

Sfb 186 report; Nr. 4/ Januar 1995

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerk / collection

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Universität Bremen, SFB 186 Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. (1995). *Sfb 186 report; Nr. 4/ Januar 1995*. Bremen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-21230>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Der Sonderforschungsbereich 186 "Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf" der Universität Bremen wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert.

Reinhold Sackmann / Ansgar Weymann / Matthias Wingens

Hochschulabsolventen im Transformationsprozeß der DDR*

In der Soziologie sozialer Ungleichheit herrschten lange Zeit unangefochten statische Konzepte vor. Sowohl Schicht- als auch Klassentheorien nahmen an, daß Positionierungen in der Gesellschaft zeitkonstant über Querschnittsuntersuchungen erhoben werden könnten. Einzelnen Variablen wie Beruf, Bildung, Einkommen oder Stellung im Produktionsprozeß wurde dabei - mit unterschiedlicher Gewichtung - eine entscheidende Rolle bei der Chancenverteilung der Gesellschaft zugeschrieben. Als dynamischer Faktor galt allein "Mobilität", bei der die soziale "Vererbbarkeit" sozialer Lagen in Familiengenerationen untersucht wurde. Seit den 70er Jahren haben nun eine Reihe von Längsschnittstudien gezeigt, daß diese traditionelle statische Sicht ergänzungsbedürftig ist, da viele Ungleichheitslagen einen dynamischen Charakter aufweisen. Besonders prägnante Ungleichheitslagen wie etwa Armut, Arbeitslosigkeit, Bildung betreffen nicht zeitkonstant dieselben Personen, sondern weisen eher den Charakter von Übergangsepisoden auf.¹ In der neueren Ungleichheitsforschung hat sich zur Bezeichnung für dieses Phänomen der Begriff der "Verzeitlichung" sozialer Ungleichheit eingebürgert (Berger 1990).

Im Begriff der Verzeitlichung werden neuere Lebenslauftheorien und

Ungleichheitstheorien miteinander verknüpft. In der Theorie des Lebenslaufs (Kohli 1985; 1986) wurde festgestellt, daß der individuelle Lebenslauf als Abfolge institutionell definierter Lebensphasen selbst den Charakter einer Institution angenommen hat, in dem Verläufe planbar und erwartbar gestaltet werden. Diese Forschungsrichtung thematisiert die zeitliche Strukturierung individueller Verläufe. In der Ungleichheitstheorie (Berger 1990; Osterland 1990) wurde betont, daß die zunehmende Dynamik makrosozialer Veränderungen seit den 70er Jahren immer häufiger zu irregulären beruflichen Verläufen führt, deren zeitliches Moment in Form von befristeten Stellen und "Ungleichheitsphasen" ein bedeutendes Gewicht bei der Bestimmung der Sozialstruktur der Gegenwartsgesellschaft zukommt. In dieser Forschungsrichtung wird die zeitliche Bedeutung makrosozialer Veränderungen in den Vordergrund gerückt. Der neue dynamische Ansatz, soziale Ungleichheit unter beiden Aspekten, dem individueller Lebenslaufveränderungen und makrosozialer Veränderungen, in Längsschnittstudien zu untersuchen, wurde in Deutschland durch die Studien des Sfb 3 und des MPI bekannt. Eine der wichtigsten empirischen Studien (Blossfeld 1989) zeigte dabei, daß es im Lebenslauf entscheidende Statuspassagen gibt, die den folgenden

Inhalt

Hochschulabsolventen im Transformationsprozeß der DDR	1
Editorial	2
Risikobiographie und historischer Wandel des Sozialversicherungssystems	6
Risiko-Management und soziale Bedarfsdeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung	11
Nachrichten aus dem Sfb	20
Impressum	20

Verlauf weitgehend determinieren. Dem Übergang vom Bildungs- in das Berufssystem, dem sogenannten "entry-job", kommt eine solch verlaufsprägende Stellung zu. Gleichzeitig bewirkt der gesellschaftsgeschichtliche Zeitpunkt des Berufseintritts als Ko-Determinante einen kohortenspezifischen Prägungseffekt: eine ungünstige Arbeitsmarktsituation zum Zeitpunkt des Berufseintritts führt zu langwirkenden Beeinträchtigungen des Berufsverlaufs, einem sogenannten "scarring" entsprechender Kohorten. Bei Kohorten, deren Berufseintritt in Zeiten günstiger Arbeitsmarktsituationen fällt, treten dagegen langfristig wirkende Startvorteile auf.

Ziel der Vorstudie des Projektes A4 war die Beantwortung der Frage, ob dieses Ergebnis eines kohortendifferenzierenden entry-job-Effektes auch auf Zeiten sehr schnellen makrosoziologischen Wandels, wie er durch den Zusammenbruch des DDR-Systems gegeben ist, anzuwenden sind. Dazu wurden die Berufsverläufe von zwei Akademiker-Kohorten verglichen, deren Berufseintritt unter stark differierenden Arbeitsmarktlagen erfolgte. Der Berufseintritt der Hochschulabsolventenkohorte 1985 fand unter den Bedingungen des alten DDR-Regimes statt, d.h. als völlig risikolose Statuspassage. Der Berufseintritt der Absolventenkohorte 1990 fiel dagegen in die Zeit der "Wende", deren Turbulenzen einen besonders risikoreichen Berufseintritt wahrscheinlich machten. Bei diesem Ansatz dynamischer Ungleichheitsforschung wird ein besonders folgenreicher Übergang des individuellen Lebenslaufs, der Berufseintritt, unter besonderer Berücksichtigung sozialen Wandels, der durch ein Kohortendesign desaggregiert wird (Ryder 1965), in den Mittelpunkt der Untersuchung gerückt. Sowohl das individuelle Ereignis (Berufseintritt) als auch das

gesellschaftliche Ereignis ("Wende") werden dabei nicht, wie in Querschnittsuntersuchungen üblich, als punktuelle Vorgänge aufgefaßt, sondern als Ausgangspunkt lange wirkender Verlaufsprozesse.

Methodisch wurden in der Vorstudie, über die hier berichtet wird, biographische Leitfadeninterviews mit 40 Hochschulabsolventen geführt, die sich je hälftig auf die beiden genannten Kohorten, die Universitäten Rostock und Leipzig sowie auf die Fächer Agrarwissenschaft und Chemie verteilen. Zeitlich konnte das Vorprojekt die Berufsverläufe der Befragten nach Studienabschluß bis Ende 1992 verfolgen. Die Ergebnisse und Hypothesen dieser Vorstudie werden in einer großangelegten Befragung Ende 1994 auf ihre Generalisierbarkeit hin überprüft. Das Projekt verbindet eine qualitative mit einer quantitativen Längsschnittstudie (sog. Mikro- und Makropanel). Hinter dieser Methodologie steht die Überlegung, daß individuelle Entscheidungen, die individuelle Berufsverläufe strukturieren, nur in qualitativen Untersuchungen verstehend rekonstruiert werden können, während generelle Aussagen über das Zusammenspiel institutioneller Bedingungen und individueller Handlungen nur mit Hilfe quantitativer Längsschnittuntersuchungen geprüft werden können.

Im folgenden werden einige Hauptergebnisse der Vorstudie dargestellt (vgl. dazu Sackmann/Wingens 1994a; 1994b).² Jede Studie, die sich mit Berufsverläufen im Transformationsprozeß beschäftigt, muß sich fragen, welche Verlaufsgrundlagen in der DDR gegeben waren. In gängigen Klischees gilt die DDR-Wirtschaft als statisches Gebilde, das über einen Plan in Form einer "Kommandowirtschaft" zusammengehalten wurde.

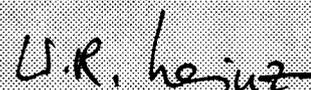
Komplementär zu diesem hierarchischen Modell wird vermutet, daß die Mentalität der unter diesem System weiter auf S. 3

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

diese vierte Ausgabe des Sfb-Reports enthält drei Beiträge, die einen Einblick in die laufende Forschungsarbeit der Teilprojekte geben. Sie verdeutlichen den für den Sfb konstitutiven Ansatz der akteurs- und institutionenbezogenen Lebenslaufforschung. Der erste Beitrag aus dem Projektbereich "Übergänge von der Ausbildung in das Erwerbssystem" berichtet aus der Akteursperspektive über die Folgen der Arbeitsmarkttransformation in den neuen Bundesländern auf den Berufsstart von Hochschulabsolventen. Aus dem Projektbereich "Statuspassagen innerhalb der Erwerbsarbeit" stammt der zweite Beitrag, der sich aus der Institutionenperspektive mit den Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Leistungspolitik der Krankenkassen befaßt. Der dritte Beitrag aus dem Forschungsbereich "Übergänge zwischen Erwerbssystem und sozialer Sicherung" entwickelt aus historischer Sicht am Beispiel der Sozialversicherung wie sozialpolitische Regulierungen und Definitionsprozesse einerseits und die Artikulation von Versorgungsansprüchen andererseits dazu beigetragen haben, die berufliche Risikobiographie zu konstituieren.

Die empirischen Ergebnisse werden im Kontext aktueller Konzepte der Lebenslaufforschung diskutiert wie Verzeitlichung sozialer Ungleichheit, Risikobiographie und institutioneller Paternalismus.



Prof. Dr. Walter R. Heinz
Sprecher des Sfb 186

sozialisierten Akteure eine Tendenz zu Passivität und Gelenkt-Werden aufweist, d.h. eine Inkompatibilität biographischer Kompetenzen mit marktwirtschaftlichen Anforderungen³. Gerade in beruflicher Hinsicht seien die DDR-Bürger an sichere und lebenslange Arbeitsplätze gewöhnt, ohne die Notwendigkeit aktiven Suchverhaltens kennengelernt zu haben. Nun zeigen, konträr zu dieser Auffassung, mehrere Studien, daß die Berufsverläufe von Akteuren in der DDR durch eine ausgeprägte Mobilität gekennzeichnet waren (vgl. Huinink/Solga 1994). Mobilität zwischen Betrieben und Berufen war in der DDR üblich, obwohl sie in der herrschenden Ideologie als schädliche "Fluktuation" kritisiert wurde (vgl. Stollberg 1988). Wie war dieses Auseinanderklaffen zwischen Anspruch, Außenbild und Realität möglich?

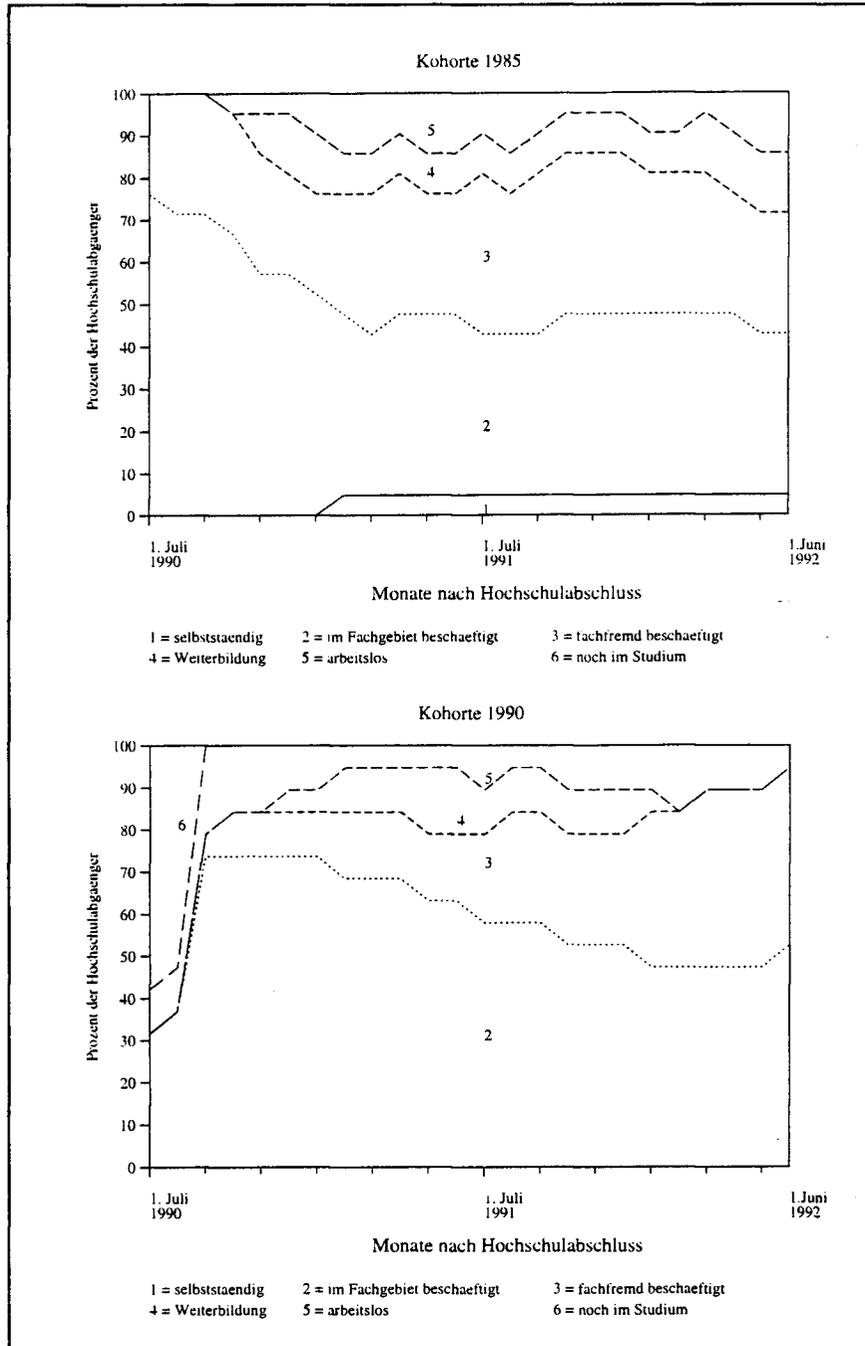
Wir haben den Übergang vom Studium zum Beruf besonders genau untersucht, der insofern als Indikator für Gesamtstrukturen gelten kann, da er dem Idealbild einer "Kommandowirtschaft" zu entsprechen schien. Eine spezielle Behörde, die "Absolventenvermittlung", auch "Absolventenlenkung" genannt, hatte die Aufgabe, Studenten der letzten Semester schon vor Studienende einen Arbeitsplatz zuzuweisen. Was wie ein klassischer Fall von Dirigismus und Einübung in Passivität klingt, stellte sich in den Interviews als bloße planwirtschaftliche Fassade heraus. Mehr als die Hälfte der Absolventen hatte sich selbst einen Arbeitsplatz gesucht; die "Absolventenvermittlung" bestätigte diese Eigenaktivitäten nur noch ex post. Und auch den übrigen Absolventen wurde kein Arbeitsplatz zugewiesen, sondern vielmehr eine Angebotsliste zur Auswahl vorgelegt^{4,5}. Die Absolventen waren also durchaus daran gewöhnt, Eigenaktivitäten zu entwickeln, um eine Ar-

