verteilung des Besuchs eines bestimmten weiterführenden Schultyps wieder. Deutlich zeigt sich bereits auf einer rein deskriptiven Ebene, dass die Wahl des Schultyps stark von soziodemographischen Merkmalen des Haushaltes (gemessen über die Personenmerkmale des Haushaltsvorstandes) abhängt. Je höher das Quintil des Äquivalenzeinkommens, desto höher der prozentuale Anteil des Besuchs eines Gymnasiums, während gleichzeitig ein Hauptschulbesuch unwahrscheinlicher wird. Dieser sozioökonomische Einfluss korrespondiert somit mit den Ergebnissen der partiellen Inzidenzanalyse wie auch mit denen anderer einschlägiger Analysen (z.B. Nold 2010). Die Anteile unterscheiden sich dagegen bei den Haushaltstypen sowie dem Erwerbsstatus. Etwa die Hälfte aller Kinder aus einem Haushalt, in dem der Haushaltsvorstand in Vollzeit arbeitet, besucht ein Gymnasium. Ist dieser dagegen ALG II-Bezieher/in, liegt der Anteil nur bei ca. 16 Prozent. Einen ähnlichen Effekt wie das Einkommen hat das Bildungsniveau des Haushaltsvorstandes – je höher die Bildung, desto eher besucht ein Kind ein Gymnasium. Etwa ein Viertel der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund besuchen eine Hauptschule. Stammen sie aus Familien ohne Migrationshintergrund, liegt der Anteil nur noch bei ca. 13 Prozent. Kinder aus größeren Familien, d.h. Familien mit mehreren Kindern im Alter bis 14 Jahre besuchen ebenso eher eine Hauptschule als Familien mit keinem⁴⁵ oder nur einem Kind unter 14 Jahre. Bei letzterer Gruppe liegt der Anteil von Kindern auf einem Gymnasium 9 Prozentpunkte höher.

⁴⁵ Kein Kind bedeutet in diesem Zusammenhang nicht, dass kein Kind im Haushalt lebt, sondern dass kein Kind jünger als 14 Jahre dem Haushalt zugerechnet wird. Lebt z.B. im Haushalt ausschließlich ein Jugendlicher im Alter von 17 Jahren, würde dies einem Haushalt „ohne Kinder unter 14 Jahre“ entsprechen.

Darstellung 2.21: Schulbesuch in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen
(in %)

Merkmale	Hauptschule	Realschule	Gymnasium
Einkommensquintile (Äquivalenzeinkommen)			
Quintil 1	32,1	36,2	31,8
Quintil 2	19,7	37,4	42,9
Quintil 3	12,9	38,6	48,5
Quintil 4	8,3	23,2	68,5
Quintil 5	4,1	17,4	78,5
Alleinerziehend	15,4	34,5	42,3
Verheiratet	15,4	32,7	51,9
Vollzeit erwerbstätig	15,8	33,4	50,8
ALG II-Bezug	47,5	36,2	16,3
Migrationshintergrund	24,4	34,5	41,1
Kein Migrationshintergrund	13,1	32,3	54,6
Bildungsgruppe			
ISCED 1	36,8	36,9	26,3
ISCED 2	20,4	41,5	38,1
ISCED 3	6,6	21,1	72,3
Anzahl Kinder u14 im HH			
0-1 Kind	15,2	30,7	54,0
2 Kinder	17,4	34,4	48,2
3 und mehr Kinder	21,9	33,1	45,0

Quelle: SOEP 2006-2012 (gepoolte Datensätze); n>10.000

- Quintil 1 - Quintil 5 repräsentieren Einkommensquintile, die aus dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet wurden.

- Quintil 1 bildet die ärmsten 20% Haushalte, Quintil 5 die reichsten 20% Haushalte ab.

- ISCED (International Standard Classification of Education) Stufen repräsentieren niedriger Bildungsabschluss (ISCED 1), mittlerer Bildungsabschluss (ISCED 2) und hoher Bildungsabschluss (ISCED 3).

- Anzahl Kinder u14 im HH: Anzahl im Haushalt lebender Kinder, die jünger als 14 Jahre alt sind.

2.2.5 Multivariate Analysen

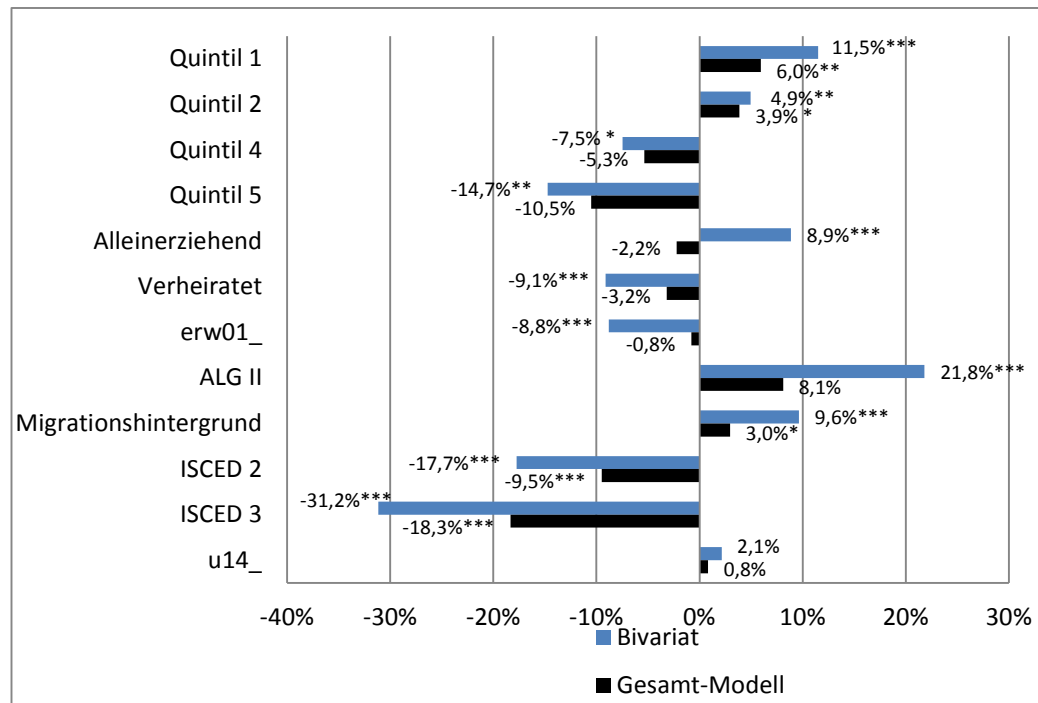
Mit den Daten des SOEP (Wellen 2006-2012) wurden zur Identifizierung von Motivatoren bzw. Hemmnissen des Schulbesuchs einer weiterführenden Schule multivariate Analysen durchgeführt. Ein spezieller Fokus wurde dabei auf die Sekundarstufe I gelegt, also der Schulbesuch einer Hauptschule, Realschule oder eines Gymnasiums nach der Beendigung der Grundschule (Primarstufe). Da der Besuch einer Berufsschule in der Regel erst nach dem Beenden der Sekundarstufe I erfolgt, wurde der Berufsschulbesuch nicht berücksichtigt, da hierfür andere Entscheidungskriterien zu Grunde liegen. Dergleichen gilt für einen Besuch einer (Fach-)Hochschule. Die nachfolgenden

Analysen wurden mit multinomialen logistischen Regressionen⁴⁶ durchgeführt. Neben institutionellen Regelungen sind für die Schulwahl der Sekundarstufe I insbesondere die Entscheidungen der Eltern ausschlaggebend, wobei diese Entscheidungen selbst von klassenspezifischen Unterschieden und sozialer Herkunft beeinflusst werden (vgl. Becker 2000). Folglich wurden sozioökonomische Merkmale des Haushalts bzw. der Eltern bei den Analysen als erklärende Variablen gewählt. Bei Betrachtung sozioökonomischer Charakteristika des Haushaltsvorstands⁴⁷ zeigen die multivariaten Analysen einen klaren Zusammenhang zwischen Bildungsvariablen und Einkommensgrößen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind die Hauptschule besucht (im Vergleich zum Besuch einer Realschule) sinkt mit zunehmendem Bildungsabschluss des Haushaltsvorstandes. Konkret liegt die Wahrscheinlichkeit (unter Kontrolle aller berücksichtigten Einflüsse) um 31,2 Prozentpunkte niedriger im Vergleich zu geringer Gebildeten (ISCED 1), wenn der Haushaltsvorstand mindestens Abitur hat (ISCED 3). Im Gegensatz dazu steigt die Wahrscheinlichkeit um 28,6 Prozent, dass ein Kind das Gymnasium besucht und nicht eine Realschule. Bei der Betrachtung der Alleinerziehenden-Haushalte zeigt sich ein unklares Bild. Kinder aus solchen Haushalten besuchen eher eine Hauptschule und seltener ein Gymnasium (als eine Realschule). Dies zeigt sich allerdings nur bei bivariater Betrachtung. Berücksichtigt man alle Merkmale des Haushalts (z.B. Bildung des Vorstandes im Gesamt-Modell), so dreht sich dieser Effekt um und es zeigt sich eine höhere Besuchswahrscheinlichkeit eines Gymnasiums. Dies kann als Hinweis gelten, dass weniger die Haushaltsform an sich, sondern Merkmale der Eltern wie das Einkommen oder der höchste Bildungsabschluss bei der Wahl des Schultyps ausschlaggebend sind. Die Effekte des Haushaltseinkommens und weiterer Einkommensvariablen sind bei Kindern, die eine Hauptschule besuchen, den Effekten bei Kindern auf einem Gymnasium diametral entgegengesetzt. Mit steigender Zugehörigkeit zu höheren Einkommensquintilen (Quintil 4 und Quintil 5) sinkt die Wahrscheinlichkeit des Hauptschulbesuchs (bzw. steigt die Wahrscheinlichkeit des Besuchs eines Gymnasiums). Damit in Einklang steigt auch die geschätzte Wahrscheinlichkeit des Besuchs einer Hauptschule, wenn der Haushaltsvorstand ALG II-Bezieher/in ist. Das Vorliegen eines Migrationshintergrundes und eine höhere Anzahl von Kindern im Haushalt unter 14 Jahren senken die geschätzte Wahrscheinlichkeit des Besuchs eines Gymnasiums, erhöhen allerdings nicht signifikant die Wahrscheinlichkeit eines Hauptschulbesuchs.

⁴⁶ Bei multinomialen logistischen Regressionen werden die Koeffizienten unter Bezug auf eine Referenzkategorie interpretiert. Die hier gewählte Referenzkategorie ist der Schulbesuch einer Realschule.

⁴⁷ In Studien werden häufig ausschließlich Charakteristika des Vaters (z.B. höchster Bildungsabschluss, Schichtzugehörigkeit) zur Erklärung von Bildungsungleichheit bei Kindern herangezogen. Die hier dargestellten Analysen beziehen sich dagegen auf den Haushaltsvorstand. Dies ermöglicht Auswertungen jenseits einer starren Kind-Vater-Zuschreibung (z.B. bei Haushalten von Alleinerziehenden). Insgesamt sind 57 Prozent aller Haushaltsvorstände in dem gepoolten Datensatz Männer, alleinerziehende Haushaltsvorstände sind dagegen häufiger Frauen (86%).

**Darstellung 2.22: Geschätzte Wahrscheinlichkeiten zum Besuch einer Hauptschule
(Referenz: Realschulbesuch)**



Quelle: SOEP 2006-2012 (gepoolte Datensätze); eigene Berechnungen; marginale Effekte auf Basis einer multinomialen Regressionsanalyse; n>10.000

+ p < 0.10, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

- Quintil 1 - Quintil 5 repräsentieren Einkommensquintile, die aus dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet wurden.

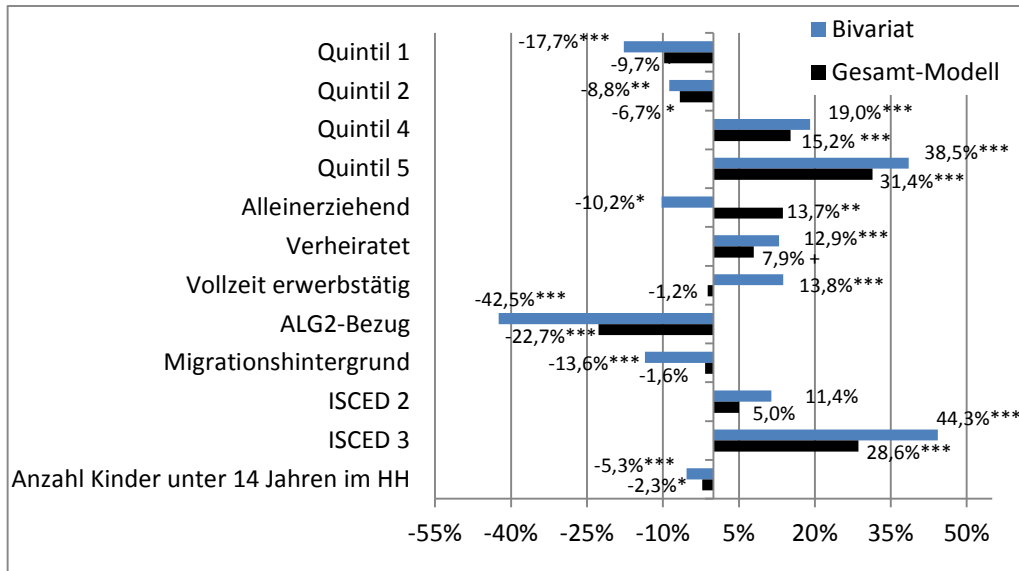
- Quintil 1 bildet die ärmsten 20% Haushalte, Quintil 5 die reichsten 20% Haushalte ab.

- ISCED (International Standard Classification of Education) Stufen repräsentieren niedriger Bildungsabschluss (ISCED 1), mittlerer Bildungsabschluss (ISCED 2) und hoher Bildungsabschluss (ISCED 3).

- Anzahl Kinder u14 im HH: Anzahl im Haushalt lebender Kinder, die jünger als 14 Jahre alt sind.

Hinweis: Ergebnisse sind jeweils zur Referenzkategorie (nicht dargestellt) zu interpretieren. Beispiel: Ein Kind aus einer Familie mit ALG II hat (im bivariaten Modell) eine 21,8 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit eine Hauptschule zu besuchen als eine Realschule.

**Darstellung 2.23: Geschätzte Wahrscheinlichkeiten zum Besuch eines Gymnasiums
(Referenz: Realschulbesuch)**



Quelle: SOEP 2006-2012 (gepoolte Datensätze); eigene Berechnungen; marginale Effekte auf Basis einer multinomialen Regressionsanalyse; $n > 10.000$

+ $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ - Quintil 1 - Quintil 5 repräsentieren Einkommensquintile, die aus dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet wurden

- Quintil 1 bildet die ärmsten 20% Haushalte, Quintil 5 die reichsten 20% Haushalte ab.

- ISCED (International Standard Classification of Education) Stufen repräsentieren niedriger Bildungsabschluss (ISCED 1), mittlerer Bildungsabschluss (ISCED 2) und hoher Bildungsabschluss (ISCED 3)

- Anzahl Kinder u14 im HH: Anzahl im Haushalt lebender Kinder, die jünger als 14 Jahre alt sind.

Hinweis: Ergebnisse sind jeweils zur Referenzkategorie (nicht dargestellt) zu interpretieren. Beispiel: Ein Kind aus einer Familie mit ALG II hat (im bivariaten Modell) eine 42,5 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit ein Gymnasium zu besuchen als eine Realschule.

2.2.6 Zusammenfassung

Die Analysen zu Inanspruchnahmeunterschieden bei der Schulwahl im Sekundarbereich berücksichtigten ökonomische wie auch elterliche Merkmalskonstellationen. Wie bereits bei den partiellen Inzidenzanalysen gezeigt werden konnte, besuchen Kinder aus wohlhabenderen Familien häufiger nach der Grundschule einen höheren Schultyp als Kinder aus Familien mit geringeren Haushaltsnettoeinkommen. Dieser Zusammenhang bestätigt sich bei der Analyse mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels. Die Ungleichverteilung bei der Inanspruchnahme entlang von sozioökonomischen Merkmalen ist dabei nahezu identisch mit den Einflussgrößen bei der Nutzung von Kleinkindbetreuungsmöglichkeiten (Kapitel 2.1). So steigt die Wahrscheinlichkeit eines Kindes das Gymnasium zu besuchen, wenn mindestens ein Elternteil Abitur hat (et vice versa). Kinder aus Familien in den unteren beiden Einkommensquintilen bzw. unterhalb der Armutsschwelle oder deren Haushaltsvorstand ALG II-Bezieher/in ist,

besuchen wesentlich häufiger eine Hauptschule als eine Realschule oder ein Gymnasium als Kinder aus ökonomisch besser gestellten Haushalten. Auch der Migrationshintergrund eines Kindes kann als signifikanter Indikator gewertet werden, mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine Hauptschule zu besuchen. Somit ergeben sich aus bildungspolitischer Sicht ähnliche Problemlagen wie bei der externen Kinderbetreuung, wodurch der „Dauerbrenner der Bildungsforschung“ (Becker 2000, S. 450) nichts an Brisanz eingebüßt hat. Die bildungspolitischen Maßnahmen, um den Schulerfolg der Kinder von dem sozialen Status der Eltern zu entkoppeln, sind allerdings wesentlich schwieriger umzusetzen als beim Beispiel der Kinderbetreuung. So hängt der Schulbesuch der Kinder in den Schulen der Sekundarstufe I neben den eigenen schulischen Leistungen (primärer Herkunftseffekt) stark von den elterlichen Entscheidungen und somit von den Bildungsaspirationen ab, die sie für ihre Kinder haben (sekundärer Herkunftseffekt). Die Entscheidungen selbst werden durch „schichtspezifische Lebenserfahrungen“ (Müller-Benedict 2007, S. 636) der Eltern bestimmt und sind somit nicht direkt durch bestimmte Maßnahmen zu beeinflussen. Es ist aber möglich die Strukturen zu beeinflussen, die es begünstigen, dass der sekundäre Herkunftseffekt so stark durchschlagen kann (vgl. Müller-Benedict 2007). Hierzu zählt vor allem die Veränderung der bestehenden Schulstrukturen, die sich unter anderem durch Halbtagschulen, frühe Entscheidungen für unterschiedliche Bildungssäulen (Schultypen) und durch eine mehr oder weniger ausgeprägte Undurchlässigkeit auszeichnet (vgl. Müller-Benedict 2007). Ohne die starre Säulenstruktur der Schularten (wie z.B. in Gesamtschulen) verringert sich der Einfluss elterlicher Bildungsentscheidungen (vgl. Becker 2000) und durch die Etablierung von ganztätigem Schulunterricht wird die Lernzeit von der Familien- oder Freizeit weitestgehend entkoppelt. So sind Kinder aus Familien mit niedrigerer Bildung weniger stark benachteiligt, z.B. wenn sie ansonsten nur wenig Unterstützung bei den Hausaufgaben erwarten können. Für diese Entkoppelung spricht auch die dadurch zu erwartende Entschärfung der ökonomischen Abhängigkeit des Besuchs einer höheren Schule. Denn wohlhabendere Familien haben eher die finanziellen Ressourcen um die eigenen Kinder möglichst erfolgreich bei der Erlangung eines höheren Bildungsabschlusses zu unterstützen (z.B. über zusätzliche Nachhilfe). Familien, die solche finanziellen Möglichkeiten nicht haben, entscheiden sich häufiger für einen Besuch eines niedrigeren Schultyps. Der direkte Einfluss sozialer Herkunft auf eine spätere soziale und berufliche Platzierung wird so aufrechterhalten.

2.3 Ärztliche Leistungen

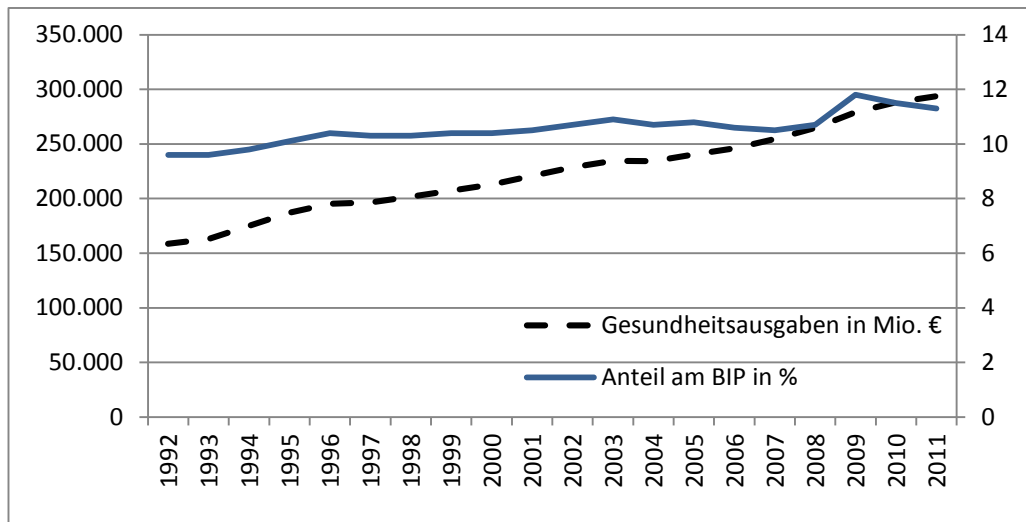
2.3.1 Öffentliche Ausgaben im Bereich gesundheitlicher Leistungen

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben ist ein Dauerthema, dass fortwährend zu Reformen im Gesundheitssektor führt. Jedoch kann der Anstieg der Kosten – abgesehen von einer auf das Haushaltsbudget fokussierten Sichtweise – nicht ohne weiteres positiv oder negativ bewertet werden, da es sehr unterschiedliche konkurrierende Erklärungen für diesen Anstieg gibt (vgl. Felder 2010). Sehr verbreitet ist der Ansatz, den demografischen Wandel (der aber nur einen Teil des Anstieges erklären kann) als Verursacher zu sehen. Weitere Thesen sind der Anstieg durch Angebotsinduzierung oder Moral-Hazard-Verhalten⁴⁸, die zumindest als alleinige Erklärungsfaktoren aber ebenfalls nicht vollends überzeugen können. Weitere Erklärungsansätze sehen den technischen Fortschritt im Gesundheitswesen oder die mangelnde Möglichkeit des Gesundheitswesens im Vergleich zu anderen Sektoren, Arbeitskraft durch Kapital zu ersetzen als Kostentreiber. Nach neueren Studienergebnissen sind die hohen Kosten des Gesundheitswesens nicht nur negativ zu sehen, da sie zu einer Steigerung der Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung beigetragen haben.

Gängige Indikatoren für die Beurteilung der Kostenbelastung durch das Gesundheitswesen im Kontext der gesamtdeutschen Entwicklung stellen der Anteil am Bruttosozialprodukt sowie die Ausgaben pro Einwohner dar. Während die Gesamtausgaben von 1992 bis 2011 um ca. 85 Prozent angestiegen sind, zeigt der jährliche Anteil am Bruttoinlandsprodukt einen geringeren Zuwachs von 9,6 Prozent auf 11,3 Prozent (Darstellung 2.24). Die Pro-Kopf-Ausgaben sind in diesem Zeitraum von 2.010 Euro auf 3.590 Euro angestiegen (+79%).

⁴⁸ Also dadurch, dass durch eine Krankenversicherung wie sie in Deutschland besteht, der Anreiz zu einer Vermeidung gesundheitlicher Risiken möglicherweise abgeschwächt wird (Moral-Hazard, vgl. Gruber und Kiesel 2009).

Darstellung 2.24: Zeitliche Entwicklung der Ausgaben (nominal) für das Gesundheitswesen (in Mio. Euro; linke Achse) und deren Anteil am Bruttoinlandsprodukt (in %; rechte Achse)



Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung: Statistisches Bundesamt, Genesis Online 2013

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind von 1992 bis 2011 von jährlich 159.656 auf 293.801 Mio. Euro gestiegen. Dies entspricht einer Wachstumsrate von ca. 85 Prozent. Eine Aufschlüsselung der entstandenen Kosten ist nach der Klassifikation der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes für folgende Leistungsgruppen möglich (Anteil an den Kosten 2011 in Klammern):

- Investitionen (ca. 3 %)
- Prävention / Gesundheitsschutz (ca. 4 %)
- Ärztliche Leistungen (ca. 28 %)
- Pflegerische / therapeutische Leistungen (ca. 24 %)
- Unterkunft und Verpflegung (ca. 7 %)
- Waren (ca. 27 %)
- Transporte (ca. 2 %)
- Verwaltungsleistungen (ca. 5 %)

2011 beliefen sich die Kosten für ärztliche Leistungen (z. B. Behandlung) auf ca. 28 Prozent der Kosten für das Gesundheitswesen, wobei entsprechende Kosten für Waren (27 %) wie z. B. Arznei- und Hilfsmittel nicht mit berücksichtigt sind.

Den größten Anteil an den Kosten der ärztlichen Leistungen haben mit 51 Prozent die Sonderleistungen, zu denen insbesondere fachärztliche Leistungen wie z. B. Chirurgie, innere Medizin, Augenheilkunde etc., aber auch Leistungen der Grundversorgung eines Patienten zählen, wie z. B. das Anlegen von Verbänden oder das Verabreichen von In-

jektionen. Grundleistungen haben einen Anteil an den ärztlichen Kosten von 29 Prozent. Dies sind nach Definition der Klassifikation der Gesundheitsausgabenrechnung Leistungen im Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit wie z. B. die Beratung von Patienten, Untersuchungen an Organsystemen, Hausbesuche, die Ausstellung von Rezepten sowie die Erstellung von ärztlichen Berichten. Die übrigen Anteile der ärztlichen Leistungen entfallen auf Strahlendiagnostische Leistungen (10 %) und Laborleistungen (9 %).

Eine Berechnung der durchschnittlichen Ausgaben pro Nutzer für einzelne Leistungsbereiche sowie eine Zurechnung auf die tatsächliche Inanspruchnahme einzelner Leistungen mit dem Ziel einer partiellen Ausgabeninzidenzanalyse (vgl. 1.4.2) ist auf dieser Datengrundlage nicht möglich, weshalb auf weitere Zahlen zu den Gesundheitsausgaben verzichtet wird.

