

III. Dokumentarische Methode: vom immanenten Sinn zum „Modus Operandi“ sozialer Praxis

Der Unterschied zwischen den hypothesentestenden *standardisierten* Verfahren in der *quantitativen* Sozialforschung und den *rekonstruktiven* Verfahren der *qualitativen* Sozialforschung lässt sich durch folgenden Vergleich illustrieren: Um die Funktionsweise eines Herzens zu verstehen, muss man die Bestandteile des Herzens kennen lernen und eine Ahnung von der funktionalen Beziehung dieser Elemente haben. Ein Forscher, der zum ersten Mal ein Herz erblickt, müsste zunächst herausfinden, welche Muskeln sich in welchem Rhythmus zueinander bewegen, wie sich die Herzklappen verhalten, wie die Signalübertragungswege der beteiligten Nervenfasern vonstatten gehen etc. Er müsste die grundlegenden Strukturen und Beziehungen dieses Organsystems rekonstruieren. Dies wäre ein qualitativer Forschungszugang. Demgegenüber könnte ein quantitativ orientierter Wissenschaftler versuchen, Daten über die Leistungsfähigkeit verschiedener Herzen zu erheben. Er könnte Größen, Durchblutungsflüsse, die Herzfrequenz und andere Parameter bestimmen und in Beziehung zu statistischen Normalwerten setzen. Hieraus ergeben sich dann Hinweise für die Diagnose einer Erkrankung. Er kann den Schluss ziehen, dass es vielleicht angebracht wäre, die Herzfrequenz durch bestimmte Medikamente etwas zu reduzieren usw. Jeder der beiden methodologischen Zugänge zielt auf etwas anderes: Während im qualitativen Forschungsprozess die Struktur und die Funktion eines Phänomens erst einmal zu rekonstruieren ist, wird im zweiten Fall immer schon ein Modell vorausgesetzt, aus dem dann Hypothesen abgeleitet werden, die (statistisch-)empirisch überprüft werden können. In der Überprüfung kann dann ein mehr oder weniger standardisierter Weg eingeschlagen werden. Demgegenüber ist die Rekonstruktion einer zunächst unbekanntem Wirklichkeit als ein schöpferischer Forschungsprozess zu verstehen, denn der Weg, also die theoretischen Konstrukte, die für die strukturidentische Beschreibung der erforschten Wirklichkeit angemessen sind, ist zu Beginn des Forschungsprozesses noch nicht bekannt. Theorie entwickelt sich in und aus der Auseinandersetzung mit dem empirischen Material.

Rekonstruktive Sozialforschung hat soziale Strukturen zum Gegenstand. Sie erforscht, wie sich diese reproduzieren, in welcher funktionalen Beziehung diese zueinander stehen: »Die Frage nach der Gültigkeit einer solchen Struktur beantwortet sich aus dieser Perspektive, also nicht über ihre Häufigkeit, sondern darüber, dass ihre Reproduktionsgesetzlichkeit nachgewiesen wird« (Wohlrab-Sahr, zitiert nach Bohnsack 2001b: 273). Genau in diesem Sinne möchte ich in dieser Studie versuchen, mithilfe der „dokumentarischen Methode“ die sozialen Bedingungen ärztlicher Entscheidungspraxis zu rekonstruieren. Im Folgenden werden zunächst die Grundlagen dieser Methode vorgestellt (a). Im Anschluss daran werden die Erhebungsverfahren (b) sowie die Kriterien meiner Fallauswahl (c) dargestellt. Abschließend folgen einige Bemerkungen zur Transkription (d), zur Ergebnisdarstellung (e) sowie zur Maskierung der Daten (f).

(a) Grundlagen der dokumentarischen Methode

Die Rekonstruktion der sozialen Bedingungen innerhalb der ärztlichen Entscheidungsfindung stellt gewisse methodologische Anforderungen an den Forschungsprozess: Einerseits muss medizinische Praxis in ihrer *überindividuellen* Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Funktionsbezüge gesehen werden, die das intentionale Bewusstsein des Einzelnen überschreiten und deren Prioritäten in kommunikativen Prozessen immer wieder ausgehandelt werden müssen. Andererseits kann auch aus einer Akteursperspektive heraus gesehen ärztliches Handeln nicht nur auf seine intentionalen Aspekte beschränkt werden, sondern beinhaltet immer auch *habitualisierte* Wissensbestände, die ihrerseits komplexe Sinnbezüge gestalten, die als Habitus jedoch keinen Zweck verfolgen, sondern vergangenen sozialen Praxen geschuldet sind und deshalb nur in ihrer *Soziogenese* verstehbar werden.

Um den habituellen Aspekten ärztlicher Praxis gerecht werden zu können, lehnt sich diese Studie an die *dokumentarische Methode* an (Bohnsack 1999). Die dokumentarische Methode nimmt die Differenz von Theorien *über* Handlungspraxis und die Handlungspraxis selbst zum Ausgangspunkt ihrer Sinnrekonstruktion (Bohnsack 2001b: 227)¹. Sie unterscheidet diesbezüglich verschiedene

¹ Durch die Differenzierung zwischen Handlungspraxis und Reflexion dieser Handlungspraxis umgeht die dokumentarische Methode die Fallen, die mit einem auf dem „subjektiven Sinn“ beruhenden Handlungsbegriff verbunden sind: »Diese Gleichsetzung von subjektiv gemeintem Sinn und zweckrationalem Entwurf hat allerdings einige problematische

Sinnebenen. Der *immanente* Sinngehalt entspricht den (zweckrationalen) *Um-zu-Motiven* im Sinne des *common sense*. Hier agieren Akteure entsprechend rational nachvollziehbaren Handlungsentwürfen². Ihre Motive sind kommunikativ in typologisch abstrahierter Form vermittelt- und nachvollziehbar. Dass beispielsweise ein Arzt ein starkes Schmerzmedikament verschreibt, *um* einem Patienten unnötiges Leiden zu ersparen, ist unmittelbar und ohne näheres Verständnis des Kontextes versteh- und kommunizierbar. Als kommunikative Wissensbestände erlauben sie als »Common-Sense-Typenbildung« die reziproke Antizipation von Rollenerwartung und bilden so ein »Orientierungsschema« (Bohnsack 2001b: 209), um auch ohne konkrete Kenntnisse über die realen Lebensbedingungen des kommunikativen Gegenübers mit diesem rechnen zu können³. Ohne Detail- und Kontextwissen kann dieser in die eigenen Handlungsentwürfe einbezogen und kommunikativ adressiert werden. Demgegenüber zielt der *dokumentarische Sinngehalt* auf einen anderen Modus der Sozialität, nämlich auf »die auf unmittelbarem Verstehen basierende „konjunktive“ Erfahrung« (Bohnsack 1999: 67). Die dokumentarische Methode muss in ihrer Arbeit der Sinnrekonstruktion gerade hier ansetzen. Im Verständnis der Ethnomethodologie stellt sie deshalb auch eine »Methode der Kontextualisierung von Äußerungen« dar (Bohnsack 1998: 110), denn »sprachliche Äußerungen« sind »wesensmäßig vage«. Sie sind »lediglich ein Indikator für oder ein Hinweis auf das mit diesen Äußerungen verbundene, durch diese Äußerungen selbst aber nicht explizierte Orientierungsmuster. Letzteres kann immer nur in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext und in Kenntnis dieses Kontextes erschlossen, also interpretiert werden« (Bohnsack 1998: 109).

