

## 2 Zielsetzungen der Studie und methodische Vorgehensweise

### 2.1 Grenzen gegenwärtiger Verfahren der Kompetenzforschung

Wie in der Einleitung erwähnt, wird der Begriff der Kompetenz innerhalb verschiedener Disziplinen uneinheitlich verwendet. Im Folgenden sollen einige Probleme und Defizite der Kompetenzforschung benannt werden, um im Anschluss den eigenen Forschungszugang einer berufsfeldnahen Kompetenzermittlung zu plausibilisieren.

Eine erste Problematik der Kompetenzforschung besteht in der Diskrepanz der methodischen Erfassung von Kompetenz „zu den vorgenommenen umfangreichen theoretischen Bestimmungen“ (ZLATKIN-TROITSCHANSKAIA u. SEIDEL 2011: 226). Die methodische Einschränkung auf ausgewählte Aspekte von Kompetenz, wie etwa das Fachwissen, wird aber – so die Autorinnen – „sehr häufig kaum begründet“ (ebd.). Demnach stehen (über-)komplexe theoretische Modelle unterkomplexen Methoden der Erfassung und Testung gegenüber.

Eine weitere Schwachstelle der Kompetenzforschung lässt sich in einem *reduktionistischen Verständnis* von Praxis erkennen. Folgt man der Kompetenzdefinition von WEINERT (2001: 27), auf die in der Forschung prominent zurückgegriffen wird, so wird angenommen, dass sich die Praxisrealität durch stets eindeutig definierte Probleme abbilden lässt. Auf diese Probleme soll kompetent, d.h. mittels klar umrissenen Problemlösefähigkeiten- und fertigkeiten geantwortet werden (vgl. REIMANN 2013). Zu Recht weist Reimann darauf hin, dass gerade für Praxisfelder, die von widersprüchlichen Anforderungen geprägt sind, solche Kompetenzdefinitionen eher von der Handlungsrealität wegführen denn daran anknüpfen. Ähnliches zeigen Erkenntnisse aus der Expertiseforschung, wonach sich ausgewiesene Fachexperten gerade dadurch auszeichnen, dass sie imstande sind, sog. „schlecht-definierte Situationen“ erfolgreich zu bewältigen (vgl. GRUBER u. MANDEL 1996:605). Bei solchen Situationen kann man nicht von vornherein sagen, was denn überhaupt die „richtige“ Lösung ist. Die Konfrontation mit derartigen Situationen ist für personenbezogene Handlungsfelder

und hier in besonderem Maß für das medizinische Handeln eher die Regel denn die Ausnahme. Hier sind zumeist weder die Probleme klar umrissen noch greifen standardisierte Problemlösungskompetenzen im Sinne einer geordneten Abfolge von geplanten und kontrollierten Handlungsschritten.

Zwar besteht weitestgehend Konsens darüber, dass sich Kompetenzkonstrukte auf Situationen und Anforderungen in der Handlungspraxis zu beziehen haben (vgl. HARTIG 2008: 20). Auffällig ist aber, dass die Konturen der berufsfeldspezifischen, praktischen Anforderungen zumeist nur sehr abstrakt Eingang finden in Kompetenzstrukturmodelle, diese bisweilen auch einfach aus der Theorie abgeleitet werden. In der Folge steht die Autorität des Modells über derjenigen des Berufsfelds und seinen tatsächlichen Herausforderungen, die kompetent zu bewältigen wären.

Ein anderer Weg der Kompetenzermittlung erfolgt über Expertenbefragungen (vorzugsweise mittels der Delphi-Methode). Auch hier ergeben sich blinde Flecken:

- (a) Soll die Rede von Kompetenz nicht leer bleiben, muss es in jeder interessierenden Situation möglich sein, kompetente von nicht kompetenten Handlungsweisen unterscheiden zu können (DEPPERMAN 2004: 19). Hierfür wiederum bedarf es eines Kriteriums bzw. eines normativen Maßstabs, anhand dessen eine solche Unterscheidung möglich wird. In den mittels Expertenbefragungen entwickelten Kompetenzkatalogen bleiben solche normativen Maßstäbe jedoch zumeist implizit, und es wird nicht immer klar, inwieweit sie letztlich empirisch gestützt, d.h. für die professionelle Praxis in einem Handlungsfeld tatsächlich funktional sind oder ob sich einfach daran orientiert wird, weil sie in der jeweiligen Fachkultur als Common Sense gelten.
- (b) Ein weiteres unterschätztes Problem der Kompetenzermittlung durch Expertenbefragungen liegt darin, dass erfahrene Experten oftmals nur sehr bedingt angeben können, woran sie sich bei ihrem Handeln tatsächlich orientieren und welchem – impliziten – Wissen sie folgen. Für die Medizin haben BOSHUIZEN et al. nachgewiesen, dass sich Fachwissen im Zuge ausgedehnter Erfahrung „in fallbezogene Wissensstrukturen reorganisiert“ (GRUBER 2006: 197) und deshalb eine „tacit role“ (BOSHUIZEN et al. 1992: 179) spielt. Zwar können Experten relevante Wissensbestände benennen, die für das praktische Handeln erforderlich sind. Den impliziten Wissenskörper, der aufgrund individueller klinischer Expertise eher unbewusst aktiviert wird (tacit knowledge), bleibt aber unberück-

sichtigt, da er sich eben nicht einfach in Worte fassen lässt. Unter gegebenen Standardisierungsidealen ist es symptomatisch, dass ein methodisch kontrolliertes Sichtbar-Machen solcher – im tacit knowledge identifizierbaren Kompetenzen – selten in Erwägung gezogen wird, obwohl es an forschungsmethodischen Vorschläge nicht fehlt (vgl. MARTENS u. ASBRAND 2009).

