

**Hilke Hansen**

# **Therapiearbeit**

**Eine qualitative Untersuchung  
der Arbeitstypen und Arbeitsmuster  
ambulanter logopädischer  
Therapieprozesse**

**Wissenschaftliche Schriften**

**Gesundheit / Therapie**



Hilke Hansen

## **Therapiearbeit**

Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster  
ambulanter logopädischer Therapieprozesse

Wissenschaftliche Schriften  
im Schulz-Kirchner Verlag

**Reihe 13**  
**Beiträge zur Gesundheits- und**  
**Therapiewissenschaft**  
**Band 5**

Hilke Hansen

# Therapiearbeit

Eine qualitative Untersuchung der  
Arbeitstypen und Arbeitsmuster  
ambulanter logopädischer Therapieprozesse



Das Gesundheitsforum

Schulz-  
Kirchner  
Verlag

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besuchen Sie uns im Internet: [www.schulz-kirchner.de](http://www.schulz-kirchner.de)**

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, 2009

1. Auflage 2009

ISBN 978-3-8248-0644-7

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2009

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Bamberger Str. 15,  
D-96110 Scheßlitz

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von der Autorin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der VerfasserInnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

**Dieses Buch ist als E-Book (PDF) erhältlich unter der ISBN 978-3-8248-0753-6**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Eine interaktionistische Perspektive auf den Forschungsgegenstand.....</b>	<b>13</b>
2.1	Grundbegriffe interaktionistischer Theorie .....	13
2.1.1	Handeln in Interaktionssituationen .....	14
2.1.2	Arbeit in Interaktionssituationen .....	19
2.2	Interaktion zwischen Klienten und Dienstleistern .....	23
2.2.1	Klienten-Professionellen-Interaktion aus der Perspektive der Professionstheorie.....	24
2.2.2	Interaktion in Dienstleistungs-Situationen .....	31
2.3	Das Arbeitstypen-Konzept als interaktionistische Forschungsperspektive...	37
2.3.1	Krankheitsverlaufskurven und Arbeitstypen als zentrale Konzepte .....	38
2.3.2	Arbeitstypen der Krankenhausarbeit .....	41
2.3.3	Patientenarbeit .....	47
2.3.4	Arbeitstypen im Alltag chronisch Kranker und ihrer Angehörigen .....	49
2.3.5	Abschlussbetrachtung: Das Konzept der Arbeitstypen im Kontext ambulanter logopädischer Therapie.....	51
2.4	Sensibilisierende Perspektiven für die Untersuchung der Therapiearbeit.....	54
2.4.1	Therapeutische Arbeit zwischen Funktions- und Lebenswelt- orientierung.....	55
2.4.2	Therapeutisches Denken und Handeln als „Two-Body-Practice“ .....	64
2.4.3	Das Arbeitsbündnis als Kern professionellen Handelns.....	77
2.4.4	Abschlussbetrachtung der sensibilisierenden Perspektiven.....	88
<b>3</b>	<b>Methodik.....</b>	<b>93</b>
3.1	Forschungsdesign .....	94
3.2	Kontext und Verfahren der Datenerhebung .....	97
3.3	Arbeitsschritte der Datenauswertung .....	105
<b>4</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>113</b>
4.1	Arbeitstypen, Arbeitsprozesse und Arbeitsmuster .....	113

4.2	Kontaktarbeit.....	116
4.2.1	Arbeitsprozesse und Quellen der Kontaktarbeit.....	117
4.2.2	Höflichkeitsarbeit .....	123
4.2.3	Einstellungsarbeit .....	132
4.2.4	Wertschätzungsarbeit.....	145
4.2.5	Grenzarbeit .....	157
4.2.6	Kontextbedingungen und Konsequenzen der Kontaktarbeit .....	167
4.3	Ausrichtungsarbeit .....	172
4.3.1	Arbeitsprozesse und Quellen der Ausrichtungsarbeit.....	173
4.3.2	Definitionsarbeit .....	177
4.3.3	Vermittlungsarbeit .....	195
4.3.4	Fortschrittsarbeit.....	202
4.3.5	Exkurs: Zur Position der verordnenden Ärzte .....	215
4.3.6	Kontextbedingungen und Konsequenzen der Ausrichtungsarbeit.....	219
4.4	Kooperationsarbeit .....	224
4.4.1	Arbeitsprozesse und Quellen der Kooperationsarbeit .....	225
4.4.2	Erfolgsarbeit .....	230
4.4.3	Verpackungsarbeit.....	241
4.4.4	Balancearbeit .....	248
4.4.5	Haltungsarbeit.....	264
4.4.6	Aktivierungsarbeit .....	272
4.4.7	Kontextbedingungen und Konsequenzen der Kooperationsarbeit.....	281
4.5	Veränderungsarbeit .....	286
4.5.1	Arbeitsprozesse und Modelle der Veränderungsarbeit.....	287
4.5.2	Individuell materialistisches Modell.....	291
4.5.3	Forderungsarbeit.....	292
4.5.4	Bewusstheitsarbeit.....	301
4.5.5	Imitationsarbeit.....	313
4.5.6	Trainingsarbeit.....	320
4.5.7	Interaktionell materialistisches Modell.....	325
4.5.8	Individuell entwicklungs-bezogenes Modell.....	333
4.5.9	Interaktionell entwicklungs-bezogenes Modell .....	343
4.5.10	Individuell idealistisches Modell.....	350
4.5.11	Interaktionell idealistisches Modell.....	360
4.6	Zum Verhältnis zwischen den Arbeitstypen .....	365

<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>373</b>
5.1	Kritische Bewertung der Ergebnisse .....	373
5.2	Generalisierbarkeit der Ergebnisse.....	376
5.3	Implikationen für die Forschung.....	380
5.4	Implikationen für die therapeutische Ausbildung und Praxis .....	382
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>385</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>389</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>403</b>
Anhang 1	.....	403
Patienten- und Angehörigeninformation	.....	403
Entbindung von der Schweigepflicht.....	404	
Einverständniserklärung	.....	404
Anhang 2	.....	405
Interview-Leitfaden Patienten: FR_10.09_I	.....	405
Leitfragen zur Verlaufsgeschichte .....	407	
Instruktion Videobesprechung.....	408	
Anhang 3	.....	409
Transkriptionsregeln I.....	409	
Transkriptionsregeln II .....	410	
Zitiersystem Beobachtungsprotokolle .....	410	
Anhang 4	.....	411
Kodesystem.....	411	
Nachweis der Herkunft zitierter Materialpassagen.....	411	

## *Danksagung*

Die Arbeit an dieser Dissertation wurde durch ein großzügiges Stipendium der Hamburger Stiftung zur Förderung von Wissenschaft und Kultur ermöglicht. Dafür bedanke ich mich herzlich. Viele Menschen haben mich darüber in ganz unterschiedlicher Weise unterstützt. Mein besonderer Dank gilt:

Den *Mitgliedern des logopädischen Teams* meiner Feldforschungs-Praxis für ihr Interesse, ihre Offenheit und nicht zuletzt ihre knapp bemessene Arbeitszeit.

Den beteiligten *Patientinnen, Patienten und Angehörigen* für ihr Vertrauen und die Bereitschaft, mir Einblicke in ihre Arbeit zu geben.

*Professor Dr. Holger Pfaff* für die Betreuung meiner Doktorarbeit, mit der er es mir ermöglicht hat, meinem Interesse an der disziplinären Entwicklung der Logopädie in einem medizinisch-sozialwissenschaftlichen Kontext nachzugehen.

*Gesche Bollert, Anne-Dörte Jahncke-Lattek und Anja Weberling* dafür, dass sie in unserer Doktorandinnen-Arbeitsgruppe nicht nur fachliches Wissen, sondern auch die persönlichen Erfahrungen eines Dissertations-Projekts mit mir geteilt haben.

Den *Teilnehmerinnen des Multiprofessionellen Oberseminars (MPO)* der Fachhochschule Hildesheim für ihren fachlichen Rat und ihr Engagement in der akademischen Pionierarbeit der Gesundheitsfachberufe.

Meinem logopädischen Kollegen *Norbert Frantzen* für sein theoretisches Interesse und seine fortgesetzte Bereitschaft zur Diskussion.

*Dr. Claudia Kaiser* für ihren Beitrag zur Darstellung des Forschungsprozesses und *Susanne Fuß* für zuverlässige und kompetente Transkriptionen.

Meinen Eltern, *Frauke Hansen* und *Dr. med. Hans-Thomas Hansen*, für ihre liebevolle und praktische Unterstützung.

*Jürgen Determann* danke ich von Herzen für die zeitlichen, aber auch gedanklichen Freiräume, die er mir über einen langen Zeitraum ermöglicht hat. Und *Henrike Hansen* dafür, dass sie mir jeden Tag aufs Neue gezeigt hat, dass eine Doktorarbeit nur einen kleinen Teil der Welt ausmacht.

# 1 Einleitung

Im Mittelpunkt dieser Studie steht die Arbeit von Logopädinnen, Patienten und ihren Angehörigen in der ambulanten logopädischen Therapie. Logopädie gehört, neben der Ergotherapie, der Physiotherapie und weiteren Berufsgruppen, zu den Medizinal- oder Gesundheitsfachberufen. Schwerpunkte logopädischer Tätigkeit sind die Diagnostik, Therapie und Beratung von Menschen aller Altersgruppen, die von Beeinträchtigungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme oder des Schluckens betroffen sind. Über die Anzahl der Berufsangehörigen gibt es keine gesicherten Angaben. Dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. gehören derzeit ca. 10200 Mitglieder an, die zu 78 Prozent in logopädischen Praxen tätig sind. Etwa 91 Prozent der Mitglieder sind Frauen.<sup>1</sup>

Verglichen mit der Sprachheilpädagogik, deren Ursprünge sich bis ins 16. Jahrhundert zurückverfolgen lassen, ist die Berufsgeschichte der Logopädie in Deutschland kurz: Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die Logopädie als ein Teilgebiet der Medizin. Ärzte, die sich auf diesen Bereich spezialisiert hatten, begannen, Assistentinnen für die Arbeit mit sprach- und stimmgestörten Patienten einzusetzen. Die erste staatlich anerkannte Berufsfachschule wurde 1964 gegründet; seit 1980 ist die Berufsbezeichnung geschützt und die Ausbildung bundeseinheitlich geregelt. Während in der Mehrzahl der europäischen Länder und in den USA Logopädinnen an Hochschulen ausgebildet werden, sind in Deutschland akademische Ausbildungsgänge bisher nur als Aufbaustudium oder mit Hilfe von Sonderregelungen realisiert.