Mit der dokumentarischen Methode unterscheiden wir also – um nochmals zu rekapitulieren - zwei Sinnebenen: Zwischen einer - insbesondere im Kontext von Institutionen – formalisierten Ebene stereotyper Handlungsmotive, die den jeweiligen Akteuren zugerechnet werden und einer Strukturiertheit von Erleben, die aus einer spezifischen gemeinschaftlichen Erfahrung, dem so genannten *konjunktiven Erfahrungsraum*, wie Bohnsack diesen Modus anlehnend an Mannheim (1980: 211) bezeichnet, resultiert. »So kann beispielsweise die Äußerung „Wie geht es denn heute?“ im Kontext der Institution oder Rollenbeziehung Arzt/Patient von diesen beiden als formelle Einleitung der Anamnese, also der Erhebung der Krankengeschichte des Patienten, reziprok, also wechselseitig typisiert werden. Dies ändert sich allerdings, wenn Arzt und Patient einander näher kennen, möglicherweise befreundet, d. h. durch biografische Gemeinsamkeiten miteinander verbunden sind. Wie der Patient unter diesen Bedingungen die Frage beantwortet, hängt auch von der Gemeinsamkeit des biographischen Erlebens ab. Derartige Gemeinsamkeiten konstituieren einen verbindenden Erfahrungszusammenhang, einen „konjunktiven Erfahrungsraum“, wie der Wissenssoziologe Karl Mannheim (Mannheim 1980: 211) es genannt hat. *Konjunktive* Erfahrung ist unterhalb der institutionalisierten und rollenförmigen Wissensbestände angesiedelt, unterhalb der „kommunikativen“ Wissensbestände, wie ich sie im Anschluß an Mannheim bezeichnen möchte« (Bohnsack 1998: 109).

Da der Sozialforscher - im Gegensatz zum Alltagsverständnis der *Common-Sense-Typenbildung* - in den allermeisten Fällen nicht über die lebensweltliche Erfahrung innerhalb des zu untersuchenden Milieus verfügt, muss er versuchen, diese in seinen Begriffen strukturidentisch zu rekonstruieren. Dies geschieht, indem er in der »genetischen« oder »dokumentarischen Interpretation« versucht, den »(für eine Persönlichkeit oder ein Kollektiv typischen) „modus operandi“« dieser Praxis zu

Implikationen. Dies betrifft vor allem die in der Trennung von Entwurf und Handlung implizierte Aporie von Erkenntnis und Handlungspraxis, von Geist und Körper sozusagen. Der Entwurf, also das Motiv, ist nicht beobachtbar. Es ist lediglich auf dem Wege der Introspektion, d. h. in spekulativer Weise, zu erschließen oder aber, indem ich mich die Theorien der Erforschten hinsichtlich ihrer eigenen Motive stütze. Im letzteren Fall erfahre ich aber nicht etwas über die Handlungspraxis, sondern über die Theorien *über* eine Handlungspraxis.« (Bohnsack 2001: 227).

² Die Unschärfe des Weber'schen Handlungsbegriffs wurde durch Alfred Schütz durch die Differenzierung zwischen „weil“ und „Um-zu-Motiven“ konkretisiert. Letztere basieren auf einem Handlungsentwurf, einem Orientierungsplan, der dem Verhalten vorgeschaltet ist. Siehe hierzu auch Grathoff (1995: 251ff.).

³ Die »Common-Sense-Typenbildung« hat eine zweckrationale Architektur und folgt dabei einer deduktiven Logik. In der Zweck-Mittel-Relation wird hier der Handlungsentwurf bzw. das Handlungsmotiv von der Handlungspraxis abgetrennt. Die Akteure »objektivieren oder verdinglichen« innerhalb dieser Zuschreibung sozusagen ihr eigenes Handeln. Diese Art der »Typisierung von Orientierungsschemata« findet sich einerseits »im Bereich der Common-Sense-Theoriebildungen«, andererseits »dort, wo Ablaufprogramme des Handelns in objektivierter und normierter Form vorgeschrieben sind, also im Bereich des institutionalisierten und rollenförmigen Handelns« (Bohnsack 2001: 229).

»rekonstruieren« (Bohnsack 1999: 68). Ein Forscher müsste beispielsweise aus der Beobachtung der medizinischen Praxis heraus aufzeigen können, *wie* es dazu kommt, dass ein Patient ohne eine medizinische Indikation ein bestimmtes Medikament verschrieben bekommt. Anlehnend an Karl Mannheim wechselt Bohnsack hier vom Zweck zum Prozess. »Gemeint ist der Wechsel von der Frage danach, *was* Motive sind, zur Frage, *wie* diese hergestellt, zugeschrieben, konstruiert werden«. Im Sinne von Luhmanns Beobachtungen zweiter Ordnung, werden hier »die Prozesse und die Prozessstrukturen der Herstellung von Motivzuschreibungen selbst thematisiert« (Bohnsack 2001b: 228). Erst durch die Unterscheidung zwischen *immanentem* und dokumentarischem *Sinngehalt* ließen sich etwa im Sinne meiner Untersuchungsfragestellung die zu erwartenden Spannungen zwischen den normativen und zweckrationalen Aspekten gegenüber den systemrationalen und habituellen Dimensionen ärztlichen Entscheidens herauspräparieren. Letzteres ist »nicht an Um-Zu-Motiven orientiert, nicht zweckrational motiviert. [...] Das habituelle Handeln vollzieht sich gleichsam unterhalb der institutionalisierten Ablaufmuster und der dazugehörigen *kommunikativen* Wissensbestände und in Auseinandersetzung mit diesen« (Bohnsack 1998: 111).

Während die ethnografische Methode eher den Detailreichtum und die Vielfältigkeiten menschlicher Praxis demonstriert, steht in der dokumentarischen Methode die Entwicklung formaler Theorien im Vordergrund. Diese sind jedoch im Sinne einer rekonstruktiven Methode aus dem empirischen Material zu entwickeln und zu begründen. Ziel ist letztlich eine Typenbildung, die jedoch nicht im Sinne von *common sense* Stereotypen des Alltags, sondern als »prozessanalytische« und auf den »modus operandi« der Praxis gerichtete »generative Formel« zu verstehen ist. Die »Logik dieser Typenbildung ist eine abduktive, die in Analogien oder besser: Homologien bzw. auch funktionalen Äquivalenten und nach Art der komparativen Methode denkt« (Bohnsack 2001b: 229f.). Das »generative (Sinn-)Muster« dieser spezifischen sozialen Wirklichkeit kann durch Interpretation aus den Beobachtungen einer Handlungspraxis erschlossen werden. Die Rekonstruktion dieses »handlungspraktischen Herstellungsprozesses«, dieser spezifischen Habitusformation bezeichnet Bohnsack anlehnend an Mannheim auch als »sinngenetische« Interpretation (Bohnsack 2001b: 231). Die Interpretation sollte dabei auf einem mittleren Abstraktionsniveau erfolgen, so konkret, dass sie die Bedingungen der Herstellung der beobachteten Praxis beschreiben kann, so abstrakt, dass ein Vergleich über verschiedene empirische und gedankentheoretische Fallbeispiele hinweg erst möglich wird.