Ebenfalls forschungsmethodische Gründe hat auch die Zurückhaltung hinsichtlich der Ermittlung von „Einstellungen“, die ja eigentlich neben Wissen und Fertigkeiten als festen Bestandteil von Kompetenz angesehen werden, aber im Rahmen von standardisierten Verfahren nur unbefriedigend zu erfassen sind. Geht man davon aus, dass gerade in den erwähnten unplanmäßigen Situationen, die in personenbezogenen Berufsfeldern typisch sind, Einstellungen im Sinne von habituellen Haltungen, wie sie sich in der beruflichen Sozialisation festigen, eine herausragende Rolle spielen, so ist deren Vernachlässigung kaum zu rechtfertigen

## 2.2 Berufsfeldnahe Ermittlung personaler Kompetenz

Die erwähnten Probleme der Kompetenzforschung betreffen die Ermittlung von personaler Kompetenz in besonderer Weise: Eine mangelnde Konkretisierung dieser Kompetenzdimensionen im Hinblick auf ein Berufsfeld führt dazu, dass diese in Form sehr allgemein gehaltener Schlüsselkompetenzen ein Schattendasein in Curricula führen.

Nicht aus der Theorie, sondern nur aus der Empirie kann personal kompetentes Handeln näher bestimmt werden. Konkreter: Nur durch eine empirische Analyse der „spezifischen Anforderungen, Ziele, Probleme und Möglichkeiten“ (DEPPERMAN 2004: 24) eines Berufs- bzw. Kommunikationsfeldes kann aufgezeigt werden, worin die Funktion personaler Kompetenz im Hinblick auf professionelles fachliches Handeln überhaupt besteht. Soll personale Kompetenz nicht als Selbstzweck in Erscheinung treten, muss geklärt werden, *in welchem funktionalen Verhältnis* sie zur Fachkompetenz überhaupt steht. Diese Frage zu klären ist für personenbezogene Arbeitsfelder geradezu existenziell, weil sich Fachkompetenz unter Handlungsungewissheit zu bewähren hat. Für ärztliches Handeln gilt dies umso mehr, als fachliche Entscheidungen im Einzelfall eben nur selten auf einer eindeutigen Wissensgrundlage erfolgen können (vgl. VOGD 2004). Demnach ist die

ärztliche Praxis in besonderem Maß mit den oben erwähnten „unplanmäßigen Situationen“ konfrontiert.

Auch im Hinblick auf die oben angesprochenen normativen Kriterien von Kompetenz muss eine empirische Vorgehensweise präferiert werden. Die Entscheidung darüber, ob ein ärztliches Handeln personal kompetent ist oder nicht, kann nicht einfach aus gängigen Kommunikationstheorien abgeleitet werden. Gerade um die Funktion personaler Kompetenz für die Performanz von Fachkompetenz beurteilen zu können, lassen sich mit Hilfe empirischer Daten sog. „deskriptive Normen“ (FIEHLER 2002) ermitteln:

„((...)) nämlich aus den von den Gesprächsbeteiligten selbst veranschlagten Gesprächszwecken (sowie weiteren erwünschten bzw. unerwünschten Konsequenzen) und den im Gespräch von Beteiligten gezeigten Reaktionen“ (Deppermann 2004: 20).

Solche empirischen Entscheidungen dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die hier erwähnten „Gesprächszwecke“ für professionell Handelnde nicht beliebig sind, sondern an fachlich definierte Zielsetzungen gebunden sind (vgl. Kap. 4.2).

Für die Pädiatrie hat RIDER folgendes Forschungsdesiderat im Hinblick auf soziale und kommunikativen Kompetenzen formuliert: „Little evidence exists as to which skills are most important for pediatric residents to learn and what content areas should receive emphasis in the curriculum“ (RIDER 2008: 209). Angesprochen wird bei RIDER vor allem die Versorgung im Krankenhaus. Auf der Basis einer Berufsfeldanalyse in der Tradition der „Studies of Work“ (vgl. BERGMANN 2005) sollen demgegenüber relevante Inhalte der Vermittlung personaler Kompetenz für die grundversorgende Pädiatrie erschlossen werden.

Im Kernbereich der Vorsorgeuntersuchungen werden zum einen kommunikative Handlungsmuster auf ihre Wirkung hin untersucht und zum anderen habituelle Voraussetzungen einer effektiven kinderärztlichen Vorsorgepraxis rekonstruiert. Der Studie kommt dabei auch eine evaluative Perspektive zu. Dies ist im Hinblick auf die angestrebte Förderung der Facharztweiterbildung in der grundversorgenden Medizin angezeigt.

Die Ergebnisse sollen eine fundierte Diskussion der Bedingungen und Kriterien einer bedarfsgerechten/bedarfsnahen personalen Kompetenzentwicklung im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung bzw. Fortbildung ermöglichen. Darüber hinaus bieten sie eine Grundlage zur Überprüfung bestehender Konzepte zur Förderung sozialer und kommunikativer Kompetenzen in der me-

dizinischen Aus- und Weiterbildung (vgl. u.a. KÖLFEN 2016; EDLHAIMB et al. 2011; HERZOG 2011; RIDER 2008; LAUNER 2002).

## 2.3 Sample

### 2.3.1 *Fallstudien in Kinder- und Jugendarztpraxen*

Die konkreten Erfahrungen befragter Kinder- und Jugendärzte in der Vorsorgepraxis sind außerordentlich vielfältig und heterogen. Vor diesem Hintergrund läge es nahe, Erhebungen in einer möglichst großen Zahl von Arztpraxen durchzuführen, um überhaupt Gemeinsamkeiten feststellen zu können – so verlief die Argumentationslogik einer quantitativen Forschungstradition. Der hier verfolgte methodologische Zugang geht jedoch erfahrungsbegründet davon aus, dass unterhalb der auf den ersten Blick variantenreichen, singulären Erfahrungen regelmäßig ähnliche Orientierungs- und Interaktionsmuster verborgen sind (SCHWARZ 2000). Entsprechend galt für die Datenerhebung die „Regel der Sparsamkeit“, während umgekehrt die Materialanalysen dem Prinzip der extensiven Sinnauslegung unterworfen waren. Vorrangig galt demzufolge zunächst: Tiefe statt Breite.

