

### **3. Material und Methode**

Nachfolgend sind die Überlegungen zu Material und Methode dargelegt. Die Wahl der Forschungsmethode wird begründet und der Bezug zwischen qualitativen Forschungsmethoden und dem Gegenstand der Studie aufgezeigt. Eine Verbindung zur Pflegepraxis und Pflegeforschung findet dabei Berücksichtigung. Im Anschluss an das Forschungsdesign werden abschließend die Gütekriterien qualitativer Forschung in Bezug zum methodischen Vorgehen in dieser Studie dargestellt.

#### **3.1 Methodische Vorüberlegungen**

In dieser Arbeit wird das Beziehungsdreieck in seiner strukturellen Dimension und in seinen Interaktionsprozessen gegenstandsnahe untersucht. Gegenstandsnahe bedeutet, dass Daten direkt aus der Felderhebung in Interviews und Feldnotizen erhoben und ausgewertet werden, wobei die Interaktion im Untersuchungsgegenstand, dem Beziehungsdreieck immer im Fokus bleibt, bzw. auf es zurück geführt wird. Es werden Interaktionsprozesse aus der Sicht der drei Personengruppen Patient-Pflegender-Arzt analysiert, um nach Handlungsmustern im Sinne von Interaktionsmustern zu suchen. Qualitative Forschung bezeichnet Untersuchungsgegenstände, wie hier die Interaktion und Beziehungsgestaltung als ein Phänomen und verfolgt das Ziel, Phänomene zu verstehen und erklärbar zu machen.

BATESON erwähnt im Zusammenhang mit Interaktionsprozessen, dass sich Logik und Quantität nicht eignen, um Phänomene menschlicher Interaktion zu beschreiben (vgl. Bateson 2000, 32). Er vergleicht Interaktionssysteme mit rekursiven Schaltungen, was SENGE als Kausalitätskreise oder Kreiskausalität bezeichnet (Senge 1997, 95ff). BATESON spricht sich an gleicher Stelle eindeutig für qualitative Untersuchungen zur Beschreibung und zum Auffinden von Mustern in Interaktionsprozessen aus. Den gleichen Ansatz favorisiert SENGE (Senge 1997, 405ff). Im Gegensatz zu Kreiskausalitäten sind lineare Kausalitäten oder Kausalitätsketten dazu geeignet, mit quantitativen Methoden untersucht zu werden. Kausalitätsketten sind in Interaktionen nicht

zu finden, da Interaktion immer Umgang mit Unplanbarkeit beinhaltet (vgl. Böhle 2004, 7f)

Da es bisher keine Untersuchungen zur Interaktion in dem Kontext Patient-Pflegender-Arzt gibt, eignet sich nur eine qualitative Forschungsmethode zur Aufspürung von Interaktionsmustern. Damit verfolgt diese Arbeit einen induktiven Ansatz, der Grundlage für die Entwicklung nachfolgender quantitativer Untersuchungen bilden kann.

Weit mehr als zwanzig qualitative Forschungsmethoden eignen sich dazu, das Verständnis über einzelne Situationen oder Phänomene zu untersuchen, das heißt, Erfahrungen von Menschen in ihrem Beziehungskontext besser verstehen zu können (vgl. Liehr/Marcus 1996, 287). Bei der Vielfalt an qualitativen Forschungsmethoden stellt sich die Frage, welche Methode zum Forschungsgegenstand und zur Beantwortung der Fragestellung am besten geeignet ist.

Das Beziehungsdreieck ist ein soziales Gefüge, in dem Individuen ihre Beziehung mit aufeinander abgestimmtem Handeln gestalten. Zur Erforschung solcher sozialen Gebilde und deren Interaktion, wie sie im Krankenhaus in einem *therapeutischen Team* inklusive des Patienten vorkommen, hat sich in der Forschung die Methode der Grounded Theory von GLASER UND STRAUSS bewährt (vgl. Haller 2000, 8ff). Die Wahrnehmung und die Sichtweise eines Individuums steuert die soziale Interaktion und wird wieder von ihr beeinflusst. Dieses zirkulär-rekursive Geschehen bezeichnet STRAUSS als das Grundmuster in der sozialen Welt (vgl. Strauss1991, 233-244; Strauss 1993, 212-221).

Die Grounded Theory ist eine Forschungsmethode mit explizitem handlungs- und prozessorientierten Ansatz. Dieser Ansatz wird dem prozessualen Charakter des temporären therapeutischen Beziehungsdreiecks doppelt gerecht (vgl. Haller 2000, 17). Zum einem folgt die Grounded Theory keinen linearen Forschungsphasen (vgl. Strauss 1994, 46) wie andere qualitativen Methoden und zum anderen sollen in dieser Studie keine linearen Phänomene erforscht werden.

Ein weiterer Nutzen dieser Methode liegt in ihrer Offenheit. Die Methode der Datensammlung ist nicht eingegrenzt, sondern in Bezug auf die Datenauswertung frei wähl- und beliebig kombinierbar. Dies steht in Korrelation zu den Gütekriterien qualitativer Forschung, der Methodentriangulation. Das heißt, es können alle Arten von Daten verwendet werden, die zu der Forschungsfrage einen Bezug haben. Somit ist dem Forscher freier Raum für die Nutzung von Datenerhebungsmethoden gegeben (vgl. Glaser/Strauss 1998, 167ff). In der Datenauswertung bleibt die Methode allerdings immer nah am beschriebenen Forschungsgegenstand.