Die *komparative Analyse* liefert dabei den eigentlichen Schlüssel, um das Untersuchungsmaterial interpretativ aufschließen zu können, denn im Sinne der „Seinsverbundenheit des Wissens“ (Mannheim 1980) können sich die habituellen und professionslogischen Besonderheiten medizinischen Handelns einem Fach- und Milieufremden nicht unmittelbar offenbaren. Sie offenbaren sich erst über die Methode des Vergleichs. Erst der Wechsel zwischen unterschiedlichen Vergleichshorizonten erlaubt es, die Standortgebundenheit des Forschers methodologisch zu kontrollieren, denn »würde man nicht empirisch vergleichen, wäre die einzige Alternative zur Selektivität des zu untersuchenden Feldes mein eigener Relevanzrahmen, d. h. die Normalitätsvorstellungen, die ich selbst als Forscher bei der Behandlung des Themas walten lasse« (Nohl 2001a: 45)⁴. Indem etwa verschiedene Abteilungen, Praxisformen und Fallbeispiele miteinander in Beziehung gesetzt werden, erscheinen - über die Analyse der Gemeinsamkeiten und Unterschiede - Kontingenzen und Abhängigkeiten als ein Bedeutungsgewebe, das mit jedem neuen Vergleichshorizont an Struktur gewinnt. Schließlich gewinnt die Rekonstruktion eine solche Dichte, dass »erklärendes Verstehen« im Sinne des Weber'schen Idealtypus möglich wird (Weber 1980). Die Brücke zwischen fallspezifischer Diversität und abstrahierender Typenbildung wird in der dokumentarischen Methode mittels einer multidimensionalen Typologie geschlagen: Die Soziogenese eines konkreten Phänomens wird erst dann verständlich, wenn die soziale Realität als Schnittmenge mehrerer gleichzeitig wirkender genetischer Prinzipien begriffen wird. „Unabhängige“, „kooperierende“, oder gar „konfligierende“ Habitusformationen erklären dann das vielfältige und in seinem Detailreichtum unerschöpfliche Spektrum sozialer Handlungsweisen durch eine an sich begrenzte und beschreibbare Anzahl von Prinzipien.

⁴ Vgl. hierzu auch Bohnsack (2001: 235f.).

Um zu dieser *soziogenetischen* Interpretation zu gelangen, muss der Analyseprozess verschiedene Stufen durchlaufen:

- (1) In der *formulierenden Interpretation* wird versucht, die Inhalte des Ausgangsmaterials zu erschließen und »innerhalb des Relevanzsystems, des Rahmens der untersuchten Gruppe« zu rekapitulieren (Bohnsack 1999: 36). In der formulierenden Interpretation widmen sich die Forschenden ausschließlich dem thematischen Gehalt der Texte. »Man bleibt hier konsequent innerhalb des Relevanzsystems derjenigen, die man erforscht, ohne auf ein – diesen Texten äußerliches – sozialwissenschaftliches Vokabular zurückzugreifen«. Da hier einzig und allein die Wirklichkeit der untersuchten Akteure im Zentrum der Analyse steht und nicht die Wahrheit der konstatierten Inhalte, ist »die Frage nach der Gültigkeit bzw. dem Wahrheitsgehalt« dieser Aussagen »zurückzustellen« (Nohl 2001a: 44)⁵. Der *immanente* Sinngehalt der Aussagen, die Zweckrationalität der von den Akteuren diskursiv und handlungspraktisch vertretenen Praxen muss außerhalb der Aufmerksamkeit bleiben. Ob es entsprechend dem medizinischen *state of the art* richtig ist, eine spezifische Therapie bei einem problematischen Patienten anzuwenden ist, oder nicht, ist nicht Thema der Interpretation. Ein Sozialforscher darf sich hier nicht anmaßen, es besser zu wissen als die Akteure. Sehr wohl sollte es ihn jedoch interessieren, wenn ein Teil der beobachteten Akteure selbst Zweifel, an dem was geschieht, anmeldet. Denn dies gibt Aufschlüsse darüber, *wie* die Dinge verhandelt werden.
- (2) In diesem Sinne wird in der »reflektierenden Interpretation« das Augenmerk auf den dokumentarischen Gehalt, dem *Modus Operandi* der Herstellung dieser spezifischen Handlungs- und Orientierungsrahmen gelenkt. Dies geschieht, indem »die Selektivität, d. h. die spezifische Weichen- und Problemstellung bei der Behandlung des Themas und damit dem für die Behandlung des Themas ausschlaggebenden *Rahmen*, dadurch sichtbar gemacht wird, daß ich Alternativen dagegenhalte, daß ich dagegenhalte, wie in anderen Gruppen die Weichen bei der Behandlung desselben bzw. eines vergleichbaren Themas anders gestellt werden: es werden Kontingenzen sichtbar« (Bohnsack 1999: 36). Zunächst werden auf einer groben, gedankenexperimentellen Ebene »erste Komponenten im Orientierungsrahmen des ersten Falles herausgearbeitet, d. h. eine spezifische Art und Weise, ein Thema zu bearbeiten. Falls die Interpretation noch nicht durch einen empirischen Vergleichshorizont, also durch den Fallvergleich mit strukturiert ist, gilt es spätestens hier einen zweiten Fall zu finden, indem sich derselbe Orientierungsrahmen dokumentiert. Mit diesem wird einerseits die reflektierende Interpretation empirisch untermauert, andererseits werden Vergleichsmöglichkeiten eröffnet« (Nohl 2001b: 256). So zeigt sich beispielsweise, dass manche Dinge - etwa das *setting* der Chefvisite - auf der chirurgischen Abteilung ähnlich abzulaufen scheinen wie in der psychosomatischen Abteilung, andere Dinge jedoch recht verschieden. Die strukturellen Homologien weisen dann möglicherweise auf eine gemeinsame Erfahrungsebene hin - etwa das Bestehen steiler Hierarchien -, aber auch auf Unterschiede – etwa einem vollkommen anderen Krankheitsverständnis. In einem weiteren Schritt wird nun »vor dem Hintergrund eines gemeinsamen Orientierungsrahmens, der bislang allerdings nur vage formuliert und keiner Erfahrungsdimension eindeutig zugeordnet werden kann« versucht, in beiden Fällen Orientierungsrahmen zu rekonstruieren, »die miteinander kontrastieren und in einer anderen Erfahrungsdimension liegen. Die Gemeinsamkeiten des Orientierungsrahmens, die sich in zwei Fällen etablieren lassen, beziehen sich also nie auf den ganzen Fall, sondern immer nur auf eine spezifische Erfahrungsdimension bzw. auf einen spezifischen Erfahrungsraum« (Nohl 2001b: 256). Die reflektierende Interpretation leistet also zugleich eine *Abstraktion*, indem etwa übergreifende hierarchische Strukturen im medizinischen Feld entdeckt werden, und eine *Spezifizierung*, indem Unterschiede benannt und lokalisiert werden können. Das den jeweiligen Vergleich strukturierende Dritte (*tertium comparationis*) wird je nach Vergleichshorizont variieren. Es stellt ein gemeinsames Thema dar, das in den unterschiedlichen medizinischen Abteilungen vorkommt und verhandelt wird. Ein Thema zeichnet sich durch strukturelle Gemeinsamkeiten aus, die eher auf formalen Inhalten, denn auf inhaltlichen Details beruhen, denn erst durch diese mittlere Abstraktionsebene werden die Loslösung vom Einzelfall und hieraus die

⁵ Mannheim (1980: 88) bezeichnet diesen methodologischen Vorbehalt als »Einklammerung des Geltungscharakters«.