beitsstelle zu finden. Dies zeigte sich noch deutlicher an den relativ häufigen Stellenwechseln in der DDR nach Berufseintritt: gerade weil entsprechende Mobilitätsmedien (Stellenangebote in Zeitungen, über Arbeitsämter) nicht vorhanden waren, mußten diese zwischenbetrieblichen und -beruflichen Wechsel in völliger Eigenregie durchgeführt werden. Damit soll nun nicht behauptet werden, daß diese Eigenaktivitäten besonders effizient für die Wirtschaft gewesen seien oder gar schon Vorformen des Marktes dargestellt hätten, wohl aber weist dies darauf hin, daß die DDR-Absolventen über ausreichende Kompetenzen⁶ zu systematischen, eigeninitiierten Suchaktivitäten verfügten.

Der Berufseintritt der Absolventen 1985 verlief unproblematisch und risikolos; alle Absolventen erhielten nach dem Studium eine Arbeitsstelle. Was passierte nun 1990 nach der Wirtschafts- und Währungsunion, als es zu erheblichen Veränderungen der Rahmenbedingungen kam? Grundsätzlich gehörten Akademiker zu den Arbeitsmarktgruppen mit geringeren Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt. Die Varianz war allerdings groß, da die Berufsstruktur der DDR nicht kompatibel mit der westdeutschen Struktur war. Die untersuchten Agraringenieure z.B. hatten erheblich mehr Arbeitsmarktprobleme als die Chemiker, da der Landwirtschaftsbereich zu den vom Arbeitsplatzabbau am stärksten betroffenen Branchen zählte. Die Unterschiede zwischen den Fachgruppen in bezug auf das Risiko, arbeitslos zu werden, waren allerdings nicht so stark wie die Unterschiede in Hinblick auf die Notwendigkeit, das Fachgebiet zu wechseln. Letzteres kam bei Agraringenieuren sehr viel häufiger vor als bei Chemikern. Das Abstiegsrisiko derartiger beruflicher Umorientierungen ist allerdings aufgrund der bisherigen Daten

noch schwer abschätzbar, da durchaus nicht nur Abstiege, sondern auch Umstiege in höher qualifizierte Facharbeitsmärkte gelangen. Gültige Daten können hierzu erst nach der in Angriff genommenen quantitativen Erhebung unter Berücksichtigung eines längeren Zeitraums gewonnen werden.

Die im Hinblick auf das Studienfach getroffene Aussage, das Risiko, arbeitslos zu werden, sei weniger aussagekräftig als die Risiken (und Chancen!) beruflicher Umorientierung, gilt auch für einen Vergleich zwischen den beiden Kohorten. Entgegen der in den Befunden der westdeutschen Lebenslauforschung gründenden Vermutung zeigte sich, daß der gelungene Berufseinstieg der Kohorte 1985 nicht zu Vorteilen gegenüber dem schwierigeren Berufseinstieg der Kohorte 1990 führte. Zwar war das Risiko, arbeitslos zu werden, beim Berufseinstieg der Kohorte 1990 größer, im Zeitverlauf nahm allerdings die Zahl der Arbeitslosen der Kohorte 1985 zu, während sie bei der Kohorte 1990 abnahm. In vielen Fällen war es so, daß die jungen Berufseinsteiger der Kohorte 1990 schneller freiwillig berufliche Umorientierungen vornahmen und damit sich bietende Arbeitsmarktchancen nutzten, während die Absolventen der Kohorte 1985 langsamer auf die neue Situation reagierten und erst später, z.T. erst bei eingetretener Arbeitslosigkeit, aktiv wurden. Allgemein kann man daraus folgern, daß der entry-job allein keinen ausreichenden Prädiktor für den weiteren Berufsverlauf darstellt. Erforderlich ist vielmehr auch ein Mindestmaß an betrieblicher und beruflicher Kontinuität, damit es zu "Schutzeffekten" für "erfahrene" Kräfte kommt. Umgekehrt kann es gerade in Situationen schnellen Wandels ein Vorteil für Berufseinsteiger sein, daß sie weder beruflich noch betrieblich stark ein-



gebunden sind, so daß sie auf sich bietende Gelegenheiten schneller eingehen können. Unter den Bedingungen raschen makrosozialen Wandels der Wirtschaftstransformation läßt sich unseren Daten zufolge keine verlaufsprägende Wirkung des "entry-job-Effekts" feststellen.

Bei einer genaueren Betrachtung der "Wende-Gewinner" und "-Verlierer" fällt auf, daß das Geschlecht stark chancendifferenzierend gewirkt hat. Frauen wiesen ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko und ein höheres Risiko fachfremder Beschäftigung auf. Auch hierbei ist es wichtig, den dynamischen Verlauf und seine Ent-

scheidungsstrukturen genauer zu analysieren. Frauen waren in der DDR zu fast 100% in das Erwerbsleben integriert. Dennoch kann man feststellen, daß schon zu DDR-Zeiten Kinderunterbrechungen Einflüsse auf den geschlechtsspezifischen Erwerbsverlauf ausübten. Während bei Männern Kinder keinerlei Auswirkungen auf den Erwerbsverlauf hatten, gab es bei den Frauen typischerweise im Anschluß an den Mutterschaftsurlaub Veränderungen der beruflichen Stellung, die in der Regel zu randständigeren Positionen im Betrieb führten (z.B. Wechsel von der Abteilungsleitung "Rinderproduktion" in die Betriebsverwaltung). Im Falle des Fortbestehens der DDR hätten derartige Wechsel wohl nur die betrieblichen Aufstiegschancen der entsprechenden Frauen beeinflusst. Nach der "Wende" jedoch waren gerade diese Stellen besonders rationalisierungsgefährdet und führten zu Arbeitslosigkeit und/oder stärkerem betrieblichem Abstieg. Die Benachteiligung von Frauen auf dem "Nachwende-Arbeitsmarkt" war aufgrund der ungleichen Verteilung von Familienpflichten schon durch eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung auf dem "Vorwende-Arbeitsmarkt" latent vorhanden.

In den ersten zwei Jahren nach der "Wende" hat die große Mobilität und geringe Schließungskraft vieler Berufe zu einer Offenheit von Strukturen geführt, die z.T. mit den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten Westdeutschlands vergleichbar ist. Auch in diesem Zeitraum begünstigte der schnelle Wandel der Wirtschafts- und Sozialstruktur eine umfangreiche laterale und vertikale intragenerationale Mobilität (vgl. Blossfeld 1989; Huinink/Solga 1994). Die geringen Berufsverbleibsdaten sowie die Häufigkeit der beruflichen Umorientierungen und Quereinstiege, die charakteristisch für die

"Nachwendezeit" sind, weisen dazu strukturell Parallelen auf. Insofern ist gerade für diesen Zeitraum das Konzept der "Verzeitlichung" sozialer Ungleichheit fruchtbar. Allerdings bleibt hervorzuheben, daß im Unterschied zur Nachkriegszeit die Kopplung zwischen dem Bildungsniveau und der Stellung im Beruf enger geworden ist. Insofern könnte sich hinter einer Zunahme der lateralen Berufsmobilität in der "Nachwendezeit" eine verstärkte Abgeschlossenheit der (Bildungs-) Schichten verbergen. Für diese These würde auch die generelle Schrumpfung des Arbeitsmarktes sprechen, die ebenfalls tendenziell eine Verfestigung von Schichtgrenzen begünstigen dürfte. Um dieser Frage genauer nachzugehen, wird in der quantitativen Retrospektiverhebung (Haupterhebung) unseres Projekts zusammen mit Akademikern auch ein Parallelsample von Abgängern einer beruflichen Lehre befragt. Erst der Vergleich dieser Bildungsschichten wird zeigen, welche Constraints die Gelegenheitsstruktur individueller Entscheidungen im Berufsverlauf präformieren.

Anmerkungen:

- * Ein Bericht aus dem Teilprojekt A4 "Berufliche Verläufe im Transformationsprozeß"
- 1 Vgl. Buhr 1994; Leisering 1993; Rohwer 1992.
- 2 Ein ausführlicher Ergebnisbericht liegt in Form zweier Sfb-Arbeitspapiere (Sackmann/Wingens 1994c; 1994d) vor und kann über die Geschäftsstelle des Sfb 186 angefordert werden (s.a. S. 17).
- 3 Die politische Entlastungsfunktion dieses Arguments ist offenkundig. Aber auch von wissenschaftlicher Seite -so z.B. Mayntz 1992- wird jene Vermutung geäußert.
- 4 Diese Situation war, wie uns Kollegen aus der DDR berichteten, in der Spätphase der DDR üblich. Nur

bei politisch brisanten Berufen, wie z.B. angehenden Staatsanwälten, kam es noch zu "Verschickungen" gegen den Willen der Absolventen.

5 Das Phänomen der vielen Stellenwechsel trotz nicht vorhandener formeller Stellenmärkte läßt sich durch die aufgrund einer fehlenden Ausdifferenzierung von Preismechanismen systematisch konstituierten "Anbietermärkte" bzw. eines systemisch produzierten "Arbeitskräftemangels" in den Betrieben erklären (Schrumpff 1983).

6 Differenzen zu westdeutschen Absolventen bestehen also nicht in bezug auf berufsbiographische Kompetenzen; was sich in den Interviews zeigte, waren vielmehr differierende biographische Präferenzen: das dominante Motiv bei Stellenwechseln in der DDR war Partner- und/oder Heimatnähe.

Literatur:

- Berger, P.A. (1990): Ungleichheitsphasen. In P.A. Berger/S. Hradil (Hg.), Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile (Sonderband 7 der Sozialen Welt). Göttingen (S. 319-350)
- Blossfeld, H.-P. (1989): Kohortendifferenzierung und Karriereprozeß. Frankfurt
- Buhr, Petra (1994): Dynamik von Armut. Opladen.
- Huinink, J./Solga, H. (1994): From Mobility in Status and Occupation to Simple Job Shifts? Arbeitsbericht 7 aus dem Projekt "Lebensverläufe und historischer Wandel in der ehemaligen DDR" (MPI für Bildungsforschung)
- Kohli, M. (1985): Institutionalisierung des Lebenslaufs, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 37:1-29
- Kohli, M. (1986): Gesellschaftszeit und Lebenszeit. In J. Berger (Hg.), Die Moderne (Sonderband 4 der Sozialen Welt). Göttingen (S. 183-208)
- Leisering, L. (1993): Armut hat viele Gesichter, in: Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 72:297-305
- Mayntz, R. (1992): Modernisierung und die Logik von intraorganisatorischen Netzwerken. Journal für Sozialforschung 32
- Osterland, M. (1990): "Normalbiographie" und "Normalarbeitsverhältnis". In P.A. Berger/S. Hradil (Hg.), Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile (Sonderband 7 der Sozialen Welt). Göttingen (S. 351-362)
- Rohwer, G. (1992): Einkommensmobilität und soziale Mindestsicherung, in S. Leibfried/W. Voges (Hg.), Armut im modernen Wohlfahrtsstaat (Sonderheft 32 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie). Opladen (S. 367-379)
- Ryder, N.B. (1965): The Cohort as a Concept in the Study of Social Change, in: American Sociological Review 30:843-861
- Sackmann, R./Wingens, M. (1994a): Berufsverläufe von DDR-Hochschulabsolventen, in: Das Hochschulwesen 42:23-31.
- Sackmann, R./Wingens, M. (1994b): Individuelle und gesellschaftliche Strukturierung beruflicher Diskontinuität. In M. Corsten/E. Hoerning (Hrsg.), Institution und Biographie. Pfaffenweiler (im Druck)
- Sackmann, R./Wingens, M. (1994c): Berufsverläufe von DDR-Hochschulabsolventen im Transformationsprozeß (I), (Arbeitspapier Nr. 27 des Sfb 186)
- Sackmann, R./Wingens, M. (1994d): Berufsverläufe von DDR-Hochschulabsolventen im Transformationsprozeß (II), (Arbeitspapier Nr. 28 des Sfb 186)
- Schrumpff, W. (1983): Heterogene Koordinationsinstrumente im Beschäftigungssystem der DDR. Münster
- Stollberg, R. (1988): Soziologie der Arbeit. Berlin-Ost

Dietrich Milles

Risikobiographie und historischer Wandel des Sozialversicherungssystems*

Zwischen den Lobeshymnen zum hundertjährigen Bestehen der Sozialversicherungszweige in Deutschland ist neuerdings wieder die Rede vom "erschöpften Sozialstaat" nebst eingebauten "Verschwendungspotentialen", bzw. von seiner nicht gerade gerechten "exzessiven Ausdehnung" (J. Becker 1994). Ist das deutsche Sozialversicherungssystem am Ende, während es anderweitig neu entdeckt wird? Die Klagen sind nicht neu und in der jüngeren deutschen Geschichte vor allem dann zu vernehmen, wenn mit Verweis auf nationale Leistungsfähigkeit die Grenze "zwischen den Rechten des einzelnen und den Rechten der Gesamtheit" (L. Bernhard 1912, S. 4) neu markiert wurde.

