

Sonderforschungsbereich 186

**Statuspassagen und Risikolagen
im Lebensverlauf**

**Institutionelle Steuerung
und individuelle
Handlungsstrategien**

**Arbeits- und Ergebnisbericht
Juli 1991 - Juli 1993**

Bremen, Juli 1993



Arbeits- und Ergebnisbericht des Teilprojekts C1

Thema: "Normative Annahmen institutioneller Akteure bei der Regulierung prekärer gesundheitlicher Lebenslagen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation"

Beteiligte Wissenschaftler:

Prof. Dr. Rainer Müller (GA) (Projektleiter)
Dr. Gerd Marstedt (GA) (ab 1.8.1991)
Dr. Ulrich Mergner (EA) (ab 1.9.1991)

Inhalt:

1. Zusammenfassung
2. Ausgangsfragestellung und Stand der Forschung
3. Methodisches Vorgehen
4. Ergebnisse
 - 4.1. Der soziale Gehalt kassenspezifischer Verständnis- und Handlungsweisen: Ein Typisierungsansatz
 - 4.2. Rehabilitationskonzepte der Kassen
 - 4.3. Theoretische Arbeiten: Rehabilitation und institutionelles Handeln, Risikolagen und Statuspassagen
5. Veröffentlichungen und Außenaktivitäten
 - 5.1. Veröffentlichungen
 - 5.2. Außenkontakte

1. Zusammenfassung

Am Beispiel medizinischer Rehabilitation innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden im Forschungsprojekt Muster institutioneller Regulierung von Statuspassagen untersucht. Die Frage nach den Problemlösungsstrategien und Interventionsformen sozialstaatlicher Institutionen angesichts des Bedeutungsgewinns chronisch-degenerativer Erkrankungen versprach zugleich einen Erkenntnisgewinn hinsichtlich möglicher Veränderungen des Verhältnisses von Individuum und Institution im Prozeß gesellschaftlicher Modernisierung.

Medizinische Rehabilitation ist nach fast einmütiger Auffassung von Medizinern wie Sozialwissenschaftlern ein aktuell mehr denn je essentielles gesundheitspolitisches Instrument. Innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung dominiert nach unseren Ergebnissen in diesem Bereich jedoch ein Handlungsmuster reaktiver Verwaltung, das auf eine systematische Bedarfsermittlung, Information oder Effizienzkontrolle verzichtet. Der Regulationsprozeß ist nicht von vornherein und durchgängig restriktiv geprägt. Ein egalitaristischer Anspruch legitimiert die passive Reaktivität der Handlungsmuster und bewirkt in dieser Gleichbehandlung von Ungleichen eine Verfestigung sozialer Deprivilegierungen. Eine kompensatorische Politik oder auf Risikogruppen orientierte Information greift jedoch nirgends Raum. An ihrer Stelle finden sich oft wettbewerbsorientierte Konzepte der Gesundheitsförderung.

Darüber hinausgehend machen unsere empirischen Befunde jedoch Differenzen deutlich: Trotz der vermeintlich nur minimalen Handlungs- und Ermessensspielräume, die der Gesetzgeber den Organisationen der GKV einräumt, lassen sich unterschiedliche - allgemeine und rehabilitationsspezifische - Muster von Handlungskonzepten und Sichtweisen der Kassen nachweisen. Diese Unterschiede zwischen "Notgemeinschaften", "Wertgemeinschaften" und "Zweckgemeinschaften" - wie wir die Kassen-Typen vorläufig benannt haben - sind nicht allein erklärbar aus ökonomischen Rahmenbedingungen, Traditionen, Mitglieder- und Risikostrukturen. Sie repräsentieren je spezifische, teils eher unterschwellig wirk-

same Sichtweisen, Normen und Wertorientierungen der Akteure einerseits, sind aber andererseits ebenso auffindbar in Organisationsstrukturen oder konkreten Mustern der Entscheidungsfindung und des Umgangs mit Versicherten.

Die empirische Tragfähigkeit dieser Typisierung erweist sich auch bei der Betrachtung des Kassenhandelns im Bereich Kuren/Rehabilitation. In den von uns identifizierten und analytisch mehrschichtig voneinander abgegrenzten unterschiedlichen "Rehabilitationskonzepten" der Kassen (wir unterscheiden "modernistisch-kontrollierende", "pragmatisch-normbedachte" und "kundenorientiert-liberale") werden zunächst je unterschiedliche Auffassungen deutlich, was gesundheitspolitische Funktionen der Kasse oder auch den Umgang mit Versicherten betrifft. Betrachtet man parallel dazu die je typische Mitgliederstruktur, so zeigt sich, daß die Rehabilitationskonzepte der Kassen dort autoritär-kontrollierend sind, wo Information und Anregung am meisten vermißt werden, und dort permissiv-kulant, wo - nach eigener Aussage der Kassen-Akteure - eine medizin-konsumtive Anspruchsinflation zu beobachten ist. Die institutionelle Allokation gesundheitspolitischer Maßnahmen folgt damit kaum einer risikoorientierten Logik der Überbrückung bzw. Vermeidung negativer Statuskarrieren, sondern sehr viel eher der Kompetenz von Versicherten zur Nachfrage und Geltendmachung von Ansprüchen.

2. Ausgangsfragestellung und Stand der Forschung

Der Antrag des Projekts C1 für die laufende Bewilligungsphase formulierte als zentrale Frage die nach den normativen Vorstellungen institutioneller Akteure, die in der sozialstaatlichen Regulierung prekärer gesundheitlicher Lebenslagen wirksam sind. Am Beispiel des Umgangs mit Anträgen auf Maßnahmen zu medizinischer Rehabilitation im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sollten Sichtweisen der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Normalität von Lebensläufen sowie die gesellschaftliche Prägung von Lebensverlaufsmustern untersucht werden.

Dementsprechend wurde im Antrag der Forschungsstand vor allem charakterisiert in bezug auf inhaltliche und organisatorische Probleme institutioneller Bearbeitung von Rehabilitationsfällen zum einen, die zeitliche Dimensionierung von Lebensläufen und ihre konzeptionelle Fassung (in Begriffen wie trajectory oder Karriere) zum anderen. In beiden hat sich der state of the art seitdem wenig verändert. Insbesondere die Forschung über Rehabilitation bezieht sich immer noch überwiegend nicht auf den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auf den der Rentenversicherung (vgl. etwa VDR 1992, Koch/Barth 1990). Inhaltliche Schwerpunkte der vorliegenden Untersuchungen finden sich weiterhin in den Fragen nach dem Rehabilitationsbedarf, nach der Inanspruchnahme (einschließlich diesbezüglicher Barrieren) und nach der medizinischen Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. Barth 1992, Biefang u.a. 1992, Koch u.a. 1990, Barth u.a. 1989, Tiemann 1988) sowie nach der beruflichen Wiedereingliederung nach Rehabilitation (vgl. Gerhardt 1992, Badura u.a. 1987, von Ferber 1987). Einen neuen Akzent in die stark auf den Nachweis von Selektivität und schichtspezifischen Differenzen orientierten Diskussionen um das letztgenannte Problem bringt allenfalls Gerhardt (1992) mit ihrem Versuch, Rückkehr in den Beruf bzw. Frühverrentung nach Rehabilitation auch als Ergebnis intentional und reflexiv strukturierter Handlungsentscheidungen im Zusammenhang einer "Erosion von Leistungsethik" zu erklären.

Nicht zuletzt auf dem Hintergrund von Anregungen und Auflagen aus dem Gutachtertvetum nahmen wir zu Beginn der Projektarbeit eine kritische Revision des dem Antrag zugrundeliegenden Konzepts vor (vgl. ausführlich dazu: Zwischenbericht, S.10-31). Die Unterschiedlichkeit institutioneller Regulierungsweisen in verschiedenen Organisationszusammenhängen wurde in den Vordergrund gestellt, die "institutionellen Akteure" konzeptionell eingebunden in die Besonderheit von Organisationskulturen. Die Fragestellung wurde zugespitzt auf Differenzen in der Bearbeitung von Anträgen auf Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen unterschiedlicher Organisationen der Gesetzlichen Krankenversicherung und auf deren Erklärung im Kontext je spezifischer Handlungsbedingungen, Zielsetzun-

gen, Wertvorstellungen und Verständnisweisen. Die theoretisch-konzeptionelle Arbeit verlagerte sich damit allerdings weitgehend in Forschungsneuland. Die Kennzeichnung des Stands kassenbezogener Forschung muß vor allem auf Lücken verweisen: Im besonderen mangelt es an Arbeiten zu den Bedingungen, Zielsetzungen und Verständnisweisen sowie den Formen des Handelns einzelner (verschiedenen Kassenarten zugehöriger) Kassen im Bereich Rehabilitation. Aber auch unter der allgemeineren Frage nach dem Wissen über die Institution GKV kann man, trotz einer Vielzahl von Veröffentlichungen, wie Mayntz/Derlien (1979, S.2) Ende der siebziger Jahre, immer noch von einer relativen "Unerforschtheit des Gegenstands" sprechen.

Die vorliegenden Untersuchungen konzentrieren sich in ihrer Mehrheit auf die Bedeutung des Wandels externer Bedingungen für das Krankenversicherungssystem, allenfalls für einzelne Kassenarten. Weder gibt es bisher systematische Deskriptionen und Analysen kassenspezifischer Umgangsweisen mit nicht-kurativen Gesundheitsdienstleistungen, noch Hypothesen oder gar konsistente, empirisch überprüfte Konzepte, die Erklärungen anbieten könnten für diesen bislang wenig beachteten sozialen Tatbestand. Insbesondere wird die "Subjektivität" der Kassenorganisationen - d.h. gewachsene kollektive Wert- und Zielvorstellungen, Verständnisweisen und eingespielte Regelungsformen, Faktoren, die das Kassenshandeln oft auch unter der Hand bzw. "hinter dem Rücken der Akteure" bestimmen - neben den vorrangig untersuchten "objektiven" ökonomischen, normativen und arbeitsprozeßlichen Rahmenbedingungen kaum beachtet.