DENZIN unterstreicht die Bedeutung der Methode der *Grounded Theory* für soziale Gebilde. Er erhebt die Methode zum Forschungsstil und führt sie als meist verwendeten Forschungsstil der 90er Jahre in der qualitativen Sozialforschung in den USA an (Denzin/Lincoln 1994, 508).

In der Interaktion mit Patienten reichen die Erfahrungen mit dieser Forschungsmethode bis in die 60er Jahre zurück, als GLASER/STRAUSS 1965 Ergebnisse einer Studie zur Interaktion mit Sterbenden veröffentlichten (vgl. Glaser/Strauss 1998, 9).

Seit gut vierzig Jahren wird diese Methode weltweit angewandt, überprüft und weiterentwickelt. In Deutschland hatte sie großen Einfluss auf das interdisziplinäre Projekt ATLAS (Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache) von 1988 bis 1992 an der TU Berlin (vgl. Boehm et al. 1994) und findet seither Verbreitung in den Sozialwissenschaften.

### **3.2 Qualitative Methoden in der Pflegewissenschaft**

Die Pflege kranker, behinderter, junger oder alter Menschen ist im Kern immer ein zwischenmenschlicher und damit ein sozialer Interaktionsprozess. Jede einzelne Pflegemaßnahme mit engem physischen Kontakt zum Patienten ist handlungs- und erlebnisorientiert. Die Therapieplanung und -durchführung im Rahmen des Pflegeprozesses ist prozessorientiert. Die dazu notwendige Beziehungsarbeit (vgl. Peplau 1995, 292, 298) unter allen Beteiligten ist ebenfalls prozessorientiert, mit erlebnis- und handlungsorien-

tierten Aspekten. Jede Handlung als Interaktion wird strukturiert durch die emotionale und erlebnisorientierte Welt des handelnden Individuums (vgl. Flick 1996, 28-42). Somit beinhaltet die Forschung in der Pflege eine handlungsorientierte, erlebnisorientierte und prozessorientierte Komponente.

In der Pflege wird u.a. der Begriff der Patientenorientierung favorisiert. Damit ist gemeint, das Handeln in der Pflege mit dem Patienten gemeinsam abzusprechen. Der Patient als Mensch weiß am besten, was für ihn gut ist, welche Bedürfnisse er hat. Das bedeutet in der Konsequenz, auf der Grundlage seiner Bedürfnisse seine individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe zu ermitteln. Der Anspruch, einen Patienten ernst zu nehmen, beinhaltet ihn so anzunehmen wie er ist, wie er seine Welt sieht. Um diese subjektiven Aspekte zu erforschen, bedarf es qualitativer Methoden. Denn es geht hierbei nicht primär um die Auszählung von Häufigkeiten bestimmter Variablen, die der Forscher aufstellt und abfragt. Hier geht es um den Anspruch, die subjektive Wirklichkeit in Erleben und Handeln eines Individuums im Kontext von Interaktion zu erfassen. Dies gilt gleichermaßen für Patienten, Pflegende und Ärzte.

Die subjektiv beschriebenen Wirklichkeiten der einzelnen Individuen liefern dem Forscher Daten zur Analyse. Sie werden im Anschluss an die Kodierung und Kategorisierung zueinander in Beziehung gesetzt. In unterschiedlichen Abstraktionsgraden werden die Kategorien aufbereitet und mit ihnen nach einem Handlungs- bzw. Interaktionsmuster gesucht. Man erhält für jedes Individuum ein subjektives Interaktionsmuster. Die individuellen Muster werden miteinander verglichen. Dabei wird in verschiedenen Abstraktionsgraden wiederum gezielt nach Gemeinsamkeiten/Analogien und Unterschieden gesucht. Als nächster Schritt wird exploriert, ob durch weitere Abstraktion ein übergeordnetes integratives Muster erkennbar wird, in dem die Kategorien der individuellen Muster Dimensionen des Handelns bilden.

Zurückgeführt zur Praxis im Untersuchungsfeld bieten bereits die individuellen Muster den Handelnden die Möglichkeit ihre Interaktion zu reflektieren. Sie erhalten Erkenntnisse und Orientierung über die Prozesse der Interaktion

und die Möglichkeit, sowohl individuell, aber auch in der Gruppe und im interdisziplinären Team zu lernen. Ziele dieses Lernens sind Zeitersparnis und Steigerung der Versorgungsqualität sowie der Zufriedenheit aller Beteiligten.

Im vorherigen Abschnitt wird bereits auf die Verbindung von Pflege mit der Grounded Theory hingewiesen. In den letzten fünfzehn Jahren hat diese Methode im deutschen Sprachraum Einzug in die Pflegeforschung gehalten.

Besonders hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten von BOSCH (1998), KESSELRING (1994), OHM (1997), OEHMEN (1999) und HALLER (2000). In den Studien geht es um das Verstehen von Situationen und Phänomenen, zu denen es bis dahin wenige Erkenntnisse gab.

### **3.3 Auswahl der Forschungsmethode Grounded Theory**

Über die Interaktion im Beziehungsdreieck im Feld der Krankenhäuser gibt es bisher wenig Erkenntnisse und Informationen. Aus diesem Grund wurde die Forschungsfrage, wie Patienten, Pflegende und Ärzte im Beziehungsdreieck interagieren, sehr allgemein gehalten. Auf der Suche nach einer geeigneten Methode kristallisierte sich beim Literaturstudium die Methode der Grounded Theory als die geeignetste heraus.