Im Vorfeld des 1. Weltkrieges beispielsweise sollten "soziale Rücksichten" zugunsten "notwendiger Bewegungsfreiheit" zurückstecken. Insbesondere die Arbeiterversicherung bringe "Gefahren für die Volksgesundheit mit sich" (ebd., S. 55), weil "viele Millionen Augen auf den geldspendenden Versicherungsmechanismus" (ebd., S. 48) gerichtet wären. Im vorübergehenden Aufschwung der Weimarer Republik hieß es später, die Sozialversicherung "untergräbt die Mannhaftigkeit, begünstigt körperliche und seelische Verweichlichung, führt zu bewußter Krankheitszüchtung" (E. Liek 1927, S. 17).

Wie sind die ebenso kritisierten wie gelobten Mechanismen der Sozialversicherung (1883 Kranken-, 1884 Unfall- und 1889 Invaliditätsversicherung) über eine so lange Zeit hinweg stabil geblieben und wie stabil sind sie heute noch?

Sicherung als Disziplinierung?

Die Beschäftigung mit der Geschichte der Sozialversicherung war bislang, abgesehen von den diversen Festschriften, insbesondere auf das Wechselverhältnis von "Subsistenzsicherung und sozialer Disziplinierung" (Ch. Sachße, F. Tennstedt 1986, S. 12) ausgerichtet und hat die betroffenen Arbeitnehmer hauptsächlich als Objekte oder Adressaten der öffentlichen Sozialpolitik begriffen. Die Geschichtsschreibung hat vor allem die Defizite der Sozialversicherung herausgestellt: die gegen die Arbeiterschaft gerichtete soziale Ungerechtigkeit und die verweigerte Teilhabe an der Politik sozialer Sicherung (V. Hentschel 1983, S. 30). Erklärt werden muß aber, warum betroffene Arbeitnehmer sich überhaupt auf institutionelle Regelungen einließen, die ihnen zunächst weniger versprochen (nämlich durchschnittlich 187 Mark Invaliden- bzw. 186 Mark Altersrente pro Jahr), als ihnen in der Armenpflege zukam. So stand 'im historischen Wandel des Sozialversicherungssystems nicht die Frage einer qualitativ spürbaren Umverteilung von Lebenseinkommen zugunsten Minderbemittelter im Mittelpunkt.

Vielmehr wurde mit dem Sozialversicherungssystem eine breit akzeptierte

gesellschaftliche Demarkationslinie gezogen, die normale Arbeitsfähigkeit integrierte und Leistungspflicht etablierte. Diese "Normalisierung von Erwerbsarbeit" (ebd., S. 29) war nicht nur ein mehr oder weniger verborgener Sinn der Arbeitspolitik zum Ende des Jahrhunderts, sondern auch eine rationale Forderung der Arbeitskräfte, die aus dem "Revolutionsdilemma" führte und alltägliche Handlungschancen eröffnete.

Historisch wird zur Untersuchung dieser Fragen in dem Teilprojekt D1 der Zeitraum näher betrachtet, in dem das Sozialversicherungssystem erstmals mit veränderten Risikostrukturen und neuen gesellschaftspolitischen Bestrebungen konfrontiert wurde. Dies war um die Jahrhundertwende der Fall, als längerfristige und komplexe Gesundheitsgefährdungen in den Vordergrund traten und zugleich nach dem Fall des Sozialistengesetzes wie im Vorfeld des 1. Weltkrieges eine nationale und integrative Leistungsorientierung entwickelt wurde. Hierbei spielten technische und wirtschaftliche Entwicklungen (Chemisierung, Elektrifizierung, Motorisierung, Taylorismus, Fordismus) ebenso eine Rolle wie eine "dichtere" Lebensweise oder die langsam wachsende Bedeutung der Frau in Politik und Gesellschaft.

Erklärt werden muß demgegenüber, wie die relativ stabilen Steigerungsraten für Versichertenzahlen und Kosten (hier beispielhaft in der Invaliditätsversicherung) durch alle diese Veränderungen, Tiefen und Auf-

* Ein Bericht aus dem Teilprojekt D1 "Konstruktion biographischer Risiken durch Berufskrankheitenverfahren 1889 - 1929"; Team: PD Dr. Dietrich Milles, Dipl.Soz. Monika Sniegs, Lars Kaschke

schwünge hindurch zustande kamen, die u.a. in unserer Untersuchung auf der Basis der gesamten Bilanzen der Sozialversicherung berechnet wurden (siehe Schaubild 1). Offenkundig ist der zeitliche Zusammenhang zu der sozialpolitischen Ausrichtung, die als "Bereisung" der Landesversicherungsanstalten mit besonders hohen Rentenzuwachsraten in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts durch das Reichsversicherungsamt organisiert wurde. Doch diese Ausrichtung wirkte, wie die Zahlen einzelner Landesversicherungsanstalten zeigen, nicht als wachsende Ablehnung, sondern als Verhinderung von Rentenanträgen.

Die sozialpolitische Ausrichtung auf dem Hintergrund veränderter Risikolagen und institutioneller Eigendynamik erfolgte um die Jahrhundertwende als merkwürdige *Spaltung*:

- Zu einem Teil wurde Sozialversicherungspolitik als symbolische Politik entwickelt, die sich als erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung darstellen konnte und auf eine Verhinderung von Anträgen und Verfahren zielte. Hierbei standen Dethematisierung ursächlicher Problemzusammenhänge, also vor allem die Verhinderung problembezogener Kommunikation und eine Umdefinition vorhandener Schädigungen im Mittelpunkt. Die Ansprüche der Betroffenen blieben eine nicht eingelöste Option.
- Zu dem anderen Teil wurde Sozialversicherungspolitik als Verfahren weiterentwickelt, in dem Ansprüche tatsächlich artikuliert werden konnten und mußten, in dem aber auch die Leistungsvoraussetzungen und Leistungen selbst verhandelt, angepaßt, ausgeformt und anerkannt wurden. Hierbei wurden die kommunikativen Beziehungen

zwischen Betroffenen, Interessenvertretern, Versicherungsträgern, Experten und Behörden entwickelt.

Diese beiden Strukturelemente konnten ihre teilweise widersprüchlichen Wirkungen (vor allem hinsichtlich der Kommunikation) einerseits über die Interessen der betroffenen Arbeitnehmer, andererseits über die spezifischen Fertigkeiten der ärztlichen Profession entfalten. Die Arbeitnehmer hatten ein widersprüchliches Interesse daran, Gesundheitsschädigungen nach aller Möglichkeit, also inklusive der Verdrängung oder Umdefinition, nicht artikulieren zu müssen, nicht wirksam werden zu lassen und zugleich darüber hinausgehende Schädigungen als Folgen besonderer Belastungen anerkennen zu lassen.

Auch das ärztliche Handeln wird durch die Betroffenen legitimiert, wobei sogar Nichthandeln bzw. hohe Handlungsschwellen beiderseits erwünscht sein können. Das ärztliche Primat der Diagnose fördert Vorbehalte und stärkt die wissenschaftliche Hoffnung auf die Selbstheilungskräfte der Natur. Die "Nullhypothese" weist fehlende ärztliche Handlung als Entproblematisierung aus. Diese Rolle medizinischen Wissens übernahmen auch die Ärzte, die zunächst selbstverständlich auf seiten der Betroffenen standen. Doch die Gutachterrolle erlaubte ihnen eine Distanzierung von dem Wahlspruch "in dubio pro aegroto", die einer gespaltenen Sozialpolitik entgegenkam. Nun mußten sie "von Amts wegen feststellen" und konnten sich doch zugleich in einer großen Kampagne (unter dem bis heute widersprüchlichen Motto "freie Arztwahl") gegen "Verbeamtung" (sei es durch die Sozialversicherungsträger oder durch den Staat) zur Wehr setzen. Vor allem aber verknüpfte ärztliche Argu-

mentation soziale und biologische Normalitätsannahmen. In ärztlichen Attesten und Begutachtungen ging es darum, ob zumutbare Belastungen von einer wachsenden gesellschaftlichen Leistungsfähigkeit her (als gesellschaftlich optimale Nutzung der Arbeitskraft) oder von einem Schutz gegen sozialen Abstieg aus bestimmt wurden (zumutbare Folgen für den Betroffenen).

Die "Risikobiographie" der Sozialversicherung

Die Statuspassage aus dem Erwerbsleben, die hier betrachtet wird, stellt systematisch den männlichen Arbeitnehmer in den Mittelpunkt und organisiert bis heute institutionelle Steuerungen von dem männlichen "Ernährer" aus. Die Bedeutung dieser Statuspassage ist historisch von dem allgemeinen armenpolitischen Druck her zu verstehen. Die Existenzsicherung ging nun von einer stellvertretenden Fürsorglichkeit in die individuelle Verantwortung der Betroffenen über.

Die "vorzeitige" Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit markierte eine erklärungsbedürftige Statuspassage aus der Erwerbsarbeit. "Besonders" mußte begründet werden, warum der durch Gesundheit und Arbeit ermöglichte Bürgerstatus trotz Verlust des einzigen Eigentums (nämlich Gesundheit und dadurch Erwerbsfähigkeit) erhalten bleiben sollte. Gleichzeitig wurde mit der "vorzeitigen" Erwerbsunfähigkeit, also mit der gesellschaftlich zu verantwortenden Unfähigkeit des Arbeiters, selbst für seine und seiner Familie Existenz zu sorgen, darüber verhandelt, welche sozialen Risiken "normal" sind und den arbeitsfähigen Gesellschaftsmitgliedern zugemutet werden können.

Wenn auch historisch unbestritten blieb, daß sozialer Abstieg ein strukturelles Merkmal dieser Statuspas-

sage sein sollte, so wurde doch dessen Ausmaß und Konkretion von Fall zu Fall entschieden. Was also später als "wesentlicher" Abstieg (F. Tennstedt 1972, S. 209ff) bezeichnet wurde, war selbst Gegenstand der Sozialversicherungsverfahren und wurde als Problem der "Zumutbarkeit" verhandelt.

Das juristische Prinzip der Zumutbarkeit ermöglichte eine Beurteilung konkreter Lebensverläufe auf der Grundlage abstrakter Vorstellungen von normaler Arbeitsfähigkeit und Gesundheitsbelastung. Der Anspruch auf Rente wurde rechtlich auf dem Hintergrund einer typischen Risikokonzeption im Lebensverlauf, einer Risikobiographie, geprüft.

Die *Risikobiographie* wird in der deutschen Sozialversicherung durch eine Bilanzierung unzumutbarer Gefährdungen sozialer Existenz konstruiert. Bilanziert wird die drohende Diskrepanz zwischen erwarteter Leistungsfähigkeit und tatsächlicher Erwerbsfähigkeit im Erwerbsleben, sofern die Ursachen der Diskrepanz von den zu akzeptierenden Belastungen und Schädigungen abweichen. In den Sozialversicherungsverfahren werden für die jeweilige Phase des Lebens zumutbare Gefährdungen (primäre im Sinne von Verschleiß, Erkrankungen etc. und sekundäre im Sinne von unsicherer Zukunft, sozialem Abstieg etc.) ausgehandelt. Das Erwerbsleben des männlichen "Normalarbeiters" wird dabei differenziert nach einer elementaren körperlichen Arbeitsfähigkeit, die gesellschaftlich zu schützen ist, und hinzugewonnenen Fähigkeiten oder Verhältnissen, die keinen gesellschaftlichen Schutz bedingen.