Die historisch bedingte Prägung der Logopädie durch die medizinische Sprachheilkunde wird durch die strukturell starke Position der ärztlichen Profession im deutschen Gesundheitssystem unterstützt. Logopädische Interventionen werden auf der Basis ärztlicher Verordnung erbracht. Sie sind als so genannte Heilmittel Bestandteil des Leistungskatalogs privater und gesetzlicher Krankenversicherungen. Sprachtherapeutische Arbeit in der Schule fällt dagegen in den Bereich der Pädagogik und wird von akademisch ausgebildeten Sprachheillehrern geleistet. Seit den 1970er-Jahren gewinnen neben der Medizin die Psychologie und insbesondere die Linguistik maßgeblich Einfluss auf die praktische und theoretische Entwicklung der Logopädie. Die knappe Skizze der Entwicklung des jungen Gesundheitsberufs spricht eine Reihe von Faktoren an, die die Ausbildung einer eigenständigen Wissensbasis und disziplinären Theorieentwicklung in der Vergangenheit erschwert haben:

- Die fehlende Institutionalisierung wissenschaftlicher Bildungswege
- Die Dominanz medizinischen Denkens und Erklärens
- Die historisch gewachsene Konkurrenz sprachtherapeutischer Berufsgruppen
- Die wachsende Orientierung an einem durch linguistische Modelle und Systematiken geleiteten Therapieverständnis
- Der vorherrschende Fokus klinischer Forschung auf prozedurale Aspekte und die Effektivität von Behandlungstechniken

---

<sup>1</sup> Vgl. statistische Angaben des Deutschen Bundesverbands für Logopädie e.V. 2008a, 2008b, 2008c.

In den vergangenen Jahren hat gleichzeitig – nicht zuletzt aufgrund beschränkter finanzieller Ressourcen und wachsender Patientenanforderungen – die Sicherung der Dienstleistungsqualität für alle Gesundheitsberufe zentrale Bedeutung gewonnen. Die Notwendigkeit der Formulierung berufsspezifischer Qualitätskriterien und des Nachweises effektiver, patientenorientierter Leistungserbringung, aber auch die wachsende Bedeutung der ICF<sup>2</sup> für die Rehabilitation, haben innerhalb der Logopädie zu einer verstärkten Reflexion logopädischer Aufgaben und Orientierungen sowie zu einer intensivierten Diskussion professioneller Kompetenzen geführt.

Vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage will die vorliegende Studie zum Verständnis und zur Konzeptualisierung logopädischer Therapiearbeit und damit zur disziplinären Theoriebildung beitragen. Zentrales Forschungsziel ist es, arbeitslogisch zusammengehörige, übergreifende Dimensionen und Muster der Arbeit von Patienten, Angehörigen und Therapeutinnen in ambulanten logopädischen Therapieprozessen zu identifizieren und zu analysieren. Der in dieser Untersuchung gewählte Zugang zum Phänomen logopädischer Therapiearbeit wird dabei durch vier zentrale Aspekte charakterisiert:

Eine erste grundlegende Annahme der vorliegenden Studie ist, dass eine *Konzeptualisierung der Therapiearbeit über verschiedene Erscheinungsformen* und individuelle Aufgabenstellungen hinweg möglich und sinnvoll ist. Während die Auseinandersetzung mit therapeutischen Aufgaben und Kompetenzen innerhalb der Disziplin stark an eine medizinisch-diagnoseorientierte Einteilung logopädischer Störungsbilder gebunden ist, wird hier die Existenz grundsätzlich übergreifender Strukturen und Muster der Therapiearbeit angenommen.

Zweitens geht die Studie davon aus, dass die Arbeit in einer logopädischen Therapie nur dann angemessen konzeptualisiert werden kann, wenn die *Aktivitäten und Aufgaben der nicht-professionellen Akteure systematisch berücksichtigt* werden. Patienten und Angehörigen werden dabei nicht nur als kooperierende Nutzer, sondern als zentrale Akteure und Konstrukteure eines arbeitsteiligen Prozesses betrachtet.

Drittens wählt die Studie eine *empirisch-rekonstruktive Herangehensweise*, d.h. sie stützt die Rekonstruktion und Analyse der Therapiearbeit auf die Beobachtung der Handlungspraxis und das Gespräch mit den beteiligten Akteuren. Dieses Vorgehen unterscheidet sich von einer, vor allem in der Sprachheilpädagogik verbreiteten, theoretisch-normativen Theorieentwicklung. Basierend auf theoretischen Erkenntnissen der Pädagogik und verschiedenen Referenzwissenschaften werden hier normative Modelle sprachtherapeutischer Arbeit entwickelt, denen eine praxisleitende und praxis-kritische Funktion zugewiesen wird (vgl. z.B. Homburg/Lüdtke 2003; Bahr/Lüdtke 2005). Die vorliegende Studie geht davon aus, dass Therapiearbeit nicht als Umsetzung formaler Theorien und normativer Modelle einer Profession verstanden werden kann, sondern ihre Konzeptualisierung rekonstruktive Forschungsansätze erforderlich macht. Auf diese Weise können nicht nur die konkreten Bedingungen der Handlungspraxis der Akteure, sondern auch nicht antizipierte Handlungspraktiken

---

<sup>2</sup> Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

und -strategien sowie implizite Wissensbestände und Gebrauchstheorien<sup>3</sup> thematisiert werden. Ein empirisch-rekonstruktiver Zugang kann damit die Explizierung und Verbalisierung professioneller Praxis, aber auch die Sichtbarmachung der Aktivitäten von Patienten und Angehörigen unterstützen.

Ein vierte zentrale Bestimmung der Zugangsweise ist der Einsatz des *Arbeitstypen-Konzeptes als leitendem heuristischem Konzept*. Der von Anselm Strauss entwickelte Begriff (vgl. z.B. Strauss et al. 1985) bezeichnet verschiedene thematische Dimensionen, die bei der Bearbeitung eines Arbeitsprojekts – in der Logopädie die Erweiterung oder Stabilisierung kommunikativer Kompetenzen – erforderlich werden. Die Unterscheidung von Arbeitstypen strukturiert das Handeln der Akteure auf der Basis arbeitslogischer Zusammenhänge: Aktivitäten und Aufgaben werden aus ihrer zeitlichen Abfolge gelöst und nach thematischen Gemeinsamkeiten untersucht und gebündelt. In der vorliegenden Studie dient das Konzept der Arbeitstypen als ein heuristisches Konzept, das die Aufmerksamkeit in der Datenerhebung und -analyse fokussiert und leitet. Dabei ist die Definition nicht als statisch zu verstehen, sondern wird in der Auseinandersetzung mit dem Feld und dem dort erhobenen Datenmaterial geprüft und weiterentwickelt. Das Arbeitstypen-Konzept stellt den theoretischen Ausgangspunkt für die Analyse logopädischer Therapiearbeit und die Entwicklung gegenstandsbezogener Konzepte und Hypothesen dar. Die Datenerhebung und -analyse richtet sich auf die Identifikation der spezifischen Arbeitstypen, die in der Bearbeitung logopädischer Therapieverläufe von den verschiedenen beteiligten Akteuren eingesetzt werden (vgl. Kapitel 3.3). Um den begrenzten Ressourcen dieser Dissertation gerecht zu werden, beschränkt sich die Studie dabei auf die Interventionsform der ambulanten logopädischen Einzeltherapie. Der Schwerpunkt der Datenerhebung und -analyse liegt in der direkten Begegnung zwischen Logopädinnen, Patienten und Angehörigen. Die therapiebezogenen Aufgaben und Aktivitäten außerhalb des Therapieraums bleiben weitgehend unberücksichtigt.

Der Forschungsbericht ist folgendermaßen aufgebaut:

Das *zweite Kapitel* dient der Entfaltung eines heuristischen Rahmens für die empirische Untersuchung der Therapiearbeit. Ich stelle zunächst zentrale Begrifflichkeiten des symbolischen Interaktionismus als grundlegende Rahmenkonzepte vor und diskutiere in der interaktionistischen Forschungstradition entstandene Erkenntnisse der Professionsforschung und Arbeitspsychologie. Im Mittelpunkt stehen anschließend das Arbeitstypen-Konzept sowie seine Anwendung in der Untersuchung der Arbeit im Krankenhaus. Abschließend stelle ich spezifische Kennzeichen und Anforderungen professioneller Therapiearbeit anhand ausgewählter Studien aus den Gesundheitsfachberufen vor.

Das *dritte Kapitel* ist der Darstellung des methodischen Vorgehens gewidmet. Ich beschreibe und begründe das gewählte Forschungsdesign, den Prozess der Datenerhebung und die Arbeitsschritte der Datenauswertung. Zentrales Anliegen dieses Kapitels ist eine transparente Darstellung der im Forschungsprozess getroffenen Ent-

---

<sup>3</sup> Vgl. Polanyi 1966; Schön 1983; Mattingly 1994.

scheidungen, die den Lesern eine Bewertung der Plausibilität und Glaubwürdigkeit der vorliegenden Studie ermöglichen soll.

Im Zentrum des *vierten Kapitel* steht die Ergebnisdarstellung. Ich unterscheide zwischen vier zentralen Arbeitstypen logopädischer Therapiearbeit: Kontaktarbeit, Ausrichtungsarbeit, Kooperationsarbeit und Veränderungsarbeit. Alle Arbeitstypen beinhalten grundlegende Aufgabenkonstellationen, die mit spezifischen Handlungs- und Interaktionsmustern realisiert werden. Die vier zentralen Dimensionen der Therapiearbeit, ihre Arbeitsprozesse und Arbeitsmuster werden in einzelnen Abschnitten vorgestellt. Jeder Abschnitt endet mit einer Diskussion ausgewählter Kontextbedingungen und Konsequenzen des Arbeitstyps für die beteiligten Akteure und den Therapieverlauf. Das Ergebnis-Kapitel schließt mit einer Betrachtung der Beziehung zwischen den vier Arbeitstypen.

Im *fünften Kapitel* diskutiere ich die Ergebnisse der empirischen Untersuchung. Neben einer kritischen Bewertung der Ergebnisse und ihrer Übertragbarkeit auf weitere personenbezogene Dienstleistungsprozesse steht die Diskussion praktischer und theoretischer Implikationen im Vordergrund.

Das *sechste Kapitel* bietet eine Zusammenfassung des gesamten vorliegenden Forschungsberichts.

Abschließend zwei Anmerkungen zum Sprachgebrauch: Die Nutzer logopädischer Dienstleistungen bezeichne ich in dieser Studie als Patienten. Ich wähle diesen Begriff, weil er innerhalb der Profession die nach wie vor gängige Bezeichnung darstellt. Meiner Auffassung nach wird die Wahrnehmung der Nutzer als zentrale Akteure innerhalb eines logopädischen Therapieprozesses nicht in erster Linie durch das Label Patient oder Klient bestimmt. Wenn die von mir vorgestellten Autoren den Begriff Klient wählen, übernehme ich diese Bezeichnung in meiner Darstellung. Aufgrund des hohen Frauenanteils in den Gesundheitsfachberufen nutze ich die weibliche Form für die Bezeichnung von Professionsangehörigen der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie. Natürlich sind männliche Berufsangehörige immer mit gemeint. Wenn von Patienten oder Klienten die Rede ist, verwende ich im Wechsel die weibliche und männliche Form. In der Darstellung der empirischen Untersuchungsergebnisse werden die Geschlechter den jeweiligen Akteuren entsprechend angegeben.

