

4. Methode der Studie

Die qualitative Studie verfolgte zwei Ziele: zum einen die Aufdeckung der subjektiven Perspektiven und des Erlebens der an Shared Decision Making beteiligten Akteure (Interviewerhebung). Zum anderen diente sie als Begleitforschung und als qualitative Evaluation zur quantitativen Erhebung (Videoaufnahmen und teilnehmende Beobachtungen) mit dem Ziel, das Konstrukt SDM hinsichtlich seiner Validität und einer praxisnahen Implementierung im Feld zu analysieren.

Die Perspektive dieser beiden Fragestellungen pendelt also zwischen Innensicht und Außensicht auf das Konstrukt SDM: die Innensicht als eine subjektive Darstellung der Akteure und derer Vorstellungen von SDM – was bedeutet eine gemeinsame Entscheidungsfindung für die Beteiligten? Die Außensicht markiert demgegenüber die Forschungsperspektive: Wann und unter welchen Bedingungen kommen Entscheidungen im Feld zustande?

4.1 Qualitative Evaluation

Eine qualitative Evaluationsstudie ist in ihrem Vorgehen pragmatisch und an den jeweiligen Forschungsgegenstand und dessen Umgebungsbedingungen geknüpft (Patton, 1990).

Von Kardorff definiert qualitative Evaluation dabei folgendermaßen (von Kardorff, 2003, S.239):

„Evaluation lässt sich als wissenschaftliche Antwort auf folgende Herausforderungen verstehen:

1. Sie überprüft Wirksamkeit, Effizienz und Zielerreichung politischer, sozialer und ökologischer Programme, Maßnahmen, Modelle und Gesetze, pädagogischer und therapeutischer Interventionen, sozialer, kultureller und technischer Innovationen sowie Organisationsveränderungen in komplexen und sich beständig ändernden Umwelten.
2. Ihre Ergebnisse sollen Entscheidungs- und Planungshilfen liefern und aus der Sicht des Auftraggebers zu verbesserter Steuerung, höherer Rationalität und verbesserter Qualität von Angeboten beitragen sowie Argumente für eine legitime Durchsetzung von Zielen und Interessen liefern [...]
3. Evaluation soll erwünschte gesellschaftliche und organisationsinterne Veränderungen und Lernprozesse anregen, dokumentieren und begleiten [...]
4. Schließlich soll Evaluation im Sinne entdeckender Sozialforschung neue Erkenntnisse zu einem vertieften Verständnis der untersuchten Bereiche beisteuern [...].“

In einem Forschungsprozess, in dem ein neuer Forschungsgegenstand untersucht werden soll, beginnt man idealerweise mit einer qualitativen Vorstudie zur Exploration der Studienbedingungen. Daraus werden Fragebögen, Interventions- und Evaluierungsinstrumente entwickelt, die in einer Pilotphase überprüft werden.

In dem vom BMGS initiierten Modellprojekt stand das Ziel der Untersuchung schon von Beginn an fest: die Implementierung von SDM in die medizinische Praxis. Bereits der Titel „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ war somit Programm. Die qualitative Untersuchung erforschte erst im Nachhinein das Konstrukt und dessen Bedingungen und begleitete die Interventionsstudie in ihren Entwicklungsschritten.

Durch die Installierung des Projektes veränderte sich jedoch das zu untersuchende Feld. Zum Beispiel hatte ich den Eindruck, dass aufgrund meiner Anwesenheit in der Frühbesprechung das Thema „Patientenwunsch“ besonders häufig angesprochen wurde.¹

Qualitative Evaluation stößt niemals auf einen störungsfreien Ablauf, die Vorstellung eines quasi-experimentellen Designs: Erhebung – Intervention – Erhebung, ist in einer natürlichen Umgebung wie der des Untersuchungsfeldes eine Utopie. Vielmehr verändern sich die Bedingungen für die Untersuchung fortlaufend. Beispielsweise wurden die Aufklärungsgespräche durch die Studie beeinflusst, indem der Darstellung von Wahlmöglichkeiten mehr Beachtung geschenkt wurde. Die ständige Präsenz von drei Psychologinnen im Rahmen der Studie veränderte die psychoonkologische Betreuungssituation für Brustkrebspatientinnen auf Station. Somit gab es eine Reihe von Veränderungen allein schon durch die Initiierung der Studie. Diese wurden nicht immer freudig begrüßt, sondern häufig auch mit Misstrauen betrachtet. Das mag daran gelegen haben, dass sie die Alltagsroutinen störten, Abläufe veränderten und Gewohntes in Frage stellten. Das Studiendesign wurde als „Schreibtischfassung“ diskreditiert, welche wenig Expertise aus der Praxis berücksichtige.

