

Indikatoren im Lebenslagenansatz Das Konzept der Lebenslage in der Wirkungsforschung

Seit die EU-Kommission Anfang der 90er Jahre das „European Observatory on Policies to Foster Economic and Social Integration“ eingerichtet hat, gewinnt das Konzept der sozialen Ausgrenzung zunehmend an Bedeutung in der Sozialberichterstattung. Eine konkrete, allgemein akzeptierte Definition von sozialer Ausgrenzung existiert bislang nicht. Graham Room (1998) hatte versucht, den Begriff inhaltlich als Verweigerung oder Nicht-Verweigerung von sozialen Rechten und damit verbundenen Ungleichheiten in der Verteilung von Lebenschancen zu füllen. Dieser Vorschlag wirkte jedoch nicht konsensbildend in Bezug auf die Indikatoren für das Konzept der Ausgrenzung. Dennoch eröffnet es bessere Möglichkeiten, soziale Benachteiligung zu erklären, da es eben nicht nur, wie der Ressourcenansatz, von der Verfügbarkeit von Einkommensgrößen ausgeht, sondern auf unterschiedliche materielle und immaterielle Güter und den sich daraus eröffnenden Handlungsspielraum abhebt. Jos Berghmans (1995) Zuordnung der unterschiedlichen Konzepte sozialer Benachteiligung verdeutlicht die Nähe des Konzepts der sozialen Ausgrenzung mit dem reformulierten Lebenslagenansatz. In beiden Be-

trachtungsweisen wird eine zeitliche Komponente einbezogen und eine eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe als Prozess oder als langandauernde Situation verstanden.

Beim *Lebenslagenansatz* handelt es sich zunächst weniger um eine deduktiv abgeleitete Theorie, wie etwa beim Humankapitalansatz, sondern eher um singuläre Beschreibungen, Fallstudien und ad-hoc-Theorien mittlerer Reichweite. Ein theoretisch konsistentes Erklärungsmodell liegt nicht vor. Der Erklärungsansatz hebt – wenn man auf die Grundlagen zurückgeht, wie sie etwa Otto Neurath (1931) entworfen hat oder von Gerhard Weißer (1956, 1969) und Ingeborg Nahnsen (1975) weiterformuliert wurden – darauf ab, dass Lebenslagen a) verschiedene strukturelle Ebenen der Gesellschaft betreffen und von daher stets als Mehrebenenmodelle gedacht werden müssen, b) sich nicht eindimensional durch ökonomische Ressourcen erklären lassen, sondern nur multidimensional durch unterschiedliche Ressourcen und deren Verfügbarkeit und Nutzung, c) sowohl objektive und subjektive als auch materielle und immaterielle Dimensionen von Versorgungslagen umfassen und

Editorial

*Sozialstaatliche Aktivitäten und deren Wirkungen auf Lebenslagen von Individuen und Haushalten bilden den inhaltlichen Schwerpunkt dieses ZeS report. Damit stellt das ZeS Arbeiten aus einem seiner zentralen Forschungsfelder vor: **Lebenslagenorientierte Wirkungsforschung.***

*Einleitend unternimmt **Wolfgang Voges** konzeptionelle Überlegungen zu den theoretischen **Grundlagen und Bezugsrahmen** einer an **Lebenslagen orientierten Wirkungsforschung** und plädiert für eine stärkere Berücksichtigung eines reformulierten **Lebenslagenansatzes** in der Sozialberichterstattung.*

***Petra Buhr** befasst sich mit den Auswirkungen von **Fallpauschalen** für die **Patientenversorgung im Krankenhaus** und stellt **Forschungsansatz** wie erste **Ergebnisse** aus einem **Projekt** vor, das sich mit **Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (Diagnosis Related Groups)** befasst.*

*Die **Arzneimittelversorgung von Frauen und Männern im höheren Lebensalter** ist Gegenstand des Beitrags von **Gerd Glaeske**, in dem die Einflüsse von **Alter und Geschlecht** auf die **Arzneimittelversorgung** untersucht werden.*

*Berichte über **Tagungen und Projekte**, Hinweise auf **Veranstaltungen** und neuere **Veröffentlichungen** geben darüber hinaus Einblick in weitere Themen und Arbeitsstränge des ZeS, insbesondere auch im **Kooperationsverbund** mit anderen **sozialwissenschaftlichen Instituten** und **Forschungseinrichtungen** der Universität.*

Gisela Hegemann-Mahlting

Aus dem Inhalt

• Diagnosis Related Groups (DRG) und Lebenslage	6
• Arzneimittelversorgung von Frauen und Männern im höheren Lebensalter	11
• Berichte	14
• Tagungen	14
• Neue Projekte und Arbeitsvorhaben	20
• Bremen <small>bremer Sozialwissenschaften</small>	22
• Ankündigungen	23
• Veröffentlichungen	26
• Arbeitspapiere	28

d) schließlich nicht einfach als Ursache-Wirkungs-Relationen betrachtet werden können. Vielmehr sind sie sowohl die Folge eines bestimmten Ausmaßes an gesellschaftlicher Teilhabe, als auch die Ursache für das Ausmaß weiterer gesellschaftlicher Partizipation und eventueller sozialer Ausgrenzung und zwar vermittelt über die Zeit.

Soziale Indikatoren sind Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse und Veränderungen. Sie sollen Aussagen über die Verbesserung oder Verschlechterung von Lebensqualität und Teilhabechancen ermöglichen. Damit bilden sie die Grundlage von Sozialberichterstattung und schaffen die Voraussetzungen für sozialstaatliche Interventionen. Allerdings können Indikatoren zu einer bestimmten sozialen Erscheinung nicht von sich aus als Hinweis auf ein soziales Problem betrachtet werden. Sie erlangen diese Bedeutung erst dann, wenn sie mittelbar oder unmittelbar zu gesellschaftlichen Zielen in Beziehung gesetzt werden. Die inhaltliche Bestimmung, was unter Armut und Ausgrenzung zu verstehen ist, lässt sich keineswegs aus einer scheinbaren Evidenz von Phänomenen einer bestimmten Versorgungslage ableiten, sondern muss sich stets auf einen theoretischen Bezugsrahmen beziehen.

Beim EU-Programm zur Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung wurden die Unterschiede in der europäischen Gemeinschaft etwa auf Grund unterschiedlicher Wohlfahrtsstaats-Modelle oder Programme zur existenziellen Mindestsicherung ausgeklammert und die Auswahl der EU-Indikatoren auf der Grundlage einer pragmatisch beschreibenden Theorie getroffen. Gilt es aber, Armut und Ausgrenzung nicht nur zu beschreiben, sondern darüber hinaus auch zu erklären, wie eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe und Verfügbarkeit materieller sowie immaterieller Ressourcen zustande kommt, können Aussagen über das Entstehen von sozialer Ausgrenzung nicht per se anhand einer gegebenen statistischen Verteilung

gemacht werden. Armut und Ausgrenzung konstituieren sich wie auch andere soziale Phänomene „erst im Verhältnis zu den Standards ihrer Feststellung“ (Habermas 1968). Eine Betrachtung etwa von Unterversorgung und Tendenzen von Ausgrenzung „an sich“ ist nicht möglich. Es hängt vielmehr vom jeweiligen theoretischen Zugang, den entsprechenden Operationalisierungen sowie den normativen Setzungen ab, inwieweit sie zu eindeutigen sozialen Phänomenen werden.

Vergleicht man den Lebenslagenansatz mit dem Ressourcen- und Lebensstandardansatz, wird deren unterschiedliches Erklärungspotenzial deutlich.

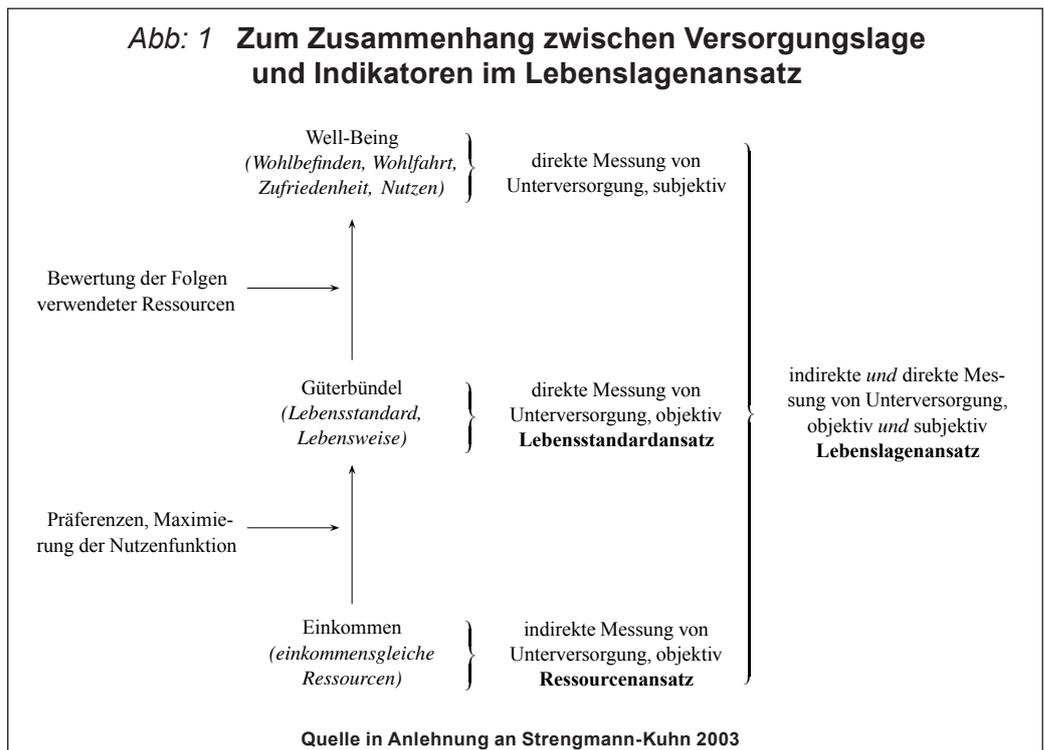
Im *Ressourcenansatz* ist die ausreichende Verfügbarkeit von Ressourcen die wesentliche Voraussetzung für angemessene gesellschaftliche Teilhabe. Da zahlreiche Ressourcen wie etwa Bildung oder Gesundheit als Humankapital nur schwer zu messen sind, wird zumeist Einkommen als Approximation für die unterschiedlichen Ressourcen verwendet. Der Erklärungsansatz setzt zum Einen den rationalen Akteur voraus, der seine Ressourcen wirtschaftlich verwendet, da es ansonsten zu erheblichen Unterversorgungslagen kommen kann. Zum Anderen wird implizit davon ausgegangen, dass bei ausreichenden finanziellen Mitteln und einer funktionierenden Marktwirtschaft (keine Rationierung) alle lebensnotwendigen Güter für den Grundbedarf zu erwerben sind. Vor diesem Hintergrund

kann aus den verfügbaren finanziellen Ressourcen *indirekt* geschlossen werden, inwieweit sich Personen in einer Lebenslage befinden, die keine angemessene gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht.

Der *Lebensstandardansatz* geht davon aus, dass die ausreichende Verfügbarkeit von materiellen und immateriellen Gütern die Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe ist. Die Güter, die von der Mehrheit der Bevölkerung als typisch für eine angemessene Lebensweise in einer bestimmten Gesellschaft angesehen werden, bilden die Bezugsgröße, an der die faktische Bedarfsdeckung gemessen und das Ausmaß an Deprivation bestimmt wird. Es handelt sich somit um eine *direkte* Messung einer Versorgungslage. Dieser Erklärungsansatz basiert auf der Annahme, dass eine Unterversorgung mit Gütern vor allem aus fehlenden finanziellen Mitteln resultiert. Aber auch dort, wo das Fehlen von Gütern teilweise auf individuelle Präferenzen zurückgeführt wird, stellt sich die Frage, inwieweit es sich um Rationalisierungen handelt.

Im *Lebenslagenansatz* ist der Handlungsspielraum, der Personen zur Entfaltung und Wahrnehmung persönlicher Interessen zur Verfügung steht und der einen entsprechenden Minimalstandard nicht unterschreitet, die wesentliche Bestimmungsgröße für gesellschaftliche Teilhabe. Eine Versorgungslage lässt sich anhand des Handlungsspielraums als Ergebnis des Ressourceneinsatzes und

Abb. 1 Zum Zusammenhang zwischen Versorgungslage und Indikatoren im Lebenslagenansatz



dadurch produzierter/erworbener Güter des Lebensstandards direkt messen. Da die Verwendung der Ressourcen für den Gütererwerb sehr unterschiedlich beurteilt wird, muss die subjektive Bewertung des durch den Ressourceneinsatz konstituierten Handlungsspielraums mit berücksichtigt werden. Gegenüber den anderen Erklärungsansätzen besteht in diesem Ansatz kein direkter Zusammenhang zwischen materieller Versorgung und Lebenslage oder Handlungsspielraum. Da unterschiedliche Lebenslagedimensionen den Handlungsspielraum konstituieren, sind stets mehrere Schwellenwerte notwendig, um eine Unterversorgungslage zu bestimmen. (vgl. Abb.1)

Sozialpolitische Konstellationen und theoretische Annahmen zu Armut und Ausgrenzung strukturieren also in entscheidender Weise die von der Sozialberichterstattung zu erfassenden sozialen Erscheinungen vor. Eine Sozialberichterstattung, die diesen Umstand negiert, bekommt schnell den Ruf, zum „Empirismus sozialer Lageindikatoren“ (Schulz-Nieswandt 2002) beizutragen. Die unbefriedigende Entwicklung in der Bestimmung von Dimensionen und Indikatoren einer Lebenslage begünstigte eine Praxis der Sozialberichterstattung, bei der bereits die Verteilung von Phänomenen der Unterversorgung als Ausdruck einer Lebenslage betrachtet wurde. Eine derartige Verkürzung wird jedoch den Prämissen eines Lebenslagenkonzeptes als multidimensionalen Erklärungsansatz auf mehreren gesellschaftlichen Ebenen nicht gerecht.

Im Mittelpunkt des Lebenslagenansatzes stehen nun nicht mehr ausschließlich die verfügbaren Ressourcen, die ein bestimmtes Versorgungsniveau ermöglichen, sondern zugleich der Handlungsspielraum, der sich für Personen auf Grund dieser Versorgungslagen eröffnet oder verschließt. Allein aus den Ressourcen, die eine bestimmte Lebenslage verursachen, kann eben nicht unmittelbar auf Folgen dieser Lebenslage für das weitere Handeln geschlossen werden. So muss sich etwa aus einer durch

Einkommensarmut gekennzeichneten Lebenslage nicht unmittelbar auch ein eingeschränkter Handlungsspielraum für die Nutzung von Gesundheitsdiensten ergeben. Eine Lebenslage als Folge und Ursache von Teilhabechancen lässt sich nur durch mehrere Indikatoren und deren Kombination angemessen erfassen. Von daher

– etwa einer dynamischen Betrachtungsweise von Lebenslagen, das z. B. durch eine spezifische statistische Vorgehensweise gelöst werden kann. Vielmehr muss von vornherein bestimmt werden, welchen Stellenwert dem jeweiligen Phänomen für eine bestimmte Lebenslagedimension im theoretischen Modell beigemessen

werden soll und welcher Indikator dafür geeignet ist. (vgl. Tab.1)

Ebenso wenig Einigkeit wie bei der Bestimmung von Indikatoren herrscht in Bezug auf die Schwellenwerte, bei deren Unterschreiten zu einem bestimmten Zeitpunkt t_1 von Unterversorgung und insbesondere Ausgrenzung gesprochen werden kann. Nahezu völlig ausgeklammert wird die Frage

nach einem Schwellenwert, bei dessen Überschreiten zu einem Zeitpunkt t_2 eine Überwindung einer durch Unterversorgung oder Ausgrenzung gekennzeichneten Lebenslage gesprochen werden kann. Vor dem Hintergrund fehlender einheitlicher Bestimmungsgrößen für eine bestimmte Lebenslage wird trotz des Anspruchs, Multidimensionalität zu berücksichtigen, zumeist das Einkommen als die zentrale Dimension angesehen, da sie den Zugang zur Wahrnehmung von Lebenschancen und Befriedigung zahlreicher Bedürfnisse ermöglicht.

