



Sozialwissenschaftliche Analyse von Patientenkarrieren und Krankheitstrajekten – Gemeinsamkeiten und Differenzen von Grounded Theory und Idealtypenanalyse

von Bernhard Borgetto

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS
REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER

2. JAHRGANG
ISSN 1610-7268 **II**

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen [®] oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 18. Mai 2004

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dipl. Pflege- u. Gesundheitswiss. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 27 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4450 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/journal/>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Abstract

Courses of illness have different phases in medical, physiological, psychological and social respect. Grounded Theory and Ideal Type Analysis are appropriate qualitative research methods to analyze courses of illness. They both are based on multiple steps of data evaluation. Both methods have some similarities and some differences. The steps in Grounded Theory are Theoretical Sampling, Theoretical Coding, Theoretical Sorting and the elaboration of the trajectory. The Ideal Type Analysis comprises Case-Reconstruction, Case-Contrasting, the forming of groups of similar cases, the forming of ideal types and Case-Confronting. Some steps of the data evaluation are similar, Case-Contrasting for example is grounded on the steps of Theoretical Sampling and Theoretical Coding. But the differences are more important. The illness trajectories are the intention of the grounded theory analysis. The ideal types are only the instrument to evaluate the individual cases. Ideal Type Analysis is more oriented to explaining the variety of the individual cases, whereas Grounded Theory aims more for a comprehensive typical course of social occurrences. This contribution highlights the steps of data evaluation of the Ideal Type Analysis, using examples from qualitative research in patients after coronary bypass surgery. It is argued that the orientation to explaining and understanding individual cases is an important complement for Grounded Theory.

Schlagworte

- Grounded Theory
- Idealtypen
- Patientenkarrerien
- Qualitative Sozialforschung
- koronare Bypassoperation
- Grounded Theory
- Ideal Type Analysis
- Patient Careers
- Qualitative Research
- Coronary Bypass Surgery

Über den Autor

Studium der Soziologie, Volkswirtschaft und Pädagogik in Frankfurt/M. und Jerusalem (Israel), Promotion zum Dr. phil. in Heidelberg. Lehr- und Forschungstätigkeit u.a. in Frankfurt/M., Gießen und Heidelberg. 1997-1999 Referent für Gesundheits- und Sozialpolitik der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband, seitdem wiss. Assistent an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg.

Kontakt: Abteilung für Medizinische Soziologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Hebelstr. 29, 79104 Freiburg i. Br., Tel.: 0761/203-5519, Fax.: 0761/203-5516, bernhard.borgetto@medsoz.uni-freiburg.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Methodologische Vorbemerkung	4
3	Die Idealtypenanalyse	5
3.1	Die Fallrekonstruktion	7
3.2	Die Fallkontrastierung und Bildung von Gruppen ähnlicher Fälle	7
3.3	Bildung von Idealtypen	8
3.4	Die Fallkonfrontierung	9
4	Die koronare Bypassoperation als berufsbiographischer Wendepunkt	10
4.1	Das Datenmaterial	11
4.2	Die Rekonstruktion von Handlungsentwurf und Fallverlauf	15
4.3	Fallkontrastierung und Gruppen ähnlicher Fälle	24
4.4	Bildung von Idealtypen	26
4.5	Fallkonfrontierung	28
5	Schlussfolgerungen	32
	Literatur	33



1 Einleitung

Krankheitsverläufe haben unterschiedliche Phasen in medizinischer, physiologischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Die Idealtypenanalyse und die Grounded Theory sind zwei wichtige Ansätze der qualitativen Sozialforschung zur Untersuchung von Krankheitsverläufen in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften.

Die idealtypische Analyse von Patientenkarrerien basiert auf dem Weber'schen Idealtypus und wurde von Uta Gerhardt zu einem eigenständigen Ansatz der Auswertung qualitativer (biographischer) Interviewdaten ausgebaut (vgl. z.B. Gerhardt 1991). Max Weber hat die Idealtypenanalyse als Methode der empirischen Sozialforschung selbst nicht angewendet, seine diesbezüglichen Arbeiten waren historische Rekonstruktionen. Als qualitative Methode zur Dateninterpretation ist die Idealtypenanalyse auch in der Medizinsoziologie heute noch eher ein Außenseiter.

In der Grounded Theory (gegenstandsbezogene Theoriebildung), die auf Barney Glaser und Anselm Strauss zurückgeht, wurde das Konzept des Krankheitstrajekts ausgearbeitet und zur Untersuchung von Krankheitsverläufen angewendet (vgl. z.B. Strauss et al. 1985). Die Grounded Theory ist vor allem in den sich zunehmend entwickelnden Pflegewissenschaften verbreitet.

Beide Methoden basieren auf mehreren Auswertungsschritten. Die Grounded Theory geht bei der Analyse von Krankheitstrajekten vom *Theoretical Sampling* und *Theoretical Coding* über die hypothetische Erschließung grundlegender Sozialprozesse und Basiskonzepte und das *Theoretical Sorting* zu einer umfassenden schriftlichen Darstellung und Ausarbeitung des untersuchten Zusammenhangs als Entwicklungs- bzw. Verlaufphänomen, zum *Trajectory* über. Die idealtypische Analyse von Patientenkarrerien besteht aus den Verfahrensschritten der *Fallrekonstruktion*, der *Fallkontrastierung*, der *Bildung von Gruppen ähnlicher Fälle*, der *Bildung von Idealtypen* und der *Fallkonfrontierung*.

Zwischen den beiden qualitativen Methoden bestehen Gemeinsamkeiten, aber auch grundlegende Differenzen. In der Generierung der theoretischen Konstrukte, der Krankheitstrajekte bzw. der idealtypischen Patientenkarrerien bestehen wenige Unterschiede. Die Fallkontrastierung der Idealtypenanalyse lehnt sich beispielsweise eng an das Verfahren des Theoretical Sampling/Theoretical Coding der Grounded Theory an.

Wichtiger sind die Unterschiede hinsichtlich der Rückbezüglichkeit der theoretischen Konstrukte zur Empirie. In der Grounded Theory ist die Beschreibung von Krankheitstrajekten das Ziel der Analyse. Die Beschreibung idealtypischer Patientenkarrerien ist jedoch erst die Voraussetzung der eigentlichen empirischen Analysen. Durch die Fallkontrastierung, den Rückbezug des Idealtypus zu den empirischen Fällen, wird einerseits die Konstruktion des Idealtypus noch einmal überprüft, andererseits werden durch die Abweichungen der einzelnen Fälle vom Idealtypus erst die sozialen Bedingungen und Kontexte deutlich und verständlich, die zu weniger »idealen« Patientenkarrerien führen. Eine solche empirische Rückbezüglichkeit der theoretischen Konstrukte ist in der Methodik der Grounded Theory nicht vorgesehen, die Einzelfälle sind nicht mehr von Interesse; sie werden verwischt zugunsten der Beschreibung des Krankheitstrajekts.

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Ansätzen liegt in der theoretisch begründeten Annahme einer rationalen Grundtendenz allen sozialen Handelns in modernen Gesellschaften als Kriterium für die Datenauswertung in der Idealtypenanalyse. Grundvoraussetzung für die Idealtypenkonstruktion ist daher meist die Herausarbeitung der Rationalität der Fallverläufe. Die Fallkonfrontation der einzelnen empirischen Fallverläufe mit einem rationalen Idealtypus dient dann dazu, die Irrationalitäten der einzelnen empirischen Verläufe und die sozialen Kontexte, in denen diese entstehen, herauszuarbeiten.

Der vorliegende Beitrag erörtert die Frage, inwieweit die Idealtypenanalyse für die Grounded Theory im Hinblick auf die Untersuchung der sozialen Aspekte von Krankheitsverläufen Ansatzpunkte zu einer weiteren und tieferen Durchdringung des jeweiligen Fallmaterials bietet.

Die Vorgehensweise der Idealtypenanalyse wird am Beispiel der beruflichen Rehabilitation nach koronarer Bypassoperation dargestellt. Als Datengrundlage dient eine Untersuchung von 30 Patienten mit koronarer Herzerkrankung. Rekonstruiert werden die Entscheidungsprozesse und sozialen Kontexte, die zur Fortsetzung des Erwerbslebens oder zum Ausstieg aus dem Erwerbsleben nach einer koronaren Bypassoperation führen. Die Grounded Theory wird als in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften weit

verbreitete Methode nicht ausführlich diskutiert, sondern als bekannt vorausgesetzt (vgl. Glaser/Strauss 1998/1967, Strauss/Corbin 1996/1990).

2 Methodologische Vorbemerkung

Nicht nur zwischen den oftmals als quantitative und qualitative Sozialforschung typisierten Bereichen, auch innerhalb des Bereichs der qualitativen Sozialforschung gibt es Differenzen, was den methodologischen Grundkonsens angeht. Die bedeutsamsten Unterschiede liegen in der Beurteilung des Problems der Möglichkeiten *objektiver* Sozialforschung. Nur zu oft wird unter einem verstehenden Ansatz in den Sozialwissenschaften intuitives Vorgehen und methodische Regellosigkeit, Einfühlungsvermögen, Introspektion und Vorstellungskraft, also *Subjektivität des Forschers* verstanden.

So beschreiben beispielsweise Bodgan/Taylor »(...) emphatic understanding or an ability to reproduce in one's own mind the feelings, motives and thoughts behind the action of others« (1975) als das, was Max Weber Verstehen genannt habe. In ähnlicher Weise berufen sich Schwartz/Jacobs auf Intuition und freie Subjektivität des Forschers (vgl. Gerhardt 1986a).

Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass die Intuition des Forschers die zu analysierende soziale Wirklichkeit anhand der erhobenen Daten tatsächlich und unmittelbar erfassen kann. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass Erkenntnis und Wissen in zweifacher Hinsicht perspektivisch sind. Erstens ist ein Sozialforscher kaum in der Lage, völlig von seinem eigenen kulturellen Hintergrund und sozialwissenschaftlichen Wissen zu abstrahieren (vgl. z.B. Adorno 1957, Kocka/Nipperdey 1979). Daher ist empirische Sozialforschung immer an eine perspektivische Betrachtungsweise gebunden. Zweitens ist der Untersuchungsgegenstand nicht eindeutig und unvermittelt abfragbar bzw. beobachtbar. Er wird beispielsweise bei Befragungen immer durch die Perspektive und Subjektivität der Befragten vermittelt (vgl. hierzu u.a. Adorno 1957, Mommsen 1972)¹. Wissen ist also immer perspektivisch, sowohl das alltägliche, als auch das wissenschaftliche.

Eine intuitive Vorgehensweise wird bisweilen qualitativer Sozialforschung insgesamt unterstellt, wobei übersehen wird, dass es möglich ist, *objektive Verfahren qualitativer Sozialforschung* zu entwickeln und zu begründen, die dazu dienen können, die zweifellos immer vorverstandene und vorinterpretierte soziale Realität und damit die *Subjektivität der Beforschten* wissenschaftlich, d.h. intersubjektiv nachvollziehbar, zu untersuchen. Damit ist gemeint, dass die Perspektivität des Wissenschaftlers bewusst bleibt und offen gelegt wird, um anderen Wissenschaftlern die Möglichkeit zu geben, die Perspektivität zu erkennen und ggf. auch anzuerkennen (vgl. hierzu auch Schütz 1971/1953).

¹ Zur Kritik an der transzendentalen Setzung von Intersubjektivität bei Lebensweltanalyse, objektiver Hermeneutik und *Grounded theory* siehe Gerhardt 1985.

3 Die Idealtypenanalyse

Ein objektives Verfahren in der qualitativen Sozialforschung ist in der auf Max Webers Überlegungen zur Idealtypenkonstruktion zurückgehenden Idealtypenanalyse zu sehen, die von Uta Gerhardt zu einem eigenständigen Ansatz weiterentwickelt wurde (Gerhardt 1985, 1986a,b, 1988, 1990, 1991, Gerhardt et al. 1993, Gerhardt 1999).

In der Idealtypenanalyse wird die Perspektivität des Forschers in zweifacher Hinsicht offen gelegt und damit intersubjektiv überprüfbar (vgl. auch Gerhardt et al. 1993). Zum einen werden Erkenntniszweck bzw. -interesse in Form von Hypothesen und/oder variabelengerechten Forschungsfragen verdeutlicht. Die Forschungsfragen werden so gestellt, dass sie durch die Daten beantwortbar sind. Zum anderen werden die Prinzipien der Datenerhebung und die Operationalisierungen der Forschungsfragen explizit beschrieben, um darzulegen, wie die Beziehung zwischen vorhandener Realität, erhobenen Daten, begrifflicher Strukturierung der Daten und Beantwortung der Forschungsfragen hergestellt wird.

Die empirischen Anwendungen der Idealtypenanalyse finden sich bislang vor allem im Bereich gefährdeter und randständiger Karrieren und Lebensläufe: Patientenkarrieren und Armutskarrieren. Im einzelnen sind die idealtypische Analyse von Patienten mit terminalem Nierenversagen (Gerhardt 1986a), Epileptikern (Kirchgässler 1986) Patienten nach koronarer Bypassoperation (Gerhardt 1992, Borgetto/Gerhardt 1993a,b, Thönnessen 1993, Gerhardt et al. 1993, Borgetto 1999, Gerhardt 1999) und von Sozialhilfeempfängern zu nennen (Leibfried/Leisering et al. 1995, Ludwig 1996).

Der Idealtypus wurde von Max Weber als heuristisches Instrument und damit als soziologische *Methode* entwickelt. Es ging ihm dabei um die verstehende Erklärung historischer Prozesse, nicht um nomothetische Erklärung (Identifizierung von Kausalgesetzen) oder idiographische Erklärung (Erkenntnis des »eigentlichen« historischen Verlaufs). Im Vordergrund der idealtypischen Analyse steht die genetische Rekonstruktion eines aktuellen Zustands aus der Vergangenheit, d.h., das Verstehen der im Zeitablauf wirkenden, also historischen Faktoren und Kräfte. Das idealtypisch geleitete Verstehen »(...) richtet sich auf ein Gegenwärtiges, das erklärt werden soll, und zwar nicht durch Gegenüberstellung klassifikatorisch in Merkmalskomplexe zusammengefaßter Gegebenheiten, sondern dadurch, dass man ursächlich zur Gegenwart in Beziehung stehende, also kausal für ein beobachtbares Phänomen bedeutsame Vorgänge als Verlaufsmomente in die Vergangenheit hinein identifiziert« (Gerhardt 1986b). Grundlage für die idealtypische Analyse sind also historische Daten, d.h. Verlaufsdaten, da sie auf die genetische Rekonstruktion der Entstehung von empirischen Verhältnissen abzielt.

Letztlich geht es aber auch darum, soziale Gegebenheiten auf soziales Handeln zurückzuführen. Dabei heben idealtypische Konstruktionen vor allem den (zweck-)rationalen Aspekt des Handelns idealisierend hervor. Weber führt aus, dass das »(«...») rational deutbare Sichverhalten bei der soziologischen Analyse verständlicher Zusammenhänge sehr oft den geeignetsten 'Idealtypus' (bildet): die Soziologie wie die Geschichte deuten zunächst 'pragmatisch' aus rational verständlichen Zusammenhängen des Handelns. (...) Denn als ihr spezifisches Objekt gilt uns nicht jede beliebige Art von 'innerer Lage' oder

äußerem Sichverhalten, sondern *Handeln* (Weber 1968/1913: 429, Hervorheb. im Original).

