

Lange Wege aus Hartz IV?

Zur Dynamik von Mindestsicherung unter dem Bundessozialhilfegesetz und dem SGB II

Eine dynamische Betrachtungsweise zeichnet sich dadurch aus, dass die Dimension Zeit systematisch in der Begriffsbildung und Analyse berücksichtigt wird (Geiger 1962). Hieran gemessen war die deutsche Armutsforschung bis Ende der 1980er Jahre weitgehend statisch angelegt. Die Dauer von Armut bzw. des Bezugs von Leistungen zur Mindestsicherung wurde, wenn überhaupt, retrospektiv im Rahmen von Querschnittstudien erhoben. Ausstiege aus der Armut waren kein Thema. Das vorherrschende Armutsbild war das des Langzeitarmen. Diese Ausrichtung änderte sich Ende der 1980er Jahre: Mit der Bremer Längsschnittstichprobe von Sozialhilfe-Akten (LSA) und anderen bundesweiten Datensätzen wie dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) standen erstmals Datenquellen zur Verfügung, mit denen dynamische Analysen durchgeführt werden konnten. Im Folgenden wird die Entwicklung der dynamischen Armutsforschung in Deutschland kurz rekapituliert, wobei wir uns auf dyna-

mische Analysen zur sozialstaatlichen Mindestsicherung konzentrieren.

Vorbild für die dynamische Armutsforschung in Deutschland waren die USA, wo mit der Michigan Panel Study of Income Dynamics (PSID) schon seit Ende der 1960er Jahre Längsschnittdaten zur Erforschung der Dauer von Sozialhilfeleistungen (*welfare*)¹ zur Verfügung stehen. Besonders einflussreich waren in diesem Zusammenhang die Arbeiten von Bane und Ellwood (1986; 1994). Ihre Analyseeinheit waren *spells of welfare receipt*, neu begonnene Episoden oder Zeiträume, in denen Personen ihren Lebensunterhalt durch Inanspruchnahme sozialstaatlicher Leistungen

¹ Die ersten Studien beschäftigten sich vor allem mit AFDC (Aid for Families with Dependent Children), eine Leistung, die vor allem von Alleinerziehenden in Anspruch genommen wurde. Im Zuge der Reform von 1996 wurde das prinzipiell zeitlich unbegrenzte AFDC durch das zeitlich begrenzte TANF (Temporary Assistance to Needy Families) ersetzt.

Aus dem Inhalt

• Lange Wege aus Hartz IV?	1
• Gesundheitsempfinden und Lebenszufriedenheit bei alleinerziehenden Eltern	7
• Small scale-Reform oder Erdbeben? Eine Stellungnahme zur Gesundheitsreform in den USA	9
• Berichte	12
• Projekte	13
• Personalien	15
• Ankündigungen	16
• Tagungen	17
• Veröffentlichungen	18
• Neuerscheinungen	18
• Arbeitspapiere	20

Editorial

Die Idee des Leitartikels, prozessproduzierte Sozialverwaltungsdaten zu nutzen, um Lebenschancen in Mindestsicherungssystemen zu untersuchen, wurde erstmals am Sonderforschungsbereich 186 „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ in Kooperation mit dem ZeS ausgeführt. Der Ansatz ‚diffundierte‘ später auch nach außen und fand im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit seine Fortführung. Vorliegender Text, eine Zusammenarbeit von Petra Buhr (EMPAS/Bremen), Torsten Lietzmann (IAB/Nürnberg) und Wolfgang Voges (ZeS/Bremen), würdigt sowohl die Entwicklung des Ansatzes als auch die fortgesetzte Arbeit der Kolleginnen und Kollegen in Nürnberg.

Maartje Boerma beleuchtet eine bis dato noch nicht intensiv untersuchte Frage. Der Artikel zu den Belastungseffekten bei Alleinerziehenden im Bereich der subjektiven Lebenszufriedenheit und dem Gesundheitsempfinden ist zugleich ein gutes Beispiel für die wissenschaftliche Nachwuchsarbeit: Die Autorin, die sich noch mitten im Studium befindet, war 2009 Praktikantin in der Gesundheitsabteilung am ZeS. Vorliegender Text fasst die Ergebnisse des dort von ihr betreuten Forschungsprojekts zusammen.

Mirella Cacace behandelt schließlich eine gesundheitspolitische Reform, die, wenn man die Schärfe der nationalen Debatte und die große Aufmerksamkeit der Medien als Maßstab nimmt, unbedingt zu einer der bedeutendsten in den letzten Jahrzehnten zu zählen ist. Doch wie weit reicht das Reformprojekt Obamas? Wird es seiner Administration tatsächlich gelingen, bei 32 Millionen bisher unversicherten Menschen eine Absicherung für den Krankheitsfall zu erreichen? Die Autorin leuchtet die Hintergründe aus und bezieht Stellung.

Christian Peters

zur Mindestsicherung bestreiten. Sie berechneten die Übergangswahrscheinlichkeit, nach einer bestimmten Zahl von Monaten oder Jahren den Leistungsbezug zu beenden. Dabei machten sie auch eine wichtige Unterscheidung zwischen den Personen, die abhängig werden (*ever-begun sample*) und Personen, die bereits abhängig sind (*point-in-time sample*). Bane und Ellwood und andere konnten zeigen, dass es insgesamt eine hohe Fluktuation unter den *welfare*-Beziehern gab, bestimmte Gruppen aber überproportional lange auf staatliche Leistungen angewiesen blieben (vgl. zusammenfassend Buhr 1991). Diese Ergebnisse müssen u.a. vor dem Hintergrund gesehen werden, dass in den USA seit jeher besondere Befürchtungen bestanden, dass der Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung die Eigeninitiative der Nutzer zur Überwindung ihrer Bedürftigkeit schmälern würde.²

Die US-amerikanische Armutsforschung mit ihren prominenten Vertretern Bane und Ellwood stand Pate für das Projekt „Sozialhilfekarrieren“, das zunächst unter Leitung von Stephan Leibfried und Wolfgang Voges und später von Stephan Leibfried und Lutz Leisering im Bremer Sonderforschungsbereich 186 („Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“) in Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) durchgeführt wurde. In dem Projekt wurden zwei Kohorten von Neuzugängen in den Leistungsbezug von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLu) nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) untersucht: die Zugangskohorten 1983 und 1989.³ Das Projekt stützte sich also auf prozessproduzierte Daten der Sozialadministration. Zusätzlich wurden auch problemzentrierte Interviews mit (ehemaligen) Leistungsbeziehern durchgeführt. Die Ergebnisse der Analysen wurden als Hinweise einer „Verzeitlichung“, „Biographisierung“ und „Entgrenzung“ von Armut interpretiert. Kurzfristige Inanspruchnahme von Mindestsicherung nach dem BSHG war verbreiteter als gemeinhin angenommen – etwa die Hälfte der Neuzugänge war nach längstens

einem Jahr wieder aus dem Leistungsbezug ausgeschieden – und die meisten Sozialhilfebezieher wirkten aktiv an der Überwindung des Bezugs mit (Buhr 1995; Hagen 2004; Leibfried et al. 1995; Leisering, Leibfried 1999; Ludwig 1996; Niemann 2002). Deutlich wurde aber auch, dass ein Teil der Personen, die aus dem Leistungsbezug ausgeschieden sind, erneut auf Mindestsicherung angewiesen ist und ein anderer Teil nach Beendigung des Leistungsbezugs im armutsnahen Bereich verbleibt. Vor diesem Hintergrund sind die Schlussfolgerungen des Projekts auf Verzeitlichung und Entgrenzung nicht unwidersprochen geblieben (vgl. neuerdings Groh-Samberg 2009). Es wurde vor allem darauf hingewiesen, dass es zur Beschreibung prekärer Lebenslagen nicht ausreicht, nur die finanzielle Dimension zu betrachten und dass Zugangs- und Verbleibsrisiko in Armut nach wie vor ungleich verteilt sind.

Die Bremer Analysen zur Armutsdynamik am Sfb 186 und ZeS stießen im wissenschaftlichen und politischen Kontext auf große Resonanz und regten weitere Projekte an, bei denen eigene Daten erhoben wurden: Neben einer Studie aus Bielefeld (Andreß 1994; Golsch 2001) sind hier insbesondere zu erwähnen die Hallesche Längsschnittstudie (Rentzsch, Olk 2002)⁴ sowie ein erst kürzlich abgeschlossenes Projekt über Armutsdynamiken im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns (Kreher et al. 2007; Kreher 2010). Ergänzt wurden diese Projekte durch Sozialhilfeanalysen mit dem SOEP, die die verbreitete These der „Armutsfalle“ widerlegten (Gebauer et al. 2002; Gebauer 2007).

Darüber hinaus fand die dynamische Betrachtungsweise auch in anderen europäischen Ländern eine hohe Akzeptanz, etwa in Österreich (Stelzer-Orthofer 1997) oder in der Schweiz (Salzgeber, Suter 1997). Die Verbreitung eines dynamischen Ansatzes wurde besonders forciert durch europäische Projektverbände, die durch von der EU-Kommission aufgelegte Programme getragen wurden. In dem vom Direktorat XII finanzierten Projektverbund „Evaluation of Social Policy at the Local Urban Level“ (ESOPO) wurden unter maßgeblicher Beteiligung von Bremer Forschern des ZeS und Sfb 186 Methoden entwickelt für dynamische Analysen zur Sozialhilfebedürftigkeit in einer europäisch vergleichenden

Perspektive. Dabei kooperierten die Bremer u. a. mit Wissenschaftlern aus Italien, Schweden, Frankreich, Spanien und Portugal (Gustafsson et al. 2002; Saraceno 2002). Anhand einer Simulation konnte gezeigt werden, dass die unterschiedliche Dynamik in den europäischen Programmen zur Mindestsicherung im hohen Maße von den sozialstaatlichen Arrangements und nicht von den demografischen Strukturen der Nutzer oder deren Verhalten abhängt (z.B. Voges 2001, Jürgens 2008). Auf ersten ESOP-Studien aufbauend hat der von der EU-Kommission im Direktorat V finanzierte Projektverbund „The Role of Social Assistance as a Means of Social Inclusion and Activation“ Rahmenbedingungen und weitere Auswirkungen von Politiken existentieller Mindestsicherung untersucht (Heikkilä, Keskitalo 2001). Beim Rekurs auf Bedürftigkeitsepisoden⁵ ist die Sozialhilfedynamik wesentlich geringer als beim Rekurs auf Zahlungsepisoden. Besonders deutlich zeigt sich das bei deutschen Familien, die mehr als doppelt solange sozialhilfebedürftig bleiben, wie Familien in anderen europäischen Städten, die ebenfalls dem konservativ-korporatistischen Sozialstaatsmodell zuzurechnen sind.

Seit der Zusammenlegung von Sozialhilfe nach dem BSHG und Arbeitslosenhilfe nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) bzw. SGB III zum Arbeitslosengeld II (AlG II) nach dem SGB II im Jahre 2005 wird die Dynamik von Leistungen zur Mindestsicherung am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in Nürnberg erforscht. Im Zuge dessen werden zum einen die Dauer des Leistungsbezugs und die Dynamik von Zu- und Abgängen mit Hilfe prozessproduzierter Daten analysiert. Eine zentrale Rolle spielt dabei das „Administrative Panel“ des IAB. Dabei handelt es sich um eine Datenbasis, in der die Daten aus dem Verwaltungsvollzug zum Leistungsbezug nach dem SGB II der Bundesagentur für Arbeit für eine 10%-Stichprobe von Bedarfsgemeinschaften für eine Längsschnittbetrachtung aufbereitet sind. Dabei liegen Ergebnisse zu Dauer des Leistungsbezugs und Turnover aller Bedarfsgemeinschaften (Graf 2007; Graf, Rudolph 2009) und detailliertere Analysen zu bestimmten Zielgruppen (Lietzmann 2009, 2010; Schels 2008) vor. Zum anderen werden die subjek-

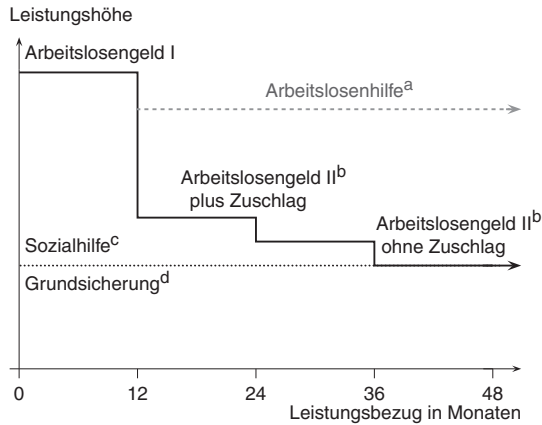
² Der exponierteste Vertreter dieser „welfarization-These“ in den 1980er Jahren war Murray (1984), der in letzter Konsequenz die Abschaffung aller Sozialprogramme forderte.