Zwar finden sich Hinweise auf unterschiedliche Strategien und Handlungsergebnisse: So verweist etwa Herder-Dorneich (1985) auf die Rolle unterschiedlicher Leistungsangebote im Wettbewerb, Neubauer/Birkner (1980) und Schröder u.a. (1990) arbeiten Unterschiede in der Qualität der Versorgung heraus, die Versicherten verschiedener Kassenarten zuteil wird. Deren Erklärung greift jedoch nicht auf die von uns pointierten "organisationskulturellen" Aspekte zurück. Allenfalls werden organisationspezifische Interessen angedeutet: So spricht etwa

Eberle (1992) von "subjektiven Interessen der AOK-Kasse", Webber (1988) benennt "Selbsterhaltung als Ziel von Kassenorganisationen", Paquet (1987) allgemeiner "Selbsterhaltungs- und Expansionsinteressen der Sozialbürokratien", Rosenberg (1986) verweist auf die Gliederung nach Berufszugehörigkeit der Mitglieder als Grundlage der Verfolgung "eigener Interessen" durch die GKV-Kassen und Mayntz/Derlien (1979) gehen davon aus, daß auch "Gründungs- und Beibehaltungsmotive der Kassen" und "Selbsterhaltung" handlungsleitende Nebenziele von Kassen sein können.

Empirisch wird diese Problematik unseres Wissens ausführlicher nur in den Untersuchungen von Kühn (1989) und Oppen (1991) angegangen. Am Beispiel des EDV-Einsatzes in Sozialversicherungen thematisiert Kühn in Verschränkung von sozial- und arbeitspolitischer Perspektive die Bedeutung der Tatsache, daß Sozialleistungen auch Ergebnisse von Arbeitsprozessen sind, für die Position der Klienten und ihrer Bedürfnisse in Sozialverwaltungen. Auf der Basis einer Vorstellung von Rationalisierung als sozialem, zielgeleitetem und interessenbestimmten Prozeß arbeitet er unterschiedliche Rationalisierungskonstellationen und -muster heraus und konzipiert betriebliches Handeln in der Gestaltung von Arbeitsprozessen dabei als rationales, an Markterfordernissen orientiertes. "Organisationskulturelle" Aspekte bleiben weitgehend ausgeblendet.

Oppen (1991) bezieht diese Dimension in ihrer Untersuchung einzelbetrieblicher "Modernisierungsstrategien" der Erstellung von Dienstleistungen dagegen systematisch ein. Auf dem Hintergrund konstatierten "objektiven Rationalisierungsdrucks" identifiziert sie drei Konzepte des "Umbaus von Verwaltungsapparaten zu produktivitätsorientierten Dienstleistungsunternehmen". In Anlehnung an industriesoziologische Begriffsbildungen spricht sie von "Produktionskonzepten": einem "technokratischen, neo-tayloristisch geprägten", einem "marktorientierten" und einem "klientenzentrierten". Insbesondere die Entwicklung des letzteren sieht sie als Ergebnis eines "iterativen Prozesses organisatorischen, sozialen und kulturellen Wandels" und rückt dabei die Bedeutung organisationskultureller Be-

dingungen für unternehmensspezifische Dienstleistungsqualität und ihre Veränderung in den Vordergrund.

Damit geht sie einen erheblichen Schritt über den Stand organisations- und verwaltungswissenschaftlicher Forschung hinaus. Dies betrifft einerseits eher allgemeine, auf "Verwaltungshandeln" bezogene bürokratiekritische Diskussionen (vgl. Grunow 1988, 1982, Lange/Sippel 1986, Mayntz/Schumacher-Wolf 1985, Kaufmann 1979, Kaufmann/Schäfer 1979), in denen es um die "Bürgernähe" von Verwaltungen geht, andererseits spezifischere, um die Verbesserung des Dienstleistungsangebots der Kassen und die Steigerung der "Dienstleistungsqualität" ihres Handelns geführte Debatten (vgl. zusammenfassend Oppen 1992, 1991, aber auch schon Badura/Gross 1976). Gerade in den bürokratiekritischen Diskussionen finden sich dabei Hinweise auf die Bedeutung "gewachsener Kulturen" für das Handeln von Institutionen. So spricht etwa Grunow (1988) von "Verwaltungsklima" und "Bürokultur", Richards (1990, zitiert nach Oppen 1992) sieht das Management oder Teile davon auch als "Wächter über die alte Kultur", Docherty/Stjernberg (1985) diskutieren die Notwendigkeit eines "Kulturwandels" von einer "Kontroll-" zu einer "Dienstleistungskultur". Hegner (1978) geht am weitesten in dieser Richtung, wenn er die "bewußtlose" Setzung und Anwendung formalisierter Verhaltenserwartungen in der Verwaltung" unterstellt.

Weitere Anregungen, die allerdings wegen der begrenzten Vergleichbarkeit der Bedingungen im gewerblichen Sektor und im Sozialversicherungsbereich auch die Frage der Übertragbarkeit von theoretischen Ansätzen aufwerfen, finden sich schließlich im betriebssoziologischen Konzept der "betrieblichen Arbeits- und Sozialordnung", das in Anknüpfung an die ältere deutsche Betriebssoziologie (Geck, Briefs) entwickelt wurde (vgl. Dabrowski u.a. 1984, Kothhoff 1986, Dabrowski u.a. 1989, Hildebrandt/Seltz 1989, Hildebrandt 1991). Dort scheint uns der Ansatz an organisationskulturellen, nicht strategisch entwickelten Hintergründen des Handelns von Betrieben - sowohl was seine theoretische Fassung und Begründung, als auch, was seine empirische Einlösung anbelangt - bislang am weitesten entwickelt.

3. Methodische Vorgehensweise

Basis für die Festlegung des Untersuchungskonzepts war die Einsicht, daß aufgrund des defizitären Forschungsstands für die Untersuchung institutioneller Regulierungsweisen von Statuspassagen und damit korrespondierender Handlungs- und Deutungsmuster von Entscheidungsträgern im Bereich der GKV ein ausschließlich quantitatives Vorgehen bei einem größeren Sample von Kassen nicht in Frage kam. Stattdessen wurde ein Fallstudien-Ansatz gewählt, der problemzentrierte Interviews (vgl. Witzel 1985, Lamnek 1988), Dokumentenanalysen und statistische Aufarbeiten einschloß. Um die objektiven Rahmenbedingungen von Kassenhandeln in möglichst großer Streuung in die Untersuchung einzubeziehen, wurden aus drei Kassenarten jeweils zwei Kassen in unterschiedlichen Regionen ausgewählt, die sich auch hinsichtlich Größe (Mitgliederzahl), Risikostruktur (Sozialstruktur der Mitglieder) und ökonomischer Bedingungen (Grundlohnsumme, Beitragssatz) voneinander abhoben.

Die in den 6 Kassen realisierten Expertengespräche (vgl. zu Art und Umfang der empirischen Erhebungen ausführlich: Zwischenbericht, S.6-8, 25-31) wurden nach Transkription in einem ersten Durchgang - für den die Dramaturgie und Gliederung des Fragebogens die Orientierung lieferte - personenbezogen verdichtet und klassifiziert a) hinsichtlich artikulierter Wahrnehmungs- und Deutungsmuster (die Interviewthemen in subjektiver Perspektive umstrukturierten) und b) hinsichtlich gegebener Explikationen und Begründungen für Handlungsroutinen, Maßnahmeabläufe, Entscheidungen, Verhaltensstrategien in Problem- und Konfliktsituationen. Das so erarbeitete Klassifikationsschema wurde überprüft auf eine hinreichende interpersonelle Repräsentanz von Themen und Gegenstandsbereichen, sowie auf eine hinreichende Varianz unterschiedlicher Ausdeutungen und qualitativer Differenzen in der Explikation von Sichtweisen, Motiven, Begründungsmustern. Dimensionen, die über die befragten Akteure (wie einbezogenen Kassen) hinweg ein hohes Maß an inhaltlicher Konsistenz und Strukturaffinität aufwiesen (insbesondere wohl bedingt durch berufsbiographisch geprägte

"topoi" aufgrund gemeinsamer und übereinstimmender Erfahrungen und Normen im Kontext der Tätigkeit im Reha-Bereich der GKV) haben wir im Zwischenbericht ausführlich dargestellt (vgl. dort, S.32 - 42), ihrem Vorhandensein dann aber auch in der Konzeptentwicklung Rechnung getragen.