Sie ist die einzige Methode, die die Bearbeitung einer allgemeinen, weit gefassten Fragestellung zulässt und sich deshalb zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage eignet.

Die o.a. Vorüberlegungen verweisen ebenfalls auf die Grounded Theory, an der Stelle aber nicht in Bezug zum Fokus der Fragestellung, sondern als geeignete Methode zur Erforschung von Interaktionsprozessen. Somit gründet sich die Wahl der Forschungsmethode auf „zwei Säulen“.

Die Methode der *Grounded Theory* als Auswertungsmethode bietet in ihrer Eigenart eine handlungs- und interaktionsorientierte Methode zur Erforschung von Phänomenen bei Individuen, Gruppen oder Kollektiven. Handlung und Interaktion sind prozessual, zweckgerichtet, zielorientiert, sie werden mittels Strategien vollzogen (vgl. Strauss/Corbin 1996, 83). Dabei nutzt die *Grounded Theory* zur Auswertung der Daten ein paradigmatisches Mo-

dell, das in stark vereinfachter Form (Strauss/Corbin 1996, 78) an nachfolgender Stelle übernommen wird.

Abb. 6: Vereinfachtes paradigmatisches Modell zur Datenanalyse (Strauss/Corbin 1996, 78)



Im Zentrum des paradigmatischen Modells steht das **(B) PHÄNOMEN**, z.B. die Situation die beschrieben oder beobachtet wird. Ist die **(A) URSÄCHLICHE BEDINGUNG**, die zu der Situation geführt hat. Als wichtiger Bestandteil ist der **(C) KONTEXT** eines Phänomens zu nennen. Erst im Zusammenhang des Phänomens mit der Lebenswelt des Individuums wird die personengebundene Sinnhaftigkeit im subjektiven Erleben eines Individuums deutlich. Diesem Kontext entstammen dann wieder die **(D) INTERVENIERENDEN BEDINGUNGEN**, die ein Individuum dazu veranlassen zu reagieren oder nicht zu reagieren. Es wird eine **(E) HANDLUNGS- und INTERAKTIONALE STRATEGIE** erarbeitet, die **(F) KONSEQUENZEN** nach sich zieht.

### 3.4 Gütekriterien in der qualitativen Forschung

Die Gütekriterien quantitativer Forschung, Objektivität, Reliabilität und Validität lassen sich nicht auf qualitative Forschung übertragen. Im Laufe der Entwicklung qualitativer Methoden wurden Gütekriterien gefordert, entwickelt und verfeinert. LINCOLN & GUBA (1985), LEININGER (1985), PATTON (1990) und STEINKE (2000) sind hier als renommierte Autoren zu nennen, die sich mit Gütekriterien qualitativer Forschung auseinandersetzen. HALLER (2000) hat einige dieser Kriterien für die Methode der Grounded Theory überprüft. Die Methode selbst erfüllt mit mehreren strategischen Maßnahmen während der Auswertung den von LINCOLN & GUBA (1995) aufgestellten wichtigsten Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Steigerung der Übertragbarkeit, Steigerung der Nachvollziehbarkeit. Somit sichert bereits die Anwendung der Methode die Qualität der Ergebnisse ab. Darüber hinaus übertrifft die Grounded Theory

als universeller Forschungsstil von sozialen Strukturen und Prozessen die Kriterien einer Forschungsmethode bei weitem (vgl. Haller 2000, 28ff).

### 3.5 Forschungsdesign

Das Anliegen dieser Arbeit beinhaltet eine möglichst multidimensionale Datensammlung innerhalb des Beziehungsdreiecks durch Methodentriangulation, die ebenfalls ein Gütekriterium qualitativer Forschung darstellt. Deshalb werden folgende Erhebungsmethoden miteinander kombiniert. Die folgende Auflistung spiegelt nicht die Reihenfolge im Vorgehen der praktischen Datensammlung wieder.

- **Interview** situativ-narrativ; das heißt: es wird dazu aufgefordert, eine erlebte Interaktions-Situation aus eigener Sicht mit eigenen Worten frei zu erzählen.
- **Beziehungsskulptur** in Anlehnung an die *Heidelberger Struktur-Legetechnik* (SLT) (vgl. Scheele/Groeben 1988, 34-82; Dann/Krause (1996, 66) und in Anlehnung an die Familien- und Organisationsaufstellung nach SATIR in der Systemischen Therapie (vgl. Satir/Baldwin 1989, 192f; König/Vollmer 1997, 119-126).
- **Assoziationstechnik** (in Anlehnung an die *Theorie der assoziativen Nähe* (vgl. Lamnek 1995, 195). Dazu wird die Theater-Metapher als **Rollenzuschreibung** in Anlehnung an das *dramaturgische Modell* von GOFFMANN (vgl. Forgas 1995, 63) genutzt. Ebenfalls fließen hier Elemente der Deutungsmusteranalyse (Metapheranalyse) nach WIEDEMANN (1984, 212ff) ein.

Wird von dem Probanden der narrative Anteil einer Frage beendet, lehnt sich die daran anschließende Erhebungsphase zu Aussagen dieser Interviewfrage an das problemzentrierte Interview nach WITZEL an (1985, 227ff). Das heißt: Einzelne Aussagen werden paraphrasiert und als problemzentrierte Frage dem Probanden zurückgegeben.

In der Arbeit werden folgende Elemente des problemorientierten Interviews nach WITZEL (a.a.O.) aufgenommen:

- Einzelfallbeschreibung (Element der Fallanalyse)
- Biografische Entwicklung (Element der biografischen Methode)
- Elemente der Erzählungs- und verständnisgenerierenden Kommunikationsstrategien (allgemeine Sondierungen, spezifische Sondierungen und Ad-hoc-Fragen).