Kardorff nennt in diesem Zusammenhang folgende Merkmale der Evaluation in Sozialforschungen (nach v. Kardorff, 2003, S.240ff):

- Evaluation trifft nicht auf ein stummes Objekt, sondern meist auf Organisationen und somit auf eine hohe Reaktanz gegenüber der Evaluation.
- Evaluation wird meist selbst zu einem Moment der Veränderung – damit hat der Prozess der Evaluation meist mehr Gewicht als ihre Ergebnisse.
- Evaluation wird als kommunikativer Aushandlungsprozess zwischen allen Beteiligten verstanden, sie spielt eine aktive Rolle bei Veränderungen: Die Evaluation agiert als „change-agent“ (auch wenn die Ergebnisse nicht überschätzt werden sollten).
- Anstelle von im Voraus festgelegten Messzeitpunkten orientiert sich qualitative Evaluationsforschung eher an beobachtbaren Wendepunkten, Krisen und Widerständen im Projektverlauf, die als aussagekräftige und bedeutsame Daten gelesen werden können.
- Prozessorientierung hat Vorrang vor der Ergebnisorientierung, weil sie für die Lernprozesse der Implementierung, für Akzeptanzgewinnung und die Analyse von Fehlschlägen und Widerständen wichtige Hinweise zur Beurteilung, aber auch Weiterentwicklung der Maßnahmen liefert, nach Patton (1990, S.9; 1998, S.55): die Entdeckung des „Prozessnutzens“.
- Qualitative Evaluation zielt auf Spezifität und nicht unbedingt auf Generalisierbarkeit, deshalb spielen im Forschungsdesign lokalhistorische Aspekte, professionelle Milieus,

¹ Diese Aussage beruht allerdings auf reiner Spekulation, da ich keine Frühbesprechung ohne meine Anwesenheit als Vergleich habe.

Netzwerke der Mitarbeiter, lokale Machtkartelle, Besonderheiten örtlicher Geschichte und Tradition eine besondere Rolle.

- Qualitative Evaluation schließt eine Übertragung der Implementierung nicht aus, bindet sie aber an die jeweiligen Bedingungen im Feld.
- Das Forschungsdesign wird häufig mit Rückkopplungsschleifen angelegt, in Form eines rekursiven Lern- und Lehrprozesses.
- Evaluation steht unter Ergebnis- und Zeitdruck der Auftraggeber.

Ein besonderes Problem sieht von Kardorff in der Darstellung der Ergebnisse. Die Forschungsergebnisse sind rechtliches Eigentum der Auftraggeber, sie berühren gesellschaftlich und politisch kontroverse Felder; häufig haben die Auftraggeber „[...] Interesse an einer bestimmten Darstellung der Ergebnisse, in der z.B. Fehlschläge hervorgehoben oder vertuscht, geringe Erfolge beschönigt oder Akzeptanz herbeiformuliert werden sollen. Neben der Verpflichtung zu wissenschaftlicher Redlichkeit und Nachvollziehbarkeit, zum Datenschutz, zur Einwilligung in die Teilnahme und zur Verantwortung gegenüber den Untersuchten sind hier vor allem Fragen der Fairness, der Offenheit und die Verpflichtung zur Öffentlichkeit berührt, aber auch Aspekte der Parteilichkeit (advocacy) für nicht berücksichtigte Interessen in Programmen für Adressaten mit geringer Verhandlungsmacht angesprochen. Damit wird die Rolle des Begleitforschers zu einem schwierigen Balanceakt, der bereits beim Einstieg ins Feld und dem oft schwierigen Aufbau eines akzeptierten Vertrauensverhältnisses beginnt und erst mit Aushandlungsprozessen über Inhalte und Formen der Darstellung endet.“ (von Kardorff, 2003, S.247)