Eine idealtypische Konstruktion bildet also nicht die Wirklichkeit ab, sondern stellt vielmehr eine spezifische Form der Abstraktion dar. Nach Max Weber ist der Idealtypus »(...) ein Gedankenbild, welches nicht die historische Wirklichkeit *ist*, welches noch viel weniger dazu da ist, als ein Schema zu dienen, *in* welches die Wirklichkeit als *Exemplar* eingeordnet werden sollte, sondern welches die Bedeutung eines rein idealen *Grenzbegriffes* hat, an welchem die Wirklichkeit zur Verdeutlichung bestimmter bedeutungsvoller Bestandteile ihres empirischen Gehaltes *gemessen*, mit dem sie *verglichen* wird« (Weber 1968/1904: 194, Hervorheb. im Original). Mit dem Idealtypus wird also das Messinstrument gewonnen, mit dem die Besonderheit jedes einzelnen Falles und Fallverlaufs erklärt werden kann: »Denn Zweck der idealtypischen Begriffsbildung ist es überall, *nicht* das Gattungsmäßige, sondern umgekehrt die *Eigenart* von Kulturercheinungen scharf zum Bewußtsein zu bringen« (Weber 1968/1904: 202, Hervorheb. im Original). Das Verfahren, das Weber zu diesem Zweck vorschlägt, ist das der Konfrontierung: »Nur durch idealtypische Begriffsformeln werden die Gesichtspunkte, die im Einzelfalle in Betracht kommen, in ihrer Eigenart im Wege der *Konfrontierung* des Empirischen mit dem Idealtypus wirklich deutlich« (Weber 1968/1904: 212, Hervorheb. im Original).

Die Grundlage des idealtypischen Verstehens und der erste Schritt in der Idealtypenanalyse ist die Fallrekonstruktion: die an der Fragestellung orientierte Darstellung einzelner Verläufe und deren Entwicklungsdynamik. Daran schließt sich die Fallkontrastierung an, die einerseits der Bildung von Gruppen ähnlicher Fälle dient, andererseits der Bildung von Begriffen und Hypothesen, die den Untersuchungsgegenstand strukturieren.

Die Bildung von Idealtypen beruht auf der so gewonnenen Kenntnis des gesamten empirischen Materials. Dabei werden einzelne Variablen oder Dimensionen typisiert und idealisiert dargestellt. Drei Prüfschritte, stellen bei der Bildung von Idealtypen sicher, dass diese nicht der Intuition des Forschers anheim gestellt wird: die Wissensprüfung, das Fortdenken und die Erfahrungsprobe (Gerhardt 1991: 38f). Die Fallkontrastierung dient anschließend dazu, die Fälle mit dem Idealtypus in Beziehung zu setzen. Dadurch, dass die Fälle dabei per Abweichung vom Idealtypus beschrieben werden können, kommt ein idealtypisches Feld zustande, das die Besonderheiten der einzelnen Fällen in der analysierten Dimension erfasst (Gerhardt 1991: 39).

Einen Überblick über die einzelnen Analyseschritte gibt Abbildung 1.

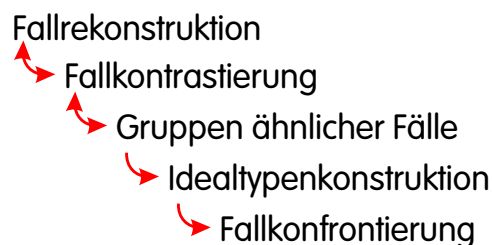


Abbildung 1: Idealtypenanalyse – Datenauswertung

3.1 Die Fallrekonstruktion

Bei der Fallrekonstruktion werden alle Fälle eines Untersuchungssamples auf die gleiche Weise und unter den gleichen Gesichtspunkten, die sich aus dem forschungsleitenden Interesse ergeben, analysiert (Gerhardt (1991: 35). Das gesamte Interviewmaterial wird zeitlich geordnet und zu einem Verlauf zusammengeführt: »Die Fallrekonstruktion nimmt den Grundsatz der biographischen Forschung in der Soziologie (und auch denjenigen der klinischen Medizin) ernst, dass Geschehen auch Verlauf ist. Das heißt, jeweils gibt es einen heuristisch festzulegenden Anfangs- und Endpunkt der Betrachtung, und zwischen diesen Punkten, die chronologisch voneinander entfernt liegen, *bewegt* sich oder *verändert* sich der Sachverhalt oder Zustand, der beobachtet wird« (Gerhardt et al. 1993: 290; Hervorheb. im Original). Im Rahmen der Fallrekonstruktionen werden bereits Individualerklärungen für die jeweiligen Untersuchungseinheiten geleistet, d.h. die Endpunkte der Betrachtung werden genetisch aus den Anfangspunkten und den weiteren Fallverläufen erklärt.

Dadurch wird eine wichtige Voraussetzung der Bildung von Idealtypen geschaffen. Wie Uta Gerhardt darlegt, geht nicht nur Max Weber, sondern auch Wilhelm Dilthey davon aus, »(...) dass erst eine möglichst umfassende Kenntnis der Historie bzw. eines geschichtlich-gesellschaftlichen Zusammenhangs in seinen Einzelmomenten und -vorgängen überhaupt ermögliche, einen adäquaten Typus zu bilden, der das zu verstehende Geschehen beschreibt. Der Rekurs auf Materialfülle, gewonnen als genaue Kenntnis von Details und Fakten, ist eine unverzichtbare Voraussetzung jedes idealisierend-typisierenden Verstehens« (Gerhardt 1986a: 87). Die Kenntnis der Materialfülle, der Details und Fakten, wird durch die Fallrekonstruktion gewonnen, und in einem weiteren Schritt, der Fallkontrastierung, systematisiert.

3.2 Die Fallkontrastierung und Bildung von Gruppen ähnlicher Fälle

Zwei unterschiedliche Vorgehensweisen ergänzen sich bei der Fallkontrastierung; zum einen die Kontrastierung ähnlicher Fälle, um Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten, zum anderen die Kontrastierung möglichst unterschiedlicher Fälle, um Differenzen zu bestimmen. Beide Verfahren lassen nach und nach Gruppen ähnlicher bzw. gleicher Fälle erkennen. Je nach Forschungsfrage lassen sich die Fallverläufe unter einer Vielzahl von Perspektiven vergleichen (vgl. Gerhardt 1986a: 86ff).

Die Fallkontrastierungen werden anhand der Fallrekonstruktionen durchgeführt. Aufgrund des durch die Fallrekonstruktionen entstandenen Wissens, sowohl über die einzelnen Fälle als auch über das Sample insgesamt, werden die beiden Fälle herausgesucht und miteinander verglichen, die die größten Differenzen aufweisen. Die Differenzen werden festgehalten, und weitere Fälle werden mit den beiden ersten verglichen. Je nachdem, ob Ähnlichkeiten oder Differenzen zu einem der bisher kontrastierten Fälle dominieren, werden neue Fälle einem bereits bearbeiteten Fall zugeordnet oder begründen tentativ eine neue Fallgruppe. Auf den Fallvergleichen beruhen ebenfalls die ersten tentativen deskriptiven Begriffsbildungen und Kategorisierungen.

Die Fallkontrastierung lehnt sich an das Verfahren des *Theoretical sampling/theoretical coding* der Grounded Theory in der von Anselm Strauss beschriebenen Vorgehensweise an. Im Gegensatz zu Glaser empfiehlt Strauss Flexibilität im Hin und Her zwischen Fallanalyse und Fall-Reanalyse (Gerhardt 1991: 37). Dieses Verfahren empfiehlt sich, da die vorläufig gebildeten Kategorien, Begriffe und Hypothesen an allen Fällen des Datenmaterials validiert und verifiziert werden müssen, wodurch vielfache Reanalysen notwendig werden können. Dementsprechend werden Fallgruppen wieder aufgelöst und neu gebildet, wird die Fallkontrastierung so lange durchgeführt, bis die Fallgruppen – natürlich trotz weiterhin bestehender empirischer »Unreinheiten« – die dem Fallmaterial immanente Struktur und die Regelmäßigkeiten der Verläufe abzubilden vermögen und die gebildeten Kategorien, Begriffe und Hypothesen für alle Fälle stimmig sind. Die Fallkontrastierung stellt also einen Prozess »wechselseitiger Befruchtung von Beobachtungsobjekt und Begrifflichkeit« (Gerhardt 1986a: 90) dar. Schließlich »(...) bilden sich Cluster von Fällen in dem durch die theoretischen Gesichtspunkte, die durch die Forschungsfrage vorgegeben sind, strukturierten Raum« (Gerhardt 1991: 35).

Die Fallkontrastierung wird dann abgeschlossen, wenn die entwickelten Kategorien, Begriffe und Hypothesen durch weitere Vergleiche von Fällen nicht mehr wesentlich verändert werden können. Dies kann bereits vor dem Punkt erreicht sein, an dem auch die letzte Fallrekonstruktion in das Verfahren der Fallkontrastierung einbezogen worden ist, eine Kontrastierung aller rekonstruierten Fälle ist jedoch zu empfehlen (Gerhardt 1991: 38).

Die Fallkontrastierung mündet in einer Differenzierung des Fallmaterials in Gruppen ähnlicher Fälle. Damit wird ein erster Zugang zu einer den Einzelfall überschreitenden Sichtweise der Verläufe angestrebt. Die Einzelfallerklärungen werden verglichen und in einer Gesamt(über)sicht dargestellt.

3.3 Bildung von Idealtypen

Nachdem sich durch die Fallkontrastierung Gruppen ähnlicher Fälle ergeben haben, gilt es, das Typische der Verläufe durch die Bildung von Idealtypen herauszuarbeiten. Prinzipiell können anhand desselben Datenmaterials mehrere Idealtypen entwickelt werden.

Mit dem Idealtypus wird ein hypothetischer Zusammenhang, eine hypothetische Kausalität zwischen den Ereignissen eines Fallverlaufs formuliert. Diese idealtypische Hypothese ist in der Weise idealisiert, als sie bestimmte Aspekte des Fallverlaufs einseitig in Vordergrund rückt. Max Weber hat vorgeschlagen, die Zweckrationalität menschlichen Handelns »einseitig« hervorzuheben, und einen bestimmten Verlauf idealtypisch so zu konstruieren, wie er verlaufen wäre, wenn Zweckrationalität das einzig handlungsleitende Element gewesen wäre. Prinzipiell können aber auch andere Aspekte hervorgehoben werden. Eine idealtypische Patientenkarriere etwa könnte unter dem Aspekt der Zweckrationalität des Handelns des Patienten konstruiert werden, aber auch unter dem Aspekt des durch die Krankheit erfolgenden Verlusts an Handlungsspielräumen.

Damit wird auch deutlich, dass ideal in diesem Zusammenhang nicht vollkommen oder erstrebenswert bedeutet. Ein Idealtypus ist kein Vorbild oder ein Wunschbild. Ideal heißt nur der Idee entsprechend, nur in der Vorstellung existierend – also abstrahiert von der

Realität. Der Idealtypus soll das – unter einer bestimmten Fragestellung betrachtet – Wesentliche darstellen.

Dem Erkenntnisinteresse entsprechend werden Kriterien bestimmt, die die Auswahl eines empirischen Falles ermöglichen, der die zu untersuchende Entwicklungsdynamik der Fallverläufe in möglichst reiner, also idealer Weise verkörpert. Diese Vorgehensweise der Bildung von Idealtypen wurde von einem Gedanken Webers angestoßen, den er im Zusammenhang mit der Diskussion des adäquaten Begriffs von Kirche und Sekte äußert, dass Idealtypen durch empirische Einzelfälle repräsentiert sein können (vgl. Gerhardt 1991: 38). Um die Perspektivität des Forschers zu berücksichtigen, schlägt Gerhardt vor, die Auswahlkriterien für einen Idealtypus genau zu explizieren: »Das Erkenntnisinteresse – die Forschungsfrage – ist zwar eine Orientierungsgrundlage, durch die eine gewisse Konsistenz der Gesichtspunkte der Datenanalyse gewährleistet wird, aber niemals ein Schutz gegen die Relativität des Bezugspunktes insgesamt. Das beste Mittel, um die Unschärfe der Bezüge angemessen zu berücksichtigen, ist letztlich immer noch die Explikation der Gesichtspunkte, unter denen eine idealtypische Konstellation am Fallmaterial identifiziert wird« (Gerhardt 1991: 39).

Damit Intuition und Willkür des Forschers bei diesem Auswertungsschritt möglichst weitgehend kontrolliert werden, sieht die Idealtypenanalyse nach Gerhardt drei Prüfschritte vor, die die Formulierung der Auswahlkriterien und die Auswahl selbst anleiten: »(...) erstens die Vergleichung möglichst vieler empirischer Daten/Fakten; zweitens das probeweise Fortdenken von Einzelbestimmungen des Idealtypus: bei der endgültigen Formulierung eines Idealtypus werden diejenigen Elemente weggelassen, deren in Gedanken durchgespieltes Nichtvorhandensein nichts an dem bekannten oder postulierten Ergebnis verändert, auf das hin der idealtypisch konstruierte Prozeßzusammenhang organisiert ist; drittens die Erfolgskontrolle durch eine zukünftige Erfahrung oder Entwicklung« (Gerhardt 1986a: 96).

3.4 Die Fallkonfrontierung

Die Konstruktion bzw. Auswahl idealtypischer Verläufe ist kein Selbstzweck, sondern dient letztlich der Fallkonfrontierung, durch die die Eigenheiten der einzelnen empirischen Fälle besonders scharf hervortreten. Jeder einzelne Fall wird mit dem (entsprechenden) Idealtypus verglichen und so in seiner individuellen Dynamik verständlich und erklärbar. Anhand der in idealer Weise typisierten Handlungs*rationalität* der Patienten wird in der Fallkonfrontierung das jeweils fallspezifisch *Irrationale* der berufsbiographischen Entwicklung abschätzbar. So können die Fälle in eine Rangfolge der Abweichung bzw. Entfernung vom Idealtypus gebracht werden (vgl. Gerhardt/Thönnessen 1990, empirische Beispiele bei Thönnessen 1993, Ludwig 1996)

Der Vergleich einer empirischen Patientenkarriere mit der an zweckrationalem Handeln orientierten idealtypischen Patientenkarriere verdeutlicht das Zweck*irrational*e der Fallverlaufs; der Vergleich einer empirischen Patientenkarriere mit der an dem Verlust von Handlungsspielräumen orientierten idealtypischen Patientenkarriere verdeutlicht demgegenüber die Handlungsspielräume in einem Fallverlauf.

Das Ergebnis der Datenauswertung ist also nicht der Idealtypus, sondern die Beschreibung der einzelnen empirischen Fälle als Entsprechungen und Abweichungen von dem Idealtypus in bestimmten Dimensionen und die Beschreibung der Gründe und sozialen Kontexte für die Entsprechungen und Abweichungen. Alle empirischen Fälle des Datenmaterials werden auf diese Weise mit dem gleichen Maß gemessen. Darauf gründet sich die These, mit der Idealtypenanalyse ein Instrument zu entwickeln, mit dem mehrere Forscher bei dem gleichen Datenmaterial zu einem annähernd gleichen Ergebnis kommen können, bzw. die Analyse intersubjektiv nachvollziehbar und kritisierbar wird.

