

Gesundheitswissenschaftliche Forschung im Zentrum für Sozial- politik – von den Anfängen bis heute

„Sozialpolitik kann als die Gesamtheit der Institutionen und Handlungen verstanden werden, die sinnhaft auf einen Wert bezogen sind: die öffentlich verantwortete, gerechte Sicherung von Individuen bzw. von bestimmten Personenkategorien gegen sozialökonomische und im weitesten Sinne gesundheitliche Risiken und Mangellagen“

– so heißt es im Antrag zur Gründung des Zentrums für Sozialpolitik, das Ende 1988 seine Arbeit aufnahm. Diese Definition hat auch die nahezu 20 Jahre gesundheitswissenschaftliche Forschung im Zentrum für Sozialpolitik geprägt.

Die meisten so genannten industriegesellschaftlichen Standardrisiken wie Krankheit, Unfall, Alter, Arbeitslosigkeit sind Gegenstand der Gesundheitspolitik. Krankheiten und Unfälle, aber auch Altersprozesse, sind nicht nur natürliche Ereignisse; sie müssen auch als gesellschaftliche Risiken gesehen werden – in Bezug auf ihre Entstehung, ihre Folgen für den gesundheitlichen und sozialen Status, deren Bearbeitung und die sich daraus ergebenden Folgeprobleme.

Auf diese Risiken hat die Sozial- und Gesundheitspolitik mit zwei ganz unterschiedlichen Strategien sozialer Sicherung reagiert, denen ebenso unterschiedliche Risikodefinitionen entsprechen:

Die eine zielt darauf, krankheitsbedingte Lohnausfälle und Behandlungskosten finanziell zu überbrücken. Sie soll den in der Erwerbsarbeit erreichten ökonomischen Status sichern. Die zweite Strategie zielt im Gegensatz dazu auf Prävention von Gesundheitsschäden bzw., wenn sie dennoch eingetreten sind, auf die direkte Organisation ihrer Behandlung.

Beide Strategien sind über den Bereich der Gesundheitspolitik hinaus für zwei Traditionen der Sozialpolitik paradigmatisch geworden: für soziale Sicherung als Politik monetärer Transfers und für soziale Sicherung als Politik sozialer Dienste und rechtlich geregelter materieller Eingriffe in Handlungsfreiheit und Umwelt (z. B. Arbeits-/Umwelt-Schutz). Diese beiden Strategien bildeten daher die erste Achse, an der das Forschungsfeld der Abteilung „Gesundheitspoli-

Editorial

Von der Gesundheitspolitik zur Gesundheitsökonomie?

Seit knapp 20 Jahren betreibt das Zentrum für Sozialpolitik gesundheitswissenschaftliche Forschung. Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin – der Name der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung – waren die zentralen Stichwortgeber. Gesundheitspolitische Entwicklungen wurden wissenschaftlich analysiert und vielfältige Impulse für Akteure im Gesundheitswesen weiter gegeben.

Mit der besonderen arbeits- und sozialmedizinischen Kompetenz von Rainer Müller, Leiter der Abteilung seit Bestehen des ZeS, richteten sich diese Forschungen nicht nur auf allgemeine gesundheitspolitische Entwicklungen und Institutionen; auch Betriebe waren Gegenstand der Analyse – und Beratung. Wenn Rainer Müller das ZeS und die Universität mit Ablauf des WS 06/07 verlässt, wird dieser Strang – bedauerlicherweise – schwächer werden.

Mit Heinz Rothgang als neuem Leiter der Abteilung wird die Gesundheitsökonomie ein größeres Gewicht bekommen, ebenso wie die (Arzneimittel-)Versorgungsforschung, die, unter der Leitung von Gerd Glaeske, bereits seit Jahren erfolgreiche Arbeit leistet.

Und die Gesundheitspolitik? Sie wird weiter im Fokus stehen. Mit dem neuen Namen „Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung“ wird der Wandel deutlich, aber auch die Kontinuität!

Rainer Müller und Heinz Rothgang beschreiben Entwicklung und Zukunft; Gerd Glaeske stellt die Versorgungsforschung vor.

Gisela Hegemann-Mahlting

Aus dem Inhalt

• Gesundheitswissenschaftliche Forschung im ZeS – von den Anfängen bis heute.....	1
• Kontinuität und Wandel: Profil und Zukunft der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung	4
• Transparenz für mehr Qualität in der Arzneimitteltherapie	8
• Berichte	12
• Tagungen	12
• Projekte und Arbeitsvorhaben	16
• Personalialia	17
• Ankündigungen	18
• Veröffentlichungen	19
• Arbeitspapiere/Jour-fixe	20

tik, Arbeits- und Sozialmedizin“ des Zentrums für Sozialpolitik seit seiner Gründung zu verorten war.

Eine zweite Achse entspricht der Beobachtung, dass sich in den beiden beschriebenen Traditionen jeweils auf Teilrisiken spezialisierte Einrichtungen so stabil institutionalisiert haben, dass sich ihr Handeln eher aus ihrer Eigendynamik erklären lässt als aus den je aktuellen Problemstellungen in der öffentlichen Meinung. Risikozuständigkeiten sind jeweils institutionell definiert. Es sind Akteursnetze, Ketten der Risikobearbeitung und Zuständigkeitsverlagerung zwischen den teilautonomen Institutionen erkennbar, die sich erst im Lebenslauf der Individuen zusammenfügen.

Weit weniger als bei den monetären Transfers der Sozialhilfe, der Renten- und Arbeitslosigkeitsversicherung lässt sich in der Gesundheitspolitik ein einzelner Hauptträger erkennen. Das Akteursnetz der Gesundheitspolitik umfasst eine Reihe autonomer Systeme. Es besteht aus Sozialversicherungsträgern, Professionen und Einrichtungen der Akutmedizin, Prävention und Rehabilitation, staatlichen Aufsichtsämtern, Betrieben usw. Staatliche sozialpolitische Einrichtungen können gesundheitspolitisch fast nur wirksam werden, wenn sie andere Systeme zu mobilisieren vermögen.

Die Arbeit der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedi-

zin“ folgte in diesen ersten nahezu 20 Jahren einem interdisziplinären Verständnis einer sich entwickelnden Gesundheitswissenschaft. In der Tradition von Public Health sollte ein Beitrag zum öffentlichen, kollektiven

und individuellen Verständnis darüber geleistet werden, wie Gesundheit unter den Risiken, Belastungen und Anforderungen der sozialen und individuellen Ressourcen wie auch unter Berücksichtigung der Chancen der modernen Industriegesellschaft gefördert, stabilisiert und wieder hergestellt werden kann.

Zu den Grunderkenntnissen von Public Health gehört, dass Gesundheit auch als Leistungs-, Arbeits- und Genussfähigkeit, also als Kompetenz zur gesellschaftlichen Teilhabe gedeutet werden muss und von der Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt

abhängt. In diesem Rahmen befassen sich gesundheitswissenschaftliche Forschung und Lehre mit Aspekten von Gesundheit, die sich auf

- biologische Prozesse,
 - Prozesse des Lebens, der Lebensentwürfe, Lebensläufe und Biografien,
 - individuelle Fähigkeiten, Ressourcen und Risiken,
 - gesellschaftliche Ressourcen und Risiken,
 - soziale Strukturen und institutionelle Arrangements der sozialen bzw. gesundheitlichen Sicherung,
 - politische, rechtliche und ökonomische Interventionen, Regulierungen und Steuerungen und
 - kulturelle Wertsetzungen
- beziehen.

Neben der Analyse und Bewertung der gesundheitlichen, naturwissenschaftlichen sowie sozialwissenschaftlich definierten Risiken, Gefahren und Unsicherheiten sowie ihrer Wirkungen tritt die Notwendigkeit, positive Kriterien für den Prozess der Gestaltung von Gesundheit im Alltag wie auch in der Arbeitswelt zu erarbeiten. Dies gilt auch in den Prozessen der durch die Medizin dominierten institutionellen Umgangsformen der Kuration, Rehabilitation und Pflege. In diesem Kontext befasst sich gesundheitswissenschaftliche Forschung mit der Bedeutung sozialer Unterstützung sowie der Möglichkeit von Gesund-

Prof. Dr. Rainer Müller, Professor für Arbeits- und Sozialmedizin an der Universität Bremen, Mitglied des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) seit dessen Gründung im Jahre 1988, Leiter der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“, seit 1994 Sprecher des ZeS.

heitsförderung durch eine Stabilisierung sozialer Netzwerke einschließlich derer in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Krankheit und Gesundheit werden nicht nur als ein biologisches, medizinisch definiertes, sondern als ein soziales Phänomen verstanden. Sie sind geknüpft an Lebens-, Arbeits- und Wohnverhältnisse und stehen in einem engen Zusammenhang mit dem sozialen Status (Lebenslage) und sind von daher ungleich in der Gesellschaft verteilt. Entsprechend waren die Forschungsaktivitäten der Abteilung einer lebenslagenbezogenen Wirkungsforschung verpflichtet. Der Status „krank“ bzw. „gesund“ unterliegt sozialen Zuschreibungsprozessen und erfordert individuelle wie institutionelle Be- und Verarbeitung. Solche Verarbeitungsformen finden bei der Person selbst, in Familie,

Partnerschaft, Betrieb, Gemeinde und eben auf wohlfahrtsstaatlicher Ebene statt, d. h. in den vielfältigen Einrichtungen der Gesundheitssicherung einschließlich der Medizin. Krankheit und Gesundheit werden durch Institutionen und professionelle Akteure der Sozialversicherungen, der Medizin und Pflege gesellschaftlich definiert und reguliert.

Damit ist der Hintergrund abgebildet, auf dem sich die Forschungsschwerpunkte der Abteilung „etabliert“ haben: Sie konzentrieren sich erstens auf das Gebiet der *Gesundheitspolitik* und der *Gesundheitssystemforschung* und zweitens auf das Gebiet der *Gesundheit und Sicherheit in der Arbeitswelt*. Die wissenschaftliche Arbeit in beiden Bereichen verstand sich von Anfang an – wie die Arbeit im Zentrum für Sozialpolitik insgesamt – als grundlagenorientierte Anwendungsforschung: Die Forschungsergebnisse sollten auch Impulse und wissenschaftlich gesicherte Grundlagen für sozialpolitische Entscheidungsfindung und sozialpolitische Akteure bieten.

Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem

Etwa elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts werden für Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen ausgegeben. Insgesamt arbeiten mehr als vier Millionen Beschäftigte in diesem Sektor – gute Gründe, dieses Feld wissenschaftlich fundiert zu bearbeiten und Leitfragen zu entwickeln, deren Beantwortung zentral für die Einschätzung von Entwicklungen im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik sind:

- Wie lassen sich im Gesundheitssystem Transparenz und Verständnis für wichtige Funktionen und Abläufe herstellen und wie lassen sich damit die Grundlagen der demokratischen Legitimation verbessern, die für ein solidarisches System existenziell sind?
- Welche Verfahren und Instrumente sind am besten geeignet, die gesundheitlichen und sozialen Interessen der Krankenversicherten innerhalb des Gesundheitssystems zur Geltung zu bringen?
- Welchen Anforderungen müssen evidence based health policy bzw. evidence based health care genügen?

Für die Arbeiten in diesem Forschungsfeld seien beispielhaft die Forschungseinheit „Gesundheitspolitik und Evaluation der medizinischen Versorgung genannt“ oder auch die sozialwissenschaftliche Längsschnitt-

analyse, die sich mit den Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus beschäftigt wie auch ein Projekt, das die Repräsentation von Versicherten und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung zum Thema macht und nach theoretischen Erfolgsfaktoren, praktischen Erfahrungen, Optimierungspotenzialen und Reformperspektiven fragt.

Unter den allgemein zu beobachtenden Finanzierungsproblemen der Systeme der Gesundheitsversorgung hat die moderne Qualitätssicherung mehr und mehr die programmatische Aufgabe übernommen, die Anwendung ineffektiver diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Behandlungsmaßnahmen zu verhindern. Ziel ist letztlich die Verringerung von Fehlallokation medizinischer Leistungen und die Steigerung der Wirtschaftlichkeit oder der Effizienz der Patientenversorgung durch die Anwendung von Methoden, deren Effektivität nachgewiesen ist. Die am häufigsten angewendete therapeutische Intervention ist die Therapie mit Arzneimitteln. Daher hat die Arzneimittelversorgungsforschung im Rahmen der Evaluation medizinischer Leistungen eine herausragende Bedeutung; sie wurde in der Abteilung deutlich ausgebaut (s. speziell hierzu auch den Beitrag von Gerd Glaeske S. 8ff.).

Für die Praxisnähe dieses Arbeitsbereichs stehen vielfältige Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung wie beispielsweise die Versicherten- und Ärztebefragung im Rahmen des Bertelsmann Gesundheitsmonitor oder die Bevölkerungsumfrage für den Gesundheitsbericht des Landes Bremen wie auch die Etablierung eines regionalen Gesundheitsportals in Bremerhaven. Für den 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung lieferte das Projekt „Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität“ wichtige Daten und Interpretationen. Weitere Berichte werden regelmäßig in Zusammenarbeit mit den in den verschiedenen Projekten kooperierenden Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung erstellt (s. dazu den Beitrag von Heinz Rothgang S. 4ff.). Ein Internetportal (www.forum-gesundheitspolitik.de), das von zwei Mitarbeitern der Abteilung gestaltet wird, informiert über aktuelle Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik.

