

## Zusammenfassung

Dieser Aufsatz vertritt die These, dass die Inhalte von Krankengeschichten aus Respekt vor der Möglichkeit gesammelt werden, dass die Therapeut-Patient-Beziehung vielleicht einmal konstruiert werden muss als eine Beziehung, die den Erwartungen sanktionierbarer Leistungen durch Klinikmitarbeiter und Patienten entsprochen hat. Darin liegen die „guten Gründe“, „schlechte“ Klinikakten herzustellen.

# „Gute“ organisatorische Gründe für „schlechte“ Krankenakten\*

Harold Garfinkel  
University of California, Los Angeles

## Das Problem

Mehrere Jahre lang untersuchten wir die Patientenauswahlverfahren der Psychiatrischen Poliklinik des Medizinischen Zentrums der University of California Los Angeles (U.C.L.A.), wobei unsere Fragestellung lautete: „Nach welchen Kriterien wurden die Bewerber zur Behandlung ausgewählt?“ Wir arbeiteten mit Kramers Methode<sup>1</sup>, nach der Bewegungen von Krankenhauspopulationen analysiert werden, um die Fragestellung in Begriffen des progressiven Verschleißes einer Anfangsbedarfskohorte zu konzipieren, wie er in den aufeinander folgenden Phasen der Aufnahme, der psychiatrischen Untersuchung und der Behandlung auftrat. Klinische Berichte waren unsere Informationsquellen. Zu den wichtigsten Unterlagen dieser Art zählten die Aufnahmeanträge und die Krankengeschichten. Um die so gewonnenen Informationen zu ergänzen,

entwarfen wir ein „Patientenkarriereblatt“, das wir den Krankengeschichten beilegte. Damit wollten wir fortlaufende Aufzeichnungen über die Transaktionen zwischen Patienten und Klinikmitarbeitern erhalten, und zwar von dem Zeitpunkt an, zu dem der Patient zum ersten Mal in Erscheinung trat, bis zu dem Zeitpunkt, zu dem er seinen Kontakt mit der Klinik beendete. Die Krankengeschichten enthalten Berichte, die durch die Aktivitäten der Klinikmitarbeiter generiert werden, und folglich waren fast alle Krankengeschichten in ihrer Funktion als Datenquellen für unsere Studie die Ergebnisse selbstberichtender („self-reporting“) Verfahren.

Was die erhoffte Anwendbarkeit und die Ergebnisse anbelangte, war die Methode der Kohortenanalyse klar umrissen und ergiebig. Der Zugang zu den Klinikakten stellte kein Problem dar. Deshalb glaubten wir, als wir den Antrag des Forschungsprojektes vorbereiteten, dass ein streng beaufsichtigtes Team die Informationen aus den Krankengeschichten bekommen könnte, die wir benötigten. Nach einem ersten Versuch herauszufinden, welche Informationen wir bekommen konnten und welche nicht, sahen wir uns dazu veranlasst, das Niveau der für diese Forschungsarbeit erforderlichen Ausbildung und Fachkenntnis auf das eines wissenschaftlichen Mitarbeiters mit abgeschlossenem Soziologiestudium anzuheben. Wir erlaubten es den Kodierern, mit Schlussfolgerungen zu arbeiten, und ermutigten zum emsigen

\* In Zusammenarbeit mit Egon Bittner, The Langley Porter Neuropsychiatric Institute. Dieser Beitrag trägt den Originaltitel „Good“ organizational reasons for „bad“ clinic records und ist Harold Garfinkels 1967 erschienenem Buch *Studies in Ethnomethodology* (S. 186–207) entnommen. Aus dem Englischen übersetzt von Astrid Hildenbrand, Marburg

<sup>1</sup>M. Kramer, H. Goldstein, R. H. Israel, N. A. Johnson (1956) Application of life table methodology to the study of mental hospital populations. *Psychiatric Research Reports*, pp 49–76

Harold Garfinkel, PhD, University of California, Los Angeles, CA 90024, USA

**“Good” organizational reasons for “bad” clinic records**

Harold Garfinkel

**Summary**

This contribution deals with the hypothesis that the contents of clinic folders are collected with regard to the possibility that the clinician-pa-

tient relationship may have to be constructed as having been in accord with expectations of sanctionable performances. This provides “bad clinic records” for “good reasons”.

Forschen. Trotzdem gab es in unserem Plan wenige Items, auf die wir Antworten erhielten. Einige Informationen, die wir aus den Klinikakten, die uns vorlagen, zu gewinnen gehofft hatten, sind mit der von uns geschätzten Glaubwürdigkeit in Tabelle 1 festgehalten. Zum Beispiel war das Geschlecht der Patienten praktisch in allen Fällen vermerkt; das Alter der Patienten war in 91% der Fälle erwähnt; Familienstand und Wohnort waren in 75% der Fälle vorhanden; Rassenzugehörigkeit, Beruf, Religionszugehörigkeit und Bildung waren in etwa  $\frac{1}{3}$  der Fälle vermerkt; berufliche Entwicklung, ethnischer Hintergrund, Jahreseinkommen, Familienverhältnisse und Geburtsort waren in weniger als  $\frac{1}{3}$  der Fälle erwähnt. Von den 47 Items, bei denen es um die Geschichte der Kontakte zwischen Kandidaten und Klinikmitarbeitern ging, bekamen wir bei 18 Items zu 90% unserer Fälle Antworten; bei 20 weiteren Items bekamen wir zwischen 30 und 0% der Fälle Informationen.

Als wir nach einem Jahr Erfahrung mit dieser Studie unsere Schwierigkeiten bei der Informationsgewinnung aus den Klinikakten Revue passieren ließen, kamen wir zu dem Schluss, dass diese Schwierigkeiten das Ergebnis unserer Suche nach Informationen waren, die wir oder sonst jemand, ob sie Insider oder Außenstehende der Klinik waren, wahrscheinlich nicht haben konnten, weil jedes selbstberichtende System mit den Routineabläufen, nach denen die Klinik funktionierte, in Einklang gebracht werden musste. Wir verknüpften schließlich die Tatsache der nicht verfügbaren Informationen

mit dem Thema „gute“ organisatorische Gründe für „schlechte“ Krankenakten. Genau diesem Thema sind die folgenden Ausführungen gewidmet.

**„Normale, natürliche Schwierigkeiten“**

Die Schwierigkeiten, auf die ein Forscher bei der Arbeit mit klinischen Berichten stoßen kann, lassen sich grob in 2 Kategorien einteilen. Die erste Kategorie können wir als allgemeine methodologische Schwierigkeiten bezeichnen und die zweite Kategorie als „normale, natürliche Schwierigkeiten“. Wir widmen uns der ersten Kategorie nur sehr kurz; der Schwerpunkt unseres Interesses liegt auf der zweiten Kategorie.

*Allgemeine methodologische Schwierigkeiten* werden in den meisten Publikationen thematisiert, die sich mit der Verwendung klinischer Berichte für Forschungszwecke befassen. Das Interesse an diesen Schwierigkeiten ist durch die Herausforderung motiviert, dem Forscher praktische Ratschläge anzubieten, wie er aus einem Kieselstein einen Diamanten schleifen kann. Statt von einem Diamanten sollten wir von einer Art Gefäß sprechen, das mit der Billigung des Forschers ein brauchbares Quantum der kläglichen und ramponierten Teilchen enthalten darf, die aus den Akten entfernt und in das Gefäß gelegt wurden. Mit solchen Diskussionen wird versucht, den Forscher mit Regeln auszustatten, die einzuhalten sind, wenn der Inhalt von Krankengeschichten den Status verbürgter Antworten auf seine Fragen er-

halten soll. Worum es hier generell geht, ist die Umschreibung konkreter Krankengeschichten, damit so eine Art aktuarielles (i. S. von buchhalterisch oder statistisch – Anmerk. d. Übers.) Dokument entsteht, von dem man sich erhofft, dass es die gewünschten Eigenschaften der Vollständigkeit, Klarheit, Glaubwürdigkeit und dergleichen besitzt. Der so umgewandelte Inhalt des Berichts lässt sich leichter für verschiedene Arten sozialwissenschaftlicher Analysen heranziehen als die ursprüngliche Fassung, wobei man natürlich von der Annahme ausgeht, dass eine vertretbare Entsprechung zwischen der umgewandelten Darstellung und der Art besteht, wie die Information in ihrer ursprünglichen Form gemeint war.<sup>2</sup>

Jeder Forscher, der sich bei einer wissenschaftlichen Untersuchung auf klinische Berichte – wo immer diese sich auch finden – stützt, kann ein Lied von den damit verbundenen Schwierigkeiten singen. Darüber hinaus sind Klinikärzte und Klinikverwaltung häufig genauso vertraut mit den Problemen und besorgt über diese „Unzulänglichkeiten“, wie es die Forscher selbst sind. Die bloße Häufigkeit, mit der „schlechte Berichte“ vorkommen, und die uniforme Weise, in der sie „schlecht“ sind, reichte an sich schon aus, um unsere Neugier zu wecken. Deshalb kamen wir zu der Frage, ob es ein paar Aspekte gebe, die durch die Beschreibung der großen Uniformität „schlechter Berichte“ als soziologisches Phänomen an und für sich ausgedrückt werden könnten.