## **2 Eine interaktionistische Perspektive auf den Forschungsgegenstand**

Das folgende Kapitel zielt darauf ab, die theoretische Perspektive zu verdeutlichen, mit der ich die Arbeit im logopädischen Therapieprozess in dieser Studie untersuchen möchte. Ich gehe dabei davon aus, dass jeder wissenschaftliche Text – ob explizit oder implizit – theoretische und methodische Annahmen beinhaltet, die sowohl für die Fragestellung als auch für die Ergebnisse prägend sind. König und Bentler (1997) bezeichnen solche Vorannahmen anschaulich als eine „Brille“, durch die ein Forschungsgegenstand im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit betrachtet werden soll. In soziologischen Texten sind das in der Regel grundlegende Annahmen darüber, wie Menschen handeln und wie soziale Ordnung entsteht (vgl. Joas 1988).<sup>4</sup> Das Anliegen, diese und weitere Vorannahmen in dieser Arbeit explizit machen zu wollen, hat eine Reihe von Gründen. Zum einen dient diese Offenlegung der „Selbstverständigung“, d.h. der Strukturierung und Systematisierung meines Blickwinkels auf den Forschungsgegenstand und damit auch der Anschlussfähigkeit der Ergebnisse an soziologische Theorietraditionen. Zum anderen soll die Perspektive, die die vorgelegte Analyse logopädischer Arbeit einnimmt, für Leserinnen nachvollziehbar und somit auch kritisierbar werden.

Das Kapitel ist in vier Abschnitte gegliedert: Zunächst fasse ich Grundannahmen und -begriffe zusammen, mit denen Interaktionisten das Handeln und die Arbeit von Menschen in einer „Face-to-face“- Situation beschreiben. In einem zweiten Schritt skizziere ich dann Besonderheiten der Interaktion und Begegnung zwischen Klientinnen und professionellen Helfern. Ich konzentriere mich dabei auf interaktionistisch orientierte Untersuchungen zum professionellen Handeln und zur personenbezogenen Dienstleistungsarbeit. Im Mittelpunkt des dritten Abschnittes steht die Vorstellung und Diskussion des Konzepts der Arbeitstypen als zentrale interaktionistische Forschungsperspektive dieser Dissertation. Im vierten und letzten Abschnitt diskutiere ich Ergebnisse ausgewählter Studien aus den Gesundheitsfachberufen als sensibilisierende Perspektive für die Analyse logopädischer Therapiearbeit.

### **2.1 Grundbegriffe interaktionistischer Theorie**

Wie andere theoretische Perspektiven, die sich auf ein vielfältiges intellektuelles Erbe beziehen und sich über eine lange Zeit hinweg weiterentwickelt haben, hat auch der Interaktionismus unterschiedliche Strömungen und Forschungsinteressen hervorgebracht (vgl. Rose 1967; Fisher/Strauss 1978; Haferkamp 1987; Snow 2001). Im Rahmen der folgenden Ausführungen ist eine umfassende und kritische Auseinandersetzung mit diesen Strömungen nur ansatzweise möglich. Ziel ist in erster Linie, die

---

<sup>4</sup> Es gibt wichtige soziologische Ansätze, die diese Herangehensweise kritisieren. So stellt z.B. Luhmann die Fruchtbarkeit einer handlungstheoretischen Grundlegung soziologischer Gesellschaftstheorie grundsätzlich in Frage (vgl. z.B. Luhmann 1997: 16-43).

Basisannahmen und Konzepte darzustellen, die meinen Blickwinkel und mein methodisches Vorgehen in dieser Forschungsarbeit prägen.<sup>5</sup>

Ein zentraler Ausgangspunkt des interaktionistischen Blicks auf Interaktionssituationen sind die Besonderheiten menschlicher Kommunikation und Intelligenz. Die Fähigkeit des Menschen zu denken und zu kommunizieren wird als einzigartig und folgenreich für das menschliche Verhalten und die menschliche Interaktion betrachtet. Anders als beim Tier, so argumentiert Mead (1973: 81 ff.), lösen Reize beim Menschen keine automatischen und instinktiven Reaktionen aus. Menschen können zwar direkt und ohne nachzudenken auf Zeichen („signs“) reagieren, wie z.B. durch das Zusammenzucken bei einem plötzlichen lauten Geräusch, in der Regel aber beziehen sie sich auf Symbole („symbols“). Unter dem Begriff Symbol wird dabei alles verstanden, was für etwas anderes steht – das kann eine Blume sein, die für Liebe stehen kann, ein Kreuz oder ein Kopftuch. Menschen nutzen Symbole mit einer bestimmten Intention. Wenn sie Symbole wahrnehmen, deuten und interpretieren sie diese und können auf der Basis dieser Interpretation ihre Reaktionen planen und auswählen.

### **2.1.1 Handeln in Interaktionssituationen**

Der Mensch, und das ist eine zentrale interaktionistische Grundannahme, wird damit nicht als ein reagierender Organismus konzeptualisiert, dessen Verhalten durch äußere (z.B. durch Rollenerwartungen oder Statuspositionen) oder innere Kräfte (z.B. durch unbewusste seelische Vorgänge oder verinnerlichte Normen) gesteuert wird (vgl. Blumer 1966). Das bedeutet selbstverständlich nicht, dass biologische, strukturelle und kulturelle Faktoren keinen Einfluss haben. Der Interaktionismus begreift diese Faktoren aber nicht als feste Größen, die menschliches Handeln bestimmen. Stattdessen werden sie als Begrenzungen gesehen, die von den Akteuren in einer Situation wahrgenommen, interpretiert und gehandhabt werden. In dieser spezifischen Definition werden sie dann relevant für das Handlungsgeschehen. Diese Kernannahme verdeutlicht die Abgrenzung gegenüber Menschenbildern, wie sie etwa in den Reiz-Reaktions-Modellen der behavioristischen Psychologie, aber auch in der psychoanalytischen Theorie<sup>6</sup> vertreten werden. Der Interaktionismus geht davon aus, dass Menschen reflektierende Individuen sind, die aktiv agieren, Situationen definieren, Bedeutungen entwickeln und auf dieser Basis ihre Ziele und Handlungsoptionen entwickeln und ihre Umwelt gestalten (vgl. Blumer 1981).

Um sich zu verständigen, bilden Menschen so genannte signifikante Symbole aus, die bei anderen Menschen ähnliche Vorstellungen über Bedeutungen hervorrufen. Die Sprache ist das hervorstechende Beispiel für solche signifikanten Symbole. Sie ist für Mead das zentrale symbolische Kommunikationsmedium und die entscheidende evolutionäre Leistung des Menschen, welche für dessen soziokulturelle Lebens-

---

<sup>5</sup> Fisher und Strauss (1978: 458) unterscheiden zwei interaktionistische Traditionslinien: Die „Chicago-style perspective“, in deren intellektueller Geschichte die Chicagoer Soziologen W.I. Thomas (1863-1947) und R.E. Park (1864-1944) zentrale Bedeutung haben, und die „Meadian perspective“, die sich auf Arbeiten des Sozialpsychologen G.H. Mead (1863-1931) und des Soziologen H. Blumer (1900-1987) bezieht. Meine Darstellung stützt sich in erster Linie auf diese zweite intellektuelle Tradition.

<sup>6</sup> Innerhalb der psychoanalytischen Tradition finden sich aber auch verschiedene Ansätze der „Aneignung“ interaktionistischer Theorie (vgl. z.B. Buchholz/Streeck 1994).

form konstitutive Bedeutung hat (vgl. Habermas 1981: 12). Signifikante Symbole werden dabei auch als grundlegende Basis des menschlichen Denkens verstanden. Sie ermöglichen Menschen, nicht nur die Kommunikation mit anderen, sondern auch mit sich selbst. Mead (1973: 157ff.) versteht diese symbolische Interaktion mit sich selbst als „Geist“ („mind“) des Menschen. Menschen haben die Möglichkeit bestimmte Reize herauszufiltern, zu ordnen und ihre Reaktion in einer Handlung zu organisieren. Sie sind in der Lage, Handlungsalternativen gedanklich auszuprobieren, sich diese mit Hilfe der von ihnen verwendeten Symbole zu verdeutlichen und sie zueinander in Beziehung zu setzen.

Ein Selbst zu haben, beinhaltet dabei aus interaktionistischer Sicht die Fähigkeit eines Menschen ein „Objekt“ für sich selbst sein zu können. Mead (1973; 194ff.) argumentiert, dass Menschen mit dieser Fähigkeit nicht geboren werden, sondern diese durch soziale Interaktion erwerben. Er geht davon aus, dass Kinder im Rollenspiel („play“) und im organisierten Gruppenspiel („game“) Rollen übernehmen und dabei lernen, sich selbst aus der Perspektive anderer zu sehen. Sie entwickeln im Spiel eine Vorstellung davon, was andere für ein Bild von ihnen haben. Sozialisation bedeutet für Mead nicht die effektive Verinnerlichung von Normen, sondern das Erlernen der Fähigkeit, die Rollen anderer zu übernehmen. Er unterscheidet dabei zwei Perspektiven, mit denen Menschen sich selbst betrachten können: Die Perspektive konkreter und häufig nahe stehender Personen („significant others“) und eine abstraktere Perspektive, die sich auf die Haltungen einer Institution oder Organisation bezieht („generalized others“), wie z.B. auf den Standpunkt des Staates, des Gesetzes oder einer Firma. Als Erwachsene beziehen wir uns oftmals auf unterschiedliche, z.T. konkurrierende „Referenzgruppen“ (vgl. Shibutani 1955), deren Perspektiven unseren Bezugsrahmen in verschiedenen Interaktionssituationen bilden. Das, was wir tun, wird aber nicht nur dadurch beeinflusst, welche „signifikanten“ oder „verallgemeinerten Anderen“ wir heranziehen, sondern auch dadurch, dass wir in die Rolle unseres Gegenübers schlüpfen und uns die Situation und uns selbst aus seiner Sicht vorstellen.

Im symbolischen Interaktionismus wird das Selbst, das sich mit den Augen des signifikanten oder verallgemeinerten Anderen sieht, häufig als „me“ bezeichnet. Die Interaktionisten gehen aber davon aus, dass wir durch diese Außenperspektiven nicht vollständig gesteuert werden. Sie argumentieren, dass zum Verständnis der Identität eines Menschen ein weiterer Aspekt berücksichtigt werden muss: das so genannte „I“. Das „I“ bezeichnet den Aspekt des Selbst, der als impulsiv, kreativ und niemals vollständig sozialisierbar betrachtet wird. In ihm kommen sinnliche und körperliche Bedürfnisse zum Ausdruck.<sup>7</sup> Die Wechselwirkung und Auseinandersetzung zwischen dem reflektierten „me“ und dem spontanen „I“ macht die Identität eines Menschen aus (vgl. Mead 1973: 222). Zentral für die Sichtweise des Symbolischen Interaktionismus ist dabei, dass Interaktionen mit anderen für die Entstehung des Selbst von grundlegender Bedeutung sind (vgl. Peribanayagam 2003: 75f.). Diese Entwicklung ist mit dem Erwachsen-Werden nicht abgeschlossen: Das Selbst eines Menschen ist

---

<sup>7</sup> Abel (1998: 34) zieht hier eine Parallele zu Freuds Konzept des „Es“. Im Unterschied zu Freud betrachte Mead das „I“ aber nicht als brodelnden Kessel chaotischer Energie, sondern als konstruktiv und kreativ.

nicht festgefügt und statisch, sondern verändert sich durch neue soziale Erfahrungen und Interaktionen.