Gesundheit und Sicherheit in der Arbeitswelt

Arbeitsschutz und Arbeitsplatzsicherheit als zentrale Anliegen der Gesundheitspolitik können auf eine Tradition zurückgreifen, die weit in das 19. Jahrhundert reicht. Obwohl inzwischen in vielen Bereichen weitgehende Regelungen getroffen wurden, sind auf organisationaler wie institutioneller Ebene nach wie vor erhebliche Diskrepanzen zwischen dem, was nach gegenwärtigem Wissensstand nötig und möglich wäre und den tatsächlich umgesetzten bzw. in der Entwicklung begriffenen Strategien zu verzeichnen. Eine Kernthese in diesem Forschungsfeld lautet daher, dass sowohl Institutionen, insbesondere diejenigen des Arbeitsschutzes, als auch Produktions- und Dienstleistungsorganisationen unter dem Druck ökonomischer und sozialer Einflüsse neue Wege im Arbeitsschutz und im Gesundheitsmanagement finden müssen.

Vor diesem Hintergrund umfasst das Themengebiet sowohl die Analyse von Stressoren, chemischen, physikalischen und psychosozialen Belastungen bzw. Beanspruchungen in der Arbeitswelt als auch die Ursachenanalyse dieser Belastungen im Kontext der vorgefundenen Organisationsstrukturen und -prozesse. Eine besondere Fragestellung widmete sich dem gesundheitspolitischen Umgang mit dem Risiko der eingeschränkten Teilhabe- und Einsatzfähigkeit in der Erwerbsarbeit. Bearbeitet wurden u. a. Problembereiche wie menschengerechte Gestaltung altersinvarianter Arbeitsplätze, präventiver Arbeitsschutz und Arbeitsplatzgestaltung für Behinderte, Gefahrstoffe, Arbeitsgestaltung und Gesundheitsförderung. Erweitert wurden diese Studien um Untersuchungen von Erwerbs- und Krankheitsverläufen, die Gegenstände betrieblicher Strategien und sozialpolitischer Interventionen sind.

Unter den gesundheitspolitischen Institutionen sind es vor allem die Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, die sich explizit und programmatisch auf die gleichzeitige Beeinflussung von Krankheits- und Erwerbsverläufen beziehen. Hier war auch ein Projekt des Sonderforschungsbereichs „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ (Sfb 186) angesiedelt, das sich mit Abstiegspassagen und Auffangpositionen beschäftigte und institutionelle Normalisierung, Überbrückung und Verschärfung von

Krisen der Erwerbsfähigkeit in den Blick genommen hat. Weitere Projekte beschäftigten sich mit gesundheitsbezogenen Statuspassagen im Kontext von Betrieb, mit Familie und Sozialpolitik, mit den Indikatoren potenzieller Rehabilitationsbedürftigkeit, und medizinischer Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder auch mit tätigkeitsbezogenen Empfehlungen von Rehabilitationsärzten und deren Umsetzung im Erwerbsleben.

Diese Projekte beinhalteten auch die Untersuchung einzelner beruflicher Schlüsselpositionen der Gesundheitspolitik, so die rehabilitativ tätigen Ärzte, die Bearbeiter von Rehabilitationsanträgen sowie die Experten der Kranken- und Rentenversicherung für betriebsbezogene Gesundheitspolitik.

Resümee

Sozialpolitik wurde bei Gründung des Zentrums für Sozialpolitik auch im Hinblick auf ihre Zieldimension definiert: „die öffentlich verantwortete, gerechte Sicherung von Individuen bzw. von bestimmten Personenkategorien gegen sozialökonomische und im weitesten Sinne gesundheitliche Risiken und Mangellagen“ (s. o.). Bezogen auf die gesundheitliche Sicherung impliziert dies insbesondere die Sicherung des Zugangs der gesamten Bevölkerung zu den notwendigen Leistungen gesundheitlicher Sicherung, zugleich aber auch die Vermeidung unnötiger Leistungen, kurz: den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der gesundheitlichen Versorgung. Diesem Ziel sollte gesundheitswissenschaftliche Forschung verpflichtet sein. Wie die Arbeit der Abteilung gezeigt hat, können hierzu ganz unterschiedliche Zugänge gewählt werden. Die Vielfalt der Ansätze ist dabei immer als Stärke gesehen worden. Das Gemeinsame aller Arbeiten war der Bezug auf die Verfahren der empirischen Sozialforschung in quantitativer wie qualitativer Hinsicht, wobei insbesondere bei der Analyse der individuenbezogenen Routinedaten von Krankenkassen auch neue Wege beschritten werden – eine Grundorientierung, die die Arbeit der Abteilung auch in den nächsten Jahren prägen wird.

Rainer Müller

Telefon: 0421/218-4377
dkoch@zes.uni-bremen.de

Kontinuität und Wandel

Profil und Zukunft der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung

Die Abteilung für „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ wird zur Abteilung für „Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung“. Diese Umbenennung, die der ZeS-Vorstand im Oktober 2006 beschlossen hat, kennzeichnet die zukünftige Arbeit der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung. Sie nimmt bestehende Forschungslinien auf, führt sie weiter, verändert Gewichtungen, setzt aber auch neue Akzente und Arbeitsschwerpunkte.

Die Gesundheitspolitik als ein Kernbestandteil des Abteilungsprofils bleibt erhalten, wird aber durch die „Gesundheitsökonomie“ als zweite Leitperspektive ergänzt. Arbeits- und sozialmedizinische Fragen treten dagegen in den Hintergrund – eine Folge des Ausscheidens von Rainer Müller, der die arbeits- und sozialmedizinische Kompetenz in der Abteilung entscheidend geprägt und gefördert hat. Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden allerdings nach wie vor behandelt, so dass auch arbeitswissenschaftliche Bezüge erhalten bleiben. Deutlich stärker

gewichtet wird die Versorgungsforschung, die schon seit einigen Jahren insbesondere, aber nicht nur, im Bereich der Arzneimittelversorgungsforschung unter der Leitung von Gerd Glaeske einen zunehmend größeren Raum in der Abteilungsarbeit eingenommen hat.

Mit diesen Veränderungen geht auch eine Verschiebung der *disziplinären Schwerpunkte* in der Abteilung einher: Neben den Sozialwissenschaften auf der einen und der in der Arzneimittelanwendungsforschung dominierenden Pharmakologie/Medizin auf der anderen Seite wird die (Gesundheits-)Ökonomie als weitere Leitdisziplin auch personell gestärkt, so dass sich drei disziplinäre Schwerpunkte ergeben. Diese Multidisziplinarität weist bereits darauf hin, dass am interdisziplinären Anspruch der Abteilung auch in Zukunft festgehalten werden soll.

Arbeitsbereiche und Abteilungsstruktur

Die von der Abteilung zukünftig vertretenen Arbeitsschwerpunkte finden ihren Niederschlag in einer

neuen Abteilungsstruktur, die sich in folgende vier Arbeitsbereiche gliedert:

- Arbeitsbereich 1: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik (Leitung: Heinz Rothgang)
- Arbeitsbereich 2: Versorgungsforschung mit Kassendaten (Leitung: Heinz Rothgang und Bernard Braun)
- Arbeitsbereich 3: Betriebliches Gesundheitsmanagement (Leitung: Heinz Rothgang und Dietrich Milles)
- Arbeitsbereich 4: Versorgungsforschung im Bereich von Arzneimitteln und sonstiger Leistungen (Leitung: Gerd Glaeske).

Diese Arbeitsbereiche, auf die nachstehend noch ausführlicher eingegangen wird, kennzeichnen die inhaltlichen Schwerpunkte und weisen zugleich die personellen Verbindungen der in der Abteilung arbeitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus.

Arbeitsbereich 1: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Der Arbeitsbereich „Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik“ umfasst vier Schwerpunkte: Ökono-



Ein (Groß-)Teil der Mitglieder der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung vor dem Barkhof
Mitte vorne (v. l. n. r.): Heinz Rothgang, Rainer Müller, Gerd Glaeske (Foto: Matthias Pfannkuche)

mische Evaluation, Pflegeökonomie, (ökonomische) Analyse aktueller gesundheitspolitischer Fragen und (international vergleichende) Gesundheitssystemforschung.

Bei der *ökonomischen Evaluation* geht es darum, nicht nur Nutzen (und Risiken) medizinischer Güter und Leistungen zu bewerten, sondern auch deren Kosten zu betrachten (Krankheitskostenanalysen) sowie Kosten und Nutzen zueinander ins Verhältnis zu setzen (Kosten-Wirkungs-, Kosten-Nutzwert- und Kosten-Nutzenanalysen). Damit kann ein Beitrag zur notwendigen Priorisierung medizinischer Leistungen geleistet werden. Die ökonomische Evaluation ist dabei der Teil der Gesundheitsökonomie, der in der Fachöffentlichkeit am stärksten mit diesem Fach verbunden wird. Obwohl die Evaluation nur ein Teilbereich der Gesundheitsökonomie ist, gibt es inzwischen erste Lehrbücher, die sich unter dem Titel „Gesundheitsökonomie“ praktisch ausschließlich mit der gesundheitsökonomischen Evaluation beschäftigen.

Auch gesundheitspolitisch ist von einer steigenden Bedeutung der gesundheitsökonomischen Evaluation auszugehen. So ist beispielsweise im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz¹ erstmalig vorgesehen, dass das 2004 gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Zukunft nicht nur – wie bislang – die Nutzen von Arzneimitteln, sondern auch deren Kosteneffektivität bewerten soll. In Zukunft ist also bundesweit mit einer steigenden Nachfrage nach gesundheitsökonomischer Evaluationskompetenz zu rechnen.

Auch in Bremen zeigen sich diesbezüglich Anwendungsmöglichkeiten. Klinische Studien fanden bislang ohne gesundheitsökonomische Evaluation statt, Health Technology Assessment-Berichte wurden ohne entsprechende gesundheitsökonomische Evaluationsbestandteile geschrieben. Hier kann die Abteilung nun ein Angebot an alle anderen Institutionen in Bremen machen, gesundheitsökonomische Evaluationen in ihre Studien einzubeziehen.

In der Abteilung wird der Bereich der gesundheitsökonomischen Evaluation vor allem von *Tina Salomon* vertreten, die nicht nur entsprechende Lehrveranstaltungen durchführt, sondern auch in den laufenden Forschungsvorhaben, die eine gesundheitsökonomische Evaluation vorsehen, eingebunden ist.

Während die Gesundheitsökonomie ein noch junges, aber gleichwohl als Teildisziplin der Ökonomie anerkanntes Gebiet ist, kann dies für die *Pflegeökonomie* nicht gesagt werden. Dieser Bereich der (Langzeit-)Pflege ist aber von erheblicher ökonomischer Potenz und bedarf wirtschaftswissenschaftlicher Analysen. Die Besonderheiten des Feldes – etwa die besondere Rolle der Familie in der Langzeitpflege – führen dazu, dass Erkenntnisse aus dem Gesundheitswesen nicht ohne weiteres auf den Pflegebereich übertragen werden können.

Aus diesem Grund ist die Entwicklung einer eigenständigen Pflegeökonomie sinnvoll und soll in Bremen vorangetrieben werden. Dabei kann auf die guten Arbeitskontakte zum Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften/FB 11, insbesondere zur Abteilung „interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung“ des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), aufgebaut werden. Weiterhin ist die Abteilung bereits in die Arbeitsgruppe „Pflegeökonomie“ der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten regionalen Pflegeforschungsverbände eingebunden.

Personell wird die Pflegeökonomie in der Abteilung derzeit von *Maike Preuss* vertreten sowie von den neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Rahmen eines vom BMBF geförderten Projektes im Pflegeforschungsverbund Nord in Kürze eingestellt werden.

Sind die beiden genannten Schwerpunkte neu, so kann die gesundheitspolitische Forschung auf den gewachsenen Arbeitszusammenhängen in der Abteilung aufbauen, die allerdings durch einen gesundheitsökonomisch geprägten Analyseansatz angereichert werden. Der Gegenstand dieses Schwerpunkts hängt stark von der aktuellen Gesundheitspolitik ab, deren Reformaktivitäten die Themen z. T. vorgeben (z. B. Bürgerversicherung und Kopfprämienmodelle, Finanzierung von Krankenhäusern durch Fallpauschalen², morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (RSA) etc.).

Die gesundheitsökonomische Gesundheitspolitikforschung wird dabei vor allem von *Markus Throm* vertreten sowie – in Bezug auf die Rolle von Health Technology Assessment (HTA) – durch *Claudia Jordan*, die im universitären Doktorandenkolleg „Chancen und Risiken im Gesundheitssystem:

Evidence-Based Medicine, Health Technology Assessment und gesundheitsrechtliche Regulierung“ promoviert und dabei von Heinz Rothgang betreut wird. Einen eher sozialwissenschaftlich geprägten Blick auf die Gesundheitspolitik werfen *Ulla Krause* und *Marion Müller*. Sie promovieren in dem von der Hans Böckler Stiftung geförderten Promotionskolleg „NutzerInnenorientierte Gesundheits-sicherung“ und werden dabei von Abteilungsmitgliedern betreut. Des Weiteren arbeiten in diesem Kolleg *Sara Mümken* und *Daniel Lüdeke*, an deren Betreuung Abteilungsmitglieder ebenfalls beteiligt sind.