Indikatoren zur Dualität von Lebenslage als Ergebnis und Bedingung

Beim Lebenslagenansatz ist zu berücksichtigen, dass die Lebenslage sowohl einen zu erklärenden Sachverhalt (Explanandum) als auch einen erklärenden Sachverhalt (Explanans) darstellt. Zum einen kann eine Lebenslage als *Folge* ungleicher Verteilung von Gütern, Fähigkeiten und Chancen erklärt werden (Explanandum). Daneben stellt die Lebenslage jedoch auch die *Ursache* für unterschiedliche Wahrnehmung von Chancen der Ausgestaltung individueller Handlungsspielräume unter bestimmten sozialstrukturellen Rahmenbedingungen dar (Explanans). Bei diesem dualen Charakter spielen

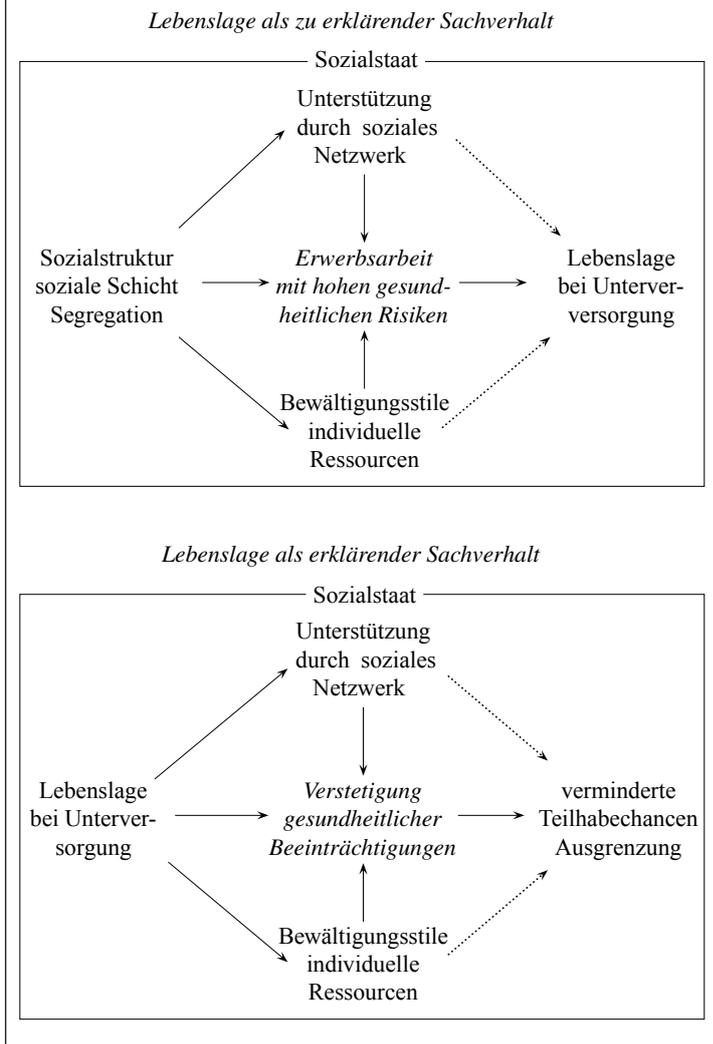
Tab: 1 Dimensionen, Indikatoren und Schwellenwerte für Unterversorgung im Lebenslagenkonzept

Mikroebene: Personen	Makroebene: Strukturen
ökonomisches Kapital (<i>Einkommen, Vermögen, Sozialtransfers</i>)	strukturelle Opportunitäten und Constraints
kulturelles Kapital (<i>Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen, Bildung</i>)	Arbeitsmarkt (<i>Arbeitsplätze, Zugänge, Einkommenserzielung/unterschiede</i>)
soziales Kapital (<i>soziales Netzwerk zum Erhalt knapper Güter</i>)	Sozial-/Verteilungspolitik (<i>Mindestsicherung, Ehegattensplitting</i>)
gesundheitliches Kapital (<i>psycho-physisches Leistungsvermögen</i>)	kulturelles Milieu (<i>Arbeitsplatz, Nachbarschaft, ethnische/konfessionelle Gemeinschaft</i>)

wäre die Heranziehung eines einzigen Indikators etwa zur Bestimmung des Versorgungsniveaus mit Bildungsgütern und deren Nutzung eine Approximation mit erheblichen Einschränkungen.

Um eine Lebenslage und den damit verbundenen Handlungsspielraum erfassen zu können, scheinen die Dimensionen Bildung, Erwerbstätigkeit, Wohnen, Gesundheit und Einkommen geeignet. Mitunter wird noch die Forderung erhoben, stärker eine Dimension zum sozialen Kapital in Form von Unterstützungsleistungen aus sozialen Netzwerken zu berücksichtigen. Diesen nicht-monetären Transfers wird insbesondere in Bezug auf die Lebenslage von Frauen eine große Bedeutung beigemessen. Über diese Dimensionen herrscht ein weitgehender Konsens in den Sozialwissenschaften. Welche Indikatoren zu deren Messung herangezogen werden, wird jedoch sehr kontrovers diskutiert. Vereinzelt wird die Forderung erhoben, zunächst Bedingungskomplexe für eine bestimmte Lebenslage empirisch zu erfassen und daraus Indikatoren abzuleiten. Dabei wird jedoch übersehen, dass es sich bei der Lebenslage um ein theoretisches Konstrukt handelt, das sich der direkten Beobachtung entzieht. Daher handelt es sich hier nicht um ein „methodisch-technisches“ Problem

Abb: 2 Lebenslage als Folge und Ursache gesellschaftlicher Teilhabe



unterschiedliche Selektivitätskriterien eine wesentliche Rolle. Daher ist zu unterscheiden zwischen der Wahrscheinlichkeit des Eintritts in eine Lebenslage und der Wahrscheinlichkeit, diese Lebenslage auf eine bestimmte Weise zu bewältigen und auszugestalten. Um die Dualität von Lebenslagen als Ergebnis und Bedingung zu beobachten und zum Gegenstand der Sozialberichterstattung zu machen, ist es notwendig, stets eine analytische Trennung von Explanandum und Explanans vorzunehmen. Zum einen kann eine bestimmte Lebenslage die Folge von eingeschränkter gesellschaftlicher Teilhabe sein, zum anderen kann sie aber auch zugleich die Ursache von sozialer Ausgrenzung und verminderten Lebenschancen sein. Wenn die kausale Beziehung einer Lebenslage als Folge und Ursache der Verfügbarkeit und Nutzung sozialer Güter betrachtet werden soll, muss bestimmt werden, in welcher

Beziehung diese beiden Aspekte zueinander stehen und welche Indikatoren sich diese Dualität einer Lebenslage verdeutlichen lässt.

Man könnte zum einen etwa annehmen (Abb. 2 oben), dass sozialstaatliche und sozioökonomische Bedingungen sowie berufsfachlich geschlossene Teilarbeitsmärkte Arbeit Suchende mit niedrigem Ausbildungsniveau veranlassen, Erwerbstätigkeiten mit hohen gesundheitlichen Risiken aufzunehmen. Bei geringen individuellen und sozialen Ressourcen zur Kompensation der gesundheitsbelastenden Einflüsse erhöht sich das Erkrankungsrisiko und darüber vermittelt das Beschäftigungsrisiko. Eingeschränkte Erwerbsmöglichkeiten verstärken wiederum das Risiko materieller Unterversorgung. Zum anderen ist zu vermuten (Abb. 2 unten), dass eine durch Unterversorgung gekennzeichnete Lebenslage bei fehlenden individuellen und sozialen Ressour-

cen das Risiko einer Verstetigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhöht. Dies wiederum würde die Erwerbschancen drastisch einschränken sowie Teilhabechancen reduzieren und das Risiko für soziale Ausgrenzung erhöhen. Je nachdem, welcher Zusammenhang zur Lebenslage als Folge und Ursache einer bestimmten Teilhabe angenommen wird, ergeben sich unterschiedliche Ansätze, Ausgrenzung zu bestimmen und zu messen.

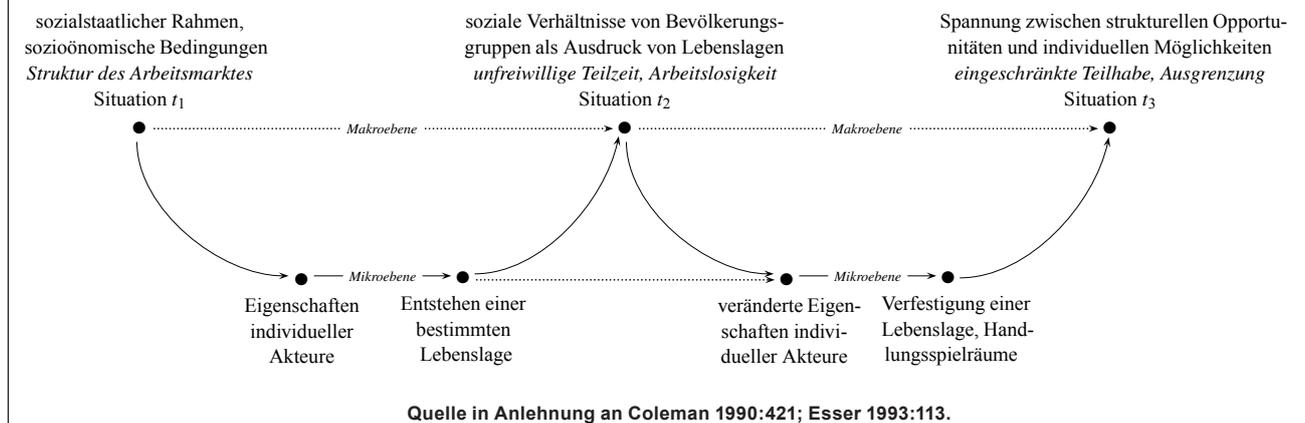
Die meisten Studien, die sich auf den Lebenslagenansatz berufen, haben den Anspruch, das Zustandekommen einer Lebenslage zu erklären (Explanandum). Implizit wird ähnlich wie beim Ressourcenansatz eine lineare Beziehung zwischen der Verfügbarkeit von Ressourcen und deren Einsatz zur Nutzung von Handlungsspielräumen unterstellt. Vor dem Hintergrund einer möglichen Diskrepanz zwischen objektiven Lebensbedingungen und deren subjektiver Wahrnehmung ist dies sicher eine nicht unproblematische Annahme. Einige wenige Studien betrachten dagegen die Auswirkungen einer bestimmten Lebenslage und schreiben ihr damit den Status des Explanans zu. Im Mittelpunkt steht dabei die Analyse von Deprivationsphänomenen. Allerdings lassen sich Prozesse sozialer Ausgrenzung als Folge einer vor mehr oder weniger langer Zeit entstandenen Lebenslage retrospektiv nur begrenzt rekonstruieren. Eine prospektive Betrachtung ist nur eingeschränkt mit wenigen Datenbeständen möglich.

In welcher Weise die Wechselwirkung einer Lebenslage als „Outcome“ und „Input“ von gesellschaftlicher Teilhabe für eine darauf bezogene Sozialberichterstattung einzubeziehen wäre, lässt sich durch eine differenzierte Betrachtung von gesellschaftlichen Ebenen und Zeitpunkten aufzeigen (Abb. 3). Zunächst konstituieren sozialstaatliche und sozioökonomische Rahmenbedingungen eine bestimmte Ausgangssituation. Diese Bedingungen auf der Makroebene wirken auf Lebensbedingungen und Lebenschancen sowie die Mentalität individueller Akteure. Sie schaffen eine Anreizstruktur zur Nutzung von Ressourcen und Wahrnehmung von Handlungsspielräumen. Aussagensysteme etwa zu bestimmten Lebensbedingungen, Aktivitäten staatlicher Agenturen und korporativer Akteure können die subjektive Wahrnehmung von Opportunitätsstrukturen verstärken oder abschwächen. Strukturelle Bedingungen beeinflussen individuelles Handeln,

dieses wiederum wirkt sich auf die Lebenslage aus, die den situativen Kontext für weiteres individuelles Handeln darstellt. Die Abfolge dieser drei Schritte lässt sich wiederholt betrachten und als *dynamisches* Modell der

Auftreten von bestimmten Phänomenen und deren Entwicklung als Folge des Handelns von Personen. Das mitunter angeführte Argument, dass sich für diese Betrachtungsweise keine angemessenen Indikatoren in reprä-

Abb. 3 Lebenslage als Folge und Ursache einer spezifischen Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand



Wechselwirkungen zwischen strukturellen Bedingungen (Makroebene) und individuellen Handeln (Mikroebene) verstehen. Strukturelle Bedingungen konstituieren nicht unmittelbar Handlungsspielräume. Vielmehr treten an verschiedenen Stellen Selektionseffekte auf, die auf unterschiedlichen Mechanismen beruhen, wie der Interpretation der Ausgangssituation durch die individuellen Akteure, deren jeweilige Auswahl der Handlungsalternativen und dem Handeln selbst. Die Auswirkungen individuellen Handelns schlagen sich als kollektives oder strukturelevantes Ergebnis auf der Makroebene nieder.

Fazit

Beim Lebenslagenansatz geht es um das Auftreten von Unterversorgungslagen, die je nach Haushaltskonstellation und Dauer der Unterversorgung unterschiedliche Auswirkungen auf das Armutsrisiko haben und manifeste Tatbestände sozialer Ausgrenzung sichtbar machen, aber keineswegs damit gleich zu setzen sind. Defizite in der Theoriebildung und Konstruktion von Indikatoren haben bislang eine unmittelbare Umsetzung des Lebenslagenansatzes in die Sozialberichterstattung erschwert. Daher wurden häufig Indikatoren für das Vorhandensein von bestimmten Phänomenen verwendet. Die Betrachtung der Prävalenz von Erscheinungen in bestimmten Versorgungslagen wird jedoch dem Lebenslagenansatz in keiner Weise gerecht. Dieser fokussiert auf die Inzidenz, also das

sentativen Datenbeständen finden lassen, trifft so nicht zu. Die angeführten Beispiele verdeutlichen, dass sich auf der Basis von Längsschnittdaten (SOEP) angemessene Indikatoren konstruieren lassen, um das Entstehen einer bestimmten Lebenslage, die Nutzung des damit gegebenen Handlungsspielraumes und mögliche Risiken sozialer Ausgrenzung zu erklären. Aber auch anhand von Querschnittdaten (EVS) lassen sich mit gewissen Einschränkungen Indikatoren ableiten, um die Dualität einer Lebenslage als Folge und Ursache erfassen zu können. Da die subjektive Wahrnehmung von objektiven Lebensbedingungen die Nutzung von Handlungsalternativen beeinflusst, kann eine am Lebenslagenansatz ausgerichtete Sozialberichterstattung mögliche Inkonsistenzen zwischen diesen beiden Aspekten nicht ausklammern. Hier trifft es in der Tat zu, dass eine Kontrastierung von Indikatoren für objektive Bedingungen und deren subjektive Bewertung nicht mit allen Datenbeständen möglich. Unabhängig von dieser Einschränkung sollte der reformulierte Lebenslagenansatz stärker Eingang in die Sozialberichterstattung finden.

Literatur

- Berghman, Jos, 1995: „Social Exclusion in Europe: Policy Context and Analytical Framework“, in: Graham Room (ed.), *Beyond the Threshold. The Measurement and Analysis of Social Exclusion*. Bristol: Policy Press, 10-28.
- Büchel, Felix, 1998: *Zuviel gelernt? Ausbildungsinadäquate Beschäftigung in Deutschland*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Coleman, James, 1990: *Foundations of social theory*. Cambridge/Mass.: Belknap Press.
- Esser, Hartmut, 1993: *Soziologie. Allgemeine Grundlagen*. Frankfurt / New York: Campus.
- Habermas, Jürgen, 1968: Erkenntnis und Interesse, in: ders.: *Technik und Wissenschaft als „Ideologie“*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Morgenstern, Oskar, 1972: „Descriptive, predictive and normative theory“, in: *Kyklos* 25: 699-714.
- Nahsen, Ingeborg, 1975: „Bemerkung zum Begriff und zur Geschichte des Arbeitsschutzes“, in: Martin Osterland (Hg.), *Arbeits-situation, Lebenslage und Konfliktpotential*. Frankfurt a. M.: Europäische Verlagsanstalt, 145-166.

- Neurath, Otto, 1931 1981: „Empirische Soziologie“, in: Rudolf Haller; Heine Rutte (Hg.), *Gesammelte philosophische und methodologische Schriften*, Bd. 1. Wien: Hölder-Pichler-Tempsky, 423-527.
- Room, Graham, 1998: „Armut und soziale Ausgrenzung: Die neue europäische Agenda für Politik und Forschung“, in: Wolfgang Voges; Yuri Kazepov (Hg.): *Armut in Europa*. Wiesbaden: Chmielorz, 46-55.
- Schupp, Jürgen; Habich, Roland; Zapf, Wolfgang, 1996: „Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Auf dem Weg zu einer dynamischen Sicht der Wohlfahrtsproduktion“, in: dies. (Hg.): *Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt*. Frankfurt / New York: Campus, 11-45.
- Schulz-Nieswandt, Frank, 2002: *Grundzüge der Alterssozialpolitik und der integrierten Versorgung*. Universität Köln, Seminar für Sozialpolitik.
- Strengmann-Kuhn, Wolfgang, 2003: *Armut trotz Erwerbstätigkeit*. Frankfurt/New York: Campus.
- Weisser, Gerhard, 1956: „Wirtschaft“, in: Werner Ziegenfuß (Hg.): *Handbuch der Soziologie*. Stuttgart: Enke, 982.
- Weisser, Gerhard, 1969 (1972): „Sozialpolitik“, in: Wilhelm Bernsdorf (Hg.): *Wörterbuch der Soziologie* 3, Frankfurt a. M.: Fischer, 769-776.
- Zapf, Wolfgang, 1984: „Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität“, in: Wolfgang Glatzer; Wolfgang Zapf (Hg.): *Lebensqualität in der Bundesrepublik*. Frankfurt/New York: Campus, 13-26.

Wolfgang Voges
 Telefon: 0421-218-4367
 wvoges@zes.uni-bremen.de

Diagnosis Related Groups (DRG) und Lebenslage

Folgen der Einführung von Fallpauschalen für die Patientenversorgung

Als Beispiel für das Forschungsfeld „Lebenslageorientierte Wirkungs-forschung“ wird im Folgenden das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) näher vorgestellt. Diese Studie wird vom Zentrum für Sozialpolitik in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung durchgeführt und von der Hans Böckler Stiftung, der Gewerkschaft Verdi, der Gmünder Ersatzkasse (GEK) und der Landesärztekammer Hessen gefördert bzw. unterstützt. Ziel des Projektes ist es, die Folgen einer weitreichenden Reform im deutschen Gesundheitswesen zu untersuchen: Die Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG).

