

# ZeS report

ZeS report; Jg. 7, Nr. 1, April 2002  
Kontakt: Gisela Hegemann-Mahltig  
Parkallee 39 – Barkhof –  
28209 Bremen  
Tel: 0421/ 218-4362/ -4368  
Fax: 0421/ 218-7540  
E-Mail: ghm@zes.uni-bremen.de

Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Nr. 1 / April 2002

## Inhalt

<b>Editorial</b>	1
<b>Aus Forschungsschwerpunkten und Projekten</b>	
Die Methode der „offenen Koordinierung“ der Alterssicherung in der Europäischen Union	3
Gering Qualifizierte in Deutschland und England: Kontrast der institutionellen Schnittstellen von Bildungs- und Beschäftigungssystem	6
Flexibilisierung und Gendering von Erwerbsformen im Gesundheitssektor	9
Betriebliche Gesundheitspolitik	13
<b>Berichte - Projekte</b>	
Integration älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer/innen des Öffentlichen Dienstes in der Erwerbsphase	19
Datenerhebung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland	21
<b>Berichte - Tagungen</b>	
Absicherung gegen Erwerbsminderung (Invalidität) und Reformen in den Alterssicherungssystemen	22
Arzneimittel-Anwendungsforschung. Strategie für mehr Effizienz und Patientenschutz	23
Pflegeversicherung auf dem Prüfstand – Qualität und Finanzierung	24
Politische Ökonomie	24
Graduiertenkolleg des VDR zu Fragen der Alterssicherung	25
<b>Ankündigungen</b>	
Tagungen	26
Gesundheitspolitisches Kolloquium	27
<b>Personalia</b>	
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter • Gäste	28
<b>Neuerscheinungen</b>	30
ZeS-Arbeitspapiere 2001/02 • Schriftenreihe	31
<b>Jour-fixe-Reihe</b>	32

## Editorial

*Sozialpolitik aktuell, Sozialpolitik im Ländervergleich, Sozialpolitik in Europa und europäische Sozialpolitik* waren die Schwerpunktthemen der letzten Ausgaben des ZeS-report. Diese Themen spielen auch in der vorliegenden Ausgabe des ZeS-report eine Rolle, die – thematisch vielfältig und auch ZeS-übergreifend – Berichte aus Forschungsschwerpunkten und Projekten des Zentrums für Sozialpolitik in den Mittelpunkt stellen.

Jörg Sommer gibt einen Einblick in eine europäische Debatte; es geht um die Methode der „offenen Koordinierung“ der Alterssicherung in der Europäischen Union. Mit der offenen Koordinierung wird der Einfluss der supranationalen Ebene auf die Gestaltung der nationalstaatlich geprägten Sozialpolitik beschrieben. Jörg Sommer kommt zu dem Schluss, dass die „offene Koordinierung“ in ihrer konzeptionellen Entwicklung bereits weit voran geschritten ist, wengleich die Umsetzung eher ins Stocken geraten ist und weitere Entscheidungen abzuwarten sind.

Achim Schmid stellt ein europäisch vergleichendes Projekt vor, das in Kooperation mit der Universität Konstanz durchgeführt wird und sich mit gering Qualifizierten in Deutschland und England beschäftigt. Die Untersuchung bezieht – für Deutschland – „grenzüberschreitend“ nicht nur das Beschäftigungs- sondern auch das Bildungssystem in die sozialpolitischen Analysen ein. Ziel der Untersuchung, die im September 2002 beginnen wird, ist ein Vergleich über den unterschiedlichen Umgang mit den zunehmenden Beschäftigungsproblemen gering qualifizierter Arbeitskräfte in Deutschland und England, die sich in der Organisation ihrer sozialen Sicherungssysteme, des Arbeitsmarktes und des Bildungswesens deutlich von einander unterscheiden.

Unter dem Titel „Flexibilisierung und Gendering von Erwerbsformen“ stellt Ellen Kuhlmann eine Studie vor, die sich mit Professionalisierung und Dienstleistungsqualität in der ambulanten Versorgung beschäftigt. Diese Studie ist als gemeinsames Projekt der Abteilungen „Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat“ und „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ angelegt. Die politisch praktischen Erträge des Projekts zielen zum Einen auf Handlungsspielräume für eine geschlechtergerechte

Gestaltung der Erwerbsstrukturen im Gesundheitssektor; zum Anderen geht es um Gestaltungsspielräume in der ambulanten Gesundheitsversorgung und um Fragen der Dienstleistungsqualität. Mit der Konzentration des empirischen Teils der Studie auf die Region Bremen ist auch der Transfer von Forschungsergebnissen in die sozialpolitische Praxis angestrebt.

Mit einem Überblick über die *Betriebliche Gesundheitspolitik* umreißt *Rainer Müller* einen Schwerpunkt der Arbeiten der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“, der sozialpolitische Forschung und Praxis eng miteinander verknüpft. Das Politische in der Betrieblichen Gesundheitspolitik, der Betrieb als Feld von Gesundheitspolitik, Sicherheit und Gesundheit als Gegenstand des Arbeitsschutzes und das betriebliche Gesundheitsmanagement sind die Themen des Beitrags.

Anschließend stellen *Okka Alberts* und *Gerd Marstedt* die Ergebnisse des Projekts „*Integration älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer/innen des öffentlichen Dienstes in der Erwerbsphase*“ vor, das Ende 2001 abgeschlossen wurde; über dieses Projekt hatten wir bereits im ZeS-report 1/2000 berichtet.

Neu ist ein Projekt, das in Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung durchgeführt wird. Das Projekt, von *Bernard Braun* kurz vorgestellt, zielt auf eine dauerhafte versicherten-, patienten- und arztbezogene Gesundheits-Berichterstattung: eine *Datenerhebung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland*.

*Marlene Schubert* berichtet von einer Tagung im September 2001 in Vilnius, die sich mit der *Absicherung gegen Erwerbsminderung und den Reformen in den Alterssicherungssystemen in Osteuropa* beschäftigt hat. Diese – mittlerweile regelmäßig durchgeführten – Osteuropa Tagungen sind Ergebnis der vielfältigen und engen Kooperationen, die in einem Projekt des Zentrums für Sozialpolitik zur Umgestaltung der Alterssicherung im Transformationsprozess ost- und mitteleuropäischer Staaten entwickelt und gefestigt wurden.

*Patientenschutz, Arzneimittelinformation und Effizienz* standen im Mittelpunkt eines Symposiums zur Arzneimittelforschung, das das Zentrum für Sozialpolitik gemeinsam mit dem Zentrum für Public Health, dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin und der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie e. V. in Bremen durchgeführt hat. *Gerd Glaeske* fasst Diskussionen und Ergebnisse zusammen.

Im Rahmen der Förderinitiative „Dialog Wissenschaft und Praxis“ hat im November 2001 das mittlerweile 8. Universitätsseminar, diesmal zum Thema *Pflegeversicherung*, auf Schloß Etelsen stattgefunden; auch über diese Veranstaltung berichtet *Marlene Schubert*.

Es folgt ein kurzer Bericht von *Herbert Obinger* über einen Workshop zur *politischen Ökonomie*, der im Dezember im Zentrum für Sozialpolitik in Bremen stattgefunden hat. Der Workshop befasste sich mit politisch-institutionellen Einflüssen auf die makroökonomische Performance im Zeitraum zwischen 1960 und 2000.

Schließlich berichten *Hendrik Dräther* und *Jörg Sommer* über ein Graduiertenkolleg, das der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zu *Fragen der Alterssicherung* durchgeführt hat, an dem viele Mitglieder aus der Wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik teilgenommen haben.

Die Tagungsberichte werden durch *Ankündigungen* weiterer Tagungen ergänzt; wie immer finden Sie das Programm des Gesundheitspolitischen Kolloquiums und der Jour-fixe-Reihe des Zentrums für Sozialpolitik vor.

Wir informieren über neuere *Veröffentlichungen* von Mitgliedern des Zentrums für Sozialpolitik, über Neuerscheinungen in der Schriftenreihe und bei den ZeS-Arbeitspapieren.

Wie immer finden Sie auch *Personalia*, Informationen über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Gäste im Zentrum für Sozialpolitik.

An dieser Stelle sei auch schon darauf hingewiesen, dass in Kürze der 4. Tätigkeitsbericht des Zentrums für Sozialpolitik erscheinen wird. Der Bericht gibt einen Überblick über die Arbeit der Jahre 1999 bis 2001, eingebunden in eine umfassende theoretische Verortung der Arbeiten des ZeS und seiner weiteren Perspektiven.

*Gisela Hegemann-Mahlting*

## IMPRESSUM

*Herausgeber:* Zentrum für Sozialpolitik

Universität Bremen  
Parkallee 39 -Barkhof-  
28209 Bremen

*Redaktion:* Prof. Dr. Rainer Müller  
Dipl.-Soz. Gisela Hegemann-Mahlting

*Gestaltung:* Sonja Rose

*Sekretariat:* Sonja Rose

Tel.: 0421/ 218-4362

Fax: 0421/ 218-7540

E-Mail: [srose@zes.uni-bremen.de](mailto:srose@zes.uni-bremen.de)

*Auflage:* 500

*erscheint zweimal jährlich*

## Die Methode der „offenen Koordinierung“ der Alterssicherung in der Europäischen Union – Einblick in eine europäische Debatte

Seit zwei Jahren vollzieht sich nahezu unbemerkt von Öffentlichkeit und Wissenschaft auf der Ebene der Europäischen Union (EU) ein dynamischer Prozess, der sich nachhaltig auf die einzelnen Mitgliedstaaten bzw. auf deren sozialen Sicherungssysteme auswirken kann. Bei diesem Prozess handelt es sich um die Methode der „offenen Koordinierung“, die mit der Sondertagung des Europäischen Rats von Lissabon im März 2000 neben die klassischen Rechtssetzungsaktivitäten der Europäischen Gemeinschaft getreten ist. Die „offene Koordinierung“ stellt einen Kanal dar, mit dem die supranationale Ebene Einfluss auf die Gestaltung der nationalstaatlich geprägten Sozialpolitik nehmen kann.<sup>1</sup>

Bereits in den letzten Jahren sind auf Gemeinschaftsebene zahlreiche Initiativen ergriffen worden, die sich mit den sozialen Sicherungssystemen der EU-Mitgliedstaaten befassen. Im Jahr 1992 wurde mit einer Empfehlung des Rats der Weg für eine „Konvergenzstrategie“ bereitet, die eine gemeinsame Festlegung von Leitzielen für die nationalen Sozialpolitiken der Mitgliedstaaten zum Ziel hatte.<sup>2</sup> Die Europäische Kommission hat 1999 in einer Mitteilung die im Folge der Konvergenzstrategie ausgelösten Diskussionen und Initiativen zu einer „Konzertierten Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes“ zusammengefasst. Der Schwerpunkt der konzertierten Strategie lag auf der Verstärkung der Zusammenarbeit durch Informationsaustausch der Mitgliedstaaten untereinander sowie der fortlaufenden Analyse aktueller politischer Entwicklungen.<sup>3</sup>

Um die Mitgliedstaaten bei der schrittweisen Weiterentwicklung ihrer nationalen Sozialpolitiken zu unterstüt-

zen, hat der Europäische Rat im Rahmen verschiedener Gipfeltreffen die Methode der „offenen Koordinierung“ entwickelt. Die „offene Koordinierung“ soll den bislang relativ unverbindlichen Meinungsaustausch der vergangenen Jahre beenden und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten institutionalisieren. Gemäß den Schlussfolgerungen des Lissabonner Sondergipfels beinhaltet dieses Verfahren die folgenden Elemente:<sup>4</sup>

- Vereinbarung kurz-, mittel- und langfristiger Ziele in Form von Leitlinien im Rat;
- Festlegung quantitativer und qualitativer Indikatoren und Benchmarks für den Vergleich bewährter Praktiken;
- Umsetzung der europäischen Leitlinien auf Ebene der Mitgliedstaaten durch die Vorgabe konkreter Ziele und den Erlass entsprechender Maßnahmen;
- Regelmäßige Überwachung, Bewertung und gegenseitige Prüfung.

Die „offene Koordinierung“ soll u.a. in den Bereichen Bildung, soziale Ausgrenzung, Gesundheit sowie Alterssicherung neben den grundsätzlich bei der Europäischen Kommission angesiedelten Initiativbefugnissen praktiziert werden.<sup>5</sup> Durch eine verstärkte politische Kooperation zwischen den Mitgliedstaaten im Rat soll ein höheres Maß an Transparenz hinsichtlich notwendiger Reformschritte in den nationalen Sozialpolitiken erreicht und insofern die Konvergenzentwicklung der Einzelsysteme vorangetrieben werden. Für den Bereich der Alterssicherung hat der Europäische Rat von Stockholm im März 2001 nachdrücklich deutlich gemacht, dass „angesichts der Alterung der Gesellschaft (...) klare Strategien erforderlich [sind], mit denen die Angemessenheit der Rentensysteme (...) und gleichzeitig die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen und die Solidarität zwischen den Generationen aufrechterhalten wird. Insbesondere auf dem Gebiet der Renten sollte gegebenenfalls das Potenzial der offenen Koordinierungsmethode unter gebührender Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips in vollem Umfang ausgeschöpft werden.“<sup>6</sup>

Die vom Europäischen Rat angestrebte „offene Koordinierung“ im Bereich der Alterssicherung gewinnt an Brisanz, wenn diese im Zusammenhang mit den von der Europäischen Kommission verabschiedeten Mitteilungen

<sup>1</sup> In den europäischen Verträgen ist kein eigenständiges, sozialpolitisches Konzept enthalten. Aus den Verträgen werden aber bereits im Hinblick auf die Verwirklichung der vier Grundfreiheiten (freier Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital) Maßnahmen im Form supranationaler Rechtsakte (Richtlinien, Verordnungen, Stellungnahmen und Empfehlungen) abgeleitet, die sich – auf den ersten Blick – lediglich auf sozialpolitische „Zusatz- oder Randbereiche“ wie den Arbeitsschutz, die Freizügigkeit der Arbeitnehmer, die Chancengleichheit von Frauen und Männern sowie das Arbeitsrecht beziehen. Diese Maßnahmen wirken sich aber, vor allem auf Grund der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), auch auf die klassischen Felder der nationalen Sozialpolitiken aus. Neben den Rechtsakten und der Rechtsprechung des EuGH traten im Zuge der Vollendung der Wirtschafts- und Währungsunion (WWU) die Maastrichter Konvergenzkriterien als weiterer Einflusskanal hinzu, denn die Realisierung ausgeglichener öffentlicher Haushalte kann gleichfalls als Hebel zur Gestaltung nationalstaatlicher Sozialpolitik dienen.

<sup>2</sup> Vgl. Empfehlung des Rats „Annäherung und Ziele und der Politiken im Bereich des sozialen Schutzes“ [(92/442/EWG) vom 27.7.1992 in Amtsblatt L 245 vom 26.8.1992]. Auf der Grundlage dieser Empfehlung hat die Kommission Mitteilungen zur Sozialpolitik veröffentlicht, die sich auch auf die sozialen Sicherungssysteme beziehen. Im Jahr 1995 wurde mit der Mitteilung über die „Zukunft des Sozialschutzes – ein Rahmen für eine europäische Debatte“ [KOM (1995) 446 endg. vom 31.10.1995] ein umfassender Diskussionsprozess eingeleitet, der 1997 mit der Mitteilung über die „Modernisierung und Verbesserung des Sozialschutzes in der Europäischen Union“ [KOM (1997) 102 endg. vom 12.03.1997] fortgesetzt wurde.

<sup>3</sup> Vgl. Mitteilung der Europäischen Kommission „Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes“ [KOM (1999) 347 vom 14.07.1999], S. 3 f.

<sup>4</sup> Vgl. Europäischer Rat „Schlussfolgerungen des Vorsitzes“, Lissabon [SN 100/00 vom 23./24.3.2000], Rz. 37.

<sup>5</sup> In Ansätzen findet sich ein Verfahren zur supranationalen Koordinierung eines Politikbereiches im Vertrag von Maastricht (1993) für die gemeinsame Wirtschafts- und Währungspolitik wieder, dort unter der Koordinierung der Wirtschaftspolitik und deren multilateralen Überwachung. Im Bereich der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik ist ein Koordinierungsverfahren seit dem Amsterdamer Vertrag (1999) rechtlich fixiert, welches fortlaufend im Rahmen des Europäischen Beschäftigungspaktes weiterentwickelt und konkretisiert wird. Die „offene Koordinierung“ soll zukünftig das sich aus Wirtschafts- und Währungspolitik, Beschäftigungspolitik sowie Sozialpolitik ergebene „Dreieck“ schließen und einer besseren Verzahnung dieser drei Elemente dienen, auch im Hinblick auf die Verwirklichung des auf dem Gipfeltreffen in Lissabon formulierten strategischen Ziels, die „Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen.“ (Europäischer Rat „Schlussfolgerungen des Vorsitzes“, Lissabon [SN 100/00 vom 23./24.3.2000], Rz. 5).

<sup>6</sup> Europäischer Rat „Schlussfolgerungen des Vorsitzes“, Stockholm [SN 100/01 vom 23./24.3.2001], Rz. 32.

über die Renten betrachtet wird. Aus der für den weiteren Prozess wegweisenden Mitteilung „Die Entwicklung des Sozialschutzes in Langzeitperspektive: zukunftssicherere Renten“ der Kommission geht hervor, dass die Mitgliedstaaten auch weiterhin über die Konzeption ihres nationalen Alterssicherungssystems selbst entscheiden sollen. Die Kommission lädt die Mitgliedstaaten ein, ihre Bemühungen zu koordinieren und Gedanken und Informationen über ihre laufenden oder geplanten Reformen auszutauschen. Jedoch soll dieser Austausch nicht wie in der Vergangenheit im Unverbindlichen stehen bleiben, sondern die gemeinsamen Ziele und Grundsätze sollen von den Mitgliedstaaten explizit formuliert werden.<sup>7</sup> Um den supranationalen Informations- und Meinungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten anzuregen, stellt die Kommission in der Mitteilung Grundsätze und Ziele für eine Reform der nationalen Alterssicherungssysteme zur Diskussion, bei denen es sich namentlich um folgende handelt:<sup>8</sup>

1. Beibehaltung eines ausreichenden Rentenniveaus, welches innerhalb vernünftiger Grenzen den während des Erwerbslebens aufgebauten Lebensstandard aufrecht erhält;
2. Sicherstellung der gerechten Verteilung zwischen den Generationen, zwischen Aktiven und Passiven;
3. Stärkung der Solidarität in Rentensystemen zugunsten von Personen, die schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben oder Kinder bzw. Pflegebedürftige betreuen;
4. Aufrechterhaltung des Bezugs zwischen eingezahlten Beiträgen und ausgezahlten Leistungen;
5. Förderung der Gleichstellung von Männern und Frauen;
6. Gewährleistung von Transparenz und Vorhersagbarkeit;
7. Flexiblere Gestaltung der Rentensysteme mit Blick auf den gesellschaftlichen Wandel;
8. Mehr mobilitätsfördernde Flexibilität, u.a. bei der persönlichen Gestaltung des Renteneintrittsalters, von Ausbildungs-, Erwerbs- und Nichterwerbsphasen;
9. Konsistenz der verschiedenen Säulen der Altersversorgung: gegenseitige Stützung und zweckdienliche Koordinierung;
10. Sicherstellung gesunder und zukunftssicherer öffentlicher Finanzen: Die sich aus den öffentlichen Renten ergebende Steuerlast muss in angemessener Höhe gehalten werden und darf andere Ausgaben nicht verdrängen.