Die Triangulation von unterschiedlichen Methoden zur Datenerhebung erhöht zusätzlich die Credibility/Glaubwürdigkeit (vgl. Strauss 1994, 27; Flick 1996, 249f; Haller 2000, 33; Polit/Hungler 1999, 428; Patton 2002, 247f; Denzin/Lincoln 1994, 214ff).

### **3.5.1 Der Interviewleitfaden**

Im Folgenden ist beispielhaft der Interviewleitfaden für Patienten angeführt. Er wurde situativ der jeweils interviewten Person angepasst. Es handelt sich dabei um den ersten Leitfaden. Im Verlauf der Datensammlungen wurde dieser durch zusätzliche Aspekte und Fragen erweitert, die als Ergebnisse der Zwischenauswertung der bereits erhobenen Daten entstanden waren.

#### **Eingangsfrage:**

Sie als Patient/in machen während Ihres Krankenhausaufenthaltes Erfahrungen. Sie erleben Situationen zwischen sich und den Ärzten und Pflegenden. Beschreiben Sie bitte Ihren Eindruck zu den Beziehungen zwischen Ihnen, Pflegenden und Ärzten! Was fällt Ihnen dazu ein?

#### **Leitfaden:**

##### Biographie:

- Wenn Sie an Ihre Krankenhausaufenthalte zurückdenken, entdecken Sie bei sich eine Entwicklung oder Änderung in Ihrer persönlichen Einstellung oder Einschätzung zu Situationen zwischen Patient, Pflegenden und/oder Ärzten?

### Fallbeschreibung

- Erinnern Sie sich an ein Ereignis oder an eine Situation, durch die Sie Ihre innere Haltung und Meinung zu Pflegenden und/oder Ärzten grundlegend geändert haben? Was haben Sie erlebt?

### Beziehungsmuster

- Entdecken Sie im Krankenhausalltag vielleicht Regelmäßigkeiten im Umgang mit Pflegenden und/oder Ärzten? Wie erleben und bewerten Sie solche Situationen?

### Schlüsselqualifikationen

- Welche besonderen Fähigkeiten sollten Pflegende und/oder Ärzte Ihrer Meinung nach im Umgang mit Patienten besitzen?

### Rollen

- In unserem Alltag leben wir verschiedene Rollen. Stellen Sie sich das Krankenhaus einmal als Theater vor. Welche Rollen schreiben Sie den einzelnen Akteuren des Beziehungsdreiecks zu. Ich nenne Ihnen jetzt jeweils eine Rolle, und Sie geben spontan eine der Personen Patient, Pflegende oder Arzt an, der Sie diese Rolle am ehesten zuschreiben würden.

- Regisseur
- Dramatiker
- Beleuchter
- Opfer
- Harlekin
- hilfsbedürftiges Kind
- Souffleuse
- der Böse/Täter
- der Retter/der Gute
- Bühnenbildner
- der Weise/der Vater
- barmherzige Mutter

- Sehen Sie noch andere Rollen, die zu einer der drei Personengruppen passen würden?
- In welcher Rolle sehen Sie sich als Patient/in?

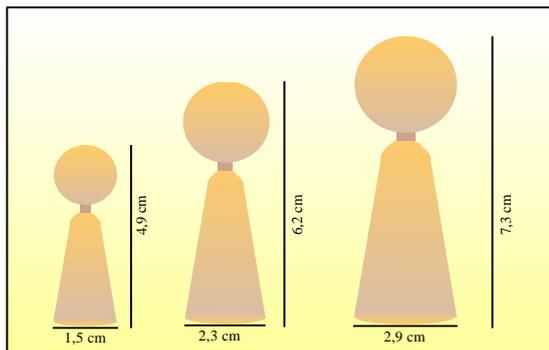
### Unterstützung/Hilfe:

- Benötigen Sie irgendeine Form der Unterstützung?
- Benötigen Sie irgendeine Form der Unterstützung im zwischenmenschlichen Umgang im Krankenhaus?
- Wie oder durch wen holen Sie sich Unterstützung?
- Warum holen Sie sich Unterstützung?

### 3.5.2 Hilfsmaterial zur Datenerhebung und -aufbereitung

Zur Aufstellung der Skulptur darf der Interviewpartner drei aus neun Figuren wählen. Die Figuren bestehen aus Holz und ähneln Spielhütchen. Sie wurden für diese Arbeit angefertigt.

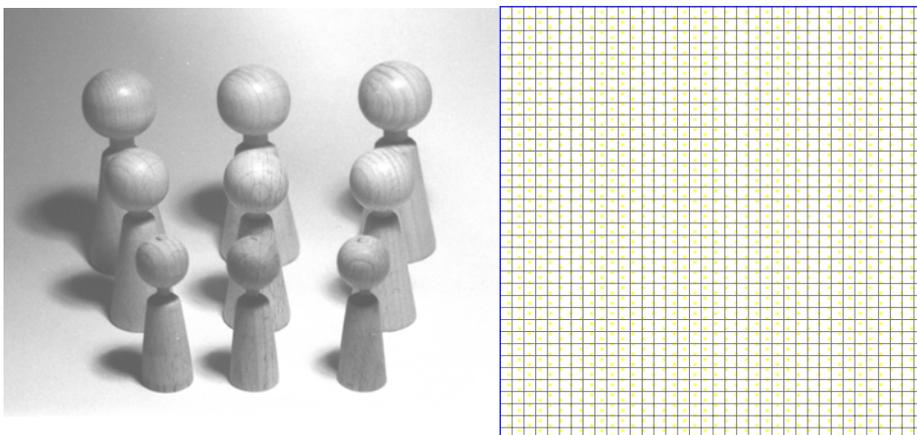
Abb. 7: Die schematische Darstellung der Skulpturfiguren.