Gesundheit als Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe

Im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird Gesundheit als ein zentraler Aspekt der Lebenslage bezeichnet: „Gesundheit ist Voraussetzung für individuelles Wohlbefinden sowie für ökonomische und soziale Teilhabe“ (Bundesregierung 2005: 272). Der Handlungsspielraum des Menschen oder die Chancen auf ein selbstbestimmtes Leben werden also entscheidend durch den Gesundheitszustand geprägt: Personen mit schlechtem Gesundheitszustand sind nicht nur in ihren Möglichkeiten zur Erwerbsarbeit eingeschränkt, sondern auch in Hinblick auf Aktivitäten im Haushalt oder bei der Freizeitgestaltung. Mögliche Folgen sind (materielle) Armut und/oder soziale Isolation. Insoweit kommt der Herstellung von Rahmenbedingungen für eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung und

der Sicherstellung eines gleichberechtigten Zugangs zu medizinischen Leistungen für alle eine wichtige Bedeutung zu. Auf der Internet-Seite des Bundesministeriums für Gesundheit heißt es dazu: „Es ist das Ziel der Gesundheitspolitik, die Gesundheit der Bürger zu erhalten, zu fördern und im Krankheitsfall wieder herzustellen. Gesünder leben, länger leben und aktiver leben zu können, dies ist für jeden Bürger bestmöglich zu gewährleisten. Das Gesundheitswesen qualitativ auf hohem Stand und gleichzeitig finanzierbar zu halten, ist die Herausforderung, vor der die Gesundheitspolitik heute und auch in Zukunft steht. Dazu bedarf es eines umfassenden Systems gesundheitlicher Sicherung, das allen Bürgern wirksam und ohne Hindernisse zur Verfügung steht.“

Veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen durch Fallpauschalen

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist seit Jahren Ziel umfangreicher Reformen, mit denen die Finanzierungsgrundlagen gesichert, Strukturprobleme gelöst und die Qualität der Versorgung verbessert werden sollen. Seit Mitte der 1990er Jahre haben sich insbesondere auch die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser verändert, vor allem durch die Budgetierung und erste Fallpauschalen im Bereich der Chirurgie.¹ Damit wurde die Umstellung von einer retrospektiven Finanzierung über Tagessätze auf eine prospektive Finanzierung eingeleitet. Mit der – mit Ausnahme der Psychiatrie – nunmehr flächendeckenden Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen ab dem Jahre 2004² ist das Finan-

¹ Zu den Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitssystem und dessen Folgen für die Patientenversorgung vgl. z. B. Klinke/Simon.

² Ab 2003 war bereits ein freiwilliger Umstieg möglich.

³ Im DRG-System werden alle Patienten je nach Diagnose, Schweregrad und Prozedur in bestimmte Fallgruppen eingeordnet, für die das Krankenhaus eine pauschale Vergütung erhält. Der „Preis“ einer DRG ergibt sich durch Multiplikation eines sog. Basisfallwertes mit einem Relativgewicht. Das Relativgewicht drückt das Kostenverhältnis einer DRG zu einer theoretisch definierten Basisgröße 1 aus, die den empirisch ermittelten durchschnittlichen Behandlungskosten eines Falles entspricht (vgl. Metzger 2004: 20 ff.). Die Festlegung des Basisfallwertes erfolgt nicht aufgrund von Bedarfsanalysen; der Wert spiegelt vielmehr die durchschnittlichen Fallkosten, also den Status Quo, wider. Die finanziellen Folgen der DRG-Einführung für die Krankenhäuser entfalten sich dabei erst nach und nach, weil bis 2009 eine sogenannte Konvergenzphase vorgesehen ist, im Verlauf derer die krankenhausindividuellen Basisfallwerte stufenweise an einen landesweiten Fallwert angepasst werden.

zierungs- und Abrechnungssystem der Krankenhäuser endgültig auf eine neue Grundlage gestellt worden. Die erbrachten Leistungen werden nicht mehr im Nachhinein vergütet bzw. die Aufwendungen nicht mehr nachträglich erstattet; die Vergütung für einzelne Leistungen wird vielmehr im Voraus festgelegt – unabhängig von der Verweildauer des einzelnen Patienten im Krankenhaus und den tatsächlich entstandenen Kosten.³ Die Abrechnung über Tagessätze ist also endgültig ad acta gelegt. Damit wird das gesamte Morbiditätsrisiko, auch das der Folgen von schlechter Behandlung (z. B. Komplikationen und Infektionen) weitgehend auf das Krankenhaus verlagert.

Im Vergleich zum alten System der Tagessätze werden durch die DRG stärkere Anreize für ein wirtschaftliches Verhalten gesetzt. „Gestaltet sich die Behandlung des Patienten tatsächlich aufwendiger, als durch die pauschale Vergütung gedeckt, macht das Krankenhaus bei dem betreffenden Patienten einen Verlust. Umgekehrt lässt sich ein höherer Gewinn erzielen, wenn es dem Haus gelingt, wirtschaftlicher zu arbeiten, als bei der Kalkulation der Pauschalvergütung zugrunde gelegt wurde“ (Grabbe u. a. 2005: 65). Es ist also davon auszugehen, dass die Krankenhäuser mit verschiedenen Maßnahmen versuchen werden, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu erhöhen und die Kosten zu reduzieren, etwa durch standardisierte Behandlungspfade, Verweildauerverkürzung, Personalabbau, Dequalifizierung der Beschäftigten, Vernachlässigung der ärztlichen Weiterbildung, Privatisierung von Organisationseinheiten (Outsourcing) sowie Konzentration der Standorte.⁴ Damit ist zu befürchten, dass die Interessen der Patienten und der Beschäftigten in den Krankenhäusern zunehmend hinter wirtschaftlichen Aspekten zurücktreten und negative Folgen für die Versorgung eintreten⁵, wenn nicht auf die eine oder andere Art gegengesteuert wird, etwa durch Maßnahmen zur Qualitätssicherung,

Pflegestandards, Leitlinien-Medizin oder die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie.

Analyse der Wirkungen der DRG-Einführung im Projekt „WAMP“

Um die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems zu evaluieren, hat der Gesetzgeber in § 17b Abs. 8 KHG eine Begleitforschung vorgeschrieben, die aber bislang nicht umgesetzt worden ist. Insoweit liegen bislang nur wenige Informationen darüber vor, welche Folgen die Einführung des DRG-Systems für Patienten und Beschäftigte tatsächlich hat.⁶ An dieser Stelle setzt das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) an.

In dieser Studie werden die Folgen der DRG-Einführung mit einem multidimensionalen Längsschnittansatz untersucht, der auf mehrmaligen repräsentativen standardisierten Befragungen von Ärzten, Pflegekräften und Patienten, Auswertung von Versichertendaten sowie qualitativen Fallstudien in vier Krankenhäusern aufbaut. WAMP stellt Daten bereit, die in dieser Form und in diesem Umfang bisher nicht erhoben worden sind. Entsprechend dem sozialwissenschaftlichen Ansatz des Projektes wird die Patientenversorgung im Krankenhaus als sozialer Arbeits- und Interaktionsprozess angesehen. Folgende Forschungsfragen stehen im Mittelpunkt:

- Mit welchen Anpassungsstrategien und Veränderungsprozessen reagieren die Krankenhäuser auf die DRG-Einführung?
- Wie verändern sich Arbeitsprozesse, institutionelle Settings und normativer Bezugsrahmen ärztlicher und pflegerischer Arbeit?
- Welche Wirkungen resultieren daraus für die Arbeits- und Interaktionsbeziehung zwischen Patienten und Personal?
- Wie verändern sich relevante Merkmale des Versorgungsgeschehens im Krankenhaus?

Letzte abhängige Variable ist also die Versorgungsqualität. Hierbei handelt es sich um ein Konstrukt, das sich einer direkten Beobachtung entzieht. Entsprechend gibt es unterschiedliche Ansätze, Versorgungsqualität zu operationalisieren oder in „Teilqualitäten“ zu zerlegen, wobei meist von einer Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgegangen wird. Darüber stehen drei Dimensionen der Versorgungsqualität: Die handwerklich-technische Dimension gibt darüber Auskunft, ob alle Patienten nach dem Stand der medizinischen und pflegerischen Forschung behandelt werden. Bei der ganzheitlichen oder patientenzentrierten Dimension geht es darum, ob sich die Behandlung am Menschen mit all seinen Problemen und Bedürfnissen orientiert (oder aber nur auf die Krankheit gerichtet ist). Die soziale Dimension schließlich zielt auf die Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. Diese drei Dimensionen zusammen bestimmen darüber, ob Patienten eine wirksame Behandlung erhalten und wie groß ihre (Über-)Lebenschancen sind. Neben den Dimensionen sind auch unterschiedliche Phasen in Hinblick auf die Patientenversorgung zu unterscheiden: Aufnahme ins Krankenhaus, Durchführung der Behandlung, Entlassung oder Verlegung sowie Überleitung in den ambulanten Bereich.

Um die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Lebenslage zu untersuchen, steht man darüber hinaus vor einigen methodischen Herausforderungen. Erstens ist die DRG-Einführung, wie bereits angedeutet, vorläufiger Endpunkt einer Reihe von Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitssystem und steht auch im Kontext anderer Maßnahmen (z. B. Qualitätssicherung, Katalog ambulant durchführbarer Operationen). Dies macht es schwierig, den eigenständigen Beitrag der DRG-Einführung zu messen. Zweitens ist das DRG-System kein fertiges Produkt, sondern es ist als „lernendes System“ konzipiert

⁴ Genauer gesagt werden solche und andere Sparmaßnahmen in den Krankenhäusern bereits seit Einführung der Budgetierung Mitte der 1990er Jahre praktiziert. Durch die DRG-Einführung wird aber der finanzielle Druck auf die Krankenhäuser nochmals verstärkt.

⁵ Erwartet werden z. B. zu frühe („blutige“) Entlassungen, selektive Patientenaufnahmen und Verlegungsketten, Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich, Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen sowie Einschränkungen im Bereich der psychosozialen Versorgung (vgl. z. B. Böcking 2005; Lauterbach/Lüngen 2000; Leister/Stausberg 2005; Lenk u. a. 2005; Rühmkorf 2005). Daneben gibt es aber auch positive Erwartungen an das neue System, etwa Verbesserung der Transparenz des Versorgungsgeschehens, Wegfall unnötiger (und damit belastender) Untersuchungen oder Verringerung unerwünschter Folgen langer Krankenhausliegezeiten (z. B. Infektionen, Hospitalismus).

⁶ Zu den Folgen für die Patientenversorgung vgl. den Überblick bei Böcking u. a. 2005. Zu den Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege vgl. z. B. Hausner u. a. und den Gesundheitsreport von DAK/Deutsche Angestelltenkrankenkasse und BGW/Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Grabbe u. a. 2005). Zu den Folgen für den Arbeitsalltag der Ärzte vgl. Baller/Oestreich 2005. Zu den Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation vgl. von Eiff u. a. 2005.

und wird insoweit beständig weiter entwickelt. Drittens entsteht der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser nicht sofort und nicht in voller Härte, weil bis 2009 eine Konvergenzphase⁷ vorgesehen ist. Viertens erfordert die Analyse von Veränderungen verlässliche und prozessnahe Beobachtungen bzw. Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten (Vorher-Nachher-Analyse) und bei verschiedenen Akteuren. Im Projekt WAMP sind deshalb Befragungen mit Patienten, Pflegekräften und Ärzten zu drei Zeitpunkten vorgesehen, wobei die erste Welle bereits vor bzw. im Frühstadium der Einführung der DRG stattfand, um den Status Quo ante zu messen.⁸

Versorgungschancen im DRG-System – Ausgewählte Ergebnisse von WAMP

In Hinblick auf die Lebenslage der Bevölkerung stellt sich also die Frage, ob unter DRG-Bedingungen alle Bevölkerungsgruppen die medizinisch notwendigen Dienstleistungen im Krankenhaus erhalten und die Strukturen und Prozesse so gestaltet sind, dass sie einer schnellen Genesung förderlich sind und möglichst wenige „Risiken und Nebenwirkungen“ haben. Da es sich um ein laufendes Projekt handelt und die zweiten Befragungswellen noch nicht vollständig ausgewertet bzw. noch nicht durchgeführt worden sind, können wir die Frage, welche Veränderungen der Versorgung im Krankenhaus durch die DRG im Vergleich zum Status Quo ante eingetreten sind, zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschließend beantworten.⁹ Wir können aber ansatzweise auch Ergebnisse der ersten Befragungswelle heranziehen, da, wie oben erwähnt, einige Krankenhäuser auf freiwilliger Basis bereits 2003 auf DRG umgestellt hatten und in den chirurgischen Fächern bereits seit längerer Zeit nach Fallpauschalen abgerechnet wird. Außerdem liegen Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews vor, die Ende 2004/Anfang 2005 mit Ärzten, Pflegekräften und Verwaltungsmitarbeitern in vier Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und Trägerschaft durchgeführt wurden. Mit diesen Einschränkungen wer-

den im Folgenden einige ausgewählte Ergebnisse aus dem Projekt WAMP vorgestellt.

Bei den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Patientenversorgung können direkte und indirekte Effekte unterschieden werden. Einerseits gibt es bestimmte (Abrechnungs-)Regelungen im DRG-System, die die Behandlung der Patienten unmittelbar betreffen. Beispiele hierfür sind Vorschriften über Verlegungen, Anreize zur Fragmentierung von Behandlungen sowie die untere und obere Grenzverweildauer. Andererseits verstärkt die DRG-Einführung den (seit Jahren bestehenden) Druck auf die Krankenhäuser, Kosten zu sparen, etwa im Bereich Personal, und wirkt sich auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in den Krankenhäusern aus.

Personalabbau und Zunahme bürokratischer Tätigkeiten

Der Pflegebereich ist in allen von uns untersuchten Krankenhäusern besonders stark von Personalabbau und Arbeitsintensivierung betroffen, was nach übereinstimmender Meinung der Befragten durch die DRG-Einführung verstärkt wird. Darüber hinaus berichten die von uns befragten Ärzte, in geringerem Umfang auch die Pflegekräfte, dass administrative Tätigkeiten durch die DRG zugenommen haben. Beide Entwicklungen wirken sich nicht nur auf die Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten aus, sondern können auch zu Lasten der Versorgungsqualität gehen. Wenngleich die Anzeichen für „gefährliche Pflege“ bislang eher gering sind, ist es nicht ausgeschlossen, dass durch Überlastung oder auch Kommunikationsdefizite Fehler bei der Versorgung der Patienten geschehen, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten bewirken oder die Genesung behindern können.

Erschwerung von Verlegungen

Eine direkte Folge des neuen Abrechnungssystems ist, dass Verlegungen erschwert werden. In einem von

uns untersuchten Krankenhaus betrifft dies vor allem Frühgeborene, die vor Einführung der DRG häufig nach einiger Zeit in die Nähe ihres Heimortes, also näher zu den Eltern, verlegt wurden. Eine solche Verlegung ist heute ohne finanzielle Verluste nicht mehr möglich und wird deshalb auch nicht praktiziert:

„Die einzige Veränderung, die wir ganz klar haben, ist, dass wir die Kinder nicht mehr verlegen dürfen. Sie dürfen nicht mehr in die peripheren Häuser verlegt werden, weil dann müssten sie ja zwei Fälle bezahlen, das machen die Kassen nicht. Und da wir das höherwertige Haus sind und das andere Haus aber halt ja nicht auf dem Level arbeitet, und wir sagen meinetwegen, aus familiären Gründen, die Eltern wollen nicht fahren oder können nicht fahren, wir verlegen die Kinder meinetwegen nach [Ort], da sagt die Kasse in den allermeisten Fällen nein. Und wir natürlich, weil wir ja auch das Geld haben wollen, auch. Die Eltern können ins [Name-]-Haus ziehen, können hier bei ihren Kindern bleiben. Und die bleiben dann halt bis zur Entlassung hier, und das war früher nicht der Fall, die sind verlegt worden.“ (Oberarzt, E110, 54)

Diese Praxis kann zwar unter medizinischen Gesichtspunkten sinnvoll sein, weil die Kinder im Krankenhaus der Maximalversorgung weiterhin optimale medizinische Versorgung erhalten. Für die betroffenen Eltern bedeutet es jedoch zumindest einen Mehraufwand an Zeit und ggf. Übernachtungskosten, was wiederum dazu führen kann, dass sie ihr neugeborenes Kind seltener sehen und keine emotionale Bindung zum Kind aufbauen können.

Fragmentierung von Behandlungen

Aus der Systematik der Fallpauschalen resultiert auch ein Trend zur Fragmentierung von Behandlungen. Denn es besteht ein finanzieller Anreiz, aus einem längeren Aufenthalt mehrere kurze zu machen, z. B. Patienten nach Durchführung diagnostischer Maßnahmen für die Operation erneut einzubestellen, weil dann zwei

⁷ Vgl. Fußnote 3.

⁸ Die erste Welle ging 2003 ins Feld, d. h. zu einem Zeitpunkt als einige Krankenhäuser das DRG-System auf freiwilliger Basis eingeführt hatten (zu den Ergebnissen vgl. Braun/Müller 2003; Braun u. a. 2004; Klinke/Kühn 2006). Die zweite Welle der Patienten- und Ärztebefragung fand Ende 2005 statt; die zweite Pflegekräftebefragung ist für Mai 2006 geplant. Die dritte und letzte standardisierte Befragungswelle soll kurz vor Ende der Konvergenzphase durchgeführt werden.

⁹ Es gibt allerdings auch keine anderen Studien, in denen die Folgen der DRG-Einführung mit einem ebenso breiten Ansatz wie im Projekt WAMP untersucht werden.

¹⁰ Allerdings muss hier ein gewisser zeitlicher Abstand eingehalten werden, sonst greifen die Regeln über die Fallzusammenführung (vgl. Metzger 2004: 42 ff.).

Fälle abgerechnet werden können.¹⁰ Auch ist es für das Krankenhaus finanziell ungünstig, mehrere Erkrankungen eines Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes zu behandeln, was zu Entlassungen und Wiederaufnahmen führt:

„Und dann ist es wirtschaftlich gesehen, man entlässt den Patienten wieder und nimmt ihn dann wieder auf und macht dann das nächste. Wenn man das nicht tut, verschenkt man Geld. Geld, das letztlich leider erforderlich ist, dafür sind wir inzwischen zu knapp mit unseren Budgets, dass wir uns da irgendwelchen Luxus erlauben können. Das ist nicht möglich. Und das ist für mich schon ziemlich schizophren.“ (Assistenzarzt, E104, 79).

In vielen Krankenhäusern werden die genannten Strategien allerdings noch nicht mit letzter Konsequenz durchgezogen, zumindest nicht bei allen Patientengruppen. Dies verweist darauf, dass es zur Zeit noch Spielräume bei der Umsetzung der DRG-Regeln gibt (vgl. Buhr/Klinke 2006).