Anders als im statistischen Sampling erfolgte die Auswahl der Probanden schrittweise, im Sinne einer „Kette aufeinander aufbauender Auswahlentscheidungen“ (STRÜBING 2004). In jeder Phase des Forschungsprozesses wurde auf Grundlage der bis dahin erzielten Ergebnisse geprüft, welches Datenmaterial als nächstes zu erheben ist. Dabei spielte die Auswahlstrategie des minimalen und maximalen Kontrastierens (STRAUSS 1994) eine zentrale Rolle.

Die Erhebung beschränkte sich auf Nordrhein-Westfalen. Die schrittweise Auswahl der Arztpraxen erfolgte auf der Grundlage NRW-bezogener Segregationsanalysen und Gemeindetypisierungen (ZEFIR und wegweiser-kommune.de). Dabei wurden sechs unterschiedliche sozialräumliche Kriterien ermittelt und entsprechende Orte mit verhältnismäßig hoher Fertilitätsrate definiert.

Letztendlich berücksichtigt wurden:

- Großstädtischer/suburbaner Raum:

- Zwei Arztpraxen in zwei sozial benachteiligten Stadtteilen (hoher Anteil an Einwohnern mit Migrationshintergrund (MH), hohe SGB II-Quote)
  - Drei Arztpraxen in drei sozial durchmischten Stadtteilen (davon eine Privatpraxis)
  - Eine Arztpraxis in einem sozial privilegierten, suburbanen Vorort
  - Eine Arztpraxis im suburbanen Raum mit sehr hoher ethnischer und sehr hoher Armutssegregation
- Ländlicher Raum:
- Eine Arztpraxis in einem sozial benachteiligten Stadtbezirk einer Kleinstadt
  - Eine Arztpraxis in einer sozial durchmischten ländlichen Gemeinde (mittlerer SES)

(vgl. Anhang 3).

Vor Ort wurden bevorzugt Kinder- und Jugendarztpraxen ausgewählt, deren Patientenkreis mehrheitlich den räumlichen Statusmerkmalen entsprach. Als weitere Auswahlkriterien wurden berücksichtigt: Unterschiedliches Engagement in frühen Hilfen, unterschiedliche Patientendichte, Versichertenstatus der Eltern, Dauer der Niederlassung (3-30 Jahre, mehrheitlich über 10Jahre), Geschlecht (5 w, 4 m).

In jeder der neun Kinder- und Jugendarztpraxen wurden im Zeitraum von ca. drei bis vier Tagen je ca. 10 bis 15 Vorsorgeuntersuchungen (U3-U10) beobachtet, insgesamt 108 Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Anhang 3). Die Bereitschaft der Eltern, ihre Untersuchung beobachten und diese (unter Einhaltung der Schweigepflicht) aufzeichnen zu lassen, war unerwarteterweise sehr hoch (ca. 90% der angefragten Eltern). Mehrheitlich erfolgte die Anfrage spontan, kurz vor der Untersuchung, oder aber die Zustimmung wurde telefonisch durch die MFA angefragt.

Zu Vor- und/oder Nachgesprächen haben sich 85% der Eltern bereit erklärt; die Dauer der Gespräche lag durchschnittlich bei 15 Min. Allgemein war die Bereitschaft zu Nachgesprächen bei Eltern mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) und geringen Deutschkenntnissen geringer. Türkischsprachige Eltern konnten jedoch wegen unseres Angebots, das Gespräch auf türkisch zu führen, mehrheitlich gewonnen werden.

Etwa zwei Wochen nach der Beobachtungsphase wurde ein Tiefeninterview mit dem jeweiligen Arzt geführt (durchschnittliche Dauer ca. 100 Minuten). Die Auskunftsbereitschaft war insgesamt sehr hoch.

### 2.3.2 Interviews mit Medizinstudierenden und pädiatrischen Ärzten in Weiterbildung

Die Ärzteperspektive wurde erstens durch sechs problemzentrierte Tiefeninterviews mit pädiatrischen Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) ergänzt, die im Rahmen von Bachelorarbeiten<sup>5</sup> an der WiSo-Fakultät der Universität zu Köln geführt und unter Anleitung des Forschungsteams ausgewertet wurden; zwei dieser ÄiW verbrachten den letzten Teil der Weiterbildungszeit in einer ambulanten Kinder- und Jugendarztpraxis.

Zweitens konnte für die vorliegende Studie auf 23 problemzentrierte Interviews mit Medizinstudierenden in einem Reformstudiengang zurückgegriffen werden, die im Rahmen eines Lehrforschungsprojekts an der WiSo-Fakultät (WS 2014/15) durchgeführt und von Studierenden des Studiengangs Sozialwissenschaften ausgewertet wurden.

Drittens führte eine Forschergruppe eine Beobachtungsstudie im Rahmen einer praktischen Vorbereitungswoche für das Praktische Jahr (PJ) durch<sup>6</sup>.

### 2.3.3 Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit Eltern

Für die Rekonstruktion der Elternperspektive wurden ergänzend zu den Kurzinterviews im Rahmen der beobachteten Vorsorgeuntersuchungen sechs Gruppendiskussionen (GD) und acht Einzelinterviews mit Eltern von Kindern im Kleinkindalter in Zusammenarbeit mit Studierenden der WiSo-Fakultät durchgeführt (vgl. Anhang 2). Drei GDs und drei Einzelinterviews wurden ebenfalls im Rahmen eines Lehrforschungsprojekts an der WiSo-Fakultät ausgewertet<sup>7</sup>. Zwei weitere GDs und zwei Einzelinterviews wurden mit Unterstützung des Forschungsteams im Rahmen von Bachelorarbeiten ausgewertet<sup>8</sup>.