Diese Ziele und Grundsätze wurden vom Europäischen Rat von Göteborg im Juni 2001 bestätigt. Der Europäische Rat bekräftigt in seinen Schlussfolgerungen ferner drei Rahmenprinzipien „hinsichtlich der Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der Altersversorgungssysteme: Bewahrung der Fähigkeit der Systeme, ihren so-

zialen Zielsetzungen gerecht zu werden, Erhaltung ihrer Finanzierbarkeit und Berücksichtigung der sich wandelnden sozialen Erfordernisse.“<sup>9</sup> In der Mitteilung „Unterstützung nationaler Strategien für zukunftssichere Renten durch eine integrierte Vorgehensweise“ wurden von der Kommission die vorgenannten Grundsätze und Ziele weiterentwickelt und entsprechend den Schlussfolgerungen des Europäischen Rats konkretisiert. So macht die Kommission in ihrem Papier deutlich, dass sich ein angemessenes Rentenniveau aus unterschiedlichen Komponenten zusammensetzen soll. Grundlage soll ein System bilden, in dem unabhängig von Vorleistungen Anspruch auf solche Leistungen bestehen, die Armut und soziale Ausgrenzung verhindern. Daneben soll jeder die zusätzliche Möglichkeit haben, den eigenen Lebensstandard oder den seiner Angehörigen im Fall von Ruhestand, Invalidität oder Tod zu wahren. Diese Möglichkeit soll durch eine Kombination der verschiedenen Säulen garantiert werden. Darüber hinaus spricht sich die Kommission dafür aus, die öffentlichen Systeme zugunsten privater Systeme zurückzudrängen, um die Belastung der öffentlichen Haushalte durch steigende Rentenausgaben in Grenzen zu halten. Der Anteil der privaten Altersvorsorge soll entsprechend gesteigert werden, was bedeutet, dass die zweite und dritte Säule künftig eine maßgebliche Rolle bei der Erfüllung der allgemeinen Ziele von Rentensystemen spielen müssen. In Verbindung mit den Aussagen zur Angemessenheit von Alterssicherungssystemen bedeutet dieses im Ergebnis, dass die Lebensstandardsicherung in Zukunft eher Aufgabe privater, kapitalgedeckter Systeme sein soll. Schließlich sollen die öffentlichen Ausgaben für Renten als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) auf einem Niveau gehalten werden, das den Erfordernissen des Stabilitäts- und Wachstumspakts gerecht wird.<sup>10</sup>

Neben der Formulierung der Ziele und Grundsätze als Reformvorgabe für die nationalen Alterssicherungssysteme steht im Vordergrund aktueller nationaler wie supranationaler Bemühungen die Entwicklung und Auswahl geeigneter Indikatoren und Benchmarks. Die Indikatoren sind von drei (Unter-) Ausschüssen des Rats, namentlich vom Ausschuss für Sozialschutz (SPC), dem Ausschuss für Wirtschaftspolitik (EPC) und dem Ausschuss für Beschäftigung (EMCO), gemeinsam zu entwickeln. Die Indikatoren sollen vergleichbare Informationen über alle Trends liefern, die zum einen für die langfristige Tragfähigkeit der Renten von Bedeutung sind sowie zum anderen die Fortschritte der Reformmaßnahmen widerspiegeln können. Die Schwierigkeit bei der Auswahl geeigneter Indikatoren wird insbesondere darin bestehen, dass sich die Ausschüsse auf gemeinsame – und aus Sicht der Mitgliedstaaten mit ihren unterschiedlich konstruierten Alterssicherungssystemen „systemneutrale“ – Indikatoren einigen müssen, die nicht per se ein bestimmtes Alterssicherungssystem begünstigen oder benachteiligen.

<sup>7</sup> Vgl. Mitteilung der Europäischen Kommission an den Rat, das Europäische Parlament und den Wirtschafts- und Sozialausschuss „Die Entwicklung des Sozialschutzes in Langzeitperspektive: zukunftssicherere Renten“ [KOM (2000) 622 endg. vom 11.10.2000], S. 15.

<sup>8</sup> Vgl. ebd., S. 16.

<sup>9</sup> Europäischer Rat „Schlussfolgerungen des Vorsitzes“, Göteborg [SN 200/01 vom 15./16.6.2001], Rz. 43.

<sup>10</sup> Vgl. Mitteilung der Europäischen Kommission an den Rat, das Europäische Parlament und den Wirtschafts- und Sozialausschuss „Unterstützung nationaler Strategien für zukunftssichere Renten durch eine integrierte Vorgehensweise“ [KOM (2001) 362 endg. vom 3.7.2001], S. 5 ff.

Bislang wurde in dem Bericht „Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators for the long-term sustainability of public finances“ des EPC die Entwicklung altersbedingter Ausgaben der öffentlichen Haushalte sowie die öffentlichen Rentenausgaben als Anteil am BIP als zentrale Indikatoren vorgeschlagen. Auf Grundlage der Indikatoren wurde ein Ranking durchgeführt, bei dem insbesondere die Länder schlecht abschneiden, die über eine stark ausgeprägte erste Säule, demgegenüber aber über eine schwächere zweite und dritte Säule verfügen - und umgekehrt.<sup>11</sup>

Kritisch anzumerken ist, dass die vom EPC vorgeschlagenen Indikatoren nicht „systemneutral“ sind, weil diese als rein monetär bzw. fiskalisch ausgerichteten Indikatoren die Alterssicherungssysteme mit einem hohen Leistungsniveau im Vergleich zu den Systemen mit einem geringeren Leistungsniveau als ineffizient ausweisen. Um nicht lediglich quantitative sondern auch qualitative Messgrößen über die Leistungsfähigkeit eines Alterssicherungssystems zu ermitteln, müssten die Alterssicherungssysteme der Mitgliedstaaten in ihrer Gesamtheit bewertet werden, was auch bedeutet, dass beispielsweise Aspekte der Solidarität und des sozialen Ausgleichs zu beachten sind. Trotz der Problematik und Schwierigkeit quantitative und insbesondere qualitative Aspekte zu beurteilen, müssen diese bei der Auswahl und Formulierung der Indikatoren unbedingt mit berücksichtigt werden. Darüber hinaus dürfte sich als schwierig erweisen, für die Berechnungen der Indikatoren realistische Prognosen und Szenarien zu Grunde zu legen sowie die Ziele entsprechend der langfristigen Vorausberechnungen konkret zu formulieren und zu operationalisieren. Ein erstes Indikatorenverzeichnis und die ihnen zugrundeliegenden Prognosen und Szenarien soll dem Europäischen Rat von Barcelona im März 2002 vorgelegt werden.

Zusammenfassend verdeutlichen diese Entwicklungen, dass auf der einen Seite die „offene Koordinierung“ in ihrer konzeptionellen Entwicklung bereits weit vorangeschritten ist. Sollte die „offene Koordinierung“ auch entsprechend angewendet werden und sich als ein Instrument erweisen, mit dem die formulierten Ziele zu operationalisieren sind, so dürfte dieser Prozess einen Anpassungsdruck auf Seiten der Mitgliedstaaten erzeugen, der umso größer wird, je weiter die einzelnen Mitgliedstaaten von den auf supranationaler Ebene formulierten Zielen und Vorstellungen von Alterssicherung entfernt sind. So stimmen beispielsweise die Ausführungen der Kommission hinsichtlich der Beibehaltung eines ausreichenden Rentenniveaus, der Konsistenz der verschiedenen Säulen der Altersversorgung sowie der Sicherstellung gesunder und zukunftssicherer öffentlicher Finanzen für die in Deutschland geführte Rentenreformdiskussion bedenklich. Weitere Reformen im Bereich der

Alterssicherung nach Vorgabe seitens der Gemeinschaft scheinen im Rahmen der „offenen Koordinierung“ folglich als unumgänglich. Auf der anderen Seite zeigt sich aber, dass der Prozess nach seinem anfänglichen Schwung bereits an Dynamik verloren hat. Zum einen hat der Europäische Rat von Laeken im Dezember 2001 den für den weiteren Prozess maßgeblichen „Gemeinsamen Bericht über Zielsetzungen und Arbeitsmethoden im Bereich der Renten: Anwendung der offenen Koordinierungsmethode“ zur Kenntnis genommen, diesem aber nicht zugestimmt.<sup>12</sup> Zum anderen stellt der Europäische Rat die „offene Koordinierung“ bereits indirekt zur Disposition, denn dieser fragt den neu eingerichteten Verfassungskonvent, ob die Anzahl der Gesetzgebungsinstrumente und der nicht bindenden Instrumente, zu denen die „offene Koordinierung“ zählt, verringert werden muss bzw. für welche Zuständigkeiten die „offene Koordinierung“ das am besten geeignete Instrumente ist.<sup>13</sup> Angesichts dieser Entwicklungen bleibt mit Spannung abzuwarten, wie der Europäische Rat von Barcelona sich im März 2002 zum weiteren Vorgehen in diesem Bereich äußert.

Jörg Sommer Telefon: 0421/218-4395 E-Mail: sommer@zes.uni-bremen.de
---

<sup>11</sup> Vgl. Economic Policy Committee „Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators for the long-term sustainability of public finances“ [EPC/ECFIN/655-01-EN final vom 24.10.2001], S 66 f.

<sup>12</sup> In dem Gemeinsamen Bericht wird dem Europäischen Rat von Laeken empfohlen, unter voller Wahrung des Prinzips der Subsidiarität und der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten die offene Koordinierungsmethode im Bereich der Renten anzuwenden. Vgl. Rat der Europäischen Union „Qualität und langfristige Finanzierbarkeit der Altersversorgungssysteme: Gemeinsamer Bericht über Zielsetzungen und Arbeitsmethoden im Bereich der Renten“ [14098/01 SOC 469 ECOFIN 433 vom 23.11.2001], S. 6 sowie Europäischer Rat „Schlussfolgerungen des Vorsitzes“, Laeken [SN 300/01 vom 14./15.12.2001], Rz. 30.

<sup>13</sup> Vgl. Europäischer Rat „Schlussfolgerungen des Vorsitzes“, Laeken [SN 300/01 vom 14./15.12.2001]; Anlage I: „Erklärung von Laeken zur Zukunft der Europäischen Union“, S. 5.

## Gering Qualifizierte in Deutschland und England: Kontrast der institutionellen Schnittstellen von Bildungs- und Beschäftigungssystem

Im September 2002 wird am Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung Institutionen und Geschichte des Wohlfahrtsstaates, unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Leibfried ein Forschungsprojekt ins Leben gerufen, das sich mit dem Thema „Gering Qualifizierte in Deutschland und England“ befasst. Das in Kooperation mit Prof. Dr. Jens Alber (Universität Konstanz) entwickelte Projekt wird mit Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziert.

### Zielsetzung:

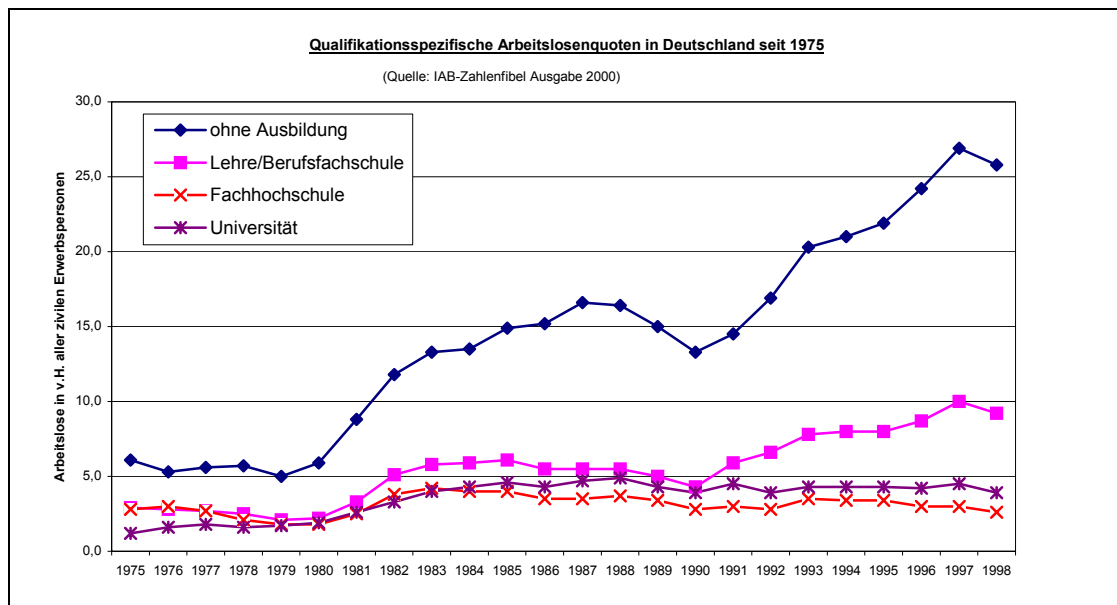
In einem Vergleich zwischen *Deutschland* und *England* soll herausgearbeitet werden, wie Gesellschaften, die sich in der Organisation ihres sozialen Sicherungssystems, des Arbeitsmarktes und des Bildungswesens deutlich voneinander abheben, mit den zunehmenden Beschäftigungsproblemen gering qualifizierter Arbeitskräfte umgehen. Das Forschungsinteresse liegt dabei einerseits in der deskriptiven Erfassung unterschiedlicher *institutioneller Voraussetzungen* und unterschiedlicher *Formen der Problembearbeitung*, die zur Integration niedrig Qualifizierter in den Arbeitsmarkt entwickelt werden. Zum anderen wird der Frage nachgegangen, ob sich Integrationserfolge auf die unterschiedliche *nationale Institutionenstruktur* zurückführen lassen oder eher in den *Strategien relevanter lokaler Akteure* des politisch-administrativen Systems in Deutschland und England begründet liegen.

### Ausgangslage:

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Arbeitsnachfrage deutlich zu Gunsten qualifizierter Arbeitskräfte verschoben und die Löhne von Arbeitnehmern mit niedrigem Qualifikations- und Produktivitätsniveau unter Druck gesetzt. Für Deutschland stellt das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) fest, dass die Aufnahmefähigkeit bzw. die Aufnahmebereitschaft des Arbeitsmarktes für niedrig Qualifizierte deutlich abnimmt. So stieg die Arbeitslosenquote von Personen ohne Ausbildung seit 1980 von 5,9 auf über 25 Prozent an (s. *Schaubild 1*). Bis zum Jahr 2010 – so die IAB/PROGNOS-PROJEKTION – werden weitere 1,5 Mio. Arbeitsplätze für „Ungelernte“ wegfallen.

Als Ursache der sich verschlechternden Arbeitsmarktposition gering Qualifizierter in den westlichen Industrieländern wird eine Kombination aus technologischem Wandel, der Internationalisierung der Kapital- und Gütermärkte sowie die Konkurrenz aufstrebender Entwicklungsländer bei einfachen Industrieprodukten identifiziert, die zur Verdrängung einfacher Tätigkeiten in der Industrie führt und gleichzeitig das Anforderungsniveau der Arbeitsplätze in Industrie- und Dienstleistungssektor anhebt.

Schaubild 1: Qualifikationsspezifische Arbeitslosenquoten



Quelle: IAB-Zahlenfibel 2000

Konzepte zur Förderung von Beschäftigung im Bereich einfacher Tätigkeiten setzen zumeist auf die Deregulierung der Arbeitsmärkte, verstärkte Lohnspreizung und Kürzungen der Lohnersatzleistungen für Arbeitslose. Zudem sollte die Integration bearbeitender Institutionen, welche sowohl soziale Transferleistungen erbringen als

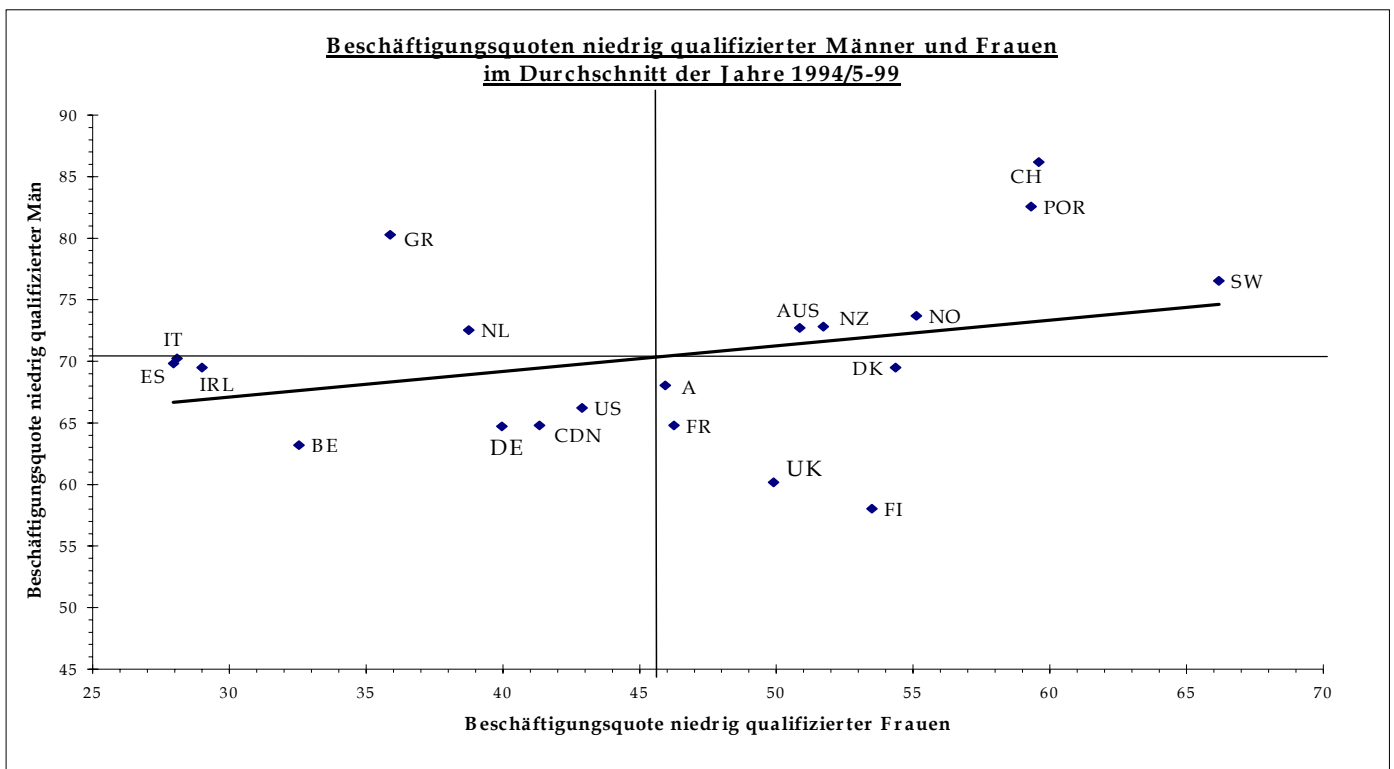
auch Vermittlungs-, Qualifizierungs- und Aktivierungsfunktionen übernehmen, einer Einbindung niedrig Qualifizierter in den Arbeitsmarkt förderlich sein. Diese Überlegungen legen einen Vergleich zwischen Deutschland und England nahe, denn der englische Arbeitsmarkt ist zum einen flexibler als der deutsche, zum anderen wurde durch die Zusammenlegung von *Unemployment Benefit*

und *Income Support* zur *Job Seekers Allowance* der institutionellen Fragmentierung bearbeitender Institutionen in Großbritannien ein Ende bereitet. Ferner bewerten maßgebliche Institutionen der Politikberatung britische sozial- und arbeitsmarktpolitische Reformen als vorbildhaft, um gerade im Bereich einfacher Tätigkeiten Beschäftigung zu fördern. Demgegenüber sind sowohl sozialstaatliche Absicherungen gegen Armut und Arbeitslosigkeit als auch Vermittlungs- und Qualifizierungsleistungen in Deutschland auf mehrere Ebenen verteilt. Insbesondere die Kompetenzverteilung zwischen Arbeitsämtern und Sozialhilfeträgern und damit verbundene fiskalische

Interessen könnten Effizienzverluste in der Integration von Problemgruppen in den Arbeitsmarkt begründen.

Ende der 1990er Jahre weisen aber die zur Verfügung stehenden komparativen Daten England nicht als besonders erfolgreich in der Integration niedrig Qualifizierter aus. Zwar fällt Großbritannien mit überdurchschnittlichen weiblichen Beschäftigungsquoten auf, liegt aber bei den Quoten der Männer mit niedrigem Bildungsstand auf dem vorletzten Platz der OECD-Nationen (OECD Employment Outlook 2001).

Schaubild 2: Beschäftigungsquoten niedrig qualifizierter Männer und Frauen



Die Arbeitslosenquoten niedrig Qualifizierter in Großbritannien liegen zwar unter den gesamtdeutschen Vergleichswerten, doch auch hier zeigen sich Probleme bei der Arbeitsmarktintegration britischer Männer mit niedrigem Bildungsstand, die nach OECD-Angaben 6-fach höhere Arbeitslosenquoten besitzen als hoch qualifizierte Arbeitskräfte. In Deutschland ist diese Relation mit 3,7 etwas günstiger.

#### **Fragestellung und Forschungsdesign:**

Diese Beobachtungen werfen erstens die Frage auf, ob es sich bei den gängigen Daten um statistische Artefakte handelt. So könnten Probleme in der Vergleichbarkeit von Ausbildungsabschlüssen auf internationaler Ebene die OECD-Zahlen verzerren. Der OECD-Wirtschaftsausblick vom Dezember 1998 weist darauf hin, dass die Bildungsniveau-Variablen gerade für Deutschland eine unvollkommene Messgröße für das Humankapital darstellen könnten.

Zum anderen soll danach gefragt werden, warum in England die Problembearbeitung nicht besser gelingt, obwohl die englische Institutionenstruktur die Problembearbeitung aufgrund der geringeren Fragmentierung administrativer Zuständigkeiten erleichtern sollte und der flexible britische Arbeitsmarkt den Zugang gering Qualifizierter zum Arbeitsmarkt begünstigen sollte.

Diese Fragen sollen durch ein Forschungsdesign bearbeitet werden, das durch die Auswahl von vier Regionen zu gewährleisten versucht, dass wirtschaftliche Rahmenbedingungen weitestgehend konstant gehalten werden, während institutionelle Formen der Problembearbeitung zwischen den beiden Ländern variieren.

