

Helga Kelle

Sprachtests – ethnographisch betrachtet

Ein Beitrag zur Kulturanalyse frühdiagnostischer Testverfahren

An ethnographical perspective on language tests

Analyzing the culture of tests for early diagnostics in paediatrics

Zusammenfassung:

Die Fallstudie analysiert in ethnographischer Perspektive Konstruktion und Gebrauch eines Sprachtests, der im Rahmen von kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen angewandt wird. Sie arbeitet mit Dokumenten/Instrumentenanalyse und der dichten Beschreibung der Durchführung von Tests auf der Basis teilnehmender Beobachtung. Die Studie stellt praktische Qualitäten und Mängel der spezifischen Testarchitektur heraus und beschreibt, wie in einer Testsituation pädagogische Rahmungen ‚beliehen‘ werden, wie diese pragmatisch zu anderen als pädagogischen Zwecken dienen und die Mängel des Instruments *in situ* zum einen verdeutlichen und zum anderen kompensieren. Sie leistet damit einen Beitrag zu einer Praxis- und Kulturanalyse frühdiagnostischer Testverfahren.

Schlagworte: Sprachdiagnostik, Ethnographie des Testens, kulturalistische Kindheitsforschung, Interaktionsforschung

Abstract:

Adopting an ethnographical perspective, this case study analyzes the construction and use of a language test administered in the context of paediatricians' routine check-ups. Relying on an analysis of documents/instruments and on the minute description of test administration as recorded through participant observation, the study highlights the strengths and the weaknesses of a specific test architecture and describes how, in the test situation, pedagogical frameworks are drawn upon and how they are pragmatically used for other than pedagogical purposes, thus providing *in situ* evidence in illustration of, as well as compensation for, the shortcomings of a particular instrument. It thus contributes to an analysis of the practice and the culture of tests for early diagnostics in paediatrics.

Keywords: language diagnostics, ethnography of testing, childhood research in a perspective of culture analysis, interaction research

1. Einleitung

Diese Fallstudie ist als Beitrag zu einer Kultur- und Praxisanalyse des Testens von Kindern zu verstehen.¹ Um Entwicklungsstörungen im Bereich der Sprachentwicklung vorzubeugen, werden immer mehr Kinder bereits im Vorschulalter immer vielfältigeren Testverfahren unterzogen. In einigen Bundesländern gibt es z.B. bereits Kindergarten-Reihenuntersuchungen, die den Sprachstand der Kin-

der erfassen. Auch bei den bundesweit durchgeführten kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird, wenn die Kleinkinder entsprechend alt sind, die Sprachentwicklung mit beobachtet. Ebenso sind bei Schuleingangsuntersuchungen, die in allen Bundesländern bis auf Bayern routinemäßig mit allen Kindern vor Schuleintritt durchgeführt werden, Sprach- und Sprechfähigkeiten selbstredend von besonderem Interesse.

Bei solchen Verfahren geht es – bezogen auf die Summe der Fälle – um die Erhebung epidemiologischer Daten zu Sprachentwicklungsstörungen, die in Kindergesundheitsberichte der Bundesländer und des Bundes einfließen und die Gesundheitspolitik informieren, und – bezogen auf den Einzelfall – um eine frühzeitige Identifikation von Kindern mit besonderem Förderbedarf.

Diagnosen von funktionellen Entwicklungsstörungen bei Kindern steigen seit einigen Jahren an; insbesondere auch Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung haben stark zugenommen. Für Brandenburg z.B. wird von 1994 bis 1998 eine Steigerung des Anteils von Kindern mit „medizinisch relevanten Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen“ (Brandenburg 1999, S. 43) von 6 % auf 9 % berichtet. In Nordrhein-Westfalen wurden bei den Schuleingangsuntersuchungen 1999 Sprachstörungen festgestellt bei 18,3 % der Jungen (im Vergleich zu ca. 12 % 1991) und 11,7 % der Mädchen (im Vergleich zu ca. 8 % 1991) (vgl. LÖGD NRW 2002, S. 45f.). Das hessische Sozialministerium (2006) teilt in einer aktuellen Presseerklärung mit, dass 2005 15 % der Einschüler in Hessen Sprachstörungen aufwiesen. Mit der Ausweitung und Ausbreitung von Testverfahren geht ein Anstieg der Zahlen für Entwicklungsstörungen einher.²

An der Form der willkürlich herausgegriffenen, beispielhaften Daten lässt sich ein Ergebnis der Durchsicht der bis Frühjahr 2005 vorliegenden Kindergesundheitsberichte der Bundesländer verdeutlichen: Den Berichten liegt keine einheitliche Kodierung von Sprachstörungen (oder anderen Störungsphänomenen), keine einheitliche Diagnostik und keine einheitliche statistische Auswertung der gemeldeten Daten zugrunde. Der Ausbreitungsgrad von Sprachtests und die gestiegenen Zahlen zu Störungsbefunden verweisen demnach zugleich auf ein überaus heterogenes und ausdifferenziertes Feld der Sprach(stands)diagnostik³ und -statistik. Im Rahmen von Epidemiologie, Gesundheitswissenschaften und quantitativer Medizinsoziologie werden vielfach die Ergebnisse von diagnostischen Verfahren in Beziehung gesetzt zum sozio-ökonomischen Status der Betroffenen und zu Differenzkategorien wie Geschlecht oder Ethnie (vgl. z.B. Böhm/Kuhn 2000; Jungbauer-Gans/Kriwy 2004). Im Prozess der Aggregierung der Daten und der Interpretation der aggregierten Daten wird jedoch die heterogene Diagnosepraxis unsichtbar gemacht. Die vielfältigen Prozesse der Hervorbringung von Diagnosen und Indikatoren im Zuge des Testens kommen auf diese Weise nicht in den Blick.

Aus diesem Grund geht es in diesem Beitrag um das Testen als kulturelle und soziale Praxis (vgl. Brown 1987; Hörning/Reuter 2004). Die Testkultur wird in Hinblick auf die Konzipierung von Tests von den Disziplinen Medizin und v.a. Entwicklungs- oder pädagogische Psychologie geprägt. In Hinblick auf die praktische Durchführung von Tests kommen in vielen Fällen weitere Professionelle wie Erzieherinnen, Lehrerinnen, Logopädinnen, Sprechstundenhilfen, Assistentinnen u.ä. hinzu, die neben Medizinerinnen und Psychologinnen eine praktische Kultur des Testens gestalten.

Seit den 1990er Jahren richtet eine mit qualitativen Methoden arbeitende Medizinsoziologie ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf diesen Bereich der konkreten Produktion und Prozessierung medizinischen Wissens in der klinischen Pra-

xis (vgl. Lachmund/Stollberg 1992; Bloor/Taraborelli 1994; Stollberg 2001; Begegnung/Schubert/Vogd 2005). In diesem Kontext kommen ethnographische bzw. kultur- und praxisanalytische Forschungsstrategien zum Einsatz, die geeignet sind, den pragmatischen Vollzug diagnostischer und therapeutischer Verfahren zu rekonstruieren. Berg (1996) untersucht in ethnographischer Perspektive die konstitutive Bedeutung von Patientenakten für die medizinische Arbeit, insofern sie Wissen sammeln und distribuieren und auf diese Weise „action at a distance“ (ebd., S. 511) organisieren. Bergs Arbeit ist insbesondere in Hinblick auf eine Analyse des praktischen Gebrauchs von Testdokumenten instruktiv. Mol (2002) vergleicht die Praktiken von Chirurgen und Lauftherapeuten in Hinblick darauf, wie sie (gleiche) gesundheitliche Probleme von Patienten ganz unterschiedlich deuten und im Sinne unterschiedlichen Expertenwissens rekonfigurieren.

Diese Studien, obwohl sie in ganz anderen Feldern durchgeführt wurden, können für die differenten professionellen und nichtprofessionellen (Re)Definitionen von Störungen im Kontext der Praktiken des Testens von Kindern sensibilisieren. Denn für das Gebiet der Diagnose von (Sprach- und Sprech-)Entwicklungsstörungen kann eine im engeren Sinne medizinsoziologische Perspektive, die in erster Linie die „Performanz des Medizinischen“ (Saake 2004) fokussierte, in der Gefahr stehen, fachliche Hybridisierungen von diagnostischen Verfahren, die sich in der Praxis des Testens möglicherweise zeigen, nicht angemessen in den Blick zu bekommen. Vielmehr ist danach zu fragen, ob und wie sich unterschiedliche Wissensordnungen und -rahmungen in situierten Praktiken im Feld der Prävention und Diagnose von Entwicklungsstörungen überlagern. Die Verfasserin begibt sich als kulturalanalytisch interessierte Erziehungswissenschaftlerin in Kinderarztpraxen, denn aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive fehlt bisher eine wissenssoziologisch fundierte Analyse frühdiagnostischer Prozesse bei Kindern, in die pädagogische Professionen und Eltern im pädagogischen Bezug auf ihre Kinder in vielfältigen Weisen involviert sind.

In diesem Beitrag geht es zunächst darum, konkrete Elemente einer über Testverfahren im medizinischen Feld ‚streuenden‘ Pädagogik zu beschreiben und zu analysieren. Im Kontext der Debatte um die „Entgrenzung des Pädagogischen“ (Lüders/Kade/Hornstein 1998) analysiert Lüders (1994) z.B. den indexikalischen Einsatz pädagogischer Argumentationsfiguren in Interviews mit Eltern, deren Kinder sich in der Phase des Schulanfangs befinden. Er zeigt einen funktionalen Einsatz von Erziehungswissen, indem Argumente im „Topos der Sorge“ (Oelkers 1991) pädagogisch indexikalisiert und gerahmt werden, und bündelt seine Ergebnisse im Konzept einer „verstreuten Pädagogik“. Mit Bezug auf die Expansion des pädagogischen Dispositivs (vgl. Manhart/Rustemeyer 2004) wird bisher v.a. aufgezeigt, wie sich pädagogische Wissens-, Argumentations- und Sinnformen in pädagogikfernen bzw. nicht-professionellen Kontexten ‚einnisten‘ und sich dort erfolgreich etablieren. Demgegenüber verschiebt der vorliegende Beitrag die Aufmerksamkeit: Nicht die Verbreitung pädagogischer Deutungen und Argumentationen in nichtpädagogischen Feldern, sondern die Rahmung von Situationen als quasi-pädagogische wird fokussiert, wie im Folgenden zu sehen sein wird.