Im Kontext der Interpretationsarbeit fanden kontinuierlich "cross-checked examinations" statt: Sowohl unter Rekurs auf Daten und Dokumente als materiale Repräsentationen von Handlungsroutinen und Entscheidungen insbesondere der Sachbearbeiter/innen (vgl. Prein u.a. 1993), wie auch im Über-Kreuz-Vergleich interpretativer Verdichtungen zwischen den beteiligten Forschern als Validitäts- und Reliabilitätsprüfung. Gleichzeitig erforderten Untersuchungsziel und Fragestellung nach kassentypischen Handlungs- und Deutungsmustern einen weiteren Arbeitsschritt: Ergebnisse der bis dahin auf individueller Ebene vorgenommenen Interview-Auswertung wurden nun im Kontext der Kassen betrachtet. Die innerhalb dieses neuen analytischen Rasters zu beobachtenden interpersonellen Abweichungen und Differenzen wurden zunächst formal gekennzeichnet durch (qualitative wie quantitative) Homogenitäts-Maße, die den Grad der Übereinstimmung bzw. Abweichung in bezug auf spezifische Themen und Problemkomplexe innerhalb einer Kasse sowie zwischen einzelnen Akteuren verschiedener Kassen kennzeichneten. Damit wurden erstmals auch Verbindungslinien erkennbar, die eine Zugehörigkeit verschiedener Einzelkassen zu einem Typus indizierten. Zunächst waren jedoch - unter erneutem Zugriff auf das Interviewmaterial - Divergenzen zu klären. Zu prüfen war dabei insbesondere, inwieweit durch eine begrenzte, inhaltliche spezifiziertere (oder auch offenere) Redefinition der Auswertungs-Kategorien eine höhere Kassen- und Typen-Homogenität zu erreichen ist. Nach Abschluß dieses mehrstufigen bzw. spiralförmigen Arbeitsschrittes verblieben schließlich jene Auswertungskategorien und inhaltlichen Differenzierungen, die wir im folgenden Kapitel darstellen.

Einige Anmerkungen sind schließlich erforderlich zum Status der so herausgearbeiteten Kassentypologie. Was die Wahrnehmungsmuster, Motive und Begrün-

dungen betrifft, die wir im folgenden drei Typen zuordnen, so sind dies nach unserem Verständnis "kollektive" Deutungsmuster. Relative Homogenität in diesen thematischen Kontexten kann sich deshalb so prägnant herstellen, weil dazu mehrere Bedingungen erfüllt sind: Ein kommunikativer Rapport im Rahmen der alltäglichen Arbeitstätigkeit und des Organisationszusammenhangs (auch zwischen Mitgliedern verschiedener Kassen im Rahmen von Weiterbildung bzw., auf höherer Ebene, im Rahmen von Verbandsfunktionen) zum einen, ein strukturell gemeinsamer Erfahrungshintergrund (die Interaktion mit einer spezifischen Klientel in einem spezifischen Problemfeld) zum anderen sowie ein - jeweils typenspezifisch - einheitlicher normativer und institutioneller Rahmen mit Vorgaben und Arbeits-Anforderungen, die die theoretisch denkbare Streuweite individueller Ausdeutungen eingrenzen. So wäre z.B. eine restriktiv-kontrollierende Strategie der Begutachtung von Rehabilitationsanträgen nur schwierig vereinbar mit Sichtweisen, die eine deutliche rehabilitative Unterversorgung hervorheben, normativ konkordanter und im Organisationszusammenhang weniger konfliktorisch ist in diesem Kontext ein Wahrnehmungsmuster, das "Mißbrauchs-Erfahrungen" akzentuiert. Kollektive Deutungsmuster, wie wir sie beschreiben, haben gleichwohl eine doppelte Qualität: Einerseits repräsentieren sie wert- und zweckrationale Begründungen von Alltagshandeln, andererseits haben sie durchaus (wie nicht zuletzt die Diskussion zur "Organisationskultur" hervorgehoben hat) auch eine unterschwellig prägende Kraft und Eigendynamik, können auch eine Veränderung organisationstradierter Handlungsmuster in Gang setzen.

Die im folgenden Kapitel skizzierte Typologie unterschiedlicher Rehabilitations-Konzepte von Kassen bezieht sich unmittelbar auf den Gegenstand unseres Forschungsvorhabens. Wenn wir vorher eine mit dieser Systematik kongruente, jedoch sehr viel allgemeinere Differenzierung von "Verständnisweisen und Mustern des Kassenshandelns" vorstellen, so bedarf dies der Begründung. Zum einen: Gegenstand der Interviews waren neben den genannten konkreten Handlungsfeldern stets auch Fragen und Themenanstöße, die über die Alltagsarbeit im Bereich Rehabilitation hinausweisen und zur Explikation allgemeinerer Nor-

men, Zielsetzungen und Begründungen anregen sollten: gesundheitsbezogene Ansprüche von Versicherten, Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Ärzte und Medizin, Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, Strukturreform der GKV - um einige Beispiele zu nennen. Diese Problemanstöße wurden von fast allen Befragten sehr engagiert aufgenommen und lieferten umfangreiches Interpretationsmaterial, das es dann auch erlaubte, hinausgehend über die Thematik Rehabilitation allgemeinere Strukturmerkmale des Kassenshandelns und der vorfindbaren Verständnisweisen zu beschreiben und zu typisieren. Zum anderen: Der Rehabilitations-Bereich stellt für uns - wir haben dies an anderer Stelle begründet - kein beliebig austauschbares Untersuchungsfeld für Kassenshandeln dar. Vielmehr ist er - aufgrund seiner gesundheitspolitisch hohen Relevanz, aufgrund seiner gesetzlichen Regelung in "Kann-Bestimmungen" und damit gewisser Ermessensspielräume für die GKV-Kassen im Vergleich zum kurativen Bereich, sowie aufgrund einer anderen Handlungslogik (Leistungs-Beantragung bei der Kasse) - ein empirisches Untersuchungsfeld par excellence dar, auf dem das Zusammenspiel ökonomischer, normativer, gesundheitspolitischer und organisationsbezogener Einflußdimensionen besonders deutlich beobachtbar ist und Aufschlüsse gewonnen werden können über zugrundeliegende Organisationsnormen und Handlungsstrukturen. Insofern läßt sich dort am besten der konkrete Nachweis von Differenzen auf der Basis organisationskultureller Besonderheiten führen, mit dem deren vorgängige interpretative Herausarbeitung zusätzlich bestätigt wird.

4. Ergebnisse

Seit dem Abschluß der empirischen Erhebungen und der Erstellung des Zwischenberichts war die Projektarbeit auf drei Aufgabenschwerpunkte gerichtet:

- 1.) auf die Erarbeitung einer Typologie allgemeiner kassenspezifischer Verständnis- und Handlungsweisen im Zusammenhang einer Einschätzung der je besonderen Risiko- und Organisationsstrukturen,
- 2.) auf die Typisierung unterschiedlicher Rehabilitationskonzepte und
- 3.) auf die Einbindung unseres Konzepts in den theoretischen Rahmen des Sfb

186 und seine Diskussion im Kontext allgemeinerer soziologischer Diskurse über Risiko, Modernisierung und Individualisierung. Die vorläufigen Ergebnisse der Arbeiten in diesen drei Bereichen werden im folgenden zusammenfassend vorgestellt. Das Fehlen zusammenhängender inhaltlicher Begründungen und konkreter empirischer Belege ist dabei den formalen Begrenzungen dieses Berichts geschuldet.

4.1. Der soziale Gehalt kassenspezifischer Verständnis- und Handlungsweisen: ein Typisierungsansatz

Seinen inhaltlichen Ausgang nahm der diesbezügliche Analyse- und Interpretationsprozeß von einem Vergleich der objektiven Handlungsbedingungen der in die Untersuchung einbezogenen Kassen. Aufgearbeitet wurden Risikostruktur (Indikatoren für Beitragsaufkommen und Leistungsausgaben), Versichertenstruktur (sozialstrukturelle Merkmale, Homogenität usw.) und Marktsituation der einzelnen Kassen. Diese Bedingungen bestimmen zwar wesentlich den Handlungsspielraum der Versicherungen, lassen jedoch noch Raum für die Entwicklung unterschiedlicher "Unternehmenskonzepte" bzw. für das Wirksamwerden unterschiedlicher "Organisationskulturen". Sie geben also keinen "one and only way" vor, determinieren schon allein deshalb nicht die Unternehmenspolitik, weil sie nicht unmittelbar handlungsrelevant werden, sondern nur über ihre Wahrnehmung und Deutung auf der Basis ex- wie impliziter Organisationsziele, Verständnisweisen und eingefahrener Routinen.

Erste Hinweise auf deren Bedeutung ließen sich finden in der Analyse und Bewertung von objektiven Merkmalen der "Organisationsstruktur" der untersuchten Kassen - also etwa des Zentralisierungsgrads, der "Schlankheit" der Verwaltung, der Bedeutung bürokratischer Routinen, der Dichte formalisierter Regelungen und der Striktheit ihrer Anwendung. Die endgültige Typisierung erfolgte jedoch in der Analyse zentraler Verständnisweisen (Handlungsbedingungen, Organisationsstrukturen, Aufgaben, Klientel) und Handlungsorientierungen. Soweit diese

bewußt entwickelt werden, lassen sie sich anhand der Gesprächsprotokolle erschließen. Doch eine Beschränkung darauf würde Wesentliches ausblenden: Unbeachtet bliebe nämlich zum einen, daß sie auch unreflektierter Bestandteil gewachsener Organisationskulturen sein, in unbewußten beruflichen Sozialisationsprozessen tradiert und "hinter dem Rücken der Akteure" wirksam werden können, zum anderen, daß die kommunizierten Ziele von Organisationshandeln nicht notwendig die allein handlungsbestimmenden sein müssen. Der tatsächliche soziale Gehalt von Verständnis- und Handlungsweisen muß also in der vergleichenden Würdigung verschiedener empirischer Informationen interpretativ herausgearbeitet werden.