³ Das erste ZeS-Arbeitspapier überhaupt behandelt die Beschreibung der Datenbasis des Projekts, die Bremer 10%-Stichprobe von Sozialhilfeakten (Buhr et al. 1990).

⁴ Zur Konstruktion von Bedürftigkeitsepisoden vgl. z.B. Voges 2001.

⁵ Bei diesem Projekt handelte es sich um ein Kooperationsprojekt mit dem Bremer Projekt „Sozialhilfekarrieren“.

Abbildung 1: Sozialstaatliche Mindestsicherung bei Arbeitslosigkeit und Bedürftigkeit



^abis 2004 ^bnach 2005 für Langzeit-Arbeitslose und erwerbsfähige Bedürftige
^cfür erwerbsgeminderte Bedürftige ^dvereinfachte Sozialhilfe für über 65-jährige oder dauerhaft voll erwerbsgeminderte Bedürftige

tive Deutung des Leistungsbezugs und eine eventuelle Verfestigung der Hilfebedürftigkeit in biografischer Perspektive untersucht (Hirsland, Ramos Lobato 2010).

Im Folgenden sollen ausgewählte Ergebnisse zur Dynamik der Mindestsicherung nach dem BSHG mit denen nach dem SGB II verglichen werden. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit sich Strukturen ähneln bzw. die Dynamik verändert hat. Mit der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zu Alg II für Langzeit-Arbeitslose und erwerbsfähige Sozialhilfebedürftige (Abbildung 1) wurden der anspruchsberechtigte Personenkreis, Umfang und Höhe der Leistungen neu bestimmt, so dass sich auch das Ausmaß und die Struktur bekämpfter Armut verändert haben.

Bereits ein erster Blick auf Abbildung 2 lässt die Unterschiede in den Anspruchsberechtigungen auf Transferleistungen in zeitlicher Hinsicht erkennen. Dabei muss man sich vergegenwärtigen, dass zu Zeiten des BSHG zahlreiche Personen in den Leistungsbezug gelangt sind, weil vorrangige Leistungen wie Rente oder Arbeitslosengeld nicht „zahlbar“ gemacht werden konnten. Diese „Wartefälle“ machen zwei Drittel bis nahezu drei Viertel der Leistungsbezieher aus, die nach relativ kurzer Bezugsdauer aus dem Leistungsbezug ausscheiden. Der Median der Bezugsdauer von nicht wartenden Beziehern ist 3- bis 4-mal so hoch wie der von den sog. „Wartefällen“. Bei der Mindestsicherung nach SGB II handelt es sich dagegen nicht mehr um eine Überbrückungsleistung, sondern eine „finale“ Mindestsicherung, was sich auch in einer entsprechend langen Bezugsdauer niederschlägt.

Darüber hinaus umfasst Mindestsicherung nach dem SGB II Leistungsbezieher, die bereits länger als ein Jahr arbeitslos sind und damit als potenzielle Langzeit-Arbeitslose wurden diese Bedürftigen durch die Arbeitslosenhilfe aufgefangen. Nur bei einem geringen Teil lagen die Leistungen aus der Arbeitslosenhilfe unter dem Bedarfssatz für Mindestsicherung

nach dem BSHG und wurden durch HLu aufgestockt. Zudem zeigen Analysen zum Übergang zwischen Arbeitslosenhilfe und SGB II, dass vor allem Paarhaushalte, in denen schon ein Partner erwerbstätig war, und Personen mit mittlerer oder höherer Bildung keine Ansprüche im neuen System mehr besaßen (Bruckmeier, Schnitzlein 2007). Das sind Personengruppen, denen man im Prinzip bes-

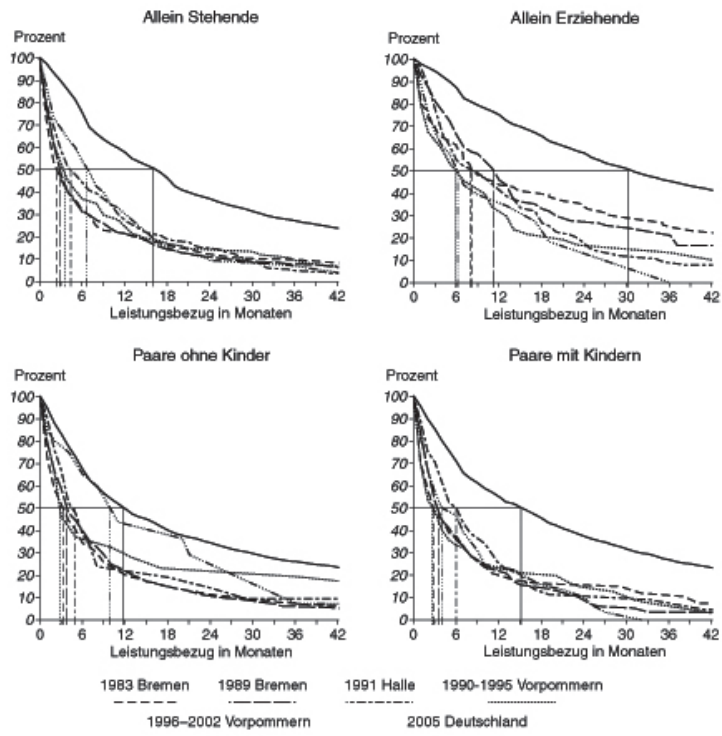
sere Chancen zur Überwindung des Bezugs attestieren könnte. Von daher sind die erheblichen Unterschiede in den Verweildauern auf einen Selektionseffekt zurückzuführen.

Des Weiteren ist bei der Interpretation zu beachten, dass die Regelsätze des Alg II höher liegen als in der früheren Sozialhilfe nach dem BSHG und sich damit das zu einer Bedarfsdeckung benötigte Einkommen erhöht hat. Außerdem handelt es sich bei den hier betrachteten Leistungsbezieher im SGB II um solche, die kurz nach der Einführung in das System kamen. Zu diesem Zeitpunkt kann man noch organisatorische Startschwierigkeiten in den Grundsicherungsstellen annehmen. Weitere Analysen zeigen, dass sich der Leistungsbezug bei späteren Zugangskohorten im Vergleich zu 2005 verkürzt.

Interessante Ergebnisse zeigen sich, wenn einzelne Gruppen von Leistungsbezieher eingehend betrachtet werden. Verglichen wird der Median des Leistungsbezugs.

Die längsten Verweildauern im Leistungsbezug weisen allein Erziehende auf (Abbildung 2), die offensichtlich die größten Schwierigkeiten haben, den Lebensunterhalt ohne Mindest-

Abbildung 2: Bezugsdauer von Leistungen zur Mindestsicherung nach Haushaltstypen



Erläuterung: Bedarfsgemeinschaften im Alter von 15–64 Jahren mit Beginn des Bezugs von Leistungen nach dem BSHG (vor 2004) bzw. nach SGB II (2005) im jeweiligen Kalenderjahr (Zugangskohorten), die Zahlungsperiode gilt als beendet, wenn mindestens ein Monat ohne Leistungsbezug auftritt. Haushaltstyp zu Beginn des Leistungsbezugs.

Quelle: LSA 1983/Allein-Erziehende 1984, LSA 1989; HLS 1991; AdminP 2005; Vorpommern 1990–2002.

sicherung zu bestreiten. Sie sind im Durchschnitt doppelt so lange auf diese Leistungen angewiesen wie Paare mit Kindern. Dies dürfte vermutlich damit zusammenhängen, dass sie sowohl mit der Aufgabe konfrontiert sind, Erwerbseinkommen zu erzielen als auch die Betreuung der Kinder zu gewährleisten. Sie können häufig nur einer Teilzeitarbeit nachgehen, sodass das erzielte Einkommen nicht zur Deckung des Lebensunterhalts ausreicht (Lietzmann 2009). Aber auch für Paare ohne Kinder werden die Chancen, die Bedürftigkeit auf Mindestsicherung zu überwinden, im hohen Maße von den Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt beeinflusst, wie die Angaben für Mecklenburg-Vorpommern verdeutlichen: In einer Phase mit höherer Arbeitslosigkeit, so wie sie Ende der 90er Jahre der Fall war, sind auch die mittleren Dauern im Sozialhilfebezug höher. Zu Zeiten des BSHG sind es von den Haushalten ohne Kinder in der Regel die Alleinstehenden, die am kürzesten auf die Leistungen zur Mindestsicherung angewiesen sind. Im SGB II sind es die kinderlosen Paare, die am schnellsten den Leistungsbezug beenden können. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass ein Grundprinzip des SGB II, die angestrebte Aktivierung aller erwerbsfähigen Haushaltsmitglieder, Wirkung zeigt.

Betrachtet man die Altersgruppen, zeigen sich deutliche Unterschiede in den Mustern der Mindestsicherung nach BSHG und SGB II. So sind die 21 - 30-Jährigen mit etwas mehr als 12 Monaten gegenüber den anderen Altersgruppen relativ kurz auf Alg II angewiesen, während die über 51-Jährigen doppelt so lange diese Leistungen benötigen. Zu Zeiten des BSHG war das nur in Bremen der Fall, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau. Dagegen war die Bezugsdauer dieser Altersgruppe in Ostdeutschland (Halle und Vorpommern) im Durchschnitt ähnlich hoch wie die der jüngeren. Auf Grund der geringeren Wiederbeschäftigungschancen wird bei einem Teil der älteren Leistungsbezieher die Arbeitslosigkeit zu einer Übergangsphase in den Erwerbsruhestand (Voges 2007).

Differenziert man die Bezieher von Leistungen zur Mindestsicherung nach abgeschlossener beruflicher Ausbildung zeigt sich wie erwartet, dass Personen mit einer Berufsausbildung durchweg kürzere Bezugsdauern aufweisen als Leistungsbezieher ohne Berufsausbildung. In der DDR hatte nur ein kleiner Teil der Erwerbs-

personen mit unterschiedlichen Problemlagen keine Berufsausbildung. Von daher könnte man zu den Zeiten des BSHG deutliche Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Leistungsbeziehern ohne Berufsausbildung erwarten. Tatsächlich zeigt sich der vermutete Effekt nur bei den Leistungsbeziehern in Halle, während in Vorpommern möglicherweise Übergänge in Beschäftigungsprogramme die Bezugsdauer verkürzt haben. Bei den Leistungsbeziehern ohne Angabe zur Berufsausbildung handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, wobei die Bezugsdauern darauf verweisen, dass es sich häufig um Personen ohne einen beruflichen Abschluss handelt. Im SGB II handelt es sich hierbei um eine selektive Gruppe von erwerbstätigen Hilfebedürftigen, Teilnehmern an Maßnahmen oder Beziehern, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen (z.B. wegen Kinderbetreuung).