Wir entschlossen uns, die Schwierigkeiten mit Berichten als „normale, natürliche Schwierigkeiten“ zu betrachten. Das meinen wir *nicht* in einem ironischen Sinne. Wir sagen *nicht*: „Was kann man denn mehr erwarten?!“ Der Ausdruck „normal, natürlich“ wird vielmehr in einem konventionellen soziologischen Sinn gebraucht und bedeutet: „in Übereinstimmung mit den herrschenden Regeln der Praxis“. „Normale, natürliche Schwierigkeiten“ sind Schwierigkei-

<sup>2</sup>Ein Bericht über den sozialwissenschaftlichen Gebrauch klinischer Berichte findet sich bei E. Kuno Beller (1962) *Clinical process*. Free Press of Glencoe, Inc., New York

Tabelle 1

**Verfügbarkeit gewünschter Informationen und wie diese in den 661 Fällen gewonnen wurden**

Informationsitem	Prozentsatz bei 661 Fällen, in denen			
	keine Informationen vorlagen	Informationen durch unsichere Schlussfolgerungen gewonnen wurden	Informationen durch sichere Schlussfolgerungen gewonnen wurden	Informationen durch Überprüfung gewonnen wurden
(A) „Oberflächen“merkmale des Patienten				
Geschlecht	0,2	–	0,3	99,5
Alter	5,5	2,9	0,4	91,2
Familienstand	11,8	5,4	3,9	78,9
Sozialer Status	21,4	0,4	3,6	74,6
Rasse	59,5	0,2	0,6	39,7
Beruf	55,6	0,4	5,0	39,0
Religion	51,7	9,5	2,3	36,5
Bildung	60,7	1,4	2,6	35,3
<i>Weggelassen wegen fehlender Informationen</i>				
Berufliche Entwicklung				
Dauer der Ehe				
Erste Ehe oder Wiederverheiratung				
Ethnischer Hintergrund				
Einkommen				
Familienverhältnisse				
Person, die den Patienten hauptsächlich unterstützt				
Geburtsort				
Aufenthaltsdauer in Kalifornien				
(B) Erster Kontakt				
Wie kam der Kontakt zustande	7,2	0,4	2,3	90,1
Gab es eine Begleitperson für den Patienten	–	2,0	2,0	96,0
Art der Überweisung	3,5	0,4	7,8	88,3
Sind Externe an der Überweisung beteiligt	2,5	0,2	3,0	94,3
Kliniker, der beim ersten Kontakt beteiligt war	3,6	–	–	96,4
Anzahl der kontaktierten Kliniker	4,8	–	2,0	93,2
Verfassung des Patienten nach dem ersten Kontakt	5,0	0,3	11,9	82,8
(C) Aufnahmegespräch und psychologische Tests				
Erscheinen des Patienten beim Aufnahmegespräch	0,4	0,5	2,1	97,0
Kliniker, der am Aufnahmegespräch beteiligt war	0,3	–	–	99,7
Ergebnisse der psychologischen Tests	0,2	0,3	1,5	98,0
Wenn keine psychologischen Tests vorgenommen, Grund	16,3	2,5	17,5	63,7
(D) Aufnahmekonferenz und Behandlung				
Geplante oder improvisierte Aufnahmekonferenz	44,6	10,9	34,9	9,6
Mitarbeiter, der für die Aufnahmekonferenz zuständig ist	50,3	–	–	49,7
Entscheidung der Aufnahmekonferenz	8,0	9,7	10,3	72,0
Wenn Patient einem Therapeuten zugeteilt, Name des Therapeuten	8,3	–	–	91,7
Name des ersten Therapeuten	3,8	–	–	96,2
Wenn Patient auf der Warteliste war, Ergebnis	–	0,3	9,6	90,1
Wenn Patient nicht akzeptiert wurde, Grund	19,7	1,2	7,7	71,4
Wenn Patient nicht akzeptiert wurde, wie mitgeteilt	31,5	2,7	6,8	59,0

Tabelle 1  
(Fortsetzung)

Informationsitem	Prozentsatz bei 661 Fällen, in denen			
	keine Informationen vorlagen	Informationen durch unsichere Schlussfolgerungen gewonnen wurden	Informationen durch sichere Schlussfolgerungen gewonnen wurden	Informationen durch Überprüfung gewonnen wurden
<i>Weggelassen wegen fehlender Informationen</i>				
Zusammensetzung der Aufnahmekonferenz				
Anzahl früherer Einweisungen				
Begleitfälle				
Planung der psychologischen Tests				
Planung der Aufnahmegespräche				
Anzahl der Termine für das Aufnahmegespräch				
Mitteilung über bevorstehende Ablehnung nach dem Aufnahmegespräch				
Durchführung psychologischer Tests				
Art der empfohlenen Behandlung				
Anzahl der geplanten Behandlungssitzungen				
Anzahl der verpassten Termine				
Anzahl der Gespräche mit Ehepartnern, Eltern, Verwandten, Freunden usw.				
Person, die die Behandlung überwacht				
Geplante Besuchsregelung				
Konkrete Besuchsfrequenz				
Gründe für den Abschluss nach der Behandlung				
(E) Psychiatrische Merkmale				
Art der Beschwerden des Patienten	7,0	0,2	1,9	90,9
Psychiatrische Diagnose	17,2	–	–	82,8
Frühere psychiatrische Erfahrung	19,0	1,7	46,5	32,8
Motivation für die Therapie	32,0	11,3	28,3	28,4
„Psychische Verfassung“	40,2	14,0	23,9	21,9
(F) Klinische Karriere				
Zeitpunkt der Beendigung	–	0,9	6,2	92,9
Umstände der Beendigung	2,6	1,1	5,6	90,7
Wohin wurde der Patient überwiesen	3,5	0,3	7,6	88,6
Art der klinischen Karriere	0,2	0,8	5,1	93,9
Anzahl der Tage, an denen Kontakt mit der Klinik bestand	1,5	3,0	3,5	92,0
Anzahl der Tage außerhalb des Behandlungsstatus	2,0	3,8	3,9	90,3
Anzahl der Tage in Behandlung	8,8	0,4	0,4	90,4

ten, die deshalb entstehen, weil Klinikärzte in ihrer Funktion als Selbstberichtende („self-reporters“) tatkräftig danach streben, nach den Regeln der Betriebsabläufe der Klinik zu handeln; diese Regeln halten Klinikärzte praktisch und von ihrer Warte aus mehr oder weniger selbstverständlich für die richtige Art des Handelns. „Normale, natürliche“ Schwierigkeiten sind Schwierigkeiten, die deshalb entstehen:

- weil Klinikärzte bestimmte Modi festgelegt haben, wie sie über ihre Aktivitäten berichten;
- weil Klinikärzte in ihrer Funktion als Selbstberichtende nach diesen festgelegten Modi vorgehen und
- weil das Berichtswesen und die selbstberichtenden Aktivitäten des Berichterstatters integrale Merkmale der gängigen Praktiken der Klinik sind, um das täglich anfallende Arbeitspensum

bewältigen zu können – Praktiken, die für die Klinikmitarbeiter richtige Praktiken darstellen.

Die Schwierigkeiten, von denen wir sprechen, sind Schwierigkeiten, auf die jeder Forscher – ob Insider oder Außenstehender – stößt, wenn er die Akten konsultiert, um Antworten auf die Fragen zu finden, die in ihrer theoretischen und praktischen Tragweite

von den Prämissen organisatorisch relevanter Zielsetzungen und Routinetätigkeiten abweichen, unter denen von vornherein der Inhalt der Akten routinemäßig gesammelt wird. Versucht der Forscher nun, bei auftretenden Unzulänglichkeiten Abhilfe zu schaffen, dann entdeckt er ganz schnell interessante Eigenarten dieser Schwierigkeiten. Diese sind nämlich hartnäckig; sie werden aus den Krankengeschichten der einen Klinik in den Krankengeschichten der nächsten Klinik reproduziert; sie sind der Normalfall und entstehen in großer Uniformität, wie ein Vergleich des Berichtswesens in unterschiedlichen Kliniken erkennen lässt; sie widersetzen sich beharrlich allen Veränderungen, und v. a. haben sie den Ruch der Unvermeidbarkeit. Diese Unvermeidbarkeit offenbart sich durch die Tatsache, dass ein ernsthafter Versuch des Forschers, den Status quo zu korrigieren, in überzeugender Weise belegt, auf welchen verschlungenen und heiklen Pfaden die Berichtspraxis mit anderen routinemäßigen und geschätzten Praktiken der Klinik verbunden ist. Die Berichtspraktiken, ihre Resultate und die vielseitige Verwendung dieser Resultate sind integrale Merkmale derselben sozialen Ordnungen, die sie beschreiben. Versuche, auch nur eine einzige Saite zu zupfen, können das gesamte Instrument in Schwingung versetzen.