Die Zusammenstellung der sechs Gruppen erfolgte mehrheitlich sozial homogen. Gelegentlich befand sich eine Person hinsichtlich ihres SES in der Minderheit, was sich – mit einer Ausnahme – durchgängig nachteilig auf den Redeanteil der jeweiligen Person auswirkte.

---

5 ARNZT u. RIMPLER (2015); BALTER (2015); JACOBY (2016); RAMS (2016).

6 AUF DEM BERGE, et al. (2015).

7 ELWERS et al. (2015); KÜGLER et al. (2015); ADELBERGER et al. (2015).

8 POTTHOFF (2016); VALITUTTO (2016); GÖNENWEIN u. LAY (2015).

## 2.4 Erhebungsinstrumente

Bei der Erhebung wurden verschiedene Instrumente miteinander kombiniert und systematisch aufeinander bezogen (Prinzip der Triangulation): Einerseits sollten unterschiedliche Akteursperspektiven berücksichtigt werden; andererseits sollte mithilfe verschiedener interaktiver Settings eine mehrperspektivische Herangehensweise zugunsten einer internen Validierung von Erkenntnissen verfolgt werden.

Für die einzelnen Erhebungsinstrumente wurden im Vorfeld Leitfäden entwickelt. In der interpretativen Sozialforschung ist allerdings von entscheidender Bedeutung, dass die Befragten ihren eigenen Relevanzhorizont aufspannen und erzählerisch entfalten können. Demzufolge orientierte sich die konkrete Interviewführung am methodischen Prinzip der Offenheit (KOHLI 1978; HOFFMANN-RIEM 1980; ROSENTHAL 2008: 48ff.), um sich flexibel den Relevanzstrukturen der Befragten annähern und diese angemessen vertiefen zu können. Das bevorzugte Instrument war das „*verstehende Interview*“ nach KAUFMANN (1999). Auf der Grundlage eines offenen Leitfadens werden sog. Stegreiferzählungen – wie etwa Fallgeschichten oder konkrete Erlebnisse – evoziert. Ziel des verstehenden Interviews ist es, eine gewisse Selbstläufigkeit herzustellen, die durch immanente, vertiefende Nachfragetechniken erreicht wird.

Da der Vergleich der Daten in der interpretativen Sozialforschung nicht entlang der Leitfadenfragen, sondern entlang der artikulierten Relevanzen erfolgt, mindert diese offene Interviewführung nicht die Vergleichbarkeit von Daten (vgl. KOHLI 1978).

### 2.4.1 Ethnografie in Kinder- und Jugendarztpraxen

Ein ethnografischer Zugang zur Vorsorgepraxis dient einem möglichst ganzheitlichen Aufschluss des Untersuchungsgegenstands. Folgende Erhebungsmethoden kamen dabei zum Einsatz:

#### 2.4.1.1 Teilnehmende Beobachtung

Ein Kernelement ethnografischen Vorgehens ist die teilnehmende Beobachtung: Der Forschende versucht, den Untersuchungskontext aus der Innenperspektive zu erschließen. Die konkrete ärztliche Durchführungspraxis, d.h. die



„informelle<sup>9</sup> Entwicklungsdiagnostik“ (BOLLIG 2009) wurde mit der Methode der „*teilnehmenden Beobachtung*“ von *Vorsorgen* untersucht. Im Fokus der Beobachtung stand die konkrete Ausgestaltung der Arzt-Kind-Eltern-Kommunikation während der Vorsorgeuntersuchung. Auf eine Video-grafierung wurde aus Gründen der Diskretion verzichtet; die Gespräche wurden akustisch aufgezeichnet und gleichzeitig ein Beobachtungsprotokoll zu jeder Untersuchung verfasst, um die non-verbalen Aspekte zumindest mitberücksichtigen zu können. Diese Beobachtungsprotokolle enthielten auch zusätzliche Eindrücke, wie etwa eine auffällige Eltern-Kind-Interaktion oder den Umgang der medizinischen Fachangestellten (MFA) mit den Eltern.

Um zusätzlich einen Einblick in das Zusammenspiel von MFA und Ärzten im Hinblick auf Elternkommunikation zu erhalten, wurde punktuell auch an der Testdurchführung der MFA teilgenommen.

#### 2.4.1.2 Vor- und Nachgespräche mit Eltern

Bei einigen Eltern ergab sich aufgrund der gemeinsamen Wartezeit bereits vor der Vorsorgeuntersuchung ein Gespräch, das in der Regel ebenfalls aufgezeichnet werden konnte. In den Nachgesprächen ging es sowohl um die Wahrnehmung der beobachteten Vorsorge, die Rezeption ärztlicher Aussagen, die Wahrnehmung von Elternfragebögen sowie die grundsätzliche Einschätzung der ärztlichen Interaktionsqualität. Darüber hinaus interessierten Belastungserfahrungen als Eltern. Fragetechnisch wurde sowohl mit Bewertungsfragen als auch mit narrativen Detaillierungsfragen gearbeitet. Als besonders produktiv stellten sich Fragen heraus, die entweder einzelne konkrete ärztliche Empfehlungen und kindbezogene Beurteilungen aufgriffen, oder die zuvor platzierten elterlichen Sorgen noch einmal zur Sprache brachten.