Tabelle 1: Forschungsdesign

Forschungsdesign: Kriterien zur Auswahl der Regionen		Deutschland (fragmentierte Institutionenstruktur; regulierte Arbeitsmärkte)	England (Integration bearbeitender Institutionen; flexible Arbeitsmärkte)
<b>Problemregionen:</b> Hohe Arbeitslosenquote; geringes BSP-Wachstum; dominanter <i>Exposed sector</i>	<b>Günstige</b> Arbeitslosenentwicklung gering Qualifizierter seit 1996	<b>Region 1</b>	<b>Region 2</b>
	<b>Ungünstige</b> Arbeitslosenentwicklung gering Qualifizierter seit 1996	<b>Region 3</b>	<b>Region 4</b>

Faktoren, welche die Beschäftigungsbilanz gering Qualifizierter bei ähnlichen wirtschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen beeinflussen, wird dadurch nachgegangen, dass pro Land zwei Regionen mit möglichst großer Variation der Beschäftigungsbilanz gering Qualifizierter ausgewählt werden. Von Interesse ist dabei insbesondere, ob in erster Linie institutionelle Makrostrukturen – wie der Grad der Integration von Bildungs-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik – oder aber unterschiedliche Vorgehensweisen der Akteure auf lokaler Ebene die Platzierungserfolge gering Qualifizierter prägen und welcher Zusammenhang zwischen institutionellen Strukturen und den beobachteten Problembearbeitungsmustern besteht. Die Auswahl der zu untersuchenden Regionen eröffnet dann verschiedene Vergleichsmöglichkeiten. Während die Diagonalfälle 2 und 3 der Ausgangserwartung des Projektantrags entsprechen, würden die Fälle 1 und 4 analog zu einer statistischen Residuenanalyse zu sehen sein. Im *intranationalen* Vergleich der Regionen 1 und 3 sowie 2 und 4, sind dann die Bedingungen zu ermitteln, welche bei gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen Divergenzen in der Arbeitsmarktp Performanz gering Qualifizierter begründen („*most similar cases – different outcome*“). Im *internationalen* Vergleich zwischen den erfolgreichen Regionen 1 und 2 sowie den weniger erfolgreichen Regionen 3 und 4 kann danach gefragt werden, welche Gemeinsamkeiten die Regionen – jenseits ihrer unterschiedlichen national festgelegten institutionellen Rahmenbedingungen – hinsichtlich der Strategien und Maßnahmen besitzen, die zur günstigen Position niedrig Qualifizierter beitragen („*most different cases – similar outcome*“).

Informationen über die Mechanismen erfolgreicher Problembearbeitung sollen durch Expertenbefragungen in den zu untersuchenden Regionen ermittelt werden. Neben Personen aus der Arbeitsmarktforschung sollen aus den zu untersuchenden Regionen Experten auf der Verwaltungsebene verschiedener Organisationen und Behörden befragt werden. Zu berücksichtigen sind dabei Arbeitsämter oder *Jobcentres*, Sozialämter, Bildungs- und Weiterbildungseinrichtungen, Anbieter von Maßnahmen des *New Deal* und Träger von Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen, Industrie- und Handels-

kammern bzw. *Training and Enterprise Councils* sowie *Chambers of Commerce, Training and Enterprise*.

Für *institutionell begründete Erklärungen* der im internationalen Vergleich auffallend hohen *relativen* Arbeitslosenquoten englischer gering Qualifizierter lassen sich aus der Literatur verschiedene „Leitideen“ entwickeln. So ist die britische Institutionenstruktur zwar auf eine Eingliederung gering Qualifizierter ausgerichtet und eher dazu geeignet, Leistungen auf gering Qualifizierte zu konzentrieren, aber die Arbeitsverwaltung und die verantwortlichen Mitarbeiter stehen in der Tradition neoliberaler Arbeitsmarktpolitik und sehen ihre Aufgabe daher in erster Linie darin, den Druck auf Arbeitssuchende zu erhöhen, ohne die spezifischen Defizite im Sinne von mangelnder Bildung oder Gesundheit zu berücksichtigen, welche der nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt im Wege stehen<sup>1</sup>. Ferner sind die Maßnahmen der britischen Arbeitsverwaltung nicht in eine gefestigte Implementationsstruktur eingebunden, die maßgebliche lokale Akteure – v.a. Arbeitgeber – umfasst. Programme zur Integration gering Qualifizierter laufen daher Gefahr, aufgrund von Informationsdefiziten von relevanten Akteuren nicht angenommen zu werden. Ein weiterer Erklärungsansatz könnte darin liegen, dass Maßnahmen zur Eingliederung gering Qualifizierter in den Arbeitsmarkt, wie sie bspw. in den verschiedenen *New Deals* vorliegen, zentralstaatlich konzipiert wurden und nur ungenügend an lokale Strukturen angepasst werden können<sup>2</sup>. Verschiedene Maßnahmen, die für die Integration gering Qualifizierter sorgen sollen, werden in England durch privatwirtschaftlich organisierte Unternehmungen durchgeführt. Diese haben ein starkes Interesse an hohen Eingliederungsquoten und daher ein Interesse an „*creaming*“, d.h. der Vermittlung von Personen mit verhältnismäßig günstigen Arbeitsmarktperspektiven. Die an sich hohe Integration britischer Institutionen, die sich positiv auf Problembearbeitungskompetenzen auswirken sollte, könnte also durch den neuen Versuch, den Wettbewerb zwischen verschiedenen Trägerformen

<sup>1</sup> Vgl.: Trampusch, Christine, 2000: Arbeitsmarktpolitik, Gewerkschaften und Arbeitgeber. Dissertation: Universität Göttingen.

<sup>2</sup> Vgl.: Finn, Dan, 2000: „Welfare to Work: the Local Dimension“, *Journal of European Social Policy* 10: 43-57.



zu fördern und Ineffizienzen staatlicher Strukturen abzubauen, geschwächt bzw. konterkariert werden. Die dadurch entstehende Fragmentierung könnte einander widerstrebende Interessen etablieren, die einer effizienten Eingliederung von gering Qualifizierten entgegenstehen.

Diese exemplarisch vorgetragenen institutionellen Erklärungsansätze sollen in den Expertengesprächen thematisiert werden. Zudem ist im Rahmen des Projekts geplant, v.a. die zahlreichen britischen Evaluationsstudien zu beschäftigungsfördernden Programmen für niedrig Qualifizierte zu sichten und zu ermitteln, welche Faktoren mit dem Erfolg oder Misserfolg von Maßnahmen bislang in Verbindung gebracht wurden.

Achim Schmid  
 Universität Konstanz  
 FB Politik- und Verwaltungswissenschaften  
 Fach D 91  
 78457 Konstanz  
 E-Mail: achim.schmid@uni-konstanz.de

## **Flexibilisierung und Gendering von Erwerbsformen im Gesundheitssektor**

### **Eine Studie zur Professionalisierung und Dienstleistungsqualität in der ambulanten Versorgung in Bremen**

Im Februar 2002 wurde ein dreijähriges Forschungsprojekt begonnen das, in der Schnittmenge von Gesundheits- und Geschlechterforschung angesiedelt, ein ‚Scharnier‘ zwischen den Abteilungen „Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat“ und „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ im Zentrum für Sozialpolitik bildet. Die Leitung des Projekts liegt bei Prof. Dr. Karin Gottschall in der Abteilung ‚Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat‘ in Kooperation mit Prof. Dr. Frauke Koppelin, Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven; Projektbearbeiterin ist Dr. Ellen Kuhlmann. Gefördert wird das Projekt im Rahmen des Hochschul- und Wissenschaftsprogramms (HWP), Programmteil: Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses, und aus Eigenmitteln.

Das Projekt setzt an den Reformbestrebungen im Gesundheitswesen an und nimmt die Umstrukturierungen auf unterschiedlichen Ebenen in den Blick. Drei Themenstränge werden systematisch verknüpft: die Professionalisierungsprozesse der Medizin und der Gesundheitsberufe, die Qualität der Versorgungsangebote und die Möglichkeiten geschlechtergerechter Partizipations- und Karrierechancen in einem expandierenden, aber durchgehend geschlechterhierarchisch strukturierten Arbeitsmarktsegment. Die Untersuchung ist als explorative qualitative Querschnittstudie angelegt. Sie will die Entwicklungsdynamik von Erwerbsmustern, Professionalisierungsprozessen und Kooperationsstrukturen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in einer Region heraus arbeiten und exemplarisch Entstehungskontexte, Funktionsweisen und erwerbsstrukturelle sowie quali-

tätsbezogene Wirkungen neuer Versorgungsstrukturen untersuchen.

Der Wandel in den strukturpolitischen Steuerungsinstrumenten, den organisationalen Formen der Anbieter gesundheitsbezogener Dienstleistungen und den Anforderungen an Professionalität beinhaltet, so vermuten wir, zum einen Momente der Flexibilisierung von Erwerbsformen, die auch die Geschlechterverhältnisse tangieren werden. Zum zweiten nehmen diese Veränderungen Einfluss auf die Qualität der Dienstleistung. Die Untersuchung soll Fragen wie die folgenden klären: Eröffnen die umfassenden Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen Möglichkeiten, die geschlechterhierarchische Strukturierung der Medizin und der Gesundheitsberufe sowohl innerhalb wie zwischen den Professionen aufzubrechen? Welche Bedingungskonstellationen wirken protektiv für die Herstellung von Symmetrie in den Geschlechterverhältnissen und welche als Differenzverstärker? Welche Zusammenhänge zwischen den Prozessen auf der Ebene der Professionen und der Qualität der Dienstleistung zeichnen sich ab?

Diese Forschungsfragen werden auf die *ambulante Gesundheitsversorgung* zugespitzt und hier empirisch bearbeitet. Insbesondere geht es um neue Modelle, die mit den Stichworten „Vernetzung“, „integrierte Versorgung“ und „Verringerung der Schnittstellenproblematik“ grob umrissen sind. Im Zentrum stehen die Entwicklungen in der Ärzteschaft. Ergänzend dazu sollen ausgewählte Gesundheitsberufe betrachtet werden: die ArzthelferInnen als ein traditioneller sogenannter Frauenberuf mit geringen Aufstiegschancen, der mit weiblicher Geschlechtssymbolik aufgeladen ist sowie die Physiotherapie als ein ursprünglich frauendominiertes Berufsfeld, das gegenwärtig zu einer eher ausgewogener Geschlechterrelation mit verstärkten Professionsentwicklungen tendiert.

Der empirische Teil der Studie konzentriert sich auf die *Region Bremen*. Somit bieten sich nicht nur Möglichkeiten, disziplin- und abteilungsübergreifende Kooperationen zu stärken. Auch die lokale Zusammenarbeit mit Verbänden und Akteuren aus der Praxis wird gefördert und der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis angestrebt.

### ***Disziplinäre Quergänge – Professionalisierung, Dienstleistungsqualität und Geschlechterverhältnisse***

Das Forschungsfeld „ambulante Gesundheitsversorgung“ ist Gegenstand einer weitgreifenden und kontroversen Debatte. Doch die Trias „Professionalisierung, Dienstleistungsqualität, Geschlechterverhältnisse“ wird bisher in Deutschland wie auch im internationalen Vergleich in weitgehend getrennt verlaufenden Diskursen und in unterschiedlichen Wissenschaftsfeldern bearbeitet. Im Vordergrund stehen die sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen, die jedoch in unterschiedlichen Teildisziplinen und auf der Basis einer ausgesprochen heterogenen Datenlage erfolgen. Das komplexe Zusammenspiel der vielfältigen veränderten Rahmenbedingungen für die ambulante Gesundheitsversorgung – einschließlich der Anforderungen an die Qualität der Ver-

sorgungsleistungen – und der erwerbsstrukturellen Situation der beteiligten Berufsgruppen gerät in diesen disziplinär fokussierten Diskussionen aus dem Blick.

Die wenigen vorliegenden Arbeiten, die den Zusammenhängen zwischen neuen Organisationsformen im Gesundheitswesen und Veränderungen der Geschlechterverhältnisse in diesem Berufsfeld nachgehen (z.B. Crompton/LeFeuvre/Birkelund 1999; Halford/Savage/Witz 1997), betrachten vorwiegend die Entwicklungen in der Medizin und der Pflege. Die Veränderungen im Gefüge der Professionen insgesamt sowie weitere, an der Versorgung beteiligte Gesundheitsberufe bleiben marginal. Zusammengefasst bestätigen die Ergebnisse unsere These, dass Zusammenhänge zwischen institutionellem Wandel im Gesundheitswesen und Veränderungen des geschlechterspezifisch strukturierten Berufsfeldes bestehen. Sie weisen ebenfalls darauf hin, dass die Gruppen der „Gewinner“ und der „Verlierer“ gegenwärtig kaum zuverlässig zu prognostizieren, sondern nur empirisch zu bestimmen sind (vgl. Hanlon 1998; Lane 2001). Bestätigt findet sich in der Literatur auch die Vermutung, dass Geschlecht als soziale Kategorie nach wie vor ein relevantes Differenzierungsmuster und eine Erzeugungsstruktur von Ungleichheiten darstellt. Weitgehende Unklarheiten bestehen allerdings in der Frage, wie sich die veränderten Rahmenbedingungen auf die Qualität der Versorgung auswirken.

Die komplexe Fragestellung des Projektes erfordert „Anleihen“ bei unterschiedlichen Disziplinen. Wesentliche Anknüpfungspunkte bieten neben der Geschlechterforschung die soziologische Professionalisierungs- und Organisationsforschung sowie die Gesundheitsforschung. Im Rahmen dieses Projektes kann es allerdings nicht um die Versorgungsforschung und die Fragen des Qualitätsmanagements im engeren Sinne gehen. Dies würde eine patientenorientierte Anlage der Untersuchung erfordern. Wir werden uns hier auf die Ebene der Anbieter und ihre Sicht beschränken und charakterisieren diesen Ausschnitt der Versorgungsqualität mit dem Begriff „Dienstleistungsqualität“.

Mit Blick auf die empirische Bearbeitung werden verschiedene Dimensionen des Wandels relevant, die sich zugleich unterschiedlichen Betrachtungsebenen zuordnen lassen:

- Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung – Institutionen
- Erwerbsstrukturen – Arbeitsmarkt
- Professionalisierungsstrategien – Professionen
- innerorganisationale Strukturierung und Vernetzung – Organisationen

Im Verlauf der Untersuchung wird noch zu klären sein, ob die Dienstleistungsqualität hinreichend über organisationsbezogene Merkmale zu erfassen ist oder einen eigenständigen empirischen Zugang erfordert. Darüber hinaus gilt für alle Betrachtungsebenen, die gesellschaftliche Verfasstheit von Geschlechterverhältnissen und die symbolische Wirkungsmacht der binären Geschlechterordnung in die Analyse einzubeziehen.

### *Neue Organisationsmodelle für die ambulante Gesundheitsversorgung*

Die sozialstaatlich organisierte Gesundheitsversorgung in Deutschland steht seit einigen Jahren vor erheblichen Kostenproblemen, die wesentlich auf sinkende Einnahmen zurückgehen (vgl. Braun/Kühn/Reiners 1998). Die Debatte wird gegenwärtig von den ökonomischen Aspekten beherrscht. Strittig ist nicht nur, ob das Gesundheitssystem die Anforderung nach wirksamen Versorgungsleistungen in einem angemessenen Verhältnis von Kosten und Nutzen erfüllt. Ebenso umstritten sind die Kriterien von Effizienz und Effektivität selbst. Es gibt diesbezüglich weder einen empirisch fundierten Konsens in der Wissenschaft noch einheitliche Auffassungen unter den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen.

Obschon die Diagnosen und die Interventionen primär ökonomisch motiviert sind, werden weitere Strukturprobleme virulent. Das Gesundheitswesen weist eine Dominanz biomedizinischer Denkschablonen und Versorgungsstrukturen auf, die mit der Definitionsmacht der Ärzteschaft gekoppelt sind. Diagnostiken und Therapien orientieren sich an Krankheitskonzeptionen und Handlungsmustern der Akutmedizin, wohingegen chronische Erkrankungen und ihre Verursachungs- bzw. Entwicklungsbedingungen ebenso wie präventive Maßnahmen und subjektive Lösungspotenziale marginal bleiben. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Versorgung erfordert jedoch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, zwischen Allgemeinmedizin und FachärztInnen sowie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Folgt man den Analysen der Gesundheitssystemforschung, dann finden diese umfassenden Anforderungen nur in wenigen *Reformansätzen* Berücksichtigung. Zum einen zielen die Strategien primär auf Veränderungen innerhalb der Ärzteschaft - insbesondere über Leitlinien, professionelle Selbstverpflichtungen und die Ausbildung der Mediziner/innen. Naturwissenschaftlich-technologisches Wissen wird priorisiert und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen arztzentriert organisiert. Zum zweiten dominieren organisationsbezogene Reformansätze in der Tradition der Rationalisierung der industriellen Produktion. Diese Managementkonzepte der Betriebswirtschaft etablieren sich vor allem im Krankenhaussektor. Sie stehen jedoch vor dem Hintergrund neuer Organisationsmuster auch im ambulanten Sektor zur Debatte.

Eine dritte Reformstrategie favorisiert den Aufbau einer integrierten Versorgungsstruktur und nimmt hierdurch auch die Kooperation der Berufsgruppen in einem Versorgungssetting in den Blick. Mit der Einführung der Integrierten Versorgung in den §§ 140 a ff SGB V haben diese Vorschläge seit dem 1. Januar 2000 eine rechtliche Absicherung erhalten. Die bislang sektoral gegliederten „Einzelbetriebe“ wie Arztpraxen, stationäre und rehabilitative Einrichtungen sowie niedergelassene Therapeuten/Therapeutinnen können sich zugunsten einer Optimierung des Behandlungsablaufs vernetzen. Welche dieser Reformstrategien im Bereich der ambulanten Ver-

sorgung unter welchen Bedingungen greift oder wie sich diese Strategien mischen, lässt sich auf dem gegenwärtigen Kenntnisstand nicht zuverlässig beurteilen. Zu beobachten ist jedoch, dass mit den Reformstrategien auch die Anforderungen an das Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung steigen. Geht man davon aus, dass Qualität nicht nur über die ärztliche Qualifikation, sondern wesentlich durch das Praxissetting hergestellt wird, dann steht die Dienstleistungsqualität in unmittelbarem Zusammenhang mit der organisationalen Strukturierung.

Die neuen Versorgungsformen bieten Anreize für innovative Beschäftigungsformen und Arbeitsweisen. Interessant für unsere Studie ist vor allem, ob hierdurch auch die professionstypischen Handlungsroutinen und Zuständigkeiten verhandelbar werden. *Welche Beschäftigungsmuster* sich herausbilden, lässt sich kaum prognostizieren. Doch ist anzunehmen, dass die Umstrukturierungen und die Anforderungen an das Qualitätsmanagement Auswirkungen auf die Berufsprofile, die Professionalisierungsstrategien und die Definitionen von Professionalität haben werden.

### ***Gesundheitsberufe und Geschlechterverhältnisse in Bewegung***

Im Zeitverlauf betrachtet treten die beachtlichen Erfolge hervor, die Frauen in der Medizin vorweisen können: Sie waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts nahezu vollständig aus der Profession ausgeschlossen und verfügen heute in etwa gleicher Anzahl wie die Männer über entsprechende Basisqualifikationen. Welche grundlegenden Veränderungen diese Entwicklung hervor ruft, wird allerdings unterschiedlich bewertet. Die vorliegenden Arbeiten und Statistiken zur Medizin sprechen insgesamt dafür, dass ein quantitativer Zuwachs von Frauen *allein* kein zuverlässiger Prädiktor für berufsstrukturelle und arbeitsinhaltliche Veränderungen ist (vgl. Riska 2001). Die höhere Arbeitslosenquote der Ärztinnen im Vergleich zu ihren Kollegen, die geringere Präsenz unter den Fachärzten sowie unter den Selbständigen, die Unterschiede in Status und Einkommen zu Lasten der Frauen sowie die fortwährende geschlechtliche Konnotation von Fachgebieten verweisen darauf, dass „Geschlecht“ auch unter veränderten Bedingungen Ungleichheiten erzeugen kann.

Ähnlich „nachhaltig“ zeigt sich diese Wirkungsmacht mit Blick auf die ArzthelferInnen. Dieser Beruf wird zum aller größten Teil von Frauen ausgeübt. Trotz des niedrigen Einkommensniveaus und geringer Aufstiegschancen scheint er weiterhin als Ausbildung attraktiv zu sein. Zugleich weisen die neuen Aufgaben des Praxismanagements auch in diesem Bereich auf Veränderungen hin, die mögliche Aufstiegschancen für Frauen beinhalten können. In der Physiotherapie wie in der Pflege sind bereits seit längerem Verschiebungen in der Relation der Geschlechter zu beobachten. Beide Berufe werden zunehmend auch für Männer attraktiv. In der Physiotherapie ist diese Entwicklung am weitesten fortgeschritten. Doch insgesamt ist kaum etwas über die Differenzierungen *innerhalb* der Professionen bekannt. Ebenso wenig

wissen wir, welche Veränderungen sich hieraus im Gefüge der Berufsgruppen ergeben.