später erfolgenden Verallgemeinerungen möglich. Die Identifikation der Themen erfolgte empirienah aus den Beobachtungen der ärztlichen Entscheidungspraxis. So kristallisierten sich stations- und abteilungsübergreifende Thematiken heraus, wie etwa Patientenaufklärung, Fehlverhalten von Patienten, Umgang mit suizidalen Patienten, geeigneter Entlassungstermin, risikoreiche diagnostische Eingriffe, Verlegung schwieriger Patienten, Patientenwunsch nach nichtindizierten medizinischen Eingriffen, prekäre medizinische Interventionen etc. Der Abstraktionsgrad dieser Themenkataloge erlaubt es, sich vom unmittelbaren Krankheitsgeschehen zu lösen, um die Prozessierung der im Einzelfall recht unterschiedlichen Krankheitsbilder vergleichend betrachten zu können, natürlich unter der Voraussetzung vorhandener struktureller Homologien in der grundlegenden sozialen Problematik. Als organisatorische Einheit ärztlichen Handelns wird hier in der Regel die einzelne Station betrachtet, denn letztlich müssen die Konsequenzen medizinischer Handlungspraxis vom ganzen Team getragen (und verantwortet) werden⁶. Für die komparative Analyse ergeben sich hieraus dann Vergleichsmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Themen und verschiedenen Stationen. Am Ende dieses Analyseschrittes steht die sinngenetische Typenbildung, das heißt die distinguierte Reflexion der Kontingenzen der jeweils untersuchten Praxen.

- (3) Schließlich mündet dieser Analyseprozess in der so genannten *soziogenetischen Interpretation*, innerhalb der dann eine Typik entwickelt wird, die auf die jeweils unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen verweist. So stellt die Hierarchie im Krankenhaus in ihrer mehr oder weniger steilen Form ebenso eine Dimension ärztlicher Wirklichkeit dar wie die Aufspaltung in unterschiedliche fachliche Subdisziplinen mit ihren jeweiligen spezifischen medizinischen „Kulturen“. Die Bildung einer Typik beginnt damit, dass in zwei Fällen ein homologer Orientierungsrahmen gefunden wird, der auf die Gemeinsamkeiten der beiden Fälle innerhalb einer Erfahrungsdimension hinweist. »Auf dem Hintergrund dieser Gemeinsamkeit zeichnen sich andere Orientierungsrahmen ab, in denen die beiden Fälle sich voneinander unterscheiden«. Entsprechend ist zu vermuten, »dass diese kontrastierenden Orientierungsrahmen unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen zuzuordnen sind« (Nohl 2001: 268). In dem Prozess der Ausbildung einer Typik muss das *tertium comparationis* ständig verändert werden, da sich nur hierdurch die verschiedenen Erfahrungsdimensionen offenbaren können. Erst die soziogenetische Typenbildung erlaubt ein erklärendes Verstehen, denn die Orientierungsrahmen der jeweiligen Akteure - in der sinngenetischen Interpretation abstrahiert und spezifiziert - erscheinen nun als eine »Orientierung« innerhalb einer spezifischen »funktionalen Beziehung«, die im Hinblick zur spezifischen »Erfahrungsdimension«, zur »Sozialisationsgeschichte« und zum »existentiellen „Hintergrund“ der jeweiligen Praxis herausgearbeitet« wird (Bohnsack 2001b: 245). Beispielsweise wird der Orientierungsrahmen „Hierarchie“ erst dann verständlich, wenn man Machtstrukturen als ein hilfreiches Mittel zur Unsicherheitsbewältigung begreift und dann die jeweils spezifische Logik in der Reproduktion der Machtverhältnisse unter dem Blickwinkel der Sozialisation im Krankenhaus betrachtet. Erst als rekursive Beziehung von Habitus und Feld werden solche kollektiven Orientierungen - oftmals erst in schmerzhaften Erfahrungen erlernt - verständlich. Die wiederkehrenden Muster eines konjunktiven Erfahrungsraumes, der über Stations-, Fach- und Abteilungsgrenzen hinweg in strukturell homologer Form auftritt, erklären dann die übergreifenden Dimensionen des ärztlichen Habitus, der von den Akteuren selbst in der Regel mehr gefühlt, als reflexiv begriffen wird⁷.

Erst auf der Analyseebene der soziogenetischen Interpretation sind Generalisierungen des Typus im Sinne einer *mehrdimensional* konstruierten Typologie möglich⁸. Wobei der Begriff „Typus“ hier nicht

⁶ Hierzu gehören die Ärzte auf verschiedenen Hierarchiestufen, unter Umständen aber auch andere Mitglieder des therapeutischen und pflegerischen Teams.

⁷ »Diese tieferegreifenden oder impliziten semantischen Gehalte sind an die Wissensbestände gebunden, welche in die Handlungspraxis eingelassen sind. Das die Handlungspraxis orientierende Wissen ist ein vorreflexives. Auf diesen vorreflexiven Charakter nimmt Mannheim mit dem Begriff des atheoretischen Wissens und Bourdieu mit demjenigen des inkorporierten Wissens Bezug. Die Prozessstrukturen oder generativen Muster dieser Handlungspraxis sind Gegenstand praxeologischer Typenbildung« (Bohnsack 2001: 229).

⁸ Bohnsacks Konzeption beantwortet gewissermaßen die Frage von Lüders, »wie man auf einer mittleren Abstraktionsebene vor dem Hintergrund heterogener Kontexte gewonnene Daten erstens *validiert* und zweitens *begründet generalisiert* (Lüders

mehr im Sinne einer Einheit der Person begriffen werden darf, sondern als eine Schnittmenge genetischer Prinzipien verstanden werden muss, von denen innerhalb einer konkreten Handlungskonstellation jeweils nur ein Teil aktiv zu Geltung kommt. Als Einheit keiner „Person“ könnte etwa Frau Dr. X nur unter Berücksichtigung aller sie auszeichnenden Dimensionen begriffen werden. So würden den Erfahrungsdimensionen Geschlecht, ethnischer Herkunft, Ausbildungsstand, Krankenhauskultur, Fachdisziplin, Stellung in der Hierarchie etc. jeweils eine typologische Achse entsprechen. In den ärztlichen Entscheidungsprozessen treten – wie die komparativen Analysen zeigen – bestimmte Orientierungsrahmen in den Vordergrund, bilden den primären Rahmen. Andere Aspekte, wie etwa das Geschlecht, bleiben im Hintergrund, was jedoch nicht bedeutet, dass sich die Geschlechterverhältnisse in anderen Interaktionszusammenhängen – etwa der Organisationskultur – nicht auch im Arbeitsalltag manifestieren können.

Die Methode der dokumentarischen Interpretation – wie von Bohnsack entwickelt und vorgestellt – wird in dieser Studie durch einige metatheoretische Konzeptionen unterschiedlicher Provenienz ergänzt (siehe hierzu Kap. IV).