#### 2.4.1.3 Verstehende Tiefeninterviews mit Ärzten

Der Fokus der Ärzteinterviews lag nicht auf allgemeinen Einstellungen der Ärzte zur Relevanz der Arzt-Patienten-Interaktion und zur inner- und interprofessionellen Kooperation – auf einer solch abstrakten, argumentativen Ebene wird sie kaum ernsthaft bestritten (vgl. RIDER 2008: 209ff.); allenfalls wird sie vorgebrachten Sachzwängen (Zeitmangel, Budget etc.) unter-

---

9 Unser Forschungsansatz geht davon aus, dass konkrete Arbeitsvollzüge nicht als „regelbefolgende Handlungen“ erklärt werden können und deshalb immer einen informellen Charakter haben: „Regeln, Instruktionen, Normen etc. bilden ihrem formalen Status nach allgemeine Sätze, die von den Handelnden immer erst interpretiert, in die Situation hinein vermittelt, d.h. situiert werden müssen“ (BERGMANN 2005: 639).

geordnet. Unterhalb sozialer Wünschbarkeiten bzw. professioneller ethischer Standards galt es vielmehr, zu denjenigen Wissensbeständen und Orientierungen vorzustoßen, welche die konkrete Beziehungsgestaltung im Vorsorgebereich tatsächlich stabil anleiten, d.h. verhaltenswirksam sind. Hierzu muss forschungsmethodisch ein „*indirekter Weg*“ der Ermittlung verfolgt werden (vgl. HABERMAS 1961: 279; KÜSTERS 2009: 20). In der Professionsforschung gelten mittlerweile „Erzählungen“ als ein zentrales „Medium, in dem Menschen über ihr Wissen Auskunft geben können“ (STEIN 2007: 47). Demnach stellen Erzählungen „eine Art Erkenntnisprozess dar, der im Alltag eine Re-Inszenierung von Geschehenem ermöglicht, jedoch nicht so wie es war, sondern wie es im Licht der jetzigen Situation gesehen wird“ (KALITZKUS et al. 2009: 19). Erfahrungen werden in Erzählungen nicht nur zusammengefasst, sondern gleichsam sortiert, geordnet und umgeschrieben (KEUPP et al. 2006). Da das Erfahrungswissen eng mit der Person und dem Berufskontext verbunden ist, kann es sich in Geschichten (stories) am ehesten „authentisch“ äußern. Im situativen Bezug dieser Geschichten zeigt sich buchstäblich inkorporiertes, „leibliches Wissen“ etwa in Form eines „Gespürs“ für die Sache (vgl. GUGUTZER 2006). Sehen sich die beruflichen Experten in einer Forschungssituation hingegen unter Druck, ihr Handeln im Nachhinein zu rationalisieren, distanzieren sie sich eher von den handlungswirksamen Komponenten ihres Erfahrungswissens (ROSENTHAL 2008: 139ff.). Hier hat es sich als Vorteil erwiesen, dass wir als sozialwissenschaftliche Forscher dem professionellen medizinischen Feld gegenüber prinzipiell fremd waren und insofern als Laien wahrgenommen wurden. Die Fragen, die vor dem Hintergrund der Unkenntnis des Feldes gestellt wurden, ließen erkennen, wo implizites Wissen der praktizierenden Kinder- und Jugendärzte beginnt und selbstverständlich die Handlungspraxis anleitet (vgl. auch BOLLIG 2009).

Sehr bewährt hat sich in den Interviews auch, dass der allgemeine Leitfaden bei jedem Befragten im Hinblick auf die jeweiligen Beobachtungen in den Vorsorgeuntersuchungen konkretisiert wurde. Die Diskussion über einzelne Familien erwies sich als besonders aufschlussreich und ermöglichte in den Analysen sowohl Wahrnehmungsdifferenzen von Eltern und Ärzten zu identifizieren, als auch habituelle Orientierungen von verbalisierten Einstellungen unterscheiden zu können.

### *2.4.2 Offene Leitfadeninterviews mit Medizinstudierenden und pädiatrischen Weiterbildungsassistenten*

Entlang der Frage, welchen Stellenwert die Arzt-Patienten-Kommunikation im „Hidden Curriculum“ der Medizinausbildung (HAFFERTY 1998) hat, wurden in Anlehnung an PRYBORSKI und WOHLRAB-SAHR (2014) offene Leitfadeninterviews durchgeführt. Entsprechend der Annahme, dass die medizinische Ausbildung ein spannungsreicher Prozess der Habitusentwicklung darstellt (vgl. auch REIMANN 2013), wurden Fragen zum Umgangs mit Leistungserwartungen, zur Entstehung von Berufserwartungen, dem Stellenwert der Kommunikation und der Bedeutung von Vorbildern gestellt. Auch hier wurde explizit darauf geachtet, dass die Fragen indirekt gestellt wurden, um nicht soziale Erwünschtheiten zu generieren. Zusätzlich wurden erzählgenerierende Fragen zum konkreten Erleben von Patientenkontakten während der Aus- und Weiterbildung gestellt.

### *2.4.3 Gruppendiskussionen und Einzelinterviews mit Eltern*

Sowohl explorativ wie auch aufbauend auf den Nachgesprächen mit Eltern im Anschluss an die beobachteten Vorsorgen wurden Gruppendiskussionen mit Eltern unterschiedlicher sozialer und kultureller Milieus durchgeführt. GDs ermöglichen einen „empirischer Zugriff auf das Kollektive“ (BOHN-SACK 2008: 125): Im Prozess wechselseitiger Ergänzung, Berichtigung, Entgegnung und Bestätigung lassen sich „Zentren der Erfahrung“ ermitteln, die sich nicht aus der Summe der vorgetragenen Einzelansichten extrapolieren lassen.

In nicht-standardisierten, offenen GDs wurde fragetechnisch sehr ähnlich verfahren wie in den Einzelinterviews. Ziel der Diskussionen war es, sowohl elterliche Belastungserfahrungen wie auch konkrete Interaktionserfahrungen mit Kinder- und Jugendärzten im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen zu erschließen. Von besonderem Interesse war dabei erstens, mögliche Diskrepanzen zwischen Erwartetem und Erlebtem anzusprechen und zweitens, die Bedeutung und den Umgang mit ärztlichen Ratschlägen zu erfragen. Auch in den Elterninterviews stellte sich die Herausforderung, keine sozial erwünschten Äußerungen zu erzeugen. Je mehr sich die GD unabhängig von den Moderatoren selbstläufig entwickelte, d.h. je mehr die Eltern selbstverständlich untereinander diskutierten, desto alltagsnaher erwiesen sich die Diskussionen (vgl. auch PRYBORSKI u. WOHLRAB-SAHR 2014:93).