Insgesamt ist zwar eine hartnäckige Existenz hierarchischer Geschlechterarrangements im Gesundheitssektor nachzuweisen: Frauen sind nach wie vor überproportional in Professionssegmenten und Berufen vertreten, die ökonomisch und sozial über ein niedrigeres Prestige als die von Männern favorisierten Bereiche verfügen. Doch gleichzeitig zeichnen sich in den letzten Jahren auch deutliche *Flexibilisierungen* ab. Die umfassenden Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen erzeugen auch eine *Dynamik* im Berufsfeld. Bisher ist nicht untersucht, wie sich die aktuellen Veränderungen auf Berufsstrukturen, Erwerbsmuster und Karrierechancen speziell von Frauen auswirken. Die Fragestellungen des Projektes nach dem Zusammenspiel der Entwicklungen in der Medizin und den Gesundheitsberufen mit unterschiedlichen Professionalisierungserfolgen zielen auch darauf, die in der Forschung reproduzierte Polarisierungen zwischen ärztlich/nicht-ärztlich, Profession/Hilfstätigkeit, selbständig/angestellt und ähnlichen Dualismen im Ansatz aufzubrechen. Diese Begriffe beinhalten eine geschlechtliche Konnotation und laufen somit Gefahr, die Ergebnisse in gewisser Weise zu präformieren. Die hier eingenommene Perspektive bietet demgegenüber Möglichkeiten, auch die Differenzierungen innerhalb der Gruppe der Frauen genauer zu erfassen.

### ***Organisationen als mikropolitische Kosmos und als zukunftsweisendes Gestaltungsfeld***

Mit den neuen Steuerungsimpulsen gewinnt die Organisation in der ambulanten Versorgung an Bedeutung. Sie wird gewissermaßen zu einer „Schaltstelle“ der Umsetzung dieser Modelle und verfügt dabei über wesentliche eigenständige Gestaltungspotenziale. Aus der Organisationsforschung ist bekannt, dass sich neue Modelle nicht so bedingungslos top-down durchsetzen. Vielmehr wird hier ein hochkomplexes mikropolitische Bedingungsgefüge relevant, das sich sowohl begünstigend als auch hemmend für die Vorhaben erweisen kann. Nicht zuletzt sind diese Zusammenhänge auch durch die Studien zur Implementierung gleichstellungspolitischer Maßnahmen belegt.

Sowohl die professionsbezogenen als auch die gesundheitswissenschaftlichen Forschungen weisen gerade mit Blick auf die Organisation erhebliche „Schwachstellen“ auf. Die in der Gesundheitsforschung dominierte Systemperspektive sowie das gegenwärtige Primat einer betriebswirtschaftlichen Logik verstellen den Blick auf das komplexe Bedingungsgefüge. Insbesondere bleiben die Akteure und ihre jeweils spezifisch geprägten Handlungsstrategien und Motive marginal. Innerhalb dieses konzeptionellen Rahmens können weder ein mögliches Scheitern noch die Bedingungen einer erfolgreichen Implementierung präziser analysiert werden. Die Professionsforschung ist nach wie vor erheblich durch das Bild selbständiger, autonom handelnder Professionsinhaber geprägt. Institutionelle Vorgaben und organisationale Kontexte werden aus dieser Sicht zu „externen Mächten“, die den Einfluss von Professionen schwächen und

Professionalisierungsprozesse blockieren. Einige neuere Arbeiten diskutieren diese Annahmen kritisch und weisen nach, dass organisationale Kontexte auch begünstigende Einflüsse auf Professionalisierungsprozesse ausüben können.

Ein wesentlicher Schwerpunkt des Projektes wird darauf liegen, die Organisation als komplexes „Setting“ in der ambulanten Versorgung genauer in den Blick zu nehmen. Wie integrieren die Organisationen die neuen externen Anforderungen in ihren Aufgabenbereich und in ihre Alltagsroutinen? Reagieren sie im Hinblick auf neue Anforderungen der Abstimmung mit weiteren Akteuren eher mit bürokratischen Regelungen oder mit kooperativen Modellen? Greifen sie eher auf hierarchische Handlungsmuster zurück oder bilden sie Netzwerkstrukturen aus?

### **Ausblicke**

Wir betrachten die Modellprojekte und Reformvorschläge in der ambulanten Gesundheitsversorgung als eine „Synapse“, um die Vielschichtigkeit der Veränderungen zu erfassen und der empirischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Ziel der Studie ist es, die jeweils spezifischen Engführungen professionssoziologischer und gesundheitswissenschaftlicher Ansätze zu überwinden und auf einer empirisch geleiteten Basis neue Vorschläge zu entwickeln. Damit einher geht das Interesse, bestehende Lücken in den vorliegenden Daten zu verringern und bisher vernachlässigte Verweisungen zwischen Steuerungsimpulsen, Erwerbsstrukturen und Qualitätsaspekten der Versorgung herauszuarbeiten.

Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob die veränderten Rahmenbedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung und die veränderten Formen der Berufspraxis dazu beitragen, die hegemonial „männlich“ geprägte medizinische Profession in ihrer internen Strukturierung wie auch in der Stellung zu anderen Gesundheitsberufen wie den Arzthelfer/innen und Physiotherapeut/innen zu verändern. Damit würden strukturell Möglichkeiten für weniger hierarchisierte Arbeitsformen zwischen den in der ambulanten Versorgung tätigen Berufsgruppen eröffnet. Auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen könnten Erwerbsformen entstehen, die im Sinn beruflicher Kompetenz, Karrierechancen, sozialer Sicherung und selbstbestimmter – insbesondere familienorientierter – Lebensführung „zukunftsfähig“ sind.

Ebenso liegen Hinweise auf gegenteilige Entwicklungsmöglichkeiten vor. Diese sind vor allem in neuen sozialen Polarisierungen innerhalb der medizinischen Profession, in einer weiteren Prekarisierung der Assistenz Tätigkeiten sowie in neuen Risiken des „Selbstunternehmertums“ bei den Gesundheitsfachberufen zu vermuten. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Frauen nach wie vor in höherem Maße als Männer für reproduktive Aufgaben zuständig sind und darüber hinaus unabhängig von ihrer realen Lebenssituation in dieser Rolle gesehen werden, könnten diese Entwicklungen biographisch wie lebenslagenspezifisch eher weitere soziale Polarisierungen auch innerhalb der Gruppe der Frauen hervorrufen.

Mit Blick auf die politisch-praktischen Erträge des Projektes sollen zum einen Handlungsspielräume für eine geschlechtergerechte Gestaltung der Erwerbsstrukturen im Gesundheitssektor aufgespürt werden. Zum zweiten geht es um Gestaltungsperspektiven der ambulanten Gesundheitsversorgung, die dazu beitragen, die ökonomische und/oder medizinische Vereinsseitung von Effektivitäts- und Effizienzkriterien aufzubrechen und die umfassenden sozialen Konsequenzen der Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen sichtbar zu machen. Ein wesentlicher Aspekt wird dabei die Frage der Dienstleistungsqualität (vgl. Bauer 2000) sein. Die Ergebnisse dieses Projektes versprechen, so hoffen wir, weiterführende Einsichten für die theoretische Debatte wie auch für die Praxis der ambulanten Gesundheitsversorgung.

### **Literatur**

Bauer, Rudolph, 2000: *Personenbezogene soziale Dienstleistungen. Begriffe, Qualität und Zukunft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Braun, Bernard; Kühn, Hagen; Reiners, Hartmut, 1998: *Das Märchen von der Kostenexplosion*. Frankfurt: Fischer.

Crompton, Rosemary; LeFeuvre, Nicky; Birkelund, Gunn Elisabeth, 1999: „The restructuring of gender relations within the medical profession“, in: Rosemary Crompton (ed.), *Restructuring gender relations and employment*. Oxford: Oxford University Press, 179-200.

Halford, Susan; Savage, Mike; Witz, Anne, 1997: *Gender, careers and organizations*. London: MacMillan.

Hanlon, Gerald, 1998: „Professionalism as enterprise: Service class politics and the redefinition of professionalism“, *Sociology* 32, Heft 1: 43-63.

Lane, Christel, 2001: *The professions transformed: Deprofessionalization or reprofessionalization?* Paper presented at the 5<sup>th</sup> Conference of the European Sociological Association. Helsinki, Finnland, 28.08.-01.09.2001.

Riska, Elianne, 2001: „Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine?“, *Social Science and Medicine* 52: 187-197.

Ellen Kuhlmann

Telefon: 0421/218-4404

E-Mail: e.kuhlmann@zes.uni-bremen.de

## Betriebliche Gesundheitspolitik<sup>1</sup>

### 1. Das Politische in der betrieblichen Gesundheitspolitik

Unter betrieblicher Gesundheitspolitik können alle Interessenskonstellationen, Wertvorstellungen und Handlungsstrategien verstanden werden, die zur Sicherung und Wiederherstellung von Gesundheit als Voraussetzung für die Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit der Erwerbstätigen getroffen werden. Leistungsfähigkeit wird auch als Arbeitsvermögen und dies als Teil des Humanvermögens einer Person verstanden. Die Maßnahmen rühren sowohl aus den betrieblichen Interessen, Motiven und Zielen selbst her, als auch aus Regelungen des Sozialstaates. Als sozialstaatliche Regelungen sind u.a. zu nennen, das Arbeitsrecht mit seinen Teilen zum Arbeits- und Persönlichkeitsschutz, zum Tarifvertrag und zur Mitbestimmung sowie das Sozialgesetz vor allem mit seinen Sozialgesetzbüchern V und VII, d.h. Krankenversicherung und Unfallversicherung.

Für die Beschreibung der Normen und Wertvorstellungen sowie Handlungsweisen und auch Interessenskonstellationen der Akteure lassen sich eine Makro- von einer Meso- und Mikroebene unterscheiden. Auf der Makroebene, nämlich der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), der Europäischen Union und des Nationalstaates, agieren Institutionen, Verbände, Parteien, Unternehmen und Gewerkschaften sowie Expertenkreise. Auf der mittleren Ebene kommen Institutionen des Sozialstaates, wie Unfallversicherungen, staatliche Gewerbeaufsicht und Verbände sowie Expertenkreise, Tarifparteien, in den Blick. Als Mikroebene gilt der Betrieb mit seinen Akteuren, vor allem der Betriebsleitung und der Belegschaftsvertretung sowie den Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsmedizin.

Betriebliche Gesundheitspolitik lässt sich mit den politikwissenschaftlichen Unterscheidungen zwischen Policy (Inhalt), Politics (Prozess) und Polity (Form) analysieren.

Unter Policy werden die inhaltlichen Dimensionen des Politik-Begriffs umschrieben. So ist z.B. für die betriebliche Gesundheitspolitik die EG-Rahmenrichtlinie von 1989 bzw. das daraus abgeleitete deutsche Arbeitsschutzgesetz von 1996 mit seinen Anforderungen eines erweiterten Gesundheitsverständnisses (ganzheitlicher Arbeitsschutz), seiner präventiven Orientierung als Querschnittsaufgabe der Betriebspolitik (Sicherheits- bzw. Gesundheitsmanagement), der Anpassungspflicht an die soziotechnischen Entwicklungen und arbeitswissenschaftlichen neuen Erkenntnissen (Anpassungspflicht), dem Abbau des Vollzugsdefizits (Betriebsorientierung), der Kooperationsverpflichtung der betrieblichen Akteure und der aktiven Einbeziehung der Beschäftigten in die Wahrnehmung und Bewältigung von Gefährdung und Gesundheitsrisiken (Partizipationsprinzip), eine gesamtgesellschaftlich verbindliche Vorgabe für die

konkrete Gestaltung von Gesundheit und Sicherheit im Betrieb.

Wie nun die am praktischen Prozess Beteiligten (auf den angesprochenen drei Ebenen) ihre Interessen artikulieren, Konflikte austragen, einen Konsens finden und Entscheidungen treffen, wie also die prozessuale Dimension politischen Handelns gestaltet ist, wird mit dem Begriff Politics benannt. Dass erst 1996 die EG-Rahmenrichtlinie, obwohl sie bis zum 31.12.1992 hätte in nationales Recht umgesetzt werden müssen, als neues Arbeitsschutzrecht in Kraft trat, ist Ausdruck für interessen geleitete und konfliktreiche, jedoch zum Konsens verpflichtende Politikprozesse bei der Neubestimmung betrieblicher Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik. Typischerweise standen sich Unternehmer- und Gewerkschaftsinteressen und ihre institutionellen Vertreter sowie ihr nahestehende politische Parteien und Verbände einschließlich von Expertenszenen gegenüber. Dass auf der EG-Ebene die fortschrittliche Rahmenrichtlinie Recht wurde, ist einer besonderen Machtkonstellation mit Dominanz der Europäischen Kommission und dem starken Einfluss von übernationalen Expertenzirkeln des Arbeitsschutzes geschuldet.

Auf der Mesoebene sind die Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse der Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes in den einzelnen Unfallversicherungen, im Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften und in den Bundesländern bei der Neubestimmung der Aufgaben der staatlichen Gewerbeaufsicht sowie die Abstimmung zwischen Berufsgenossenschaften und staatlicher Gewerbeaufsicht in ihrem Verhalten gegenüber dem einzelnen Betrieb für die Fragen der Politics-Forschung wichtige Gegenstände. Konflikträchtig ist z.B. die Frage gewesen und bis heute virulent, ob Berufsgenossenschaften oder auch staatliche Gewerbeaufsicht eher ihrer hoheitlichen kontrollierenden Aufgabenstellung oder mehr ihrer beratenden Funktion nachkommen sollen. Ein weiteres Konfliktfeld ist die Frage, inwieweit die „weichen“ Belastungsfaktoren bzw. -konstellationen, also psychosozialer Stress, zum Gegenstand berufsgenossenschaftlicher bzw. staatlicher Intervention in Betrieben sein sollen.

Auf der betrieblichen Mikroebene stellen sich selbstverständlich ebenso die Fragen der Willensbildungs- und Entscheidungsfindung bzw. Durchsetzung und Erfolgsevaluation.

Als dritte Dimension zur Analyse betrieblicher Gesundheitspolitik werden mit dem Begriff Polity die formalen institutionellen Ordnungen und normativen Begründungen ins Spiel gebracht. Auch diesem Aspekt lässt sich auf den drei Ebenen der betrieblichen Gesundheitspolitik nachgehen. Auf betrieblicher Ebene ist z.B. zu fragen, ob der Arbeitsschutz und mit seinen nach dem Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 vorgeschriebenen Einrichtungen, wie Arbeitsschutzausschuss, Betriebsarzt bzw. Fachkraft für Arbeitssicherheit und Verantwortlichkeit in der Betriebsleitung in den Betrieben etabliert wurde. Oder in einer moderneren Entwicklung kann untersucht werden, ob sogar, vor allem in größeren Betrieben, ein Gesund-

<sup>1</sup> Vorabdruck aus: Müller, Rainer (Hg.), 2002: *Gesundheit im Spannungsfeld individuellen Handelns und institutioneller Steuerung*. Schriftenreihe Gesundheit - Arbeit - Medizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

heitsmanagement mit Integration von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung aufgebaut wurde. Zu dieser Dimension von betrieblicher Mikropolitik gehören auch Fragen nach den Konzepten, Variationen und Entwicklungstendenzen betrieblicher Sozialverfassungen, also zum Stand der Mitbestimmung oder auch des Umgangs mit wegen Krankheit leistungsgewandelter Beschäftigter, ob also fürsorgliche Integration oder systematische Ausgrenzung und Entlassung die betriebliche Gesundheitspolitik bestimmen.

Gesundheitspolitische Implikationen haben selbstverständlich alle erwerbsbezogenen sozialpolitischen Regelungen und Maßnahmen, so z.B. ebenso die Policies, Politics und Polities zur Gleichstellung von Mann und Frau im betrieblichen Kontext wie auf dem Arbeitsmarkt wie auch die Förderung von familiengerechten Arbeitsbedingungen mit gleichen Pflichten und Rechten von Mann und Frau. Ob Geschlecht als soziale Kategorie im Betrieb sensibel beachtet wird, ist für die Erwerbstätigen – und damit gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung – von nicht zu unterschätzender Wirkung.

Entscheidungen und Handlungen in der Organisation Betrieb sind weder durch ökonomische noch durch technologische oder kulturelle oder andere Bedingungen determiniert. Ein Betrieb zeigt sich als ein soziales Handlungssystem, als eine Arena mit Akteuren bzw. Spielern und unterliegt Gestaltungsbedingungen mit jeweiligen Macht- und (Miss-)Vertrauensbeziehungen.

Gesundheit im betrieblichen Kontext als Arbeitsvermögen mit der Bereitschaft zur und konkreten tätigen Verausgabung bzw. Nutzung von Leistung verstanden, ist sowohl Basis als auch Ziel der (Inter-)Aktionen der Akteure bzw. Personen. Letztere agieren als handelnde Subjekte mit individuellen Orientierungen und Interessen. Sie bauen als Subjekte interpersonale Beziehungen auf. In diesen Beziehungen geht es darum, wer das Geschehen beherrscht oder kontrolliert (Macht) und wie die wechselseitigen Abhängigkeiten bewältigt werden. Handlungen und Beziehungen haben sich zu rechtfertigen über geschriebene und ungeschriebene Regeln und Normen. Erwartungshaltungen für kurz-, mittel- bzw. langfristige Zeitperspektiven kommen zum Zuge. Zeitmanagement bzw. Zeitsouveränität sind von hoher persönlicher Relevanz. Die betrieblichen Situationen sind nicht eindeutig, sondern zeigen Widersprüche und Intransparenz (Ambiguitäten), die Eigeninteressen und –initiativen notwendig und möglich machen.

All diese Aspekte sind für die betriebliche Gesundheitspolitik relevant. So haben Beschäftigte unter Umständen das objektive Interesse an Gesundheit, d.h. an psychosozialem und körperlichem Wohlbefinden, sowohl in der aktuellen Arbeitssituation wie auch in der Lebenslaufperspektive. Zu leicht können jedoch Präferenzen nach Arbeitsplatzsicherheit, höherem Lohn bzw. zügigerem Arbeitsablauf kurz- wie langfristig bei abhängig Erwerbstätigen auf Kosten der Gesundheit vorrangig sein.

In der Betriebswirtschaft dient der Beschäftigte als Mittel zum Zweck der Produktion von Waren und Dienstleistungen. Wenn dabei eine technizistische Or-

ganisationsvorstellung in der Betriebsleitung vorherrscht und tayloristische Rationalisierungskonzepte mit hoher Arbeitsteilung und systematischer Kontrolle der Tätigkeiten der Beschäftigten zum Einsatz kommen, dann sind nicht selten Verletzungen der Normen von Schädigungslosigkeit, Erträglichkeit und Zumutbarkeit an der Tagesordnung.

## 2. *Betrieb als Feld von Gesundheitspolitik*

Ein Betrieb lässt sich in folgende Teile gliedern, die wechselseitig miteinander verschränkt sind: ökonomisches, technisches, produkt- bzw. marktorientiertes, soziales und politisches Subsystem. Betriebe werden als offene Systeme mit Vergangenheit und Zukunft betrachtet und stehen in vielfältigen Austauschbeziehungen mit ihrer jeweiligen Umwelt.

Das ökonomische Subsystem behandelt die Wirtschaftlichkeit, also Fragen nach Aufwand und Ertrag, Investitionen, Lohn, Preis und Profit. Fragen der Wirtschaftlichkeit sind allerdings verschiedenen Rationalitätskalkülen unterworfen. Einerseits geht es um die Erzielung von Gewinnen, um Kostenminimierung; andererseits wirkt auch eine Organisationsrationalität, wenn nämlich die Organisation Betrieb erhalten und langfristig Arbeitsplätze gesichert werden sollen. In volkswirtschaftlichen Rationalitäten wird nach Umweltverträglichkeit, bedarfsgerechter Verfügbarkeit von Arbeitskräften und Ressourcenschonung gesprochen. In einer gemeinwirtschaftlichen Rationalität geht es um den Ausgleich von sozialen Interessenskonflikten, um Verteilungsgerechtigkeit, Partizipation und Prävention von Umwelt- und Gesundheitsschäden.

Eine gesundheitspolitische Dimension haben im ökonomischen Subsystem z.B. Kosten-Nutzen-Kalkulationen bei ergonomischer Gestaltung von Arbeitsplätzen bzw. bei Maßnahmen des Arbeitsschutzes oder auch der Gesundheitsförderung der Belegschaft. Lohngerechtigkeit wirkt sich auf das psychosoziale und körperliche Wohlbefinden aus und ist unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten sowohl für den Betrieb (Krankenstand) als auch volkswirtschaftlich wegen Vermeidung von Ausgaben für Krankenbehandlung zu betrachten.