Die entwickelten Typen sind keine Idealtypen im Weberschen Sinne, sondern empirisch fundierte, zunächst analytisch und dann interpretativ gewonnene Realtypen. Das genus proximum der definitiven Benennung ("...-Gemeinschaften") nimmt ausdrücklich nicht Bezug auf den emphatischen Tönnieschen Begriff von Gemeinschaft - was hier inhaltlich nicht näher begründet werden kann. Sein Inhalt wird hier vielmehr pragmatisch bestimmt: Wir beziehen uns mit dem Begriff auf das gemeinsame historische Erbe von GKV-Kassen, das zum einen im real wirkenden "Solidarprinzip" (Einkommensabhängigkeit der Beiträge, aber Bedarfsbezug der Leistungen; Umverteilung), zum anderen in der fortdauernden (wenn auch praktisch unterschiedlich relevanten) Betonung gemeinschaftsbezogener Wert- und Zielvorstellungen innerhalb der jeweiligen Kassenorganisationen bestimmt werden kann. Erst die benannten differentiae specificaee kennzeichnen allerdings den unterschiedlichen sozialen Gehalt der entwickelten Gemeinschaftstypen und der dort wirksamen Verständnis- und Handlungsweisen.

Empirisch unterschieden haben wir Not-, Werte- und Zweck-Gemeinschaften. Dem Typus "Notgemeinschaften" sind die untersuchten Ortskrankenkassen, sowie eine der Betriebskrankenkassen zugeordnet. Die zweite Betriebskrankenkasse sowie eine der Angestelltenersatzkassen sehen wir als "Wertgemeinschaften". Die zweite Angestelltenersatzkasse schließlich steht für den Typus der "Zweckge-

meinschaften". Diese Zuordnung scheint partiell der Kassenartsystematik zu entsprechen. Wir halten das aber für ein Ergebnis der spezifischen Zusammensetzung unseres Untersuchungssamples. Nachstehend sollen nun die im folgenden Schema vergleichend charakterisierten Typen je einzeln kurz vorgestellt werden (s. Schema Seite 205)

A Notgemeinschaften:

Objektive Basis dieses Typus ist eine besondere, sich in relativ hohen Beitragsätzen ausdrückende Risikostruktur, sowohl was Grundlohnssumme, als auch, was Leistungsrisiken betrifft. Die (vor dem Erlaß des GSG geltenden) rechtlichen Rahmenbedingungen setzen Strategien zur "Verbesserung" der Risikostruktur zweifellos enge Grenzen. Allerdings befördern auch die organisationsstrukturellen Merkmale von Kassen dieses Typus (z.B. eher bürokratisch-formalisierte Organisationsformen und eingefahrene Handlungsprotokolle, ausgeprägte Hierarchien und Laufbahnprinzip, Delegation von Ermessensentscheidungen an hierarchisch höhere Instanzen) eine eigenständige Strategieentwicklung nicht gerade.

Dementsprechend ist die Wahrnehmung und Beurteilung der Handlungsbedingungen der Kasse realistisch und pessimistisch zugleich: Die Situation wird auch unter dem Aspekt längerfristigen Organisationserhalts als eher bedrohlich eingeschätzt. Die Beurteilung von Handlungsmöglichkeiten stellt deren enge Grenzen in den Vordergrund, wobei der eigene Anteil an solchen Begrenzungen kaum ins Blickfeld gerät. Die Organisationen sehen sich in der Defensive, in der es vor allem darum geht, das Schlimmste zu verhüten. Das Organisationsverständnis hebt zum einen vor allem ab auf die Heterogenität des Versichertenkreises unter sozialstrukturellen Aspekten und auf den - wegen vieler "Zwangs"-mitgliedschaften - fehlenden positiven Bezug der Versicherten auf gemeinsame Ziele und Werte. Zum anderen wird ein Bild von der eigenen Organisation deutlich, das am ehesten mit dem Begriff "Sozialbürokratie" gekennzeichnet werden kann: Es geht um die administrative Distribution von Leistungen auf der Basis externer (medi-

Typologisches Schema: Rehabilitations-Konzepte von Kassen

<i>Typologisches Schema: Allg. kassenspezifische Verständnis- und Handlungsweisen</i>		
<i>Notgemeinschaften</i>	<i>Wertegemeinschaften</i>	<i>Zweckgemeinschaften</i>
<i>Wahrnehmung der Handlungsbedingungen der Kasse</i>		
Bedrohung durch ungünstige Rahmenbedingungen Objektiv begrenzte Handlungsmöglichkeiten Gesundheitspolitische Defensive	Nischenexistenz auf dem Markt, Versichertennähe Kritische Akzeptanz des rechtl. Rahmens, Selbstbegrenzung Vorsichtige Nutzung gesundheitspolitischer Handlungsspielräume	Etablierte Position auf oligopolistischem Markt Wettbewerb bestimmt Handlungserfordernisse Grenzüberschreitungen und gesundheitspolitische Innovationen im Organisationsinteresse
<i>Organisationsverständnis</i>		
Heterogenität der Versichertenstruktur Unfreiwillige Assoziation - fehlender positiver Wert-Bezug auf Kasse "Sozialbürokratie"	Homogenität der Versichertenstruktur Freiwillige Assoziation - Wert- und Zielkonsens innerhalb der Organisation "small is beautiful": Dienstleistungsqualität und Erfolg	Heterogenität bis Diffusität der Versichertenstruktur Freiwillige Assoziation - Folge vorwiegend ökonomisch begründeter Wahlhandlung Zentralist. Großorganisation, Produktion attrakt. Dienstleistungen
<i>Aufgabenverständnis</i>		
Bezug auf Bedarf im Sinne von "Bedürftigkeit" "Wohlfahrtshandeln", Hilfe in prekären Lebenslagen Erziehung und Kontrolle der Versicherten	Bezug auf "angemessenen (nicht nur med. bestimmten) Bedarf" Betreuung und Hilfe zur Selbsthilfe Solidität und Gemeinsinn zur Optimierung von Bedarfsbefriedigung	Bedienung von Ansprüchen Kundenservice, Dienstleistung unter Wettbewerbsbedingungen Ergänzungsverhältnis v. ges.polit. Innovationen und ökonom.Erfolg
<i>Wahrnehmung der Versicherten</i>		
Nur begrenzt mündige und selbstständige Mitglieder Unterschichtmilieu und -kultur Relativ deutliche Mißbrauchsunterstellung	Verantwortungsbewußte Gemeinschaftsangehörige Milieu einer wertkonservativen Mittelschicht Mißbrauch als materiell begründetes Verlassen der gemeinsamen Wertgrundlage durch Einzelne	Kalkulierende Individuen mit demokratischen Ansprüchen Selbstbewußt-leistungsorientiertes Mittelschichtmilieu Mißbrauch als ubiquitär mögl. Randerscheinung
<i>Handlungsorientierungen und -weisen</i>		
Beharrungsmacht traditioneller Routinen in der Leistungsdistribution Forcierte, aber oft formale, nur extern induzierte Modernisierung Restriktivität und Reaktivität	Flexibilität u. fallangemessene Bedarfsbefriedigung auf Basis traditioneller Vorstellungen Herkommen, Solidität u. "selektive Modernisierung" Handeln "im Sinne des Versicherten", gegenseitige Bindungswirkung des Solidarprinzips	Rationale Planung, technokratisch-zentralistische Umsetzung Forcierte, auch inhaltlich fundierte Modernisierung im Wettbewerb Kulanz und Aushandlungsmöglichkeiten in Spannung zu Verregelung

zinischer) Bedarfsbestimmungen und im Rahmen als kaum auslegungsfähig wahrgenommener Verfahrensvorschriften.

Im Aufgabenverständnis sind Leistungsgründe und -motive durch Vorstellungen von Bedarf bestimmt, die in Richtung Bedürftigkeit changieren. Der Charakter der Leistung kann als "Wohlfahrtshandeln" interpretiert werden, die Leistungsziele richten sich vor allem auf "Hilfe" in prekären Lebenslagen. Die unausgesprochene, aber erkennbar vorrangige gesundheitspolitische Leitlinie setzt vor allem auf Gesundheitserziehung (Verhaltensprävention) und Kontrolle. Eng verknüpft mit diesen Aspekten des Aufgabenverständnisses ist die Sichtweise der Versicherten: Sie werden als nur begrenzt mündige, hilfebedürftige Klientel wahrgenommen, die Schutz und Beistand erhalten, oft nur, soweit sie auch bereit sind, Eigen- und Vorleistungen zu erbringen. Hintergrund dafür ist ihre Verortung in Unter- und unterer Mittelschicht, mit der ihnen auch eine spezifische Arbeiter-Kultur und Arbeitnehmer-Mentalität (im Sinne vor allem defizitären Gesundheitsverhaltens) unterstellt wird. Auch deutlichere Vermutungen über die Verbreitung von "Mißbrauch" gehören zu diesem Bild.

Handlungsorientierungen und Handlungsweisen sind daher einerseits vorgeprägt durch die Beharrungsmacht eingefahrener Routinen, durch eine spürbare Restriktivität in der Leistungsgewährung. Der Problembezug ist weitgehend reaktiv, eine Modernisierung der Leistungspolitik findet nur zögerlich, oft auf äußeren Druck und in Übernahme von Vorgaben der Bundes- oder Landesverbände statt. Andererseits führt jedoch die im Hinblick auf Mitgliederbestand und Beitragssatz bedrohliche Wettbewerbssituation zu forcierten PR-Konzepten, gar zum "Über-powern" in einer modernistischen, auf öffentliche Resonanz orientierten Selbstdarstellung insbesondere im Bereich von Maßnahmen individueller Gesundheitsförderung und -vorsorge.