2.3.2 Forschungsstand zur Inanspruchnahme

Ein sehr großer und stetig zunehmender Fundus an empirischen Arbeiten belegt, dass auch in wohlhabenden und sozialstaatlich organisierten Gesellschaften wie Deutschland gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen bestehen. Menschen mit einem hohen sozialen Status (d. h. hoher Grad an Bildung, Einkommen und Berufsprestige) sind bzw. leben gesünder und haben eine höhere Lebenserwartung. Dies impliziert einerseits einen größeren Bedarf hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei sozial weniger privilegierten Personen. Andererseits folgen im Allgemeinen auch das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten diesem sozialen Gradienten (vgl. Mielck 2000; Jungbauer-Gans und Gross 2009), so dass die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen womöglich mit geringerem Sozialstatus abnimmt. Von großer Bedeutung ist daher, ob Unterschiede beim Inanspruchnahmeverhalten ärztlicher Leistungen bestehen. Unterschieden werden dabei Arztbesuche – und unter ihnen häufig die Konsultation von Haus- und Fachärzten – sowie die Inanspruchnahme von Präventionsuntersuchungen. Der Arztkontakt im Allgemeinen ist Gegenstand des vorliegenden Kapitels. Präventive gesundheitliche Leistungen werden in Kapitel 3.4 behandelt. Grob lässt sich der Forschungsstand zu Arztbesuchen so zusammenfassen, dass die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung nur zum Teil sozial ungleich verteilt ist (vgl. Jansen et al. 2009), wobei insbesondere beim Kontakt zu Hausärzten Unterschiede festzustellen sind. Höhere Schichten haben häufiger Kontakt zu Fachärzten, wohingegen Personen mit niedrigerem Status eher zu Allgemeinärzten gehen. Auf Basis einiger Studien ist mit einer insgesamt höheren Kontaktrate zu Ärzten bei Personen höherer Schichten zu rechnen, im Wesentlichen sind die schichtspezifischen Unterschiede der Inanspruchnahme im Bereich der ambulanten Kuration jedoch gering ausgeprägt (vgl. Jansen et al. 2009). Zur weiteren Systematisierung von

möglichen sozialen Unterschieden im Inanspruchnahmeverhalten werden im Folgenden einige methodische und theoretische Aspekte sowie weitere Forschungsergebnisse vorgestellt.

In der Regel wird in der Forschung zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen die Kontaktfrequenz zwischen Patient und Arzt als Maß der Leistungsnutzung analysiert. Dies wirft jedoch das Problem auf, welche Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen als angemessen zu beurteilen ist. Eine hohe Kontaktfrequenz könnte beispielsweise angebotsinduziert sein oder auf ein Moral-Hazard-Verhalten hindeuten. (vgl. Gruber und Kiesel, Gruber und Kiesel 2009) vgl. Gruber und Kiesel 2009). In der Forschung zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird deshalb häufig eine getrennte Analyse von Erstkontakt und Häufigkeit der Inanspruchnahme vorgenommen. Demnach entscheidet sich der Patient auf Basis seines Gesundheitszustandes und seiner Präferenzen für den Erstkontakt, während die darauf folgende Häufigkeit der Arztkonsultation auch durch den Arzt bestimmt wird und somit angebotsinduziert sein kann (Lüngen und Siegel 2012; Gruber und Kiesel 2009).

Eine Analyse auf Basis des SHARE Datensatzes 2004 (Gruber und Kiesel 2009), ergab einen signifikanten Einfluss einer privaten Vollversicherung, des Alters, des Bildungsniveaus, des Lebens in einer Partnerschaft, des Verstädterungsgrades und von verschiedenen Gesundheitsindikatoren auf den generellen Kontakt mit dem Allgemeinarzt und die sich daran anschließende Kontakthäufigkeit. Privatversicherte weisen im Vergleich zu gesetzlich Versicherten demnach eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, den Allgemeinarzt zu konsultieren und tun dies im Fall der Inanspruchnahme seltener, mit zunehmenden Alter häufiger. Je höher die Zahl der Bildungsjahre ist, desto unwahrscheinlicher ist die Kontaktaufnahme mit einem Allgemeinarzt bzw. desto geringer ist die Nutzungshäufigkeit. In ländlichen Gebieten wird der Allgemeinarzt eher und ggf. häufiger besucht (was mit einer höheren Verbreitung von Fachärzten in städtischen Gebieten zusammenhängen kann) und das Leben in einer Partnerschaft verringert die Wahrscheinlichkeit, den Allgemeinarzt überhaupt in Anspruch zu nehmen. Zwischen Beamten und Arbeitern/Angestellten konnte in der Untersuchung kein signifikanter Unterschied in der Konsultation von Allgemeinärzten festgestellt werden. Bei Selbstständigen konnte hinsichtlich der grundsätzlichen Nutzung des allgemeinmedizinischen Bereichs kein Unterschied im Vergleich zu anderen beruflichen Stellungen gefunden werden, sie zeigten jedoch im Falle der Inanspruchnahme eine signifikant niedrigere Anzahl an weiteren Kontakten. Als Grund dafür vermuten die Autoren bei Selbstständigen die Opportunitätskosten in der Form von Einkommenseinbußen. Der Beschäftigungsstatus (Rente, Berufsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Hausmann/-frau) spielt nur für die Häufigkeit des Besuch nach dem Überwinden der Schwelle des Erstkontakts eine signifikante Rolle. Wie die Autoren selbst bemerken, wurde überraschenderweise kein Einfluss des Geschlechts festgestellt, wohingegen die Irrelevanz des Einkommens mit den meisten anderen Studien übereinstimmen (vgl. Gruber und Kiesel 2009). Ebenfalls

keinen bedeutsamen Einfluss hatte in der Studie die Frage, ob der oder die Befragte außerhalb von Deutschland geboren wurde.

Zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich der Kontaktaufnahme mit einem Arzt kommen auch Lungen und Siegel (2012) auf Basis des TNS Infratest Healthcare Access Panels (HCAP) von 2007. Die Ergebnisse belegen, dass es für Privatversicherte zwar unwahrscheinlicher ist, einen Allgemeinarzt aufzusuchen, sie aber häufiger einen Facharzt konsultieren. Darüber hinaus stellen die Autoren einen negativen signifikanten Einfluss des untersten im Vergleich zum obersten Einkommensquintil auf die Kontaktaufnahme mit Allgemeinärzten und einen signifikanten Einfluss des zweiten bis vierten Einkommensquintils (im Vergleich zum obersten Einkommensquintil) auf die Wahrscheinlichkeit der Konsultation von Fachärzten ohne Überweisung fest, wodurch sich die in den meisten ähnlichen Studien beobachtete nicht vorhandene Relevanz von finanziellen Ressourcen (vgl. Gruber und Kiesel 2009) etwas relativiert. Weiterhin bestätigt sich ein deutlicher Effekt dahingehend, dass die Wahrscheinlichkeit von Männern, einen Hausarzt oder einen Facharzt ohne Überweisung zu konsultieren, im Vergleich zu Frauen deutlich geringer ist. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass Lungen und Siegel (2012) Effekte von einigen Berufsgruppen auf die Inanspruchnahme von Allgemeinärzten feststellen, die jedoch eher punktuell auftreten und inhaltlich nur schwer als direkte Effekte interpretierbar sind. Der Migrationshintergrund bzw. die Relevanz der Staatsangehörigkeit war nicht Teil der Analysen.

Bremer und Wübker (2012) weisen auf der Basis von SHARE Daten der Jahre 2004, 2006 und 2009 darauf hin, dass hinsichtlich fachärztlich erbrachter Leistungen eine deutliche Ungleichverteilung zu Lasten von niedrigen Einkommensgruppen besteht, wohingegen bei hausärztlich erbrachten Leistungen keine Ungleichverteilung festgestellt werden kann.

2.3.3 Deskriptive Ergebnisse

Um einen Beitrag zur Klärung der Frage zu leisten, inwieweit Ungleichheiten in der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen bestehen, werden im Folgenden Ergebnisse von eigenen Analysen mit dem Datensatz der Erhebung EU-SILC vorgestellt. Dabei wird im Sinne einer Ergänzung der oben skizzierten Ergebnisse aus anderen Studien ein etwas anderer Ansatz gewählt. Gegenstand der Analyse sind nicht Erstkontakt und Kontakthäufigkeit zwischen Patient und Arzt, sondern die *Nichtinanspruchnahme ärztlicher Leistungen, obwohl subjektiv ein Anlass dazu bestand*. Eine entsprechende Frage ist im Fragenprogramm von EU-SILC enthalten.⁴⁹ Diese Fragestellung weist

⁴⁹ Die Frage lautet „Kam es in den letzten zwölf Monaten einmal oder mehrmals vor, dass Sie wegen einer schwerwiegenden Erkrankung dringend eine medizinische Untersuchung oder Behandlung benötigt hätten, diese aber nicht in Anspruch genommen haben?“. Als Antwortmöglichkeiten werden „Ja“, „Nein“ und „Weiß nicht“ angeboten. Die Antwort „Weiß nicht“ ist in der durchgeführten logistischen Regression nicht enthalten.

einerseits Vorteile auf, da eine eventuelle Angebotsinduzierung oder ein Moral-Hazard-Verhalten ausgeschlossen werden kann. Darüber hinaus werden in einem zweiten Schritt auch direkt die Gründe für diese Nichtinanspruchnahme abgefragt. Andererseits erlaubt die Fragestellung (auch in Kombination mit anderen Variablen über den Gesundheitszustand) nicht, zwischen gesunden Personen (bei denen in den letzten zwölf Monaten kein Anlass zur Behandlung bestand) und Kranken (bei denen in den letzten zwölf Monaten eine benötigte Behandlung auch tatsächlich durchgeführt wurde) zu unterscheiden. Es wird nur erfasst, ob trotz einer gesundheitlichen Beschwerde kein Arzt aufgesucht wurde.

Darstellung 2.25 stellt die prozentualen Anteile der, trotz eines Bedarfes, nicht erfolgten Inanspruchnahme dar. Über alle Befragten hinweg liegt dieser Anteil bei 7 Prozent. Der Grad der Verstädterung hat im Unterschied zur Studie von (Gruber und Kiesel 2009) keinen nennenswerten oder systematischen Einfluss auf die Beantwortung dieser Fragen – die Entfernung zu Ärzten, die in dünn besiedelten Gebieten größer bzw. die Arztdichte, die in dünn besiedelten Regionen geringer sein dürfte, scheint keine bedeutsame Rolle zu spielen. Wie bei Gruber und Kiesel (2009) sind zwischen den Geschlechtern ebenfalls keine relevanten Unterschiede festzustellen. Bei älteren Befragten ist eine etwas häufigere Nichtinanspruchnahme zu beobachten, wenngleich sich kein linearer, mit dem Alter ansteigender Trend feststellen lässt. Dies liegt vermutlich auch darin begründet, dass ältere Personen häufiger überhaupt Bedarf für eine ärztliche Leistung haben und insofern auch häufiger die Entscheidung einer Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme notwendig ist.

Ein erstes auffälliges Ergebnis ist, dass bei Arbeits- bzw. Erwerbslosen die Nichtinanspruchnahme mit 15 Prozent stark erhöht ist. Deutlich überdurchschnittlich – und zum Teil mit dem Effekt der Arbeitslosigkeit zusammenhängend – ist mit 12 Prozent auch der Anteil im ersten Quintil des Äquivalenzeinkommens, also bei den 20 Prozent mit dem niedrigsten Äquivalenzeinkommen. Ebenso erhöht ist auch der Prozentsatz der Nichtinanspruchnahme bei Personen unterhalb der Armutsrisikoschwelle. Diese bivariaten Ergebnisse lassen vermuten, dass dem Einkommen durchaus eine Rolle bei der Nichtinanspruchnahme zukommt.

Ein ähnlicher Effekt wie hinsichtlich des Äquivalenzeinkommens ist beim Bildungsgrad zu beobachten: Bei niedrigem Bildungsgrad ist die Nichtinanspruchnahme überdurchschnittlich, bei hohem Bildungsstand hingegen unterdurchschnittlich ausgeprägt. Leicht höher ist die Nichtinanspruchnahme mit 9 Prozent auch bei Personen mit einer ausländischen ersten Staatsangehörigkeit (Deutsche: 6 %).

Ein relativ deutlicher Unterschied ist zwischen Personen, die selbst ökonomisch abhängige Kinder sind und Erwachsenen (nicht ökonomisch abhängigen Kinder), zu beobachten. Während bei Kindern die Nichtinanspruchnahme nur bei 2 Prozent liegt, beträgt

sie bei Erwachsenen 7 Prozent. Auch scheint die Nichtinanspruchnahme bei unverheirateten Personen geringfügig häufiger zu sein als bei Verheirateten. Bei Betrachtung verschiedener gesundheitsbezogener Merkmale zeigt sich das zunächst etwas kontraintuitive Ergebnis, dass kranke Personen häufiger eine eigentlich benötigte Untersuchung nicht in Anspruch nehmen. Dies liegt aber darin begründet, dass bei gesunden Menschen kein Anlass zur Inanspruchnahme besteht und insofern auch die Nichtinanspruchnahme einer eigentlich benötigten Untersuchung nicht vorkommt. Dadurch entsteht das paradoxe Ergebnis, dass kranke Personen nach der hier vorliegenden Fragestellung zur Nichtinanspruchnahme eines Arztes, trotz eines Bedarfes häufiger nicht zum Arzt gehen. Festzuhalten ist, dass der Gesundheitszustand der Personen einen großen Einfluss auf die Frage der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen hat.

Darstellung 2.26: Nichtinanspruchnahme einer dringend benötigten ärztlichen Untersuchung /Behandlung in den letzten 12 Monaten nach sozio-demographischen Merkmalen (in %)

		Nichtinanspruchnahme in Prozent
Insgesamt alle Befragten		7
Grad der Verstädterung		
	Dicht besiedeltes Gebiet	7
	Gebiet mit mittlerer Besiedlungsdichte	6
	Dünn besiedeltes Gebiet	7
Geschlecht		
	Mann	6
	Frau	7
Alter		
	16 bis unter 35 Jahre	5
	35 bis unter 65 Jahre	7
	65 bis unter 80 Jahre	6
	80 Jahre und älter	8
Erwerbsstatus		
	Erwerbstätige	6
	Arbeits-/Erwerbslose	15
	Nichterwerbspersonen	6
Einkommensquintile (Äquivalenzeinkommen)		
	1. Quintil	12
	2. Quintil	7
	3. Quintil	6
	4. Quintil	5
	5. Quintil	4
Armutsrisiko		
	nicht armutsgefährdet	6
	armutsgefährdet	12
ISCED (1997 - Bildungsgruppe (EU))		
	Niedrig (ISCED 0 bis 2)	9
	Mittel (ISCED 3 und 4)	6
	Hoch (ISCED 5 und 6)	5

		Nichtinanspruchnahme in Prozent
1. Staatsangehörigkeit		
	Deutsch	6
	Nicht deutsch	9
Haushaltstyp		
	Haushalte ohne abhängige Kinder	7
	Haushalte mit abhängigen Kindern	6
Familienstand		
	nicht verheiratet	7
	verheiratet	6
Ökonomisch abh. Kind		
	Erwachsene Haushaltspersonen (Pers. ist kein ökonom. abh. Kind)	7
	Ökonomisch abh. Kinder	2
Gesundheitszustand		
	Gut	3
	Mittelmäßig	11
	Schlecht	23
Chronische (lang andauernde) Krankheit oder Beschwerden		
	nicht chronisch krank	3
	chronisch krank	12
Ausmaß der dauerhaften Einschränkung durch Krankheit		
	nicht eingeschränkt	3
	Einschränkungen, aber nicht erheblich	12
	Erhebliche Einschränkungen	20

Quelle: Eigene Berechnungen mit EU-SILC 2010 (gewichtet), ungewichtetes N >519.

2.3.4 Multivariate Analyse

Zur Identifikation unterschiedlicher sozioökonomischer Einflüsse auf die geschätzte Wahrscheinlichkeit, eine dringend benötigte medizinische Untersuchung nicht in Anspruch genommen zu haben, wurden logistische Regressionsmodelle berechnet. Darstellung 2.27 gibt die Ergebnisse wieder. Demnach äußern Personen vor allem in sehr dicht besiedelten Gebieten häufiger, trotz Notwendigkeit, keinen Arzt aufgesucht zu haben. Die Erklärung für dieses Ergebnis liegt jedoch vermutlich weniger im Grad der Verstädterung selbst, sondern ist vielmehr in unterschiedlichen Ausprägungen von weiteren Merkmalen begründet, die mit diesen Regionstypen zusammenhängen. Ein Hinweis darauf ist, dass die Wahrscheinlichkeit der Nichtinanspruchnahme ohne die Berücksichtigung anderer Variablen in dicht besiedelten Gebieten um 1,5 Prozent höher ist als in Gebieten mit mittlerer Besiedelungsdichte. Werden alle in Darstellung 2.27 abgebildeten Variablen gleichzeitig berücksichtigt, so verringert sich diese Wahrscheinlichkeit auf 0,8 Prozent. Weitere Hinweise darauf, dass dieser Unterschied weniger durch unterschiedliche Versorgungsstrukturen und Aspekte der Infrastruktur, sondern eher durch in den Regionen unterschiedlich ausgeprägte Personenvariablen verursacht wird, ergeben sich in Abschnitt 2.3.5.

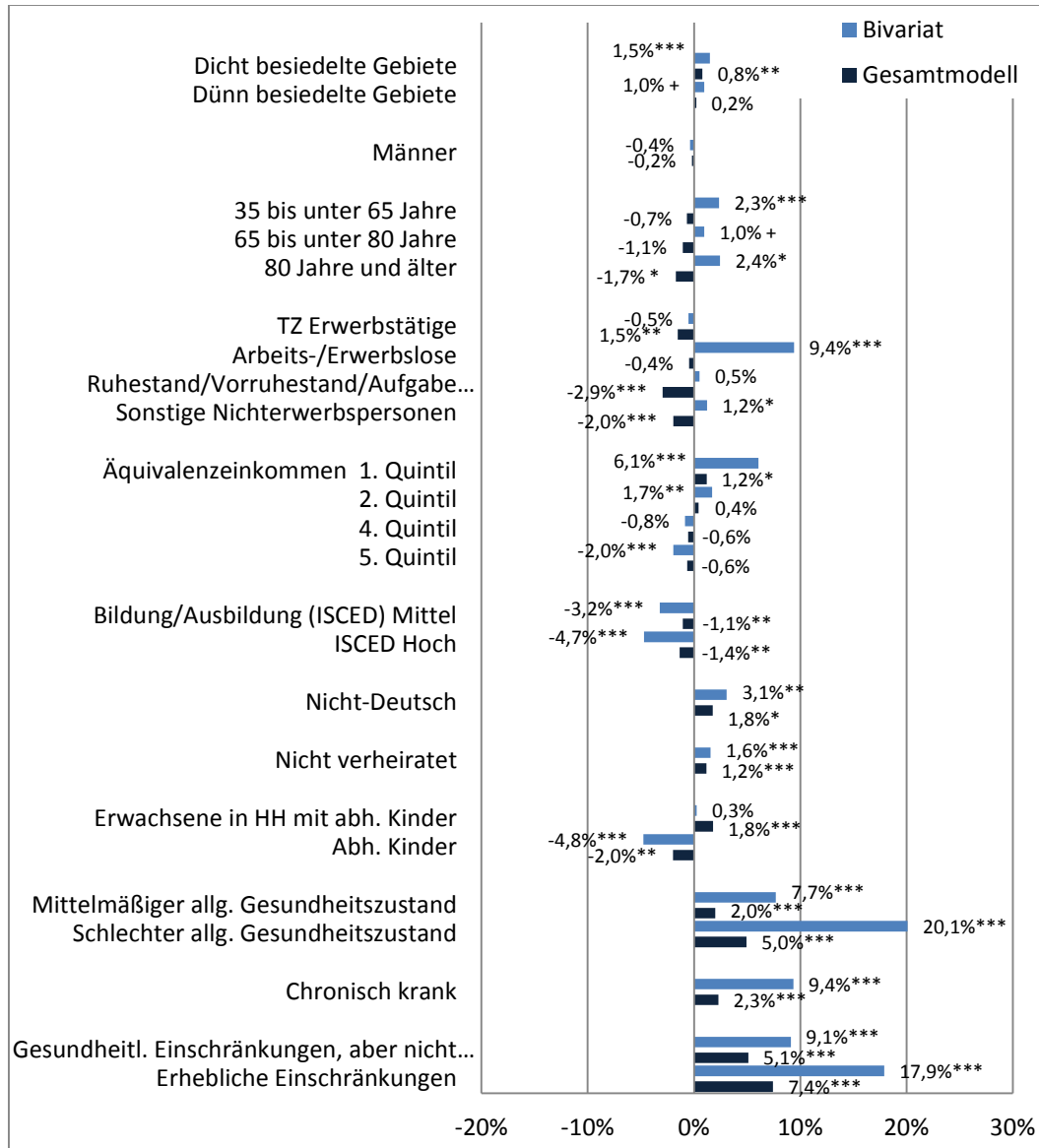
Das Geschlecht hat keinen signifikanten Einfluss auf die (Nicht-) Inanspruchnahme, was sich mit dem Ergebnis von Gruber und Kiesel (2009) deckt. Im Vergleich zur jüngsten Altersklasse (16- bis unter 35-Jährige) ist die Wahrscheinlichkeit der Nichtinanspruchnahme bei allen älteren Personen erhöht. Allerdings kehren sich die Effekte bei Kontrolle zusätzlicher Variablen um, wofür insbesondere die Altersabhängigkeit des Gesundheitszustandes verantwortlich ist. Ältere Personen sind häufiger krank, wodurch bei bivariater Analyse auch die Wahrscheinlichkeit steigt, trotz Bedarfs eine ärztliche Leistung nicht in Anspruch zu nehmen. Wird dieser Effekt durch die Kontrolle des Gesundheitszustandes und weiterer Merkmale herausgerechnet, so zeigt sich bei den 80-Jährigen und älteren Personen hingegen eine leichte, signifikante Verringerung der Wahrscheinlichkeit einer Nichtinanspruchnahme.

Aufschlussreich sind die Einkommens-, Bildungs- und Statuseffekte: Im Vergleich zu den Vollzeitbeschäftigten sind es ohne die Berücksichtigung von weiteren Variablen Arbeitslose (+9,4 %) und weit weniger sonstige Nichterwerbspersonen (+1,2 %), bei denen die Nichtinanspruchnahme trotz eines Bedarfs wahrscheinlicher ist als bei Vollzeitbeschäftigten. Bei der Kontrolle weiterer Merkmale zeigt sich, dass der Effekt der Arbeitslosigkeit mit der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Einschränkung durch gesundheitliche Probleme verknüpft ist, weshalb dieser Effekt im Gesamtmodell nicht mehr sichtbar ist. Bei Berücksichtigung aller Variablen zeigt sich, dass für Teilzeitbeschäftigte und für Personen im (Vor-)Ruhestand die Nichtinanspruchnahme etwas weniger wahrscheinlich ist als bei Vollzeitbeschäftigten. Hingegen hängt die, bei ausschließlicher Betrachtung des Erwerbsstatus erhöhte Wahr-

scheinlichkeit von Nichterwerbspersonen, eine benötigte Untersuchung nicht in Anspruch zu nehmen, vor allem mit der Bildung und dem Einkommen zusammen und kehrt sich bei Kontrolle dieser und weiterer Merkmale im Gesamtmodell um. Weitere Effekte auf die Nichtinanspruchnahme sind sowohl hinsichtlich der Quintile des Äquivalenzeinkommens als auch hinsichtlich der Bildung zu erkennen und zwar dergestalt, dass mit höherem Äquivalenzeinkommen und höherer Bildung die Wahrscheinlichkeit der Nichtinanspruchnahme sinkt. Bei Kontrolle weiterer Merkmale bleibt von den, im Vergleich zum dritten Quintil zunächst signifikanten Effekten des ersten, zweiten und fünften Quintils nur der Effekt des ersten Quintils in signifikanter Weise bestehen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die im Gesamtmodell kontrollierten Variablen auch mit der Einkommensposition zusammenhängen.

Als eine relevante Determinante der Nichtinanspruchnahme erweist sich darüber hinaus auch das Vorliegen einer ausländischen Staatsangehörigkeit, die auch unter Kontrolle weiterer Merkmale die geschätzte Wahrscheinlichkeit der Nichtinanspruchnahme erhöht. Eine Rolle spielt auch der Haushaltskontext: Im Vergleich zu Erwachsenen, die in Haushalten ohne ökonomisch abhängige Kinder leben, kommt die Nichtinanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei Erwachsenen mit abhängigen Kindern im Haushalt etwas häufiger, bei Kindern hingegen deutlich seltener vor. Auch unverheiratete Personen neigen eher zur Nichtinanspruchnahme einer medizinischen Leistung als Verheiratete.

Darstellung 2.27: Veränderung der Wahrscheinlichkeit der Nichtinanspruchnahme einer dringend benötigten ärztlichen Untersuchung /Behandlung in den letzten zwölf Monaten bei Vorliegen nach sozio-demographischen Merkmalen (in %)



Quelle: Eigene Berechnungen mit EU-SILC 2010 (gewichtet); N >= 22.066, + = p < 0.10, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001, Nagelkerke R² des Gesamtmodells = 0,202.

Quintil 1 - Quintil 5 repräsentieren Einkommensquintile, die aus dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet wurden. - Quintil 1 bildet die ärmsten 20% Haushalte, Quintil 5 die reichsten 20% Haushalte ab.

ISCED (International Standard Classification of Education) Stufen repräsentieren niedriger Bildungsabschluss (ISCED 1), mittlerer Bildungsabschluss (ISCED 2) und hoher Bildungsabschluss (ISCED 3).

Hinweis: Ergebnisse sind jeweils zur Referenzkategorie (nicht dargestellt) zu interpretieren.

Beispiel: Die Wahrscheinlichkeit, trotz Notwendigkeit eine ärztliche Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen, reduziert sich, wenn eine Person einen hohen Bildungsstatus hat (ISCED hoch) im Vergleich zu Personen mit geringem Bildungsstatus (im bivariaten Modell) um 4,7 Prozent.