Wenn man klinische Berichte unter diesem Blickwinkel betrachtet, ist das Uninteressanteste, was über sie gesagt werden kann, dass sie „nachlässig“ geführt werden. Die Crux des Phänomens liegt anderswo: nämlich in der Verklammerung von Berichten und sozialem System, das diese Berichte bedient und von diesen Berichten bedient wird. Es gibt eine organisatorische Erklärung für die Schwierigkeiten des Forschers. Das Ziel der vorliegenden Abhandlung besteht darin, diese Erklärung explizit zu beschreiben. Zu diesem Zweck diskutieren wir mehrere organisatorische Quellen der Schwierigkeiten, die mit den Bemühungen um eine Steigerung der Qualität klinischer Berichte verbunden sind.

### Einige Quellen „normaler, natürlicher Schwierigkeiten“

Ein Teil des Problems – ein Teil, auf den sich die meisten Bemühungen um Abhilfe gerichtet haben – entsteht durch den marginalen Gebrauch von Zusatzinformationen. Das Problem einer Organisation, die mit einem fixen Budget haushalten muss, sind die Vergleichskosten, die für die Gewinnung zusätzlicher Informationen anfallen. Weil es einen Kostenvergleich für die verschiedenen Arten der Berichterstattung gibt, muss man angesichts des Wertes, der mit den anvisierten Zielen verbunden werden könnte, unter bestimmten Alternativen der Zuweisung knapper Ressourcen an Finanzen, Zeit, Personal, Ausbildung und Fachkenntnissen auswählen. Das Problem ist im strengsten Sinn ein ökonomisches. Beispielsweise sind Informationen über Alter und Geschlecht des Patienten fast um den Preis zu haben, dass man einen Blick auf sein Gegenüber wirft; Informationen über den Beruf eines Patienten zu gewinnen ist ein kleiner Tribut an die Zeit und Versiertheit des Befragenden; die berufliche Entwicklung eines Patienten zu erfragen ist ein kostspieliges Stück Information. Das ökonomische Problem drückt sich summarisch in der Frage aus, die bei jeder empfohlenen Veränderung in der klinischen Berichtspraxis nahezu unverändert gestellt wird: „Wie viel Zeit muss die Krankenschwester (der Assistenzarzt, der Sozialarbeiter usw.) für die Information aufwenden?“

Wenn die Schwierigkeiten, eine Verbesserung im Berichtswesen vorzunehmen, ausschließlich auf die Frage hinausliefen, wie viele Informationen sich die Klinik auf einer reinen Zeit-Kosten-Basis leisten könnte, bestünde die Problemlösung in der Beschaffung von ausreichend Geldmitteln, um ein Heer von Dokumentaren einzustellen und auszubilden. Doch allein die Vorstellung dieser Abhilfemaßnahme reicht aus, um erkennen zu können, dass es bei der Durchführung von „Verbesserungen“ noch andere Schwierigkeiten gibt, die von der Anzahl der berichtenden und aktenführenden Personen unabhängig sind.

Beispielsweise entsteht ein Teil des Problems durch den marginalen Ge-

brauch von Informationen, wenn die Informationen von Klinikmitarbeitern nach den Regeln der Archivierung erhoben werden – d. h., dass einheitliche Informationen für zukünftige, aber unbekannte Zwecke gewonnen werden. Die Verwaltung einer Organisation ist vielleicht gänzlich darauf eingestellt, von ihren Mitarbeitern zu verlangen, dass alles, was an Informationen erhoben wird, konsequent erhoben werden muss. Doch die Verwaltung muss zugleich darauf eingestellt sein, die Motivation der Mitarbeiter zur regelmäßigen Informationsgewinnung zu pflegen – wohl wissend, dass auch das Personal weiß, dass die Informationen mit unbekanntem Zielsetzungen, die nur die Zukunft offenbaren kann, gesammelt werden müssen. Im Laufe der Informationsgewinnung können solche Zielsetzungen in ihrer Relevanz für das Personal, die von sinnvoll über unwichtig bis hin zu ominös reichen kann, und aus Gründen, die wenig mit den Archiven zu tun haben, gewissen Schwankungen unterliegen.

Darüber hinaus streiten in der Klinik die Verfechter des einen oder anderen Berichtssystems tendenziell um den „zentralen“ Charakter der Informationen, die sie erhoben haben möchten. Dabei wissen Verwaltungsangestellte und Forscher gleichermaßen, dass dieses „zentrale Moment“ ein problemträchtiger Mythos ist. Beispielsweise könnte ein Soziologe auf die planmäßige Erhebung so minimaler „Oberflächen“informationen wie Alter, Geschlecht, Rassenzugehörigkeit, Familienstand, Zusammensetzung der Familie, Bildung, regelmäßige Beschäftigung und Jahreseinkommen dringen. Die Frage, die er gegen die Streiter für die Archivordnung vorbringen muss, lautet nicht: „Ist die Information die Kosten wert?“, sondern: „Wird sie die Kosten wert gewesen sein?“ Man muss kein geschulter Forscher sein, um verstehen zu können, dass man durch fast jede definitive Frage, die man an die Archive richtet, die Unzulänglichkeiten dieser Art der Informationssammlung entlarven kann. Ob es sich dabei zeigt, dass die erhobenen Informationen untauglich sind und noch einmal in Gänze erhoben werden müssen, oder ob das nicht der Fall ist, hängt davon ab, welche

Beschränkungen der Forscher zu akzeptieren bereit ist, die durch die Notwendigkeit auferlegt sind, Fragen zu konzipieren, auf die die Archive Antworten geben können. Aus solchen Gründen wird ein Verwaltungsmitarbeiter im Hinblick auf die Kostenbegrenzungen, denen sein Berichtswesen unterliegt, wahrscheinlich eher die Last laufender Kosten minimieren und Verfahren mit kurzfristiger Spitzenbelastung favorisieren, wenn der Forscher seine Interessen in einem eingegrenzten Projekt zum Ausdruck gebracht hat.

Dann gibt es noch die Schwierigkeiten bei der Pflege der Motivation zur Gewinnung „zentraler“ Informationen, die dann entstehen, wenn eingeschätzt werden soll, ob es sich in Bezug auf ein bestimmtes Forschungsinteresse um eine „gute Dokumentationsleistung“ handelt. Derlei Standards widersprechen häufig den dienstlichen Interessen der Professionellen in der Organisation. Darüber hinaus können einmal gesetzte Prioritäten im betrieblichen Verantwortungsgefüge zu vehementen und sachlich begründeten Beschwerden sowie – mit größerer Wahrscheinlichkeit – zu informellen und verborgenen Berichtspraktiken motivieren, die es dem Berichtenden erlauben, die Priorität seiner übrigen dienstlichen Verpflichtungen zu pflegen und gleichzeitig die Geschäftsführung in zweckdienlicher Weise falsch unterrichtet zu halten.

Dieser Punkt tangiert eine damit verwandte Quelle der Schwierigkeiten bei der Durchführung von Verbesserungen; diese Schwierigkeiten haben damit zu tun, sicherzustellen, dass die selbstberichtenden Klinikmitarbeiter die Berichtsführung als eine achtbare Aufgabe betrachten, die sie aus ihrer Sicht durchführen müssen. Die in jeder Klinik existierende Arbeitsteilung verläuft nicht nur nach differenzierten Fachkenntnissen. Sie verläuft auch nach differenzierten moralischen Wertvorstellungen, die mit dem Besitz und der Ausübung fachlicher Qualifikationen verbunden sind. Um das Spektrum und die Ernsthaftigkeit der mit diesem organisatorischen Merkmal verknüpften Schwierigkeiten einschätzen zu können, muss man sich nur anschauen, auf welch gegensätzliche Weisen klini-

sche Berichte relevant sind für die zufrieden stellende Ausführung von Verwaltungsaufgaben verglichen mit der zufrieden stellenden Ausführung fachspezifischer medizinischer Aufgaben und angesichts des zerbrechlichen Friedens, der zwischen den einzelnen Berufsgruppen besteht, soweit gemeinsame Ansprüche an eine gute Berichtsführung betroffen sind.