Die neun Figuren bestehen aus 3 mal 3 gleich großen Exemplaren. Damit ist dem Interviewpartner die Möglichkeit gegeben zwischen  $3^3=27$  Größenkonstellationen unter den drei Personengruppen in der Skulptur zu wählen.

Die unten stehende Abbildung zeigt die neun Holzfiguren für die Beziehungsskulptur. Vor dem Interview stehen diese allerdings nicht so gleichförmig auf dem Tisch, sondern in zufälliger Konstellation, um den Interviewpartner nicht zu beeinflussen.

Abb. 8: Die neun Figuren zur Erstellung der Skulptur und das Feld zur Aufstellung (Im Verhältnis zueinander nicht maßstabsgetreu)



Die quadratische Form des Beziehungsfeldes lässt ein Drehen des Blattes zu. So können „Beziehungen“ der Skulptur von allen Seiten betrachtet werden, ohne dass sich das Beziehungsfeld in seiner Ausdehnung (Länge vs. Breite) ändert. Die bekannten Rechenkästchen wirken vertraut und erleichtern eine Orientierung auf dem Feld.

### **3.5.3 Der Feldzugang**

Der Zugang zum Feld gestaltete sich nicht einfach. Es wurden 2 Supervisoren aus dem Gesundheitswesen, 12 Pflegedienstleitungen und 12 Klinikdirektoren angeschrieben. Von den 12 Pflegedienstleitungen antworteten 2, ebenso 2 Klinikdirektoren. Es fand jeweils ein Vorstellungsgespräch statt, in dem die Unterstützung zugesagt wurde. Zum Teil war die Terminabsprache zum Interview sehr schwierig. In einem Fall kam es zu drei Terminabsprachen mit einem Arzt, die jeweils eine Stunde vor dem Termin abgesagt wurde. Nach dem dritten Scheitern kam die vereinbarte Rückmeldung zur neuen Terminabsprache nicht mehr. Auf diesem offiziellen Weg kam es nur zu zwei Interviews mit den Supervisoren, zu zwei Interviews mit Pflegenden und zu den drei Interviews mit den Patienten. Insgesamt gestaltete sich die verbindliche Terminabsprache als äußerst schwierig. Termine wurden mehrmals auf Wunsch der Interviewpartner verschoben und dann abgesagt.

Über informelle Kontakte der ersten Interviewpartner kam es zu den übrigen Interviews. Diese Terminabsprachen wurden eingehalten.

Die Interviews fanden in den Büros der Ärzte, in Büros der Pflegedienstleitungen, in den Büros der Supervisoren und in Patientenzimmern statt. Es wurde darauf Wert gelegt, dass es sich um ein Vier-Augen-Gespräch handelte. In einem Fall waren der Patient und seine Ehefrau anwesend, weil der Patient dies wünschte.

Entgegen vorherigen Planungen erfolgte die Untersuchung wegen der schlechten Resonanz auf die offiziellen Anfragen an einer Gelegenheitsstichprobe.

Auswahlkriterien des Samples der Interviewpartner waren:

- keine ehemaligen oder jetzigen Kontakte zur eigenen Klinik des Untersuchers
- mindestens 3 Jahre Berufserfahrung der Ärzte und Pflegenden
- mindestens 3 Krankenhausaufenthalte der Patienten vor dem Interview
- Varianz: Jeder Interviewpartner musste einem anderen Setting entstammen.

Tabelle 1: Daten zu den Interviewpartnern

Personengruppe	Alter	Familienstand	Beruf/Qualifikation/Erfahrung	Tätigkeit
Supervisor1	58	verheiratet	Psychologe, Supervisor	freiberuflich, Supervision im Khs
Supervisor2	41	ledig	Diplom-Theologe, Supervisor	Khs-Seelsorge, freiberuflich Supervision im Khs
Ärztin1	30	verheiratet	Neurologie, Innere Medizin Notfallmedizin	Khs-Neurologie
Arzt2	39	verheiratet	Chirurgie	Khs-Chirurgie
Arzt3	41	verheiratet	Innere Medizin	Khs-Innere Medizin
Patientin1	33	ledig	Diplom-Psychologin	angestellt
Patient2	57	verheiratet	LKW-Fahrer	angestellt
Patientin3	51	verheiratet	Kaufmännische Angestellte	angestellt
Pflegender1	28	ledig	Krankenpfleger, Innere Medizin, Chirurgie	Dermatologie
Pflegender2	23	ledig	Krankenpfleger Chirurgie, Innere Medizin	Orthopädie
Pflegende3	53	verheiratet	Krankenschwester, Innere Medizin, Chirurgie	Orthopädie

### 3.5.4 Die Praxis der Datenerhebung

Zunächst werden die Interviewpartner begrüßt und um die Genehmigung des Tonmitschnitts gebeten. Die schriftliche Vereinbarung dazu wird auf einem Datenschutzblatt zur gegenseitigen juristischen Absicherung getroffen. Dann

wird der Interviewpartner gebeten, den Kurzfragebogen zu seiner Person zu beantworten.