Nicht-Deutsche sehen sich zumeist mit einer spezifischen Konstellation von Problemen konfrontiert, wie der Beschäftigung in prekären Lohnarbeitsverhältnissen oder in Konjunktur anfälligen Branchen oder der Anfälligkeit für Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt. Vor diesem Hintergrund könnte man vermuten, dass die Bedürftigkeit auf Mindestsicherung schwerer überwunden werden könne und die Verweildauer im Leistungsbezug erheblich länger sei. Bei der 1983er Zugangskohorte fand sich in Bremen kein signifikanter Unterschied in den Bezugszeiten zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen, während er bereits bei der 1989er Kohorte erheblich und bei der 1991er Kohorte in Halle unerwartet groß war. Unter den Bedingungen des SGB II sind Deutsche im Durchschnitt 16 Monate auf Leistungen zur Mindestsicherung angewiesen, während Nicht-Deutsche sie knapp zwei Monate länger beziehen. Insgesamt sind die Unterschiede wesentlich geringer als man auf Grund der schlechteren Erwerbchancen vermuten könnte. Eine Differenzierung nach Herkunftsregion zeigt, dass Ausländer aus Nord- oder Westeuropa den Bezug schneller verlassen können als andere Ausländer und auch etwas schneller als Deutsche.

In den Zeiten des BSHG war Sozialhilfe häufig eine Überbrückungsleistung was sich in einer hohen Sozialhilfedynamik niederschlug. Bei der Mindestsicherung nach SGB II handelt es sich dagegen um eine finale Mindestsicherung, was sich in längeren Bezugsdauern niederschlägt. Abgesehen von

den Niveauunterschieden zeichnen sich in beiden Systemen die gleichen Gruppen ab, die besonders lange Grundsicherungsleistungen beziehen: Alleinerziehende, Ältere, Personen ohne Berufsausbildung und ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Die Forschungsarbeiten zur Sozialhilfe haben gezeigt, dass die teilweise längeren Bezugsdauern weitaus weniger aus einem „sich finanziell Einrichten mit Mindestsicherung“ resultieren. Vielmehr sind sie durch vielfältige individuelle und strukturelle Problemlagen, mit denen sich die Leistungsbezieher konfrontiert sehen, begründet. Die Forschung zur Dynamik von Mindestsicherung wie sie vom ZeS im Sfb186 initiiert wurde und nunmehr im IAB fortgesetzt wird, ist geeignet, derartige allenthalben aufkommende Vermutungen vom „Ausruhen in der sozialen Hängematte“ zu prüfen. Bislang hat die Sozialhilfeforschung solche Interpretationen der langen Bezugsdauern widerlegt und auch im SGB II finden sich kaum Hinweise auf solche Verhaltensweisen.

Literatur

- Andreß, Hans-Jürgen, 1994: „Steigende Sozialhilfezahlen. Wer bleibt, wer geht und wie sollte die Sozialverwaltung darauf reagieren?“, in: Michael Zwick (Hg.), *Einmal arm, immer arm?* Frankfurt/ New York: Campus, 75-105.
- Bane, Mary Jo; Ellwood, David T., 1986: „Slipping into and out of Poverty: The Dynamics of Spells“, *The Journal of Human Resources* 21: 1-23.
- Bane, Mary Jo; Ellwood, David T., 1994: *Welfare Realities. From Rhetoric to Reform*. Cambridge, Mass./London: Harvard University Press.
- Bruckmeier, Kerstin; Schnitzlein, Daniel, 2007: *Was wurde aus den Arbeitslosenhilfeempfängern? Eine empirische Analyse des Übergangs und Verbleibs von Arbeitslosenhilfeempfängern nach der Hartz-IV-Reform*. IAB Discussion Paper 24/2007. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Buhr, Petra, 1991: „Plädoyer für eine dynamische Armutsforschung - das Modell der USA“, *Zeitschrift für Sozialreform* 37: 415-433.
- Buhr, Petra, 1995: *Dynamik von Armut: Dauer und biographische Bedeutung von Sozialhilfebezug*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Buhr, Petra; Ludwig, Monika; Priester, Tom, 1990: *Die Bremer 10%-Stichprobe von Sozialhilfeakten: Konstruktion und Auswertungsperspektiven*. ZeS-Arbeitspapier 1/1990. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Gebauer, Roland 2007: *Arbeit gegen Armut. Grundlagen, historische Genese und empirische Überprüfung des Armutsfallentheorems*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gebauer, Roland; Petschauer, Hanna; Vobruba, Georg, 2002: *Wer sitzt in der Armutfalle? Selbstbehauptung zwischen Sozialhilfe und Arbeitsmarkt*. Berlin: Edition Sigma.
- Geiger, Theodor, 1962: „Statik und Dynamik“, in: Paul Trappe (Hg.), Theodor Geiger, *Arbeiten zur Soziologie. Methode - Moderne Gesellschaft - Rechtssoziologie - Ideologiekritik*. Neuwied: Luchterhand, 97-99.
- Golsch, Katrin, 2001: „Im Netz der Sozialhilfe - (auf)gefangen? Eine Verlaufsdatenanalyse zur Dynamik von Armut in Bielefeld“, in: Josef-Popper-Nährpflicht Stiftung (Hg.), *Forschungspreis 2001*. Frankfurt a.M., 63-89.
- Graf, Tobias; Rudolph, Helmut, 2006: *Bedarfsgemeinschaften im SGB II 2005: Beachtliche Dynamik bei steigenden Empfängerzahlen*. IAB-Kurzbericht 23/2006. Nürnberg, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Graf, Tobias; Rudolph, Helmut, 2009: *Viele Bedarfsgemeinschaften bleiben lange bedürftig*. IAB-Kurzbericht 5/2009. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Graf, Tobias, 2007: *Bedarfsgemeinschaften 2005 und 2006: Die Hälfte war zwei Jahre lang bedürftig*. IAB Kurzbericht 17/2007. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Groh-Samberg, Olaf 2009: *Armut, soziale Ausgrenzung und Klassenstruktur. Zur Integration multidimensionaler und längsschnittlicher Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gustafsson, Björn; Müller, Rolf; Negri, Nicola; Voges, Wolfgang, 2002: „Paths through (and out of) social assistance“, in: Chiara Saraceno (Hg.), *Social Assistance Dynamics in Europe. National and Local Poverty Regimes*. Bristol: Policy Press, 173-234. [italienische Fassung: Percosi nella (e fuori dalla) assistenza sociale, in: Chiara Saraceno (Hg.), *Le dinamiche assistenziali in Europa. Sistema nazionali e locali di contrasto alla povertà*. Bologna: Il Mulino 2004, 159-214.]
- Hagen, Christine, 2004: *Wege aus der Sozialhilfe - Wege aus der Armut? Lebensverläufe zwischen Integration und Ausgrenzung*. Frankfurt a. M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Vorsorge.
- Heikkilä, Matti; Keskitalo, Elsa, 2001 (Hg.), *Social Assistance in Europe. A comparative study on minimum income in seven European countries*. Saarijärvi: STAKES.
- Hirsland, Andreas; Ramos Lobato, Philipp, 2010: *Armutsdynamik und Arbeitsmarkt. Entstehung, Verfestigung und Überwindung von Hilfebedürftigkeit bei Erwerbsfähigen*. IAB-Forschungsbericht 03/2010. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Jürgens, Olaf, 2008: *Armut trotz Erwerbsfähigkeit*. Augsburg: Maro.
- Kreher, Simone; Sparschuh, Vera.; Jürgens, Olaf, 2007: *Erster Bericht zum Forschungsprojekt Armutsdynamik im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns*. Fulda: Hochschule Fulda, FB Pflege und Gesundheit.
- Kreher, Simone, 2010: „Armutsdynamiken zwischen Verzeitleichung und Verstetigung? Befunde aus der Analyse prozessproduzierter Ereignisdaten“, in: dies. (Hg.), *Von der „Leutenot“ zur der „Not der Leute“*. Armut in Norddeutschland. Wien: Böhlau.
- Leibfried, Stephan; Leisering, Lutz; Buhr, Petra; Ludwig, Monika; Mädeje, Eva; Olk, Thomas; Voges, Wolfgang; Zwick, Michael, 1995: *Zeit der Armut. Lebensläufe im Sozialstaat*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Leisering, Lutz; Leibfried, Stephan, 1999: *Time and Poverty in Western Welfare States. United Germany in Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lietzmann, Torsten, 2009: *Bedarfsgemeinschaften im SGB II. Warum Alleinerziehende es besonders schwer haben*. IAB Kurzbericht 12/2009. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Lietzmann, Torsten, 2010: *Zur Dauer der Bedürftigkeit von Müttern. Dauer des Leistungsbezugs im SGB II und Ausstiegschancen*. IAB Discussion Paper 08/2010. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Ludwig, Monika, 1996: *Armutskarrieren: Zwischen Abstieg und Aufstieg im Sozialstaat*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Murray, Charles, 1984: *Losing Ground: American Social Policy 1950-1980*. New York: Basic Books.
- Niemann, Heike, 2002: *Alles nach Plan? Männliche und weibliche Lebensplanung im Sozialhilfebezug*. Bremen: Universität Bremen.
- Rentzsch, Doris; Olk, Thomas, 2002: „Sozialhilfedynamik und zeitgleiche Problemgruppen in der Halleschen Längsschnittstudie (HLS)“, in: S. Sell (Hg.), *Armut als Herausforderung*. Berlin: Duncker & Humblot, 229-262.
- Salzgeber, Renate; Suter, Christian, 1997: *Beginn und Ende des Sozialhilfebezugs. Neubezügerinnen und Sozialhilfeabgängerinnen des Fürsorgeamtes der Stadt Zürich 1993-1995*. Zürich: Sozialdepartement der Stadt Zürich.
- Saraceno, Chiara (Hg.), 2002: *Social Assistance Dynamics in Europe. National and local poverty regimes*. Bristol: The Policy Press.
- Schels, Brigitte, 2008: *Junge Erwachsene und Arbeitslosengeld II: Hilfebezug in jungen Jahren verfestigt sich viel zu oft*. IAB-Kurzbericht, 22/2008. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Stelzer-Orthofer, Christiane, 1997: *Armut und Zeit. Eine sozialwissenschaftliche Analyse zur Sozialhilfe*. Leverkusen: Leske + Budrich.
- Voges, Wolfgang, 2007: *Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie*. Augsburg: Maro.
- Voges, Wolfgang, 2001: „Zwischen angemessener Unterstützung und sozialer Ausgrenzung: Sozialhilfe im europäischen Vergleich“, in: C. Stelzer-Orthofer (Hg.), *Zwischen Welfare and Workfare. Soziale Leistungen in der Diskussion*. Linz: Verlag Sozialwissenschaftliche Vereinigung, 91-122.
- Voges, Wolfgang, 1999: *Différents types de dynamique du revenu minimum d'insertion (RMI) dans des villes européennes*. Differdange: CEPS/INSTEAD.

Voges, Wolfgang; Müller, Rolf; Kazepov, Yuri, 1998: „Carriere Assistenzialen a Bolzano, Milano e Bremen (RFT)“, in: Yuri Kazepov; Stefano Laffi (Hg.), *La Povertá nella Provincia Autonoma di Bolzano. Contesti, politiche e dinamiche*. Bozen, 73-88.

Kontakt



Petra Buhr
Telefon: 0421/218-67345
buhr@uni-bremen.de



Torsten Lietzmann
Telefon: 0911/179-4516
torsten.lietzmann@iab.de



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

IMPRESSUM

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

Redaktion: Dr. Christian Peters

Gestaltung: Wolfgang Zimmermann, Sonja Rose

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

Auflage: 600

erscheint zweimal jährlich · ISSN-Nr. 1619-8115

Gesundheitsempfinden und Lebenszufriedenheit bei alleinerziehenden Eltern

Stellten alleinerziehende Eltern bis in die 70er Jahre noch eine Ausnahmerscheinung dar, sind sie heute zu einer weit verbreiteten Lebensform geworden. Im Jahr 2010 handelte es sich in Deutschland bei ca. 19 Prozent der Familien mit Kindern unter 18 Jahren bei den Elternteilen um alleinerziehende Mütter oder Väter (Statistisches Bundesamt 2010). Diese Gruppe ist oftmals von besonderen Problemlagen betroffen: Ganz besonders schwierig ist es für sie, Erwerbsarbeit und Familie zu vereinbaren, da alleinerziehende Väter oder Mütter die volle Verantwortung für die Erziehung und Betreuung ihrer Kinder tragen. Auch müssen sie mit einem besonderen finanziellen Risiko leben: Häufig sind Alleinerziehende auf sozialstaatliche Leistungen zur Mindestsicherung angewiesen, und oft wird die Einkommenssituation als defizitär beschrieben. Betrug 1990 die Sozialhilfequote in diesem Gesellschaftssegment noch rund 22 Prozent, liegt die Grundsicherungsquote 2008 schon bei 41 Prozent (Voges 2010). Bei Haushalten mit drei und mehr Kindern stieg das Risiko, auf sozialstaatliche Leistungen zur Mindestsicherung angewiesen zu sein, sogar von 44 auf 72 Prozent. Alle Studien, die die Lebenslage von Ein-Eltern-Haushalten mit Zwei-Eltern-Haushalten vergleichen, verweisen auf diese schlechte wirtschaftliche Situation.¹

Alleinerziehende stehen generell vor der Problematik, allein verantwortlich für die zwei Arbeitsbereiche Haushalt und Erwerbstätigkeit sein. Die Teilzeitarbeit stellt zwar den Versuch dar, die beiden Bereiche auf die familienbezogenen Anforderungen abzustimmen, allerdings geht sie häufig mit unsicheren Beschäftigungsverhältnissen sowie niedrigen Qualifikationsanforderungen, geringen Aufstiegsmöglichkeiten und entsprechend niedriger Entlohnung einher. Besonders alleinerziehende Mütter sind nicht selten dadurch in Hinblick auf ihre soziale und ökonomische Mobilität deutlich benachteiligt.