Die Einstellungen der Klinikmitarbeiter, die der Schreibearbeit im Vergleich zur Ausübung anderer Kunstfertigkeiten ihres beruflichen Daseins einen größeren oder geringeren Stellenwert zuschreiben, werden begleitet von ihren Dauerbedenken wegen der strategischen Konsequenzen, wenn sie Spezifika im Krankenbericht auslassen; dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Gelegenheiten, zu denen der Bericht als Teil des laufenden Kontroll- und Revisionssystems eingesetzt werden kann, nicht vorhersehbar sind. Klinische Berichte können in den Dienst von Interessen gestellt werden, die zu spezifizieren oder von denen abzuraten die Personen auf der höheren medizinisch-administrativen Hierarchieebene wahrscheinlich nicht in der Lage sind, aber dazu sowieso weder aufgefordert werden noch im Vorgriff dazu willens sind. Deshalb existieren zwangsläufig informelle Praktiken, von denen jeder weiß und die natürlich den offiziell beschriebenen und formal akzeptierten Praktiken widersprechen: Typischerweise gehören die Merkmale von Personen, Sachen, Zeitpunkten und Orten zu den gut gehüteten Geheimnissen von Klüngeln und Zirkeln in Kliniken, wie das in allen bürokratisch organisierten Zusammenhängen der Fall ist. Aus der Perspektive jeder einzelnen Arbeitsgruppe existieren Spezifika, die es jedem Team erleichtern, seine täglichen Dienstpflichten zu erfüllen, die von einer anderen Arbeitsgruppe in der Klinik nicht übernommen werden können. Das ist natürlich nichts Neues, außer dass sich der Forscher damit als einer Tatsache seiner Forscherexistenz auseinandersetzen muss, wenn er z. B., um die Tragweite des Inhalts des Berichts ermessen zu können, Materialien konsultieren muss, die zwar nicht in dem Bericht stehen, die aber trotzdem jemandem bekannt und für ihn von Bedeutung sind.

Eine weitere Quelle der Schwierigkeiten ist die folgende: Die Mitarbeiter kennen die Realitäten des Lebens in der Klinik in ihrer Kompetenz als gesellschaftlich informierte Mitglieder, deren Anspruch, „die eigentliche Erklärung dafür zu haben“, sich zu einem guten Teil aus ihrem Engagement und ihren Positionen im sozialen Gefüge ableiten lässt; dieses Engagement und diese Positionen implizieren *als eine Sache der moralischen Verpflichtung* die Forderung, dass ein Amtsinhaber sinnvollen Gebrauch von den Verhältnissen seiner beruflichen Arbeit macht. Eine Konsequenz aus dieser moralischen Verpflichtung ist das alte und vertraute Beharren aufseiten der Selbstberichtenden: „Solange Sie uns mit Ihrer Forschung plagen, verstehen Sie die Geschichte nicht richtig.“ Das kommt insbesondere dann vor, wenn standardisierte Krankenblätter benutzt werden. Wenn der Forscher darauf besteht, dass der Berichtende die Informationen in der Weise geben solle, wie das Formular sie vorschreibt, dann läuft er Gefahr, den eigentlichen untersuchungsrelevanten Ereignissen eine Struktur überzustülpen, die aus den Merkmalen des Berichtens und weniger aus den Merkmalen der Ereignisse selbst hergeleitet ist.

Eine damit eng zusammenhängende Quelle der Schwierigkeiten rührt von der Tatsache her, dass selbstberichtende Formulare – wie immer sie auch aufgebaut sein mögen – nicht nur Kategorien anbieten, nach denen das Klinikpersonal klinische Ereignisse beschreibt, sondern dass solche Formulare gleichzeitig und zwangsläufig Regeln für die Berichtsführung konstituieren. Die selbstberichtenden Formulare bestehen aus Regeln, die den Klinikmitarbeitern korrektes selbstberichtendes Verhalten als dienstliche Verpflichtung vorgeben. Es überrascht nicht, dass der Forscher eine Beschreibung klinischer Ereignisse genau in dem Maße erhalten kann, wie das Berichtsformular dem berichtenden Personal als Regel für die Berichtsführung auferlegt wird. Doch dann sollte es auch nicht überraschen, dass die Informationen, die der Forscher haben kann, wie auch die Informationen, die er nicht haben kann, denselben Bedingungen unterliegen, die den Forschern

in anderen Bereichen regelgeleiteten Verhaltens bekannt sind: dass nämlich allgemein bekannte Unterschiede und allgemein bekannte Quellen der Unterschiede zwischen Regeln und Praktiken existieren und dass dies Unterschiede sind, die allem Anschein nach kaum beseitigt werden können.

Derlei Unterschiede lassen sich nicht dadurch verstehen, geschweige denn beseitigen, dass man zwischen Berichterstatter und Forscher Zwietracht zu säen versucht. Nehmen wir z. B. den Fall, dass ein Klinikmitarbeiter versucht, gemäß den Vorgaben zu berichten, die die Formulare des Forschers anbieten; und genau deshalb, weil der Klinikarzt das Berichtsblatt ernst zu nehmen versucht, hat er Schwierigkeiten damit, sein Wissen über das, wonach das Formular fragt, mit dem in Einklang zu bringen, was das Formular als Regel für die Entscheidung über die Relevanz seines Wissens anbietet. Nehmen wir z. B. eine Frage, die dem Klinikmitarbeiter festgelegte Alternativantworten vorgibt, z. B. „Ja“ oder „Nein“; doch aufgrund seiner Kenntnisse des Falls ist er überzeugt, dass eine Antwort mit „Ja“ oder „Nein“ die Frage verzerrt oder das Ziel der Frage des Forschers ad absurdum führt. Wenn der Berichtende die wissenschaftliche Untersuchung ernst nimmt, könnte er sich fragen, ob eine Randnotiz hilfreich sein werde. Doch ruft er dann nicht Schwierigkeiten hervor, wenn er die Randbemerkung hinschreibt? Vielleicht sollte er abwarten, bis er den Forscher persönlich trifft, und ihn dann auf den Fall ansprechen? Aber weshalb nur in *diesem einen* Fall? Er kennt wie viele andere Berichtende auch viele solcher Fälle und viele solcher Stellen überall im Berichtsformular, also ist seine Beanstandung völlig realistisch, sodass er, wenn er sich für Randnotizen entscheiden sollte, unzählige Anmerkungen zu vielen Items in vielen Fällen machen müsste.

Der Forscher seinerseits wünscht sich nichts mehr, als dass der Selbstberichtende das Ausfüllen des Berichtsformulars als die Gelegenheit ergreife zu berichten, was der Selbstberichtende weiß, und zwar so, *wie er es weiß*. So stellen wir also fest, dass der Selbstberichtende die Realität des Falles genau deshalb verzerren kann, weil er

nützlich sein möchte und sich deshalb den Regeln des Berichtsblattes fügt. Vielleicht weiß er, dass er den Fall entstellt, und ärgert sich darüber oder leidet sonstwie. Man kann sich leicht vorstellen, dass sein Ärger und sein Unbehagen ihre Entsprechung auf der Seite des Forschers finden.

Darüber hinaus ist die Terminologie in selbstberichtenden Formularen festgelegt, während die konkreten Ereignisse, auf die sich diese Begrifflichkeit bezieht, wie auch die Wege, auf denen konkrete Ereignisse unter das Diktat der Terminologie des Formulars als Beschreibungen gebracht werden können, höchst variabel sind. Die Relevanz der Terminologie des Berichtsblattes für die Ereignisse, die es beschreibt, unterliegt der Stabilität der aktuellen Arbeitsweisen der Klinik und hängt davon ab, wie der Selbstberichtende die regulären Merkmale der Arbeitsweise der Klinik als Schema der linguistischen Interpretation versteht und einsetzt. Bei jeder Veränderung, die in der Klinikpolitik, in der Organisation, beim Klinikpersonal oder im Prozedere eintritt, können sich die Bedeutungen der Begriffe auf den Berichtsblättern ändern, ohne dass auch nur ein einziger vorgedruckter Satz geändert wird. Es ist verwirrend festzustellen, wie selbst geringe prozedurale Veränderungen große Teile eines Berichtsformulars hoffnungslos vieldeutig machen können.

Schwierigkeiten, die entstehen, weil entweder die Klinikmitarbeiter über ihre eigenen Aktivitäten berichten oder weil die selbstberichtenden Aktivitäten unter Verwendung von Vordrucken fortgesetzt werden, können durch die Überlegung, dass Offenheit beim Berichten wohl bekannte Risiken für die Karriere und für die Organisation mit sich bringt, ausgeweitet und beleuchtet werden. Euphemistisch gesprochen, ist der Informationsaustausch zwischen Klinikmitarbeitern und ihren Klienten sowie zwischen der Klinik und den sie umgebenden Gruppen schon fast eine freie Marktwirtschaft.

## **Eine entscheidende Quelle der Schwierigkeiten: aktuarieller vs. kontraktueller Gebrauch von Krankengeschichten**

Wir haben die beschriebenen Schwierigkeiten mit dem Vorschlag eines Interpretationskontextes präsentiert, der besagt, dass Berichtspraktiken und Ergebnisse sowie deren Anwendung durch Klinikmitarbeiter integrale Merkmale derselben Ordnungen klinischer Aktivitäten sind, die sie beschreiben; dass die Methoden und Ergebnisse klinischer Berichtsführung dieselben Merkmale tragen und durch dieselben Merkmale streng reguliert werden, die sie erklären.