2. Das Fallbeispiel und die sensibilisierenden Konzepte

Das empirische Beispiel dieses Beitrags entstammt der Beobachtung einer Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt (U9). Für die Diagnostik von Entwicklungsstörungen spielen die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) häufig eine initiale Rolle, insofern sie den Entwicklungsverlauf des Kindes von Geburt (U1) bis zum Alter von gut fünf Jahren (U9) verfolgen, der im sogenannten „Kinder-Untersuchungsheft“ dokumentiert wird. Die bundeseinheitliche Durchführung dieser Vorsorgeuntersuchungen ist im 5. Buch des Sozialgesetzbuches festgeschrieben. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist das Gremium, das 1976 „Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“, kurz „Kinder-Richtlinien“ (2006) erarbeitet hat, auf denen die Untersuchungshefte basieren. Die Untersuchungen stellen eine Krankenkassenleistung dar. Neben den Schuleingangsuntersuchungen sind die Vorsorgeuntersuchungen damit ein weiteres, teilstandardisiertes gesundheitspolitisches Instrument, das auf die Einbeziehung aller Kinder zielt, dieses Ziel jedoch nicht im selben Maße erreicht wie die Schuleingangsuntersuchungen.⁴

Die Form der Kinder-Untersuchungshefte gibt nur den kleinsten gemeinsamen Nenner in Bezug auf das Untersuchungsprogramm wieder, das Ärzte je nach eigenen Schwerpunkten ergänzen und durchführen können. Bisher sehen die Hefte vor, dass Auffälligkeiten der Sprachentwicklung v.a. durch Befragungen der Eltern erhoben werden. Die Hefte bzw. die ihnen zugrunde liegenden Richtlinien werden zur Zeit überarbeitet⁵, in diesem Zusammenhang wird auch eine Ausweitung des Untersuchungsprogramms diskutiert, bei der die Sprachentwicklung systematischer und zuverlässiger als bisher erhoben werden soll. Kinderärzte greifen schon heute zu Sprach- und Sprechtests, die das Programm der Vorsorgeuntersuchungen ergänzen. Diese Tests werden den Arztpraxen – wie im vorliegenden Fall – z.B. durch Pharmaunternehmen im Rahmen besonderer Serviceleistungen für Mediziner zur Verfügung gestellt.⁶ Neben den oben erwähnten systematischen Reihenuntersuchungen, die von Wissenschaftlern entwickelt und standardisiert und auf Länderebene politisch gesteuert werden⁷, findet man am anderen Ende des Spektrums der Varianten von Entwicklungstests auch hybride Formen unklarer professioneller und disziplinärer Provenienz und Verbreitung. Diese Unklarheit könnte gegen das vorliegende Fallbeispiel sprechen, da schwer auszumachen ist, wie typisch es ist (vgl. jedoch Fußnote 11). Eine heuristische Annahme dieses Beitrags ist allerdings, dass sich bestimmte Strukturmerkmale der Vollzugslogik des Testens als Praxis auch an Beispielen aufzeigen lassen, die möglicherweise von Experten als eher untypisch bzw. den messmethodischen Standards (vgl. Fried 2006, S. 11ff.) nicht entsprechend eingeschätzt würden. Diese Annahme gründet sich auf die Parallelen in der Form von unterschiedlichen Sprachtests: Um Kinder in einer Testsituation zur Performanz von sprachlichen Äußerungen zu bewegen, arbeiten viele Sprachtests mit der ikonischen Repräsentation von Begriffen, die bestimmte Lautkombinationen enthalten, deren korrekte Aussprache getestet werden sollen.

Für die ethnographische Exploration der Pragmatik des Testens spielen nicht nur die unterschiedlichen Professionen und Semiprofessionen, die sich mit der kindlichen Entwicklung befassen, eine Rolle, sondern auch die Komplexität der

Interaktionssituationen während der Durchführung von Tests. In der Medizinsoziologie hat sich in Bezug auf die Erforschung der Interaktion und Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten die Unterscheidung von Experten- und Laienwissen etabliert (vgl. z.B. Gülich 1999). Solche Studien richten ihr Interesse allerdings meist auf den kommunikativen Austausch von Erwachsenen. Tates und Meeuwesen (2001) kommen in ihrem Überblick der Forschungen zur Arzt-Eltern-Kind-Kommunikation, der Forschungsarbeiten aus den Jahren 1968 bis 1998 berücksichtigt, zu dem Schluss, dass hier – trotz anderslautender Absichten – vorwiegend dyadische Interaktionen zwischen Erwachsenen untersucht wurden. Damit steht für diesen Forschungsbereich der Perspektivwechsel von Kindern als „sozialen Objekten“ (Silverman 1981), d.h. hier Objekten medizinischen Wissens und diagnostischer Verfahren, hin zu „Kindern als Akteuren“ (Kelle/Breidenstein 1996) und Beiträgern in medizinischen Konsultationen und Tests (vgl. Van Dulmen 1998) noch weitgehend aus.

Die Kindervorsorgeuntersuchungen, denen das Fallbeispiel entstammt, zeichnen sich durch ein Interaktions-Dreieck oder sogar Viereck aus – neben Arzt, Eltern und Kindern sind auch noch Sprechstundenhilfen, Assistentinnen o.a. beteiligt. Das Nebeneinander und die Gleichzeitigkeit von verschiedenen Handlungskanälen und „Rahmen“ (Goffmann 1980; Tannen 1993), mithilfe derer Teilnehmer sich orientieren, an welcher Aktivität sie gerade beteiligt sind, ebenso wie die kommunikativen Vermittlungen und die interaktiven Dynamiken differieren hier erheblich von denen in Dyaden. Es ist zu bezweifeln, dass die binäre Unterscheidung von Experten- und Laienwissen dieses komplexe setting angemessen erfasst.

Als erhellend erscheint hier eher Cicourels (1987) Vorstellung von der „Interpenetration“ verschiedener kommunikativer Kontexte. Tannen und Wallat (1987) liefern eine der wenigen qualitativen Studien zur Interaktion von Ärzten, Eltern und Kindern und sprechen ebenfalls von unterschiedlichen „interactive frames“ sowie „knowledge schemas“, die hier zum Einsatz kommen. „Knowledge schemas“ sind Wissensstrukturen über Situationen, Handlungen und Akteure, die Erwartungen in Bezug darauf steuern, was passieren wird, und Akteure in die Lage versetzen zu interpretieren, was gesagt und getan wird. So anregend diese Studie in ihren Konzepten ist, steht doch auch hier eher die Forschungsfrage im Vordergrund, wie der Arzt mit konfligierenden Anforderungen während der Konsultationen fertig wird, als die offenere konversationsanalytische Frage nach der Dynamik der triadischen Interaktionen, die Tates und Meeuwesen (2001) als Forschungsdesiderat reklamieren. Für die vorliegende ethnographische Studie dienen Goffmans (1980) Erkenntnisse über die Mehrkanaleffekte von alltäglichem Handeln, Cicourels (1987) Einsichten in die Überlagerung kommunikativer Kontexte und Tannen und Wallats (1987) Beobachtung gleichzeitig virulenter differenter Rahmen und Wissensmuster als heuristische Konzepte, die beschreibbar und analysierbar machen können, was während des Testens passiert.

3. Die Kombination methodischer Zugänge: Instrumentenanalyse und Analyse von Beobachtungsprotokollen

In der Analyse des Fallbeispiels arbeitet der Beitrag mit einer spezifischen Methodenkombination, die systematisch zwischen der Architektur des Testinstruments und dem Gebrauch dieses Instruments in der Testpraxis unterscheidet. Angeregt ist die Vorgehensweise durch *studies of work*, die „die lokale Produktion von sozialer Ordnung in den verkörperten Arbeitspraktiken (embodied practices) der Akteure“ (Bergmann 2006) ins Zentrum der Analyse rücken. Die *embodied practices* beziehen sich dabei nicht allein auf die Körper und Kognitionen der Akteure, die Arbeiten ausführen, sondern auch auf das in Instrumenten verkörperte Wissen, das Arbeiten organisiert (vgl. Heath/Luff 2000). Entsprechend haben auch die *laboratory studies* seit den späten 1970er Jahren die konstitutive Bedeutung von Artefakten für das wissenschaftliche Arbeiten ethnographisch erforscht und analysiert (vgl. ex. Latour/Woolgar 1979; Lynch 1985; Amann/Knorr-Cetina 1988). Ich greife die Perspektiven dieser beiden Forschungsrichtungen auf, um auch für die Analyse von Untersuchungspraktiken im sprachdiagnostischen Feld danach zu fragen, inwiefern Instrumente und Objekte diese Praktiken (prä)formieren, strukturieren und reproduzieren.

Zunächst wird deshalb der „Erfassungsbogen zur Sprechtafel“, der im empirischen Beispiel zum Einsatz kommt, im Sinne einer Dokumenten/Instrumentenanalyse betrachtet, die weniger an den Daten einer Summe von Fällen in Form von ausgefüllten Formularen, als vielmehr an Gestalt und Konstruktionslogik des Instruments als solchem interessiert ist (vgl. Wolff 2001). Um diese zu analysieren, werden die formalen Gestaltungselemente beschrieben – Einsatz von ikonischen und textuellen Mitteln sowie die graphische Anordnung beider Elemente – und die Multifunktionalität des Dokuments, die in der Gesamtgestalt zum Ausdruck kommt, herausgearbeitet. Die Annahme dabei ist, dass die Beschaffenheit des Instruments seinen praktischen Gebrauch präformiert, ohne ihn zu determinieren. Die soziale Praxis des Testens bleibt kontingent (vgl. Reckwitz 2003). Die detaillierte Analyse der Gestalt des Erfassungsbogens kann die Leser aber zunächst mit der Frage vertraut machen, in welchen Weisen das Instrument als „Aktant“ (Latour 1991) – in Interaktion mit den am Test beteiligten Akteuren – auftreten kann.