B Wertegemeinschaften:

Materiale Rahmenbedingung dieses Typus ist eine günstige Risikostruktur, die sich in hoher Grundlohnsumme und niedrigem Beitragssatz ausdrückt und wesentlich bedingt ist durch einen hohen Anteil freiwillig Versicherter. Der Versichertenkreis ist aufgrund betrieblicher oder regionaler Zugehörigkeitskriterien überschaubar und relativ homogen. Ein positiver Bezug der Versicherten auf die Organisation wird von der Kasse gefördert durch Kontinuität und Berechenbarkeit der Leistungspolitik und durch behutsame Imagepflege. Organisationsstrukturellen Merkmale sind Flexibilität aufgrund wenig starrer Organisationsroutinen, flacherer Hierarchien, "laufbahnpolitischer" Öffnung nach außen, sowie Solidität und vorsichtige Innovationsbereitschaft.

Die Wahrnehmung der Handlungsbedingungen stellt einerseits "Versichertennähe", andererseits Sicherheit und Prosperitätschancen einer relativ komfortablen Nischenexistenz auf dem Markt in den Vordergrund. Begrenzungen von Handlungsmöglichkeiten werden - außer im rechtlichen Rahmen - vor allem gesehen in selbstgesetzten Handlungsmaximen und gleichlaufenden Erwartungen der Mitgliedschaft in bezug auf Solidität und Bewahrung des Erreichten. Ergo werden gesundheits- wie organisationspolitische Handlungsspielräume durchaus betont, ihre Nutzung allerdings de facto begrenzt durch eher vorsichtige, nicht-expansive Marktstrategien und sehr bedächtige Innovationen. Das Organisationsverständnis hebt auf die relative Homogenität der Mitglieder ab, akzentuiert die Bedeutung von freien Willenserklärungen für ihren Beitritt und den weitgehenden Wert- und Zielkonsens innerhalb der Organisation. Das Selbstbild des "klein, aber fein" grenzt sich ab gegen "Behördenverhalten" auf der einen, gesichtslose Superstrukturen auf der anderen Seite. Gleichzeitig wird in der Beförderung des Nutzens der Organisation auch die optimale Befriedigung individueller Nutzen-erwartungen gesehen.

Das Aufgabenverständnis bestimmt Leistungsgründe und -motive vor allem über Vorstellungen von angemessenem, also nicht nur medizinisch definiertem Bedarf. Leistungsziele sind Betreuung, individuelle Bedarfsbefriedigung und Hilfe zur Selbsthilfe. Die gesundheitspolitische Leitlinie zielt auf die Optimierung der Versorgung von Mitgliedern unter den Kautelen von Solidität und Gemeinsinn. Die Sichtweise der Versicherten stellt immer wieder auf deren intentionale Einordnung in die Werte- und Zielgemeinschaft der Kasse und damit auf den Unterschied zur unfreiwilligen (Notgemeinschaften) oder kalkülbestimmten (Zweckgemeinschaften) Individualisierung in anderen Kassen ab. Diese Zuschreibung von Gemeinsinn ist durchaus vereinbar mit der Akzeptierung von Autonomie, Selbstbewußtsein und Handlungskompetenz der implizit einer wertkonservativen Mittelschicht zugeordneten Mitglieder. Mißbrauch wird vor allem im Verlassen der gemeinsamen Wertgrundlage durch Einzelne gesehen, wobei besonders die zunehmende Dominanz materieller Orientierungen bei Bessergestellten kritisiert wird.

Handlungsorientierungen und Handlungsweisen beziehen sich weitgehend auf Flexibilität und Möglichkeiten zu fallangemessener Bedarfsbefriedigung in der Überschaubarkeit der Organisation, sowie auf die gegenseitige Bindungswirkung des Solidarprinzips für Organisation und Versicherte. Der Problembezug ist einzelfallorientiert unter der Maxime eines Handelns "im Sinne des Versicherten", beinhaltet dabei auch die Möglichkeit der Entscheidung "am Rande der Legalität". Leistungspolitik wird auf diesem Hintergrund weiterentwickelt, aber "mit Augenmaß" und der Maßgabe behutsamer Innovationen.

C Zweckgemeinschaften:

Wesentliche objektive Rahmenbedingungen sind hier: Eine relativ günstige Risikostruktur, ein nur im Hinblick auf versicherungsrechtlichen Status und Qualifikation homogener, ansonsten aber weder regional noch betriebsbezogen eingegrenzter Versichertenkreis, eine Organisationsstruktur, die auf die bundesweite

Ausdehnung der Kasse mit deutlicher Zentralisierung, klaren Zuständigkeitsabgrenzungen, Verregelungstendenzen und entwickelten Rationalisierungskonzepten antwortet, sowie gleichzeitig die relative "Versichertenferne" durch hohen Verwaltungsaufwand zu kompensieren sucht.

Die Wahrnehmung der Handlungsbedingungen akzentuiert zunächst die etablierte, wenngleich immer wieder neue Anstrengungen im Wettbewerb erfordernde Position auf einem oligopolistisch strukturierten Markt. Die Sichtweise der Handlungsmöglichkeiten wird durch die Unterstellung relativ breiter Gestaltungschancen der Organisation als Ganzer geprägt. Innovative Maßnahmen sind oft durch selbstreferentielle Organisationsinteressen bestimmt, denen auch gesundheitspolitische Neuerungen zu genügen haben. Im Organisationsverständnis erscheinen Größe und Diffusität des Versichertenkreises durchaus polyvalent, die Macht der Großorganisation steht neben der Schwierigkeit, gegenüber "versichertennäheren" Organisationen ein attraktives Profil zu gewinnen. Der freiwillige Beitritt der Mitglieder kann nur mit Vorsicht als Indikator für einen zeitstabilen positiven Bezug auf die Organisation gedeutet werden, ist er doch Ergebnis einer vorwiegend ökonomisch motivierten, jederzeit revidierbaren Wahlhandlung, die deshalb durch ständige Verbesserung von Umfang und Qualität der Dienstleistungen immer neu bestätigt werden muß. Das vorherrschende Bild der Organisation ist das der zwar mächtigen, aber zur Reaktion auf Marktentwicklungen gezwungenen, zentralisierten Großgemeinschaft.

Im Aufgabenverständnis werden Leistungsgründe vor allem in artikulierten Ansprüchen der Versicherten gesehen, die nicht nur aufgrund von Markterfordernissen akzeptiert, sondern vielfach auch unter gesundheitspolitischen Aspekten als berechtigt angesehen werden. Der Charakter der Leistung wird deshalb vor allem bestimmt als "Kundenservice" bzw. "Dienstleistung". Die gesundheitspolitische Leitlinie ist durch die Vorstellung von einem Ergänzungsverhältnis von inhaltlicher Modernisierung und ökonomischem Erfolg bestimmt. Die Sichtweise der Versicherten, grundsätzlich individualistisch geprägt, hebt auf zwei Kriterien

ab: die Interessenwahrnehmung des äquivalenz-bedachten, ökonomisch kalkulierenden Individuums auf der einen, die Autonomie und Selbstbestimmung des Versicherten (im Hinblick auf Datenschutz ebenso wie Gesundheitsverhalten) auf der anderen Seite. "Mißbrauch" von Kassenleistungen ist daher ein den Verständnisweisen der Kasse eher unangemessener, "systemfremder" Begriff.

Handlungsorientierungen und Handlungsweisen bauen vorrangig auf die Erfolgsträchtigkeit rationaler und vor allem ökonomisch bestimmter Planung in notwendig zentralistischen Organisationen. Maximen sind Dienstleistungsorientierung und Kulanz, "Permissivität" der Leistungsgewährung im Kontext von Markterfordernissen und gesundheitspolitischen Zielen. Der Problembezug ist geprägt durch die Ambivalenz von Verregelung und Aushandlungsmöglichkeiten im Prozeß der Auseinandersetzung mit Versichertenansprüchen. Modernisierung der Leistungspolitik beinhaltet auf diesem Hintergrund durchaus Fortschrittliches, das allerdings auch der "invisible hand" des Marktes geschuldet ist. Damit wird eine gewisse gesundheitspolitische Dynamik inganggesetzt, die sich allerdings partiell in kostenwirksamen Leistungsausweitungen niederschlägt.

4.2. Rehabilitationskonzepte der Kassen

Rehabilitation - oder in der kasseninternen Organisation: das Kurwesen - wird in allen von uns untersuchten Kassen eher als Pflichtaufgabe rezipiert, die Chance zur "Kur" wird durchgängig in der Dimension individualpräventiver Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wahrgenommen. Gleichwohl wird in den Kassen übereinstimmend die gesundheitspolitische Relevanz von Rehabilitation betont. Auch die Wahrnehmung sozialer Dimensionen der Krankheitsverursachung etwa, ebenso die Definition des Rehabilitationsziels bei Rentnern oder Hausfrauen folgen überwiegend einheitlichen, kassen- und kassenartübergreifenden Mustern der Interpretation und Bewertung. Hinter diesem vordergründig auffälligen Konsens - positive Bewertung bei gleichzeitiger Hintanstellung praktischer Informations- und Innovationsbemühungen - zeigen sich jedoch sehr schnell Differenzen,

wenn empirische Recherchen ins Detail gehen. Sowohl die Sichtweisen und Interpretationsraster der institutionellen Akteure, als auch die kollektiv geformten Handlungsrouninen und Entscheidungskriterien in der Bearbeitung von Rehabilitations-Fällen zeigen dann auffällige, typenkonsistente Strukturen und Logiken (auch über Individuen und Hierarchiestufen in der Kasse hinweg), die parallel laufen zu den oben skizzierten allgemeinen Charakteristika des Kassen-Selbstverständnisses (vgl. zum Folgenden auch das Schema auf der nächsten Seite).