## 2.5 Auswertungsverfahren

Ein beliebtes Missverständnis hinsichtlich qualitativer Forschungsmethoden besteht darin, dass diese in erster Linie subjektiven Meinungsäußerungen und Sichtweisen zusammenfassend darzustellen vermögen. Zwar wird dies in sogenannten qualitativen Inhaltsanalysen nicht selten praktiziert; hier bleibt die qualitative Forschung aber deutlich hinter ihren Möglichkeiten zurück.

Die in der Studie verwendeten rekonstruktiven Analyseverfahren beschränken sich nicht auf reflexiv verfügbares Wissen der interviewten Akteure, sondern zielen auf implizite, vor-reflexive Wissensbestände und Verständigungsmuster „im Rücken der Akteure“ (vgl. BOHNSACK 2008: 84). Diese latenten Muster dokumentieren sich in den Erfahrungsschilderungen und den beobachteten praktischen Tätigkeiten der Interviewten auch jenseits des intendierten Erzählzusammenhangs. Mit anderen Worten: Die Interviewten wissen stets mehr, als sie explizit berichten können und sie vermitteln mehr Sinn als sie meinen, weil die Sprache die eigene Ausdruckskontrolle übersteigt (BUDE 2000: 223ff.). Diese impliziten und latenten Sinngehalte gilt es herauszukristallisieren, um erklärend verstehen zu können, warum Menschen so handeln, wie sie handeln. Dazu sind tiefenhermeneutische Betrachtungsweise unverzichtbar: „Das heißt, es interessiert nicht, ob die Darstellungen (faktisch) wahr oder richtig sind, sondern es interessiert, was sich in ihnen über die darstellenden Akteure und deren Orientierungen dokumentiert“ (BOHNSACK 2008: 75). Bedeutungen, welche die Interviewten bestimmten Situationen und Ereignissen (kognitiv unbewusst) unterlegen, werden systematisch untersucht. Hierfür unterzieht man nicht nur die Inhalte, sondern insbesondere auch die Art und Weise des Sprechens über einen Sachverhalt, d.h. die Form, in welcher die Betreffenden ihre Erfahrungen vorbringen, einer methodischen Analyse. Dabei wird immer auch das Frageverhalten der Interviewer in die Analyse einbezogen, um die Wirkungen der konkreten Fragen kontrollieren zu können und die Gesprächsdynamik zwischen Forschern und Beforschten zugleich als Erkenntnisquelle nutzen zu können.

Zentrale Voraussetzung der beschriebenen Vorgehensweise ist die gemeinsame Auswertungsarbeit in Forschergruppen. Eine wechselnde Zusammensetzung dieser Gruppe bietet darüber hinaus ein Korrektiv, das etablierte Auswertungsroutinen im Kernteam zu erkennen ermöglicht. Die gemeinsamen Analysen dienen sowohl der Differenzierung, als auch der Validierung von entwickelten analytischen Konzepten. Argumente gegen eine bestimmte Kodierung des Materials mussten immer dann aufgenommen werden, wenn

sie materialbegründet zu einer Falsifikation der entwickelten Kategorien führten.

### 2.5.1 *Analyse der Gruppendiskussionen*

Die Analyse der GDs erfolgte jeweils in zwei Schritten: zunächst erfolgte eine grobstrukturelle, sodann eine feinstrukturelle Auswertung (vgl. 3). Diese Unterscheidung geht auf LUCIUS-HOENE und DEPPERMAN (2002: 109ff.) zurück, wobei die hier angewandte Interpretationsstrategie im Detail von den Autoren abweicht. Vielmehr wurden Elemente der dokumentarischen Methode nach BOHNSACK (2008), der Narrationsanalyse nach SCHÜTZE (1984) sowie der Grounded Theory<sup>10</sup> nach STRAUSS (1994) kombiniert. Bei allen drei Auswertungsverfahren handelt es sich um langjährig erprobte tiefenanalytische Vorgehensweisen, die in unterschiedlichen Disziplinen zur Anwendung kommen. Diese Methodenkombination bietet erfahrungsgemäß die ideale Grundlage, latente Orientierungs- und Interaktionsmuster, deren Entstehungsbedingungen sowie deren unintendierte Handlungsfolgen zu ermitteln (Anhang 4; vgl. auch NITTEL u. SELTRECHT 2013).

Diese Vorgehensweise wurde, abgesehen von den gruppendynamischen Aspekten, im Wesentlichen auch bei der Analyse der Einzelinterviews angewandt.

### 2.5.2 *Interaktionsanalyse*

Ein prominenter methodischer Zugang in der medizinischen Kommunikationsforschung orientiert sich am sozialpsychologisch fundierten „Roter Interaction Analysis System“ (RIAS<sup>11</sup>) basierend auf der „Interaction Process Analysis“ (IPA). RIAS erfasst aufgabenorientierte und sozio-emotionale Inhalte von Interaktionen durch Kategorien, die typ- und kontextunabhängig formuliert sind. Auf dieser Grundlage sollen Indikatoren gelungener und gescheiterter Kommunikation benannt werden.<sup>12</sup> Vertreter dieses Ansatzes räumen allerdings ein, dass es sich um ein „reduktionistisches Instrument“

---

10 Die Kodiermethode der Grounded Theory wurde im Rahmen von Untersuchungen in Krankenhäusern entwickelt und verfügt über eine lange medizinsoziologische Tradition (vgl. STRAUSS u. CORBIN 1996; STRÜBING 2004).