Die Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamtes (RVA) vom 31.10.1900 (Amtliche Nachrichten 1902, S. 503) beschrieb das

Fallbeispiele

Erster Fall: Der Schlosser H. wurde 1901 infolge eines Nervenleidens völlig erwerbsunfähig und führte dies auf wiederholte elektrische Schläge zurück, die er in einer Schiffswerft und Maschinenfabrik erlitt. Die Berufsgenossenschaft und auch das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung wies den Antrag auf Unfallrente ab, das Reichsversicherungsamt sprach dem Betroffenen 1903 die Entschädigung aufgrund eines ärztlichen Obergutachtens zu. In dem Verfahren ging es um neue Gesundheitsrisiken ("Elektropathologie"), die kombinierten Wirkungen (unterschiedliche funktionelle und pathologische Veränderungen), die wachsende Bedeutung der Kontextbedingungen (ob auf nassem Boden, ob in gutem Ernährungszustand etc.), zeitlich unterschiedliche Folgen (sofortige Lähmungserscheinungen, multiple Sklerose nach mehr als einem halben Jahr) und diffuse Wirkungen (Kraftlosigkeit, Nervenleiden). All dies hatte der Schlosser angesprochen; in anderen Fällen (vor allem Vergiftungen) kamen seinerzeit insbesondere noch länger dauernde Expositionszeiten, also eine zeitliche Streckung bei der Verursachung hinzu.

zugrunde gelegte Körper- und Gesellschaftsbild, nach dem *"in jedem Menschen sozusagen eine rohe Kraft steckt, das heißt die Fähigkeit, sich mit seinen gesunden Gliedmaßen zur Verrichtung der allgewöhnlichsten, keinerlei Vorkenntnisse oder Übung irgend einer Art erforderlichen Arbeit auf den Arbeitsmarkt zu stellen. Diese rohe Arbeitskraft kann jedoch durch besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten, seien diese nun geistiger oder körperlicher Art, nur gesteigert und dadurch auch wirtschaftlich in erhöhtem Maße nutzbar gemacht werden. Unzulässig dagegen, weil vom wirtschaftlichen Standpunkt aus in sich widerspruchsvoll, erscheint die Annahme, daß durch hinzutretende "Fähigkeiten" die Möglichkeit einer Verwertung jener ursprünglichen Kraft herabgedrückt werden könnte."* (Zit. F. Tennstedt 1972, S. 36)

Die Risikobiographie ermöglichte in ihren individuellen und gesellschaftlichen Konstruktionselementen, biologische und soziale Aspekte des Lebensverlaufs abzustimmen und zugleich die zu erwartenden Status-

passagen zu organisieren. Die ärztliche Begutachtung formulierte eine "Lebenskurve" oder "Lebenslinie", die in individueller Besonderung das Ansteigen (Entwicklung, Wachsen), die Höhe (sanft geschwungene Spitze der Leistungsfähigkeit) und das Absinken ("Rückbildung", Nachlassen) der Erwerbsfähigkeit standardisiert und in teilweise naivster Weise meßbar machen wollte (M. Reichardt 1942, S. 170ff; siehe Schaubild 2). Diese Linie unterstellt somit einen "neutralen Durchschnittstyp des Menschen" (H. Achinger 1959; Ch. Sachße, F. Tennstedt 1986, S. 11), der über die "Normalitätsgrenzen des modernen Arbeitslebens" (E. Pankoke 1990, S. 205) hinaus demnach durch erkennbare Einflüsse von spezifischer Konstitution und Umwelt (vor allem Arbeitswelt) besonders auffällig wird. Die Aufgabe der medizinischen Begutachtung liegt in der fallspezifischen Abschätzung beider Variablen (Konstitution, Umwelt) im Hinblick auf die Vorgeschichte und die Prognose einer Erkrankung und zugleich in der Fortschreibung der biologischen und sozialen Normalitätsunterstellungen.

Fallbeispiele

Zweiter Fall: Die Näherin Berta K. arbeitete von 1908 bis 1910 in Charlottenburg und erhob im Juli 1919 Anspruch auf Invalidenrente, weil sie wegen Schlaganfällen u.a. arbeitsunfähig war. In dem Verfahren ging es um die Anspruchsvoraussetzungen, konkret um nicht nacheinander ausgestellte und lückenhafte Quittungskarten. In der Berufung deckte die Betroffene und später ihr Mann durch hartnäckige Nachfragen eine durchgängige Ignoranz auf: Der Arbeitgeber erklärte sich ohne weiteres nicht in der Lage, über die tatsächliche Beschäftigung die verlangte genaue Auskunft zu geben; die Allgemeine Ortskrankenkasse Charlottenburg hatte für die fragliche Zeit 1908-1910 keine Mitgliederverzeichnisse; dem OVA 1921 war das Ableben der Näherin 1920 nicht einmal bekannt. Wenn auch die Revision verworfen wurde und es sich zunächst um ein Verfahren handelte, bei dem die Schwierigkeiten zu Lasten der Betroffenen gingen, wurden wesentliche Verfahrens- und Strukturelemente des Sozialversicherungssystems durch das hartnäckige Betreiben des Verfahrens durch die Betroffenen eingangsgesetzt: Nachweise der Tätigkeiten bei Firmen; Mitgliederlisten bei Kassen; sorgfältiger Umgang mit Antragstellern; Eingehen auf artikuliert Positionen; intensive Erhebungen; genaue rechtliche Prüfung.

Der betroffene Arbeitnehmer erhielt mit diesem Orientierungsrahmen der Risikobiographie eine Option, sein Arbeitsleben gesellschaftlich zu bewerten, seine Leistungen in dem gesellschaftlichen Fortschreiten zu erkennen und seine Schädigungen in der Teilhabe an dem produzierten Wohlstand gewürdigt zu finden. Diese Option wirkte auch dann, wenn sie nicht realisiert wurde.

Die Handlungschance erwerbsunfähiger Arbeitnehmer, die durch die Artikulation ihrer Risiken innerhalb des Sozialversicherungssystems eröffnet wurde, war allerdings doppelbödig. Ihr Bestreben, ein anstrengendes und riskantes Arbeitsleben nachzuweisen, stützte die Arbeitsverweigerungsvermutung, mit der ihre Angaben überprüft wurden. Es war nicht leicht, gesundheitliche Schädigungen nachzuweisen, ohne durch eben diesen Nachweis der unangemessenen Ausnutzung der Solidargemeinschaft verdächtig zu werden. Die disziplinierenden Aspekte

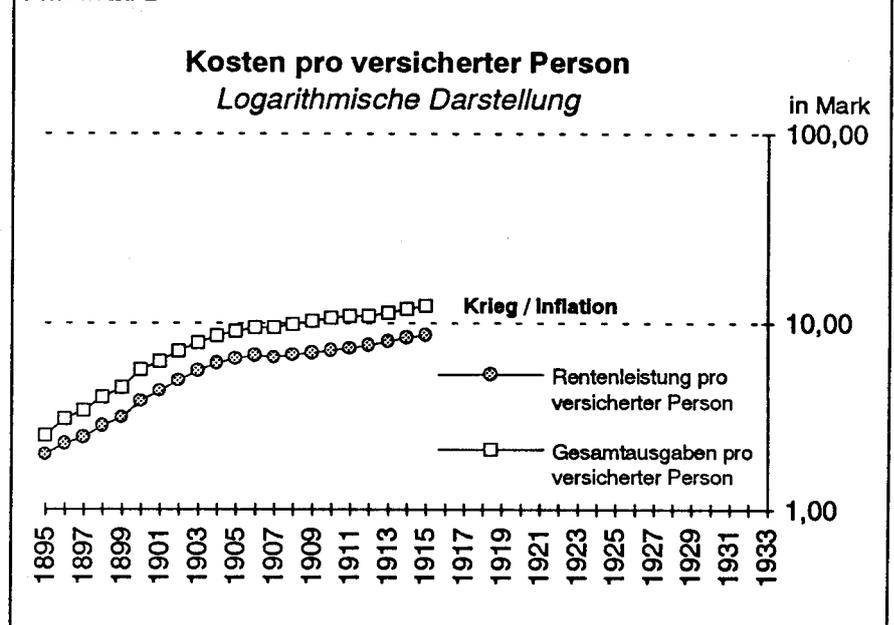
der Sozialversicherung sind vor allem in dieser Verdoppelung sozialer Beziehungen durch Sozialversicherungsträger und -verfahren zu suchen. Am herausragenden Beispiel der traumatischen Neurosen als si-

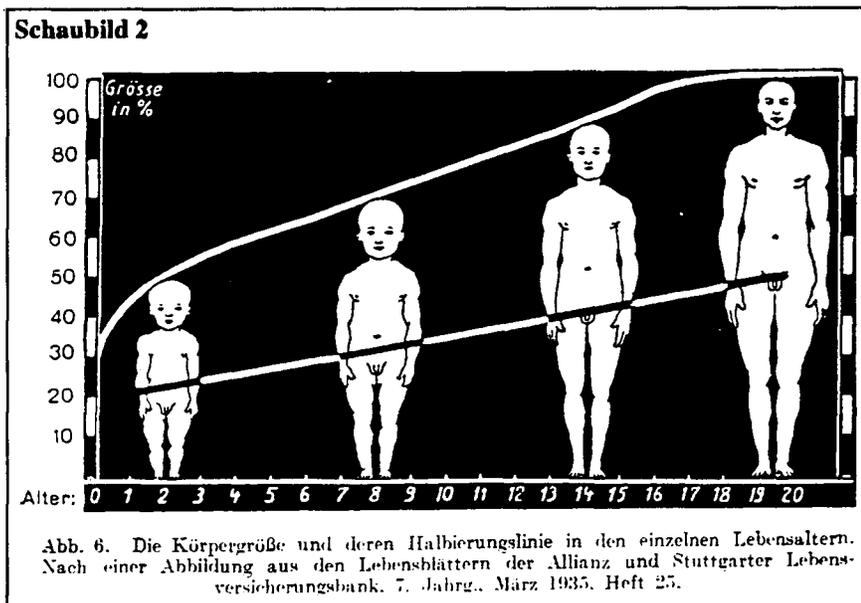
mulierter Erkrankung konnte so eine Rationalitätenfalle eingebaut werden (D. Milles 1993, S. 219ff). Die Risikobiographie, die in den Verfahren formuliert wurde, konnte durch die Verfahren selbst zum Risiko werden. Diese Doppelbödigkeit, nicht die Fragen von Umverteilung oder Höhe sozialer Leistungen, band die betroffenen Arbeitnehmer ein in die herrschaftsstabilisierende Funktion der Sozialversicherung. Disziplinierung erfolgte als soziale Praxis (A. Lüdtker 1991).

Stabilität durch Dynamik

Rechtlich gesehen kann man von einer Erhöhung der Rechtssicherheit in den Verfahren durch "De-Thematisierung" des Rechts im Anspruch der Sozialversicherung sprechen. In den Verfahren sind Aushandlungsprozesse möglich, die nicht durchweg belastet sind von der Frage, ob das Ergebnis, etwa die schließlich gezahlte Rente, richtig, also ausreichend oder sozial gerecht ist. In dieser Ausformung des subjektiven Rechts wirkt die Reziprozität von Pflichten und Rechten nicht mehr

Schaubild 1





als "immanentes Korrektiv der Rechtsausübung" (N. Luhmann 1981, S. 365). Das Rechtssubjekt kann seine Rechte jeweils konkret und rücksichtslos ausnutzen, und die zugrundeliegenden Normalitätsannahmen brauchten nicht mehr auf ewig gesetzt, sondern konnten mit den Erwartungen selbst als veränderlich und ausreichend bindend verstanden werden. Die ausreichende Bindung und die Konkretisierung der Normalitätsannahmen wurden Produkt der Verfahren. Die damit ermöglichte Ausbalancierung von Rechten und Pflichten konnte abstrakter erfolgen, mußte sich aber konkret bewähren. War der wirtschaftliche und gesellschaftspolitische Boden für eine solche konkrete Bewährung vorhanden?

Um die Jahrhundertwende wurden bei all den angesprochenen wirtschaftlichen oder technischen auch die sozialen Beziehungen dynamisiert: die gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse waren nicht mehr auf stabile und austarierte Interessen, bzw. auf dauerhafte unterstellte Normalität aufgebaut, sondern auf Vorstellungen von steigender Produktivität und wachsenden Res-

ourcen. Prosperität, gerade auch im internationalen Konkurrenzkampf, versprach eine konfliktfreie gesellschaftliche Integration und wurde von Sozialreformern wie von "Großdeutschen" oder Großindustriellen gleichermaßen gleich wenig hinterfragt. Einher ging damit allerdings auch das Eingeständnis der Veränderbarkeit sozialer Beziehungen, der rechtlich gesicherten Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen wie der notwendigen Aushandlung von Interessen. Dies blieb in der äußeren Form des späten Kaiserreiches weitgehend verborgen.

Um die Jahrhundertwende konnte in der Tat das gesellschaftliche Verhältnis von Rechten und Pflichten strukturell dynamisiert werden. Bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts war angedacht, daß eine "möglichst vollkommene Ausbildung" der individuellen Kräfte und der gesellschaftlichen Möglichkeiten besser angegangen werden kann, wenn die Kräfte und ihre gesellschaftliche Einbettung einen steten Aufschwung nehmen. Dieses dynamische Moment, das in Verbindung steht mit der beherrschenden Industrialisie-

rung und deren scheinbar unaufhaltsamen Aufschwung zu mehr Kraft und Wohlstand, finden wir schließlich zum Ende des Jahrhunderts ausgeprägt. Und es war in der Lage, das Sozialversicherungssystem strukturell zu stabilisieren und zu flexibilisieren. Institutionelle Disziplinierung und Handlungschance der Betroffenen verloren ihre Gegensätzlichkeit.