Kassentyp I: "Notgemeinschaften"

Das allgemeine Rehabilitationskonzept dieser Kasse, also das Ensemble kollektiver Deutungsmuster und Bewertungen einerseits, und ihnen zugrundeliegender wie auch aus ihnen ableitbarer praktischer Handlungsrouninen und Entscheidungskriterien im Alltag der Kassenarbeit läßt sich charakterisieren als modernistisch-kontrollierend. Modernistisch ist dieses Konzept insofern, als es die Begrenzungen von Rehabilitation (bei deren Einsatz "das Kind schon in den Brunnen gefallen" ist) angeht durch Einbeziehung von Maßnahmen individueller Gesundheitserziehung und Verhaltensprävention auch in den Rehabilitationsprozeß. Dabei werden zugleich autoritäre Momente eines gesundheitserzieherischen Impetus offenbar: Man entwickelt "konstruktiven Druck", führt "in guter Absicht Vormotivierungsgespräche", definiert sich selbst als "wohlwollender Schulmeister". Noch deutlicher wird das an der Bedeutung der Maxime einer Eingrenzung von Mißbrauch, d.h. der Abwehr nicht zwingend erforderlicher Inanspruchnahme von Kuren. Veränderungsoption ist in letzter Konsequenz eine Überwindung von Rehabilitationsnotwendigkeiten durch Prävention - wahrgenommen als gesundheitspolitischer "Königsweg".

Typologisches Schema: Allg. kassenspezifische 'Verständnis- und Handlungsweisen

<i>Typologisches Schema: Rehabilitations-Konzepte von Kassen</i>			
	<i>Notgemeinschaften</i>	<i>Wertgemeinschaften</i>	<i>Zweckgemeinschaften</i>
<i>Allgemeine Charakteristika</i>			
<i>Reha-Konzept</i> <i>Handlungs-Maxime</i> <i>Reform-Option</i>	modernistisch-kontrollierend Mißbrauch-Kontrolle, Gesundheitserziehung mehr individuell-präventive Verantwortung	pragmatisch-normbedacht Kosten-Nutzen-Legalitäts-Abwägungen moderate, praxisbezogene Veränderungen	kundenzentriert-liberal Vorrang von Versicherten-Interessen Modernisierung von Maßnahmen
<i>Sichtweisen</i>			
<i>allg. Reha-Bewertung</i> <i>Einschätzung Reha-Bedarf</i> <i>"Mitwirkungspflicht"</i> <i>"Gesundheits-erziehung"</i> <i>Entscheidungs-Souveränität</i> <i>Kassen-Kompetenz</i>	defensive Akzeptanz, Kritik von Mißbrauch übereinstimmend oder eher niedriger als bewilligt Durchsetzungsaufgabe auch der Kasse gesundheitspolitischer Königsweg Kasse exekutive Instanz des MDK, bindende Wirkung von Gutachten nur Verwaltung, medizinisch-sachliche Allein-Autorität des MDK	Ambivalenz: sinnvoll, jedoch Praxis-Defizite übereinstimmend oder eher höher als bewilligt Fehlen wissenschaftlicher und gesetzlicher Normen Durchsetzungs-Probleme bei Mitgliedern MDK nur beratendes Organ, jedoch Zwänge zur Befolgung gesetzlicher Vorschriften med. Kompetenz der Kasse in vielen Routine-Fällen	Intensivierung nach Strukturformen höher als bewilligt Kollision mit Versicherten-Interessen Marketing- und Gestaltungsproblem MDK bürokratisches Beratungs-Organ der Kasse mit erheblichen gesundheitspolitischen Mängeln med. Kompetenz in Routine-Fällen, ges. polit. höhere Kompetenz als MDK
<i>Handlungsroutinen</i>			
<i>Reha-Intensität</i> <i>"Mitwirkungspflicht"</i> <i>Reha-Bewilligung</i> <i>Au-Kontrolle</i> <i>Vorgehen bei Krankengeld-Bezug</i> <i>Finanzierung v. Kuren für Erwerbstätige</i>	niedrig (Kurausgaben: 0,5 - 1,6 %) öfter auch eigenständige Erteilung von Auflagen alle oder fast alle Anträge (auch ambul.) nur nach MDK-Begutachtung systematisch, mit EDV-Unterstützung (screenings) i.d.R. automatische MDK-Vorladung nach Diagnose-Prüfung und/oder Arztanfrage keine, Verweis auf gesetzliches "Verbot", Leistungspflicht der RV	mittel (Kurausgaben: 1,8 - 1,9 %) in Extremfällen auch eigene Auflagen ambulant durch Kasse, MDK nur bei stat. Maßnahmen und 3-Jahres-Frist systematisch durch Sachbearbeiter individuelle und fallbezogene Maßnahmen, Beratung und Kontrolle durch Hausbesuche gelegentlich, bei langwierigem RV-Verfahren, Möglichkeiten der Einsparung von Krankengeld	hoch (Kurausgaben: über 2 %) nur Akzeptanz externer Auflagen ambulant, z.T. auch stationär (bei medizinisch evidenter Indikation) durch Kasse systematisch durch Sachbearbeiter individuelle und fallbezogene Maßnahmen, i.d.R. erst nach längerem Krankengeldbezug häufiger, bei RV-Wartezeiten, Antizipation restriktiver RV-Handhabung und bei psych. Erkrankungen

Behauptete Mißbrauchstendenzen einerseits und eine Unsicherheit über Defizite und praktikable Veränderungsmöglichkeiten andererseits führen zu einer wenig zugespitzten und eher pauschalen, im Grundsatz allerdings positiven Einstellung defensiver Akzeptanz gegenüber Rehabilitation. Der Reha-Bedarf wird als übereinstimmend mit dem oder gar niedriger als das bewilligte Antragsvolumen eingestuft. Der Rekurs auf die Mitwirkungspflicht von Rehabilitanden und daraus abgeleitete gesundheitserzieherische Impulse der Kasse erscheinen schon aus Kostengründen zwingend. Ergebnis ist sowohl eine systematische Kontrolle individueller Risikofaktoren bei Reha-Anträgen, als auch eine deutliche Befürwortung von Tendenzen zur Ausweitung der Mitwirkungspflicht. Problematisch erscheint in diesem Kontext nicht die Gefahr der Bevormundung, sondern die Frage, ob die Kasse das nötige "Durchhalte- und Beharrungsvermögen" aufbringt im Kampf gegen die allorts gesichtete gesundheitliche Unvernunft.

Im Verhältnis zum MDK wird die Kasse im wesentlichen als exekutive Instanz wahrgenommen, die eindeutige und absolut bindende Wirkung der ärztlich-gutachterlichen Entscheidung wird betont. Medizinischer Sachverstand wird im wesentlichen nur bei den gutachtenden Ärzten gesehen, Kritik wird allenfalls laut an Einzelpersonen oder der fachlich partiell unzureichenden Besetzung des Medizinischen Dienstes. In der Bewilligung von Reha-Maßnahmen zeigt die Kasse kaum eigenständige Entscheidungssouveränität: Nahezu alle Anträge auf Vorsorge- wie Rehabilitationsmaßnahmen, ambulant wie stationär, werden beim MDK zur Begutachtung eingereicht.

Modernistische Momente finden sich schließlich, was die Techniken der Kontrolle von Arbeitsunfähigkeit und die Initiativfunktion für Reha-Maßnahmen von Erwerbstätigen betrifft. Screening-Verfahren mit EDV-Unterstützung, in denen Vorerkrankungen, Diagnosehäufungen usw. miterfaßt werden, stehen unmittelbar vor ihrer Einführung bzw. sind schon Realität. Mit dem Übergang in den Krankengeldbezug erfolgt - nach Prüfung der Diagnose und/oder Arztanfrage automatisch eine Vorladung zur MDK-Begutachtung. Für erwerbstätige Versicherte

werden in keinem Fall Kuren finanziert, vielmehr wird die gesetzliche Leistungspflicht der Rentenversicherung betont.

Kassentyp II: "Wertegemeinschaften"

Das Rehabilitations-Konzept dieses Typus ist pragmatisch-normbedacht. Kosten-Nutzen-Kalküle, in die ökonomische Kosten ebenso einfließen wie gesundheitspolitische Effekte, Versicherten- und Kassen-Interessen, bestimmen den Umgang mit Versicherten wie mit Gutachtern. Handlungskriterium ist es, das gesundheitspolitisch "Sinnvolle" mit dem ökonomisch "Machbaren" in Einklang zu bringen. Dabei zeigt man sich praktisch in hohem Grade norm-konform, d.h. bindet sich trotz oftmals abweichender eigener Positionen (im Vergleich zum MDK oder Gesetzgeber) und heftiger Kritik weitgehend an Recht und Gesetz. Veränderungsoption in Bezug auf Rehabilitation sind moderate Korrekturen in der praktischen Umsetzung der Vorschriften und Regelungen.

Die Bewertung der gesundheitspolitischen Relevanz von Rehabilitation ist ambivalent: Einerseits bleibt für eine große Zahl von Fällen die medizinische Notwendigkeit (und Effizienz) völlig unbestritten, andererseits richtet sich auf eine Vielzahl von Detail-Aspekten in der Praxis massive Kritik: die unzureichende Berücksichtigung psychosozialer Dimensionen, die zu niedrige Ausschöpfung von Maßnahmen am Wohnort, die vielfach nur als "Kurlaub" bewerteten "offenen Baderkuren". Der Reha-Bedarf stimmt in der Wahrnehmung dieser Kassen quantitativ überein mit dem bewilligten Volumen oder liegt sogar höher. Die Mitwirkungspflicht wird (wie auch der Aspekt "Gesundheitserziehung") im Grundsatz positiv bewertet, doch dominiert das ungelöste Problem wissenschaftlicher und gesetzlicher Normierung: In welchen Krankheitsfällen, bei welchen Versicherten ist es medizinisch sinnvoll und juristisch statthaft, Vorleistungen in welcher Form und Höhe zu verlangen?