Verweildauerverkürzung und Schnittstellenproblematik

Die Verweildauer im Krankenhaus ist seit Jahren, also schon vor Einführung der DRG, rückläufig.¹¹ Diese Entwicklung ist nicht per se negativ zu bewerten, denn kürzere Liegezeiten werden z. B. auch durch den medizinischen Fortschritt möglich und decken sich häufig mit den Patientenwünschen. Problematisch wird es dann, wenn Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen zu früh stattfinden, also Patienten zu einem Zeitpunkt entlassen werden, zu dem sie eigentlich noch nicht entlassungsfähig sind.

Im neuen pauschalierten Abrechnungssystem wird für jede DRG eine untere und obere Grenzverweildauer festgelegt. Wird die untere Verweildauer unterschritten, wird ein Abschlag fällig, da davon ausgegangen wird, dass die definierte Leistung nicht voll erbracht wurde (vgl. Metzger 2004: 40). Da die Krankenhäuser

somit finanzielle Nachteile bei Unterschreiten der unteren Verweildauer erleiden, werden die behandelnden Ärzte, so die Ergebnisse unserer qualitativen Interviews, von Seiten der Krankenhausleitungen und der Chefärzte angehalten, diese in jedem Fall zu beachten. Insofern dient die untere Grenzverweildauer als eine Art Puffer gegen zu frühe Entlassungen. Auf der anderen Seite wird die soziale Situation des Patienten bei der Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt durchaus berücksichtigt und es gibt zur Zeit noch Spielräume, Patienten über die obere Grenzverweildauer hinaus da zu behalten. Dies muss aber gegenüber den Krankenkassen gut begründet werden.

Auch wenn es nach unseren Ergebnissen bislang nicht zu den befürchteten „blutigen“ Entlassungen gekommen ist¹², werden die Patienten doch zu einem Zeitpunkt entlassen, zu dem der Genesungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, so dass sie häufig noch auf nachstationäre Leistungen angewiesen sind. Unter DRG-Bedingungen kommt deshalb einem nahtlosen Übergang in den ambulanten Bereich eine zunehmend wichtige Funktion zu. In der Praxis gibt es hier jedoch noch erheblichen Verbesserungsbedarf: Fast die Hälfte der Pflegekräfte gab bei unserer Befragung 2003 an, dass in ihrem Krankenhaus kein Entlassungs- und Überleitungsmanagement existiert oder dass dieses nicht funktioniert. Auch die erste Ärztebefragung, die 2004 stattfand, ergab, dass nur etwa die Hälfte der Patienten mit einer koordinierten Weiterbehandlung im nachstationären Bereich rechnen kann. Nach den Ergebnissen der ersten Patientenbefragung verlief die Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, z. B. die Aufklärung über Warnsignale, die zu beachten sind, nicht immer optimal. Ein großer Teil der Befragten hatte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Bedarf für nachstationäre

Behandlungen oder Unterstützungen: Über 80% benötigten Hilfe des Haus- oder Facharztes, 36% Pflege durch Angehörige, 35% Physiotherapie, 31% Kuraufenthalt/Rehabilitation, 25% Krankenhaus-Übergangspflege, 13% Haushaltshilfe, 11% Pflegedienst, 9% Kurzzeitpflege und 8% Pflegeheim. Zwischen 2% (Haus-/Facharzt) und 14% (Kuraufenthalt/Rehabilitation) hatten Schwierigkeiten, die notwendigen Hilfen auch zu erhalten. Darüber hinaus sagten etwa 20% der Befragten, dass der Hausarzt Therapiemaßnahmen des Krankenhauses nicht oder nur unter Schwierigkeiten weitergeführt hat.¹³ Erste Auswertungen der zweiten Welle der Patientenbefragung deuten an, dass sich diese Befunde nicht wesentlich verändert haben.

Fazit

Veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen erfordern Wirkungsanalysen im stationären und ambulanten Sektor und an den Schnittstellen beider Bereiche. Ein Projekt, in dem die Folgen einer weitreichenden Reform – Einführung der DRG – für die Lebenslage der Bevölkerung umfassend im Längsschnitt untersucht werden, ist das gemeinsam von ZeS und WZB durchgeführte Projekt „WAMP“. Erste Ergebnisse des Projektes geben Hinweise auf problematische Entwicklungen, z. B. Verlust der Ganzheitlichkeit der Versorgung durch Fragmentierung von Behandlungen oder Schwierigkeiten beim Übergang zwischen stationärem und ambulatem Bereich. Da wir es mit einem relativ jungen und dazu „lernenden System“ zu tun haben, sind die Folgen der DRG-Einführung für die (Über-) Lebenschancen allerdings noch nicht abschließend zu beurteilen.

¹¹ Lag die durchschnittliche Verweildauer Anfang der 1990er Jahre noch bei 14 Tagen, ging sie bis 2002 auf 9,2 Tage zurück. Nach Einführung der DRG ist ein weiterer Rückgang auf 8,9 Tage 2003 und 8,7 Tage 2004 zu beobachten. Um festzustellen, ob die DRG-Einführung einen Einfluss auf die Verweildauer hat, sind jedoch noch weitere, diagnosebezogene Analysen notwendig.

¹² Ein hartes Indiz dafür, dass Entlassungen unter DRG-Bedingungen zu früh erfolgen, wäre eine Zunahme von Patienten, die kurz nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erneut aufgenommen werden müssen, etwa weil Komplikationen auftreten (Rehospitalisierung). Die Betrachtung von solchen Versorgungsverläufen ist mit Hilfe von Routinedaten der GEK möglich: Danach stieg die Rehospitalisierungsrate in ein Akutkrankenhaus parallel zum Rückgang der Verweildauer zwischen 1995 und 2002 an. Auch hier bleibt abzuwarten, ob durch die DRG-Einführung ein weiterer Anstieg zu verzeichnen ist.

¹³ Auch in den qualitativen Interviews gibt es vereinzelt Hinweise darauf, dass die Kontinuität der im Krankenhaus begonnenen Behandlung nicht gewährleistet ist, weil niedergelassene Ärzte Änderungen der Therapie vornehmen.

Literatur

- Baller, Sascha; Oestreich, Kerstin, 2005: „Krankenhäuser: DRG-System prägt den Arbeitsalltag“, *Deutsches Ärzteblatt* 102: A-3006/B-2539/ C-2389.
- Böcking, Wolfgang; Ahrens, Ulrich; Kirch, Wilhelm; Milakovic, Mishael, 2005: „First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries“, *Public Health* 13: 128-137.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2003: *Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Bd. 26. St. Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas, 2004: *Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 32. St. Augustin: Asgard.
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian 2006: *Folgen der DRG-Einführung für die Patientenversorgung im Krankenhaus. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern*. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik (als ZeS-Arbeitspapier eingereicht).
- Bundesregierung, 2005: *Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.
- Grabbe, Yvonne; Nolting, Hans-Dieter; Loos, Stefan, 2005: *DAK-BGW-Gesundheitsreport 2005 – stationäre Pflege*. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.
- Hausner, Elke; Juchems, Stefan; Richter, Inga; Schulze Geiping, Annika; Simon, Mario; Voß, Karin; Wiedemann, Regina; Donath, Elke; Bartholomeyczik, Sabine, 2005: „Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRG“, *Pflege & Gesellschaft* 10: 125-130.
- Klinke, Sebastian, 2005: *Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischem Wandel im Gesundheitswesen. Auswirkungen der gesundheitlichen Reformgesetzgebung auf Perception und Verhalten von Chefarzten im Bundesland Bremen*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Klinke, Sebastian; Kühn, Hagen, 2006: *Krankenhaus, Geld und ärztliche Arbeit. Eine sozialwissenschaftliche Studie zur finanziellen Steuerung der Krankenhäuser*. Berlin: Edition Sigma (i. E.).
- Lauterbach, Karl W.; Lüngen, Markus, 2000: *DRG-Fallpauschalen: eine Einführung*. Stuttgart/ New York: Schattauer.
- Leister, Jan Eric; Stausberg, Jürgen, 2005: „Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality“, *Health Policy* 74: 46-55.
- Lenk, Christian; Biller-Andorno, Nikola; Alt-Epping, Bernd; Anders, M.; Wiesemann, Claudia, 2005: „Ethik und Fallpauschalen. Welche Veränderungen in der Patientenversorgung sind zu erwarten?“, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130: 1653-1655.
- Metzger, Franz 2004: *DRGs für Einsteiger*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rühmkorf, Daniel, 2005: „Heilen im Minutentakt“, *Dr. med. Mabuse* 153: 25-27.
- Simon, Michael, 2001: *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*. Arbeitspapier P01-205. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health.
- von Eiff, Wilfried; Klemann, Ansgar; Middendorf, Conrad, 2005: *RE-DIA-Studie. Analyse der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation*. Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht, Bd. 3. Münster: LIT Verlag.

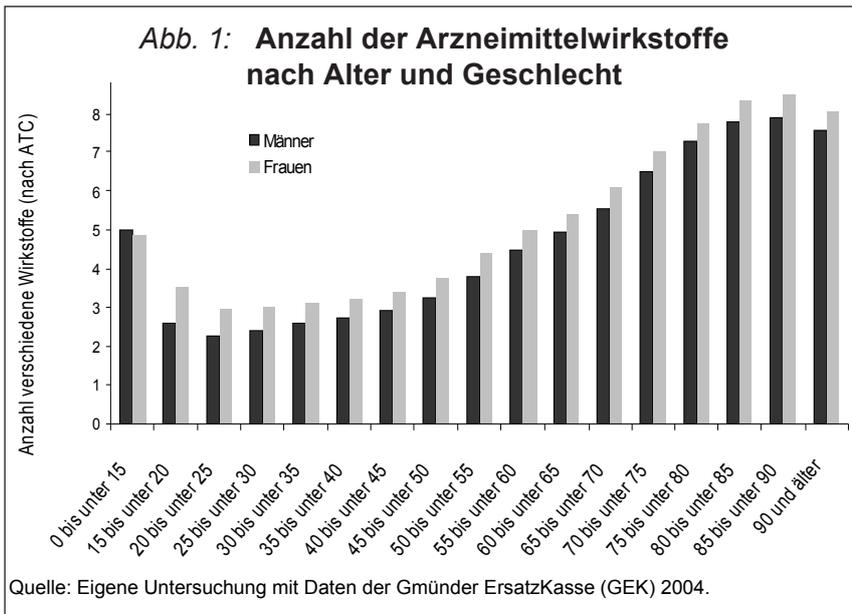
Petra Buhr
Tel.: 0421/218-4084
pbuhr@zes.uni-bremen.de

Arzneimittelversorgung von Frauen und Männern im höheren Lebensalter

Die Arzneimitteltherapie ist insbesondere eine Therapie für ältere Menschen: So wurden für die über 60jährigen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahre 2004 Arzneimittel im Umsatzwert von 54,9% des GKV-Gesamtumsatzes

Frauen haben in der Vergangenheit etwas stärker als Männer vom Zugewinn an Lebensjahren profitiert. Während die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer bei ihrer Geburt zwischen 1900 und 2001 in Deutschland von 44,8 auf 75,7 Jahre

Frauen gleichen Alters (WHO-Health Data 2004 und Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Allerdings sind die zusätzlichen Jahre oft nicht frei von Krankheit. Entsprechend hängt der Arzneimittelverbrauch von Alter und Geschlecht ab (vgl. Abb. 2).

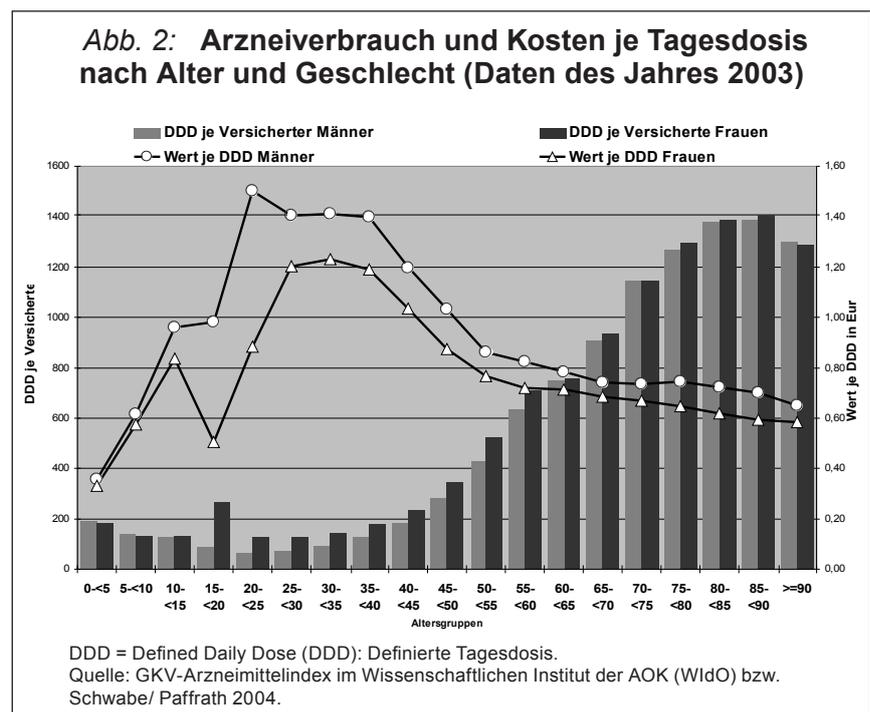


von 21,7 Mrd. Euro verordnet, obwohl auf diese Versichertengruppe lediglich ein Anteil von 26,6% aller 70,3 Mio. Menschen entfällt (vgl. Abb 1). So bekommen Versicherte im Alter von 70 bis unter 75 Jahren im Mittel 17 Arzneimittelpackungen im Wert von 697 Euro, vor allem Mittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (Nink/Schröder 2006). Ob all diese Mittel immer zum Nutzen der älteren Patientinnen und Patienten eingesetzt werden, darf unter Verträglichkeitsaspekten bezweifelt werden; schließlich können viele Wirkstoffe nebeneinander eingenommen auch zu oftmals schwer überschaubaren Wechselwirkungen der Wirkstoffe untereinander führen. Oftmals kann man sich daher nur wundern, wenn ältere Patientinnen und Patienten gleichzeitig sechs und mehr verschiedene Medikamente einnehmen. Dabei zeigen viele Studien, wie häufig Wechselwirkungen insbesondere bei älteren Menschen zu stationären Behandlungen führen; es wird geschätzt, dass 10 – 15% aller Einweisungen in geriatrische Abteilungen oder Krankenhäuser durch Wechselwirkungen oder unerwünschte Wirkungen bedingt sind (Grandt u. a. 2005).

zunahm, stieg sie für Frauen von 48,3 auf 81,6 Jahre. In den höheren Altersklassen überwiegt die Zahl der Frauen die der Männer. So kamen zum Beispiel im Jahr 2002 auf einen 80jährigen Mann statistisch gesehen 2,22

Die am häufigsten angewendeten Arzneimittel weisen im übrigen auf die wichtigsten Krankheitsbereiche bei älteren Menschen hin (s. Abb. 3): Dabei handelt es sich vor allem um Arzneimittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. An dritter Stelle folgen dann Mittel zur Behandlung von vor allem onkologischen Erkrankungen vor den Mitteln zur Behandlung von Erkrankungen des Respirationstraktes (v.a. Asthma und COPD) sowie Arzneimittel aus der Indikationsgruppe der Urologika (z.B. Prostatamittel) und der Sexualhormone (z.B. Mittel in den Wechseljahren).

Die vergleichsweise auffällige Häufigkeit und Menge der Arzneimittelverordnungen im Alter lässt auch die Frage nach der Notwendigkeit dieser Behandlungen aufkommen und damit nach der Frage zur richtigen Versorgung, aber auch zu Unter-, Über- und Fehlversorgung. Eine solche alters- und geschlechtsspezifische Wirkungsforschung ermöglicht auch Aussagen darüber, ob



das Gesamtergebnis der Therapie lebenslagenangepasst im Sinne der Angemessenheit (appropriateness) bewertet werden kann. So muss z. B. die fortgesetzte Anwendung von abhängigkeitsinduzierenden Schlafmitteln oder die Verordnung von Antidepressiva mit negativen Auswirkungen auf das Herzreizleitungssystem oder

Altersstudie. Bei den 85-Jährigen und Älteren wurden – in höherem Maße bei Frauen als bei Männern – von den Hausärzten zu wenige Diagnosen gestellt. Gemäß der Projektärztdaten ergibt sich sowohl zwischen Alter und Multimorbidität als auch zwischen Geschlecht und Multimorbidität ein signifikanter Zusammenhang; letzterer

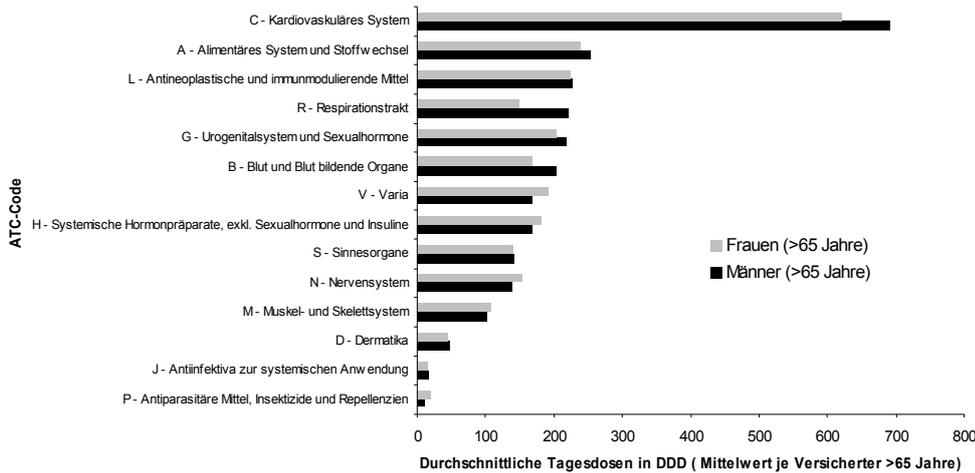
onen und einer größeren Anzahl unerwünschter Arzneimittelwirkungen als bei Männern auszugehen ist.