Im nächsten Schritt wird dann der Gebrauch des Instruments/Dokuments in der Praxis beobachtet und analysiert. Die Beobachterin hat an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen, in den Beobachtungssituationen Feldnotizen aufgezeichnet und diese im Anschluss an die Beobachtungen zu ausführlichen Protokollen ausgearbeitet, die „Episoden“ des Testens beschreibend einfangen (vgl. Emerson/Fretz/Shaw 1995). Es wurde davon abgesehen, mit Videoaufzeichnungen zu arbeiten, da die Vorsorgeuntersuchungen mit ihren Test- und Prüfungselementen für alle Beteiligten bereits sehr beanspruchende Situationen darstellen: Für die Kinder, weil sie einer Abfolge von komplexen Untersuchungsschritten unterzogen werden; für die Eltern, weil von ihnen erwartet wird, dass sie im Untersuchungsprozess zwischen Kindern und medizinischem Personal vermitteln; und für das medizinische Personal, weil es ein umfängliches Untersuchungsprogramm meist arbeitsteilig und unter engen zeitlichen Vorgaben durchführt. Au-

ßerdem stellen die Untersuchungen für Eltern und Kinder auch sehr intime Situationen dar. Über das forschungsethisch motivierte Anliegen hinaus, die Beobachtungssituation nicht durch technische Aufzeichnungsgeräte zusätzlich zu belasten und zu überformen, gibt es ein entscheidendes methodologisches Argument dafür, dass Beobachtungsprotokolle in dieser Studie die Methode der Wahl sind: Die körperliche Präsenz der Forscherin im Feld (vgl. Amann/Hirschauer 1997), und nicht die technisch generierte Registrierung der Praktiken mittels Ton- oder Videoaufzeichnungen, ist die maßgebliche Ressource für die Erfahrung und Rekonstruktion der *embodied practices*, die das Testen als Praxis konstituieren. Entsprechend dem Anspruch der *studies of work*, an „der körperlich-handwerklichen Ausführung praktischer Tätigkeiten (...) die Besonderheit einer bestimmten Arbeit“ (Bergmann 2006) herauszuarbeiten, richten die Beobachtungsprotokolle und deren Analyse den Fokus auf den Vollzug der Testpraxis in seinen formalen Details.

Damit konstituieren beide Verfahren, die Analyse des Instruments und des Beobachtungsprotokolls, zunächst je eigene Forschungsgegenstände, wobei deren praktische Vernetzung darin besteht, dass das Instrument eben in der Praxis zum Einsatz kommt. Die systematische Trennung der analytischen Gegenstände und die Vorschaltung der Instrumentenanalyse sensibilisiert dabei für andere praktische Anschlussmöglichkeiten, die das Instrument bereithält, als diejenigen, die dann im beobachteten Beispiel von den Akteuren tatsächlich gewählt und in der Vollzugsanalyse rekonstruiert werden.⁸ Die Methodentriangulation wird hier demnach nicht als Strategie der wechselseitigen Validierung der Einzelverfahren gesehen (vgl. Flick 2004). Der Anspruch der Methodenkombination richtet sich vielmehr darauf, die Stärken der je einzelnen Verfahren zu kultivieren, indem die spezifischen Formen des Datenmaterials zunächst immanent analysiert werden. Die Anwendung verschiedener Einzelmethoden erhöht nicht per se das erkenntnisgenerierende Potential der qualitativen Forschung, sondern zunächst einmal die Reflexivität in bezug auf die Gegenstandskonstruktion qua Methode in den konkreten einzelnen Verfahren (vgl. Flick 1998, S. 445). Die Anwendung unterschiedlicher theoretischer Perspektiven und methodischer Verfahren begreife ich methodologisch demnach als eine prinzipiell unabschließbare, wechselseitige Kontextuierung der Forschungsgegenstände; im Sinne einer analytischen Verdichtung wird auf diese Weise das Potential zu einer theoretischen Differenzierung der Ergebnisse genutzt (vgl. Kelle 2001b).

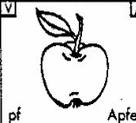
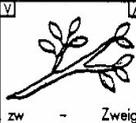
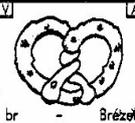
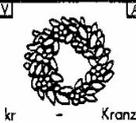
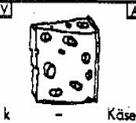
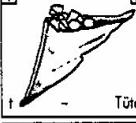
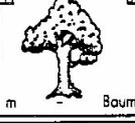
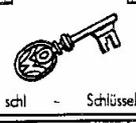
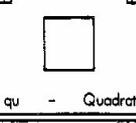
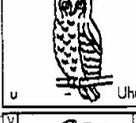
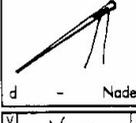
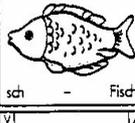
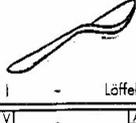
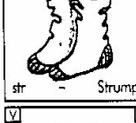
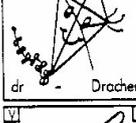
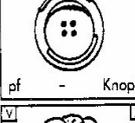
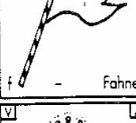
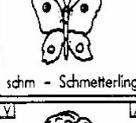
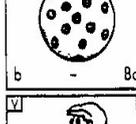
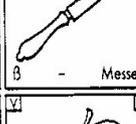
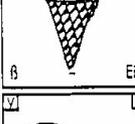
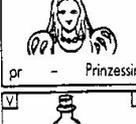
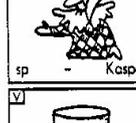
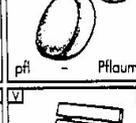
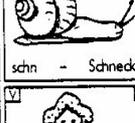
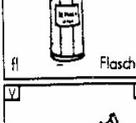
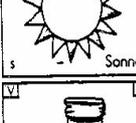
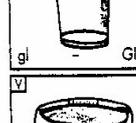
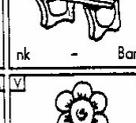
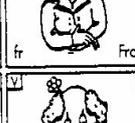
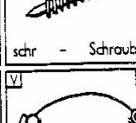
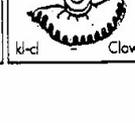
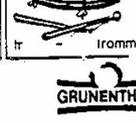
4. Analyse des „Erfassungsbogens zur Sprechtafel“

Erfassungsbogen zur Sprechtafel

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ Alter: _____

Untersuchungsdatum: _____

Diagnose: _____

 pf - Apfel	 zw - Zweig	 br - Brézel	 kr - Kranz	 k - Käse
 t - Töte	 g - Gans	 m - Baum	 schl - Schlüssel	 qu - Quadrat
 u - Uhu	 d - Nadel	 sch - Fisch	 i - Löffel	 zw - Zwerg
 str - Strumpf	 dr - Drachen	 pf - Knopf	 f - Fahne	 schm - Schmetterling
 b - Ball	 ß - Messer	 ei - Eis	 pr - Prinzessin	 j - Junge
 sp - Kasper	 pf - Pflaume	 sch - Schnecke	 fl - Flasche	 s - Sonne
 gl - Glas	 nk - Bank	 fr - Frau	 schr - Schraube	 st - Stiefe
 kr - Kragen	 bl - Blume	 kl-cl - Clown	 schw - Schwein	 tr - Tromm

Referat Antibiotika
V - Verständnis - A - Aussprache



Der Erfassungsbogen⁹ ist sowohl das Dokument, das die Durchführung des Tests gewissermaßen selbsterklärend anleitet, als auch das Formular, das die Ergebnisse des Tests festhält (vgl. Berg 1996). Diese Feststellung ist keineswegs banal,

denn die doppelte Funktion, wie noch zu sehen sein wird, strukturiert die Testdurchführung in spezifischer Weise. Der vollständige Name des Instruments – „Erfassungsbogen zur Sprechtafel“ – verweist auf eine dritte Funktion und erinnert daran, dass ursprünglich Tafel und Erfassungsbogen nicht identisch waren. Diese Funktionsdifferenzierung ist allerdings im beobachteten Testverfahren aufgehoben: Der Erfassungsbogen fungiert hier auch als Tafel, eine extra Tafel braucht im Einzeltest gar nicht zum Einsatz zu kommen.¹⁰ Das bedeutet, dass der Erfassungsbogen – wie zuvor die Sprechtafel – auch den Test als solchen repräsentiert. Die Konzentration der verschiedenen Funktionen in einem Dokument/Instrument macht es scheinbar bestechend einfach in der Handhabung.

In den unteren Ecken der Testbildchen können des Lesens mächtige Betrachter erkennen, was der Test verlangt: In der rechten Ecke ist das ganze vom Kind zu sprechende Wort angeführt („Schlüssel“), in der linken die Buchstaben oder Buchstabenkombinationen, auf deren korrekte Aussprache es besonders ankommt („Schl“). In den oberen Bilddecken findet sich links der Buchstabe „V“ für Verständnis und rechts der Buchstabe „A“ für Aussprache. Analytische Betrachter mag diese Aufteilung etwas irritieren, könnte man doch auch die vertikale Zuordnung des Begriffs zur Kategorie „Verständnis“ und die der Buchstabenkombination zur Kategorie „Aussprache“ erwarten – danach würde die vorliegende Einordnung der Textelemente in die Bilder unlogisch erscheinen. In jedem Fall soll der Test offenbar verschiedene Kompetenzen des zu testenden Kindes überprüfen: Ob es die abgebildeten Gegenstände erkennen und begrifflich fassen und ob es sie schließlich phonetisch richtig aussprechen kann.

Die bildlichen Repräsentationen, die das Kind dazu anregen sollen, ein bestimmtes Wort zu sprechen (ohne dass es ihm vorgesprochen wird), bewegen sich in ihrer einfachen graphischen Gestaltung auf der Grenze zwischen Zeichnungen und Piktogrammen. An ihrer Gestaltung wird m.E. deutlich, dass die Testdesigner an kindliche Lebenswelten anzuknüpfen versuchen: Sie erinnern mit ihrem quadratischen Format an Memory-Spielkarten – wenngleich hier alle Bilder nur einmal auftauchen – und auch an einfache Darstellungen in ersten Bilderbüchern oder Lernbüchern für Vorschulkinder. Durch diese Darstellungen dürfte es auch für die getesteten Kinder zu kontextuellen Verknüpfungen kommen, die dem Test situativ etwas von seiner potentiellen Fremdheit oder Künstlichkeit nehmen können: Man begibt sich damit scheinbar auf für die Kinder bekanntes Terrain.