(b) Erhebungsverfahren

Die Datengrundlage liefern zum einen vier 10- bis 12-wöchige *Feldforschungsaufenthalte* auf Stationen in verschiedenen Kliniken und medizinischen Disziplinen. Beobachtet wurden eine chirurgische und eine internistische Station in zwei städtischen Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie eine psychosomatische und eine onkologisch-hämatologische Station eines Universitätsklinikums. Zum anderen wurden die beteiligten professionellen Akteure in *Experteninterviews* zu den beobachteten Fällen sowie zu anderen prekären Entscheidungssituationen befragt. In den 40 Einzelinterviews unterschiedlicher Länge (38-76 Minuten pro Interview) wurden überwiegend Ärzte aus unterschiedlichen hierarchischen Positionen befragt. Zur perspektivischen Kontrastierung wurden zusätzlich tonbandprotokollierte Gespräche mit Sozialarbeitern, Psychologen, einigen Krankenschwestern, Einzeltherapeuten sowie einem Krankenhausseelsorger geführt. Die beiden Erhebungsformen liefern jeweils unterschiedliche Textsorten. Während in der Feldbeobachtung die unmittelbare Logik der Praxis in ihrer ursprünglichen Sequenzialität erscheint, produziert das Experteninterview Reflexionen *über* die Praxis. Begründungen in Form von Motiven und anderen Akteurtheorien werden eher hier entwickelt. Dies schließt zwar nicht aus, dass auch *in* der Praxis Reflexionen und Erzählungen *über* die Praxis einfließen können, bzw. dass die Logik der Praxis auch in Erzählungen über die Praxis aufscheinen kann. Dennoch entwickelt sich aus diesen beiden unterschiedlichen Erhebungsformen ein Spannungsfeld, das im Sinne meiner Untersuchungsfragestellung produktiv genutzt werden kann, denn gerade in der Differenz zwischen der Theorie über die Praxis und der Handlungspraxis zeigen sich einige interessante Hinweise für die Rekonstruktion des Entscheidungsverhaltens.

Feldforschung

Während den Feldbeobachtungsphasen wählte ich für eine gewisse Zeit jeweils einen konkreten Arzt (bzw. ein Ärzteteam) aus (in der Regel einen Stationsarzt, teilweise aber auch Oberärzte oder Konsiliarii), begleitete diesen („*shadowing*“) und versuchte, alle im Hinblick auf die Forschungsfragen relevanten Kommunikationen *simultan* in einem Notizbuch mitzuschreiben. Nach einer kurzen Zeit hatten sich die beteiligten Akteure an die Anwesenheit des Beobachters gewöhnt. Das Anfertigen von Notizen – selbst während der Patientengespräche – scheint im Kontext Krankenhaus keine besondere Aufmerksamkeit zu erwecken. Weder den Patienten, noch den externen Ärzten gegenüber wurde der Beobachter als Beobachter vorgestellt. Allein durch das Tragen des weißen Kittels schien ich zum medizinischen Feld dazuzugehören und wurde gelegentlich von dem einen oder anderen auf

2000, 640f.). Die Varianz des Untersuchungsmaterials kann nur über eine vielschichtige Analyse aufgeschlossen werden, in der die Überlagerung unterschiedlicher Orientierungsrahmen zum Ausgangspunkt weiterer komparativer Analysen wird und so erst die Schnittpunkte der verschiedenen Dimensionen „verstehendes Erklären“ im Sinne einer generativen Erklärung erlauben. »Das Geheimnis des Typus liegt also in der Mehrdimensionalität der *Typologie*. Die Komplexität, die notwendig ist, um einen Fall zugleich mehreren Typiken zuzuordnen und somit der Mehrdimensionalität des Falls Rechnung tragen zu können, wird aber in der neueren Literatur zur Typenbildung der qualitativen Sozialforschung weder in der Forschungspraxis noch in der methodischen Programmatik erreicht« (Bohnsack 2001: 249).

organisatorische oder gar auf fachliche Fragen hin angesprochen. Meine Beobachtungsnotizen repräsentieren dabei den chronologischen Tagesablauf in seiner oftmals fragmentarisch erscheinenden Form (Ärzte springen in der Praxis von einem Fall zum anderen, werden während ihrer Arbeit häufig unterbrochen und haben oft zwei, drei Sachen gleichzeitig im Kopf). Die im weiteren Verlauf dieser Studie dokumentierten Fallbeispiele wurden nach Durchsicht der Aufzeichnungen aus diesen Einzelfragmenten zusammengesetzt, indem all die Geschehnisse, welche unmittelbar zu einem konkreten Behandlungsprozess gehören, in chronologischer Form zusammengestellt und so die jeweils korrespondierenden Beobachtungen zu einer Fallgeschichte zusammengefasst wurden.

Die protokollierten Daten stellen als Wahrnehmungen eines Beobachters selbst schon eine Interpretationsleistung dar⁹. Aus diesem Grund kommt der »methodologischen Leitdifferenz von „Formulierender“ und „Reflektierender“ Interpretation« schon »bei der Erstellung von Beobachtungsberichten eine zentrale Bedeutung im Sinne einer kontrollierten Technik des Protokollierens zu« (Bohnsack, et al. 1995: 443). Aussagen über die Befindlichkeit des Beobachters, Hypothesen über mögliche ‚Gegenübertragungen‘ etc. gelten als eine reflektierende Interpretation, die den Orientierungsrahmen der Akteure verlässt, und sollten deshalb nicht mit der elementareren Ebene des Beobachtungsprotokolls vermischt werden. Aus diesem Grunde wurde versucht, während der Dokumentation im Bereich der formulierenden Interpretation zu bleiben, d. h. innerhalb des Relevanzsystems der beobachteten Akteure, und darüber hinausgehende Interpretationen fein säuberlich abzutrennen. Im Sinne der Vermeidung einer vorschnellen Deutung wurde deshalb versucht, die im Feld verwendeten Terminologien zu erhalten, das heißt sich in gewissen Rahmen in die jeweils verwendete Fachsprache bzw. in die durch sie verkörperten *immanenten* Sinnzusammenhänge einzuarbeiten. Der Forscher musste also zumindest im Hinblick auf die inhaltliche Dimension der untersuchten Erfahrungswelt tiefer in das Feld eintauchen.

Ein anderes Problem stellt der Detaillierungsgrad der Beobachtungsprotokolle dar: Je »höher der Detaillierungsgrad, desto weniger muß der Beobachter bzw. die Beobachterin auf die in Abstraktionen bzw. Generalisierungen implizierte Interpretamente zurückgreifen. Andererseits ist es aus forschungsökonomischen Gründen selbstverständlich nicht möglich, durchgängig einen hohen Detaillierungsgrad zu halten, (dies gilt auch für die Darstellung der Beobachtungen in einer Veröffentlichung). Die Feldforscher(innen) sind somit gehalten, die (methodologisch schwerwiegende) Entscheidung über den Detaillierungsgrad ad-hoc bzw. auf der Grundlage unreflektiert aufs neue zu treffen, d. h. unreflektiert Focussierungen zu setzen. Auf der Grundlage erster Auswertungen und Typenbildungen kann dann reflektierter und kontrollierter über Detaillierungen und Focussierungen entschieden werden« (Bohnsack, et al., 1995: 443).

Innerhalb dieser Studie wurde die protokollarische Aufmerksamkeit insbesondere auf drei Fragen gelenkt: auf Konflikte, die im untersuchten Feld als Entscheidungsproblem erscheinen, auf verbale Ausdrucksformen und auf die sich in der komparativen Analyse herauskristallisierenden Themen:

- (1) Einem äußeren Beobachter, der ärztliches Handeln im Krankenhaus beobachtet, dürfte es kaum schwer fallen, eine unendliche Vielfalt an Entscheidungen zu *sehen*, die im Laufe eines Tages getroffen werden. Jede diagnostische Handlung, jeder therapeutische Eingriff, aber auch sprachliche Interventionen könnten als Entscheidung gewertet werden, wenn ein äußerer Beobachter fragen würde, warum denn nun gerade so und nicht anderes entschieden worden sei. Abgesehen davon, dass sich kein Arzt das permanente In-Frage-Stellen seines Alltagshandelns gefallen lassen würde, führt dieser geweitete Entscheidungsbegriff in die Irre, denn er verwischt den Unterschied zwischen Entscheidung und *Routine*: So stellt etwa die Indikation für chirurgische Eingriffe bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen für die Ärzte in der Regel kein Entscheidungsproblem mehr dar, da dieses durch mehr oder weniger verbindliche Behandlungsrichtlinien routinisiert ist. Von Entscheidung zu sprechen, macht deshalb hier nur Sinn, wenn *Alternativen* vorhanden sind, die zu verfolgen für die jeweiligen Akteure bzw. einen Teil der Akteure zumindest erwägenswert erscheint. In diesem Sinne stellte für mich die Thematisierung eines Entscheidungsproblems durch die jeweiligen Akteure das Kriterium dar, die