Die bisherigen Befunde der Projektarbeit zeigen denn auch eine erstaunliche Intensität, mit der in den Unfall- und dann auch Invaliditätsverfahren über "normale" Belastungen (Gesundheitsschäden, Verschleiß), Anforderungen (Arbeitstätigkeiten, Dauer des Erwerbslebens) oder Bedarfe (Minderung der Erwerbsfähigkeit, zumutbare Tätigkeiten) usw. diskutiert wurde. Solche Diskussionen gingen systematisch von den artikulierten Ansprüchen der Betroffenen aus - und hätten die betroffenen Arbeitnehmer nebst gewerkschaftlichen und ähnlichen Interessenvertretungen (Arbeitersekretäre) nicht diese Handlungsdimension entwickelt, dann hätte das Sozialversicherungssystem nicht diese stabilisierende Wirkung "oberhalb der Armenpflege" entfalten können.

In seinen Überlegungen zur gewerblichen Arbeiterfrage hatte Werner Sombart die Frage aufgeworfen, wie Gesellschaft möglich ist, "wenn der Kapitalismus das herrschende Wirtschaftssystem ist". Mit Sicherheit, so kann doppelsinnig geantwortet werden, nur mit der sozialpolitischen Leistung der betroffenen Arbeitnehmer. In diesem Sinne machen sich die regelmäßig hörbaren Angriffe auf das deutsche Sozialversicherungssystem als fatale und auch widersinnige Wendung gegen ein entwicklungsfähiges sozialpolitisches Steuerungsinstrument aus.

Literatur

- Becker, J.: Der erschöpfte Sozialstaat. Neue Wege zur sozialen Gerechtigkeit. Frankfurt/M. 1994
- Bernhard, L.: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik. Berlin 1912
- Hentschel, V.: Geschichte der deutschen Sozialpolitik (1880-1980). Soziale Sicherung und kollektives Arbeitsrecht. Frankfurt/M. 1983
- Liek, E.: Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung. München 1927
- Lüdtke, A. (Hrsg.): Herrschaft als soziale Praxis. Historische und sozialanthropologische Studien. Göttingen 1991
- Luhmann, N.: Ausdifferenzierung des Rechts. Beiträge zur Rechtssoziologie und Rechtstheorie. Frankfurt/M. 1981
- Milles, D.: Angemessene Konstruktion biographischer Risiken: Rentenbegehren in der Geschichte der Berufskrankheiten. In: ders. (Hrsg.): Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherungen in der Geschichte. Bremerhaven 1993, S. 219-249
- Pankoke, E.: Die Arbeitsfrage. Arbeitsmoral, Beschäftigungskrisen und Wohlfahrtspolitik im Industriezeitalter. Frankfurt/M. 1990
- Reichardt, M.: Einführung in die Unfall- und Invaliditäts-Begutachtung. 3. Aufl., Jena 1942
- Sachße, Ch.; Tennstedt, F. (Hrsg.): Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik. Frankfurt/M. 1986
- Tennstedt, F.: Berufsunfähigkeit im Sozialrecht. Ein soziologischer Beitrag zur Entwicklung der Berufsunfähigkeitsrenten in Deutschland. Frankfurt/M. 1972
- Tennstedt, F.: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914. Köln 1983

Gerd Marstedt / Ulrich Mergner

Risiko-Management und soziale Bedarfsdeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Entstehung eines neuen "institutionellen Paternalismus"?¹

I. Veränderte Risikowahrnehmung und Handlungsstrategien in der GKV?

"Inwieweit tragen Institutionen des Arbeitsmarkts und der Sozialpolitik zur Verringerung oder zur Verstärkung von Risiken im Lebenslauf bei? Bleiben sie bei ihren "Normalitätsunterstellungen" über den Lebenslauf oder stellen sie sich auf neue Lebensweisen in Arbeit und Partnerschaft um?" (HEINZ 1993, S. 12) - dieses "Leitthema" der Forschungsprojekte im Sfb 186 stellt die Frage nach dem Verhältnis von Tendenzen der Beharrung und des

Wandels in der Gestaltung der Regulationsmuster wohlfahrtsstaatlicher Institutionen auf dem Hintergrund grundlegender und langfristiger gesellschaftlicher Veränderungen, wie sie mit den Begriffen "Modernisierung" und "Individualisierung" zu fassen versucht worden sind. Gleichzeitig ist diese Frage derzeit auf der Tagesordnung aktueller sozialpolitischer Debatten - über Einsparungsnotwendigkeiten der öffentlichen Hände angesichts leerer Kassen und die Problematik der Finanzierung wachsender Sozialversicherungsausgaben über zunehmend steigende Beiträge. Die heftigen Diskussionen über die "Verschlankung" des Öffentlichen Dienstes und über die Privatisierung von Teilbereichen desselben, über zukünftige Strukturveränderungen in der Ge-

setzlichen Krankenversicherung, über eine zeitliche Begrenzung der Arbeitslosenhilfe, über die Einführung einer durch private Zusatzleistungen zu ergänzenden staatlichen Grundsicherung oder über die erst unlängst vom Arbeitgeberverband präsentierten Vorschläge zum Umbau des Sozialstaats (BDA 1994) zeigen, daß in der Frage sozialer Bedarfsdeckung durch staatliche und para-staatliche Institutionen² einiges in Bewegung geraten ist.

¹ Ein Bericht aus dem Teilprojekt C1 "Prävention, Rehabilitation und Kassenpolitik - Institutionelle Regulierung im Wandel?"; Team: Prof. Dr. Rainer Müller, Dr. Ulrich Mergner, Dr. Gerd Marstedt

² Neben "Markt" und "Staat" werden in Beantwortung der Frage nach den Institutionen und/oder Prinzipien, die gesellschaftliche Bedarfsdeckung steuern, neuerdings häufiger (wieder) "Gemeinschaft(en)" in die Diskussion gebracht (im Sinne von durch Herkommen und gemeinsame Werte zusammengehaltenen, primären gesellschaftlichen Gruppen), auf der anderen Seite aber auch Organisationen des "Dritten Sektors" zwi-

Auch die Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung sind von dieser Diskussion nicht ausgenommen; Stichworte wie Einführung von Regel- und Wahlleistungen, Ausweitung der Regelungen zur individuellen "Zuzahlung", Leistungsausgrenzungen bzw. "Rationierung" mögen hier genügen. Aber auch diesseits solcher grundsätzlichen Debatten sehen sich die Organisationen der GKV seit geraumer Zeit veränderten Anforderungen und Risikokonstellationen gegenüber, und dies nicht erst seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) im Jahre 1993, das Wettbewerbsparameter radikal veränderte (Risikostrukturausgleich, Kassen-Wahlfreiheit auch für gewerbliche Arbeitnehmer) und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch "Deckelung" zu bremsen versuchte. Dabei ist allerdings insbesondere die sog. "Explosion" der Leistungsausgaben eher ein abgeleitetes Phänomen: Sie hat nicht nur etwas mit der starken Stellung der "Leistungsanbieter" zu tun, sondern ist auch Resultat einer historisch veränderten Risiko-Konstellation im Bereich "Gesundheit", die seit geraumer Zeit auf der Hand liegt: "Vergrauung" der Bevölkerung, Bedeutungsgewinn chronisch-degenerativer Erkrankungen, nach wie vor hoher Anteil von Frührentnern, Schwerbehinderten und Schwerpflegebedürftigen, geringe Effizienz medizinischer Therapie bei chronischen Erkrankungen, aber auch verminderte berufliche und betriebliche Einsatzmöglichkeiten

schen Markt und Staat (also Genossenschaften, Stiftungen öffentliche und gemeinnützige Unternehmen, Wohlfahrtsverbände und sonstige gemeinnützige Vereine und Verbände; vergl. dazu etwa SEIBEL 1994, S. 15). Da das Problem der Überschneidung und definitorischen Abgrenzung hierbei bislang nur ungenau geklärt ist, sprechen wir von "para-staatlichen Institutionen", mit denen wir vor allem die Körperschaften öffentlichen Rechtes im System der sozialen Sicherungen meinen.

solch behinderter oder beeinträchtigter Arbeitnehmer auf Schon-Arbeitsplätzen.

Damit stellen sich Fragen: Nehmen Akteure in den Organisationen der GKV diese Anforderungen und Probleme wahr? Wie? Welche - überkommenen? reformierten? - Handlungsstrategien und Entscheidungssequenzen liegen dem alltäglichen Kassenhandeln zugrunde? Sie wurden im Sfb-Projekt C1 "Normative Annahmen institutioneller Akteure bei der Regulierung prekärer gesundheitlicher Lebenslagen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation" empirisch aufgegriffen und durch Kurzrecherchen in insgesamt 20 Kassen aus drei Kassenarten (Orts-, Betriebskrankenkassen, Angestelltenersatzkassen), vor allem aber durch umfangreiche Fallstudien bei 6 Kassen dieses Samples zu beantworten versucht.³ Dabei stand zwar aufgrund ihres exemplarischen Charakters⁴ die Thematik "medizinische Rehabilitation"⁵ im Vordergrund der Erhebungen, doch wurden ergänzend systematische Recherchen auch zu den Problembereichen Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld, individuelle und betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention, Kooperation und Verhältnis zum MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) durchgeführt.⁶

³ Diese Erhebungen fanden in den Jahren 1991/92 statt, also vor Erlass des GSG.

⁴ Kuren sind eine "Kann-Leistung", die individuell bei der Kasse zu beantragen ist. Es handelt sich daher um mehr als (die ansonsten übliche) finanzielle Abwicklung extern erbrachter Leistungen (Arzt, Krankenhaus); es bestehen relativ umfassende Möglichkeiten zu einer kasseninternen Ausgestaltung von Maßnahmen/Kuren, Kontrollen, Beratungs- und Informationsleistungen usw.

⁵ Nota bene: Krankenkassen sind nur für Reha-Maßnahmen bei Mitversicherten und Rentnern zuständig; bei Erwerbstätigen dagegen ist dies die Rentenversicherung.

⁶ Neben der Aufarbeitung einschlägiger Publikationen, Gesetzes- und Verordnungstexte, Spitzen-Vereinbarungen der verschiedenen Versicherungsträger usw. sind wir den skizzier-

II. Empirische Befunde: Kassenspezifische Verständnisweisen und Handlungsmuster

Unser zentrales empirisches Ergebnis ist: Obwohl gesetzliche Regelungen und Kompetenzanspruch der ärztlichen Profession den Organisationen der GKV aus ihrer Sicht nur minimale Ermessensspielräume lassen, unterscheiden sich Verständnisweisen und Handlungskonzepte zwischen einzelnen Kassen nicht nur erheblich, sie fügen sich auch zu unterschiedlichen kassentypischen Mustern (vgl. ausführlicher: MARSTEDT/MERGNER 1993, MARSTEDT/MERGNER/MÜLLER 1993). Dabei werden nicht nur unterschiedliche "Rehabilitationskonzepte" sichtbar, die sich aus allgemeinen Sichtweisen (wie "Beurteilung des Instruments Rehabilitation", "Einschätzung des Reha-Bedarfs", "Konkretion der Mitwirkungspflicht der Versicherten") und HandlungsROUTINEN (wie "Reha-Intensität", "Art der Nutzung des MDK", "Kontrollmaßnahmen bei Arbeitsunfähigkeit/Krankstand") erschließen lassen. Vielmehr werden - durch interpretative Auswertung von Indikatorenbereichen wie "Wahrnehmung der Handlungsbedingungen der Kasse", Organisationsverständnis, "Aufgabenverständnis", "Sichtweise der Versicherten" oder "Handlungsorientierungen" - auch typische Strukturen allgemeiner kassenspezifischer Verständnis- und Aktionsweisen deutlich, denen sich die Rehabilitationskonzepte schlüssig einfügen.

Differenzen zwischen "Notgemeinschaften", "Wertgemeinschaften" und "Zweckgemeinschaften" - wie

ten Fragestellungen vor allem durch intensive Fallstudien nachgegangen. Zentrales methodisches Instrument waren qualitative Interviews mit Kassenmitarbeitern auf verschiedenen Hierarchiestufen, von der Sachbearbeiterin bis zum Geschäftsführer.