Auch in diesem Arbeitsschwerpunkt angesiedelt ist das Projekt „Bertelsmann-Gesundheitsmonitor – Versicherten- und Ärztebefragung“, in dem *Melanie Rosenwirth* beschäftigt ist sowie das Projekt „Unterstützung und Förderung der Selbstorganisation von Patienten, Betroffenen und Angehörigen zur Stärkung ihrer Autonomie und Souveränität durch Nutzung webbasierter Informationstechnologie“, das von *Sören Bernstein* bearbeitet wird.

Schließlich ist in diesem Bereich auch die (international vergleichende) Gesundheitssystemforschung beheimatet, die disziplinär an der Schnittstelle von sozialwissenschaftlicher Wohlfahrtstheorie und Gesundheitsökonomie angesiedelt werden kann. Der internationale Vergleich dient dabei auch dazu, die Besonderheiten des eigenen Systems besser zu erkennen und die Implementierbarkeit ausländischer Erfahrungen in das deutsche System kritisch zu hinterfragen.

Diese Arbeiten werden insbesondere von *Ellen Kuhlmann* sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Teilprojekts „Wandel der Staatlichkeit in OECD-Gesundheitssystemen“ am Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) der Deutschen Forschungsgemeinschaft getragen, das von Heinz Rothgang geleitet und insofern der Abteilung

¹ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG).

² Mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 wurde die schrittweise Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen beschlossen. Die Klassifizierung der Krankenhauspatienten in Fallgruppen erfolgte dabei von Diagnosis Related Groups (DRGs).

zugerechnet wird. Hier sind *Klaus Albrecht, Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Achim Schmidt* sowie ein/e Mitarbeiter/in zu nennen. In diesem Projekt arbeitet auch *Uwe Helmert*, der als Epidemiologe gleichzeitig auch im Arbeitsbereich 2 „Versorgungsforschung mit Kassendaten“ tätig ist.

Arbeitsbereich 2: Versorgungsforschung mit Kassendaten

Mit dem Begriff der Versorgungsforschung werden die Forschungen bezeichnet, die sich auf das tatsächliche Versorgungsgeschehen in medizinischen Einrichtungen beziehen und sich damit von klinischer Forschung unter Laborbedingungen unterscheiden. Ziel dieser Forschungen ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern, die Wirtschaftlichkeit zu steigern und dabei der Patientenperspektive zum Durchbruch zu verhelfen (vgl. hierzu auch den nachstehenden Beitrag von Gerd Glaeske S. 8ff.). Eine Möglichkeit, diese Forschung durchzuführen, besteht in der Analyse von Kassendaten: Mit den Routinedaten der Krankenkassen stehen gesundheitliche Informationen für Millionen Versicherter in einem Umfang und in einer Detailliertheit zur Verfügung, die sonst weder vorhanden ist, noch in vertretbaren Finanzierungsrahmen erhoben werden kann. Die Möglichkeiten, die die Analysen von Kassendaten bieten, sind von Rainer Müller bereits Anfang der siebziger Jahre erkannt worden und in ersten Forschungsarbeiten im lokalen Kontext umgesetzt und dann im Sonderforschungsbereich „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ (Sfb 186) in mehreren Teilprojekten institutionalisiert worden. 1999 wurde mit der Gmünder Ersatz-Kasse (GEK) ein zunächst auf zehn Jahre befristeter Kooperationsvertrag abgeschlossen, der für die Abteilung aber auch für das ZeS insgesamt von großer Bedeutung war und die Möglichkeiten für datenorientierte anwendungsbezogene Grundlagenforschung entschieden verbessert hat. Mit diesem Vertrag, dessen Verlängerung angestrebt wird, sind die institutionellen Grundlagen dafür gelegt worden, diese Art von Versor-

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Mitglied des Zentrums für Sozialpolitik seit 1993; 2004 Professur für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung an der Fachhochschule Fulda, seit 2005 Professur für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen, seit 2006 Leitung der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung in Kooperation mit Rainer Müller; Mitglied im Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des Bundesministeriums für Gesundheit.

gungsforschung auch zukünftig in der Abteilung durchzuführen. Weitere Vereinbarungen mit anderen Kassen (s. u.) haben die Datenbasis zudem noch erweitert.

Im Schwerpunkt Versorgungsforschung mit Kassendaten arbeiten derzeit insbesondere *Bernard Braun, Rolf Müller, Lars Borchert* und *Wolfgang Voges*. Des Weiteren ist hier *Petra Buhr* zu nennen, die in einem Drittmittelprojekt zu den Folgen von DRGs beschäftigt ist, das u. a. auch (GEK-) Kassendatenanalysen verwendet.

Arbeitsbereich 3: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Mit Forschungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement wird ein klassisches Arbeitsgebiet von Rainer Müller auch in Zukunft weiter bearbeitet. In der Arbeitswelt ist nichts so sicher wie der Wandel. Bisherige Muster industrieller Erwerbsarbeit werden zunehmend abgelöst durch neue Produktions- und Dienstleistungskonzepte. Neue Informations- und Kommunikationstechnologien durchdringen Erwerbs- wie Lebenswelt. Insbesondere diese veränderten Produktions- und Dienstleistungskonzepte weisen eine zunehmende Arbeitsverdichtung auf.

Neben dem Arbeitstempo bilden Qualifikation und zunehmend auch veränderte soziale Kompetenzen wachsende Anforderungen an die Beschäftigten in der Arbeitswelt. Vielfach wird diese Verdichtung zu einem veränderten Stressgeschehen führen, das psychische Belastungen und Beanspruchungen zu einem verstärkten Problem in Arbeits-

prozessen werden lässt. Tradierte Konzepte wie der Arbeits- und Gesundheitsschutz in den 1990er Jahren lösten aufgrund ihrer naturwissenschaftlich-technischen Auffassung von Gesundheitsprävention diese Aufgabe nur ansatzweise.

Hier sind neue Ansätze des Gesundheitsmanagements gefragt, die sowohl auf das Verhalten wie auch auf die Verhältnisse eingehen, die Beschäftigten einbeziehen und neue Strategien gerade der betrieblichen wie überbetrieblichen Gesundheitspolitik entwickeln. Aus gesellschaftlichen sowie ökonomischen und

betriebspezifischen Dimensionen und Hintergründen, aber auch aus der eingeschränkten Handlungsfähigkeit des traditionellen Arbeitsschutzes lassen sich vier Gestaltungseckpunkte für ein betriebliches Gesundheitsmanagement ableiten. Sie zielen ab auf die Umorientierung

- von einem pathogenen Verständnis auf salutogene, kompetenzfördernde Systeme,
- von einer reinen Verhaltensorientierung auf eine Arbeits- und Organisationsgestaltung,
- von Gesundheitserziehung und Schutzanweisungen auf eine Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie
- von Einzelmaßnahmen und isolierten Handlungsfeldern des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf die verschiedenen Felder des integrierenden Gesundheitsmanagements.

Diese Entwicklung zu erforschen und auch voran zu bringen wird mit ein Ziel dieses Arbeitsbereiches sein. Des Weiteren gilt es, Strukturen für Wissensmanagementstrukturen und Netzwerkkonzepte für lernende Organisationen im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu entwickeln.

Derzeit sind in diesem Arbeitsbereich *Stephanie Pöser, Wolfgang Ritter* und *Walter Samsel* tätig. Ein weiterer Ausbau dieses Arbeitsbereiches ist geplant. Er zielt insbesondere auf Forschungsvorhaben in Kooperation mit der AOK Bremen/Bremerhaven unter der verantwortlichen Leitung von Dietrich Milles und Heinz Rothgang.

Arbeitsbereich 4: Versorgungsforschung im Bereich von Arzneimitteln und sonstiger Leistungen

Im Mittelpunkt der Arzneimittelversorgungsforschung steht die Pharmakotherapie einzelner Patientinnen und Patienten sowie großer Patientinnen- und Patientengruppen, z. B. mit chronischen Erkrankungen. Ziel ist es, Über-, Unter- und Fehlversorgung aufzudecken und damit die Grundlage für eine Optimierung der Versorgung zu legen. Die Forschungsergebnisse wenden sich gleichermaßen an Leistungserbringer, Finanzierungssträger und die Patientinnen und Patienten selbst, deren aktive Rolle im Gesundheitssystem durch Schaffung von mehr Transparenz gestärkt werden soll.

Unter der Leitung von *Gerd Glaeske* werden in diesem Arbeitsbereich derzeit u. a. folgende Schwerpunkte bearbeitet: Attention Deficit Hyperactive Syndrom (ADHS), Polypharmazie

bei älteren Menschen, Geschlechtsspezifische Arzneimittelversorgung, Abhängigkeit und Sucht im Arzneimittelbereich sowie Qualität und Evidenz von Arzneimitteln.

Neben Forschungsprojekten, die insbesondere für Ministerien aber auch für die Industrie durchgeführt werden, gibt die Arbeitsgruppe regelmäßig Reporte heraus. Der jährlich erscheinende GEK-Arzneimittel-Report hat dabei sicherlich den größten Bekanntheitsgrad erlangt. Zudem werden jährlich der GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report sowie Arzneimittelreporte für die Techniker Krankenkasse (TK), die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) und eine Reihe von Betriebskrankenkassen (BKKen) verfasst. Dadurch hat der Arbeitsbereich Zugriff auf Daten von insgesamt rund 13 Millionen Versicherten. Weiterhin wird – auch dies ein Beispiel für die praktisch-beratende Arbeit in diesem Arbeitsbereich – in Zusammenarbeit mit der GEK eine Hotline für Versicherte, Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter betrieben, die fachkundige Beratung zu pharmakologischen Fragen anbietet.

Diese vielfältigen Aktivitäten werden von *Gerd Glaeske* und rund 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Arbeitsbereich durchgeführt: *Bernhilde Deitermann, Elke Anna Eberhard, Angela Fritsch, Nessim Hemmer, Cornelia Heitmann, Insa Heyde, Falk Hoffmann, Kathrin Janhsen, Claudia Kemper, Claudia Kretschmar, Frank Meyer, Heike Peters, Matthias Pfann-*

kuche, Julian Scheitdorf, Christel Schicktanz, Kirsten Schubert, Daniela Stahn, Cornelia Trittin und Edda Würdemann.

Für die Zukunft ist geplant, diese Aktivitäten durch pharmakoökonomische Bewertungen anzureichern, die gemeinsam mit dem Arbeitsbereich 1 „Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik“ durchgeführt werden.

Kontinuität und Wandel – das neue Profil der Abteilung

Wie auch schon im Beitrag von *Rainer Müller* deutlich wurde, kann die Gesundheitswissenschaftliche Abteilung auf eine vielgestaltige und erfolgreiche Arbeit zurückblicken, die fortzusetzen eine große Herausforderung darstellt. Mit der Fortführung der Arbeitsbereiche Gesundheitspolitik, Versorgungsforschung und betriebliches Gesundheitsmanagement wird an diese Tradition angeknüpft. Zugleich wird mit der Gesundheitsökonomie aber auch eine neue Perspektive eröffnet, die es erlaubt, alte und neue Forschungsfragen unter einem neuen Blickwinkel anzugehen und dabei eine große Anschlussfähigkeit an die bisher bereits vertretenen Disziplinen herzustellen.

Beibehalten wird auch die Orientierung auf anwendungsbezogene Grundlagenforschung, die insgesamt für das Zentrum für Sozialpolitik charakteristisch ist und die Arbeit der Abteilung auch bisher schon ge-

kennzeichnet hat. Die Forschung der Abteilung ist im Wesentlichen empirischer Natur und datenorientiert. Sie folgt einer institutionellen Ausrichtung, ist interdisziplinär und erhebt den Anspruch, politikrelevante Themen aufzugreifen und einen Fundus für wissenschaftsbasierte Politikberatung zur Verfügung zu stellen. Damit greift die Abteilung „Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung“ die Tradition des Zentrums für Sozialpolitik auf, im Sinne von Public Health, einen Beitrag zum Verständnis von Gesundheit sowie deren Stabilisierung und Förderung vor dem Hintergrund neuer Anforderungen und Risiken in modernen Gesellschaften zu leisten.

Heinz Rothgang

Telefon: 0421/218-4132
rothgang@zes.uni-bremen.de

Die Gesundheitswissenschaftliche Abteilung in der Lehre

Wenngleich das Zentrum für Sozialpolitik als Forschungsinstitut ohne eigenen Lehrauftrag ist, sind die Mitglieder des ZeS vielfältig an den Lehrangeboten der Universität Bremen beteiligt. Das gilt selbstverständlich auch für die Gesundheitswissenschaftliche Abteilung, deren Mitglieder in einer Reihe von Studiengängen – vor allem im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften/FB 11 – und in der Doktorandenausbildung aktiv sind:

- BA Public Health
- MA Public Health (ab WS 2007/08)
- MA Sozialpolitik
- Master of European Labour Studies (MELS)
- Graduate School of Social Sciences (GSSS)
- Graduiertenkolleg „Chancen und Risiken im Gesundheitssystem: Evidence-Based-Medicine, Health Technology Assessment und gesundheitsrechtliche Regulierung“
- Graduiertenkolleg „NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung“

Versorgungsforschung – zum Nutzen der Patientinnen und Patienten Transparenz für mehr Qualität in der Arzneimitteltherapie

Die Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestimmen in Deutschland die medizinische Versorgung, schließlich sind rund 90% aller Bundesbürger und Bundesbürgerinnen in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Maßgebend sind die Regelungen des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V), die Qualität in der Versorgung wird im § 70 bestimmt. Dort heißt es unter der Überschrift „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“:

„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.“

In diesen Vorschriften des SGB V werden schon seit 1989 – seit mehr als 15 Jahren – Anforderungen für eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung mit denen für eine ökonomisch orientierte Behandlung (Wirtschaftlichkeitsgebot) verbunden. Zu diesen Leistungen gehören alle Behandlungen in der ambulanten Versorgung und damit auch die Verschreibung von Arzneimitteln.

