

works are being supplemented by practice protocols, treatment guidelines, and a litany of requirements for prior authorization [...]» (Hafferty/Light 1995: 133). Derlei Veränderungen sind auch in Deutschland zu beobachten.

Strukturfunktionalismus und Symbolischer Interaktionismus: Parsons', Goffmans und Strauss' unterschiedliche Konstruktionen der psychiatrischen Welt

In einem 1957 publizierten Text hat sich Parsons dem psychiatrischen Krankenhaus als Organisationstyp zugewandt. Er unterschied Organisationen von Gemeinschaften (z.B. Familien), von askriptiven Gruppen (z.B. ethnischen Gruppen) und von Assoziationen (z.B. Verbänden) durch ihren Primat eines spezifischen kollektiven Ziels. Dies sei im Fall des psychiatrischen Krankenhauses »to cope with the consequences for the individual patient and for patients as a social group, of a condition of mental illness« (Parsons 1957: 109). Dieses Ziel wird in vier soziale Verantwortlichkeiten untergliedert: Aufbewahrung/Fürsorge (*custody*), Schutz vor Verletzungen der eigenen oder einer fremden Person, Sozialisation als Patient und Therapie. Durch den Primat der Therapie sei das Krankenhaus von anderen Organisationen unterschieden, z.B. von Schulen mit ihrem Primat der Sozialisation und von Gefängnissen mit ihrem Primat des Schutzes (*protection*). Diese Fragen nach den Unterschieden und Gemeinsamkeiten mit Firmen, Staat, Gefängnissen etc. tauchen im Text immer wieder auf: Staat und Kirchen z.B. sorgten wie die Krankenhäuser nur für ihre ›Mitglieder‹. Weiterhin ist an seinem Ansatz wichtig, dass er psychische Erkrankung als »a disturbance of personality« (ebd.: 116) und Therapie als »a total process« (ebd.: 123) auffasst. Hinsichtlich der Patientenrolle, die hier ähnlich wie in *The Social System* verstanden wird, verweist er besonders auf die Notwendigkeit der Kooperation mit den Ärzten: »therapy is a process of interaction« (ebd.: 114). Der Status des Krankenhauspatienten sei mit dem des Kindes in der Familie vergleichbar (ebd.: 116).

Wir sehen hier erneut die Grundargumentation des Strukturfunktionalismus: Gefragt wird nach den spezifischen

Funktionen des Krankenhauses als Organisation. Diesen Funktionen entspreche die Struktur nach innen wie nach außen, also zur Gesellschaft hin.

Die Interaktionisten konstruieren die Welt des Krankenhauses anders. Erving Goffman (1922–1982) hat zwischen 1954 und 1957 Feldforschung in psychiatrischen Anstalten betrieben. Sie stellen für ihn eine Form »totaler Institutionen« dar, denen sein allgemeines Interesse gilt, und die er durch folgende Charakteristika definiert sieht: »1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt. 2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen. 3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine schließt zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt an die nächste an, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. 4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen« (Goffman 1977/1961: 17). Bereits in dieser Passage wird Goffmans Impetus deutlich: Ihm geht es weniger um die offiziellen Ziele der Organisation, sondern vielmehr um ihre nicht-offiziellen Funktionen: »Totale Institutionen sind soziale Zwitter, einerseits Wohn- und Lebensgemeinschaft, andererseits formale Organisation; in dieser Hinsicht sind sie für die Soziologie besonders interessant. [...] Sie sind die Treibhäuser, in denen unsere Gesellschaft versucht, den Charakter von Menschen zu verändern. Jede dieser Anstalten ist ein natürliches Experiment, welches beweist, was mit dem Ich des Menschen angestellt werden kann« (ebd.: 23). Die Totalität demoralisiere die Individuen. Goffman spricht einerseits von einer »Diskulturation« der Insassen, aus der keine Akkulturation in eine andere Kultur resultiere (vgl. ebd.: 24), andererseits von einer »Insassenkultur« (vgl. ebd.: 70).