Typologisches Schema: Kassenspezifische Verständnisweisen und Handlungsmuster			
	Notgemeinschaften	Wertgemeinschaften	Zweckgemeinschaften
Wahrnehmung der Handlungsbedingungen der Kasse			
<i>Stellung im Wettbewerb</i>	Bedrohung durch ungünstige Rahmenbedingungen	Nischenexistenz auf dem Markt, Versichertennähe	Etablierte Position auf oligopolistischem Markt
<i>Erkannte Handlungsspielräume</i>	Objektiv begrenzte Handlungsmöglichkeiten	Kritische Akzeptanz des rechtlichen Rahmens, Selbstbegrenzung	Wettbewerb bestimmt Handlungserfordernisse
<i>Perspektiven und Modernisierungskonzepte</i>	Gesundheitspolitische Defensive, forcierte marketing-Strategien zum Erhalt des Mitgliederbestands	Vorsichtige Nutzung gesundheitspolitischer Handlungsspielräume	Grenzüberschreitungen und gesundheitspolitische Innovationen im Organisationsinteresse
Wahrnehmung der Versicherten			
<i>Herkunft / sozialer Status</i>	Unterschichtmilieu und -kultur	Milieu einer wertkonservativen Mittelschicht	Selbstbewußt-leistungsorientierte Mittelschicht
<i>allg. Sichtweise d. Versicherten</i>	Nur begrenzt mündige und selbständige Mitglieder	Verantwortungsbewußte Gemeinschaftsangehörige	Kalkulierende Individuen mit demokrat. Ansprüchen
<i>Mißbrauch von Anspruchsregelungen</i>	Relativ deutliche Mißbrauchsunterstellung	materiell begründetes Verlassen der gemeinsamen Wertebasis durch Einzelne	Mißbrauch als ubiquitär mögliche Randerscheinung
Rehabilitations-Konzepte			
<i>Reha-Konzept</i>	modernistisch-kontrollierend	pragmatisch-normbedacht	kundenzentriert-liberal
<i>Handlungs-Maxime</i>	Mißbrauch-Kontrolle, Gesundheitserziehung	Kosten-Nutzen-Legalitäts-Abwägungen	Vorrang von Versicherten-Interessen
<i>Reform-Option</i>	mehr individuell-präventive Verantwortung	moderate, praxisbezogene Veränderungen	Modernisierung von Maßnahmen
Handlungsroutinen (Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit, MDK)			
<i>Reha-Intensität</i>	niedrig (Kurausgaben: 0.5 - 1.6 %)	mittel (Kurausgaben: 1.8 - 1.9 %)	hoch (Kurausgaben: über 2 %)
<i>"Mitwirkungspflicht"</i>	öfter auch eigenständige Erteilung von Auflagen	in Extremfällen auch eigene Auflagen	nur Akzeptanz externer Auflagen
<i>Reha-Bewilligung</i>	alle oder fast alle Anträge (auch ambulant) nur nach MDK-Begutachtung	ambulant durch Kasse, MDK nur bei station. Maßnahmen und 3-Jahres-Frist	ambulant, z.T. auch stationär (bei medizinisch evidenter Indikation) durch Kasse
<i>Kontrolle Arb.unfähigkeit</i>	systematisch, mit EDV-Unterstützung (screenings)	systematisch durch Sachbearbeiter	systematisch durch Sachbearbeiter
<i>Vorgehen bei Krankengeld-Bezug</i>	i.d.R. automatische MDK-Vorladung nach Diagnose-Prüfung und/oder Arztanfrage	individuelle und fallbezogene Maßnahmen, Beratung und Kontrolle durch Hausbesuche	individuelle und fallbezogene Maßnahmen, i.d.R. erst nach längerem Krankengeldbezug
<i>Finanzierung von Kuren für Erwerbstätige</i>	keine, Verweis auf gesetzliches "Verbot" und Leistungspflicht der Rentenversicherung (RV)	gelegentlich: bei langwierigem RV-Verfahren, Möglichkeiten der Einsparung von Krankengeld	häufiger: bei RV-Wartezeiten, Antizipation restriktiver RV-Handhabung, bei psych. Erkrankungen

wir die verschiedenen "Kassen-Typen" benannt haben (vgl. dazu das Schema) - sind dabei nicht allein erklärbar aus ökonomischen Rahmenbedingungen, Mitglieder- und Risikostrukturen. Sie sind vielmehr vor allem geprägt durch - eher gewachsene als strategisch entwickelte - **Organisationskulturen**. Diese zeigen sich einerseits in je spezifischen, teils eher unterschwellig wirksamen Sichtweisen, Normen und Wertorientierungen der Entscheidungsträger

und Akteure, sind aber andererseits ebenso auffindbar in den Organisationsstrukturen, konkreten Mustern der Entscheidungsfindung und des Umgangs mit Versicherten oder auch in den Kooperationsformen mit anderen Institutionen und Verbänden.

Eine ausführliche Darstellung unserer Typologie des Kassehandels und der korrespondierenden Rehabilitations-Konzepte ist hier nicht

möglich, doch sollen die Typen wenigstens in einigen Dimensionen kurz skizziert werden.

"Notgemeinschaften"

Objektive Basis dieses Typus ist eine besondere, sich in relativ hohen Beitragssätzen ausdrückende Risikostruktur, sowohl was Grundlohnsumme, als auch was Leistungsrisiken betrifft. 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 Organisationen sehen sich in der Defensive, in der es vor allem darum geht, das Schlimmste zu verhüten. Dringend erforderlich erscheint deshalb ein forciertes Marketing, um im Wettbewerb zu überleben. Das *Organisationsverständnis* hebt zum einen vor allem ab auf die Heterogenität des Versichertenkreises unter sozialstrukturellen Aspekten und auf den - wegen vieler Pflichtmitgliedschaften - fehlenden positiven Bezug der Versicherten auf gemeinsame Ziele und Werte. Die *Versicherten* 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 eines defizitären Gesundheitsverhaltens) unterstellt wird. Auch deutlichere Vermutungen über die Verbreitung von "Mißbrauch" gehören zu diesem Bild.

Das *allgemeine Rehabilitationskonzept* der Kasse läßt sich charakterisieren als modernistisch-kontrollierend. Modernistisch ist dieses Kon-

zept insoweit, als es die Begrenzungen von Rehabilitation (bei deren Einsatz "das Kind schon in den Brunnen gefallen" ist) angeht durch systematische Ansätze zur Einbeziehung von Maßnahmen individueller Gesundheitserziehung und Verhaltens-Prävention auch in den Rehabilitationsprozeß, oft durchsetzt mit autoritären Momenten von Gesundheitserziehung. Diese Tendenz fürsorglicher Bevormundung wird noch deutlicher am Kampf gegen mißbräuchliche Nutzung von Rehabilitations-Maßnahmen. Die *Regulationsmechanismen* sind geprägt durch Restriktivität der Leistungsgewährung, Kontrollambitionen und das Bestehen auf Mitwirkungspflichten. Indikatoren dafür sind: systematische Kontrolle individueller Risikofaktoren bei Reha-Anträgen, Begutachtung nahezu aller Anträge auf Vorsorge- wie Rehabilitationsmaßnahmen durch den MDK, häufiger Rekurs auf "Vorleistungen" von Rehabilitanden (z.B. Teilnahme an Gesundheitskursen), systematische Kontrolle von Arbeitsunfähigkeit, Vorladung zur MDK-Begutachtung beim Übergang in den Krankengeldbezug, Initiativfunktion für Rehabilitation von Erwerbstätigen auf der Basis des Einsatzes von EDV-gestützten Screening-Verfahren, grundsätzliche Ablehnung der Finanzierung von Kuren für erwerbstätige Versicherte.

"Wertegemeinschaften"

Materiale Rahmenbedingung dieses Typus ist eine Risikostruktur, die sich in günstiger Grundlohnsumme und relativ niedrigem Beitragssatz ausdrückt, im wesentlichen bedingt 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

Status Passages and the Life Course

Herausgeber Walter R. Heinz

Band IV: Lutz Leisering, Birgit Geissler, Ursula Rabe-Kleberg, Ulrich Mergner (Hrsg.)

Moderne Lebensläufe im Wandel

Beruf - Familie - Soziale Hilfen - Krankheit

Beiträge von Johann Behrens, Claudia Born, Anne Dreyer-Tummel, Birgit Geissler, Gerd Göckenjan, Peter Kupka, Lutz Leisering, Volker Mariak, Gerd Marstedt, Ulrich Mergner, Dietrich Milles, Rainer Müller, Ulrike Nagel, Mechthild Oechsle, Ilona Ostner, Ursula Rabe-Kleberg, Lydia Seus, Andreas Witzel.

Mit einer Einleitung von Walter R. Heinz.

1993, 275 S. DM 44,-/öS 343,-/SFr 44,-/£ 18,-/ 28,- (3 89271 425 8)

Band V: Claudia Born/Helga Krüger

Erwerbsverläufe von Ehepartnern und die Modernisierung weiblicher Lebensführung

Beiträge von Claudia Born, Gudrun Braemer und Mechthild Oechsle, Bettina Dausien, Claudia Gather, Karin Jurczyk und Maria S. Rerrich, Helga Krüger, Notburga Ott, Ursula Streckeisen, Susan Yeandle

1993, 228 S. DM 38,-/SFr 39,20/£ 13,50/\$ 23,- (3 89271 460 6)

Deutscher Studien Verlag, D-69441 Weinheim

Kasse gefördert durch Kontinuität und Berechenbarkeit der Leistungs politik und durch behutsame Imagepflege.

In der *Wahrnehmung der Handlungsbedingungen* stehen einerseits "Versichertennähe", andererseits Sicherheit und Prosperitätschancen einer relativ komfortablen Nischenexistenz auf dem Markt im Vordergrund. Begrenzungen von Handlungsmöglichkeiten werden - außer im rechtlichen Rahmen - vor allem gesehen in selbstgesetzten Handlungsmaximen und gleichlaufenden Erwartungen der Mitgliedschaft auf Solidität und Bewahrung des Erreichten. Ergo werden gesundheitswie organisationspolitische Handlungsspielräume durchaus betont, ihre Nutzung allerdings de facto begrenzt durch eher vorsichtige, nicht-

expansive Marktstrategien und sehr bedächtige Innovationen. Die *Sichtweise der Versicherten* stellt auf deren intentionale Einordnung in die Werte- und Zielgemeinschaft der Kasse ab, ohne daß dies unvereinbar wäre mit der Akzeptierung von Autonomie und Selbstbewußtsein der - implizit einer wertkonservativen Mittelschicht zugeordneten - Mitglieder. Mißbrauch wird vor allem im Verlassen der gemeinsamen Wertgrundlage durch einzelne gesehen, wobei vor allem eine zunehmende Dominanz materieller Orientierungen bei Bessergestellten kritisiert wird.

Das *Rehabilitations-Konzept* dieses Typus ist pragmatisch-normbedacht. In Kosten-Nutzen-Kalküle fließen ökonomische Aspekte ebenso ein wie

Status Passages and The Life Course

Herausgeber Walter R. Heinz

Im Frühjahr 1995 erhältlich:

Bd. VI: Udo Kelle: Empirisch begründete Theoriebildung - Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung
396 S. DM 58,-

Qualitative Forscher nähern sich ihrem Untersuchungsgegenstand in der Regel nicht mit präzise operationalisierten Hypothesen, sondern mit oftmals vagen Ausgangsfragestellungen, die erst in Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand zu theoretischen Konzepten ausformuliert werden. In der qualitativen Sozialforschung sind etliche Konzepte entwickelt worden, wie sich ein solches Vorgehen "empirisch begründeter Theoriebildung" methodisieren läßt.

Die wissenschaftstheoretische Begründbarkeit und methodologische Zulässigkeit solcher Verfahren aber sind seit langem umstritten. In der Diskussion erweist es sich dabei als ein besonderes Hindernis, daß von qualitativen Methodologen Berührungspunkte zu Debatten der modernen analytischen Wissenschaftsphilosophie oft eher vermieden als gesucht werden.

Diese Lücke soll im ersten Teil des Buches geschlossen werden, indem Konzepte und Entwicklungen der analytischen Wissenschaftstheorie für qualitative Methoden fruchtbar gemacht werden. Hierzu wird auf aktuelle Diskussionen über die Genese wissenschaftlichen Wissens im Anschluß an *Lakatos* und *Lauden* und über die Bedeutung *hypothetischen* bzw. *abduktiven Schließens* im Anschluß an *Peirce* und *Hanson* Bezug genommen und neueste Arbeiten über die Rationalisierbarkeit des Entdeckungszusammenhangs herangezogen.

In seinem Fazit argumentiert Kelle dafür, daß eine wissenschaftstheoretische Grundlegung qualitativer Sozialforschung jenseits naiv induktivistischer und empiristischer Konzepte möglich ist.

Mit dieser Studie wird eine forschungslogische Grundlage für die qualitative Lebenslauforschung angeboten, die viele Anregungen zur methodisch transparenten Theoriebildung bereithält.

Deutscher Studien Verlag, D-69441 Weinheim

gesundheitspolitische Effekte, Versicherten- und Kassen-Interessen. Bestimmendes Handlungskriterium ist es, das gesundheitspolitisch "Sinnvolle" mit dem ökonomisch "Machbaren" in Einklang zu bringen. Die Regulationsmechanismen sind überwiegend permissiv, werden biswei-

len jedoch ergänzt durch einzelfallbezogene Auflagen und Kontrollen. MDK-Empfehlungen zu gesundheitsbezogenen "Vorleistungen" vor Antragsbewilligung oder zur Teilnahme an Gesundheitskursen werden akzeptiert, jedoch wird nicht systematisch bei den Antragstellern

"nachgehakt". Man will nicht Vorreiter von Gesundheitserziehung sein, auch wenn in Extremfällen individuelle Mitwirkung eingeklagt wird. Die Bewilligung beantragter Maßnahmen erfolgt bei ambulanten Kuren in der Regel in autonomer Entscheidung, nur stationäre Kuren werden zur Begutachtung zum MDK gegeben. Die Kontrolle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens erfolgt noch allein durch Sachbearbeiter, in einem bestimmtem Zeitrhythmus oder nach Suchroutinen. Je nach Sachlage werden beim Eintritt in den Krankengeldbezug fallbezogene Maßnahmen 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 Rentenversicherung sich absehbar langwierig gestaltet und so die Möglichkeit besteht, die Dauer des Krankengeldbezugs durch die Übernahme der Rehabilitation abzukürzen.