Frauen werden in fast allen Altersgruppen im Durchschnitt mehr Arzneimittel verordnet als Männern. Pro Arztbesuch werden zwar gleich häufig Arzneimittel verordnet, Frauen suchen jedoch öfter einen Arzt auf und nehmen Vorsorgeuntersuchungen und präventive Angebote in Anspruch. Darüber hinaus betreiben Frauen in größerem Umfang Selbstmedikation zusätzlich zur Verordnungsmedikation als Männer (vgl. auch Robert-Koch-Institut 2003).¹

Männer erhalten im Durchschnitt teurere Medikamente (vgl. Abb. 2). Über alle Altersgruppen kostet die Tagesdosis eines Mannes rund 15 % mehr als die Tagesdosis für eine Frau. Der höchste Wert von 1,50 Euro pro Defined Daily Dose/ Definierte Tagesdosis (DDD) wird bei den 20-

bis 25-jährigen Männern erreicht. Frauen bewerten darüber hinaus ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter als Männer (vgl. u.a. Robert Koch-Institut 2003). Dies wird

Abb. 3: Die meist verordneten Wirkstoffe nach der ATC-Codierung für Patientinnen und Patienten über 65 Jahre



DDD = Defined Daily Dose (DDD): Definierte Tagesdosis

Quelle: Eigene Auswertungen der Daten der Gmünder ErsatzKasse GEK 2004.

auf die Blasenentleerung bei älteren Menschen kritisch betrachtet und eher vermieden werden. Das gleiche gilt auch für blutdrucksenkende Mittel, die die Konzentration und Gangsicherheit von älteren Menschen empfindlich stören und damit zu Stürzen und schlecht heilenden Brüchen führen können. Lebenslagenorientierte Wirkungsforschung wird somit zu einer Forschung, die Auskunft über den Nutzen und die Sicherheit einer Therapie im jeweiligen biographischen Abschnitt eines Menschen gibt.

So liegen aus der Berliner Altersstudie von 1996 Daten zur körperlichen Multimorbidität und zu Umfang und Zweckmäßigkeit der verabreichten Medikation vor (vgl. Tabelle 1; Kruse/Schmitt 2002), in der Aspekte von Unter-, Über- und Fehlversorgung nebeneinander stehen. Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der 70- bis 84-Jährigen stellten Hausärzte besonders bei Männern mehr Diagnosen als die Projektärzte der

findet sich nicht auf der Grundlage der Hausärztdaten. Im Gegensatz zu den Männern sinkt bei den Frauen mit dem Alter die Multimedikation; allerdings belegen die Ergebnisse der Berliner Altersstudie, dass bei alten Frauen von einer höheren Rate von Fehlmedikati-

Tab. 1: Multimorbidität und Polypharmakotherapie nach Alter und Geschlecht (Angaben in Prozent)

	70 - 84 Jahre		85 Jahre und älter	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
≥ 5 Hausarzt Diagnosen	28,7	24,0	25,6	27,6
≥ 5 Projektarzt Diagnosen	27,1	18,6	54,3	40,9
≥ 5 Verordnungen	39,5	34,1	35,7	42,6
„Untermedikation“ ^(a)	10,9	9,3	17,1	17,8
„Übermedikation“ ^(b)	12,4	15,5	15,5	20,9
„Fehlmedikation“ ^(c)	17,8	19,4	20,9	10,9
≥ 1 Befund, der einer unerwünschten Arzneimittelwirkung entsprechen könnte	69,8	70,5	81,4	71,3

a) mindestens eine unbehandelte, prinzipiell medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren bis schweren Grades;

b) mindestens eine ärztliche Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder eindeutig nicht indiziert ist;

c) mindestens ein nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament.

Quelle: Darstellung des SVR 2005 nach Kruse/Schmitt 2002.

¹ Allerdings betreiben laut Bundes-Gesundheitssurvey mehr Männer als Frauen ausschließlich Selbstmedikation.

auf eine Reihe von geschlechtstypischen Unterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten und hinsichtlich psychosozialer Einflussfaktoren zurückgeführt (zur Übersicht siehe Hurrelmann/Kolip 2002; Maschewsky-Schneider 1997; Maschewsky-Schneider u. a. 2003).

Seit vielen Jahren werden relativ konstant Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Verteilung bestimmter Arzneimittelgruppen festgestellt. Nach Daten des GEK-Reports (Glaeske/Janhsen 2004) erhalten Frauen – bezogen auf verordnete Packungen – pro Kopf

- 5,4 mal mehr Migränemittel,
- 2,9 bis 3,5 mal mehr Schilddrüsenpräparate,
- 1,9 bis 2,9 mal mehr Neuroleptika und Antidepressiva und
- 1,6 mal mehr Schlafmittel als Männer.

Auf der anderen Seite werden Männern

- 1,8 mal mehr Lipidsenker,
- 1,5 bis 1,8 mal mehr Insuline oder orale Antidiabetika,
- 1,1 bis 1,5 mal mehr Beta-Rezeptorenblocker oder Calciumantagonisten und
- 1,8 mal mehr Thrombozytenaggregationshemmer

verordnet als Frauen.²

An dieser Verteilung ist auffällig, dass Frauen eher Mittel mit Wirkung auf die Psyche bekommen, Männer eher mit Wirkung auf körperliche Störungen, vor allem des Herz-Kreislaufsystems. Allein bei den Psychostimulantien, also den anregenden Psychopharmaka, und bei bestimmten Neuroleptika ist der Pro-Kopf-Verordnungsanteil von Psychopharmaka bei Männern höher als bei Frauen. Hier scheinen Rollenstereotype einen Einfluss auf die Verordnungen zu haben – Frauen werden eher mit psychisch bedingten Krankheiten und Belastungen assoziiert, Männer mit somatisch bedingten Erkrankungen.

Diese wenigen Beispiele der Einflüsse von Alter und Geschlecht auf die Arzneimittelversorgung zeigen, dass eine lebenslagenorientierte Wirkungsforschung Hinweise auf die Gründe für solche auffälligen Unterschiede geben kann. Bekannt ist schließlich, dass nicht nur pathophysiologisch begründbare Entscheidungen hinter solchen Unterschieden stehen, sondern dass Einflüsse von z.B. Alter, Geschlecht (sex und gender) und Schicht auf Diagnose („diagnostische“ oder biografisch bedingte Zuschreibungen) und Therapie unbestritten sind. Die Analyse solcher medizinischen Behandlungen können daher Hinweise darauf anbieten, ob mit den Therapien negative Auswirkungen auf die jeweilige Lebenslage verbunden sind, vielleicht auch verstetigt werden, oder ob mit der medizinischen Diagnostik und Therapie ein individueller und gesellschaftlicher Nutzen verbunden ist. Damit verbindet eine solche lebenslagenorientierte Wirkungsforschung Aspekte von Public Health und Sozialpolitik.

Literatur

- Glaeske Gerd; Janhsen, Katrin, 2004: *GEK-Arzneimittel-Report 2004*. St. Augustin: Asgard.
- Grandt, Daniel; Friebel, Hans; Müller-Oerlinghausen, Bruno; 2005: „Arzneimitteltherapie(un)sicherheit. Notwendige Schritte zur Verbesserung der Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie“, *Deutsches Ärzteblatt* 102: A 509 - 515.
- Hurrelmann Klaus; Kolip Petra (Hg.), 2002: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Hans Huber.
- Kruse Andreas; Schmitt Eric, 2002: „Gesundheit und Krankheit im hohen Alter“, in: Hurrelmann/Kolip (Hg.) 2002, 206-222.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike, 1997: *Frauen sind anders krank: zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland*. Weinheim: Juventa.

Maschewsky-Schneider, Ulrike; Babisch, Birgit; Ducki, Antje., 2003: „Geschlecht und Gesundheit“, in: Klaus Hurrelmann; Ulrich. Laaser (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa.

Nink, Katrin; Schröder, Helmut 2004: „Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht“, in: Schwabe/Paffrath (Hg.) 2005.

Nink, Katrin; Schröder, Helmut, 2006: „Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht“, in: Schwabe/Paffrath (Hg.), 2006, 980–992.

Knopf Hildtraut; Melchert, Hans-Ulrich, 2003: *Bundes-Gesundheits-survey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, herausgegeben vom Robert Koch-Institut Berlin. Berlin: Eigenverlag.

Schwabe Ulrich; Paffrath Dieter (Hg.), 2005: *Arzneiverordnungs-Report 2004*. Heidelberg: Springer.

Schwabe Ulrich; Paffrath Dieter (Hg.), 2006: *Arzneiverordnungs-Report 2005*. Heidelberg: Springer.

SVR-Gutachten 2005/Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität. Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln (siehe www.svr-gesundheit.de, Ziffern 758 ff.).

Gerd Glaeske

Telefon : 0421/218-4401
gglaeske@zes.uni-bremen.de

Prof. Dr. Gerd Glaeske ist Leiter der Arbeitsgruppe „Arzneimittelversorgungsforschung“ im Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

² Die Daten der GEK-Versicherten decken sich hinsichtlich Richtung und Größenordnung tendenziell mit den Auswertungen des Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) für alle GKV-Versicherten. Allerdings stuft der Arzneiverordnungsreport die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmern und oralen Antidiabetika als „gering“ ein (vgl. Nink/Schröder 2004: 1109).

Osteuropa-Tagung zur Alterssicherungspolitik

Zusammenkunft des Projekts „Transformation of Pension Systems in Central and Eastern Europe (TOP)“

am 16./17. Oktober 2005 in Bremen

Die Tagungen der aus dem früheren TOP-Projekt (Transformation of Pension Systems in Central and Eastern Europe) unter der Leitung von Prof. Dr. Winfried Schmähl, ZeS, hervorgegangen aus einer Kooperation mit Wissenschaftlern in hochrangigen Positionen aus mittel- und osteuropäischen Ländern, wurden im Oktober 2005 fortgesetzt. Mit sieben Experten aus sechs mittel- und osteuropäischen Transformationsländern (Polen, Ungarn, Tschechische Republik, Estland, Lettland und Litauen) wurden Fragen zur Entwicklung der Alterssicherungssysteme im Rahmen einer erweiterten EU diskutiert. Schwerpunkt war neben der Auseinandersetzung mit den nationalspezifischen Herausforderungen und Reformen die Behandlung der allgemeinen Entwicklungen der Reformprozesse der Alterssicherungssysteme. Weitere Themenschwerpunkte waren die vergleichende Analyse der Einflussfaktoren auf die Reformentscheidungen und die Bedeutung der europäischen Ebene für die nationale Rentenpolitik und die Rentensysteme. Die 2005 durchgeführte Tagung wurde wiederum durch die finanzielle Förderung der Thyssen-Stiftung ermöglicht.

Nach einleitenden Ausführungen durch Winfried Schmähl über sich abzeichnende Entwicklungstendenzen in der europäischen Alterssicherungspolitik wurde dazu zunächst von den Teilnehmern für jedes Land auf die Entwicklungen in den Alterssicherungssystemen eingegangen. Hierbei wurden Umsetzungsprobleme, erste Wirkungen und Effekte sowie zukünftige Herausforderungen erörtert.

So wurde in Estland beobachtet, dass im Zuge der erst 2002 umgesetzten Reformen der Alterssicherung die Teilnehmerzahl, insbesondere durch die junge Arbeitsbevölkerung weit über den Erwartungen angestiegen ist. So hatten sich 2005 bereits 55% der gesamten Erwerbsbevölkerung für die Teilnahme am kapitalfundierte finanzierten System – der ‚zweiten Säule‘ des Alterssicherungssystems – entschieden.

Im Falle Lettlands, das als erstes Land der Region radikale Reformen seines Rentensystems in Angriff nahm, hat sich die finanzielle Lage des umlagefinanzierten Systems, der ‚ersten Säule‘, mittlerweile konsolidiert. Diese ging jedoch zu Lasten der aktuellen Rentnergeneration, von denen 90% Bezüge unterhalb des Existenzminimums erhalten. Dennoch richtet sich der Fokus in Lettland auf das Funktionieren des komplizierten Anlageverfahrens der Beiträge innerhalb der kapitalfundierte zweiten Säule. Diese werden im Gegensatz zu den anderen Ländern nicht in Pensionsfonds investiert, sondern separat als eigene Investitionspläne geführt.

Polen zählt hingegen zu den ‚frühen Reformern‘ der Region. Die vergleichsweise radikale Umgestaltung des polnischen Alterssicherungssystems hat im Gegensatz zu beispielsweise Lettland nicht zu einer Verarmung der älteren Bevölkerung geführt: Die Lohnersatzrate liegt in Polen derzeit im Schnitt bei 77%, sie wird sich jedoch langfristig auf 40% innerhalb des obligatorischen Systems reduzieren. Eine sich weiter verschlechternde Lage am Arbeitsmarkt mit einer vor allem hohen Jugendarbeitslosigkeit von ca. 37% stellt ein zunehmend ernstes Problem für die Finanzierung innerhalb der ersten – umlagefinanzierten – Säule des polnischen Alters-



oben (v.l.n.r.): Prof. Dr. Maciej Zukowski (Polen), Jiri Kral (Tschechien), Prof. Dr. Winfried Schmähl, Lauri Leppik (Estland), Prof. Dr. Teodoras Medaiskis (Litauen); unten (v.l.n.r.): Prof. Dr. Stanislaw Golinowska (Polen), Inara Bite (Lettland), Prof. Dr. Andras Simonovits (Ungarn)

Als ein ‚spätes Reformland‘ gilt hingegen Litauen. Die kapitalfundierte zweite Säule des litauischen Systems wurde 2003 eingeführt. Wesentliche Ziele waren die Erhöhung der individuellen Verantwortung, die Diversifizierung der Risiken der Finanzierung und das Bestreben, die Beiträge vor dem Missbrauch durch politische Akteure zu bewahren. Eine weitere, eher kurzfristige Motivation war die Tatsache, dass die Kapitalmärkte in Litauen schneller als das Bruttoinlandsprodukt wachsen.

sicherungssystems dar. Aufgrund des anhaltenden Strukturwandels in Polen weg von einer agrarisch geprägten Ökonomie zu einer Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft wird den Trend hoher Arbeitslosigkeit auch auf mittlere Sicht eher verstärken.

In der Tschechischen Republik, dem einzigen Land innerhalb der Osteuropa-Gruppe, das keine obligatorischen kapitalfundierte Elemente in sein Alterssicherungssystem eingeführt hat, wurden in den vergangenen

Jahren lediglich kleinere Veränderungen des Rentensystems durchgeführt. Hierzu gehört die Anhebung des Renteneintrittsalters auf 62 Jahre für beide Geschlechter, was im internationalen Vergleich noch immer ein niedriges Zugangsalter darstellt. Entsprechend wird mittelfristig eine Erhöhung auf 65 Jahre erwartet. Aufgrund einer moderaten Lohnersatzrate von derzeit ca. 55% können im tschechischen Rentensystem einerseits Altersarmut weitgehend verhindert, andererseits aber die Kosten niedrig gehalten werden. Diese liegen mit ca. 7,5% des Bruttoinlandsprodukts im Vergleich auf geringem Niveau.

Ungarn gehört wie Polen zu den frühen Reformern der Alterssicherung in der Region. Im Gegensatz zu Polen waren die Veränderungen in Ungarn jedoch weniger radikal. Zudem mangelt es dem ungarischen System an Akzeptanz auf politischer Ebene mit der Folge, dass neue Regierungen wiederholt umfassende Änderungen beschlossen haben. Dies hatte jedoch keine negativen Auswirkungen auf die Akzeptanz des Systems in der Bevölkerung. Die zweite Säule des ungarischen Alterssicherungssystems erfreut sich sogar so großen Vertrauens, dass Teile der Bevölkerung in das neue System gewechselt sind, obwohl dies finanzielle Nachteile mit sich bringt. Dies macht ein weiteres Problem der Rentenreformen in vielen der Länder offensichtlich: das Informationsdefizit in der Bevölkerung. Verstärkt wird es durch teilweise sehr komplexe Regelungen und Verfahren. Ein anderes Merkmal der Reformen ist, dass in den kleinen Ländern zu meist ein Grossteil der Beiträge im Rahmen der kapitalfundierte Säulen im Ausland investiert, wo höhere Erträge zu erwarten sind als auf den vielfach noch unterentwickelten und kleinen inländischen Kapitalmärkten. Lediglich auf den relativ großen Kapitalmärkten Polens und Ungarns scheint die Investition der Rentenfonds ertragreich.

Im Anschluss wurde ein weiterer Themenschwerpunkt der Tagung behandelt. Zunächst stellte Dr. Marlene Schubert die von ihr im Rahmen ihrer Dissertation identifizierten Einflussgrößen auf die Entscheidungen über Rentenreformen in den acht Beitrittsländern zur EU aus Mittel- und Ost-

europa dar. Hierbei spielte neben der gesamtökonomischen Ausgangslage und die Anpassung der nationalen Rentensysteme an die Rahmenbedingungen die Weltbank, die in vielen Ländern Kredite zur Umgestaltung der Systeme gewährte, eine große Rolle. Weiterhin war die Frage, ob nationale Veto-Kräfte, wie z. B. starke Gewerkschaften, in die Reformprozesse integriert wurden, von Bedeutung.