4 Die koronare Bypassoperation als berufsbiographischer Wendepunkt

Nach dieser Übersicht werden die einzelnen Arbeitsschritte noch einmal detailliert an einem Beispiel dargestellt. Das Fallmaterial entstammt einer Untersuchung zur beruflichen Rehabilitation von Patienten nach koronarer Bypassoperation (vgl. Borgetto 1999, Gerhardt 1999).

Eine koronare Bypassoperation stellt im Leben eines Patienten einen berufsbiographischen Wendepunkt dar. Mit ihr eröffnen sich für die Betroffenen zwei alternative sozialstaatlich geregelte berufsbiographische Optionen: die Fortsetzung des Erwerbslebens und der Ausstieg aus dem Erwerbsleben mittels Frühberentung. Patienten nach koronarer Bypassoperation werden in der Regel für den Zeitraum einer Heilungsbewährung auf Antrag als Schwerbehinderte anerkannt oder Schwerbehinderten gleichgestellt. Der Kündigungsschutz für Schwerbehinderte auf der einen Seite und die Begutachtungs- und Berentungspraxis auf der anderen Seite stellen in der Regel sicher, dass beide Optionen für die Patienten in Reichweite sind.

Die medizinische Forschung widmete sich dem Problem der Erwerbstätigkeit nach koronarer Bypassoperation bislang vor allem im Zusammenhang mit der Rechtfertigung des hohen finanziellen und menschlichen Aufwands der Bypasschirurgie. Um diesen zu begründen und die Qualität der Bypassoperationen zu bewerten und zu sichern, wurden Kriterien bestimmt und gemessen, die den Erfolg der Operation anzeigen sollten. Die postoperative Erwerbstätigkeit wurde vor allem als Indikator für den sozioökonomischen Nutzen, sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft, herangezogen. Insbesondere den präoperativ Erwerbstätigen sollte die Operation die Fortsetzung ihres Erwerbslebens ermöglichen.

Die bisherige, im wesentlichen epidemiologische Forschung zur Erwerbstätigkeit nach koronarer Bypassoperation erbrachte z.T. sehr widersprüchliche Rückkehrdaten. Direkte Vergleiche der klinischen Operationsergebnisse mit der postoperativen Rückkehr zur Arbeit zeigten aber, dass immer mehr Patienten kardial gut wiederhergestellt waren, als zur Arbeit zurückkehrten. Ganz offensichtlich gab es eine große Zahl von Patienten, die bei guter Gesundheit aus dem Erwerbsleben ausstiegen.

Obwohl die Forschung deutlich zeigte, dass sich die Rückkehrdaten beispielsweise nach arbeitsrechtlicher Stellung und ähnlichen beruflichen Merkmalen unterschieden,

wurde von der (nicht weiter begründeten) Vorannahme ausgegangen, dass Bypasspatienten bei ausreichender physischer und psychischer Leistungsfähigkeit ihre Erwerbstätigkeit in jedem Fall wieder aufnehmen (sollten). Dieses Verhaltensmodell wurde als rational angesehen, ohne die Relevanz des Modells am Individuum zu überprüfen. Abweichungen wurden durch Einflüsse erklärt, denen der Patient nach der Operation mehr oder weniger wehrlos ausgesetzt zu sein schien. Genannt wurde vor allem eine unangemessene, zu beratungsfreundliche hausärztliche Beratung, emotionale Instabilität, Depressivität und Ängstlichkeit, die den Patienten seine Leistungsfähigkeit unzutreffenderweise als unzureichend einschätzen lässt und schließlich die die Arbeitsmotivation stark mindernden sozialen Sicherungssysteme.

Diese (einseitige) Betrachtungsweise blendet systematisch die Tatsache aus, dass in der Regel jeder Patient immer auch agiert, Handlungsspielräume optimiert und ausschöpft und sein berufliches Schicksal (mit-)gestaltet. Es ist keine Frage, dass die Handlungsfreiräume chronisch Kranker in mancherlei Hinsicht stärker eingeschränkt sind als die Gesunder, grundsätzlich aber gilt für jeden Handelnden, dass er variablen Anteilen von Handlungsspielräumen und strukturellem Zwang ausgesetzt ist. Um die Frage der Diskrepanz zwischen kardialen Status und Erwerbstätigkeit nach koronarer Bypassoperation umfassend zu untersuchen, ist es also notwendig, sowohl die Fortsetzung des Erwerbslebens als auch den Ausstieg aus dem Erwerbsleben als mögliches Ergebnis einer Entscheidung rational handelnder Patienten zu konzipieren.

4.1 Das Datenmaterial

Das Forschungsprojekt »Aortokoronarer Venenbypass und Rückkehr zur Arbeit«, dem die Daten der vorliegenden Analyse entstammen, ist in zwei Teilstudien, eine retrospektive und eine prospektive, mit jeweils 30 Fällen gegliedert.

Als Datengrundlage für die Untersuchung wurde nur die prospektive Teilstudie gewählt, da die in diesem Zusammenhang durchgeführten prä- und postoperativen Interviews es ermöglichen, die Entwicklung und Realisierung der berufsbiographischen Handlungsentwürfe im tatsächlichen Zeitverlauf zu beobachten. Die rückblickende Befragung in der retrospektiven Teilstudie hätten eine solche differenzierte Betrachtung nur begrenzt zugelassen, da die Handlungsentwürfe und ihre Realisierung im Interview nur rückblickend erfragt werden können und damit aus der aktuellen Sicht (sieben bis zehn Jahre nach der Operation) der Patienten interpretiert wurden. Der prinzipielle Nachweis eines Zusammenhangs zwischen den Handlungsentwürfen der Patienten und ihren Handlungen war anhand der retrospektiven Teilstudie mit nur einem Messzeitpunkt nicht zu erbringen.

In der prospektiven Teilstudie wurde untersucht, ob und inwieweit die Fortsetzung des Erwerbslebens bzw. der Ausstieg aus dem Erwerbsleben nach koronarer Bypassoperation rational sind, auf vor und/oder direkt nach der Operation gemachte Pläne und getroffene Entscheidungen der betroffenen Patienten zurückzuführen sind, und woran sich die Rationalität der berufsbiographischen Entscheidungen der Patienten ggf. orientiert.

Die koronare Bypassoperation wurde also als (potenzieller) berufsbiographischer Wendepunkt konzipiert (vgl. Behrens 1990, 1994), der individuelle berufsbiographische Handlungsentwürfe der Patienten notwendig macht. Als berufsbiographische Handlungsentwürfe müssen die prä- und postoperativen Pläne und Entscheidungen eine bestimmte Form aufweisen, die in Anlehnung an Schütz konzipiert wurde. Die tatsächliche Relevanz eines Handlungsentwurfs für den weiteren berufsbiographischen Verlauf zeigt sich aber nur in der gelungenen Realisierung eines Entwurfs.

Um die handlungsleitenden Überlegungen der Patienten am biographischen Wendepunkt adäquat erfassen zu können, mussten die Untersuchungsgruppen so gewählt werden, dass sie präoperativ eine optimale Chance für die Berufsrückkehr hatten. Dahinter stand die Überlegung, dass es kaum Sinn macht, Patienten in die Untersuchung mit einzu beziehen, die sowohl unter medizinischen, als auch unter sozialen Gesichtspunkten wenig geeignet scheinen, ihre Arbeit wieder aufzunehmen. Um die Handlungsmöglichkeiten und vor allem die Bezugspunkte der Handlungsrationalität sowohl bei dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben *als auch* bei der Fortsetzung des Erwerbslebens zu erfassen, mussten vor allem diejenigen Patienten untersucht werden, denen nach der Operation beide Optionen offenstehen. Daher wurde in beiden Studienpopulationen eine Homogenität bezüglich der folgenden vier Kriterien hergestellt, die nach dem Stand der Forschung eine optimale Rückkehrchance für die Patienten versprechen.

Als Bedingung für die Aufnahme in die Untersuchungspopulation wurden ein *Operationsalter* von höchstens 55 Jahre (Ausnahmen bis 57 Jahre) festgelegt, der volle *präoperative Erwerbsstatus*, eine präoperative *linksventrikuläre Auswurfraction* (LVEF) von mehr als 50 % und die *angiographisch gesicherte Diagnose einer koronaren Herzkrankheit (KHK)*.

Die Patienten der prospektiven Teilstudie wurden – wenn möglich mit Lebensgefährten – zu drei Zeitpunkten befragt: zunächst einen Monat präoperativ, zum zweiten Mal drei Monate postoperativ und schließlich 18 Monate postoperativ. Die Hausärzte der Patienten wurden einen Monat präoperativ und 18 Monate postoperativ befragt. Zusätzlich wurde jeweils ein Mitglied des Operationsteams 1-3 Monate postoperativ befragt.

In der prospektiven Teilstudie wurden fortlaufend alle merkmalsrelevanten Patienten der herzchirurgischen Abteilung einer Operationsklinik ermittelt und angesprochen, die ab dem Stichtag 1.3.1987 zu einer Bypassoperation angemeldet waren. Von da an wurde das Gesamt der durch die Auswahlkriterien definierten und insofern homogenen Patientenpopulation der Operationsklinik erfasst. Von diesen 42 Patienten verweigerten zwei Patienten (und ein Hausarzt) die Kontaktaufnahme, so dass bis September 1988 die Fallzahl 40 der Untersuchungspopulation erreicht war. Diese sollte sicher stellen, dass nach ca. zwei Jahren trotz zu erwartender Ausfälle noch 30 Fälle als Studienpopulation zur Verfügung stehen. Um den Rekrutierungszeitraum für die prospektive Teilstudie nicht übermäßig auszudehnen, wurden zuweilen Patienten in die Untersuchungsgruppe aufgenommen, die nur drei der vier Auswahlkriterien erfüllten; ein Fall erfüllte sogar nur zwei der Kriterien. In einem Fall wurde die geplante Bypassoperation nicht durchgeführt und zwei Patienten verstarben im Untersuchungszeitraum.

Neben den Patienteninterviews gingen auch Operationsberichte, ärztliche Entlassungsberichte und sozialmedizinische Beurteilungen durch die AHB²-Kliniken in die Auswertung ein. Die präoperative und die peri- und postoperative Situation wurden getrennt dokumentiert. Die Grundlage der Dokumentationen bildeten *präoperativ* Angaben zum EKG-Befund, Angiographiebefund (Gefäßstatus, LVEF), Symptombild und Risikofaktorenprofil, *peri- und postoperativ* Operationsdatum und -technik, Maschinenzeit in Minuten, perioperative Komplikationen (inklusive perioperativem Infarkt), postoperativer EKG- und Röntgenbefund sowie Gesamtdauer des stationären Aufenthaltes und Medikation bei Entlassung.

Die Patienten wurden anhand themenorientierter, gesprächsähnlicher Leitfadeninterviews befragt, die auf Tonband aufgezeichnet wurden. Wesentliche Orientierungsthemen des im Interview rekonstruierten Ereignisablaufs sind: Krankheitsverlauf (inklusive Behandlungsgeschehen), Berufsbiographie (inklusive Berentung), Familienleben und Krankheitsverständnis. Für jedes der drei Patienteninterviews wurde eine spezieller Leitfaden eingesetzt.

Das Befragungskonzept zielte auf die Rekonstruktion der Perspektivität der Interviewten und orientierte sich somit an der *Logik der Befragten* (Kahn/Cannell 1957, Witzel 1983). Durch das Interviewprinzip »Was geschah dann?« wurde weitgehend sichergestellt, dass diese nicht durch die Vorgehensweise des Interviewer gestört, sondern erhalten wurde. Dies bedeutet nicht, dass der Interviewer gehalten war, seinen Einfluss im Interview absolut zu minimieren, wie dies in der Regel für das narrative Interview gefordert wird (Hoffmann-Riem 1980, Schütze 1983, 1984). Die Qualität der narrativen Daten hängt weniger von der Passivität des Interviewers ab, als von Rapport und Interaktion im Interview. Das Interview muss also als Gesprächsinteraktion mit einem spezifischen sozialen Kontext begriffen werden. Eine Abstraktion von diesem Kontext ist nicht möglich. Dem Forschungsinterview ist eine »ad-quem-Struktur« immanent (Gerhardt 1985). Die Tonbandaufnahme ermöglicht es jedoch im nachhinein, vom Interviewer hervorgelockte und spontan gegebene Darstellungen voneinander zu unterscheiden.

Die Logik des Befragten wurde also durch dialogische Interaktion hergestellt. Der Interviewer fragte nach, wenn ihm eine Darstellung nicht logisch erschien, um zu erfahren, was 'wirklich' geschehen war. Gleichzeitig bemühte sich der Befragte, eine logisch nachvollziehbare Darstellung zu geben, um sich als kompetenten Akteur darzustellen (Goffman 1959, Garfinkel 1967).

Diese Darstellungen von Sachverhalten durch die Patienten haben z.T. narrativen Charakter. Nach Mishler (1986) variieren Frage-Antwort-Sequenzen in ihrer sprachlichen Gestaltung je nach spezifischen (sozialen) Kontexten. Narratives Material ist jedoch meistens mehr oder minder explizit vorhanden. Bisweilen dient eine vollständige oder unvollständige Geschichte dazu, um bei dem Gesprächspartner (Interviewer) Glaubwürdigkeit zu erzeugen.

Die Interviews wurden zunächst durch Transkriptionen und/oder Paraphrasen aufbereitet. Für jedes Interview wurde entweder eine vollständige Paraphrase oder eine voll-

² Anschlussheilbehandlung

ständige Transkription erstellt, in einigen Fällen beides. Die zunächst nur paraphrasierten Interviews wurden anschließend in den systematisch wichtigen Teilen transkribiert.

Die Paraphrasen geben den Inhalt eines Dialogs in indirekter Rede wieder. Thematische Episoden werden zunächst in ihrem Zusammenhang gehört und dann paraphrasiert. Zur Identifikation wird jede Episode durch die Angabe der Bandseite und der Dauer in Minuten und Sekunden gekennzeichnet. Dabei wird vermerkt, wer ein Thema anspricht, beendet oder einem anderen in seine Darstellung hineinredet.

Die Genauigkeitsebene der Transkriptionen orientierte sich an dem Erkenntnisinteresse (Mishler 1986). Für die Analyse von Darstellungsmustern einer großen Anzahl von Interviews wurde eine »mittlere« Genauigkeit gewählt. Eine phonetische Verschriftung des Materials wurde nicht durchgeführt, allerdings wurde dem gesprochenen Dialekt Rechnung getragen. Pausen werden in Klammern nach Sekunden gekennzeichnet, Stottern, Atmen, Lachen und Zögern werden berücksichtigt, nicht eindeutig Verständliches wird eingeklammert, gänzlich Unverständliches wird durch eine leere Klammer repräsentiert, und Ermunterungslaute der Interviewbeteiligten werden als eingeklammertes Text in die Äußerung des Sprechers eingefügt. Die Verschriftung von Versprechern, Zögern, Stottern, Neuanfängen, Abbrüchen von Darstellungen bis hin zu sekundenlangem Schweigen zielt darauf ab, Hinweise auf problematische Themen zu erhalten. Das Verfahren stellt ebenfalls sicher, dass erkennbar bleibt, wer ein Thema anspricht oder weiterentwickelt, und ob mehrere Interviewteilnehmer gleichzeitig reden und/oder sich unterbrechen. Namen von Personen, Städten und Gemeinden sowie von Firmen, Behörden und Verbänden wurden durch Phantasienamen ersetzt.