Dann widmet er sich dem Arzt-Patient-Verhältnis in der Psychiatrie. Er skizziert zunächst in Anlehnung an Parsons⁴ ein allgemeines Experten-Dienstleistungsmodell: »Im Idealfall besteht der Beitrag des Klienten zu dieser Beziehung

darin, daß er Respekt für die technische Kompetenz des Helfers hat und darauf vertraut, daß dieser sein Können moralisch einsetzt. [...] Andererseits besteht der Beitrag des Helfers aus folgendem: eine esoterische und empirisch effektive Kompetenz sowie die Bereitschaft, sie dem Klienten zur Verfügung zu stellen; berufliche Diskretion; eine spontane Zurückhaltung, die ihn veranlaßt, ein diszipliniertes Desinteresse für die übrigen Angelegenheiten des Klienten [...] an den Tag zu legen [...]« (ebd.: 310). Wir erkennen hier die *pattern variables* wieder, die Parsons zunächst am Arzt-Patient-Verhältnis entwickelt hatte. Für den Bereich der Psychiatrie, insbesondere den der Zwangseinweisungen, sieht Goffman diesen Idealfall als nicht gegeben. Er spricht von einer charakteristischen Ambivalenz im Handeln des Personals, denn dieses muss als pathologisch ansehen, was andere als Fehlverhalten deuten. Das führe dazu, dass die Patienten als »verantwortliche« Personen angesprochen werden müssen, obgleich sie dies, z.B. im rechtlichen Sinne, nicht sind. »Wie die Polizisten haben die Psychiater die besondere berufliche Aufgabe, einschüchternd und moralisierend auf Erwachsene einzuwirken« (ebd.: 348). »Wenn jedoch der Psychiater die Worte des Patienten unbesehen als einen Bericht über Symptome werten soll, wie dies bei der ärztlichen Hilfe der Fall ist, dann muß der Patient bereit sein, in einer bestimmten Form zu reagieren: [...] er [...] muß [...] den aufrichtigen Wunsch äußern, sein Selbst durch die psychiatrische Behandlung verändern zu lassen« (ebd.: 349). Jedoch sei die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein »unausgebildeter Patient« entsprechend verhalte, eher gering. Er habe »Gründe genug, um zu erkennen, daß er kein freiwilliger Patient ist«, werde sich so verhalten, »daß die Beziehung dadurch dem Dienstleistungsschema entzogen wird und sich mehr der Situation nähert, in der ein Schützling seinen Herrn um mehr Privilegien bittet, ein Gefangener gegen seine rechtlose Behandlung protestiert [...]« (ebd.). Hier kommt die Rahmung des Arzt-Patient-Verhältnisses durch die totale Institution zum Ausdruck.

War für Parsons die Therapie »total«, so ist es für Goffman das Krankenhaus als Institution. Parsons sah den Patienten als Mitglied sowohl des Krankenhauses als auch (weiterhin) seiner Familie (vgl. Parsons 1957: 121); für Goffman existiert letztere nicht. Parsons sah die Verwirrung der Per-

sönlichkeit mit der Krankheit als gegeben, deretwegen der Patient hospitalisiert worden war. Goffman sieht die Demoralisierung als Resultat der Hospitalisierung; Parsons vergleicht die Rolle des Patienten mit der eines Kindes.