Der Gesundheitszustand ist von sehr großer Bedeutung für die Frage der Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme ärztlicher Leistungen: Je schlechter der Gesundheitszustand bzw. je größer die gesundheitlichen Einschränkungen einer Person sind, desto größer ist die geschätzte Wahrscheinlichkeit, dass eine Person in den vergangenen zwölf Monaten trotz aus ihrer Sicht bestehender medizinischer Notwendigkeit nicht zum Arzt gegangen ist.⁵⁰ Dies erklärt sich daraus, dass gesunde Personen keinen bzw. einen geringeren Bedarf haben, zum Arzt zu gehen und sich somit überhaupt nicht oder seltener für oder gegen die Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung entscheiden müssen.

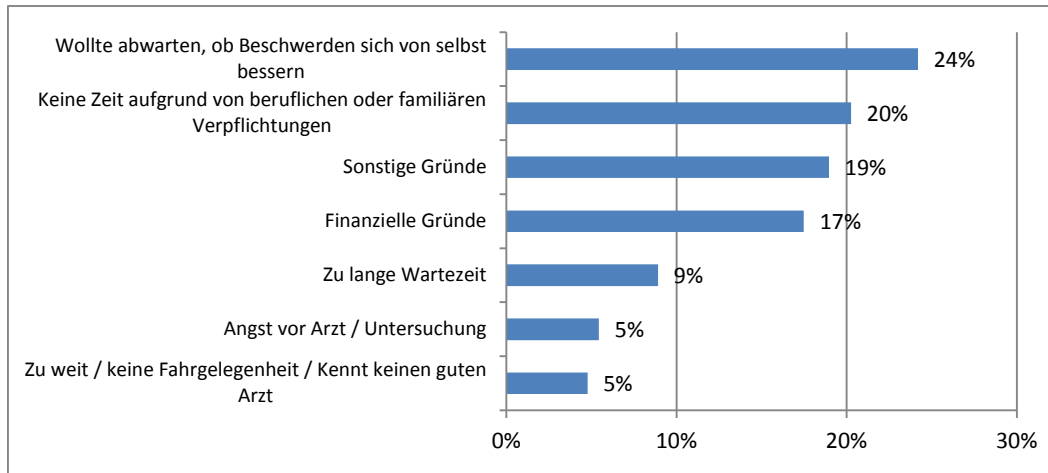
2.3.5 Gründe der Nichtinanspruchnahme

Über das Vorliegen einer Nichtinanspruchnahme und die Einflussfaktoren darauf sind in EU-SILC nützliche Zusatzinformationen darüber enthalten, warum die eigentlich benötigte ärztliche Leistung nicht in Anspruch genommen wurde. Darstellung 2.28 stellt diese Gründe ihrer Häufigkeit nach dar. Dominierend ist mit 24 Prozent die Angabe „Wollte abwarten, ob die Beschwerden sich von selbst bessern“⁵¹. Am zweithäufigsten gaben die Befragten an, dass sie aufgrund von beruflichen oder familiären Verpflichtungen keine Zeit hatten (20 %). Bedeutsam sind auch nicht näher definierte sonstige und finanzielle Gründe. Deutlich seltener als diese Gründe wurde eine zu lange Wartezeit oder Angst vor der Untersuchung genannt. Die geringste Rolle spielen nach den Angaben der Befragten zu große Entfernungen bzw. mangelnde Fahrgelegenheiten sowie das Problem, keinen guten Arzt zu kennen. Die wichtigsten Gründe für die Nichtinanspruchnahme der ärztlichen Untersuchungen liegen demnach nicht in der Art der Bereitstellung der Dienstleistung. Allerdings können auch darüber hinausgehende Nutzungshemmnisse für die Inanspruchnahme öffentlicher Sachleistungen relevant sein und bei ihrer Gestaltung aufgegriffen werden.

⁵⁰ Die immer noch starken aber doch wesentlich geringeren Effekte der gesundheitsbezogenen Variablen bei Kontrolle der übrigen Merkmale verdeutlichen, dass auch relevante Zusammenhänge zwischen der Gesundheit der Befragten und den übrigen betrachteten soziodemographischen Merkmalen bestehen.

⁵¹ Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, die vermutete geringere „Health Literacy“ von älteren Personen sowie ihre geringeren Erwartungen an die und ihre größere Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung (vgl. European Commission 2008).

Darstellung 2.28: Hauptgrund für die Nichtinanspruchnahme einer eigentlich benötigten ärztlichen Leistung (Angaben in Prozent)



Quelle: Eigene Berechnungen mit EU-SILC 2010 (gewichtet), ungewichtetes N = 1.347.

Um zusätzlich zu den Regressionsanalysen weiteren Aufschluss über die Ursachen der Nichtinanspruchnahme von ärztlichen Leistungen und ihren Zusammenhang zu soziodemographischen Determinanten zu erhalten, wurde eine Kreuztabellierung der Gründe für die Nichtinanspruchnahme mit soziodemographischen Angaben durchgeführt (vgl. Darstellung 2.28). Hinsichtlich der in der Regressionsanalyse etwas unklaren Ergebnisse zum Grad der Verstädterung sind vor allem die Gründe interessant, die mit einem Stadt-Land-Gefälle zusammenhängen könnten. Insbesondere sind dies die beiden Gründe einer zu großen Entfernung bzw. mangelnder Fahrgelegenheiten sowie das Problem, keinen guten Arzt zu kennen⁵². Auf dieser Basis zeigt sich kein relevanter Zusammenhang dieser Variable(n) zum Grad der Verstädterung. Unwesentlich häufiger werden diese beiden Gründe in dicht besiedelten Gebieten genannt, was nicht der geäußerten Erwartung eines Stadt-Land-Gefälles entspricht. Vielmehr spielt trotz der höheren Arztdichte in dichter besiedelten Gebieten der Grund einer zu langen Wartezeit dort eine größere Rolle für die Nichtinanspruchnahme als in dünner besiedelten Regionen. Berufliche oder familiäre Verpflichtungen stellen dagegen eher in ländlicheren Gebieten ein Hindernis für den Arztbesuch dar – ein Hinweis darauf, dass über den Grad der Verstädterung auch andere Hintergrundvariablen mit erfasst werden, auf die der beobachtete Zusammenhang zwischen dem Grad der Verstädterung und der Nichtinanspruchnahme zurückzuführen ist. Auch die nicht näher spezifizierten sonstigen Gründe spielen in dicht besiedelten Regionen eine größere Rolle.

⁵² In Darstellung 2.28 und Darstellung 2.34 wurden diese beiden Variablen aufgrund geringer Fallzahlen zusammengefasst.

Die nicht vorhandene Relevanz des Geschlechts im Regressionsmodell lässt sich hinsichtlich der einzelnen Gründe für die Nichtinanspruchnahme nicht ganz aufrechterhalten: Während Männer häufiger berufliche oder familiäre Verpflichtungen als Ursache nennen, wird dies von Frauen häufiger mit der Entfernung oder einer mangelnden Fahrgelegenheit bzw. dem mangelndem Kennen eines guten Arztes begründet.

Bei vielen Gründen zeigen sich Alterseffekte: Die Bedeutung finanzieller Gründe scheint mit dem Alter abzunehmen, wohingegen zu lange Wartezeiten in der Wahrnehmung der Befragten eine zunehmende Rolle spielen. Dabei ist zu bedenken, dass ältere Personen häufiger krank sind und sich Wartezeiten womöglich summieren. Dadurch könnte sich erklären, warum Personen ab 65 Jahren, die überwiegend im Ruhestand sind, mit 12 Prozent am häufigsten zeitliche Gründe für die Nichtinanspruchnahme einer ärztlichen Leistung nennen. Naheliegend ist dagegen, dass berufliche oder familiäre Verpflichtungen bei den 35- bis 65-Jährigen die größte Relevanz besitzen. Auffällige Höchstwerte finden sich zudem bei den ab 65-Jährigen hinsichtlich des Grundes „Wollte abwarten, ob Beschwerden sich von selbst bessern“, bei sonstigen Gründen und den beiden zusammengefassten Gründen zu großer Entfernungen bzw. mangelnder Fahrgelegenheiten bzw. mangelnden Informationen über gute Ärzte. Analog dazu zeigen sich ähnliche Effekte auch bei Personen im Ruhestand.

Hinsichtlich des Erwerbsstatus zeigt sich außerdem ein starker Zusammenhang zur Nichtinanspruchnahme aus finanziellen Gründen sowie aufgrund von beruflichen oder familiären Verpflichtungen. Von Erwerbstätigen in Vollzeit über Erwerbstätige in Teilzeit hin zu Arbeits-/Erwerbslosen nimmt die Bedeutung der finanziellen Gründe sehr stark zu. Auf einem relativ hohen Niveau (ähnlich zu in Teilzeit Erwerbstätigen) bewegen sich die Werte der sonstigen Nichterwerbspersonen. Die Anteile von Personen im Ruhestand, die eine ärztliche Leistung aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch genommen haben, sind dagegen ähnlich gering wie bei Vollzeit-Erwerbstätigen. Berufliche oder familiäre Verpflichtungen spielen erwartungsgemäß bei in Vollzeit Erwerbstätigen die mit Abstand größte Rolle. Nichtinanspruchnahme aufgrund zu langer Wartezeiten ist bei Erwerbslosen am seltensten. Lange Wartezeiten sind vor allem im oberen Einkommensbereich ein Hinderungsgrund der Inanspruchnahme, ähnliches gilt für berufliche und familiäre Verpflichtungen. Bei finanziellen Gründen der Nichtinanspruchnahme zeigt sich erwartungsgemäß ein starker Bezug zum Einkommen. Zudem fällt auf, dass in den beiden untersten Einkommensquintilen häufiger „sonstige Gründe“ für die Nichtinanspruchnahme genannt werden.

Ähnliche Effekte wie beim Einkommen zeigen sich in Bezug auf den Bildungsgrad. Mit steigender Bildung spielen finanzielle Gründe eine abnehmende Rolle; die Relevanz von beruflichen und finanziellen Verpflichtungen sowie von zu langen Wartezeiten als Hinderungsgrund der Inanspruchnahme steigt dagegen an. Interessant ist zudem der Aspekt, dass die Angst vor einer Untersuchung mit steigendem Bildungsgrad an

Bedeutung für die Nichtinanspruchnahme verliert. Ähnlich wie beim Einkommen ist auf Basis der Bildung ein weiterer Statuseffekt festzustellen, wonach „sonstige Gründe“ vor allem bei Personen mit geringem Bildungsgrad und geringem Einkommen eine Rolle spielen. Anders als beim Einkommen zeigt sich mit steigender Bildung eine abnehmende Relevanz der Entfernung zum Arzt sowie der Verfügbarkeit von Fahrgelegenheiten bzw. des Kennens eines guten Arztes.

Der Haushaltskontext ist insofern von Bedeutung, als dass Personen in Haushalten mit ökonomisch abhängigen Kindern deutlich häufiger aufgrund von familiären oder beruflichen Verpflichtungen nicht zum Arzt gehen, wohingegen sonstige Gründe bei ihnen eine geringere Rolle spielen.⁵³ Bei Verheirateten scheinen finanzielle Gründe seltener und familiäre oder berufliche Gründe häufiger ein Grund für die Nichtinanspruchnahme einer eigentlich benötigten ärztlichen Untersuchung zu sein (vgl. Darstellung 2.29).

Darstellung 2.29: Hauptgrund, warum erforderliche ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht stattgefunden hat (in %)

	Finanz. Gründe	Zu lange Warte- zeit	Beruf. o. famil. Verpflich- tungen	Angst vor Arzt / Untersu- chung	Abwarten, ob Beschwer- den sich bessern	Zu weit / k. Fahrgelegen- heit / Kennt k. Arzt	Sonst. Gründe
Alle	17,5	8,9	20,3	5,4	24,2	4,8	19,0
Besiedelung	18,1	10,0	18,0	4,6	22,5	5,4	21,4
Mittel	17,8	8,2	22,5	5,9	25,6	4,1	16,0
Dünn	14,5	6,6	23,5	7,4	27,2	4,1	16,6
Geschlecht							
Männer	17,3	8,0	22,7	5,0	24,5	3,0	19,6
Frauen	17,6	9,8	18,1	5,8	23,9	6,3	18,4
Alter							
16 bis unter	22,1	7,3	22,9	7,1	21,4	2,8	16,4
35 bis unter	18,9	8,4	26,0	4,4	22,3	3,4	16,7
ab 65 Jahre	9,3	11,9	2,4	6,7	32,0	10,2	27,6
Beruf. Stellung							
VZ	9,5	9,6	44,3	2,2	20,5	2,0	11,9
TZ	18,6	11,7	24,7	6,0	24,9	5,1	9,1
Erwerbslose	42,9	3,8	5,2	4,7	19,6	4,4	19,4
(Vor-)							
Ruhestand/ Aufgabe	10,2	11,1	1,9	8,2	32,0	9,4	27,3
Sonstige	22,9	6,7	5,9	8,6	24,0	4,1	27,9
Einkommen							
1. Quintil	27,3	5,4	10,7	6,6	25,1	5,7	19,2

⁵³ Die Unterscheidung von ökonomisch abhängigen Kindern und Erwachsenen auf der Personenebene konnte für diese Analyse aufgrund geringer Fallzahlen nicht verwendet werden.

	Finanz. Gründe	Zu lange Warte- zeit	Berufli. o. famil. Verpflich- tungen	Angst vor Arzt / Untersu- chung	Abwarten, ob Beschwer- den sich bessern	Zu weit / k. Fahrgelegen- heit / Kennt k. Arzt	Sonst. Gründe
2. Quintil	18,5	10,0	17,0	4,1	21,0	3,9	25,5
3. Quintil	9,8	8,8	29,2	3,1	31,0	4,2	13,9
4. Quintil	10,3	11,6	30,9	6,8	19,3	6,1	15,0
5. Quintil	5,3	14,6	29,1	6,3	23,4	2,9	18,3
armuts- gefährdet	26,7	5,2	8,8	7,9	25,2	5,2	21,0
nicht gefährdet	14,0	10,3	24,6	4,5	23,8	4,6	18,2
Bildung							
Geringe	19,8	6,0	10,7	7,9	22,8	6,6	26,2
Mittlere	17,4	9,1	22,8	5,1	26,5	4,1	15,0
Hohe	13,0	14,1	31,1	1,6	19,4	3,2	17,6
HH-typ							
ohne Kinder	17,3	9,9	16,1	6,4	24,6	5,2	20,5
mit Kindern	18,1	6,6	30,0	3,3	23,1	3,5	15,4
Fam.stand							
nicht verh.	20,6	8,4	16,9	6,4	24,2	5,3	18,2
verheiratet	14,0	9,5	23,9	4,3	24,2	4,2	19,8
Gesundheit							
Gut	14,3	9,4	25,9	4,2	26,6	3,8	15,9
Mittelmäßig	16,9	8,6	23,9	4,3	25,5	3,5	17,3
Schlecht	21,7	8,8	8,9	8,5	19,8	7,7	24,6
chronisch krank							
Nein	16,7	9,1	24,9	5,0	28,1	4,2	12,0
Ja	17,1	9,2	18,7	5,3	21,5	5,2	23,1
Gesundh. Einschrän- kung							
Nicht	15,3	9,9	26,9	3,5	27,9	3,2	13,4
Ja, teils	13,8	10,5	25,6	4,7	24,8	2,9	17,8
Erheblich	22,3	7,6	8,1	6,6	22,0	8,1	25,3

* Quintile des Äquivalenzeinkommens

Quelle: Eigene Berechnungen mit EU-SILC 2010 (gewichtet), ungewichtetes N >= 152.

Der schon häufiger als bedeutsame Variable angesprochene Gesundheitszustand sowie das Ausmaß der Einschränkung durch eine dauerhafte Erkrankung wirken sich insofern aus, als dass ein schlechterer Gesundheitszustand mit einer größeren Bedeutung von finanziellen Gründen und einer geringen Bedeutung von beruflichen oder familiären Gründen sowie häufiger mit Angst vor der Untersuchung einhergeht. Einfach abzuwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern, kommt bei einer schlechten gesundheitlichen Verfassung seltener vor. Häufiger werden in diesem Fall jedoch sonstige

Gründe angeführt. Bei chronisch Kranken sind andere Effekte als bei den beiden anderen gesundheitsbezogenen Variablen sichtbar. Berufliche und familiäre Gründe sowie – was naheliegend ist – das Abwarten einer Besserung spielen seltener eine Rolle. Häufiger werden von chronisch Kranken wiederum sonstige Gründe genannt (vgl. Darstellung 2.29).

2.3.6 Zusammenfassung

Im Vergleich zu den oben skizzierten Studien zur Inanspruchnahme von Ärzten (vgl. Gruber und Kiesel 2009; Lungen und Siegel 2012) wurde eine Fragestellung untersucht, die explizit die Nichtinanspruchnahme trotz eines gesundheitlichen Bedarfs thematisiert. Jedoch konnte nicht wie in diesen Studien zwischen allgemeinärztlichen und fachärztlichen Leistungen bzw. fachärztlichen Leistungen mit oder ohne Überweisung unterschieden werden. Ebenso konnten aufgrund fehlender Information keine Unterschiede der Inanspruchnahme zwischen gesetzlich Versicherten und Personen mit einer privaten Vollversicherung differenziert werden. Hinsichtlich dieser Merkmale weisen beide Studien darauf hin, dass Fachärzte vermehrt von privat versicherten und Allgemeinärzte eher von gesetzlich Versicherten in Anspruch genommen werden. In diesen Unterschieden zwischen den Studien dürften teilweise auch die leicht abweichenden Ergebnisse begründet liegen.

Als wichtigste Variable, welche die Wahrscheinlichkeit der Nichtinanspruchnahme ärztlicher Leistungen beeinflusst, hat sich wie auch in anderen Studien der Gesundheitszustand erwiesen. In bivariater Betrachtungsweise hat sich zudem herausgestellt, dass auch Arbeitslosigkeit die Nichtinanspruchnahme ärztlicher Leistungen deutlich begünstigt (ähnlich dazu auch die Ergebnisse bei Gruber und Kiesel 2009). Obwohl sich im Gesamtmodell kein signifikanter Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die Nichtinanspruchnahme ärztlicher Leistungen feststellen lässt, ist doch darauf hinzuweisen, dass dies vor allem in der Überschneidung von Arbeitslosigkeit mit einem ungünstigeren Gesundheitszustand und einem geringeren Einkommen liegt. Insofern kann es dennoch sinnvoll sein, mit geeigneten Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme bei Arbeitslosen anzusetzen. Anders als bei (Gruber und Kiesel 2009) konnte sowohl bial als auch multivariat ein relevanter Effekt der finanziellen Ressourcen festgestellt werden, der sich insbesondere auf das unterste Einkommensquintil konzentriert. Auch einige andere Studien stellen eine gewisse Relevanz des Einkommens fest (vgl. Bremer und Wübker 2012; Lungen und Siegel 2012), so dass davon auszugehen ist, dass finanzielle Ressourcen durchaus eine Rolle für die Nichtinanspruchnahme von medizinischen Leistungen spielen, auch wenn Zuzahlungen in Deutschland sehr beschränkt sind und sich durch die seit 2013 weggefallene Praxisgebühr die Situation für Geringverdiener etwas verbessert hat.⁵⁴ Dies bestätigen auch die von den Befragten angegebenen

⁵⁴ Die Praxisgebühr wurde seit Anfang 2004 erhoben. Da sich die Daten von Gruber und Kiesel auf die SHARE Daten von 2004 beziehen, kann in der Praxisgebühr nicht der Grund für die unterschiedlichen

Gründe für die Nichtinanspruchnahme ärztlicher Leistungen, die zu immerhin 17 Prozent finanzieller Natur sind.

Unstrittig ist in der Literatur die Relevanz der Bildung, für die auch hier signifikante Effekte festgestellt wurden. Nicht zu vernachlässigen ist, dass eine ausländische Staatsangehörigkeit – anders als die Frage der Geburt außerhalb Deutschlands in der Studie von Gruber und Kiesel (2009) – signifikant zur Nichtinanspruchnahme beiträgt. Im Unterschied zu den beiden genannten Autoren konnte jedoch kein plausibler Effekt des Verstädterungsgrades festgestellt werden. Übereinstimmend mit Gruber und Kiesel (2009), aber abweichend von der Studie von Lünen und Siegel (2012) konnte in der vorliegenden Analyse kein Effekt des Geschlechts festgestellt werden. In Übereinstimmung mit beiden skizzierten Studien ist aber davon auszugehen, dass Personen im Ruhestand ärztliche Leistungen eher in Anspruch nehmen bzw. weniger zu einer Nichtinanspruchnahme neigen.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in mittelbarer Abhängigkeit von sozioökonomischen Variablen wie Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, dem Erwerbsstatus sowie dem Familienstand bzw. dem Haushaltskontext stehen. Dabei folgen die Zusammenhänge überwiegend einem Muster, wonach sozial besser gestellte Personen weniger zur Nichtinanspruchnahme neigen. Übereinstimmend und durch sehr viele Studien belegt ist, dass Personen mit niedrigerem sozialem Status im Vergleich zu höheren Sozialschichten eine erhöhte Morbidität und Mortalität aufweisen (vgl. Mielck 2008). Zudem schätzen sie ihren Gesundheitszustand schlechter ein, leiden häufiger an Herzinfarkten, Schlaganfällen sowie Magengeschwüren und pflegen einen gesundheitsriskanteren Lebensstil (Lampert und Mielck 2008). Ein gesundheitlich möglichst umsichtiges Inanspruchnahmeverhalten wäre somit generell bei Personen mit niedrigerem sozialem Status sinnvoll, weshalb diesen Personengruppen im Hinblick auf den Abbau von Nutzungshemmnissen besonderes Augenmerk gelten muss.

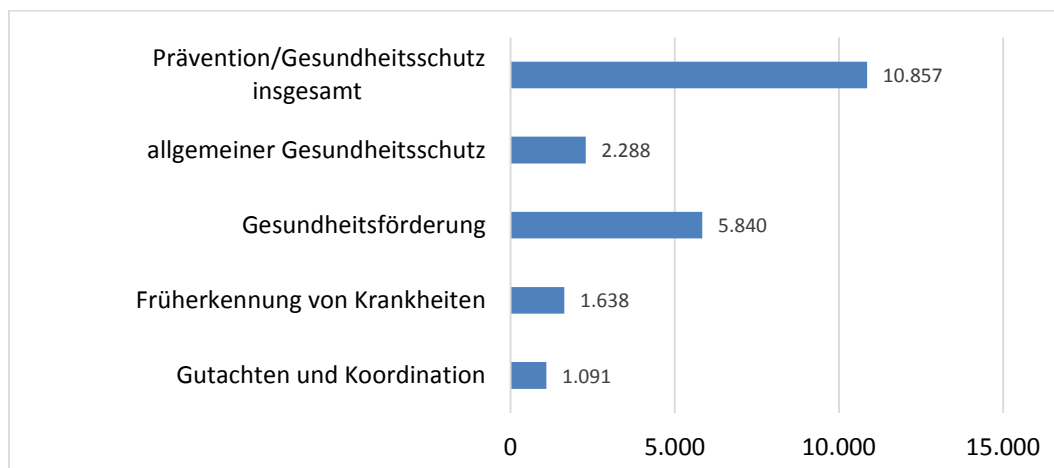
ergebnisse liegen.

2.4 Präventive gesundheitliche Leistungen

2.4.1 Öffentliche Ausgaben im Bereich Prävention und Früherkennung

Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz betrugen 2012 laut dem Statistischen Bundesamt insgesamt 10.857 Mio. Euro. In Relation zu den Gesamtausgaben des Gesundheitssystems von 300.437 Mio. Euro entspricht dies einem Anteil von lediglich 3,6 Prozent. Mit 5.840 Mio. Euro entfallen die höchsten Ausgaben auf den Bereich der Gesundheitsförderung⁵⁵, die Bereiche Gutachten und Koordination sowie Früherkennung liegen mit 1.091 bzw. 1.638 Mio. Euro deutlich darunter (vgl. Darstellung 2.30).

Darstellung 2.31: Gesundheitsausgaben 2012 im Bereich Prävention und Früherkennung nach Leistungsgruppen (in Mio. Euro)



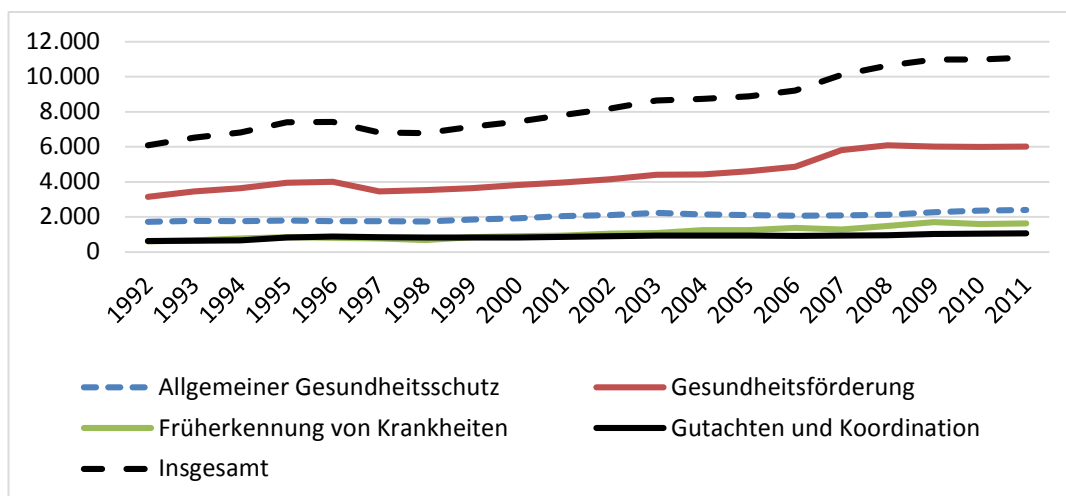
Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.1 (2012).

Im Zeitverlauf zeigt sich eine deutliche Steigerung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz, die allerdings zwischen den Leistungsgruppen unterschiedlich ausfällt. Zwischen 1992 und 2011 ist die größte Ausgabensteigerung bei der Früherkennung von Krankheiten (nominales Wachstum ca. 170 %) festzustellen, dieser Bereich bleibt aber mit 15 Prozent im Jahr 2011 weiterhin ein eher mäßig geförderter Leistungsbereich. Die geringste Steigerungsrate im Beobachtungszeitraum findet sich beim allgemeinen Gesundheitsschutz (+40%, vgl. Darstellung 2.32) wieder.