Die Ergebnisse von Frau Schubert wurden anschließend kontrovers unter den Teilnehmern diskutiert. Hierbei wurde deutlich, dass die Länderexperten eine sehr spezifische Sicht der Reformprozesse und Einflussgrößen haben. Entsprechend stellte sich die Frage, ob ein einheitlicher Erklärungsansatz den vielfältigen und komplexen Entscheidungsprozessen überhaupt gerecht werden kann. Dennoch wurden von den meisten Teilnehmern bestimmte Faktoren als einflussreich identifiziert, während andere von geringerer Bedeutung waren. Die systematische Erklärung von Reformentscheidungen im Bereich der Alterssicherung in Mittel- und Osteuropa, insbesondere auch in Hinblick auf vorliegende Ansätze verschiedener Autoren, stellt ein Thema dar, das einer Kritik und Würdigung aus Länderperspektive bedarf. Daher plant die TOP-Gruppe nach ihrer Veröffentlichung „Transformation of Pension Systems in Central and Eastern Europe“¹ nun die Bearbeitung und Veröffentlichung der beschriebenen Problematik, in der kontrastierend die allgemeinen Ansätze mittels Länderstudien überprüft werden können.

Als weiterer Themenschwerpunkt wurde am zweiten Tag des Workshops die Frage des Einflusses der europäischen Ebene auf die nationalen Rentensysteme und die Rentenpolitik bearbeitet. Hierzu stellte zunächst Jörg Sommer, der zu diesem Thema zur Zeit an seiner Dissertation arbeitet, die Entwicklung des Themas „Alterssicherung auf EU-Ebene“ dar. Nachdem Alterssicherung jahrzehntelang kein Politikgegenstand der EU war, rückte sie in den vergangenen Jahren zunehmend in den Blickpunkt der Akteure auf europäischer Ebene. Die EU verfügte allerdings nicht nur über keine Instrumente der Durchsetzung bestimmter Maßnahmen im Bereich der Alterssicherung, es fehlten auch

konkrete Ziele, die anzustreben sind. Mittlerweile hat die EU jedoch einen Katalog an Indikatoren aufgestellt, mit deren Hilfe sie die nationalen Alterssicherungssysteme messbar und damit vergleichbar machen kann. Dies soll innerhalb des Prozesses der „Methode der offenen Koordinierung“, einem vergleichsweise jungen Instrument der EU zur Harmonisierung nationaler Politiken, zu einem Wettbewerb der besten Ausgestaltungen innerhalb der Alterssicherung führen. Im Zuge einer Annäherung der nationalen Systeme an die so genannten ‚best practice‘-Ansätze wird erwartet, dass die nationalen Systeme einander immer mehr gleichen. Die Vision könnte ein einheitliches europäisches Alterssicherungssystem sein, das sich aus den ‚besten‘ Bestandteilen der nationalen Systeme der Vergangenheit zusammensetzt.

Da dieser Prozess der Offenen Koordinierung im Bereich der Alterssicherung noch nicht weit fortgeschritten ist, kann über Auswirkungen auf die Rentensysteme in Osteuropa nur spekuliert werden. Gleichwohl sind eindeutige Trends, auch in den Ländern Westeuropas, erkennbar: sinkende Ansprüche innerhalb der staatlichen Systeme einhergehend mit der zunehmenden Bedeutung privater und somit kapitalfundierter finanzieller Vorsorge, eine verstärkte Eigenverantwortung des Individuums im Rahmen eines Rückzugs des Staates aus der Organisation und Verantwortung für Alterssicherung, höhere Rentenzugangsalter vor dem Hintergrund demographischer Veränderungen.

Die intensiven Diskussionen auf dieser Arbeitstagung haben abschließend zur Entwicklung eines Konzepts für die weitere Zusammenarbeit geführt. Diese soll im Rahmen von Gastaufenthalten am Zentrum für Sozialpolitik (s. auch S. 27) im Sommer dieses Jahres und voraussichtlich eines Treffens der Gesamtgruppe im Herbst die Grundlage für eine weitere gemeinsame Publikation bilden.

Marlene Schubert
 Telefon: 0421.218.4395
 m.schubert@zes.uni-bremen.de

¹ Schmähl, Winfried; Horstmann, Sabine, 2002: *Transformation of Pension Systems in Central and Eastern Europe*. Cheltenham: Edward Elgar.

Herbsttagung in Bremen: „Pflege im Umbruch“ Sektion Alter(n) und Gesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) am 18. und 19. November 2005

Die öffentliche Diskussion zur Pflege konzentriert sich vor allem auf die Frage der Finanzierung durch die Pflegeversicherung. Sie hat aber zugleich bestehende Probleme der Versorgung und Pflege Älterer sichtbar werden lassen. Dies hat sich in neuen Konzepten niedergeschlagen und beeinflusst die Debatte über eine bedarfsadäquatere Versorgung. Dabei steht die Frage nach der Lebensqualität Pflegebedürftiger sowie nach den unterschiedlichen Möglichkeiten und Ebenen ihrer Operationalisierung mehr denn je im Zentrum der Diskussion. Die Hinwendung zur ergebnisorientierten Gesundheitspolitik schlägt sich auch in der Pflege nieder und steht in einem spannungsvollen Verhältnis zu einer Orientierung an Bedarfslagen der Patienten. Modelle des Case- und Care-Managements bilden zunehmend einen weiteren wichtigen Orientierungspunkt der gegenwärtigen Versorgungslandschaft. Gleichzeitig treten solche neuen Versorgungsarrangements mit neuen Formen von sozialer Ungleichheit auf, die verstärkt zum Thema einer soziologischen Pflegeforschung werden.

Die Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) und die Sektion Alter(n) und Gesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) beabsichtigten mit der Herbsttagung einen alter(n)ssoziologischen Beitrag zur Strukturierung von Forschungsaktivitäten in den unterschiedlichen pflegebezogenen Feldern zu leisten und dafür notwendige Forschungsperspektiven und methodische Ansätze systematisch herauszuarbeiten.

Prof. Dr. Rainer Müller, ZeS, begrüßte die Teilnehmer der Herbsttagung und gab einen kurzen Überblick über die Forschungstradition zum Thema „Altern im Erwerbsleben und Übergang in den Ruhestand“, die ihre Wurzeln schon im Sonderforschungsbereich „Staruspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ (SfB 186) sowie auch schon im früheren Forschungsschwerpunkt „Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen und Sozialpolitik“ hat. Prof. Gertrud Backes, Universität Kassel, hieß als Sprecher der Sektion Alter(n) und Gesellschaft die Teilnehmer willkommen und verortete das Thema der Herbsttagung in



Wolfgang Voges im Gespräch mit Eckhard Cappell, Leiter des Referats Altenpolitik und Altenhilfe, Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg.

dem Kontext der bisherigen Tagungen der Sektion. PD Klaus Schroeter, Universität Kiel, betrachtete als stellvertretender Sprecher der Sektion in seinem einleitenden Vortrag Pflege als soziales Feld, das durch Strukturrahmen, Handlungsrahmen und Deutungsrahmen abgesteckt ist.

Im ersten Teil der Herbsttagung standen Fragen zu Pflegeverläufen und Pflegebiographien. Eckhard Cappell, Referat Altenpolitik und Altenhilfe der Freien und Hansestadt Hamburg, zeigte die Dilemmata zwischen Erhalt bzw. Verbesserung der Lebensqualität Pflegebedürftiger und angemessenen sozialpolitischen Interventionen. Die unterschiedlichen Wege in die Pflege und die sich daraus entwickelnde Mobilität von Pflegebedürftigen in den Pflegestufen verdeutlichte Lars Borchert, ZeS, anhand der Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK). Manja

Görizt und Juliane Hanisch-Bernd, FU Berlin, zeigten die Möglichkeiten und Grenzen des sozialen Austauschs insbesondere von Bewohnern der Einrichtungen stationärer Altenhilfe auf. Prof. Dr. Wolfgang Voges, ZeS, betrachtete die Einflussgrößen auf die Überlebenschancen von Personen, die den pflegebedürftigen Partner versorgen und dessen Tod zu bewältigen haben.

Der zweite Teil der Tagung befasste sich mit Pflege und Pflegepolitik im internationalen Vergleich. Miguel Montero, Spanische Botschaft, gab einen Überblick über das formelle und informelle Pflegeangebot in Spanien und dessen Qualität und Finanzierung. Roland Becker, ZeS, berichtete aus dem EuroFamCare-Projekt zur Situation pflegender Angehöriger im internationalen Vergleich und zeigte, dass unterschiedliche Begleitum-

EuroFamCare

Ziel des Projektes (Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe) ist es, einen Überblick über die Situation pflegender Angehöriger in Europa zu geben, die einen älteren Menschen zu Hause versorgen. Im Zentrum des Forschungsinteresses stehen dabei Existenz, Bekanntheit, Verfügbarkeit, Nutzung und Akzeptanz der Hilfeangebote. Die Auswertung erfolgt sowohl national wie international vergleichend mit dem Ziel, förderliche und hinderliche Bedingungen für eine gute Pflegesituation aufzuzeigen und 'Modelle guter Praxis' zu beschreiben. Aufgabe des ZeS ist es, eine sozioökonomische Evaluation vorzunehmen, bei der nicht nur die Kosten der Langzeitpflege und der unterstützenden Maßnahmen für pflegende Angehörige, sondern auch die Effektivität und Effizienz dieser Maßnahmen analysiert werden.

stände familialer Pflege zumeist belastenden und selten entlastenden Charakter haben.¹ PD Dr. Ingo Bode, Universität Duisburg-Essen/Universität Kent, verglich Design, Implikationen und mögliche Spannungen der Netzwerksteuerung in der Altenpflege in drei unterschiedlichen Gesundheitssystemen. PD Dr. Hans-Joachim von Kondratowitz, Deutsches Zentrum für Altersfragen/Berlin, berichtete über nationale und internationale demografische Entwicklungslinien und zeigte auf, wie sich daraus transnationale Migrationsprozesse sowie irreguläre

Abschließend fanden noch eine Mitgliederversammlung sowie eine Vorstandssitzung der Sektion Alter(n) und Gesellschaft der DGS statt.

Insgesamt hat die Herbsttagung für die 14 Referentinnen und Referenten und die insgesamt 40 Teilnehmer/innen zu einem gelungenen Erfahrungsaustausch geführt. Die Referentinnen und Referenten konnten von dem sehr qualifizierten Auditorium eine Menge lernen – wie auch umgekehrt. Trotz der zeitlichen Länge des Workshops verliefen die Diskussionen an beiden Veranstaltungstagen bis



Prof. Dr. Harald Künemund, Universität Vechta, Prof. Dr. Gertrud Backes, Universität Kassel, Sprecherin der Sektion Alter(n) und Gesellschaft der DGS und Prof. Dr. Eckhard Hansen, Universität Kassel (von l. nach r.)

Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege entwickeln. Abschließend verdeutlichten Prof. Dr. Birgit Pfau-Effinger und Melanie Eichler, beide Universität Hamburg, wie sich durch die Pflegeversicherung die Bedingungen in den privaten Pflege-Arrangements verändern und neue semi-formelle Formen der Pflegearbeit entstehen. Die abschließende Diskussion zeigte, dass es mit der Herbsttagung gelungen ist, wesentliche Forschungsstränge und -perspektiven sowie neue methodische Ansätze alter(n)ssoziologischer Pflegeforschung aufzuzeigen.

zum letzten Vortrag sehr angeregt. Die Abschlussdiskussion zeigte, dass es gelungen ist, einen Austausch über Forschung zur Pflege und Pflegepolitik sowie zur Sensibilisierung für mögliche alter(n)ssoziologische Fragestellungen anzuregen.

Kontakt

Wolfgang Voges

Telefon: 0421/218-4367
 wvoges@zes.uni-bremen.de

¹ Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe (siehe Kasten links: EuroFamCare) ist ein von der EU-Kommission im 5. Rahmenprogramm gefördertes Projekt, das unter der Leitung von Heinz Rothgang in Kooperation mit Forschern aus 6 Ländern (Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden und Großbritannien) durchgeführt wird.

Internationale Workshops des Sfb 597 „Staatlichkeit im Wandel“ (Sonderforschungsbereich 597) in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Sozialpolitik im November und Dezember 2005 in Bremen

Reconsidering Legitimacy: Empirical and Theoretical Explorations of a Contested Concept

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Sozialpolitik veranstaltete der Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) am 25./26. November 2005 einen internationalen Workshop zur Legitimationsforschung. In drei Panels wurden insbesondere die Herausforderungen diskutiert, die Prozesse der Globalisierung und Internationalisierung für die Legitimität von politischer Herrschaft in der nationalstaatlichen und internationalen Politik bedeuten. Zu Fragen der theoretischen Konzeptualisierung von Legitimität referierten Prof. Rodney Barker (London School of Economics), Prof. George Klosko (University of Virginia, Charlottesville) und Dr. Shane Mulligan (University of Victoria). Anschließend diskutierten

Prof. Heidrun Abromeit und Dr. Michael Stoiber (Technische Universität Darmstadt), Prof. Bettina Westle (Universität Erlangen) sowie Dr. Steffen Schneider und Dr. Achim Hurrelmann (Universität Bremen) unterschiedliche Herangehensweisen an die empirische Legitimationsforschung. Im letzten Panel rückten Prof. Ian Clark (University of Wales, Aberystwyth), Dr. Jens Steffek sowie Dipl.-Pol. Klaus Dingwerth (beide Universität Bremen) Fragen der Legitimität internationaler Politik in den Mittelpunkt.

Ein auf der Tagung aufbauender, um weitere Beiträge ergänzter Sammelband mit dem Arbeitstitel *Legitimacy in an Age of Global Politics* (herausgegeben von Achim Hurrelmann, Steffen Schneider und Jens Steffek) ist in Vorbereitung.



Kontakt

Achim Hurrelmann
Telefon: 0421/218-4384
a.hurrelmann@zes.uni-bremen.de

Governance of Welfare State Reform. A Cross National and Cross Sectoral Comparison of Health, Pension, Labour Market and Educational Policies

Am 16./17. Dezember 2005 veranstalteten das Zentrum für Sozialpolitik und der Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) einen internationalen Workshop zum Thema „Governance of Welfare State Reform. A Cross National and Cross Sectoral Comparison of Health, Pension, Labour Market and Educational Policies“.

Zahlreiche Referenten aus Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik analysierten sozialpolitische Reformprozesse und Ergebnisse in den Politikfeldern Gesundheit, Rente, Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik. Dabei konnte die von den Veranstaltern Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dr. Irene Dingeldey zur Diskussion gestellte These eines Wandels von Governance im Rahmen wohlfahrtsstaatlicher Reformen für verschiedene Politikfelder wie auch für unterschiedliche Wohlfahrtsstaatstypen bestätigt werden. Die verschiedenen verglei-

chenden Beiträge zeigten einerseits vielfältige und detaillierte Veränderungen von Politikgehalten und regulativen Strukturen (policy und polity) sowie andererseits von Politikprozessen (politics). Fragen wie „Können ähnliche Veränderungen in den verschiedenen Politikfeldern beobachtet werden? Wie beeinflussen verschiedene Institutionen und Machtkonstellationen das Entstehen neuer Formen des policy-making in verschiedenen Wohlfahrtsstaaten? Nehmen Konvergenzen oder Divergenzen zwischen den verschiedenen Wohlfahrtsstaatstypen zu?“ wurden äußerst lebhaft und kompetent diskutiert.

Eine Dokumentation der Ergebnisse des Workshops ist im Rahmen eines gleichnamigen Herausgeberbandes geplant.

Kontakt

Irene Dingeldey
Telefon: 0421/218-9557
i.dingeldey@zes.uni-bremen.de

Postdemokratie

Gemeinsame Tagung der Sektionen „Politische Theorien und Ideengeschichte“ und „Staatslehre und politische Verwaltung“ der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaft (DVPW) in Verbindung mit dem Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) vom 23. bis 25. Februar 2006 an der Universität Bremen

„Postdemokratie“ ist ein jüngst in die demokratiethoretische Diskussion eingeführter Begriff. Die von Prof. Dr. Hubertus Buchstein, Universität Greifswald, (für die Sektion „Politische Theorien und Ideengeschichte“) und Frank Nullmeier, ZeS, (für die Sektion „Staatslehre und politische Verwaltung“) in Zusammenarbeit mit dem Bremer Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) organisierte Tagung suchte die Fruchtbarkeit dieser Begriffseinführung für die politische Theorie, die vergleichende Demokratieforschung und die demokratische Debatte zu klären.

Die Tagung konzentrierte sich zunächst auf die Frage, ob „Postdemokratie“ ein geeigneter Begriff sei, neuere Entwicklungen in entwickelten

OECD-Demokratien zu kennzeichnen. In einer Reihe von Beiträgen wurden anschließend einerseits die Potenziale anderer Theorie- und Forschungsstränge zur Postdemokratie-Literatur in Beziehung gesetzt, andererseits wurde aus ideengeschichtlicher Perspektive ein Blick auf die aktuelle Postdemokratie-Diskussion geworfen.

Die Intensität der Debatten auf der Tagung und die hohe Teilnehmerzahl von 85 Personen zeigten, dass das Anregungspotenzial der Postdemokratie-Literatur für eine vertiefte Reflexion der gegenwärtigen Lage etablierter Demokratien als recht hoch einzuschätzen ist. Es zeigte sich jedoch ebenfalls, dass mit dem Begriff „Postdemokratie“ und den bisher eingebrachten Theoriewerkzeugen die entscheidenden Fragen noch nicht zu lösen sind. Durch die Ergebnisse der Tagung wurde somit gleichzeitig die Suche nach besser geeigneten Begriffen, genaueren Problemdiagnosen und klareren normativen Bezugspunkten für eine aktuelle Demokratiethorie eröffnet.