Im technischen Subsystem geht es um Hard- und Software von Maschinen, um technische Ausstattungen, Lizenzen, Stoffe und Materialien. Gesundheitsrelevant sind hier Mensch-Maschine-Mensch bzw. Mensch-Maschine-Interaktionen mit ihren Belastungen und Beanspruchungen. Gefährdungen, Risiken und Schädigungen können sich ergeben aus der Gestaltung und den Einrichtungen der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes, aus physikalischen, chemischen und biologischen Einwirkungen, aus der Gestaltung bzw. die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit. Aus der Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeiten und deren Zusammenwirken und aus unzureichender Qualifikation und ungenügender Unterweisung der Beschäftigten im Umgang mit technischen Einrichtungen bzw. Maschinen (§ 5 Arbeitsschutzgesetz) können Ge-

sundheitsgefahren erwachsen. Der Arbeitgeber hat deshalb eine Beurteilung der mit der Arbeit verbundenen Gefährdungen vorzunehmen und zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.

Im Subsystem der Herstellung von Produkten und Dienstleistungen, die anderen Kunden oder Klienten bzw. anderen Marktteilnehmern angeboten werden, stehen Fragen von Produktqualität, Kunden- und Klientenorientierung, Marketing, Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit sowie längerfristige Planung an. Gesundheitspolitisch sind hier von Interesse Fragen des Umwelt- und Verbraucherschutzes. Die Gesundheit der Bevölkerung allgemein und die der Kunden und Klienten im besonderen gilt es zu beachten.

Zum sozialen Subsystem gehören Aufbau- und Ablauforganisation, Werte, Normen, Regeln, formelle und informelle Beziehungen zwischen Personen und Gruppen sowie Interessen und Motivationen der Beschäftigten und des Managements, auch Qualifikation und Kompetenz sowie Betriebsklima, Beziehungen zwischen Management und Belegschaft und deren Interessensvertretungen zählen hierzu, außerdem das Verhältnis von Leistung und Entlohnung sowie sonstige Gratifikationen. Gesundheit kommt im Verständnis von Arbeits- und Leistungsfähigkeit in diesem Teilbereich ins Blickfeld. Die Beschäftigten können als Humankapital oder Humanressource, d.h. als zentrale Basis der Produktivität und Profitabilität des Betriebes angesehen oder auch ignoriert bzw. vernutzt werden.

Hier sind in den Blick zu nehmen: Ziele, Machtansprüche, Interessen, Werte, Vorstellungen über Leistung und Arbeitshandeln, über Qualität und Gerechtigkeit, über Fürsorge und Schutzbedürftigkeit sowie über Schädigungslosigkeit und Zumutbarkeit, einschließlich Handlungsspielraum und Verantwortung als Grundlagen für Steuerung und Regulierung des Gesamtsystems Betrieb. Für diesen Teil ist zu fragen, ob Gesundheit explizit eine Orientierung darstellt oder die Betriebspolitik so angelegt ist, dass Gesundheit nur implizit als Voraussetzung unterstellt wird, oder ob Gesundheit sogar als vernutzbare Größe einkalkuliert wird und deren soziale sowie monetäre Folgekosten aus dem Betrieb in das soziale Sicherungssystem (Krankenkasse, Unfall-, Rentenversicherung) bzw. in private Haushalte, d.h. Familie und dem einzelnen Individuum aufgelastet, externalisiert werden. Für diese Form von Externalisierung steht z.B. Frühinvalidität wegen arbeitsbedingter Erkrankung und auch vorzeitiger Tod, d.h. unterdurchschnittliche Lebenserwartung von un- bzw. angelernten Arbeitern und Arbeiterinnen.

Rationalisierungsstrategien von Betrieben bzw. Unternehmen sind Politiken, die an allen genannten vier Subsystemen ansetzen. Solche systemische Rationalisierung hat gewichtige gesundheitspolitische Implikationen, da sie einerseits leistungsfähige, also gesunde, motivierte und qualifizierte Beschäftigte voraussetzt und zum anderen Belastung und Beanspruchung, d.h. auch psychosozialen Streß mit negativen Folgen für Gesundheit zur Folge haben können.

### 3. *Sicherheit und Gesundheit als Gegenstand des Arbeitsschutz*

Arbeitsschutz in seiner inhaltlichen und institutionellen Ausgestaltung wird gemeinhin als Teil der sozialstaatlichen Sicherung der menschlichen Existenz und des geordneten sozialen Lebens verstanden; so wie Sozialpolitik insgesamt, lässt sich idealtypisch der Nutzen von Arbeitsschutz folgendermaßen zusammenfassen: In kultureller Hinsicht trägt Arbeitsschutz als Teil der Sozialpolitik zur Gewährleistung einer als gerecht und human angesehenen Sozialordnung bei und erhöht damit die Legitimität der gesellschaftlichen Verfassung und des demokratischen Rechtsstaates wie auch der Europäischen Union. In politischer Hinsicht wirkt Arbeitsschutz als Teil der Sozialpolitik pazifizierend. Der institutionelle Konflikt von Lohnarbeit und Kapital wird gemindert, Interessensgegensätze werden in produktivere Formen der Konfliktaustragung transformiert. In ökonomischer Hinsicht verbessert Arbeitsschutz die Humankapitalbildung. Es wird die Arbeitsbereitschaft gefördert und die Arbeitsproduktivität gesteigert. In sozialer Hinsicht gewährleistet Arbeitsschutz die sozialen Bedingungen der Wohlfahrtsproduktion, indem die privaten Lebensformen außerhalb der Erwerbsarbeit stabilisiert werden und die auch von anderen Gesellschaftsbereichen beanspruchten Anteile des Humanvermögens nicht verschlissen, sondern sozialverträglich genutzt werden. Arbeitsschutz entfaltet so gesehen eine synergetische Wirkung und wirkt auch auf andere gesellschaftliche Teilbereiche und eben nicht nur auf die Erwerbssphäre. Arbeitsschutz hat eine Modernisierungsfunktion der Produktionssphäre wie der Gesellschaft insgesamt.

Arbeitsschutz, früher Arbeiterschutz bzw. heute in Österreich ArbeitnehmerInnenschutz, war historisch der früheste und systematischste Eingriff des Nationalstaates in die marktförmig organisierte industrielle Produktion zur Sicherung von Familie und Individuum. Industrialisierung, Verstädterung und damit einhergehende Massenarmut sowie eine die Arbeiterfrage thematisierende gewerkschaftliche und politische Bewegung veranlassten die Einbeziehung von Lohnarbeit und Arbeitswelt in die staatliche Gewährleistung von Bürgerrechten in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die industrielle Pathologie wurde damals offenkundig bei arbeitsbedingten Unfallschäden und Krankheiten, die zu Lohnausfall und damit Existenzgefährdung führten. Im Wechselverhältnis von ökonomisch-technischer Entwicklung, sozialen Bewegungen, politischen Konstellationen, Funktionswandel des Staates und Ausdifferenzierung des (Arbeits-)Rechts hat sich der Arbeitsschutz entwickelt, wobei in den Industriestaaten unterschiedliche Pfade beschritten wurden. Arbeitsschutz wirkt sowohl abwehrend gegen Gefährdungen von Sicherheit und Gesundheit als auch gestaltend von menschengerechten Arbeitsbedingungen (Technik, Organisation). Der deutsche Arbeitsschutz hat im Prozess der europäischen Integration eine Modernisierung erfahren, die als eine Entwicklung von der Gefahrenabwehr zu Risikovorsorge und Risikomanagement beschrieben werden kann. Unterschieden wird zwischen öffentlich-rechtlich staatlichem Arbeitsschutz

(-recht), öffentlich-rechtlich autonomem Arbeitsschutz (-recht) (gesetzliche Unfallversicherung) und einem privatrechtlichen Arbeitsschutz (-recht) (z.B. Arbeits- bzw. Tarifvertrag) mit den entsprechenden institutionellen Einrichtungen. Hierzu gehören Gesetzliche Krankenkassen (§ 20 SGB V) und privatrechtliche Institutionen wie Technischer Überwachungsverein u.a. Es wird von einem technischen, medizinischen und sozialen Arbeitsschutz gesprochen; eine deutliche Trennung ist nicht möglich. Der soziale Arbeitsschutz regelt mit entsprechenden Gesetzen u.a. Arbeitszeit, Jugend-, Mutter-, Schwerbehindertenschutz. Beim technischen Arbeitsschutz wird ein betriebsbezogener von einem vorgelagerten produktbezogenen unterschieden.

Der betriebsbezogene Arbeitsschutz richtet sich auf die Verpflichtungen des Arbeitgebers und auf die Rechte und Pflichten der Beschäftigten. Hierzu gehören

1. Regelungen zu allgemeinen Grundpflichten, arbeitsmedizinische Vorsorge, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung
2. Regelungen zu Arbeitsplätzen, Arbeitsmitteln, Arbeitsumgebung und persönliche Schutzausrüstung
3. Regelungen zum Umgang mit gefährlichen Stoffen bzw. zu anderen Einwirkungen.

Der produktbezogene Arbeitsschutz richtet sich an Personen, die technische Erzeugnisse oder Gefahrstoff in Verkehr bringen bzw. überwachungsbedürftige Anlagen herstellen bzw. errichten. Er ist mit dem allgemeinen Gesundheitsschutz, dem Umwelt- und Verbraucherschutz verschränkt. Institutionen sind: Bund, Gewerbeaufsichtsämter (Ämter für Arbeitsschutz) der Länder, Gesetzliche Unfallversicherung (paritätische Selbstverwaltung von Arbeitgebern und Versicherten/Arbeitnehmern). Unfallversicherungen werden durch Umlage seitens Unternehmer finanziert, sie erlassen eigene Unfallverhütungsvorschriften und ihre Aufgaben sind Prävention, Kompensation, Rehabilitation von Arbeitsunfällen, Wegeunfällen, Berufskrankheiten; Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Institutionen auf betrieblicher Ebene sind Unternehmer, Betriebsrat, Arbeitsschutzausschuss, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte.

Der Arbeitsschutz zielt sowohl auf Individualprävention als auch auf Sicherung bzw. Verbesserung des Gesundheitsschutzes von Beschäftigten gegenüber den vielfältigen „Gefährdungen für Leben und Gesundheit“ (§ 4 Arbeitsschutzgesetz) der (Erwerbs-)Arbeit. Der Arbeitsschutz erfährt durch die Rechtssetzung der Europäischen Union eine Neuorientierung mit einem umfassenden Verständnis von Gefährdung und menschengerechter Arbeitsgestaltung. Er wird zu einem wesentlichen Bestandteil eines betriebspolitischen Gesundheitsmanagements als Querschnittsaufgabe mit dem Ziel, integrierte Strukturen und Prozesse zu entwickeln, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation, Technik und Verhalten am Arbeitsplatz möglich machen. Gesundheit wird als produktives Potential (Humankapi-

tal) verstanden. Diese Modernisierung ist als Reaktion auf die komplexen Herausforderungen der rasant sich wandelnden Arbeitswelt zu verstehen. Zu nennen sind Internationalisierung (Globalisierung) und damit Verschärfung des Wettbewerbs, Rückgang der Industrie und Zunahme der Arbeitsplätze im Dienstleistungssektor (von akademischen Berufen bis hin zu Reinigungskräften), legale/illegale Zuwanderung, Anwachsen von Frauenerwerbstätigkeit, Alterung der Erwerbsbevölkerung mit langem Leben, Relativierung des Normalarbeitsverhältnisses (Facharbeiter, Beamter), Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsort, Segmentierung des Arbeitsmarktes in „gute“ und „schlechte“ Arbeit, weitere starke Diffusion von Informations- und Kommunikationstechnologien, Chemisierung der Produktion, modernes Management mit systemischen Strategien der Rationalisierung, gestiegene Ansprüche an Wohlstand, Gesundheit, demokratische Teilhabe, Ausweitung des Arbeitsschutzes auf alle Betriebe einschließlich Kleinst- und Kleinunternehmen. Die komplexen Herausforderungen erfordern eine arbeitsteilige Bearbeitung unter Nutzung der Handlungsmuster und Methoden sowie der Wissensbestände der interdisziplinären Arbeits- und Gesundheitswissenschaften (Medizin, Natur-, Sozial-, Human-, Ingenieur-, Rechtswissenschaften). Diese expertlichen Wissens- und Handlungskompetenzen haben sich mit dem Erfahrungswissen der Beschäftigten und des Managements zu verbinden. Die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin als Teil des professionellen und institutionellen Arbeitsschutzes stellt mit ihren Theoremen, Methoden und Praktiken der Pathologie, klinischen Medizin, Physiologie, Toxikologie, Epidemiologie, Medizin-Soziologie und –psychologie wichtige Beiträge zur Verfügung sowohl auf der konkreten Ebene des Betriebes wie auch überbetrieblich im Zusammenwirken mit staatlicher Gewerbeaufsicht, Unfallversicherung, Krankenkasse, Rentenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit und Hauptfürsorgestelle sowie Umweltschutzeinrichtungen. Die Strategien der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Vorsorge lassen sich nach § 3 „Aufgaben der Betriebsärzte“ des Arbeitssicherheitsgesetzes gliedern in: 1. Beratung des Arbeitgebers in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und ebenso der Beschäftigten, 2. Beurteilung der Arbeitsbedingungen (der Gefährdung), Beobachtung des Arbeitsschutzes mit regelmäßiger Begehung der Arbeitsstätten, Ermittlung der Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen, 3. arbeitsmedizinische Untersuchungen von Beschäftigten mit unterschiedlichen Schutzziele: Schutz von Leben und Gesundheit der Beschäftigten, Schutz Dritter (z.B. Arbeitskollegen, Kunden oder Passagiere) oder schützenswerte Interessen wie Schutz erheblicher Sachgüter und 4. Belehrung aller im Betrieb über Arbeitsschutz und entsprechende Verhaltensweisen. Der Beratungsauftrag bezieht sich auf Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen; der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen; der Auswahl und Erprobung von Körperschuttmitteln; arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen,



insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung; der Organisation der „Ersten Hilfe“ im Betrieb; Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozess.

Es stellt sich nun die Frage, welches Selbstverständnis die Institutionen des betrieblichen/überbetrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes als Organisationen und Professionen bzw. die einzelnen individuellen Akteure in diesen Einrichtungen zur Sicherung von Gesundheit und menschengerechter Gestaltung der Arbeit entwickelt haben. Sind sie als lernende Organisationen anzusehen, die in der Lage sind, ihre Ziele, ihr Wahrnehmungs-Problemlöse-Verhalten aufgrund gemachter Erfahrungen an den neuen Umweltbedingungen anzupassen? Werden die geteilten Grundannahmen neu entwickelt, reformuliert und auch verändert? Wird ein kontinuierliches Verfahren entwickelt, das Informationen über Zusammenhänge zwischen Aktion, also Handeln und Outcome, also Wirkung verbreitet und kommuniziert? Es sind Zweifel anzubringen, ob sich die Institutionen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes als lernende Organisationen bzw. als selbstreferentielles kooperierendes soziales Sicherungssystem verhalten. Die mangelnde Innovationsfähigkeit zeigt sich u.a. darin, dass Gesundheit und Sicherheit im Betrieb durch die beiden dominanten Professionen, nämlich Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit, wie durch das Arbeitssicherheitsgesetz bestimmt, an ihren engen expertlichen Sichtweisen und Handlungsmuster festhalten. Das arbeitsmedizinische Wissen und Handeln ist stark geprägt durch die klinische Medizin. Ärzte sind als Kliniker sozialisiert, also im Umgang mit Kranken. Verlangt wird eine Umorientierung auf Prävention. Dies setzt im Betrieb Kooperation und interdisziplinäres Verständnis voraus. Nicht selten werden von den Betriebsärzten lediglich die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, vom Staat bzw. Berufsgenossenschaften, vorgeschrieben. Bei den Fachkräften für Arbeitssicherheit herrscht ein sehr technisches Verständnis von Gefahr und Gestaltung vor. Es ist an Einzelproblemen und Maßnahmen orientiert und nicht auf interdisziplinäre Zusammenarbeit. Unfallverhütung und technische Maßnahmen zur akuten Gefährdungen, durch z.B. Gefahrstoffe, stehen im Vordergrund. Für beide Berufe gilt, dass ihre Konzepte und Handlungsmuster immer noch stark an der klassischen Industriearbeit ausgerichtet sind. Dienstleistungsarbeit mit ihren vielfältigen Formen von Belastung und Beanspruchung, gerade im psychosozialen Bereich, wird eher ausgeblendet. Arbeitspsychologische und arbeitssoziologische Kompetenzen werden kaum herangezogen. Notwendig wäre eine Reorganisation in Richtung gesundheits- und arbeitswissenschaftlicher betrieblicher wie überbetrieblicher Teams, wie es mittlerweile in anderen europäischen Ländern, z.B. Niederlande und Finnland der Fall ist. Der hohe Bedarf nach Reorganisation des betrieblichen Arbeitsschutzes zeigt sich ebenso am weiterhin hohen Niveau von Arbeitsbelastungen. So geben in einer repräsentativen Umfrage zur Jahreswende 1998/99 durch das Bundesinstitut für Berufsbildung und

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung 38 % der befragten Erwerbstätigen an, dass sie praktisch immer und häufig Arbeit im Stehen verrichten müssen, zu 27 % haben sie praktisch und häufig schwere Lasten zu heben und zu tragen. Etwa 20 % geben an, dass sie in Zwangshaltungen, unter Lärm, in Kälte, Hitze, Nässe, bei Zugluft und in Schmutz und Dreck arbeiten müssen. Jeder Zweite fühlt sich praktisch immer (zu 19 %) oder häufig (zu 31 %) starkem Termin- und Leistungsdruck ausgesetzt. 42 % geben an, dass sich ein und derselbe Arbeitsgang bis in alle Einzelheiten praktisch immer bzw. häufig wiederholt. 20 % äußern sich dahingehend, dass sie praktisch immer bzw. häufig an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gehen müssen. Die artikulierten Belastungen und Beanspruchungen sind Ausdruck für die Schwierigkeiten bei der Durchsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, vor allem in Klein- und Mittelbetrieben. Auch in Großbetrieben wirken die Strategien der technischen, sozialen und systemischen Rationalisierung. In Klein- und Mittelbetrieben fehlt es nicht selten an einer innerbetrieblichen Arbeitsschutzorganisation, so dass der praktische Anspruchsgehalt der Arbeitsschutzgesetze und -regelungen nur schwer zu vermitteln ist. Außerdem fehlt es nicht selten an einem entwickelten Problembewusstsein, sowohl bei den Arbeitgebern, den Vorgesetzten, wie auch bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Sie sind unzureichend informiert über mögliche Gesundheitsschäden und ihre Ursachen. Gesundheitsverschleiß wird als naturgegeben bzw. als schicksalhaft angenommen. Nicht selten werden auch ökonomische Argumente angeführt. Nicht selten sind die prekären Liquiditäts- und Gewinnsituationen von Betrieben dem Gesundheits- und Arbeitsschutz entgegenstehend. Zusätzlich wird argumentiert, dass sich Institutionen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes in Klein- und Mittelbetrieben nicht auszahlen würden.

#### **4. Betriebliches Gesundheitsmanagement**

Eine innovative Veränderung der betrieblichen Gesundheitspolitik unter Einschluss des Arbeitsschutzes zeigt sich in dem Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Neue Managementkonzepte, wie z.B. „total quality management“ oder „lean production“ setzen auf eine stärkere Mitarbeiterorientierung und bauen dabei auf das Leistungsvermögen der betrieblichen Humanressourcen hinsichtlich Qualifikation, Motivation und Gesundheit als Erfolgsfaktor im Wettbewerb auf. Hierzu haben sie aktiv ein betriebliches Gesundheitsmanagement entwickelt. Analog zu den Investitionen in Forschung, Entwicklung und Bildung werden Investitionen in das gesundheitliche Leistungsvermögen als Maßnahmen verstanden, die zur Verbesserung der Wettbewerbsposition beitragen. Die Bandbreite von Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen reichen von primär technischen, über arbeitsorganisatorische und qualifizierende Maßnahmen, bis hin zu allgemeinen betrieblichen Gesundheitsförderungskonzeptionen und sind in die betriebliche Personal- und Organisationspolitik integriert. Nicht selten ist der Krankenstand, also die Abwesenheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern wegen Krankheit am Arbeitsplatz Anlass für eine Reorganisati-

on des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Richtung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Im Unterschied zum klassischen Arbeitsschutz wird unter betrieblichem Gesundheitsmanagement die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse verstanden, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und den Verhaltensweisen der Beschäftigten am Arbeitsplatz zum Ziele haben. Profitieren davon soll sowohl das Unternehmen insgesamt wie auch die einzelnen Beschäftigten. Betriebliches Gesundheitsmanagement greift Public-Health-Verständnisse auf. Gesundheit wird nicht ex negativo aus Krankheit und damit aus der Definitionsmacht der Medizin entwickelt, sondern aus soziopsychosomatischer Sicht sowohl als Voraussetzung wie ebenso als Folge der Wechselwirkung zwischen Person, Verhalten und Umwelt verstanden. Statt einer pathogenetischen, wird eine salutogenetische konzeptionelle Sicht eingenommen. Gesundheit wird in dieser Definition als eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulation angesehen. Dadurch stellt sich ein positives seelisch und körperliches Wohlbefinden ein mit einem ausgeprägtem positivem Selbstwertgefühl. Soziale Bezüge werden erhalten oder wiederhergestellt und in ein unterstützendes Netzwerk integriert. In Gesundheitsförderungsmaßnahmen geht es darum, gesundheitsförderliche Potentiale bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erschließen und sie für die unmittelbare Arbeitsumwelt und die gesamte Organisation relevant zu machen. Arbeitsverhalten wird ganzheitlich begriffen und in den Dimensionen physisches, psychisches und soziales Geschehen interpretiert. Konzeptionen und Ergebnisse der Arbeitspsychologie, Arbeitssoziologie und der Sozialepidemiologie werden für die Analyse und Gestaltung von Arbeitsbedingungen, Arbeitssituationen und Arbeitsinhalte mit der Frage der Gesundheitsförderlichkeit genutzt. Die Konzeption fußt auf folgende Grundannahmen:

- *Jobkomplexitätsthese:* Es wird davon ausgegangen, dass Arbeit, die zum Nachdenken, zur eigenständigen Urteilskraft und Initiative führt, das positive Selbstwertgefühl, Flexibilität und kognitive Kompetenz der Beschäftigten fördert.
- *Handlungsspielraumthese:* Handlungsspielräume in der Arbeit erlauben Anpassungsnotwendigkeiten und entwickeln individuelle Fähigkeiten, basierend auf eigenen Bedürfnissen und tragen damit zur schädigungsfreien Problemlösung und Gefühlsregulierung bei.
- *Soziale Unterstützungsthese:* Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitskolleginnen und -kollegen federn Belastungen und Beanspruchungen ab und verhindern damit chronischen Verschleiß, fördern positive Gefühle und das Selbstwertgefühl sowie die Einbindung in die Organisation.
- *Qualifizierungsthese:* Durch angemessene Qualifizierung werden Ängste und Überforderungsgefühle vermieden. Es wird Selbstvertrauen geschaffen durch die Erfahrung, dass Probleme gemeistert werden können.