"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 Größe des Organisationsbereichs der Kasse mit deutlicher Zentralisierung, klaren Zuständigkeitsabgrenzungen, Verregelungstendenzen und fortentwickelten Rationalisierungskonzepten antwortet.

In der *Wahrnehmung der Handlungsbedingungen* wird zunächst die etablierte, wenngleich immer neue Anstrengungen im Wettbewerb erfordernde Position auf einem oligopolistisch strukturierten Markt akzentuiert. Der freiwillige Beitritt der Mitglieder wird als Ergebnis einer

vorwiegend ökonomisch motivierten, jederzeit revidierbaren Wahlhandlung definiert, die deshalb durch Verbesserung der Dienstleistungen immer neu bestätigt werden muß. Der Charakter der Leistung wird vor allem bestimmt als "Kundenservice" bzw. "Dienstleistung". Die gesundheitspolitische Leitlinie ist durch Vorstellungen von inhaltlicher Modernisierung (im Sinne einer größeren "Versichertennähe" durch verstärkte Beratungs- und Informations-Angebote, reformierte Rehabilitations-Formen oder Gesundheitsförderungs-Kurse) und ökonomischem Erfolg zugleich bestimmt. Die stark individualistische *Sichtweise der Versicherten* hebt auf zwei Kriterien ab: die Interessenwahrnehmung der auf die Relation von Beitrag und Leistungen achtenden Individuen auf der einen, die Autonomie und Selbstbestimmung der 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.

Das *Rehabilitations-Konzept* in diesem Kassentyp ist kundenzentriert-liberal. Man ist auf der Suche nach neuen Maßnahmen und gesundheitspolitischen Strategien, die insbesondere einem Kriterium genügen müssen: der Kundennähe bzw. der Kompatibilität mit Interessen und Verhaltensgewohnheiten von Versicherten - und damit auch der "Wettbewerbstauglichkeit". Die *Regulationsmechanismen* der Kasse sind daher sehr "kulant". Kontrolle, Anmahnung von Mitwirkungspflichten, restriktive Leistungsgewährung werden als problematisch, weil die Versicherten möglicherweise verärgert, angesehen. Zwar werden bei vielen Versicherten durchaus gesundheitsriskante Verhaltensgewohnheiten wahrgenommen, diese

werden aber akzeptiert als Folge autonomer Bedürfnisse und Interessen mündiger Bürger, die eine Einmischung entschieden ablehnen würden. Die als bürokratisch eingeschätzte Praxis des MDK legitimiert auch Fälle abweichender eigener Entscheidungen. Anlässe für eine Inanspruchnahme des MDK sind sehr eingeschränkt: Nicht nur ambulante Kuren, sondern in Einzelfällen mit "medizinischer Evidenz" werden auch stationäre Kuren autonom bewilligt. 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". MDK-Begutachtungen von Krankenschreibungen sind selten und erfolgen, wenn überhaupt, so erst nach *sehr langem* Krankengeldbezug. Auch in der Finanzierung von Kuren für Erwerbstätige überwiegt das "Kundeninteresse" gegenüber einer buchstabengetreuen Gesetzesauslegung: In Eilfällen, bei absehbar längeren Bearbeitungszeiten durch die Rentenversicherung und psychosomatischen Erkrankungen übernimmt die Kasse die Rehabilitations-Kosten.

III. Soziale Differenzierung der Regulationsmuster

Die vorstehende Skizze differierender Wahrnehmungs- und Handlungsmuster in unterschiedlichen Kassentypen sollte zweierlei deutlich machen: *Erstens*: Vor dem Hintergrund der eingangs angerissenen Problemverschärfungen im Bereich Gesundheit und medizinische Versorgung finden sich auch in den Kassen Ansätze zur Veränderung der Regulationsmechanismen und Handlungsstrategien - insbesondere im Zielbereich der Vermeidung von Risiken und Extremfolgen chronischer Erkrankung. Neben einer

- Verstärkung restriktiver und kontrollierender Tendenzen (Überprüfung formaler Anspruchsvoraussetzungen und medizinischer Indikation von Kuren, Eindämmung von "Mißbrauch") findet sich auch eine
- Ausweitung von Maßnahmen zur Verhaltensprävention und Gesundheitsförderung, die verbunden ist mit dem Aufbau eigenständiger Beratungs-, Informations- und Betreuungs-Angebote. Gleichzeitig ist jedoch zu beobachten die
- Zunahme der "Bedingung" von Leistungen im Rahmen der "Mitwirkungspflicht" der Versicherten nach § 1 SGB V.
- Der Vollständigkeit halber seien schließlich - von Gesetzgeber und gesellschaftlichen Interessengruppen ausgehende - Tendenzen zur Reprivatisierung bislang von der Solidargemeinschaft getragener Risiken erwähnt.

Zweitens: Diese Veränderungen laufen offensichtlich ungleichzeitig ab, finden sich, wie unsere Typologie belegen sollte, derzeit in verschiedenen Organisationen der GKV in unterschiedlichem Maße: gehäuft in "Notgemeinschaften", vereinzelt in "Wertegemeinschaften" und so gut wie gar nicht in "Zweckgemeinschaften". Unsere Typisierung ist zwar nicht deckungsgleich mit Kassenarten, auch wenn begrenzte Überschneidungen bestehen. Ein relativ systematischer und durchgängiger Zusammenhang findet sich jedoch mit Merkmalen wie Einkommen, Sozialstatus und Bildungsniveau der jeweiligen Versicherten. Kontrolliert und interveniert wird nach unseren Befunden bei Angehörigen der unteren Sozialschichten, fast unkontrolliert bewilligt werden Ansprüche der besser verdienenden und mit entwickelteren Sozialfertigkeiten ausgestatteten

Neuere Arbeitspapiere des Sfb 186

- Nr. 22 Kock, Birgit; Witzel, Andreas (1993): Berufsbiographische Gestaltungsprinzipien. Theoretische und methodische Grundlagen.
- Nr. 23 Bogun, Roland (1993): Handlungsbedingungen und Handlungswissen beim Berufseinstieg. Eine berufsbiographische Kontextanalyse (am Beispiel junger Bankkaufleute).
- Nr. 24 Kelle, Udo; Kluge Susann, Prein, Gerald (1993): Strategien der Geltungssicherung in der qualitativen Sozialforschung. Zur Validierungsproblematik im interpretativen Paradigma.
- Nr. 25 Leisering, Lutz (1993): Zwischen Verdrängung und Dramatisierung. Zur Wissenssoziologie der Armut in der bundesrepublikanischen Gesellschaft. (Vergriffen; jedoch erschienen in: Soziale Welt 44 (1993), S. 486-511)
- Nr. 26 Mayerhofer, Sybille; Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (1994): Sozialhilfe im Kontext. Ein Vergleich von Haushalts- und Individualdaten anhand der "Bremer Längsschnitt-Stichprobe von Sozialhilfekonten - LSA - (Antragskohorte 1983)"
- Nr. 27 Sackmann, Reinhold; Wingers, Matthias (1994): Berufsverläufe ostdeutscher Hochschulabsolventen. Teil I
- Nr. 28 Sackmann, Reinhold; Wingers, Matthias (1994): Berufsverläufe ostdeutscher Hochschulabsolventen. Teil II
- Nr. 29 Braemer, Gudrun (1994): Wandel im Selbstbild des Familienernähers? Reflexionen über vierzig Jahre Ehe-, Erwerbs- und Familienleben

Die Arbeitspapiere können gegen eine Schutzgebühr von DM 5,- pro Exemplar beim Sfb 186 angefordert werden.

Versicherten, vor allem der freiwillig Versicherten.

Die Regulationsmechanismen innerhalb der GKV verstärken so Strukturen sozialer Ungleichheit im Bereich der Gesundheit, wie sie in vielfältigen Forschungsberichten zur sozialen Differenzierung von Erkrankungs- und Schädigungsrisiken, Morbidität und Mortalität, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme des Medizinsystems festgestellt worden sind. (vgl etwa: MIELCK 1993, HUSTER 1990). Pointiert formuliert: Rehabilitationskonzepte (und auch allgemeiner: Leistungs-

konzepte) der Kassen sind dort autoritär-kontrollierend, wo Information und Anregung am meisten vermisst werden, und sie sind dort permissiv-kulant, wo - nach eigener Aussage der Kassen-Akteure - eine medizin-konsumtive Anspruchsinflation zu beobachten ist. Soziale Bedarfsdeckung im Rahmen der Institution GKV folgt damit weniger einer risiko-orientierten Logik der Überbrückung oder Vermeidung negativer Statuskarrieren, sondern gehorcht eher der jeweiligen sozialen Kompetenz von Versicherten zur Durchsetzung von - vermeintlichen und tatsächlichen - Ansprüchen.

IV. Institutioneller Paternalismus und soziale Ungleichheit: Ein grundlegender Wandel wohlfahrtsstaatlicher Regulationskonzepte?

Wenn wir - wie oben - von "Ungleichzeitigkeit" der Durchsetzung der beschriebenen Veränderungen sprechen, so ist damit ein Trend unterstellt. In der Tat gehen wir davon aus, daß sich derzeit in der GKV neben restriktiven Tendenzen (Leistungskürzungen, Reprivatisierung von Risikofolgenbewältigung) auch eine qualitative Erweiterung des Leistungsspektrums (Ergänzung kompensatorischer materieller und kurativer medizinischer Leistungen um Prävention und Gesundheitsförderung, Übergang von reaktiver Krankheitsverwaltung zu prospektiver "Gesundheitsgestaltung"), und vor allem ein Formwandel der Leistungsadministration beobachten läßt: Dabei werden nicht nur die bekannten Mittel restriktiv-kontrollierender Prüfung von Leistungsvoraussetzungen wiederbelebt, sondern sie werden ergänzt um die Bindung von Leistungsgewährung an individuelle Mitwirkung. Das Leitbild der - auch aktiven, auf die Identifikation von nicht reklamiertem Bedarf zielenden - Befriedigung fraglos anerkannter Ansprüche, der versichertenfreundlichen Gestaltung des Verwaltungsgeschehens, des Ausgleichs sozialer Benachteiligungen auch durch Informations- und Beratungsleistungen, wird tendenziell ersetzt durch eine fürsorgliche Kontrolle, in der präventive Intentionen durchaus aufgehoben sind, aber nicht auf der Basis von Aufklärung und Partizipation, sondern von expertokratischem Handeln "im wohlverstandenen Interesse" der Einzelnen und des Gemeinwohls realisiert werden sollen. Das heißt, dieser Leitbildwandel ist nicht nur ein Reflex auf Einsparzwänge, sondern auch Ergebnis der

Durchsetzung von Sichtweisen professioneller Experten.

Mit dem Begriff des "neuen institutionellen Paternalismus" versuchen wir diese Tendenz zu fassen. Weitet man nun den Blick aus auf Bereiche sozialer Bedarfsdeckung durch staatliche und para-staatliche Institutionen außerhalb der GKV, so scheint es, als sei sie in zunehmendem Maße auch in anderen Feldern (Rentenversicherung, Arbeitsamt, Sozialämter, Gesundheitserziehung usw.) zu beobachten. Dieser Wandlungsprozeß hat unseres Wissens bislang recht wenig Aufmerksamkeit gefunden.

Das Bild, das üblicherweise von Gehalt und Gestalt wohlfahrtsstaatlichen Risikomanagements gezeichnet wird, erscheint als recht eindimensional, ja sogar als weitgehend statisch. HABERMAS (1985, S. 147) sieht die Regulationsmechanismen der besagten Institutionen angesichts von Risikolagen im Lebensverlauf der Individuen im wesentlichen als materiell entschädigend oder ausgleichend, als "kompensatorische Leistungen, die die Grundrisiken der Lohnarbeit (Unfall, Krankheit, Verlust des Arbeitsplatzes, unversorgtes Alter) auffangen sollen. (...) Für Belastungen, die mit einem gepolsterten Status abhängiger Erwerbsarbeit immer noch verknüpft sind, wird der Bürger in seiner Rolle als Klient wohlfahrtsstaatlicher Bürokratien mit Rechtsansprüchen und in seiner Rolle als Konsument mit Massengütern entschädigt." Der Kern des Risiko-Managements der Renten- und Krankenversicherung, der Berufsgenossenschaften, Arbeits- und Sozialämter ist die Distribution monetärer Leistungen (Kranken- und Arbeitslosengeld, Renten, Finanzierung von Heilmitteln oder medizinischen Dienstleistungen usw.), wobei diese teils beitragsbezogen quantitativ differenziert, teils

egalitär ("Sachleistungsprinzip") gewährt werden. Veränderungsprozesse wurden bislang vor allem erkannt auf der Ebene quantitativer Reduktion und qualitativer Restriktion von Leistungen, etikettiert je nach politischem Standort als "Sozialabbau" oder "Eingrenzung von Mißbrauch". Wo über den "Umbau" des Sozialstaats diskutiert wird, ist meist von Leistungskürzungen, Rationalisierung der Verwaltung (lean administration), die aber auch verbesserte Kontrolle der Leistungsempfänger einschließt, und von Reprivatisierung materieller Vorsorge und Bedarfsdeckung unter dem Diktat fiskalischer Zwänge die Rede. Darüber hinausgehende qualitative Veränderungen bleiben dagegen meist aus dem Blick.