Direkt auf den Paraphrasen und Transkriptionen der jeweils drei Patienteninterviews aufbauend wurden die berufsbiographischen Verläufe der Patienten handlungstheoretisch rekonstruiert. Dabei wurden die folgenden analytischen Einteilungen gemacht:

- berufsbiographischer Verlauf präoperativ,
- berufsbiographischer Handlungsentwurf präoperativ,
- berufsbiographischer Verlauf bis drei Monate postoperativ,
- berufsbiographischer Handlungsentwurf drei Monate postoperativ,
- berufsbiographischer Verlauf bis 18 Monate postoperativ und
- berufsbiographischer Handlungsentwurf 18 Monate postoperativ.

Für jede der Analyseeinheiten wurden alle Textstellen zusammengetragen, in denen das Thema Beruf und Berentung in relevanter Weise thematisiert wurde. Die Textepisoden, die für die Darstellung des Verlaufs von besonderer Bedeutung sind, wurden in einer Form aufbereitet, die jedes Sinnelement des Textes in eine eigene Zeile plazierte. Dieses Verfahren (vgl. Labov/Waletzky 1967, Mishler 1984, 1986) erleichtert den Nachvollzug der Sequenzen einzelner Sinnelemente, die nur selten den formalen grammatikalischen Regeln der Sprache folgen. Zur Identifikation verwendeter Textstellen auf dem Tonband wurde jede zitierte Textstelle mit dem Patientencode, dem Interviewzeitpunkt, der Bandseite und der genauen Zeit gekennzeichnet, beispielsweise: (01P, I, A, 00.00-05.35).

4.2 Die Rekonstruktion von Handlungsentwurf und Fallverlauf

Dem forschungsleitenden Interesse der Untersuchung entsprechend wurden als heuristische, faktisch aber nur *relative Anfangspunkte* des Fallverlaufs die präoperativen berufsbiographischen Handlungsentwürfen der Patienten gesetzt. Von diesen ausgehend wurden die ebenfalls nur heuristischen, faktisch aber *vorläufigen Endpunkte* des Fallverlaufs rekonstruiert. Die vorläufigen Endpunkte sind entweder die Erwerbstätigkeit bzw. der Ruhestand eineinhalb Jahre nach der Operation. Im Rahmen der Fallrekonstruktion wurde für jeden Einzelfall die Frage beantwortet, ob der Handlungsentwurf, einschließlich seiner Modifikationen im Zeitverlauf, und die entsprechenden Handlungen als ursächlich für die postoperative berufliche Kontinuität oder Wende anzusehen sind, d.h. ob die Intentionalität des Patientenhandelns am biographischen Wendepunkt verwirklicht oder gebrochen (reflektiert) wurde.

Die für jeden Fall der prospektiven Teilstudie erstellten Fallrekonstruktionen basierten einerseits auf den, durch Kurzfassungen der klinischen Verläufe ergänzten berufsbiographischen Verläufen. Sie berücksichtigten die berufsbiographischen Verläufe sowohl vor dem Untersuchungszeitraum als auch prä- und postoperativ innerhalb des Untersuchungszeitraums. Gleichzeitig beinhalteten sie auch die jeweiligen berufsbiographischen Handlungsentwürfe prä- und postoperativ. Die Fallrekonstruktionen umfassten damit sowohl retrospektive als auch prospektive Elemente.

Die berufsbiographischen Handlungsentwürfe wurden in Anlehnung an die Handlungskonzeption von Schütz operationalisiert (vgl. Schütz 1974/1932, 1971/1951a,b, 1971/1953):

(1) Ein Handlungsentwurf nimmt eine als abgelaufen vorgestellte Handlung vorweg.

Die entworfenen *berufsbiographischen Handlungen* orientierten sich vor allem an sozialstaatlichen Begrenzungen und Möglichkeiten, die sich in Typen von Lebensphasen, Entwicklungsstadien, Karrieren, Lebensläufen u.ä. wiederfinden. Entsprechend der grundlegenden Dreiteilung des Lebenslaufs können die Vorbereitungs-, Erwerbs- und Ruhestandsphase unterschieden werden. Der biographische Wendepunkt, der durch die Bypassoperation markiert wird, ließ als Alternativen für einen berufsbiographischen Handlungsentwurf zunächst die Vorwegnahme der Fortsetzung des Erwerbslebens oder des Ausstiegs aus dem Erwerbsleben (in der Regel in Form einer vorgezogenen Ruhestandsphase) zu. Darüber hinaus stellte auch das vorläufige Abwarten, das sich auf eine langfristige Krankschreibung stützen konnte, eine, allerdings auf maximal eineinhalb Jahre begrenzte, sozialstaatlich institutionalisierte Alternative dar. In Bezug auf die beiden eigentlichen Handlungsalternativen stellt sie ein Unterlassen dar, das aber ebenfalls eine Form des Handelns ist.

(2) Die Einheit eines Handlungsentwurfs setzt das Individuum selbst; in Abhängigkeit von Erfahrung und aktuellem sozialen Kontext, ebenso wie es die dazu notwendigen Schritte bis hin zu der Ebene mitentwirft, wo die einzelnen Schritte als nicht weiter auflösungsbedürftig, weil fraglos gegeben und selbstverständlich erscheinen.

Die *Einheit eines* solchen *berufsbiographischen Handlungsentwurfs* konnte sich beispielsweise hinsichtlich der zeitlichen Ausdehnung unterscheiden. Die Fortsetzung des Erwerbslebens konnte ausdrücklich durch eine Form der Altersberentung oder einen

zeitlich vor dem Rentenalter liegenden, geplanten Ausstieg begrenzt werden oder einen offenen Zeithorizont aufweisen³. Für einen solchen Handlungsentwurf wurden geeignet erscheinende *Schritte*, d. h. Mittel bzw. Zwischenziele antizipiert. Für die Fortsetzung des Erwerbslebens beispielsweise hatte der Patient drei prinzipielle Möglichkeiten. Einerseits konnte er planen, seine bisherige Arbeit ohne Einschränkungen im gleichen Betrieb und bei dem gleichen Arbeitgeber fortzusetzen. Andererseits konnte er eine Veränderung seiner Erwerbsarbeit anstreben, von einer, der Leistungsfähigkeit des Patienten entsprechenden Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes bis hin zu einem innerbetrieblichen Wechsel. Schließlich konnte er eine Stelle bei einem anderen Arbeitgeber suchen wollen. Die einzelnen Schritte wurden bis hin zu der Ebene entworfen, wo diese den Interviewteilnehmern als nicht weiter auflösungsbedürftig, sondern fraglos gegeben erschienen.

(3) Der Handlungsentwurf ist mit einem Handlungsziel, einem Um-Zu-Motiv verbunden, das den Entwurf handlungswirksam werden lässt, da es das Wollen der Realisierung motiviert.

Die berufsbiographischen Handlungsentwürfe beruhten auf der Vergegenwärtigung eines zukünftig zu schaffenden bzw. aufrechtzuerhaltenden Zustands, d.h. an einer durch eine Handlung potenziell realisierbaren Handlungsfolge. Diese stellt das *Um-Zu-Motiv* für einen Handlungsentwurf dar und lässt ihn handlungswirksam werden. Wie bereits dargestellt, nahm die medizinische Forschungsliteratur eine finanzielle Kosten-Nutzen-Abwägung des Patienten als handlungswirksames Um-Zu-Motiv an. Beispielsweise konnte einem Patienten die kontinuierliche und in etwa gleichwertige finanzielle Versorgung einer Patientenfamilie sowohl durch die Fortsetzung der Erwerbsphase und den Bezug eines Arbeitseinkommens, als auch durch den Beginn der Ruhestandsphase und den Bezug einer Erwerbsunfähigkeitsrente oder durch das Abwarten und Verharren in der Patientenrolle unter Ausschöpfung des Krankengeldes gelingen. Ein Um-Zu-Motiv wurde in den Interviews nur dann als thematisiert angesehen, wenn eine Motivation direkt mit einem Handlungsentwurf in Verbindung gebracht wurde. Wurde die finanzielle Absicherung einer Patientenfamilie mit Erwerbsarbeit in Verbindung gebracht, ohne dass ein Bezug zu konkreten Handlungsplänen vorlag, so wurde diese Aussage als Äußerung einer allgemeinen Einstellung des Patienten zur Arbeit betrachtet. Zum Um-Zu-Motiv wurde diese Aussage, wenn sie eindeutig mit der geplanten Fortsetzung des Erwerbslebens nach der Operation verknüpft wurde. Die Um-Zu-Motive bilden also die Bezugspunkte der Handlungsrationalität der Patienten ab.

³ Die Fortsetzung des Erwerbslebens, der Ausstieg aus dem Erwerbsleben und das Abwarten sind de facto natürlich Entwürfe und Handlungen, die nicht einmal für alle Zeit umgesetzt werden können, sondern in jedem Moment bestätigt und aufrecht erhalten werden müssen. Die Fortsetzung des Erwerbslebens kann zu jedem Zeitpunkt unterbrochen werden, sei es durch Frühberentung, Sozialhilfe oder eine anderweitige Form des Ausstiegs. Ebenso kann zu jedem Zeitpunkt auch eine Erwerbstätigkeit aufgenommen werden, übersteigt sie ein gewisses Maß, so wird dies Auswirkungen auf eine eventuelle Rentenhöhe bis hin zur Streichung der Frührente haben, bis schließlich das Erwerbsleben als wieder aufgenommen betrachtet werden muss. Ob dies der Arbeitsmarkt bzw. das System sozialer (und privater) Sicherung im individuellen Fall ermöglicht, ist allerdings eine andere Frage. Schließlich kann das Abwarten zugunsten eines anderen berufsbiographischen Handlungsentwurfs bzw. einer anderen berufsbiographischen Handlung aufgegeben werden.

(4) Motiviert im Sinne eines Weil-Motivs wird ein Handlungsentwurf durch eine zeitlich vor dem Handlungsentwurf liegende Erfahrung.

Das Spektrum der Erfahrungen, die einen berufsbiographischen Handlungsentwurf anregen können, reicht von lebensgeschichtlich entwickelten Einstellungen des Patienten wie der Einstellung zur Arbeit über seine jüngeren eher situationsgebundenen Erfahrungen am Arbeitsplatz bis hin zu der Frage des Interviewers nach den zukünftigen Erwartungen. Die *Weil-Motive* wurden nicht systematisch analysiert, da sie im Rahmen der vorliegenden Untersuchung, in deren Mittelpunkt die Frage nach der Handlungs rationalität der Patienten, d. h. insbesondere der Intentionalität der Patienten, weniger von Bedeutung waren.

(5) Schließlich muss ein Handlungsentwurf, um ein solcher zu sein, von dem Entwerfenden auch als in seiner Reichweite liegend, d. h. als realisierbar, angesehen werden.

Ein berufsbiographischer Handlungsentwurf unterscheidet sich dadurch von einem bloßen Gedanken, dass er von dem Patienten in *Reichweite* gesehen wird. Eine im Interview entworfene Handlung wurde grundsätzlich als vom Patienten in Reichweite gesehen eingestuft, wenn sie nicht als unrealistisch verworfen und/oder negiert wurde. Sah ein Patient unter Berücksichtigung der aktuellen Arbeitsmarktlage beispielsweise keine Chance, auf dem externen Arbeitsmarkt eine leichtere Beschäftigung zu finden, wurde diese Möglichkeit also als aussichtsloses Unterfangen bewertet, so handelte es sich bei dem Gedanken, den Arbeitgeber zu wechseln und dadurch das Erwerbsleben fortzusetzen, um die Familie finanziell abzusichern, um eine ‚Phantasie‘ und nicht um einen Handlungsentwurf.

Die Thematisierung einzelner Bestandteile eines Handlungsentwurfs wie Motive, Realisierungserwartungen und Mittel bzw. Zwischenziele im Interview spiegelt wieder, inwieweit der Patient sich diese bewusst macht, sie problematisiert, d.h. sich ihnen *reflexiv* zuwendet. Das Maß dieser Zuwendung hängt zunächst davon ab, inwieweit dem Patienten selbst diese Zwischenziele aufgrund seiner Erfahrung fraglos gegeben, also selbstverständlich sind. Des weiteren hängt die Zuwendung aber auch vom aktuellen sozialen Kontext, also der Interviewsituation ab. In einem gemeinsamen Aushandlungs- und Definitionsprozess der Interviewer und/oder Ehepartner bzw. Lebensgefährten wurden Themen bestimmt und besprochen, die diesen nicht fraglos gegeben waren. Die Zuwendung zu den einzelnen Bestandteilen eines Handlungsentwurfs war also wesentlich der Erfahrung und dem Wissen aller Interviewteilnehmer abhängig, dass der entworfenen Handlung ähnliche Vorgänge regelmäßig unter dem Einsatz gleicher Mittel zu den gleichen Zielen führen.

Die Fortsetzung bzw. die Beendigung des Erwerbslebens als zukünftige Handlung wurde also entweder als fraglose, selbstverständliche Handlungseinheit oder ergänzt durch explizit für notwendig gehaltene Mittel bzw. Teilziele, Um-Zu- und Weil-Motive, Handlungsalternativen und Realisierbarkeitserwartungen im Interview thematisiert.

Ein berufsbiographischer Handlungsentwurf konnte also im Interview nicht einfach in seiner ‚objektiv‘ vorhandenen Form erfragt werden, er wurde von den Interviewteilnehmern gemeinsam (re-)konstruiert. Dabei konnte es sich um eine Rekonstruktion eines bereits vorgedachten Entwurfes oder (zumindest in Teilen) um eine Neukonstruktion

eines Entwurfes handeln. Durch die Fallrekonstruktion schließlich wurde eine weitere Rekonstruktion des Fallverlaufs vorgenommen.

Zur empirischen Erfassung der beruflichen Verläufe und der berufsbiographischen Handlungsentwürfe wurden alle Interviewstellen getrennt nach den drei Interviews zusammengetragen, in denen die Themen *Fortsetzung des Erwerbslebens* und *Ausstieg aus dem Erwerbsleben* in irgendeiner Form aufgegriffen wurden. Diese wurden anschließend danach unterschieden, ob sie retrospektive Schilderungen oder in die Zukunft gerichtete Planungen thematisierten.