- *Stressthese:* Quantitative und/oder qualitative Unter- wie Überforderung haben negative Emotionen und bei längerfristigen Einwirkungen seelische und körperliche Schädigungen zur Folge.

Betriebliches Gesundheitsmanagement folgt dem Leitbild der gesunden Organisation, d.h. der lernenden Organisation. Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitszirkel und Kostenwirksamkeitsanalysen sind Instrumente in einem Regelkreis des Prozesses der kontinuierlichen Verbesserung. Die Betriebsleitung ist systematisch eingebunden in diesen Prozess. Es werden geeignete Strukturen und Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung geschaffen. Das Unternehmen vernetzt sich intern und extern mit Experten der Arbeits- und Gesundheitswissenschaft. Dadurch wird die Unternehmenskultur verändert und dies wirkt sich positiv auf Betriebsklima und die betriebliche Sozialverfassung aus.

#### Literatur

Badura, Bernhard; Ritter, Wolfgang; Scherf, Michael, 1999: *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: edition sigma.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: <http://www.eu-osh.es>

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen: <http://www.eurofound.ie>

Luczak, Holger (Hg.), 1997: *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.

Marstedt, Gerd; Mergner, Ulrich, 1995: *Gesundheit als produktives Potential. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen betrieblichen Strukturwandel*. Berlin: edition sigma.

Müller, Rainer; Rosenbrock, Rolf (Hg.), 1998: *Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven*. St. Augustin: Asgard.

Neuberger, Oswald. 1995: *Mikropolitik. Der alltägliche Aufbau und Einsatz von Macht in Organisationen*. Stuttgart: Enke.

Ulich, Eberhard, 1994: *Arbeitspsychologie*, 3. Auflage. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.

<p>Rainer Müller          Telefon: 0421/218-4377          E-Mail: <a href="mailto:dkoch@zes.uni-bremen.de">dkoch@zes.uni-bremen.de</a></p>
--

# Berichte - Projekte

## **Integration älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer/innen des Öffentlichen Dienstes in der Erwerbsphase**

### **Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Erwerbsintegration älterer Arbeitnehmer/innen im öffentlichen Dienst“**

*Das Projekt wurde im Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Hans Böckler Stiftung durchgeführt und Ende 2001 abgeschlossen.*

Die stetige Zunahme des Anteils Älterer und damit auch Gesundheits- und Leistungsbeeinträchtigter auch innerhalb der Erwerbstätigen durch den sozio-demographischen Strukturwandel lässt die Integration älterer und gesundheitsbeeinträchtigter Arbeitnehmer/innen zu einer vordringlichen Zukunftsaufgabe werden.

Forschungsstudien in der Privatwirtschaft zeigen, dass hier in den 90er Jahren in sehr starkem Masse Strategien zur Verjüngung von Belegschaften umgesetzt worden sind. Das Forschungsprojekt ist der Frage nach personalpolitischen Konzepten im Umgang mit älteren Erwerbstätigen innerhalb des Öffentlichen Dienstes nachgegangen. Empirisch standen neben einer Sekundäranalyse repräsentativer Daten (BIBB/IAB-Erhebung 1998/99) eine standardisierte Befragung von Personal- und Betriebsräten und Interviews mit Entscheidungsträgern in vier Branchen (Öffentliche Sicherheit, Öffentliche Verwaltung, Gesundheitswesen, Öffentlicher Personen-Nahverkehr) im Vordergrund.

Deutlich wird zunächst, dass im Vergleich zu anderen Wirtschaftssektoren der Anteil älterer Arbeitnehmer/innen im Öffentlichen Dienst überdurchschnittlich hoch ist, ebenso wie der Anteil von behinderten und schwerbehinderten sowie chronisch erkrankten Beschäftigten. Während in anderen Sektoren in den 90er Jahren durch Verjüngungsstrategien das Durchschnittsalter sank, ist es im Öffentlichen Dienst noch gestiegen. Daten der BIBB/IAB-Erhebung zeigen, dass der Rationalisierungsprozess im Öffentlichen Dienst derzeit eine beeindruckende Reichweite hat. In einigen Maßnahmefeldern ist die Verbreitung von Modernisierungsprozessen noch größer als in der Industrie und durchgängig für alle Maßnahmen zeigt sich, dass der Öffentliche Dienst noch vor dem Handwerk oder Handel rangiert. Diese Rationalisierungen verlaufen - von Ausnahmen abgesehen - jedoch in gesundheitlich zumutbaren und sozialverträglichen Bahnen wie Daten zu Belastungsfolgen und Gesundheitsbeschwerden deutlich machen. Allerdings ergeben sich für die Beschäftigten vor allem aus der in den letzten Jahren zu beobachtenden Tendenz zur Privatisierung von Unternehmen aus dem Öffentlichen Sektor negative Effekte. Denn Gesundheitsförderung oder berufliche Weiterbildung beispielsweise wird - auch in derselben Branche - von Öffentlichen Arbeitgebern häufiger praktiziert als von Privatbetrieben.

Die Ergebnisse unserer Betriebs-/Personalrats-Umfrage haben gezeigt, dass Konzepte und konkrete Maßnahmen zur Erwerbsintegration Älterer eher die Ausnahme sind und weitaus mehr Einzelfallmaßnahmen als strategisch-präventive Lösungsstrategien dominieren. In nicht einmal jedem zwanzigsten Betrieb werden oder wurden in der letzten Zeit Integrationsmaßnahmen realisiert. Die Altersstruktur allein erzeugt für Betriebe im Öffentlichen Dienst, auch bei sehr hohem Anteil Älterer, noch keinerlei Handlungs- und Veränderungsdruck. Solche Impulse gehen andererseits in sehr deutlicher und nachhaltiger Weise vom betrieblichen Krankenstand aus, auch wenn „Arbeitsunfähigkeit“ (und daran geknüpfte Maßnahmen) im Öffentlichen Dienst derzeit noch kein solcherart virulentes Thema wie in der Privatwirtschaft darstellt. Die systematische Analyse von Arbeitsunfähigkeits-Daten wird häufig von Personal- und Betriebsräten abgewehrt, so dass das „Recht auf Krankheit“ verteidigt, gleichzeitig aber auch auf Warnsysteme für gesundheitliche Prävention verzichtet wird.

Die Integration Älterer wurde von den an der Studie teilnehmenden Experten/innen überwiegend befürwortet, und dies mit recht differenzierten Argumenten. Ablehnende Gesamturteile sind eher selten und werden - wenn überhaupt - dann als Positionen anderer Akteure im Betrieb berichtet. Für eine Integration werden recht häufig sozialethische, wertorientierte Argumente genannt: Die Solidargemeinschaft zwischen Älteren und Jüngeren wird hervorgehoben, Integration erscheint als Fürsorgeverpflichtung des Arbeitgebers gerade im Öffentlichen Dienst.

Die von der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ prognostizierte Verknappung von jüngeren und qualifizierten Arbeitskräften wurde nur in wenigen Betrieben unserer Fallstudien als zukünftiges betriebliches Problem wahrgenommen. Für die geplanten Personalentwicklungskonzepte und Strategien im Umgang mit älteren Arbeitnehmer/innen deutet sich kaum eine Kehrtwende im Sinne der Entwicklung und Umsetzung systematischer und prospektiver Integrationskonzepte an. Was allerdings in einer Reihe von Betrieben durchaus vorstellbar ist, wird mit dem Begriff des „Strategie-Mix“ beschrieben, bei dem eine Diversifizierung von Maßnahmen, externalisierender wie integrativer Art, hervorgehoben wird. Dieses zeigt sich auch an der sehr häufig genutzten Tarifvereinbarung zur Altersteilzeitarbeit, bei der eindeutig das „Blockmodell“ überwiegt, das eher den Charakter einer Vorruhestandsregelung innehat. Das „Normalarbeitsverhältnis“ als berufsbiografisch weitgehend ununterbrochene Tätigkeit mit einem täglich bzw. wöchentlich lebenslang konstanten Zeitumfang ist nach wie vor in den Köpfen betrieblicher Entscheidungsträger die Richtschnur für die Praktikabilität betrieblicher Planungen und Gestaltungskonzepte, im Management ebenso wie in der betrieblichen Interessenvertretung und wohl auch in den Köpfen der Erwerbstätigen. Flexibilisierungskonzepte finden bislang wenig Resonanz. Perso-

nal- und Betriebsräte sind in unseren Untersuchungsbetrieben kaum einmal als Protagonisten und Initiatoren für die Durchführung von Integrationskonzepten aufgetreten. Im Rahmen ihrer Beteiligung an Projekten konnten jedoch vielfach Arbeitnehmerinteressen stärker berücksichtigt werden.

Es gibt keinen durchgängigen und systematischen Erklärungsfaktor für die Umsetzung von Integrationskonzepten. Ein wesentlicher Hintergrund sind hohe Arbeitsunfähigkeits- oder Dienstanfähigkeitsquoten bei gleichzeitig versperrten Möglichkeiten traditioneller Externalisierung durch Frühverrentung. Darüber hinaus spielt das soziale Engagement hochrangiger Entscheidungsträger eine große Rolle und ebenso das betriebliche Interesse an einer besseren Außendarstellung.

Komplexität und Zielsetzung, präventiver Charakter und Betroffenenzahl der von uns vorgefundenen Maßnahmen sind überaus heterogen. Maßnahmen zur Arbeitszeitflexibilisierung sind sehr häufig, ebenso Instrumente zur Optimierung des innerbetrieblichen Arbeitsmarkts und der Qualifizierungsbedarfe, die in einer Einrichtung zusammengeführt werden. Daneben finden sich - teils als Ergänzung anderer Maßnahmen - recht häufig neu gestaltete Anforderungsstrukturen (Mischarbeitsplätze) und Gesundheitsförderungsprojekte. Modelle langfristiger Personalentwicklung und Laufbahngestaltung sind aufgrund damit verbundener Risiken und Organisationsprobleme selten.

Die bei der Planung oder Umsetzung von Integrationskonzepten auftauchenden Barrieren und Widerstände reichen von Informationsdefiziten der Personalverantwortlichen über Kosten-Einwände im Management bis hin zu Abwehrhaltungen der Beschäftigten. Oftmals lassen sich dafür jedoch Lösungen finden, sei es durch Mitarbeiter-Beteiligung oder auch den Verzicht auf eine ausnahmslose Durchsetzung von Konzepten.

Motive für die Passivität vieler Betriebe im Öffentlichen Dienst sind vielfältig. Dazu zählen: Unzureichende Informationen insbesondere aus der „eigenen Branche“, tradiert kurze Zeithorizonte der Personalplanung, die nach wie vor bestehende Fixierung auf Schonarbeitsplätze, die mit geringem Aufwand umsetzbare Regelung zur Altersteilzeitarbeit, die Absorption von Zeit und Kreativität durch die Verwaltungsmodernisierung und die Förderung eines „Ressort-Egoismus“ durch Dezentralisierung.

Die Berücksichtigung sozialer Beschäftigteninteressen hat in Betrieben des Öffentlichen Dienstes derzeit noch vergleichsweise großes Gewicht, was sich an mehreren empirischen Indikatoren aufzeigen läßt: Rationalisierungseffekte, berufliche Weiterbildung, Umgang mit Arbeitsunfähigkeit, die Betonung sozialer Fürsorgeverpflichtungen des Arbeitgebers. Inwieweit diese Praxis in den kommenden Jahren allerdings fortgesetzt werden kann in Anbetracht massiver Vorgaben zur Kostensenkung einerseits bei gleichzeitiger Verbesserung der Dienstleistungsqualität andererseits, ist eine offene Frage.

*siehe auch: Workshop „Erwerbsintegration älterer Arbeitnehmer/innen“ auf S. 26.*

Gerd Marstedt  
Telefon: 0421/218-4385  
E-Mail: marstedt@zes.uni-bremen.de

Okka Alberts  
Telefon: 0421/218-4370  
E-Mail: oalberts@zes.uni-bremen.de

## Neues Projekt

### Datenerhebung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland

#### Bertelsmann Gesundheitsmonitor Versicherten- und Ärztebefragung.

Zu den positiven jüngeren Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem gehört der praktische Aufbau einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung (vor allem der Bundesgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts) und eine programmatische Fokussierung auf den Bedarf, die Wahrnehmungen und die „Koproduzentschaft“ der Versicherten und/oder Patienten.

Die Umsetzung der politischen Absichten, sich stärker auf die Subjekte und Akteure des Gesundheitssystems zu orientieren, scheitert bisher aber u.a. am strukturellen Mangel bzw. einer nur unzulänglich und sporadisch hergestellten Transparenz über

- die Inanspruchnahme von Leistungen, die dabei gemachten Erfahrungen und Wahrnehmungen sowie deren Bewertung durch Versicherte und Patienten,
- die Kenntnisse, Wahrnehmungen und Bewertungen gesundheitspolitischer Interventionen und ihrer Folgen durch Versicherte, Patienten und Ärzte.

So existiert im deutschen Gesundheitssystem - neben, trotz oder vielleicht sogar wegen einer seit Jahrzehnten unvermindert intensiven Regulierungsdichte mit immer kürzer werdenden „Halbwertszeiten“ wichtiger Bedingungen - kaum systematisches und Veränderungen in der Zeit messendes Wissen über erwünschte oder unerwünschte Politikfolgen für Patienten und Ärzte.

Die permanente Gesundheitspolitik-Gesetzgebung stützt sich fast ausschließlich auf Expertenratschläge bzw. lobbyistische Vorstellungen und besteht in wachsendem Maße aus der Korrektur unerwünschter Folgen der vorherigen politischen Intervention.

Diese Wissensdefizite und einige der daraus entstehenden Orientierungs- und Gestaltungsmängel sollen durch ein zum 1.3.2002 in Kooperation mit der Bertelsmann-Stiftung gestartetes und vorerst bis 2003 begrenztes so genanntes „Gesundheitsmonitor“-Projekt beseitigt oder vermindert werden. Dies geschieht auf Basis von halbjährlich durchgeführten umfangreichen schriftlichen Befragungen einer Bevölkerungsstichprobe und einer einmal pro Jahr geplanten mündlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe ambulant tätiger Ärzte.

Das dadurch erworbene Wissen wird durch zusätzliche regionale Versorgungsstrukturdaten (z.B. Arztdichte) angereichert und durch qualitative Analysen zu gesundheitspolitischen Optionen der Versicherten vertieft.

Ein für den November 2002 geplanter „Gesundheitsmonitor-Report“ und der Aufbau einer Newsletter-Reihe im Rahmen eines Internet-Informationsangebots sind als der Anfang einer dauerhaften versicherten-, patienten- und arztbezogenen Gesundheitspolitik-, Gesundheitspolitikfolgen- und Leistungsanspruchnahme-Berichterstattung gedacht.

Bernard Braun Telefon: 0421/218-4359 E-Mail <a href="mailto:bbraun@zes.uni-bremen.de">bbraun@zes.uni-bremen.de</a>
--

# Berichte - Tagungen

## Absicherung gegen Erwerbsminderung (Invalidität) und Reformen in den Alterssicherungssystemen

*Osteuropa-Tagung in Vilnius vom 1. - 4. September 2001*

Die Tagungen der aus dem Projekt „Die Umgestaltung der Alterssicherung im Transformationsprozess ost- und mitteleuropäischer Staaten“ hervorgegangenen Osteuropa-Gruppe unter der Leitung von Prof. Dr. Winfried Schmähl haben sich mittlerweile als feste Einrichtung etabliert. Mit Experten aus sechs mittel- und osteuropäischen Transformationsländern (Polen, Ungarn, Tschechische Republik, Estland Lettland und Litauen) werden Fragen zur Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme, insbesondere der Alterssicherung, diskutiert. Ziel ist eine Auseinandersetzung mit den nationalspezifischen Herausforderungen und Reformen. Zusätzlich zur Behandlung der allgemeinen Entwicklungen der Reformprozesse der Alterssicherungssysteme wird jedes Jahr ein spezielles Schwerpunktthema aufgegriffen. Die 2001 durchgeführte Tagung wurde durch die finanzielle Förderung der Thyssen-Stiftung ermöglicht. Das Thema war die Absicherung gegen Erwerbsminderung (Invalidität), die in den beteiligten Ländern sehr unterschiedlich ausgestaltet ist.

Bei der Darstellung der länderspezifischen Absicherung im Invaliditätsfall wurde deutlich, dass dieser Bereich den der Alterssicherung an Komplexität weit übertrifft. Neben medizinischen und arbeitsmarktbezogenen Kriterien ist auch die Abgrenzung zu anderen Zweigen der sozialen Sicherungssysteme unterschiedlich geregelt. Als Frage von hoher Relevanz kristallisierte sich die nach der medizinischen Beurteilung der Erwerbsminderung heraus: *Wer entscheidet auf Basis welcher Kriterien, ob Antragstellern Leistungen zugestanden werden?*

Nach dem Zusammenbruch der sozialistischen Systeme Mittel- und Osteuropas kam es zunächst zu einem sprunghaften Anstieg der Bezieherzahl von Invaliditätsleistungen. Auf diesem Wege versuchten die Menschen auch, die ungünstige Arbeitsmarktsituation zu bewältigen und ihre niedrigen Alters- oder Arbeitslosenbezüge zu substituieren oder zu ergänzen. Die betroffenen Staaten benötigten mehrere Reformschritte zur Umstellung des Systems sowjetischer Prägung, welches großzügig Leistungen gewährte, zu einem stärker nach den eigenen Vorleistungen differenzierenden System. Dennoch liegt noch immer eine starke Betonung von Mindestsicherungselementen vor, wobei in Estland und tendenziell auch in Litauen häufiger Sachleistungen gewährt werden, um funktionale Behinderungen auszugleichen. Die dagegen vorwiegend finanziellen Leistungen in Polen und der tschechischen Republik richten sich stark nach medizinischen Kriterien und enthalten sowohl Mindestelemente als auch einkommensbezogene und nach der Dauer der Versicherung gestaffelte Bestandteile. In Lettland hingegen wird verstärkt versucht, die Chancen

von Erwerbsgeminderten am Arbeitsmarkt zu verbessern.

Bei der Diskussion des zweiten Schwerpunktthemas – den Reformen in den Systemen der Alterssicherung – galt den Entwicklungen in Deutschland besondere Aufmerksamkeit. Es wurde festgestellt, dass zwar nach Einführung der privaten Zusatzversicherung der Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung geringer ansteigen wird als sonst zu erwarten gewesen wäre, die Verschiebung der Gesamtlasten jedoch zuungunsten der Arbeitnehmer ausfallen wird. Auch die mit dem Aufbau kapitalgedeckter Systeme in Mittel- und Osteuropa verbundenen Probleme wurden diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass mit den Reformen verbundene Ziele erst teilweise erreicht werden konnten und in vielen Bereichen weiterhin Reformbedarf herrscht. Die finanziellen Belastungen durch die Transformation der Systeme wurden allgemein unterschätzt.