Doch obwohl die beschriebenen Schwierigkeiten in diesem Kontext gedeutet werden *können*, ist dies von *den Schwierigkeiten selbst her* nicht erforderlich. Die Schwierigkeiten, über die wir gesprochen haben, belegen nur – so könnte man argumentieren – eine gewisse Unzulänglichkeit in der vernünftigen Kontrolle klinischer Praktiken. Wir haben Probleme, d. h. Schwierigkeiten mit Berichtspraktiken geschildert, die durch eine starke Klinikleitung korrigiert werden könnten; und auf diesem Wege könnten die Bedingungen, die zu schlechten Berichten führen, beseitigt oder deren Einfluss auf die Berichtsführung geschmälert werden.

Doch solche Schwierigkeiten als ein managementbezogenes Problem der stärkeren oder konsequenteren Kontrolle von Dokumentationsleistungen zu betrachten bedeutet, dass ein entscheidendes und vielleicht unveränderbares Merkmal medizinischer Berichte als Element institutionalisierter Praktiken übersehen wird. Wir nehmen an, dass die geschilderten Schwierigkeiten – und offensichtlich ist unsere Aufzählung keineswegs vollständig – Eigenschaften der Krankengeschichte als eines rekonstruierbaren Berichts der Transaktionen zwischen Patienten und Klinikpersonal entweder erklären oder aus diesen Eigenschaften bestehen. Durch dieses entscheidende Merkmal klinischer Berichte werden die aufgezählten Schwierigkeiten unter die Zuständigkeit ihres Status als „strukturell normale Schwierigkeiten“

gestellt, indem nämlich das Berichtswesen und die Bedingungen der Lebensfähigkeit der Klinik als eines wirtschaftlich organisierten Dienstleistungsunternehmens in einen Zusammenhang gebracht werden. Wir versuchen nun zu zeigen, dass klinische Berichte – wie sie existieren – nicht etwas darstellen, worüber sich das Klinikpersonal hinwegsetzt, sondern dass die Berichte vielmehr *Prozeduren und Konsequenzen klinischer Aktivitäten als eines medizinisch-juristischen Unternehmens repräsentieren*.

Als wir die Inhalte von Krankengeschichten untersuchten, schien es uns, dass eine Krankengeschichte auf 2 gegensätzliche und miteinander unvereinbare Lesarten erschlossen werden kann. Einerseits konnte die Krankengeschichte als *aktuarieller*<sup>3</sup> Bericht gelesen werden. Andererseits konnte sie als *Bericht eines therapeutischen Kontrakts* zwischen der Klinik als einem medizinisch-juristischen Unternehmen und dem Patienten gelesen werden. Weil unser Verständnis des Begriffs „Kontrakt“ etwas vom Alltagsgebrauch abweicht, allerdings nicht von Durkheims Kontraktbegriff, ist eine kurze Erklärung angebracht.

Üblicherweise bezieht sich der Begriff „Kontrakt“ auf ein Dokument, das eine explizite Aufstellung von Verpflichtungen enthält, deren verbindlicher Charakter von identifizierbaren Parteien, die an der Vereinbarung beteiligt sind, anerkannt wird. Im Gegensatz dazu und weil wir spezifisch von Kliniken sprechen, benutzen wir den Begriff „Kontrakt“, um uns auf die *Definition* normaler Transaktionen zwischen einer Patientenschaft und Behandlungsstätten zu beziehen, unter deren Zeichen Dienstleistungen der Einrichtungen vertrieben und den Pa-

tienten zur Verfügung gestellt werden. Ein entscheidendes Merkmal der Heilungsaktivitäten besteht darin, dass die Dienstleistungsempfänger durch sich selbst und durch die Einrichtungen sozial definiert werden als inkompetent, um eigenständig die Bedingungen ihrer Behandlung aushandeln zu können.

Somit ist der gesellschaftlich akzeptierte normale Lauf der Dinge der, dass ein Patient „sich in die Hände eines Arztes begibt“ und man von ihm erwartet, die übliche Kompetenz seines eigenen Urteils abzulegen, mit der er sonst über sein Wohlergehen, seine Bedürfnisse oder über die für ihn vorteilhafteste Behandlung entscheiden würde. Das Gleiche gilt für den Straftäter – *mit den nötigen Abänderungen* –, der als einzige Person davon ausgeschlossen ist, seine Meinung zur Formulierung eines gerechten Urteils beizusteuern. Trotz dieser Einschränkungen verlieren weder die Patienten noch die Straftäter ihr Recht auf die „Behandlung, die sie verdienen“. Das hat seinen Grund darin, dass eine Behandlung aus Gelegenheiten zur Erbringung von Leistungen besteht, die aus der Sicht der Beteiligten mit einem größeren Verpflichtungsschema vereinbar sind. Das größere Verpflichtungsschema verbindet die Ermächtigung, aufgrund der eine Behandlungsstätte stellvertretend agiert, mit den fachlichen Prinzipien und dem praktischen Berufsethos, von denen die Arbeitsweisen der Einrichtung geleitet werden. Dadurch, dass medizinische und gerichtliche Institutionen in spezifischen Fällen die Zuständigkeit übernehmen, verpflichten sie sich, legitimen öffentlichen Forderungen nach „guter Heilung“ und „guter Gesetzgebung“ nachzukommen. Eine unentbehrliche, aber nicht die einzige Methode, mit der Kliniken nachweisen, dass sie den Forderungen nach einer angemessenen medizinischen Versorgung nachkommen, besteht aus Verfahren zur Formulierung relevanter Berichte über ihre Transaktionen mit Patienten.

Wir müssen weitere Überlegungen zu unserem eigenen Gebrauch des Kontraktbegriffs hinzufügen. Selbst der Alltagsgebrauch des Begriffs akzeptiert, dass das, was ein Kontrakt spezi-

fiziert, in dem Dokument, das die Existenz des Kontrakts beweist, nicht so einfach festgelegt ist. Ebenso wenig werden die in einem Dokument enthaltenen Begriffe, Bezeichnungen und Ausdrücke ganz „automatisch“ zu Hilfe gerufen, um die Beziehung zu regulieren. Die Art und Weise, in der diese sich auf praktische Umsetzungen beziehen, ist vielmehr einer kompetenten Leserschaft zur Interpretation vorbehalten. Kulturell gesehen, sind Juristen, wie allgemein bekannt ist, kompetente Ausleger fast aller Kontraktarten; *sie* haben die Aufgabe zu erklären, was mit den Begriffen wirklich gemeint ist. Tatsächlich zielt die Form, in der juristische Kontrakte abgefasst sind, auf eine solche Leserschaft.

Soziologisch gesehen, sind juristische Kontrakte jedoch nur eine Variante aus der Klasse der Kontrakte. Die übergeordnete Konzeption von Kontrakt, nämlich seine Kraft, alltägliche Beziehungen zu definieren, verlangt auch, dass die Fragen einer kompetenten Leserschaft berücksichtigt werden. Folglich mussten wir Betrachtungen darüber anstellen, wie die in den Krankengeschichten enthaltenen Begriffe, Bezeichnungen und Ausdrücke gelesen wurden, damit sie als aussagekräftige Antworten auf Fragen gelten konnten, die in die medizinisch-juristische Kompetenz fielen. Aus unserer Sicht *werden die Inhalte von Krankengeschichten aus Respekt vor der Möglichkeit gesammelt, dass die Beziehung vielleicht einmal beschrieben werden muss als eine Beziehung, die den Erwartungen sanktionierbarer Leistungen durch Klinikmitarbeiter und Patienten entsprochen hat*.

Wenn wir einen medizinischen Bericht als „Kontrakt“ bezeichnen, behaupten wir damit nicht, dass der Bericht nur Aussagen darüber enthält, was geschehen hätte sollen, im Gegensatz zu dem, was tatsächlich geschah. Wir gehen auch nicht davon aus, dass eine kontraktuelle Lesart des medizinischen Berichts womöglich die häufigste Lesart, geschweige denn die einzig vorkommende Lesart sei. Klinische Berichte werden zu vielen verschiedenen Gelegenheiten und aus vielen unterschiedlichen Interessen heraus konsultiert. Doch bei all den unterschiedlichen Verwendungen, denen Be-

<sup>3</sup> Wir orientieren uns hier an David Harrahs Modell eines informationsabgleichenden Spiels, um die Bedeutung „aktuarieller“ Verfahren zu definieren. Siehe David Harrah (1961) *A logic of questions and answers*. *Philosophy of Science* 28:40–46. Eine ausführlichere Diskussion, die sich mit Harrahs Ausführungen deckt, findet sich in Paul E. Meehl (1954) *Clinical versus statistical prediction*. University of Minnesota Press, Minneapolis, sowie in Paul E. Meehl (1958) *When shall we use our heads instead of the formula?*, *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*, Bd. 2

richte zugeführt werden können, und bei all den verschiedenen Verwendungszwecken, denen sie dienen, haben Betrachtungen zur medizinisch-juristischen Zuständigkeit einen enormen Relevanzvorsprung, denn sie verkörpern die maßgeblichen strukturellen<sup>4</sup> Interessen, wann immer über Verfahrensweisen bei der Pflege der Dokumentationen und ihren wünschenswerten Inhalten entschieden werden muss.