Die retrospektiven Schilderungen wurden zunächst chronologisch geordnet. Soweit sie sich auf das berufliche Geschehen vor dem Untersuchungszeitraum bezogen, wurden sie als berufsbiographischer Kontext des Patienten am analytischen Anfangspunkt des Fallverlaufs zusammengefasst. Die retrospektiven Darstellungen des beruflichen Geschehens während des Untersuchungszeitraums wurden anschließend zum weiteren beruflichen Verlauf zusammengefügt. Sie umfassten diejenigen, bereits verwirklichten Bestandteile eines vorangegangenen berufsbiographischen Handlungsentwurfs, die zum Interviewzeitpunkt vom Patienten oder einem anderen Interviewteilnehmer für relevant gehalten und deshalb in das Gespräch eingebracht wurden. Hierbei konnte es sich beispielsweise um vorausgegangene Gespräche und/oder Absprachen am Arbeitsplatz mit Kollegen, Vorgesetzten und Arbeitgebern bzw. mit Ärzten, z. B. niedergelassenen Ärzten oder in der Angiographieklinik handeln.

Die in die Zukunft gerichteten Planungen wurden als Handlungsentwürfe rekonstruiert. Dabei entstanden für jede Fallrekonstruktion drei Handlungsentwürfe, jeweils einer zu jedem der drei Interviewzeitpunkte. Im präoperativen Interview einen Monat vor der Operation kam in jedem Fall, spätestens durch die Intervention des Interviewers, zur Sprache, welche berufsbiographische Handlung der Patient für die Zeit nach der Operation entwarf: die Fortsetzung des Erwerbslebens, den Ausstieg aus dem Erwerbsleben oder das Abwarten weiterer Entwicklungen. Es kam nicht immer zur Sprache, welche der Handlungsalternativen er verwarf, welche Um-Zu-Motive er hatte, also welches Handlungsziel er verfolgte, welche Weil-Motive er hatte, also was ihn in der Vergangenheit zu dem Entwurf veranlasst hatte, ob und wieweit er den Entwurf in Reichweite sah und welche Mittel der Patient einsetzen wollte, um den Entwurf umzusetzen. Für das erste postoperative Interview drei Monate nach der Operation gilt das gleiche, es sei denn, dass der präoperative Entwurf zu diesem Zeitpunkt bereits realisiert bzw. gescheitert war. In dem zweiten postoperativen Interview eineinhalb Jahre nach der Operation kam nicht in allen Fällen ein weiterer, in die Zukunft gerichteter Handlungsentwurf zur Sprache, je nachdem wie selbstverständlich der weitere berufliche Verlauf für die Interviewpartner war.

Für die im Rahmen der Fallrekonstruktion auf individueller Ebene zu beantwortende Frage, ob die berufsbiographische Handlung eines Patienten aus dem berufsbiographischen Handlungsentwurf abzuleiten und damit im Sinne dieser Studie als rational anzusehen war, wurden zwei Bedingungen als ausschlaggebend angesehen.

Die erste Bedingung betraf die Übereinstimmung des postoperativen beruflichen Status mit dem *in den vorhergehenden Interviews* als Ziel genannten. Die Fallrekonstruktion berücksichtigte darüber hinaus, inwieweit die in den Handlungsentwürfen themati-

sierten Mittel eingesetzt und entworfene Zwischenziele verwirklicht wurden. Dabei galt die erste Bedingung auch dann als erfüllt, wenn die berufsbiographischen Handlungen sich auf postoperativ an die Umstände angepasste Handlungsentwürfe bezogen.

Die zweite Bedingung ergab sich aus Überlegungen zu der These der negativen Verlaufskurve. Nach Schütze (1981) kann man die Irrationalität von Patienten zwar so fassen, dass diese nicht in der Lage sind, eine Übereinstimmung von Handlungsentwürfen und Handlungsergebnissen herzustellen. Damit wäre aber nur das Scheitern gefasst, von dem prinzipiell jeder Handlungsentwurf (auch der eines Gesunden) bedroht ist. Zentral für Schützes Konzept ist der Zusammenbruch der Handlungsorientierung, der in einer Übernahme der Kontrolle über den Lebenslauf durch entsprechende Institutionen resultiert. Demnach ist die Rekonstruktion des Geschehens durch den Patienten im postoperativen Interview von großer Bedeutung. Trotz Scheiterns kann die Handlungsorientierung der Patienten unberührt bleiben, d.h. das Scheitern kann ein Punktuelleres bleiben, das nicht in eine negative Verlaufskurve einmündet. Demgegenüber kann die Übereinstimmung von Handlungsentwurf und postoperativer Fortsetzung der Erwerbsphase oder der Beginn der Ruhestandsphase weniger als Resultat individuellen rationalen Handelns, sondern als Resultat des Prozessiertwerdens durch relevante Institutionen rekonstruiert werden. Die zweite Bedingung dafür, dass die postoperative Lebensphase als intendierte Handlungsfolge angesehen werden konnte, lag also darin, dass der Patient den postoperativen beruflichen Verlauf als *Handlung* darstellte und nicht als Prozessiertwerden durch Institutionen bzw. Erleiden einer fremdbestimmten Entwicklung.

Als rationale Handlung galt also die Realisierung des während der prä- oder postoperativen Krankenschreibungsphase entstandenen bzw. modifizierten Handlungsentwurfs: der Fortsetzung des Erwerbslebens, des Ausstiegs aus dem Erwerbsleben oder des Abwartens weiterer Entwicklungen (Intentionalität) *und* die Rekonstruktion dieses Geschehens als intendierte und vollzogene Handlung (Reflexivität).

Die einzelnen Fallrekonstruktionen wurden folgendermaßen aufgebaut: Zunächst wurde der Patient in seinen Lebensumständen kurz vorgestellt und der präoperative berufliche Verlauf bis zum ersten (präoperativen) Interview als berufsbiographischer Kontext, der die berufliche Ausgangsbasis beschreibt, thematisiert. Anschließend wurde der präoperative berufsbiographische Handlungsentwurf rekonstruiert. Aus dem zweiten Interview wurden der postoperative berufsbiographische Handlungsentwurf und im Interview angesprochene, bereits vollzogene Schritte des vorausgegangenen präoperativen Handlungsentwurfs geschildert. Dabei wurde gezeigt, inwieweit sich die berufsbiographischen Handlungsentwürfe der einzelnen Patienten im Verlauf der präoperativen Phase der Krankenschreibung, der Operation und der postoperativen Phase der Krankenschreibung bis zum Interviewzeitpunkt veränderten. Danach wurde der weitere berufliche Verlauf aus der Sicht des dritten Interviews rekonstruiert und in Beziehung mit dem prä- bzw. postoperativen Handlungsentwurf gesetzt. Dadurch konnte dieser Verlauf als Realisierung oder Scheitern des Handlungsentwurfs interpretiert werden. Im Anschluss wurde ggf. ein zweiter postoperativer berufsbiographischer Handlungsentwurf aufgezeigt. Die zentralen Darstellungen der Interviewteilnehmer wurden durch ausgewählte Textpassagen im Wortlaut illustriert. Abschließend wurde die Frage nach den Bezugspunk-

ten der Handlungsrationalität des Patienten diskutiert. Dieses Vorgehen soll an einem exemplarischen Fall verdeutlicht werden:

Fall 07P (soz. Statuslage IV): Der 50-jährige Patient wohnt mit seiner Ehefrau und der 20-jährigen Tochter im eigenen Haus, der 26-jährige Sohn lebt in einer anderen Stadt. Nach wechselnden Anstellungen arbeitet der gelernte Karosserieklempner und Kühlerbauer zunächst bei der Bahn und später bei den Städtischen Verkehrsbetrieben als Busfahrer. Die letzten 2,5 Jahre ist er dort als Bürobote beschäftigt. Seine Ehefrau hat eine kaufmännische Ausbildung und ist in einem Büro als Aushilfe teilzeitbeschäftigt.

Im Mittelpunkt des berufsbiographischen Kontexts des Patienten steht eine von den Inhalten eher unabhängige Einstellung zur Arbeit. Arbeit ist für ihn generell eine sinnvolle Gestaltung und Strukturierung des Alltags: Er arbeitet immer gerne; keine Arbeit ist ihm zu viel. Dennoch trauert er etwas dem Verlust seiner früheren Tätigkeit als Busfahrer nach, die er im Alter von 47 Jahren wegen eines Herzinfarktes aufgeben muss. Anschließend arbeitet er bei dem gleichen Arbeitgeber als Bürobote weiter. Dieser neuen Tätigkeit steht der Facharbeiter eher neutral gegenüber. Während er die Inhalte seiner Tätigkeit als Bürobote im präoperativen Interview nur kurz und ohne Bewertung darstellt, beschreibt er seine Tätigkeit als Busfahrer mit etwas mehr Engagement. Manchmal denkt er daran, dass er gerne wieder Busfahren würde. Er sieht dies aber nicht mehr in seiner Reichweite, da er das Fahren eines Busses wegen seines Herzinfarktes nicht mehr verantworten kann. Doch auch als Bürobote arbeitet er gern. Insgesamt mutet er sich trotz seines Herzinfarktes immer wieder zu viel zu, da er anderen nicht bei der Arbeit zuschauen kann.

Zweieinhalb Jahre nach seinem Arbeitsplatzwechsel wird die Operationsindikation gestellt. In bezug auf sein berufliches Leben scheint diese *einen Monat vor der Operation* für den Patienten zunächst keinen besonderen Einschnitt zu bedeuten. Als der Interviewer ihn auf mögliche Probleme mit der Arbeit anspricht, reagiert der Patient etwas überrascht:

I: und haben Sie mal mit dem Hausarzt
so über Arbeit gesprochen
also wie das jetzt nachher dann werden soll

P: hiernach
jetzt
nach der Operation

I: ja

P: ich nehme an doch
dass ich dann weiter Bote mache gell (I: mhm)
und ich hab die Stelle fest
die ham mir das
das hab ich
einen neuen Arbeitsvertrag mit der Stadt Pronnz
Stadtwerke

dass ich da als Bote eingesetzt bin
und ich glaube
bis jetzt hab ich noch nichts Nachteiliges
mach ich weiter Bote (I: mhm)
da bleib ich auch
ich versteh mich auch jetzt
ich hab mich da eingelebt ne

(07P, I, A 19.00-21.05)

Die Interviewpassage zeigt, dass der Patient sich zu diesem Zeitpunkt offensichtlich seiner beruflichen Zukunft sicher ist. Er macht deutlich, dass sich sein Handlungsentwurf auf die Fortsetzung seines Erwerbslebens richtet. Als Zwischenziel (bzw. Mittel für die Realisierung) seines Handlungsentwurfs ist für ihn die Wiederaufnahme und Weiterführung seiner bisherigen Tätigkeit selbstverständlich, hat er doch diesbezüglich noch nichts Nachteiliges gehört. Zeitliche oder inhaltliche Einschränkungen seiner Tätigkeit werden nicht thematisiert.

Da der Patient die Weiterführung seiner Tätigkeit fraglos voraussetzt, ist es folgerichtig, dass er die prinzipielle Handlungsalternative, den Ausstieg aus dem Erwerbsleben, erst gar nicht anspricht. Auch von dem Interviewer und seiner Ehefrau wird diese Selbstverständlichkeit nicht problematisiert. Die Frage nach einem Gespräch mit dem Hausarzt nimmt der Patient gar nicht erst auf. Das Thema Beruf und Arbeit ist an dieser Stelle beendet, ein möglicher Ausstieg aus dem Erwerbsleben oder ärztliche Empfehlungen bezüglich der beruflichen Zukunft werden auch im weiteren Interviewverlauf nicht mehr angesprochen. Der Patient entwirft die Fortsetzung seines Erwerbslebens vor der Operation also mit großer Selbstverständlichkeit.

Drei Monate nach der Operation ist sich der Bürobote bei gutem kardialen Status zwar weiterhin völlig sicher, dass er an seine bisherige Arbeitsstelle zurückkehren wird, er hält es nun aber für nötig, die Handlungsalternative einer möglichen Frühberentung anzusprechen und ausdrücklich auszuschließen. Der Patient führt für die geplante Fortsetzung seines Erwerbslebens zwei Um-Zu-Motive an. Zum einen fühlt er sich noch zu jung für eine Berentung. In der folgenden Textstelle stützt sich der Patient auf den Kommentar eines AHB-Arzttes um zu begründen, dass er in seinem Alter noch nicht aus dem Erwerbsleben aussteigen will:

P: er meint
ich wär noch en bischen jung ((lacht)) (I: mhm)
naja
un weil ich im öffentlichen Dienst bin
ich hab leichte Arbeit
naja
auf der anderen Seite (.)
(.) is wirklich noch en bischen früh

(07P, II, A 09.15-09.55)

Der Patient macht deutlich, dass er an seinen Arbeitsplatz zurückkehren will, um zu vermeiden, im Alter von 50 Jahren bereits zum Frührentner wird. Für ihn ist es wichtig, die gesellschaftliche Norm zu erfüllen, die gesunde Menschen (insbesondere Männer) bis zu einem bestimmten Alter zur Erwerbstätigkeit verpflichtet. Es geht ihm um die Bewahrung seiner Respektabilität als vollgültiges Mitglied der Gesellschaft. Das zweite Um-Zu-Motiv liegt in der Befürchtung, dass es ihm zu Hause langweilig werden könnte:

P: wenn ich zu Haus bleibe
es wird (.) wahrscheinlich langweilig werden (I: mhm)
mit der Zeit (.)
trotzdem
ich hätte Arbeit genug ((lacht)) (I: ja (lacht))

E: ja aber das wär gleich wieder welche
die (P: ja) net so angebracht wär ((lacht)) (P: ja) gell
also (.) Dachdecken ((lacht))
wissen Se (I: ahja)

P: die Heizung muss erneuert werden (E: ja)

I: ah ja
da ham Sie schon mal größeres vor ((lacht))

E: ((lacht)) (I: ahja)
soviel Schreibkram ham wir net
dass er das machen kann (P: nee)
leichte Arbeit

P: un da bin ich auch net so für (I: mhm)
Schreibkram bin ich net so

(07P, II, A 09.55-11.15)

Es gibt für ihn zu Hause also keine Arbeiten, für die er sich gesund genug fühlt oder mit denen er sich beschäftigen möchte. An dieser Interviewstelle wird die bereits als allgemeine Einstellung zur Arbeit angesprochene sinnvolle Gestaltung und Strukturierung des Alltags durch Erwerbsarbeit ausdrücklich auch als Um-Zu-Motiv des Patienten für die Fortsetzung seines Erwerbslebens angeführt.

Auch in der AHB-Klinik war man der Ansicht, dass er für eine Berentung noch zu jung sei. Dadurch, dass er die Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit in der AHB anspricht, unterstreicht er, dass sich sein Handlungsentwurf in Reichweite befindet, da auch die Ärzte von einem ausreichenden Leistungsvermögen ausgehen. Die Arbeitsinhalte sind auch nach der Operation kein Gesprächsthema.

Vergleicht man den prä- und den postoperativen Handlungsentwurf, so wird deutlich, dass die Thematik der Rückkehr zur Arbeit nach der Operation etwas weniger selbstverständlich ist. Der Patient reflektiert nun die Um-Zu-Motive für seinen Handlungsentwurf, begründet seine Entscheidung mit einer ärztlichen Stellungnahme und lehnt einen

Ausstieg aus dem Erwerbsleben ausdrücklich ab. Noch immer stellt er aber die entworfen Handlung, die Fortsetzung seines Erwerbslebens, und das Mittel, die Weiterführung seiner Tätigkeit als Bürobote, nicht in Frage.