Die hier durchgeführte qualitative Studie musste gegenüber dem Auftraggeber unmittelbar keine Rechenschaft ablegen und besaß deshalb gewisse Freiheiten. Trotzdem wurde die Begleitforschung als ein Balanceakt zwischen unterschiedlichen Akteuren und damit auch unterschiedlichen Interessenlagen wahrgenommen (Patientinnen, Ärzte, Auftraggeber, Forschungsprojekte, vgl. Kap. 4.6).

4.2 Der qualitative Forschungsprozess

Die Erhebung zu den Prozessen gemeinsamer Entscheidungsfindung kann in unterschiedlicher Form durchgeführt werden. Wurde in früheren Untersuchungen häufig eine Analyse von Tonband- und Videoaufnahmen bevorzugt, wird in neueren Forschungen eher die Einschätzung der Patienten durch Fragebogen erhoben (Scheibler et al., 2003a; Elwyn et al., 2001b). Die subjektive Sichtweise und Bewertung der Akteure einer gemeinsamen Entscheidungsfindung rückt somit in den Mittelpunkt der Beurteilung einer SDM-Interaktion. Doch zweifeln die Autoren an der Aussagekraft der Fragebögen, da diese bislang viele inhaltliche und methodische Mängel aufweisen (Scheibler et al., 2003a; Simon et al., 2005).

Zunächst ist also zu klären, was die Befragten beurteilen, wenn sie angeben, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung stattgefunden habe. Beurteilen sie wirklich ein gemeinsames Abstimmen über eine Therapieentscheidung, oder beurteilen sie, ob ihre Bedürfnisse berücksichtigt wurden, sie eine vertrauensvolle Beziehung zum Arzt erlebten, eine nette Ge-

sprächsatmosphäre bestand oder eine kompetente Behandlung erfolgte? Elwyn gibt zu bedenken, dass Patienten, die bisher kaum oder gar keine gemeinsamen Entscheidungen von Arzt und Patient erfahren haben, auch nicht in der Lage seien, diese zu beurteilen (Elwyn, 2004). Fragestellungen dieser qualitativen Studie waren somit: Was verstehen die Patientinnen unter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, was wäre in einer Interaktion vonnöten, um gemeinsam entscheiden zu können? Dazu wurden die Betroffenen in einem Interview befragt, in dem sie über ihren Entscheidungsfindungsprozess bei der Brustkrebsbehandlung berichteten.

Des Weiteren wurde die Sichtweise der Behandler zum Konstrukt und dessen Umsetzung untersucht. SDM ist ein Konstrukt, das die Perspektive des Arztes als Gesprächsführer beschreibt. Er dirigiert das Gespräch, konstruiert die Themen und leitet eine gemeinsame Entscheidungsfindung ein (z.B. durch das Equipoise-Statement; Elwyn et al., 2000). Das heißt, die Rollenverteilung wird generell beibehalten und erfüllt somit die tradierten Erwartungen von Patient und Arzt. Somit besitzt die Perspektive der Ärzte zur gemeinsamen Entscheidungsfindung einen hohen Stellenwert, da sie die Interaktion maßgeblich definieren. Was verstehen sie unter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, was ist nötig, damit Patienten ihre Therapie mitentscheiden können, wo liegen Hindernisse des Konstruktes, welchen Vorteil bietet SDM für die Behandler? Gibt es ein Passungsverhältnis zwischen den Vorstellungen von Arzt und Patient zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und dessen Umsetzung?

Ein weiterer Zugang waren Experteninterviews zum Konstrukt von SDM bei Brustkrebs. Hierzu interviewte ich Experten, die sich im Besonderen mit der Thematik der Arzt-Patient-Interaktion bei onkologischen Patienten auseinandersetzen. Wie definieren sie eine Patientenbeteiligung und wie unterscheidet sich das Konstrukt SDM gegenüber anderen Interaktionsmodellen?