Auch wenn Krankengeschichten vielen Verwendungszwecken zugeführt werden, die sich von den kontraktlichen Interessen unterscheiden, so sind doch *alle* Alternativen dem kontraktuellen Gebrauch als einer zwingenden strukturellen Priorität untergeordnet. Aufgrund dieser Priorität bringen alternative Verwendungszwecke konsequent erratische und unzuverlässige Ergebnisse hervor. Aber auch aufgrund dieser Priorität kann jeder geringste Hinweis auf Information in einem medizinischen Bericht unter die Lupe einer kontraktuellen Interpretation kommen. De facto wird durch die kontraktuelle Verwendung *alles*, was die Krankengeschichte enthalten könnte, als die Elemente eines „Gesamtberichts“ behandelt und definiert, was sich in der Weise vollzieht, die wir im Folgenden beschreiben.

Wenn wir eine Krankengeschichte wie einen aktuariellen Bericht lasen, mangelte es ihrem Inhalt so sehr an Angemessenheit, dass wir nach der Lektüre ratlos die Frage stellten, weshalb so „armselige Berichte“, so armselig wie diese, trotzdem so dienstbeflissen geführt werden sollten. Wenn wir die Krankengeschichten andererseits als nicht ausformulierte Bedingungen eines potenziellen therapeutischen Kontrakts betrachteten, d. h. als Dokumente, die in der Akte gesammelt wurden in offener Antizipation auf eine Gelegenheit, wenn vielleicht die Bedingungen eines therapeutischen Kontrakts daraus formuliert werden müssten, begann die Beflissenheit, mit der Kran-

kengeschichten geführt wurden, „einen Sinn zu ergeben“, auch wenn deren Inhalte in Quantität und Qualität höchst unausgewogen waren.

Wir fangen mit der Tatsache an, dass ein auffälliges und hartnäckiges Merkmal einer Krankengeschichte, wenn man sie auf ihren tatsächlichen Inhalt untersucht, darin besteht, dass die darin enthaltenen Kommentare und Informationen den Charakter des Okkasionellen und Unvollständigen haben. Was den Charakter des Okkasionellen betrifft, haben Krankenblätter sehr viel Ähnlichkeit mit den Äußerungen in einem Gespräch mit einem unbekanntem Publikum, das deshalb Andeutungen verstehen kann, weil es bereits weiß, worüber gesprochen werden könnte. Als Ausdrücke besitzen die Kommentare, aus denen diese Dokumente bestehen, überwiegend die Eigenschaft, dass ihr Sinn von einem Leser nicht erschlossen werden kann, ohne dass er nicht auch etwas weiß oder annimmt über eine typische Biographie und über typische Absichten des Benutzers der Ausdrücke; über typische Umstände, unter denen solche Kommentare geschrieben werden; über einen typischen früheren Verlauf der Transaktionen zwischen den Berichtenden und dem Patienten; oder über eine typische Beziehung einer konkreten oder potenziellen Interaktion zwischen *den Berichtenden und dem Leser*. Folglich *tragen die Krankengeschichten weitaus weniger dazu bei, eine Interaktionsordnung offen zu legen, als dass sie ein Verständnis dieser Ordnung für eine korrekte Deutung voraussetzen*. Das Verständnis dieser Interaktionsordnung ist jedoch keines, das nach theoretischer Klarheit strebt, sondern eines, das dem pragmatischen Interesse eines Lesers an dieser Ordnung angemessen ist.

Des Weiteren basiert die Verwendung von Berichten auf bestimmten Berechtigungen. Diese werden fraglos der Person eingeräumt, die die Berichte aus der Perspektive eines aktiven medizinisch-juristischen Engagements an dem aktuellen Fall liest und von dieser Warte aus differenziert. Die Berechtigung ist mit der Tatsache verbunden, dass die volle Wichtigkeit der Position und des Engagements dieser Person ins Spiel kommt, wenn die

Erwartung zu rechtfertigen ist, dass sie ordnungsgemäß mit diesen Ausdrücken umgeht, dass sie die Ausdrücke versteht und sie einem guten Zweck zuführt. Das spezifische Verständnis und der spezifische Gebrauch hängen von der Situation ab, in der sich die Person befindet. Der berechtigte Leser weiß, dass genau so, wie sein Verständnis und sein Gebrauch von seiner augenblicklichen Situation abhängig sind, auch die Ausdrücke, auf die er stößt, in ihrer Abhängigkeit von den Situationen ihrer Autoren zu verstehen sind. Die Möglichkeit des Verstehens beruht auf einem gemeinsamen, praktischen und berechtigten Verstehen gemeinsamer Aufgaben zwischen Autor und Leser.

Okkasionelle Ausdrücke müssen mit „objektiven“ Ausdrücken kontrastiert werden, d. h. mit Ausdrücken, deren Referenzen durch die Konsultation einer Reihe von Kodierregeln erschlossen werden, die sowohl vom Benutzer als auch vom Leser übernommen werden, um ungeachtet aller ihrer individuellen Merkmale nichts anderes als ihren mehr oder weniger ähnlichen Zugriff auf diese Regeln zu haben.

Die Dokumente in der Krankengeschichte besaßen die weitere Eigenschaft, dass das, was als ihr *tatsächlicher* Inhalt gelesen werden konnte, über die verschiedenen Gelegenheiten ihrer Verwendung hinweg in seiner Bedeutung nicht identisch blieb und auch nicht identisch bleiben musste. Die Bedeutungen von Berichten schwanken sowohl faktisch als auch gezielt im Hinblick auf die Begleitumstände. Um einschätzen zu können, was die Dokumente aussagten, mussten wir einen spezifischen Bezug zu diesen Begleitumständen ihrer Verwendung herstellen: Hier sei betont, dass *nicht* die Begleitumstände gemeint sind, unter denen die Dokumente verfasst wurden, *sondern die gegenwärtigen Begleitumstände aufseiten des Lesers*, wenn er ihre adäquate *aktuelle* Verwendung definiert. Natürlich sind die Dokumentenleser, auf die wir uns beziehen, Klinikärzte.

Der Prototyp eines aktuariellen Berichts wäre ein Bericht über Ratenzahlungen. Der Bericht über Ratenzahlungen beschreibt den aktuellen Status der Beziehung und wie es dazu kam.

<sup>4</sup> Wenn wir von „strukturellen“ Interessen sprechen, möchten wir zum Ausdruck bringen, dass das Interesse bei der Bearbeitung eines Falles nicht von persönlichen Überlegungen geleitet ist, sondern dass es auf die Anforderungen der organisierten Praxis gerichtet ist, die der Klinikmitarbeiter wie seine eigenen Realitäten behandelt

Eine standardisierte Terminologie und ein Satz standardisierter Grammatikregeln bestimmen nicht nur mögliche Inhalte, sondern bestimmen auch die Art und Weise, wie ein „Bericht“ über zurückliegende Transaktionen zusammengestellt werden muss. Möglich ist so etwas wie eine standardisierte Lesart, die sich unter den Lesern des Berichts einer beträchtlichen Zuverlässigkeit erfreut. Der involvierte Leser hat keinen Vorteil gegenüber dem rein instruierten Leser. Ob ein Leser für sich in Anspruch nehmen kann, den Bericht korrekt gelesen zu haben – *damit* ist der Anspruch eines Lesers auf kompetentes Lesen *gemeint* –, kann von ihm und anderen entschieden werden, während spezifische Eigenschaften des Lesers, *seine* Transaktionen mit dem Bericht oder *seine* Interessen an der Lektüre des Berichts unbeachtet bleiben.

Wenn man die Schwierigkeiten von Forschern bei der Verwendung von Krankengeschichten thematisiert, muss man sich auch zu der Tatsache äußern, dass nur ein geringfügiger Teil der Inhalte von Krankengeschichten auf eine aktuarielle Art gelesen werden kann, ohne dass Ungereimtheiten entstehen. Ein Forscher, der den Krankengeschichten eine aktuarielle Lesart überzustülpen versucht, wird sein Notizbuch mit Auslassungen über „Unzulänglichkeiten“ im Datenmaterial, mit Beschwerden über „Nachlässigkeit“ und dergleichen füllen.