Wie stellen sich Interaktionisten vor dem Hintergrund dieser Annahmen nun vor, was passiert, wenn zwei Menschen sich in einer „Face-to-face“-Situation begegnen? Das Geschehen in einer sozialen Interaktion lässt sich schematisierend folgendermaßen zusammenfassen (vgl. Charon 2003: 150): Ein erwachsener Mensch – mit seinem Selbst und seinem Geist, signifikanten und generalisierten Anderen, Referenzgruppen, seinen Erfahrungen, Interessen und Zielen – tritt in eine Situation ein. Diese Situation definiert er zunächst sich selbst gegenüber, d.h.:

- er filtert die für ihn in der Situation relevanten Objekte<sup>8</sup> heraus und definiert sie für sich selbst
- er betrachtet sich selbst in der Situation
- er schlüpft in die Rolle seines Gegenübers und entwickelt Erwartungen darüber, welche Intentionen der andere hat und wie er sich wahrscheinlich verhalten wird<sup>9</sup>
- er wendet Erfahrungen aus der Vergangenheit und Überlegungen zur Zukunft auf die Situation an<sup>10</sup>
- er nimmt Bezug zu den Standpunkten signifikanter und generalisierter Anderer, zu Referenzgruppen und Perspektiven
- er erwägt Mittel und entwickelt Ziele

Auf der Basis dieser Situationsdefinition entscheidet der Mensch (im folgenden Akteur A), wie er sich in der Situation verhalten will, welche Handlungsrichtung er einschlägt. Das ganze Geschehen spielt sich dabei bisher ausschließlich in seinem Kopf ab. Dann erst handelt Akteur A sichtbar und/oder hörbar für sein Gegenüber. Der Interaktionspartner (Akteur B) reagiert, indem er der sprachlichen oder nicht-sprachlichen Handlung eine Bedeutung, einen Sinn gibt. Dabei setzt er seine Perspektive ein, definiert die Situation aus seiner Sicht und in Bezug auf seine Ziele, übernimmt die Rolle des anderen usw. Nachdem der Interaktionspartner seine Situationsdefinition entwickelt hat, reagiert er mit einer Handlung. Diese Handlung wird jetzt wiederum von Akteur A interpretiert. Er reflektiert und beurteilt seine eigene Handlung im Licht der Reaktion seines Gegenübers. Obwohl Akteur A erwartet hat, dass B sein Handeln in einer bestimmten Weise verstehen wird, etabliert sich die Bedeutung letztlich erst durch die Reaktion des Gegenübers. Die Bedeutung einer Handlung in einer bestimmten Situation ist also nicht in erster Linie Ergebnis der Intention der Akteure, sondern ihrer wechselseitigen Reaktionen und interaktiven Beeinflussungen (vgl. Dingwall 2001: 238f). In allen Phasen der Interaktion kann damit eine ständig

---

<sup>8</sup> Objekte können dabei physikalisch oder imaginär, natürlich oder abstrakt, lebendig oder leblos etc. sein

<sup>9</sup> Für die Möglichkeit, solche Verhaltenseinschätzungen zu treffen, ist eine zentrale Voraussetzung, dass Menschen signifikante Symbole nutzen. Durch gemeinsam geteilte Bedeutungen wird das Verhalten der Partner in einer Interaktionssituation in einem gewissen Maß vorhersehbar.

<sup>10</sup> Das bedeutet im interaktionistischen Denken nicht, dass die persönliche Vergangenheit oder Zukunftsvorstellung das Handeln in einer Situation direkt verursacht. Vergangenheit und Zukunft sind keine statischen Größen, sondern veränderbar. Sie sind immer die Vergangenheit und Zukunft, die von einem Akteur in einer gerade ablaufenden Gegenwart definiert werden. In dieser Eigenschaft können sie das strukturieren und bedingen, was wir in einer bestimmten Situation wahrnehmen und erleben (vgl. Maines/Katovich/Sugrue 1983).

gegenseitige Neuorientierung erforderlich sein. Akteur A revidiert vor dem Hintergrund der Reaktion von Akteur B seine Perspektive und die Definition der Situation. Er spielt erneut Handlungsalternativen durch, trifft eine Entscheidung und agiert daraufhin. Dieser Prozess setzt sich in einer Interaktionssituation fort und führt zu einer Verschränkung der Handlungen der Akteure. Man kann diesen Prozess auch als ein gemeinsames Aushandeln von Bedeutungen und Definitionen beschreiben. „Gemeinsamkeit“ bedeutet dabei nicht, dass die Interaktion notwendigerweise konsensorientiert abläuft. Es kann auch gemeinsam eine Konfliktsituation hergestellt werden. In Interaktionssituationen entsteht ein Handlungsgeflecht, ein „stream of action“ (Charon 2003: 116), in dem die Akteure die Handlungen der anderen fortwährend interpretieren und als Basis für ihre Handlungen nutzen (vgl. Corbin/Strauss 1988: 130). Situationsdefinitionen und Ziele können sich damit kontinuierlich verändern.

Wenn man diese Konzeption einer „Face-to-face“-Situation betrachtet, drängt sich die Frage auf, wie Menschen dieses komplexe Geschehen in ihrem Alltag bewältigen. Wir begegnen jeden Tag vielen anderen Menschen und müssen häufig direkt und ohne Verzögerung reagieren. Würden wir in jeder Interaktion unsere Situationsdefinition in all ihren Facetten sorgfältig durchdenken, könnten wir eigentlich nur im Zeitlupentempo miteinander umgehen. Die Interaktionisten halten dagegen, dass wir unsere Situationsdefinition oft nicht in langwierigen Überlegungen, sondern in einer Art blitzartigen Bewertung herstellen. Wir nutzen dazu auch Bedeutungen und Interpretationen, die sich im Laufe unseres Lebens routinisiert haben. Wir gehen dann mit einem bestimmten Bedeutungsrahmen („frame of reference“, vgl. Shibutani 1955) in eine Situation, der bestimmt, was wir für selbstverständlich halten und wo die kulturellen Grenzen unserer Interpretationen liegen (vgl. Snow 2001: 371f.). Wir nähern uns einer Situation mit einem Set von Erwartungen. Werden diese erfüllt, bestätigt das unsere Perspektive. Eine solche Bestätigung tritt gerade deswegen häufig ein, weil die anderen Teilnehmer innerhalb einer Kultur Situationen ähnlich verstehen wie wir selbst. Ein Großteil sozialen Handelns läuft damit in sich wiederholenden Mustern ab, in denen die Akteure sich auf gemeinsame und vorgefertigte Deutungen beziehen können. Menschen nutzen in solchen Situationen oft auch Handlungsgewohnheiten („habits“), die als Routinen bewusstseinsfern ablaufen (vgl. Joas 1988: 424). Solche Routinen sind hilfreich, weil sie unverzügliches Handeln ermöglichen. Rein habituelles Handeln gerät aber andererseits gerade in der Interaktion mit anderen Menschen schnell an seine Grenzen: Der Interaktionspartner sagt oder tut etwas Unerwartetes, ein Problem tritt auf, was wir für selbstverständlich gehalten haben, scheint plötzlich doch nicht unkompliziert, oder wir können ein Ziel nicht erreichen. Solche Störungen verlangen dann eine bewusste Auseinandersetzung und veränderte Definition des Gegenübers und unserer eigenen Situation.

Die Darstellung hat gezeigt, dass Routinen, Regeln und Handlungsmuster für das menschliche Handeln von großer Bedeutung sind. Während andere soziologische Theorien – wie z.B. der Strukturfunktionalismus – davon ausgehen, dass gesellschaftliche Regeln und funktionelle Erfordernisse der Gesellschaft das Handeln in sozialen Interaktionen bestimmen, argumentiert der Symbolische Interaktionismus genau umgekehrt. Er betont, dass gesellschaftliche Regeln und kulturelle Definitionen der ge-

sellschaftlichen „Wirklichkeit“ in sozialen Interaktionen der Gesellschaftsmitglieder hergestellt, aufrechterhalten und eben auch verändert werden.<sup>11</sup> Gesellschaft und die verschiedenen „sozialen Welten“ (Shibutani 1955, Schütze 1987: 540f), die in ihr existieren, bestehen aus den Interaktionen von Menschen und ihrer andauernden Kommunikation mit Hilfe von Symbolen. Gesellschaft ist damit symbolische Interaktion: Menschen interagieren, übernehmen die Rollen anderer, passen ihre Handlungen im Prozess der Interaktionen an, kommunizieren mit Symbolen und interpretieren die Handlungen der anderen. Um gesellschaftliche Strukturen und Regeln verstehen zu können, ist somit, aus interaktionistischer Sicht, die Beachtung der ihnen zugrunde liegenden Interaktionsprozesse von entscheidender Bedeutung. Diese Sichtweise trägt dazu bei, dass viele interaktionistische Untersuchungen sich auf „Face-to-face“-Interaktionen und so genannte mikrosoziologische Forschungsfragen konzentrieren. Die damit oftmals einhergehende Vernachlässigung makrosoziologischer Themen und struktureller Einflussfaktoren ist aus verschiedenen theoretischen Positionen (vgl. z.B. die Zusammenfassung zentraler Kritikpunkte bei Schütze 1987: 545ff), aber auch innerhalb der interaktionistischen Forschung immer wieder kritisiert worden (vgl. z.B. Fisher/Strauss 1978; Maines 2003; Stryker 2003). Interaktionistisch orientierte Wissenschaftler argumentieren, dass diese Verengung der Theorietradition der tatsächlichen Breite ihrer theoretischen und empirischen Leistungen nicht gerecht wird (vgl. z.B. Fisher/Strauss 1978; Joas 1988: 419; Maines 2003). Sie verweisen dabei nicht nur auf die historischen Wurzeln des Interaktionismus, sondern auch auf neuere Forschungsansätze, die sich mit makroanalytischen Fragen – wie z.B. sozialer Ungleichheit und sozialer Ordnung – beschäftigen (vgl. z.B. Hall 2003). Ein Beispiel für einen solchen Ansatz ist etwa der so genannte „negotiated order approach“, der vor allem von Anselm Strauss entwickelt und verschiedenen Autoren weitergeführt wurde. Ausgehend von einer Untersuchung der Expertenorganisation Krankenhaus argumentieren Strauss und seine Forschungsgruppe (vgl. Strauss et al. 1963), dass rationalistische und funktionalistische Modelle der Organisation Krankenhaus nicht gerecht werden. Die Autoren beschreiben die soziale Ordnung im Krankenhaus als Ergebnis andauernder Aushandlungsprozesse der beteiligten Akteure. Regeln und Vorgaben können dabei beschränkend und steuernd wirken, ihre Aufrechterhaltung, Reproduktion und Veränderung setzt aber permanente Verhandlungen, Absprachen und Kompromisse voraus. In seinem 1978 erschienenen Buch „Negotiations“ erweitert Strauss diesen Ansatz über die Organisationssoziologie hinaus. Er betont, dass Aushandlungsprozesse für alle Formen sozialer Ordnung von zentraler Bedeutung sind. Sie können dabei immer auch im Zusammenhang mit Zwang, Überredung und Manipulation auftreten. Strauss geht davon aus, dass Aushandlungen immer in einen bestimmten größeren strukturellen Kontext („structural context“) eingebettet sind, der den direkteren Kontext („negotiation context“) konkreter Aushandlungssituationen prägt. Als Beispiel für einen strukturellen Kontext von Aushandlungsprozessen in psychiatrischen Kliniken nennt Strauss z.B. die Eigenschaften der amerikanischen

---

<sup>11</sup> Stryker (2003) argumentiert, dass innerhalb des Interaktionismus keine einheitliche Einschätzung der Bedeutung struktureller Einflussfaktoren besteht. Er bezeichnet diese beiden Richtungen als „processual and structural wings of interactionism“ (Stryker 2003: 107).