In den baltischen Staaten und Polen hat man sich bei der Gestaltung der Alterssicherungssysteme an dem sogenannten Weltbankmodell orientiert, bestehend aus einer obligatorischen umlagefinanzierten, sowie einer obligatorischen und einer freiwilligen kapitalfundierte Schicht. Die individuelle Ausgestaltung und der Stand der Umsetzung unterscheidet sich jedoch. In Polen unterliegt das System weiterhin dem politischen Einfluss, und die Gefahr eines ‚Missbrauchs‘ der Beiträge für andere Zwecke ist nicht auszuschließen. In der tschechischen Republik wurde auf die Einführung einer obligatorischen fundierten Säule bislang verzichtet. Da die Leistungen aus der ersten Säule jedoch nur eine Lohnersatzrate von ca. 40% gewährleisten, ist eine zusätzliche private Absicherung notwendig. Bezieher geringer Einkommen sehen sich jedoch in Anbetracht eines Beitragssatzes von 26% im staatlichen System dazu nicht in der Lage.

Die Reformen der Alterssicherungssysteme der Transformationsstaaten stellen einen dynamischen Prozess dar. Selbst wenn die gesetzlichen Reformen einmal abgeschlossen sind, befindet sich das System selbst noch im Transformationsprozess und die Auswirkungen sind bislang nur teilweise zu überblicken. Die Teilnehmer des Workshops streben an, die Entwicklungen der Alterssicherungssysteme weiter systematisch zu verfolgen. Ein künftiges Augenmerk soll dabei auf die ökonomischen Wirkungen der Reformen selbst gelegt werden, da noch weitgehende Ungewissheit über Verteilungseffekte und Einkommensentwicklungen im Alter bestehen. Von besonderem Interesse sind mögliche Prozesse an den nationalen Kapitalmärkten infolge des Aufbaus von Pensionsfonds. Ob die erhofften Wachstumsimpulse für die Volkswirtschaften eintreten werden, bleibt abzuwarten.

Ein entscheidendes Thema der Zukunft stellt für die Länder Mittel- und Osteuropas die Integration in die EU dar. Die umfangreichen Verflechtungen mit allen ökonomischen Bereichen deuten auf tiefgreifende Veränderungen der sozialen Sicherungssysteme durch die Integ-

ration der Staaten Mittel- und Osteuropas in die EU hin. Diese Entwicklungen sollen Schwerpunktthema der für 2002 geplanten Tagung sein. Dabei wird angestrebt, den Teilnehmerkreis bestehend aus Polen, Ungarn, der tschechischen Republik und den baltischen Staaten um die EU-Aspiranten Slowenien und die slowakische Republik zu erweitern.

Marlene Schubert  
Telefon. 0421/218-4371  
E-Mail: m.schubert@zes.uni-bremen.de

## **Arzneimittel-Anwendungsforschung. Strategie für mehr Effizienz und Patientenschutz**

### **Patientenschutz, Arzneimittelinformation und Effizienz als Ziel**

*Rückblick auf eine Tagung zur Arzneimittel-Anwendungsforschung am 4./5. Oktober 2001 in der Universität Bremen*

Am 4. und 5. Oktober 2001 fand eine Tagung im Senatsaal der Universität Bremen statt, die „Neuland“ zum Thema hatte. Die Tagung wurde veranstaltet vom Zentrum für Public Health (ZPH), vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), von der Forschungseinheit „Evaluation medizinischer Versorgung“ der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ im Zentrum für Sozialpolitik und von der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA). Etwa 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen zusammen, um zum Thema Arzneimittel-Anwendungsforschung zu diskutieren, einem speziellen Feld in der seit kurzem öffentlich geförderten und dadurch auch in den Mittelpunkt rückenden Versorgungsforschung. Um das Ergebnis vorwegzunehmen: Es kam zu einer beeindruckenden Darstellung der derzeitigen Aktivitäten in diesem Bereich, der, wie die Vertreterin aus dem Bundesministerium für Gesundheit, Frau Dr. Margot Fälder, anmerkte, ganz ohne öffentliche Forschungsmittel entstanden ist und bereits zu bemerkenswerten Ergebnissen geführt hat.

Im Mittelpunkt der 15 Referate standen Auswertungen von Projekten, die sich mit der Arzneimittelversorgung beschäftigten. Dabei ging es u. a. um die Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen (Frau Dr. Krappweis, Dresden) oder bei schwangeren Frauen (Prof. Hasford, München); es ging um die Medikalisierung weiblicher Lebensphasen (Frau Prof. Kolip, Bremen) oder um die Hormonsubstitution in der Menopause (Frau Dr. Janhsen, Bremen), um die Behandlung von Hepatitis C (Dr. Häussler, Berlin) oder um Qualitätsindikatoren in der Versorgung (Frau Dr. Schubert, Köln). Daneben wurden aber auch Aspekte der Arzneimittelsicherheit (Prof. Schweim, Präsident des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); Frau Prof. Thürmann, Wuppertal und Herr Dr. Wille, Bremen), des Arzneimittelrechts (Prof. Hart, Bremen), der Pharmoökonomie (Dr. Huppertz, Bad Soden; Dr. Volmer, München und Herr Clouth, Bad Homburg) oder der Unterstützung der Arzneimitteltherapie durch Apotheker/innen (Phar-

maceutical Care) vorgetragen (Frau Prof. Schäfer, Berlin). Alles in allem: Ein breites, fachlich kompetent ausgestaltetes Bild der Arzneimittel-Anwendungsforschung, wie es sich heute aus wissenschaftlicher Sicht darstellt.

In ihrer Einleitung zur Tagung hatte die Dekanin des Fachbereichs 11, Frau Prof. Annelie Keil, bereits auf den Zusammenhang zwischen Public Health und der Arzneimitteltherapie als der häufigst angewendeten medizinischen Intervention hingewiesen: Die Anwendung von Arzneimitteln ist allgegenwärtig, die Auswirkung auf die kollektive Gesundheit vielfach nicht untersucht, die schnelle Bewältigung von Lebenskrisen über die Arzneimitteltherapie häufig „eingeübt“. Arzneimittel sind zwar zur Behandlung vieler Erkrankungen unverzichtbar, ihr Wert wendet sich aber in das Gegenteil, wenn sie falsch angewendet werden und ihr Nutzen bei Alltagsproblemen überschätzt wird. Damit hat Frau Keil bereits Gedanken angesprochen, die auch ich als Organisator der Tagung (zusammen mit Frau Hilbig vom BIPS und Frau Kautz vom ZeS, denen ich bei dieser Gelegenheit für ihre Mitarbeit besonders danken möchte) noch einmal zur Begründung des Tagungsthemas vorgetragen habe: In den Klinischen Prüfungen vor der Zulassung eines Arzneimittels werden bereits viele Informationen zur Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutischen Qualität zusammengetragen, allerdings an sehr ausgewählten Patientenkollektiven, die durch Ein- und Ausschlusskriterien bestimmt sind – kaum Frauen, kaum ältere Menschen, kaum Kinder. Die Anwendung von Arzneimitteln in der Praxis trifft aber auf unselektierte Patientengruppen, Nutzen und Verträglichkeit, Wechselwirkungen; Dosierungsfragen und Langzeitauswirkungen bekommen daher eine besondere Bedeutung. Hierzu gibt es derzeit nur sehr selten systematische Erhebungen nach der Zulassung – das Interesse an solchen Forschungsvorhaben liegt nicht mehr unbedingt bei den Herstellern; sie haben ihre Mittel bereits im Markt und fördern die Anwendung oftmals eher durch sog. Anwendungsstudien, die dem Marketing und der Positionierung eines neuen Mittels mehr dienen als der Generierung neuer Informationen. Die Arzneimittel-Anwendungsforschung wird damit zu einer „Gegenöffentlichkeit“ gegen die industrieabhängigen Informationen zum Nutzen und zum Stellenwert der Therapie, sie führt aber auch zu notwendigen Anwendungshinweisen und Einschränkungen, die in klinischen Studien keine Beachtung fanden.

Die Arzneimittel-Anwendungsforschung wird deshalb zu einer wichtigen Strategie im Bereich von Public Health, schließlich soll die Arzneimitteltherapie die kollektive und individuelle Gesundheit positiv beeinflussen; unerwünschte Wirkungen oder Gefährdungen durch Langzeitfolgen wie z.B. Arzneimittelabhängigkeit sollen dagegen vermieden werden. Informationen über die falsche Anwendung von Arzneimitteln oder die Anwendung falscher Arzneimittel können daher die Effizienz der Arzneimitteltherapie verbessern, wenn sie im Rahmen von Beratungs- oder Informationsstrategien genutzt werden, sie dienen aber zum Patientenschutz – denn unnötig eingenommene Arzneimittel belasten nicht nur die Aus-

gaben im Gesundheitssystem, sondern auch die einzelnen Patienten und Patientinnen.

Gerd Glaeske  
Telefon: 0421/218-4401  
E-Mail: glaeske@zes.uni-bremen.de

## **Pflegeversicherung auf dem Prüfstand – Qualität und Finanzierung**

*8. Universitätsseminar 15./16. November 2001 auf Schloß Etelsen*

Bereits zum 8. Mal fand am 15. und 16. November 2001 das Universitätsseminar der wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik, gefördert durch die Hanns Martin Schleyer-Stiftung, auf Schloß Etelsen statt. Im Rahmen der Förderinitiative „Dialog Wissenschaft und Praxis“ kamen 25 Vertreter aus Wissenschaft, Verbänden, Verwaltung und Unternehmen zusammen, um gemeinsam das Tagungsthema „Pflegeversicherung auf dem Prüfstand – Qualität und Finanzierung“ zu diskutieren. Wieder einmal wurde deutlich, wie wichtig es ist, ein Thema, wie das der Pflegeversicherung, vom Standpunkt aller Beteiligten zu beleuchten.

Nach einer Begrüßung und Einführung durch den Leiter des Seminars, Prof. Dr. Winfried Schmähl, stand am ersten Tag die Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung im Mittelpunkt der Debatte. Bereits im Anschluss an den ersten Vortrag von Uwe Brucker (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung), der Defizite in der Qualität von Pflegeeinrichtungen hervorhob, kam es zu einer kontroversen Diskussion mit Vertretern der Träger von Pflegeeinrichtungen. Im folgenden Vortrag stellte Dr. Günther Roth von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie Konzepte zur Qualitätsmessung in der ambulanten Pflege vor. Er stellte fest, wie unterschiedlich die Qualität der Pflege von den beteiligten Gruppen eingeschätzt wird. Als Vertreter des Arbeiter-Samariter-Bundes sprach Franz Schütte zu den Auswirkungen der Einführung der Pflegeversicherung auf die Qualität der durch Wohlfahrtsverbände erbrachten häuslichen Pflege. In seiner regional begrenzten Studie kommt er zu dem Ergebnis einer nur marginalen Verbesserung. Danach untersuchte Prof. Dr. Stefan Görres von der Universität Bremen die Chancen der Qualitätssicherung durch Zertifizierung von Pflegeeinrichtungen. In der anschließenden Diskussion wurden Fragen nach der personellen Akkreditierung eines Zertifizierungsrates oder nach der Messung von Qualität kontrovers diskutiert. Der Themenblock der Qualitätssicherung wurde abgeschlossen durch einen Beitrag von Dr. Joachim Wilbers von der Caritas Trägergesellschaft Trier zum Thema „Pflege-Qualitätssicherungsgesetz: Inhalt, erwartete Wirkungen und Probleme“. Wilbers konstatierte, dass eine qualitativ bessere Versorgung im Pflegebereich erst durch qualifizierteres Personal und dieses durch höhere Entlohnung möglich wird.

Das Abendgespräch wurde eingeleitet durch einen aufschlussreichen Vortrag von Prof. Dr. Ursula Rust (Uni-

versität Bremen), die das Urteil des Bundesverfassungsgericht zu Pflegeversicherung und Familie und seine möglichen Folgen für die Rentenversicherung von juristischem Standpunkt aus untersuchte. Es folgte eine lebhaft diskussion.

Am zweiten Tag stand die Finanzierungsfrage im Mittelpunkt der Diskussion. Es begann Hanns-Christian Mager von der Universität Frankfurt mit Untersuchungen zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und den Auswirkungen auf die Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Als entscheidender Faktor künftiger Kostensteigerungen wurde das sinkende familiäre Pflegepotential und die Pflegebereitschaft identifiziert. Im folgenden Referat von Prof. Dr. Roland Eisen (Universität Frankfurt) wurden Möglichkeiten zur (Teil-) Kapitalbildung in der Pflegeversicherung untersucht. Den häufig angeführten Vorteilen einer Kapitaldeckung stellte der Referent die nicht abschätzbaren Risiken und die hohen Verwaltungskosten einer solchen Finanzierungsweise gegenüber. In der abschließenden Diskussion zur Frage der Integration von Pflege- und Krankenversicherung präsentierten Dr. Klaus Jacobs vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung und als Korreferentin Martina Sitte vom AOK-Bundesverband kontroverse Standpunkte. Während der erste Referent eine Zusammenlegung befürwortete, um Schnittstellenprobleme zu lösen und eine integrierte Versorgung zu ermöglichen, argumentierte die Korreferentin dagegen, indem sie die Möglichkeit von Integrationsgewinnen anzweifelte. In der abschließenden Diskussion wurde das psychologische Argument gegen eine Eingliederung hervorgehoben: Die Pflege würde als „kleines“ Glied in der Krankenversicherung untergehen.

Dieses 8. Universitätsseminar hat ein weiteres Mal den Teilnehmern vor Augen geführt, wie wichtig nicht nur eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit einem Thema ist, sondern dass nur unter Berücksichtigung der Praxisseite zukunftsweisende Antworten gefunden werden können. In diesem Sinne wird das Universitätsseminar weiterhin fortgesetzt (*siehe auch Ankündigung auf S. 26*).

Marlene Schubert  
Telefon: 0421/218-4371  
E-Mail: m.schubert@zes.uni-bremen.de

## **Politische Ökonomie**

*Workshop des Zentrums für Sozialpolitik am 15./16.12.2001 in Bremen*

Am 15. und 16. Dezember 2001 fand am Zentrum für Sozialpolitik ein von Uwe Wagschal und Herbert Obinger initiiertes und von der Forschungskommission der Universität Bremen (FNK) finanziell unterstützter Workshop zum Thema Politische Ökonomie statt. Elf Referenten aus Deutschland und der Schweiz diskutierten politisch-institutionelle Einflüsse auf die makroökonomische Performanz im Zeitraum zwischen 1960 und 2000. Im Mittelpunkt standen die politischen Bestimmungsfakto-



ren des Wirtschaftswachstums (Dr. Herbert Obinger, ZeS Bremen), der Staatsausgaben (PhD Thomas R. Cusack/Dr. Susanne Fuchs, beide Wissenschaftszentrum Berlin (WZB)), der Staatseinnahmen und -verschuldung (Dr. Uwe Wagschal, avenir suisse, Zürich), der Arbeitslosigkeit (Prof. Dr. Klaus Armingeon, Universität Bern), der Währungspolitik (Dr. Markus Freitag, Universität Bern), der außenwirtschaftlichen Öffnung (Christian Martin M.A., Universität Konstanz) sowie der Sozialausgabendynamik (Dr. Herbert Obinger/Dr. Bernhard Kittel, MPIfG Köln). Abgerundet wurde diese Arbeitskonferenz mit einem Beitrag zu den Strömungen der Politischen Ökonomie (PD Dr. Thomas Plümper, Universität Konstanz) sowie zur Rolle der Arbeitsbeziehungen in der politischen Ökonomie (Dr. Bernhard Kittel). Als Discussants wurden Dr. Reimut Zohlnhöfer (Universität Heidelberg) und Prof. Dr. Stephan Leibfried (ZeS) eingeladen. Zentrales Ziel des Workshops war die Vorbereitung eines Lehrbuchs zum gleichen Thema, welches im Herbst 2002 in der großen UTB-Reihe bei Leske+Budrich erscheinen wird.

#### Literatur:

Wagschal, Uwe; Obinger, Herbert; Kittel, Bernhard (Hg.), 2002: *Politische Ökonomie. Politik und wirtschaftliche Performanz in OECD-Demokratien*. Opladen: Leske+Budrich, UTB.

Herbert Obinger  
Telefon: 0421/218-4369  
E-Mail: hobinger@zes.uni-bremen.de

#### Graduiertenkolleg des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger zu Fragen der Alterssicherung in Bensheim

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) hat am 24./25. Januar 2002 im Rahmen des Forschungsnetzwerks Alterssicherung (FNA) ein Graduiertenkolloquium mit folgenden Themenbereichen veranstaltet: (1) Alterssicherung in Europa; (2) Vergleich von Alterssicherungssystemen; (3) Reform der Alterssicherung in Deutschland; (4) Familie und Alterssicherung sowie (5) Besteuerung der Alterssicherung in Deutschland.

An dem Kolloquium nahmen Vertreter des Verbandes – u.a. Jürgen Husmann, Dr. Axel Reimann und Prof. Dr. Franz Ruland –, und als Hochschullehrer Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer (Jena), Prof. Dr. Jürgen Kohl (Heidelberg) und Prof. Dr. Winfried Schmähl (ZeS) – sowie zahlreiche wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen und Doktoranden/Doktorandinnen teil.

Aus der Wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik waren Angelika Oelschläger, Marlene Schubert, Hendrik Dräther, Rolf Lühning und Jörg Sommer an dem Kolloquium beteiligt. Jörg Sommer referierte zum Thema „Die offene Koordinierung der Alterssicherung in der Europäischen Union“ und Hendrik Dräther zum Thema „Finanzierungsverflechtungen in und mit der Sozialversicherung am Beispiel

der Rentenversicherung“. Insgesamt wurden 15 Beiträge vorgetragen, die zu intensiven und fachübergreifenden Diskussionen zwischen den 50 Teilnehmern und Teilnehmerinnen führten.

Der VDR beabsichtigt, die Tagungsergebnisse auf seinen Internetseiten ([www.vdr.de](http://www.vdr.de)) zu veröffentlichen.

Hendrik Dräther  
Telefon: 0421/218-4398  
E-Mail: draether@zes.uni-bremen.de

Jörg Sommer  
Telefon: 0421/218-4395  
E-Mail: jsommer@zes.uni-bremen.de

Als Ergebnis einer Tagung, die das Zentrum für Sozialpolitik zusammen mit der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald in Bremen durchgeführt hatte, liegt nun eine Veröffentlichung vor, in der Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung analysiert sowie mögliche Reformoptionen diskutiert werden. Nach einem Überblick über die Entwicklung der demographischen Alterung in Deutschland (Volker Ulrich und Winfried Schmähl) werden von Volker Ulrich (Greifswald) und Eberhard Wille (Mannheim) Auswirkungen auf die Krankenversicherung dargestellt. Den Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung erörtert – im Sinne einer Zwischenbilanz nach den ersten fünf Jahren – Roland Eisen (Frankfurt am Main). Eckhard Knappe und Thilo Rubart (Trier) analysieren die Konsequenzen demographischen Wandels in vergleichender Perspektive für gesetzliche Pflege- und Krankenversicherung. Den Bereich der Alterssicherung behandeln Winfried Schmähl (mit Blick auf die umlagefinanzierte Rentenversicherung und die neueste Alterssicherungsreform in Deutschland) sowie Axel Börsch-Supan (Mannheim), der im Zusammenhang mit kapitalfundierter Alterssicherung als Alternative und Ergänzung zur umlagefinanzierten Rente insbesondere oft wenig beachtete Detailprobleme kapitalgedeckter Altersvorsorge erörtert. Abschließend beschäftigt sich Peter Zweifel (Zürich) mit intertemporalen Effekten der Sozialversicherung, wobei er deren Auswirkungen auf Entscheidungen von Individuen, die sich in demographischen Veränderungen manifestieren, diskutiert.

**Schmähl, Winfried; Ulrich, Volker (Hg.), 2001: *Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen*. Tübingen: Mohr Siebeck.**

# Ankündigungen

## Entgrenzung von Arbeit und Leben im Kontext neuer betrieblicher Strategien und veränderter Lebensformen

Workshop am 21./22. März 2002 in Bremen

Am 21./22. März 2002 findet ein Workshop zum Thema "Entgrenzungen von Arbeit und Leben im Kontext neuer betrieblicher Strategien und veränderter Lebensformen" im Barkhof statt, auf dem sich verschiedene Forschungsprojekte unterschiedlicher Disziplinen austauschen. Veranstaltet wird der Workshop von Prof. Dr. Karin Gottschall (ZeS, Abt. Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat) in Kooperation mit Prof. G. Günter Voß (TU Chemnitz, Institut für Soziologie).

Karin Gottschall  
Telefon: 0421/218-4402/-4376  
E-Mail: k.gottschall@zes.uni-bremen.de

Sigrid Betzelt  
Telefon: 0421/218-4357/-4376  
E-Mail: sbetzelt@zes.uni-bremen.de

## Erwerbsintegration älterer Arbeitnehmer/innen

Workshop des Forschungs- und Dokumentationsprojektes „Integration älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer/innen des Öffentlichen Dienstes in die Erwerbsarbeit“ am 23. April 2002 im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Die stetige Zunahme des Anteils älterer (und damit auch gesundheits- und leistungsbeeinträchtigter) Erwerbstätiger durch den sozio-demographischen Strukturwandel lässt die Integration älterer und gesundheitsbeeinträchtigter Arbeitnehmer/-innen zu einer vordringlichen Zukunftsaufgabe werden. Allerdings herrscht in Betrieben nach wie vor eine Strategie der Externalisierung Älterer vor.