Doch die Krankengeschichten *können* von einem Klinikmitarbeiter gelesen werden, ohne dass Ungereimtheiten entstehen, wenn er auf die Weise, wie Historiker oder Juristen diese Dokumente benutzen könnten, eine *dokumentierte Repräsentation*<sup>5</sup> davon entwickelt, wie die Transaktionen zwischen Klinik und Patient als einer geordneten und verstehbaren Beziehung beschaffen waren. Die verschiedenen Items der Krankengeschichten sind Elemente – vergleichbar mit Mosaiksteinen, aus denen eine unendlich

große Zahl von Bildern zusammengesetzt werden kann –, die nicht zusammengetragen wurden, um eine Beziehung zwischen Klinikpersonal und dem Patienten zu beschreiben, sondern um einem Klinikmitarbeiter die Formulierung einer Beziehung zwischen Patient und Klinik im Sinne eines normalen Ablaufs klinischer Angelegenheiten zu ermöglichen, wenn und falls sich die Frage der Normalisierung als eines praktischen Anliegens eines Klinikmitarbeiters stellen sollte. In diesem Sinne behaupten wir, dass die Krankengeschichte eher den kontraktuellen als den deskriptiven Verwendungszwecken dient; denn ein Kontrakt beschreibt eine Beziehung nicht und wird auch nicht dazu benutzt, eine Beziehung zu beschreiben. Er wird vielmehr dafür verwendet, eine Beziehung zu normalisieren, womit gemeint ist, dass der Austausch in einem Beziehungskonto so geordnet ist, dass die Bedingungen einer vorangegangenen und rechtmäßigen Vereinbarung – explizit oder implizit – erfüllt sind.

Krankengeschichten werden trotz des ungewissen Bedarfs von einem Klinikmitarbeiter gesammelt, um einen potenziellen oder vergangenen Verlauf von Transaktionen zwischen der Klinik und dem Patienten als „Fall“ und damit als Beispiel eines therapeutischen Kontrakts zu konstruieren, was häufig dadurch motiviert ist, einen tatsächlichen oder potenziellen Verlauf von Aktionen zwischen Klinikmitarbeitern und Patienten zu rechtfertigen. Folglich kann der Inhalt einer Krankengeschichte – wie heterogen er auch sein mag – von einem Klinikmitarbeiter gelesen werden, ohne dass Ungereimtheiten entstehen, wenn er genauso, wie ein Jurist „den Schriftsatz erstellt“, aus den fragmentierten Resten *im Laufe* seines Auftrags, deren wechselseitige Relevanz als Explikation einer legitimen klinischen Aktivität in Dokumente hineinzulesen, einen „Fall macht“.

Aus dieser Perspektive betrachtet, besteht eine Krankengeschichte aus einem einzigen freien Feld von Elementen, wobei mit dem Gebrauch des Feldes der kontraktuelle Aspekt der Beziehung formuliert werden kann, bei welcher Gelegenheit eine solche Formulierung auch immer erforderlich ist.

Die Fragen, welche Dokumente benutzt werden, wie sie benutzt werden und welche Bedeutungen ihr Inhalt annehmen wird, hängen von den bestimmten Gelegenheiten, Zielen, Interessen und Fragestellungen ab, die ein bestimmter Klinikmitarbeiter bei der Konsultation von Dokumenten nutzen kann.

Im Gegensatz zu aktuariellen Berichten sind Krankenblätter in ihren aktuellen Bedeutungen sehr wenig durch die Praktiken eingeschränkt, nach denen sie in den Aktenordnern gesammelt werden. De facto sind Bedeutungen von Krankengeschichten von den konkreten Prozeduren abgekoppelt, nach denen Dokumente gesammelt wurden, und in dieser Hinsicht kontrastieren die Methoden und Ergebnisse des kompetenten Lesens von Krankengeschichten wiederum mit den Methoden und Ergebnissen des kompetenten aktuariellen Lesens. Wenn und falls ein Klinikmitarbeiter einen „guten Grund“ hat, Krankengeschichten zu konsultieren, dann werden zu dem Zeitpunkt durch seine Zielsetzungen gewisse Teile der Krankengeschichte als konstitutive Elemente der formulierten Explikation definiert. Wenn sich im Laufe der Konsultation der Krankengeschichte seine Zielsetzungen ändern sollten, ist dadurch nichts verloren, weil der konstitutive Teil der Dokumente erst abgeschlossen ist, wenn der Leser beschließt, dass er genug hat. Die Gründe des Klinikmitarbeiters, diese Arbeit zu beenden, formuliert er nicht im Vorhinein als Bedingungen, dass eine Antwort auf seine Fragen zufrieden stellend ausfallen müsse. Man könnte sagen, dass die potenzielle Verwendung von Krankengeschichten den sich entwickelnden Interessen des Benutzers bei ihrem Gebrauch folgt; und nicht umgekehrt. Ein Benutzer kann eigentlich unmöglich sagen, wann er einen Kontrakt zu formulieren beginnt, welche Dokumente er haben möchte, geschweige denn, auf welchen Dokumenten er beharren würde. Seine Interessen verlangen nach einer Methode des Dokumentierens und Wiederfindens, die dem sich entfaltenden Charakter seiner Kenntnisse der praktischen Begleitumstände für die Bewältigung dessen, wofür die Kranken-

<sup>5</sup>Weitere Beschreibungen der dokumentarischen Repräsentation finden sich bei Karl Mannheim (1962) *On the interpretation of „Weltanschauung“*. In: Paul Kecskemeti (Hrsg.) *Essays on the sociology of knowledge*. Oxford University Press, New York

geschichten ihren Dienst leisten müssen, voll und ganz Rechnung trägt. Es ist v. a. wünschenswert, dass Krankengeschichten jegliche Bedeutung annehmen dürfen, die eine Leserschaft in sie hineinlegen kann, wenn verschiedene Dokumente in Übereinstimmung mit den sich entwickelnden Interessen des Lesers bei der konkreten Gelegenheit ihrer Lektüre „kombinatorisch“ gegen alternative Interpretationen und auf der Suche nach alternativen Interpretationen benutzt werden. So liefert das konkrete Ereignis, wenn man ihm unter den Prämissen des potenziellen Gebrauchs begegnet, der davon gemacht werden soll, die Definition der Bedeutung des Dokuments. Dadurch ist die Liste von Krankengeschichten nie abgeschlossen und kann unendlich lang sein. Probleme der Überschneidung und Verdoppelung sind unerheblich. Derlei Probleme entstehen nicht nur nicht, sondern Fragen der Überschneidung können erst eingeschätzt werden, wenn der Benutzer weiß, wonach er mit welcher Klarheit oder Vagheit auch immer sucht und – vielleicht – weshalb er sucht. Auf jeden Fall können Probleme der Überschneidung und Auslassung erst gelöst werden, wenn der Benutzer konkret geprüft hat, was immer er konkret vorfindet.

Weitere gegensätzliche Merkmale der „Verdoppelung“ und „Auslassung“ in den beiden Arten von Berichtswesen müssen kommentiert werden. In einem aktuariellen Bericht können Informationen aus Gründen der Zweckdienlichkeit wiederholt werden. Doch die Aussage des aktuellen Standes eines Kontoauszugs fügt dem keine Informationen hinzu, was dem früheren Kontostand und den späteren Einzahlungen und Abhebungen ohne weiteres zu entnehmen ist. Wenn die beiden Aussagen nicht übereinstimmen, weist das unwiderlegbar auf eine Auslassung hin. Der Bericht wird von einem Relevanzprinzip beherrscht, bei dessen Anwendung der Leser die Vollständigkeit und Angemessenheit des Berichts auf einen Blick einschätzen kann.

Ein klinischer Bericht weist diese Eigenschaft nicht auf. Eine spätere Eintragung kann gegen eine frühere in der Weise ausgespielt werden, dass das, was früher bekannt war, nun sei-

nen Charakter verändert. Die Inhalte einer Krankengeschichte können sich in ihrer Rolle, die sie in einer schwebenden Auseinandersetzung spielen, gegenseitig überbieten. Es ist eine offene Frage, ob Dinge, die 2-mal gesagt werden, Wiederholungen sind, oder ob die zuletzt gemachte Aussage z. B. die Bedeutung hat, die zuerst gemachte Aussage zu bestätigen. Das Gleiche gilt für Auslassungen. Beide kommen de facto nur im Kontext eines ausgewählten Interpretationsschemas ins Blickfeld.

Folgendes ist außerordentlich wichtig: Der kompetente Leser weiß, dass nicht nur das, was die Krankengeschichte enthält, in einer Beziehung des wechselseitigen Qualifizierens und Bestimmens von Referenzen steht, sondern dass auch Teile zu dieser Beziehung gehören, die nicht in der Krankengeschichte stehen. Diese unerwähnten Teile rücken im Lichte bekannter Episoden ins Blickfeld, doch dann werden umgekehrt die bekannten Episoden selbst auch wechselseitig im Lichte dessen gedeutet, von dem man vernünftigerweise annehmen muss, dass es fortgesetzt worden ist, während der Fall seinen Verlauf nahm, ohne dass es zum Gegenstand eines Berichts geworden ist.