⁹ Die »*eigentlichen* Beobachtungen« bewegen sich »konversationsanalytisch« auf der »Ebene von Erzählungen („stories“), also von chronologisch sequenzierten Darstellungen« (Bohnsack, et al. 1995: 443).

mit diesem Problem verbundenen Beobachtungen besonders ausführlich und aufmerksam zu dokumentieren. Sichtbar werden Entscheidungsprobleme einerseits in Form expliziter Differenzen im Team, andererseits als verbale Reflexionen der Praxis, als Artikulation von Zweifeln, oder auch in Form von Kritik einzelner Mitarbeiter. Alle im Weiteren behandelten Entscheidungsthemen entsprechen in diesem Sinne manifesten, mehr oder weniger deutlich sichtbaren Problemlagen.

- (2) Mein Aufmerksamkeitsfokus liegt eher auf den verbalen Ausdrucksgestalten. Es wurde versucht, die jeweiligen Kommunikationen möglichst im Wortlaut oder zumindest unter Erhalt des semantischen Gehaltes zu protokollieren. Demgegenüber wurden der szenische Charakter ebenso wie die nonverbalen Ausdrucksformen der beteiligten Akteure in den jeweiligen Beobachtungseinheiten nur rudimentär dokumentiert. Im Hinblick auf die später zu erfolgende Rekonstruktion der Interaktionsstrukturen ärztlicher Entscheidungsprozesse schien es mir hilfreicher, mehr auf die Semantik, denn auf die Form zu achten.
- (3) Aus der Reflexion konkreter Entscheidungspraxen kristallisieren sich wiederkehrende Themen heraus. Diese sind etwa: Patientenaufklärung, Fehlverhalten von Patienten, Umgang mit suizidalen Patienten, geeigneter Entlassungstermin, risikoreiche diagnostische Eingriffe, Verlegung schwieriger Patienten, Patientenwunsch nach nichtindizierten medizinischen Eingriffen, prekäre medizinische Interventionen usw. Die Identifikation eines Themas führte zur Suche nach vergleichbaren Problemstellungen auf anderen Stationen bzw. Abteilungen. Im Falle des Auftretens einer homologen Konstellation wurden die entsprechenden Fälle besonders ausführlich protokolliert.

Experteninterview

Die mit den Akteuren durchgeführten tonbandprotokollierten Experteninterviews haben im Rahmen dieser Studie zwei Funktionen: Zum einen geht es um die Klärung inhaltlicher Fragen. Wichtige Details aus den Beobachtungsprotokollen müssen möglicherweise fachlich nochmals daraufhin abgeglichen werden, ob der Sachverhalt vom Beobachter wirklich richtig verstanden worden ist. Medizinische „Fakten“ und organisatorische Strukturen müssen unter Umständen nochmals rekapituliert werden, da sich der immanente Sinn dessen, was die Experten untereinander verhandeln, dem Beobachter nicht immer direkt erschließt. In dieser Hinsicht stellt das Experteninterview auch eine methodologische Kontrolle der im Beobachtungsprotokoll verschrifteten „formulierenden Interpretation“ dar. Gerade die Fallbeispiele, welche beim Forscher ein besonderes Interesse erweckt haben, wurden deshalb in den Interviews nochmals ausführlich thematisiert.

Die zweite Funktion des Interviews geht über die inhaltliche Dimension der reinen Fakten hinaus. Hier sollte die Struktur der Relevanzsysteme der jeweiligen Informanten, die spezielle Typik und Form des Expertenwissens selbst zum Ausdruck kommen. In diesem wissenssoziologischen Verständnis des Experteninterviews stellt das *offene* Leitfadenterview die Methode der Wahl dar. Erst hierdurch gelingt der Zugang zu dieser speziellen Wissensdimension professioneller Eliten. Um mit Meuser und Nagel zu sprechen: »In der Eliteforschung dominieren standardisierte Formen der Befragung, das mag seine Berechtigung haben, wenn die demographische Struktur einer Elite oder deren parteipolitische Einstellungen Gegenstand der Forschung sind. Geht es jedoch um die Rekonstruktion des handlungsorientierenden Wissens von Eliten und Experten, ließe sich mit standardisierten Erhebungen allenfalls Expertenwissen auf der Ebene des diskursiven Bewußtseins erfassen, d. h. rationalisierte und vor allem legitimationsfähige Argumentationsfiguren. Diese fehlen selbstverständlich auch in offenen Interviews mit Experten nicht. Außer in den äußerst seltenen Fällen, in denen ein Interviewpartner sich ‚maskiert‘, d. h. nur in Form ‚offiziöser‘ Statements antwortet, geben die Experten jedoch Einblick in ihre impliziten funktionsspezifischen Relevanzen und Maximen; und zwar dann, wenn sie Abläufe rekapitulieren, erläutern, extemporieren usw. Solches kann nur in offenen Interviewsituationen entstehen. Für die Interviewführung setzt dies eine flexible Handhabung des Leitfadens voraus. Ein Leitfaden allerdings muß sein. Auf jegliche thematische Vorstrukturierung zu verzichten, wie dies für narrative Interviews kennzeichnend ist, brächte nicht nur die Gefahr mit sich, den Experten als inkompetenter und nicht ernst zunehmender Gesprächspartner darzustellen. Ein solcher Verzicht führte zudem methodologisch in die falsche Richtung, ist uns doch nicht an der Biographie des jeweiligen Elitemitglieds gelegen, sondern an seinen auf den Funktionskontext abgestimmten

Strategien des Handelns und Entscheidens« (Meuser und Nagel 1994: 183f.). Expertenwissen ist in diesem Sinne nicht einfach als ein »Rezeptwissen« zu verstehen, sondern repräsentiert eine »Wissensform, die alltagssprachlich als ‚ungeschriebene Gesetze‘ bezeichnet« werden können¹⁰.

Im Hinblick auf mein Erkenntnisinteresse und im Sinne der zuvor geschilderten Funktionen wurde während der Interviews folgender Frageleitfaden angewendet:

- (1) Zu Beginn des Interviews wurden die jeweiligen Akteure zunächst befragt, was aus ihrer Perspektive wirkliche Entscheidungssituationen darstellen würden, das heißt also, was für Situationen auftreten, die nicht routinemäßig nach Schema X. bewältigt werden können. Nachdem einige Situationen benannt wurden, wurden sie aufgefordert, diese anhand von Beispielen aus den letzten Wochen zu konkretisieren und den Prozess der Entscheidungsfindung zu erläutern.
- (2) Anschließend wurden die Informanten zu konkreten Fällen aus dem Beobachtungszeitraum angesprochen, die aufgrund des Themas und der Form der Bearbeitung bei mir ein besonderes Interesse geweckt haben. Die Akteure wurden hierzu gebeten, die von ihnen wahrgenommenen Probleme und Konfliktlagen aus ihrer Perspektive zu schildern.
- (3) Im dritten Teil des Gesprächs wurden systemische und strukturelle Problemkonstellationen angesprochen: ökonomische Einflüsse; die Rolle von Patientenwünschen in der Entscheidungsfindung; die Bedeutung der Hierarchie (wer wird wann eingeschaltet?); Kooperationen mit nichtärztlichem Personal (werden Nichtmediziner und wenn ja, wer und wann bei Entscheidungsproblemen zurate gezogen?); die Rolle der so genannten Evidence Based Medicine (in welchem Rahmen werden Leitlinien oder systematische Literaturreviews in den Entscheidungsprozess mit einbezogen?).
- (4) Im vierten Teil des Interviews wurde die biografische Situation des Informanten kurz beleuchtet, insbesondere wurden sein beruflicher Werdegang und seine Wünsche für die Zukunft sowie seine grundlegenden biografischen Daten erhoben.