Und dennoch sind - so unsere Hypothese zur Interpretation der oben dargestellten empirischen Befunde - gemessen an den Kriterien "Art der Leistungen" und vor allem "Verfahrensweisen der Leistungsadministration" aktuell Veränderungstendenzen der ideellen Grundlagen und des sozialen Gehalts wohlfahrtsstaatlicher Regulierung erkennbar, die für die Leistungsempfänger nicht folgenlos bleiben. Diese Tendenzen können als Übergang von einer fraglosen Befriedigung quantitativer und aktiven Identifikation qualitativer Hilfeansprüche zur partiellen Reprivatisierung von Risikovermeidung und -bewältigung sowie zur Instrumentalisierung der Eigenverantwortung der Sozialleistungsempfänger gekennzeichnet werden. Auf der Makro-Ebene betrachtet, deuten sie möglicherweise einen - sicherlich durch die Veränderung politischer Großwetterlagen⁷ angestoßenen -

⁷ Mit diesem Begriff wollen wir andeuten, daß es um mehr geht, als um bloße neue Mehrheitsverhältnisse in der Legislative und entsprechenden Wechsel von Regierungen. Vielmehr geht es um die Durchsetzung neuer Paradigmata, neuer Grundlagen und

Übergang zu einer neuen Phase der gesellschaftlichen Bestimmung des konkreten Gehalts des Wohlfahrtsstaats an.

Diese Transition ist derzeit noch zögerlich und keimhaft, selbst wenn im Lauf der Jahre immer weitere Bereiche staatlichen und para-staatlichen Wohlfahrtshandelns affiziert wurden. Sie ist auch zunächst nicht mehr als fiskalisch begründete materielle Restriktion im bereits beschriebenen Sinne. Zunehmend zeigt sich jedoch auch dort, was wir bezüglich der GKV den "neuen institutionellen Paternalismus" genannt haben. Immer deutlicher wird der Bedeutungsgewinn von Strategien erkennbar, die die Gewährung materieller Leistungen und die Bereitstellung immaterieller Hilfen unter neue Bedingungen stellen, d.h. auch, ergänzen (bzw. ersetzen) durch Interventionen und Direktiven. Für die betroffenen Individuen wird der Leistungsbezug unmittelbar verknüpft mit Auflagen, die eine massive Änderung von Alltagsroutinen und Handlungsmustern verlangen.

Die Verpflichtung zur beruflichen Umschulung ist hier ebenso zu nennen wie die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen vor dem Bezug von Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrenten. Schon des öfteren vorgeschlagen wurde die Bindung von Sozialhilfe an die Übernahme sozial nützlicher "Gemeinschaftsarbeiten" durch Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger.⁸ Ebenso bislang noch Programmatik ist im Bereich der Gesetzlichen Krankenver-

Zielsetzungen von Politik, die nur auf dem Hintergrund veränderter Stimmungslagen in der Bevölkerung, veränderter politisch-kultureller Hegemonieverhältnisse und damit veränderter Realisierungschancen von gesellschaftlicher Macht möglich ist.

⁸ Dem fiskalischen Druck, der auf den Kommunen lastet und der neo-konservativen Rhetorik beugt sich in jüngster Zeit nun auch die Sozialdemokratie.

sicherung die Einführung von Bonus-Regelungen für regelmäßige Vorsorge-Untersuchungen und Arztbesuche oder von Malus-Regelungen für Raucher und Trinker, Drachenflieger und Skifahrer. Faktum ist jedoch bereits: Der Verzicht auf eine regelmäßige zahnärztliche Untersuchung bringt seit dem Gesundheitsreformgesetz eine Erhöhung der späteren Eigenbeteiligung für Zahnersatz mit sich. Und die in § 1 des SGB V deklarierte "Mitwirkungspflicht" der Versicherten bedeutet, daß etwa die Bewilligung von Rehabilitations-Maßnahmen in letzter Zeit immer öfter abhängig gemacht wird von ärztlich kontrollierten individuellen Vorleistungen: Gewichtsreduzierung etwa bei adipösen Versicherten, Teilnahme asthmatischer Versicherter an Raucher-Entwöhnungskursen, längere Abstinenzphasen für Alkoholiker und Drogenabhängige.

Damit sind beispielhaft Veränderungen benannt, die in ihrem sozialen Gehalt hinausgehen über den bloßen Appell an Mitwirkung und Eigenverantwortung. Indem die beantragten Leistungen nur unter Bedingungen gewährt werden, werden potentielle Leistungsempfänger tendenziell nicht nur instrumentalisiert für die Bewältigung der allgegenwärtigen finanziellen Probleme im System der Sozialen Sicherung. Sie werden auch in neuer Weise formiert, wenn "compliance" - also Folgebereitschaft, Verfügbarkeit, Befolgungsverhalten - zur Voraussetzung wohlfahrtsstaatlicher Bedarfsdeckung wird.

Wenn diese Überlegungen zutreffen, so wandelt sich das Verständnis von staatlicher und para-staatlicher Regulierung sozialer Probleme grundlegend. Es geht nicht mehr nur um die Bekämpfung der "Anspruchsmentalität" durch die Reprivatisierung von Sicherungsleistungen, es

geht um veränderte Definitionen von Bedürftigkeit und Anspruchsberechtigung. Über die legitime Stimulierung von Eigenverantwortung hinaus bedeutet die Bindung von Leistungen an soziale Eigenleistung nicht nur die weitergehende Öffnung des Privatbereichs für regulierende Eingriffe, sie hat auch symbolische Bedeutung: Wird mit der Akzeptierung des Prinzips von den Betroffenen doch auch ein Eingeständnis der Mitschuld an der Entstehung ihrer Probleme und eine Erklärung prinzipieller Subalternität und Verfügbarkeit als Gegenleistung für Schutz und Hilfe abgegeben. So gesehen ist die gegenwärtige Renaissance des Terminus der "Gemeinschaft" nur konsequent: ist doch damit die Unterordnung des Einzelnen unter ein übergeordnetes Ziel, die Disziplinierung von Abweichenden wie die Exklusion der nicht den kollektiven normativen Vorstellungen Entsprechenden, die Rückbindung der Selbstverwirklichungsziele der Individuen an ein wie immer und von wem auch immer definiertes "Gemeinwohl" ebenso beschrieben wie der Bedeutungsverlust demokratischer Ansprüche und die weitere Aushöhlung eines egalitär verstandenen Solidarprinzips.

Literatur:

BDA (Hg.) (1994): Sozialstaat vor dem Umbau? Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit sichern. Köln
 Habermas, J. (1985): Die Krise des Wohlfahrtsstaates und die Erschöpfung utopischer Energien, in: Ders.: Die Neue Unübersichtlichkeit. Frankfurt/Main
 Heinz, W.R. (1993): Widersprüche in der Modernisierung von Lebensläufen. Individuelle Optionen und institutionelle Rahmungen, in: Leisering u.a. op. cit., S.11-19
 Huster, E.U. (1990): Gesundheit - Risiken und Unterversorgung, in:

Döring, D., Hanesch, W., Huster, E.U. (Hrsg.): Armut im Wohlstand, S. 244 - 269. Frankfurt/Main
 Leisering, L., Geissler, B., Mergner, U., Rabe-Kleberg, U. (Hrsg.) (1993): 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, in: Leisering u.a. op. cit., S. 221-248
 Marstedt, G., Mergner, U., Müller, R. (1993a): Medizinische Rehabilitation innerhalb der GKV: Gesundheitspolitische Zielsetzungen, funktionelles und organisatorisches Selbstverständnis in Krankenkassen, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 4, S. 219-244
 Marstedt, G., Mergner, U., Müller, R. (1993b): Normative Annahmen institutioneller Akteure bei der Regulierung prekärer gesundheitlicher Lebenslagen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Arbeits- und Ergebnisbericht des Teilprojekts C1, in: Sfb 186 (1993): Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. Institutionelle Steuerung und individuelle Handlungsstrategien. Arbeits- und Ergebnisbericht Juli 1991 - Juli 1993. Bremen
 Mielck, A. (Hrsg.) (1993): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen
 Opielka, M., Ostner, I. (1987): Umbau des Sozialstaats. Essen
 Seibel, W. (1994): Funktionaler Dilettantismus. Erfolgreich scheiternde Organisationen im "Dritten Sektor" zwischen Markt und Staat. Baden-Baden (2. Auflage)

Nachrichten aus dem Sfb

Berufungen, Habilitationen, Promotionen

- Prof. Dr. Ansgar Weymann (A4) hat einen Ruf an die Universität Bamberg abgelehnt.
- Prof. Dr. Stephan Leibfried (D3) hat einen Ruf an die Humboldt-Universität zu Berlin abgelehnt.
- Dr. Mechthild Oechsle (B2) hat einen Ruf an die Universität Bielefeld angenommen.
- Dr. Johann Behrens (C4) hat einen Ruf an die Fachhochschule Fulda angenommen.
- Dr. Gerd Göckenjan (D2) nimmt auch im Wintersemester 1994/95 eine Gastprofessur an der Humboldt-Universität zu Berlin wahr.
- Habilitiert haben sich Prof. Dr. Birgit Geissler (Fachhochschule Hamburg, früher B2) und Dr. Dietrich Milles (D1).
- Die Habilitationsschrift wurde von Dr. Ulrike Nagel (YE1) eingereicht. Weiterhin wird sie im Sommersemester 1995 als Gastprofessorin an der Gesamthochschule Universität Kassel tätig sein.
- Promoviert haben Vera Helling (A1) und Monika Ludwig (D3).

GastwissenschaftlerInnen im Sfb

Seit Frühjahr 1994 haben folgende GastwissenschaftlerInnen im Sfb gearbeitet: Graham Lowe (Edmonton), Rachel Aber-Schlesinger und Benjamin Schlesinger (Toronto), Jeylan T. Mortimer und Jeff Broadbent (Minneapolis), Jon Eivind Kolberg (Oslo), Valerie K. Oppenheimer (Los Angeles), und Anne Lise Ellingsæter (Oslo).

Für das Jahr 1995 wurden eingeladen: Kathleen Gerson (New York), Robert Walker (Loughborough), Randall Collins (Riverside, Ca.) und Delbert Elliot (Boulder, Col.).

Einladungen an Sfb-Mitglieder

- Prof. Dr. Helga Krüger forschte von September bis Dezember 1994 als Gastprofessorin an der University of Toronto, Kanada.
- Prof. Dr. Walter R. Heinz wird sich im März 1995 als Distinguished Visiting Professor an der University of Alberta in Edmonton, Kanada, aufhalten.

Tagungen, Konferenzen

Das 4. Symposium des Sfb 186 zum Thema "Lebenslaufpolitik - Institutionen und Statusmanagement" wird vom 20. - 21. September 1995 an der Universität Bremen stattfinden. Auf dieser Tagung werden die bisherigen Forschungsergebnisse der Sfb-Projekte im Mittelpunkt stehen.

Der Bereich Methoden und EDV des Sfb 186 (Dr. Udo Kelle, Dr. Gerald Prein und Dipl.-Soz. Susann Kluge) veranstaltete im Oktober 1994 die Konferenz "Empirically Based Theory Construction and Qualitative Life Course Research". Unter den Referenten befanden sich Prof. Dr. Uta Gerhardt (Heidelberg), Prof. Juliet Corbin (San Jose, CA) und Prof. Michael Huberman (Boston). Eine Veröffentlichung der Konferenzbeiträge ist in Vorbereitung.

Neue Bücher aus dem Sfb 186

- Im Herbst 1994 sind erschienen:
- Michael Zwick (Hrsg.) (1994): "Einmal arm, immer arm? - Neue Befunde zur Armut in Deutschland", Frankfurt/M., Campus Verlag (192 S.; ISBN 3-593-35174-9).
 - Petra Buhr (1994): "Dynamik von Armut - Dauer und biographische Bedeutung von Sozialhilfebezug"

Opladen, Westdeutscher Verlag, (248 S.; ISBN 3-531-12633-4).

- Wolfgang Voges (1994): "Mißbrauch des Rentensystems? Invalidität als Mittel der Frühverrentung", Frankfurt/M., Campus Verlag (290 S.; ISBN 3-593-34999-X).
- Udo Kelle (1994): "Empirisch begründete Theoriebildung - Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung" (siehe Anzeige S. 15).

1995 werden erscheinen:

- Stephan Leibfried/Lutz Leisering u.a. (1995): "Armutsriskien in Deutschland - Lebensläufe im Sozialstaat", Frankfurt/M., ed. suhrkamp Nr.1923.
- Walter R. Heinz (1995): "Arbeit, Beruf und Lebenslauf, Frankfurt/M., Juventa.
- Ansgar Weymann/Walter R. Heinz (eds.) (1995): "Biography and Society. Weinheim, DSV.

Herausgeber:

Sonderforschungsbereich 186
der Universität Bremen "Status-
passagen und Risikolagen im
Lebensverlauf"
Postfach 330440
28334 Bremen
Tel.: 0421/218 4150
Fax: 0421/218 4153

Redaktion: Werner Dressel,
Dr. Gerd Marstedt

Gestaltung: Werner Dressel

Bei Quellenangabe frei zum
Nachdruck; Beleg erbeten

ISSN 0946-283X