Das für Krankengeschichten gültige Interpretationsschema kann grundsätzlich von überall her bezogen werden. Es kann sich mit dem Lesen jedes einzelnen Items verändern; es kann sich mit den Zielsetzungen des Forschers verändern, wenn er aus den Dokumenten, auf die er stößt, einen Fall machen möchte; es kann sich „im Lichte der Verhältnisse“ verändern und sich mit den notwendigen Anforderungen verändern. Herauszufinden, zu entscheiden oder darüber zu streiten, in welcher Beziehung der Sinn eines Dokuments zum „Ordnungsschema“ steht, bleibt voll und ganz dem Urteil des Lesers überlassen, wie er dies in einem spezifischen Fall, gemäß dem Fall, im Licht seiner Zielsetzungen, im Licht seiner sich verändernden Absichten, im Lichte dessen, was er allmählich herausfindet, usw. für geeignet hält. Die Bedeutungen der Dokumente verändern sich als Funktion des Versuchs, diese zu einer Aufzeichnung eines Falles zusammenzu-

fassen. Anstatt im Vorhinein darzulegen, worüber es in einem Dokument überhaupt gehen könnte, wartet man ab, bis man erkennt, worauf man in den Krankengeschichten stößt, und daraus „fertig“ man, findet man buchstäblich das, worum es in dem Dokument überhaupt ging. Dann kann der Leser erkennen, ob Kontinuität, Konsistenz und Kohärenz zwischen dem Sinn des einen Dokuments und dem eines anderen Dokuments bestehen – oder nicht. In keinem Fall werden dem Leser Einschränkungen auferlegt, um im Vorhinein zu rechtfertigen oder kundzutun, was in der Krankengeschichte wofür Bedeutung hat oder welchen Dingen er in Bezug auf was Bedeutung beimessen wird oder nicht.<sup>6</sup>

<sup>6</sup>Mit solchen Eigenschaften lässt sich behutsam ein Berichts-, Such- und Wiederauffindungssystem entwerfen. Zum Beispiel können Wissenschaftler gezielt genau deshalb ein solches System einsetzen, weil ihre Aufgabe dergestalt ist, dass sie ihre Kenntnis der Situationen, von denen ihr Berichtssystem eine Analyse erlauben soll, in ihrer Entwicklung nicht durch eine Methode einschränken lassen möchten, die dem bekannte Grenzen auferlegt, was in Bezug auf die verschiedenen Lesarten und Ideen, auf die sie in ihrer Arbeit gestoßen sind, vorstellbar ist. Es kommt ihren Interessen entgegen, dass ein solches *Ad-hoc*-System der Klassifikation und Wiederauffindung die Tugend hat, Gelegenheiten für das Spiel der Vorstellung zu optimieren. Da wir im Hier und Jetzt nicht wissen, was sich später entwickeln könnte, spätere Entwicklungen aber nutzen möchten, um die Vergangenheit zu rekonstruieren, verspricht eine *Ad-hoc*-Strategie des Sammelns und Wiederauffindens dem Wissenschaftler, dass er seine Dokumentensammlung auf die Bewältigung von Anforderungen richten kann, die als Funktion seines konkreten Engagements an einer sich entwickelnden Situation entstehen. Was der Wissenschaftler als Denkstütze für sich selbst tun könnte, erledigt der Klinikarzt in der Gesellschaft von Kollegen unter den Prämissen eines unternehmerisch organisierten Systems der Supervision und Kontrolle, wobei ihre Resultate nicht als mögliche Interpretationen angeboten werden, sondern als Berichte dessen, was sich tatsächlich ereignet hat. Ihr Gebrauch von Akten ist den vielen psychotherapeutischen Methoden gänzlich ähnlich, genauso wie beide legitime Wege klinischer Dienstleistungen sind. Und wenn man – Insider wie Außenstehende – nach den rationalen Begründungen des Verfahrens fragt, werden auch in beiden Fällen diese Begründungen dadurch gegeben, dass das Personal sich auf die Wege der Klinik als gesellschaftlich sanktionierte medizinisch-juristische Möglichkeiten der psychiatrischen Praxis beruft

Damit ein Klinikmitarbeiter die Krankengeschichten lesen kann, ohne dass Ungereimtheiten entstehen, muss er von sich selbst erwarten, von anderen Klinikmitarbeitern erwarten und schließlich erwarten, dass diese so, wie er von ihnen erwartet, von ihm erwarten,

- Kenntnisse von bestimmten Personen, auf die sich der Bericht bezieht, zu haben und zu nutzen;
- Kenntnisse von Personen, die zu dem Bericht beigetragen haben, zu haben und zu nutzen;
- Kenntnisse der konkreten Organisation und Arbeitsweise der Klinik zu dem Zeitpunkt, zu dem die Krankengeschichten konsultiert werden, zu haben und zu nutzen;
- Kenntnisse einer gemeinsamen Geschichte mit anderen Personen – Patienten und Klinikmitarbeitern – zu haben und zu nutzen und
- Kenntnisse klinischer Vorgehensweisen – Verfahren, wie ein Bericht zu lesen ist, eingeschlossen – zu haben und zu nutzen, als diese Prozeduren den Patienten und die Klinikmitarbeiter implizierten.

Im Dienste aktueller Interessen nutzt der Klinikmitarbeiter ein solches Wissen, um aus den Items der Krankengeschichte eine dokumentierte Repräsentation der Beziehung zusammenzutragen.<sup>7</sup>

Die Klinik, in der wir unsere Untersuchungen durchgeführt haben, ist einem medizinischen Zentrum der Universität angeschlossen. Wegen der Forschungsverpflichtung der Klinik als ei-

nes legitimen Zieles der Organisation hat ein aktueller Bericht einen hohen Stellenwert im Alltagsbetrieb der Klinik. Doch der kontraktuelle Charakter der Inhalte von Krankengeschichten hat einen konkurrierenden Stellenwert, der mit nützlichen und maßgebenden Notwendigkeiten verknüpft ist, funktionale Beziehungen zur Universität, zu anderen medizinischen Fachgebieten, zur kalifornischen Bundesregierung, zu den Gerichten und ganz allgemein zu den verschiedenen Öffentlichkeiten zu pflegen, indem die Aktivitäten der Klinik in erster Linie als solche einer legitimen psychiatrischen Behandlungsstätte dargestellt werden.

In Bezug auf die beiden Aspekte von Verpflichtungen besteht aufseiten der vielen beteiligten Parteien, Patienten und Forscher eingeschlossen, kein Zweifel daran, welcher der beiden Aufgaben der Vorzug gegeben wird. In jeder Hinsicht, von den Überlegungen zur vergleichenden Betriebswirt-

<sup>7</sup>Wir möchten betonen, dass wir nicht davon sprechen, „wissenschaftlich den größten Nutzen aus allem zu ziehen“. Organisatorisch gesprochen, kann, wird, ja muss sogar jede Sammlung von Krankengeschichten darauf verwendet werden, eine dokumentierte Repräsentation zu bilden. Folglich hat das Bemühen, der Sammlung und Zusammensetzung von Informationen ein formales Prinzip überzustülpen, den Charakter einer sinnentleerten Übung, weil die Ausdrücke, die in den so geordneten Dokumenten enthalten sind, erst „entschlüsselt“ werden müssen, um ihre eigentliche Bedeutung im Licht der zum Zeitpunkt ihres Gebrauchs vorherrschenden Interessen und Deutungen entdecken zu können

schaft angefangen bis hin zu den Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit und der Legitimation der Organisation, müssen die Bedingungen für die Pflege der Krankengeschichten mit Kontraktcharakter erfüllt sein. Andere Interessen sind zwangsläufig niedriger einzustufende Interessen und müssen den zuvor genannten Interessen angepasst werden.

Allen diesen Ausführungen kann man entgegenhalten, dass wir der ganzen Sache zu viel Bedeutung beimessen; dass schließlich die Krankengeschichten in der Klinik so geführt werden, dass sie den Interessen medizinischer und psychiatrischer Dienste dienen und nicht so sehr den Interessen der Forschung. Wir stimmen dem ohne Einschränkung zu. Das entspricht dem, was wir oben sagen, doch wir sagen es mit der Absicht, den Status der klinischen Berichte mit der organisatorischen Bedeutung zu verbinden, dass die medizinischen und psychiatrischen Dienstleistungen gegenüber Forschungsanliegen Priorität haben. Wo immer Forschungsaktivitäten in psychiatrischen Kliniken durchgeführt werden, zeigen sich durchweg spezielle Mechanismen, durch welche die Forschungsaktivitäten von den Aktivitäten, durch die der Charakter und die Lebensfähigkeit der Klinik als Dienstleistungsunternehmen gewährleistet sind, strukturell getrennt und diesen untergeordnet werden. Damit wollen wir nicht sagen, dass Forschung von Klinikärzten nicht ernsthaft und entschlossen betrieben wird.