Darstellung 2.32: Gesundheitsausgaben in Deutschland für Prävention und

⁵⁵ Zur Gesundheitsförderung zählen nach der Gesundheitsausgabenrechnung Leistungen die darauf abzielen, das Verhalten eines Einzelnen oder einer Gruppe in gesundheitsförderlicher Weise zu beeinflussen. Dazu gehören Maßnahmen der Primärprävention wie Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge, AIDS-Beratung, zahnprophylaktische Leistungen oder Schutzimpfungen sowie Leistungen von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen.

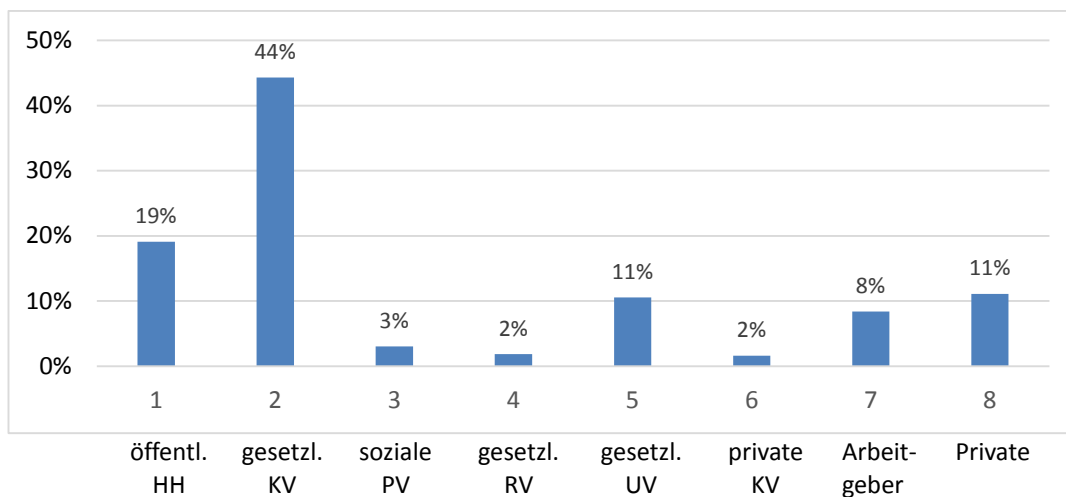
Gesundheitsschutz 1992 bis 2011 in Mio. Euro



Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung (Statistisches Bundesamt, Genesis Online 2013).

Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz werden überwiegend von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen (44%), öffentliche Haushalte übernehmen rund 20 Prozent der Kosten (vgl. Darstellung 2.33).

Darstellung 2.34: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz nach Ausgabenträgern



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.1 (2012).

HH = Haushalt

KV = Krankenversicherung

PV = Pflegeversicherung

UV = Unfallversicherung

2.4.2 Forschungsstand zur Inanspruchnahme

Gesundheitliche Präventionsmaßnahmen dienen neben dem Erhalt der individuellen Gesundheit bzw. dem Verhindern von Krankheiten auf gesellschaftlicher bzw. volkswirtschaftlicher Ebene auch der Reduzierung von Kosten. Verbesserungen des jeweiligen Lebensstiles und weitere positive Folgen (z. B. Erwerbstätigkeit, Teilhabe) kommen nicht nur den betroffenen Menschen im besonderen Maße zu Gute, sondern führen längerfristig ggf. auch zu verminderten Kosten im Gesundheitswesen bzw. analog auch in sachverwandten sozialen Sicherungssystemen (z. B. Erwerbsminderungsrente). Eine möglichst breite Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen durch unterschiedliche Bevölkerungsschichten kann somit zusätzlich zum gesundheitlichen Nutzen auch aus dieser Perspektive als wünschenswert betrachtet werden. Wie Janßen et al. (Janßen et al. 2009) feststellen, wären für eine mit Blick auf gesundheitliche Ungleichheiten ausgleichende Wirkung des Gesundheitssystems vor allem in der Prävention schichtspezifischere Maßnahmen notwendig⁵⁶.

Präventive Gesundheitsdienstleistungen sind sehr vielfältig und eine klare Abgrenzung zu anderen medizinischen Maßnahmen ist schwierig. Grundsätzlich ist die Primärprävention, bei der es um die generelle Vermeidung von Erkrankungen vor dem Auftreten einer biologischen Schädigung geht, von der Sekundärprävention, die die Entdeckung von Erkrankungen im Frühstadium zum Ziel hat, zu trennen (vgl. Rosenbrock und Kümpers 2009). Beispiele für eine Primärprävention sind z.B. eine Rückenschule oder Ernährungsberatung; Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sind Maßnahmen der Sekundärprävention. Zu den im Leistungskatalog der Krankenversicherer zwingend weiträumig angebotenen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen zählen Untersuchungen der Haut, des Verdauungstraktes sowie der geschlechtsspezifischen Merkmale (Brust, Gebärmutterhals, Prostata). Angesichts eines womöglich tödlichen Krankheitsverlaufes und zunehmender Krebsraten in den Industrienationen haben gesetzlich Versicherte in Deutschland Anspruch auf festgelegte Untersuchungsarten. Teilweise abhängig von den Krankenkassen werden die Angebote nur für bestimmte Altersgruppen angeboten oder betreffen nur Frauen oder Männer.

Als geschlechtsunspezifische Vorsorgeuntersuchung kann die Darm- und Hautkrebsvorsorge angeführt werden. Nach einer repräsentativen Studie des Robert Koch-Instituts nehmen ca. ein Drittel der Anspruchsberechtigten eine Hautuntersuchung wahr und jeder zweite für eine präventive Darmspiegelung Berechtigte lässt diese auch vornehmen. Im Gegensatz zu anderen Studien (z.B. Ellert et al. 2005) wurden bei diesen Vorsorgeuntersuchungen kaum geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt (vgl.

⁵⁶ Einschränkung muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass eine jüngst veröffentlichte Meta-Analyse von klinischen Studien (Cochrane-Studie mit >150.000 Probanden) zu dem Schluss kommt, dass die Teilnahme an Präventionsangeboten statistisch keine nachweisbare positive Auswirkung auf die Morbidität hat, sowie dass Krebs- oder Herz-Kreislaufkrankung bei Personen nicht seltener vorkommen, die an Präventionsangeboten teilgenommen haben (vgl. Krogsbøll et al. 2012).

Kraywinkel et al. 2012). Für gesetzlich versicherte Männer ab 45 Jahren ist eine Tastuntersuchung zur Prostatakrebsvorsorge kostenfrei. Einer bevölkerungsweiten Umfrage zufolge nehmen zwei Drittel der Männer zwischen 45 und 70 Jahren diese auch wahr (Sieverding et al. 2008). Wesentlich häufiger werden von Frauen Angebote zur Erkennung eines Zervixkarzinoms (Gebärmutterhalskrebs) in Anspruch genommen. Bis zu einem Alter von 50 Jahren liegen die Inanspruchnahmequoten für alle Altersklassen über 70 Prozent. Selbst unter den 69-Jährigen Frauen nimmt noch mehr als jede zweite Frau an dieser Form der Vorsorgeuntersuchung teil (vgl. Kerek-Bodden et al. 2009).

Zu den Maßnahmen im Rahmen einer Primärprävention zählen „Präventive Maßnahmen zur Förderung von gesunder Ernährung, Bewegung und Entspannung [...zur...] Vorbeugung von weit verbreiteten, nichtübertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- oder Krebserkrankungen.“ (Jordan und v.d. Lippe 2012, S. 1). Diese zielen somit vor allem auf eine Verhaltensprävention ab. Der Repräsentativumfrage GEDA aus dem Jahr 2009 zu Folge haben 16 Prozent aller Befragten an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme teilgenommen. Am häufigsten wurden Maßnahmen zur Bewegung (z.B. Rückenschule) in Anspruch genommen (12,5 % der Befragten), weniger häufig zu den Themen „Ernährung“ (5 %) oder „Entspannung“ (4,5 %). Über alle Angebote hinweg zeigt sich dabei eine deutlich höhere Teilnahme von Frauen. Bei Berücksichtigung des sozialen Status (gemessen über Schulbildung, berufliche Stellung und Einkommen) zeigen sich neben geschlechtsspezifischen Unterschieden auch Differenzen zwischen Statusgruppen (vgl. (2012) (Jordan und v.d. Lippe 2012). Unterschiede in der Inanspruchnahme sind dahingehend zu beobachten, dass höhere Statusgruppen in der Regel häufiger an solchen Maßnahmen teilnehmen.

Auch sozialpsychologische Einflussgrößen sind bedeutsam. Unter den Frauen nehmen besonders jene primärpräventive Angebote wahr, die in einer festen Partnerschaft leben und/oder über ein hohes Maß an sozialer Unterstützung verfügen. Dieser Effekt zeigt sich zwar in ähnlicher Weise bei Männern, jedoch in stark abgeschwächter Form. Weitere Indikatoren zur Erklärung von Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an primärpräventiven Angeboten sind im Gesundheitsverhalten⁵⁷ zu finden. So sind es tendenziell eher gesundheitsbewusste Personen die diese Angebote wahrnehmen – also tendenziell die Gruppe, bei denen eine geringere Notwendigkeit zur Vorsorge besteht (vgl. (2012). Dies führt zum – auch als Disparitäteneffekt von Prävention bezeichneten – Phänomen, wonach durch Präventionsmaßnahmen vor allem sozial besser gestellte bzw. gesundheitsbewusste Gruppen erreicht werden. In der Folge wächst die gesundheitliche Ungleichheit eher an, obwohl sich der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert (vgl. Bauch 2000).

⁵⁷ In der Studie zählt hierunter körperliche Aktivität, Konsum von Obst und Gemüse, Körpergewicht, Rauchen und Alkoholkonsum.

Die sogenannten „Gesundheits-Check-ups“ umfassen für Personen ab dem 35. Lebensjahr eine körperliche Untersuchung, eine Urinuntersuchung sowie Analysen bestimmter Blutwerte. Im Vergleich zu den bereits aufgeführten Vorsorgemaßnahmen sind es hier mehr Männer als Frauen, die diese in Anspruch nehmen. Auch sind es entgegen des sonst typischen Inanspruchnahmeverhaltens eher Personen der unteren Bildungsgruppe, die an einem Check-Up teilnehmen (vgl. Ellert et al. 2005).

Ein relativ homogenes Bild ergibt sich unabhängig von der Art der Präventionsmaßnahmen bei Migranten. So fassen Lampert et al. (2005) zusammen: „Präventive Angebote, z. B. Gripeschutzimpfung, Krebsfrüherkennung oder Zahnarztprophylaxe, erreichen Migranten und Migrantinnen deutlich seltener. Neben kulturellen und sprachlichen Barrieren spielt hierbei auch der rechtliche Status bestimmter Migrantengruppen eine Rolle“.

2.4.3 Deskriptive Ergebnisse

Um eine Gruppenspezifität bei der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu untersuchen, wurden Daten der repräsentativen Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts ausgewertet (vgl. Robert-Koch-Institut 2012). Im Rahmen der Studie wurden 22.050 Personen im Alter ab 18 Jahren befragt; die hohe Fallzahl erlaubt eine detaillierte Unterscheidung der relevanten Personengruppen. Im Rahmen der Analysen wurden drei verschiedene Vorsorgeuntersuchungen betrachtet:

- Zahnprophylaxe innerhalb der letzten zwölf Monate
 - Teilnahme an einer Krebsvorsorgeuntersuchung⁵⁸ in den letzten zwölf Monaten
 - Teilnahme an einem Gesundheits-Check-up⁵⁹ in den letzten zwei Jahren
- Darstellung 2.35: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten nach soziokulturellen Merkmalen (in %)

⁵⁸ Die Frage wurde nur Männern ab dem 35. Lebensjahr, bzw. Frauen ab dem 20. Lebensjahr gestellt.

⁵⁹ Die Frage wurde nur Befragten ab dem 35. Lebensjahr gestellt.

Darstellung 2.36: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten nach soziokulturellen Merkmalen (in %)

Merkmale	Zahnprofilaxe	Krebsvorsorge	Gesundheits- Check-up
	in den letzten 12 Monaten = ja	in den letzten 12 Monaten = ja	in den letzten 24 Monaten = ja
Geschlecht			
Mann	73,1	66,4	88,4
Frau	82,9	79,9	90,4
Alter			
18-29 J.	70,0	84,2	-
30-39 J.	80,9	81,8	87,8
40-49 J.	83,9	76,6	86,5
50-59 J.	82,1	76,8	88,7
60-69 J.	79,5	75,2	91,8
70+ J.	71,7	65,9	92,9
Sozioökonomischer Status (SES)			
Niedrig	66,5	69,8	89,3
Mittel	78,5	76,6	90,2
Hoch	82,9	76,9	88,6
ISCED (1997) - Bildungsgruppe (EU)			
Niedrig	64,7	67,9	89,4
Mittel	77,9	76,7	89,9
Hoch	82,8	76,7	89,1
Berufliche Stellung (Befragte/r)			
Arbeiter	71,6	71,7	90,3
Angestellter	82,9	78,2	90,0
Beamter	80,6	75,9	89,5
Selbstständig	76,4	70,8	86,4
Sonstige	75,4	76,1	88,4
Arbeitslos			
nicht arbeitslos	79,2	75,7	89,2
arbeitslos	76,2	78,0	91,2
Rente/Ruhestand			
nein	79,4	77,9	88,4
ja	74,9	69,3	92,6
Migrationshintergrund			
nein	79,7	76,2	89,5
ja	70,2	75,1	89,6

Quelle: GEDA 2010; eigene Berechnungen; n>10.000

Darstellung 2.36 gibt die Verteilung der Inanspruchnahme der untersuchten Gesundheitsvorsorgeangebote nach Personenmerkmalen wieder. Wie bereits in anderen Studien berichtet, nehmen mehr Frauen als Männer Präventionsangebote wahr. Allerdings ist der Unterschied beim Gesundheits-Check-up nur sehr gering (-1,9 Prozentpunkte).

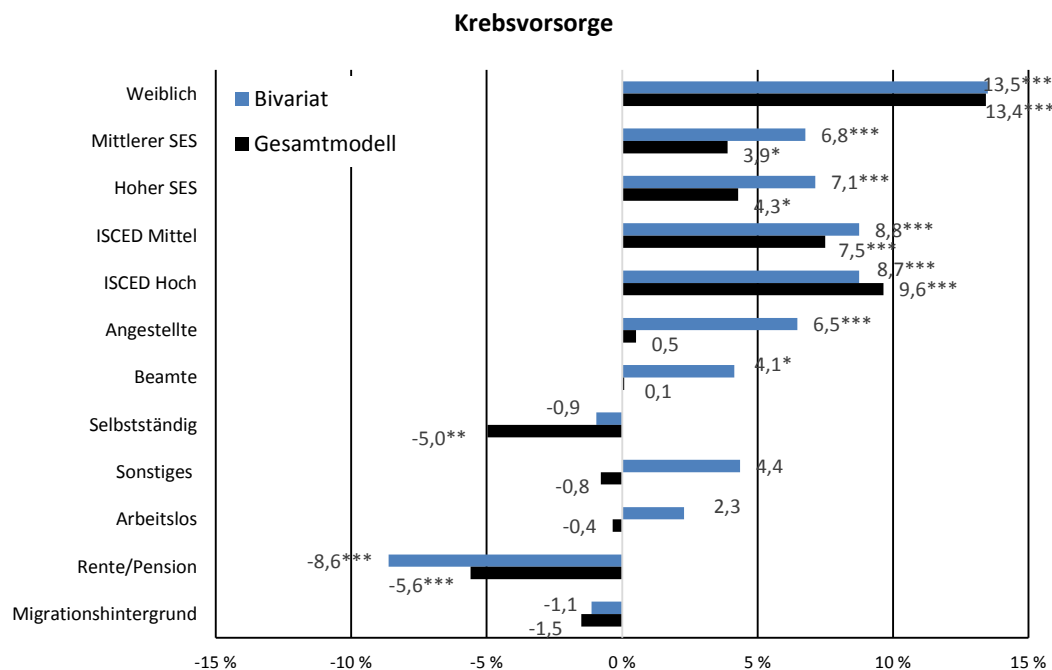
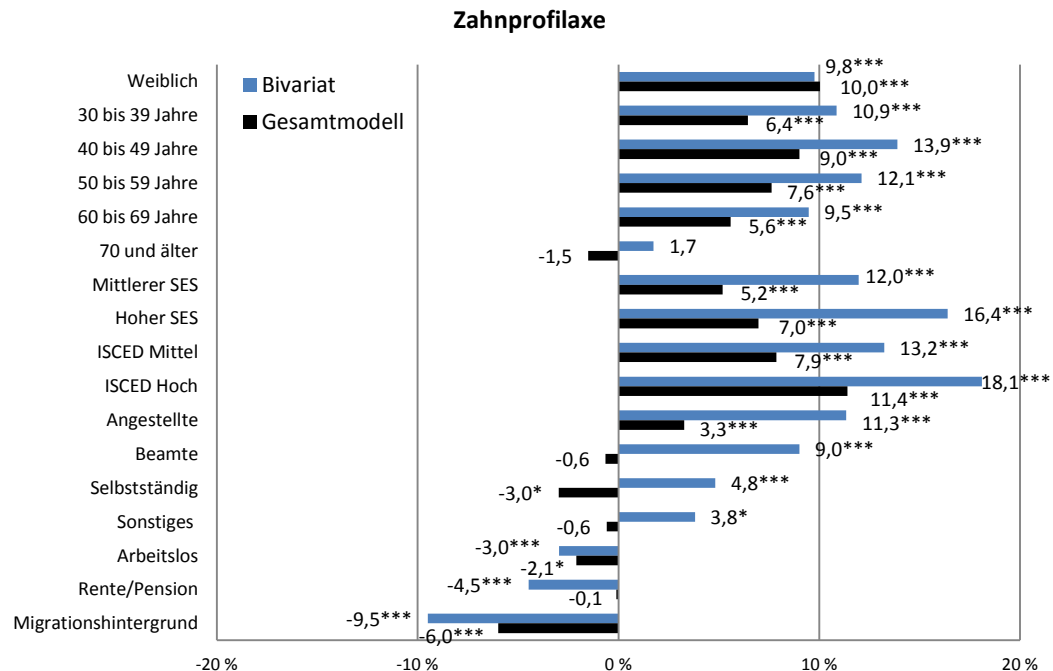
Betrachtet man das Alter der Befragten, so nehmen Personen der jüngsten und der ältesten Altersklasse seltener als die Übrigen eine Zahnprofilaxe in Anspruch; bei der Krebsvorsorge nimmt die Inanspruchnahme mit dem Alter tendenziell ab, während der Gesundheits-Check-up mit ansteigendem Alter häufiger in Anspruch genommen wird. Effekte des Bildungshintergrundes und des sozioökonomischen Status zeigen sich besonders bei der Zahnprofilaxe. Bei der Krebsvorsorge ist die Diskrepanz nur noch zwischen der niedrigsten Bildungsstufe bzw. Sozialstatusmerkmalen und den darüber liegenden deutlich, beim Gesundheits-Check-up finden sich dagegen keine Unterschiede. Angestellte und Beamte nehmen – im Gegensatz zu Arbeitern – häufiger eine zahnmedizinische Profilaxe oder eine Krebsvorsorgeuntersuchung wahr. Ist eine Person arbeitslos, so ist die Inanspruchnahme im Gegensatz zur erwerbstätigen Bevölkerung bei der Zahnprofilaxe geringer, bei der Krebsvorsorge dagegen etwas höher. Der Migrationsstatus einer Person erweist sich bei der Zahnprofilaxe als bedeutsam, bei der Krebsvorsorge oder dem Gesundheits-Check-up ist er dagegen ohne Einfluss.

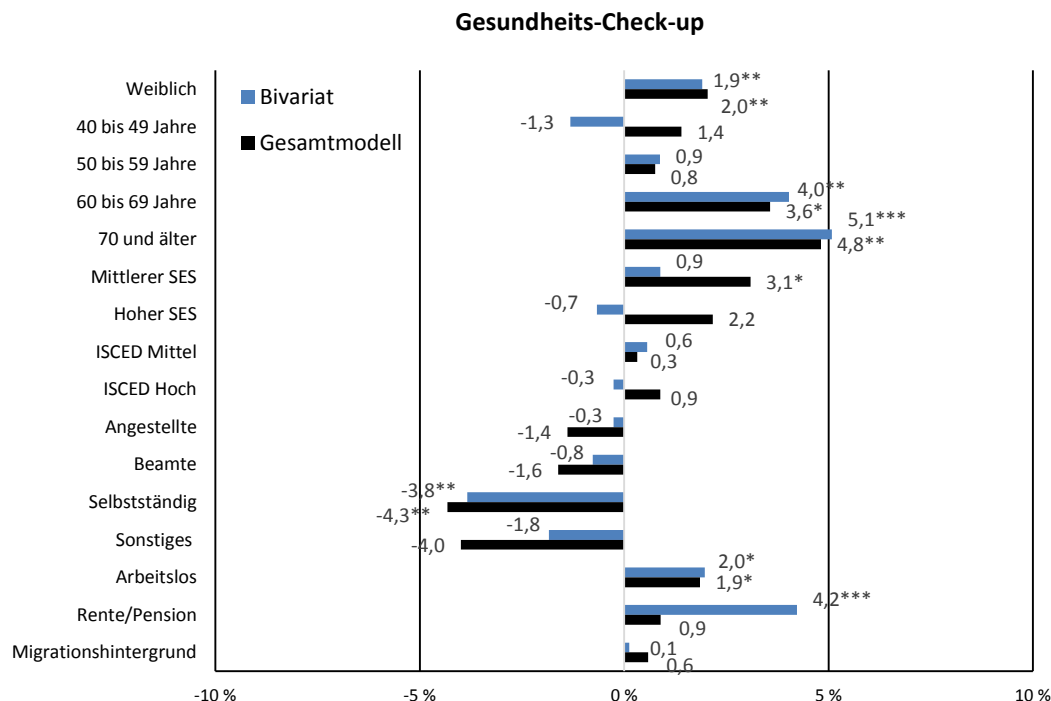
2.4.4 Multivariate Analysen

Um die Abhängigkeit der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen von soziodemografischen Merkmalen statistisch zu erfassen, wurden multivariate Analysen durchgeführt. Dabei wurden wiederum sowohl Regressionen für bivariate Zusammenhänge, als auch Regressionen durchgeführt, die den Einfluss aller untersuchten Merkmale berücksichtigen („Gesamtmodell“).

Darstellung 2.36 gibt die Ergebnisse, dargestellt als marginale Effekte, wieder. Grundsätzlich lässt sich erkennen, dass die Gruppenspezifität der deskriptiven Analysen auch in den multivariaten Analysen bestätigt wird. Die geringste gruppenspezifische Abhängigkeit zeigt sich demnach beim Gesundheits-Check-up. Zwar nehmen diese Vorsorgeleistung Frauen eher wahr als Männer (Frauen haben eine ca. 2 Prozent höhere Teilnahmewahrscheinlichkeit), jedoch hat der sozioökonomische Status, das Bildungsniveau oder ein Migrationshintergrund keinen signifikanten Einfluss darauf, ob eine Person diese präventive Leistung in Anspruch nimmt. Bei der Krebsvorsorge sowie bei der Zahnprofilaxe sind die Unterschiede dagegen ausgeprägter: Bildung, der sozioökonomische Status und der Beruf sind hier Indikatoren, welche die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme signifikant erhöhen. Insbesondere bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Vorsorge hat der Migrationshintergrund, der Rentnerstatus wie auch der Arbeitslosenstatus einen deutlich abschwächenden Effekt, d. h. Migranten, Rentner und Arbeitslose nutzen diese Angebote seltener. Bei der Krebsvorsorge zeigt sich unter Berücksichtigung aller untersuchten Einflussvariablen, dass Personen in Rente oder Ruhestand seltener an Maßnahmen zur Krebsvorsorge teilnehmen. Dies ist möglicherweise durch das Alter zu erklären, da bereits in den deskriptiven Analysen gezeigt werden konnte, dass die Inanspruchnahmeneigung mit zunehmendem Alter sinkt.

Darstellung 2.37: Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen im Gesundheitsbereich. Marginale Effekte auf Basis logistischer Regressionen





Quelle: GEDA 2010; eigene Berechnungen; marginale Effekte auf Basis einer logistischen Regressionsanalyse;

n>13.000; + p < 0.10, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001; Aufgrund der unterschiedlichen Abfrage des Themenfeldes „Krebsvorsorge“, wurden keine Analysen für die Altersklassen durchgeführt.

Hinweis: Ergebnisse sind jeweils zur Referenzkategorie (nicht dargestellt) zu interpretieren.

Beispiel: Frauen haben (im bivariaten Modell) eine 13,5 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit an einer Krebsvorsorgeuntersuchung teilzunehmen als Männer.

2.4.5 Zusammenfassung

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Quote der Inanspruchnahme präventiver Leistungen in mittelbarer Abhängigkeit von der Position der jeweiligen Gruppe im sozialen Gefüge steht. Personen im untersten Einkommensquintil und Arbeitslose nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als andere soziale Gruppen. Je höher der Status, desto eher nehmen Frauen und Männer (unabhängig vom Alter) an verhaltenspräventiven Maßnahmen teil. Eine Ausnahme bildet hier allerdings der untersuchte Gesundheits-Check-up. Möglicherweise fühlen sich höher Gebildete (aufgrund einer subjektiv gesünderen Lebensform) weniger stark von diesem Angebot angesprochen (vgl. Lampert et al. 2005). Migranten nehmen den Analysen zufolge seltener an Gesundheitspräventionsangeboten wie der Zahnprofilaxe teil und berichten häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund von der Situation, trotz benötigter medizinischer Hilfe keine Leistung in Anspruch genommen zu haben. Dies ist insofern bedenklich, da Migranten

– insbesondere der ersten Generation – einen vergleichsweise schlechteren Allgemeinzustand haben als andere Bevölkerungsgruppen (vgl. Razum und Neuhauser 2008).