Sechs Monate nach der Operation nimmt der gelernte Karosserieklempner und Kühlerbauer bei gutem kardialen Zustand seine bisherige Tätigkeit als Bürobote wieder auf. Allerdings sollte der Patient zunächst innerhalb der Städtischen Verkehrsbetriebe in den Schaltdienst beim Fahrkartenverkauf versetzt werden. Es gelingt ihm aber, seine Arbeit als Bürobote ohne Einschränkungen zu behalten. Dadurch kommt er oft in die Stadt; in einem Schalter hätte er sich eingesperrt gefühlt.

In dem Interview *eineinhalb Jahre nach der Operation* thematisiert er den Ausstieg aus dem Erwerbsleben, aber auch jetzt, ohne diesen als Möglichkeit für sich selbst in Betracht zu ziehen. Bei andauernd gutem kardialen Status plant er auch für die weitere Zukunft, sein Erwerbsleben fortzusetzen, noch immer sind die Um-Zu-Motive sein Alter und die fehlende sinnvolle Alltagsstrukturierung zu Hause. Wegen einer zu hohen Leistung auf dem Fahrradergometer bei einer Untersuchung wird er nicht länger als Schwerbehinderter anerkannt. Obwohl er im Moment eine Frühberentung noch ablehnt, ist er vor allem darüber enttäuscht, dass er so im Alter von 60 Jahren keine Altersrente für Schwerbehinderte beantragen kann. Erst in zweiter Linie stört es ihn, dass ihm steuerliche und andere finanzielle Vergünstigungen entgehen. Dass die Pflichterfüllung neben der sinnvollen Alltagsstrukturierung durch Erwerbstätigkeit ein weiteres wichtiges Merkmal seiner Einstellung zur Arbeit ist, zeigt sich an seinem Ärger über Patienten, denen eine Frühberentung zu leicht zuerkannt wird. Ärztliche Stellungnahmen oder Empfehlungen werden im Zusammenhang mit der Umsetzung des Handlungsentwurfs nicht mehr thematisiert.

Sein Erwerbsleben will der Bürobote auch in Zukunft fortsetzen. Auch für diesen Handlungsentwurf nach gelungener Arbeitsrückkehr sind die Um-Zu-Motive die sinnvolle Gestaltung und Strukturierung des Alltags durch die Erwerbsarbeit und die Sicherung seiner Respektabilität als vollgültiges Mitglied der Gesellschaft. Er fühlt sich weiterhin zu jung für eine Frühberentung, auch wüsste er nicht, was er in diesem Falle zu Hause tun sollte.

Zusammenfassend kann von dem Fallverlauf gesagt werden, dass die Realisierung der Fortsetzung des Erwerbslebens des Patienten trotz andauernd guten kardialen Status weniger selbstverständlich als geplant verläuft. Das Zwischenziel, die Wiederaufnahme seiner bisherigen Tätigkeit als Bürobote, wurde von seinem Arbeitgeber in Frage gestellt, da er zunächst in den Schaltdienst versetzt werden sollte. Dass er sein Erwerbsleben aber auf die ein oder andere Weise fortsetzen würde, stand im gesamten Verlauf für den Patienten nicht in Frage.

Diese Fallgeschichte zeigt deutlich die *Rationalität* des handelnden Patienten. Bereits vor, aber auch nach der Operation äußert er die *Intention*, sein Erwerbsleben mittels seiner bisherigen Arbeit als Bürobote ohne Einschränkungen wieder aufzunehmen. Es gelingt ihm, diesen Handlungsentwurf zu verwirklichen, obwohl sein Arbeitgeber zunächst andere Pläne hatte. Auch für die weitere Zukunft plant er weiterzuarbeiten. Nicht nur in der Darstellung seiner Intentionen, auch in den Begründungen seiner Entscheidung, vor allem in der postoperativen Äußerung eines Um-Zu-Motivs, wird erkennbar,

dass er seine berufsbiographischen Handlungen *reflektiert*. Eine biographische Wende wird von dem Patienten zu keinem Zeitpunkt angestrebt und auch nicht erwartet. Allerdings wird deutlich, dass er diese Option, die sich im Zusammenhang mit der Bypassoperation durch die Anerkennung als Schwerbehinderter ergibt, gerne für eine biographische Wende zu einem späteren Zeitpunkt genutzt hätte.

Die Handlungsziele, die sich in den Um-Zu-Motiven widerspiegeln, hat der Patient offenbar erreicht, denn er möchte auch in Zukunft nichts an seiner beruflichen Situation ändern. Er fühlt sich zu jung für eine Frühberentung und er findet zu Hause keine Arbeit, die leicht genug für ihn ist und ihm zusagt; er würde sich im Falle einer Frühberentung zu Hause langweilen. Deshalb möchte er weiterhin als Bürobote arbeiten. Die *Bezugspunkte der Rationalität* des Patienten liegen also einerseits explizit darin, seinen *Alltag durch die Arbeit* wie bisher auf vertraute Art und Weise *sinnvoll zu strukturieren und zu gestalten* und seine alltäglichen Handlungsroutinen beizubehalten. Andererseits will er seine Respektabilität als vollgültiges Mitglied der Gesellschaft sichern, die er durch eine Frühberentung in seinem Alter bedroht sieht.

4.3 Fallkontrastierung und Gruppen ähnlicher Fälle

Die Bildung von Gruppen ähnlicher Fälle beruhte, dem forschungsleitenden Interesse entsprechend, auf den heuristischen Anfangspunkten der Fallverläufe, wie sie in den Fallrekonstruktionen herausgearbeitet werden, d.h. auf ähnlichen präoperativen berufsbiographischen Handlungsentwürfen. Durch den Vergleich der beruflichen Verläufe bei gleicher Ausgangslage (gleichen Handlungsentwürfen) wurde die Identifikation von Einflüssen und Kontexten möglich, die die Realisierung von Handlungsentwürfen ermöglichten oder erschwerten. Wichtig ist bei diesem Vorgehen, dass die Einzelfallperspektive auch bei der Gruppenbetrachtung nicht verwischt wird. Die Verlaufsbetrachtung muss weiterhin den Kern der Analyse bilden.

Es wurden fünf Fallgruppen gebildet, d.h. fünf verschiedene Ausgangslagen unterschieden. In der ersten Fallgruppe waren sich die Patienten sicher, dass sie ihren Handlungsentwurf, die Fortsetzung ihres Erwerbslebens, auch verwirklichen können. In der zweiten Fallgruppe stellten die Patienten die von ihnen intendierte Fortsetzung des Erwerbslebens in Frage. Die Patienten in der dritten Fallgruppe wollten präoperativ erst einmal die weiteren Entwicklungen abwarten und die Patienten in der vierten Fallgruppe strebten einen Ausstieg aus dem Erwerbsleben an. In der fünften, der kleinsten Fallgruppe, befanden sich die Patienten, bei denen kein präoperativer Handlungsentwurf festzustellen war. Im Weiteren wird ein kurzer Überblick über die erste Fallgruppe gegeben.

Im Überblick über die Fälle, in denen die Patienten sich vor der Bypassoperation sicher waren, dass sie postoperativ ihr Erwerbsleben fortsetzen werden, lässt sich folgendes sagen: Die Patienten planten die Rückkehr an ihren bisherigen Arbeitsplatz, wobei sie – häufig bereits sehr konkret – Veränderungen der Arbeitsabläufe und/oder der Arbeitsbedingungen in ihre Überlegungen einbezogen, die den Wiedereinstieg und die langfristige Fortsetzung ihres Berufslebens ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend ermöglichen sollten. Bei andauernd gutem kardialen Status gelang es im weiteren Verlauf allen Patienten, ihre bisherigen Arbeitsplätze zu erhalten. Sie konnten – mit zwei Ausnahmen – ihre Ar-

beit ihrer postoperativen Leistungsfähigkeit entsprechend beschränken und umgestalten, in einem Fall fand ein innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel statt. Nur zwei Patienten (07P, 01P) übten ihre bisherige Tätigkeit nach der Operation ohne Einschränkungen weiter aus. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der (bereits dargestellte) Patient 07P wegen eines zweieinhalb Jahre zurückliegenden Herzinfarkts präoperativ bereits einen Schonarbeitsplatz als Bürobote inne hatte und dass es dem Patienten 01P trotz Einschaltens der Betriebsärztin nicht gelang, Erleichterungen an seinem Arbeitsplatz zu erreichen.

In fünf Fällen gelang es den Patienten, ihren meist etwas veränderten Arbeitsalltag problemlos zu bewältigen. In drei Fällen waren die Patienten mit dem Verhältnis zwischen ihrer Leistungsfähigkeit und den Leistungsanforderungen an ihrem Arbeitsplatz unzufrieden. Aber nur in einem dieser drei Fälle zog der Patient eine Frühberentung für die nahe Zukunft in Betracht.

Die *Handlungsrationalität* der Patienten zeigte sich in der *Intentionalität* der Handlungsentwürfe und der Fähigkeit diese Intentionalität zum Teil bereits vor der Operation in einer Weise zu *reflektieren*, die dem tatsächlichen Verlauf sehr nahe kam. Dabei wurde deutlich, dass den Patienten dieser Fallgruppe sehr viel daran lag, möglichst geringe Veränderungen des Arbeitsalltags vorzunehmen und so viele Arbeitsroutinen wie möglich zu erhalten.

Die nach der Operation erfolgten, an der Leistungsfähigkeit der Patienten orientierten *Veränderungen am Arbeitsplatz* (einschließlich innerbetrieblicher Stellenwechsels) waren als Mittel zur Fortsetzung des Erwerbslebens in der Regel bereits präoperativ (in zwei Fällen erst postoperativ) Bestandteil des berufsbiographischen Handlungsentwurfs. Am Arbeitsplatz wurden diese aber erst nach der Operation besprochen und konkretisiert. Nur in zwei Fällen wurde bereits in dem präoperativen Interview ein solches Gespräch mit Vorgesetzten oder Kollegen angesprochen; in einem Fall wurde weder prä- noch postoperativ eine Absprache am Arbeitsplatz thematisiert. Die Patienten setzten die geplanten Veränderungen durch, einige auch noch darüber hinausgehende Erleichterungen. In fast allen Fällen gelang so die aktive, möglichst weitgehende Sicherung des bisherigen Arbeitsalltags und der damit einhergehenden Handlungsrouinen.

Die Handlungsentwürfe umfassten in der Regel prä- und postoperativ zwei *Zwischenziele*: die Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz und dessen, der erwarteten postoperativen Leistungsfähigkeit entsprechende Umgestaltung.

Die *Bezugspunkte der Handlungsrationalität* spiegelten sich in der Regel in den Um-Zu-Motiven der Patienten für ihre Handlungsentwürfe wider. In fünf der acht Fälle (07P, 37P, 36P, 01P, 21P) kamen zusammen mit anderen Um-Zu-Motiven die *sinnvolle Gestaltung und Strukturierung des Alltags durch Erwerbsarbeit* zur Sprache. In vier Fällen wurde die *Sicherung des finanziellen Versorgungsniveaus der Familien durch Erwerbsarbeit* entweder alleine (38P) oder gemeinsam (36P, 39P, 01P) mit anderen Um-Zu-Motiven thematisiert. Ebenfalls in vier Fällen (07P, 37P, 36P, 39P) wurde die *Sicherung der Respektabilität durch Erwerbsarbeit* gemeinsam mit einem anderen Um-Zu-Motiv angesprochen. Dabei stand in drei dieser vier Fälle das Alter der Patienten im Vordergrund. Sie wollten vermeiden, in ihrem Alter (49-50 Jahre) bereits in Rente zu gehen, und so ihre

Respektabilität zu gefährden. In einem Fall wurde neben der Alltagsgestaltung auch das *Voranbringen des Familienbetriebs* genannt (2IP).

Darüber hinaus zog ein Patient eineinhalb Jahre nach der Operation eine Frühberentung in Betracht. In diesem Fall wurde als Um-Zu-Motiv für den Ausstieg aus dem Erwerbsleben *die Erhaltung der verbliebenen Gesundheit durch Frühberentung* angesprochen (2IP).

Ärztliche Stellungnahmen wurden präoperativ nur in einem Fall mit der Entscheidung für die Fortsetzung des Erwerbslebens und gegen den Ausstieg aus dem Erwerbsleben in Verbindung gebracht. Im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt und der Form der Arbeitsrückkehr wurden vor der Operation keine ärztlichen Stellungnahmen thematisiert. In einem Fall erwähnte der Patient, dass er über seine berufliche Zukunft mit einem Arzt noch nicht gesprochen habe. Drei Monate nach der Operation bezogen sich die thematisierten ärztlichen Stellungnahmen in den meisten Fällen nur auf den Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit, nicht aber auf die Frage, ob das Erwerbsleben überhaupt fortgesetzt werden soll. In wenigen Fällen fühlten sich die Patienten während der postoperativen Krankenschreibungsphase durch die Ärzte verunsichert, jedoch in keinem Fall so sehr, dass die geplante Fortsetzung des Erwerbslebens dadurch in Frage gestellt wurde. Eineinhalb Jahre nach der Operation wurden Gespräche mit Ärzten, deren Stellungnahmen, Begutachtungen und Empfehlungen nur von einem Patienten mit der beruflichen Entscheidung in Zusammenhang gebracht, in der Hälfte der Fälle spielten diese bei der Gestaltung der Arbeitszeit und -organisation eine Rolle.

4.4 Bildung von Idealtypen

Auf der Basis der durch die Fallrekonstruktionen, die Fallkontrastierungen und die Bildung von Gruppen ähnlicher Fälle erworbenen Kenntnis der empirischen Verläufe und Fallhypothesen wurden als nächster Auswertungsschritt Idealtypen gebildet. Da die Gefahr besteht, dass sich eine solche Konstruktion zu sehr von der empirischen Wirklichkeit entfernt, wurden konkrete Fälle ausgewählt, die die idealtypischen Konstruktionen in möglichst reiner Form verkörpern. Damit diese Auswahl wiederum nicht willkürlich geschieht, mussten Auswahlkriterien formuliert werden, auf deren Basis alle Fälle geprüft und die geeignetsten ausgewählt wurden. In diesen Kriterien spiegelt sich dann wiederum die idealtypische Konstruktion wider.

Dabei stand die Frage im Vordergrund, wie es dazu kommt, dass ein berufsbezogener Handlungsentwurf umgesetzt wird bzw. dass die Umsetzung scheitert oder unter welchen Umständen ein vor der Operation gefasster Entschluss wieder verworfen wird – und nicht zuletzt, unter welchen Bedingungen überhaupt kein Entschluss zustande kommt oder dieser immer weiter verschoben wird.

Der Fragestellung und dem Erkenntnisinteresse der Arbeit entsprechend wurden zwei Idealtypen gebildet. Es wurden jeweils Kriterien bestimmt und expliziert, die die Entwicklungsdynamik der beiden langfristigen berufsbiographischen Alternativen, der *Fortsetzung des Erwerbslebens* und des *Ausstiegs aus dem Erwerbsleben*, in besonders reiner Form erkennen ließen. Die Kriterien für die Auswahl der beiden idealtypischen Fälle sollten das rationale Handeln der Patienten als Verlaufsmoment der berufsbiographischen

Entwicklungsdynamik in idealtypischer Weise zugrunde legen. Insofern galt die optimale Übereinstimmung der prä- und postoperativen Handlungsentwürfe mit den postoperativ realisierten Handlungen als zentrales Kriterium.