D **V**
P **W**

Kontakt

Tanja Pritzlaff
Telefon: 0421/218-4064
T.Pritzlaff@zes.uni-bremen.de

Discourse, Democracy, Hegemony: Résumé and Future Prospects of the Political Theory of Ernesto Laclau and Chantal Mouffe

Tagung des Zentrums für Sozialpolitik und des Instituts für Politikwissenschaft am 09./10. Dezember 2005 in Bremen

Am 9./10. Dezember 2006 fand am Zentrum für Sozialpolitik die Tagung „Discourse, Democracy, Hegemony: Résumé and Future Prospects of the Political Theory of Ernesto Laclau and Chantal Mouffe“ statt, in deren Zentrum die Entwicklung der Diskurs- und Hegemonietheorie von Ernesto Laclau und Chantal Mouffe 20 Jahre nach dem Erscheinen ihres Hauptwerkes *Hegemony and Socialist Strategy* stand. Neben Laclau und Mouffe selbst nahmen an der interdisziplinären Tagung vor allem Forscher/innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz teil, so dass im Ergebnis neben einem kritischen

Resümee der theoretischen Entwicklungslinien in der Vergangenheit auch ein Überblick über die gegenwärtigen empirischen Anschlussmöglichkeiten, wie sie im deutschsprachigen Raum erörtert werden, gewonnen werden konnte.

Aus den Beiträgen der Tagung, die von Martin Nonhoff organisiert wurde, wird im Jahr 2007 ein Sammelband zur deutschsprachigen Rezeption von Laclau/Mouffe erscheinen.

Kontakt

Martin Nonhoff
Telefon: 0421/218-9250
m.nonhoff@zes.uni-bremen.de

Neue Projekte und Arbeitsvorhaben

„Reconciling Work and Welfare“ – ein neues EU Exzellenznetzwerk

Die EU-Kommission hat jüngst im 6. Rahmenprogramm ein neues „Network of Excellence“ (NOE) bewilligt, an dem mehrere Forschende des Zentrums für Sozialpolitik beteiligt sind. Das Netzwerk mit dem viel versprechenden Titel „RECOWE – Reconciling Work and Welfare“ will die normalerweise eher getrennten Forschungsstränge der Arbeitsmarkt- und Wohlfahrtsstaatsforschung zusammenführen. Dem NOE gehören renommierte Forscher und Forscherinnen aus 27 Forschungseinrichtungen aus den meisten ‚alten‘ und ‚neuen‘ EU-Mitgliedsstaaten an. Die Koordination liegt bei Denis Bouget, Maison de Sciences de l’Homme, Nantes (Frankreich).

Das NOE zielt sowohl auf die Integration und Verknüpfung bestehender Forschung als auch auf neue gemein-

same Forschungsinitiativen sowie Nachwuchsförderung, z.B. in Summer Schools. Vier thematische Themenkreise strukturieren das Netzwerk entlang relevanter Spannungsfelder: 1. Flexibilität und Sicherheit, 2. Familie und Arbeit, 3. Qualität von Erwerbsarbeit, 4. Organisation von Sozialstaatsregimen.

Aus dem Zentrum für Sozialpolitik sind beteiligt: Karin Gottschall, Sigrid Betzelt, Irene Dingeldey (Abt. Geschlechterpolitik) und Petra Buhr (Abt. Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin), die eine gemeinsame neue Forschungsinitiative im zweiten Themenfeld (Familie und Arbeit) anstreben, sowie Karl Hinrichs (Abt. Theorie und Verfassung), der besonders am ersten und vierten Themenfeld interessiert ist. Involviert sind darüber hinaus Prof. Johannes Huinink aus dem Institut für Empirische und Angewandte Soziologie (EMPAS), der sich am Aufbau eines Datenpools im zwei-

ten Themenfeld beteiligen wird sowie Doktoranden der Graduate School of Social Sciences (GSSS).

Das NOE ermöglicht Kooperationen unterschiedlicher Intensität und Breite, die noch mit Aktivität und Leben zu füllen sind. In welchem Umfang dafür auch die notwendigen Gelder bereit stehen werden, muss sich in den noch laufenden Verhandlungen mit der EU-Kommission erst erweisen. Fest steht allerdings, dass bei gelungenem Vertragsabschluss ein Budget für vielfältige Vernetzungsaktivitäten wie Konferenzen, Seminare etc. zur Verfügung steht, für größere empirische Projekte allerdings weitere Gelder akquiriert werden müssen.

Kontakt

Sigrid Betzelt
Telefon: 0421/ 218-4357
sbzelt@zes.uni-bremen.de

Soziale Selbstverwaltung im internationalen Vergleich

Die soziale Selbstverwaltung ist ein konstitutives Merkmal des demokratisch verfassten Sozialstaats der Bundesrepublik Deutschland – sie ist aber keineswegs unumstritten. Im Rhythmus der Sozialwahlen wird sowohl in der massenmedialen Öffentlichkeit als auch in wissenschaftlichen Fachkreisen Kritik an diesem Verwaltungstypus laut. Dies war auch bei der 10. Sozialwahl in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, die im Frühjahr 2005 mit einer Wahlbeteiligung auf historischem Tiefstand stattfand, zu beobachten. Der Kritik an Intransparenz und Bedeutungslosigkeit der sozialen Selbstverwaltung, an Verbandsdominanz und Ineffektivität steht in der Öffentlichkeit die allgemeine Wertschätzung des Prinzips partizipativer Verwaltung gegenüber. Die Debatte über die Zukunftsfähigkeit der sozialen Selbstverwaltung wird bei allen Beteiligten jedoch ohne einen Blick auf die Gestaltung von Selbst-

verwaltungseinrichtungen in anderen Ländern geführt. Weder in der Rechtswissenschaft noch in der Politikwissenschaft findet sich ein mehrere Länder umfassender Vergleich der Organisationsentwicklung und -reform sozialer Selbstverwaltung.

Deshalb will das Projekt erstmalig den Versuch eines systematischen Vergleichs der Entwicklungen der sozialen Selbstverwaltung in den Ländern der Europäischen Union in den drei Sicherheitsbereichen Alter, Krankheit und Arbeitslosigkeit unternehmen. Neben der Bundesrepublik Deutschland werden neun europäische Länder mit Selbstverwaltungseinrichtungen in die Untersuchung einbezogen (Frankreich, Belgien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Italien, Spanien, Tschechische Republik und Ungarn). Durch den Vergleich der Organisationsansätze, -reformen und -reformdiskussionen seit 1990 soll der Debatte über die Zukunft ein wissenschaftliches Fundament geliefert werden und zudem die weitgehende Vernachlässigung der Organisationsdimension in der international verglei-

chenden Wohlfahrtsstaatsforschung überwunden werden.

Der Projektantrag wurde Anfang Februar von der Fritz Thyssen Stiftung bewilligt. Die Förderung umfasst neben Sachmitteln auch die Finanzierung von zwei halben Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter/innen. Insgesamt wurden Mittel in Höhe von ca. 125.000 Euro bewilligt. Das Projekt wird von Frank Nullmeier geleitet.

Kontakt

Frank Nullmeier
Telefon: 0421/218-4051
Frank.nullmeier@zes.uni-bremen.de

Tanja Klenk
Telefon: 0421/218-4370
tklenk@zes.uni-bremen.de

Neue Mitarbeiter/innen

Seit Oktober 2005 arbeiten Dipl.-Ök. Uta Pralle-Häusser und Dipl.-Soz. Marco Härpfer in der Wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des ZeS. Beide befassen sich mit der Analyse ökonomischer Wirkungen sozialer Sicherungssysteme.

Seit Januar 2006 arbeiten Dipl.-Pol. Anne Cordelia Weihe und Dr. Tilo Felgenhauer in dem von der DFG geförderten Projekt „Wie wird politische Verbindlichkeit hergestellt? Mikroanalyse der Erzeugung von Verbindlichkeit“. Das Projekt wird unter der Leitung von Frank Nullmeier in der Abteilung „Theorie und Verfassung des Wohlfahrtsstaates“ durchgeführt (s. auch Seite 23).

Ebenfalls seit Januar 2006 arbeiten Matthias Pfannkuche und Julian Scheltdorf, beide Apotheker, im ZeS. Herr Pfannkuche ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in dem Projekt „TK-Arzneimittel Bulletin“, Herr Scheltdorf im BKK-Arzneimittelprojekt. Beide Projekte werden in der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“, Arbeitsgruppe Arzneimittel-anwendungsforschung, durchgeführt. Die Projektleitung hat Gerd Glaeske (kurze Projektberichte sind nachzulesen in *ZeS report 2/05: 28*).

Gastwissenschaftler/innen

Im Juni 2006 werden Prof. Stanislaw Golinowska vom Institute of Labour and Social Studies in Warschau, Prof. Maciej Zukowski von der University of Economics in Poznan und Prof. András Simonovits aus Ungarn zu einem Gastaufenthalt in das ZeS kommen. Ihr Aufenthalt gilt einer Publikation über die Erfahrungen im Transformationsprozess in den Ländern Ost- und Mitteleuropas, die gemeinsam mit Mitgliedern der Wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung herausgegeben wird (s. auch Bericht von Frau Schubert auf S.14-15).

Kontakt

Winfried Schmähl

Telefon: 0421/218-4055
schmaehl@zes.uni-bremen.de

Voraussichtlich im Mai wird Dr. Monika Goldmann vom Landesinstitut Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs) zu einem Gastaufenthalt an das ZeS kommen. Zusammen mit Mitgliedern

Wechsel

Elke Scharnetzky, bislang Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Arzneimittelversorgung, ist zum Februar 2006 an das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin/ BIPS gewechselt. Auch Jens Wahls, ebenfalls aus dem Arbeitsbereich Arzneimittelversorgung, ist zum Februar 2006 in das BIPS gewechselt.

Zum Dezember 2005 hat Karin Höppner, Projekt „Repräsentation von Versicherten und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Selbstverwaltung und Kassenwahl“ das ZeS verlassen und ist an das Bundesministerium für Gesundheit, in die Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gewechselt.

Promotion

Im Januar 2006 hat Rolf Lühning sein Promotionsverfahren abgeschlossen. Thema der Dissertation: "Entwicklung des Leistungsrechts der gesetzlichen Rentenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (1957-2004)". Die Arbeit wurde von Winfried Schmähl betreut.

der Abteilung „Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat“ geht es um die Kooperation im Rahmen des Forschungsnetzwerks „Globalisation, Gender and Work Transformation“ (GLOW), in dem Frau Goldmann ein Projekt zum Thema Elderly Care and Gender in the Knowledge Society“ durchführt. Es handelt sich dabei um eine vergleichende Studie, an der Kolleginnen aus Japan, USA und Großbritannien beteiligt sind. Der Aufenthalt gilt vorwiegend einer stärker theoretischen Orientierung, die die verschiedenen Pfade wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung und deren Konsequenzen für die Ausgestaltung der Altenpflege in den beteiligten Ländern analysiert. Außerdem sollen methodische Fragen zu international vergleichenden Fallstudien erörtert werden, um die vergleichende Analyse der Ergebnisse der parallel durchgeführten Studien zu fundieren.

Kontakt

Karin Gottschall
Telefon 0421/218-4402
k.gottschall@zes.uni-bremen.de

Ehrungen/Rufe

Winfried Schmähl wurde zum 1. Dezember 2005 für die Dauer von fünf Jahren zum Honorarprofessor im Bereich der Wohlfahrtsstaatsforschung in der Fakultät für Sozialwissenschaften der Syddansk Universitet (University of Southern Denmark) in Odense ernannt.

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) hat Winfried Schmähl in ihren Vorstand und zu einem der beiden stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Mitglieder der GVG sind die verschiedenen Sozialversicherungsträger, betriebliche Alters- und Gesundheitsvorsorgeeinrichtungen, private Lebens-, Kranken- und Pflegeversicherung, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Gewerkschaften und Arbeitgeber sowie weitere gesellschaftlich relevante Institutionen und einzelne Wissenschaftler. Seit 1987 leitet Winfried Schmähl den Ausschuss „Alterssicherung“ der GVG.

Gleichstellung

Im Dezember 2005 hat der Vorstand des Zentrums für Sozialpolitik den 4. *Gleichstellungsplan* verabschiedet. Darin bekräftigt der Vorstand die bereits in seinem 3. Frauenförderplan formulierten Ansprüche zur Durchsetzung der Gleichstellung von Männern und Frauen im Bereich von Wissenschaft und Forschung.

Der Gleichstellungsbericht für das Jahr 2004 (der mittlerweile 7. Bericht) konnte zwar insgesamt bei der Verteilung der Stellen positive Tendenzen bezüglich der Gleichstellung von Männern und Frauen feststellen. Bei genauerer Betrachtung zeigte sich allerdings, dass die höher qualifizierten und besser ausgestatteten Stellen weiterhin mehrheitlich mit Männern besetzt sind. Hier hat sich der Vorstand vorgenommen, die bestehenden Aktivitäten zu intensivieren und neue Maßnahmen zu entwickeln, um den weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchs gezielt zu fördern.

So beteiligt sich das ZeS beispielsweise an einem Modellprojekt der Universität Bremen zum Thema „Gender Mainstreaming“ (wir berichteten im *ZeS report 2/2005: 29*). Ziel des Modellprojektes ist es, Ideen und Handlungsansätze zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Kindererziehung bzw. Familie zu entwickeln und damit insbesondere die berufliche Situation des (weiblichen) wissenschaftlichen Mittelbaus zu verbessern.

bremer Sozialwissenschaften *on top*

Präsentation der Sozialwissenschaften auf der Wissenswerte

Ende November 2005 fand in Bremen zum zweiten mal die "Wissenswerte. Bremer Forum für Wissenschafts Journalismus" im Messe Centrum Bremen statt. Der Kongress



wurde von einer Ausstellung begleitet, in der sich Forschungszentren, Wissenschaftsorganisationen und Institute vorstellen konnten. Diese Gelegenheit hat das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) zusammen mit dem Sonderforschungsbereich "Staatlichkeit im Wandel" (SFB 597) und der Graduate School of Social Sciences (GSSS) wahrgenommen, sich als gemeinsame Initiative „Sozialwissenschaften in Bremen“ zu präsentieren. Da in dieser Ausstellung – wie auch auf dem gesamten Kongress – Sozialwissenschaften ansonsten so gut wie nicht vertreten waren, war die Präsentation darauf ausgerichtet, die Bedeutung der Sozialwissenschaften auch für solche Bereiche herauszustellen, die traditionell naturwissenschaftlich besetzt sind.

Exzellenzinitiative erfolgreich: BIGSSS und BESS

Die Universität Bremen hat sich mit mehreren Anträgen an der Exzellenzinitiative des Bundes und der Länder erfolgreich beteiligt. Sie gehört zu den 10 (von 27) Universitäten, die sich nach der Vorauswahl in der Förderlinie Zukunftskonzepte am Wettbewerb beteiligen können, unter anderem mit einem Konzept für ein *Bremen Exploratorium of Social Sciences- BESS* (unter Beteiligung von Stephan Leibfried, ZeS). Darüber hinaus ist in der Förderlinie „Graduiertenschulen“ ein Antrag zur Erweiterung der Graduate School of Social Sciences (Direktorin: Karin Gottschall; ZeS) erfolgreich gewesen.

In dieser Förderlinie sind von 135 Anträgen 39 zu Vollarträgen aufgefördert worden. Gemeinsam mit der International University Bremen will die GSSS eine *Bremen International School of Social Sciences – BIGSSS* – bilden, in der eine forschungsorientierte Doktorandenausbildung für stipendiengeförderte Promovierende wie auch für Nachwuchswissenschaftler/innen aus Drittmittelprojekten möglich ist. Das Fächerspektrum integriert neben Politikwissenschaft und Soziologie auch Public Health, Jura, Wirtschaftswissenschaften, Psychologie, Kommunikationswissenschaften und Geschichte. Zu wichtigen Trägern

der geplanten School an der Universität Bremen gehören u. a. das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) und der Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597).

Die positive Begutachtung beider Anträge in der ersten Phase bedeutet eine Stärkung des sozialwissenschaftlichen Exzellenzprofils der Universität Bremen, zu der die beteiligten Forschungsinstitutionen mit hoher internationaler Vernetzung, interdisziplinärer Forschung, Drittmittelstärke und Reformen in der Lehre in den letzten Jahren kontinuierlich beigetragen haben.

Kontakt

Karin Gottschall
Telefon: 0421/218-4402
K.Gottschall@zes.uni-bremen.de

Werner Dressel
Telefon: 0421/218-4150
wdressel@gsss.uni-bremen.de

Stephan Leibfried
Telefon: 0421/218-4372
STLF@zes.uni-bremen.de





Journalists in Residence

Im Rahmen des von der VolkswagenStiftung geförderten Programms „Initiative Zukunftsfragen der Gesellschaft“ werden Gastaufenthalte von Journalisten in sozialwissenschaftlichen Forschungsinstituten gefördert. Beteiligt sind das Kölner Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung (MPIFG), das Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), das Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies (AISIS) und das ZeS.

Im Frühjahr 2006 sind drei Journalisten – Jürgen Kaube/FAZ, Christian Füller/taz und Andreas Heller/NZZ Folio – im Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) und ZeS zu Gast und können sozialwissenschaftliche Forschungsarbeit „vor Ort“ verfolgen. Das Verhältnis von (Sozial)Wissenschaften und Medien wird Gegenstand von Kolloquien sein, die während der jeweiligen Gastaufenthalte durchgeführt werden.

Kontakt

Dieter Wolf
Telefon: 0421/218-8723
diwolf@sfb597.unibremen.de

Stephan Leibfried
Telefon: 0421/218-4372
STLF@zes.uni-bremen.de

Wandel des Staates – Transformation von Herrschaft? Nachwuchstagung des Sonderforschungsbereichs „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) vom 31. März bis zum 2. April 2006

Vom 31. März bis zum 2. April findet die erste Nachwuchstagung des Sonderforschungsbereichs „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) statt, die vom Zentrum für Sozialpolitik organisatorisch mitgetragen wird. Auf der Tagung werden 24 junge Staatsforscherinnen und Staatsforscher referieren, deren Beiträge in einem anonymen Auswahlverfahren aus mehr als 80 Bewerbungen ausgewählt wurden. Themen der Vorträge sind u. a. neue staats- und steuerungstheoretische Debatten, aber auch empirische Analysen des Wandels staatlicher Strukturen angesichts von Globalisierungs- und Privatisierungsprozessen.