Die höhere Morbidität und Mortalität bei Personen mit niedrigerem sozialen Status (vgl. Mielck 2008) unterstreicht die wünschenswerte Zunahme der Beteiligung an Präventionsmaßnahmen. Die zentrale Herausforderung kann in der gruppenspezifischen Ansprache gesehen werden. So müssen z. B. Migranten oder Jugendliche anders auf Präventionsmaßnahmen aufmerksam gemacht werden als beispielsweise ältere Personen.

2.5 Kulturelle Angebote

2.5.1 Öffentliche Ausgaben im Bereich Kultur

Die jährlichen, öffentlichen Ausgaben für Kultur (Grundmittel) sind zwischen 1995 und 2009 von 7,5 auf 9,1 Mrd. Euro gestiegen (vgl. Darstellung 2.38). Darin enthalten sind auch die Ausgaben für die sogenannten „Kulturnahen Bereiche“ wie Rundfunk, Fernsehen oder Weiterbildungen an Volkshochschulen.

Darstellung 2.38: Öffentliche Ausgaben für Kultur und kulturnahe Bereiche von 1995 bis 2009 in Mill. EUR – Grundmittel

	Mill. EUR	EUR je Einwohner	Anteil am BIP in %	Anteil am GHH in %
1995	7.467,8	91,45	0,40	1,37
2000	8.206,4	99,85	0,40	1,64
2005	8.002,8	97,05	0,36	1,60
2009	9.127,3	111,48	0,38	1,64

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012.

BIP = Bruttoinlandsprodukt

GHH = Gesamthaushalt

Betrachtet man sich die öffentlichen Ausgaben anhand verschiedener Relationsmaße, so sind die Kosten pro Einwohner zwischen 1995 und 2009 um 22 Prozent angestiegen (1995 ca. 91 Euro je Einwohner, 2009 ca. 111 Euro je Einwohner), der Anteil der Ausgaben für Kultur am BIP sank jedoch im gleichen Zeitraum um ca. 5 Prozent (1995 ca. 0,40 % des BIP, 2009 ca. 0,38 % des BIP)⁶⁰. Anteilig am Gesamthaushalt des Bundes ist ein Wachstum von ca. 19 Prozent zu beobachten (1995 ca. 1,4 %, 2009 ca. 1,6 %

⁶⁰ In den Jahren 2006 und 2007 erreichten die Kulturaufwendungen 0,35 Prozent des BIP.

des Gesamthaushaltes, vgl. Darstellung 2.39). Bei der Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgaben⁶¹ nach Einwohnern fallen starke Unterschiede zwischen den Bundesländern auf. So belaufen sich die Ausgaben in Berlin auf ca. 176 Euro je Einwohner, in Hamburg und Sachsen auf jeweils ca. 169 Euro je Einwohner. Dagegen liegen die öffentlichen Mittel für Kunst- und Kultur in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen bei lediglich 61 Euro je Einwohner.

Darstellung 2.39: Öffentliche Ausgaben für Kultur 2009 nach Körperschaftsgruppen und Kulturbereichen in Mill. EUR – Grundmittel

	Ausgaben insgesamt	davon							
		A	B	C	D	E	F	G	H
Bund	1.224,7	15,6	313,5	252,3	63,1	373,8	1,1	205,3	0,0
Länder	3.849,8	1.438,6	381,9	618,6	309,6	0,1	487,5	474,4	139,1
Gemeinden/-Zweckverbände	4.052,8	1.781,2	683,9	774,8	132,9	–	–	506,5	173,4
Insgesamt	9.127,3	3.235,5	1.379,3	1.645,8	505,6	373,9	488,6	1.186,2	312,5

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012.

A: Theater und Musik	E: Kult. Angelegenheiten im Ausland
B: Bibliotheken	F: Kunsthochschulen
C: Museen, Sammlungen, Ausstellungen	G: Sonst. Kulturelle Pflege
D: Denkmalschutz Denkmal-pflege	H: Kulturverwaltung

Insgesamt werden weniger als ein Fünftel der Kosten (vgl. Darstellung 2.40; ca. 1,8 Mrd. Euro entspricht ca. 17 %) durch den Bund verausgabt. Die verbleibenden 83 Prozent werden von den Ländern und Gemeinden zu ähnlich großen Anteilen getragen (Länder ca. 4,6 Mrd. Euro und ca. 43 % Anteil, Gemeinden/Zweckverbände ca. 4,3 Mrd. Euro und ca. 40 % Anteil).

Im Jahr 2009 wurden über ein Drittel der Ausgaben für Theater und Musik aufgewendet (ca. 3,2 Mrd. Euro), die mit rund 1,8 Mrd. Euro verstärkt durch Gemeinden/Zweckverbände getragen wurden. Knapp ein Fünftel entfiel auf Museen, Sammlungen und Ausstellungen (ca. 1,6 Mrd. Euro), die überwiegend von den Ländern (ca. 38 %) und Gemeinden/Zweckverbänden (ca. 47 %) finanziert wurden. Der Betrieb von Bibliotheken

⁶¹ Hier werden ausschließlich die Kosten für Kultur ausgewiesen, kulturnahe Leistungen sind nicht berücksichtigt.

kostete insgesamt ca. 1,4 Mrd. Euro und wurde zur Hälfte von den Gemeinden/Zweckverbänden getragen, während sich der Bund mit ca. 23 Prozent bzw. die Länder mit ca. 28 Prozent beteiligten.

Darstellung 2.40: Öffentliche Ausgaben für Kultur und kulturnahe Bereiche 2009 nach Körperschaftsgruppen in Mill. EUR – Grundmittel

	Kultur	Kulturnahe Bereiche	Insgesamt
Bund	1.224,7	559,4	1.784,2
Länder	3.849,8	761,3	4.611,2
Gemeinden/Zweckverbände	4.052,8	268,7	4.321,5

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012

2.5.2 Forschungsstand zur Inanspruchnahme kultureller Angebote

Analysen, die explizit die Inanspruchnahme kultureller Angebote als eine Form einer öffentlichen Sachleistung thematisieren, sind rar und stark von den zur Verfügung stehenden, den verwendeten Daten bzw. den untersuchten Leistungsbereichen abhängig. Die Leistungsbereiche, die in den nachfolgenden Analysen untersucht wurden, orientieren sich stark an empirisch vorhandenem Material. Unter kulturellen Angeboten werden nachfolgend ausschließlich Veranstaltungen berücksichtigt, die den Besuch eines Theaters, Konzerts oder eines Vortrags umfassen. Andere öffentlich geförderte Institutionen, die im weiteren Sinne auch zum kulturellen Bestand gezählt werden können, wie etwa Zoos oder Schwimmbäder, werden hier nicht behandelt.

Zur theoretischen Herleitung von soziodemographischen Determinanten der hier untersuchten Angebote – Konzerte, Theater, Vorträge – bieten sich soziologische Kultur- bzw. Lebensstiltheorien an. Als zentrales soziologisches Konzept für die Analyse von sozialen Unterschieden in kulturellen Praktiken kann der Lebensstilansatz bzw. die Kulturtheorie von Pierre Bourdieu gelten. Seine Lebensstilanalyse kann auch als „klassentheoretische Milieuanalyse“ bezeichnet werden (Geißler 2002, S. 134), wobei „Klasse“ bei Bourdieu eher im Sinne von sozialer Schicht zu verstehen ist. Bei Bourdieu erzeugt der Habitus, der sich im Rahmen der Sozialisation ausbildet und durch die objektiven Bedingungen des sozialen Umfelds beschränkt ist, klassenspezifische kulturelle Schemata und Stile (vgl. Gebesmair 2001; Bourdieu 1997). Die Klassenbedingtheit des Habitus gilt mit der Einschränkung, dass zwei Individuen einer sozioökonomischen Klasse nie genau den gleichen Habitus haben können, da dies exakt die gleichen Erfahrungen in der gleichen Reihenfolge voraussetzen würde. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Mitglieder einer Klasse aufgrund ähnlicher Erfahrungen einen ähnlichen Habitus entwickeln, ist jedoch sehr viel größer, als dies unter den Mitgliedern zweier ver-

schiedener Klassen der Fall ist (vgl. Steinrück 1996). Im vorliegenden Zusammenhang ist nicht von Interesse, inwieweit sich der Geschmack und das Verständnis für bestimmte Arten des Theaters oder der Kunst zwischen Fraktionen von Theater- oder Museumsbesuchern unterscheiden, sondern vielmehr ganz allgemein der Besuch von Konzerten und Theatern überhaupt sowie die damit verbundenen soziodemographischen Determinanten. Eine Überprüfung der „feinen Unterschiede“ in einer Studie (vgl. Blasius und Winkler 1989) kam zu dem Ergebnis, dass sich „grobe Unterschiede“ zwischen Klassen bzw. Schichten aber keine „feinen Unterschiede“ innerhalb von Klassenfraktionen nachweisen lassen. Demnach, sowie auf Basis der Theorie und der empirischen Ergebnisse⁶² Bourdieus, ist jedoch zu erwarten, dass sich hinsichtlich der Inanspruchnahme von kulturellen Einrichtungen „grobe Unterschiede“ nach der sozialen Position bzw. nach Bildung, Einkommen und beruflicher Tätigkeit zeigen.

Einen etwas neueren Ansatz, der im Vergleich zur klassentheoretischen Lebensstilanalyse Bourdieus als Entstrukturierungsmodell bezeichnet werden kann, vertritt Gerhard Schulze in seinem Werk „Die Erlebnisgesellschaft – Kultursoziologie der Gegenwart“ (Schulze 2000). Er argumentiert, die Sozialstruktur sei nicht mehr in einem ausreichenden Maße vertikal strukturiert, um weiterhin prägend für die Lebensstile der Menschen zu sein, weshalb auch die Annahme einer hierarchischen Anordnung von Lebensstilen (bzw. Milieus) nicht mehr zutreffend sei (vgl. Schulze 2000). Andererseits betont Schulze, dass der Bildung und dem Alter eine wichtige Rolle für die alltagsästhetischen Schemata bzw. die kulturellen Milieus zukommt. Die herausragende Stellung der Bildung ergibt sich für ihn aus ihrem prägenden Charakter sowohl für die Arbeitswelt und ökonomisch-materielle Merkmale, als auch für den Bereich der Freizeit und Kultur (vgl. Schulze 2000).

Zusammenfassend ist für den hier untersuchte Besuch von Konzerten, Theater und Vorträgen, die nach Schulze im Hochkulturschema bzw. dem Niveaumilieu zu verorten sind, auf Basis beider hier sehr knapp skizzierter soziologischer Kultur- bzw. Lebensstiltheorien eine starke Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Personen zu erwarten. Vor allem Angehörige des höher gebildeten Niveaumilieus gehen laut Schulze (2000, S. 283) „ins Konzert, ins Theater, ins Museum, in die Oper, in Ausstellungen, Dichterlesungen und Ähnliches“. Darüber hinaus sollten in Anlehnung an Bourdieu bzw. Schulze aber auch andere Statusvariablen bzw. das Alter einen Einfluss auf die Inanspruchnahme kultureller Angebote haben.

Der konkretere empirische Forschungsstand zur kulturellen Teilhabe bzw. die Publikumsforschung der Kulturwissenschaften stellt sich als etwas zerklüftet dar. Häufig handelt es sich um die Evaluationsforschung einzelner Einrichtungen, wobei hierbei in

⁶² Bourdieus Ergebnissen zufolge waren z.B. nur 6 Prozent der Angehörigen der „unteren Klassen“ mindestens einmal im Louvre und im Musée d'art moderne, bei den Angehörigen der oberen Klassen sind es dagegen 51 Prozent.

der Regel die Steigerung der Besucherzahlen im Vordergrund steht, was am einfachsten durch die Ansprache ohnehin interessierter Gruppen erreicht wird. Empirischen Ergebnissen zufolge gehören nur 10 Prozent der deutschen Bevölkerung zu den Kernbesuchern öffentlich geförderter Kultureinrichtungen, 40 Prozent zu Gelegenheits- und 50 Prozent zu den Nie-Besuchern, wobei bei den Kernbesuchern überdurchschnittlich hohe und bei den Nie-Besuchern unterdurchschnittliche Bildungsabschlüsse festzustellen sind (vgl. Renz 2014).

Bei besuchsverhindernden Barrieren lassen sich angebotsseitige Hemmnisse und persönliche Gründe unterscheiden. Angebotsseitig ist die kulturelle Infrastruktur bzw. die räumliche Nähe zu nennen. In vielen Studien wird zudem der Eintrittspreis als eine relevante oder sogar primäre Barriere identifiziert. Beispielsweise zeigen Studienergebnisse aus Schweden, dass durch eine Preisreduktion das Publikum auf ansonsten museumsferne Zielgruppen ausgeweitet werden konnte. Andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine Preissenkung vor allem bei ohnehin interessierten Zielgruppen positive Effekte zeigt. Darüber hinaus kann die unpassende Kommunikation der Angebote ein Nutzungshemmnis darstellen. Nach einer Studie des Deutschen Bühnenvereins sind nur 16 Prozent der Jugendlichen der Ansicht, dass sich das Theater aktiv bemüht, sie über das Programm zu informieren (vgl. Renz 2014).

Die Befürchtung von Verständnisschwierigkeiten, die ebenfalls ein Hemmnis der Inanspruchnahme darstellen, kann einerseits auf das Angebot zurückgeführt werden, andererseits aber auch auf subjektiven Zuschreibungen beruhen. Als nutzerseitige Barrieren werden vor allem eine negative Konnotation des Bildungsaspekts mit Langeweile, fehlendes kulturelles Interesse im Freundes-, Bekannten- und Familienkreis sowie fehlende Zeit bzw. alternative Freizeitmöglichkeiten genannt (vgl. Renz 2014). Auch kulturelle und sprachliche Barrieren stellen ein gewisses Nutzungshemmnis dar (vgl. Meyenburg 2014). Allmanritter (2014) weist jedoch darauf hin, dass sich das kulturelle Nutzungsverhalten von Migrant/innen stärker nach ihrem Milieu als nach ihrem Herkunftsland unterscheidet. Einen Einfluss hat aber die Distanz zum europäischen Kulturraum. Gleichzeitig sei der Einfluss der Bildung bei Migrant/innen (mit Ausnahme von Menschen aus der Türkei) geringer als bei Deutschen.

2.5.3 Deskriptive Ergebnisse

Zur Analyse der Inanspruchnahmeunterschiede von kulturellen Veranstaltungen wurde erneut auf die Daten des SOEP zurückgegriffen. In der elften Befragungswelle wurde die Besuchshäufigkeit von kulturellen Veranstaltungen abgefragt, wobei darunter der Besuch eines Theaters, Konzerts oder eines Vortrags verstanden wurde. In unseren Analysen wurde die Besuchshäufigkeit auf mindestens einmal im Monat festgelegt (im Vergleich zu seltener als einmal im Monat).

Darstellung 2.40 gibt die Besuchshäufigkeit nach den ausgewählten Merkmalen wieder. Zu erkennen ist dabei zunächst ein U-förmiger Zusammenhang zwischen dem Alter und der Besuchshäufigkeit von kulturellen Veranstaltungen. So zeigt sich in der Haupterwerbs- und Familienphase typischerweise ein Rückgang in der Nutzung kultureller Einrichtungen (vgl. Renz 2014). Im Ruhestandsalter steigt die Nutzung dagegen wieder an, was auf zeitliche Gründe der Nutzung bei einem grundsätzlich vorhandenen kulturellen Interesse schließen lässt. Liegt der Anteil eines mindestens monatlichen Besuchs bei den unter 25-Jährigen bei knapp 20 Prozent, nimmt dieser kontinuierlich ab und steigt anschließend wieder bei der Altersklasse der 56- bis 65-Jährigen an. Wie einleitend erwähnt, sind die Präferenzen für kulturelle Veranstaltungen stark bildungsabhängig. Auch unsere Daten bestätigen diese theoretische Aussage; zwischen der höchsten ISCED -Bildungsstufe und der niedrigsten liegen 20 Prozentpunkte bei dem Besuch kultureller Veranstaltungen mindestens einmal im Monat. Analog hierzu zeigt sich auch eine starke Abhängigkeit von den Einkommensquintilen – je höher das monatliche Haushaltsnettoeinkommen, desto höher ist die Besuchswahrscheinlichkeit. Nur etwa 5 Prozent der Personen mit ALG II-Bezug besuchen kulturelle Veranstaltungen mindestens einmal im Monat (ohne ALG II-Bezug sind dies ca. 19 %). Auch Personen mit Migrationshintergrund nutzen kulturelle Veranstaltungen seltener als Personen ohne Migrationshintergrund.

Darstellung 2.41: Besuch kultureller Veranstaltungen nach ausgewählten soziodemographischen Merkmalen (in %).

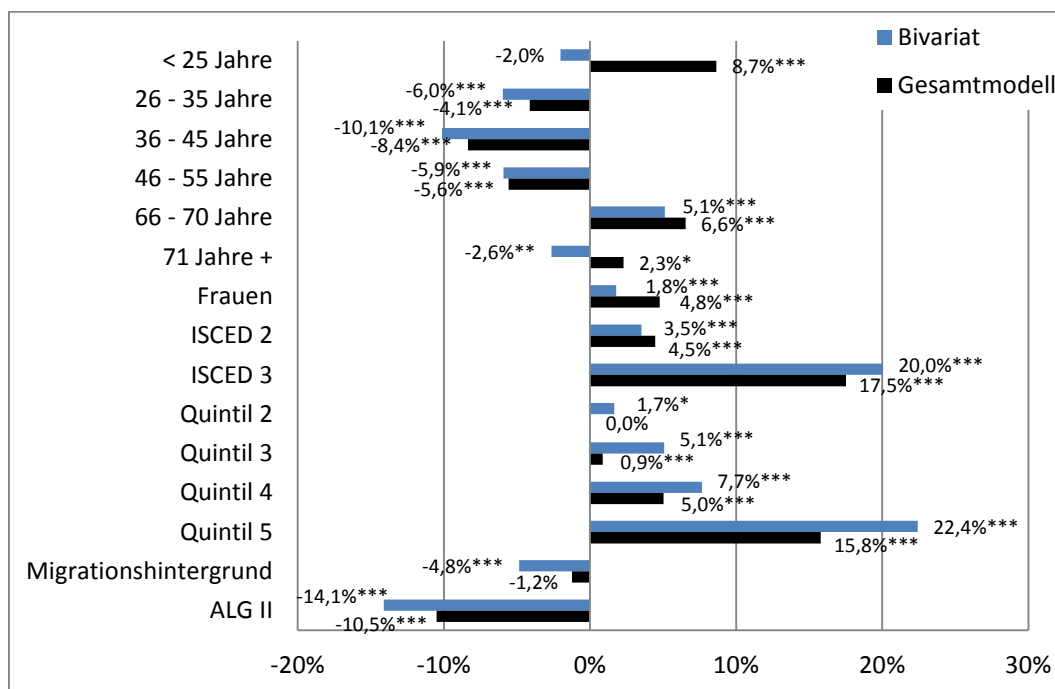
Merkmale	Besuch kultureller Veranstaltungen	
	Häufigkeit	
	Seltener als 1x im Monat	Mindestens 1x im Monat
Alter		
bis 25 Jahre	80,3	19,7
26-35 Jahre	83,6	16,4
36-45 Jahre	88,0	12,0
46-55 Jahre	85,1	14,9
56-65 Jahre	80,1	19,9
66-70 Jahre	74,3	25,7
71 und älter	81,6	18,4
Geschlecht		
Mann	83,8	16,2
Frau	81,7	18,3
Einkommensquintile (Äquivalenzeinkommen)		
1. Quintil	90,0	10,0
2. Quintil	88,2	11,8
3. Quintil	84,2	15,8
4. Quintil	82,4	17,6
5. Quintil	69,6	30,4
Migrationshintergrund		
Nein	81,7	18,3
Ja	86,8	13,1
ALG II-Bezug		
Nein	81,5	18,5
Ja	94,7	5,3

Quelle: SOEP 2011; eigene Berechnungen auf Basis gewichteter Daten.

2.5.4 Multivariate Analysen

Die multivariaten Analysen bestätigen die Tendenz der deskriptiven Verteilungen. Der Einfluss des Alters bleibt U-förmig, auch unter Kontrolle aller berücksichtigten Merkmale (Gesamtmodell). Den stärksten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit mindestens einmal im Monat eine kulturelle Veranstaltung zu besuchen, hat der Bildungsstatus sowie das Einkommen einer Person. Diese Merkmale erhöhen die Besuchswahrscheinlichkeit um 15 bis 22 Prozent. Personen mit Migrationshintergrund und ALG II-Bezieher/innen haben eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit mindestens monatlich eine kulturelle Veranstaltung zu besuchen als Personen ohne Migrationshintergrund (im bivariaten Modell) oder ohne ALG II-Bezug. Der Einfluss des Migrationshintergrundes verschwindet jedoch unter Kontrolle der übrigen Variablen im Gesamtmodell, ein Hinweis darauf, dass er sich stark mit den anderen im Modell enthaltenen Variablen überschneidet.

Darstellung 2.42: Besuchswahrscheinlichkeit von kulturellen Veranstaltungen (mind. 1 mal im Monat) nach ausgewählten Merkmalen.



Quelle: SOEP 2011; eigene Berechnungen; marginale Effekte auf Basis einer logistischen Regressionsanalyse;

n>19.000; + p < 0.10, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Hinweis: Ergebnisse sind jeweils zur Referenzkategorie (nicht dargestellt) zu interpretieren.

Beispiel: Personen der höchsten Bildungsstufe (ISCED 3) haben im Vergleich zu Personen der niedrigsten Bildungsstufe (ISCED 1) im Gesamtmodell eine 17,5 Prozent höhere

Wahrscheinlichkeit mindestens einmal im Monat eine kulturelle Veranstaltung zu besuchen.

Die in vorangegangenen Studien berichteten Bildungsunterschiede bei der Erklärung von Unterschieden in der Inanspruchnahme kultureller Veranstaltungen bestätigen sich in unseren Ergebnissen. Der Einfluss der Bildung bleibt auch bestehen, wenn man wie im Gesamtmodell ebenso den Einfluss des Haushaltseinkommens berücksichtigt. Der Bildungseffekt ist somit nicht ausschließlich darauf zurückzuführen, dass höher Gebildete auch ein höheres Einkommen erlangen und somit keine ökonomische Barriere bei der Teilhabe an Theater, Konzerten etc. besteht. Der Bildungseffekt zeigt sich auch bei differenzierter Betrachtung des Migrationshintergrundes. Bei ausschließlicher Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Migrationshintergrund und Inanspruchnahme, dann nehmen Personen mit Migrationshintergrund seltener an kulturellen Veranstaltungen teil. Kontrolliert man wie im Gesamtmodell nach weiteren Einflüssen, dann verschwindet der Effekt. Hochgebildete Migranten besuchen nicht signifikant seltener eine kulturelle Veranstaltung als Nicht-Migranten mit gleichem Bildungsstand. Dass dennoch auch ökonomische Ressourcen einflussreich sein können, lässt sich am relativ starken Effekt des ALG-II-Bezugs erkennen. Wer ALG-II bezieht, nutzt signifikant seltener kulturelle Veranstaltungen und das auch unter Kontrolle weiterer Einflussvariablen (Gesamtmodell).

2.5.5 Zusammenfassung

Als fünfte gesellschaftlich notwendige Dienstleistung wurde in der vorliegenden Studie der Besuch kultureller Angebote untersucht. In diesem Bereich zeigt sich die stärkste Abhängigkeit von Bildung und Einkommen bei der Inanspruchnahme. Auf Basis unserer Analysen ist allerdings nicht eindeutig zu klären, ob es sich dabei um monetäre Hürden handelt, also ein Angebot trotz Interesse aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch genommen werden kann oder ob es (möglicherweise bildungsinduziert) schlicht am Interesse an hochkulturellen Veranstaltungen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen mangelt. Zukünftige Studien in diesem bisher schwach erforschten Feld sollten die Inanspruchnahme bestimmter kultureller Angebote erheben und neben sozioökonomischen Merkmalen auch die Neigung bzw. Besuchsintention einer kulturellen Veranstaltung erfassen. Nur so lässt sich die Frage beantworten ob eine geringere Bildung schlichtweg dazu führt, dass das Interesse an solchen Veranstaltungen bei niedriger Gebildeten fehlt und dementsprechend niedrig deren Teilhabe ist. Gleichzeitig würde man mit dieser zusätzlichen Information analysieren können, ob und wie stark monetäre Gründe einen Grund darstellen.

3 Gestaltungshinweise für gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen

Die Analysen zur gruppenspezifischen Inanspruchnahme ausgewählter gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen haben Gruppen identifiziert, die sich in der Nutzung von anderen gesellschaftlichen Gruppen teils stark unterscheiden. Obwohl staatlich geförderte Kinderbetreuung, gesundheitliche Leistungen oder kulturelle Veranstaltung allen Bürgern gleichermaßen zur Verfügung stehen sollten, erweisen sich Merkmale wie das Haushaltseinkommen oder der Bildungsstand als Faktoren, die eine Inanspruchnahme begünstigen oder verhindern. Je höher die Bildung oder das Haushaltseinkommen, desto eher werden die untersuchten Angebote auch genutzt. Arbeitslose, ALG II-Bezieher/innen oder Personen mit Migrationshintergrund nehmen dagegen solche Dienstleistungen seltener wahr. Auf dieser Kenntnis aufbauend ist es notwendig Maßnahmen zu formulieren, die gezielt die gesellschaftlichen Gruppen ansprechen, die bisher weniger stark von den öffentlichen Mitteln im Rahmen von Sachleistung profitieren.

3.1 Gesundheitsangebote

Entsprechend der Ergebnisse in Kapitel 2.3 und 2.4 sind soziale Determinanten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen – wobei je nach konkretem Analysegegenstand zum Teil auch abweichende Befunde zu einzelnen soziodemographischen Merkmalen zu beobachten sind – zusammenfassend vor allem das Geschlecht, der Erwerbsstatus, ein geringes Einkommen bzw. Armutsrisiko, ein geringer Bildungsgrad sowie das Vorliegen eines Migrationshintergrundes bzw. einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit sowie der Gesundheitszustand.

Nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V sollen Leistungen der Primärprävention „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“. Gerade sozial benachteiligte Gruppen mit ungünstigeren Gesundheitschancen lassen sich jedoch nach den Forschungsergebnissen und den Erfahrungen in der Praxis durch individuelle Angebote schwerer erreichen. Gerade deshalb wird für diese Zielgruppe der sogenannte Setting-Ansatz empfohlen. Während individuelle Ansätze auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind, beziehen Setting-Ansätze die Lebensräume bzw. die sozialen Systeme ein, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben (vgl. GKV-Spitzenverband 2010). Gesundheitsrelevante Settings können Betriebe, Schulen, Kindergärten/Kindertagesstätten, Senioreneinrichtungen, Stadtteile oder Dörfer, Nachbarschaften oder soziale Brennpunkte sein (vgl. GKV-Spitzenverband 2010; Rosenbrock und Kümpers 2009). Wenig etabliert sind Maßnahmen in Bezug auf sozial benachteiligte Stadtteile; Schulen und Kindertagesstätten sind die beliebtesten Interventionsorte (vgl. Altgeld 2009). Um sozial benachteiligte Zielgruppen

zu erreichen, reicht es nicht aus, Informationen zu vermitteln, aufzuklären und zu beraten, sondern es müssen Interventionen zur Veränderung gesundheitsrelevanter Faktoren in der jeweiligen Umwelt bzw. im jeweiligen Kontext angestrebt werden (vgl. Rosenbrock und Kümpers 2009). Am erfolgreichsten wurde der Setting-Ansatz in der betrieblichen Gesundheitsförderung umgesetzt. Im Vergleich zu Erwerbslosen wird im betrieblichen Setting jedoch eine vergleichsweise „privilegierte“ Gruppe erreicht, weshalb für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten andere Settings wie z.B. Schulen oder Kindertagesstätten – mit der Einschränkung einer sozial noch recht ungleichen Inanspruchnahme des vorschulischen Bereichs (vgl. Kapitel 2.1) – in mancher Hinsicht vielversprechender sein dürften (vgl. Altgeld 2009; Rosenbrock und Kümpers 2009), weil die Aufklärung hier früher ansetzt. Eine weitere Möglichkeit ist das Setting im familiären Kontext, zu dem in Deutschland zwar bereits Modellprojekte durchgeführt wurden, das aber beispielsweise dem Stand in den skandinavischen Ländern hinterherhinkt, wo solche Ansätze fest in den dortigen Familien- und Jugendhilfestrukturen verankert sind (vgl. Altgeld 2009).

Ein Vorteil des Settings „Schule“ ist es, dass in Schulen Kinder prinzipiell schicht- und milieuübergreifend ohne Stigmatisierung erreicht werden können. Altgeld (2009) weist jedoch darauf hin, dass auch im schulischen Kontext ein Präventionsdilemma besteht: In Bildungsgängen wie den Haupt- bzw. Mittelschulen ist eine Förderung zwar am notwendigsten, weil bei Präventionsprogrammen das Prinzip der Freiwilligkeit gilt, sind diese Schulformen aber unterrepräsentiert, wodurch Ungleichheiten reproduziert werden.⁶³ Eine Studie aus dem Jahr 2008 ermittelte eine Verbreitung von ganzheitlicher schulischer Gesundheitsarbeit in etwa 14 Prozent aller Schulen: Die mit Abstand am häufigsten beteiligten Schulformen waren Grundschulen, gefolgt von Gymnasien und etwas seltener Hauptschulen, Realschulen und Förderschulen (vgl. Paulus und Witteriede 2008). Auch wenn es das Ziel sein sollte, Gesundheitsmanagement an allen Schulen einzuführen (vgl. Windel 2005), scheint es im vorliegenden Kontext doch sinnvoll, sich zunächst stärker auf soziale Brennpunkte zu konzentrieren. Dass bei Schülerinnen und Schülern durch entsprechende Interventionen verbesserte Werte des gesundheitsrelevanten Verhaltens und im Bereich des Gesundheitswissens resultieren, konnte im Rahmen der Evaluation des Schulprojektes „Anschub.de“ festgestellt werden (vgl. Paulus und Gediga 2008). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass eine verhältnisgestützte Verhaltensmodifikation und somit die Veränderung sozialer Determinanten

⁶³ Nach Altgeld (2009) wird zudem die Schulform in den Projekten häufig weder berücksichtigt, noch bei der Wirkungskontrolle ausgewertet. Bestenfalls wird davon ausgegangen, „dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche genauso profitieren wie andere Kinder und Jugendliche“ (Altgeld 2009, S. 416). Es gibt jedoch auch Ausnahmen: Unter den von Paulus und Witteriede (2008) dokumentierten Projekten waren auch einige, die sich die Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern bzw. die Gesundheitsförderung an Schulen in sozialen Brennpunkten zum Ziel gesetzt haben (z. B. die Projekte „Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot“, „Gesundheit und Aktivität in Schulen“, „gesund groß werden“, „Gesunde Schule im Saarland“, „Gesund leben lernen – Teilprojekte Niedersachsen und Sachsen-Anhalt“, „Schulsozialarbeit als Basis einer gesunden Schule“).

außerhalb des Gestaltungsbereiches von Gesundheitspolitik einen größeren präventiven Nutzen haben kann, als die Beschränkung auf Faktoren, die unmittelbar mit einer bestimmten gesundheitlichen Einschränkung zusammenhängen (vgl. Rosenbrock und Kümpers 2009). Somit ist festzuhalten, dass beispielsweise der oben untersuchte Aspekt der Nichtinanspruchnahme ärztlicher Leistungen (vgl. oben 0) oder die Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsangebote (vgl. oben 0) womöglich auch durch unspezifische Ansätze verbessert werden kann, die das Gesundheitsbewusstsein oder gar soziale Determinanten des Gesundheitsbewusstseins bzw. des Inanspruchnahmeverhaltens verbessern.

Als möglicher Ansatz zur Verbesserung der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen auf der institutionellen Ebene, kann die geplante Kooperation zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und den Krankenversicherungen zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit genannt werden. Ziel dieser Zusammenarbeit ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Erhalt bzw. die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Erwerbslosen sowie erwerbsfähigen Leistungsbeziehern. Insbesondere längerfristige Arbeitslosigkeit ist ein gesundheitlicher Risikofaktor und gesundheitliche Einschränkungen sind ein Hinderungsgrund für den (Wieder-)Eintritt in eine Erwerbstätigkeit, sodass zwischen beiden Faktoren ein sich selbst verstärkender Zusammenhang besteht, der sich u. a. in einer geringeren Nutzung von Präventionsmaßnahmen, häufigeren Krankenhausaufenthalten und ungesünderen Verhaltensweisen äußert. Ziele der Kooperation sind der Austausch und die Zusammenarbeit bei gesundheitsrelevanten Leistungen sowohl für erwerbsfähige Leistungsberechtigte, als auch für Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Beschäftigte (vgl. GKV-Spitzenverband 2012).

Eine Intensivierung der institutionellen Zusammenarbeit im Setting der Kommunen ist zwischen Städten, Gemeinden, Landkreisen, sowie den Krankenkassen und ihren jeweiligen Verbänden geplant. In Informations- und Abstimmungsgremien in den Kommunen sollen Informationen über geplante Maßnahmen ausgetauscht und abgestimmt werden, Präventions- und Gesundheitsförderungsziele in der Kommune festgelegt und trägerübergreifend geplant, finanziert und durchgeführt werden (vgl. GKV-Spitzenverband 2013).

Ein wichtiges Beispiel der Sekundärprävention sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Die von Janßen et al. (2009) identifizierten Studien zur Krebsvorsorge ergeben recht einheitlich eine höhere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bzw. eine Inanspruchnahme in jüngerem Alter bei steigender sozialer Schicht. Daraus ist die Forderung verstärkt zielgruppenspezifischerer Maßnahmen abzuleiten (vgl. Janßen et al. 2009). Der Nationale Krebsplan definiert als Primärziel, dass die informierte Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung zu optimieren ist (vgl. BMG 2012, BMG 2010). Eine Möglichkeit zur Erhöhung der Inanspruchnahme

ist die Einführung einer kontinuierlichen Dokumentation in einer Art Präventionspass, dem die BürgerInnen die Fälligkeit von Untersuchungen entnehmen können (vgl. BMG 2010). Als wirksame Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung im Allgemeinen gelten Einladungen (v. a. mit Terminvorgaben) und Erinnerungssysteme „jeglicher Art“, Walter et al. 2006, S.5; vgl. BMG 2010), die sich in mehreren Studien als wirksame Maßnahmen zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen erwiesen haben (vgl. Walter et al. 2006).^{64 65} Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Krebsfrüherkennung wäre die Integration der Früherkennung in die betriebliche Gesundheitsförderung. (vgl. BMG 2010).

Als allgemeine Hemmnisse der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund gelten – neben möglichen Überschneidungen mit sozialen Benachteiligungen – vor allem der Bereich der Sprache und Information sowie kultureller Unterschiede, die bis hin zu geschlechtsspezifischen Exklusionsmechanismen reichen. Nicht auszuschließen sind auch negative Vorerfahrungen durch Diskriminierung.⁶⁶ Razum et al. (2008) weisen darauf hin, dass die Vermittlung von interkultureller Kompetenz in den Ausbildungsgängen des Gesundheitspersonals eine wichtige Voraussetzung wäre, um die Verständigung zwischen Migranten und Ärzten und somit auch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu verbessern. Gründe für eine geringere Inanspruchnahme präventiver Angebote sind auch mangelnde Informationen. (Nicht nur) Türkischstämmige Personen wünschten sich beispielsweise (unabhängig von ihren Deutschkenntnissen) Informationsmaterial in ihrer Muttersprache. Ein ähnlicher Ansatz, der sprachliche und kulturelle Barrieren überwinden kann, wäre muttersprachliches Personal, was aber kaum flächendeckend möglich ist. Eine Alternative bieten sogenannte Gemeindedolmetscherdienste, die mit professionellen oder semiprofessionellen und zum Teil auch ehrenamtlichen Dolmetschern, die sozial und medizinisch geschult sind, die gesundheitliche Chancengleichheit verbessern sollen (vgl. Razum und Neuhauser 2008).⁶⁷

⁶⁴ Diverse Organisationen bieten bereits eine Art „Präventionspass“ an, um über die Krebsfrüherkennung zu informieren (z. B. die Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V., Link: <http://www.schleswig-holstein.de/Gesundheit/DE/Schlaglichter/2013/krebsvorsorgepass.html>, die Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V., Link: <http://www.nds-krebsgesellschaft.de/content.php?mp=10>).

⁶⁵ Um digital affine Personen zu erreichen, bietet sich auch eine Erinnerung via E-Mail oder SMS durch die Krankenkasse oder die Arztpraxis an, auch wenn Walter et al. (2006) darauf hinweisen, dass diese Kommunikationswege in ihrer Meta-Studie nicht ausreichend berücksichtigt sind.

⁶⁶ Einen Sonderfall stellen Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus dar, bei denen es zunächst darum geht, die grundlegende medizinische Versorgung sicherzustellen. In einigen Großstädten (z. B. Berlin, Bremen, Frankfurt, Hamburg) gibt es informelle Netzwerke zur Gesundheitsversorgung mit diesem Ziel (vgl. Razum und Neuhauser 2008).

⁶⁷ Entsprechende Beispiele gibt es bereits in mehreren deutschen Städten wie Hannover, München, Hamburg, Aachen, Bielefeld, Kassel und Berlin (vgl. Razum und Neuhauser 2008).

Eine zielgruppenspezifische Ansprache ist jedoch nicht nur für Personen mit Migrationshintergrund von Bedeutung. Um der sozial ungleich verteilten Nutzung von Gesundheits-Check-ups entgegenzuwirken, schlagen Hoebel et al. (2013) z. B. vor, dass bereits Studenten in der medizinsoziologischen Ausbildung stärker hinsichtlich der sozialen Situation von Patienten sensibilisiert werden sollten und Patientinnen und Patienten gezielt darauf aufmerksam gemacht werden sollten, dass für den Gesundheits-Check-up ab 35 Jahren keine Kosten für sie entstehen. Angesprochen ist hier auch das Arzt-Patient-Verhältnis im Allgemeinen, wobei kritisch darauf hinzuweisen ist, dass das Leitbild des eigenverantwortlichen bzw. mündigen Patienten einen hohen Bildungsstand voraussetzt und dazu führt, dass „gesundheitswissenschaftlich anerkannte soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit, wie Einkommensunterschiede, Alter, Geschlecht oder Migrationshintergrund, nicht berücksichtigt werden“ (BMAS 2007, S. 2491).

Walter et al. (2006) stellen auf Basis einer internationalen Metaanalyse fest, dass hinsichtlich ökonomischer Anreize bei potentiellen Nutzern widersprüchliche Ergebnisse festgestellt wurden, wohingegen der Abbau finanzieller Hürden die Teilnahme an Programmen zur Krankheitsfrüherkennung steigert. Hoebel et al. (2013) weisen zudem darauf hin, dass die in einigen Studien hinsichtlich der Verringerung von Morbidität und Mortalität inzwischen in Zweifel gezogene Wirksamkeit von Früherkennungsuntersuchungen womöglich auf die niedrige Inanspruchnahme von sozial benachteiligten Gruppen zurückzuführen ist. Aufgrund des höheren Krankheitsrisikos dieser Gruppen würden sie am stärksten von der Inanspruchnahme dieser Leistungen profitieren, wodurch sich möglicherweise auch die Effekte in Bezug auf die Gesamtbevölkerung als bedeutsam erweisen könnten.

3.2 Kinderbetreuungsangebote

Auf der Webseite⁶⁸ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Stand August 2014) steht zum Thema Kinderbetreuung: „Eine gute Kinderbetreuung und frühe Förderung für alle Kinder gehören zu den wichtigsten Zukunftsaufgaben in Deutschland. Damit junge Menschen ihren Wunsch nach Kindern auch verwirklichen können, sind bedarfsgerechte Betreuungsangebote, gute Qualität und Trägervielfalt zu gewährleisten. Dabei spielt die Kindertagespflege als besonders flexible und familiennahe Betreuungsform eine zentrale Rolle“. Darin angesprochen wird die besondere Rolle einer frühen Förderung von Kindern in Zusammenhang mit späteren Verwirklichungschancen, insbesondere im Kleinkindalter. Allerdings kommt dabei nicht zum Tragen, dass für die Realisierung einer frühen Förderung „für alle Kinder“ wesentliche strukturelle Barrieren überwunden werden müssen. Dies betrifft zum einen den noch immer unzureichenden Ausbau von Kinderkrippen sowie deren Qualitätssicherung,

⁶⁸ <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Kinder-und-Jugend/kinderbetreuung.html>

zum anderen die daraus resultierende „Konkurrenz“ zwischen Familien, die eine externe Betreuung in Anspruch nehmen möchten. Wie Studien gezeigt haben, sind es häufig Kinder mit besonderem Betreuungsbedarf (z.B. aus Familien, in denen kaum Deutsch gesprochen wird), die beim „Run auf die Kita“ zu Verlierern werden. Desweiteren sollte nicht vergessen werden, dass auch eine externe Betreuung von Schulkindern (Hort/Ganztagsschule) essentiell für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist; die Vereinbarkeitsproblematik endet in Deutschland nicht nach dem Kindergartenbesuch (vgl. BMFSJ 2011). Wie einleitend im Kapitel 2.1 zur Kinderbetreuung beschrieben, ist die Etablierung bzw. der Ausbau von Ganztagschulen oder externen Betreuungseinrichtungen für Schulkinder in erster Linie „Ländersache“, wodurch – mit Ausnahme diverser Petitionen⁶⁹ oder einzelner Schwerpunkte städtischer Bildungspolitik⁷⁰ für oder gegen einen verpflichtenden ganztägigen Schulbesuch – wenig Initiativen auf kommunaler Ebene stattfinden, die sich dezidiert für eine verbesserte Ganztagsbetreuung von Schulkindern einsetzen. Etwas anders sieht es beim Thema „Kinderkrippen“ bzw. „Kindertagesstätten“ aus. Der hohe Stellenwert bzw. die (späte) politische Reaktion auf die Bedürfnisse junger Familien zeigt sich heute darin, dass der Bund innerhalb der Investitionsperiode 2014 ein Investitionsvolumen von 5,4 Milliarden Euro für den Ausbau und den Betrieb der Betreuungsplätze bereitstellt. Ab 2015 soll der Betrieb der neu geschaffenen Kapazitäten durch weitere 845 Millionen Euro sichergestellt werden (vgl. BMFSJ 2014). Diese Maßnahme zielt direkt auf die Verfügbarkeit von Betreuungsplätzen. Wie die vorgestellten Analysen zur Inanspruchnahme von frühkindlichen Betreuungseinrichtungen gezeigt haben, sind monetäre Hürden ein zentrales Argument für ärmere Familien wie auch Familien mit Migrationshintergrund, sich gegen eine externe Betreuung der Kinder zu entscheiden (vgl. hierzu auch Lokhande 2013). Trotz der Möglichkeit, von den KITA-Gebühren befreit zu werden oder diese zu reduzieren (vgl. §90 SGB VIII), sind weitere Anstrengungen – z.B. über die Jugendämter – notwendig⁷¹. Die Jugendämter wären hierfür eine mögliche Institution, über die Informationen gezielt für Familien bereitgestellt werden können. Konkret könnte die Unterstützung das Finden eines Betreuungsplatzes oder die Beantragung einer Befreiung bzw. Reduktion der Gebühren umfassen. Auch Familien, bei denen

⁶⁹ Vgl. zum Beispiel die „Initiative ‚Schützt unsere Kinder‘ - Keine Lobbyarbeit auf Kosten der Wehrlosen!“ (<http://zukunft-familie.org/petition-gegen-erzwungene-ganztagsschule>) oder die „Initiative Gute Grundschule“ (<http://www.initiative-gute-grundschule.de>).

⁷⁰ Z.B. der Stadt München: http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtfinfos/Die-Stadt-informiert/archiv2013_2014/jan_ganztagsschule.html

⁷¹ Die Regelungen variieren aber auch hier deutlich zwischen den Bundesländern. Beispielsweise bieten einige Bundesländer den Besuch eines Kindergartens im letzten Jahr vor der Einschulung des Kindes kostenfrei an (vgl. Textor 2014). Als einziges Bundesland bietet Rheinland-Pfalz eine starke Entkopplung zwischen der elterlichen Finanzkraft und der Inanspruchnahme einer Kleinkindbetreuung. Ab dem zweiten Lebensjahr des Kindes wird für den Besuch einer entsprechenden Tageseinrichtung kein Elternbeitrag erhoben. Unter dem Leitspruch „Zukunftschance Kinder – Bildung von Anfang an“ existiert so seit dem Jahr 2010 keine finanzielle Zugangshürde mehr. Das unterstützt insbesondere Familien mit geringen Einkommen (vgl. Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur 2010).

bürokratische Anforderungen oftmals eine Hürde darstellen, wie Familien mit Migrationshintergrund, sollten hier stärker berücksichtigt werden. Hilfe könnte auch im Rahmen von Jobcentern erfolgen. Häufig scheitert ein Wiedereinstieg in das Berufsleben daran, dass Familien bzw. ein Elternteil keine Kleinkindbetreuung in Anspruch nehmen können oder dass diese aufgrund hoher Gebühren ökonomisch nicht rentabel ist. Eine Bereitstellung und Unterstützung durch die Jobcenter könnte direkt am Konflikt zwischen Arbeit und Betreuung ansetzen und zu einer Entschärfung beitragen. Das Informationsangebot sollte dabei Betreuungsmöglichkeiten von Kindern unabhängig vom Alter umfassen, also auch Schulkindern berücksichtigen. Die Möglichkeit das eigene Kind nach der Schule extern betreuen zu lassen, erhöht die zeitliche Flexibilität von Eltern und somit deren Chance auf ein (zusätzliches) Erwerbseinkommen.

Bisher angesprochen wurden die Empfehlung einer Betreuungskostenreduktion und die Erhöhung von institutioneller Unterstützung bei der Bereitstellung von Informationen, wenn das sozialpolitische Ziel einer möglichst breiten Inanspruchnahme externe Kinderbetreuung unterschiedlicher Sozialschichten erreicht werden soll. Bei Familien mit Migrationshintergrund kommen häufig sprachliche Barrieren hinzu, d.h. selbst bereitgestellte Informationen werden von diesen oftmals nicht wahrgenommen. Eine Bereitstellung von Informationen über adäquate Betreuungsmöglichkeiten in verschiedenen Sprachen kann diesem Problem entgegenwirken. Dies ist auch dahingehend essentiell, da kulturelle Vorbehalte gegenüber einer Betreuung außerhalb des Elternhauses nur dann reduziert werden können, wenn eine Informationsbasis hergestellt werden kann. Ein Ansatzpunkt wäre hier eine intensivere Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene mit Vereinen und Initiativen, die sich verstärkt um Integration von Migrantenfamilien bemühen⁷².

3.3 Schulbesuche

Die Diskussion der Inanspruchnahme eines Schultyps unterscheidet sich von den anderen hier behandelten öffentlichen Bereichen darin, dass praktisch jedes schulpflichtige Kind eine Schule besucht und somit jedes Kind im Grundschulalter diese staatliche Förderung per se in Anspruch nimmt. Die wesentlichen Unterschiede finden sich hier nicht in der Höhe der vom Staat bereitgestellten Mittel⁷³, sondern vielmehr in den individuellen und gesellschaftlichen Folgen durch die Wahl des Schultyps und somit des Bildungs- und Erwerbsverlaufs. Nach Angaben von Eurostat lag 2013 die Arbeitslo-

⁷² So ist im Rahmen eines Pilotprojekts eine „Kooperationskita“ in Mannheim ins Leben gerufen worden, in denen christliche und muslimische Kleinkinder „unter einem Dach“ betreut werden. Beteiligt waren neben der Stadt Mannheim bei der Initiative auch muslimische Organisationen, vgl. <http://www.rhein-neckar-blog.de/05/stadt-eroeffnet-muslimische-kooperationskita/40246.html>

⁷³ Hier muss allerdings erneut darauf hingewiesen werden, dass bei Betrachtung der gesamten Ausbildungsbio-graphie (inklusive Berufsschul-ausbildung oder Studium) durchaus sehr starke Unterschiede in der individuellen Förderungssumme bestehen (vgl. Kapitel 2.2)

senquote bei Geringqualifizierten (ISCED 1) bei 12,0 Prozent, bei Personen mit mittlerer Bildung (ISCED 2) bei 5,1 Prozent und bei Hochgebildeten (ISCED 3) bei 2,4 Prozent⁷⁴. Dabei sind es soziodemographische Merkmale der Herkunftsfamilien, die häufig die Wahl des Schultyps determinieren. Aber auch strukturelle Aspekte spielen dabei eine Rolle; so erhalten Kinder aus höheren Sozialschichten bei gleichen kognitiven Fähigkeiten wesentlich häufiger eine Übertrittsempfehlung auf ein Gymnasium als Kinder aus Familien niedriger Sozialschichten. Noch gravierender ist der Unterschied zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund; neben schichtspezifischer Ungleichheit lässt sich bei ihnen zusätzlich ein Herkunftseffekt beobachten (vgl. Bos et al. 2004).

Gestaltungshinweise und Empfehlungen im Bereich des Schulbesuchs bzw. der Schulwahl sollten also an institutionellen Gegebenheiten ansetzen. Die Abhängigkeit vom beruflichen Status und dem Bildungsniveau der Eltern, nicht zuletzt durch die frühe Festlegung des formalen Bildungswegs nach der Grundschule bedingt, müsste – wie bereits seit Jahrzehnten diskutiert wird – auf Länderebene aufgegriffen werden und *ein* Schulsystem etablieren, das weniger starre Schullaufbahnen vorgibt, sondern Wechselmöglichkeiten zulässt. Wenngleich die Aufhebung der starren Bildungssäulen vielversprechend erscheint, ist mit einer bundesweiten Umsetzung kurzfristig nicht zu rechnen. Ein tendenziell zeitnaher und in teilweiser Eigenregie der Kommunen umsetzbarer Ansatz kann die Verstärkung des Angebotes an Ganztageschulen oder Hortbetreuungsmöglichkeiten darstellen. Auch beaufsichtigte Hausaufgabenbetreuung kann unter diesem Gesichtspunkt gefasst werden, da ökonomisch schwächere Familien häufig nicht die notwendigen Mittel aufbringen können ihr Kind extern zu unterrichten um damit einen Gymnasialübertritt zu erleichtern. Die Steigerung des Anteils von Kindern ärmeren und bildungsfernen Familien mittels einer tagesfüllenden Betreuung fußt auf dem Ziel Herkunftseffekte zu reduzieren. Je mehr Zeit das Kind in der Obhut der Schule verbringt, desto gleicher werden die Bildungschancen der Kinder (vgl. Müller-Benedict 2007). Diese Angebote müssen zielgruppenspezifisch Verbreitung finden, z.B. über Kindergärten oder anderen besuchten Orten, in denen Kinder und Eltern vor der Einschulung anzutreffen sind. Ein praktischer Ansatz bzw. eine interessante Initiative stellt der Stiftungsverband „Lernen vor Ort“ dar, in dem deutschlandweit etwa 35 Kommunen (bzw. Kreise und kreisfreie Städte) vertreten sind und Lösungen im Bereich des Bildungsmanagements „vor Ort“ erarbeitet werden. So zielt ein Großteil der Maßnahmen auf städtische Teilräume, die eine vergleichsweise geringe Bildungsnachfrage aufweisen. Dabei ist zu betonen, dass in diesem Zusammenhang nicht nur die Kinder als primäre Bildungsempfänger betreut werden sollen, sondern das Bewusstsein über den Stellenwert der Bildung auch bei den Erziehungsberechtigten verankert werden soll. Einzelne Maßnahmen sind dabei auf Familien mit Migrationshintergrund aus-

⁷⁴ Aus Eurostat: Online-Datenbank: Arbeitslosenquoten nach Geschlecht, Alter und höchstem erreichten Bildungsgrad (Stand: 10/2014)

gerichtet. In München wurden beispielsweise im Rahmen dieses Programms sogenannte „Bildungslokale“ als spezifische, auf das jeweilige Wohnquartier spezialisierte, Infrastruktureinrichtungen eingeführt. Sie sollen die Zielsetzung von „Lernen vor Ort“ in Hinblick auf die Einrichtung einer „Nachbarschaftsorientierten Bildungsberatung“ erfüllen (vgl. Vossen 2013). Eine Untersuchung im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepakets (BuT, vgl. BMAS 2014) hat ergeben, dass 78 Prozent der Leistungsberechtigten von dem Programm aus den Medien erfahren hat, bei Familien mit Migrationshintergrund liegt der Anteil nur bei 53 Prozent. Personen mit Migrationshintergrund erfahren für sie relevante Informationen stärker über soziale Netzwerke („Bekannte“: 63%) oder öffentliche Einrichtungen (Schule/Kita: 48%). Die Ergebnisse zeigen, dass eine gezielte Ansprache von Familien mit Migrationshintergrund weiterer Bemühungen bedarf, bzw. diese Gruppe gesondert berücksichtigt werden muss.