Die Folgen der prekären wirtschaftlichen Situation der Alleinerziehenden sind evident: Auf dem Wohnungsmarkt z.B. haben einkommensschwache Haushalte schlechte Chancen – sie gelten bei Privatver-

mietern meist als Risikogruppe. Die ökonomische Situation und die Wohnsituation hängen also wechselseitig voneinander ab und so liegt es nahe, dass Alleinerziehende auch häufig mit deprivierenden Wohnsituationen zu kämpfen haben (Voges et. al. 2003: 117ff). Auch die subjektiven Belastungen wie z. B. die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung und die Sorge für den Lebensunterhalt sind von großer Bedeutung für die beschwerlichen Lebensumstände dieser Gruppe (Helfferich et al. 2003). Fehlt ein Partner bzw. eine Partnerin, dann sind in vielen Fällen neben den wirtschaftlichen eben auch persönliche Auswirkungen erwartbar und führen etwa das häufige Fehlen eines Ansprechpartners bei Problemsituationen oder fehlende emotionale Geborgenheit zu psychischer Überbelastung (Ott 2001: 26). Dies wiederum, so ist zu erwarten, dürfte sich in einem schlechterem Gesundheitszustand und geringerer Lebenszufriedenheit der Problemgruppe niederschlagen.²

Für die an diese Beobachtungen anschließenden Analysen der vorliegenden Untersuchung wurden zwei Gruppen bezogen auf das Alter des jüngsten im Haushalt lebenden Kindes gebildet. Es wird dabei angenommen, dass die Belastungen für Eltern besonders für Alleinerziehende bei der Versorgung von Kleinkindern deutlich höher sind. In Gruppe 1 reicht die Altersspanne des jüngsten Kindes von null bis sieben Jahren, in Gruppe 2 von acht bis sechzehn Jahren. Ein Parameter, der die Überbelastungen messen soll, ist der subjektive Gesundheitsindikator. Hier schätzten die Befragten ihren Gesundheitszustand auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5

(schlecht) ein. Bei der Variablen erscheinen die Differenzierungskriterien schwierig, da die Trennschärfe zwischen den einzelnen Kategorien fehlt. Deshalb wurde die Variable „Gesundheit“ (1=sehr gut/gut, 2=zufriedenstellend, 3=weniger gut/schlecht) erstellt. Untersuchungen zeigen, dass ein hoher positiver Zusammenhang von persönlicher Bewertung und klinisch diagnostiziertem Gesundheitszustand besteht.

Eine andere in dieser Untersuchung generierte Variable, die „Lebenszufriedenheit“, basiert auf der Frage nach der persönlich empfundenen gegenwärtigen Lebenszufriedenheit, mit der dann das körperliche, mentale und soziale Wohlbefinden eingeschätzt werden soll. Die Befragten sollten diese Zufriedenheit auf einer Skala von 0 (niedrig) bis 10 (hoch) einschätzen. Aufgrund der fehlenden Trennschärfe zwischen den 10 Kategorien der Originalvariablen wurde die neue Variable „Lebenszufriedenheit“ erstellt, die diese in 3 Kategorien zusammenfasst (1=zufrieden, 2=mittlerer Bereich, 3=unzufrieden). Als Datengrundlage für die Untersuchung wurde das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) herangezogen. Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsanalyse, die sich lediglich auf die SOEP-Daten von 2008 (Welle Y) bezieht.

Die Analysen ergaben, dass bei 5.212 Personen der insgesamt 19.929 Befragten Kinder im Alter von 16 Jahren und jünger im Haushalt leben. Für 874 dieser befragten Personen konnten gemäß den Maßgaben des Statistischen Bundesamtes (siehe Fußnote 2) der Status „alleinerziehend“ ermittelt werden. Bei 4.197 dieser Personen lebt ein Partner im Haushalt, sodass ihnen der Status „gemeinsam erziehend“ zugewiesen wird.

Das Durchschnittsalter der gemeinsam erziehenden Personen liegt bei 40 Jahren. Wesentlich jünger sind die alleinerziehenden Personen, der Durchschnitt liegt hier bei 29 Jahren. Diese Differenz ist für die Untersuchung nicht unerheblich, da bei jüngeren Erwachsenen ein besserer Gesundheitszustand erwartet werden kann als bei Personen im mittleren Erwachsenenalter. Da dies bei einem Vergleich der beiden Gruppen zu Fehlspezifikationen führen kann, wurden nur Personen gleicher Altersgruppen gegenübergestellt.

² An dieser Stelle ist es wichtig anzumerken, dass es keine allgemeingültige Definition von Alleinerziehenden gibt, das heißt, dass viele Untersuchungsergebnisse kaum vergleichbar sind. Das Statistische Bundesamt definiert in seinem Jahresbericht 2010 diese Gruppe wie folgt: „Allein Erziehende sind Väter und Mütter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/-in mit ihren minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammen leben.“ Auch in der folgenden Untersuchung orientiert sich die Definition der Alleinerziehenden an der faktischen Haushaltssituation, allerdings werden nur Familien, bei denen Kinder unter 16 Jahren im Haushalt leben, berücksichtigt. Eine alleinerziehende Person ist demnach eine Person, die mit mindestens einem Kind unter 16 Jahren und ohne Partner/in in einem Haushalt wohnt.

¹ Siehe auch: Andreß 2001: 8ff.

Tabelle 1

Gesundheit	Erziehung		Total
	gem. Erzi	alleinerz	
Sehr gut/gut	1.874 63.89	156 57.35	2.030 63.34
zufriedenstellend	805 27.45	70 25.74	875 27.30
weniger gut/schlecht	254 8.66	46 16.91	300 9.36
Total	2.933 100.00	272 100.00	3.205 100.00

Tabelle 2

Lebenszufriedenheit	Erziehung		Total
	gem. Erzi	alleinerz	
unzufrieden	97 3.31	22 8.09	119 3.72
mittlerer Bereich	595 20.32	111 40.81	706 22.06
zufrieden	2.236 76.37	139 51.10	2.375 74.22
Total	2.928 100.00	272 100.00	3.200 100.00

Die Analysen haben ergeben (Tabelle 1 und 2), dass sowohl der subjektive Gesundheitszustand als auch die Lebenszufriedenheit bei alleinerziehenden Personen deutlich geringer sind als bei gemeinsam erziehenden Personen. In den entsprechenden Tabellen wurden nur gemeinsam erziehende Personen und alleinerziehende Personen im Alter zwischen 30 und 45 Jahren berücksichtigt.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass im Haushalt lebende Partner einen positiven Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand und auf die Lebenszufriedenheit von Elternteilen mit Kindern im Alter von 0 bis 16 Jahren haben.

Bei den Analysen konnte nicht, wie anfangs erwähnt, nach Gruppen bezüglich des Alters des jüngsten

Kindes differenziert werden. Die Ergebnisse waren, sobald man die Alleinerziehenden und die gemeinsam Erziehenden weiter nach dem Alter des jüngsten Kindes differenziert, nicht mehr repräsentativ. Allerdings machten die Analysen deutlich, dass Alleinerziehende, bei denen das jüngste Kind zwischen 0 und 7 Jahren alt ist, einen schlechteren Gesundheitszustand haben, als Alleinerziehende, deren jüngstes Kind zwischen 8 und 16 Jahren alt ist – ein Effekt, der für die Gruppe der gemeinsam Erziehenden nicht festgestellt werden konnte. Dieses Ergebnis unterstützt die eingangs geäußerte Vermutung, dass gerade bei Alleinerziehenden die Belastungen größer sind, wenn das jüngste Kind jünger als 8 Jahre alt ist bzw. sich im Kleinkindalter befindet. Im Übrigen bestätigen diese Analysen erneut die Darstellung von Helfferich et al. (2003).

Maartje Boerma war von September 2009 bis Januar 2010 Praktikantin in der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des ZeS. Der vorliegende Text fasst die Ergebnisse des von ihr betreuten Forschungsprojektes zusammen.

Kindes differenziert werden. Die Ergebnisse waren, sobald man die Alleinerziehenden und die gemeinsam Erziehenden weiter nach dem Alter des jüngsten Kindes differenziert, nicht mehr repräsentativ.

Allerdings machten die Analysen deutlich, dass Alleinerziehende, bei denen das jüngste Kind zwischen 0 und 7 Jahren alt ist, einen schlechteren Gesundheitszustand haben, als Alleinerziehende, deren jüngstes Kind zwischen 8 und 16 Jahren alt ist – ein Effekt, der für die Gruppe

Literatur

- Andreas, Hans-Jürgen 2001: „Die wirtschaftliche Lage Alleinerziehender“, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), *Dokumentation der Fachtagung: Alleinerziehen in Deutschland. Ressourcen und Risiken einer Lebensform*. Berlin: 14-30.
- Helfferich, Cornelia; Hendel-Kramer, Anneliese; Klindworth, Heike, 2003: *Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter*. Berlin: Robert-Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes H 14).
- Ott, Notburga, 2001: „Die sozialpolitische Situation von Alleinerziehenden und spezifische Belastungen“, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), *Dokumentation der Fachtagung: Alleinerziehen in Deutschland. Ressourcen und Risiken einer Lebensform*. Berlin: 31-50.
- Statistisches Bundesamt, 2010: Statistisches Jahrbuch 2009. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/Al/IC/Publikationen/Jahrbuch/Bevoelkerung.property=file.pdf>
- Voges, Wolfgang, 2010: *Soziologie der Armut*. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen. Manuskript.
- Voges, Wolfgang; Jürgens, Olaf; Maurer, Andreas; Meyer, Eike, 2003: *Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.



Maartje Boerma war von September 2009 bis Januar 2010 Praktikantin in der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des ZeS. Der vorliegende Text fasst die Ergebnisse des von ihr betreuten Forschungsprojektes zusammen.

Kontakt

Maartje Boerma
maartjeboerma@gmx.de

Small scale-Reform oder Erdrutsch? Eine Stellungnahme zur Gesundheitsreform in den USA

Nach einem erbitterten Kampf entlang der Parteilinien gelang der Regierung Obama das, woran schon viele demokratische Präsidenten gescheitert sind: Die Gesundheitsreform. Doch was haben die Bürger von dieser Reform zu erwarten? Was bringt sie den USA, dem Land mit den höchsten Gesundheitsausgaben innerhalb der OECD Welt und den meisten Unversicherten?