Innerhalb des Workshops sollen mit Experten/-innen aus Betrieben, Wissenschaft und Gewerkschaften die veränderten Rahmenbedingungen der Erwerbsintegration Älterer und die Situation im Öffentlichen Dienst diskutiert werden sowie Beispiele der Erwerbsintegration Älterer aus der Praxis vorgestellt werden.

Weitere Informationen über das Projekt siehe auch Projektbericht auf S. 19.

Okka Alberts  
Telefon: 0421/218-4370  
E-Mail: alberts@zes.uni-bremen.de

## Federalism and Social Policy

Tagung des Zentrums für Sozialpolitik in Zusammenarbeit mit dem Hanse-Wissenschaftskolleg (HWK) vom 24. bis 27. Mai 2002

Vom 24. bis 27. Mai 2002 findet am Hanse-Wissenschaftskolleg (HWK) in Delmenhorst eine internationale Konferenz zum Thema „Federalism and Social Policy – Comparative Perspectives on the Old and New Politics of the Welfare State“ statt. Auf Initiative von Stephan Leibfried und Herbert Obinger diskutieren Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus sechs Ländern das wechselseitige Verhältnis zwischen Wohlfahrtsstaat und Sozialpolitik in Australien, Deutschland, Kanada, Österreich, der Schweiz und den USA. Finanziell unterstützt wird diese Konferenz von der VolkswagenStiftung und dem HWK. Die Tagung dient im Wesentlichen der Vorbereitung eines Sammelbandes zum gleichen Thema, der im Herbst 2002 bei Brookings Institution, Washington, D.C. erscheinen soll.

**Teilnehmerinnen und Teilnehmer:** Prof. Dr. Stephan Leibfried, Universität Bremen; Dr. Herbert Obinger, Universität Bremen, Kenneth Finegold; PhD, The Urban Institute, Washington, D.C.; Prof. Dr. Keith Banting, Queen's University; Prof. Dr. Francis G. Castles, Edinburgh University; Prof. Dr. Manfred G. Schmidt, Universität Heidelberg; Prof. Dr. Klaus Armingeon, Universität Bern; John Uhr, PhD, Australian National University; Prof. Dr. Dietmar Braun, Universität Lausanne; Prof. Dr. Fritz Scharpf, Max Planck Institut für Gesellschaftsforschung Köln; Prof. emeritus Dr. Martha A. Derthick, University of Virginia; Prof. Dr. Arthur Benz, Fernuniversität Hagen; Prof. Dr. Richard Simeon, University of Toronto; Prof. Dr. Jonathan Rodden, MIT, Cambridge MA; Prof. Dr. Preston King, University of East Anglia, Norwich; Prof. Dr. Margaret Weir, University of California, Berkeley; R. Kent Weaver\*, PhD, The Brookings Institution, Washington, D.C.

\*Kent Weaver wird zusätzlich einen Vortrag im Rahmen der Jour-fixe-Reihe des Zentrums für Sozialpolitik halten (siehe auch Jour-fixe-Programm auf S. 32).

Herbert Obinger  
Telefon: 0421/218-4369  
E-Mail: hobinger@zes.uni-bremen.de

## Neuregelungen zur Reform der Alterssicherung

9. Universitätsseminar auf Schloß Etelsen am 14./15. November 2002

In diesem Jahr wird bereits zum 9. Mal ein „Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis“ zu wichtigen sozialpolitischen Fragen in Etelsen bei Bremen stattfinden. Ermöglicht wird dies durch eine Förderung der Hanns Martin Schleyer-Stiftung. Am 14. und 15. November 2002 wird über erste Erfahrungen mit den Neuregelun-

gen zur Reform der Alterssicherung (insbesondere hinsichtlich der privaten Vorsorge und der betrieblichen Alterssicherung) berichtet und diskutiert werden.

Winfried Schmähl Telefon: 0421/218-4055 E-Mail: schmaehl@zes.uni-bremen.de
--

---

## Gesundheitspolitisches Kolloquium

### **Neue Entwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „Disease Management Programme (DMP) in der GKV – Chance für mehr Qualität, Risiko für Patientenselektion?“**

Auch im Sommersemester 2002 wird wieder ein Gesundheitspolitisches Kolloquium angeboten, das vom Zentrum für Sozialpolitik (Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Rainer Müller), dem Zentrum für Public Health (Prof. Dr. Stefan Görres) und vom Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften (Prof. Dr. Annelie Keil) organisiert wird. Das Kolloquium beschäftigt sich diesmal mit neuen Entwicklungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): „Disease Management Programme (DMP) in der GKV – Chance für mehr Qualität, Risiko für Patientenselektion?“

Die Veranstaltungen finden im Barkhof, Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39, 2.OG., Raum 3260, statt.

*Mittwoch, 15.05.2002, 20.00 Uhr*

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik:

DMP und Risikostrukturausgleich – eine „verhängnisvolle“ Beziehung?

*Mittwoch, 22.05.2002, 20.00 Uhr*

Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln:

DMP – Strategie für mehr Qualität und Effizienz in der medizinischen Versorgung

*Mittwoch, 29.05.2002, 20.00 Uhr*

Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried, Leiter der Abteilung Grundsatzfragen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):

DMP – Anreizsystem für bessere Behandlungsqualität?

*Mittwoch, 12.06.2002, 20.00 Uhr*

Dr. Peter Schallenberg, Direktor des Kommende Sozialinstitut des Erzbistums Paderborn:

Versorgungsgerechtigkeit und Ethik in der Medizin – Konzepte gegen Patientenselektion?

*Mittwoch, 19.06.2002, 20.00 Uhr*

Prof. Dr. Norbert Schmacke, AOK Bundesverband, Bonn - Bad Godesberg:

DMP- Mehr Gesundheit für Patienten oder finanzieller Anreiz für Kassen?

Gerd Glaeske Telefon: 0421/218-4401 E-Mail: glaeske@zes.uni-bremen.de
---

---

# Personalia

Seit Oktober 2001 arbeitet *Frank Meyer* in dem Projekt „Pharmakologisches Caremanagement“, das in der Forschungseinheit „Gesundheitspolitik und Evaluation der medizinischen Versorgung“ (FEGEM) in der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ angesiedelt ist. Das Projekt wird in Kooperation mit dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) durchgeführt und von sieben bremischen Betriebskrankenkassen gefördert.

Zum Januar 2002 ist *Dipl.-Soz. Andreas Mauer* als neuer Mitarbeiter in dem Projekt „Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes“ eingestellt worden. Das Projekt, das bereits seit Dezember 2000 läuft, wird vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) gefördert.

Seit Februar 2002 arbeitet *Dr. Ellen Kuhlmann* in dem Projekt „Flexibilisierung und Gendering von Erwerbsformen im Gesundheitssektor. Eine Studie zur Professionalisierung und Dienstleistungsqualität in der ambulanten Versorgung in Bremen“. Das Projekt wird gemeinsam von der Abteilung „Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat“ und der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ getragen. (s. auch ausführliche Projektbeschreibung auf S. 9ff.).

*Birgit Rabel*, bislang Stipendiatin im Graduiertenkolleg „Technisierung, Objektivierung, Ökonomisierung und Verrechtlichung von Behandlungs- und Kommunikationsprozessen in der Medizin“ ist zum Januar 2002 aus dem Zentrum für Sozialpolitik ausgeschieden. Frau Rabel wechselt an das Diakonische Werk im Kirchenbezirk Löbau-Zittau gGmbH.

*Dr. Barbara Leidinger*, bislang Wirtschaftswissenschaftliche Abteilung des ZeS, ist in die Planungsgruppe für das Visionarum gewechselt: Mit dem Visionarum ist geplant, neben dem Science Center Universum auch verstärkt sozialwissenschaftliche Wissenschaftsgebiete zu präsentieren.

---

## Gäste

Im Frühjahr 2002 wird *Prof. Dr. Antonius Kerkhoff*, Universität Twente, Centrum Onderzoek Gezondheidszorg, Niederlande, für vier Wochen in das ZeS kommen. Der Gastaufenthalt gilt dem wissenschaftlichen Austausch zur Evaluation der medizinischen Versorgung - konkret zu einem Projekt, das sich mit DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) im Krankenhaus beschäftigt.

Kontakt: Rainer Müller Telefon: 0421-218-4377 E-Mail: <a href="mailto:dkoch@zes.uni-bremen.de">dkoch@zes.uni-bremen.de</a>
---

Ebenfalls mit Gesundheitsthemen, vorwiegend mit sozialer Ungleichheit und Gesundheit, beschäftigt sich *Prof. Björgulf Claussen*, Universität Oslo, Institut für Allgemeinmedizin und Gesellschaftsmedizin, der im März im Zentrum für Sozialpolitik zu Gast ist.

Kontakt: Rainer Müller Telefon: 0421-218-4377 E-Mail: <a href="mailto:dkoch@zes.uni-bremen.de">dkoch@zes.uni-bremen.de</a>
---

Uwe Helmert Telefon: 0421/218-4378 E-Mail: <a href="mailto:uhelmert@zes.uni-bremen.de">uhelmert@zes.uni-bremen.de</a>
---

Vom 13. bis 26. Mai 2002 wird *Prof. Dr. habil. Maciej Zukowski* von der Wirtschaftsuniversität in Posen, Polen, erneut im Zentrum für Sozialpolitik zu Gast sein. Herr Zukowski beschäftigt sich mit den Auswirkungen der EU-Ost-Erweiterung auf Systeme sozialer Sicherung.

Kontakt: Winfried Schmähl Telefon: 0421/218-4055 E-Mail: <a href="mailto:schmaehl@zes.uni-bremen.de">schmaehl@zes.uni-bremen.de</a>
--

*Prof. Dr. Emmerich Tálos*, Universität Wien kommt im April zu einem vierwöchigen Gastaufenthalt an das Zentrum für Sozialpolitik. Herr Tálos beschäftigt sich mit dem österreichischen Sozialstaat im Wandel. Am 17. April wird er einen Vortrag zum „Austrokorporatismus – Sozialpartner am Ende“ halten. Der Vortrag findet um 15 Uhr c.t., Barkhof, 2. OG., Raum 3260, statt (s. auch *Jour-fixe-Programm auf S. 32*).

Kontakt: Herbert Obinger Telefon: 0421/218-4369 E-Mail: <a href="mailto:hobinger@zes.uni-bremen.de">hobinger@zes.uni-bremen.de</a>
---

Weiterhin bis Ende Juli 2002 ist *Oksana Golowtschenko* als Stipendiatin des DAAD in der Wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik tätig. Frau Golowtschenko beschäftigt sich mit den besonderen Problemen der Altersversorgung von Beschäftigung mit erschwerten körperlichen Arbeitsbedingungen.

Kontakt: Oksana Golowtschenko Telefon: 0421/218-4364 E-Mail: <a href="mailto:o.golowtschenko@zes.uni-bremen.de">o.golowtschenko@zes.uni-bremen.de</a>
--

## Promotionen

Im Februar 2002 wurden drei Promotionsverfahren im Zentrum für Sozialpolitik erfolgreich zum Abschluss gebracht. Die Promotionskolloquien von *Antonia Gohr M.A.*, *Freia Hardt, M.A.* und *Dipl. Volkswirtin Franziska Kuhlmann* fanden allesamt am 28.2.2002 im Zentrum für Sozialpolitik im Barkhof statt.

Antonia Gohr hat sich in ihrer Dissertation mit der Sozialpolitik der Oppositionsparteien in der Bundesrepublik Deutschland auseinandergesetzt; Freia Hardt beschäftigte sich mit dem Thema „Arbeitsmarkt und Beschäftigungspolitik in Frankreich: der Einfluss von Parteiendifferenzen und politisch-institutionellen Bedingungen“ und Franziska Kuhlmann hat das Thema „Die russische Rentenreform der 90er Jahre: Was lange währt, wird endlich gut?“ bearbeitet.

### **Das Zentrum für Sozialpolitik im WorldWideWeb**

Aktuelle Informationen

des ZeS sind im

Internet abrufbar unter:

<http://www.zes.uni-bremen.de>

# Neuerscheinungen

Braun, Bernard, König, Christina; Georg, Arno, 2002: *Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 21. Schwäbisch Gmünd: GEK Edition.

Gottschall, Karin; Pfau-Effinger, Birgit (Hg.), 2002: *Zukunft der Arbeit und Geschlecht. Diskurse, Entwicklungspfade und Reformoptionen im internationalen Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.

Hien, Wolfgang; König, Christina; Milles, Dietrich; Spalek, Rolf, 2002: *Am Ende ein neuer Anfang? Arbeit, Gesundheit und Leben der Werftarbeiter des Bremer Vulkan*. Hamburg: VSA.

Jürgens, Olaf, 2002: *Sozialhilfebezug erwerbsfähiger Armer. Drei europäische Städte im Vergleich*. Augsburg: Maro (i.E.).

Matthies, Hildegard; Kuhlmann, Ellen; Oppen, Maria; Simon, Dagmar, 2001: *Karrieren und Barrieren im Wissenschaftsbetrieb. Geschlechterdifferente Teilhabechancen in außeruniversitären Forschungsinstituten*. Berlin: edition sigma.

Müller, Rainer (Hg.), 2002: *Gesundheit im Spannungsfeld individuellen Handelns und institutioneller Steuerung*. Reihe Gesundheit – Arbeit – Medizin, Bd. 28. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (s. auch *nebenstehenden Kasten*).

Schmähl, Winfried; Ulrich, Volker (Hg.), 2001: *Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen*. Tübingen: Mohr Siebeck (s. auch S. 25).

Stecker, Christina, 2002: *Vergütete Solidarität und solidarische Vergütung. Zur Förderung von Ehrenamt und Engagement durch den Sozialstaat*. Opladen: Leske+Budrich (i. E.).

Voges, Wolfgang, 2002: *Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

*In der Reihe Gesundheit – Arbeit – Medizin im Wirtschaftsverlag NW neu erschienen:*

**Müller, Rainer (Hg.): *Gesundheit im Spannungsfeld individuellen Handelns und institutioneller Steuerung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.**

mit Beiträgen von: Thomas Behrens; Bernard Braun; Gerd Glaeske; Wolfgang Hien/Thomas Schulz; Uwe Helmert/Hiltrud Merzenich; Marcus Kahrs; Frauke Koppelin; Dietrich Milles/Rebecca Schwoch; Rainer Müller; Heinz Rothgang/Anke Vogler; Walter Samsel; Thomas Schulz; sowie Wolfgang Voges.

Die Beiträge setzen sich mit der Selbststeuerung der Individuen im Spannungsfeld der institutionellen Vorgaben auseinander. Gratifikationen und Sanktionen wirken in diesem Feld, ebenso expertliche Dominanz wie auch Interessenkalküle von Betrieben oder auch professionellen Akteuren. In all diesen Interaktionen zwischen Individuen und Institutionen sind die Vorstellungen sowohl der Personen als auch der Institutionen über Gesundheit/Krankheit, Normalität des Lebenslaufs, Gesundheit als öffentliches oder privates Gut in Betracht zu ziehen. Politikmuster auf der Makroebene des Staates bzw. der Mesoebene der Institutionen, wie Krankenkasse oder auch Betrieb und auch gesundheitspolitischen Orientierungen der Bürgerinnen und Bürger, werden in verschiedenen Beiträgen des Bandes behandelt (*aus dem Vorwort von Rainer Müller*).

*erscheint im Mai:*

## ***Tätigkeitsbericht des Zentrums für Sozialpolitik für die Jahre 1999 bis 2001***

*aus dem Inhalt:* Forschungsprofil des Zentrums für Sozialpolitik, Entwicklungen und Perspektiven, Arbeitsschwerpunkte im Überblick, das ZeS in der nationalen und internationalen soziapolitischen Forschung und Praxis, die Verankerung des ZeS in der Universität, die Bedeutung des ZeS für die Region ... - und *im Anhang:* Projekte, Veröffentlichungen, Lehrveranstaltungen, Vorträge, Tagungen, Personalien, Gäste und vieles andere mehr.

# ZeS-Arbeitspapiere

## Nr. 14/01

**Gindulis, Edith:** Die Bestimmungsfaktoren der Gesetzgebung über den Schwangerschaftsabbruch im OECD-Vergleich.

## Nr. 15/01

**Seeleib-Kaiser, Martin:** Globalization, Political Discourse, and Welfare Systems in Comparative Perspective: The Federal Republic of Germany, Japan, and the US.

## Nr. 16/01

**Seeleib-Kaiser, Martin:** Ende oder Neubeginn der Sozialdemokratie.

## Nr. 17/01

**Viebrok, Holger; Himmelreicher, Ralf K.:** Verteilungspolitische Aspekte vermehrter privater Altersvorsorge.

## Nr. 18/01

**Gottschall, Karin; Betzelt, Sigrid:** Alleindienstleister im Berufsfeld Kultur – Versuch einer erwerbssoziologischen Konzeptualisierung.

## Nr. 1/02

**Fachinger, Uwe:** Sparfähigkeit und Vorsorge gegenüber sozialen Risiken bei Selbständigen: Einige Informationen auf der Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998.

## Nr. 2/02

**Dingeldey, Irene:** Koordination in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung. Kritik und Erweiterung der Forschungsperspektiven.

## Nr. 3/02

**Gindulis, Edith; Obinger, Herbert:** Der Kampf um die Fristenlösung in der Schweiz. Ein Lehrstück konkordanzdemokratischer Überforderung.

---

Die ZeS-Arbeitspapiere können im Zentrum für Sozialpolitik angefordert oder auch über das Internet (s. S. 29) bestellt und abgerufen werden.

---

# Schriftenreihe

*Zwei neue Bände der Schriftenreihe des Zentrums für Sozialpolitik im Campus-Verlag erschienen:*

**Seeleib-Kaiser, Martin, 2001:** *Globalisierung und Sozialpolitik. Ein Vergleich der Diskurse und Wohlfahrtssysteme in Deutschland, Japan und den USA.* Schriftenreihe des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 12. Frankfurt/New York: Campus.

Die Studie analysiert, ob und inwieweit der Prozess der Globalisierung die sozialpolitischen Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland, Japan und den USA kausal beeinflusst hat. Aufgrund der Filterung des Globalisierungsprozesses durch die jeweiligen Wohlfahrtssysteme, die im politischen Diskurs ihren Ausdruck findet, scheinen die spezifischen Veränderungen sozialpolitischer Arrangements divergente Prozesse widerzuspiegeln, die langfristig jedoch zu einer Konvergenz, im Sinne einer Annäherung der Systeme führen.

**Greß, Stefan, 2002:** *Krankenversicherung und Wettbewerb – Das Beispiel Niederlande.* Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 13. Frankfurt/New York: Campus.

Im Gegensatz zu Deutschland werden in den Niederlanden seit längerem Wettbewerbselemente als Steuerungsinstrument in der Krankenversicherung eingesetzt, um Gesundheitsleistungen effizienter bereitzustellen und gleichzeitig Kosten zu sparen. Die Studie zeigt die dortigen Erfahrungen und wertet sie im Hinblick auf die Übertragbarkeit auf die deutsche Situation aus.

### **Demnächst erscheint:**

**Siegel, Nico A., 2002:** *Baustelle Sozialpolitik: Konsolidierung und Rückbau der Sozialpolitik im internationalen Vergleich.* Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 14. Frankfurt/New York: Campus.

– Jour-fixe-Reihe Sommersemester 2002 –

**Sozialpolitisches Kolloquium**

- |  |  |
|--|--|
| Mittwoch, 17. April 2002<br>15 Uhr c.t.      | Prof. Dr. Emmerich Tálos, Wien<br>Austrokorporatismus – Sozialpartner am Ende?   |
| Mittwoch, 22. Mai 2002<br>15 Uhr c.t.        | Prof. Dr. Volker H. Schmidt, National University of Singapore,<br>Department of Sociology<br>Rationierung in der Medizin   |
| <b>Montag!</b> , 27. Mai 2002<br>15 Uhr c.t. | Prof. Dr. Kent Weaver, Brookings Institution, Washington D.C.,<br>USA<br>The State of US Welfare Refom   |
| Mittwoch, 5. Juni 2002<br>15 Uhr c.t.        | Martin Roggenkamp, Elke Scheffelt, Dr. Petra Kodré, Zentrum für<br>Sozialpolitik, Universität Bremen<br>Territoriale Beschäftigungspakte. Erfolgchancen und institutionel-<br>le Rahmenbedingungen im Europäischen Vergleich |
| Mittwoch, 19. Juni 2002<br>15 Uhr c.t.       | Jörg Sommer, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen<br>Die „offene Koordinierung“ der Europäischen Union – Einblick in<br>eine europäische Debatte am Beispiel der Alterssicherung                                    |
| Mittwoch, 26. Juni 2002<br>15 Uhr c.t.       | Silke Reuter, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen<br>Familienpolitik im französischen Wohlfahrtsstaat: pronatalistisch,<br>neutral oder frauenfreundlich?  |

**Ort:** - Barkhof-, Parkallee 39, 28209 Bremen, Raum 3260, 2. OG.  
Zentrum für Sozialpolitik, Tel.: 218-4362