3.4 Kulturelle Teilhabe

Fuchs (2014) identifiziert als Stellschrauben zur Verbesserung der kulturellen Teilhabe vor allem die Erreichbarkeit, Finanzierbarkeit und Bildung. Zusammengefasst sind geeignete Strategien für die Erschließung neuer Zielgruppen individualisierte Formen der Ansprache bzw. Information über die kulturellen Angebote mit Ausrichtung auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen, die Vermittlung eines weniger elitären Image, der Aufbau von Kooperationsnetzwerken mit Akteuren aus dem Kultur- und Sozialbereich und der Verwaltung, die Einrichtung von Begleitprogrammen für Menschen mit kognitiven, psychischen oder körperlichen Behinderungen und die Einbindung von weiteren Einrichtungen wie Schulen, Kirchen etc. (vgl. Kremer 2014). Dabei ist auf eine möglichst starke Binnendifferenzierung von sehr heterogenen Gruppen wie Einkommensschwache (vgl. Mandel und Renz 2014), Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Allmannritter 2014) oder Menschen mit Behinderungen (vgl. Seifert 2014) zu achten. Aufgrund der positiven Erfahrungen der Kulturloge Berlin und ähnlichen Projekten wie „KulturRaumMünchen“ (vgl. Mandel und Renz 2014) kann zumindest für den urbanen Raum davon ausgegangen werden, dass es prinzipiell möglich ist, auf eine sozial gleichmäßiger verteilte Inanspruchnahme kultureller Angebote hinzuwirken.

Zwischen Bildung und kultureller Teilhabe besteht ein gegenseitiges Bedingungsverhältnis, da Bildung einerseits eine Voraussetzung kultureller Teilhabe ist, andererseits zum Teil aber auch erst durch diese Teilhabe erworben wird (vgl. Fuchs 2014). Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Motivation für kulturelle Teilhabe am ehesten im Kindes- und Jugendalter gefördert werden kann, wobei im Rahmen der Familie nachhaltigeres Kulturinteresse geweckt werden kann, als durch schulische Aktivitäten. Die Motivation Kulturveranstaltungen zu besuchen geht dann aber vor allem mit dem Berufseintritt oder der Veränderung der familiären Situation wieder zurück (vgl. Renz 2014), was sich auch in den durchgeführten Analysen bestätigt hat (vgl. Kapitel 2.5).

Untersuchungen auf Basis der „Jugend-Kultur-Barometer“ zeigen, dass sich vor allem die Beteiligung non-formaler und informeller Multiplikatoren positiv auf das kulturelle Interesse von Jugendlichen auswirkt. Wenn schulische Kulturvermittlung als Zwang erlebt wird, kann sie kontraproduktive Effekte haben. Positiver scheint sich eine private Nutzung und am besten die schulische und private Nutzung auszuwirken. Um kulturelles Interesse von Kindern und Jugendlichen zu wecken, ist es wichtig, sie mit ihren eigenen Themen anzusprechen sowie die Möglichkeit zu eröffnen, sich selbst einzubringen, anstatt vor allem den Bildungsaspekt zu betonen (vgl. Keuchel 2014), was vor allem aufgrund der stark vom Bildungsgrad abhängigen Inanspruchnahme kultureller Angebote wichtig ist. Geeignete Maßnahmen um die Inanspruchnahme von kulturellen Einrichtungen zu erhöhen und die in diese Richtung gehen, wären aus Sicht der 14- bis 24-Jährigen günstigere Eintrittspreise, mehr Action und Spannung, mehr Jugendthemen, mehr Werbung in Jugendmedien, mehr gleichaltrige Künstler, mehr Jugendkulturclubs sowie mehr Möglichkeiten einer eigenen Beteiligung (vgl. Keuchel 2014). Verschiedene Projekte zeigen, dass es Mittel und Wege gibt, diese Aspekte in der Kulturarbeit aufzugreifen (vgl. Lengers 2014).⁷⁵

Finanzierbarkeit spielt bei Menschen mit geringem Einkommen eine große Rolle, wenngleich nicht die Einzige. Durch den Wegfall von Eintrittspreisen kann zwar die Anzahl der Besucher, jedoch nicht unbedingt ihre soziale Heterogenität gesteigert werden. Hierfür sind weitere Anstrengungen und Ideen notwendig (vgl. Fuchs 2014). Das Bildungs- und Teilhabepaket der Bundesregierung soll Kindern aus sozial benachteiligten Familien auch die Nutzung kultureller Angebote ermöglichen. Von allen leistungsberechtigten Kindern und Jugendlichen nutzten die Leistungen zur sozialen und kulturellen Teilhabe 25 Prozent (vgl. Apel und Engels 2012). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der Vergleich der Nutzung soziokultureller Angebote durch Leistungsberechtigten und Nichtleistungsberechtigte dennoch auf eine große Partizipationslücke hinweist, die wesentlich deutlicher ausgeprägt ist, als bei anderen im Bildungs- und Teilhabepaket enthaltenen Formen der Partizipation (vgl. BMAS 2014).

Darüber hinaus gibt es verschiedenen Initiativen, die die Inanspruchnahme kultureller Veranstaltungen von Personen mit geringem finanziellem Spielraum fördern, wie z. B. durch Sozialtickets, oder dadurch, dass Eintrittskarten, die nicht regulär verkauft werden konnten, durch ehrenamtliche Vermittler/innen an potentielle Interessenten mit geringem Einkommen weitergegeben werden.⁷⁶ Eine Stigmatisierung durch die Inanspruchnahme des Angebots sollte möglichst vermieden werden. Dies ist möglich, wenn am Einlass kein Nachweis über ein geringes Einkommen mehr notwendig ist, sondern bereits zuvor die Leistungsberechtigung abgeklärt wurde (vgl. Kremer 2014). Als Erfolgsfaktor für eine verstärkte Inanspruchnahme der kulturellen Leistungen wird zudem

⁷⁵ Beispielhaft seien hier genannt: das Projekt „Theater Mobil“ des Deutschen Theaters

⁷⁶ Die größte Initiative dieser Art in Deutschland ist die Kulturloge Berlin (vgl. Mandel und Renz 2014).

der persönliche Kontakt zwischen den Vermittlern und den Nutznießern angesehen, sowie die Möglichkeit der Gäste, zusätzlich eine Begleitperson mitzunehmen. Eine Preissenkung oder veränderte Öffnungszeiten alleine reichen nicht aus (vgl. Mandel und Renz 2014). Evaluationsergebnisse bestätigen, dass mit einer solchen Vorgehensweise positive Ergebnisse erzielt werden können und Personen an Kulturveranstaltungen teilnehmen, die dies zuvor nicht oder kaum getan haben (vgl. Mandel und Renz 2014).

Auch die räumliche Erreichbarkeit ist nicht für alle Personen gleichermaßen gegeben, da sich Kultureinrichtungen in der Regel in den Stadtzentren befinden. Eine Alternative dazu kann eine aufsuchende Kulturarbeit wie z. B. im Rahmen von Kooperationsprogrammen mit Schulen sein (vgl. Fuchs 2014).

In Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund ist festzuhalten, dass sie sich im kulturellen Nutzungsverhalten (wie auch Deutsche) vor allem nach dem sozialen Milieu unterscheiden. Für eine zielgerichtete Ansprache ist aber eine Vermittlung von kulturellen Angeboten in der Muttersprache, z.B. durch mehrsprachige Flyer, sinnvoll. Zudem zeigen sich MigrantInnen etwas interessierter an Angeboten für Familien (vgl. Mandel und Renz 2014). Auf der Angebotsseite ist außerdem die Angebotspalette bzw. die künstlerische Ausrichtung insgesamt entscheidend. Allmannritter (2014) weist darauf hin, dass die getrennte Ansprache von einzelnen ethnischen Gruppen nicht zielführend ist, da sie nur eine einzelne Gruppe ansprechen. Vielversprechender sind deshalb herkunftsübergreifende Formate. Eine weitere Möglichkeit, die Inanspruchnahme kultureller Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern, sind schließlich Schulungen in interkultureller Kompetenz für alle MitarbeiterInnen der Institutionen sowie die Beschäftigung von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund („Colourblind-Casting“; vgl. Allmannritter 2014).⁷⁷

Wenn eine Kultureinrichtung neue Zielgruppen erschließen möchte, so steht sie vor dem Problem, dass dies mehr Ressourcen kostet, als die Steigerung der Besucherzahlen durch die Ansprache des bewährten Publikums. Deshalb müssen derartige Initiativen von der Führung der Einrichtungen getragen werden und können nicht lediglich dem Marketing überlassen werden. In diesem Zusammenhang ist auch – aber nicht nur – die Kulturpolitik gefordert. Beispielsweise könnten Zielvereinbarungen über die Ansprache bestimmter Zielgruppen, die noch nicht in allen Bundesländern genutzt werden, als fester Teil der Kulturpflege etabliert werden (vgl. Renz 2014).

⁷⁷ In Projekten der Kulturloge Berlin, wird u. a. auch ein Fokus auf die „Kulturelle Teilhabe migrantischer GeringverdienerInnen“ gelegt (vgl. Kremer 2014).

4 Fazit und Ausblick

Über alle untersuchten öffentlichen Sachleistungen hinweg lassen sich folgende Problemgruppen im Hinblick auf die Inanspruchnahme spezieller öffentlicher Dienstleistungen identifizieren (vgl. Darstellung 4.1). Demnach sind es insbesondere ökonomische Merkmale wie ein geringes Einkommen (gemessen über die Quintile des Äquivalenzeinkommens oder einen ALG II-Bezug) sowie Bildungsindikatoren, die einen großen Einfluss auf die Inanspruchnahme der untersuchten öffentlichen Dienstleistungen haben. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, dass ein hoher Bildungsgrad mit einem höheren Einkommen korreliert ist. Ebenso gilt, dass der Anteil unter ALG-II-EmpfängerInnen mit einem akademischen Abschluss wesentlich geringer ist, als unter Personen mit niedrigem oder ohne formalen Bildungsabschluss. Betrachtet man ausschließlich Personen die vollzeiterwerbstätig sind, so erkennt man, dass diese sich relativ deutlich von denen unterscheiden, die in Teilzeit arbeiten oder arbeitslos bzw. arbeitssuchend oder Nichterwerbspersonen sind. Personen, die nicht vollzeiterwerbstätig sind, nutzen Kinderbetreuungsangebote wesentlich seltener und nehmen seltener ärztliche Leistungen oder Präventionsangebote wahr. Besonders deutlich zeigt sich darüber hinaus, dass auch Personen bzw. Familien mit einem Migrationshintergrund in Bezug auf soziale und kulturelle Teilhabe sich von denen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Die am Beispiel der Wahl des Schultyps sowie der Inanspruchnahme einer Kinderbetreuung außerhalb der Familie durchgeführten Inzidenzanalysen konnten zeigen, dass unseren Berechnungen zufolge keine nennenswerte Verteilungswirkung von den durch den Staat für diese Zwecke bereitgestellten Mitteln ausgeht.

Darstellung 4.1 Schematische Darstellung der wichtigsten Ergebnisse zur Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit ausgewählter öffentlicher Dienstleistungen

	Kinder- krippe	Kinde- r- garte- n	Ganztag- s- schule/ Hort	Gymna- sial- besuch	Präven- tions- angebot e	Ärztlich e Leistungs- en	Kult. Veranstal- tungen
Einkommens- schwache Familien/ Personen- und-ALG II- Bezieher/ innen	--	-	++	--	-	-	--
Bildungs- schwache Personen/El- tern	--	-	+	--	--	-	--
Alleinerzie- hende	++	/	+	/	/	/	/
Nicht Vollzeiterwer- bstätige*/ Arbeitslose	--	/	--	--	-	+/- **	/
Haushalte/ Familien mit (mehreren) Kindern	/	/	/	-	/	-	/
Personen/ Familien mit Migrations- hintergrund	--	-	-	-	-	-	--

* Teilzeiterwerbstätige, Personen im Ruhestand, Nichterwerbspersonen.

** Getrennte Betrachtung von Nicht Vollzeiterwerbstätigen (Teilzeit, Ruhestand, Nichterwerbspersonen) und Arbeitslosen.

Legende:

- stark reduzierte Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit
- reduzierte Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit
- + erhöhte Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit
- ++ stark erhöhte Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit
- / kein Effekt nachweisbar oder Merkmal nicht untersucht

Auf Basis der durchgeführten Analysen ist es allerdings nicht möglich, bereichs- und gruppenübergreifend *die* sozialen Rationierungsmechanismen zu bezeichnen, die schwächere soziale Gruppen von der Inanspruchnahme gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen abhalten. Dafür sind die Gruppen sowie die untersuchten Bereiche zu heterogen. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass man den Individuen die Wahlfreiheit zugestehen muss, sich bewusst gegen ein Angebot zu entscheiden. Für eine bewusste

Entscheidung ist aber die Kenntnis über öffentlich bereitgestellte Angebote und das wohlreflektierte Wissen über die Möglichkeit einer Inanspruchnahme die Voraussetzung. Häufig scheitert eine Inanspruchnahme öffentlicher Sachleistungen an mangelndem Wissen, an bürokratischen Hürden, an Sprach- oder Verständnisproblemen oder an den finanziellen Voraussetzungen. Diese „Hürden“ sind also zunächst zu beachten, um anschließend der Frage nachgehen zu können, ob und wann bestimmte gesellschaftliche Gruppen sich bewusst gegen eine Inanspruchnahme gesellschaftlicher Angebote entscheiden. Neben diesen eher objektiven Gründen sind jedoch auch nutzerseitige soziokulturelle Hemmnisse zu beachten – man denke z.B. an Maßnahmen, die implizit oder explizit eine Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins zum Ziel haben oder an Beispiele der Jugendkulturarbeit. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass bei der Diskussion um die Nutzung gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen sowohl die Ausgestaltung der Angebote, als auch die Nutzer-Seite berücksichtigt werden muss (vgl. Leimeister und Peters 2012, S. 21).

Einige grundsätzliche Strategien zur Reduktion der angesprochenen „Hürden“ wurden in Kapitel 3 vorgestellt. Da öffentliche Dienstleistungen jeder Bürgerin und jedem Bürger gleichermaßen zur Verfügung stehen sollten, gilt es in erster Line Informationen über Vorhandensein und Anspruch öffentlicher Angebote bereitzustellen. Unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen müssten hierfür an den Orten angesprochen werden (Setting Ansatz), an denen diese aufzufinden sind; Informationen sollten dabei nicht nur instrumentellen Charakter haben, sondern auch den „Wert“ und den „Allgemeinanspruch“ öffentlicher Sachleistungen vermitteln. Diese Form des Angebotes setzt entsprechende sozialpädagogische und interkulturelle Kompetenzen beim Personal von Einrichtungen mit solchen Angeboten, in Sozialämtern und anderen Anlaufstellen voraus, an denen der Kontakt zu den Gruppen hergestellt werden soll, die bestimmte Angebote (noch) nicht in Anspruch nehmen. Gleichzeitig – und hier kommt die gesellschaftliche Perspektive hinzu – handelt es sich dabei häufig um soziale Berufsgruppen, deren Arbeitsbedingungen, Bezahlung und gesellschaftliche Anerkennung überwiegend zu gering ist. Eine Steigerung der Teilhabe an öffentlichen Sachleistungen möglichst vieler gesellschaftlicher Gruppen muss somit auch die Frage nach einer Besserstellung bestimmter Berufsgruppen berücksichtigen – oder konkret: die Wertschätzung dieser (vgl. auch Leimeister und Peters 2012, S. 15).

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Diskussion um eine gruppenunabhängige Inanspruchnahme von öffentlichen Sachleistungen sind die aufgewendeten Finanzmittel. Um die oben skizzierten Gestaltungsmöglichkeiten auch umzusetzen, sind durchaus mehr finanzielle Anstrengungen zu leisten. Vor dem Hintergrund der weiter anwachsenden ökonomischen Spaltung der Gesellschaft (vgl. Piketty 2014; Bönke et al. 2014) wird die Diskussion um Umverteilungsstrategien immer notwendiger; letztlich geht es dabei auch um die Frage, woher oder von welchen Bevölkerungsgruppen die zusätzlich notwendigen finanziellen Mittel aufgebracht werden sollen. Wie unsere Analysen ge-

zeigt haben, profitieren heute höhere Statusgruppen und die reicheren Haushalte überproportional von öffentlichen Angeboten. Zu diskutieren wäre in diesem Zusammenhang, ob Gebühren, Eintrittspreise und ähnliche Kosten für eine Teilnahme an öffentlichen Sachleistungen nicht (stärker) nach dem Einkommen gestaffelt werden sollten. Ökonomische Hürden für ärmere Personen und Haushalte könnten etwas abgefedert werden, wenn z.B. der Zugang zu Kinderbetreuung oder kulturellen Veranstaltungen mit geringeren finanziellen Aufwendungen verbunden wäre. Verfolgt man mit der Bereitstellung öffentlicher Sachleistungen sozialpolitische Ziele, d.h. man erwartet eine Umverteilungswirkung durch die Bereitstellung staatlich geförderter Dienstleistungen, so sind monetäre Hürden ein Ausschlusskriterium *par excellence*. Eine Umverteilungswirkung, wie am Beispiel der partiellen Inzidenzanalysen der Kinderbetreuung gezeigt werden konnte, findet so nicht statt. Im Gegenteil: Da reichere Haushalte, die durchschnittlich weniger Kinder haben als ärmere, häufiger eine Kleinkindbetreuung in Anspruch nehmen und somit stärker von der staatlichen Förderung profitieren, erhöht sich die Einkommensungleichheit sogar leicht (gemessen über den Gini-Koeffizienten, vgl. Kapitel 2.1.2)⁷⁸. Auch bei den anderen untersuchten Bereichen ist das Haushaltseinkommen nahezu immer ein signifikanter Prädiktor bei der Schätzung der Inanspruchnahme. So bestätigen sich die Hinweise darauf, dass das Matthäus-Prinzip („Denn wer da hat, dem wird gegeben werden“; Matthäus 25, 29) auch bei der Inanspruchnahme von öffentlichen Sachleistungen zutrifft. Ob hier jeweils ein direkter Effekt („Einkommenseffekt“) oder ein moderierter, indirekter Effekt („Einkommen als Resultat der Bildungsbiographie“) ausschlaggebend ist, kann auf Basis unserer Analysen nicht eindeutig geklärt werden. Hierzu sind weitere und tiefergehende Forschungen notwendig. Derzeit ist die Datenbasis zur Beantwortung dieser und ähnlicher Fragestellungen in Deutschland noch zu dünn und weitere empirische Erhebungen wären wünschenswert, die theoriegeleitet⁷⁹ gezielt der Frage nachgehen, wann und unter welchen Umständen und Voraussetzungen gesellschaftliche Gruppen die verschiedenen gesellschaftlichen Dienstleistungen (nicht) in Anspruch nehmen. In Kapitel 2.5 wurde bereits auf die Mängel in der Datenlage hingewiesen, nämlich, dass aus den Analysen zur Inanspruchnahme von kulturellen Angeboten nicht hervorgeht, ob (unabhängig von finanziellen Teilhabebarrrieren) überhaupt Interesse an Teilnahme an einer z.B. hochkulturellen Veranstaltung besteht und dass für partielle Ausgabeninzidenzanalysen detailliertere Daten zur Inanspruchnahme einzelner Leistung wünschenswert wären. Weitere Untersuchungen könnten auch Bereiche wie die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs oder anderer kultureller Einrichtungen und Freizeitaktivitäten berücksichtigen. Im Bereich

⁷⁸ Einschränkung muss darauf hingewiesen werden, dass aus den Daten nicht ersichtlich ist, ob es sich dabei um eine öffentliche oder eine private Kinderbetreuungseinrichtung handelt. Letztere werden von staatlicher Seite weniger stark gefördert. Wohlhabendere Familien können demnach Kinder möglicherweise häufiger in private Einrichtungen schicken und so weniger stark von staatlicher Unterstützung profitieren als Familien von Kindern in öffentlicher Betreuung. Bei den partiellen Inzidenzanalysen wären demnach Kinder aus Haushalten mit überdurchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommen zu hoch bewertet. Die leichte Erhöhung der gemessenen Einkommensungleichheit ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen. Eine Umverteilungsleistung kann allerdings nicht angenommen werden.

⁷⁹ Z.B. auf Basis von Entscheidungs- und Handlungstheorien

der Inzidenzanalysen wären Analysen – unter der Voraussetzung entsprechender Daten – jenseits der Ausbildung im Sekundarbereich II durchzuführen, die die gesamte Ausbildungsspanne berücksichtigen. Die staatliche Förderung im Bereich Bildung variiert in der Summe beträchtlich, vergleicht man eine „klassische Arbeiterbiographie“ (nach der Hauptschule in die Berufsschule) mit einer „Akademikerbiographie“ (nach dem Abitur ins Studium). Gerade hier ist angesichts der starken Abhängigkeit der Bildungskarriere vom Elternhaus davon auszugehen, dass Kinder aus Akademikerfamilien über den Ausbildungsverlauf hinweg wesentlich stärker finanziell von Seiten des Staates gefördert werden. Eine adäquate Reaktion darauf wäre allerdings nicht, Studiengebühren zu erhöhen oder (erneut) einzuführen, da die erhofften (Umverteilungs-)Effekte sowie die Entlastungen des Staates dadurch kaum erreicht werden können (vgl. Europäische Kommission 2014b).

Vor dem Hintergrund einer Gesellschaft, in der die ökonomische und soziale Spaltung zunimmt und die Vermögensungleichheit auch im internationalen Vergleich stark ausgeprägt ist (vgl. Grabka und Westermeier 2014), muss über politische Steuerungsmittel nachgedacht werden, die auf einen gesellschaftlichen Ausgleich zielen. Grundsätzlich tragen die staatlich geförderten Dienstleistungen wesentlich „zum sozialen Ausgleich, zu einem Funktionieren des Gemeinwesens [und] zu einem Gelingen der Gesellschaft bei“ (Leimeister und Peters 2012, S. 5). Der Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung ermöglicht Bürgerinnen und Bürgern möglichst lange gesund zu bleiben und an möglichst vielen gesellschaftlichen Bereichen (Kultur, Arbeit, Ehrenamt etc.) teilzuhaben. Eine gut ausgebaute Kinderbetreuungsinfrastruktur ermöglicht vielen Alleinerziehenden, Müttern und Vätern selbstständig einer Erwerbsarbeit nachzugehen und selbstständig für in Form von Sozialabgaben für das Alter vorzusorgen – wie gezeigt werden konnte jedoch insgesamt nicht sozialpolitisch umverteilungswirksam oder verteilungsneutral. Die entlastende Wirkung für die Solidargemeinschaft wird an den Beispielen der Gesundheitsfürsorge- und Vorsorge sowie der Kinderbetreuung deutlich. Jedoch geht dieser hohe gesellschaftliche Wert öffentlicher Dienstleistungen und deren Beitrag zum gesellschaftlichen Zusammenhalt in der politischen Diskussion über Finanzierungsfragen oftmals unter. Der vorliegende Bericht soll deswegen auch als Beitrag verstanden werden, die wichtige Rolle öffentlicher Dienstleistungen für die Gesellschaft zu betonen, aber auch darauf hinzuweisen, dass diese (bisher) keinesfalls von allen gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen in Anspruch genommen werden (können).

5 Literaturverzeichnis

- Aaberge, Rolf; Mogstad, Magne; Peragine, Vito (2011): Measuring long-term inequality of opportunity. In: *Journal of Public Economics* 95 (3-4), S. 193–204. DOI: 10.1016/j.jpubeco.2010.11.023.
- Allmannritter, Vera (2014): Migranten als Kulturpublikum. Der aktuelle Forschungsstand sowie Anregungen zur weiteren Beschäftigung. In: Birgit Mandel und Thomas Renz (Hg.): *MIND THE GAP? – Zugangsbarrieren zu kulturellen Angeboten und ein kritischer Diskurs über Konzeptionen niedrigschwelliger Kulturvermittlung*, S. 35–41.
- Alt, Christian; Bergruber, Anne; Riedel, Birgit (2012): Kinderbetreuung: Auf einem guten Weg zu Bildungsgerechtigkeit und Vereinbarkeit. In: Thomas Rauschenbach (Hg.): *Aufwachsen in Deutschland. AID:A - Der neue DJI-Survey*. 1. Aufl. Weinheim: Juventa (Eine Veröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts e.V., München).
- Altgeld, Thomas (2009): Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Klaus Hurrelmann und Matthias Richter (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 405–421.
- Apel, Helmut; Engels, Dietrich (2012): Bildung und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen im unteren Einkommensbereich. Untersuchung der Implementationsphase des "Bildungs- und Teilhabepakets" im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Abschlussbericht.
- Asam, Wolfgang (1978): Öffentliche Realtransfers und personale Verteilungswirkungen: Eine empirische Analyse zur Beeinflussung gruppenspezifischer Versorgungslagen durch Einrichtungen der sozialen Infrastruktur. Dissertation. Universität Augsburg, Augsburg.
- BAMF (2014): Integrationsreport 2014. Nürnberg.
- Bartelheimer, Peter; Kädtler, Jürgen (2012): Produktion und Teilhabe – Konzepte und Profil sozioökonomischer Berichterstattung. In: Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 41–85.
- Bauch, Jost (2000): *Medizinsoziologie*. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).
- Baumann, Thomas; Eichstädt, Harald (2011): Ausgaben je Schüler/-in 2008. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden (Bildungsausgaben).