Sind den Bildchen also einerseits die Insignien dessen eingeschrieben, was kulturell als „kindgemäß“ gilt, so vermögen sie andererseits die analytische Betrachterin auch zu irritieren: Die Darstellungsweise wirkt wie einer veralteten Bildersprache entlehnt, der „Junge“ z.B. könnte einem Memory-Spiel der 1960er Jahre entsprungen sein – die später analysierte Testsituation stammt allerdings aus dem Jahr 2004. Man könnte an diese Beobachtung die Vermutung anschließen, dass der Test neben den Kindern auch deren Eltern adressiert, allerdings gehören auch die meisten Eltern der heute Fünfjährigen schon einer Generation an, die erst nach den 1960er Jahren ihre Kindheit verbrachte. Manche Darstellungen wie die Nadel oder der Löffel wirken zudem vergleichsweise abstrakt, der Ball erscheint zu wenig dreidimensional.

Ob die von der Betrachterin mitgeteilten Irritationen dem mangelnden ästhetischen Engagement der Testentwickler oder anderen Dingen geschuldet sind, muss hier offen bleiben. Es wird aber auch in Bezug auf die Bewältigung des Tests durch das Kind zu fragen sein, welche Irritationen es dabei erfährt. An

dieser Stelle soll es genügen, das offenkundige Bemühen um eine kindgemäße Darstellung mit einem Fragezeichen zu versehen.

Um die formale Qualität der Testgestaltung und -repräsentation herauszustellen, kann man nun fragen, welche Vorteile sie mit Blick auf die Testanwendung bzw. -durchführung gegenüber alternativen Möglichkeiten aufweist. Als Kontrastfolie soll hier die Möglichkeit dienen, die zu benennenden Begriffe über Objekte zu repräsentieren. Diese Variante hätte sicherlich den Vorteil, dass die Erkennbarkeit für die Testkinder verbessert wäre. Sie hätte aber erstens den Nachteil, dass die systematische Vorgabe des Testverlaufs und der -dokumentation durch das Formular entweder aufgegeben oder in der Anordnung der Objekte reproduziert werden müsste. Sie hätte damit zweitens den Nachteil, dass die Einheit von Test und Dokumentation auseinanderfallen würden. Die Testergebnisse müssten trotzdem in einem Formular zugeordnet bzw. eingetragen werden, durch die Übertragung wäre die Fehlerträchtigkeit erhöht. Und schließlich wäre es drittens m.E. schwieriger, bei einer Durchführung des Tests mittels Objekten dem Kind den Test als Test anzuzeigen. Alle Kriterien des Vergleichs laufen auf die Feststellung hinaus, dass der Sprachtest entsprechend oder ähnlich der vorliegenden Form unter zeitökonomischen und Aspekten der Minimierung von Fehlerquellen für die Testanwendung große Vorteile bietet.

Des Weiteren ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Durchführung des Tests nur ein geringes Maß an professioneller Kompetenz voraussetzt, d.h. in der Konsequenz aber auch, dass seine Ergebnisse professionelle Interessen an eine differenzierte Sprach- und Sprechstörungsdiagnose nicht befriedigen können. Die immanente Analyse des Testinstruments ist nun im Rahmen der Handlungslogiken des Feldes zu rekontextualisieren. Die Entscheidung des Arztes, diese Form des Tests anzuwenden, ist eine Entscheidung für eine spezifische Art und Weise der Einbeziehung der Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen in den Bereich der eigenen professionellen Zuständigkeiten: Sollten sich bei diesem Test Auffälligkeiten zeigen, dürften Kinder an andere Professionelle überwiesen werden zur weiteren sprachdiagnostischen Behandlung mit aufwändigeren, komplexeren und differenzierteren Testbatterien. Das Instrument in dieser Form ist nicht nur in der Anschaffung kostengünstig für den Arzt, sondern passt auch zu Sparsamkeitsgeboten und zum gesundheitspolitischen Modell der gestuften Anwendung diagnostischer Verfahren.

Welche Konsequenzen zeitigt nun die Gestalt des Tests in seiner Durchführung?

5. Beobachtung und Interpretation einer Testsituation

Untersuchung: U9; *Beteiligte:* Sprechstundenhilfen Frau Fein und Frau Gerber; Mutter, Kind Cathrin (5.5 Jahre), Beobachterin

Ich komme um 8 Uhr 55 in der Praxis an. Außer dem Personal ist im Moment niemand in der Praxis. Für heute sind 3 U-Heft-Untersuchungen angekündigt,

die ich beobachten darf, die erste Mutter mit Kind ist für 9 Uhr 15 bestellt. Es handelt sich um die U 9, also ist das Kind etwa 5 Jahre alt.

Die Sprechstundenhilfe Frau Fein, die Frau des Arztes, begrüßt mich und teilt mir mit, dass ein Termin abgesagt wurde, dass also nur zwei Untersuchungen laufen werden, um 9 Uhr 15 und um 10 Uhr. Sie zeigt mir die Eintragungen, zwischen 9 Uhr 45 und 10 Uhr ist noch ein anderer Termin gelegt. Daraus schließe ich, dass für die U9 eine halbe Stunde veranschlagt worden ist (und in der Regel veranschlagt wird, wie später mehrfach erwähnt wird). (...)

Inzwischen hält sich eine Mutter mit Kind im Wartezimmer auf, ich höre das Kind spielen. Ich setze mich auf einen Stuhl schräg gegenüber vom Empfangstresen, die Sprechstundenhilfe Frau Gerber, die Mutter und das Kind, ein Mädchen, gehen an mir vorbei, ich nehme an, zur Toilette.

Dann verpasse ich fast den Anfang der Untersuchung. Frau Fein bedeutet mir mit einer Kopfbewegung, dass ich der kleinen Gruppe folgen soll, die sich jetzt bereits an den Tisch in einem Durchgang gesetzt hat. Das Kind sitzt leicht über Eck zwischen der Sprechstundenhilfe und seiner Mutter, Frau Gerber hat einen kopierten Zettel mit Symbolen („Erfassungsbogen zur Sprechtafel“, s.o.) vor das Kind auf den Tisch gelegt und fordert es auf zu sagen, was es auf den Einzelbildern sieht. Ich bleibe im Durchgang stehen und beobachte das Geschehen von dort aus. Frau Gerber geht mit Cathrin die erste Reihe von links nach rechts durch und die zweite Reihe von rechts nach links, indem sie jeweils mit dem Finger auf die Einzelbildchen deutet. Cathrin hampelt etwas auf dem Stuhl herum, so als machte die Situation es ihr schwer, still zu sitzen. Cathrin weiß zunächst alles und wird von Frau Gerber immer wieder gelobt mit „gut“ oder „richtig“, als die Reihe an die Gans kommt sagt Cathrin: „Ente“. Frau Gerber korrigiert und sagt: „Das ist eine Gans“ – ihr Blick drückt Verständnis aus, dass man schon mal eine Gans für eine Ente halten kann – und geht zum nächsten Bild. Cathrin sagt: „Popcorntüte“, das ist mehr als die Tafel verlangt („Tüte“), die Mutter und Frau Gerber lachen. Es beginnen Blickkontakte zwischen der Mutter, Frau Gerber und mir, ich habe das Gefühl, mich dem gemeinschaftlichen Belächeln des Kindes nicht entziehen zu können. Beim „Uhu“ sagt Cathrin „Eule“, es tut mir fast Leid, als Frau Gerber wiederum korrigiert in „Uhu“, ich hätte den ‚Fehler‘ vermutlich auch gemacht.

Die nächsten Bilder kann Cathrin alle problemlos identifizieren und wird von Frau Gerber gelobt – die Mutter lächelt zufrieden –, schwierig wird es erst wieder beim „Knopf“. Cathrin kann sich unter dem Bild nichts vorstellen und sagt nichts. Frau Gerber bietet ihr als Hilfe an, das habe man an Jacken, doch Cathrin sagt immer noch nichts, stopft ihre Hände unter die Oberschenkel und schlenkert mit den Beinen. Die Mutter versucht ebenfalls zu helfen – ich weiß nicht mehr mit welchem Einwurf –, und schließlich wird Frau Gerber direkter und nimmt einen der Knöpfe an ihrem Kittel in die Hand, da weiß Cathrin, es ist ein Knopf. Endlich geht’s zum nächsten Bild. Den Drachen erkennt Cathrin, die Strümpfe identifiziert sie als S-tiefel, sie lispelt etwas, und Frau Gerber macht eine Bemerkung, dass das auch Stiefel sein könnten.

Beim Durchgehen der unteren Tafelhälfte habe ich den Eindruck, dass das Tempo steigt, Cathrin und Frau Gerber wirken jetzt aufeinander eingespielt. Bei der „Prinzessin“ sagt Cathrin „Königin“, was ich wieder so falsch nicht finden kann, doch Frau Gerber möchte eine testadäquate Antwort und fragt, was so ähnlich sei wie Königin. Cathrin schweigt. Die Mutter schaltet sich ein – ich hatte über Blick-

kontakte schon den Eindruck, dass es ihr etwas schwer fällt, sich zurückzuhalten – und bietet Cathrin an: „Als was Anne an Karneval gegangen ist“. Da weiß Cathrin es, eine Prinzessin. Die Pflaume sieht sie als „Apfel“, den Kasper als „Hexe“ – in meinen Augen wieder durchaus verständliche ‚mismatches‘ – aber weil es bei dem Test um die Aussprache („pfl“, „sp“) geht, besteht Frau Gerber darauf, dass Cathrin das richtige Wort noch einmal nachspricht.