(c) Fallauswahl

Die komparative Analyse stellt gleichsam den Schlüssel der dokumentarischen Methode dar, denn nur im systematischen Vergleich verschiedener Fälle kann es gelingen, die eigenen, standortgebundenen Vorurteile zu relativieren und hierüber zu einer validen und generalisierbaren Typik der beobachteten Phänomene zu gelangen. Der Fall meiner Untersuchung ist jeweils eine konkrete Station bzw. Abteilung. Da aus forschungsökonomischen Gründen immer nur eine begrenzte Zahl von Einrichtungen untersucht werden kann, kommt der Fallauswahl eine wichtige Bedeutung zu, denn hierdurch werden die Vergleichshorizonte bestimmt. Im Idealfall sollten deshalb nur »solche Fälle aufgenommen« werden, »anhand derer theoretischer Kategorien oder – wie in der dokumentarischen Methode – Typen entwickelt, spezifiziert oder erweitert werden können. Insofern ist ein Fall nicht für sich relevant, sondern ausschließlich hinsichtlich der mit ihm generierten theoretischen Kategorien oder Typen. Eine Rekonstruktion des Fallspezifischen „um seiner selbst willen“ ist nicht Ziel des Vergleichs« (Nohl 2001b: 255). Dieses Vorgehen entspricht dem »*theoretical sampling*« der »*grounded theory*«, wie es Glaser und Strauss (1967) vorgeschlagen haben: Die weiteren Fälle sollten im Hinblick auf ihren Nutzen für die weitere Theoriegenerierung ausgewählt werden. Zunächst sollte also ein Fall analysiert werden und dann entsprechend den aus diesem Fall entwickelten Hypothesen weitere Vergleichshorizonte hinzugezogen werden. Allein schon deshalb, weil dem Forscher nicht immer der entsprechende Feldzugang gestattet wird¹¹, kann das theoretisch wünschenswerteste

¹⁰ »Nimmt man die Giddensche Unterscheidung von praktischem und diskursiven Bewußtsein auf, so läßt sich diese Form des Expertenwissens ‚irgendwo‘ irgendwo zwischen den beiden Polen verorten. Es ist kein völlig vorreflexives Wissen auf der Ebene von Basisregeln, aber auch kein Wissen, das die Experten einfach ‚abspulen‘ können. Sie können über Entscheidungsfälle berichten, auch Prinzipien nennen, nach denen sie verfahren«. Dennoch müssen die »überindividuellen, handlungs- und funktionsspezifischen Muster des Expertenwissens« erst entdeckt, d. h. interpretativ rekonstruiert werden« (Meuser/Nagel 2001: 182f.).

¹¹ In Einzelfällen gibt der Versuch, einen Zugang zum Feld zu gewinnen, durchaus auch schon einige Hinweise bezüglich der in dieser Einrichtung vorhandenen Kommunikationskultur. Ein Chefarzt einer internistischen Abteilung eines Universitätsklinikums wurde mehrmals von mir angeschrieben. Als ich nach zwei Wochen Wartezeit im Chefsekretariat anrief und fragte, ob denn diesbezüglich eine Entscheidung getroffen sei, begann die Sekretärin erneut in ihren Akten nach

Kontrastbeispiel nicht immer ausgewählt werden. Insbesondere in der Erforschung von Institutionen – wie hier auch in der Krankenhausforschung – muss die Fallauswahl aus forschungspraktischen Gründen Opportunitäten folgen, die im Hinblick auf das *theoretical sampling* nicht hundert Prozent optimal erscheinen, sehr wohl aber begründet sind.

Diese Studie beschränkt sich auf Akutkrankenhäuser. In diese Einrichtungen werden Patienten mit einer akuten, teils lebensbedrohlichen Erkrankung eingewiesen. Die Einweisung erfolgt mit dem Ziel der Heilung. Von den Akutkrankenhäusern zu unterscheiden sind: Rehabilitationskliniken, in denen nicht die Behandlung einer akuten Problematik, sondern die Wiederherstellung des durch lange oder schwere Krankheit angeschlagenen Allgemeinzustandes im Vordergrund steht, geriatrische Kliniken, in denen die chronische Erkrankung im Vordergrund steht; Palliativstationen, in denen die Reduktion von Beschwerden und Schmerzen einer zum Tode führenden Krankheit im Vordergrund steht; Einrichtungen zur Behandlung von Suchtkranken etc.

Eine Kontrastierungsachse besteht in der Untersuchung jeweils verschiedener medizinischer Fachdisziplinen. Die beiden internistischen Stationen werden dabei flankierend einerseits von einer „härteren“ Seite - der Chirurgie-, andererseits von der weichen Psychosomatik beleuchtet. Des Weiteren wurde der Kontrast zwischen dem städtischen Krankenhaus der Maximalversorgung und dem Universitätsklinikum gewählt. Hier ergeben sich einerseits Unterschiede in der *Steilheit* der Hierarchien, andererseits im Hinblick auf die Form, wie Wissenschaft und Lehre in den medizinischen Alltag integriert werden.

In dieser Studie konzentriere ich mich auf Entscheidungsprozesse, die auf einer mittleren Zeitskala ablaufen, das heißt auf Prozesse, die innerhalb von Stunden, Tagen, manchmal auch innerhalb von ein bis zwei Wochen bearbeitet und im Team kommunikativ verhandelt werden. Schnell ablaufende Entscheidungsprozesse, wie sie etwa in der Notaufnahme und als spontane Entscheidungen im Operationssaal geschehen, wurden nicht dokumentiert. Wengleich auch einige Experteninterviews mit Intensivmedizinern geführt wurden, wird die Intensivstationen hier nicht als Kontrast hinzugezogen, da hier spezielle Entscheidungsprobleme im Vordergrund stehen, die nicht unbedingt mit den Themen der peripheren Stationen vergleichbar sind. Aus dem Vergleich der Stationen ergeben sich einige weitere natürliche Kontraste - beispielsweise die Altersstruktur der Mitarbeiter eines Hauses bzw. die politisch-gewerkschaftliche Kultur der jeweiligen Ärzteschaft.

Die Frage, inwieweit es sinnvoll erscheint weitere - über diese Studie hinausgehende - Kontraste hinzuzuziehen, wird erst in der abschließenden Diskussion geführt werden, denn zunächst ist im Ergebnisteil aufzuzeigen, was die vorhandenen Vergleichshorizonte leisten.

(d) Transkription und Beobachtungsprotokolle

Die Beobachtungsprotokolle entsprechen dem, was *während* der Feldbeobachtungen mitgeschrieben wurde. Die Interviewpassagen wurden ursprünglich nach den Regeln der *Ulmer Textbank* transkribiert (Mergenthaler 1992). Der einfachen Lesbarkeit halber wurden die Texte in der Darstellung manchmal etwas geglättet. Insbesondere die Sonderzeichen, welche Intonationen markieren, wurden entfernt.