1. Zuerst wird der Interviewpartner aufgefordert, das Beziehungsdreieck Patient-Pfleger-Arzt als Beziehungsskulptur aufzustellen und zu begründen, indem er die Stellung und die damit symbolisierten Beziehungen innerhalb der Triade subjektiv beschreibt. Sie dient dem Zweck, das gesprochene Wort bildlich zu begleiten, bzw. dem Gedankengang des Interviewpartners visualisierend Orientierung zu geben (interne Validierung). Die Beziehungsskulptur wird auf dem Beziehungsfeld dokumentiert (siehe dazu Kapitel 3.5.2).
2. Das eigentliche Interview beginnt mit der offenen Eingangsfrage. Der Interviewpartner ist darin frei, ihm wichtige Aspekte zu nennen (narrativer Anteil). Ergibt sich eine Aussage, die zu weiteren Fragen des Leitfadens passen, wird die jeweilige Antwort nach Abschluss des narrativen Teils des Probanden paraphrasiert vom Interviewer zurückgegeben, und gleichzeitig werden zusätzliche, weiterführende Aspekte aus dem Interviewleitfaden erfragt.
3. Nach Beendigung des narrativen Teils, werden noch offene Fragen aus dem Leitfaden problemfokussierend gestellt (problemzentrierter Anteil).
4. Als standardisierter Teil des Interviews werden die Rollen in Form der Theater-Metapher assoziativ erfragt. Die Rollen werden vorgegeben und die Interviewpartner werden gebeten, jeder Rolle spontan einer Person der Triade zuzuschreiben. Dabei ist auch die Möglichkeit zugelassen, einzelnen Rollen keiner Person zuzuordnen, wenn sie als nicht passend empfunden werden. Nach Komplettierung der Personenzuweisung an die Rollen werden diese vom Interviewer wiederholt, und er bittet um eine Begründung/Erklärung zu jeder Personenzuweisung. Diese Methode dient noch einmal der internen Validierung der Daten.

5. Zum Abschluss des Interviews wird der Interviewpartner aufgefordert, die zu Beginn gestellte Skulptur zu überprüfen, gegebenenfalls neu zu postieren und eine Erklärung dazu abzugeben.

Abgesehen von der Eingangsfrage ist die Reihenfolge der einzelnen Fragen, beziehungsweise die Gestaltung des Interviews nicht festgelegt, sondern sie orientiert sich situativ am Interviewprozess. Dabei hat der narrative Anteil Vorrang vor den anderen Fragetechniken. Der Interviewleitfaden dient als Orientierung und roter Faden des Interviews. Neue sich ergebende Fragen aus den bereits ausgewerteten Interviews werden in die Interviewleitfäden integriert. In thematisch passenden Interviewsituationen werden diese Fragen gestellt. Sollten sich dazu keine Situationen ergeben, werden sie gegen Ende des Interviews einzeln abgefragt.

Während des Interviews wird ein Kontextprotokoll erstellt, um nonverbale Aspekte zu dokumentieren. Das Kontextprotokoll enthält Pausen, Betonungen, Sprachbesonderheiten, Mimik, Gestik.

Nach Beendigung des Interviews wird ein Postskriptum über die Situation des Interviews angefertigt. In ihm werden Eindrücke, Atmosphäre und Gefühle des Interviewers während der Erhebung festgehalten.

Die Interviews dauerten zwischen 20 und 80 Minuten. Ein Interview wurde nach 20 Minuten abgebrochen, da keine neuen Informationen von dem Interviewpartner zu erhalten waren. Er verstand die Fragen nicht.

### **3.5.5 Ethische Aspekte der Datenerhebung**

Neben den zuvor genannten technischen Aspekten der Datenerhebung ist die Sensibilität des Interviewers während des Interviews von hoher Bedeutung. In den Patienteninterviews sollte die Aufmerksamkeit darauf ausgerichtet sein, die Patienten in der Interviewsituation nicht zu überfordern. Außerdem ist jede Art von Bedrängung des Patienten, eine Aussage zu erhalten zu vermeiden. Zum Schutz des Patienten und seiner Interessen hat dieser die Möglichkeit, sich bestimmten Fragen oder Erhebungstechniken zu verweigern, oder das Interview abubrechen. Darauf wurde dezidiert hingewiesen.

Die Auswahl der Interviewpartner aus der Personengruppe der Patienten erfolgt in Absprache mit den Pflegenden und den Ärzten einer Station.

Die Studie wurde am 23. August 1999 durch die Ethikkommission der Universität zu Köln genehmigt.

### **3.5.6 Die Datenaufbereitung**

1. Die Interviews wurden komplett transkribiert, um alle Nuancen zu erfassen. Es könnte sonst leicht passieren, dass ein zunächst unwichtiges Moment ausgeklammert wird, das bei einer späteren Revidierung an Bedeutung gewinnen würde. Der Transkription der Interviews wurde ebenfalls das Kontextprotokoll hinzugefügt, das auch das Postskriptum enthält.
2. Die Transkription erfolgt nach den Regeln aus dem Projekt ATLAS „Offene Interviews - Dokumentation, Transkription und Datenschutz“ März 1990, Technische Universität Berlin, Interdisziplinäres Forschungsprojekt (IFP 2/10). Die so aufbereiteten Daten genügen den Ansprüchen der computerunterstützten Analyse durch die wissenschaftliche Software Atlas/ti, die im Rahmen des Projekt Atlas entstanden ist. Dieses Programm, das die Methode der Grounded Theory unterstützt existiert mittlerweile in der Version 5 (Stand07/05). Für diese Arbeit wurde die Version 4.3 eingesetzt.