Bei der Schraube sagt Cathrin „Nagel“, Frau Gerber vermutet, dass sie vielleicht „so was“ nicht kennt, weil sie nichts damit zu tun habe, doch die Mutter widerspricht, das kenne sie von ihrem Vater. Da sagt Cathrin „Schraubenzieher“, was mit einem Lachen von Frau Gerber und der Mutter quittiert wird. Beim Schwein zeigt sich nochmals das leichte Lispeln – „S-wein“. Unter dem Kragen kann sich Cathrin nichts vorstellen, Frau Gerber fasst sich als Hilfestellung an den Kragen, und Cathrin fragt: „Wenn man krank ist?“, schließlich ist man beim Arzt, und sie hat wohl angenommen, Frau Gerber wolle ihr Halsschmerzen als Begriff andeuten. Damit wird dieser Test beendet.¹¹

Im Folgenden soll das Beobachtungsprotokoll vor dem Hintergrund der oben eingeführten heuristischen Konzepte und mit Blick auf die Details des Vollzugs der Praxis des Testens analysiert werden (Bergmann 2006). In der Annäherung an die empirische Beschreibung gehe ich zunächst der Frage nach, wie dem Kind zu Beginn angezeigt wird, an welcher Sorte Aktivität es hier partizipieren soll. Wie wird das Kind in die Aktivität des Testens involviert? Über welche spezifischen Praktiken indizieren die erwachsenen Teilnehmer den Rahmen der Situation (vgl. Goffman 1980)? Die Sprechstundenhilfe, Frau Gerber, versucht das Kind durch den Test zu führen, ohne ihn explizit als Test einzuführen. Sie vertraut darauf, dass die Situation aus sich selbst heraus für das Kind verstehbar sein wird¹²: vermittelt etwa durch das Arrangement der Körper am Tisch, der Präsentation eines bedruckten Zettels und der anfänglichen Bitte, das Kind möge benennen, was es auf dem Blatt Papier sieht. Auch dass die Beobachterin fast ihren Einsatz verpasst, ist ein Indiz für die weitgehend nonverbale Steuerung der Situation.

Diese Form des Vollzugs ist nicht nur für Arztpraxen und Testsituationen typisch, sondern sie ist auch charakteristisch für Teile der Praxis in Kindergärten: Dort wird nicht notwendig viel erklärt, vieles wird einfach gemacht bzw. an und mit Objekten und Materialien nonverbal symbolisiert und „gezeigt“ (vgl. Bollig 2004). Interaktionen erwecken hier häufig den Eindruck von ‚Abkürzungen‘, indem die erwachsenen Akteure wortreichen Erklärungen dessen, was sie tun, widerstehen. Aus dem Kindergarten sind viele Fünfjährige es gewohnt, dass manche Situationen von ihnen ein mimetisches Mitmachen verlangen. Noch bevor sie viele Situationen intellektuell verstehen können, sind sie schon in ihrer rituellen Kompetenz (vgl. Cahill 1987) des Mitspielens gefordert.¹³

In dem Beispiel dient schon allein das spezifische Arrangement der Körper, Materialien und Handlungen als Markierer einer Test- oder Prüfungssituation für das Kind. Die Situation trägt zwar auch spielerische Züge und verbirgt dahinter teilweise ihren Prüfungscharakter, aber sie ähnelt eben doch einer Sorte Lernspiel, wie Erwachsene sie mit Kindern zu ‚spielen‘ pflegen. Dabei steht für den transitorischen Charakter und die potentielle Mehrdeutigkeit der Situation auch, dass sie in einem Durchgang, und nicht in einem Untersuchungs- oder „Klassenraum“ stattfindet: Die räumliche Situierung könnte für die Teilnehmer schon die Frage aufwerfen, worum es sich bei der Situation eigentlich handelt.

Doch Frau Gerber zeigt im Verlauf des Tests durch minimale Körperbewegungen an, was sie von dem Prüfling erwartet: Sie deutet mit dem Finger auf die Zeichnungen; und nicht nur dies, indem sie die erste Zeile von links nach rechts und die zweite von rechts nach links durchgeht, legt sie eine äußerst zeitrationalen Haltung an den Tag. Dieses minimalistische Vorgehen funktioniert auch für eine Weile.

Fünffährige sind auch bereits in der Hinsicht in Testsituationen erfahren, dass sie wissen, dass es dabei etwas zu ‚gewinnen‘ gibt – mindestens das Lob für die richtige Antwort. Mit der Gewinnchance ist aber auch untrennbar das Risiko des Scheiterns verbunden. Als Cathrin ihren ersten ‚Fehler‘ im Sinne der Testlogik macht, beginnt Frau Gerber, Cathrin in einer sehr freundlichen Weise zu korrigieren, nichtsdestotrotz bekommt Cathrin dadurch die Rückmeldung, dass sie falsch gelegen hat.¹⁴ Über die Kodierung ‚richtig‘ und ‚falsch‘ wird der Prüfungsrahmen im Folgenden wieder und wieder bestätigt. Es entwickelt sich dadurch eine gewissermaßen ‚schulische‘ Situation, ohne dass die Teilnehmer Schüler und Lehrer wären. Frau Gerbers Handhabung der Situation mag von der Tatsache profitieren, dass es für Fünffährige in Deutschland in der Regel als attraktiv gilt, ein „Schulkind“ zu sein.¹⁵ Meines Erachtens darf Frau Gerber auch deshalb mit der Kooperationsbereitschaft des Kindes zu der Testprozedur rechnen. Kann man sagen, dass hier ein schulischer Kontext ‚beliehen‘ und zu anderen als Bildungszwecken benutzt wird? Die Sprechstundenhilfe entlehnt ihre Vorgehensweise pädagogischen Situationen, ohne diese in allen Aspekten zu simulieren.

Die folgenden Strukturmerkmale machen die Situation – scheinbar – zu einer pädagogischen bzw. Unterrichtssituation: Vorgefertigte Antworten werden beim Kind, wenn auch weitgehend körpersprachlich reduziert, ‚abgefragt‘ und die erwachsene ‚Fragestellerin‘ kennt die Antworten; die Gegenstände, nach denen gefragt wird, werden symbolisch repräsentiert; die Strukturierung der Situation und das Zeitmanagement übernimmt die Sprechstundenhilfe/die „Lehrerin“; es gibt eine Evaluation der Antworten nach ‚richtig‘ und ‚falsch‘; der Evaluation folgt entweder Lob oder es folgen wiederholte Nachfragen; es gibt Hilfestellungen durch die beteiligten Erwachsenen. All diese Strukturmerkmale, die dem Kind als pädagogische Routinen geläufig sein dürften, helfen der Sprechstundenhilfe, so meine These, Aushandlungen über den Kontext der vorliegenden Situation zu vereinfachen und abzukürzen, indem sie gewissermaßen als pädagogische Situation getarnt wird.

Im Fortgang der Situation ‚schlägt‘ diese interaktive Strategie allerdings ‚zurück‘. Denn was der Situation aus der Perspektive Cathrins und auch im Sinne gelungener pädagogischer Situationen fehlt, ist die Transparenz der Kriterien für die Evaluation der Antworten. Obwohl die Situation zunächst wirkt wie eine typische Lernsituation, hat Cathrin keine Chance, aus ihren ‚Fehlern‘ zu lernen, da die Regeln des Spiels für sie im Verborgenen bleiben.

Auf der Seite der beteiligten Erwachsenen wird dieser Mangel durch wiederholtes Belächeln und Bemitleiden des Kindes kompensiert. Dieses Verhalten ist m.E. in der Ambivalenz verfangen, dass die betroffenen Erwachsenen gleichzeitig wissen und vermeiden zu realisieren, dass es nicht in der Verantwortung des Kindes liegt, ob es angemessen versteht, was gerade vor sich geht.

Verantwortlich für diesen Verlauf ist zum einen die unterschiedliche Verteilung der Ressourcen zum Verständnis der Situation. Hier wird die Gestalt der Erfassungsbögen wieder relevant: Leser können über die wenn auch spärliche und kleingedruckte, aber doch vorhandene sprachliche Repräsentation dessen,

worauf es bei dem Test ankommt, dessen Logik nachvollziehen. Während Cathrin, die noch nicht lesen kann, annehmen muss, dass es bei dem Test einfach nur um das Erkennen von Gegenständen auf Bildern geht, wissen es die kompetenten Leser besser. Frau Gerber besteht auf der Nennung der korrekten Begriffe im Sinne des Testes, um Aussprachefehler diagnostizieren zu können. Dieser Sinn der Testprozedur bleibt dem Kind verborgen – und soll ihm möglicherweise auch verborgen bleiben.

Zum anderen – und dies ist in meinen Augen maßgeblicher – ist eine Inkonsistenz in der Testgestalt für den Verlauf der Situation verantwortlich. Obwohl das Testinstrument in so vielen Aspekten selbsterklärend ist, klärt es doch entscheidende durchführungsrelevante Fragen nicht, nämlich wie genau den Aufgaben, sowohl Verständnis als auch Aussprache von Begriffen zu prüfen, nachzukommen und wie beide Aufgaben zu gewichten seien. Frau Gerber als testdurchführende Person löst im Testverlauf diese Probleme situativ und findet allmählich zu einer Strategie: Während sie, als das Kind „Ente“ zur „Gans“ sagt, dieses zwar korrigiert, aber dann zum nächsten Bild übergeht, entscheidet sie sich, als die Stelle mit dem „Knopf“ kommt, für ein anderes Vorgehen. Hier und in allen folgenden Fällen (bis auf den letzten) legt sie die Priorität auf die korrekte Aussprache, indem sie das Kind zur Nennung bzw. Wiederholung des richtigen Begriffs veranlasst, auch wenn Cathrin den Begriff nicht spontan nennen kann. Sie hätte alternativ, als Cathrin z.B. „Königin“ zur „Prinzessin“ sagt, auch notieren können, dass Verständnis vorhanden ist und es dabei bewenden lassen. Würde sie das Verständnis stärker gewichtet haben, hätte sie das Kind mit deutlich weniger Nachfragen konfrontieren müssen, denn unter dieser Priorisierung kann man die „Königin“ nicht ernsthaft als Fehler betrachten. Ihre Interpretation der Testprozedur sieht aber die Nennung der Begriffe nur als notwendige Bedingung der Sprechperformanz und vernachlässigt die Evaluation der Verständnisseite. (Ihre Deutung wird übrigens unterstützt durch die Anordnung von „V“ oben links und „A“ oben rechts im Erfassungsbogen, die man als Vorgabe ‚Verständnis kommt vor Aussprache‘ lesen kann.) Bei stärkerer Gewichtung des Verständnisses hätte sie dann allerdings darauf verzichtet, in jedem Fall die Aussprache zu testen, und hätte damit diese Aufgabe des Testes vernachlässigt. So bringen die disparaten Testerfordernisse Frau Gerber dazu, eine Wahl zwischen Scylla und Charybdis zu treffen.