Gesundheitsversorgung, der amerikanischen Psychiatrie, der Spezialisierung der beteiligten Berufsgruppen, der Arbeitsteilung in den Kliniken und der Theorien, die die Akteure über Aushandlungen haben (vgl. Strauss 1978: 98ff.). Strauss argumentiert, dass die Untersuchung sozialer Strukturen grundsätzlich mit der mikroskopischen Analyse der ihnen zugrundeliegenden Aushandlungsprozesse verbunden werden muss. Entscheidend sei, dass soziale Strukturen nicht einfach als gegeben gesetzt, sondern dass ihre Beziehungen und ihre Konsequenzen für ein bestimmtes Phänomen detailliert untersucht und beschrieben werden. Strukturelle Bedingungen sind für Strauss relativ beständige Ergebnis früherer Aushandlungsprozesse, die das Handeln der Akteure beeinflussen können. Gleichzeitig sind sie aber immer auch „Strukturen im Prozess“ (vgl. Strauss 1978: 257ff.), d.h. durch die kollektiven Handlungen der Akteure veränderbar.

### **2.1.2 Arbeit in Interaktionssituationen**

Betrachtet man einerseits die Komplexität, mit der Interaktionisten soziale Interaktionen beschreiben, und andererseits die Bedeutung, die sie diesen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung menschlicher Identität und Gesellschaft zurechnen, so wird verständlich, warum viele Interaktionisten von „Arbeit“ sprechen, die Menschen in Interaktionen leisten. Zwei zentrale interaktionistische Forschungsschwerpunkte in der Untersuchung dieser Arbeit sind „Identitätsarbeit“ („identity work“) und „Emotionsarbeit“ („emotion work“) (vgl. Sandstrom/Martin/Fine 2001). Beide Arbeitskonzepte sind stark von dem 1959 erschienenen Buch „The Presentation of Self in Everyday Life“ des US-amerikanischen Soziologen Erving Goffman beeinflusst. Goffman nutzt in diesem Buch – das in der deutschen Fassung den Titel „Wir alle spielen Theater“ (2003) trägt – die Theaterbühne als Metapher für soziale Begegnungen im Alltag. Alle Beteiligten sind dabei gleichzeitig Darsteller und Publikum. Als Darsteller versuchen sie zu erreichen, dass die anderen Akteure sie so sehen, wie sie gesehen werden wollen. Gelingt ihnen das, erhöht es ihre Chancen, dass die anderen sich ihren Wünschen und Plänen entsprechend verhalten. Dazu spielen sie Rollen und nutzen Kleidung, Sprache, Körperhaltungen usw. als „dramatische“ Mittel. Als Publikum sind sie daran interessiert, Informationen zu bekommen, die ihnen ermöglichen, die Situation und die zu erwartenden Handlungen einzuschätzen. Goffmans Ideen sind in der interaktionistischen Tradition aufgegriffen und in dem Konzept „identity work“ weiterentwickelt worden. Unter Identitätsarbeit werden dabei Strategien und Techniken gefasst, die Handelnde in Interaktionen nutzen, um ihre Identität herzustellen und aufrechtzuerhalten. Stellvertretend für diesen Ansatz sei hier die Studie von David A. Snow und Leon Anderson (1987) genannt, die sich mit der Identitätsarbeit von Obdachlosen auseinandersetzt. Die Autoren unterscheiden dabei drei Muster des „Identity talk“, die Obdachlose einsetzen, um, auch am äußeren Ende der Statushierarchie eine Identität herzustellen, welche mit dem eigenen Selbst-Konzept vereinbart werden kann.

Als eine Form der Identitätsarbeit wird in der interaktionistischen Forschung auch das „Management“ von Emotionen in sozialen Beziehungen verstanden. Grundlegend für diesen Forschungsschwerpunkt sind die Anfang der 1980er-Jahre entstandenen

empirischen Untersuchungen der US-amerikanischen Soziologin Arlie Hochschild. Hochschild (1990) geht davon aus, dass Menschen „Gefühlsnormen“ lernen, die ihnen sagen, welche Emotionen sie in bestimmten Situationen haben und wie sie diese ausdrücken sollen. Gefühle sind, so ihre Analyse, nicht als etwas Natürliches oder Ursprüngliches in unserem Innern aufbewahrt, sondern zugänglich für Kontroll- und Manipulationsversuche. Indem Menschen an ihren Gefühlen arbeiten, schaffen sie diese zugleich. Hochschild unterscheidet dabei die Fähigkeit zur Steuerung des Ausdrucks unserer Gefühle („surface acting“) von dem inneren Handeln („deep acting“), welches die Gefühle selbst beeinflusst. Im Mittelpunkt ihrer Kritik steht die Verwandlung des privaten Emotionsmanagements in so genannte Emotionsarbeit („emotional labor“), die in der wachsenden Dienstleistungsbranche vor allem von Frauen geleistet wird. In Arbeitssituationen – Hochschild verdeutlicht das am Beispiel von Stewardessen – werde das Gefühlsmanagement instrumentalisiert und den Arbeitenden entfremdet.

Hochschilds Ansatz ist in vielen Forschungsarbeiten aufgenommen und weiterentwickelt worden (vgl. zum Überblick z.B. Rastetter 1999; Bolton/Boyd 2003). Die Mehrzahl dieser Studien führt die Analyse der Gefühlsarbeit in Dienstleistungsberufen weiter.<sup>12</sup> Gleichwohl versteht der Interaktionismus die Arbeit an Gefühlen aber auch als einen integralen Bestandteil unserer alltäglichen, nicht-beruflichen Interaktionen. Gefühle werden dabei als „soziale Objekte“ betrachtet, an denen Menschen arbeiten. Diese Arbeit wird nicht nur eingesetzt, um die Erwartungen unseres Gegenübers in Interaktionssituationen zu erfüllen, sondern auch, um dessen Situationsdefinition und Verhalten in der Interaktionssituation beeinflussen zu können.

Die interaktionistische Verwendung des Begriffs Arbeit für unser Verhalten in sozialen Begegnungen ist zunächst überraschend, weil im Alltagsverständnis Arbeit häufig mit berufsartiger Erwerbsarbeit verbunden wird. Diese enge Fassung von Arbeit spiegelt die gesellschaftliche Organisation von Arbeit wieder, die sich in modernen (westlichen) Gesellschaften entwickelt hat. Sie dominiert nicht nur das alltägliche Verständnis von Arbeit, sondern auch viele wissenschaftliche Definitionen. Insbesondere die Wirtschaftswissenschaften, aber auch die klassische Arbeitspsychologie, konzentrieren ihre Untersuchung und Bewertung menschlicher Arbeit in erster Linie auf Erwerbsarbeit, die innerhalb von Organisationen (z.B. Unternehmen, Behörden etc.) geleistet wird (vgl. Richter 1997). Diese Herangehensweise ist in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten kritisiert worden. Im Mittelpunkt feministischer Kritik steht dabei die Vernachlässigung und Abwertung der Arbeit, die vor allem Frauen im Haushalt und in der Familie, aber auch in ungelerten und ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen leisten. Feministische Arbeitspsychologinnen haben Arbeitsdefinitionen entwickelt, die diese Tätigkeiten erfassbar und messbar machen (vgl. z.B. Resch/Bamberg/Mohr 1997).

---

<sup>12</sup> Vgl. für den Bereich der Krankenpflege z.B. Paseka (1991); James (1992); Aldridge (1994); Bolton (2000); Henderson (2001); für die Hebammentätigkeit z.B. Hunter (2000; 2001); für die Sozialarbeit z.B. Aldrige (1994); Nellessen (2000); für die Psychotherapie z.B. Thoits (1996). Vgl. auch die Auseinandersetzung mit Gefühlsarbeit als Bestandteil personenbezogener Dienstleistungsarbeit in Kapitel 2.2.2.

Das Bestreben, bisher „unsichtbare“ Arbeit sichtbar zu machen, kennzeichnet auch interaktionistische Ansätze der Arbeitssoziologie. Obwohl auch in dieser Forschungstradition Arbeit häufig im Zusammenhang mit Arbeitsorganisationen, Berufen und Erwerbsarbeit untersucht worden ist (vgl. z.B. Hughes 1971; Freidson 1975), hat insbesondere der Soziologe Anselm Strauss argumentiert, dass die Untersuchung von Arbeit sich auf alle menschlichen Unternehmungen („enterprises“) richten sollte – auch dann, wenn die Beteiligten ihr Tun selbst nicht als Arbeit verstehen (Strauss et al. 1985: 290). Als Beispiele für solche Unternehmungen zählt Strauss so unterschiedliche Aktivitäten auf wie aus einem Gefängnis fliehen, eine politische Initiative durchführen, eine Therapie machen, eine Ehe am Laufen halten, ein Kind vernünftig großziehen, ein Puzzle machen oder Skifahren lernen. Strauss setzt in dieser Arbeitsdefinition menschliche Handlungslinien („lines of action“) mit „Arbeitslinien“ („lines of work“) gleich. Er argumentiert für eine Arbeitsforschung, die sich nicht in erster Linie an der Verteilung und gesellschaftlichen Organisation von Arbeit (durch Berufe, Organisationen und Märkte) orientiert, sondern an den Arbeitsprozessen und -aufgaben selbst (vgl. Strauss 1991). Auf der Basis empirischer Untersuchungen von Arbeitsabläufen im Krankenhaus entwickelt Strauss eine Reihe theoretischer Konzepte, die er für die Analyse unterschiedlichster menschlicher Arbeitsprozesse geeignet hält. „Arbeitslinien“, so argumentiert Strauss, beinhalten viele verschiedene Aufgaben („tasks“) und Aufgabenbündel („cluster of tasks“), die von den Arbeitenden zum Teil gleichzeitig und zum Teil nacheinander ausgeführt werden müssen. Alle Aufgaben werden in einem Prozess der Arbeitsteilung („division of labor“) zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren – das können Einzelpersonen, Arbeitsgruppen, Abteilungen usw. sein – aufgeteilt. Der Begriff beschreibt dabei nicht nur die Übernahme unterschiedlicher Aufgaben, sondern umfasst auch Aushandlungsprozesse und Diskussionen, die stattfinden, um Arbeitsteilung zu erreichen, aufrechtzuerhalten und zu legitimieren. Die Gesamtheit aller Arbeitsaufgaben nennt Strauss einen „Arbeitsbogen“ („arc of work“). Jeder Arbeitsbogen umfasst verschiedene Phasen („phases“) und spezifische Arbeitstypen („types of work“). Im Verlauf eines Arbeitsbogens gibt es Anteile, die vorhersehbar sind und von den Akteuren geplant werden, gleichzeitig geschieht aber auch immer wieder etwas Unerwartetes und Unvorhersehbares. Zwischenfälle, Störungen oder unerwartete positive Wendungen durchbrechen die geregelte Ablaufordnung vorab geplanter Arbeitsschritte. Ihre Handhabung impliziert weitere Arbeitsschritte, die für die erfolgreiche Weiterführung eines Projekts notwendig werden. Dadurch werden die Aufgaben, die Aufgabenorganisation und die Arbeitsteilung zwischen den Akteuren beeinflusst und verändert. Die Arbeit, die Menschen innerhalb eines Arbeitsbogens leisten, ist damit – außer in extrem standardisierten Routinesituationen – niemals vollständig planbar. Ein Arbeitstyp, mit dem die Akteure auf unerwartete Ereignisse und Entwicklungen reagieren, ist die so genannte Artikulationsarbeit („articulation work“, vgl. Strauss et al. 1985: 151-190; Strauss 1991: 82ff.). Sie dient nicht nur der Koordination von Aufgaben und der situativen Aushandlung der Arbeitsteilung zwischen den Akteuren, die notwendig ist, um einen gemeinsamen Handlungsplan umzusetzen (vgl. Corbin/Strauss 1988: 11), sondern auch dazu, die Dinge wieder „back on track“ zu bringen, wenn etwas Unerwar-