Im Verhältnis zum Medizinischen Dienst wird Selbstbewußtsein laut: Er wird als "beratendes und empfehlendes Organ" der Kasse definiert. Explizit hervorgehoben werden Möglichkeiten anderslautender Entscheidung, für die man "nur eine Begründung finden muß". Für eine Vielzahl von Routine-Fällen erkennt man medizinische Kompetenz auch innerhalb der eigenen Kasse. In der Praxis sieht man sich jedoch fast immer gebunden an normative Vorgaben, vom MDK-Gutachten abweichende Entscheidungen sind eher selten. Auflagen des MDK zu gesundheitsbezogenen "Vorleistungen" vor Antragsbewilligung oder zur Teilnahme an Gesundheitskursen werden akzeptiert, jedoch wird nicht systematisch bei den Antragstellern "nachgehakt". Die Kassen wollen nicht Vorreiter von Gesundheitserziehung sein. Allerdings werden Extremfälle berichtet, in denen die Einforderung individueller Mitbeteiligung unumgänglich schien. Die Bewilligung beantragter Maßnahmen erfolgt bei ambulanten Kuren generell in autonomer Entscheidung (außer bei deutlicher Unterschreitung der 3-Jahres-Frist), nur stationäre Kuren werden zum MDK gegeben.

Die Kontrolle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens erfolgt jetzt und in nächster Zukunft ohne EDV-Unterstützung und screenings, allein durch Sachbearbeiter in einem bestimmtem Zeitrhythmus oder nach Suchroutinen. Je nach Sachlage werden beim Eintritt in den Krankengeldbezug fallbezogene Maßnahmen - neben Arztforderungen vor allem Hausbesuche durch Reha- bzw. Sozial-Berater - in Gang gesetzt. Eine Finanzierung von Kuren für erwerbstätige Mitglieder kommt für die Kasse insbesondere dann in Frage, wenn die Antrags- und Begutachtungsprozedur durch die RV sich absehbar langwierig gestaltet und so die Möglichkeit besteht, die Dauer des Krankengeldbezugs durch die Übernahme der Rehabilitation abzukürzen.

Kassentyp III: "Zweckgemeinschaften"

Das Reha-Konzept in diesem Kassentyp ist kundenorientiert-liberal. Die allgemeine Sichtweise der Kassenfunktionen und des Verhältnisses zu den Versicherten

prägt auch das Verständnis von Rehabilitation: Man ist auf der Suche nach neuen Maßnahmen und gesundheitspolitischen Strategien, die insbesondere einem Kriterium genügen müssen: der Kundennähe bzw. Kompatibilität mit Interessen und Verhaltensgewohnheiten von Versicherten - und damit auch der "Wettbewerbstauglichkeit". In dieser Perspektive erscheint das Kurwesen tendenziell angestaubt, der MDK allzu bürokratisch, die aktuelle Praxis von Reha-Maßnahmen ineffizient und gegenüber wissenschaftlichen Erkenntnissen ignorant. Die Veränderungs-Option ist gerichtet auf eine strukturelle Reform gesetzlicher Normen, vor allem aber auf ein zeitgemäß-effizientes Marketing und Gestaltung praktischer Maßnahmen. Gesundheitspolitisch wird eine Intensivierung der Anstrengungen im Rehabilitationsbereich als notwendig erachtet, denn der reale Reha-Bedarf wird höher eingeschätzt als die bewilligten Maßnahmen. Rehabilitation sollte aus Sicht dieser Kasse früher, in jüngerem Lebensalter einsetzen, nicht erst bei schon eingetretener Chronifizierung von Krankheit.

Externe Auflagen im Kontext der Mitwirkungspflicht werden akzeptiert und an Versicherte weitergeleitet, eigenständige Initiativen dazu jedoch abgelehnt. Zwar werden bei vielen Versicherten durchaus gesundheitsriskante Verhaltensgewohnheiten wahrgenommen, diese werden aber hingenommen als Korrelat autonomer Interessen mündiger Bürger, insbesondere der Ansprüche von Versicherten, die eine Einmischung entschieden ablehnen würden. Chancen werden jedoch darin gesehen, an vorhandene gesundheitsbezogene Motive und Freizeitinteressen jener anzuknüpfen. Gesundheitserziehung ist in dieser Perspektive in erster Linie ein Problem der Gestaltung ansprechender und resonanzträchtiger Maßnahmen insbesondere für Jüngere.

Das Verhältnis zum MDK ist distanziert: Er wird - in seiner derzeitigen Gestalt und Praxis im Reha-Bereich - hingenommen als unliebsame, der Kasse gesetzliche auferlegte Beratungsinstanz. Entscheidungs-Souverän bleibt jedoch allemal die Kasse, die in einer Vielzahl von Routine-Fällen auch im eigenen Haus hinreichende medizinische Kompetenz erkennt. Die überdies als bürokratisch erlebte

Praxis des MDK einerseits und die in vielen Feldern der Kassenarbeit (z.B. Krankenhaus, Qualitätskontrolle) als gesundheitspolitisch inkompetent erfahrene Tätigkeit von Gutachtern andererseits fundieren die kritische Haltung und legitimieren Fälle abweichender Entscheidungen. Begrenzt wird sogar versucht, auf den Begutachtungs-Stil des MDK einzuwirken und abweichende Kassenpositionen deutlich zu machen. Anlässe für eine Begutachtung durch den MDK sind daher sehr eingeschränkt: Nicht nur ambulante Kuren werden autonom bewilligt, in Fällen mit "medizinischer Evidenz" (also z.B. bei vorhergehenden längeren Krankenhausaufenthalten) werden in Einzelfällen auch stationäre Kuren kassenintern entschieden.

Vorteile einer EDV-Unterstützung zur Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit erscheinen gering, die Interessen an einer Respektierung von Autonomie und Datenschutz überwiegen: Man will keinen "gläsernen Versicherten". Gleichwohl gibt es systematische Prüfungen und Routinen durch Sachbearbeiter. MDK-Begutachtungen von Krankschreibungen sind selten und erfolgen, wenn, nach sehr langem Krankengeldbezug. Auch in der Finanzierung von Kuren für Erwerbstätige überwiegt das Kundeninteresse gegenüber einer buchstabengetreuen Gesetzesauslegung: In Eilfällen, bei absehbar längeren Wartezeiten durch die Rentenversicherung oder auch einer antizipiert restriktiv-ablehnenden Handhabung, ebenso auch bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen übernimmt die Kasse in eigener Regie die Rehabilitations-Kosten für Antragsteller.

4.3. Theoretische Arbeiten: Rehabilitation und institutionelles Handeln, Risikologen und Statuspassagen

Unsere theoretisch-konzeptionellen Bemühungen richteten sich in einem ersten Schwerpunkt auf die Entwicklung eines differenzierten Erklärungsansatzes für festgestellte Unterschiede von Kassenhandeln im Umgang mit dem Problembereich Rehabilitation, Unterschiede, die in der bisherigen Forschung über "die" Krankenkassen nicht systematisch thematisiert worden sind. (vgl. Aufsatz in:

ZSR). Die Auseinandersetzung mit organisations- und verwaltungswissenschaftlichen Konzepten hat uns in dieser Sichtweise bestärkt. Parallelitäten der dort formulierten Vorstellungen von nicht nur strategisch entwickelten (im Sinne von OE), sondern gewachsenen "Organisationskulturen" zum betriebssoziologischen Konzept der "betrieblichen Arbeits- und Sozialordnung" sind unübersehbar: Institutionelles Handeln auch der Kassen im Rehabilitationsbereich ist wesentlich mitbeeinflusst durch Einflußfaktoren "hinter dem Rücken der Akteure" (vgl. auch Giddens 1984).

In einem zweiten Schwerpunkt ging es darum, in Auseinandersetzung mit zentralen Begriffen des konzeptuellen Rahmens des Sfb 186 die Anschlußfähigkeit unseres Erklärungsansatzes an das gemeinsame Theoriekonzept inhaltlich zu entfalten (vgl. auch Aufsatz in: Leisering u.a.). Dabei stand im Vordergrund die Sichtweise von Institutionen, ihrer Regulations- bzw. Normalisierungs- sowie gatekeeper-Funktionen, schließlich deren Bedeutung für die Gestaltung von Statuspassagen und Lebensläufen. Über eine Differenzierung der Vorstellung von institutionellem Handeln durch die Einführung des Organisationsbegriffs und des Organisationskulturkonzepts im obigen Sinne hinaus haben wir dabei vor allem versucht, die qualitativen Besonderheiten krankheitsbedingter Statuspassagen zu verdeutlichen, damit die These einer säkularen Verzeitlichung gesellschaftlicher Risiken unter Rekurs auf die Problemsituation chronischer Erkrankung zu relativieren.

Mit dem Begriff krankheitsbedingter "Prekarisierungen" von "Lebenslagen", die im Wohlfahrtsstaat durch institutionelle Regulierung entschärft werden sollen, haben wir dabei bewußt eine stärker soziostrukturelle Sichtweise pointiert: Gegenüber einer Vorstellung von Risiko als Gefahr des Mißlingens von Statuspassagen (als biographischen Projekten) haben wir Risiko als Gefahr der Entstehung einer prekären Lebenslage durch verhältnis- oder verhaltensbedingte, schicksalhaft ausbrechende Krankheit, als Gefahr der Unausweichlichkeit unerwünschter Statuspassagen, oder, sekundär, als Gefahr unangemessener Gestaltung derselben

durch inadäquates Handeln von Institutionen ("Bearbeitungsrisiko") bestimmt. Bereits hier ist darauf hinzuweisen, daß wir den Gefahrenbegriff dabei nicht im objektivistisch-neutralisierten und dem Risiko als Ergebnis von Entscheidungen gegenübergestellten Sinne verwenden, den er in der soziologischen Risikodebatte zum Teil zugewiesen bekommt.