11 Nach Roter u. Larson (2002).

12 Publikationsübersicht unter <http://riasworks.com> (letzter Aufruf: 12.10.2016); LANGEWITZ et al. 2003.

handelt und Aussagen zur Qualität eines Gesprächs „u.U. problematisch“ seien: „Um mit einem solchen quantitativen Auswertungsverfahren die Qualität des Gesprächs beurteilen zu können, haben LANGEWITZ et al. die sequenzielle Analyse der Abfolge von Äußerungen (Reziprozität) vorgeschlagen“ (LANGEWITZ et al. 2010: 118). Ein stärker sequenzanalytischer Zugang vermag mithin die Logik der Interaktion<sup>13</sup>, das „Aufeinander-Bezo-gen-Sein“ besser zu untersuchen.

Ein möglicher Ansatzpunkt findet sich hier in der Konversationsanalyse, die auch im Bereich Arzt-Patient-Kommunikation vielfältig zur Anwendung kommt (vgl. Überblick REINEKE u. SPRANZ-FOGASY 2013; SPRANZ-FOGASY 2010). Allerdings besteht hier eine starke Fokussierung auf formale Muster der Gesprächsführung, womit dem Zusammenspiel von Form und Inhalt letztlich zu wenig Aufmerksamkeit zukommt. Darüber hinaus berücksichtigen die bisherigen Erkenntnisse mit einer Ausnahme<sup>14</sup> nicht die spezifische triadische Gesprächskonstellation. Die besondere Ablauflogik allgemeinärztlicher Vorsorgeuntersuchungen war bislang nicht Gegenstand konversationsanalytischer Untersuchungen. Deshalb wurde in Anlehnung an SPRANZ-FOGASY (2010) ein den Anforderungen der Studie angepasster Interpretationsleitfaden zur formalen Analyse der Vorsorgegespräche entwickelt (vgl. Anhang 4) und zusätzlich auf das oben beschriebene grob- und feinanalytische Kodierverfahren zurückgegriffen. Weitere Anregungen zur Durchführung der Interaktionsanalyse wurden aus zwei Studien bezogen, die ebenfalls die praktische Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland erforschten (KELLE 2007; MARTENS-LE BOUAR et al. 2013, BARTH 2015, 2016).

Nach der vertieften Analyse einzelner Gespräche wurden diese Erkenntnisse systematisch mit weiteren Vorsorgeuntersuchungen derselben Arztpraxis verglichen. Dieses Vorgehen erlaubte es, den Einzelfall „Vorsorgegespräche in Arztpraxis X“ so zu durchdringen, dass dieser in seiner Komplexität verstanden werden konnte. Auf dieser Grundlage wurde in einem zweiten Schritt *systematisch komparativ* gearbeitet. Für den Fallvergleich kam das axiale Kodieren (STRAUSS u. CORBIN 1997) zur Anwendung. Es wurden sogenannte Kodierparadigmata entwickelt, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Handlungsmustern identifizierten und erklärten (vgl. Beispiel

---

13 „Insofar as these systems focus on physician behaviors without attention to the logic of the interaction – whether the clinician is responding constructively to each patient’s particularly needs and circumstances – they are unlikely to be either sensitive or specific for PCC [patient centred communication]“ (WEINER et al. 2013).

14 SPRANZ-FOGASY u. WINTERSCHIED 2015.

Anhang 4). Diese wurden im Fortgang der Auswertung immer weiter differenziert, oder aber mussten modifiziert werden.

### 2.5.3 *Wirkungsanalyse*

Mit der eben beschriebenen Gesprächsanalyse konnten typische kommunikative Handlungsmuster von Ärzten und Reaktionsmustern von Eltern/Kindern ermittelt werden. Um allerdings systematische Aussagen darüber treffen zu können, inwiefern die rekonstruierten Interaktionsmuster und Dynamiken im Hinblick auf die Zielsetzung der Vorsorgeuntersuchungen funktional sind, musste das Datenmaterial systematisch mit anderen Datenquellen trianguliert werden. Die *Nachgespräche mit den jeweiligen Eltern* waren hier entscheidend: Die in der Interaktionsanalyse sich abzeichnenden Konsequenzen des kommunikativen Handelns der Ärzte konnten validiert, aber auch differenziert werden.

Zusätzlich wurde folgendes Material in die Wirkungsanalyse miteinbezogen:

- Diskussionssequenzen von GDs und Einzelinterviews mit Eltern, in welchen über Erfahrungen mit Kinder- und Jugendärzten berichtet wurde (Rezeption [Verarbeitung, Deutung] ärztlicher Aussagen und Bewertung der Untersuchung, wie auch des Arztes insgesamt);
- Erzählsequenzen in Ärzteinterviews zu gelungenen und misslungenen Beratungssituationen und Sequenzen zur Wahrnehmung der Vorsorge mit einzelnen beobachteten Familien.

All diese Datenquellen galten als Referenz, um die in den Vorsorgeuntersuchungen beobachteten ärztlichen Kommunikationsmuster in ihrer Wirkung zu qualifizieren und Aussagen über erforderliche personale Kompetenzen treffen zu können.

### 2.5.4 *Habitusanalyse*

Ein letzter Schritt der rekonstruktiven Kompetenzanalyse bestand darin, habituelle Voraussetzungen gelungener Elternkommunikation im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorge zu ermitteln. Datengrundlage waren dabei nicht nur die Ärzteinterviews, sondern auch die Einzelinterviews mit ÄiPs und Medizinstudenten (vgl. Kap. 2.3.2). Zur Ermittlung der inkorporierten Denk-, Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata (= Habitus) kam das Instrument der „pragmatischen Brechung“ nach SCHÜTZE zum Einsatz: Subjektive

Theorien, Rationalisierungen und retrospektive Deutungen wie auch bewertende, reflektierende Stellungnahmen in den Ärzteinterviews wurden sowohl mit erzählten Ereignissen als auch mit beobachteten Handlungen/Handlungsabläufen in den Vorsorgeuntersuchungen verglichen und auf Konsistenzen wie Inkonsistenzen hin untersucht. Eine solche „Wissensanalyse“ (SCHÜTZE 1984) vermag über den „modus operandi“ (Habitus), also das, was unterhalb des Bewusstseins das Handeln selbstverständlich beeinflusst, aufzuklären.