Die Tagung beginnt mit einer öffentlichen Veranstaltung am Freitagnachmittag in der „Stadtwaage Bremen“, für die die international

renommierten Staatsforscher/innen Prof. Renate Mayntz vom Max Planck Institut für Gesellschaftsforschung, Köln und Prof. Bob Jessop von der Universität Lancaster als Referent/in gewonnen werden konnten.

Das Programm der Tagung ist unter <http://www.staatlichkeit.uni-bremen.de> einsehbar.

Kontakt:

Achim Hurrelmann
Telefon: 0421/218-4384
a.hurrelmann@zes.uni-bremen.de

Vom 21. bis 23. September 2006 wird die Vierte Jahreskonferenz des European Social Policy Analysis Network (ESPAnet) in Bremen stattfinden. „**Transformation of Welfare State: Political Regulation and Social Inequality**“ ist das Thema der Konferenz, die vom Zentrum für Sozialpolitik in Kooperation mit der Graduate School of Social Sciences (GSSS) ausgerichtet und von der DFG gefördert wird.

Kontakt

Karl Hinrichs
Telefon: 0421/218-4063
hinrichs@zes.uni-bremen.de

Frank Nullmeier
Telefon: 0421/218-4051
frank.nullmeier@zes.unibremen.de

Martin Nonhoff
Telefon: 0421/218-9250
m.nonhoff@zes.uni-bremen.de

Steffen Mau
Telefon: 0421/218-4131
smau@gss.uni-bremen.de
www.gss.uni-bremen.de



Prof. Dr. Rainer Müller
Prof. Dr. Gerd Glaeske



FB 11
Human- und Gesundheits-
Wissenschaften
Prof. Dr. Birgit Volmerg



Prof. Dr. Petra Kolip

Gesundheitspolitisches Kolloquium

Sommersemester 2006

Wettbewerb im Gesundheitswesen – nur ökonomische Formel oder Strategie für eine bessere Versorgung?

Es nehmen Stellung:

- | | |
|----------|--|
| 24.05.06 | 20.00 Uhr
Dr. Stefan Etgeton
Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Berlin, Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss Was soll und kann der Wettbewerb im Gesundheitssystem für die Versicherten leisten? |
| 31.05.06 | 20.00 Uhr
Prof. Dr. Matthias Schrappe
Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Dekan der Fakultät für Medizin der Privaten Universität Witten/Herdecke, Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit <i>Wettbewerb im Krankenhausbereich – mehr Sicherheit für die Patientinnen und Patienten?</i> |
| 07.06.05 | 20.00 Uhr
Prof. Dr. Peter Sawicki
Leiter des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln Nutzenbewertung von Arzneimitteln – Wettbewerb um die bessere Behandlungsalternative? |
| 1.06.06 | 19.00 Uhr (!)
Prof. Dr. Herbert Rebscher
Vorstandsvorsitzender der DAK, Hamburg
Wettbewerb der Krankenkassen – wo liegt der Nutzen für die Versicherten? |
| 05.07.06 | 19.00 Uhr (!)
Ulrich Weigeldt
Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Berlin
„Wie finde ich einen guten Arzt?“ – Hilft der Wettbewerb den Versicherten? |
| 19.07.06 | 20.00 Uhr
Dr. Volker D. Mohr
Geschäftsführer der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS), Düsseldorf
<i>Krankenhausvergleiche als Wettbewerbsstrategie – wie können Versicherte die Informationen nutzen?</i> |

Moderation der Veranstaltungen:

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen,
Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
eröffnet das Kolloquium am 24. Mai 2006 mit einer Einführung

Veranstaltungsort: Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Parkallee 39, 28209 Bremen,
Raum 3260 (2. Etage), jeweils am Mittwoch

Am 21.06.2006 sowie am 05.07.2006 beginnen wir wegen der Fußballweltmeisterschaft bereits um 19.00 Uhr mit unserem Kolloquium.

Versorgungsqualität im Gesundheitswesen

Neue Herausforderungen durch Nutzerorientierung und Geschlechtergerechtigkeit

Workshop des Zentrums für Sozialpolitik in Kooperation mit dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) am 5./6. April 2006 in Bremen

Die Verbesserung von Qualität und Effizienz sind zentrale Ziele der Gesundheitsreformen. Standards, Leitlinien und evidenzbasierte Entscheidungen sollen eine unerwünschte Varianz in der Gesundheitsversorgung verringern, gleichzeitig soll die Transparenz verbessert werden. Die im Vergleich zu den Jahren zuvor stärkere Beteiligung von Patientinnen und Patienten an den Entscheidungsprozessen spielt dabei eine wesentliche Rolle. Die neuen gesundheitspolitischen Ziele bieten Chancen, aber auch neue Herausforderungen für die Definition von Versorgungsstandards und die Bewertung von Qualität und Effizienz.

Dieser Workshop soll neue Perspektiven in der Qualitätsdebatte aufzeigen, die den Bedarf an evidenzbasierten Leistungen mit den Anforderungen an eine geschlechtergerechte, zielgruppen- und patientenorientierte Versorgung zusammenbringen. Bisher ist kaum geklärt, wie die sozialen und kulturellen Unterschiede in den Lebenslagen angemessen berücksichtigt und die vielfältigen, und zum Teil widersprüchlichen, Interessen und Präferenzen der Nutzer/innen einbezogen werden können. Diese Defizite können soziale Ungleichheiten verstärken und sich hierdurch negativ auf die Versorgungsqualität auswirken. Die Probleme werden im Bereich der koronaren Herzkrankheiten besonders deutlich. Obschon die Geschlechterunterschiede zunehmend wahrgenommen werden, fehlen bisher angemessene Standards. Geschlechteranalysen

können hier den Blick öffnen für die neuen Herausforderungen scheinbar objektiver Standards und einer Vielfalt von Interessenlagen.

Der Workshop soll diese Herausforderungen in den Blick rücken. Ziel ist es, im gemeinsamen Dialog zwischen Politik und Praxis sowie aus Sicht der Geschlechter-, Patienten/Patientinnen- und Qualitätsforschung konstruktive Strategien einer geschlechtergerechten und patientenorientierten Definition von Qualität und Standards zu entwerfen und Umsetzungsmöglichkeiten zu diskutieren. Wir knüpfen damit an Ergebnisse eines Workshops zu Disease Management-Programmen und Gender Mainstreaming im Herbst 2003 an (siehe Expertise; www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann/expertise.htm) und hoffen, auch mit diesem neuen Thema einen konstruktiven Dialog zu eröffnen.

Vom 30. März bis 1. April 2006 findet in Bremen das 4th Interim Meeting des Research Network Professions der European Sociological Association (ESA) „**Professions, Globalization and the European Project: Shifting Spheres of Opportunity**“ statt.

Der Workshop, der Forscher/innen im Bereich „Soziologie der Professionen“ aus unterschiedlichen Regionen Europas zusammenzubringen will und das Zusammenspiel zwischen Europäisierung, Globalisierung und Entwicklungen in den Professionen auf Basis empirischer Studien zu klären sowie die theoretischen und methodologischen Konzepte weiterzuentwickeln versucht, wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) unterstützt.

Kontakt:

Gerd Glaeske
Telefon: 0421/218-4401
eMail: gglaeske@zes.uni-bremen.de

Ellen Kuhlmann
Telefon: 0421/218-4404
e.kuhlmann@zes.uni-bremen.de

Weitere Informationen sind auf der Website des ESA RN „Sociology of Professions“ abrufbar: www.valt.helsinki.fi/esa/profe.htm

Kontakt

Ellen Kuhlmann
Telefon: 0421/218-4404
e.kuhlmann@zes.uni-bremen.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Zentrum für Sozialpolitik · Universität Bremen
Barkhof, Parkallee 39 · 28209 Bremen

Redaktion: Dipl.-Soz. Gisela Hegemann-Mahlting

Gestaltung: Christoph Zimmermann

Sekretariat: Sonja Rose
Tel.: 0421/218-4362 · Fax: 0421/218-7540
srose@zes.uni-bremen.de

Auflage: 500

erscheint zweimal jährlich · **ISSN-Nr. 1619-8115**

Veröffentlichungen

Neuerscheinungen

- Böcken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie; Amhof, Robert (Hg.) 2005: *Gesundheitsmonitor 2005 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Müller, Rolf, 2006: *Wandel der Rolle der Frau und Auflösung der Institution Ehe*. Bremen: RMIInt Verlag.
- Glaeske, Gerd; Janhsen, Katrin, 2005: *GEK-Arzneimittel-Report 2005*. St. Augustin: Asgard.
- Glaeske, Gerd; Janhsen, Katrin, 2005: *Frauen nicht teurer als Männer – Ergebnisse aus dem GEK-Arzneimittel-Report 2005*. GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 36. St. Augustin: Asgard.
- Larisch, Joachim; Ritter, Wolfgang; Saßmannshausen, Andreas; Lang, Karl-Heinz; Pieper, Ralf; Hien, Wolfgang, 2005: *Arbeitsschutzmanagement im Handel*. Pilotprojekt REWE. Quad-Broschüre im Rahmen der thematischen Initiativkreise „Handel und Arbeitsschutzmanagement“. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Nullmeier, Frank; Blanke, Bernhard; von Bandemer, Stephan; Wewer, Göttrik (Hg.), 2005: *Handbuch zur Verwaltungsreform*. 3. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ostendorf, Helga; Henninger, Annette (Hg.), 2005: *Die politische Steuerung des Geschlechterregimes – Beiträge zur Theorie politischer Institutionen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Samsel Walter; Marstedt, Gerd; Möller, Helmut; Müller, Rainer 2005: *Musiker-Gesundheit – Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit*. GEK-Edition, Bd. 39. Sankt Augustin: Asgard.
- Scharnetzky, Elke; Deitermann, Bernhilde; Hoffmann, Falk; Glaeske, Gerd, 2005: *GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005*. St. Augustin: Asgard.
- Wiesner, Achim, 2006: *Politik unter Einigungszwang. Eine Analyse föderaler Verhandlungsprozesse*. Frankfurt/New York: Campus.

Zeitschrift für Sozialreform

Das jüngste **Heft (1/2006)** erschien im März 2006 und enthält folgende Abhandlungen:

- Holger Schütz, Frank Oschmiansky **Arbeitsamt war gestern. Neuausrichtung der Vermittlungsprozesse in der Bundesagentur für Arbeit nach den Hartz-Gesetzen**
- Silke Gülker, Petra Kaps **Effizienzsteigerung der Arbeitsvermittlung durch Contracting-Out? Eine Prozessanalyse zur öffentlich-privaten Kooperation bei vermittlungsnahen Dienstleistungen**
- Bernhard Langer, Florian Mamberer, Anita B. Pfaff, Christian Rindsfüßer **Beitragssatzwirkungen einer schrittweisen Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland**
- Karl-Jürgen Bieback **Altersdiskriminierung: Grundsätzliche Strukturen und sozialrechtliche Probleme**
- Werner Eichhorst **Beschäftigung Älterer in Deutschland: Der unvollständige Paradigmenwechsel**
- Martin Seeleib-Kaiser, Timo Fleckenstein **Learning from Britain? Deutsch- und englischsprachige Sozialpolitiklehrbücher im Vergleich (Rezensionsessay)**
- Christian Marschallek **Weniger (Wohlfahrts-)Staat? Britische Alterssicherungspolitik im Wandel**
- Frank Nullmeier **„Bürgertum“ statt „Volk“. Zur historischen Kritik des Sozialstaats**

Im Sommer 2005 ist das erste Sonderheft der ZSR erschienen:

- Igl, Gerhard; Welti, Felix (Hg.) *Der Schutz der Gesundheit und Teilhabe am Arbeitsleben behinderter, chronisch kranker und älterer Menschen*. Wiesbaden:Chmielorz.

Das Inhaltsverzeichnis dieses Sonderheftes finden Sie in der vollständigen Inhaltsübersicht der Jahrgänge 2004 und 2005.

Jour fixe

Die Jour fixe Reihe in diesem Semester wird im Wesentlichen von Beiträgen unserer Gastwissenschaftler/innen bestritten:

14. Juni 2006, 15 Uhr

Paola Mattei von der London School of Economics, Department of Social Policy, die im Rahmen des TH Marshall Fellowships z. Z. Gastwissenschaftlerin im Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) ist, hält einen Vortrag zum Thema „*Reashaping Welfare Bureaucracies in Europe: Organisational Change and the Efficiency Imperative*“.

Einen weiteren Vortrag wird es von **Dr. Monika Goldmann**, Landesinstitut Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs), geben, die Ende Juni/Anfang Juli im ZeS zu Gast ist; Thema: **Arbeit in der Altenpflege. Auswirkungen von Strukturreformen im internationalen Vergleich.**

Über „*Reformen der Alterssicherung in Mittel- und Osteuropa – einige aktuelle Fragen*“ wird voraussichtlich Ende Juni ein Vortrag stattfinden, der im Zusammenhang mit dem Gastaufenthalt von **Prof. Stanisława Golinowska**, *Institute of Labour and Social Studies, Warschau*, **András Simonovits**, *Hungarian Academy of Sciences, Budapest* und **Prof. Maciej Zukowski**, *University of Economics, Poznan*, steht.

Voraussichtlich im September wird **Dr Jürgen Schupp**, der im August/September im Hanse Wissenschaftskolleg zu Gast ist, einen Vortrag zum Thema „*Über die Messung der Greifkraft als objektives Gesundheitsmaß in sozialwissenschaftlichen Bevölkerungsumfragen – erhebungsmethodische und inhaltliche Befunde auf der Basis von SHARE und SOEP*“ anbieten.

Aus anderen Instituten

Call for Papers: Erfahrungen und Perspektiven

Dritter Workshop des Forschungsdatenzentrums der gesetzlichen Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 26.06. – 28.06. 2006 in Bensheim/Südhessen

Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit, der demographische Wandel mit seinen regionalen Unterschieden sowie damit in Zusammenhang stehend die Ausgestaltung der Alterssicherung sind in den Mittelpunkt des gesellschaftspolitischen Interesses gerückt. Es mehren sich Behauptungen, die von einer beständigen Verlängerung der Lebenserwartung vor allem bei Besserverdienenden mit geringem Erwerbsminderungsrisiko ausgehen. Ferner wird von Exklusionstendenzen gesprochen, die sich u.a. in zunehmender Spreizung der Alterseinkünfte und steigender Altersarmut ausdrücken sollen. Halten solche plakativen Behauptungen und darauf aufbauende Schlussfolgerungen einer

empirischen Überprüfung stand? Antworten auf solche Fragen können nur auf Grundlage von kontinuierlichen empirischen Beobachtungen und systematischen Analysen gegeben werden. Hierfür bieten sich die Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, die für wissenschaftliche Forschungsprojekte im Bereich der sozialen Sicherung über das FDZ-RV bezogen werden können, besonders an.

Auf dem dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung wird im ersten Teil eine Einführung über die Datenlage der gesetzlichen Rentenversicherung und das Datenangebot im FDZ-RV gegeben. Die Darstellung verschiedener Zugangswege und die des jeweiligen Analysepotentials der verschiedenen Datenprodukte runden den Überblick ab.

Im Hauptteil haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Möglichkeit, ihre empirischen Befunde, die sie mit den Daten des FDZ-RV gewonnen haben, zu präsentieren (zum Datenangebot siehe www.fdz-rv.de sowie das dazugehörige Antragsformular).

Abschließend werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und ein Ausblick auf das zukünftige Datenangebot der Forschungsdatenzentren gegeben.

Vortragsangebote erbitten wir in Form eines maximal 1-seitigen Abstracts spätestens bis zum 15. Mai 2005 an Dr. Ralf K. Himmelreicher (ralf.himmelreicher@drv-bund.de).

Anmeldungen zur Teilnahme richten Sie bitte bis zum 29. Mai 2005 an ralf.himmelreicher@vdr.de.

Arbeitspapiere des Zentrums für Sozialpolitik 2005/06

- | | | |
|----------|--|--|
| Nr. 1/05 | Seeleib-Kaiser, Martin
van Dyck, Silke;
Roggekamp, Martin | What Do Parties Want? An Analysis of programmatic Social Policy Aims in Austria, Germany, and the Netherlands |
| Nr. 2/05 | Bögenhold, Dieter;
Fachinger, Uwe | Konsummuster im Kontrast: Die Entwicklung von Einkommensverwendungsmustern bei verschiedenen Haushaltstypen im zeitlichen Wandel |
| Nr. 3/05 | Schmähl, Winfried | Nationale Rentenreformen und die Europäische Union
Entwicklungslinien und Einflusskanäle |
| Nr. 4/05 | Höppner, Karin;
Greß, Stefan;
Rothgang, Heinz;
Wasem, Jürgen;
Braun, Bernhard;
Buitkamp, Martin | Grenzen und Dysfunktionalitäten des Kassenwettbewerbs in der GVK: Theorie und Empirie der Risikoselektion in Deutschland |
| Nr. 5/05 | Henninger Anette;
Papouschek, Ulrike | Entgrenzung als allgemeiner Trend? Mobile Pflege und Arbeit in der Medien- und Kulturindustrie im Vergleich |
| Nr. 6/05 | Bogedan, Claudia | Mit Sicherheit besser? Aktivierung und Flexicurity in Dänemark |
-
- | | | |
|----------|--|--|
| Nr. 1/06 | Aleksandrowicz,
Paula | The Interplay of Retirement Policy and Externalisation Strategies Towards Older Workers in Polish and German Enterprises |
| Nr. 2/06 | Hvinden, Bjørn | Is Increased Cross-Border Mobility Incompatible with Redistributive Welfare States?The North European Case |
| Nr.3/06 | Betzelt, Sigrid | Flexible Wissensarbeit: AlleindienstleisterInnen zwischen Privileg und Prekarität |
| Nr. 4/06 | Castles, Francis G.;
Obinger, Herbert | Towards More Comprehensive Measures of Social Support: Adding in the Impact of Taxes and Private Spending or Netting Out the Impact of Politics on Redistribution? |

Die Arbeitspapiere sind in der Geschäftsstelle des ZeS erhältlich
oder über die Internetseiten des ZeS abrufbar.