Man kann abschließend sagen: Nicht das Kind, sondern die für das Kind undurchsichtige und für die Sprechstundenhilfe uneindeutige Logik des Tests produziert die im Test nicht vorgesehenen Antworten. Die lebensweltlichen Anschlüsse in der Form des Tests sind für beide trügerisch: Sie setzen Kinder auf eine ‚falsche Fährte‘, denn die vermeintlich pädagogische Situation funktioniert letztlich nicht pädagogisch; und der vermeintlich sich selbst erklärende Test stellt die Testerin aufgrund eines Konstruktionsmangels, der nur durch differenzierte Anweisungen zur Handhabung kompensiert werden könnte, letztlich vor eine Dilemmasituation.

Dass das Kind bei alledem redlich bemüht ist, korrekte Anschlüsse herzustellen, ist noch am Ende der Situation zu bemerken, als es sich mit der Antwort auf den Kontext der ärztlichen Praxis bezieht. Sein Selbstvertrauen und seine Fähigkeit, Situationen zu erkennen und adäquat zu verstehen, wird in der Situation als ganzer vermutlich eher beschädigt als befördert. Diese eher nachteiligen Effekte sind m.E. noch im Spiegel der Reaktionen der Erwachsenen zu erkennen: Den kommunikativen Störungen, die sich aus der Form des Tests ergeben, be-

gegen sie mit Verlegenheit – diese Verlegenheit wird zudem auf das Kind projiziert –, mit falsch verstandener Fürsorge und auch mit Hilflosigkeit, in jedem Fall aber mit einer starken emotionalen Beteiligung, die ein Indiz dafür ist, dass sie ahnen, dass die Erfahrung, die dem Kind hier vermittelt wird, möglicherweise über die Situation hinaus Bedeutung erlangen kann. Die Verunsicherung, die der Verlauf des Tests beim Kind bewirkt, kann für die Zukunft eine Haltung gründen, die etwa lautet: „Bei Tests und Prüfungen kann man nie wissen ...“.

Diese Wirkung ist selbst hochgradig ambivalent: Während sie einerseits das Mitleid der an der Situation beteiligten Erwachsenen provoziert, kann sie doch auch bedeuten, dass der Test eine wichtige Vorläuferfertigkeit für die Schule beim Kind etabliert, nämlich Testverläufe und -ergebnisse auf eigenes Können/Nicht-Können zuzurechnen. Man kann bei Tests zwar nie wissen, aber man sollte es! Auch darin liegt eine pädagogische Signatur der Situation und, insofern bestimmte Teilnehmer es besser wissen als andere, eine rituelle Performanz der Erwachsenen-Kind-Differenz (vgl. Kelle 2005).

Der Test tut allerdings noch mehr als die Aussprache und das Verständnis des Kindes zu testen und es dabei zu verunsichern. Er setzt auch die Mutter des Kindes einer Prüfungssituation aus: Sie hat Teil an dem gemeinschaftlichen Belächeln des Kindes, ist zufrieden, wenn das Kind richtig antwortet, aber v.a. ist sie nicht weniger gestresst als das Kind, wenn dessen Antworten auf sich warten lassen, wie an ihren Interventionen abzulesen ist. Sie tritt dann als Anwältin und Hilfestellerin ihres Kindes auf, die zwischen dem dekontextuierten Test und der konkreten Lebenswelt des Kindes vermitteln, ihm dadurch manche Antwort nahe legen und manche Störung in der Kommunikation zwischen Frau Gerber und Cathrin bereinigen kann. (Letztlich führt sie darin auch die ‚falsche‘ Lebensweltnähe des Test selbst noch einmal vor.) Versteht man die Brücken zur Lebenswelt des Kindes, die die Mutter baut, wiederum als pädagogische Interventionen in den Testverlauf, so kann man auch sagen, dass die Erziehungsqualität der Interaktionen zwischen Mutter und Kind in der Situation mitbeobachtet werden kann. Kennzeichnend für die Aktionen der Mutter ist allerdings auch, dass sie situativ ‚Dienerin zweier Herrinnen‘ ist: Indem sie den ins Stocken geratenen Test durch lebensweltliche Hilfestellungen wieder beschleunigt, erweist sie sich ebenso als Anwältin der Interessen Frau Gerbers wie ihres Kindes bzw. als Vermittlerin zwischen beiden. Indem sie den Test pädagogisiert, macht sie es beiden recht: Dem Kind macht sie es leichter, selbst zur richtigen Antwort zu kommen, und der Sprechstundehilfe macht sie es recht, indem sie in der Logik des Tests, der das Kind als Testperson vorsieht, bleibt. Auf diese Weise kann sie ihrem eigenen Interesse an einer möglichst reibungslosen Beendigung des Tests – und der eigenen Prüfungssituation – wohl am effektivsten nachgehen.

6. Fazit

Die Beobachterin hat in ihrer Beschreibung sowohl versucht, sich auf Augenhöhe mit dem getesteten Kind zu begeben, um seiner Akteursperspektive und seinen Erfahrungen nachzuspüren, als auch ihre eigenen Erfahrungen mit der Erwachsenen-Kind-Konstellation in der Testsituation mitzuteilen.¹⁶ Indem die kindliche Perspektive und gewissermaßen die Perspektive des Instruments hier stärker

berücksichtigt wurden, als es in Interaktionsstudien in medizinischen Feldern bisher üblich ist (vgl. Tates/Meeuwesen 2001), eröffnete die Beschreibung einen Zugang zu spezifisch pädagogisierten, um nicht zu sagen ‚pseudo-pädagogischen‘ Interaktionsstrukturen und -dynamiken in der Vollzugslogik der Testpraxis.

Die erziehungswissenschaftliche Relevanz von Konsultationen und Verfahren in kindermedizinischen Feldern geht deutlich über den Aspekt hinaus, dass diese für Eltern häufig erziehende und beratende Funktionen annehmen (vgl. Baruch 1981). Die zukünftige Forschung in diesem Bereich wird sich verstärkt der praktischen Verschränkung mehrerer Asymmetrien stellen müssen, über die kindermedizinische (Diagnose)Verfahren sich konstituieren: der Asymmetrie von Laien und Professionellen einerseits und von Kindern und Erwachsenen andererseits, die beide auf ein potentiell pädagogisches *reframing* von medizinischen Untersuchungs- und Testsituationen – auf die Anschlussmöglichkeiten an pädagogische Rahmungen – verweisen. Die Rekonstruktion der Vollzugslogik der situierten Testpraktiken muss für die Analyse der sozialen Herstellung von Diagnosen (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2005) dabei im Zentrum stehen.

Die These von der Hybridisierung professioneller Diagnoseverfahren im Bereich kindlicher Entwicklungsstörungen kann auf der Basis der Fallstudie kritisiert und differenziert werden: Im vorliegenden Fall wird nicht pädagogisches Wissen in das medizinische Feld transferiert und von medizinischem Fachpersonal adäquat angewandt, vielmehr wird das kulturelle Wissen um die Rahmung pädagogischer Situationen in der Testkonstruktion und -praxis genutzt, um die Tätigkeit des Testens in Gang zu setzen und zu halten. Die Sprechstundenhilfe, die die Testsituation maßgeblich steuert, steht unter disparaten Anforderungen, die es miteinander zu vermitteln gilt: die Anforderung einer höchstrationalen Zeitökonomie in Arztpraxen, die Sorgfaltspflicht in Bezug auf das Testverfahren, die Anforderung, dem Kind und der Mutter freundlich und empathisch zu begegnen. Unter dieser Anforderungsstruktur bietet die Rahmung der Situation als quasi-pädagogische (scheinbar) verschiedene Vorteile: Sie weist eindeutige Rollen zu, liefert das Skript für einen Interaktionsablauf, und der Grad der Ritualisierung pädagogischer Situationen verbürgt die implizite Verstehbarkeit für das Kind, so dass auf viele Worte und explizite Rahmungsbemühungen verzichtet werden kann.

Die Rechnung geht jedoch nicht ganz auf. Die Abweichungen von pädagogischen Situationen in anderen Kontexten liegen wiederum in bestimmten Strukturmerkmalen. Die Situation ist nicht durch den pädagogischen Bezug einer Erwachsenen zu einem Kind (oder einer Erwachsenen zu vielen Kindern) gekennzeichnet, sondern durch ein Gegenüber von Prüferin und Kind plus Mutter, die das Publikum stellt, aber auch interveniert und nonverbal mit der Sprechstundenhilfe und der Beobachterin kommuniziert. Die Situation zeitigt in dieser komplexen Struktur wechselnde Komplizenschaften: zwischen Mutter und Kind, zwischen den Lesen-Könnenden Mutter, Sprechstundenhilfe und Beobachterin und, in den Gedanken der Beobachterin, zwischen Kind und Beobachterin. Dieser Komplexität ist, neben der mangelhaften Konstruktionslogik des Testes, die Uneindeutigkeit der Situation und ihre eben doch nicht implizite Verstehbarkeit geschuldet. Die mindestens triadische Struktur der Interaktionen (vgl. Tanen/Wallat 1987) ist für die Teilnehmer m.E. nur deshalb zu bewältigen, weil Erwachsenen-Kind-Interaktionen in unserer Kultur allgemein durch eine hochgradig pädagogisch konnotierte Ritualisierung gekennzeichnet sind, die selbst für den Bezug von ‚fremden‘ Erwachsenen zu Kindern gilt (vgl. Kelle 2005).