## **2.6 Hinweise zur Ergebnisdarstellung und Grenzen der Studie**

In den Transkripten wurde die gesprochene Sprache wortwörtlich festgehalten (vgl. Transkriptionsregeln Anhang 1). Dies ist für die rekonstruktive Forschung unerlässlich, da jede Pause, jede Wiederholung und jeder Satzabbruch von Bedeutung sein können. Für die Lesbarkeit wurden die ausgewählten Zitate insofern bereinigt, als diese zwar in ihrem Sinngehalt nicht verändert, jedoch weitestgehend in verständliche Sätze „übersetzt“ wurden. Da die Verwendung der Zitate rein exemplarische Funktion hat und nicht das feinanalytische Vorgehen aufzeigen soll, sehen wir dieses Vorgehen als legitim an.

Wie oben deutlich wurde, hat die Studie nicht mit Zufallsstichproben gearbeitet. Eine Grenze der Studie liegt deshalb darin, dass keine Aussagen über statistische Häufigkeiten der identifizierten Kommunikationsmuster getroffen werden können. Auch bezüglich der Verteilung der Muster entlang unterschiedlicher Faktoren (wie etwa Rahmenbedingungen, Alter, Geschlecht) kann die Studie höchstens Tendenzen, nicht aber statistisch repräsentative Aussagen machen. Insofern verzichten wir im Bericht in der Regel auf Häufigkeitsaussagen, es sei denn, wir können im Vergleich feststellen, ob es sich eher um ein häufigeres oder weniger häufiges Phänomen im Rahmen unseres Samples handelt.

Stattdessen wurde mit exemplarischen Fällen gearbeitet, die ein möglichst breites Spektrum von Praxisrealitäten abbilden (theoretisches Sampling). Damit konnte der Anspruch dieser Berufsfeldanalyse, nämlich typisches Kommunikationsverhalten in Vorsorgeuntersuchungen zu identifizieren bzw. zu qualifizieren und dieses von singulären, stark persönlichkeitsabhängigen Kommunikationsstrategien zu unterscheiden, eingelöst werden. Zeichnen



sich in der fallvergleichenden Auswertung ähnliche, aber nicht identische Verhaltensweisen ab, so verdichtet sich der Hinweis, dass es sich um Varianten ein und desselben Musters handelt. Dies erlaubt in der Folge den Schluss auf ein für das Berufsfeld typisches Muster. Im Unterschied zum numerischen Schließen in der quantitativen Forschung handelt es sich hier um ein sog. theoretisches Schließen; dies geht mit dem Anspruch einer „konzeptuellen Repräsentativität“ (vgl. STRÜBING 2002) einher.

Ebenfalls einschränkend muss betont werden, dass offensichtlich nur solche Kinder- und Jugendärzte an der Studie teilgenommen haben, auf die folgende Merkmale zutreffen:

- *engagierte Kinderärzte:* Auffällig ist, dass bei fast allen untersuchten Kinder- und Jugendarztpraxen die Eltern die Ärzte mit früheren Ärzten vergleichen und eine große Differenz hinsichtlich investierter Zeit und signalisiertem Interesse am Kind und an den Eltern feststellten.
- *Befürwortung der Ziele der Studie:* Alle befragten Ärzte sehen das Anliegen der Studie als grundsätzlich sinnvoll und unterstützenswert an.

Eine solche Positivauswahl (Bias) ist allerdings insofern unproblematisch, als die Studie nicht auf eine Evaluation der Elternkommunikation bei niedergelassener Kinder- und Jugendärzten abzielte, sondern die Kompetenzentwicklung zum Ziel hatte: Untersucht wurden demnach Kinder- und Jugendärzte, die erstens Elternkommunikation als relevant einschätzen und die zweitens trotz begrenztem Zeitbudget dezidiert den Anspruch verfolgen, hochwertige Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. Dass selbst bei diesen Ärzten Stolperfallen zu finden sind, kann vom potenziellen Perfektionsanspruch entlasten und verweist darüber hinaus auf grundlegende Aspekte des Berufsfelds, die einer Professionalisierung bedürfen wie auch auf einschränkende strukturelle Rahmenbedingungen.

Ebenfalls war bei einzelnen Ärzten zu beobachten, dass die Vorsorgeuntersuchungen zeitlich etwas ausgedehnter durchgeführt wurden, als dies üblicherweise der Fall ist. Entsprechende Hinweise darauf bekamen wir von Eltern, aber auch von Ärzten selbst. Was die Auswahl der Familien anbelangt, so wurden nur in einem Fall gezielt Familien ausgewählt, zu denen der Arzt einen guten Draht hatte. Im Hinblick auf unsere Fragestellung waren allerdings solche Verzerrungen dahingehend nutzbar, als dadurch deutlich wurde, was Ärzte als ideale Vorsorge betrachten.

Die Anwesenheit eines Forschers während der Vorsorge hatte darüber hinaus sicherlich ebenfalls einen Einfluss, prägte aber vor allem den Beginn der Vorsorge. Die Anwesenheit der Forscher stellt keine potenzielle Störquelle dar, sondern muss als „Teil“ des Instrumentariums begriffen werden. Die zu beobachtenden Reaktionen auf die Forscher im Feld werden im Auswertungsverfahren reflektiert und als zusätzliche Erkenntnisquelle genutzt (vgl. BERESWILL 2003).

Grenzen der Standardisierbarkeit ärztlichen Handelns  
Personale Kompetenz in pädiatrischen  
Vorsorgeuntersuchungen

Somm, I.; Hajart, M.; Mallat, A.

2018, XV, 317 S. 4 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-19742-1