Bis vor kurzem war Barack Obama nur einer von vielen mit der Vision, das marode amerikanische Gesundheitssystem zu reformieren, das eines der teuersten Systeme ist und zugleich ganze Bevölkerungsteile unterversorgt lässt. Nach Schätzungen der nationalen Gesundheitsbehörde betragen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2008 über 2,3 Billionen US Dollar und damit mehr als 7.500 US Dollar (~ 5.700 Euro) pro Kopf (CMS 2009). Im internationalen Vergleich sind die USA damit Spitzenreiter, auch mit Blick auf den Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Mit 16 Prozent liegen die Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP deutlich über dem Durchschnitt anderer westlicher Industrieländer innerhalb der Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), der rund 9,5 Prozent beträgt (OECD Health Data, eigene Berechnung). Dem gegenüber stehen moderate bis unterdurchschnittliche Werte im Hinblick auf Morbiditäts- und Mortalitätskennziffern, vor allem in der Lebenserwartung bei Geburt. Patienten mit gutem Versicherungsschutz und ausreichenden Eigenmitteln können allerdings eine qualitativ hochwertige Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der Medizin erwarten, wie sie im internationalen Vergleich ihresgleichen sucht. 46,5 Millionen Amerikaner haben jedoch derzeit überhaupt keine Krankenversicherung (US Census Bureau). Noch mehr Personen gelten als unterversichert und sind deshalb gezwungen, einen

Großteil der Behandlungskosten aus eigener Tasche zu bezahlen. Nach Schätzungen des Commonwealth Fund, einer gemeinnützigen Stiftung, die sich die Verbesserung des amerikanischen Gesundheitssystems zur Aufgabe gemacht hat, sind 42 Prozent der Bevölkerung entweder un- oder unterversichert (Schoen et al. 2008).

Eine bedeutende Veränderung erfuhr das amerikanische Gesundheitssystem zuletzt 1965, als die Regierung unter Lyndon Johnson die öffentlichen

Versicherung und 29 Prozent über öffentliche Programme abgedeckt, wobei sich diese Versichertenkreise teilweise überschneiden. Mehr als 15 Prozent der Bevölkerung sind derzeit unversichert (US Census Bureau 2009).

Kernelemente der Gesundheitsreform

Die Reform besteht insgesamt aus zwei Gesetzen, dem *Patient Protection and Affordable Care Act*, den Präsident Obama am 23. März 2010 unterzeichnete, und dem *Health Care and Education Reconciliation Act*, erlassen am 30. März 2010. Kernstücke der Übereinkunft sind die Absicherung zusätzlicher Personenkreise, die Bildung von Health Insurance Exchanges sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Performance des US-Gesundheitssystems. Ferner reguliert die Gesetzgebung private Versicherer stärker und schränkt diese in der Möglichkeit ein, Vorerkrankungen von Versicherungsverträgen auszuschließen. Sie verlangt auch, die Erneuerung von Versicherungsverträgen zu garantieren, selbst wenn zwischenzeitlich beim Versicherten Erkrankungen aufgetreten sind.

Erweiterung des Versicherungsumfangs: Eine bedeutende Kehrtwende in der Gesundheitspolitik besteht in der Einführung der Versicherungspflicht. Auf Projektionen des unparteiischen kongresseigenen Rechnungshofs (Congressional Budget Office, CBO) stützt sich die Annahme, dass somit etwa 32 Millionen Personen zusätzlich versichert werden können. Etwa die Hälfte davon erhält durch Herabsetzung der Einkommensgrenzen die Chance zur Aufnahme in das Medicaid Programm. Die andere Hälfte soll in private Versicherung eingeschlossen werden, die zudem einer strengeren staatlichen Regulierung unterliegen wird. Dazu bestimmt das Reformgesetz zunächst, dass Arbeitgeber ab 50 Beschäftigten eine Krankenversicherung anbieten oder aber eine Strafe entrichten müssen. Diese beträgt 2.000 US Dollar pro Mitarbeiter, wobei die ersten 30 Beschäf-



Zur Person

Mirella Cacace war zwischen 2003 und 2010 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sonderforschungsbereich 597 "Staatlichkeit im Wandel" der Universität Bremen/Jacobs Universität tätig. Im Rahmen des international vergleichenden Projekts "Wandel von Staatlichkeit in Gesundheitssystemen

von OECD Ländern" bearbeitete sie vorwiegend die Fallstudie zum amerikanischen Gesundheitssystem. In 2008/09 wurde sie mit dem Harkness Fellowship des Commonwealth Fund in Health Care Policy and Practice ausgezeichnet und verbrachte ein Jahr an der Columbia Universität in New York. Hier untersuchte sie Ungerechtigkeit in der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen aus der vergleichenden Perspektive (Deutschland, Kanada und USA).

Im März 2010 promovierte Mirella Cacace zu dem Thema "Das Gesundheitssystem der USA – Governance-Strukturen staatlicher und privater Akteure". Das Buch zu ihrer Dissertation erscheint im Herbst bei Campus in der Reihe "Schriften des Zentrums für Sozialpolitik". Seit April 2010 ist Mirella Cacace als Analyst für RAND Europe in Cambridge, UK tätig. Ihr Focus wird auch hier sein, Gesundheitssysteme aus der vergleichenden Perspektive zu analysieren und zu evaluieren.

Krankenversicherungsprogramme Medicare und Medicaid einführte. Während Medicaid Versicherungsschutz für die arme Bevölkerung bietet, deckt Medicare die Gesundheitsversorgung alter und behinderter Menschen ab. Der Großteil der Bevölkerung ist jedoch privat versichert, meist über den Arbeitgeber. Diese boten bislang Versicherungen auf freiwilliger Basis an, übernehmen dann aber auch den Löwenanteil der Versicherungsprämie. Damit ist der Privatversicherungsschutz in der Regel an den spezifischen Arbeitsplatz gebunden. Nur ein bisher kleiner Teil ist individuell privat versichert. Insgesamt sind heute rund 67 Prozent über die private

tigten nicht gezählt werden. Weiterhin ist jede Einzelperson von 2014 an verpflichtet, sich unter Androhung von Geldstrafen zu versichern. Die Strafe beträgt im ersten Jahr 95 US Dollar und erhöht sich bis 2016 auf 695 US Dollar jährlich. Gleichzeitig bietet die Regulierung Individuen mit geringem Einkommen Unterstützung in Form von Prämien- und Zuzahlungssubventionen an, wenn sie sich in einer der Health Insurance Exchanges versichern. Überschreiteten die Kosten der günstigsten Versicherung acht Prozent des Einkommens, kann der Betroffene von der Versicherungspflicht ausgenommen werden.

Die Kosten für die Ausweitung des Versicherungsschutzes beziffert der CBO auf 938 Milliarden US Dollar für die Dauer von zehn Jahren. Finanziert werden soll das Gesetz über Einsparungen bei Medicare und Medicaid sowie durch Gebühren, die sowohl die pharmazeutische Industrie als auch die Privatversicherungsbranche zu entrichten hat. Ferner werden besonders umfassende Leistungspakete ('cadillac health plans'), die Unternehmen insbesondere ihren leitenden Angestellten zu Gute kommen lassen, ab 2018 besteuert. Insgesamt sollen diese Maßnahmen zu Einnahmen in Höhe von 32 Milliarden US Dollar innerhalb von zehn Jahren führen. Ferner soll das Reformgesetz zu einer Reduktion des Haushaltsdefizits in Höhe von 124 Milliarden US Dollar für diesen Zeitraum beitragen.

Health Insurance Exchanges: Individuen und Unternehmen mit weniger als 100 Mitarbeitern können ab 2014 Krankenversicherungsschutz im Rahmen der Health Insurance Exchanges erwerben. Ab 2017 wird diese Berechtigung auf Unternehmen mit mehr als 100 Mitarbeitern erweitert. Health Insurance Exchanges werden auf der Ebene der einzelnen Bundesstaaten eingerichtet und entweder staatlich oder durch non-profit Organisationen koordiniert. Das bedeutet aber nicht, dass der Staat als Versicherungsträger auftritt, wie ursprünglich unter dem Stichwort 'public option' diskutiert. Exchanges bezeichnen einen Pool verschiedener Anbieter privater Krankenversicherungen, die sich bestimmten Regularien unterziehen und gesetzlich festgelegten Qualitätsanforderungen genügen. Zunächst definiert die Exchange etwa fünf verschiedene, standardisierte Angebote, auf die jedes teilnehmende Versicherungsunternehmen festgelegt ist. Der Vorteil für den Versicherungsanwärter ist, dass diese einfach zu überblicken und

zu vergleichen sind. Ähnlich dem in Deutschland bekannten Risikostrukturausgleich entsteht ferner durch diesen Zusammenschluss ein Risikopool, der Selektionsanreize für Versicherte und Versicherer und Unternehmen reduziert (Jost 2009).

Verbesserung der Performanz des Gesundheitssystems: Ein bis vor kurzem stark unterentwickelter Zweig der Forschung in den USA sind Studien zur vergleichenden Wirksamkeit von Arzneimitteln und Therapien (Comparative Effectiveness). Schon das Konjunkturprogramm der Regierung anlässlich der Finanzkrise 2008/09 stellte enorme Summen für diese Forschung zur Verfügung. Im Zuge der Gesundheitsreform soll noch im Jahre 2010 das Outcomes Research Institute zur Durchführung von Wirksamkeitsstudien gegründet werden. Allerdings dürfen die Ergebnisse dieser Forschung nicht dazu verwendet werden, Empfehlungen an die Versicherer auszusprechen oder gar Verpflichtungen abzuleiten.

Chronik

Im Gesetzgebungsprozess bedingten äußerst knappe Mehrheiten, Divergenzen zwischen Repräsentantenhaus und Senat sowie innerhalb der Partei der Demokraten, dass alle Entscheidungen 'auf des Messers Schneide' fielen. Vorauszuschicken ist, dass im politischen System der Vereinigten Staaten zur Gesetzgebung Mehrheiten in jeder Kammer des Kongresses erforderlich sind, dem Repräsentantenhaus und dem Senat. Im Senat ist aufgrund der Gefahr des so genannten Filibusters, der 'Taktik der Ermüdungsrede', sogar eine Super-Majorität von 60 zu 40 Stimmen notwendig. Die wesentlichen Schritte im Reformprozess in chronologischer Reihenfolge:

7. November 2009: Das Repräsentantenhaus beschließt mit einer Mehrheit von 220 zu 215 Stimmen einen Reformvorschlag, der 36 Millionen Menschen zusätzlich versichern soll und eine 'public option', die Einrichtung einer staatlichen Krankenkasse, enthält.

24. Dezember 2009: Der Senat stimmt über seine Version der Reform ab. Der Vorschlag des Senats sieht einen Versicherungszwang für den Großteil der amerikanischen Bevölkerung vor. Trotz der Inklusion von 31 Millionen Personen, würden 23 Millionen im Jahre 2019 unversichert bleiben, zum Großteil illegale Migrantinnen. Die 'public option' ist nicht Teil dieses Vorschlags.

19. Januar 2010: Während das Re-

präsentantenhaus und der Senat an der Vereinbarkeit ihrer Reformpläne arbeiten, verlieren die Demokraten im Bundesstaat Massachusetts ihren Senatssitz an die Republikaner. Dieser Wahlausgang bringt die Demokraten um ihre filibustersichere Mehrheit im Senat. Diese Wahlniederlage ist umso entscheidender, als es sich beim vorigen Amtsinhaber um Edward M. Kennedy handelt, einen entschiedenen Kämpfer für die Gesundheitsreform. Die gefühlte Niederlage für die Gesundheitsreform verstärkt sich dadurch, dass Massachusetts ihr als Vorbild gilt, da dieser Bundesstaat bereits im Jahre 2008 auf eigene Verantwortung eine universelle Krankenversicherung eingeführt hat. Taktiker wägen daraufhin ab, der bereits im Senat abgestimmten Version des Gesetzes durch das Repräsentantenhaus zustimmen zu lassen. Ferner soll durch die Deklaration des Gesetzes als Haushaltsgesetz oder so genannte 'Reconciliation Bill' erreicht werden, dass der Senat es nur mit einer einfachen anstelle der Super-Mehrheit von 60 Stimmen verabschieden kann.

21. März 2010: Das Repräsentantenhaus stimmt dem *Patient Protection and Affordable Care Act* mit einem Verhältnis von 219 (alle Demokraten) zu 212 (34 Demokraten, 178 Republikaner) zu. Das Gesetz stimmt mit dem überein, welches der Senat im Dezember verabschiedet hatte.