Die Diskussion über Qualität, Qualitätsorientierung und Qualitätssicherung sind daher kein neu aufgekommenes, sondern ein allzu lang in den Hintergrund gedrängtes Thema. Wenn heute unter einem bis zum Beginn der 90er Jahre ungekannten ökonomischen Druck vor allem auch die Forderungen nach Qualitätssicherung in der Medizin in den Vordergrund rücken, mag dies von vielen Ärztinnen und Ärzten noch immer als ein Euphemismus für eine krude Kostendämpfungspolitik interpretiert werden. Das Gegenteil ist richtig: Hätten wir in „ruhigen“ Zeiten der ausgeglichenen Finanzierung unserer Sozialversicherungssysteme stärker über die Qualitätssicherung medizinischer Versorgung nachgedacht und Strategien für deren Implementation entworfen,

wären die immer wieder notwendigen Diskussionen über vorhandene Rationalisierungspotentiale nicht so überraschend gekommen. Nun aber kommt die Ökonomie „über die Medizin“ – der Druck, effiziente Versorgungsstrukturen zu gestalten, wird allseits spürbar. Die Zeit drängt, wenn nicht Privatisierungstendenzen oder die vielfach zitierte „Amerikanisierung“ in unseren Sozialversicherungssystemen weiter Boden gewinnen sollen – schwierige Voraussetzungen für die Akzeptanz von zukunftsfähigen und tragfähigen Lösungen für mehr Qualität und Effizienz.

Qualitätssicherung als Anforderung in der Medizin

Unter den Aspekten der allgemein zu beobachtenden Finanzierungsprobleme der Gesundheitsversorgungssysteme hat die ‚moderne‘ Qualitätssicherung mehr und mehr die programmatische Aufgabe übernommen, die Anwendung ineffektiver diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Behandlungsmaßnahmen zu verhindern oder zumindest zu verringern. Ziel ist letztlich die Reduzierung von Fehlallokationen medizinischer Leistungen und die Steigerung der Wirtschaftlichkeit oder der Effizienz der Patientenversorgung durch die Anwendung von therapeutischen Interventionen (von Operationen über Diagnostik bis zur Arzneimitteltherapie), die ihren Nutzen nachgewiesen haben.

Der Qualitätsbegriff aus Sicht der medizinischen Versorgung bezieht daher, wie Viethen (1995) zusammenfasst, die Gesamtheit der Merkmale eines Prozesses oder eines Objektes hinsichtlich der Eignung ein, die Versorgung im Sinne der Patientin/des Patienten und unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin zu erfüllen. In dieser Definition spiegeln sich auch die Anforderungen aus dem 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) nach Wirksamkeit, Qualität und Humanität wider. Sie berücksichtigt auch die unterschiedlichen Ebenen der Qualitätssicherung, wie sie von Donabedian (1966) mit Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität vorgeschlagen wurden:

Sowohl die Qualifikation der Behandler und der Institution (Strukturqualität) wie aber auch die An-

wendung medizinischer Kenntnisse und die Dokumentation der durchgeführten medizinischen Interventionen (Prozessqualität) führen letztlich zu dem jeweiligen Behandlungsergebnis, das sich durch den Gesundheits- und Zufriedenheitszustand der Patientin/ des Patienten feststellen lässt (Ergebnisqualität). Notwendig sind also Daten über die Versorgung und Transparenz der Behandlungsabläufe.

Aber: Transparenz alleine bedeutet noch keine Qualitätssicherung, sie ist allenfalls Voraussetzung – Dokumentation von Quantitäten bedeutet keine Sicherung der Qualität, eine breite und kontinuierliche Evaluation der medizinischen Versorgung ist also dringend erforderlich, und das schließt auch die am häufigsten angewendete Therapie, die Anwendung von Arzneimitteln, ein. Versorgungsforschung ist daher in diesem Zusammenhang eine der Möglichkeiten, um eine kontinuierliche Evaluation der qualitativen und quantitativen Verhältnisse in der Arzneimittelversorgung vorzunehmen.

Noch immer Unter-, Über- und Fehlversorgung in der Arzneimitteltherapie

Eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung soll bedarfsgerecht und wirtschaftlich erfolgen. Dies beinhaltet die kritische Bewertungsmöglichkeit von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Arzneimittelversorgung ebenso wie Überlegungen zum „positiven gesundheitlichen Netto-Nutzen“ und einer „günstigen Nutzen-Kosten-Relation“. Medizinische und ökonomische Entscheidungskriterien werden auf diese Weise verbunden. Eine Qualitätsbewertung medizinischer Interventionen sollte von einem erweiterten Outcome-Konzept ausgehen, das neben der Verbesserung klinisch relevanter Parameter auch eine Nutzenbewertung aus der Perspektive des Patienten („Hermeneutische Endpunkte“) enthält. Im konkreten Versorgungsfall ergibt sich hieraus die Forderung, die Gründe für die ärztliche Entscheidung, insbesondere bei Abweichung von Standards und Leitlinien, transparent zu machen.

Die Qualität der Arzneimittelverordnung bemisst sich demnach – abgesehen von der fachlichen Begründung – auch an dem Kriterium einer nachvollziehbaren patientenbe-

zogenen Plausibilität. Insbesondere bei chronisch Kranken bildet das Arzneimittel meist nur einen Baustein auf dem Weg zum Therapieziel, wie z. B. Verhinderung von Gefahren und Komplikationen, Linderung und Management von Beschwerden und Behinderungen. Dabei können Arzneimittel hinsichtlich einer Indikation zwar formal indiziert sein, dennoch gilt es abzuwägen, wie weit nicht auch andere Maßnahmen gleichwertig wirksam zum Ziel führen und primär eingesetzt werden können, wie z.B. körperliche Belastung oder Gewichtsreduktion zur Behandlung des essentiellen Hypertonie. Die Unterlassung einer Arzneimitteltherapie kann somit, sofern das Behandlungsziel auch ohne Medikament erreicht werden kann, ein Qualitätsmerkmal der (haus)ärztlichen Versorgung sein.

Neben Aspekten der Ergebnisqualität (Gesundheit, Lebensqualität, Patientenzufriedenheit) sind somit bei der Beurteilung von Arzneiverordnungen auch Elemente von Strukturqualität (z.B. die Güte einer Therapieleitlinie) und Prozessqualität (z.B. Grad der Einhaltung von Leitlinien durch den behandelnden Arzt) relevant. Der Qualität der Versorgung mit Medikamenten ist angesichts dieser komplexen Zusammenhänge weder mit dem Verweis auf die Vorgaben der deutschen und europäischen Arzneimittelzulassungsbestimmungen und den recht umfassenden Leistungskatalog der GKV Genüge getan, noch kann sie anhand einiger weniger Indikatoren abgebildet werden. Vielmehr müssen Informationen aus verschiedenen Quellen, unterschiedlicher Forschungsansätze und -methoden sowie Qualitätskonzepte bzw. -indikatoren zu einer mehrdimensionalen Analyse zusammengeführt werden. Eine gute Basis kann aber durch die Analyse von GKV-Verordnungsdaten erreicht werden, mit denen Auswertungen in unterschiedlicher „Dichte“ und „Tiefe“ möglich sind. Dabei sind unterschiedliche Betrachtungsperspektiven denkbar:

1. Pharmazeutisch-ökonomischer Ansatz

Einzelne Substanzen werden anhand ihrer pharmazeutischen Eigenschaften und ihrer empirischen Wirksamkeit bewertet und diesbezüglich sowie hinsichtlich des Preises mit anderen Arzneimitteln verglichen. Für eine schlechte Qualität und mangelnde Effizienz in der Pharmakotherapie sprechen beispielsweise

- der Einsatz von Medikamenten ohne

nachgewiesenen Nutzen (umstrittene Arzneimittel);

- der Einsatz von Präparaten mit einem negativen gesundheitlichen Nettotonnen (z. B. viele Hormonverordnungen für Frauen in den Wechseljahren);
- der Verzicht auf die Verordnung bzw. Abgabe von preisgünstigeren Generika, obwohl diese zur Verfügung stehen.
- die Verordnung von Arzneimitteln, die keinen belegten Zusatznutzen im Vergleich zu anderen Mitteln aufweisen, aber teurer sind als das Referenzpräparat.

Prototyp dieser Art der Betrachtung sind Publikationen wie der jährlich von Prof. Dr. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath in enger Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) herausgegebene „Arzneiverordnungs-Report“ (aktuell: Schwabe/Paffrath 2007). Die Datengrundlage bilden die zu Lasten der GKV verordneten Medikamente. Er sieht allerdings keine personenbezogene Zuordnung von Indikationen und Verordnung vor. Auf Versorgungsmängel wie z. B. Unterversorgung kann daher bestenfalls indirekt geschlossen werden, wenn die ermittelten Verordnungsmengen nicht mit dem anhand epidemiologischer Daten geschätzten Bedarf übereinstimmen. Diese Form des Reports dient vor allem der Darstellung von Menge und Preis (Menge der Arzneimittel x Preis der Arzneimittel führen zu den Arzneimittelausgaben) und der kritischen Würdigung der eingesetzten Arzneimittel aus pharmakologischer Sicht.

2. Klinisch-epidemiologischer Ansatz

Im Rahmen einer in erster Linie quantitativ ausgerichteten Versorgungsforschung werden personen- bzw. populationsbezogene Daten ausgewertet, die eine Verknüpfung von Diagnosen und Medikamentenverordnungen sowie gegebenenfalls von Parametern des Behandlungserfolges ermöglichen. Häufig werden Ist-Soll-Vergleiche durchgeführt, wobei evidenzbasierte Leitlinien als Benchmark dienen können. Für eine schlechte Qualität der Arzneimittelversorgung sprechen bei einer solchen Betrachtungsweise u. a.

- die Auswahl von Medikamenten mit einem negativen gesundheitlichen Nettotonnen, fehlender oder unzureichender Wirksamkeit sowie negativer Nutzen-Kosten-Relation;

- das Abweichen von Leitlinien und Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ohne nachvollziehbaren Grund;
- individuell falsch gewählte Dosierungen, die z. B. Alter, Körpergewicht, Erkrankungsstadium, Komorbiditäten oder Kontraindikationen unzulänglich berücksichtigen;
- das Nicht-Erreichen von Zielvorgaben, sofern dies auf eine unzureichende Pharmakotherapie zurückzuführen ist (z. B. Unterdosierung oder mangelnde ‚Persistence‘ von Antihypertensiva oder Lipidsenkern);
- das Auftreten von Komplikationen und Nebenwirkungen, die bei sachgerechter Verordnung und Anwendung vermeidbar gewesen wären.

Beispiele solcher Publikationen sind die in unserer Arbeitsgruppe seit dem Jahr 2000 jährlich erscheinenden „Arzneimittel-Reporte“ (z. B. Glaeske/Janhsen 2006). Dieser arzneimittelbezogene Ansatz wird auch durch Auswertungen von Heil- und Hilfsmitteln oder Krankenhausliegezeiten ergänzt, um einen möglichst vollständigen Überblick über Behandlungsergebnisse und -verläufe beschreiben und auswerten zu können (Querschnitts- und Längsschnittstudien). Anhand pseudonymisierter Daten von Versicherten werden Behandlungsverläufe dargestellt, die z. B. durch die Berücksichtigung von stationären Diagnosen und seit dem Jahr 2004 auch ambulanten Diagnosen Auskunft über den Einsatz neuer Arzneimittel und Therapiestrategien geben. Zudem können personenbezogene Aussagen über die Verordnungshäufigkeit, mittlere verordnete Dosierungen oder populationsbezogene und regionale Verteilungsmuster getroffen werden. Auch vergleichende Studien zur Verträglichkeit und zum Nutzen therapeutischer Interventionen sind durchführbar, sofern die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten oder Variationen des Medikamentenverbrauchs relevante Bewertungsmerkmale sind.

Es kann allerdings nicht untersucht werden, wie die Medikamentenverordnung zu Stande gekommen ist, welche klinischen Befunde ihr zugrunde liegen und wie zufrieden die Patientinnen und Patienten damit sind. Dies könnte allenfalls durch zusätzlich durchgeführte Versichertenbefragungen in Erfahrung gebracht werden.

3. Interaktions-patientenbezogener Ansatz

Einige Facetten der Qualität der Pharmakotherapie lassen sich nur

durch eine Analyse der Arzt-Patienten-Interaktionen und lebensweltlicher Kontextfaktoren erfassen. Hierbei kommen oft qualitative Forschungsmethoden zum Einsatz. Erwartungen, Bedürfnisse und Zufriedenheit der Patienten werden erhoben und in Beziehung zu arztseitigen Wahrnehmungen und Handlungen gesetzt. Für eine schlechte Qualität der Pharmakotherapie sprechen unter diesen Aspekten:

- eine unzureichende Berücksichtigung individueller Lebensgewohnheiten (z. B. Tagesrhythmus, Esskultur) oder Fähigkeiten (z. B. Schluckbeschwerden, Schwierigkeiten bei der Einnahme von Tabletten aus der Verpackung) der Patientinnen und Patienten;
- Verordnungen, die bei entsprechenden Indikationen nicht die Patientenpräferenzen (z. B. Phytopharmaka bei mittelschweren Depressionen) berücksichtigen,
- die Ablehnung der Pharmakotherapie und Non-Compliance seitens der Patientin/des Patienten z. B. aufgrund kommunikativer Defizite in der Arzt-Patient-Beziehung und eines fehlenden Konsenses hinsichtlich der Behandlungsprioritäten und -ziele;
- Dauerverordnungen von Arzneimitteln, die mit einem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial belastet sind und dennoch – in vielen Fällen ohne Information über die Gefährdung – unkontrolliert und unkommentiert weiter verordnet werden.

Der oben skizzierte Ansatz wird im Wesentlichen in Einzelstudien umgesetzt, problematische Dauerordnungen können allerdings auch im Rahmen des „klinisch-epidemiologischen“ Ansatzes untersucht werden (Punkt 2). Zusätzlich zu diesem „klinisch-epidemiologischen“ Ansatz können auch qualitative Untersuchungen, die sich z. B. auf Interviews oder durch Beobachtung erhobene Daten stützen, dazu beitragen, Interaktionsmuster und Kausalzusammenhänge in komplexen Wirkgefügen aufzuklären. Der Erkenntnisgewinn, der mit Hilfe qualitativer Forschungsmethoden erzielt wird, sollte nicht zugunsten einer einseitig und schematisch quantitativ ausgerichteten Evidenzsuche gering geschätzt werden. Während der interaktions-patientenbezogene Ansatz eher die Prozessqualität der Verordnungsentscheidung in den Vordergrund stellt, liegt insbesondere beim klinisch-epidemiologischen Ansatz der Schwerpunkt der Betrachtung auf der Ergebnisqualität.

Die Anbindung von Report-Publikationen an eine Hotline kann Versicherten zusätzliche und individuelle Informationen anbieten. Daher wird in unserer Arbeitsgruppe seit vielen Jahren eine täglich erreichbare Hotline angeboten, bei der sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten Antworten zur Arzneimitteltherapie bekommen. Damit steigt die Kompetenz der Versicherten, im therapeutischen Alltag die richtigen Fragen zu stellen und auf dieser Grundlage informierte Entscheidungen treffen zu können.

Insgesamt bilden die in Bremen entwickelten Arzneimittel- oder Leistungs-Reporte auf der Grundlage von Routinedaten eine wichtige Informationsressource für Krankenkassen, die sich aktiv und konstruktiv in den Diskussions-, Gestaltungs- und Informationsprozess in der medizinischen Versorgung „einmischen“ möchten. Diese Reporte fördern eine Evaluationskultur, die in unserem Gesundheitssystem nach wie vor schmerzlich vermisst wird. Dies ist nicht nur bei der Routineversorgung dringend erforderlich, sondern insbesondere bei der Einführung neuer Versorgungsformen oder Interventionen zur Kostendämpfung. Weder die integrierte Versorgung noch die Herausnahme der meisten nicht-verschreibungspflichtigen Mittel aus der GKV-Verordnungsfähigkeit oder die kommende Bonus-Malus-Regelung im ärztlichen Verordnungsbereich wird obligatorisch evaluiert – über die Wirkung all dieser Interventionen wird es daher einmal mehr keine Erkenntnisse aus der Begleitforschung geben. Unsere Reporte können zumindest einen Teil dieses Defizits ausgleichen, weil sie Jahr für Jahr alle erkennbaren Veränderungen darstellen und interpretieren, auch solche, die durch neue Regulationen oder gesetzliche Vorgaben entstanden sind.

Leistungs-Reporte als Beispiel für Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung steht in Deutschland noch am Beginn, erst vor wenigen Monaten wurde das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung gegründet (www.dnfv.de).

Dabei ergibt sich schon aus theoretischen Überlegungen die Notwendigkeit dieser Forschungsrichtung, die aus meiner Sicht komplementär zur klinischen Forschung steht und ebenso unverzichtbar ist. Während in der klinischen Forschung die efficacy im Vordergrund steht (Wirksamkeitsforschung), ist es in der Versorgungsforschung die effectiveness (Nutzforschung). Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de) hat auch 2005 erneut in seinem Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ die Notwendigkeit von Versorgungsforschung betont, um letztlich den Nutzen von therapeutischen Maßnahmen in der ‚real-life‘-Versorgung besser bestimmen zu können. Effektivitätsverluste sind auf dem Weg von klinischen

Studien vor der Zulassung eines Arzneimittels zur Anwendung an unselektierten Patientengruppen nicht zu vermeiden – Ein- und Ausschlusskriterien sowie ein strenges Monitoring während der klinischen Prüfphase führen zu eher artifiziellen

Prof. Dr. Gerd Glaeske,
Mitglied des Zentrums für Sozialpolitik seit 1999, Leiter des Arbeitsbereichs „Arzneimittelanwendungsforschung“ in der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Patientengruppen gegenüber den Patientinnen und Patienten in der späteren ambulanten oder stationären Versorgung nach der Zulassung. Hier kann die Versorgungsforschung Hinweise darauf geben, welche Voraussetzungen bei der Entscheidung für oder gegen eine Therapie zu berücksichtigen sind, welche Patientinnen und Patienten auch unter Aspekten der Lebensqualität einen besonderen Nutzen von dieser Therapie haben und mit welchem patientenorientierten Ergebnis (outcome) zu rechnen ist – auch eine Möglichkeit, um von patientenfernen Surrogatparametern Abstand zu gewinnen. Insofern schließt Versorgungsforschung vor allem auch patientenorientierte und -relevante Ziele ein, während die klinische Forschung eher wirkungs- und krankheitsbezogenen organisiert ist. Die methodischen Ansätze können übrigens in beiden Bereichen ähnliche sein – randomisierte, kontrollierte Studien (randomised controlled trials/RCTs) oder Registerstudien sind keineswegs nur klinischen Prüfungen vorbehalten.

Es gibt ein weiteres wichtiges Forschungsfeld für die Versorgungsforschung:

Dabei geht es um die ökonomischen Betrachtungen unterschiedlicher Behandlungen oder Behandlungswege (clinical pathways). Die Allokation personeller und finanzieller Ressourcen unter der Voraussetzung von ‚real-life‘ spielt eine immer bedeutendere Rolle, da in beiden Bereichen sowohl Effizienzverluste als auch Effizienzgewinne erreicht werden können. Versorgungsforschung will daher auch im Rahmen einer Evaluation dazu beitragen, die Frage nach besserer Kooperation und Koordination in den Behandlungsabläufen beantworten zu können. Dazu müssen Indikatoren gefunden werden, die ‚belastbar‘ genug sind, die Prozesse und Ergebnisse der Behandlungsabläufe auch im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Bewertung quantifizierbar zu machen. International sind in diesem Zusammenhang QALYs (Quality Adjusted Life Years) die entsprechende Maßdimension, möglicherweise müssen für Deutschland andere Maßeinheiten (outcome-unit) vereinbart werden – die Diskussion über den Wert eines qualitätsadjustierten Lebensjahres dürfte bei uns viele Erinnerungen an die Vernichtung angeblich unwerten Lebens wachrufen.

Ein drittes Forschungsfeld ist die Unterstützung der Implementierung von Leitlinien. Seit Jahren wird beklagt, dass Leitlinien zu wenig Eingang in den Alltag der medizinischen Versorgung finden. Leitlinienkommissionen sollten sich daher nicht nur damit beschäftigen, inhaltlich und methodisch verbesserte Leitlinien zu entwickeln, sondern auch systematische und empirische Untersuchungen zur Umsetzung und zur Wirkung in der Praxis durchzuführen und damit die oft beklagte Begrenzung der Leitlinien mit ihrer zu starken Ausrichtung auf die Klinik und mit ihrer zu starken Fixierung auf einzelne Krankheiten zu überprüfen und bei einer Neufassung zu berücksichtigen. Versorgungsforschung kann hier helfen, die Qualität

in der Versorgung zu beschreiben, damit, wenn es erforderlich ist, Optimierungsprozesse eingeleitet werden, die sich auch in den Leitlinien wieder finden.

Versorgungsforschung ist auch Risikoforschung. Die Notwendigkeit der Verbesserung der Pharmakovigilanz ist unbestritten, es fehlt aber an systematischer Erfassung von unerwünschten Ereignissen während eines Behandlungsablaufs, es fehlen häufig auch Darstellungen der Folgen solcher unerwünschter Ereignisse, die nicht selten zu weiteren Behandlungen führen. Versorgungsforschung geht damit weiter, als nur noch nach unerwünschten Wirkungen zu fragen; es geht im Rahmen der Versorgungsforschung auch um Hinweise auf Fehler im Behandlungsprozess, die identifiziert werden und zur Optimierung für künftige Entscheidungen in der Therapie führen können.

Versorgungsforschung macht aber nicht an Sektoren oder Professionen halt, sie sucht bewusst die Beschreibung und Evaluierung aller in einen Behandlungsablauf einbezogenen Institutionen und Berufsgruppen, weil sie sich der Patientenorientierung und dem patientenrelevanten Nutzen widmet.

Versorgungsforschung ist daher nicht mehr eine arzneimittel- oder -therapieorientierte, sondern eine auf den Behandlungsprozess und auf das Behandlungsergebnis orientierte Forschung, die den Ärztinnen und Ärzten sowie allen anderen beteiligten Berufsgruppen einen Spiegel der Ergebnisse ihrer Behandlungen und Interventionen anbieten kann. Und wenn dann in einem feed-back-Verfahren solche Ergebnisse Eingang in Leitlinien und Therapieempfehlungen bekommen, schließt sich der Forschungszirkel zugunsten der Patientinnen und Patienten: Die klinische Forschung und Prüfung bietet Voraussetzungen für eine möglichst immer besser werdende Behandlung an, die in einer ‚real-life‘-Situation ihren Nut-

zen unter Beweis stellen soll. Und dieser patientenorientierte Nutzen kann in der Versorgungsforschung deutlich gemacht und im Rahmen einer ökonomischen Evaluation bewertet werden (Kosten-Nutzen-Bewertung). Damit kann die Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag zu mehr Effizienz und Qualität leisten – die Forschungsfragen, die bearbeitet werden müssen, sind vielfältig, sie werden in einer dynamischen Disziplin wie der Medizin auch niemals ausgehen.

Literatur

Donabedian, Avedis, 1969: *A Guide to Medical Care Administration, Vol. II: Medical Care Appraisal – Quality and Utilization*. New York: Am Pub Health Ass.

Glaeske, Gerd; Janhsen, Kathrin, 2006: *GEK-Arzneimittel-Report 2006*. St. Augustin: Asgard.

Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.), 2007: *Arzneiverordnungs-Report 2006*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Gerd Glaeske

Telefon: 0421/218-4401

gglaeske@zes.uni-bremen.de

Professions, Globalization and the European Project: Shifting Spheres of Opportunity

4th Interim Workshop, European Sociological Association Research Network
„Sociology of Professions“ vom 29. März bis 1. April 2006 in Bremen

Der von der DFG geförderte Workshop brachte international renommierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zusammen, die im Bereich der Professionssoziologie in der European Sociological Association (ESA) arbeiten. Im Zentrum der Diskussion standen die Wandlungsprozesse in den Professionen im Kontext der Globalisierung und der Veränderungen in Europa. Das Programm war in drei thematische Schwerpunkte und neun moderierte Arbeitsgruppen mit insgesamt 32 Vorträgen gegliedert. Die Vorträge beleuchteten insbesondere Zusammenhänge zwischen New Governance und New Public Management Ansätzen im Bereich wohlfahrtsstaatlicher Dienstleistungen und den Dynamiken in den Professionen. Thematisiert wurden die Spannungen zwischen klassischen Strategien der Exklusion in Professionalisierungsprozessen und den wachsenden – politischen, sozialen und kulturellen – Forderungen nach Kooperation und sozialer Inklusion verschiedener Berufs- und sozialer Gruppen sowie der Nutzerinnen und Nutzer sozialer Dienstleistungen. Ebenso rufen die neuen Anforderungen an Flexibilität und Mobilität auf dem Arbeitsmarkt Veränderungen in den Geschlechterarrangements und eine zunehmende

Migration neue Dynamiken hervor, die bisher weder in den politischen Reformkonzepten noch in den Forschungs- und Theorieansätzen zufriedenstellend erfasst werden.

Der Workshop eröffnete hier neue und weiterführende Perspektiven. Ein wesentliches Ergebnis ist eine Erweiterung der geopolitischen Perspektiven, die insbesondere durch die Beteiligung von Forscherinnen und Forschern aus Süd-, Mittel- und Osteuropa sowie auch aus Mexiko, Australien und Kanada möglich wurde. Ein zweites Ergebnis ist die zunehmende Bedeutung komparativer Studien und Erklärungsansätze; hier zeigten mehrere Beiträge die Spannungen zwischen globalen Policy Konzepten und nationalstaatlich verankerten institutionellen Regulierungsformen vor allem für die Gesundheitssysteme auf. Ein drittes Ergebnis ist die zunehmende Überlagerung verschiedener Differenzen und Differenzierungslinien in den Professionen; genderspezifische Studien legten offen, dass eine wachsende Diversität und flexiblere Arbeitsmarktbedingungen die hierarchische Geschlechterordnung zwar verändern, aber dennoch Ungleichheiten reproduzieren und neue ‚gender traps‘ hervorbringen können.

Die Tagung hat wichtige Impulse und theoretische Weiterentwicklungen in dem Feld gebracht und die internationale Zusammenarbeit gefördert. Die Ergebnisse sollen einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und Forschungsk Kooperationen intensiviert werden, im Kontext des 7. EU Rahmenprogrammes wie auch in kleineren Projekt- und Publikationskooperationen.

Weitere Informationen und Planungen sowie das Programm und die Abstracts des Workshops sind auf der Internetseite des ESA RN Sociology of Professions zu finden:
www.valt.helsinki.fi/esa/profe.htm.

Kontakt

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

Wandel des Staates – Transformation von Herrschaft?

Nachwuchstagung des Sonderforschungsbereichs „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597)
vom 31. März bis 2. April 2006 in Bremen

Vom 31. März bis zum 2. April fand in den Räumen des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) die erste Nachwuchstagung des Sonderforschungsbereichs »Staatlichkeit im Wandel« (Sfb 597) statt, die vom ZeS organisatorisch mitgetragen wurde. Die Tagung begann mit einer öffentlichen Veranstaltung am Freitagnachmittag (31. März), für die die international renommierten Staatsforscher/innen *Prof. Renate Mayntz* (Max Planck Institut für Gesellschaftsforschung Köln) und *Prof. Bob Jessop* (University of Lancaster) als Referent/in gewonnen werden konnten.

An den beiden Folgetagen (1. und 2. April) diskutierten mehr als 80 junge Staatsforscher/innen aus dem

gesamten deutschsprachigen Raum in acht Panels u. a. über neuere staats- und steuerungstheoretische Debatten sowie über empirische Analysen des Wandels staatlicher Strukturen angesichts von Globalisierungs- und Privatisierungsprozessen. Die 24 Referenten und Referentinnen waren in einem anonymen Auswahlverfahren aus mehr als 80 Bewerbungen ausgewählt worden. Etablierte Bremer Wissenschaftler/innen fungierten als Discussants. Dem Organisationskomitee für die Tagung gehörten Ralf Bendrath, Achim Hurrelmann, Zuzana Krell-Laluhová, Aletta Mondré, Thomas Rixen, Ingo Rohlfing, Steffen Schneider und Silke Weinlich an.

Kontakt

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

Versorgungsqualität im Gesundheitswesen Neue Herausforderungen durch Nutzerorientierung und Geschlechtergerechtigkeit

Tagung des Zentrums für Sozialpolitik am 5./6. April 2006 in Bremen

Die Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitssystem gehört zu den zentralen Zielen der Gesundheitsreformen. Der Workshop brachte Vertreterinnen und Vertreter aus Institutionen, Forschung und Praxis zusammen, um Anforderungen und Strategien zu diskutieren und neue Perspektiven in der Gesundheitspolitik und Versorgung aufzuzeigen. Im Zentrum standen die Forderungen nach Integration der Nutzerinnen und Nutzer von Versorgungsleistungen in die Entscheidungsprozesse und die Verbesserung von Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitssystem.

Vier Impulsreferate leiteten jeweils in die thematischen Schwerpunkte ein, die mit weiteren Statements der Teilnehmer/innen ergänzt und im Plenum diskutiert wurden:

Prof. Dr. Gerd Glaeske, ZeS, Evidenzbasierte Patienteninformation; *Dr. Ellen Kuhlmann*, ZeS, Standards, Gender und Vielfalt von Nutzerinteressen; *Prof. Dr. Petra Kolip*, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Gender Mainstreaming in Prä-

vention und Gesundheitsförderung; *Prof. Dr. Norbert Schmacke*, Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung in der Freien Hansestadt Bremen (VFWF), Angemessene Versorgung: wie weit trägt der Begriff?

Die Diskussionen legten einen dringenden Bedarf an neuen Wegen und Konzepten in Forschung, Politik und Praxis offen. Sie zeigten zugleich eine hohe Bereitschaft für einen konstruktiven Dialog über die vielfältigen im Gesundheitssystem existierenden Grenzen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen, Forschung und Praxis sowie Frauengesundheits- und Geschlechterforschung und ‚Mainstream‘-Perspektiven.

Die Veranstaltung knüpft an den Workshop „Koronare Herzerkrankungen und Disease Management Programme – was bringt die Geschlechterperspektive?“ im Herbst 2003 an, in dem ebenfalls ein breites Spektrum eingeladener Teilnehmer/innen in einer vertrauensvollen Atmosphäre über neue Anforderungen und Perspektiven diskutierte.

Der Workshop hat erneut bestätigt, dass ein solcher Dialog sehr fruchtbar ist und dazu beiträgt, Barrieren in der Kommunikation und Koordination im Gesundheitssystem abzubauen. Er stellt einen weiteren Baustein in den aus Bremen initiierten und wesentlich von Forscherinnen und Forschern der Bremer Universität getragenen Initiativen dar, auf nationaler Ebene einen konstruktiven und kooperativen Dialog zu fördern und neue Wege in der Gesundheitsversorgung auszuloten.

Kontakt

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

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

Altersdiskriminierung und Beschäftigung

Tagung des Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) in Kooperation mit dem Bremer Institut für deutsches, europäisches und internationales Gender-, Arbeits- und Sozialrecht (bigas) und der Evangelischen Akademie Loccum 19./20. Januar 2006 in Bremen

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz zur Umsetzung der Europäischen Antidiskriminierungsrichtlinien hat bis in den Sommer hinein Politik und Öffentlichkeit beschäftigt. Die Diskriminierung wegen des Alters war dabei einer der umstrittenen Aspekte.

Im Vorfeld der politischen Entscheidung veranstaltete das Zentrum für Sozialpolitik gemeinsam mit dem Bremer Institut für deutsches, europäisches und internationales Gender-, Arbeits- und Sozialrecht (bigas) und der Evangelischen Akademie Loccum eine Tagung zu Altersdiskriminierung und Beschäftigung. Altersdiskriminierung im Bereich der Beschäftigung ist angesichts der aktuellen Debatte um verstärkte Arbeitsmarktintegration, soziale Inklusion und demographischen Wandel von besonderer Bedeutung.

Die nach wie vor verbreitete stereotype Zuschreibung meist negativer Eigenschaften zu Menschen eines bestimmten Alters erfolgt in der Regel ohne Berücksichtigung neuerer sozialgerontologischer Erkenntnisse und beeinträchtigt sowohl die individuellen Entfaltungsmöglichkeiten als auch die sozialen Sicherungssysteme.

Methodisch stand die Tagung im Zeichen des interdisziplinären Dialogs zwischen Sozialwissenschaft und Jura, da die Podien zu den verschiedenen sozial- und arbeitsrechtlichen Themen systematisch mit Vertreter/innen beider Disziplinen besetzt waren.

Der Tagungsband „Altersdiskriminierung und Beschäftigung“ (ISBN 3-8172-0406-X), herausgegeben von Ursula Rust, Joachim Lange und Henning Pfannkuche, kann zum Preis von 12 Euro bei der Evangelischen Akademie Loccum, Protokollstelle, Postfach 2158, 31545 Rehburg-Loccum bestellt werden.

Kontakt

Joachim Lange
Telefon: 0421/218-4398
j.lange@zes.uni-bremen.de

Transformation of Welfare State: Political Regulation and Social Inequality

4. Jahreskonferenz des European Social Policy Analysis Network (ESPAnet)
vom 21. bis 23. September 2006 in Bremen

Verschiedene endogene und exogene Herausforderungen wie die anhaltende Massenarbeitslosigkeit, die Alterung der Bevölkerung, internationaler Wettbewerb und die großen Belastungen der öffentlichen Haushalte haben dazu geführt, dass seit Anfang der 1990er Jahre fast alle

Austausch, der bei schönstem Spätsommerwetter im Tagungshotel Atlantic Universum stattfand.

ESPAnet (European Social Policy Analysis Network) ist ein Zusammenschluss führender europäischer Sozialpolitikforscher mit dem Ziel, den

gerahmt von zwei Keynote-Lectures zu Beginn und drei Plenarvorträgen mit anschließender Podiums-Diskussion zum Abschluss der Tagung.

Prof. Dr. Tony Atkinson, Oxford University und *Prof. Dr. Ann Orloff*, Northwestern University, wählten in ihren Eröffnungsvorträgen unterschiedliche Aspekte des Themas „Growing Social Inequalities and the Welfare State“. Atkinson beleuchtete in seinem Vortrag „Social Policy Writ Large: An Income Policy for the EU?“ die Zusammenhänge zwischen Wirtschaftswachstum und Einkommensentwicklung und lotete die Möglichkeiten einer europäischen Einkommenspolitik aus. Orloff hingegen nahm eine Gender-Perspektive ein, und fragte in ihrem Vortrag „From Maternalism to Mothers' Employment: Dangers and Opportunities“ nach den Möglichkeiten einer Sozialpolitik, die Frauen nicht auf die Rolle als Hausfrau und Mutter festlegt, sondern die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Elternrolle für beide Elternteile ermöglicht.



Prof. Dr. Ilona Ostner (Universität Göttingen) während ihrer Keynote-Lecture „Politics by Ping-Pong: the Case of EU Equal Treatment Policies“ auf der 4th Annual ESPAnet Conference (Foto: Jessica Haase)

Wohlfahrtsstaaten enorme Anpassungsleistungen erbringen mussten. Diese können einerseits auf der Ebene politischer Regulierung beobachtet werden. Stichwortartig seien nur die Veränderung des Zusammenspiels verschiedener Wohlfahrtsproduzenten, die Einführung von ‚Wohlfahrtsmärkten‘, Aktivierungspolitiken und Ideen zum Umbau des ‚versorgenden Staates‘ zum ‚sozialinvestiven Staat‘ genannt. Andererseits haben sie ihren Niederschlag auch auf der Ebene individueller Wohlfahrt gefunden, so durch neuartige Ungleichheits- und Exklusionsformen und veränderte gesellschaftliche Problemlagen.

Diese Entwicklungen waren für die lokalen Organisatoren des Zentrums für Sozialpolitik und der Graduate School of Social Sciences (GSSS) Grund genug, das Thema „Transformation of the Welfare State: Political Regulation and Social Inequality“ in den Mittelpunkt der 4th Annual ESPAnet Conference 2006 zu stellen. Mehr als 220 Teilnehmer/innen aus ganz Europa und den USA beteiligten sich an einem regen wissenschaftlichen

wissenschaftlichen Austausch zu intensivieren und die internationale Kooperation und Nachwuchsförderung zu etablieren. Eine der wichtigsten Aktivitäten dieses Netzwerks ist die Durchführung der Jahrestagungen. Nach dem Sozialforschungsinstitut (SFI) Kopenhagen (2003), der Universität Oxford (2004) und der Universität Fribourg (2005) war die Universität Bremen die vierte Station dieser sehr erfolgreichen Unternehmung. Dies belegt einmal mehr die große Bedeutung, die dem Sozialwissenschafts- und Sozialpolitikforschungsstandort Bremen auch im internationalen Vergleich zukommt.

Die Tagung umfasste insgesamt 32 Panels zu verschiedensten Themenfeldern von „Welfare States and Welfare Markets“ bis „Transnational Social Policy“, von „Social and Educational Policy in Knowledge-based Economies“ bis „Social Inclusion or Exclusion of Immigrants in the Welfare State“. Auch methodische Fragestellungen wurden beleuchtet, etwa „Challenges to Comparative Welfare State Research“. Die Konferenz wurde

In der abschließenden Podiumsdiskussion „New Forms of Political Regulation“ war es *Prof. Dr. Ilona Ostner*, Universität Göttingen, die die Gender-Perspektive erneut aufgriff. In Ihrem Beitrag „Ping-Pong Politics. The Success and Surprise Story of Gender Policies“ untersuchte sie die Gründe für den unerwarteten Erfolg der EU-Gleichstellungspolitik. Wie Ostner betont, handelt es sich dabei nicht unbedingt um ein neues, jedoch ein überraschendes Gebiet politischer Regulierung.

Neuen Formen sozialpolitischer Regulierung wendete sich *Prof. Dr. Peter Taylor-Gooby* zu, indem er den Zusammenhang zwischen „New Forms of Political Regulation and the Next Crisis of the Welfare State“ darlegte. Neue Regulierungsformen setzen auf rationale Akteure, und arbeiten dementsprechend mit Angeboten und Anreizen, nicht mit „passiven“ Zahlungen. Diese Politik zeige zwar durchaus Erfolge, fördere aber auch eine individualistische Gesellschaft und unterminiere so das affektive Vertrauen in und die Zustimmung zum Wohlfahrtsstaat (hier als Gegensatz zu individuellen Programmen).

Nach diesen Ausführungen war es schließlich an *Prof. Dr. Claus Offe*, Ansätze zu skizzieren für eine Antwort auf die Frage „How Do We Recognize a Good Policy When We See It?“

Weitere Informationen zur 4th Annual ESPAnet Conference finden sich unter www.espanet2006.de. Dort stehen auch die Papiere aus den Panels zum Download bereit.

Kontakt

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

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

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

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

Die GKV der Zukunft – Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung

1. Medizinkongress der Gmünder ErsatzKasse (GEK) und des ZeS am 26. September 2006 in Berlin

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht in den kommenden Jahren vor bekannten und neuen Herausforderungen. Es gilt Unter-, Über- und Fehlversorgung zugunsten einer Verbesserung von Qualität und Effizienz abzubauen, zumindest aber zu verringern. Der demographisch bedingte ansteigende Versorgungsbedarf im Bereich bestimmter chronischer Erkrankungen oder akuter Ereignisse muss innovativ organisiert werden (Krebserkrankungen, Demenz, Osteoporose, Schlaganfall oder Stoffwechsel-Erkrankungen). Weitere Ziele sind die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention und eine sich den veränderten Gegebenheiten angepasste und nachhaltig geregelte Finanzierungsgrundlage. Bei allem muss die Zuverlässigkeit der GKV für die Versicherten weiterhin garantiert sein.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen neue Wege gesucht und beschränkt werden. Es bedarf innovativer Konzepte und Anreize in unserem Gesundheitswesen – für mehr Qualität, Effizienz und Zufriedenheit sowohl bei Angehörigen ärztlicher und nicht ärztlicher Berufe als auch bei Patientinnen und Patienten. Die derzeitige arbeitsteilige Medizin benötigt eine bessere Koordination und Kooperation auf Seiten der Handelnden: die Organisation einer vertraglich geregelten Gesamtversorgung sowie eine stärkere Betonung von Prävention und Gesundheitsförderung, getragen von zukunftsfähigen Finanzierungsmodellen.

Diese Fragestellungen standen im Mittelpunkt des 1. Medizinkongresses der GEK, der in Kooperation mit der Universität Bremen unter der wissenschaftlichen Leitung von *Prof. Dr. Gerd Glaeske* vom Zentrum für Sozialpolitik durchgeführt wurde.

Aus Sicht der GEK referierten der Vorstandsvorsitzende *Dieter Hebel* zum Thema „Die GEK auf dem Weg in die Zukunft“ und der Leiter des medizinischen Versorgungsmanagements, *Dr. Thomas Schürholz*, zum Thema „Daten für Taten“ bezüglich aktiver Mitgestaltung der GEK bei neuen Versorgungsstrukturen.

Die parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, *Marion Caspers-Merck*, themati-

sierte Strategien und Ziele im Rahmen der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Mit *Gerd Glaeske*, *Prof. Dr. Rolf Rosenbrock* und *Prof. Dr. Eberhard Wille* waren gleich drei Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen anwesend. Der Vortrag von *Gerd Glaeske* widmete sich neuen Koordinations- und Organisationsformen in der Medizin. *Rolf Rosenbrock*, Wissenschaftszentrum Berlin, diskutierte das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung bei chronischen Erkrankungen und *Eberhard Wille*, Universität Mannheim, gab Einblicke in nachhaltige Finanzierungsmodelle der GKV. *Evelyn Drobinski*, Vorsitzende des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland griff das Thema Beratung und Begleitung chronisch Kranker am Beispiel Diabetes auf und *Dr. Stefan Etgeton*, Verbraucherzentrale Bundesverband, den Ausbau der NutzerInnenorientierung unseres Gesundheitssystems.

Der mit 150 Fachleuten aus Medizin und Gesundheitswesen sehr gut besuchte Kongress führte zu einem anregenden Diskussionsaustausch unter den Beteiligten. Einigkeit bestand über die Dringlichkeit innovativer Konzepte in unserem Gesundheitswesen, mit notwendigen Anreizen für mehr Qualität und Effizienz. Ein Konzept könnte der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sein, das allerdings von neuen Finanzierungsmodellen getragen sein muss. Die GKV der Zukunft ist nur realisierbar, wenn sich die Rollen aller im System Beteiligten verändern – hin zu mehr Kooperation und Koordination in einem patientenorientierten Gesundheitssystem.

Für weitergehende Informationen stehen die Beiträge der Referentinnen und Referenten und die Ergebnisse des Kongresses Anfang des kommenden Jahres in einer Kongressdokumentation zur Verfügung.

Kontakt

Cornelia Trittin
Telefon: 0421/218-4378
c.trittin@zes.uni-bremen.de

Projekte und Arbeitsvorhaben

Graduate School of Social Sciences (GSSS)

Lob und Drittmittel für die Bremer Sozialwissenschaften:
Förderung der GSSS für weitere zwei Jahre gesichert.

Intensive Betreuung und ausgezeichnete Arbeitsbedingungen, hohes wissenschaftliches Niveau und anspruchsvolles Lehrprogramm – Graduiertenausbildung par excellence: Vier Jahre erfolgreicher Arbeit haben zu diesem Lob für die Graduate School of Social Sciences (GSSS) der Universität Bremen geführt. Die VolkswagenStiftung fördert die GSSS für die kommenden zwei Jahre mit 826.000 Euro. Eine ausgezeichnete Begutachtung durch ausgewiesene Wissenschaftler hat nach Worten des Generalsekretärs der VolkswagenStiftung Dr. Wilhelm Krull, zu der Entscheidung geführt, die sozialwissenschaftliche Graduiertenausbildung in der GSSS weiter zu unterstützen.

Mit einem innovativen Ausbildungskonzept, interdisziplinärer Vernetzung und international anerkanntem Forschungsniveau befördert die GSSS, an der auch das Zentrum für Sozialpolitik beteiligt ist, nicht nur die inneruniversitäre Reformdynamik. Sie hat auch erheblichen Anteil an der Profilierung der Universität Bremen als Forschungsuniversität und dem guten Abschneiden in der ersten Runde der Exzellenzinitiative. Die drei Themenfelder der GSSS „Transnationale Beziehungen und politische Theorie“, „Der moderne Wohlfahrtsstaat“ und „Lebenslauf, Bevölkerungsdynamik und sozialer Wandel“ werden weiter ausgebaut. Darüber hinaus soll die Graduate School künftig für angrenzende Disziplinen geöffnet werden – gedacht ist zunächst an die Rechts-, Wirtschafts- und Gesundheitswissenschaften. Weiterhin wird das theoretisch und methodisch anspruchsvolle Ausbildungsprogramm der School systematisch für junge Wissenschaftler/innen aus Forschungsprojekten wie dem Sonderforschungsbereich ‚Staatlichkeit im Wandel‘ (Sfb 597) geöffnet.

Intensiviert wird auch die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen. Neben den bereits bestehenden Kooperationen mit sozialwissenschaftlichen Forschungseinrichtungen der Universität ist künftig eine verstärkte inneruniversitäre Kooperation mit dem Jean Monet Center for European Studies, dem Zentrum für Europäische

Rechtspolitik, der Forschungsstelle Osteuropa sowie dem Bereich Public Health geplant. Regional und national sind für Teile des Lehrprogramms Kooperationen mit der International University Bremen (IUB), der Universität Oldenburg, der Universität Hamburg und dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) vorgesehen. Hinzu kommt der Ausbau internationaler Kooperationen mit der Cornell University, der Duke University, der Harvard University, den Universitäten Mailand, Oslo, Trento und weiteren Hochschulen.

Auf dieser Basis wird in Zukunft noch mehr Augenmerk auf die Rekrutierung von hoch qualifizierten internationalen Absolventinnen und Absolventen gerichtet. Auch wollen die gegenwärtig 50 GSSS-Fellows aus Europa, Asien und den USA ein Alumninetzwerk aufbauen, das die GSSS weiter trägt. Der Schritt vom Modellversuch zum Stützpfiler exzellenter universitärer Nachwuchsförderung ist getan.

Kontakt

Karin Gottschall
Telefon: 0421/218-4144 oder -4402
kgs@gsss.uni-bremen.de

Förderinitiative „Zukunftsfragen der Gesellschaft“

Brückenprogramm zwischen Wissenschaft und Praxis
in der Transformation des Sozialstaates

Im Rahmen des von der VolkswagenStiftung geförderten Brückenprogramms zwischen Wissenschaft und Praxis in der Transformation des Sozialstaates wird Dr. Silke Bothfeld, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) der Hans Böckler Stiftung, in der Zeit von November 2006 bis Oktober 2007 ein internationales vergleichendes Projekt zum Thema „Ökonomisierung der Geschlechterverhältnisse im konservativen Wohlfahrtsstaat“ durchführen. Im Mittelpunkt steht dabei die Analyse des Politikwandels in der Gleichstellungs-, Familien- und Arbeitsmarktpolitik in ausgewählten Wohlfahrtsstaaten.

Kontakt

Silke Bothfeld
Telefon: 0421/218-4396
sbothfeld@zes.uni-bremen.de

Neue Mitarbeiter/innen

Mit der Berufung von Heinz Rothgang auf die Professur für Gesundheits- und Pflegeökonomie und dessen Übernahme der Leitung der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ (z. Zt. noch gemeinsam mit Rainer Müller, der das ZeS im Februar 2007 verlässt) bekommt die Abteilung weiterhin personelle Verstärkung: Seit Juni 2006 arbeiten *Dipl.-Ök. Maike Preuss* und, seit August 2006, *Mag. rer.soc. oec. Tina Salomon* in der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“. Beide Stellen wurden in Kooperation mit dem Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften (FB 11) der Universität Bremen besetzt. Arbeitsschwerpunkte sind Pflegeökonomie (Maike Preuss) und gesundheitsökonomische Evaluation (Tina Salomon). Ein weiterer Mitarbeiter, *Dipl.-Volkswirt Marcus Throm* hat im September die Arbeit in dieser Abteilung aufgenommen. Herr Throm beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Fragen des Wettbewerbs und der Finanzierung von Gesundheitssystemen sowie mit Vergütungs- und Versorgungsformen.

Im Rahmen des von der Hans Böckler Stiftung geförderten Promotionskollegs „NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung“, an dem außer dem ZeS auch das Institut für Public Health (IPP), beteiligt ist, sind zwei Stipendiatinnen *Dipl.-Gesundheitswirtin (FH) Marion Rehm* und *Dipl.-Pol. Ulla Krause* im ZeS tätig. Frau Rehm beschäftigt sich mit der Umsetzung von Casemanagement durch Krankenhäuser und stellt Fragen nach Zielsetzung und Nutzer/innen-Orientierung; Frau Krause hat die hausarztzentrierte Versorgung aus der Nutzer/innen-Perspektive zum Thema.

Seit September 2006 arbeitet *Sabine Steger*, ehemals Sekretärin der Abteilung „Theorie und Verfassung des Wohlfahrtsstaates“, nach längerer Unterbrechung wegen Erziehungsurlaub, wieder im ZeS, jetzt in der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“, Arbeitsbereich Versorgungsforschung. *Linda Kautz*, die zuvor in diesem Arbeitsbereich beschäftigt war, ist zum Mai 2006 in das Dezernat 6, Studentische Angelegenheiten, der Universität Bremen gewechselt.

Seit April 2006 ist *Cornelia Trittin* als Sachbearbeiterin im Arbeitsbereich Arzneimittelanwendungsforschung der Abteilung Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin

tätig. Die Stelle wurde in Kooperation mit der Gmünder ErsatzKasse (GEK) besetzt.

Im Rahmen ihrer Ausbildung zur medizinischen Dokumentationsassistentin absolviert *Martina Klindworth* von August 2006 bis Januar 2007 ein Praktikum im ZeS und ist dabei insbesondere in dem Projekt „Unterstützung und Förderung der Selbstorganisation von Patienten, Betroffenen und Angehörigen zur Stärkung ihrer Autonomie und Souveränität durch Nutzung web-basierter Informationstechnologie“, beschäftigt. Ein weiterer Schwerpunkt wird die Verbesserung der Dokumentation der Daten auf dem ZeS-Datenbank Server sein.

Seit November 2006 arbeitet *Dr. Silke Bothfeld*, Hans Böckler Stiftung, für ein Jahr im ZeS. Dieser Aufenthalt wird durch das Brückenprogramm zwischen „Wissenschaft und Praxis in der Transformation des Sozialstaates“ ermöglicht, mit dem die Volkswagen-Stiftung zeitlich befristete Wechsel von der Praxis in die Forschung und umgekehrt unterstützt. Während ihres Forschungsaufenthaltes im Zentrum für Sozialpolitik wird sich Silke Bothfeld in Kooperation mit Karin Gottschall und weiteren Kolleginnen und Kollegen des ZeS mit dem Thema „Ökonomisierung der Geschlechterverhältnisse im konservativen Wohlfahrtsstaat“ beschäftigen. Zu dieser Thematik wird Silke Bothfeld auch Lehrveranstaltungen anbieten.

Für die Vorbereitung der von der DFG geförderten ESPAnet Konferenz, die vom 21. bis 23.09.06 in Bremen ausgerichtet wurde (s. S. 14f.), ist *Dipl.-Soz. Christian Marschallek* von April bis Dezember 2006 als wissenschaftlicher Mitarbeiter im ZeS tätig (Abteilung Theorie und Verfassung des Wohlfahrtsstaates).

In dem Projekt „Wie wird politische Verbindlichkeit hergestellt? Mikroanalyse der Erzeugung von Verbindlichkeit“ hat Anfang November *Dipl.-Soz. Britta Braumgarten* ihre Arbeit aufgenommen. *Dr. Tilo Felgenhauer*, der bislang mit *Dipl.-Pol. Cordelia Weihe*

in dem Projekt gearbeitet hat, ist an die Friedrich-Schiller-Universität Jena gewechselt.

Rufe

Herbert Obinger wurde im Juni 2006 zum Universitätsprofessor ernannt. Sein Fachgebiet ist die Vergleichende Staatstätigkeitsforschung unter besonderer Berücksichtigung der Sozialpolitik. Herr Obinger bleibt weiterhin Mitglied der Abteilung „Institutionen und Geschichte des Wohlfahrtsstaates“ und übernimmt nun mit Stephan Leibfried gemeinsam die Leitung dieser Abteilung.

Heinz Rothgang wurde im November 2005 auf die Professur für Gesundheits- und Pflegeökonomie im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften (FB 11) berufen. Er hat, z. Zt. noch gemeinsam mit Rainer Müller, die Leitung der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ übernommen. Die künftigen Schwerpunktsetzungen der Abteilung sind zentrales Thema dieses Reports (s. S. 4ff.).

Auszeichnungen

Den GEK Hansepreis im Studiengang Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen haben *Elka Anna Eberhard M.A.* für die Arbeit „Die Begründungen präventiver Interventionen in der gynäkologischen Fachliteratur in den letzten vier Jahrzehnten“ und *Edda Würdemann* für die Arbeit „Die medikamentöse Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADHS) bei Kindern“ bekommen.

Julia Lademann, studentische Mitarbeiterin in der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung, hat den GEK-Hansepreis Promotionen im Studiengang Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen für die Abschlussarbeit „Situation pflegender Angehöriger in der häuslichen Schwerstkrankenpflege“ erhalten.

IMPRESSUM

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

Redaktion: Dipl.-Soz. Gisela Hegemann-Mahlitz

Gestaltung: Wolfgang Zimmermann, Sonja Rose

Sekretariat: Sonja Rose

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

Auflage: 500

erscheint zweimal jährlich · ISSN-Nr. 1619-8115

Auslandsaufenthalte

Tanja Pritzlaff hält sich auf Einladung von Prof. Robert B. Brandom von August 2006 bis Februar 2007 am Department of Philosophy der University of Pittsburgh als Gastwissenschaftlerin auf. Sie wird sich dort vorrangig mit der sprachlichen Erzeugung politischer Verbindlichkeit – insbesondere mit der Verfeinerung der text-analytischen Methodik zur Erfassung relationaler sprachlicher Figuren – befassen.

Im September 2006 war *Elmar Rieger* auf Einladung der Peking Universität und der Chinese Academy for Social Sciences nach Peking eingeladen. Im Rahmen dieses Aufenthaltes hielt Elmar Rieger mehrere Vorträge zum Thema „The State and the European Union“ und zum Thema „The Return of Religion: The Role of the Welfare State“. Die Rolle der Religionen hat Elmar Rieger auch im November in einem Vortrag in der Jour-fixe Reihe des Zentrums für Sozialpolitik erneut aufgegriffen.

Gäste

Gefördert durch den Deutschen Akademischen Austausch Dienst (DAAD) wird *Frau Chen Wenjuan* von der Wuhan University of Technology, Hubei Province, V.R. China, von Januar bis Dezember 2007 einen Forschungsaufenthalt im ZeS absolvieren. Frau Chen Wenjuan beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Fragen der sozialen Sicherung von Arbeitnehmern.

Kontakt

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

Ebenfalls auf Einladung des DAAD wird *Prof. Dr. sc.oec. Brahim Badaoui*, Algerien, für drei Monate zu einem Forschungsaufenthalt an das ZeS kommen. Herr Badaoui wird seine historischen und kulturtheoretischen Arbeiten zur Gesundheitspolitik in Algerien fortsetzen, die er bereits in früheren Aufenthalten im ZeS in Kooperation mit der Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ aufgenommen hatte.

Kontakt

Rainer Müller
Telefon: 0421/218-4377
dkoch@zes.uni-bremen.de

Arbeitsbedingtheit von Frühberentung

Workshop des ZeS in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen am 10. Januar 2007 in Bremen

Ob und in welchem Maße führen schlechte Arbeitsbedingungen zu chronischen Krankheiten und Erwerbsunfähigkeit? – Eine Frage, die seit gut 100 Jahren die arbeitsmedizinische Forschung beschäftigt. Sie wird durch die neueren Arbeiten von Dr. Bödeker vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen aktuell wiederbelebt. Allerdings stehen im Fokus der heutigen Debatte weniger die körperlichen, sondern vielmehr die psychisch-mentalen Belastungen (geringer Handlungsspielraum bei der Arbeit) und die psychischen Erkrankungen (vorwiegend schwere Depression): Ob und inwieweit spielen psychische Prädispositionen im biographischen Verlauf des Erkrankungsprozesses eine Rolle?

Die Arbeiten von Bödeker u. a. haben zur Wiederbelebung dieser Kontroverse geführt, ob und in welchem Maße schlechte Arbeitsbedingungen für chronische und zur Erwerbsunfähigkeit führende Erkrankungen verantwortlich sind.

Der Workshop, der von der Abteilung Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin, *Prof. Dr. Rainer Müller* und *Dr. Wolfgang Hien*, in Zusam-

menarbeit mit *Prof. Dr. Karl Kuhn*, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und *Dr. Wolfgang Bödeker*, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, durchgeführt wird, beschäftigt sich mit diesen neueren Forschungsergebnissen von Bödeker u. a. Eingeladen sind die auf diesem Gebiet führenden Forscher/innen in Deutschland. Methodologisch-epidemiologische, arbeits- und gesundheitswissenschaftliche, rehabilitationswissenschaftliche sowie forschungsstrategische Fragen werden im Mittelpunkt der Diskussion stehen.

Um eine offene und produktive Diskussion zu gewährleisten, ist der Teilnehmer/innen-Kreis beschränkt.

Kontakt

Wolfgang Hien
Telefon: 0421/6994077
kontakt@wolfgang-hien.de

Die sozialpolitischen Entwicklungen in Deutschland – Versuch einer Bilanz

Sozial-/Gesundheitspolitisches Kolloquium im Wintersemester 2006/07

Mit Beiträgen von Dr. Werner Tegtmeier, ehem. Staatssekretär im Ministerium für Arbeit und Sozialordnung; Horst Schmitthenner, Vorstandsmitglied der IG Metall; Dr. Jens-Uwe Niehoff; Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Leiter der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin; Prof. Dr. Richard Hauser, ehem. Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt/M.; Prof. Dr. Friedhelm Hengsbach S.J., Universität St. Georgen, Frankfurt/M.

Kontakt

Prof. Dr. Rainer Müller
Telefon: 0421/218-4377
dkoch@zes.uni-bremen.de

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

Neuerscheinungen

Bogumil, Jörg; Jann, Werner; Nullmeier, Frank (Hg.), 2006: *Politik und Verwaltung*. PVS-Sonderheft 37. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert; Schnee, Melanie, 2006: *Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: BertelsmannStiftung.

Braun, Bernard, 2006: *Geburten und Geburtshilfe in Deutschland*. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 43. St. Augustin: Asgard.

Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2006: *Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten*. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 46. St. Augustin: Asgard.

Glaeske, Gerd; Janhsen, Katrin, 2006: *GEK-Arzneimittel-Report 2006*. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 44. St. Augustin: Asgard.

Kuhlmann, Ellen: 2006: *Modernising Health Care. Reinventing Professions, the State and the Public*. Bristol: Policy Press.

Leibfried, Stephan; Zürn, Michael, 2006: *Transformationen des Staates? Edition Zweite Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Zerfällt der Staat? Bedeuten Globalisierung, Privatisierung oder demographischer Wandel das Ende staatlicher Politik? Auf diese Fragen gibt das Buch von Stephan Leibfried und Michael Zürn eine abgewogene, ermutigende Antwort: Ja, Staatlichkeit wandelt sich und in vielen Bereichen ist der Staat nicht mehr allein für die Produktion öffentlicher Güter wie Sicherheit, Wohlfahrt, Rechtsstaatlichkeit oder Demokratie verantwortlich. Er bekommt vielmehr „Gesellschaft“ – andere Institutionen und Organisationen helfen mit. Aber das ist nicht das Ende des Staates und schon gar nicht das Ende der Politik.

Der vorliegende Band stellt erste Zwischenergebnisse aus den Arbeiten des Bremer Sonderforschungsbereichs „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597) vor, der seit 2003 maßgeblich von der DFG finanziert wird. Er kon-

zentriert interdisziplinäre Forschung (Politikwissenschaft, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften, Soziologie) auf eine gemeinsame Frage: Wandelt sich der moderne Staat in den letzten Jahrzehnten und wenn ja, wie wandelt er sich? Untersucht werden vier staatliche Kernbereiche: Sicherheit, Rechtsstaatlichkeit, Demokratie und Wohlfahrt.
www.sfb597.uni-bremen.de

Lessenich, Stephan; Nullmeier, Frank (Hg.), 2006: *Deutschland – eine gesplante Gesellschaft*. Frankfurt/New York: Campus.

Obinger, Herbert; Emmerich, Tálos, 2006: *Sozialstaat Österreich zwischen Kontinuität und Umbau. Eine Bilanz der ÖVP/FPÖ/BZÖ-Koalition*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Rust, Ursula; Lange, Joachim; Pfannkuche, Henning (Hg.), 2006: *Altersdiskriminierung und Beschäftigung*. Loccumer Protokolle 04/06. Evangelische Akademie Loccum. Pößneck: GGP media on demand.

Schmähl, Winfried; Rothgang, Heinz; Viebrock, Holger, 2006: *Berücksichtigung von Familienleistungen in der Alterssicherung. Analyse und Folgerungen aus ökonomischer Sicht*. DRV-Schriften, Bd. 65, herausgegeben von Deutsche Rentenversicherung Bund. Bad Homburg: wdv.

Familien mit Kindern benötigen einen Ausgleich, beispielsweise eine finanzielle Entlastung in der Phase der Kindererziehung. Eine finanzielle Mehrbelastung von Kinderlosen speziell in der Alterssicherung sei aber nicht sinnvoll. Das sind die Kernaussagen einer umfangreichen Studie „Berücksichtigung von Familienleistungen in der Alterssicherung“, die von Bremer Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlern aus dem Zentrum für Sozialpolitik bearbeitet wurde.

Hintergrund für die vorgelegte Untersuchung, die vom Forschungsnetzwerk Alterssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert wird, ist ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts, in dem eine verfassungswidrige Benachteiligung von Familien in der Pflegeversicherung konstatiert wurde. Das Verfassungsgericht forderte eine Prüfung, ob auch in anderen Bereichen der Sozialversicherung eine solche Benachteiligung bestehe. In der Studie wird die Bedeutung dieses Urteils für den Bereich der Alterssicherung geprüft, und zwar aus ökonomischer Perspektive. Die Autoren, Winfried Schmähl, Heinz Rothgang und Holger Viebrock, untersuchen die auch im politischen Raum vielfältig diskutierten Möglichkeiten, positive Effekte zu berücksichtigen, die von der Kindererziehung für den Bereich der Alterssicherung ausgehen.

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass zwar ein zusätzlicher Ausgleichsbedarf für Kinder bestehe. Sie wenden sich aber gegen die immer wieder vorgetragene Forderung, die Renten von Kinderlosen zu reduzieren oder diesen höhere Beiträge aufzuerlegen, da sie die entsprechenden Familienleistungen nicht erbringen. Nach Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener Finanzierungsmöglichkeiten plädieren die Autoren für eine Lösung außerhalb der einzelnen Alterssicherungssysteme. Sie schlagen eine finanzielle Entlastung von Familien in der Phase der Kindererziehung durch steuerfinanzierte Zahlungen vor, die pro Kind in einheitlicher Höhe erfolgen sollten – zum Beispiel als Zuschlag zum Kindergeld. Mit dieser Studie wird ein Beitrag sowohl zur Weiterentwicklung der Familienpolitik als auch der Alterssicherung in Deutschland geleistet.

Die Studie ist in den DRV-Schriften (Band 65) erschienen und kann bezogen werden über Deutsche Rentenversicherung Bund, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, 10704 Berlin eMail: bestellservice@drv-bund.de, Tel. 030/865 24536, Fax: 030/865 27089.

Zeitschrift für Sozialreform

Verlag Lucius und Lucius

Redaktionelle Betreuung im Zentrum für Sozialpolitik

www.z-sozialreform.de



Zentrum für
Sozialpolitik

Arbeitspapiere des Zentrums für Sozialpolitik 2006

Nr. 1/06	Aleksandrowicz, Paula	The Interplay of Retirement Policy and Externalisation Strategies Towards Older Workers in Polish and German Enterprises
Nr. 2/06	Hvinden, Björn	Is Increased Cross-Border Mobility Incompatible with Redistributive Welfare State? The North European Case
Nr. 3/06	Betzelt, Sigrid	Flexible Wissensarbeit: AlleindienstleisterInnen zwischen Privileg und Prekarität
Nr. 4/06	Castles, Francis G.; Obinger, Herbert	Towards More Comprehensive Measures of Social Support: Adding in the Impact of Taxes and Private Spending or Netting Out the Impact of Politics on Redistribution?
Nr. 5/06	Schmähl, Winfried	Aufgabenadäquate Finanzierung der Sozialversicherung durch Beiträge und Steuern – Begründungen und Wirkungen eines Abbaus der „Fehlfinanzierung“ in Deutschland
Nr. 6/06	Buhr, Petra; Klinke, Sebastian	Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern

Jour-fixe Reihe des Zentrums für Sozialpolitik

Im Wintersemester 2006/07 mit Beiträgen von PD Dr. Elmar Rieger, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik; Dr. Ellen Kuhlmann, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik; Dr. Joachim Lange, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik; Prof. Dr. Jürgen Schupp, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin.

Kontakt

Sonja Rose
Telefon: 0421/218-4362
srose@zes.uni-bremen.de



Universität Bremen