Anselm Strauss war, wie zeitweise auch Goffman, Professor an der *University of Berkeley*. Seine Perspektive unterscheidet sich jedoch deutlich von der Goffmans. Strauss kam aus der *Chicago School*, die mit George Herbert Mead (1863–1931), Herbert Blumer (1900–1987) u. a. eine wichtige Tradition qualitativer Sozialforschung begründet hatte. Auch Strauss betrieb Feldforschung in psychiatrischen Anstalten, und zwar zu Beginn der 1960er Jahre. Im Zentrum seiner Untersuchungen steht das Arbeitsgeflecht (*trajectory*) von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten. Er umreißt zunächst den Kontext, in dem deren »Arbeit« steht: »(1) the contemporary prevalence of chronic illness, (2) images of acute care, (3) medical technology and its impact on hospitals, and (4) the hospital as a set of work sites« (Strauss et al. 1985: 1). »Images of acute care« meint, dass Krankenhäuser in der Regel auf akute Krankheiten ausgerichtet sind, obgleich die Patienten meist an chronischen Krankheiten leiden (vgl. ebd.: 2f.). Hinsichtlich der Medizintechnik weisen Strauss und Koautoren darauf hin, dass die größeren Krankenhäuser sehr rasch von Maschinerie abhängig würden und zahlreiche neue, technikorientierte Berufe in sie Einzug hielten: Bio- und Sicherheitsingenieure, Atem- und Physiotherapeuten, Strahlentechniker etc. (vgl. ebd.: 3). Diese Entwicklung und die zunehmende Bürokratisierung der Krankenhäuser gingen jedoch an den Bedürfnissen der zunehmend chronisch Kranken vorbei; es kämen Kritiken an der Inhumanität und an der Fragmentierung der medizinischen Versorgung und der Pflege auf (vgl. ebd.: 4f.). Mit zunehmender Arbeitsteilung im Krankenhaus würden die *trajectories* des Krankheits- und Betreuungsverlaufs zunehmend bearbeitet (*shaped*) statt geleitet (*managed*) (vgl. ebd.: 29f.). Die Arten von geleisteter Arbeit vervielfältigten sich: »they include: comfort work, clinical safety work, machine work, composure, biographical, and other kinds of psychological work (subtypes of what will be termed ›sentimental work‹) – plus the work of coordinating (articulating) all of the many tasks involved in the total arc of work« (ebd.: 38). Uns interessiert hier die von Patienten geleistete Arbeit. Ähnlich wie Freidson Krankheits-

typen unterschieden hatte, differenziert Strauss z.B. legitime und illegitime sowie sichtbare und unsichtbare Patientenarbeit. Manche Arten von *comfort and sentimental work* blieben unsichtbar. Als illegitim und damit als unsinnig oder verrückt würden Arbeiten wahrgenommen, »as when a patient in pain keeps elaborate records of when pain medications were given« (ebd.: 199). Patientenarbeit sei teils spiegelbildlich zu der des Personals (z.B. Urin produzieren versus den Urin zum Labor senden), teils ergänzend oder substituierend etc. Jedenfalls bildeten die unterschiedlichen Arbeitsformen der unterschiedlichen Personengruppen zusammengekommen eben jene *trajectories* (vgl. ebd.: 201f.). Für Strauss sind die Patienten psychiatrischer Anstalten also weder zur bloßen *compliance* gegenüber den medizinischen Experten verpflichtete Laien, wie für Parsons, noch Objekte der Diskulturation, wie für Goffman. Zwar hält auch Strauss die Ordnung des Krankenhauses für überreguliert,⁵ er betrachtet jedoch Pflegepersonal und Patienten als Teilhaber einer *negotiated order*. Insbesondere die Langzeitpatienten seien an Aushandlungen über ihre Allokation auf der Station, über die Menge der einzunehmenden Pharmaka und sogar über die Auswahl der behandelnden Ärzte beteiligt (vgl. Strauss et al. 1963: 159ff.).

Goffman und Strauss haben fast zur gleichen Zeit ganz ähnliche Institutionen beobachtet. Ihre Resultate sind jedoch gegensätzlich. Goffman konzentriert sich auf die Totalität der Institution, die eher ein Herr-Knecht-Verhältnis als eine aushandelbare Ordnung produziere, während Strauss die unterschiedlichen, auch die verborgenen oder allgemein nicht als Arbeit begriffenen Tätigkeiten der unterschiedlichen Personengruppen ins Zentrum seiner Analyse rückt. Die offiziellen Ordnungen sind für beide wenig realitätsmächtig; doch Goffman kritisiert die »Institution als ideologischen Machtapparat«, während Strauss ihrer interaktiven Ordnung nachspürt. Goffman sieht Diskulturation, wo Strauss ein fragiles und komplexes Interaktionsgefüge rekonstruiert.