Dennoch hat die zwar selbstgesteuerte, aber komplexe Situation für alle Beteiligten etwas Überforderndes – weshalb v.a. die Erwachsenen bemüht sind, Störungen im Verlauf umgehend zu bearbeiten und insgesamt die Situation zu einem ‚guten Ende‘ zu bringen. Auf diese Weise können sie es vermeiden, sich mit dem Scheitern auseinandersetzen zu müssen: Sie halten die Fiktion aufrecht, ‚erfolgreich‘ einen Test mit dem Kind durchgeführt und altersangemessene Sprech- und Verständniskompetenzen ‚gemessen‘ zu haben. Dieses Ziel dürften Sprechstundenhilfe und Mutter miteinander teilen: die eine im Interesse der Produktion eines Ergebnisses (das etwa lautet: kleine sprachliche Schwächen, aber insgesamt „unauffällig“), das im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen weiterprozessiert werden kann, die andere im Interesse der professionellen Beglaubigung der Unauffälligkeit ihres Kindes. Diese ‚Leistung‘ hat der Test durchaus erbracht.

Dass sich alle Beteiligten dem Testinstrument vertrauensvoll überlassen, ist Ausdruck seiner trügerischen praktischen Qualität: Die interaktive Kompetenz wird im Vollzug des Testens zumindest in Teilen an das Instrument/Dokument delegiert, da das vorstrukturierte Testmaterial schon für sich genommen die Professionalität des Testvorgangs zu garantieren verspricht. Unter dem Strich muss man aber wohl sagen, dass das Instrument selbst professionelle Testkompetenz behindert, sodass diese mehr simuliert als enacted wird. Man könnte allerdings auch sagen, dass die Sprechstundenhilfe, indem sie hier und da ‚fünfe gerade sein lässt‘, eine hohe Kompetenz im Umgang mit den Mängeln oder Uneindeutigkeiten des Tests zeigt und darüber die Situation durchaus professionell ‚rettet‘.

Die hier am Einzelfall generierte These, dass medizinische Testsituationen quasi-pädagogische Rahmen konstituieren, die in Bezug auf den professionellen Vollzug der Testpraxis eine eigensinnige Spannung von Funktionalität/Dysfunktionalität erzeugen, soll im Fortgang des Forschungsprojektes weiterentwickelt und geprüft werden. In der weiteren Erforschung diagnostischer Verfahren soll der hier analysierte Fall im Sinne des „theoretical sampling“ (Strauss 1998) mit anderen Formen von Sprachtests hinsichtlich ihrer Gestaltung und Vollzugslogik kontrastiert werden, um die Ergebnisse differenzieren und eine empirisch informierte Theoriebildung zur Praxis des Testens von Kindern voranbringen zu können. Im Rahmen der spezifischen Methodenkombination sind dabei auch weiterhin die Fragen erkenntnisleitend, welche praktischen Probleme die Untersuchungsinstrumente und -dokumente lösen und welche praktischen Probleme sie den Akteuren – aufgrund ihrer formalen Gestalt – bereiten. Schließlich sollen die Varianten an Untersuchungsdokumenten und die Varianten des Umgangs damit sowie unterschiedliche professionelle Stile analytisch herausgearbeitet werden. Dabei sind die Sprachtests nur ein Element in umfänglichen frühdiagnostischen Testprogrammen, denen Kinder in ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Schuleingangsuntersuchungen unterzogen werden, die außerdem z.B. Männchen-Maltests, graphomotorische und andere motorische Tests beinhalten und ebenfalls erforscht werden.

In Bezug auf den hier analysierten Fall kann abschließend festgehalten werden: Folgt man in der Rekonstruktion der Vollzugslogik praktischer Abläufe *in situ*, dann wird erkennbar, dass die „Streuung“ pädagogischer Wissensformen und Interaktionsformate in anderen Feldern sonderbare Praktiken zeitigen kann, die ganz andere situierte Zwecke zu erfüllen haben, als die Bildungsprozesse von Kindern zu befördern – wie es ‚echte‘ pädagogische Situationen allerdings tun sollten.

Anmerkungen

- 1 Das DFG-Forschungsprojekt „Kinderkörper in der Praxis. Eine Ethnographie der Prozessierung von Entwicklungsnormen in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U3 bis U9) und Schuleingangsuntersuchungen“ wird derzeit unter der Leitung der Autorin an der Universität Frankfurt/Main durchgeführt.
- 2 Diese Daten basieren nicht zufällig auf Schuleingangsuntersuchungen. Die Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) verpflichten Bund, Länder und Kommunen zur Gesundheitsberichterstattung. Da einzig die Schuleingangsuntersuchungen eine Totalerfassung einer Altersgruppe erbringen, haben diese für die statistikbasierte Gesundheitsberichterstattung einen herausgehobenen Stellenwert.
- 3 Ein umfassender Überblick über angewandte Verfahren findet sich bei Fried (2006). Um Missverständnissen vorzubeugen sei bereits hier gesagt, dass es in diesem Beitrag nicht um die Evaluation des zu untersuchenden Tests unter den Kriterien messmethodischer oder frühpädagogischer Standards geht (vgl. ebd., S. 11ff.).
- 4 Als eine aktuelle Zahl gibt das hessische Sozialministerium (Presseerklärung vom 31. 3. 2006) an, dass 2005 66% der Schulanfänger in Hessen die Teilnahme an allen Untersuchungen von U1 bis U9 nachwiesen. – Aufgrund der allgemein als nicht zufriedenstellend bezeichneten Quoten wird gegenwärtig im Zusammenhang mit dem Antrag an den Bundesrat durch das Land Hamburg (Bundesrat 2006) öffentlich diskutiert, wie die Vorsorgeuntersuchungen „so verbindlich auszugestalten“ seien, „wie dies unter voller Ausschöpfung des verfassungsrechtlichen Rahmens möglich ist“.
- 5 Im Februar 2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Arbeitsgruppe mit der Überarbeitung der Richtlinien betraut.
- 6 Versucht man, auf den *homepages* von Pharmaunternehmen Recherchen hierzu anzustellen, stößt man auf den Hinweis, dass das Heilmittelwerbegesetz vorschreibt, dass der Zugang zu besonderen Serviceleistungen der Pharmaunternehmen medizinischem Fachpersonal vorbehalten ist – die fachfremde ethnographische Forschung in diesem Bereich steht damit vor einem Zugangsproblem.
- 7 Womit keinesfalls nahegelegt werden soll, dass ihre Durchführung *in situ* auch tatsächlich landesweit einheitlich erfolgt.
- 8 Damit wird für diesen Aufsatz nebenbei auch das Darstellungsproblem adressiert, dass nicht eine Fülle an unterschiedlichen Beispielen des praktischen Vollzugs analysiert werden können.
- 9 Die formalen Mängel der hier reproduzierten Sprechtafel – rechter Rand ab der vierten Kästchenreihe und einzelne Buchstaben dortselbst fehlen – erklären sich daraus, dass dieses Dokument in der erforschten Praxis auch nur als Kopie mit eben diesen Mängeln zum Einsatz kommt und in dieser Form immer wieder reproduziert wird. Obwohl dieser Umstand nicht *en detail* analytisch aufgegriffen wird, wird das Dokument hier dem Rat Wolffs (2003, S. 512) folgend reproduziert, die „phänomenale Gestalt des Dokuments“ vor der und für die Analyse nicht zu verändern.
- 10 Der Begriff der „Sprechtafel“ wirkt antiquiert und erinnert an Praktiken des Fremdsprachenunterrichts in früheren Zeiten, als Lehrkräfte über die symbolische Repräsentation von Objekten auf einer Tafel Schüler dazu anregten, fremdsprachliche Begriffe kollektiv auszusprechen.
- 11 Dass Form und Durchführung dieses Tests nicht ganz untypisch für von Medizinern angewandte Sprachtests in dieser Altersgruppe sind, ist z.B. einem Beitrag des Kinderarztes Fegeler (2004, S. 69) in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung zu entnehmen: „Roch’ sagt der fünfjährige Oliver und zeigt auf das Bild mit dem grünen Frosch. Er nimmt gerade an einem Sprachtest teil. ‚Tone‘, Olivers Finger nähert sich der Krone, die der Frosch trägt. Viele andere Bilder kann der Fünfjährige überhaupt nicht benennen.“ Ein Unterschied in der Durchführung liegt hier allerdings darin, dass die Testperson selbst auf die Bilder zeigt und auswählt, wozu sie etwas sagen möchte.
- 12 Reckwitz (2003) spricht in seinem Überblick über Theorien sozialer Praktiken davon, dass alle von einer „knowledgeability“, einer grundsätzlichen, impliziten Verstehbarkeit sozialer Praktiken für die Teilnehmer ausgehen.
- 13 Auf die Bedeutung von mimetischen und performativen Bildungsprozessen von Kindern haben in den letzten Jahren v.a. die im Kontext des Sonderforschungsbereichs

- „Kulturen des Performativen“ entstandenen ethnographischen Studien aufmerksam gemacht (vgl. ex. die Beiträge in Wulf u.a. 2001 und 2004; Tervooren 2006). In diesem Forschungszusammenhang sind frühpädagogische Kontexte bisher allerdings relativ wenig beachtet worden.
- 14 Wenn hier und im folgenden von ‚Fehlern‘ die Rede ist, so bezieht sich das auf die Vorgaben, die das Testdokument macht, und auf die Evaluation der Antworten des Kindes durch die Testerin – und nicht darauf, dass die Forscherin der Auffassung wäre, das Kind mache Fehler. In der Konzentration der vorliegenden Analyse auf die Vollzugslogik werden die ‚Ergebnisse‘ des Tests eher vernachlässigt.
 - 15 Die Attraktivität, die für Kinder darin liegt, ‚immer schon etwas weiter zu sein‘, habe ich an anderer Stelle beschrieben, und zwar im Rahmen einer Analyse des Entwicklungsdiskurses unter Kindern (Kelle 2001a).
 - 16 In der Methodenliteratur der Kindheitsforschung wird kritisch diskutiert, inwiefern es erwachsenen Forschern überhaupt gelingen kann, die „Perspektive von Kindern“ (Honig/Leu/Lange 1998) einzunehmen: Die Ansätze reichen von Postulaten, „mit den Augen der Kinder“ (Valtin 1991) zu forschen, bis zu radikalen Zweifeln daran, dass die Differenz der Perspektiven suspendiert werden könnte, mit der Konsequenz, dass Kinder als Fremde konzipiert werden (vgl. Lippitz 2002). Dieses methodologische Problem soll hier nicht im Detail diskutiert werden. Die Doppelstrategie der Beobachterin stellt vielmehr den Versuch dar, das Problem in der Forschungspraxis zu handhaben und die Differenz der Perspektiven für die Forschung produktiv werden zu lassen (vgl. Fine 1988).