### **3.6 Datensammlung und Datenmaterial**

Zur Validierung des offenen Interviewleitfadens wurden die Interviews mit zwei Supervisoren (Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V.) geführt. Diese wurden nach dem Kriterium ausgewählt, dass die über eine mindestens fünfjährige Erfahrung in der Durchführung von Supervisionen in Krankenhäusern im Kontext des Beziehungsdreiecks verfügen.

Es folgten insgesamt zwölf Interviews, vier Interviews mit Patienten (von denen eins aus technischen Gründen nicht transkribiert werden konnte), drei mit Pflegenden und drei mit Ärzten operativer und internistischer Fächer. Da-

bei wurde darauf geachtet, dass alle in unterschiedlichen Abteilungen lagen/arbeiteten, um ein breites und inhomogenes Datenmaterial zu sammeln.

Die Interviews mit den Supervisoren und der Ärzte erfolgte in deren Büros. Die Patienten wurden während ihres Klinikaufenthaltes in ihren Zimmern interviewt. Die Mitpatienten wurden für die Zeit des Interviews gebeten, das Zimmer zu verlassen. Die Pflegepersonen wurden in ihren Kliniken, in Büros der Pflege interviewt. Bei allen Interviews wurde darauf geachtet, mögliche Störungen von außen im Vorfeld zu vermeiden.

Als weitere Datenquelle wurden während der Begleitung eines Reorganisations-Projektes im Verlauf eines Jahres 31 Feldnotizen angefertigt.

Während der Auswertungszeit wurden zusätzlich Fachzeitschriften nach themenverwandten Artikeln durchgesehen und zur potentiellen Nutzung im Forschungsprozess katalogisiert. Gleiches gilt für zwei beauftragte Literaturrecherchen durch die Informationsstelle (IVS) der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin in Köln, zu Beginn der Forschungsarbeit und eine Folgerecherche nach zweieinhalb Jahren.

Somit stand eine umfangreiche Datenmenge zur Auswertung zur Verfügung. Der Zeitraum der gesamten Datensammlung und –auswertung umfasste einen Zeitraum von gut vier Jahren.

### **3.7 Maßnahmen zur qualitativen Sicherung des Forschungsprozesses und der Daten**

Zur Planung des Forschungsprozesses und zur Validierung des methodischen Vorgehens fanden zwei Supervisionen mit Corry Bosch in Eindhoven statt. In weiteren Diskussionen mit weiteren Anwendern der Grounded Theory und Diskussionen in der „Kreativgruppe Qualitative Pflegeforschung“<sup>5</sup> von 1996 bis 2002 in Osnabrück wurde das Forschungsdesign gefestigt und das Vorgehen in der Datenerhebung und Auswertung in der Peer-Group erörtert.

---

<sup>5</sup> „Die Kreativgruppe Qualitative Pflegeforschung (KQP) ist eine freie, nicht institutionsgebundene Denk-, Lern- und Entwicklungsgruppe, die es sich zur Aufgabe macht, allen an qualitativer Pflegeforschung Interessierten ein Forum zur Diskussion, Darstellung und Unterstützung zu bieten.“ (zitiert nach: „Mitteilungen“. Pflege, Band 9, 1996, Heft 2, S.155)

Die Interviews wurden nach den ATLAS-Regeln transkribiert, in das Programm ATLAS-ti übernommen und dort kodiert. Bei Kodierung der ersten drei Interviews (Patient, Pflegender, Arzt) ging es darum, in einer Feinanalyse alle interessanten Aussagen festzuhalten. Im Anschluss an die Analyse der ersten drei Interviews fand eine Codierung durch eine zweite Person mit Grounded Theory Erfahrung statt. Die Übereinstimmung der Kodierung betrug 92%. In einer 3-tägigen Interraterdiskussion wurden anschließend die Daten geclustert (in Code-Families zusammengefasst) und mit neuen Konzepten versehen.

Während dieser Phase kristallisierten sich Schwerpunkte innerhalb des ersten Interviews heraus.

Bei den Analysen weiterer Interviews entstanden ebenfalls interview-spezifische Schwerpunkte. Auf den ersten Blick schienen die Themen und Schwerpunkte der Interviews keine Gemeinsamkeiten aufzuweisen.

Es stellten sich neue konkretisierende und weiterführende Fragen für die nächsten Interviews. Erste theoretische Ideen wurden als theoretische Notizen (Memos) festgehalten. Gedankenblitze zur Thematik wurden dokumentiert und in Forschungssupervisionen diskutiert. Im Untersuchungsfeld wurden während der täglichen Arbeit Interaktionen zwischen den beteiligten Gruppen beobachtet und in Feldnotizen dokumentiert.

Immer wieder gab es Phasen in der Auswertung, in denen sich wenig zu bewegen schien, d. h. Verbindungen zwischen den Konzepten der einzelnen Interviews nicht direkt sichtbar waren. Diskussionen mit Forschern und Arbeitskollegen und die Auswertungen der nächsten Interviews brachten neue Sichtweisen zu einzelnen Aspekten der Thematik, die weiter führten.

Durch das Studium von theoretischer und pflegefachlich-praktischer Literatur, den Feldbeobachtungen und Diskussionen mit Kollegen und Forschern flossen neue Aspekte in die Betrachtung ein. In den unterschiedlichen Abstrakti-

onsgraden der Codes und Kategorien wurden Verbindungen und Gemeinsamkeiten sichtbar.