- Baumann, Thomas; Eichstädt, Harald (2012): Ausgaben je Schüler/-in 2009. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden (Bildungsausgaben).
- BDI (2007): Daseinsvorsorge: Nutznießer Staat? Für einen fairen Wettbewerb zwischen Staat und Privatwirtschaft und mehr Investitionen, höhere Effizienz und Gebührenoptimierung. Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI). Berlin (BDI-Drucksache Nr. 403, 403).
- Becker, Rolf (2000): Klassenlage und Bildungsentscheidungen. In: KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 52 (3), S. 450–474.
- Beninger, Denis; Bonin, Holger; Horstschräer, Julia; Mühler, Grit (2010): Wirkungen eines Betreuungsgeldes bei bedarfsgerechtem Ausbau frühkindlicher Kindertagesbetreuung: eine Mikrosimulationsstudie (316).
- Bergruber, Anne; Pötter, Uli; Prein, Gerald (2012): "Bildungsaufstieg oder Bildungsvererbung". Analysen zum Migrationshintergrund. In: Thomas Rauschenbach (Hg.): Aufwachsen in Deutschland. AID:A - Der neue DJI-Survey. 1. Aufl. Weinheim: Juventa (Eine Veröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts e.V., München).
- Bertelsmann Stiftung (2014): Qualitätsausbau in KiTas. 7 Fragen zum Qualitätsausbau in deutschen KiTas, 7 Antworten der Bertelsmann Stiftung. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Programm Wirksame Bildungsinvestitionen. Online verfügbar unter http://www.laendermonitor.de/typo3conf/ext/jp_downloads/m/p1/download.php?datei=fileadmin/contents/downloads/2014/Qualitaetsausbau_Methodik.pdf&ftype=pdf.
- Best, Henning; Wolf, Christof (2010): Logistische Regression. In: Christof Wolf und Henning Best (Hg.): Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 827-854.
- Bildungsberichterstattung, Autorengruppe (2014): Bildung in Deutschland 2014. Online verfügbar unter http://www.bildungsbericht.de/daten2014/bb_2014.pdf, zuletzt geprüft am 23.09.2014.
- Bischoff, I.; St. Heck (2001): Interpersonelle Verteilungswirkungen aus dem Angebot öffentlicher haushaltsbezogener Infrastruktur - eine empirische Analyse für ausgesuchte Bereiche in Deutschland zu Beginn der 90er Jahre (Finanzwissenschaftliche Arbeitspapiere, 61).
- Blasius, Joerg; Winkler, Joachim (1989): Gibt es die "feinen Unterschiede"? Eine empirische Überprüfung der Bourdieuschen Theorie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie & Sozialpsychologie 41 (1), S. 72–94.
- Blau, Peter Michael; Duncan, Otis Dudley (1967): The American occupational structure. New York [u.a.]: Wiley.

- BMAS: Wahrnehmung von Armut und Reichtum in Deutschland. Primärerhebung und Sekundäranalyse der repräsentativen Befragung „ARB-Survey 2011“. Unter Mitarbeit von Dietrich Engels und Helmut Apel. Bonn.
- BMAS (2014): Evaluation der bundesweiten Inanspruchnahme und Umsetzung der Leistungen für Bildung und Teilhabe. Erster Zwischenbericht 28.2.2014. Göttingen, Nürnberg, Bonn.
- BMFSJ (2005): Zahlenspiegel. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. Unter Mitarbeit von Arbeitsgruppe Zahlenspiegel. München.
- BMFSJ (2011): Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit Schulkindern. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online verfügbar unter http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/_C3_9C-6-Vereinbarkeit-von-Familie-und-Beruf-mit-Schulkindern,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, zuletzt geprüft am 22.09.2014.
- BMFSJ (2014): Hohes Tempo beim Kita-Ausbau für unter Dreijährige. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=208418.html>, zuletzt geprüft am 23.09.2014.
- BMG (2010): „Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung“. Handlungsfeld 1 „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ des Nationalen Krebsplans. Hg. v. BMG. BMG. Online verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_1_Inanspruchnahme_der_Krebsfrueherkennung.pdf.
- BMG (2012): Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Berlin.
- Bönke, Timm; Bigras, Pascal; Aissaoui, Rachid (2014): Lebenseinkommen von Arbeitnehmern in Deutschland: Ungleichheit verdoppelt sich zwischen den Geburtsjahrgängen 1935 und 1972. In: DIW Wochenbericht (49), S. 1271–1277.
- Bos, Wilfried; Lankes, Eva-Maria; Prenzel, Manfred; Schwippert, Knut; Valtin, Renate; Walther, Gerd (2004): IGLU: Einige Länder der Bundesrepublik Deutschland im nationalen und internationalen Vergleich: Waxmann Münster.
- Bourdieu, Pierre (1997): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 9. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 658).
- Bremer, Patrik; Wübker, Ansgar (2012): Soziale Ungleichheit und Inanspruchnahme medizinischer und präventiver Leistungen in Deutschland: eine empirische Analyse. discussion papers. Universität Witten/Herdecke. Fakultät für Wirtschaftswissenschaft.
- Deutscher Bundestag (2013a): Lebenslagen in Deutschland - Vierter Armuts-und Reichtumsbericht. Drucksache 17/12650.

- Deutscher Bundestag (2013b): Schlussbericht der Enquete-Kommission „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität – Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und Gesellschaftlichem Fortschritt in der Sozialen Marktwirtschaft“. Drucksache 17/13300. Hg. v. Deutscher Bundestag..
- Ellert, U.; Lampert, Thomas; Ravens-Sieberer, U. (2005): Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8: Eine Normstichprobe für Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 48 (12), S. 1330–1337. DOI: 10.1007/s00103-005-1168-5.
- Europäische Kommission (2014a): Employment and social developments in Europe 2013. Luxembourg: Publications Office of the European Union (Social Europe).
- Europäische Kommission (2014b): Haben Veränderungen in der Kostenaufteilung Auswirkungen auf das Verhalten von Studierenden und Hochschulen? Befunde aus neun Fallstudien. Hg. v. Europäische Kommission.
- European Commission (2008): Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Hg. v. European Commission.
- European Commission (2014): EU Employment and Social Situation. Trends in social expenditure and distributional impact of policy changes until 2013. Europäische Kommission. Luxembourg.
- Felder, Stefan (2010): Ökonomie des gesundheitswesens: Genese und Optimierung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 45.
- Förster, Michael; Verbist, Gerlinde (2012): OECD Social, Employment and Migration Working Papers (135).
- Fuchs, Max (2014): Elfenbeinturm oder menschliches Grundrecht? Kulturnutzung als soziale Distinktion versus Recht auf kulturelle Teilhabe. In: Birgit Mandel und Thomas Renz (Hg.): MIND THE GAP? – Zugangsbarrieren zu kulturellen Angeboten und ein kritischer Diskurs über Konzeptionen niedrigschwelliger Kulturvermittlung, S. 16–21.
- Gebesmair, Andreas (2001): Grundzüge einer Soziologie des Musikgeschmacks. Wiesbaden, s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Geißler, Rainer (2002): Die Sozialstruktur Deutschlands. Die gesellschaftliche Entwicklung vor und nach der Vereinigung. 3., grundlegend überarb. Aufl. Wiesbaden: Westdt. Verl.
- GKV-Spitzenverband (2010): GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011. Online verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011.pdf.

- GKV-Spitzenverband (2012): Empfehlung Zusammenarbeit BA-GKV zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit 2012. Online verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Praev_Empf_Zus_BA-GKV_zu_Arbeitslosigkeit_und_Gesundheit_2012.pdf.
- GKV-Spitzenverband (2013): Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune. Online verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Praev_Gefoe_Kooperationsempfehlung_Komm_SpiV-GKV_Kommune.pdf.
- Grabka, Markus M.; Westermeier, Christian (2014): Anhaltend hohe Vermögensungleichheit in Deutschland. Hg. v. DIW Berlin. DIW Berlin (DIW Wochenbericht, 9).
- Gruber, Stefan; Kiesel, Markus: Wer konsultiert den Allgemeinarzt in Deutschland? Eine Analyse zum Einfluss von Versicherung und anderen sozialen Merkmalen auf die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen im Alter. In: Henriette Engelhardt (Hg.): Altern in Europa. Empirische Analysen mit dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Bamberg (BBzS, Band 1), S. 94–143.
- Gruber, Stefan; Kiesel, Markus (2009): Wer konsultiert den Allgemeinarzt in Deutschland? Eine Analyse zum Einfluss von Versicherung und anderen sozialen Merkmalen auf die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen im Alter. Online verfügbar unter <http://opus4.kobv.de/opus4-bamberg/frontdoor/index/index/docId/21601>.
- Hank, Karsten; Kreyenfeld, Michaela; Spieß, C. Katharina (2004): Kinderbetreuung und Fertilität in Deutschland. In: Zeitschrift für Soziologie 33 (3), S. 228–244.
- Hanusch, Horst (1976): Verteilung öffentlicher Leistungen: e. Studie zur personalen Inzidenz: Vandenhoeck & Ruprecht (12).
- Hanusch, Horst; et. al. (1982): Verteilung öffentlicher Realtransfers auf Empfängergruppen in der Bundesrepublik Deutschland: Tabellenband. Stuttgart: Kohlhammer (Schriften zum Bericht der Transfer-Enquête-Kommission).
- Henke, Klaus-Dirk (1975): Messung und politische Beeinflussung der Verteilung von Gütern und Dienstleistungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen. Bonn, Washington D. C.
- Hetmeier, Heinz-Werner; Buschle, Nicole; Schulz, Andreas; Haider, Carsten (2012): Bildungsfinanzbericht 2012. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Hetmeier, Heinz-Werner; Vogel, Silvia (2014): Bildungsfinanzbericht 2013. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

- Hetmeier, Heinz-Werner; Wilhelm, Rainer; Baumann, Thomas (2007): Methodik zur Gewinnung der Kennzahl „Ausgaben öffentlicher Schulen je Schülerin und Schüler“. In: *Wirtschaft und Statistik* (Heft 1), S. 68ff.
- Hoebel, Jens; Richter, Matthias; Lampert, Thomas (2013): Social status and participation in health checks in men and women in Germany: results from the German Health Update (GEDA), 2009 and 2010. In: *Dtsch Arztebl Int* 110 (41), S. 679–685. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0679.
- Jansen, Dorothea; Heidler, Richard; Görtz, Regina von (2009): Ungleiche Chancen im Wissenschaftssystem: Artefakt oder Realität? In: *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 61 (3), S. 463–467. DOI: 10.1007/s11577-009-0075-4.
- Janßen, Christian; Frie, Kirstin Grosse; Dinger, Hanna; Schiffmann, Lars; Ommen, Oliver (2009): Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Klaus Hurrelmann und Matthias Richter (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 149–165.
- Jordan, Susanne; v.d. Lippe, Elena (2012): Angebote der Prävention–Wer nimmt teil? In: *GBE Kompakt* (5), S. 1–9. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_5_Praevention.pdf?__blob=publicationFile.
- Jungbauer-Gans, Monika; Gross, Christiane (2009): Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In: Klaus Hurrelmann und Matthias Richter (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 77–98.
- Kerek-Bodden, Hedy; Altenhofen, Lutz; Brenner, Gerhard; Franke, A. (2009): Durchführung einer versichertenbezogenen Untersuchung zur Inanspruchnahme der Früherkennung auf Zervixkarzinom in den Jahren 2002, 2003 und 2004 auf der Basis von Abrechnungsdaten. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Keuchel, Susanne (2014): Quo vadis Jugend-Kulturvermittlung? Aktuelle Ergebnisse aus der Reihe "Jugend-KulturBarometer". In: Birgit Mandel und Thomas Renz (Hg.): *MIND THE GAP? – Zugangsbarrieren zu kulturellen Angeboten und ein kritischer Diskurs über Konzeptionen niedrigschwelliger Kulturvermittlung*, S. 64–72.
- Kistler, Ernst; Schneider, Daniela (2012): Verteilungswirkungen öffentlicher Dienstleistungen – Bestandsaufnahme und Systematisierung von Forschungsfragen. Düsseldorf (HBS-Arbeitspapier, 271).

- Krapf, Sandra (2014): Who uses public childcare for 2-year-old children? Coherent family policies and usage patterns in Sweden, Finland and Western Germany. In: *International Journal of Social Welfare* (23(1)), S. 25–40.
- Kratzmann, Jens; Schneider, Thorsten (2008): Soziale Ungleichheiten beim Schulstart. Empirische Untersuchungen zur Bedeutung der sozialen Herkunft und des Kindergartenbesuchs auf den Zeitpunkt der Einschulung. Hg. v. DIW Berlin (SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research). Online verfügbar unter http://www.diw.de/documents/publikationen/73/82423/diw_sp0100.pdf, zuletzt geprüft am 22.09.2014.
- Kratzmann, Jens; Schneider, Thorsten (2009): Soziale Ungleichheiten beim Schulstart. In: *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 61 (2), S. 211–234.
- Kraywinkel, Klaus; Bertz, Joachim; Laudi, Antje; Wolf, Ute (2012): Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebserkrankungen in Deutschland. In: *GBE Kompakt* (3(4)), S. 1–11.
- Kremer, Miriam (2014): Kultur beginnt nicht in der Oper, sondern bei uns Menschen! Kulturvermittlung in der Kulturloge Berlin. 58-63. In: Birgit Mandel und Thomas Renz (Hg.): *MIND THE GAP? – Zugangsbarrieren zu kulturellen Angeboten und ein kritischer Diskurs über Konzeptionen niedrigschwelliger Kulturvermittlung*.
- Kreyenfeld, Michaela; Krapf, Sandra (2010): Soziale Ungleichheit und Kinderbetreuung– Eine Analyse der sozialen und ökonomischen Determinanten der Nutzung von Kindertageseinrichtungen. In: Rolf Becker (Hg.): *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit*. 4., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., S. 107–128.
- Kreyenfeld, Michaela; Krapf, Sandra (2013): Soziale Unterschiede in der Nutzung externer Kinderbetreuung für Ein- bis Sechsjährige: Gibt es Veränderungen im Zeitraum 1984 bis 2009? Hg. v. Sachverständigenkommission 14. *Kinder- und Jugendbericht (Kinder- und Jugendhilfe in neuer Verantwortung)*.
- Krogsbøll, Lasse T.; Jørgensen, Karsten Juhl; Grønhøj Larsen, Christian; Gøtzsche, Peter C. (2012): General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. In: *BMJ: British Medical Journal* 345.
- Lampert, Thomas; Mielck, Andreas (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit - Eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: *Gesundheit und Gesellschaft* (8(2)), S. 7–16.
- Lampert, Thomas; Saß, Anke-Christine; Häfeliinger, Michael; Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin.

- Leimeister, Jan Marco; Peters, Christoph (2012): Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – soziale Innovationen denken lernen. Bonn (WISO-Diskurs).
- Lengers, Birgit (2014): REIN - RAUS - DAZWISCHEN. Strategien zum Umgang mit der Schwelle am Jungen DT. In: Birgit Mandel und Thomas Renz (Hg.): MIND THE GAP? – Zugangsbarrieren zu kulturellen Angeboten und ein kritischer Diskurs über Konzeptionen niedrigschwelliger Kulturvermittlung, S. 72–78.
- Lenze, Anne (2014): Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Leu, Hans Rudolf (2012): Betreuungsrendite oder Bildungsrendite? Zum Ertrag der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung. In: Thomas Rauschenbach (Hg.): Aufwachsen in Deutschland. AID:A - Der neue DJI-Survey. 1. Aufl. Weinheim: Juventa (Eine Veröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts e.V., München), S. 135–153.
- Lokhande, Mohini (2013): Hürdenlauf zur Kita: Warum Eltern mit Migrationshintergrund ihr Kind seltener in die frühkindliche Tagesbetreuung schicken. Hg. v. Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) GmbH (Forschungsbereich). Online verfügbar unter <https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/binary/M2EOK2KZVGMJ3D35KZZCHJERQTBEPFLC/full/1.pdf>.
- Lüngen, Markus; Siegel, Martin (2012): Gesundheitliche Ungleichheit, Struktur der Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Versorgung. Köln.
- Mandel, Birgit; Renz, Thomas (2014): Kulturlogen als erfolgreiche Mittler zwischen kulturellen Angeboten und Erstbesuchern. Empirische Erkenntnisse zu einem Instrument des Audience Developments. In: Birgit Mandel und Thomas Renz (Hg.): MIND THE GAP? – Zugangsbarrieren zu kulturellen Angeboten und ein kritischer Diskurs über Konzeptionen niedrigschwelliger Kulturvermittlung, S. 48–51.
- Marcus, Jan; Nemitz, Janina; Spiess, Katharina C. (2013): Ausbau der Ganztagsschule: Kinder aus einkommensschwachen Haushalten im Westen nutzen Angebote verstärkt. In: DIW Wochenbericht 2013 (27), S. 11–25.
- Meyenburg, Angela (2014): Menschen mit geringen Einkünften als Kulturrezipienten. Ergebnisse des Workshops "Abbau von Barrieren für Menschen mit geringen Einkünften". In: Birgit Mandel und Thomas Renz (Hg.): MIND THE GAP? – Zugangsbarrieren zu kulturellen Angeboten und ein kritischer Diskurs über Konzeptionen niedrigschwelliger Kulturvermittlung, S. 52–57.
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Mielck, Andreas (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 51 (3), S. 345–352.

- Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur (Hg.) (2010): Mit 2 dabei – beitragsfrei im Kindergarten (Informationsbrochüre). Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur. Mainz.
- Müller-Benedict, Volker (2007): Wodurch kann die soziale Ungleichheit des Schulerfolgs am stärksten verringert werden? In: KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 59 (4), S. 615–639.
- Musgrave, R. A. (1969): Fiscal Systems. New Haven and London: Yale University Press.
- Nauck, Bernhard; Diefenbach, Heike; Petri, Kornelia (1998): Intergenerationale Transmission von kulturellem Kapital unter Migrationsbedingungen. Zum Bildungserfolg von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien in Deutschland. In: Zeitschrift für Pädagogik 44 (5), S. 701–722.
- Nold, Daniela (2010): Sozioökonomischer Status von Schülerinnen und Schülern 2008. In: Wirtschaft und Statistik (2), S. 138.
- OECD (2011): Education at a glance, 2011. OECD indicators. [Paris]: OECD.
- OECD (2014): Education at a Glance 2014. OECD.
- Paulus, Peter; Gediga, Günther (2008): Evaluation von Anschub.de. Wirkung eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule. Online verfügbar unter http://www.anschub.de/uploads/tx_jpdownloads/Kurzfassung_Abschlussbericht_2008-11-05_07.pdf.
- Paulus, Peter; Witteriede, Heinz (2008): Schule - Gesundheit - Bildung. Bilanz und Perspektiven ; Forschung Projekt F 2033. Dortmund: Bundesanst. für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Piketty, Thomas (2014): Capital in the twenty-first century. Unter Mitarbeit von Arthur Golhammer (Übers.).
- Razum, Oliver; Neuhauser, Hannelore (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Inst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Renz, Thomas (2014): Besuchsverhindernde Barrieren im Kulturbetrieb. Ein Überblick des aktuellen Forschungsstands und ein Ausblick. In: Birgit Mandel und Thomas Renz (Hg.): MIND THE GAP? – Zugangsbarrieren zu kulturellen Angeboten und ein kritischer Diskurs über Konzeptionen niedrigschwelliger Kulturvermittlung, S. 22–34.
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (2012): GEDA10_Bericht // Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Unter Mitarbeit von Robert-Koch-Institut. Berlin: Robert-Koch-Institut.

- Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Klaus Hurrelmann und Matthias Richter (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 385–403.
- Schäfer, Roland (2007): Daseinsvorsorge – Spielräume der Kommunen erhalten. Vortrag beim BDI-Kongress am 3. Juli 2007. Berlin, 2007. Online verfügbar unter http://www.dstgb.de/dstgb/Home/Schwerpunkte/Daseinsvorsorge/Aktuelles/Daseinsvorsorge%20-%20Spielr%C3%A4ume%20der%20Kommunen%20erhalten/schaefer_bdi_kongress_03072007.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2014.
- Schilling, Matthias (2004): Berechnung der Platzkosten als finanzielle Grundlage für den quantitativen und qualitativen Ausbau. In: Angelika Diller, Hans Rudolf Leu und Thomas Rauschenbach (Hg.): Kitas und Kosten. Die Finanzierung von Kindertageseinrichtungen auf dem Prüfstand. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (DJI-Fachforum Bildung und Erziehung, 1), S. 31–54.
- Schneider, Thorsten (2004): Nachhilfe als Strategie zur Verwirklichung von Bildungszielen. Eine empirische Untersuchung mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) (DIW-Diskussionspapiere, 447).
- Schober, Pia S.; Spieß, C. Katharina (2012): Frühe Förderung und Betreuung von Kindern. Bedeutende Unterschiede bei der Inanspruchnahme besonders in den ersten Lebensjahren. In: DIW-Wochenbericht 79 (43), S. 17–28.
- Schröder, Mathis; Siegers, Rainer; Spieß Katharina C. (2013): "Familien in Deutschland" - FID. Enhancing Research on Families in Germany. Hg. v. DIW Berlin (SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, 556). Online verfügbar unter http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.421623.de/diw_sp0556.pdf, zuletzt geprüft am 22.09.2014.
- Schulze, Gerhard (2000): Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. 8. Aufl., Studienausg. Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Schwahn, Florian (2014): Social Transfers in Kind and Economic Well - being: Relevance, Implications and Possible Solutions. Paper Prepared for the IARIW 33rd General Conference Rotterdam, the Netherlands, August 24- 30, 2014. Niederlande. Online verfügbar unter <http://www.iariw.org/papers/2014/SchwahnPaper.pdf>.
- Schwahn, Florian; Schwarz, Norbert (2012): Einkommensverteilung als Baustein der Wohlfahrtsmessung. Ein Beitrag der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. In: Wirtschaft und Statistik (10), S. 829 ff.
- Seifert, Monika (2014): Kulturelle Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Ergebnisse einer Befragung von Gästen der Kulturloge Berlin mit Behinderung und Darstellung der Workshop-Diskussion. In: Birgit Mandel und Thomas Renz (Hg.): MIND THE

GAP? – Zugangsbarrieren zu kulturellen Angeboten und ein kritischer Diskurs über Konzeptionen niedrigschwelliger Kulturvermittlung, S. 42–47.

Sen, Amartya (2002): *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München.

Sharma, Manon Rani; Steiner, Michael (2008): Dossier: Ausbau der Kinderbetreuung-- Kosten, Nutzen, Finanzierung. In: Erstellt durch: Prognos AG im Auftrag des Kompetenzzentrums für familienbezogene Leistungen im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Berlin. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Dossier-Ausbau-der-Kinderbetreuung.pdf>.

Shavit, Yossi; Blossfeld, Hans-Peter (1993): *Persistent inequality. Changing educational attainment in thirteen countries*. Boulder, Colo: Westview Press (Social inequality series).

Siebert, Manuel (2008): *Schulische Bildung von Migranten in Deutschland*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Sieverding, M.; Matterne, Uwe; Ciccarello, L. (2008): Gender differences in FOBT use: evidence from a large German survey. In: *Zeitschrift für Gastroenterologie* 46 Suppl 1, S. 47–51. DOI: 10.1055/s-2007-963489.

Skarpelis-Sperk, Sigrid (1978a): *Soziale Rationierung öffentlicher Leistungen*. Frankfurt/Main, New York: Campus-Verlag.

Skarpelis-Sperk, Sigrid (1978b): Wem nützt der Staat? In: *WSI Mitteilungen* 1978 (31), S. 262ff.

Spieß, Katharina C.; Berger, Eva M.; Groh-Samberg, Olaf (2008): *Die öffentlich geförderte Bildungs- und Betreuungsinfrastruktur in Deutschland: Eine ökonomische Analyse regionaler und nutzergruppenspezifischer Unterschiede* (UNICEF Innocent Research Centre, Innocent Working Paper).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2012): *Kulturfinanzbericht 2012*. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010): *Finanzen der Kindertageseinrichtungen. in freier Trägerschaft*. Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2013): *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Inlandsproduktsberechnung Detaillierte Jahresergebnisse*. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Statistisches Bundesamt (Fachserie 18, Reihe 1.4).

Statistisches Bundesamt, Genesis Online (2013): *Gesundheitsausgabenrechnung*. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>, zuletzt geprüft am 18.09.2014.

- Steinrücke, Margareta (1996): Klassenspezifische Lebensstile und Geschlechterverhältnis. In: Otto G. Schwenk (Hg.): *Lebensstil zwischen Sozialstrukturanalyse und Kulturwissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Reihe „Sozialstrukturanalyse“, 7), S. 203–219.
- Textor, Martin R. (2014): Pro-Kopf-Ausgaben für Kindertagesbetreuung: 2006 - 2012. Online verfügbar unter <http://www.kindergartenpaedagogik.de/1650a.pdf>, zuletzt geprüft am 22.09.2014.
- van Santen, Eric; Prein, Gerald (2013): Effekte der Angebotsdichte sozialstaatlicher Leistungen auf die soziale Selektivität der Inanspruchnahme-Empirische Hinweise an den Beispielen Kinderbetreuung und Jugendzentren. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 59 (1). Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=05142776&AN=86934568&h=cxYIUhQdwcXLHOrPEWFA-TUijI3M7nfYbNmtwMB5l1vfSW9WBVXM8RfpL8065Vb9U2cmlFW2ZpmE6UvRhjbQaAg%3D%3D&crl=c>, zuletzt geprüft am 18.12.2013.
- Vogel, Silvia; Eichstädt, Harald; Becke, Marc (2013): Ausgaben je Schüler/-in 2010. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Volkert, Jürgen; Schneider, Friedrich (2011): CESifo Working Paper no. 3364.
- Vossen, Joachim (2013): Evaluation Lokales Bildungsmanagement. Lokale Bildungsberatung. Kurzfassung. Institut für Stadt- und Regionalmanagement. Online verfügbar unter http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Bildung-und-Sport/pdfs/kb/bildungslokale/Evaluierungsbericht_gesamt_end_05-08-13.pdf, zuletzt geprüft am 22.09.2014.
- Walter, Ulla; Krauth, Christian; Wienold, Matthias; Dreier, Maren; Droste, Sigrid (2006): Verfahren zur Steigerung der Teilnahmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Windel, I. (2005): Gesund leben lernen -- Gesundheitsmanagement in Schulen. Schulische Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler. In: *Gesundheitswesen* 67 (2), S. 137–140. DOI: 10.1055/s-2005-857890.