(e) Ergebnisdarstellung

Bei den im Folgenden vorgestellten Fallbeispielen handelt es sich um Fälle, bei denen sich aufgrund der hohen interaktiven Dichte Spannungslagen und potenzielle Konfliktfelder besonders deutlich zeigen. Als *Extrembeispiele*, die aus dem reibungslosen Routineabläufen herausragen, demonstrieren sie Rahmungskonflikte, die latent auch in anderen Behandlungsprozessen angelegt sind, dort jedoch nicht unbedingt manifest zum Ausdruck kommen. Die Falldarstellungen folgen dabei in ihrem sequenziellen Ablauf dem Zeitverlauf des realen Entscheidungsprozesses. Der erste Absatz einer

dem Brief zu suchen. Sie erzählte mir, dass ihr Chef normalerweise den Brief in eine Mappe legen würde und die Sache dann mit den Oberärzten besprechen würde. Da der Brief aber nicht mehr anzutreffen sei, müsse der Chefarzt diesen wohl zerrissen und weggeschmissen haben und dies sei dann auch als eine Entscheidung zu verstehen. Daraufhin fragte ich die Sekretärin, ob dies jetzt wirklich so der Fall sei. Daraufhin antwortete sie, dass dies eben jetzt so sei, es wäre jetzt wirklich eine klare Entscheidung. Außerdem würde sich ja jetzt auch das Verschwinden des vorigen Briefes erklären. Der Chef habe ihn auch aus der Mappe herausgenommen und zerrissen.

jeweiligen Sequenz beinhaltet eine inhaltliche Zusammenfassung dessen, worum es im Folgenden geht (*formulierende Interpretation*). Der zweite Absatz stellt einen Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll bzw. Interviewtranskript dar. Die Analyse der Sequenz (*reflektierende Interpretation*) wird im dritten Absatz geleistet. Auf das Beobachtungsprotokoll bzw. die Schilderung der Interpretation wird teilweise verzichtet, wenn die zusätzliche bzw. ausführliche Darstellung keine weitere Einsicht oder Erkenntnis zu versprechen scheint. Wenngleich versucht wurde, in den Beobachtungsprotokollen die dokumentierten Gespräche im Wortlaut, zumindest aber sinngemäß, mitzuschreiben, so ergeben sich naturgemäß dennoch Lücken, die im Text durch drei Punkte »...« angezeigt sind. Gekürzte, aber im ursprünglichen Beobachtungsprotokoll vorhandene Passagen werden durch eingeklammerte Punkte »[...]« angedeutet.

(f) Maskierung der Daten

Namen von Personen und Institutionen sowie Datumsangaben und andere zur Identifizierung geeignete Details sind zum Schutz der beteiligten Akteure verfremdet worden. Aus denselben Gründen werden organisatorische Details der untersuchten Krankenhäuser ebenso wie die medizinischen Spezialgebiete, die von diesen bevorzugt behandelt werden, nicht erwähnt.

Zusammenfassung

- Rekonstruktive Sozialforschung beschäftigt sich mit sozialen Strukturen und damit, wie sich diese reproduzieren, also in welcher sinnhaften bzw. funktionalen Beziehung diese zueinander stehen. Die dokumentarische Methode nimmt dabei die Differenz von Theorien *über* die Handlungspraxis und die Handlungspraxis selbst zum Ausgangspunkt ihrer Sinnrekonstruktion.
- Die dokumentarische Methode unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Sinnebenen. Der *immanente* Sinngehalt entspricht den (zweckrationalen) Um-zu-Motiven im Sinne des *common sense*. Der *dokumentarische Sinngehalt* demgegenüber zielt auf einen anderen Modus der Sozialität, nämlich auf die sich aus gemeinschaftlicher Erfahrung formenden *habituellen* Formationen.
- Die *komparative Analyse* zwischen verschiedenen Fällen ist dabei der methodologische Schlüssel, um das empirische Material interpretativ aufzuschließen. Erst der Wechsel zwischen den Vergleichshorizonten erlaubt es, die Standortgebundenheit des Forschers methodologisch zu kontrollieren, denn »würde man nicht empirisch vergleichen, wäre die einzige Alternative zur Selektivität des zu untersuchenden Feldes mein eigener Relevanzrahmen, d. h. die Normalitätsvorstellungen, die ich selbst als Forscher bei der Behandlung des Themas walten lasse«.
- Die Brücke zwischen fallspezifischer Diversität und abstrahierender Typenbildung wird mittels einer *multidimensionalen* Typologie geschlagen. Die *Soziogenese* eines konkreten Phänomens wird erst dann verständlich, wenn die soziale Realität als Schnittmenge mehrerer gleichzeitig wirkender genetischer Prinzipien begriffen wird. „Unabhängige“, „kooperierende“, oder gar „konfligierende“ Habitusformationen können dann das vielfältige und in seinem Detailreichtum unerschöpfliche Spektrum sozialer Handlungsweisen durch eine begrenzte und beschreibbare Anzahl von Prinzipien erklären.
- Die Interpretation des Datenmaterials erfolgt in drei Stufen: In der *formulierenden Interpretation* wird versucht, die Inhalte des Ausgangsmaterials zu erschließen und innerhalb des Relevanzsystems den Rahmen der untersuchten Gruppe zu reformulieren. Demgegenüber wird in der *reflektierenden Interpretation* das Augenmerk auf den dokumentarischen Gehalt, den *Modus Operandi* der sozialen Herstellung dieses spezifischen Handlungs- und Orientierungsrahmens gelenkt. Schließlich mündet der Analyseprozess in der so genannten *soziogenetischen Interpretation*, in einer Typik, die auf die jeweils unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen verweist, welche sich aus der komparativen Analyse ergeben.
- Die empirische Datengrundlage liefern vier Feldforschungsaufenthalte auf vier Stationen in Akutkrankenhäusern, in denen Ärzte unterschiedlicher Funktionsbereiche begleitet wurden, wobei deren Kommunikationen soweit wie möglich schriftlich fixiert wurden. Die protokollarische

Aufmerksamkeit wurde dabei insbesondere auf drei Fragen gelenkt: auf Konflikte, die im untersuchten Feld als Entscheidungsproblem erscheinen; auf verbale Ausdrucksformen; und auf die sich in der komparativen Analyse herauskristallisierenden Themen.

- Diese Studie beschränkt sich einerseits auf Krankenhäuser der Maximalversorgung. Kontrastierungsachsen bilden dabei zunächst verschiedene medizinische Fachdisziplinen (zwei internistische Stationen werden dabei flankierend von der „weichen“ Psychosomatik und der „harten“ Chirurgie beleuchtet). Die zweite Differenzierung Universitätsklinikum vs. Allgemeinkrankenhaus differenziert einerseits im Hinblick auf die *Steilheit* der Hierarchien, andererseits im Hinblick auf deren unterschiedliche Formen, wie *Wissenschaft und Lehre* in den medizinischen Alltag integriert werden.
- Mit den ärztlichen und einigen nichtärztlichen Mitarbeitern der Stationen wurden Experteninterviews durchgeführt (insgesamt 40). Dabei ging es einerseits darum, Details aus den Beobachtungsprotokollen inhaltlich abzugleichen. Andererseits lassen sich die Interviews dokumentarisch daraufhin untersuchen, wie das jeweilige Expertenwissen konfiguriert ist.