Nach der Analyse jedes Interviews wurden die bereits ausgewerteten erneut vollständig durchgelesen, um nach übersehenen oder neuen Aspekten Ausschau zu halten. Ebenso dient das „Lesen am Stück“ dazu, jedes Interview erneut in seiner Gesamtheit wahrzunehmen. In den einzelnen Auswertungsschritten, die immer ein Springen in den Forschungs- und Auswertungsphasen beinhalteten, konkretisierten sich die Ergebnisse. Die Verbindungen ließen Kategorien zu Kernkategorien verschmelzen und in jedem Interview eine Analogie zu den ersten drei Interaktionsmustern erkennen.

Die Aufstellung der Skulptur zeigte in allen Interviews Parallelen zum Gesagten. Die Beschäftigung mit der Thematik durch das Interview führte in der abschließenden Skulptur zu einer Veränderung in der Wahrnehmung und Beurteilung des Beziehungsdreiecks Patient-Pflegender-Arzt durch den Probanden. Die Theatermetapher bestätigte ebenfalls das Gesagte und führte zu zusätzlichen Informationen.

Ein Patient konnte seine Skulptur nicht mit Worten erklären. Im Verlauf des Interviews bestätigte er mit seinen Aussagen exakt seine Aufstellung, was er selbst nicht bemerkte. Vier Interviewpartner nutzten zusätzlich die Figuren, um ihre gesagten Worte während des Interviews visuell zu unterstützen. Des Weiteren konnte durch die Skulptur die Validität der Daten durch den Probanden selbstreflektiv erhöht werden. Alle Interviewpartner bestätigten ihre anfängliche Skulptur und korrigierten sie nach Abschluss des Interviews mit den Worten, dass sie jetzt nach der gedanklich/sprachlichen Beschäftigung mit der Thematik die Beziehungsebene anders wahrnahmen.

### **3.8 Das Codieren**

Vor der Codierung wurde jedes Interview als Ganzes gelesen, um einen Gesamteindruck des Gesagten zu bekommen. Der nächste Schritt beinhaltet die Feinkodierung. Dies bedeutet, dass jede Aussage, die wichtig/aussage-

kräftig erschien kodiert wurde. Nach der Feinkodierung wurde das Interview nochmals als Ganzes gelesen, um den Gesamteindruck zu überprüfen. Die ersten drei Interviews wurden nach diesem Schema bearbeitet. Für die weiteren Interviews wurde am Vorgehen nur die Feinkodierung durch die selektive Kodierung ersetzt.

Es ergab sich für die ersten drei ausgewerteten Interviews eine Anzahl von 741 Codes (315 Codes für Patient I, 264 Codes für Pfleger I und 152 Codes für Arzt I). In einer Interraterdiskussion wurden diese Codes verglichen und diskutiert. In einem nächsten Schritt wurden diese geclustert bzw. kategorisiert und mit einem weiteren Konzept versehen. So entstanden 76 vorläufige Kategorien (Code-Families). In weiteren Arbeitsschritten wurden diese anhand der Interviews umstrukturiert und zu 35 Kategorien zusammengefasst, ohne sie zueinander in Beziehung zu setzen.

In der Analyse weiterer Interviews wurde neben Hinweisen zu den bisherigen Kategorien der Fokus auf die Suche nach neuen oder konträren Äußerungen gelegt. So entstanden Codes, die den vorhandenen Kategorien zugeordnet werden konnten oder neue Kategorien bildeten.

### **3.9 Zusammenfassung**

In dem vorliegenden Kapitel wurden das Material und die Methode der empirischen Arbeit hergeleitet und begründet. Die Grounded Theory ist mehr als eine Methode, sie ist ein Forschungsstil, der auf einen Evaluationszeitraum durch Anwender von 40 Jahren zurück blicken kann. In der Pflegewissenschaft findet sie zunehmend Verbreitung. Sie eignet sich besonders zur Untersuchung von Sozialen Prozessen und Strukturen. Sie eignet sich dazu, soziale Phänomene zu untersuchen und einer Erklärung zuzuführen.

Die Einhaltung von Gütekriterien qualitativer Forschung durch die Methode wurde aufgezeigt. Sie trägt in einer glaubwürdigen Form einer Vielzahl von Gütekriterien Qualitativer Forschung Rechnung. Sie wird nicht nur als eigene Methode genutzt, sondern hat sich derart in der Forschung bewährt, dass sie z.B. auch in der Biographieforschung eingesetzt wird.

Zur Begründung des Methodenteils der Arbeit konnte zu einem großen Teil die gleiche Literatur verwendet werden, die auch den theoretischen Teil der Arbeit untermauert. Dieser Tatbestand belegt zusätzlich, dass die Methode zum Forschungsgegenstand passt.

Zur Datenerhebung wurden verschiedene Methoden trianguliert. Dadurch wurde erreicht, dass die interne Validierung der Daten schon in der Erhebungsphase abgesichert wird.

Das Sample der Interviewpartner basiert auf einer Gelegenheitsstichprobe, da der Zugang zum Feld schwierig war und die Zuverlässigkeit der Interviewpartner stark schwankte. Es wurde darauf geachtet, die Varianz der Interviewpartner bezüglich ihrer Bedingungen im Feld (z.B. Fachabteilung, Erfahrungen und Sichtweisen) sicher zu stellen, um einen möglichst breit gefächerten Datensatz zu erhalten.