tetes geschehen ist (vgl. Star 1991: 275ff.). Artikulationsarbeit antwortet damit auf das Neue und Widerständige, das interaktive Handlungsvollzüge – aus der Sicht des Interaktionismus – charakterisiert. Sie erhält besonders dann Bedeutung, wenn Arbeitsprozesse durch Innovation und Kontingenz gekennzeichnet sind. Star argumentiert, dass gerade dieser Arbeitstyp unsichtbar bleiben muss, wenn Arbeitsprozesse, außerhalb oder innerhalb beruflicher Settings, mit einem rationalistischen Handlungs- und Arbeitsmodell untersucht werden.

Betrachtet man jetzt mit den von Strauss entwickelten theoretischen Begriffen die eingangs vorgestellten Konzepte der „Identitätsarbeit“ und „Emotionsarbeit“, so können diese als innerhalb eines bestimmten Arbeitsbogens erforderliche Arbeitstypen aufgefasst werden. Sie werden damit in einen übergreifenden Arbeitsprozess integriert, den Menschen mit einer bestimmten Absicht verfolgen. Verschiedene Arbeitsbögen enthalten dabei charakteristische Arbeitstypen: Wenn man eine Liebe am Laufen halten will, spielen Identitäts- und Emotionsarbeit wahrscheinlich eine deutlich größere Rolle, als wenn man dabei ist Skifahren zu lernen. Identitätsarbeit und Emotionsarbeit – aber auch weitere Arbeitstypen, die Strauss und seine Mitarbeiter beschrieben haben (vgl. Kapitel 2.3.4.) – erhalten ihre Bedeutung im Kontext der spezifischen übergreifenden Arbeitsaufgabe, die Handelnde in einer Situation verfolgen. Sie stehen „im Dienste des Hauptarbeitsverlaufs“ (Strauss et al. 1980: 627) und sind in den Anforderungen einer „primären Aufgabe“ (Brucks 1998: 28) begründet.

Die knappe Skizze des Arbeitsbogenkonzepts zeigt, das Strauss ein sehr umfassendes Verständnis von Arbeit zugrunde legt: Arbeit ist für ihn nicht nur unabhängig von ihrem Status als Erwerbsarbeit, sondern auch davon, ob sie von den Akteuren selbst als Arbeit wahrgenommen und bezeichnet wird. Arbeit kann nicht nur mit Gegenständen oder Menschen geleistet, sondern jeder Handelnde kann auch an sich selbst arbeiten. Strauss geht davon aus, dass Menschen dann arbeiten, wenn sie ein bestimmtes Projekt, eine bestimmte Handlungslinie verfolgen. Arbeit wird so gleichgesetzt mit absichtsvollem menschlichem Handeln.

Für ein ähnlich weites Verständnis von Arbeit plädiert – aus einer phänomenologischen Perspektive – auch der Soziologe Thomas Luckmann. In seinem Aufsatz „Wirklichkeit als Arbeit“ versteht er Arbeit als eine Grundform menschlicher Tätigkeit, die von ihrem Entwurf her verstanden werden muss. Ein Mensch arbeitet, „wenn er etwas Bestimmtes in der Umwelt bewirken will“ (2002: 99). Unter Umwelt versteht Luckmann dabei nicht nur die physikalische Umwelt, sondern auch die sozialen Beziehungen, in denen Menschen leben. Menschliches Wirken auf die Umwelt muss sich, so Luckmann, in Verhalten ausdrücken. Das bedeutet für ihn aber nicht, dass Beobachter Arbeit eindeutig an Verhaltenskriterien ablesen können. Arbeit muss grundsätzlich von ihrem Sinn für den Arbeitenden her verstanden werden. In Anlehnung an Schütz argumentiert Luckmann, dass Menschen Arbeit nicht als etwas erfahren, was einfach so abläuft (und im Nachhinein vielleicht mit einer bestimmten Bedeutung oder Begründung belegt wird), sondern als etwas, das von ihnen aus geschieht und motiviert und gesteuert ist. Durch unsere Perspektive auf den Entwurf und die Intention, die wir verfolgen, hat Arbeitshandeln damit immer schon einen aktuellen Sinn (Luckmann 2002: 94).

Strauss' Konzept des Arbeitbogens verdeutlicht, dass intentionales Arbeitshandeln zahlreiche Aufgaben und Phasen umfasst und sich über einen langen Zeitraum erstrecken kann. Arbeitshandlungen, denen ein Mensch nachgeht, laufen parallel und können sich in einer konkreten Handlungssituation überschneiden. Aufgaben müssen zwischen beteiligten Akteuren koordiniert und abgestimmt werden. Gerade wenn ein Arbeitsverlauf viele Interaktionen beinhaltet, passiert dabei häufig Unerwartetes, auf das die Handelnden situativ reagieren müssen. Arbeiten in Interaktionssituationen bedeutet daher nur in Ausnahmefällen, dass die Akteure eindeutige, vorab festgelegte Ziele mitbringen und diese in einem klaren Zweck/Mittel-Schema umsetzen. Aus interaktionistischer Sicht sind die Zwecksetzung und die Auswahl der Mittel in einer Interaktionssituation in der Regel ein Ergebnis der Reflexion der Handelnden auf das, was in der Situation passiert. Im gemeinsamen Handeln entstehen Situationsdefinitionen und situationsbezogene Ziele, die im Verlauf einer Situation wiederum revidiert und aufgegeben werden können. Wie Strauss und Luckmann betonen, ist menschliches Arbeiten mit der Existenz eines Entwurfs, d.h. einer Vorstellung davon, was wir erreichen möchten, verbunden. Diese Pläne und Intentionen können mehr oder weniger konkret und reflektiert sein. Entscheidend für das dieser Untersuchung zugrunde liegende interaktionistische Arbeitsverständnis ist dabei, dass diese Pläne uns zwar in verschiedene Handlungssituationen hineinstellen, „aber noch keine erschöpfende Antwort auf die Herausforderungen dieser Situation“ (Joas 1996: 237) enthalten. Unser Zielentwurf ist nur eines der Orientierungsmittel unseres tatsächlichen Handelns in einer konkreten Interaktionssituation. Joas hat dieses pragmatistische Verständnis von Intention als eine „nicht-teleologische Deutung der Intentionalität des Handelns“ (Joas 1996: 218ff.) bezeichnet. Er argumentiert, dass mit der Lösung des Intentionbegriffs von der Idee eines Handelnden, der rational und bewusst vorgefasste Zwecksetzungen realisiert, Handlungsformen in den Blick geraten, die sich in ein solches Zweck/Mittel-Schema nicht einfügen lassen. Dazu gehören neben routinisiertem Handeln auch spielerische und „sinnerfüllte“ Handlungsformen (z.B. aus Neigung und Lust), in denen die Trennung von Zweck und Mitteln von den Akteuren nicht erlebt wird. Bezogen auf die Analyse der Arbeit in Interaktionen ermöglicht dieses weite Verständnis von Intentionalität auch routinemäßige, spielerische oder intuitive Handlungsformen als Arbeitshandeln innerhalb eines Arbeitbogens zu fassen.

## **2.2 Interaktion zwischen Klienten und Dienstleistern**

In der bisherigen Darstellung stand die interaktionistische Perspektive auf das Handeln und Arbeiten von Menschen in Interaktionssituationen im Mittelpunkt. Die Konzepte und Annahmen, die beschrieben wurden, lassen sich auf verschiedenste alltägliche „Face-to-face“-Situationen anwenden. Das gilt grundsätzlich auch für die Begegnung zwischen Klienten und professionellen Dienstleistern. Auch in Behandlungs-, Beratungs- und Erziehungsprozessen etc. treten Menschen, aus interaktionistischer Sicht, mit ihrem Selbst, ihrem Geist, signifikanten und generalisierten Anderen, Referenzgruppen, ihren Erfahrungen, Interessen und Ziele ein. In der Interaktion interpretieren sie die Handlungen ihres Gegenübers und entwickeln in einem fortwäh-

renden Aushandlungsprozess Situationsdefinitionen, auf die sie ihr Handeln aufbauen. Was macht jetzt aber das Besondere der Begegnung und Interaktion zwischen Klientinnen und professionellen Helfern aus? Diese Frage steht im Mittelpunkt des folgenden Abschnitts.