Wenn die berufsbiographische Rationalität der beiden langfristigen Alternativen *Fortsetzung des Erwerbslebens* und *Ausstieg aus dem Erwerbsleben* in idealtypischer Form möglichst rein verkörpert werden soll, so müssen die Patienten die postoperativ verwirklichte Alternative bereits präoperativ entworfen haben. Daher sind Intentionalität und Reflexivität des berufsbiographischen Handelns von größter Bedeutung für die Bestimmung der Kriterien. Im idealtypischen Fall sollten die präoperativ entworfenen Mittel und Zwischenziele postoperativ sowohl eingesetzt und erreicht, als auch von den Patienten im Interview als für den Verlauf bedeutsam reflektiert werden.

Die Fallkontrastierung hatte gezeigt, dass die Patienten, die eine langfristige Fortsetzung ihres Erwerbslebens realisierten, bereits präoperativ Änderungen der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation miteingeplant und postoperativ mit ihren Arbeitgebern, Kollegen und/oder Vorgesetzten besprochen hatten. Dennoch war es das Ziel von fast allen Patienten, ihren bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten und möglichst wenige Veränderungen am Arbeitsplatz in Kauf nehmen zu müssen. Der Patient, der die Fortsetzung des Erwerbslebens im gesamten Verlauf optimal verkörpert und deshalb als idealtypischer Fall ausgewählt wird, musste deshalb den folgenden fünf Kriterien in möglichst reiner Form genügen:

1. Planung und Realisierung einer dauerhaften Fortsetzung des Erwerbslebens anhand präoperativ beschriebener Mittel und Zwischenschritte,
2. Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes,
3. möglichst geringe Veränderungen des Arbeitsplatzes und
4. Rekonstruktion des beruflichen Verlaufs im Interview als weitgehend selbstbestimmte Handlung,
5. die einem explizierten Handlungsziel dient (Um-Zu-Motiv).

Diese Kriterien erfüllte der Patient 27P am besten. Der Feinmechanikermeister plante bereits präoperativ die langfristige Fortsetzung seines Erwerbslebens. Als notwendige Zwischenschritte bzw. Mittel antizipierte er die Wiederaufnahme seiner bisherigen Tätigkeit in vollem Umfang und den Einsatz seines Urlaubs zur langsamen (Wieder-) Anpassung an den Arbeitsprozess. Es gelang ihm nicht nur, den bisherigen Arbeitsanforderungen zu genügen. Eineinhalb Jahre nach der Operation betonte er, dass er trotz erhöhten Arbeitsanfalls »wirklich keine Probleme« habe. Der Patient rekonstruierte den beruflichen Verlauf als selbstbestimmte Handlung. Er war der Ansicht, dass seine schnelle Genesung und die baldige Wiederaufnahme seiner Tätigkeit auch auf die präoperativ von ihm herbeigeführte finanzielle Absicherung seiner Familie zurückzuführen war. Die Fortsetzung des Erwerbslebens diente drei Handlungszielen: der Gestaltung und Strukturierung seines Alltags durch eine sinnvolle Tätigkeit, der Sicherung seiner Respektabilität durch die

Erfüllung seiner gesellschaftlichen Pflicht zur Erwerbsarbeit und schließlich der finanziellen Absicherung des bisherigen Lebensstandards seiner Familie.

Patienten, die postoperativ den Ausstieg aus dem Erwerbsleben realisierten, beschrieben ebenfalls bereits präoperativ notwendige Zwischenschritte ihres Handlungsentwurfs. Das Ziel der Patienten lag darin, sich von den restriktiven Bedingungen der Erwerbstätigkeit zu befreien und den Alltag nach eigenen Vorstellungen zu gestalten und zu strukturieren. Dabei war es in allen Fällen wichtig, eine finanzielle Versorgung zu erreichen, die den bisherigen Lebensstandard weitgehend sicher stellt. Der Patient, der den Ausstieg aus dem Erwerbsleben im gesamten Verlauf in optimaler Weise verkörpert und als idealtypischer Fall gelten kann, musste deshalb folgende Kriterien in möglichst reiner Form erfüllen:

1. Planung und Realisierung eines dauerhaften Ausstiegs aus dem Erwerbsleben anhand präoperativ beschriebener Mittel und Zwischenschritte,
2. Gestaltung und Strukturierung des Alltags dem Handlungsentwurf entsprechend,
3. weitgehende finanzielle Absicherung des bisherigen Lebensstandards und
4. Rekonstruktion des Verlaufs im Interview als weitgehend selbstbestimmte Handlung,
5. die einem explizierten Handlungsziel dient (Um-Zu-Motiv).

Diese Kriterien erfüllte der Patient 14P im Verlauf am besten. Von Beginn an plante der im Wetterdienst der Bundeswehr angestellte Patient seinen Ausstieg aus dem Erwerbsleben. Er erörterte eine mögliche Fortsetzung des Erwerbslebens mit seinen Voraussetzungen und möglichen Folgen wie Umschulung, innerbetrieblicher Tätigkeitswechsel und/oder Standortversetzung ausführlich mit dem Personalrat. Der Patient wollte eine mögliche Versetzung an einen anderen Standort verhindern und beantragte schon vor der Operation seine vorgezogene Pensionierung. Der Patient 14P war der einzige Patient in der Studienpopulation, dem es innerhalb des Untersuchungszeitraumes gelang, in seinem Alltag als Frührentner alle Aktivitäten zu integrieren, die er präoperativ geplant hatte. Nach der Pensionierung arbeitete der Patient in der Kantine seiner Lebensgefährtin und betrieb ein Kunsthandwerk. Darüber hinaus ging er bei einem Kfz.-Händler noch einer Nebenbeschäftigung nach. Dadurch gelang es ihm, finanzielle Einbußen, die sich aus seiner vorgezogenen Pensionierung ergaben, auszugleichen. Der Patient stellte heraus, dass der Ausstieg aus dem Erwerbsleben auf seine Initiative zurückging, und dass er seinen Alltag als Frührentner vor allem durch das Kunsthandwerk seinen eigenen Neigungen entsprechend gestalten und strukturieren konnte.

4.5 Fallkonfrontierung

Die Fallkonfrontierung machte im nächsten Schritt deutlich, inwieweit die anderen Fälle der Studie von den idealtypischen Fällen abwichen. Es konnte gezeigt werden, welche

Aspekte für die Verläufe von besonderer Bedeutung waren und inwieweit die Fälle, in denen die Patienten ihre berufsbiographischen Handlungsentwürfe nicht oder nicht optimal realisieren konnten, in diesen Aspekten abweichend waren. So ergab sich die Möglichkeit, diejenigen Faktoren und Wirkkräfte, die das idealtypisch unterstellte rationale Handeln modifizieren, genauer in den Blick zu bekommen, d. h., das spezifisch Irrationale der Verläufe zu verstehen.

Da alle Patienten, die einen Ausstieg aus dem Erwerbsleben planten, ihren Handlungsentwurf verwirklichen konnten, wurde die Fallkonfrontierung nur in bezug auf die Fortsetzung des Erwerbslebens durchgeführt. Deshalb werden im weiteren nur diejenigen Fälle vorgestellt, deren Abweichung von dem Idealtypus (Patient 27P) beispielhaft Aufschluss darüber geben, welche sozialen und medizinischen Kontexte eine Fortsetzung des Erwerbslebens erschweren bzw. erleichtern.

Außer dem Patienten 27P planten nur drei Patienten in der gesamten Studienpopulation von Beginn an keine dauerhaften Veränderungen ihrer bisherigen Tätigkeit. Einer dieser drei Patienten, der Patient 01P, ging präoperativ davon aus, dass er die von ihm gewünschten Veränderungen an seinem Arbeitsplatz nicht würde umsetzen können. Es gelang ihm nach der Operation trotz der Unterstützung durch die Betriebsärztin tatsächlich nicht, die Anforderungen an seinem Arbeitsplatz an seine Leistungsfähigkeit anzupassen. Die beiden anderen Patienten, 07P und 18P, waren wegen eines Herzinfarkts bereits vor der Operation auf einem Schonarbeitsplatz beschäftigt. Ihnen gelang es, ihre bisherige Tätigkeit ohne Probleme dauerhaft wieder aufzunehmen.

Die Konfrontation dieser drei Fälle mit dem idealtypischen Verlauf weist bereits auf einen Aspekt hin, der für die optimale Realisierung der Fortsetzung des Erwerbslebens von grundlegender Bedeutung ist: die Beschaffenheit des bisherigen Arbeitsplatzes. Die Leistungsanforderungen an den beiden Schonarbeitsplätzen der Patienten 07P und 18P waren gering, der Arbeitsplatz des Patienten 27P hingegen war kein Schonarbeitsplatz. Was war das Besondere an dem Arbeitsplatz des Patienten 27P, das ihm die Fortsetzung seines Erwerbslebens erlaubte? Der Patient gab darüber selbst Auskunft: er hatte an seinem Arbeitsplatz ausreichende Handlungsspielräume und Kontrollmöglichkeiten, so dass er die Arbeit selbstständig an sein Befinden und seine Leistungsfähigkeit anpassen konnte. Er konnte sich seine Pausen so einteilen, dass er in der Lage war, Leistungstiefs gut zu überbrücken und postoperativ sogar noch angewachsenen Arbeitsanfall adäquat zu meistern.

Konfrontiert man den Fall 10P mit dem idealtypischen Fall, so wird deutlich, dass bei weniger flexiblen Arbeitsbedingungen andere Anpassungsmöglichkeiten gefunden werden müssen. Der Patient 10P, der im Außendienst eines städtischen Versorgungsbetriebs für die Wartung und Reparatur von Fernwasserleitungen zuständig war, arbeitete in der Regel in einer Gruppe von drei bis vier Personen. Bei dieser Tätigkeit konnte der Arbeitsanfall nicht selbstständig reguliert werden; es musste erledigt werden, was anfiel. Deshalb bezog der Patient von Beginn an in seine Überlegungen mit ein, bestimmte Aufgaben in der Arbeitsgruppe nicht mehr zu übernehmen. Diese sollten dann an seine Kollegen übertragen werden. Dadurch musste der Patient 10P im Vergleich zu dem Patienten 27P gewisse Tätigkeitseinschränkungen am Arbeitsplatz hinnehmen. Die Fallkonfrontierung zeigt, dass fast alle Patienten, die dauerhaft an ihren Arbeitsplatz zurückkehrten, von sol-

chen Einschränkungen bzw. Veränderungen bis hin zu innerbetrieblichen Umsetzungen profitierten.

Anhand der Fallkonfrontierung können aber auch Arbeitsbedingungen herausgearbeitet werden die als berufsbiographischer Kontext die Fortsetzung des Erwerbslebens erschweren oder verhindern können. Der Patient 11P fühlte sich im Unterschied zu Patient 27P durch seine bisherige Arbeit als Maurer überfordert und sah weder geeignete innerbetriebliche Umsetzungsmöglichkeiten noch Chancen auf dem externen Arbeitsmarkt. So entschied er sich nach längerem Abwarten für eine Frühberentung. Noch deutlicher war der erschwerende Einfluss der rigiden Arbeitsplatzorganisation im Fall 06P. Der Patient versuchte, Arbeitserleichterungen gegen seinen Arbeitgeber durchzusetzen und verlor nach einer arbeitsgerichtlichen Auseinandersetzung seine Stelle. In diesem Fall wurde der Patient von seinem Arbeitgeber aus dem Erwerbsleben herausgedrängt.

Allgemein kann also gesagt werden, dass Handlungsspielräume bezüglich der Organisation der Arbeit einen Erleichterungskontext für die optimale Fortsetzung des Erwerbslebens am bisherigen Arbeitsplatz bilden. Fehlende Möglichkeiten zur Regulierung des Arbeitsanfalls und geringe Kontrollmöglichkeiten, geringe oder keine Möglichkeiten zur innerbetrieblichen Umsetzung und mangelndes Entgegenkommen von Arbeitgebern, Vorgesetzten und Kollegen stellen demgegenüber eher einen Erschwerungskontext dar.

Der Patient 27P machte sich bereits präoperativ über die potenziellen Folgen unterschiedlicher postoperativer beruflicher bzw. medizinischer Entwicklungen Gedanken und bereitete sich entsprechend vor. Für den Fall, dass er nach der Operation gut wieder hergestellt sein sollte, plante er eine schonende Wiederaufnahme seiner bisherigen Tätigkeit. Er wollte unter anderem seinen Urlaub dafür einsetzen, um schrittweisen in das Erwerbsleben wieder einzusteigen. Er hatte darüber hinaus durch finanzielle Transaktionen sicher gestellt, dass seine Frau das Haus nicht verkaufen müsste, sollte er nach der Operation berufs- oder erwerbsunfähig werden. Für den Todesfall hatte sich der Patient sogar schon nach der Höhe der Witwenrente seiner Ehefrau erkundigt, um auch hier finanziell vorsorgen zu können. Dieser rationalen Haltung des idealtypischen Patienten steht die des Patienten 32P diametral gegenüber. Die Häufung und besondere Wahrnehmung von Herzerkrankungen bzw. Todesfällen wegen Herzversagens in der Familie des Patienten sowie seiner Ehefrau verunsicherten den Patienten bereits vor der Operation. Nach der Operation ging er trotz guten kardialen Status davon aus, seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben zu können. Selbst an einfachsten Tätigkeiten im Haushalt beteiligte sich der Patient aus Überängstlichkeit nicht. Nach viermonatiger Arbeitslosigkeit, ließ er sich frühberenten, da er in seine Leistungsfähigkeit kein Vertrauen mehr hatte, bzw. gewinnen konnte. In einer psychischen Labilität des Patienten kann also ebenfalls ein Erschwerungskontext für die Fortsetzung des Erwerbslebens liegen.

Neben diesen beiden sozialen Kontexten, die eher in der präklinischen Phase des Fallverlaufs verwurzelt sind, gibt es auch wichtige, die klinische Phase begleitende Erschwerungs- und Erleichterungskontexte. Die Konfrontierung der Fälle 05P und 03P mit dem idealtypischen Fall zeigt, dass ärztliche Beratung ebenfalls von Bedeutung für den berufsbiographischen Verlauf sein kann. Für den Patienten 27P war der Tag, an dem die Angiographie durchgeführt wurde, nur der Zeitpunkt zu dem die Operationsindikation gestellt und ab dem er krank geschrieben wurde. Für die Patienten 05P und 03P

stellt sich die Angiographie hingegen als bedeutsame Zäsur heraus. Die Patienten waren aufgrund von Gesprächen in der Angiographieklinik der Ansicht, dass sie ihr Erwerbsleben nicht fortsetzen könnten, obwohl sie gerne weitergearbeitet hätten. Eine an den Handlungszielen der Patienten orientierte Beratung bzw. Aufklärung hat offenbar nicht stattgefunden oder blieb erfolglos. Die beiden Fälle zeigen, dass eine Stellungnahme zu der beruflichen Zukunft der Patienten zu diesem frühen Zeitpunkt bereits folgenreich sein kann. Es ist davon auszugehen, dass eine präoperative ärztliche Beratung (sei es in der Angiographieklinik oder in anderen Zusammenhängen) je nach Qualität einen medizinisch-sozialen Erschwerungs- oder Erleichterungskontext darstellt.