25. März 2010: Das Repräsentantenhaus stimmt dem *Health Care and Education Reconciliation Act* zu mit einem Verhältnis von 220 (alle Demokraten) zu 207 Stimmen (32 Demokraten, 175 Republikaner). Kurz darauf nimmt auch der Senat mit 56 (54 Demokraten, 2 Unabhängige) gegen 43 Stimmen (3 Demokraten, 40 Republikaner) das Gesetz an.

Präsident Obama verabschiedet die beiden Gesetze am 23. und am 30. März 2010.

Beurteilung

Wie ist die Gesundheitsreform bezüglich ihres Impacts zu beurteilen? Zunächst einmal ist festzuhalten, dass sich die Umsetzung über mehrere Jahre erstreckt. Während einzelne Bestimmungen bereits in einem halben Jahr Gültigkeit erlangen, ziehen sich andere noch bis ins Jahr 2019 hin. Da einzelne Teile der Gesetzgebung noch genauer durch unterschiedliche Bundesämter zu spezifizieren sind, haben sich bereits kurz nach der Verabschiedung zahlreiche Interessengruppen formiert mit dem Ziel, die Umsetzung zu beeinflussen.

Fraglich ist auch, ob es wie erwartet gelingt, 32 Millionen zusätzlich zu versichern. Wie beschrieben, müssen Arbeitgeber mit einer Betriebsgröße ab 50 Mitarbeitern mit einer Geldstrafe rechnen, bieten sie ihren Beschäftigten keine Versicherung an. Bei der Berechnung der Strafe von 2.000 US Dollar pro Beschäftigten werden die ersten 30 Mitarbeiter nicht gewertet. Hat ein Unternehmen also beispielsweise 55 Mitarbeiter, bezahlt dieser maximal 50.000 US Dollar Strafe pro Jahr – und damit deutlich weniger als eine Krankenversicherung für die gesamte Belegschaft kostet. Aus rein kostenrechnerischem Kalkül lohnt sich also das Anbieten einer Versicherung nicht. Dieser Anreiz kann sogar für Unternehmen entstehen, die derzeit Versicherung anbieten (NYT vom 26.04.2010). Selbst wenn diese sich in Zukunft entscheiden sollten, lieber eine Strafe zu entrichten, können sie sicher sein, dass ihre Mitarbeiter ab 2014 durch Beitritt in die Health Insurance Exchange weiter eine Krankenversicherung erhalten. Entscheidend ist dann, ob die Arbeitgeber auch bereit sind, die unterlassenen Versicherungsleistungen in Form höherer Löhne auszus zahlen.

Auch die Ausweitung der Einkommensgrenzen für das Medicaid Programm birgt Unsicherheiten. Bereits jetzt gibt es eine hohe Dunkelziffer, die zwar unter Medicaid anspruchsberechtigt ist, aus Angst vor Stigmatisierung oder aufgrund administrativer Hürden jedoch nicht darauf zurück greift (Reinhardt 2005). Erwartungsgemäß wird auch ein Teil der Neu-Anspruchsberechtigten diesem Muster folgen und keine Leistungen beanspruchen. Hinzu kommt, dass einige Leistungserbringer sich weigern, Medicaid Patienten zu behandeln, da Medicaid geringere Gebühren erstattet als andere Versicherer. Die Leistungserbringer holen sich das in der Regel zurück, indem sie ihren Patientenkreis durchmischen und das durch die Aufnahme privat Versicherter kompensieren. Anbieter, die Medicaid Patienten behandeln, werden in Zukunft einen höheren

Zulauf haben, was deren Mischkalkulation gefährdet.

Hinzuzufügen bleibt, dass die Reform zwar als universelles Versicherungsprogramm bezeichnet wird. Sie verlangt von den meisten Amerikanern, eine Versicherung abzuschließen und verpflichtet die Arbeitgeber, Krankenversicherung anzubieten.

Dennoch lässt es Deckungslücken für bestimmte Personen oder spezifische Indikationen. Der Commonwealth

fung einer Versicherungspflicht eine entscheidende Wende in der Gesundheitspolitik der USA zu verzeichnen ist. Trotz der deutlichen Stärkung der Rolle des Staates in der Regulierung ist es allerdings nicht gelungen, den Staat über Medicare und Medicaid hinaus als Finanzierungsträger von Krankenversicherung zu etablieren. Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung sind trotz Einschränkungen weiterhin risikoäquivalent kalkuliert, so dass hiermit die charakteristischen

Eigenschaften des Privatversicherungssystems erhalten bleiben. Als kleiner und doch richtungweisender Schritt sind die Bemühungen zu werten, die Performanz des Systems zu verbessern. Allerdings bleibt die Zukunft der Comparative Effectiveness Research in den USA weiterhin offen, zumal hier auch weiterhin mit starken Lobbyaktivitäten zu rechnen ist.

Literatur

Cacace, Mirella, 2010: „The US Healthcare System: Hierarchization With and Without the State“, in: Heinz Rothgang; Mirella Cacace; Simone Grimmeisen; Uwe Helmert; Claus Wendt, *The Changing Role of the State in OECD Health Care Systems*. Houndmills/Basingstoke: Palgrave, im Druck.

CMS, 2009: *National Health Expenditure Data: National Health Expenditures by Type of Service and Source of Funds, Calendar Years 1960-2008*, online: www.cms.hhs.gov

CMWF – The Commonwealth Fund, 2010: *What Will Happen Under Health Reform – And What's Next?*. online: <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Other/2010/What-Will-Happen-Under-Health-Reform-and-Whats-Next.aspx>

Jost, Timothy Stoltzfus, 2009: *Health Insurance Exchanges in Health Care Reform: Legal and Policy Issues*. New York: The Commonwealth Fund, online: www.commonwealthfund.org

New York Times, 26.04.2010: *Inquiry Says Health Care Charges Were Proper*, by Robert Pear, online: www.nytimes.com



Illustration: TeER 2010

Fund, zum Beispiel, schätzt die Zahl der Unversicherten in 2019 immer noch auf sechs Prozent der Bevölkerung oder auf 23 Millionen Personen. Ohne die Gesundheitsreform allerdings, wäre diese Zahl bis dahin auf 54 Millionen geklettert (CMWF 2010).

Ein besonderes Reformanliegen von Präsident Obama, die in früheren Gesetzesentwürfen diskutierte 'public option', bei der der Staat selbst als Anbieter für eine Versicherung auftritt, konnte nicht realisiert werden.

Fazit

Die Reform kann als bedeutend bezeichnet werden, da mit der Einrich-

OECD, 2009: *OECD Health Data, 1st Version July 2009*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.

Reinhardt, Uwe E., 2005: „The Mix of Public and Private Payers in the US Health System“, in: Alan Maynard (ed.), *The Public-private Mix for Health*. Oxford: Radcliffe, 83-117.

Schoen, Cathy; Collins, Sara R.; Kriss, Jennifer L.; Doty, Michelle M., 2008: „How many are Underinsured? Trends among U.S. Adults,

2003 and 2007“, *Health Affairs* 27 (4): w298-309.

US Census Bureau, 2009: *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.

Eine detaillierte Übersicht über die Reform und ihre Folgen bieten ferner die Websites der Kaiser Foundation und des Commonwealth Fund: <http://healthreform.kff.org/> und <http://www.commonwealthfund.org/>

Kontakt

Mirella Cacace
RAND Europe Westbrook Centre,
Milton Road
Cambridge CB4 1YG
United Kingdom
Telefon: ++44 (1223) 222-749
Fax: ++44 (1223) 358-842
mcacace@rand.org

BERICHTE

Das ZeS gratuliert den Absolventinnen und Absolventen im Master Sozialpolitik!

Am 16. April 2010 trafen sich zum zweiten Mal nach 2008 die Absolventinnen und Absolventen des Master Sozialpolitik, um mit Angehörigen und Freunden, Alumni aus älteren Jahrgängen, Dozenten und Dozentinnen und noch Studierenden den Abschluss ihres Studiums zu feiern. Bei einigen war das Zeugnis noch relativ frisch, andere stehen bereits seit längerem im Beruf, in allen Fällen aber wurde mit der Graduiertenfeier unterstrichen, was ein Verwaltungsablauf (...die Masterzeugnisse werden in aller Regel per Bundespost zugestellt...) gar nicht recht zu würdigen in der Lage ist: Dass ein wichtiger Teil der Ausbildung zum

erfolgreichen Ende gekommen ist und dass für alle ein Übergang in einen neuen Lebensabschnitt stattfindet. Das ZeS, das sich ganz besonders



auch über den wissenschaftlichen Nachwuchs freut, der Jahr für Jahr die Sozialpolitikforschung in- und außerhalb von Bremen verstärkt, wünscht dabei viel Erfolg!

Die AbsolventInnen :

Jonas Friedrich, Maika Hahne-Wiley, Jessica Heibült, Philip Mertens, Rosane Rodrigues Guerra, Jendrik Schröder, Manuela Semmler, Sebastian Vaske und Melike Wulfgram

Prof. Dr. Herbert Obinger neuer Sprecher am ZeS



Zum April 2010 hat Prof. Dr. Herbert Obinger die Position des Sprechers am Zentrum für Sozialpolitik übernommen. Er löst damit Prof. Dr. Frank Nullmeier ab, der das Institut in den vergangenen drei Jahren mit Weitsicht geleitet und mit großem Engagement nach außen repräsentiert hat. Der neue Sprecher Herbert Obinger ist seit 1998 Mitglied am ZeS. Seit

2007 leitet der Politikwissenschaftler zusammen mit Stephan Leibfried im Haus die Abteilung "Institutionen und Geschichte des Wohlfahrtsstaates"

Kontakt

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

Neue Projekte in der Arzneimittelversorgungsforschung

In Kooperation mit der Deutschen Diabetes-Forschungsgesellschaft e.V. (DDZ) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf führte die Arbeitsgruppe Versorgungsforschung mit Arzneimitteln und sonstigen Leistungen unter Prof. Dr. Gerd Glaeske ein Projekt zum Thema diabetische Spätschäden durch. Die Datenanalyse erfolgte für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Hinblick auf Fragestellungen zur Mortalität, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Kosten nach Eintreten diabetischer Spätschäden.

Ein weiteres Projekt der Arbeitsgruppe wurde zur Sturzprävention im Alter

für die Ärztekammer Nordrhein abgewickelt. Neben Datenmanagement und Analysen war eine gemeinsame Publikation Bestandteil des Projektes.

Ebenfalls unter der Leitung von Prof. Glaeske führte die Arbeitsgruppe eine wissenschaftliche Studie im Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) durch. Thematisiert wurden Auswirkungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-II-Diabetikern.

Zudem erstellte die Arbeitsgruppe ein Gutachten für den Gemeinsamen

Bundesausschuss (G-BA) zur Abbildung von Krankheitsverläufen durch Routinedaten am Beispiel der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CEG) im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Kontakt

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

Forschungsstand zu Typisierungen des Pflegebedarfs und Pflegeaufwands im Bezug zum Neuen Begutachtungsassessment

Ziel des Projektes ist eine umfassende Darstellung und Analyse von Assessmentinstrumenten zur Bestimmung des Pflegebedarfes, sowie ihrer Anknüpfungsfähigkeit an das NBA.

Zunächst erfolgte eine Darstellung der relevanten (internationalen) Verfahren zur strukturierten Leistungserfassung anhand von Falltypen und Fallgruppen in der Langzeitpflege (SGB XI). Dafür wurden anhand einer internationalen und nationalen Literaturrecherche Konzepte und Instrumente zur differenzierten Beschreibung von Pflegebedarf, Pflegeaufwand und deren Bedeutung für die Begutachtung, Leistungsbeschreibung und Pflegeplanung untersucht.

Mit der Recherche konnten insgesamt 20 Assessments und Verfahren zur Leistungsbemessung identifiziert werden. Ausgeschlossen wurden für die weitere Analyse Assessments, die keine weitere Typisierung des Pflegebedarfs in ein konkretes Leistungsgeschehen ermöglichen. Im Folgenden wurden die einzelnen Assessmentverfahren und die daraus folgenden

Leistungsbemessungen, die den Einschlusskriterien genügen, dargestellt und mit dem folgenden Frageraster analysiert

1. Welche Ansätze einer Gesamtbeschreibung von Pflegebedarfen und des Pflegeaufwands gibt es?
2. Welche Typisierungsansätze sind vorhanden?
3. Was leistet dieser Ansatz für Ziele wie Begutachtung, Leistungsbeschreibung, Pflegeplanung oder andere Zwecke?
4. Welche Möglichkeiten und Grenzen sind mit diesem Ansatz verbunden?
5. Welche Bedeutung haben stationäre und ambulante Pflegesituationen in diesem Zusammenhang? Gibt es unterschiedliche Erkenntnisse/Ergebnisse? Welche Zugriffsmöglichkeiten auf die im ambulanten Bereich wichtige informelle Pflege (nicht-gewerbsmäßig durchgeführte Leistung) werden vorgeschlagen?
6. Wie wird in diesem Ansatz zwischen Bedarf, Aufwand und Leistung unterschieden?

Dabei wurde zunächst die Funktion und Reichweite des Assessments dargestellt. Die weitere Fragestellung bezog sich auf die Übersetzung des erfassten Pflegebedarfes in ein Leistungsgeschehen. In der abschließenden Zusammenfassung erfolgt eine komprimierte Bewertung der Instrumente in einer Synopse.

Kontakt

Stefan Görres
Telefon: 0421/218-7443
sgoerres@uni-bremen.de

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

Erstellung eines systematischen Reviews zu den Effekten interdisziplinärer Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe auf die Qualität der Gesundheitsversorgung

Interdisziplinäre Kooperation der Gesundheitsberufe ist in Deutschland trotz neuer gesetzlicher Rahmenbedingungen noch nicht flächendeckend verbreitet. Da gerade in der Schlaganfall-Versorgung vermutet werden kann, dass die Patienten von

berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit profitieren können, bietet es sich an, am Beispiel dieses Krankheitsbilds die vorhandene Evidenz zur Effektivität der interdisziplinären Kooperation systematisch zu erheben und auszuwerten.

Kontakt

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

Innovationsförderung und Strukturverbesserung – Evaluation der Pflegestützpunkte und weiterer Beratungsstellen im Land Bremen

Mit der aktuellen Reform der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) und damit verbunden der Einführung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) soll für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen eine wohnortnahe Anlaufstelle geschaffen werden, bei der sie sich umfassend informieren können und zeitnah ein auf sie und ihre Situation abgestimmtes individuelles Hilfeangebot erhalten. Im April 2009 begannen drei Pflegestützpunkte im Land Bremen mit ihrer Arbeit. Die Senatorische Behörde für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat dem Zentrum für

Sozialpolitik, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung den Auftrag erteilt, die Pflegestützpunkte im Kontext der bereits bestehenden Beratungsstellen zu evaluieren.

Die Erhebung in den weiteren Beratungseinrichtungen dient vor allem zur Einordnung der Ergebnisse in den Stützpunkten und zur Ermittlung von Schnittstellenproblemen und Kooperationsmöglichkeiten. Evaluiert werden in diesem Rahmen vier der sechs Sozialzentren des Amtes für Soziale Dienste und vier der 17 Dienstleistungszentren in Bremen mit ihren

Beratungsangeboten für ältere und pflegebedürftige Menschen.

Das Projekt hat eine Laufzeit von einem Jahr und startete im Januar 2010.

Kontakt

Stefanie Bohns
Telefon: 0421/218-4393
s.bohns@zes.uni-bremen.de

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

Nowetas-Ausschreibung „Wissenschaftskooperation im Nordwesten“

Entscheidungsprozesse zwischen Kollektiv und Individuum

Seit dem 1. März 2010 wird das Projekt „Entscheidungsprozesse zwischen Kollektiv und Individuum: Eine interdisziplinäre Analyse von Gerechtigkeitsvorstellungen in kollektiven Entscheidungsprozessen und deren Rückwirkungen auf die individuelle Entscheidungsebene“ durch die Nowetas-Stiftung für 18 Monate als sogenanntes Profilprojekt mit rund 100.000 Euro gefördert. Am Projekt sind 10 experimentell arbeitende oder an experimenteller Forschung interessierte Sozial-, Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftler sowie Philosophen der Universitäten Bremen und Oldenburg und der Jacobs University Bremen beteiligt. Von

Seiten des ZeS haben Prof. Dr. Frank Nullmeier (Abteilung Theorie und Verfassung des Wohlfahrtsstaates) und Prof. Dr. Stefan Traub (Wirtschaftswissenschaftliche Abteilung) den Antrag unterzeichnet, die Koordination hat Prof. Dr. Bernhard Kittel (Oldenburg) übernommen. Gegenstand des Projekts ist die Analyse von Gerechtigkeitsvorstellungen in kollektiven Entscheidungsprozessen. Die relative Bedeutung verschiedener Faktoren, die zum Gerechtigkeitsempfinden von Verhandlungsergebnissen beitragen, soll mittels kontrollierter Laborexperimente geprüft werden. Die Kooperation zielt auch auf die Etablierung einer gemeinsamen Forschergruppe im

Rahmen der sozialwissenschaftlichen Exzellenzclusterinitiative der drei beteiligten Universitäten ab.

Kontakt

Stefan Traub
Telefon: 0421/218-2765
traub@uni-bremen.de

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

Neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Stefanie Bohns Soziologin M.A. arbeitet seit Mitte Januar 2010 in dem neuen Projekt "Innovationsförderung und Strukturverbesserung - Evaluation der Pflegestützpunkte und weiterer Beratungsstellen im Land Bremen" in der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung" (s. Seite 14).

Seit Anfang des Jahres arbeitet *Dr. rer. pol. Simone Kirpal* in der Abteilung "Geschlechterpolitik des Wohlfahrtsstaates". Frau Kirpal arbeitet zu Themenbereichen „Strukturveränderungen im Erwerbssystem, sozialpolitische Reformen und neue soziale Risiken“.

Ebenfalls seit Anfang des Jahres ist *Anke Stück* im Sekretariat des Bereichs Versorgungsforschung von Prof. Glaeske tätig. Frau Stück wechselte nach langjähriger Tätigkeit im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) ins ZeS.

Kristin Bothur, M.A., seit November 2009 Mitarbeiterin in der Abteilung "Theorie und Verfassung der Wohlfahrtsstaates", assistiert bei Planungs- und Koordinationsprozessen verschiedener Forschungsprojekte.

Dipl.-Volkswirt Leonard Münstermann unterstützt ab April 2010 die Wirtschaftswissenschaftliche Abteilung des ZeS. Zusammen mit Prof. Dr. Stefan Traub wird er auf der Datengrundlage des sozio-oekonomischen Panels ein Mikrosimulationsmodell entwickeln, mit dessen Hilfe Verteilungswirkungen von Reformmaßnahmen im Bereich der Alterssicherungspolitik abgebildet werden können.

Gastwissenschaftler

Federico Pancaldi ist Doktorand der Graduate School in Economic, Political and Social Sciences an der Universität Mailand und Research Fellow am Research Unit on European Governance (URGE) am Carlo Alberto Kollegium in Turin. Nach dem Diplom (Internationale Beziehungen) an der Universität von Bologna und einem Post-Graduate Master (Europäische Studien) an der Université Libre de Bruxelles (ULB) arbeitet er aktuell an einer Dissertation zum Thema „Arbeitslosenversicherung für atypisch Beschäftigte in Deutschland und Italien.“ Federico Pancaldi ist darüber hinaus in dem von Prof. Maurizio Ferrera geleiteten Forschungsprojekt „Towards a multi-level social citizenship space in Europe“ und in einer vergleichenden Analyse von Prof. Margarita Estevez Abe „The Rise and Fall of the Housewife“ beteiligt. Seine Forschungsschwerpunkte sind vergleichende Arbeitsmarktpolitik und Wohlfahrtsstaatlichkeit auf EU- und nationalstaatlicher Ebene.

Alexander Goerne, School of Social and Political Science, University of Edinburgh, Scotland, UK arbeitet zu Reformen der aktiven Arbeitsmarktpolitik in Deutschland und Großbritannien. Vom 03. bis 28. Mai 2010 wird Herr Goerne in der Abteilung "Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat" einen Grossteil seiner Feldforschung absolvieren (im Wesentlichen Interviews in Arbeitsagenturen und ARGE).

Die Arbeiten von *Christopher Pallas* fokussieren die Rolle der Zivilgesellschaft in internationalen Policy-Prozessen sowie die Frage nach dem Verhältnis von Demokratie und Repräsentation in globalen Governance-Systemen. Am ZeS beschäftigt er sich mit einem Projekt zum Thema „North-South-North Patterns of Network Formation in Transnational Advocacy“, außerdem mit T. H. Marshall's Positionen zum Weltbürgertum. Noch in der ersten Jahreshälfte 2010 wird Christopher Pallas, der einen Masterabschluss in Social Policy von der Universität von Edinburg hat, seinen PhD am Centre for Civil Society der London School of Economics beenden. 2009 war er als Lehrkraft an der New School for Social Research in New York beschäftigt. Vor seinem Eintritt in die Universität arbeitete er in der Organisationsentwicklung einer amerikanischen Non-Profit-Vereinigung und zusätzlich für 2 Jahre als Berater einer Nichtregierungsorganisation in Westafrika, sowie als Berater für Unternehmensbeziehungen mit der Weltbank.

Mark Vail, Tulane University, New Orleans, wird im Rahmen seines Bundeskanzler-Stipendiums von der Alexander von Humboldt-Stiftung von Juni bis August 2010 als Gast am Zentrum für Sozialpolitik sein. Herr Vail wird an der Ausarbeitung seines Buchprojekts „The Comparative Politics of Liberalism“ arbeiten.

weitere Informationen zu den Abteilungen und Mitgliedern des ZeS unter:

www.zes.uni-bremen.de/ccm/navigation/abteilungen/

Gesundheitspolitisches Kolloquium Sommersemester 2010



Mehr Effizienz und Qualität in der gesundheitlichen Versorgung – Zukunftsfähige Strategien für die Ausgabensteuerung in der Kranken- und Pflegeversicherung

Es nehmen Stellung:

- | | |
|---------------------|---|
| 12.05.10, 20.00 Uhr | <p>Prof. Dr. Heinz Rothgang, Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des Zentrums für Sozialpolitik, Universität Bremen</p> <p>Sicherstellung einer zukunftsfähigen pflegerischen Versorgung</p> |
| 26.05.10, 20.00 Uhr | <p>Prof. Dr. Hartwig Bauer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie</p> <p>Aufgabensteuerung in der medizinischen Versorgung: Die neuen Herausforderungen im Krankenhaus</p> |
| 02.06.10, 20.00 Uhr | <p>Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)</p> <p>Mehr Effizienz und Qualität in der GKV – Zukunftsfähige Strategie am Beispiel der zahnärztlichen Versorgung</p> |
| 09.06.10, 20.00 Uhr | <p>Prof. Dr. Heidi Höppner, Professorin für Physiotherapie der FH Kiel und Vorstandsvorsitzende des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe e.V.</p> <p>Chancen für mehr Effizienz und Qualität in der GKV. Professionalisierung durch Akademisierung im Heilmittelbereich</p> |
| 16.06.10 20.00 Uhr, | <p>Prof. Dr. Gerd Glaeske, Co-Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des Zentrums für Sozialpolitik, Universität Bremen</p> <p>Gesunde Geschäfte mit bitteren Pillen? Neue Konzepte der Ausgabensteuerung in der Arzneimittelversorgung</p> |
| 30.06.10, 20.00 Uhr | <p>Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns</p> <p>Mengensteuerung durch Qualitätssicherung: "Pay for Performance" – Ansätze in Bayern</p> |
| 07.07.10, 20.00 Uhr | <p>Dr. Axel Kobelt, Leiter des Referates Rehastrategie – Psychosomatik, Abtlg. Rehamanagement und Rehasteuerung, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover</p> <p>Erwerbsbezug in der psychosomatischen Rehabilitation</p> |

Moderation der Veranstaltungen:

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen

Veranstaltungsort:

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Parkallee 39, 28209 Bremen, Raum 3260 (2. Etage)

jeweils am Mittwoch

Arzneimittelbewertung, Arzneimittelversorgung und Finanzierung der Arzneimitteltherapie – Nutzen, Schaden, Risiken

Medizinkongress am 06.07.2010 in der Katholischen Akademie in Berlin

Durch den Zusammenschluss der BARMER mit der GEK zur BARMER GEK erhält die Kooperationsveranstaltung mit dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen eine neue Dimension.

Arzneimittel gehören zu den wirksamsten Instrumenten ärztlicher Hilfe. Ihr Einsatz erfordert aber besondere Aufmerksamkeit und die Berücksichtigung unterschiedlicher Anforderungen. Die bessere Steuerung der Finanzierung und Bewertung von Arzneimitteln, die Forschung zur Implementierung neuer Arzneimittel und

die Förderung einer rationalen Arzneimitteltherapie stehen im Mittelpunkt der Veranstaltung.

Mitwirkende Referenten sind neben Birgit Fischer und Dr. Rolf-Ulrich Schlenker (BARMER GEK) auch Prof. Dr. Gerd Glaeske (Uni Bremen), Prof. Dr. Eberhard Wille (Universität Mannheim), Prof. Dr. Matthias Schrappe (Rheinische Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn), Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig (Helios Klinikum Berlin-Buch), Dr. Timm Volmer (Wyeth Pharma) und Prof. Dr. Peter T. Sawicki (IQWiG).

Die wissenschaftliche Leitung der Veranstaltung hat Prof. Dr. Gerd Glaeske, organisiert wird der Kongress von Cornelia Trittin.

Kontakt:

Cornelia Trittin
Telefon: 0421/218-4995
ctrittin@zes.uni-bremen.de

Neu erschienen:**GAZESse 2010/1**

– die elektronische Gazette der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung mit Berichten über aktuelle Forschungsergebnisse, Veröffentlichungen und Präsentationen aus laufenden Projekten, Hinweisen auf neue Projekte und Ankündigungen von Veranstaltungen.

Kontakt: Rolf Müller • Telefon: 0421/218-4360 • gazesse@zes.uni-bremen.de

Neuerscheinungen



Braun, Bernard; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf, 2010: **Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. Pflege & Gesellschaft.**

Weinheim: Juventa.

Die Umstellung der Krankenhausvergütung auf Fallpauschalen war von großen Hoffnungen und großen Ängsten begleitet. Was davon ist eingetroffen?

Seit Anfang 2003 wird fast die gesamte stationäre Versorgung in deutschen Krankenhäusern nach DRGs (Diagnosis-related Groups) abgerechnet. Mit der neuen Vergütungsform waren Hoffnungen auf einen zügigeren und qualitativ optimierten Behandlungsverlauf bei gleichzeitigen Ausgabensenkungen verbunden. Kritiker der Umstellung befürchteten Nachteile für Patienten durch die Verkürzung der Verweildauern (bis hin zur «blutigen Entlassung») und für Beschäftigte, etwa eine weitere Verdichtung der Arbeit.

Ob diese Erwartungen eintrafen, beantwortet eine bisher einzigartige integrative Analyse, für die zwischen 2002 und 2008 tausende Krankenhaus-Patienten, Ärzte und Pflegekräfte mehrmals schriftlich mit fast identischen Fragen über ihre Wahrnehmung der Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen befragt wurden. Hinzu kommen Ergebnisse von qualitativen Fallstudien in vier Krankenhäusern. Ein Überblick über wesentliche Ergebnisse der nationalen und internationalen DRG-Folgenforschung rundet das Bild ab.

Die Untersuchung führt unter anderem zu dem Ergebnis, dass viele der Befürchtungen noch nicht eingetroffen sind bzw. von den Betroffenen nicht wahrgenommen wurden. Trotzdem verschlechterte sich z.B. die Versorgung von Patienten mit mehreren Behandlungsanlässen, und es verschärfte sich drastisch die «moralische Dissonanz» zwischen ethischen und professionellen Ansprüchen von Ärzten und Pflegekräften und ihrem Berufsalltag. Obwohl die Liegezeiten kontinuierlich weiter abnahmen, verbesserte sich die Aufnahme- und Entlassungsphase der Patienten

auf zum Teil unzulänglichen Niveau nicht, was einer Verschlechterung gleichkommt.



Sachweh, Patrick, 2010: **Deutungsmuster sozialer Ungleichheit. Wahrnehmung und Legitimation gesellschaftlicher Privilegierung und Benachteiligung.** Schriften des Zentrums für

Sozialpolitik, Bd. 22. Frankfurt/ New York, Campus.

Patrick Sachweh fragt, wie Ungleichheit von Menschen in privilegierten und benachteiligten Lagen in Deutschland wahrgenommen, erklärt und gerechtfertigt wird. Welche Deutungsmuster liegen der Interpretation und der Verarbeitung eigener Ungleichheitserfahrungen zugrunde? Seine Interviews zeigen, dass Ungleichheit oft als unvermeidbar wahrgenommen wird und dass sich über Klassengrenzen hinweg die Deutungsmuster ähneln.



Kemper, Claudia; Sauer, Kristin; Glaeske, Gerd, 2009: **GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2009.** GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 72. St. Augustin: Asgard.

Zum sechsten Mal veröffentlicht die Gmünder ErsatzKasse GEK ihren Heil- und Hilfsmittel-Report, in dem, wie schon im GEK-Arzneimittel-Report, die Leistungsdaten des Vorjahres analysiert und kommentiert werden. Im Jahr 2008 hat die GEK für ihre 1,75 Mio. Versicherten in der ambulanten Versorgung 91,5 Mio. Euro für Heilmittel, also z. B. für Physio- und Ergotherapie oder für Logopädie, ausgegeben. Fast die gleiche Summe entfiel auf die Heilmittel, nämlich 90,7 Mio. Euro. Diese Leistungen dürfen nur auf der Basis ärztlicher Verordnungen erbracht werden, wobei allerdings festzuhalten ist, dass die Richtgrößen zur Verordnung dieser Leistungen zwischen den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen

deutlich schwanken. Bei den Heilmitteln liegen sie zwischen über 10 Euro in der KV Baden-Württemberg bis knapp 4 Euro in der KV Hamburg. Damit sind die vielen Kassenärztlichen Vereinigungen enge Grenze für die Verordnungen gesetzt.

Insgesamt zeigen sich auffällige Steigerungsraten bei den Ausgaben für diese beiden Leistungsblöcke, was allerdings auch damit zusammenhängt, dass die GEK im Jahre 2008 einen Versicherungszuwachs um ca. 90.000 Personen aufgrund einer Fusion mit der Profikasse HZK zu verzeichnen hatte. Im Mittelpunkt der diesjährigen Auswertungen stehen u. a. die Themen Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen, Podologie beim diabetischen Fußsyndrom und Mukoviszidose. Damit verfolgen die Analysen auch das Lebensphasenkonzept der GEK, da sowohl Kinder und Jugendliche in den Analysen angesprochen werden (z. B. bei Mukoviszidose) als auch ältere Patientinnen und Patienten (z. B. solche mit einem diabetischen Fußsyndrom). Da die GEK-Daten die Möglichkeit bieten, Behandlungsverläufe abzubilden, sind auch Aussagen über Unter-, Über- und Fehlversorgung möglich.



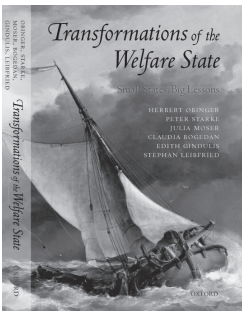
Rothgang, Heinz, 2009: **Theorie und Empirie der Pflegeversicherung. Die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland.**

Münster: LIT.

In den letzten beiden Dekaden wurde Pflegebedürftigkeit zunehmend als neues soziales Risiko "entdeckt". Die sozialstaatliche Absicherung dieses Risikos wirft vielfältige konzeptionelle und empirische Fragen auf.

Aufbauend auf einer allgemeinen Diskussion vorhandener Optionen wird die Ausgestaltung der deutschen Pflegeversicherung zwischen Markt, Korporatismus und Staat analysiert. Modelrechnungen zur Finanzentwicklung verdeutlichen, dass die Pflegeversicherung derzeit nur entweder Beitragssatzstabilität oder Kaufkraftstabilität ihrer Leistungen sichern kann - nicht aber beide gleichzeitig.

weitere Veröffentlichungen von Mitgliedern des ZeS unter:



Obinger, Herbert; Leibfried, Stephan; Bogedan, Claudia; Starke, Peter; Obinger-Gindulis, Edith; Moser, Julia, 2009: *Welfare State Transformation. Small*

Countries - Big Lessons? Oxford: Oxford University Press.

Transformations of the Welfare State gives a new twist to the longstanding debate on the impact of economic globalization on the welfare state. The authors focus on several small, advanced OECD economies in order to assess whether (and how) the welfare state will be able to compete under conditions of an increasingly integrated world economy.

Small states can be seen as an 'early warning system' for general trends, because of their dependence on world markets and vulnerability to competitive pressures. The book's theoretical part innovatively integrates the literature on the political economy of small states with more recent research on the impact of globalization on social policy to generate a set of ideal-typical policy scenarios. In the main body of the book, the authors systematically test these scenarios against the experience of four countries: Austria, Denmark, New Zealand, and Switzerland.

The comparative, in-depth analysis of reform trajectories since the 1970s in four key policy areas; pensions, labour market policy, health care, and family policy provides, according to the authors, substantial evidence of a new convergence in welfare state patterns—They go on to argue that this amounts to a fundamental transformation of the welfare state from the old Keynesian welfare state positioned 'against the market' to a new set of supply-

side policies 'with' and 'for' the market. Yet one of the big lessons to be learned from this timely study is that the transformation does not match the doomsday scenario predicted by neoclassical economists in the 1990s. There is no evidence of a 'race to the bottom' of social expenditure and standards of social protection, nor of a convergence towards a 'liberal' social policy model. Looking to the possible future of the welfare state in an era newly marked by profound uncertainty, the authors sound an optimistic note for states of any size.

Zeitschrift für Sozialreform • Journal of Social Policy Research



Heft 1/2010

mit Beiträgen von:

Angela Luci; Heidi Oschmiansky; Tim Köhler-Rama; Albert Lohmann; Holger Viebrok; Dirk Meyer; Tobias Hackmann; Stefan Moog

Kontakt

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

Die ZSR wird vom Verlag Lucius & Lucius verlegt. Redaktioneller Sitz ist am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.



ZeS

Zentrum für
Sozialpolitik

Sommersemester 2010

Jour-fixe Reihe

Mi., 14.04.2010
15.00 Uhr

Prof. Dr. August Österle, Wirtschaftsuniversität Wien
Langzeitpflege in Mittel- und Südosteuropa

Di., 04.05.2010
18.00 Uhr

Prof. Dr. Stephan Lessenich, Institut für Soziologie,
Universität Jena
**Die Rückkehr der gesellschaftlichen Planungs-
phantasien**

Di, 08.06.2010
11.15 Uhr,
Raum 4010

Dr. Yasemin Körtek, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, München
Sozialpolitik in der Türkei

Mi., 16.06.2010
14.00 Uhr

Prof. Dr. Herbert Obinger, Zentrum für Sozialpolitik und Carina Schmitt, Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ (Sfb 597), Universität Bremen
Guns and Butter - Regimewettbewerb und Wohlfahrtsstaat im Kalten Krieg

Mi., 30.06.2010
16.00 Uhr

PD Dr. Berthold Vogel, Hamburger Institut für Sozialforschung/Universität Kassel
Wie arbeitet der arbeitende Staat? Die öffentlichen Dienste als Kristallisationspunkte wohlfahrtsstaatlicher Transformation

Zentrum für Sozialpolitik,
Geschäftsstelle, Barkhof, 2. OG. Raum 3260,
Parkallee 39, 28209 Bremen
Telefon: 0421/218-4362, eMail: srose@zes.uni-bremen.de
www.zes.uni-bremen.de