Die sozialwissenschaftliche Forschung bietet, z.B. im Rahmen der Berufs- und Professionssoziologie, der Arbeitspsychologie, der Klientenforschung, der Medizinsoziologie und -psychologie sowie der Soziologie der Sozialarbeit und Pädagogik, ein breites und kaum überschaubares Feld von Zugängen zu dieser Ausgangsfrage. Während etwa in der Medizinsoziologie und -psychologie die Untersuchung der komplexen Arzt-Patient-Interaktion als Kernthematik bezeichnet werden kann (vgl. z.B. Ong 1995; Thompson 2001; Knesebeck 2004), gibt es für den Bereich der Gesundheitsfachberufe bisher kaum Forschungsarbeiten, die sich explizit mit den Besonderheiten der Begegnung zwischen Klienten und Therapeutinnen auseinandersetzen.<sup>13</sup> In der folgenden Darstellung werde ich mich vor diesem Hintergrund auf ausgewählte Ergebnisse der Professionsforschung und der Untersuchung personenbezogener Dienstleistungsarbeit konzentrieren. Der Schwerpunkt liegt dabei wiederum auf der Vorstellung interaktionistisch geprägter Forschungsansätze und -konzepte.<sup>14</sup>

### **2.2.1 Klienten-Professionellen-Interaktion aus der Perspektive der Professions- theorie**

Die berufssoziologische Professionsforschung hat ihren Ursprung in den ersten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts in England und den USA (vgl. Hesse 1972). Im Mittelpunkt der seitdem geführten wissenschaftlichen Debatte steht die theoretische Analyse der Entwicklung und Funktion der Professionen in modernen, arbeitsteiligen Gesellschaften. In diesem Zusammenhang wurden auch immer wieder Versuche unternommen, die Merkmale und Besonderheiten der Professionen zu definieren und diese gegenüber anderen Berufsgruppen abzugrenzen (vgl. Combe/Helsper 1996). Die klassische soziologische Professionsforschung ist bis heute in wesentlichen Aspekten durch strukturfunktionalistische Vorstellungen beeinflusst (vgl. Pfadenhauer 1998: 292ff.). Den Professionen und Professionsangehörigen wird darin eine tragende Rolle bei der Bewältigung zentraler Probleme moderner Gesellschaften zugesprochen. Im Hinblick auf die Bestimmung grundlegender Professionsmerkmale zeigen sich auch deutliche Parallelen zwischen strukturfunktionalistisch und interaktionistisch geprägten Theorieansätzen (vgl. Schütze 1996: 183ff.). Diese Übereinstimmung lässt sich durch eine knappe Darstellung ausgewählter Positionen der „Gründungsväter“ der strukturfunktionalistischen bzw. interaktionistischen Professions-  
theorie Talcott Parsons und Everett. C. Hughes verdeutlichen:

---

<sup>13</sup> Vgl. dazu die Darstellung ausgewählter Forschungsergebnisse aus den Gesundheitsfachberufen in Kapitel 2.4.

<sup>14</sup> Die Definitionen der Begriffe Professionalisierung bzw. Professionen sind Gegenstand andauernder wissenschaftlicher und (berufs-)politischer Kontroversen. Umstritten sind auch die Fragen, ob und in welcher Hinsicht die Gesundheitsfachberufe als Professionen bezeichnet werden können. Ich gehe auf diese Diskussion im Folgenden nicht ein. Inwieweit die vorgestellten Ergebnisse der Professionsforschung auf die logopädische Interaktionssituation übertragbar sind, muss durch entsprechende empirische Studien untersucht werden.

- Beide Wissenschaftler gehen davon aus, dass den Professionen bei der Bearbeitung bestimmter, abgegrenzter Problembereiche der modernen Gesellschaft zentrale Bedeutung zukommt. Parsons argumentiert, dass die Professionen grundlegende funktionale Vorbedingungen des sozialen Systems sichern und eine integrative, stabilisierende gesellschaftliche Funktion erfüllen (vgl. Parsons 1958: 385). Im Bereich der Medizin liegt das funktionale Interesse der Gesellschaft z.B. in der Bekämpfung von Krankheiten, die die Erfüllung sozialer Rollen gefährden (vgl. Parsons 1965: 10ff.). Nach Hughes Auffassung haben Professionen eine gesellschaftliche Lizenz zur Bewältigung spezifischer Problemlagen, die ihnen erlaubt, zum Wohl ihrer Klientinnen auch schmerzhaftere Prozeduren einzusetzen. Professionen beanspruchen darüber hinaus ein rechtliches, moralisches und intellektuelles Mandat: Innerhalb ihres Arbeitsbereichs fühlen sie sich berechtigt, Verhaltensweisen und Wertvorstellungen zu definieren (vgl. Hughes 1965: 447ff.).
- Sowohl Parsons als auch Hughes betrachten die Professionen als Teil der modernen Berufsstruktur bzw. des modernen Berufssystems. Parsons geht dabei davon aus, dass die Professionen wesentliche Merkmale – wie z.B. die Anforderung einer rationalen Begründbarkeit des beruflichen Handelns, die Beschränkung der fachlichen Kompetenz auf einen spezifischen thematischen Bereich und den unparteiischen Umgang mit Klienten – mit anderen Berufsgruppen teilen. Eine Besonderheit liegt für ihn in der so genannten Kollektivitätsorientierung der Professionen. Im Gegensatz zu Berufen in der Wirtschaft stehe nicht die rationale Verfolgung der eigenen Interessen, sondern die Orientierung am Wohl des Klienten im Vordergrund professionellen Handelns (vgl. Parsons 1965: 40ff.). Das bedeutet für Parsons aber nicht, dass Professionsangehörige uneigennützig handeln, sondern dass Erfolg und Anerkennung in den Professionen an eine solche Orientierung gebunden sind (vgl. Parsons 1964). Hughes betont ebenfalls die Gemeinsamkeiten zwischen Professionen und anderen Berufen. Er beschreibt die Professionen als Berufsgruppen, denen es gelungen ist, sich einen hohen Status innerhalb des Berufssystems zu erkämpfen und ihre Vorrechte und Monopole zu verteidigen. Den Professionen gelinge es dabei, innerhalb der konkreten Arbeitsteilung bestimmte Aufgaben für sich zu beanspruchen und andere, insbesondere auch Aufgaben mit niedrigerem Ansehen („dirty work“), zu delegieren (vgl. Hughes 1971: 344; 421f.).
- Beide Theoretiker betonen, dass professionelle Dienstleister ihren Klientinnen mit emotionaler Neutralität begegnen. Parsons zufolge wird z.B. von Ärzten erwartet, dass sie Probleme auf wissenschaftlich begründete Weise angehen. Ob ihnen ein Patient sympathisch ist oder nicht, sollte bei der Behandlung keine Rolle spielen (vgl. Parsons 1965: 15). Emotionale Neutralität schließt für Parsons aber nicht aus, dass z.B. Ärztinnen in ihrer Arbeit mit Klienten immer wieder emotionalen Belastungen ausgesetzt sind (vgl. Parsons 1965: 26ff.). Hughes beschreibt diese distanzierte Haltung als „detachment“. Damit meint er, dass von professionellen Helfern erwartet wird, dass persönliche, emotionale Empfindungen ihr Handeln in einem konkreten Fall nicht beeinflussen (Hughes 1963: 660). Professionsangehörige müssten in der Lage sein, eine technische, objektivierende Haltung einzunehmen. Die Klassifikation und Relativierung von Problemlagen, die für Klientinnen oftmals von

großer persönlicher Bedeutung sind, führe aber auch immer wieder zu Spannungen in der Beziehung (Hughes 1971: 341; 347).

- Um gesellschaftlich relevante Problembereiche bearbeiten zu können, setzen Professionsangehörige „esoterische“ Kenntnisse ein, die sie im Verlauf einer langandauernden Ausbildung erworben haben (Hughes 1963: 655f.). Im direkten Kontakt mit Klienten besteht eine ihrer zentralen Aufgaben darin, ihr systematisches, in der Regel wissenschaftliches Wissen auf die konkrete Situation des Klienten zu beziehen (Parsons 1958: 375). Professionsangehörige gehen mit einem grundlegenden Wissens- und Könnensvorsprung in die Interaktion mit ihren Klienten, dadurch entsteht eine strukturelle Asymmetrie und Ungleichheit in der Beziehung (vgl. Parsons 1975: 271f.). Klienten sind darauf angewiesen, professionellen Dienstleistern Vertrauen entgegenzubringen und ihre Autorität zu akzeptieren. Sie sind in der Regel nicht in der Lage, die Qualität der professionellen Leistungen zu beurteilen (vgl. Hughes 1963: 657; Parsons 1965: 41).

Diese knappe Gegenüberstellung zeigt, dass sowohl Parsons als auch Hughes die Begegnung zwischen Professionellen und Klienten als ein potenziell spannungsreiches Verhältnis betrachten, das von einem unaufhebbaren Wissens-, Könnens- und Machtungleichgewicht gekennzeichnet ist. Eine grundlegende Differenz der strukturfunktionalistischen und interaktionistischen Sichtweise liegt in der Bewertung dieser Ungleichheit: Parsons argumentiert, dass die moderne Gesellschaft spezifische soziale Strukturen und Mechanismen – wie z.B. normative Erwartungen an das Verhalten von Arzt und Patient – ausgebildet hat, um potenzielle Spannungen im Verhältnis zwischen Klient und Professionellen zu überwinden und eine erfolgreiche Anwendung rationaler, wissenschaftlicher Erkenntnisse in der professionellen Praxis zu gewährleisten (vgl. Parsons 1965: 14ff; 32ff.) Die Ungleichheit in der Begegnung zwischen Klienten und Professionellen betrachtet er als funktional, d.h. als eine hilfreiche Voraussetzung für die Rückführung des Klienten zur Normalität und damit zur Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung (vgl. Parsons 1974: 272ff.; Lupton 1994: 129f.). Während strukturfunktionalistisch orientierte Forschungsarbeiten ihre Analysen auf idealtypische Situationen konzentrieren, in denen professionelle Arbeit als Institution zur Sicherung gesellschaftlicher Stabilität funktioniert, richtet die interaktionistische Forschung ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf konkrete Arbeitsabläufe und Interaktionen innerhalb professioneller Handlungsbereiche. Dieser Fokus trägt dazu bei, dass die alltägliche Handlungspraxis mit ihren spezifischen Anforderungen und Problemen in den Mittelpunkt interaktionistisch orientierter Forschungsarbeiten rückt (vgl. Schütze 1996: 186; Gildemeister/Robert 1997: 23ff.). Wie und in welcher Form Ungleichheit in der Begegnung zwischen Klienten und Professionellen auftritt und relevant wird, wird dabei nicht als gegeben gesetzt, sondern als ein Ergebnis von Aushandlungsprozessen in der Interaktionssituation verstanden. Die Konsequenzen dieser Interaktion können unter verschiedenen Gesichtspunkten funktional oder dysfunktional für die Beteiligten, für die Organisationen, in denen sie stattfinden, und für gesellschaftliche Entwicklungen sein. Diese interaktionistische Forschungsorientierung möchte ich im Folgenden beispielhaft anhand klassischer Arbeiten des US-

amerikanischen Medizinsoziologen Eliot Freidson und des deutschen Soziologen Fritz Schütze verdeutlichen.