In der Konfrontierung der Fälle 35P, 16P und 09P mit dem idealtypischen Verlauf zeigten sich ebenfalls die klinische Phase begleitende medizinisch-soziale Kontexte, die den Fallverlauf beeinflussen. Bei dem Patienten 27P ergaben sich trotz perioperativen Infarkts keine gravierenden Operationskomplikationen und er war postoperativ andauernd beschwerdefrei. Darüber hinaus hatte er seit Jahren Probleme mit einer Zweiterkrankung. Er hatte Durchblutungsstörungen in seinen Beinen, deren Verschlimmerung er aber durch regelmäßiges Gehtraining erfolgreich entgegenwirkte. Die bereits terminlich festgelegte Rückkehr zur Arbeit des Patienten 35P wurde dagegen durch eine späte Operationskomplikation verhindert. Ein Klammerriss, der die Leistungsfähigkeit des Patienten stark beschränkte, machte unter klinischen Gesichtspunkten eine Resternotomie erforderlich. Der Patient lehnte, nachdem er unterschiedliche Ärzte konsultiert hatte, einen erneuten Eingriff jedoch ab, da ihm der Erfolg dieser Operation nicht garantiert werden konnte und ein Arzt ihm versicherte, dass die Operation nicht unbedingt nötig sei. Da seine Leistungsfähigkeit dadurch stark beeinträchtigt wurde, musste er aus dem Erwerbsleben aussteigen. Der Fall 16P war ähnlich gelagert. Der Patient wollte nach der Operation trotz schlechten kardialen Status seine bisherige Arbeit wieder aufnehmen. Ein körperlicher Zusammenbruch, der sich später nicht als der befürchtete Herzinfarkt herausstellte, hinterließ dennoch einen starken Eindruck. Der Patient ließ sich frühberenten, da er zu seiner Leistungsfähigkeit kein Zutrauen mehr hatte. Der Patient 09P schließlich wurde wegen einer Zweiterkrankung bald nach der postoperativen Rückkehr in seinen früheren Betrieb wieder arbeitsunfähig. Seine Leistungsfähigkeit war wegen Osteoporose stark gemindert, so dass der Patient nach siebenmonatiger Krankschreibung die Frühberentung beantragte. Eine adäquate Stelle sah er nicht mehr in Reichweite. Operationskomplikationen oder Zweiterkrankungen können einen medizinisch-sozialen Erschwerungskontext darstellen, da die Patienten bereit oder in der Lage sein müssen, sich mit diesen auseinanderzusetzen und sie zu bewältigen.

Als direkte Folge des durch die Bypassoperation auch langfristig nicht gebesserten kardialen Status war das Scheitern des Patienten 17P anzusehen. Der leitende Bankangestellte musste nach einem einmonatigen Arbeitsversuch sein Erwerbsleben aufgeben, da er, anders als der Patient 27P, selbst in normalen Gesprächssituationen am Arbeitsplatz an Angina pectoris Symptomen litt. Hier wurde deutlich, dass natürlich auch ein negativer kardialer Status als Erschwerungskontext anzusehen ist. Allerdings kam in diesem Fall hinzu, dass der Patient nicht bereit war, eine ‚niedrigere‘ Stelle, beispielsweise in der Telefonzentrale seiner Bank, anzunehmen.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass berufs- und familiärbiographische Kontexte und mit der klinischen Phase verbundene soziale und medizinische Kontexte die angestrebte Fortsetzung des Erwerbslebens beeinflussen können. Je nach Ausprägung können sie eine Realisierung dieses berufsbiographischen Handlungsentwurfs erleichtern oder erschweren.

Im Rahmen der Fallkonfrontierung wurden die Fälle per Abweichung vom Idealtypus beschrieben. Dabei zeigte sich, dass einige Fälle näher am Idealtypus waren, andere weiter weg: es entstand ein idealtypisches Feld, das die Besonderheiten der einzelnen Fälle in der analysierten Dimension erfasste. Die Fallkonfrontierung zeigte die soziale Kontexte der Abweichungen vom Idealtypus auf, sie ermöglichte es, die Gründe für die Abweichungen zu bestimmen. Gleichzeitig konnte noch einmal überdacht werden, ob die Hypothese, die der Idealtypus bzw. der möglichst reine empirische Fall verkörpert, tragfähig war. Prinzipiell muss jeder Fall nach der Fallkonfrontierung durch die dem Idealtypus eigene Hypothese erklärt werden oder durch eine oder mehrere intervenierende Variablen, die den idealtypischen Zusammenhang überlagern. Gleichzeitig wurde auch geprüft, ob eine mögliche alternative Erklärung (Ursache) auf anderem Wege zu dem gleichen Ergebnis geführt hätte.

In unsere Studie zeigte sich, dass etwa die Rigidität der Arbeitsorganisation am Arbeitsplatz einen Einfluss sowohl auf die berufsbezogenen Handlungsentwürfe als auch auf die Realisierungschancen derselben hatte, aber in den meisten Fällen das berufliche Rehabilitationsergebnis auf die präoperative berufliche Entscheidung zurückzuführen war. Es gab allerdings auch Fälle, bei denen es nicht zu einer beruflichen Entscheidung kam. Hierbei gab es deutliche Anzeichen dafür, dass dies auf eine (ungewollte) ärztliche Stigmatisierung der Patienten zurückzuführen war. Trotz der geringen Fallzahl dieser Patienten gäbe es hier etwa die Möglichkeiten, einen gänzlich entgegengesetzten idealtypischen Verlauf zu konstruieren, den einer durch Stigmatisierung verursachten Kontrollverlustkarriere.

In diesem Abschnitt zur Fallkonfrontierung wurden nur Fälle von besonderem theoretischen Interesse dargestellt. In den Fällen, in denen die Realisierung der berufsbiographischen Handlungsentwürfe der Patienten scheiterte, konnte durch die Fallkonfrontierung gezeigt werden, welche Prozesse und Bedingungen auf den Fallverlauf in einer Weise einwirkten, so dass die Patienten ihre Handlungsentwürfe nicht realisieren konnten. Auf die Darstellung einer Rangfolge bezüglich der Entfernung zum Idealtypus wurde verzichtet, da sie für die Identifikation solcher Prozesse und Bedingungen keinen Erkenntnisgewinn erbringt.

5 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Fallkonfrontierung im Rahmen der Idealtypenanalyse zeigen, dass es sinnvoll ist, die in qualitativen Untersuchungen entwickelten theoretischen Konstrukte auf die empirischen Einzelfälle rückzubeziehen. Erst dadurch zeigten sich in der idealtypischen Analyse die sozialen und medizinischen Kontexte, die die einzelnen Fallverläufe maßgeblich beeinflussten. Dies ist nur dadurch möglich, dass der Idealtypus nicht

als Ergebnis sondern als Messinstrument aufgefasst wird, anhand dessen intersubjektiv nachvollziehbare Forschungsergebnisse entstehen.

Das vergleichsweise aufwendige regelgeleitete Vorgehen zwingt immer wieder dazu, sich an dem empirisch vorgefundenen zu orientieren. Die Tatsache, dass alle untersuchten Fälle systematisch in den Dateninterpretationsprozess einbezogen sind, und nicht nur die ‚irgendwie‘ aussagekräftigen oder typischen, fördert, dass auch zunächst unbequemen Fällen wichtige und aussagekräftige Erkenntnisse entnommen werden können.

Der Rückbezug der idealtypischen Konstruktion zu allen empirischen Fällen stellt dabei sicher, dass die herausgearbeiteten theoretischen Erkenntnisse kein Mosaik aus verschiedenen Fällen darstellen, die in dieser Zusammenstellung in der Realität nie oder selten vorkommen würden.

Ein solcher Rückbezug fehlt in der Grounded Theory und würde diese um ein wichtiges Element der Validierung der gefundenen Ergebnisse ergänzen.

Literatur

- *Adorno, T.W. (1957):* Soziologie und empirische Forschung, in: Gesammelte Schriften, Bd. 8, Frankfurt: Suhrkamp, 196-216
- *Behrens, J. (1990):* Gnade, bürgerliche Autonomie, Krankheit Staatliche Sozialpolitik und betriebliche Sozialverfassung: Strategien zu ihrer Erforschung, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 36, 807-827
- *Behrens, J. (1994):* Der Prozeß der Invalidisierung – das demographische Ende eines historischen Bündnisses, in: Behrend, C. (Hg.): Frühinvalidität – ein »Ventil« des Arbeitsmarkts? Berlin: DZA (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 90)
- *Bodgan, R., Taylor, S.J. (1975):* Introduction to Qualitative Research Methods, New York
- *Borgetto, B. (1999):* Berufsbiographie und Chronische Krankheit. Handlungsrationalität am Beispiel von Patienten nach koronarer Bypassoperation. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- *Borgetto, B., Gerhardt, U. (1993a):* Soziale Statuslage und gesellschaftliches Altern nach koronarer Bypassoperation, Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin, 38, 165-171
- *Borgetto, B., Gerhardt, U. (1993b):* Gesellschaftliches Altern und Operationserfolg nach koronarer Bypassoperation – Eine verstehende Typenanalyse, in: Meulemann, H., Elting-Camus, A. (Hrsg.), 26. Deutscher Soziologentag 1992. Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im neuen Europa, Opladen: Westdeutscher Verlag, 224-227
- *Garfinkel, H. (1967):* Studies in Ethnomethodology. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- *Gerhardt, U. (1985):* Erzählenden und Hypothesenkonstruktion. Überlegungen zum Gültigkeitsproblem in der biographischen Sozialforschung, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 37, 230-256
- *Gerhardt, U. (1986a):* Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie. Frankfurt/M.: Suhrkamp

- *Gerhardt, U. (1986b)*: Verstehende Strukturanalyse. Die Konstruktion von Idealtypen als Analyseschritt bei der Auswertung qualitativer Forschungsmaterialien, in: Soeffner, H.-G. (Hrsg.): Sozialstruktur und soziale Typik. Frankfurt: Campus, 31-83
- *Gerhardt, U. (1988)*: Qualitative Sociology in the Federal Republic of Germany, in: Qualitative Sociology, 11, 29-43
- *Gerhardt, U. (1990)*: Patient Careers in End-Stage Renal Failure. Social Science and Medicine, 30, 1211-1224
- *Gerhardt, U. (1991)*: Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- *Gerhardt, U. (1992)*: Frühberentung und Handlungsrationalität. Zur Statusdynamik der Rehabilitation der Arbeiter nach koronarer Bypassoperation, in: Soziale Welt, 43, 4: 422-449
- *Gerhardt, U. (1999)*: Herz und Handlungsrationalität. Biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- *Gerhardt, U., Borgetto, B., Rockenbauch, B. (1993)*: Aortokoronarer Venenbypass und Rückkehr zur Arbeit. DFG- Abschlußbericht, Projekt Nr. Ge 313/5-4, Gießen/Heidelberg
- *Gerhardt, U., Thönnessen, J. (1990)*: Aortokoronarer Venenbypass und Rückkehr zur Arbeit. DFG-Zwischenbericht, Projekt Nr. Ge 313/5-4, Gießen
- *Glaser, B., Strauss, A. (1998/1967)*: Grounded Theory. Strategien qualitativer Sozialforschung. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber
- *Goffman, E. (1959)*: The Presentation of Self in Everyday Life. Garden City, N.Y.: Doubleday
- *Hoffmann-Riem, C. (1980)*: Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie: Der Datengewinn, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, 339-372
- *Kahn, R.L., Cannell, C.F. (1957)*: The Dynamics of Interviewing. Theory, Technique and Cases. New York: Wiley
- *Kirchgässler, K.U. (1986)*: Diagnose und Deutung. Medizinsoziologische Untersuchungen zu den Handlungskonsequenzen der Diagnose einer chronischen Krankheit am Beispiel der Epilepsie. Gießen: Verlag der Ferber'schen Universitätsbuchhandlung
- *Kocka, J., Nipperdey, T. (Hrsg.) (1979)*: Theorie und Erzählung in der Geschichte. München: dtv
- *Labov, W., Waletzky, J. (1967)*: Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience, in: Helm, J. (Hrsg.): Essays on the Verbal and Visual Arts, Seattle: University of Washington Press, 12-44
- *Leibfried, S., Leisering, L., Buhr, P., Ludwig, M., Mädje, E., Olk, T., Voges, W., Zwick, M. (1995)*: Zeit der Armut. Lebensläufe im Sozialstaat, Frankfurt/M.: Suhrkamp

- *Ludwig, M. (1996)*: Armutskarrieren. Zwischen Abstieg und Aufstieg im Sozialstaat. Opladen: Westdeutscher Verlag
- *Mishler, E. (1984)*: The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Norwood, N.J.: Ablex
- *Mishler, E.G. (1986)*: Research Interviewing. Context and Narrative. Cambridge: Harvard University Press
- *Mommsen, W.J.C. (1972)*: Die Geschichtswissenschaft jenseits des Historismus. Düsseldorf: Droste
- *Schütz, A. (1971/1951a)*: Das Wählen zwischen Handlungsentwürfen, in: Gesammelte Aufsätze, Bd. I: Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag: Martinus Nijhoff, 77-110; Orig.: Choosing among Projects of Action, in: Philosophy and Phenomenological Research, 12, 161-185
- *Schütz, A. (1971/1951b)*: Das Problem der Relevanz, Frankfurt/M.: Suhrkamp
- *Schütz, A. (1971/1953)*: Wissenschaftliche Interpretation und Alltagsverständnis menschlichen Handelns, in: Gesammelte Aufsätze, Bd. I: Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag: Martinus Nijhoff, 3-54; Orig.: Common-Sense and Scientific Interpretation of Human Action, in: Philosophy and Phenomenological Research, 14, 1-37
- *Schütz, A. (1974/1932)*: Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt, Frankfurt/M.: Suhrkamp; Orig.: Wien: Julius Springer
- *Schütze, F. (1981)*: Prozeßstrukturen des Lebensablaufs, in: Matthes, J., Pfeifenberger, A., Stosberg, M. (Hrsg.): Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung, 67-156
- *Schütze, F. (1983)*: Biographieforschung und narratives Interview, in: Neue Praxis, 13, 283-293
- *Schütze, F. (1984)*: Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M., Robert, G. (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart: Metzler, 78-117
- *Strauss, A., Corbin, J. (1996/1990)*: Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- *Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., Wiener, C. (1985)*: Social Organization of Medical Work. Chicago/London: University of Chicago Press
- *Thönnessen, J. (1993)*: Die Bedeutung der innerehelichen Arbeitsteilung für die Berufsrückkehr- bzw. Frühberentungsentscheidung nach aortokoronarer Bypass-Operation, Dissertation (unveröffentlichtes Manuskript), Universität Gießen
- *Weber, M. (1968/1904)*: Die »Objektivität« sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis, in: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre (Hrsg.: J. Winckelmann). Tübingen: Mohr (Siebeck), 146-214

- *Weber, M. (1968/1913):* Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie, in: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. (Hrsg.: J. Winckelmann). Tübingen: Mohr (Siebeck), 427-477
- *Witzel, A. (1982):* Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus