

ZeS REPORT

Zentrum für
Sozialpolitik

17. JAHRGANG | JUNI 2012 |

www.zes.uni-bremen.de



Stephan Leibfried
Korean Reunification and the Welfare State -
Impressions from Germany

Kathrin Tholen
Antibiotikaverordnungen bei Kindern und
Jugendlichen

Daniela Koller
Überlebenszeit mit Demenz

Eberhard Eichenhofer
Was hat die Sozialrechtswissenschaft der
wissenschaftlichen Sozialpolitik zu bieten?

Christian Kroll und Richard Layard
Auch das Glück zählt



Das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) ist ein Forschungsinstitut der Universität Bremen. Es ist national wie international vernetzt und präsent in der regionalen, nationalen und internationalen sozialpolitischen Forschung und Praxis. Die Arbeit des Zentrums ist in fünf Abteilungen interdisziplinär organisiert und erstreckt sich auf die Institutionen, die Funktionsweise und die Konsequenzen deutscher und internationaler Sozialpolitik, sowie auf die Systeme der sozialen Sicherung, ihre Beziehungen untereinander und ihre Wechselwirkungen mit Politik, Wirtschaft und Gesellschaft.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Zentrum für Sozialpolitik · Universität Bremen
UNICOM-Gebäude, Mary-Somerville-Str. 5,
28359 Bremen

Redaktion:
Dr. Christian Peters

Gestaltung:
cappovision, Frau Wild; Sonja Rose
Coverfoto © York - Fotolia.com

Kontakt:
Sonja Rose
srose@zes.uni-bremen.de

INHALT



BERICHTE	33
Tagungen	35
Projekte	38
Personalia	43
ANKÜNDIGUNGEN	44
VERÖFFENTLICHUNGEN	46
Neuerscheinungen	46
Arbeitspapiere	47

Korean Reunification and the Welfare State - Impressions from Germany von <i>Stephan Leibfried</i>	4
Antibiotikaverordnungen bei Kindern und Jugendlichen - regionale und diagnosespezifische Unterschiede von <i>Kathrin Tholen</i>	13
Überlebenszeit mit Demenz von <i>Daniela Koller</i>	19
Was hat die Sozialrechtswissenschaft der wissenschaftlichen Sozialpolitik zu bieten? von <i>Eberhard Eichenhofer</i>	25
Auch das Glück zählt von <i>Christian Kroll und Richard Layard</i>	28
Ungerechtigkeit und Protestverhalten von <i>Stefanie Hechler</i>	30

Zitiert

„ES IST SCHWER, ALT ZU SEIN, WENN MAN NOCH JUNG IST.“

Karlheinz Deschner, deutscher Schriftsteller (geb. 1924)



Korean Reunification and the Welfare State — Impressions from Germany

“Very early, social policy became an indispensable instrument of rule. In turning their attention to social policy, it was as if the South Korean leaders looked to the more advanced industrial nations, saw there that the welfare state was a core instrument of rule, and said: that too we must have if we are to be an equal partner in the family of modern nations.” (Ringen et al. 2008: 3)¹

In the April 2012 parliamentary elections expanding the South Korean welfare state played a very prominent role, and that will continue until the December 2012 presidential elections. To obtain some sort of benchmark for evaluating that,² let me first take a look at where South Korea stands in the OECD league table (Table 1, p. 6), i.e. at what the potentials are for expanding the Korean welfare state in the coming years.

¹ On the “uncanny similarity” between the approaches of Chancellor Otto von Bismarck in the 1870s and 1880s and President Park’s autocracy in the 1960s and 1970s see also Ringen et al. (2008: 104).

² This comment started as “ad hoc contribution” to “Global Korea 2012/Shared Growth: Toward a New Model of Capitalism after the Crisis”, Seoul, February 23, 2012, and was suggested by Joonghae Suh, then at KDI now at the OECD. The conference was organized by the Korea Development Institute (KDI). The comment has been revised, detailed, and updated, but the drift of the argument has not been changed. I am grateful to Jung Cheol Shin, Huck-ju Kwon, Soonman Kwon, Herbert Obinger, Daniel de Olano, and Joonghae Suh for their help.

Global Korea 2012: Some of the many participants

Not all can be identified from afar. First row (from the left): (1) Dr. Jong Guk Song, President of Science and Technology Policy Institute; (2) Stuart Yasgur, Managing Director, Ashoka Innovators for the Public, Washington, D.C.; (3) Prof. Eungkyuk Park, President of the Korea Institute of Public Administration; (4) Prof. Chin Keun Park, Chairperson/CEO, National Research Council for Economics, Humanities and Social Sciences; (5) Kim Hwang-sik, Prime Minister; (6) Prof. Seung Jun Kwak, Chairman, Presidential Council for Future and Vision; (7) Prof. Stephan Leibfried, University of Bremen; (8) Miss Park, Ashoka (see no. 2 above); (9) Chul Ki Ju, Secretary-General of UN Global Compact Korea Network & Former Korean Ambassador to France.



Photo: Global Korea 2012

Second row: ... (4) Nicolas Hazard, CEO of CDI (Le comptoir d'innovation), France (5); ...; (7) Prof. Robert H. Frank, Cornell University, USA; (11) Prof. Sangdal Shim, Korea Development Institute (KDI).

SOUTH KOREA'S PLACE IN THE OECD LEAGUE AND THE ELECTION SETTING

Table 1 (on p. 6) shows: With a GDP per capita (at factor cost) of 25.060\$ in 2007 South Korea is at the 74% level of the OECD mean of 33.871\$ (col. 6), but in gross public expenditures in % of GDP (col. 1) South Korea is only at the 38.4% level of the mean, in the public budget share (col. 4) it is at the 55% level of the OECD mean, while in net private social expenditures in % of GDP (col. 5) South Korea is at 120.1% of that mean. The gap between gross public expenditures (col. 1) in South Korea (8.6%) and the OECD mean (22.4%) is 13.8 GDP percentage points, the gap between net total expenditures (col. 3) in South Korea (11.8%) and the OECD mean (22.2%) amounts to 10.4 GDP percentage points, and the state internal budget gap (col. 4) amounts to 21.6 percentage points. These relative weights and gaps indicate that South Korea's public welfare state is "underdeveloped" relative to the OECD mean and the country's level of economic development, while its private welfare state is relatively "overdeveloped".³ Let's look a little closer at the three countries closest to South Korea in terms of GDP per capita in the OECD 27: On average the Czech Republic, New Zealand, and Spain have 26.984\$ (col. 6). Now we can appreciate a bit more exactly where the Korean "ceilings" for welfare state expansion might be today: Gross public spending (col. 1) in these three countries is at 21.9% versus 8.6% in South Korea, the public budget share (col. 4) is at 48.7% in the three versus 26.41% in South Korea. Net private social expenditures (col. 5) are at 0.5% of GDP in the three versus 2.9% in South Korea, or expressed as a percentage of net total social expenditure (col. 3) we see a private expenditure share of 2.49% in the three close-up countries versus one of 24.58% in South Korea. So the underdeveloped/overdeveloped features of the South Korean welfare state are reinforced by a closer look at its neighbors in the OECD income league. And note, among these neighbors, South Korea is the rising star that can afford expansion most.

So, whether we look at things in GDP per capita from "above", i.e. from the OECD mean, or from the three countries "close by", South Korea has a



Photo: Global Korea 2012

Prof. Dr. Stephan Leibfried

Stephan Leibfried is Research Professor at the University of Bremen and Wisdom Professor at Jacobs University Bremen. He is founding co-director and since 2004 director of the Collaborative Research Center "Transformations of the State" (Sfb 597) and is heading, with Herbert Obinger, the division "Institutions and History of the Welfare State" of the Centre for Social Policy Research (ZeS) in Bremen.

stlf@zes.uni-bremen.de

lot of room to expand its welfare state⁴ but it is already relatively strongly committed to private solutions (2.9% vs. 0.5% of GDP; 24.58% vs. 2.49% of net total social expenditure), which may help cementing a strong path dependency channeling the reforms to be pursued.⁵ But, the South Korean paths are not very old and entrenched, maybe some three to four decades old at most (see Ringen et al. 2008; H.-J. Kwon 2009b), so they might be more malleable in South Korea than they would be in many of the other countries with their long established privatization patterns, especially the USA. And if we see South Korea after 1997 as moving from "developmental welfare state" to an "unqualified welfare state that now differs very little from European type welfare states in qualitative terms" (Ringen et al. 2008: 5), the more reason we have to reflect on the "quantitative" potential of its development.

In the South Korean 2012 parliamentary election debate on welfare state expansion the major parties all in all — in a five year period — were dispo-

⁴ This says nothing about whether the expansion measures suggested by the South Korean political parties are the *best fit* for Korea's social issues or for the East Asian general approach (see: Rieger/Leibfried 2003 and the works of Huck-ju Kwon), nor whether it is wise to do so in one "big bang" of 6.6 percentage points. All it says is that there is quite a lot of room until South Korea will reach the ceiling as defined by the OECD average or by three of South Korea's OECD league neighbors.

⁵ The proportion of 8.6 to 2.9 (= 2.97) makes Korea look a bit like a small and not yet fully developed version of the USA privatized welfare state, which invests 17.4% of GDP gross public expenditure and 10.4% of GDP in net private social expenditures in 2007, amounting to the amazing proportion of 1.67. If you add public and private expenditures in the US, societal welfare *expenses* look quite European, though the resulting *social inequality* looks extremely American.

³ Some reasons for the relative private "overdevelopment" can be gleaned from the Ringen et al. chapter on "The State meets business" (2008: 42-60).

Table 1: The South Korean Welfare State in its OECD Context (2007)

Country	Gross public expenditure	Net current public social expenditure	Net total expenditure	Gross public expenditure (1) in % of all government spending	Net current private social expenditure in % of GDP	GDP per capita
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
in % of GDP at factor cost						
Australia	17.9	17.9	21.00	47.96	3.30	40,297.00
Austria	29.6	24.2	25.80	54.50	1.50	38,238.00
Belgium	29.6	26.2	30.50	54.36	4.30	35,578.00
Canada	18.9	19.4	24.00	42.70	4.80	37,702.00
Czech Republic	20.7	19.0	19.30	44.22	0.40	23,520.00
Denmark	30.8	23.7	25.30	51.26	1.60	36,335.00
Finland	28.2	22.6	23.40	52.56	0.80	34,894.00
France	32.8	29.6	32.70	54.29	3.10	32,017.00
Germany	28.4	26.5	28.40	57.77	2.40	33,641.00
Iceland	17.5	15.5	19.70	34.52	4.20	43,100.00
Ireland	18.6	16.8	18.00	44.34	1.50	39,164.00
Italy	28.8	24.4	26.40	51.94	2.00	30,200.00
Japan	20.3	19.7	23.40	51.68	3.70	34,222.00
(South) Korea	8.6	8.9	11.80	26.41	2.90	25,060.00
Luxembourg	23.2	18.9	19.60	57.09	0.70	86,064.00
Mexico	8.0	8.9	9.00	37.28	0.20	12,696.00
Netherlands	22.7	20.0	25.30	44.35	5.40	40,693.00
New Zealand	20.9	18.4	18.80	46.70	0.50	28,299.00
Norway	23.3	19.2	20.50	50.57	1.30	50,960.00
Poland	22.8	18.6	18.60	46.90	0.00	15,254.00
Portugal	25.6	23.2	25.00	51.45	1.90	20,700.00
Slovak Republic	17.4	15.8	16.70	45.70	1.00	19,494.00
Spain	24.1	21.6	21.80	55.08	0.60	29,133.00
Sweden	32.1	25.7	27.80	53.57	2.10	37,365.00
Turkey	12.1	11.3	11.30	n.a.	0.00	10,549.00
United Kingdom	23.3	22.0	26.90	45.80	5.00	35,653.00
United States	17.4	18.6	27.50	44.29	10.40	43,691.00
Mean OECD-27	22.40	19.90	22.20	47.97	2.40	33,871.07

Explanation: Net current public social expenditure = gross public social spending net of tax effects (i.e. taxation of benefits or tax breaks for social purposes); net current private social expenditure = net current voluntary social expenditure + net current mandatory social expenditure; net total social expenditures = column (2) plus column (5) minus tax breaks for social purposes granted for current private benefits (not shown).

Sources: Gross public expenditure in % of GDP, net current public social expenditure in % of GDP, net private current expenditure of GDP, and net total social expenditure in % of GDP: Adema et al. (2011: 33); Gross Public expenditure in % of government spending from OECD (2010): Social Expenditure database, Paris; GDP per capita, 2005 international USD and PPPs: Penn World Table 7.0 (Alan Heston, Robert Summers and Bettina Aten, Penn World Table Version 7.0, Center for International Comparisons of Production, Income and Prices at the University of Pennsylvania, May 2011; http://pwt.econ.upenn.edu/php_site/pwt_index.php).

sing over 6.6 additional GDP percentage points for public social expenditures per year, as reported by the Finance Minister.⁶ Looked at from the baseline of 8.6% GDP this massive increase by 6.6 percentage points is outstanding, first, because it would be a rare “big bang” occurrence compared to the common incrementalism in social policy development. But, second, it is impressive also because South Korea is presently the only OECD country where, in an age of austerity, the two major parties compete in a “race to the top”, a race on expanding the welfare state. There seems to be a real chance that the two major Korean parties will agree on a growth agenda for the welfare state in 2013 and move decisively toward the ceiling. But, third, my impression was that welfare state growth seems to happen a bit at random by throwing money at diverse social problems and clientele.⁷ What I missed in Korea was a principled discussion of “how to expand”, how to develop a “grid” for the growth of the Korean welfare state. Now that the conservative Saenuri party has mo-

ved left or to radical welfare state growth under the new leadership of Park Geun-hye and won the parliamentary election on April 11, 2012,⁸ the Presidential elections in December 2012 may well be won by her also. She and her parliamentary majority would have to deliver on these radical promises of welfare state expansion.

Having German unification in mind (see inter al. Ritter 2006; Hockerts 2011) and the surprising, sudden “involution” that led to it,⁹ I wondered whether I couldn’t deduce some “trellis” logic,¹⁰ some sustainable principles for such growth, from a Korean unification perspective: Which requirements would the Korean welfare state have to meet as it grows towards 22.4 % GDP to also be “fit for unification”? So let me step back and sketch some commonalities and differences between the German and Korean situation, and then draw some general consequences as to “how to expand” the Korean welfare state such that it might be more fit on “day x”.

COMMONALITIES AND DIFFERENCES BETWEEN THE GERMANIES AND THE KOREAS

Both partitions go back to the old East vs. West and communism vs. capitalism divisions. There is a common language, though with different social and cultural developments added in North and South. And, at the time of the partition both halves were developmentally pretty close together, even though the South was more agricultural and the North more industrial. (See Cumings 1995 ff.)

But the differences will overshadow the commonalities in the short and medium run: South and North Korea are more equal in size by populati-

6 According to the Korean Finance Minister (*The Korea Times*, February 21, 2012, p. 1: “Parties’ welfare pledges could cost W340 trillion. Finance ministry blasts pre-election welfare promises”) the two parties’ proposals add up to spending an additional approximate 6.6% of GDP annually in the next five years or one third of this year’s GDP, all in all. That would cover about a half of the 12.14 percentage point “gap” between South Korea and the OECD mean. Follow up news were: On April 4 the Ministry is reported to lower its estimate in “Cost of welfare splurge is W268 tril” (http://www.koreatimes.co.kr/www/news/biz/2012/04/123_108319.html); on April 5 “Election watchdog warns finance ministry over violation”, The National Election Commission, the NEC, becomes active (http://www.koreatimes.co.kr/www/news/nation/2012/04/116_108435.html); and on April 6 follows an editorial titled “Intervention in election. Government must be neutral, mind its own business” (http://www.koreatimes.co.kr/www/news/opinion/2012/04/137_108481.html). See also *Korea Herald*, April 9 (<http://www.koreaherald.com/national/Detail.jsp?newsMLId=20120409001225>) on “Has populism taken over politics?”

7 *The Korea Times* (Ibid.) reported: “Welfare promises have been flying left and right between politicians these days as they attempt to massage the egos of voters in a country where public discontent is growing over a widening rich-poor gap, unemployment and diminishing social mobility. The Saenuri Party has pledged to relieve the financial debts of college students who borrowed to pay for their tuition as well as those of school leavers and graduates who find work at small firms. It is also promising a government that fully finances school meals, cost of education up to high school, even suggesting raising the monthly payment of men serving their compulsory military duty from the current 90.000 won to 400.000 won. The DUP is making similar vows on school meals while promising full financial support to parents sending their children to pre-schools and kindergartens. Its other ideas include halving tuitions at universities, introducing monthly benefits for job seekers, expanding health insurance coverage on hospitalization costs up to 90%, and raising the level of monthly pension payments to people over 65.”

8 See *FAZ*, April 12, 2012, p. 4 (“Regierungspartei überraschend stark. Parlamentswahl in Südkorea verschafft keiner Partei absolute Mehrheit”) and April 13, 2012, p. 6 (“Wahlkampf in Südkorea geht weiter. Regierungspartei doch mit absoluter Mehrheit im Parlament”).

9 Just as Heonik Kwon and Chung (2012) assume for North Korea’s neo-confucian state, East Germany’s neo-Prussian socialist state seemed to most of us poised to stay the course whatever the costs.

10 In an earlier talk in Seoul I had distinguished three types of grand theories on welfare state functions: the „leaky bucket“, the „irrigation system“ [both described in Korpi 1995: 100], and, my version, the „trellis“ (“*Spalier*”) approach: „Already our short history has shown that the welfare state is at least a trellis that any modern democratic society needs to develop in an orderly pattern and to have a future at all. And such a trellis we’ll need even more as we move from industrial to post-industrial society, because (1.) social interdependence will grow again, (2.) the ‘bonds that bind’ will now require more and not less cultivation, and (3.) they will require this at the welfare and at the education state end, since it is higher qualification of all that counts now.“

Stephan Leibfried at the Press Conference of Global Korea 2012 explaining these "Impressions from Germany" to a dozen of journalists at the conference Hotel Lotte in Seoul. The hotel is named after the leading female character in Johann Wolfgang von Goethe, *Die Leiden des jungen Werther* (*The Sorrows of Young Werther*; Leipzig: Weygand) 1774.



Photo: Global Korea 2012

on, and also by territory, than were West and East Germany. But, South and North did not part due to the decisions of the victors as in Germany, rather they did so in a bitter war that was a bitter civil war and simultaneously an international war between China and the US. The Korean partition, thus, goes much deeper than the German one ever did.

Economically the North is richer in natural resources than the South. But, the developmental difference is now much stronger and grows stronger by the year.

The "generational gap" now amounts to some sixty years, that is now twenty years more than in Germany: Soon there will be no one left on both sides of the military demarcation line that has experienced the times of a unified Korea. The cultural gap, then, is pretty complete, and nothing seems to make up for it: Though there is a long common past, also under Japanese occupation from 1910 to 1945, this seems not to have led to a shared object of study and to a common remembrance. The separation seems to be culturally complete as there is no continuous mutual information by TV/Radio; nor is there a common newer literature, say novels; and there are no personal ties, reinforced on events like birthdays and marriages, that could have been cultivated by visits, i.e. there are almost no face-to-face contacts.

While both unifications are likely to be initiated by the collapse of the economic system, the German one happened in tandem with the transformation of the Soviet Union, while the Korean one is likely to happen on its own, while a relatively stable China exercises its neighborly oversight. While the further away Soviet Union in 1989 could see her-

self as a winner of WWII, on "day x" China may well see herself as a half-looser of the Korean War, now loosing the half it once won. This might be a half it wants to keep in place or to transform, if push came to shove, into a Chinese province or, maybe, territory.

POSSIBLE CONSEQUENCES OF UNIFICATION FOR THE WELFARE STATE

I assume that unification will not take the route of confederation¹¹ but will be a complete one and that it will happen fast. Unification might, like in Germany, take the interim-route of confederation but the situational dynamics will push it towards complete unity: Economically South Korea will be an even stronger magnet for North Korea that West Germany was for the East Germans. This makes me assume that a confederation will not be a natural, stable internal solution, though it may well be the solution enforced by China. But how can you have a confederation with a tightly policed North-South border? And, if you can't control that border, a confederation won't work. If a confederation were to come and to stay stable, it would probably have to be supported by grand South-North "revenue sharing" designs. In the following I do not focus on a confederate model but on full and formal unity.

Unification will be a much bigger job in Korea than it was (or is) in Germany, and this will be so in several dimensions: size, cultural gap, qualification gap, desire for unification etc. Unification thus needs to be prepared for even more: You can't just, by default, extend everything North as the Germans did it vis à vis the East (on the attendant costs see Ritter 2006).

Also, one can't simply extend the South Korean welfare state "as is" North, especially as it will have been developed much further by then. In 2007 South Korea spent 8.6 of GDP in terms of gross social public expenditures (OECD 22.4%, US 17.4%, Germany 28.4%; the three OECD league neighbors 21.9%). South Korea will be much nearer the OECD-average ten to twenty ye-

¹¹ Most South Koreans seem to think that confederation will be the best and most likely solution for most issues, be they military (two armies), political (two political systems) or social (two social security systems). The German instinctual reaction was similar, as evidenced in Helmut Kohl's "10 Point Plan" of November 28, 1989. But within a few weeks the economic and political instability of the East made a confederation unsustainable. I would suspect an even stronger dynamic in the Koreas when the time comes, since the socio-economic and political situation will make the South even more attractive for many in the North almost as a matter of survival.

ars from now. If South Korea now randomly adds on programs as it goes along it won't have a welfare state in place that is fit for unification — and it won't have time to change much on “day x”.

The more ad hoc — the less universal, the more status group oriented — the South Korean welfare state is built, the more problems South Korea will have on and after “day x”: Ad hoc means unfit as a general model for the country as a whole. In the process of welfare state growth, of really “sharing your growth”, South Korea may want and need to redesign its welfare state already with unification in mind in 2013. If South Korea is already on the road to an “inclusive welfare development based on productivism, universal social investment and democratic governance” (H.-j. Kwon 2005), my arguments would point to a decisive “universalist” push.

What might that imply? Since education and often housing are regularly at the forefront of social programs, instead of pensions and health (Rieger/Leibfried 2003: 241ff.), we need to take a broader look:

- South Korea may want to stress a general “minimum income floor” across all age groups, be it with child allowances, studying allowances, wages, earned income tax credits, pensions etc. One can certainly top that off here and there with “earned” status additions. That minimum could easily travel North, while the earned status will need decades to be accumulated. This will be so unless one treats a work history in the North as if it had taken place in an equal function in the South – which is what the Germans did in the East, with precedents from the 1950s onwards, setting off major East-West redistribution flows within the social insurances that are still going on today (Ritter 2006).

- Pertaining to *health services* it is harder to think ahead: South Korea is starting out with a system that was merged into one National Health Insurance Corporation in 2000, is based on contributions, includes the self-employed and relies heavily, to 90%, on the private sector for service delivery.¹² And, South Korea has Medicaid for the poor co-financed by the central government and local governments covering the remaining 3-5% of the population. (S. Kwon 2009; Ringen et al. 2008: 36f.). What will South Korean options look like on “day x”?

12 South Korea seems to have found a way to include the informal sector in normal health service delivery since contributions aren't directly attached to wages: The informally working also “belong to the residence based members, who pay the contribution based on asset (house and cars) and number of family members.” (H.-j. Kwon, email of May 7, 2012).

- South Korea can simply expand a now solely centrally financed *Medicaid* North, but that will not provide any medical services in the North, as there won't be enough doctors etc. This would be a cheap way out but not very effective.

- South Korea can slowly *nationalize medical delivery*, such that it might more easily move medical personnel North after “day x”. This would be a very conflictive process — as South Korea would have to unwind its whole path of privatized delivery — but the costs would be in an intermediate range as national health services commonly cost less and are more easily controlled than private delivery. Today, private-dominated service delivery is seen as a key aspect of the Korean welfare state.

- Just expanding *public hospitals* North won't help, since, with 10% (see S. Kwon 2009: 66), they are too small a fraction of the South Korean overall health effort presently.¹³

- South Korea would extensively *subsidize private health deliverers* to move North. This would be the most costly—and barring nationalization—the most likely option.

- Since none of this is very promising a “two systems” solution might also be pursued: Keep National Health Insurance in the South and create a “National Health Service” for the North on “day x”. For that to work South Korea would have to “overdevelop”, to overcrowd the private delivery mechanisms of National Health Insurance until “day x”, such that enough medical personnel can be recruited to go North when the time comes.

- The *private* component of South Korea's welfare effort amounts to about 2.9% of GDP (USA 10.4%). That submerged welfare state component is most unfit to be exported North speedily *and* to satisfy social needs right away: In other words, the more South Korea will move in the US direction by privatizing its welfare state, the more immobile it will become, and the less will its welfare state function on “day x” and in the immediate years thereafter. It may function in the long run, when the unification generations are not around anymore or when they have qualified for these systems. But, in the short and middle run, there would be a “black hole” emitting a lot of negative energy

- The South Korean *education system* will be

13 Again, South Koreans often see private hospital expansion as the likely route: “Regarding hospital and clinics in North Korea, I have talked to a health expert about it. His opinion is that once you allow hospitals and clinics in South Korea to open their branches, there will be reasonable supplies of doctors and medical facilities. South Korean hospitals are private foundations and not for profit (but in reality no big difference to profit institutions).” (H.-j. Kwon, email May 7, 2012).

challenged in its foundations by reunification:¹⁴

- The Northerners will see education as something owed by the state to its citizens, as a "*Bringschuld*" of the state (Schönfeldt 1998), and not as something the citizens owe to the state.
- The Northerners for some generations cannot afford to pay privately, starting from Kindergarten, for a second private education system on top of the generally public one that absorbs some 30% of the average parents' incomes in the South (de Olano 2010: 259; Son 2005: 65). The extensive and intensive South Korean "shadow education" system (Byun 2010; Lee et al. 2010) simply is not exportable to the North.
- The Northerners have, probably, in the mean time unlearned to view education as the Confucian holy grail that could imbue them with an "education fever" equivalent to the one in the South.
- The Northerners will probably be less focused on general education high school degrees, i.e. on access to university education, than on vocational etc. education and training.

While the East German school tradition was not that distant to the West German one – it relied much less on tracking and stressed vocational training in school –, the North and South Korean traditions must be very far apart. The wholesale export of the Southern model North won't work, while an export of a simplified, less ambitious version, maybe, could. But it would lead to a polarization in educational scores (more educational poverty) and a "class subduction", an "Unterschichtung", in the Korean social structure, i.e. the implantation of a new Northern social underclass into the whole economy. And, there would also be feedback effects on the high pressure education system in the South which may well implode once its internal hegemony is challenged.¹⁵

South Korea has produced a "centrist" and exceptional PISA profile since 2000 (Allmendinger/Leibfried 2002: 304¹⁶): there is very little educational poverty, but also relatively little excellence, although that clearly improved in the following PISA studies, all students are herded in the middle. Socio-economic inequality is reproduced less in the South Korean school system than in the West German one; one could, maybe, even say that socio-economic link has been broken in South Korea

an schools. But this profile can't be preserved in the North on "day x", and will give way to polarization.¹⁷

Preparing for unification in education would seem the most difficult task of all. After all, on "day x" the country will be confronted with several generations worth of missing qualifications and thus also with a high demand for continuous education in the North, all to be delivered instantly. As South Korea's – and Germany's – economic progress rests on highly qualified blue color social strata, the search is on for a "social investment state" strategy that fits South Korean "productivist welfare capitalism". To prepare for that through present day reforms my hunch would be to pursue the following course:

- If 95% of all Southern students choose to visit high school (de Olano 2010: 258), and only 5% are satisfied with the obligatory middle school exam, you might as well make high school *obligatory* right away – on "day x" you will need to make it obligatory anyhow to cope early on with massively increasing inequality. Otherwise you will switch rapidly to a de facto two-tracked school system.
 - Create a much broader stream of highly esteemed *vocational training degree routes* from your high school system now. In a "knowledge society" these professions provide their own challenges. These pathways should cover about one half of all high school leavers – and both routes should be flexible, so that the path not chosen can be pursued easily, either way.
 - Experiment with *measures against inherited socio-economic inequality* by designing programs aimed at the children of the small migrant population from Bangla Desh (etc.) in Korea where this negative inheritance still obtains. On "day x" you will have to have programs ready, big scale, for native Koreans from the North.
- In *housing* South Korea is one of the most active amongst East Asian welfare states (see Rieger/Leibfried 2003: 255). But somehow housing hasn't come up as a major issue in the 2012 election reports, though it will be a massive problem in the North on "day x", in terms of quality, property, and affordability. To tackle these problems a completely separate legal and fiscal regime will be needed

14 The few articles on the education system and unification that I was pointed to seem quite aloof from the challenges ahead (Cho 2007; Shin 2005).

15 This would be a quite different version of the following adage: "Those who've experienced foreign education systems, feel all the problems of the Korean education system" (Kim 2004: 292 quoted in Son 2005:66). Here, the "foreign" system would have come home.

16 Only Spain had a similar profile in 2000.

17 South Korea performed very well according to all the by now four PISA studies. In reading and mathematical literacy South Korean 15-year-olds increased from sixth respectively second place to first among the OECD countries. However, scientific literacy shows a reverse trend: In PISA 2000, South Korea was at the top of the ranking, but was overtaken in PISA 2009 by Finland and Japan. On a global scale South Korea was outperformed in PISA 2009 only by Shanghai (in all three fields of competency), Singapore, and Hong Kong (in mathematical and scientific literacy).

anyhow – and recourse to a history of properties destroyed sixty and more years ago, i.e. several generations ago, is not likely to be of much help anymore. The German case after barely 40 years of separation already demonstrates this.

The South Korean welfare state is still quite young (H.-j. Kwon 1999) though South Korea belongs to the few countries that have already introduced Care Insurance in 2008 (S. Kwon 2011). Because it is young the South Korean welfare state should still be relatively malleable at this point in time. That may be worth a try.

The South Korean organizers of the “Global Korea 2012” conference chose the motto “Shared Growth” for a big pre-election event, and President Lee Myung-bak, the Prime Minister, several Ministers and a huge audience attended. “Shared Growth” will unfold its proximate meaning after the presidential election in December 2012, but it will unfold its real meaning on “day x”: The situation South Korea will be in on “day x” will come pretty close to the functional equivalent of the biblical day of reckoning, also for South Korea’s welfare state. And like in Germany’s 1950s “Shared Growth” may also turn out to be really about “Shared Wealth” (Hockerts 2011: 33 ff.). It may help to plan ahead, just a little.



Stephan Leibfried, exhausted and on the way back to the U.S., but accompanied by his perfect „liaison“ Daniel Chung, who had guided him through TV interviews, conference dates, meet the press, official dinners etc.



Talking to one’s notes: A two hour TV-Panel on „Social Entrepreneurship“ with a live audience on KBS Broadcasting

Photos: Daniel Chung 2012

LITERATURE

Adema, Willem; Fron, Pauline; Ladaique, Maxime, 2011: *Is the European welfare state really more expensive? Indicators on social spending, 1980 - 2012; and a manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Employment, Labour and Social Affairs Committee (OECD social, employment and migration working papers, 124).

Allmendinger, Jutta; Leibfried, Stephan, 2002: „Bildungsarmut im Sozialstaat (Educational poverty in the welfare state)“, in: Günter Burkart; Jürgen Wolf, eds., *Lebenszeiten. Erkundungen zur Soziologie der Generationen. Martin Kohli zum 60. Geburtstag*. Opladen: Leske+Budrich, 288-315.

Byun, Soo-yong, 2010: “Does policy matter in shadow education spending? Revisiting the

effects of the high school equalization policy in South Korea”, *Asia Pacific Education Review* 11 (1): 83-96.

Cho, Jeong-Ah, 2007: “The Issues and Tasks in Education for National Integration (in Korean)”, *International Journal of Korean Unification Studies* 16 (2): 285-306 (English abstract p. 305f.) (<http://www.kinu.or.kr/upload/neoboard/DATA03/upr16-2.pdf#page=284>).

Cumings, Bruce, 1995: *Divided Korea: United future?* Ithaca, NY: Foreign Policy Association.

– (2004) *North Korea: Another country*. New York etc.: The New Press.

– (2005) *Korea’s Place in the Sun: A modern history*. New York etc.: Norton.

- Halliday, Jon; Cumings, Bruce, 1988: *Korea: The unknown war*. New York etc.: Pantheon.
- Hockerts, Hans Günter, 2011: *Der deutsche Sozialstaat: Entfaltung und Gefährdung seit 1945* (The German welfare state: Expanding and endangered). Göttingen etc.: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Korpi, Walter, 1995: "Economic growth and the welfare system: leaky bucket or irrigation system?", *European Sociological Review* 1 (2): 97-118.
- Kwon, Heonik; Chung, Byung-Ho, 2012: *North Korea: Beyond charismatic politics*. Lanham, Md. [et al.]: Rowman & Littlefield.
- Kwon, Huck-ju, 1999: *The Welfare State in Korea: The politics of legitimation*. Houndmills, Basingstoke etc.: Macmillan.
- ed. 2005: *Transforming the developmental welfare state in East Asia*. Houndmills, Basingstoke [et al.]: Palgrave Macmillan (United Nations Research Institute for Social Development, Social policy in a development context).
- 2009a: "Economic development and poverty reduction in Korea: Governing multifunctional institutions", *Development and change* 40 (4): 769-792
- 2009b: "Korea: Rescaling the developmental welfare state?", in: Pete Alcock; Gary Craig (eds.), *International Social Policy: Welfare regimes in the developed world*. Houndmills, Basingstoke etc.: Palgrave Macmillan, 231-246.
- Mkandawire, Thandika; Palme, Joakim (ed.), 2009: *Social Policy and Economic Development in Late Industrializers: UNRISD research findings*. Oxford etc.: Blackwell
- Kwon, Soonman, 2009: „Thirty years of national health insurance in South Korea: Lessons for achieving universal health care coverage“, *Health Policy and Planning* 24 (1): 63-71.
- 2010: "Population Aging and the Introduction of Long-term Care Insurance in South Korea", in: Karen Eggleston; Shripad Tuljapurkar (eds.), *Aging Asia: The Economic and Social Implications of Rapid Demographic Change in China, Japan and South Korea*. Washington, D.C.: The Brookings Institution Press, 109-117.
- Lee, Chong Jae; Haesook Lee; Hyo-Min Jang, 2010: "The history of policy responses to shadow education in South Korea: Implications for the next cycle of policy responses", *Asia Pacific Education Review* 11 (1): 97-108.
- de Olano, Daniel, 2010: „Gewinner, Verlierer und Exoten – PISA in sieben weiteren Staaten (Winners, losers, and exotic cases—PISA in seven further states)“, in: Philipp Knodel; Kerstin Martens; Marie Popp; Daniel de Olano (eds.), *Das PISA-Echo: Internationale Reaktionen auf die Bildungsstudie*. Frankfurt/New York: Campus, 251-299.
- Rieger, Elmar; Leibfried, Stephan, 2003: "The Welfare State and Social Policy in East Asia", in: Ibid., *Limits to Globalization: Welfare states and the world economy*. Cambridge: Polity, 241-335.
- Ringen, Stein; Huck-Ju Kwon; Ilcheong Yi; Taekyoon Kim; Jooha Lee, 2011: *The Korean State and Social Policy: How South Korea lifted itself from poverty and dictatorship to affluence and democracy*. New York, NY etc.: Oxford University Press.
- Ritter, Gerhard A., 2006: *Der Preis der Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats*. München: C. H. Beck (= The price of German unity: Reunification and the crisis of the welfare state. Oxford etc.: Oxford University Press 2011)
- Schönfeldt, Eberhard, 1998: „Schule und Bildung in Südkorea: Keine Bringschuld des Staates“ (School and education in Korea: No state obligation to deliver), *Korea Forum* 8 (1): 32-34.
- Shin, Hyun-Seok, 2005: "Integrating Educational Administration System to Support South and North Korean Education in the Unification Era", *The Journal of Educational Administration* 23 (3): 279-318 (English abstract p. 317 f.) (<http://www.kinu.or.kr/upload/neoboard/DATA03/upr16-2.pdf#page=284>)
- Son, Seung-Nam, Meinert A. Meyer, 2005: „Koreanische Schulkultur – dargestellt aus international vergleichender Perspektive“ (Korean school culture—presented in comparison), *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 8 (1): 53-73.

Antibiotikaverordnungen bei Kindern und Jugendlichen

- regionale und diagnosespezifische Unterschiede

Antibiotika zählen zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln im ambulanten Bereich. Es wird geschätzt, dass in der Humanmedizin etwa 250 bis 300 Tonnen Antibiotika im Jahr verbraucht werden (BVL, 2008). Sie werden zur Behandlung bakterieller Infektionen und somit vor allem bei akuten Erkrankungen eingesetzt. Sie sind aus der heutigen Gesundheitsversorgung nicht mehr wegzudenken, umso schwerwiegender ist das große Problem der Entwicklung von Antibiotikaresistenzen: Bakterien werden resistent, indem sie zum Beispiel den Zielort des Antibiotikums strukturell so verändern, dass der Wirkstoff nicht mehr angreifen kann. Es kann aber auch passieren, dass das Antibiotikum durch bakterielle Produkte chemisch vernichtet wird. Eine primäre Resistenz besteht, wenn die Erreger bereits vor der Behandlung unempfindlich sind. Eine sekundäre Resistenz entsteht aufgrund von Spontanmutationen während der Anwendung (Gold & Moellering, 1996). Letztlich bedeutet das, dass der antibiotische Arzneistoff nicht mehr wirksam ist. Um Resistenzen zu vermeiden sollten Antibiotika nur dann eingesetzt werden, wenn sie tatsächlich notwendig und wirksam sind. Zudem sollten sie in der vorgegebenen Dosierung und Behandlungsdauer eingenommen werden (Mutschler, 2008). Kinder und Jugendliche stehen beim Thema Antibiotikaversorgung im Mittelpunkt, da sie häufiger von akuten Erkrankungen betroffen sind als Erwachsene. In diesen jungen Altersgruppen sollten Ärzte ganz besonders einen unkritischen Einsatz von diesen Arzneimitteln vermeiden – nicht nur aufgrund der Resistenzen, sondern zum einen auch wegen der verschiedenen unerwünschten Arzneimittelwirkungen, wie zum Beispiel Ausschlag oder Durchfall, sowie zum anderen wegen der teilweise fehlenden Daten aus Zulassungsstudien. In der vorliegenden Untersuchung wurden vor allem Ordnungsdaten der Gmünder Ersatz-Kasse (GEK) von Erwachsenen sowie speziell von Kindern und Jugendlichen (bis einschließlich 17 Jahre) analysiert. Es wurden neben allgemeinen Auswertungen auch regionale und diagnosespe-

zifische Berechnungen durchgeführt. Bei der Ergebnisdiskussion und den Schlussfolgerungen standen die Experten Prof. Kern, Prof. Kochen und Dr. Trapp beratend zur Seite. Finanziert wurde dieses Projekt von der Bertelsmann Stiftung. In diesem Beitrag sind die Inhalte der Studie kurz zusammengefasst. Ausführlich veröffentlicht wurde die Untersuchung im Faktencheck „Antibiotika-Verordnungen bei Kindern“ (Glaeske et al., 2012). Dieser ist auf folgender Internetseite zu finden: <https://antibiotika.faktencheck-gesundheit.de/faktencheck-antibiotika/>.

LEITLINIEN-RECHERCHE

Um festzustellen, in welchen Fällen eine Antibiotikumverordnung empfehlenswert ist, wurden beispielhaft für die im Kindes- und Jugendalter häufig auftretenden Mittelohrentzündungen und Infektionen der unteren und oberen Atemwege deutsche und internationale Leitlinien gesichtet. Es wurde in Datenbanken zu wissenschaftlichen Publikationen sowie direkt bei Leitlinienherausgebern recherchiert und dadurch mehrere relevante Leitlinien identifiziert.

Bei einer Mittelohrentzündung mit Ausfluss (Otitis media with effusion) wird keine Antibiotikatherapie empfohlen (SIGN, 2003; AAFP/AAOHNS/AAP, 2004) – eine Leitlinie schränkt dies jedoch in bestimmten Fällen zur Symptomreduktion ein (AAFP/AAOHNS/AAP, 2004). Bei einer akuten Mittelohrentzündung wird ein „watchful waiting“ empfohlen. Erst wenn nach zwei bis drei Tagen keine Besserung eingetreten ist kann eine Antibiotikatherapie sinnvoll sein. Bei kleinen Kindern bis zwei Jahren, Personen mit einem starken Krankheitsverlauf oder mit Begleiterkrankungen wird sogar eine sofortige Therapie mit Antibiotika empfohlen. Der Arzt sollte sich bei der Behandlung für Amoxicillin als Wirkstoff entscheiden (zum Beispiel: SIGN, 2003; DEGAM, 2005; Bassler & Forster, 2008; Sanders et al., 2004).



Kathrin Tholen, MPH

Kathrin Tholen ist Gesundheitswissenschaftlerin und arbeitet in der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am ZeS. In ihrem Promotionsvorhaben geht es um Schmerztherapie in der ambulanten Versorgung.

ktholen@zes.uni-bremen.de

Unter dem Stichwort „Infekte der oberen und unteren Atemwege“ lassen sich mehrere Erkrankungen zusammenfassen. Deswegen wurden beispielhaft allgemeine Leitlinien sowie speziell Leitlinien für Kinder und Jugendliche gesucht. Grundsätzlich wird auch bei den meisten anderen Erkrankungen keine Antibiotika-Therapie empfohlen. Ausnahmen sind Personen, bei denen die Infektion nachgewiesenermaßen bakteriell bedingt ist, oder die ernsthafte Erkrankungen aufweisen, wie zum Beispiel eine Pneumonie (Lungenentzündung) oder Mastoiditis, bzw. Personen mit Begleitsymptomen oder erhöhten Komplikationsrisiken aufgrund von Komorbiditäten (zum Beispiel: NICE, 2008; Tan et al., 2008; Thomas et al., 2008; DEGAM, 2008a; DEGAM, 2008b; DEGAM, 2009; Stuck, 2007; Arroll, 2005).

Zusammenfassend sprechen sich die Leitlinien in den meisten Fällen gegen eine sofortige Antibiotikatherapie bei Mittelohrentzündungen und Infektionen der oberen und unteren Atemwege aus.

AUSWERTUNG VON VERSICHERTENDATEN

Zur Darstellung der aktuellen und realen ambulanten Versorgung mit Antibiotika in Deutschland wurden hauptsächlich GEK-Routinedaten für das Jahr 2009 ausgewertet. Hinzu kommen spezifische Analysen der Routinedaten der BARMER GEK des Jahres 2010. Die GEK und die Barmer schlossen sich im Jahr 2010 zusammen. Eine differenzierte Analyse war mit dem großen Datenpool allerdings noch nicht möglich. Deshalb wurde eine Kombination der vollständigen ambulanten GEK-Daten aus 2009 und selektierter Daten der zusammengeschlossenen Kasse 2010 als Datengrundlage gewählt.

Im Mittelpunkt stehen Antibiotika-Verordnungen, im Speziellen für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahren. Vorausgehend wurden auf Grundlage der GEK-Daten allgemeine Aus-

wertungen ohne Alterseinschränkung zu Verordnungsprävalenzen, Alters- und Geschlechtsunterschieden sowie zu Unterschieden zwischen den verschreibenden Facharztgruppen durchgeführt. Im nächsten Analyseblock wurden hauptsächlich mit Hilfe der BARMER GEK-Daten regionale Auswertungen auf Bundesland- und Kreisebene verwirklicht. Diese Analysen sowie die des dritten Analyseblockes beziehen sich auf Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 17 Jahren. Im dritten Block wurden Antibiotika-Verordnungen bei den Diagnosen „akute Infektionen der oberen Atemwege und sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege“, „Pneumonie“, „nicht eitrig sowie eitrig und nicht näher bezeichnete Otitis media“ (Mittelohrentzündung) ausgewertet. Hier wurden, wie im ersten Block, GEK-Daten aus 2009 verwendet.

Die Analysen ergaben, dass im Jahr 2009 von insgesamt 1,7 Millionen GEK-Versicherten der definierten Grundgesamtheit 570.215 Personen (34,2%) mindestens eine Antibiotika-Verordnung bekommen haben. Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahren erhielten mit 38,3% häufiger Antibiotika als der Durchschnitt (siehe Tabelle 1). Mädchen und Frauen zeigen fast durchgängig eine höhere Verordnungsprävalenz als Jungen und Männer (die Verordnungsprävalenz ist der Anteil Personen in der Grundgesamtheit mit mindestens einer Antibiotika-Verordnung). Die am häufigsten für Kinder und Jugendliche verordneten Antibiotika sind die Betalactam-Antibiotika bzw. Penicilline mit einem Anteil von 36,4% an allen verordneten Packungen. Danach finden sich andere Betalactam-Antibiotika mit 31% auf Rang 2 und Makrolide, Lincosamide, Streptogramine mit 23,5% auf Rang 3. Der am häufigsten verordnete Wirkstoff ist nicht nur bei Kindern und Jugendlichen sondern auch bei Erwachsenen das Amoxicillin mit 21,3% bzw. 12% der verordneten Packungen. Amoxicillin ist ein Breitbandpenicillin, welches bei verschiedenen Infektionen angewendet wird. Die Verordnungen für Kinder und Jugendliche werden am häufigsten von Pädiatern (44,6% der Verordnungen) und Allgemeinmedizinern (42,6%) ausgestellt. Hals-Nasen-Ohrenärzte (HNO) stellen lediglich 6,1% der Verordnungen aus. Insbesondere im Alter von bis zu zehn Jahren spielen die Pädiater die Hauptrolle bei den Antibiotika-Verordnungen. Danach übernehmen die Allgemeinmediziner den Großteil der Verordnungen. Bei der Auswertung der Verordnungszeitpunkte fällt auf, dass im ersten und vierten Quartal besonders häufig Antibiotika verordnet werden (33,6% und 28,8% im ersten und vierten Quartal vs. 19,8% und 17,9% im zweiten und dritten Quartal). Das sind die typischen „Zeiten“ für viral bedingte Grippe- und Atemwegsinfektionen.

Altersgruppe	Versicherte	Versicherte mit VO	VO-prävalenz	Verordnete DDD	Ø DDD	
Kinder und Jugendliche	0 – 2	30.993	13.927	44,9%	157.100	11,3
	3 – 6	58.805	30.075	51,1%	460.484	15,3
	7 – 10	71.547	24.333	34,0%	388.490	16,0
	11 - 13	58.500	17.221	29,4%	262.901	15,3
	14 - 17	79.505	29.210	36,7%	481.784	16,5
	gesamt	299.350	114.766	38,3%	1.750.759	15,3
Erwachsene	18 – 29	261.594	98.492	37,7%	1.557.176	15,8
	30 – 39	209.658	73.510	35,1%	1.203.994	16,4
	40 – 49	340.027	107.519	31,6%	1.721.873	16,0
	50 – 64	343.712	108.523	31,6%	1.785.419	16,5
	65+	213.694	67.405	31,5%	1.154.832	17,1
	gesamt	1.368.685	455.449	33,3%	7.423.294	16,3
Alle Versicherten	1.668.035	570.215	34,2%	9.174.052	16,1	

Tabelle 1:
Antibiotika-Verordnungsprävalenzen und verordnete DDDs nach Altersgruppen 2009; VO=Verordnung [aus: Glaeske et al., 2012]

Im zweiten Analyseblock zeigen die Ergebnisse durchaus Unterschiede zwischen den Bundesländern in den Verordnungsprävalenzen: am häufigsten werden in Sachsen-Anhalt (Verordnungsprävalenz von 50,6%), im Saarland (46%) und in Thüringen (44%) Antibiotika verschrieben. Die niedrigsten Verordnungsprävalenzen finden sich in Schleswig-Holstein (31,1%), Bremen (33,6%) und Baden-Württemberg (33,8%). Ergebnisse der Analysen mit BARMER GEK-Daten auf Kreisebene zeigen auch innerhalb der Bundesländer Unterschiede (siehe Abbildung 1). Besonders in den Kreisen im Süden und hohen Norden sind die Verordnungsprävalenzen gering. Am höchsten liegen die Prävalenzen in grenznahen Kreisen im Westen sowie in einem Band, das sich durch die Mitte Deutschlands durch eher dünn besiedelte Kreise zieht. Ebenso liegen im Nordosten Bayerns hohe Verordnungsprävalenzen vor. Im Kreis mit der geringsten Verordnungsprävalenz erhalten 19,3% aller Kinder und Jugendlichen ein Antibiotikum, im verordnungsstärksten Kreis sind es 52,5%. Eine getrennte Analyse nach Geschlecht zeigte abgesehen von häufigeren Verordnungen für Mädchen keine Unterschiede in der räumlichen Variation. Auswertungen nur für Vorschulkinder bis sechs Jahren zeigt mit im Durchschnitt 49,4% deutlich höhere Verordnungsprävalenzen als insgesamt für Kinder und Jugendliche (33,8%), aber ebenfalls ein ähnliches räumliches Verteilungsmuster. Bei den diagnosespezifischen Auswertungen wird deutlich, dass mit Abstand am häufigsten die „akuten Infektionen der oberen und unteren Atemwege“ (91% aller Kinder und Jugendlichen mit einer der definierten Diagnosen) diagnostiziert wurden. Danach folgen die „eitrige/nicht näher bezeichnete Otitis media“ mit 4,8%, die „nicht eitrige Otitis media“ mit 3,6% und sehr selten wurde die „Pneumonie“ mit 0,6% diagnostiziert. In den Verordnungsprävalenzen sind je nach Diagnose Unterschiede zu finden: Antibiotika werden erwartungsgemäß besonders häufig bei Kindern mit Pneumonie verordnet. Bei einer Pneumonie

ist die Therapie mit Antibiotika eindeutig indiziert. Aber auch bei mehr als jedem zweiten Kind mit eitriger oder nicht näher bezeichneter Otitis Media werden Antibiotika verordnet. Je nach Alters- und Facharztgruppe verändern sich die Zahlen jedoch (siehe beispielhaft Tabelle 2). Die Pädiater sind hier im Allgemeinen die Arztgruppe, die am häufigsten Antibiotika abgeben, sie behandeln diese Patientengruppe auch am häufigsten. Wenn eine Antibiotika-Behandlung bei einer nicht eitrigen Otitis media nötig wird, dann wird in Leitlinien Amoxicillin empfohlen. Dieses wird insbesondere von den selten verordnenden HNOs verschrieben (44,2% der in dieser Fachgruppe verordneten Packungen bei dieser Diagnose waren Amoxicillin). Allgemeinmediziner verordnen nur zu 26,5% diesen Wirkstoff. Stattdessen greifen sie auch häufig auf Cefaclor (14,6%) und Azi-

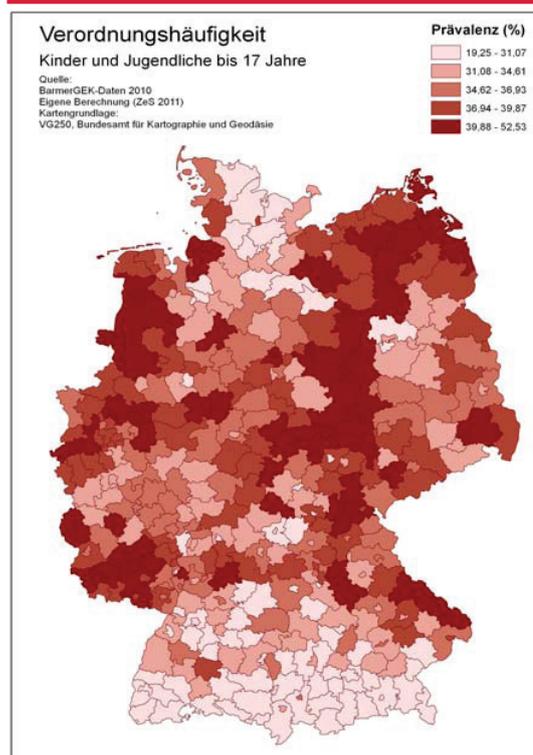


Abbildung 1:
Verordnungshäufigkeit für Kinder und Jugendliche nach Kreisen 2010 [aus: Glaeske et al., 2012]

Tabelle 2:
Behandlungsprävalenzen von
Kindern und Jugendlichen
getrennt nach Diagnose und
Facharztgruppe in 2009 (aus:
Glaeske et al., 2012)

Diagnose	Facharzt	ohne AB-VO	Mit AB-VO	Summe		
Nicht eitrige Otitis media	Allgemeinmediziner/Hausarzt	634	67,1%	311	32,9%	945
	Pädiater	2.703	83,3%	542	16,7%	3.245
	HNO	3.396	91,1%	330	8,9%	3.726
	Anderer Arzt	92	92,0%	8	8,0%	100
Eitrige/nicht näher bezeichnete Otitis media	Allgemeinmediziner/Hausarzt	1.741	43,4%	2.270	56,6%	4.011
	Pädiater	1.895	36,0%	3.374	64,0%	5.269
	HNO	609	52,1%	560	47,9%	1.169
	Anderer Arzt	43	44,8%	53	55,2%	96
Akute Infektion oberer/ unterer Atemwege	Allgemeinmediziner/Hausarzt	57.365	66,1%	29.410	33,9%	86.775
	Pädiater	87.663	79,4%	22.687	20,6%	110.350
	HNO	3.624	62,3%	2.195	37,7%	5.819
	Anderer Arzt	1.009	77,3%	296	22,7%	1.305
Pneumonie	Allgemeinmediziner/Hausarzt	114	34,5%	216	65,5%	330
	Pädiater	184	19,8%	744	80,2%	928
	HNO	1	100,0%	0	0,0%	1
	Anderer Arzt	25	80,6%	6	19,4%	31

thromycin (13%) zurück. Bei Infekten der Atemwege, die häufig viral bedingt sind und deshalb nicht wirksam mit Antibiotika behandelt werden können, verordnen Pädiater weniger Antibiotika als Allgemeinmediziner oder HNOs.

Natürlich sind methodische Defizite insbesondere aufgrund der Datenbeschaffenheit bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten. Versichertendaten werden zu administrativen Abrechnungszwecken erhoben und gespeichert. Damit fehlen zum Beispiel Informationen, wie Laborergebnisse, die bei gesundheitsbezogenen Auswertungen hilfreich wären. Andererseits bieten die vorliegenden Routinedaten viele Vorteile, wie unter anderem die große Datenmenge und den Ausschluss von einigen typischen Studienfehlern (Recall-Bias, Interviewer-Bias).

OPTIMIERUNGSANSÄTZE FÜR EINEN BESSEREN UMGANG MIT ANTIBIOTIKA

Unsere Ergebnisse decken sich größtenteils auch mit Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten (zum Beispiel Abbas et al., 2010; hkk, 2011). Es wird deutlich, dass einige Antibiotika-Verordnungen überflüssig sind und es Optimierungsbedarf in der ambulanten Versorgung mit Antibiotika gibt (siehe auch Glaeske & Janhsen, 2009). Um das Fortschreiten von Resistenzbildungen zu vermeiden, muss ein Umdenken beim Einsatz von Antibiotika erfolgen, Über- und Fehlversorgung müssen verringert werden. Damit Antibiotika bei bakteriellen Infektionen weiter wirken können, sollten sie bei viral bedingten Erkältungskrankheiten nicht eingesetzt werden.

Es gibt unterschiedliche Ansätze, die zu einer

Verbesserung im Umgang mit Antibiotika führen können. So sollten zum einen zielgruppenspezifische Maßnahmen entwickelt werden. Da Ärzte den Wunsch der Eltern nach Antibiotika-Therapie überschätzen, sollten Ärzte häufiger direkt nachfragen, was ihre Patienten wirklich wollen. Zumeist wünschen diese sich „lediglich“ eine Untersuchung und die Linderung ihrer Schmerzen (Faber et al., 2010; van Driel et al., 2006). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachgruppen ist sicherlich ein Schlüsselwerkzeug zur Vermeidung überflüssiger Antibiotika-Verordnungen. Haus- und Allgemeinärzte könnten bei Unsicherheiten in der Diagnosestellung erfahrene Kinderärzte oder HNO-Ärzte hinzuziehen. Ebenfalls könnten spezielle Fälle oder Erkrankungsbilder in Qualitätszirkeln besprochen und diskutiert werden. Plakate und Broschüren zum Beispiel über die kindliche Mittelohrentzündung könnten in den Wartezimmern der Arztpraxen ausgehängt/ausgelegt werden, damit auch die Eltern informiert werden. Zudem sollten Eltern und Patienten lernen, klare Wünsche an ihren Arzt zu formulieren. Schmerzmittel können bei einer Mittelohrentzündung durchaus hilfreicher sein als Antibiotika. Darüber sollten Eltern aufgeklärt werden.

Kleine Aufklärungskampagnen können effektiv sein, um auch in einzelnen Praxen den Wunsch nach Antibiotika zu reduzieren (siehe zum Beispiel Maor et al., 2011). Zudem wäre für die ärztliche Praxis eine übergeordnete Leitlinie zum Antibiotikaeinsatz ein hilfreiches Instrument.

Neben diesen zielgruppenspezifischen und settingbezogenen Ansätzen gibt es aber auch die Möglichkeit Rahmenbedingungen und Strukturen zu ändern. So würde eine offenere Kommunikation und verschärfte Hygiene im Krankenhausbereich

zur Vermeidung von MRSA-Infektionen beitragen (MRSA= Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus). Die Erhebung bundesweiter und international vergleichbarer Daten bezüglich verordneter Antibiotika und aufgetretener Resistenzen ist wichtig, um die Thematik transparent betrachten und kontrollieren zu können. Ansätze wie in der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) sind dabei Schritte in die richtige Richtung (siehe BMG, 2011).

Der Verordnungsanteil von Reserveantibiotika steigt und lag in 2004 bereits bei 35%. Jedoch verschärft der häufige Einsatz der „auf Vorrat“ gehaltenen Medikamente, die nur in Notfällen, wenn Standardantibiotika nicht mehr wirken, eingesetzt werden sollen die Resistenzproblematik. Deswegen sollte die Verordnung von Reserveantibiotika von Seiten des Gesetzgebers restriktiver gehandhabt werden. Zudem ist die Investition in Entwicklung und Forschung wichtig, um auch zukünftig die Antibiotikatherapie sicherstellen zu können. Antibiotika werden aber nicht nur beim Menschen übermäßig eingesetzt, sondern auch im Bereich der Tierzucht. Natürlich besteht auch hier die Gefahr der Resistenzbildung. Die gesonderte Beobachtung nach Tierart und Bakterienstämmen ist dringend notwendig (BVL, 2008). Monitoring-Maßnahmen werden aber auch auf Seiten der DART in diesem Bereich gesehen (BMG, 2011).

FAZIT

Das Problem der Antibiotikaresistenzen ist sehr umfassend. Bedingt durch unterschiedliche Faktoren ist es entstanden und wird dadurch noch weiter verschärft: Unangebrachte Verordnungen bei zum Beispiel Erkältungserkrankungen, falsche Einnahme der Medikamente, zu häufiger Gebrauch in der Tierzucht und Veterinärmedizin. Um dem entgegenzuwirken und weiterhin auf diese lebenswichtigen Arzneimittel zurückgreifen zu können, müssen Maßnahmen wie settingbezogene und zielgruppenspezifische Aufklärungskampagnen entwickelt werden. Die interdisziplinäre Kommunikation zwischen den Fachgruppen muss unterstützt und gefördert werden, zudem sollte bezüglich eines verantwortungsbewussten und sinnreichen Einsatzes von Antibiotika an die Ärzte appelliert werden. Auch Veränderungen der Strukturen und Rahmenbedingungen sind dringend erforderlich – insbesondere auf Seiten des Gesetzgebers.

LITERATUR

- AAFP/AAOHNS/AAP Subcommittee on Management of Otitis Media with Effusion, 2004: „Otitis media with effusion“, *Pediatrics* 113 (5): 1412-29.
- Abbas, Sascha.; Ihle, Peter; Heymans, Lothar; Küpper-Nybelen, Jutta; Schubert, Ingrid, 2010: „Unterschiede im Verschreibungsverhalten von Antibiotika bei Allgemein- und Kinderärzten in Hessen“, *Dtsch Med Wochenschr* 135 (37): 1792-7.
- Arroll, Bruce, 2005: „Antibiotics for upper respiratory tract infections: an overview of Cochrane reviews“, *Respiratory medicine* 99 (3): 255-61.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), 2011: DART: *Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie*. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Deutsche_Antibiotika_Resistenzstrategie_DART_110331.pdf (letzter Zugriff: 30.05.2011).
- BVL, 2008: *Antibiotika-Resistenzatlas, GERMAP 2008*. http://www.bvl.bund.de/cln_027/DE/08__PresseInfothek/00__doks__downloads/Germap__2008,templateld=raw,property=publicationFile/Germap_2008.pdf (letzter Zugriff: 16.02.2011).
- DEGAM - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005: *DEGAM-Leitlinie Nr. 7: Ohrenschmerzen*. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-009_S3_Ohrenschmerzen_Lang_09-2005_12-2010.pdf (letzter Zugriff: 30.05.2011).
- DEGAM - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008a: *DEGAM-Leitlinie Nr. 11: Husten. Praxis*. <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=246> (letzter Zugriff: 30.05.2011)
- DEGAM - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008b: *DEGAM-Leitlinie 10: Rhinosinusitis. Allergie*. <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=nr10> (letzter Zugriff: 30.05.2011)
- DEGAM - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2009: *DEGAM-Leitlinie 14: Halsschmerzen. Praxis*. <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=280> (letzter Zugriff: 30.05.2011)
- van Driel, Mieke L.; De Sutter, An; Deveugele, Myriam; Peersman, Wim; Butler, Christopher.C.;

- De Meyere, Marc et al., 2006: „Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief?“, *Annals of family medicine* 4 (6):494-9.
- Faber, Mirko S., Heckenbach, Kirsten, Velasco, Eduardo, Eckmanns, Tim, 2010: Antibiotics for the common cold: expectations of Germany's general population. Euro surveillance: bulletin européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin 15(35).
- Glaeske, Gerd; Janhsen, Katrin, 2009: „Probleme der medikamentösen Versorgung bei Kindern — Bessere Evidenz und mehr Sicherheit erforderlich“, in: E. M. Bitzer (Hg.), *Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung*. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Part 5: 220-231. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Glaeske, Gerd; Hoffmann, Falk; Koller, Daniela; Tholen, Kathrin; Windt, Roland, 2012: *Faktencheck Gesundheit. Antibiotika-Verordnungen bei Kindern*. <https://antibiotika.faktencheck-gesundheit.de/faktencheck-antibiotika/> (letzter Zugriff: 14.4.2012)
- Gold, Howard S.; Moellering, Robert. C. J., 1996: „Antimicrobial-drug resistance“, *N Engl J Med* 335 (19):1445-53.
- hkk - Erste Gesundheit, 2011: „Aspekte der Versorgungsforschung 2011“, Teil 1: *Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen*. hkk, Bremen.
- Maor, Yasmin; Raz, Meir; Rubinstein, Ethan; Derazne, Estella; Ringel, Steven; Roizin, Hector et al., 2011: „Changing parents' opinions regarding antibiotic use in primary care“, *European journal of pediatrics* 170 (3):359-364.
- Mutschler, Ernst, 2008: *Arzneimittelwirkungen: Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie*. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges.
- NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008: *Respiratory tract infections – antibiotic prescribing*. Health (San Francisco).
- Sanders, Sharon.; Glasziou, Paul P.; Del Mar, Chris. B.; Rovers, Moroeska M., 2004: „Antibiotics for acute otitis media in children“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD000219. DOI: 10.1002/14651858.CD000219.pub2.
- SIGN, 2003: Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care. A national clinical guideline.
- Stuck, Boris A., 2007: *Leitlinie „Rhinosinusitis“ der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie*. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-049_S2_Rhinosinusitis_05-2007_05-2010.pdf (letzter Zugriff: 30.05.2011)
- Tan, Thung-tong; Little, Paul; Stokes, Tim, 2008: „Antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: summary of NICE guidance“, *BMJ* 337: a437.
- Thomas, Mark et al., 2008: „GUIDELINE SUMMARY EPOS Primary Care Guidelines: European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 – a summary“, *Primary Care Respiratory Journal* 17: 79-89.

Überlebenszeit mit Demenz

Dieser Beitrag basiert auf: *Survival in patients with incident dementia compared with a control group: a five-year follow-up.* Koller, Daniela, Kaduszkiewicz, H, van den Bussche, Hendrik, Eisele, M, Wiese, B, Glaeske, Gerd, Hoffmann, Falk, *Int Psychogeriatr.* 2012. epub ahead of print

EINFÜHRUNG

Wie in vielen anderen Ländern befindet sich Deutschland in einem demographischen Wandel. Im Jahr 2005 bestand die Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter aus mehr als 15 Millionen Personen (19% der Gesamtbevölkerung). In den nächsten Jahrzehnten wird diese Zahl - abhängig von den statistischen Annahmen - auf zwischen 21 und 25 Millionen Personen steigen (über 30% der Gesamtbevölkerung) (Statistisches Bundesamt, 2006). Eine Delphi-Studie geht davon aus, dass im Jahr 2005 bereits 24,3 Millionen Menschen an einer Demenzerkrankung leiden (Ferri et al., 2005). Demenz hat dabei nicht nur einen starken Einfluss auf das Alltagsleben der Patienten und deren Angehörigen, mit einer Demenzerkrankung sinkt die Lebenserwartung deutlich (Guehne et al., 2005). Neben der Erkrankung selbst haben auch der Schweregrad (Schäufele et al., 1999; Larson et al., 2004; Andersen et al., 2010), die Demenzart (Waring et al., 2005; Koedam et al., 2008; Fitzpatrick et al., 2005) oder Komorbiditäten (Noale et al., 2003; Sinforiani et al., 2010; Larson et al., 2004) einen Einfluss auf die Überlebenszeit mit einer Demenzerkrankung.

Bei der Durchführung von Studien, die sich mit dem Überleben bei Demenz beschäftigen, muss man diese Faktoren in das Studiendesign integrieren oder zumindest bei der Interpretation und methodischen Diskussion beachten. In vielen Studien werden trotzdem beispielsweise prävalente Demenzpatienten untersucht ohne zu beachten, wie lange die Personen schon an der Erkrankung leiden (Noale et al., 2003), es wird kein Vergleich zwischen Demenzpatienten und nicht an Demenz erkrankten Kontrollpersonen gestellt (Larson et al., 2004) oder die untersuchten Personen kommen aus einer bestimmten Umgebung/Setting, werden beispielsweise bei einer Gedächtnissprechstunde in die Studie eingeschlossen, und sind somit nicht mit anderen Patienten vergleichbar (Guehne et al., 2006; Schäufele et al., 1999; Koedam et al., 2008; Dewey & Saz, 2001; Waring et al., 2005).

Ein positives Beispiel solcher Mortalitätsstudien ist die Arbeit von Helmer et al. (2001). In dieser Studie wird eine verhältnismäßig hohe Anzahl an Demenz-Neuerkrankungen mit einer Kontrollkohorte verglichen. Die Studienkohorte wurde allerdings zwischen 1988 und 1998 rekrutiert, die Ergebnisse sind also vergleichsweise alt.

Das Ziel der von uns durchgeführten Studie war es also, eine Einschätzung der Überlebenszeit nach einer erstdiagnostizierten Demenz durchzuführen. Dabei vergleichen wir die Demenzpatienten mit einer Kontrollgruppe, um die Mortalität bei Demenz von der durch „normales Altern“ zu unterscheiden und schließen weitere Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Komorbiditäten und Pflegebedürftigkeit ein.

METHODIK

Die Studie basiert auf einer Analyse der Daten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) der Jahre 2004 bis 2010. Im Jahr 2006 versicherte die GEK ca. 1,7 Millionen Personen in Deutschland (was ca. 2% der Bevölkerung entspricht). In die Gruppe der inzidenten Demenzpatienten wurden all diejenigen Versicherten aufgenommen, die ab 2005 in mindestens drei von vier aufeinander folgenden Quartalen eine Demenzdiagnose¹ im ambulanten Bereich erhielten und zuvor mindestens vier Quartale diagnosefrei waren. Eingeschlossen wurden nur Versicherte, die in diesem Zeitraum durchgehend versichert und mindestens 65 Jahre alt waren. Die Diagnosehäufigkeit von mindestens einer Diagnose in drei von vier Quartalen wurde gewählt, um falsche Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen auszuschließen. Die Kontrollgruppe wurde durch ein 4:1-Matching gebildet. Die Versicherten mussten im gleichen Zeitraum versichert sein, es wurde nach Alter, Geschlecht, Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl an kontaktierten Ärzten ein Jahr vor der ersten Demenzdiagnose gematcht. Eine

1 kodiert als ICD 10: F00.x, F01.x, F02.0, F02.3, F03, G30.x, G31.0, G31.1, G31.82, G31 0,9 und R54



Dipl.-Geogr. Daniela Koller

Daniela Koller ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik in der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Versorgungsforschung älterer Patienten und Gesundheitsgeographie.

dkoller@zes.uni-bremen.de

detaillierte Beschreibung der Kohortendefinition wird in anderen Publikationen aufgeführt (Koller et al., 2010; Eisele et al., 2010). Da die Einschlusszeit auf ein Jahr nach der ersten Diagnose gesetzt ist, beginnt die Beobachtungszeit frühestens am 1.1.2006 - wir konnten demnach die Kohorte maximal fünf Jahre nachbeobachten.

Für die Kovariaten wurden Daten der Pflegeversicherung und Abrechnungsdaten der ambulanten Leistungen hinzugezogen. Eine Person wurde dann als pflegebedürftig eingestuft, wenn sie im Einschlussjahr eine Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung in Anspruch genommen hat. Es wurde die höchste in diesem Jahr dokumentierte Pflegestufe berücksichtigt.

Um weitere Krankheiten einzuschließen, haben wir den Elixhauser Index verwendet. Dieser Index berücksichtigt 31 Komorbiditäten und eignet sich besonders bei Analysen mit Sekundärdaten (Elixhauser et al., 1998). Eine aktuelle Studie bestätigt die Aussagekraft dieses Index in Bezug auf die Mortalität (Quail et al., 2011). Wir nahmen wie von den Autoren empfohlen jede Erkrankung als dichotome Variable in die Analysen auf.

ANALYSEN

Der Endpunkt ist die Überlebenszeit. Das Follow-up startet am ersten Tag nach dem Einschlussjahr (frühestens der 1.1.2006, spätestens der 1.1.2007). Die Beobachtungszeit endete am 1.1.2011. Die Überlebenszeit wird mit Hilfe von Kaplan-Meier-Kurven dargestellt, stratifiziert nach der Demenzgruppe und der Kontrollgruppe. Um die weiteren Einflussfaktoren einzuschließen, führten wir eine Cox-Regression durch. Die entsprechenden Hazard Ratios (HR) werden mit einem 95%igem Konfidenzintervall (95% KI) abgebildet. Es wurden dabei drei Regressionen modelliert: Das erste Modell beinhaltet nur die Variable Demenz (ja/nein). Im zweiten Modell wurden zusätzlich Pflegebedürf-

tigkeit (4 Kategorien), Geschlecht (2 Kategorien) und Alter (als kontinuierliche Variable) als unabhängige Variablen eingeschlossen. Das dritte Modell berücksichtigt zusätzlich die Komorbiditäten nach Elixhauser. Die Modelle 2 und 3 wurden für Männer und Frauen getrennt berechnet.

ERGEBNISSE

Insgesamt konnten die Daten von 1.818 Personen in der inzidenten Demenzkohorte ausgewertet werden, in der Kontrollgruppe von 7.235 Personen. Aufgrund des Matchings unterscheiden sich die Gruppen nicht in Bezug auf Alter oder Geschlecht, zeigen aber große Unterschiede bezüglich der Pflegestufe und auch einige Unterschiede bei den Komorbiditäten. Speziell die psychiatrischen Erkrankungen treten bei den Demenzpatienten häufiger auf (s. Tabelle 1).

Bezüglich der Überlebenszeit betrug die mittlere Nachbeobachtungszeit 3,8 Jahre (SD: 1,3 Jahre): 3,3 Jahre für Demenzpatienten und 3,9 Jahren für die Kontrollen. Nach dem 5-Jahres-Beobachtungszeitraum leben noch 46,5% der Demenz-Patienten im Vergleich zu 68,9% der Kontrollen. Die entsprechende Kaplan-Maier-Kurve ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Sterblichkeit ist durchgängig höher in der Demenz-Gruppe und ist fast linear, ebenso wie bei den Kontrollen, bei denen der Effekt schwächer ist.

Um weitere Einflussfaktoren zu berücksichtigen, wurden drei Cox-Regressionen berechnet, die Ergebnisse sind in Tabelle 2 gezeigt. Im ersten Modell berechneten wir die Hazard Ratios für das Ereignis „Tod“ nur mit dem Demenzstatus als Prädiktor. Durch die inzidente Demenzerkrankung steigt das Sterberisiko dieser Gruppe um das Doppelte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Da die Gruppen sich durch das Matching in Alter und Geschlecht nicht unterscheiden, wurden diese Variablen erst im nächsten Modell zusammen mit der Pflegestufe berücksichtigt. Durch den Einschluss der Pflegestufe wurde der Effekt der Demenzdiagnose auf die Mortalität etwas abgeschwächt, bleibt aber signifikant mit einem Hazard Ratio von 1,5. Mit steigender Pflegestufe steigt auch das Mortalitätsrisiko: Im Vergleich zu nicht pflegebedürftigen haben Pflegebedürftige der Stufe 3 ein 4,5faches Risiko, in der Beobachtungszeit zu sterben (4,4 für Männer und 4,6 für Frauen).

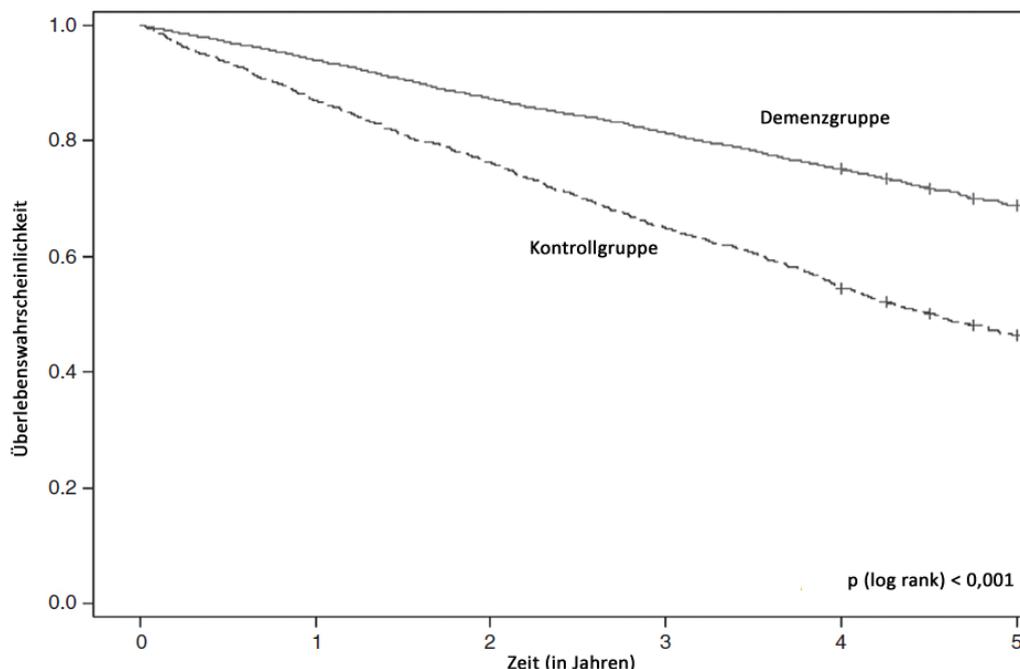
Außerdem steigt mit jedem Altersjahr das Mortalitätsrisiko um 9%; Männer haben ein höheres Sterberisiko als Frauen.

Alle Effekte, die sich im Modell 2 gezeigt haben, wurden auch in Modell 3 gefunden, in dem wir

	Demenzgruppe (n=1.818)	Kontrollgruppe (n=7.235)
Durchschnittsalter (SA)	78,82 (7,37)	78,82 (7,37)
Altersgruppen		
65-74	30,1	30,2
75-84	47,2	47,4
85+	22,7	22,4
Geschlecht (männl.)	53,0	53,1
Pflegestufe		
keine	55,5	86,9
Stufe 1	20,8	7,7
Stufe 2	18,5	4,5
Stufe 3	5,2	0,9
Elixhauser Index durchschnittliche Anzahl (SA)	4,60 (2,56)	3,66 (2,41)
Elixhauser Index Kategorien		
<i>Kardiovaskuläre Erkrankungen</i>		
Bluthochdruck (unkompliziert)	70,2	68,1
Diabetes (unkompliziert)	31,7	27,2
Herzinsuffizienz	30,9	22,4
Arrhythmien	28,6	26,5
Periphere vaskuläre Störungen	20,4	17,1
Diabetes (kompliziert)	13	10,4
Bluthochdruck (kompliziert)	11,8	10,1
Herzklappenfehler	9,7	11,2
Störungen des Lungenkreislaufs	2,3	1,6
<i>Neurologische/Psychiatrische Erkrankungen</i>		
Depression	32,4	16,2
andere neurologische Erkrankungen	24,5	3,8
Paralyse	7,2	2,2
Psychose	5,3	0,9
Alkoholabusus	4,5	1,2
Abhängigkeitssyndrom	0,7	0,3
<i>Hämatologische/Onkologische Erkrankungen</i>		
Solide Tumoren ohne Metastasen	12,5	12,4
Mangelanämie	4,6	3,1
Gerinnungsstörung	4	4,1
Metastasierende Neubildung	1,4	1,8
Lymphom	0,8	0,8
Anämie	0,4	0,2
<i>Andere Erkrankungen</i>		
COPD	23,2	21,9
Niereninsuffizienz	15,1	11,1
Lebererkrankung	13,3	10,9
Fettleibigkeit	10,3	11,3
Rheumatoide Arthritis	8,5	7,7
Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes	7,5	3
Hypothyreose	6,4	6,5
Gewichtsverlust	3,2	1,1
Magengeschwüre ohne Blutung	1,7	2
AIDS/HIV	0	<0,1

Tabelle 1:
Eigenschaften der Demenz-
gruppe und der Kontroll-
gruppe

Abbildung 1:
Kaplan-Meier-Kurve zur
Überlebenszeit von Demenz-
patienten und Kontrollen



DISKUSSION

ebenfalls für die 31- Elixhauser Kategorien kontrolliert haben (die Hazard Ratios für die einzelnen Erkrankten werden hier nicht gesondert aufgeführt). Durch die Kontrolle der Komorbiditäten reduzieren sich die anderen Effektgrößen nur geringfügig.

Auch die geschlechtsspezifische Analyse in den Modellen 2 und 3 zeigt keine großen Unterschiede. Mit einer höheren Pflegestufe haben Frauen ein leicht erhöhtes Mortalitätsrisiko. Die Berücksichtigung des Elixhauser Index änderte die Prädiktoren nicht sehr, führte jedoch zu einem optimaleren Regressionsmodell (Daten nicht gezeigt).

Wir führten eine Überlebenszeitanalyse von 1.818 Demenzpatienten und 7.235 gematchten Kontrollen nach Alter, Geschlecht und Gesundheitsverhalten durch. Die Kohorte wurde über 5 Jahre nachbeobachtet. Im Vergleich zu den Kontrollen haben Personen mit Demenz ein 2fach erhöhtes Risiko, in diesem Zeitraum zu sterben. Die Diagnose Demenz ist auch nach der Kontrolle von Alter, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit und Komorbiditäten ein starker Prädiktor für Mortalität.

Unsere Ergebnisse entsprechen dabei weitestgehend den Ergebnissen anderer Studien. Auch Nole et al. schlossen Personen ab einem Alter von 65 Jahren ein. In ihrer italienischen Kohorte kontro-

Tabelle 2:
Cox-Regression zum
Versterben während der
Follow-up Zeit

Variablen	Model 1	Model 2		Model 3*	
	HR [95% KI]	Männer HR [95% KI]	Frauen HR [95% KI]	Männer HR [95% KI]	Frauen HR [95% KI]
Demenz (Ref: Kontrollen)	2,08 [1,93-2,26]	1,60 [1,43-1,80]	1,45 [1,28-1,64]	1,51 [1,33-1,71]	1,42 [1,25-1,61]
Alter (pro Jahr)		1,08 [1,08-1,09]	1,09 [1,08-1,10]	1,08 [1,07-1,09]	1,09 [1,08-1,10]
Pflegestufe (Ref: keine)					
Stufe 1		2,27 [1,94-2,64]	2,42 [2,11-2,78]	1,94 [1,65-2,29]	2,30 [2,00-2,66]
Stufe 2		3,51 [3,01-4,10]	3,37 [2,88-3,93]	3,14 [2,66-3,71]	3,28 [2,79-3,85]
Stufe 3		4,37 [3,23-5,90]	4,61 [3,64-5,83]	4,30 [3,12-5,91]	4,57 [3,57-5,85]

*kontrolliert nach den Elixhauser Kategorien

lierten die Autoren auch für den Schweregrad der Erkrankung und für Behinderungen. Sie fanden ebenso einen starken Einfluss der Demenzdiagnose; auch Männer oder Personen mit spezifischen Komorbiditäten haben ein höheres Risiko (Noale et al., 2003).

In Bezug auf die Sterblichkeit wurde ein sehr breites Spektrum von Ergebnissen berichtet. In der Studie von Agüero-Torres et al. starben 70% der Demenz-Patienten innerhalb des 5-jährigen Beobachtungszeitraums (Aguero-Torres et al., 1999) im Vergleich zu 53,5% in unserer Kohorte. Dieser Unterschied könnte auf den Altersunterschied der beiden Kohorten zurückzuführen sein. Agüero-Torres et al. schlossen Personen ab einem Alter von 75 und älter ein, die zum Zeitpunkt des Einschlusses keine Demenz diagnostiziert hatten, wohingegen wir inzidente Patienten ab 65 Jahren einschlossen.

In einer Studie von Schäufele et al. starben 45,3% der Demenzpatienten innerhalb einer Follow-up-Zeit von 2,5 Jahren (Schäufele et al., 1999). Allerdings schloss diese Studie nur 117 Patienten ein, die Ergebnisse müssen demnach entsprechend vorsichtig interpretiert werden.

Komorbiditäten wurden bisher in nur wenigen Studien berücksichtigt (Guehne et al., 2005), sowohl in der Studie von Noale und Kollegen als auch in der Arbeit von Larson et al. konnte der Einfluss bestimmter Erkrankungen auf die Demenz-Mortalität gezeigt werden (Noale et al., 2003; Larson et al., 2004). Eine systematische Kontrolle mit einem Index wie dem Elixhauser Index wurde allerdings noch nicht durchgeführt. Die Demenzpatienten in unserer Untersuchung haben in den meisten Fällen höhere Prävalenzen bei den Erkrankungen. Die Einbeziehung der Komorbiditäten änderte nicht viel an den Schätzwerten, verbesserte allerdings das Regressionsmodell. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass der Einschluss der Pflegestufen ein guter Indikator für existierende Komorbiditäten sein kann.

Unsere Studie basiert auf Krankenkassendaten. Dies hat den großen Vorteil, dass eine große Anzahl an Versicherten eingeschlossen werden konnte, unabhängig davon, wo ihr Wohnort ist, ob sie in einem Pflegeheim leben oder zu Hause, wie alt die Versicherten sind, ob sie noch ansprechbar sind. Besonders bei Studien zum Thema Demenz kann dies ein Problem sein, wenn Patienten direkt befragt werden sollen. Weitere methodische Aspekte wie Interviewer-Effekte oder Recall-Bias werden durch die Nutzung von Sekundärdaten ebenfalls umgangen (Riedel-Heller et al., 2000). Durch die Daten ist uns der genaue Todeszeitpunkt bekannt und wir konnten das Gesundheitsverhalten und weitere diagnostizierte Erkrankungen berücksichtigen.

Leider sind aufgrund der Tatsache, dass die Daten in erster Linie zu Abrechnungszwecken benutzt werden, einige Informationen nicht enthalten. Einige Studien konnten beispielsweise sozioökonomische Informationen wie Bildung oder Familienstand in Überlebenszeitanalysen bei Demenzpatienten einschließen. Allerdings wurden hierbei selten signifikante Effekte gefunden (Xie et al., 2008; Guehne et al., 2006; Wolfson et al., 2001; Helmer et al., 2001). Wir gehen daher davon aus, dass durch die Nichtberücksichtigung keine großen Veränderungen unserer Ergebnisse zu erwarten ist. Für weitere Studien in Deutschland wäre es allerdings wünschenswert, wenn sozioökonomische Einflüsse berücksichtigt werden könnten. Ebenfalls ist die Differenzierung nach Demenzart schwierig, da über die Hälfte aller kodierten Diagnosen auf eine unspezifische Demenz hinweisen. In anderen Studien konnte allerdings gezeigt werden, dass Patienten mit einer vaskulären Demenz ein höheres Sterberisiko haben als Personen mit einer Alzheimer-Demenz (Fitzpatrick et al., 2005; Koedam et al., 2008).

In unserer Analyse wurde die Inzidenz von Demenz als die erste kodierte Diagnose definiert. Oft wird allerdings eine Demenzdiagnose erst spät im Erkrankungsverlauf gestellt aufgrund von Tabuisierung, Stigmatisierung oder schwieriger Diagnosestellung (Mitchell et al., 2011; van Hout et al., 2000).

Insgesamt allerdings können wir durch unsere Analyse zeigen, dass Demenz einen starken Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit im Alter hat. Dieses erhöhte Mortalitätsrisiko ist auch nach der Kontrolle von Pflegebedürftigkeit und Komorbiditäten vorhanden. Eine frühzeitige Erkennung, Diagnose und Therapie von Demenz ist daher von hoher Relevanz für die Betroffenen. Die Integration von Lebensqualität und Palliativmedizin in die Versorgung von Demenzpatienten ist ebenso wichtig.

LITERATUR

Agüero-Torres, Hedda; Fratiglioni, Laura; Guo, Zhenchao; Viitanen, Matti; Winblad, Bengt, 1999: „Mortality from dementia in advanced age: a 5-year follow-up study of incident dementia cases“, *Journal of clinical epidemiology* 52 (8): 737-43.

Andersen, Kjeld; Lolk, Annette; Martinussen, Torben; Kragh-Sørensen, Per, 2010: „Very mild to severe dementia and mortality: A 14-year follow-up - The Odense study“, *Dementia and geriatric cognitive disorders* 29 (1): 61-7.

- Dewey, Michael E.; Saz, Petro, 2001: „Dementia, cognitive impairment and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature“, *International journal of geriatric psychiatry* 16 (8): 751-61.
- Eisele, Marion; van den Bussche, Hendrik; Koller, Daniela; Wiese, Birgitt; Kadaszkiewicz, Hanna; Maier, Wolfgang; Glaeske, Gerd et al., 2010: „Utilization patterns of ambulatory medical care before and after the diagnosis of dementia in Germany – Results of a case-control-study“, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 29: 475-483.
- Elixhauser, Anne; Steiner, Claudia; Harris, D. Robert; Coffey, Rosanna M., 1998: „Comorbidity measures for use with administrative data“, *Medical care* 36 (1): 8-27.
- Ferri, Cleusa P.; Prince, Martin; Brayne, Carol; Brodaty, Henry; Fratiglioni, Laura; Ganguli, Mary; Hall, Kathleen et al., 2005: „Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study“, *Lancet* 366 (9503): 2112-7.
- Fitzpatrick, Annette L.; Kuller, Lewis H.; Lopez, Oscar L.; Kawas, Claudia H.; Jagust, William, 2005: „Survival following dementia onset: Alzheimer's disease and vascular dementia“, *Journal of the neurological sciences* 229-230: 43-9.
- Guehne, Uta, Matschinger, Herbert, Angermeyer, Matthias C.; Riedel-Heller, Steffi G., 2006: „Incident dementia cases and mortality. Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+)“, *Dementia and geriatric cognitive disorders* 22 (3): 185-93.
- Guehne, Uta, Riedel-Heller, Steffi; Angermeyer, Matthias C., 2005: „Mortality in dementia“, *Neuroepidemiology* 25 (3): 153-62.
- Helmer, Catherine, Joly, Pierre, Letenneur, Luc, Commenges, Daniel; Dartigues, Jean-Francois, 2001: „Mortality with dementia: results from a French prospective community-based cohort“, *American journal of epidemiology* 154 (7): 642-8.
- van Hout, Hein; Vernooij-Dassen, Myrra; Bakker, K.; Blom, M.; Grol, R., 2000: „General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles“, *Patient education and counseling* 39 (2-3): 219-25.
- Koedam, Esther L.G.E.; Pijnenburg, Yolande A.L.; Deeg, Dorly J.H.; Baak, Merel M.E.; van der Vlies, Annelies E.; Scheltens, Philip; van der Flier, W.M., 2008: „Early-onset dementia is associated with higher mortality“, *Dementia and geriatric cognitive disorders* 26 (2): 147-52.
- Koller, Daniela; Eisele, Marion; Kadaszkiewicz, Hanna; Schön, Gerhard; Steinmann, Susanne; Wiese, Birgitt; Glaeske, Gerd; Van Den Bussche, Hendrik, 2010: „Ambulatory health service utilization in patients with dementia - Is there an urban-rural difference?“, *International journal of health geographics* 9 (1): 59.
- Larson, Eric B., Shadlen, Marie-Florence, Wang, Li; McCormick, Wayne C.; Bowen, James D.; Teri, Linda; Kukull, Walter A., 2004: „Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease“, *Annals of internal medicine* 140 (7): 501-9.
- Mitchell, Alex J.; Meader, Nicholas; Pentzek, Michael, 2011: „Clinical recognition of dementia and cognitive impairment in primary care: a meta-analysis of physician accuracy“, *Acta psychiatrica Scandinavica* 124 (3): 165-83.
- Noale, M.; Maggi, S.; Minicuci, N.; Marzari, C.; Destro, C.; Farchi, G.; Scafato, E.; Baldereschi, M.; Di Carlo, A.; Crepaldi, G., 2003: „Dementia and disability: impact on mortality. The Italian Longitudinal Study on Aging“, *Dementia and geriatric cognitive disorders* 16 (1): 7-14.
- Quail, Jacqueline M.; Lix, Lisa M.; Osman, Beliz Acan; Teare, Gary F., 2011: „Comparing comorbidity measures for predicting mortality and hospitalization in three population-based cohorts“, *BMC health services research* 11: 146.
- Riedel-Heller, Steffi G.; Schork, Astrid; Matschinger, Herbert; Angermeyer, Matthias C., 2000: „Recruitment Procedures and Their Impact on the Prevalence of Dementia“, *Neuroepidemiology* 19 (3): 130-140.
- Schäufele, Martina; Bickel, Horst; Weyerer, Siegfried, 1999: „Predictors of mortality among demented elderly in primary care“, *International journal of geriatric psychiatry* 14 (11): 946-56.
- Sinforiani, Elena; Citterio, A; Zucchella, Chiara; Bono, G.; Corbetta, S.; Merlo, P.; Mauri, M., 2010: „Impact of gender differences on the outcome of Alzheimer's disease“, *Dementia and geriatric cognitive disorders* 30 (2): 147-54.
- Statistisches Bundesamt, 2006: <m:note/> Bevölkerung Deutschlands bis 2050.

Waring, Stephen C.; Doody, Rachelle S.; Pavlik, Valory N.; Massman, Paul J.; Chan, Wenyaw, 2005: „Survival among patients with dementia from a large multi-ethnic population“, *Alzheimer disease and associated disorders* 19 (4): 178-83.

Wolfson, Christina; Wolfson, David B.; Asgharian, M.; M'lan, C.E.; Ostbye, T.; Rockwood, K.; Hogan, D.B., 2001: „A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia“, *The New England journal of medicine* 344 (15): 1111-6.

Xie, Jing; Brayne, Carol; Matthews, Fiona E.; Function, Council Cognitive, 2008: „Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up“, *Public Health*: (March 2009).

siehe auch *Berichte: Projekte*, Seite 41

BEITRÄGE

EBERHARD EICHENHOFER

Was hat die Sozialrechtswissenschaft der wissenschaftlichen Sozialpolitik zu bieten?

I. UNTERSCHIEDLICHE ORIENTIERUNG

Recht und Politik verbindet manches, weit mehr scheint sie aber zu trennen. Beide verbindet die Aufgabe, der Gesellschaft einen Rahmen für ihr Handeln zu geben. Sozialpolitik zielt im Rechtsstaat auf Gesellschaftsgestaltung. Diese mündet in Gesetzgebungsakte, die Ausgangspunkte für rechtliches Handeln sind.

Daran sind Juristen interessiert, die Gesetze auslegen, also deren Sinn deuten, und auf deren praktische Folgen achten. Recht erscheint so als geronnene Politik und damit als Endpunkt aller politischen Entwicklungen. Recht scheint strukturerhaltend, Politik dagegen auf Veränderung bedacht, weil sie über Machtressourcen verfügt, die nur in Akten der Veränderung nachweislich erkennbar werden.

Dieser Gegensatz wurde oft beschrieben und lässt sich besonders ausgeprägt in der Sozialpolitik erkennen. Denn Reformen stellen in Frage, was sich entwickelt und praktisch bewährt hat. Politik erscheint als permanente Institutionalisierung von Unzufriedenheit und impliziert unermüdliches Leiden an einer überkomplexen Sozialbürokratie. Die Juristen dagegen fühlen sich darin - wenn nicht wohl-, so doch wenigstens zu Hause.

II. GEMEINSAMER GEGENSTAND

Sozialrecht und Sozialpolitik widmen sich demselben Gegenstand. Dessen Bestimmung kann nur jenseits der einzelnen Disziplin gelingen. Jegliche Definition dessen, was Sozialrecht wie Sozialpolitik beschäftigt, verbindet beide. Sozialrecht greift dabei auf soziologische Begriffe zurück.

Das durch soziale Vorsorge bearbeitete soziale Risiko wird zum sozialrechtlichen Versicherungsfall. Dieser entstammt einer soziologischen Einsicht in die vielfältigen Gefährdungen der menschlichen Arbeitskraft. Arbeitnehmer und Selbständige nehmen in der sozialen Sicherung, zumal in Deutschland, unterschiedliche Stellungen ein. Was diesen Unterschied trägt, ist zwar Gegenstand juristischer Betrachtung, die dabei herangezogenen Begriffe: Eingliederung, Weisungsabhängigkeit, Unternehmerrisiko verweisen aber auf soziale Verhältnisse und stellen damit soziologische Beschreibungen sozialer Strukturen dar.

Sozialversicherungen, die Körperschaften des öffentlichen Rechts und damit juristische Personen sind, gehen aus Gesetzen und Satzungen hervor. Sie verfügen über Organe und Zuständigkeiten und nehmen in Verwaltungsakten und -verträgen Rechtsmacht wahr. Sie sind nicht nur Kunstgebilde, sondern zugleich Akteure, in erster Linie Ver-



Prof. Dr. Dr. h. c. Eberhard Eichenhofer

Prof. Dr. Dr. h. c. Eberhard Eichenhofer hat den Lehrstuhl für Sozialrecht und Bürgerliches Recht an der Friedrich-Schiller-Universität Jena inne. Er ist Stellvertretender Vorsitzender des Forschungsnetzwerkes Alterssicherung (FNA) der Rentenversicherung Bund.

ee@recht.uni-jena.de

walter wie Gestalter der Sozialpolitik. Sozialpolitik gibt der Gesellschaft Gestalt und Struktur durch ihre Institutionen. Das Sozialrecht bildet diese und gibt ihnen die Mittel, um zu wirken. Sozialrecht und Sozialpolitik sind auch deshalb verbunden, weil ihr gemeinsamer Gegenstand nur aus dem Blickwinkel beider Disziplinen erfasst und gedacht werden kann. Schließlich haben beide Disziplinen zu klären, ob die gewordenen und gewachsenen Institutionen der Sozialpolitik noch zeitgemäß sind oder nicht.

III. GEMEINSAME PRÄMISSEN

Alle großen Fragen der Sozialpolitik, angefangen bei der nach Grund und Grenzen sozialpolitischer Intervention über den geschützten Personenkreis, die zu sichernden Risiken bis zum Umfang der zu gewährenden Leistungen, deren Organisation und Finanzierung, sind allesamt zugleich Grundfragen des Sozialrechts. Dieses wird mit diesen elementaren Problemen auch dann konfrontiert, wenn es mit scheinbar einfachen, leicht zu überblickenden, ganz und gar den Einzelfall betreffenden Fragen der Rechtsanwendung konfrontiert ist. Denn die sich bisweilen als kleine Fragen der Normanwendung darstellenden Probleme münden nicht nur vereinzelt und dann und wann, sondern nahezu regelmäßig in Grundsatzfragen aus und zielen so in letzter Konsequenz auf Begründungen aus dem Gesamtsystem, was nur durch die Erhellung von dessen Sinn gelingen kann.

Sozialpolitik und Sozialrecht werden von gemeinsamen Grundannahmen getragen. Sie verstehen Sozialpolitik als Staatsintervention in Marktprozesse und erachten diese als legitim. Denn Sozialpolitik bezweckt, jedem die soziale Teilhabe am Marktgeschehen zu sichern, auch denen, die es nicht aus eigener Kraft wegen Krankheit, einer Behinderung, Alters oder Arbeitslosigkeit vermögen.

Beide sind von der optimistischen Annahme geleitet, dass Marktprozesse gesellschaftlich bedingt und deswegen auch gesellschaftlich beherrscht und auf politische Ziele ausgerichtet werden können.

Beide sind vom Optimismus der politischen Beherrschbarkeit der Ökonomie ebenso erfüllt wie von dem Vertrauen in die Leistungsfähigkeit öffentlicher Institutionen. Sozialrecht und Sozialpolitik beruhen auf der gemeinsamen Überzeugung der sozialen Bedingtheit menschlicher Verhältnisse und deren daraus erwachsender Gestalt- und Veränderbarkeit. Sie werden angetrieben und geleitet durch ein elementares Verlangen nach Humanisierung aller sozialen Verhältnisse. Weil Sozialpolitik und Sozialrecht einander in einer prinzipiell entgegengesetzten Grundeinstellung zum Verhältnis zwischen Reform und Bewahrung gegenüberstehen, eint sie diese Kontroverse um die Aktualität sozialpolitischer Institutionen. Gegensätze haben stets etwas durchaus Verbindendes, zumal wenn sie in der Alltagspraxis regelmäßig nicht schroff aufeinanderprallen, sondern nur in ihrer Tendenz auftreten. Auch die Politik hat mitunter einen konservativen Zug, wie gerade die Juristen nicht selten aus praktischer Erfahrung und prinzipieller Einsicht um die Schwachstellen einer bewährten Regelung wissen.

IV. GEMEINSAME FORSCHUNGSFRAGEN

Sozialrecht und Sozialpolitik widmen sich gemeinsam der durch beide geschaffenen sozialen Kunstwelten der Sozialverwaltung. Ihr eigentlicher gemeinsamer Gegenstand sind daher in der Sprache John Searle's die „institutionellen Tatsachen“. Diese den Kunstwelten sozialen Lebens zuzuordnenden Gegebenheiten beschreiben soziale Welten jenseits von Sein und Sollen, als Ausprägungen jeglicher Sozialpolitik, in denen sich das Gesollte mit dem Gemachten verbindet und in der sich sowohl Brüche des Erwünschten und Hemmnisse des zu Bewirkenden zeigen. Sie bilden die Basis für zahlreiche gemeinsam interessierende Forschungsfragen.

Sie verweisen zunächst auf das Thema Rechtsverwirklichung durch Administration und Verfahren. Bürokratie erscheint als Bedingung wie Begrenzung der Möglichkeit sozialer Rechte. Von gemeinsamen Interesse ist daher die Frage nach wirksamen sozialrechtlichen Institutionen, die ihren Zweck erfüllen. Was ist an administrativer Überformung zur Erreichung eines sozialen Zieles nötig und was ist der Zielerreichung abträglich? Diese Frage beschäftigt Juristen und Sozialpoliti-

ker gleichermaßen, weil die Rechtssetzung nicht die Rechtsverwirklichung garantiert wie umgekehrt bei dem Versuch der Rechtsverwirklichung Friktionen mit der Rechtssetzung auftreten können.

Sodann stellt sich die weitere Grundsatzfrage: Was bewirken sozialpolitische Institutionen gewollt und ungewollt? Was hindert sie an der Wirksamkeit – ihre administrative Struktur oder die widerborstige Wirklichkeit, an denen sich sozialpolitische Institutionen vergebens abarbeiten, weil sie keinen effektiven Zugang zu ihnen finden?

Ein weiterer großer Themenkomplex lautet: Wie steht es ferner mit dem Gestaltungsanspruch der Sozialpolitik im Hinblick auf die Ökonomie? Ist dieser vermessen, weil von allem Anfang an vergebens, oder ist dieser an zusätzlichen Bedingungen effizienter und mit ökonomischen Imperativen zu vereinbaren? Wie vollzieht sich die Kooperation von öffentlichen Sozialleistungsträgern und privaten Leistungserbringern? Wie geschieht vor allem das sozialpolitische Steuern und wie wirkt sich die private Leistungserbringung als gewollt geschaffene Organisation auf Innovationskraft, Qualität und Effektivität der Leistungserbringer im Rahmen der so geschaffenen Quasi-Märkte aus?

Schließlich sind die Sozialpolitik und auch das Sozialrecht inzwischen längst aus ihrer nationalstaatlichen Enge herausgetreten. Beide stellen sich den durch Europäisierung der Lebensbedingungen und Globalisierung des Wirtschaftens aufgeworfenen Fragen: Wie gestaltet sich Sozialpolitik im Kontext der Globalisierung – also unter den Bedingungen der sozialpolitischen Verflechtungen und der programmatischen Ausrichtung durch europäische und internationale Akteure aus?

Wenn immer solche Themen global oder im Detail bearbeitet werden, ist die Kooperation von Juristen und Sozialpolitik-Forschern nötig wie hilfreich. Denn beide können von den so gewonnenen Einsichten Vorteile ziehen.

V. FAZIT

Mögen sich deshalb Sozialpolitik und Sozialrecht in ihrer Begriffswelt und ihrem methodischen Zugang auch unterscheiden, so sind sie doch durch ihren Forschungsgegenstand, gemeinsamen gedanklichen Grundansatz und ihrer Hinwendung zu den sozialen Institutionen eng miteinander verbunden. Dies erklärt, weshalb beide nicht nur einander brauchen, sondern geradezu aufeinander angewiesen sind. Sie verbindet eine soziologische

Sicht auf die Welt, in der die sozialen Ereignisse aus anderen sozialen Ereignissen folgen, und sie werden angetrieben von der Grundüberzeugung, dass die gewordene Welt eine gemachte ist und ihre fortbestehenden Unzulänglichkeiten durch bessere gesellschaftliche und rechtliche Strukturen überwunden werden können. Sie wird von einem Vertrauen in den sozialen Fortschritt angetrieben, der seinerseits in der Grundüberzeugung der politischen Machbarkeit der Welt angelegt ist. Für die Gestaltung ist politischer Sinn und rechtliche Kompetenz nötig. Beide werden vor allem durch die Notwendigkeit verbunden, gelingende rechtliche Gestaltungen auch in der sozialen Lebenswelt zu verankern. Sozialpolitik und Sozialrecht brauchen also einander, weil jede der anderen mehr als eine Stütze ist, nämlich zur Bedingung ihrer eigenen Möglichkeit wird.

Auch das Glück zählt

Die Messung des gesellschaftlichen Wohlergehens ist der effektivste Weg, herauszufinden, wie gut die Politik ihre Aufgabe erfüllt - und dazu braucht es einen neuen Fortschrittsindikator jenseits des BIP. Der Essay von Christian Kroll und Lord Richard Layard (Ersterscheinung: Die Welt, 21.10.2011, S. 2) bezieht sich auf die Arbeit einer Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, die zum Thema derzeit in Berlin Vorschläge erarbeitet und diese im Frühjahr 2013 präsentieren will.

Jetzt, wo sich eine Grundsatzkommission des Deutschen Bundestages auf die Suche nach einem neuen Fortschrittsindikator macht, bietet sich Deutschland eine historische Chance: Das Glück der Menschen sollte zum primären Leitfaden für Politik gemacht werden. „Michelle, ma belle“, singt Paul McCartney, „these are words that go together well.“ Bis vor Kurzem hätten wenige dasselbe von den Worten „Politik“ und „Glück“ behauptet. Doch obwohl den zwei Ausdrücken die poetische Eleganz des Beatles-Klassikers fehlt, ist es unsere feste Überzeugung, dass diese Begriffe in Zukunft untrennbar miteinander verbunden sein werden. Gegner der Idee, dem Glück eine Rolle in der Politik einzugestehen, führen immer noch an, es könne „nicht darum gehen, das Bruttoinlandsprodukt (BIP) durch einen Glücksindikator zu ersetzen, der überhaupt keinen praktischen Nutzen für Politik und Gesellschaft hat“ (wie der CDU-Obmann in der Bundestags-Enquete-Kommission „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität“, Georg Nüßlein, in der „Welt“ vom 26. September). Stattdessen bleibe das langfristige, ökonomische Wachstum die „zentrale Kategorie“.

Wir sind anderer Meinung. In der Tat geht unsere eigene Beratungstätigkeit in Großbritannien zur „Vermessung des Nationalen Wohlergehens“ in eine dezidiert andere Richtung und ist somit Teil einer international wachsenden Bewegung. Der Autor der US-Unabhängigkeitserklärung, Thomas Jefferson, hat es genau richtig ausgedrückt: „Die Fürsorge für menschliches Leben und Glück ist das einzig legitime Ziel von gutem Regierungshandeln.“ Ökonomisches Wachstum, erfüllende Arbeit, umfassende Gesundheitsversorgung, gute Bildung usw. sind immer nur Mittel zum Zweck: dem Glück der Menschen. Politiker, Wissenschaftler und Statistiker sollten daher das Wohlergehen

des Einzelnen direkt messen, seine Einflussfaktoren identifizieren und diese zum zentralen Ziel von Politik machen, anstatt nur zu mutmaßen, was den Bürgern wichtig sein könnte. Fortschritte in der neuen akademischen Glücksforschung ermöglichen es uns heute, die Lebenszufriedenheit und das Glück der Menschen valide und verlässlich zu messen.

Aus genau diesen Gründen wird Großbritannien durch die vom Premierminister ins Leben gerufene Initiative zur Vermessung des Nationalen Wohlergehens das „individual well-being“ der Menschen ins Zentrum seiner neuen Fortschrittsindikatoren stellen. Diese Maßzahlen sollen der Leitfaden für die Politik im 21. Jahrhundert werden. 200 000 Briten werden zukünftig jedes Jahr befragt, wie zufrieden sie mit ihrem Leben sind und inwiefern sie das Gefühl haben, die Dinge, die sie im Leben tun, seien wertvoll. Im neuen Indikatorensystem werden vier solcher Fragen zum Wohlergehen ergänzt durch dessen von der wissenschaftlichen Forschung identifizierten Haupteinflussfaktoren. Die Ergebnisse versorgen Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit mit Informationen darüber, wie wir die dringendsten sozialen Probleme unserer Zeit angehen können. Die OECD übernimmt derzeit die Federführung in der Festlegung von Fragen zum subjektiven Wohlergehen, mit denen die Mitgliedsstaaten das Glück ihrer Bürger vermessen können. Die Organisation bleibt dabei ihrer Rolle als Pionier treu, die sie einst vor 60 Jahren bei der Vermessung des BIP unter Beweis stellte. Auch die UN-Vollversammlung hat im Juli eine Resolution verabschiedet, die Regierungen auffordert, das Glück der Bürger stärker ins Zentrum des Regierungshandelns zu rücken.

Eine umfangreiche Vermessung des Wohlergehens könnte in der Tat den Politikprozess revolutionieren. Sie würde uns erlauben, Politikmaßnahmen daraufhin zu bewerten, ob sie einen tatsächlichen Effekt auf die Lebenszufriedenheit der Menschen haben. Dies wiederum kann uns helfen, knappe öffentliche Ressourcen optimal zu verteilen. Wahrscheinlich führen die Ergebnisse solcher Glücksbefragungen auch zu einer Überprüfung eingefahrener ideologischer Denkmuster links wie rechts. Auf die Frage, ob er seine politischen Ansichten in Bezug auf mehr Gleichheit und höhere Steuern ändern würde, falls die Umfragen zur Lebenszufriedenheit dies nahelegen, antwortete der kon-

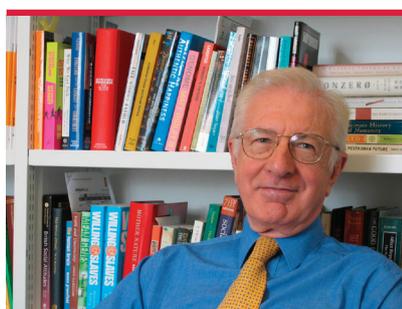
servative britische Premierminister David Cameron: „Sie können Dinge zutage befördern, die die Ansichten von uns Politikern in puncto Gleichheit und Besteuerung herausfordern, aber dies ist alles zum Guten. Wir sollten nie Angst davor haben, eine Debatte zu führen.“ Deutschland muss sich also in puncto Wohlfahrtsmessung gar nicht unbedingt mit dem kleinen Himalaja-Königreich Bhutan und dessen „Bruttonationalglück“ vergleichen. Ein Blick zu den Nachbarn genügt. Auch der französische Präsident Nicolas Sarkozy berief eine Expertenrunde mit zahlreichen Nobelpreisträgern zu diesem Thema ein. Deren Schlussfolgerung: Indikatoren zum Glück der Menschen enthalten unabdingbare Informationen und sollten daher von statistischen Ämtern regelmäßig erhoben werden. Das Ziel eines solchen Ansatzes ist weit davon entfernt, uns von Indikatoren vorschreiben zu lassen, wie wir unser Leben gestalten sollen. Das Gegenteil ist der Fall, nämlich genau davon wegzukommen. Die Regierung kann niemanden zu seinem Glück zwingen, genauso wenig wie sie uns zwingen kann, produktiver zu sein oder ein Studium aufzunehmen. Die Politik kann nur versuchen, die Umstände herzustellen, in denen Menschen sich auf verschiedene Arten entfalten können. Allerdings ist die Vermessung des Wohlergehens der effektivste Weg, um herauszufinden, wie gut die Politik ihre Aufgabe erfüllt. Denn die Menschen selbst sind die wahren Experten in Bezug darauf, wie glücklich sie sind. Von Deutschland als Europas größter Volkswirtschaft wird ein wichtiges Signal ausgehen in der Frage, ob wir die richtigen Schlussfolgerungen aus der Finanzkrise ziehen und es schaffen, einen neuen Fortschrittsindikator ohne die Schwächen des BIP zu finden. Wir haben nun die historische Chance, ein Indikatorensystem aufzubauen, das uns sinnvolle Informationen über die wahre Lebensqualität der Bürger gibt, als Basis für zukünftige politische Entscheidungen. Warum sollte das Glück der Menschen dabei keine Rolle spielen?



Dr. Christian Kroll

Dr. Christian Kroll ist Postdoctoral Fellow an der Bremen International Graduate School of Social Sciences. Er hat zuvor an der London School of Economics promoviert mit einem Forschungsaufenthalt an der Harvard Kennedy School of Government (Thema der Arbeit: „Towards a Sociology of Happiness“). Seine Publikationen sind abrufbar unter www.christiankroll.eu

c.kroll@jacobs-university.de



Prof. Lord Richard Layard

Prof. Lord Richard Layard ist Programmleiter und Gründungsdirektor des Centre for Economic Performance an der London School of Economics. Die beiden Autoren beraten die vom britischen Premierminister 2010 ins Leben gerufene Initiative zum „Measuring National Well-Being“.

r.layard@lse.ac.uk

Ungerechtigkeit und Protestverhalten

Die Arbeit „Ungerechtigkeit und Protestverhalten“ entstand in Anlehnung an die Veranstaltung „Soziologie der Armut“ unter der Betreuung von Prof. Dr. Wolfgang Voges in einem Forschungspraktikum am ZeS. Das Projekt wurde in meiner Abschlussarbeit „Ungerechtigkeit und deren soziale Folgen“ mit einem Fokus auf sozialpsychologische Mechanismen weitergeführt. Aufgrund der breiten Relevanz und Anwendbarkeit von Gerechtigkeit habe ich mich bei der Analyse auf die Einkommensverteilung in Deutschland konzentriert. Die BRD bietet durch ihre spezielle Situation, der Wiedervereinigung zweier Landesteile mit vormals unterschiedlichen Regimen, eine besondere Basis für gerechtkeitsbezogene Forschungsarbeiten, weshalb Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern betrachtet wurden. Anhand der Daten des International Social Justice Projects 2000 wird untersucht, ob sich wahrgenommene Ungerechtigkeit der Einkommensverteilung auf das Protestverhalten der Bürgerinnen und Bürger in Ost- und Westdeutschland auswirkt.

Armut wird nicht zwangsweise als ungerecht angesehen, sondern steht im direkten Zusammenhang mit individuellen Toleranzgrenzen von Ungleichheit und dem wahrgenommenen Grad der sozialen Sicherheit innerhalb des staatlichen Systems (Voges, 2010). Im Gegensatz zu objektiven Armutsbetrachtungen durch Dritte sind Gerechtigkeitssurteile über die Einkommenssituation ein Teilaspekt des subjektiven Armutsbegriffs. Die Bundesrepublik Deutschland garantiert durch den Sozialstaat, der sich an den Prinzipien Leistung und Bedarf orientiert, eine gerechte Verteilung der Güter an seine Bundesbürgerinnen und -bürger (Opielka, 2006). Ein demokratisches politisches System fordert Zustimmung seiner Bürgerinnen und Bürger um die gegebenen Strukturen zu legitimieren. Soziale Gerechtigkeit beschreibt eine allgemein anerkannte positive Norm und wird als Bewertungsmaß für staatliche und wirtschaftliche Institutionen herangezogen.

Gerechtigkeitssurteile werden in die zwei Modi ordnungsbezogene Gerechtigkeit und ergebnisbezogene Gerechtigkeit unterschieden. Bisherige ergebnisbezogene Gerechtigkeitstheorien (Relative Deprivation, Equity, Status-Value u.a.) besagen, dass Personen die Gerechtigkeit von Entlohnungen anhand temporaler, sozialer oder referentieller Vergleiche beurteilen. Nach Liebig und Wegener

(1995) teilen sich die Ideologien zur Bewertung der Verteilungsordnung in primäre, interessengeleitete Einstellungen und sekundäre, kulturelle Normen. Trotz des Bedeutungspluralismus ist (Un-) Gerechtigkeit als Urteil der Bevölkerung sozialwissenschaftlich messbar, und somit als Legitimationsinstrument in Umfragen nutzbar.

Wahrgenommene Ungerechtigkeit, auch gegenüber Dritten löst Unzufriedenheit, Ressentiment und Wut aus, weshalb Personen den Wunsch haben ungerechte Situationen zu ändern (Montada & Kals, 2007). Die populären romantischen Annahmen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, das Fehlen sozialer Gerechtigkeit führe zu revolutionären und rebellischem Verhalten innerhalb der betroffenen Bevölkerung (vgl. u.a.: Gurr, 1968 & Moore, 1982), hat sich in späteren empirischen Untersuchungen nicht durchgängig bestätigt. Mehrere Studien zeigten jedoch, dass eine Verletzung der sozialen Normen Protestverhalten auslösen und legitimieren, oder zu Folgenlosigkeit und Rückzug aus der politischen Gemeinschaft führen kann (vgl. u.a.: Wegener & Liebig, 1998; Mühleck, 2009; Schmitt, Maes & Widaman, 2009).

Empirisch wurden Zusammenhänge zwischen ordnungs- und ergebnisbezogenen Gerechtigkeitssurteilen über die Einkommensverteilung und Protestverhalten in Ost- und Westdeutschland anhand des Partial-Least-Squares-Verfahrens untersucht. Als mögliche Einflussvariablen wurden objektive Strukturvariablen der Befragten hinzugezogen. Die Modelle wurden auf Basis des PLS Path Modeling Programmes *smartpls* (Ringle, Wende & Will, 2005) erstellt. Das Partial-Least-Square-Verfahren ist ein varianzbasiertes Analyseverfahren, in welchem eine Kausalität zwischen latenten Variablen im Strukturmodell erklärt wird.

Die Ergebnissgerechtigkeit wurde mittels des Gerechtigkeitsexes (Jasso & Wegener, 1997) indirekt und nicht-reflexiv gemessen. Als Bewertungsgegenstand wurde nach dem tatsächlichen Einkommen zweier unterschiedlicher Berufsgruppen an den Extremen der Einkommensklassen gefragt, sowie nach der Höhe eines als gerecht betrachteten Einkommens für einen ungelerten Arbeiter und einen Vorstandsvorsitzenden eines großen Unternehmens (mehr als gerecht > 0 < weniger als gerecht) (s. Tabelle 1).

	N		M(SD)		t-Wert
	Ost	West	Ost	West	
Gerechtigkeitsindex					
Vorstandseinkommen	1107	1628	0,64 (0,70)	0,48 (0,70)	5,97***
Arbeitereinkommen	1209	1757	-0,08 (0,33)	-0,12 (0,29)	3,62***

Tabelle 1:
Kennwerte und Mittelwert-
vergleiche der Gerechtig-
keitsbewertungen

Für die PLS-Analysen wurde der Betrag der Werte verwendet, um zwischen den Urteilen auf einer unimodalen Skala zwischen „gerecht“ und „ungerecht“ zu differenzieren. Als weiterer Einfluss wurde die ordnungsbezogene Gerechtigkeitskomponente hinzugezogen, die einerseits durch das allgemeine Urteil über Einkommensunterschiede in Deutschland (1= viel zu klein; 5= viel zu hoch) und andererseits durch die Bewertung der sozialen Gerechtigkeit (1= viel zu viel; 5= viel zu wenig) des Systems gemessen wurde. Das Protestverhalten setzt sich aus unterschiedlichen einzelnen Verhaltensweisen zusammen, die binär kodiert sind und die jeweilige Teilnahme an Protestereignissen beschreibt (0=keine Teilnahme; 1= Teilnahme). Insgesamt haben in Gesamtdeutschland 1662 Personen, ca. die Hälfte der Befragten, angegeben mindestens eine der Aktivitäten unternommen zu haben. Weiterhin wurden die Effekte des Alters (1=17-24 Jahre; 6= über 63), des CASMIN-klassifizierten Bildungsgrades (1= kein Abschluss; 7= Hochschulreife), der beruflichen Stellung nach Goldthorpe (1= Dienstklasse; 7= Arbeitskraft ohne Ausbildung) und der relativen Position des Haushaltsäquivalenzeinkommens (1= >50%; 7= >200%) einbezogen (s. Abbildung 1).

Die Bestimmtheitsmaße der exogenen Variablen bieten für das Konstrukt „Ergebnisungerechtigkeit“ ($R^2_{Ost} = 0,029$; $R^2_{West} = 0,080$) und für das Konstrukt „Protestverhalten“ ($R^2_{Ost} = 0,113$; $R^2_{West} = 0,089$) eine geringe erklärte Gesamt-

varianz. Die Verbindungen zwischen den Ungerechtigkeitswahrnehmungen und Protestverhalten besitzen jedoch in beiden Modellen relevante Pfadkoeffizienten. In den neuen Bundesländern lässt sich ein höherer Einfluss der Ergebnisungerechtigkeit auf die exogenen Variablen erkennen, als in den alten. Die Beurteilung der Verteilungsordnung hat in Ostdeutschland eine geringere Bedeutung als in Westdeutschland, die Ergebnisungerechtigkeit dahingegen eine höhere. Die Unterschiede in neuen und alten Bundesländern könnten darauf zurückgeführt werden, dass ein höheres Konfliktpotential durch heterogene Gerechtigkeitsvorstellungen vorliegt. Zudem spiegeln die Pfadkoeffizienten wider, dass das Vertrauen in die politischen Prozesse in Ostdeutschland niedriger ist als in Westdeutschland, wo die soziale Marktwirtschaft zum Erhebungszeitpunkt seit fast sechs Jahrzehnten etabliert war. Die Zustimmung zu Verteilungsprinzipien hat einen relativ hohen Einfluss auf die Bewertung der Einkommensverteilung als gerecht oder ungerecht, womit einerseits die Spaltung der Gerechtigkeitsmodi legitimiert wird, andererseits ihre Wechselwirkung zum Ausdruck kommt.

Die strukturellen Variablen haben in Ostdeutschland eine größere Bedeutung für das Protestverhalten als in Westdeutschland. Die PLS-Analysen zeigen, dass Protestverhalten vorrangig durch den Bildungsgrad und die berufliche Stellung beeinflusst wird. In dem Erklärungsmodell hat die Bildung, womöglich einhergehend mit Kontrollüber-

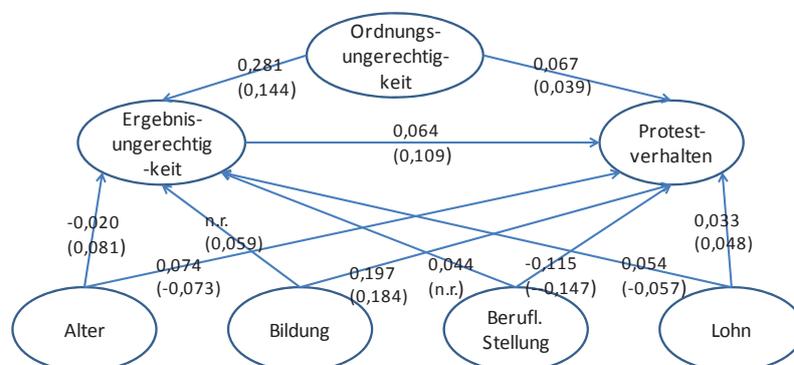


Abbildung 1:
Pfadkoeffizienten der
Strukturmodelle West (und
Ost) -deutschlands



Stefanie Hechler

Stefanie Hechler studiert an der Universität Bremen Psychologie mit Nebenfach Soziologie. Von Januar bis August 2010 arbeitete Stefanie Hechler im Praktikum im ZeS bei Prof. Dr. Wolfgang Voges. Aus dieser Thematik ist die Abschlussarbeit „Die Wahrnehmung von Verteilungsungerechtigkeit und deren soziale Folgen. Bewertung der Einkommensverteilung und Wahrnehmung sozialer Konflikte in Ost- und Westdeutschland“ entstanden.

stefanie.hechler@hotmail.de

zeugungen, einem leichteren Informationszugang und persönlichem Interesse, den höchsten Wirkungsgrad auf das Protestverhalten. Der größte Motivator für Protestverhalten ist womöglich die Erwartung an die Wirksamkeit und das Interesse der Personen. Eine niedrige berufliche Stellung geht in beiden Landesteilen mit mehr Protestverhalten einher. In Westdeutschland beurteilen Personen mit hoher Berufsstellung die Verteilung als gerechter. Interessanterweise hat das eigene Einkommen einen geringen Einfluss auf die Beurteilung der Entlohnungen anderer, sowie auf das Protestverhalten. Die relative Privilegierung in Westdeutschland, möglicherweise verbunden mit Schuldgefühlen (vgl. Montada und Schneider, 1989), hat einen positiven Einfluss auf die Ergebnisungerechtigkeit, während in Ostdeutschland finanziell Benachteiligte die Einkommen anderer eher als ungerecht ansehen. Das Modell der neuen Bundesländer scheint hier die regionale Deprivation und eigene Erfahrungen von Ungerechtigkeit im sozialen Vergleich gut zu beschreiben. Das Alter hat aus verschiedenen Gründen einen besonderen Erklärungswert für die abhängigen Variablen. Je älter die Befragten Personen, desto mehr Möglichkeit besteht, dass sie „jemals protestiert haben“. Allerdings erkennt man in den negativen Werten der ostdeutschen Bürgerinnen und Bürger die schlechte vergangene Erfahrung mit politischen Interventionen. Diese verringern einerseits die Anspruchshaltung an den Sozialstaat, zusätzlich senken die Erinnerungen das Vertrauen in den Staat.

Ein Konsens darüber, ob die Einkommensverteilung als gerecht erachtet wird, ist in der deutschen Bevölkerung durch strukturelle und kulturelle Unterschiede schwer auffindbar. Haben Bürgerinnen und Bürger jedoch das Gefühl ihnen wird Gehör

geschenkt, übertragen sie Ärger und Unmut über Ungerechtigkeit in politische Handlungen und begünstigen damit im besten Fall sozialen Wandel.

LITERATUR

- Jasso, Guillermina; Wegener, Bernd, 1997: „Methods for Empirical Justice Analysis: Part 1. Framework, Models, and Quantities“, *Social justice research* 10 (4): 393- 430.
- Liebig, Stefan; Wegener, Bernd, 1995: „Primäre und Sekundäre Ideologien. Ein Vergleich von Gerechtigkeitsvorstellungen von Deutschland und den USA“, in: H.-P. Müller; Bernd Wegener (eds.), *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit*. Opladen: Leske & Budrich.
- Mondada, Leo; Kals, Elisabeth, 2007: *Mediation. Ein Lehrbuch auf psychologischer Grundlage*. Weinheim: Beltz.
- Opielka, Michael, 2006: „Gerechtigkeit durch Sozialpolitik?“, *UTOPIE kreativ* 186 (April): 323-332.
- Ringle, Christian Marc; Wende, Sven; Will, Alexander, 2005: *SmartPLS. 2.0 (beta)*. Hamburg: SmartPLS. available from <http://www.smartpls.de>.
- Voges, Wolfgang, 2010: *Manuskript zu Soziologie der Armut. Aktuelle Fassung*. Bremen: Unpublished manuscript, Bremen.

ZES-BEIRAT BESTÄTIGT FÜR DIE JAHRE 2009 BIS 2011 DEN HOHEN STANDARD UND DIE QUALITÄT DER ARBEIT

Am 10. Mai 2012 fand am Zentrum für Sozialpolitik nach einer dreijährigen Pause eine Begehung durch seinen wissenschaftlichen Beirat statt. Anwesend waren Dr. Herbert Rische (Präsident, Deutsche Rentenversicherung Bund), Dr. Waltraud Schelkle (London School of Economics), Prof. Dr. Annette Zimmer (Universität Münster) sowie die ständigen Gäste des Beirates: Dr. Carolin Balzer von der bremischen Wissenschaftsverwaltung, der Konrektor Forschung der Universität Bremen, Prof. Dr. Rolf Drechsler, der Kanzler der Universität, Gerd-Rüdiger Kück, und schließlich Staatsrat Dr. Joachim Schuster. Frau Dr. Schelkle übernahm für den in dieser Zusammensetzung neuen Beirat dankenswerter Weise den Vorsitz für die kommenden vier Jahre.

Nach einer Auftaktveranstaltung im Plenum fanden den ganzen Tag über Begehungen der einzelnen Abteilungen statt. In Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurden dabei die großen Linien der Forschungen des Berichtszeitraumes und ebenso Zukunftsperspektiven diskutiert. Das Fazit des Beirates war durchweg positiv. Besonders hervorgehoben wurde in seinem Abschlussbericht, dass:

- der wissenschaftliche Ertrag der Jahre 2009-2011 hinsichtlich Quantität und Qualität außerordentlich hoch ist und anspruchsvollen internationalen Standards genüge. Das betrifft sowohl die Artikel- und Buchproduktionen als auch die Wahl der referierten Zeitschriften und Verlage. Der hohe wissenschaftliche Standard zeigt sich auch in einem regen internationalen Austausch, den die einzelnen Abteilungen wie auch das Institut insgesamt pflegen.
- das Institut mit einem weitreichenden Themenspektrum einen hervorragenden und sichtbaren Beitrag zur sozialpolitischen Diskussion in Deutschland leistet.
- das Institut einen spezifischen und erkennbaren Beitrag zur Lehre an der Universität Bremen leistet, mit einem innovativen und beständig sich internationalisierenden Master Sozialpolitik sowie den M.A. und B.A. Studiengängen ‚Public Health‘.
- nicht zuletzt die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, und hierin insbesondere des weiblichen Nachwuchses, am ZeS vorbildlich sei. Das eindrucklichste Beispiel dafür ist die Emmy Noether-Nachwuchsforschungsgruppe zum Thema ‚Erwerbsarbeit jenseits der Rentengrenze in Deutschland und Grossbritannien‘, das den Methodenpluralismus und die Transdisziplinarität des Instituts in charakteristischer Weise repräsentiert.

Die nächste Beiratssitzung mit Begehung und Evaluation wird im Jahr 2014 stattfinden. Um diese Zeitspanne zu überbrücken und die inhaltliche Integration des Kuratoriums zu intensivieren, wird das ZeS auch in 2013 verschiedene Formate der Kooperation (Vortragsreihen, Workshops, Konferenzen) anbieten.

Wir freuen uns auf eine fruchtbare Zusammenarbeit!



KONTAKT

Christian Peters
c.peters@zes.uni-bremen.de

UND NOCH EIN WUNDER VON DER WESER: DIE UNIVERSITÄT BREMEN IST „EXZELLENZ-UNI“!

Die Freude an der Universität Bremen kannte am 15. Juni 2012 keine Grenzen: In der dritten Runde der Exzellenzinitiative hat es die Uni geschafft, in der Spitze der deutschen Universitätslandschaft anzukommen. Am diesem Freitagnachmittag wurde die Entscheidung des Bewilligungsausschusses auf einer Pressekonferenz in Bonn bekanntgegeben – und in der Bremer Uni, wo man den Moment per Internet-Livestream gespannt mitverfolgte, brach ohrenbetäubender Jubel aus. „Ich empfinde diesen Erfolg als Sensation und als Höhepunkt unserer mehr als 40-jährigen Universitätsgeschichte“, sagte Uni-Rektor Professor Wilfried Müller in einer ersten Reaktion. „Wir selbst wussten immer um unsere Stärke, aber trotz aller Erfolge und Auszeichnungen in den vergangenen Jahren konnte man nicht sicher sein, ob wir ‚draußen‘ auch so positiv wahrgenommen werden. Jetzt haben wir es von einem internationalen Gutachtergremium schwarz auf weiß: Die Universität Bremen gehört in Deutschland zur absoluten Spitze!“ Mit der Kür zur „Exzellenz-Uni“ verbunden ist eine finanzielle Unterstützung in Höhe von 50 Millionen Euro für die nächsten fünf Jahre, um das Zukunftskonzept umzusetzen.

Die Bremer Uni hatte in der 3. Förderlinie „Zukunftskonzepte“ mit ihrem Antrag „Ambitioniert und agil“ überzeugt. In diesem Antrag stellt die Universität ihre Entwicklung in den kommenden Jahren dar: Als mittelgroße deutsche Universität will sie sich mit sechs Wissenschaftsschwerpunkten dauerhaft in der nationalen und internationalen Spitze etablieren und mit der Sozialstaats- und die Gesundheitsforschung ist das ZeS substanziell an zweien dieser Schwerpunkte beteiligt.



Zu der Begeisterung über den Erfolg in der Förderlinie „Zukunftskonzept“, mit dem die gesamte Uni gefördert wird, gesellt sich auch die Freude über die Verlängerung der sozialwissenschaftlichen Graduiertenschule „Bremen International Graduate School of Social Sciences“ (BIGSSS). Dort war die Freude groß, einen erfolgreichen Weg weitere fünf Jahre gehen zu können: „Wir sind überglücklich, so in unserer Arbeit der vergangenen Jahre bestätigt zu werden. Wir freuen uns über die Auszeichnung und die Förderung, die es uns ermöglicht, weiter an der erfolgreichen sozialwissenschaftlichen Graduiertenausbildung in Bremen zu arbeiten“, sagt Professor Susanne K. Schmidt, Direktorin der BIGSSS. Die sozialwissenschaftliche Graduiertenschule wird von der Universität Bremen in Zusammenarbeit mit der Jacobs University Bremen getragen und belegt damit die funktionierende Kooperation beider Universitäten.

In der Stunde des Erfolges vergaß Uni-Rektor Müller nicht zu erwähnen, dass der Titel einer „Exzellenz-Uni“ nur durch die intensive und fruchtbare Zusammenarbeit vieler Menschen und Institutionen über einen langen Zeitraum gelingen konnte. „Ohne die Unterstützung von Stadt und Land Bremen und ohne die exzellente Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern wäre dieser große Schritt nach vorne nicht möglich gewesen“, ist Wilfried Müller überzeugt.

AGENS WINTERSCHOOL UND WORKSHOP

Intensivkurse zum Umgang mit Routinedaten

Vom 20. bis 22. März 2012 fand an der Universität Bremen die AGENS WinterSchool und gleich im Anschluss vom 22. bis 23. März 2012 der 4. AGENS Methodenworkshop statt. Die AGENS (Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten) ist seit elf Jahren ein Forum für die Nutzer von Sekundärdaten im Gesundheitswesen, insbesondere von Daten der Sozialversicherungsträger. Die AGENS fördert den Austausch über methodische und inhaltliche Aspekte der Nutzung dieser Datenquellen, hat entscheidend die »Gute Praxis Sekundärdatenanalyse« (GPS) gestaltet und das Handbuch »Routinedaten« (2005) herausgegeben.

Im Jahr 2009 veranstaltete die AGENS ihren ersten Methodenworkshop in Magdeburg, 2010 folgte der Workshop in Hall in Tirol, und in 2011 war Köln der Gastgeber.

Mitte März 2010 fand in Hall in Tirol die erste AGENS WinterSchool mit 25 Teilnehmern statt. Wegen der positiven Resonanz wurde auch an diesem Angebot festgehalten. Im Juli 2011 war Hall erneut Veranstaltungsort. Im Jahr 2012 fanden die AGENS WinterSchool und der AGENS Methodenworkshop nun erstmals in Bremen statt.

An der AGENS WinterSchool an der Universität in Bremen nahmen insgesamt 27 Personen teil. Die WinterSchool teilte sich in vier Module mit einer Maximalteilnehmerzahl von je 15 Personen auf. Zwei Module liefen jeweils parallel. In diesen vier Modulen wurden Analysemöglichkeiten mit Routinedaten intensiv diskutiert und die Teilnehmer hatten Möglichkeit zur praktischen Übung mit Beispieldaten.

1. Der Kurs von Falk Hoffmann (Bremen) legte den Fokus auf die Versorgungsforschung mit Arzneimittelroutinedaten. Ziel war es, einen Überblick über die Rahmenbedingungen sowie methodischen Grundlagen innerhalb dieses Leistungsbereiches zu geben. Zudem wurden die Anwendungsmöglichkeiten aber auch Grenzen bei der Nutzung solcher Routinedaten für Forschungszwecke erarbeitet.

2. Rolf Müller (Bremen) präsentierte die Analysemöglichkeiten von Pflegedaten mit dem Statistikprogramm SAS. Auf Basis verfälschter, aber in der Struktur den originalen Pflegedaten gleichenden Daten, wurde demonstriert, wie Pflegeinzidenzen, Prävalenzen und Verläufe abgebildet werden können. Außerdem wurde auf methodische Fallstricke hingewiesen, die zu berücksichtigen sind. Hierzu gehören Überlappungen von Episoden und die Definition der zeitlichen Zuordnung von Ereignissen und Zuständen.

3. Ausgehend von einem typischen Auswertungsszenario zur Indikation „Diabetes melitus“ wurden zentrale Berichtsformate wie die Bestimmung von Bezugspopulation, die Berechnung von Prävalenz und Inzidenz nach Alters- und Geschlechtsgruppen oder von ausgewählten medizinischen Inanspruchnahmeparametern (z. B. Art der medikamentösen Therapie, durchschnittliche Anzahl von Krankenhausaufenthalten) von den Kursteilnehmern unter Anleitung des Seminarleiters, Peter Ihle (Köln), selbstständig erstellt und mithilfe von SQL-Skripten umgesetzt.

4. Von Ennos Swart (Magdeburg) wurden die Nutzungsmöglichkeiten von GKV-Routinedaten im Rahmen der kleinräumigen Versorgungsforschung demonstriert. Für praxisnahe Fragestellungen wurden mit Hilfe von SPSS die notwendigen Validierungs- und Auswerteschritte skizziert, Ergebnisse generiert und bzgl. ihrer Gültigkeit diskutiert. Die Teilnehmer erhielten überdies Gelegenheit mit den Daten selbstständig eigene Fragestellungen zu untersuchen.

Der AGENS Methodenworkshop wurde von 80 Teilnehmern besucht. Die AGENS Methodenworkshops stellen eine Plattform für die Nutzer von Routinedaten des Gesundheitswesens dar, auf der bisher eingesetzte und neue Methoden vorgestellt und diskutiert werden. Unter Methoden ist das gesamte Spektrum der eingesetzten Werkzeuge zu verstehen: Datenerhebung (Stichprobenziehung, Datenselektion), Prüfroutinen für die

Datenaufbereitung, technische Implementierung (Software, Hardware), Auswertungstools und statistische Methoden. Ewig währende Schwerpunktthemen sind dabei u. a. statistische Methoden, Datenschutz, Datenverknüpfung, Datenbanksysteme, Datenhandling, Selektionsverfahren, Klassifikationssysteme.

Da die bisherigen Workshops sich vielfach auf die Daten der gesetzlichen Krankenversicherung bezogen haben und dabei vorwiegend Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte und ambulant-ärztliche Therapien im Vordergrund standen, wurde auf dem AGENS Methodenworkshop in Bremen der Fokus auf Rehabilitation und Pflege gelegt. So konnte Alexander Wagner vom MDS aus Essen etwas über die Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI berichten. Joachim Kuck von der Alice Salomon Hochschule Berlin diskutierte die Validität der von der Pflege dokumentierten Diagnosen von Heimbewohnern. Heiko Pfaff vom Statistischen Bundesamt in Bonn stellte die Pflegestatistik – Ziele, Rahmen sowie Ergebnisse und Zugang vor. Diane Zabel vom Statistischen Landesamt in Bremen beschrieb die Reha-Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Inhalte und Datenzugang über die Forschungsdatenzentren. Claudia Kemper vom ZeS in Bremen stellte eine Studie zur medizinischen Rehabilitation Pflegebedürftiger nach Schlaganfall vor, worin auf Basis von Routinedaten Analysen zu Bedarf und Versorgung durchgeführt wurden. Michael Gyimesi von der Gesundheit Österreich GmbH in Wien stellte die Möglichkeiten der Reha-Routinedatenanalysen in Österreich vor. Anja Bestmann und Pia Zollmann von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) aus Berlin informierten zum einen über den Datenzugang zu den Routinedaten der DRV und präsentierten andererseits, wie Ergebnisse nach beruflicher bzw. nach medizinischer Reha gemessen werden können. Neben diesem Fokus auf Pflege und Rehabilitation wurden noch zahlreiche weitere Vorträge zu den typischen Themen bei den AGENS Methodenworkshops gehalten. So wurde den Fragen nachgegangen, wie Personen mit speziellen Befunden (Diagnosen) aus Routinedaten ermittelt werden sollten (Lena Zimmermann, Bremen; Holger Gothe, Hall in Tirol; Manfred Ramme, Hamburg). Bezüglich der Validierung wurde zudem noch die Berücksichtigung von stationären Nebendiagnosen in Routinedaten (Christoph Ohlmeier, Bremen) und die Nutzungsmöglichkeit von Sekundärdaten zur Abschätzung von Non-Response und Recall-Bias bei surveybasierten Inanspruchnahmeschätzungen (Larissa Schwarzkopf, München) diskutiert. Zum Thema Versorgungsqualität wurden die DMP-Doku-Daten beleuchtet (Dirk Horenkamp-Sonntag, Hamburg) und die Möglichkeiten der Messung der Umsetzung von Leitlinien mit Routinedaten hinterfragt (Christina Willer, Magdeburg). Ein vieldiskutiertes Thema ist letztlich die Möglichkeit, Daten zu verknüpfen und der Datenschutz der dabei zu berücksichtigen ist. Stefanie March (Magdeburg) zeigte methodische Vorgehensweisen auf, wie das Versicherteneinverständnis im Rahmen einer Datenlinkage von Primär- mit Sekundärdaten einzuholen ist. Mit der Identifizierung und Validierung von Schwangerschaften in den Daten der gesetzlichen Krankenversicherung (Lena Zimmermann, Bremen) begann der Workshop und mit der sektorübergreifenden Routinedatenanalyse zur Beschreibung der Schwangerenversorgung und Geburtshilfe (Julia Weller, Hamburg) endete schließlich der Workshop. Ob diese Themen der Grundstock dafür sind, den gesundheitswissenschaftlichen Nachwuchs zu entwickeln, bleibt abzuwarten.

KONTAKT:

Rolf Müller

rmint@zes.uni-bremen.de

UNGLEICHHEITSLAGEN UND LEBENSFÜHRUNG IM ALTER

Zwischen goldenem Lebensabend und Grundsicherung

Am 23. und 24. März fand im Gästehaus der Universität Bremen am Teerhof die Frühjahrstagung der Sektion „Alter(n) und Gesellschaft“ der Deutschen Gesellschaft für Soziologie statt, die von Claudia Vogel (Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin) und Simone Scherger (Zentrum für Sozialpolitik, Bremen) ausgerichtet wurde. Das Titelthema der Tagung – „Ungleichheitslagen und Lebensführung im Alter. Zwischen goldenem Lebensabend und Grundsicherung“ – ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der letzten Reformvorschläge des Arbeits- und Sozialministeriums zur Zuschussrente gleichermaßen aktuell und sozialpolitisch relevant.

Insgesamt 14 Referenten beschäftigten sich in ihren Vorträgen mit den unterschiedlichsten Facetten des Themas und führten lebhafte Diskussionen mit den 42 TeilnehmerInnen. Am ersten Veranstaltungstag ging es nach einer thematischen Einführung vor allem um aktuelle und zukünftige Alterseinkommen und ihre ungleichheitsbezogenen Determinanten. Dabei hat sich an den grundsätzlich von Altersarmut bedrohten Gruppierungen offensichtlich wenig geändert: Nach wie vor und auch in Zukunft sind es Personen mit brüchigen Erwerbsverläufen und häufiger Frauen, die im Alter eher mit Armut rechnen müssen. In den letzten Jahren ist Altersarmut zwar allenfalls leicht gestiegen, dieser Anstieg wird sich aber auch aufgrund der Rentenreformen der letzten Jahrzehnte in Zukunft verstärken. Genaue Prognosen sind allerdings nur schwer möglich, da Lebenslagen auch durch den Haushaltskontext und die Lebensführung bestimmt werden. Neben den Konsequenzen individueller Lebensführung im mittleren Lebensalter (z.B. Pflegetätigkeiten) auf Alterseinkommen standen am zweiten Tag die Lebensführung im Alter selbst und ihr Zusammenhang zu Ungleichheitslagen im Mittelpunkt. Die Beiträge zu neuen Wohnformen Älterer, Altersbildern chronisch Kranker, Erwerbstätigkeit jenseits der Rentengrenze, später Selbständigkeit und zum ehrenamtlichen Engagement von Rentnern zeigten die Vielfalt individueller (Ungleichheits-)Erfahrungen im Alter auf. In der Abschlussdiskussion wurde einmal mehr die Komplexität von Prognosen deutlich, die neben weiteren Einkommensquellen zur Altersvorsorge wie Erbschaften und Schenkungen vor allem Aspekte der Lebensführung wie den Haushaltskontext und individuelle Bedarfe und Ansprüche stärker berücksichtigen müssten.

Die nächsten Veranstaltungen der Sektion „Alter(n) und Gesellschaft“ werden im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie Anfang Oktober 2012 organisiert; die nächste Frühjahrstagung der Sektion wird voraussichtlich im März 2013 in Köln stattfinden.

KONTAKT:

Simone Scherger
simone.scherger@zes.uni-bremen.de

- MEHRERE BETRIEBSKRANKENKASSEN - VERORDNUNGEN VON ARZNEIMITTELN DER PRISCUS-LISTE

KONTAKT

Gerd Glaeske
gglaeske@zes.uni-bremen.de

Für verschiedene Betriebskrankenkassen wurden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie bei Senioren Sekundärdatenanalysen von Arzneimittelverordnungen nach der PRISCUS-Liste (potentiell inadäquater Medikation für ältere Menschen) durchgeführt. Ein Informationsschreiben für behandelnde Ärzte über einen praxisspezifischen Verordnungsspiegel der problematischen Arzneimittel war weiterer Bestandteil des Projektes. Für Anfragen der Arztpraxen stand ein Beratungstelefon zur Verfügung, die Evaluation der Feedbackbögen der Arztaktion fand abschließend statt.

- SCHWENNIGER BKK - ANALYSE VON PSYCHOPHARMAKAVERORDNUNGEN

KONTAKT

Gerd Glaeske
gglaeske@zes.uni-bremen.de

Gegenstand des Projektes war die Analyse der Verordnungsdaten einer Betriebskrankenkasse hinsichtlich der Verordnung von atypischen Neuroleptika und Me-too-Arzneimitteln im Psychopharmakabereich (ATC N03, N05, N06). Die Optimierung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimitteltherapie, insbesondere nach stationärer Krankenhausbehandlung, stand im Mittelpunkt der Fragestellungen. Neben der Datenaufbereitung und der Datenanalyse gehörte die Erstellung einer Arztinformation, die Bereitstellung eines Beratungstelefons sowie die Evaluation der Feedbackbögen zum Projekteinhalt.

ANALYSEN ARBEITSBEDINGTER RISIKEN FÜR EINE ERWERBSMINDERUNGSRENTE – BREMEN IM LÄNDERVERGLEICH

Zur Thematik

Die Zahl der Rentenzugänge zur Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit lag im Jahr 2009 bei 173.028 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010). Das sind 13,9 % der Rentenzugänge im Jahr 2009. 55,9 % sind Rentenzugänge wegen Alters und 30,2 % sind Renten wegen Todes (Witwen- und Witwerrenten, Erziehungsrenten oder Waisenrenten). Vor dem Hintergrund, dass für die Anwartschaft zur Erwerbsminderungsrente Bedingungen erfüllt sein müssen, die auf einen Großteil der Bevölkerung nicht zutreffen, und vor dem Hintergrund, dass der Zugang zur Erwerbsminderungsrente ein Ausdruck deutlicher gesundheitlicher Einschränkungen (in der Regel vor dem 65. Lebensjahr) ist, erscheint der Anteil von fast 14 % immens groß.

Dabei ist das Risiko für eine Erwerbsminderungsrente auch abhängig vom sozialen Status (Hien et al. 2006; Hagen et al. 2010a, 2010b). Verbunden mit der beruflichen Qualifikation, dem Berufsstatus und Einkommen ist eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten chronischer Erkrankungen und einem oftmals ungünstigeren Verlauf (Mielck 2000, 2005; Zinke et al. 2006). Als ursächlich genannt werden hierfür neben dem unterschiedlichen Lebensstil vor allem die schlechteren Arbeits- und Lebensbedingungen sowie die geringeren sozialen Teilhabechancen (Lampert et al. 2005; Timm et al. 2006; Richter & Hurrelmann 2009).

Fraglich ist aber, ob der hohe Anteil der Menschen, die Erwerbsminderungsrente beantragen müssen, als gegeben hinzunehmen ist. Inwieweit gibt es möglicherweise in Deutschland strukturelle Unterschiede, die aufzeigen könnten, wo und wie das Risiko für solch starke gesundheitliche Beeinträchtigungen geringer sind als anderswo? Zu diesem Zweck soll ein bislang noch nicht durchgeführter Bundesländervergleich angestellt werden. Als Bremer Universität wollen wir untersuchen, wie sich Bremen im Vergleich zu den anderen Bundesländern darstellt.

Untersuchungsziel

Ziel dieses Vorhabens ist es, die sozialen Unterschiede im Zugang zur Erwerbsminderungsrente im Land Bremen zu ermitteln und diese mit den Bundesergebnissen zu vergleichen.

Forschungsfragen

a) Wie hoch ist das Risiko einer Erwerbsminderungsrente im Land Bremen im Vergleich zum Bundesgebiet?

b) Unterscheiden sich die Einflussfaktoren in Bremen von denen im gesamten Bundesgebiet?

Als Einflussfaktoren werden zunächst folgende Faktoren untersucht: Alter, Geschlecht, Beruf, Beschäftigungsverhältnis, Qualifikationsniveau, ökonomische Aspekte.

Die Daten

Für die Analysen werden Daten des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) verwendet. Die Rentenversicherung hält in ihrer Datenstelle in Würzburg eine Fülle von Statistikdaten vor, von denen für die Forschung hauptsächlich die Datensätze zu Versicherten, zu Renten und zur Rehabilitation von Interesse sind. Die Datenprodukte sind als Längsschnitt- oder Querschnittdaten aufbereitet. Längsschnittdaten beziehen sich auf die Versicherungsbiografie einer in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Person. Querschnittdaten beschreiben Sachverhalte bezogen auf Stichtage (z. B. Rentenbestand zum 31.12. des Berichtsjahres) oder den Verlauf im gesamten Berichtsjahr (z. B. Rentenwegfall, Rentenzugang). Die Informationen der Rentenversicherung sind in unterschiedlichen Datenfiles gespeichert, die nicht personenbezogen verknüpft werden können.

Auswertungsverfahren

1. Ausgangspopulation: Die Risikopopulation wird über die Versichertendaten ermittelt. In ihnen enthalten sind Merkmale wie Alter, Geschlecht, sozialer Status etc.

2. Ereignisse: Die Eintritte in die Erwerbsminderungsrente werden über die Themendaten „Erwerbsminderung und Diagnosen“ gemessen. Darin enthalten sind ebenfalls Merkmale wie Alter, Geschlecht, sozialer Status etc.

3. Verknüpfung: Die beiden genannten Datenquellen werden über die aggregierten Zahlen bezüglich der genannten Merkmale miteinander verknüpft. Auf diese Weise wird für jede mögliche Subpopulation das (relative) Risiko für eine Erwerbsminderungsrente kalkulierbar.

KONTAKT

Rolf Müller

rmint@zes.uni-bremen.de

ARZNEIMITTELNEWS: AKTUELLE ERGEBNISSE DER FRÜHEN NUTZENBEWERTUNG

Mit in Kraft treten des AMNOG werden nach § 35a SGB V ab 2011 neu zugelassene Arzneimittel einer frühen Nutzenbewertung unterzogen. Die Bewertung wird vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anhand des vom Hersteller zu erstellenden Nutzendossiers vorgenommen.

Das Ziel des Projektes ist es, mit einer kompakten und unabhängigen Zusammenfassung den Ärztinnen und Ärzten zeitnah nach der G-BA-Beschlussveröffentlichung eine handhabbare Information zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig auch die Kompetenz der Patienten/Versicherten zu stärken. Letztlich soll damit eine Gegenöffentlichkeit zu den Marketingstrategien der Pharmafirmen geschaffen werden.

Um die Verbreitung von unabhängigen Informationen zu neuen Arzneimitteln zu erhöhen, auch im Hinblick auf innovative Wirkstoffe, stellt die Universität Bremen hierzu

eine evidenzbasierte, kompakte und unabhängige Zusammenfassung für die Ärztinnen und Ärzte mit den Ergebnissen zur Nutzenbewertung des jeweiligen neu zugelassenen Arzneimittels sowie weiteren Informationen zum Beschluss und dem weiteren Vorgehen bereit. Gleichzeitig gibt es eine entsprechende Zusammenfassung für Patienten/Versicherte.

KONTAKT

Roland Windt

rwindt@zes.uni-bremen.de

Das Projekt wird in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK) durchgeführt.

FOLGEN DES SOZIALSTAATSUMBAUS FÜR DEN PARTEIENWETTBEWERB

Das Sfb-Projekt B 6 „Folgen des Sozialstaatswandels für den Parteienwettbewerb“ betrachtet für eine Reihe westeuropäischer Länder (Schweden, Deutschland, Italien, Großbritannien), wie sozialdemokratische und christdemokratische Parteien mittels sozialpolitischer Reformen auf grundlegende gesellschaftliche Strukturänderungen reagiert haben, namentlich auf die Tertiarisierung der Wirtschaft sowie auf die Säkularisierung der Gesellschaft.

Fragestellung

Die Forschung zum Wandel der Parteiensysteme betont oft gleichförmige, langfristige Gesellschaftstrends als Ursache; sie vernachlässigt dabei, dass der Wohlfahrtsstaat diese sozialen Prozesse stark beeinflusst. Die vergleichende Sozialpolitikforschung ihrerseits konzentriert sich darauf, welche Rolle die Parteien in der Entwicklung von Sozialstaaten spielen, also auf ihre Bedeutung als unabhängige Variable. Wie Sozialstaatsreformen auf den Parteienwettbewerb zurückwirken und ihn verändern, kommt bislang weder in der einen noch in der anderen Perspektive systematisch in den Blick. Wir werden analysieren, wie der Sozialstaatsumbau sich auf die Parteipräferenzen in der Wählerschaft und auf die gesellschaftliche Sozialstruktur auswirkt und wie er dadurch mittelbar das Parteiensystem beeinflusst. Der Parteienwettbewerb steht im Zentrum demokratischer Politik und ist der zentrale Mechanismus der Herstellung von Legitimität. Wir fragen: Wie funktioniert er unter den Bedingungen transformierter Staatlichkeit?

Ziele

Das Projekt will erforschen, welche - sozialstaatlich vermittelten - Folgen die Erosion traditioneller Konfliktlinien für den Parteienwettbewerb in Westeuropa hat. Wir konzentrieren uns auf die zwei historisch wichtigsten Konflikte in Westeuropa: auf den Konflikt zwischen Arbeit und Kapital und auf den zwischen Kirche und Staat. Was den Arbeit-Kapital-Konflikt anbelangt, so bilden sich im Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft neue Wählergruppen mit neuartigen Interessen in der Arbeitsmarktpolitik und in der öffentlichen Beschäftigung. Mit dem Intensitätsverlust des Konflikts Kirche-Staat sortieren sich ebenfalls Wählergruppen neu, insbesondere die neuen sozialpolitischen Interessen von Frauen werden dabei relevant.

Methoden

In statistischen Analysen gehen wir zunächst dem Wahlverhalten von zwei für uns zentralen Wählergruppen nach, den neuen Dienstleistungsberufen und den Frauen. Diese Befunde werden dann in detaillierte Analysen der sozialpolitischen Reformverläufe und der programmatischen Neuausrichtung der Parteien eingebettet.

KONTAKT

Philip Manow

manow@zes.uni-bremen.de

DEN DEMOGRAFISCHEN WANDEL IN DER AMBULANTEN PFLEGE DURCH NACHHALTIGKEIT MEISTERN!

Das Projekt ZUKUNFT:PFLEGE erarbeitet praxistaugliche Gestaltungskonzepte und baut ein regionales Unterstützungsnetzwerk für die ambulante Pflege auf!

Der Pflegesektor ist durch den demografischen Wandel in Deutschland stark betroffen: Einerseits steigt in der alternden Gesellschaft die Zahl der Pflegebedürftigen. Andererseits gibt es perspektivisch zu wenig Pflegende, da die Zahl der jungen Menschen zurückgeht, die den Pflegeberuf ergreifen wollen, und viele Beschäftigte die Pflege wieder verlassen. Vor diesem Hintergrund muss der Pflegesektor dringend wichtige Anforderungen lösen, hierzu gehören insbesondere: die Bewältigung des Kostendrucks, die Verbesserung des im Vergleich zu anderen Tätigkeiten geringen Lohnniveaus, die Bewältigung der hohen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen sowie die Senkung der hohen Quoten des Berufsausstiegs. Vor allem in der weiter an Bedeutung gewinnenden ambulanten Pflege fehlen bislang Konzepte, die Antworten auf den sich verschärfenden Personalmangel geben können. Hier wird das vom BMBF und ESF geförderte Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE (vollständiger Titel: Zukunft der Pflege im demografischen Wandel - Innovationsfähigkeit durch Organisationslernen und regionale Netzwerkbildung) mit der Entwicklung von zwei miteinander verbundenen Lösungsstrategien ansetzen:

Erstens werden durch das artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit in ambulanten Pflegeunternehmen bedarfsbezogene Gestaltungskonzepte einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit entwickelt und erprobt. Diese Strategien sollen es ermöglichen, dass einerseits die Attraktivität des Pflegeberufs steigt und andererseits die hohen Quoten des wegen gesundheitlicher Probleme erzwungenen Berufsausstiegs gesenkt werden. Im Mittelpunkt steht dabei die nachhaltige Gestaltung von Arbeitsorganisation und -bedingungen. Ziel ist die Entwicklung und der Transfer eines Handlungsleitfadens, der ambulanten Pflegeunternehmen Wege der Gestaltung nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit aufzeigt.

Zweitens wird das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) ein sich langfristig selbst tragendes regionales Unterstützungsnetzwerk ‚Pflege im demografischen Wandel‘ aufbauen. Ambulante Pflegeunternehmen sind meist kleine und mittlere Unternehmen, deren finanzielle und personelle Ressourcen knapp sind und die wenig Kapazitäten besitzen, um die oben beschriebenen Gestaltungskonzepte allein umsetzen zu können. Gerade Zukunftsaufgaben, bei denen über ihr eigenes Unternehmen hinausgehende Anforderungen bestehen, sollen die ambulanten Pflegeunternehmen durch das Netzwerk bei diesen Anforderungen unterstützt werden. Vor allem für die Felder Qualifikations- und Kompetenzentwicklung sowie Gesundheitsförderung scheint sich aus Unternehmenssicht ein dringender Bedarf abzuzeichnen. Das regionale Netzwerk soll regelmäßige Veranstaltungen organisieren, auf denen sich die ambulanten Pflegeunternehmen über Ansätze guter Praxis und weitergehende Kooperationsmöglichkeiten austauschen können.

GEFÖRDERT VOM



EUROPÄISCHE UNION



Deutsches Zentrum
für Luft- und Raumfahrt e.V.
Projektträger im DLR



Fördereschwerpunkt
Innovationsfähigkeit im
demografischen Wandel

KONTAKT

Wolfgang Ritter
writter@zes.uni-bremen.de
Heinz Rothgang
rothgang@zes.uni-bremen.de

PROJEKTPARTNER:

artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit
Universität Bremen

Gesamtprojektleitung, Koordination
und betriebliche Gestaltungskonzepte:

Projektteam artec:

Dr. Peter Bleses (Projektleitung)

PD Dr. Guido Becke

Miriam Behrens MA

Kristin Jahns MPH

Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen

Netzwerkaufbau und Wirtschaftlichkeits-
berechnung

Projektteam ZeS:

Dr. Wolfgang Ritter und

Prof. Dr. Heinz Rothgang (Projektleitung)

Dipl. Psych. Stephanie Pöser

Bremer Pflegedienst GmbH

Unternehmenspartner:

Michael Döring, Roswitha Zago

vacances Mobiler Sozial- und
Pflegedienst GmbH

Unternehmenspartner:

Holger Hegermann, René Schellhase

FAKTENSHECK GESUNDHEIT - ANTIBIOTIKA BEI KINDERN

Zu viele Antibiotikaverordnungen in Deutschland - Studie der Universität Bremen im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung erschienen



In Deutschland werden jährlich etwa 300 Tonnen Antibiotika verschrieben. Unter der Leitung von Prof. Dr. Gerd Glaeske wurde anhand von Daten der BARMER GEK analysiert, inwieweit es im Rahmen von Antibiotikaversorgungen bei Kindern zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen kommt. Die Studie „Faktencheck Gesundheit: Antibiotikaversorgungen bei Kindern“ weist auf erhebliche Probleme durch zu viele Verschreibungen hin und zeigt Verbesserungspotentiale auf.

Kindern und Jugendlichen werden in Deutschland häufiger Antibiotika verordnet als Erwachsenen, oftmals bereits bei harmlosen Infektionskrankheiten und bringen damit mehr Schaden als Nutzen. So fand das Forscherteam heraus, dass 38 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Jahr 2009 ein Antibiotikum erhielten, bei den Vorschulkindern waren es sogar über 50 Prozent. Die regionale Analyse ergab sehr unterschiedliche Ergebnisse: so wurden im Osten Mecklenburg-Vorpommerns anderthalbmal mehr Antibiotika verschrieben wie in den meistens Teilen Schleswig Holsteins und im westlichen Niedersachsen sogar doppelt so viele wie in vielen Regionen Bayerns. Auch zwischen den verschiedenen Ärzteguppen gibt es Unterschiede: Hausärzte verordnen im Verhältnis deutlich mehr als Kinderärzte.

Erklärungsansätze für die unterschiedlichen Verordnungen könnten seitens der Ärzte bei der unreichenden Berücksichtigung von Leitlinien liegen oder auf Patientenseite bei einer fälschlichen Erwartungshaltung nach einem Antibiotikum.

Antibiotika sind jedoch keine Allheilmittel bei allen Infektionen. Und zu häufige und unbegründete Verordnungen bergen Risiken. Bakterielle Resistenzen weiten sich zunehmend aus. Die Zahl resistenter Erreger steigt ebenfalls an, die wiederum schwere Erkrankungen verursachen.

Nicht zuletzt können Antibiotika Magen- und Darmbeschwerden sowie Hautausschläge hervorrufen. Das Autorenteam weist drauf hin, dass ein Umdenken beim Einsatz von Antibiotika notwendig ist und eine Verringerung von Über- und Fehlversorgung erfolgen muss. Damit Antibiotika bei bakteriellen Infektionen weiter wirken können, sollten sie bei viral bedingten Erkältungskrankheiten nicht eingesetzt werden.

Die Studie wurde im Rahmen des Bertelsmann Programmes „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ erstellt und dient als Ausgangsbasis für weitere zielgruppenspezifische Kommunikationsprodukte - besonders für die breitere Öffentlichkeit. Insbesondere sei auf die Website Faktencheck Antibiotika (<https://antibiotika.faktencheck-gesundheit.de/>) verwiesen.

KONTAKT

Gerd Glaeske

gklaeske@zes.uni-bremen.de

Falk Hoffmann

hoffmann@zes.uni-bremen.de

Daniela Koller

dkoller@zes.uni-bremen.de

NEUE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

1 Gernot Carlos Nahrung

Gernot Carlos Nahrung, M.A., ist seit April 2012 als Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung „Theorie und Verfassung des Wohlfahrtsstaates“ des Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) tätig und beschäftigt sich im Themengebiet „Wohlfahrtsschauvinismus“ u.a. mit der Sozialpolitik rechtspopulistischer Parteien. Zuvor studierte er den Masterstudiengang „Sozialpolitik“ an der Universität Bremen und Salamanca (Spanien), sowie den Bachelor „Governance and Public Policy – Staatswissenschaften“ an der Universität Passau.

2 Lukas Fervers

Lukas Fervers ist seit April 2012 Mitarbeiter des Sonderforschungsbereichs „Staatlichkeit im Wandel“ und assoziiertes Mitglied der Abteilung „Institutionen und Geschichte des Wohlfahrtsstaates.“ Zwischen 2007 und 2010 studierte er Politikwissenschaften an der Universität Freiburg. Zum Wintersemester 2010 wechselte er an die Universität Bremen, wo er den Masterstudiengang Sozialpolitik absolviert. Während seiner Studienzeit arbeitete er an diversen (v.a. quantitativ-empirischen) Forschungsprojekten mit, und begleitete zwei Lehrveranstaltungen als Tutor. Seine Interessens- und Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Politische Ökonomie, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik und Quantitativen Methoden.

3 Vicki May

Vicki May arbeitet seit April 1994 an der Universität Bremen. Sie war bis Mitte Mai dieses Jahres am Institut für Interkulturelle und Internationale Beziehungen (InIIS) im Fachbereich 8 als Übersetzerin und Fremdsprachenassistentin tätig. Mitte Mai 2012 wechselte Frau May ins Zentrum für Sozialpolitik ins Sekretariat der Abteilung „Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung“ bei Professor Heinz Rothgang.



MITGLIEDSCHAFTEN

Karin Gottschall ist seit 2012 Mitglied im Fachkollegium „Empirische Sozialforschung“

Die Fachkollegien sind wesentliche fachliche Beratungsgremien der DFG und bieten als solche inhaltliche Kompetenz und Qualitätssicherungswissen für alle anstehenden Entscheidungen zu Fördermaßnahmen.

Eine für das ZeS besonders erfreuliche Meldung ist, dass Abteilungsleiterin Prof. Dr. Karin Gottschall eines von vier Mitgliedern im Fachkollegium „Empirische Sozialforschung“ ist.

Heinz Rothgang ist seit März 2012 Mitglied im Expertenbeirat Pflegebedürftigkeit

Ein gerechtes und effizientes Pflegesystem: Das ist die Zielsetzung des neu entstandenen „Expertenbeirats zur Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“. Der Ausschuss setzt die Arbeit des letzten Beirats fort, der 2009 unter der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt seine Berichte vorgelegt hat. An diesem war Rothgang als ständiges Mitglied ebenfalls bereits beteiligt. Nun sollen bisher noch ungeklärte fachliche Fragen bearbeitet werden, die für die gesetzgeberische Umsetzung wichtig sind.

Sommersemester 2012

JOUR-FIXE DES ZENTRUMS FÜR SOZIALPOLITIK

KONTAKT:

Zentrum für Sozialpolitik
Geschäftsstelle
Telefon: 0421/218-58500
srose@zes.uni-bremen.de

Mi, 25.04.2012
16-18 Uhr c.t.

Dr. Patrick Emmenegger, University of Southern Denmark/
Odense
**Job Security Regulations in the Age of Dualization: From Drift
to Layering**

Mi, 09.05.2012
16-18 Uhr c.t.

Prof. Dr. Tim Krieger, Universität Paderborn
**Gret Expectations and Hard Times - The (Nontrivial) Impact of
Education on Domestic Terrorism**

Mi, 06.06.2012
16-18 Uhr c.t.

Prof. Dr. Marius Busemeyer, Universität Konstanz
**Skills und Ungleichheit: Parteipolitik, Ökonomische Koordi-
nierung und die Variation von Ausbildungssystemen in West-
europa**

VERANSTALTUNGORT:

Zentrum für Sozialpolitik
Unicom-Gebäude
Mary-Somerville-Str. 3
3. OG., Raum 3380
28359 Bremen
Anfahrtsplan unter:
[http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/
navigation/das-zentrum/](http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/navigation/das-zentrum/)

Mi, 20.06.2012
16-18 Uhr c.t.

Prof. Dr. David Rueda, Merton College/University of Oxford
**Food comes first, then Morals? Group Homogeneity and Support
for Redistribution in Western Europe**

Mi, 27.06.2012
16-18 Uhr c.t.

Dr. Caroline de la Porta, University of Southern Denmark/Odense
**Social Policy Reforms in the EU in the Aftermath of Euro-Finan-
cial Crisis**

Mi, 18.07.2012
16-18 Uhr c.t.

Prof. Dr. Silke Bothfeld, Hochschule Bremen
Die Autonomie der BürgerInnen im Wohlfahrtsstaat

PATIENTENORIENTIERUNG UND DEMOGRAFISCHER WANDEL – ÜBERFORDERN MULTIMORBIDITÄT UND „CHRONIC CARE“ DIE VERSORGUNG?

7. Medizinkongress des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen und der BARMER GEK

Bereits zum 7. Mal fand am 19.6.2012 der Medizinkongress als Kooperationsveranstaltung des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der BARMER GEK in Berlin statt. Das diesjährige Thema ging den Folgen des demografischen Wandels für die medizinische Versorgung und für unser Gesundheitswesen nach. Welche Maßnahmen sind zur Sicherstellung einer angemessenen Patientenversorgung im Rahmen der Zunahme von Multimorbidität, Komorbidität und chronischen Erkrankungen notwendig?

- Verbesserung der medizinischen und pharmakologischen Behandlung
- Förderung der Forschung im Bereich der Multimorbidität, Komorbidität und der chronischen Erkrankungen, auch im Rahmen der Versorgungsforschung
- Entwicklung von koordinierten und populationsbezogenen Versorgungsmodellen bei verstärkter Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen.

Zu den Referenten gehörten neben Dr. Christoph Straub und Dr. Rolf-Ulrich Schlenker von der BARMER GEK, Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth (RKI), Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach (Universität Frankfurt), Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier (Charité), Prof. Dr. Thomas Kohlmann (Universität Greifswald) und Prof. Dr. Gerd Glaeske (Universität Bremen).

Der Kongress will einen maßgeblichen Beitrag für eine künftig verbesserte Patientenorientierung leisten - damit auch in Zeiten des demografischen Wandels eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung sichergestellt werden kann.

Veranstaltungsort war die Katholische Akademie, Hotel Aquino, in Berlin.

KONTAKT

Cornelia Trittin
ctrittin@zes.uni-bremen.de

TÄTIGKEITSBERICHT
2009-2011

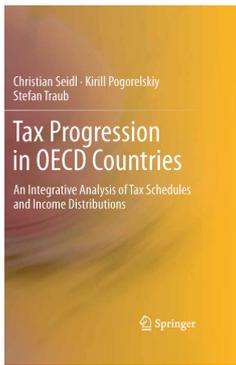


ZeS-Tätigkeitsbericht 2009 - 2011 steht zum Download bereit

Das ZeS nimmt mit seinem Tätigkeitsberichten eine umfassende theoretische Einordnung der Forschungsarbeiten vor, beschreibt zentrale Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte und stellt weitere Forschungsperspektiven vor.

Downloadoptionen finden Sie auf der Homepage des ZeS unter folgender Adresse:
<http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/content/veroeffentlichungen/download-tb/taetigkeitsbericht-2009-2011/>

NEUERSCHEINUNGEN



Seidl, Christian; Pogorelskiy, Kirill; Traub, Stefan, 2012: *Tax Progression in OECD Countries. An Integrative Analysis of Tax Schedules and Income Distributions*. Heidelberg: Springer.

This is the first book that performs international and intertemporal comparisons of uniform tax progression with empirical data. While conventional measures of tax progression suffer from serious disadvantages for empirical analyses, this book extends uniform measures to progression comparisons of countries with different income distributions. Tax progression is analyzed in terms of Lorenz curve and Suits curve equivalents of net incomes and taxes. The authors derive six distinct definitions of the relation „is more progressive than“, which are then utilized for an empirical analysis of 13 countries included in the Luxembourg Income Study (LIS). In two thirds of all international comparisons of tax progression, the authors report a clear ranking of the respective countries in terms of progression dominance. Tax based definitions of greater progressivity perform best. These observations are yet reinforced by statistical tests. The book also provides an account of the institutional background of the involved countries in order to facilitate the interpretation of the data. Moreover, the authors conduct intertemporal comparisons of tax progression for selected countries and perform a sensitivity analysis with respect to the parameterization of the equivalence scale.



Klenk, Tanja; Weyrauch, Philine; Haarmann, Alexander; Nullmeier, Frank, 2012: *Abkehr vom Korporatismus? Der Wandel der Sozialversicherung im europäischen Vergleich*. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 21. Frankfurt a. M./New York: Campus.

Ein Kennzeichen traditioneller Wohlfahrtsstaaten ist die Organisation der Sozialversicherung in den Händen der Versicherten. Aktuell scheint dieses Modell europaweit am Ende. Entwickeln sich die Sozialversicherungen zu Dienstleistungsunternehmen? Oder übernimmt der Staat die Organisation und Kontrolle des Systems? Betrachtet wird die Entwicklung in acht europäischen Staaten. Welche Rolle spielen jeweils Staat, Markt und Verbände?

Zeitschrift für Sozialreform 2/2012



mit Beiträgen von:

Bäcker, Gerhard; Eichhorst, Werner; Gerlach, Irene; Gerlinger, Thomas (2012): Rückblick auf die Entwicklung der Sozialpolitik im Jahr 2011. 58, 1.

Hörisch, Felix (2012): Die Bestimmungsfaktoren der Einführung der Unternehmensmitbestimmung in den OECD-Staaten – Eine fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis. 58, 1.

Gierse, Christine; Wagner, Michael (2012): Gemeinschaftliche Wohnprojekte – Eine Wohnform für alle sozialen Lagen und Lebensalter?. 58, 1.

Becker, Jens; Gulyas, Jennifer (2012): Armut und Scham – über die emotionale Verarbeitung sozialer Ungleichheit. 58, 1.

Vogel, Berthold (2012): Review-Essay zu: The Oxford Handbook of the Welfare State. 58, 1.

NEUERSCHEINUNGEN IN DER ZES-ARBEITSPAPIER-REIHE



Manow, Philip; Emmenegger, Patrick, 2012: *Religion and the gender vote gap. Women's changed political preferences from the 1970s to 2010.* ZeS-Arbeitspapier Nr. 01/2012. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.

For many years women tended to vote more conservative than men (the 'old' gender vote gap), but since the 1980s

this gap in many countries has shifted direction: now women in many countries are more likely to support left parties than men of the same age, in the same income bracket, and at the same educational level (the 'new' gender vote gap). The literature largely agrees on a set of political-economic factors explaining the change in women's political orientation: changed employment patterns, women's higher educational achievements, and higher divorce rates. These trends turned women into supporters of generous social programs that promise to 'de-familialize' services formerly provided privately within the family. In this paper, we demonstrate that these conventional political-economic factors fall short in explaining the old gender vote gap. We may therefore also harbor doubts whether they provide us with a full story for the new gender vote gap. Instead, we highlight the importance of religion for the gendered pattern of voting behavior that we observe. We argue that where vote choice expressed preferences on a non-economic, i.e. mainly religious issue dimension, parties in the past could afford – at least to some extent – ignoring voters' socio-economic interests. Given that surveys show us a constantly higher degree of religiosity among women and a relatively persistent and strong impact of religion on vote choice, religion can indeed, we argue, explain a substantial part of the old and new gender vote gap.



Schmitt, Carina, Obinger, Herbert, 2012: *Policy Diffusion and Social Rights in Advanced Democracies 1960-2000.* ZeS-Arbeitspapier Nr. 02/2012. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.

For many years, comparative welfare state research has been afflicted with a sort of methodological nationalism in the sense that countries were treated as independent units. In line with the recent 'spatial turn' in comparative public policy studies, this paper examines with regard to three welfare state programmes whether, in the post-war period, the provision of social rights in 18 Western democracies was shaped by benefit generosity in other countries. We show that diffusion is present but varies by programme and over time. Rather surprisingly, we find that policy diffusion was particularly relevant during the Golden Age.

Eine kostenfreie Downloadoption zu den Arbeitspapieren finden Sie unter 'Publikationen' auf www.zes.uni-bremen.de

2012 ERSCHEINEN WEITERHIN:

Silke Bothfeld

Kindererziehung und Pflegezeiten: Wie anpassungsfähig sind die Sozialversicherungssysteme? Deutschland im internationalen Vergleich.

Simone Scherger, Thomas Lux, Steffen Hagemann, Anna Hokema

Between Privilege and Burden. Work Past Retirement Age in Germany and the UK

Peter Taylor-Gooby

Country Report: Social Policy Research in the UK with Special Reference to Cross-national Comparative Research

Matthias Greiff, Fabian Paetzel

Reaching for the Stars: An Experimental Study of the Consumption Value of Social Approval

Carlo Knotz

Measuring the New Balance of 'Rights and Responsibilities' in Labor Market Policy. A quantitative overview of activation strategies in 20 OECD countries