Eliot Freidson nahm die von Hughes formulierte Kritik an einer konventionellen Professionstheorie auf, die sich auf das von den Professionen selbst vertretene Idealbild professioneller Funktionen und Verhaltensweisen stützt. Hughes hatte in seinen Arbeiten den materiellen und symbolischen Nutzen hervorgehoben, der den Professionen durch die Monopolisierung ihrer Tätigkeit entsteht. Freidson entwickelte diese Perspektive in seinen Untersuchungen zur US-amerikanischen Gesundheitsversorgung weiter (vgl. Turner 1995: 130). Im Mittelpunkt seiner Analyse (Freidson 1975) steht die Kritik an der „professionellen Dominanz“ medizinischer Experten. In diese Herrschaft der Experten sieht Freidson – ganz im Gegensatz zu Parsons – den analytischen Schlüssel zu grundlegenden Mängeln gesundheitsbezogener Dienstleistungen (a.a.O.: xiv). Freidson geht davon aus, dass die erfolgreiche Etablierung als dominante Profession es der Medizin ermöglicht hat, eine Monopolstellung innerhalb des Gesundheitswesens einzunehmen, andere Berufsgruppen systematisch unterzuordnen und die Gestaltung der Gesundheitsversorgung maßgeblich zu kontrollieren. Er betrachtet die Ärzteschaft nicht als eine Ansammlung von Individuen mit besonderem Wissen und besonderer ethischer Orientierung, sondern als einen Beruf, dem es gelungen ist, seine Dominanzposition durch ein gesetzlich abgesichertes Praxismonopol und die Lizenzierung bestimmter Privilegien (wie z.B. die ärztliche Verschreibungspflicht) zu sichern (vgl. a.a.O.: 54; 60). Die ärztliche Profession habe eine hohe technische und wissenschaftliche Autonomie sowie eine weitgehende Freiheit von Fremdkontrolle errungen. Im Gegensatz zu Parsons, der diese lockere Struktur der Leistungsregulierung mit der Notwendigkeit komplexer und potenziell risikoreicher Urteilsfindung in der ärztlichen Praxis begründet, sieht Freidson darin eine Ursache für strukturelle Mängel in der Qualität medizinischer Leistungserbringung. Professionellen Praktikern werde unterstellt, dass sie im Besitz einer fraglosen Objektivität professioneller Expertise und wissenschaftlicher Wahrheit seien und keiner höheren Aufsicht unterworfen werden müssten (vgl. a.a.O.: 113). Freidson argumentiert dagegen, dass die medizinische Versorgung nicht von der ärztlichen Profession kontrolliert werden darf. Ihre Vorherrschaft und Autonomie müsse durch administrative und bürokratische Mechanismen eingeschränkt werden, die Anreize zu einer technisch hochwertigen und humanen Patientenversorgung setzen. Um gesundheitsbezogene Dienstleistungen ökonomischer, rationaler und humaner zu gestalten, müssten z.B. Bedingungen geschaffen werden, die es Patienten erlauben, unmittelbar Einfluss auf die Versorgung auszuüben (vgl. a.a.O.: 114; 150). Eine solche Einflussnahme werde derzeit, so Freidsons Urteil Ende der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts, durch die Dominanz professionalisierter Experten systematisch verhindert.

Freidson geht in seiner Analyse der professionellen Experten herrschaft von einem grundsätzlich problematischen Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten aus. Die Beziehung zwischen Ärztin und Patient sei durch grundlegende Konfliktpotenziale gekennzeichnet (vgl. Freidson 1962). Als eine zentrale Ursache dieser Konflikte beschreibt Freidson das Aufeinandertreffen von Laien- und Expertenperspektiven („clash of perspectives“; a.a.O.: 209) in der Behandlungssituation. Während Ärzte die

Probleme ihrer Patienten mit Hilfe ihres Spezialwissens und ihrer beruflichen Erfahrung typisieren und routinisieren, nehmen die Patienten ihre Situation als einzigartig wahr. Sie sind persönlich betroffen und versuchen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen und ihres Wissens zu kontrollieren, was mit ihnen geschieht. Ärztliche Praktiker könnten vor diesem Hintergrund zu Problem- und Lösungsdefinitionen kommen, die aus der Sicht der Patienten nicht nachvollziehbar sind. Gleichzeitig seien Mediziner in ihrer Arbeit aber auf die Kooperation ihrer Patienten angewiesen. Diese Problematik wird, so Freidson, durch soziokulturelle Unterschiede zwischen den Akteuren verschärft. Eine weitere wichtige Konfliktursache sieht Freidson in der „objektiven Unsicherheit“ (a.a.O.: 112) medizinischer Entscheidungen. Neben den unaufhebbaren Grenzen medizinischen Wissens sei die Anwendung allgemeiner medizinischer Erkenntnisse auf den Einzelfall eine systematische Quelle von Risiken und Fehlern, die das Verhältnis zwischen Patientin und Arzt belastet. Um in dieser potenziellen Konfliktsituation ihre Autorität und damit die Kooperation des Klienten zu sichern, können beratende Experten nicht auf gemeinsame Wissensgrundlagen zurückgreifen. Den Angehörigen der Professionen ist es aber Freidsons Analyse zufolge gelungen, ihre gefährdete Autorität durch eine gesetzlich geschaffene Stellung institutionell abzusichern. Sie hätten nicht nur die Ausübung bestimmter Tätigkeiten monopolisiert, sondern besäßen darüber hinaus einen exklusiven Zugang zu Dienstleistungen und Hilfsmitteln, die der Hilfesuchende zu brauchen meint (vgl. Freidson 1975: 83f.). Vor dem Hintergrund dieser institutionalisierten Stellung muss, so Freidson, der Klient nicht mehr durch Beweise vom Sachverstand seines Beraters überzeugt werden, sondern ist gezwungen, sich auf dessen Autorität zu verlassen und Kompetenz zu unterstellen. Die Anwendung professionellen Wissens werde damit von einer Form der Autorität getragen, die der Wahlfreiheit und dem Einfluss der Klientinnen einschneidende Grenzen setze (vgl. a.a.O.: 88f.).

Freidsons These der professionellen Expertenhegemonie ist in den nachfolgenden Jahrzehnten intensiv rezipiert worden. Verschiedene Autoren haben versucht die professionelle Dominanz in empirischen Untersuchungen der Interaktion zwischen Professionellen und Klienten nachzuweisen. Sie gingen dabei davon aus, dass professionelle Dienstleister ihre Machtposition nutzen und durch spezifische Interaktionsstrategien die Begegnung mit Klienten dominieren und kontrollieren. Der Klienten-Professionellen-Kontakt wurde als eine Arena der Auseinandersetzung über die Definition der Situation, den Ablauf der Interaktion und die Verteilung von Zeit und Ressourcen begriffen.<sup>15</sup> Andere Autoren bestreiten, dass Kontrolle in Behandlungssituationen durch professionelle Interaktionsstrategien oder die Wirkung institutionalisierter Normen entsteht. So geht z.B. David Hughes (1982) davon aus, dass die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten in erster Linie dadurch gekennzeichnet ist, dass Patienten Schwierigkeiten haben, ihre Problemsituation in einem medizinischen Kontext kompetent darzustellen. Trotz ihres unterschiedlichen Wissens- und Erfahrungshintergrundes versuchen aber beide Parteien, einen erfolgreichen Ablauf der Interaktion zu gewährleisten. In dieser Situation könne eine Form der professionellen Domi-

---

<sup>15</sup> Vgl. z.B. Eglin/Widemann 1986: 341ff. für eine Zusammenfassung und Kritik dieser Forschungsbemühungen.

nanz entstehen, die es Patienten schwer macht, bestimmte Themen anzusprechen oder weiter auszuführen. Hak (1994) argumentiert ebenfalls, dass sich Kontrolle in Behandlungssituationen nicht an asymmetrischen Interaktionsformen festmachen lässt. Ungleichheit und Kontrolle sind, seiner Analyse nach, dadurch begründet, dass ein Ungleichgewicht im Wissen über die Interessen der jeweils anderen Seite besteht. Patienten könnten oftmals nicht einschätzen, welche Ziele die professionellen Akteure in einer Interaktionssituation verfolgen.

Ungleichheiten und Interaktionsprobleme sind auch Gegenstand zahlreicher Studien, die versuchen, in einer anwendungsorientierten und normativen Perspektive Ideen zur Verbesserung der Interaktion in Behandlungssituationen zu entwickeln. Die Mehrzahl dieser Ansätze setzt dabei am Verhalten der Professionellen an – z.B. im Bereich der Medizinsoziologie und -psychologie besteht hier eine inzwischen mehr als 50-jährige Tradition (vgl. Szasz/Hollander 1956). Andere Ansätze konzentrieren sich auf die Stärkung der Patientenseite oder versuchen patienten- und arztzentrierte Zugänge zu kombinieren (vgl. Scheibler/Pfaff 2003).<sup>16</sup>

Ebenso wie Freidsons Untersuchungen basieren auch die Arbeiten des deutschen Soziologen Fritz Schütze auf einem interaktionistischen Professionsverständnis. Schütze ist der Auffassung, dass die von Hughes begründete Professionsperspektive eine „besondere Sensibilität für das Verdeckte“ (Schütze 1992: 134) – d.h. für Fehler, Problemstellungen und biografische Verwicklungen des professionellen Handelns – beinhaltet. Im Mittelpunkt seines Interesses stehen die spezifischen paradoxen Anforderungen und daraus hervorgehende systematische Fehlerpotenziale professioneller Arbeit. Schütze konzentriert seine Analysen dabei in erster Linie auf pädagogische Arbeitsfelder, insbesondere auf den Bereich der Sozialarbeit.<sup>17</sup> Der Autor geht dabei davon aus, dass die Paradoxien oder Kernprobleme des sozialarbeiterischen Handelns keine Besonderheit der „bescheidenen Profession“ (a.a.O.: 114) Sozialarbeit darstellen, sondern sich in der Praxis aller Professionen – mit z.T. unterschiedlichen Störpotenzialen und Begleiterscheinungen – empirisch nachweisen lassen. Sie sind, so Schützes Argumentation, mit der Logik professioneller Expertenarbeit unauflösbar verbunden und können von professionell Handelnden grundsätzlich nicht umgangen werden. Klientinnen und Professionelle begegnen sich, nach Schützes Auffassung, in einem „spannungsreichen, im Kern paradoxen sozialen Verhältnis“: Während einerseits ein „unaufhebbares Wissens-, Könnens- und Machtgefälle“ (Schütze 1996: 193) und eine grundlegende Fremdheit<sup>18</sup> besteht, müssen die Akteure andererseits ein Arbeitsbündnis aufbauen. Nur durch eine andauernde systematische

---

<sup>16</sup> Vgl. dazu z.B. die Überblicksdarstellungen von Ong et al. (1995) und Thompsons (2001) zur Beziehung und Interaktion zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern im Gesundheitswesen, die die Vielfalt empirischer Forschungsbemühungen und Veränderungsansätze verdeutlichen.

<sup>17</sup> Schützes Einschätzung nach kann die Sozialarbeit im Bezugsrahmen der interaktionistischen Theorie als Profession bezeichnet werden, auch wenn sie noch nicht den Grad an Autonomie erworben hat, den die Medizin, die Jurisprudenz oder die technischen Professionen für sich beanspruchen können (vgl. Schütze 1992: 144).

<sup>18</sup> Nach Schützes Auffassung ist auch die alltägliche Interaktion durch Fremdheit und unterschiedliche Wahrnehmungsperspektiven gekennzeichnet, die von den Interaktionspartnern nur durch wechselseitige Vertrauensvorschuße überwunden werden können. In professionelle Arbeitsbeziehungen ist diese Fremdheit, Schütze zufolge, aber aufgrund der Problembetroffenheit der Klienten, des Wissensgefälles und häufig unterschiedlicher sozialer Hintergründe besonders groß (vgl. Schütze 1996: 208f.).