Des weiteren haben wir versucht, die Prozeßhaftigkeit, Mehrdimensionalität und interessengebundene Ungleichzeitigkeit von durch die Passage in den Status "krank" in der Folge erzwungenen Übergängen in andere soziale Status herauszuarbeiten. Statusdefinitionen sind im Zusammenhang von Krankheitsfolgen wesentlich durch die Interessen, Anforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten der beteiligten Institutionen bestimmt und können demzufolge unterschiedlich ausfallen - was am Beispiel möglicher Differenzen in der Beurteilung von Erwerbsunfähigkeit durch Arbeitsverwaltung und Rentenversicherung augenfällig wird. In bezug auf die Beurteilung des Rehabilitationsgeschehens unter Statuspassagenaspekten haben wir in Anknüpfung an den im Projekt C4 entwickelten "Überbrückungsbegriff" das Ziel von Kassenhandeln zu bestimmen versucht als "Wiederherstellung von Normalität" durch die Vermittlung von überbrückenden Leistungen und Maßnahmen, im Falle des Mißlingens aber auch als Mitwirkung an der "Herstellung neuer Normalität", d.h. an der möglichst friktionsarmen Gestaltung des Übergangs in die Status der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, der Behinderung bzw. des chronisch Erkrankt-Seins, der Pflegebedürftigkeit. In diesem Zusammenhang waren auch der Gehalt von Normalitätsunterstellungen sowie, damit im Zusammenhang, die Probleme mangelnder Sensibilität in bezug auf soziale Dimensionen von Rehabilitationsbedarf zu diskutieren.

In einem dritten Schwerpunkt schließlich war die Verortung unseres Ansatzes in allgemeineren soziologischen Theoriediskussionen zu reflektieren. Verbindungslinien haben wir dabei zu mehreren Themenbereichen gesehen: Hinsichtlich des gegenwärtigen soziologischen Diskurses zum Thema "Risiko" kam es uns vor allem an auf eine Abgrenzung von der Fassung von Risiko als Ergebnis be-

wußten und geplanten Handelns. Gerade im Bereich von Krankheit und damit zusammenhängenden Statuspassagen sind neben selbstbestimmten (Risikoverhalten) wesentlich auch strukturbedingte (also etwa aus Arbeitsbedingungen oder Institutionenhandelnde resultierende) Risiken weiterhin von Bedeutung, die nicht über den Gefahrenbegriff gleichsam "re-naturalisiert" werden dürfen. Verbindungen wurden auch hergestellt zur Diskussion über soziale Disparitäten. Hier ging es um eine doppelte Abgrenzung: von vorschnellen Entstrukturierungsthesen zum einen, zum anderen aber auch von undifferenzierten dogmatischen Sichtweisen. Festzuhalten ist auch auf der Basis unserer Ergebnisse an einer Vorstellung von der Ungleichverteilung materieller Ressourcen wie sozialer Kompetenzen. Sie ist allerdings, gerade im Gesundheitsbereich, zu ergänzen und zu differenzieren durch den Bezug auf vielfältig differenzierte und komplexe, teilweise intrapersonell widersprüchliche, teilweise aber auch zwischen Personen aus unterschiedlichen Lagern sich überschneidende Interessenpositionen, die in der Risikogesellschaft noch unübersichtlicher werden.

Auseinandersetzungen fanden des weiteren statt mit Konzepten der Selbstorganisation und Selbstreferentialität von sozialen Systemen. Eine Abgrenzung erschien dabei vor allem nötig von abstrakt-systemtheoretischen oder organisistischen autopoiesis-Vorstellungen. Angemessener erscheint es uns, für die Erklärung der Grenzen externer Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten soziale Prozesse und kollektive Verständnisweisen in den Vordergrund zu rücken, die sich hinter dem Rücken der Akteure, aber eben nicht "außergesellschaftlich" durchsetzen. Schließlich lag es nahe, sich im Kontext institutionellen Umgangs mit Versicherten auch auf Debatten um den Prozeß gesellschaftlicher Modernisierung zu beziehen. Dabei grenzen wir uns ab gegen einseitig nur auf Autonomiegewinne im Prozeß von Enttraditionalisierung und Individualisierung abstellende Thesen. Der Bedeutungsverlust herkömmlicher sozialer Zusammenhänge und Bindungen muß nicht notwendig zur Wahl- und Entscheidungsfreiheit in bezug auf die Biographie- und Lebensgestaltung führen. Jene können auch durch Organisationen, Verbände oder wohlfahrtsstaatliche Einrichtungen moderner Gesellschaften er-

setzt werden, von denen neue Formierungstendenzen ausgehen. Eine institutionelle Einflußnahme auf Lebensverläufe und eine Funktionalisierung von Selbstverantwortlichkeit und Selbstzwang im Sinne herrschender Interessen (speziell im Bereich Gesundheit), durch die Verfügbarkeit und Fungibilität gewährleistet werden soll, scheint sich zumindest als ein Pfad gesellschaftlicher Modernisierung herauszustellen.

5. Veröffentlichungen und Außenaktivitäten

5.1. Veröffentlichungen

- Marstedt, G.; Mergner, U.; Müller, R. (1992): Normative Annahmen institutioneller Akteure bei der Regulierung prekärer gesundheitlicher Lebenslagen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Unveröffentlichter Projektzwischenbericht. Bremen
- Marstedt, G.; Mergner, U.; Müller, R. (1993): Medizinische Rehabilitation innerhalb der GKV: Gesundheitspolitische Zielsetzungen, funktionelles und organisatorisches Selbstverständnis in Krankenkassen. In: Zeitschrift für Sozialreform. H. 4/1993: 219-244
- Leisering, L.; Geissler, B.; Mergner, U.; Rabe-Kleberg, U. (1993) (Hrsg.): *Moderne Lebensläufe im Wandel. Status Passages and the Life Course*, Vol.IV. Weinheim
- Marstedt, G.; Mergner, U. (1993): Chronische Krankheit und Rehabilitation: Zur institutionellen Regulierung von Statuspassagen, sowie, als Abschnittseinleitung: Mergner, U. (1993): Krankheit, Prekarisierung von Lebensverläufen und institutionelle Regulierung von Statuspassagen. In: Leisering, L.; Geissler, B.; Mergner, U.; Rabe-Kleberg, U. (1993) (Hrsg.): *Moderne Lebensläufe im Wandel. Status Passages and the Life Course*. Weinheim

Die Projektarbeiten waren und sind ausgerichtet auf die Erstellung einer Buchveröffentlichung, die zum Ende der derzeitigen Phase fertiggestellt werden soll. In ihr werden Stand der Literatur, Methoden, empirische Ergebnisse und theoretisch-konzeptionelle Entwicklungen ausführlich dargestellt.

5.2. Außenkontakte

Auf dem Hintergrund des aus verschiedenen Gründen gedrängten Zeitplans wurden Vorträge und sonstige Fachkontakte auf ein - vorwiegend durch inhaltliche Erfordernisse bestimmtes - Minimum beschränkt. Vorträge wurden gehalten im Rahmen des 12. Wissenschaftsforums der Universität Bremen (Ulrich Mergner), des letzten Soziologentages (Rainer Müller - aufgrund organisatorischer Probleme nicht vorgetragen) sowie einer jour-fixe-Reihe des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen (Gerd Marstedt und Ulrich Mergner). Für die Jahrestagung 1993 der Sektion Medizinsoziologie der DGS ist ein Vortrag angekündigt. Ständige Arbeitskontakte bestehen zur Abteilung Rehabilitationspsychologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg (Uwe Koch, Michael Barth), zum Psychologischen Institut der Universität Hamburg (Ursula Brucks, Wulf-B. Wahl), zur Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Göttingen (Hannes Friedrich, Gerd Ziegeler), zur Arbeitsgruppe "Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik" am WZB Berlin (Hagen Kühn, Rolf Rosenbrock) sowie zum Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Arbeits- und Ergebnisbericht des Teilprojekts C4

Thema: "Passagen in Abstiegskarrieren und Auffangpositionen II: Gesundheitsbezogene Statuspassagen im Kontext von Betrieben, Familie und Sozialpolitik"

Beteiligte Wissenschaftler/in:

Dr. Johann Behrens	(GA) (Projektleiter)
Dr. Jairo Oka Arrow	(EA)
Dipl.-Soz. Anne Dreyer-Tümmel	(EA) bis 31.03.1992
Dipl.-Sow. Detlef Schulz	(EA) seit 1.04.1992

Inhalt:

1. Zusammenfassung
2. Stand der Kenntnisse bei der letzten Antragstellung
3. Offene Fragen und Verlauf der Untersuchungen
4. Ergebnisse
 - 4.1 Partielle Replikation an einem zeitlich, regional und sozialstrukturell erweiterten Datensatz (SOEP)
 - 4.2 Ereignisse, Risikokumulationen und die Reproduktion sozialer Ungleichheit: krankheitsbezogene Arbeitsmarktrisiken im Zusammenhang mit Geschlecht, Nationalität und Alter
 - 4.3 Einbezug des familiären und betrieblichen Kontextes
 - 4.4 Explorative Fallstudien zu Strategien von Betrieben und Sozialversicherung bei begrenzter Tätigkeitsdauer
5. Außenaktivitäten
6. Publikationen