Literatur

- Amann, K./Hirschauer, S. (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: Hirschauer, S./Amann, K. (Hrsg.): Die Befremdung der eigenen Kultur. Frankfurt/M., S. 7-52.
- Amann, K./Knorr-Cetina, K. (1988): The Fixation of (Visual) Evidence. In: *Human Studies* 11 (1988), S. 133-169.
- Baruch, G. (1981): Moral Tales: Parents' Stories of Encounters with the Health Professions. In: *Sociology of Health and Illness* 3 (1981), S. 275-296.
- Begenau, J./Schubert, C./Vogd, W. (2005): *Medizinsoziologie der ärztlichen Praxis. Szenarien – Fälle – Theorien*. Bern.
- Berg, M. (1996): Practices of Reading and Writing: the Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. In: *Sociology of Health and Illness* 18 (1996), H. 4, S. 499-524.
- Bergmann, J. R. (2006): Studies of Work. In: Ayaß, R./Bergmann, J. (Hrsg.): *Qualitative Methoden der Medienforschung*. Reinbek, S. 391-405.
- Bloor, M./Taraborelli, P. (Eds.) (1994): *Qualitative Studies in Health and Medicine*. Aldershot.
- Böhm, A./Kuhn, J. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. Ergebnisse von Einschulungsuntersuchungen im Land Brandenburg. In: *Soziale Lage: Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete* 49 (2000), H. 9, S. 343-364.
- Bollig, S. (2004): Zeigepraktiken: How to do quality with things. In: Honig, M.-S./Joos, M./Schreiber, N. (Hrsg.): *Was ist ein guter Kindergarten? Theoretische und empirische Analysen zum Qualitätsbegriff in der Pädagogik*. Weinheim, S. 193-226.
- Brandenburg (1999): *Einschüler in Brandenburg: soziale Lage und Gesundheit*. Hrsg. v. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg. Potsdam.
- Brown, P. (1987): The Name Game: Toward a Sociology of Diagnosis. In: *Journal of Mind and Behavior* 11 (1987), S. 385-406.

- Bundesrat (2006): Antrag der Freien und Hansestadt Hamburg: Entschließung des Bundesrates für eine höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des Kindeswohls. Drucksache 56/2006.
- Cahill, S. E. (1987): Ceremonial Deviance and the Acquisition of Ritual Competence. In: *Social Psychology Quarterly* 50 (1987), S. 312-321.
- Cicourel, A. V. (1987): The interpenetration of communicative contexts: Examples from medical encounters. In: *Social Psychology Quarterly* 50 (1987), S. 217-226.
- Emerson, R. M. /Fretz, R. I./Shaw, L. L. (1995): *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Fegeler, U. (2004): Der Doktor wird's schon richten. In: *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* (21. 3. 2004), Nr. 12, S. 69.
- Fine, G.A. (1988): Knowing children: participant observation with minors. Newbury Park.
- Flick, U. (1998): Triangulation – Geltungsbegründung oder Erkenntniszuwachs? In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 18 (1998), H. 4, S. 443-447.
- Flick, U. (2004): Triangulation. Eine Einführung. Reihe *Qualitative Sozialforschung* Bd. 12. Wiesbaden.
- Fried, L. (2006): Expertise zu Sprachstandserhebungen für Kindergartenkinder und Schulanfänger. Eine kritische Betrachtung. Erstellt im Rahmen des Projekts „Schlüsselkompetenz Sprache – Bundesweite Recherche zu Maßnahmen und Aktivitäten im Bereich der sprachlichen Bildung und Sprachförderung in Tageseinrichtungen für Kinder“. DJI München. [http://www.dji.de/bibs/271_2232_ExpertiseFried.pdf] (6. April 2006).
- Goffman, E. (1980): *Rahmenanalyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt/M.
- Gülich, E. (1999): „Experten“ und „Laien“: der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: *Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften und Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig (Hrsg.): Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht*. Hildesheim, S. 165-196.
- Heath, C./Luff, P. (2000): *Technology in Action*. Cambridge: CUP.
- Hessisches Sozialministerium (2006): *Pressemitteilung: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2005*. www.hessen.de (Pressemitteilung) (vom 31. 3. 2006).
- Honig, M./Leu, R./Lange, A. (Hrsg.) (1998): *Aus der Perspektive von Kindern? Zur Methodologie der Kindheitsforschung*. Weinheim.
- Hörning, K. H./Reuter, J.(2004): Doing Culture: Kultur als Praxis. In: Dies. (Hrsg.): *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis*. Bielefeld, S. 9-18.
- Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hrsg.) (2004): *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden.
- Kelle, H. (2001a): The Discourse of „Development“. How 9- to 12-Year-Old School Children construct ‚Childish‘ and ‚Further Developed‘ Identities within their Peer Culture. In: *Childhood* 8 (2001), H. 1, S. 95-114.
- Kelle, H. (2001b): Ethnographische Methodologie und Probleme der Triangulation. Am Beispiel der Peer Culture Forschung bei Kindern. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 21 (2001), H. 2, S. 192-208.
- Kelle, H. (2005): Kinder und Erwachsene. Die Differenzierung von Generationen als kulturelle Praxis. In: Hengst, H./Zeiger, H. (Hrsg.): *Kindheit soziologisch*. Opladen, S. 83-108.
- Kelle, H./Breidenstein, G. (1996): Kinder als Akteure. Ethnographische Ansätze in der Kindheitsforschung. In: *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 16 (1996), H. 1, S. 47-67.
- „Kinder-Richtlinien“ (2006): *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres*. [http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl_kinder.pdf] (6. April 2006).
- Lachmund, J./Stollberg, G. (Eds.) (1992): *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present*. Stuttgart.

- Latour, B. (1991): *Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie*. Berlin.
- Latour, B./Woolgar, S. (1979): *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts*. Beverley Hills.
- Lippitz, W. (2002): „Das fremde Kind“ – Zur Verstehensproblematik aus pädagogischer Sicht. In: Forneck, H. J./Lippitz, W. (Hrsg.): *Literalität und Bildung*. Marburg, S. 23-38.
- LÖGD NRW (2002): *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen: Landesgesundheitsbericht 2002*. Hrsg. v. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein- Westfalen. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. [http://www.mags.nrw.de/pdf/gesundheit/gesundheitsbericht_kinder_jugendliche.pdf] (2002; 6. April 2006).
- Lüders, C. (1994): *Verstreute Pädagogik – ein Versuch*. In: Horn, K. P./Wigger, L. (Hrsg.): *Systematiken und Klassifikationen in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim, S. 103-127.
- Lüders, C./Kade, J./Hornstein, W. (1998): *Entgrenzung des Pädagogischen*. In: Krüger, H.-H./ Helsper, W. (Hrsg.): *Einführung in die Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft*. Opladen, S. 207-216.
- Lynch, M. (1985): *Art and Artifact in Laboratory Science: A Study of Shop Work and Shop Talk in a Research Laboratory*. London.
- Manhart, S./Rustemeyer, D. (2004): *Die Form der Pädagogik. Der Schematismus „Bildung – Hilfe“ als Differential pädagogischer Expansion*. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 50 (2004), H. 2, S. 266-285.
- Mol, A. (2002): *Cutting Surgeons, Walking Patients: some Complexities Involved in Comparing*. In: Law, J./Mol, A. (Eds.): *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices*. Durham and London, S. 218-257.
- Oelkers, J. (1991): *Topoi der Sorge – Beobachtungen zur öffentlichen Verwendung pädagogischen Wissens*. In: Oelkers, J./Tenorth, H.-E. (Hrsg.): *Pädagogisches Wissen*. Weinheim, S. 213-232.
- Reckwitz, A. (2003): *Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive*. In: *Zeitschrift für Soziologie* 32 (2003), H. 4, S. 282-301.
- Saake, I. (2003): *Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie der Arzt-Patienten-Interaktion*. In: *Soziale Welt* 54 (2003), S. 429-460.
- Silverman, D. (1981): *The Child as a Social Object: Down's syndrome children in a pediatric cardiology clinic*. In: *Sociology of Health and Illness* 3 (1981), S. 254-274.
- Stollberg, G. (2001): *Medizinsoziologie*. Bielefeld.
- Strauss, A. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München.
- Tannen, D. (1993): *Framing in discourse*. Oxford.
- Tannen, D./Wallat, C. (1987): *Interactive Frames and Knowledge Schemas in Interaction: examples from a medical examination/interview*. In: *Social Psychology Quarterly* 50 (1987), S. 205-216.
- Tates, K./Meeuwesen, L. (2001): *Doctor-Parent-Child Communication. A (Re)View of the Literature*. In: *Social Science and Medicine* 52 (2001), S. 839-851.
- Tervooren, A. (2006): *Im Spielraum von Geschlecht und Begehren. Ethnographie der ausgehenden Kindheit*. Weinheim.
- Valtin, R. (1991): *Mit den Augen der Kinder. Freundschaft, Geheimnisse, Lügen, Streit und Strafe*. Reinbek.
- Van Dulmen, A.M. (1998): *Children's contribution to pediatric outpatient consultations*. In: *Pediatrics* 3 (1998), S. 563-568.
- Wolff, S. (2001): *Dokumenten- und Aktenanalyse*. In: Flick, U./Kardorff, E. von/Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek, S. 502-513.
- Wulf, C. u.a. (2001): *Das Soziale als Ritual*. Opladen.
- Wulf, C. u.a. (2004): *Bildung im Ritual*. Wiesbaden.