Als ein weiterer Zugang wurden Videoaufnahmen der Aufklärungsgespräche zwischen den Oberärzten und neu erkrankten Brustkrebspatientinnen erstellt und analysiert. Die Aufmerksamkeit richtete sich darauf, wie sich die konkreten Gesprächsverläufe darstellen, welche Themen besprochen werden, wer der Gesprächsführer ist und wie sich das Framing der Gespräche gestaltet.

4.3 Zugang zum Feld – die Datenbasis

In der qualitativen Studie wurden somit 19 Betroffeneninterviews, 6 Arztinterviews, 7 Experteninterviews und 12 Videoaufzeichnungen erstellt. Alle aufgenommenen Interviews wurden wortwörtlich transkribiert und im Computerprogramm atlas-ti (Muhr, 1997) eingegeben und analysiert. Ausgewertet wurden alle Betroffenen- und Arztinterviews sowie vier der Experteninterviews. Vier der Videoaufnahmen wurden transkribiert und auf einer inhaltlichen Ebene ausgewertet. Eine detaillierte Auswertung von zwei videografierten Aufklärungsgesprächen erfolgte im Rahmen einer Diplomarbeit (Klein, 2006).

4.3.1 Videoaufnahmen der Aufklärungsgespräche

Ich begann meine Forschungstätigkeit mit dem Erstellen der Filmaufnahmen von Aufklärungsgesprächen zwischen Oberärzten und Patientinnen. Diese Aufnahmen vermittelten einen konkreten Eindruck von der täglichen Aufklärungspraxis und bildeten den Ausgangspunkt meiner Untersuchung. Als Aufklärungsgespräch wurde das Gespräch mit dem Oberarzt definiert. Inhaltlich handelt es sich dabei in den meisten Fällen um die Planung der Operation am nächsten Tag. Als eine der ersten Erkenntnisse im Feld stellte sich jedoch heraus, dass zwar dieses Gespräch aufgrund der Entscheidungsbefugnis des Oberarztes die Weichen der primären Therapie stellt, dass aber daneben weitere Vor- und Nachgespräche mit den Patientinnen erfolgen. So ist das Vorwissen der neu erkrankten Patientinnen aufgrund diverser vorhergehender Gespräche sehr unterschiedlich. Einige der Frauen kamen mit einem sehr geringen Informationsniveau ins Aufklärungsgespräch und erkannten erst während des Gesprächs, dass sie an Brustkrebs erkrankt sind (Cap4), andere Frauen hingegen waren durch ihren niedergelassenen Gynäkologen oder durch andere Informationsquellen über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten bereits hinreichend aufgeklärt. Diesen Unterschieden im Vorwissen der Patientinnen steht eine recht zeitknappe und technische Aufklärung durch den Oberarzt gegenüber (Caspari et al., 2006).

Die zweite Beobachtung bezog sich auf die Organisation der Aufklärungsgespräche. Trotz vieler Bemühungen des medizinischen Personals konnte kein fester Zeitplan für die Gespräche installiert werden. Die Oberärzte führten die Gespräche im Anschluss an oder zwischen zwei Operationen durch. Diese Organisation hatte zur Folge, dass es zu Wartezeiten bei den Patientinnen kam, bzw. dass die Gespräche zwischengeschoben wurden und somit häufig von Unterbrechungen und Störungen gekennzeichnet waren. Eintragungen aus dem Forschungstagebuch verdeutlichen diese Situation:

„Ich funke den Arzt von Station an, ob ich bei einem Aufklärungsgespräch dabei sein könnte. Er sagt, er sei den ganzen Tag im OP, das wäre schlecht, aber ich könnte seine Kollegin auf der anderen Station fragen. Ich funke die Kollegin an, ob ich heute bei ihr bei Aufklärungsgesprächen dabei sein dürfte, sie sagt ja – aber erst, wenn die Oberärzte aus dem OP kommen, das könne in einer halben Stunde sein oder erst in zwei, drei Stunden, so sei das hier immer, da müsse man warten. Ich frage, ob es jemand gibt, der die Termine für Gespräche verteilt, dann könnte ich auch an einem anderen Tag. Nein, es gäbe keine Termine, sie ruft mich an, wenn es soweit ist, näher eingrenzen könne man das nicht. Ich warte im Zimmer und mache Literaturrecherche, warte auf den Anruf. Vier Stunden später gehe ich wieder auf Station, der Oberarzt bespricht sich mit den Ärzten. Ich frage dieselbe Ärztin, ob es jetzt bald losgehe, sie sagt, das kann man nicht genau sagen, es könne gleich losgehen oder noch lange dauern, sie hat mich aber nicht vergessen, sie wird mich anrufen, ich gehe wieder runter. Ich frage mich, wie machen das die Patientinnen?

Einige Stunden später, gegen 18.00 Uhr, gehe ich nochmals hoch, die Tür zum Arztzimmer ist zu. Draußen hängt ein Schild: ‚Bitte nicht stören‘. Ich gehe ins Krankenschwesternzimmer, dort sitzen zwei Schwestern, sie meinen, wenn ich bei den Gesprächen dabei sein will, solle ich klopfen, jetzt sei gerade eine Patientin drin. Ich setze mich davor, das Schild flößt mir Respekt ein, ich traue mich nicht zu klopfen. Die Schwester kommt vorbei, ob ich immer noch nicht geklopft hätte, ich sage, ich würde mich nicht trauen zu stören. Sie geht

wieder, eine andere Schwester kommt, sie denkt, ich sei eine Patientin, klopft und schickt mich rein, der Oberarzt sagt zu mir: ‚Noch einen Moment bitte, die Patientin zieht sich gerade an.‘ Mir ist das alles sehr peinlich. Ich warte wieder draußen, die Patientin kommt aus dem Zimmer heraus, aber drinnen gibt es noch Stimmen, und ich weiß wieder nicht, ob ich jetzt reingehen kann oder besser warte. Die erste Krankenschwester kommt und geht rein, ich bemerke, dass es einfacher ist, mit einem Kittel zu stören als in Zivil. Zivilkleidung ist noch störender, die weißen Kittel sind hingegen wie Wände – ein Hintergrund. Als die Schwester rauskommt, frage ich sie, ob ich nun reingehen könnte, sie sagt ja.“
(Forschungstagebuch vom 4.3.02)

Die Ungewissheit des Gesprächstermins stellt am Aufnahmetag eine Quelle hoher Belastung für die Patientinnen, deren Angehörigen und die Ärzte dar. Viele Bemühungen, den Ablauf zu strukturieren, scheiterten an der nicht planbaren OP-Arbeit. So werden die Ärzte immer wieder aus den Gesprächen herausgerissen, um im OP einzuspringen. Frauenheilkunde ist ein Fach, in dem nicht nur gynäkologische Erkrankungen operiert werden, sondern wo ein Teil der Ärzte auch im Kreißaal beschäftigt ist, was die Koordination weiter erschwert. Neben der Terminunsicherheit und den Gesprächsstörungen stellte sich für mich die Frage, warum die Patientinnen die Aufklärungsgespräche nicht innerhalb ambulanter Vorgespräche erhielten. Neben abrechnungstechnischen Gründen (Gespräche können nur abgerechnet werden, wenn Patientinnen stationär aufgenommen sind) spielen medizinische Kriterien eine Rolle. So werden häufig erst am Aufnahmetag vor der Operation fehlende Untersuchungen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sollen jedoch mit in die Aufklärung des Oberarztes einfließen, und diese müssen somit am Vormittag durchgeführt werden. Mittlerweile versucht man einige der Voruntersuchungen im Vorfeld abzuklären, um diesen Prozess zu entzerren.

Die Organisation des Aufklärungsgesprächs nimmt immensen Einfluss auf die Gestaltung des Entscheidungsfindungsprozesses der Patientin. Da das Gespräch häufig erst am Nachmittag einen Tag vor der Operation durchgeführt wird, kann die Entscheidungsfindung nur unter Zeitdruck geschehen. Damit erklären sich meine ersten Beobachtungen im Feld, die sich für mich wie Notfallsituationen gestalteten.

In den zweieinhalb Jahren der Studie wurden zwölf Filmaufnahmen erstellt. Vier relevante Fälle wurden transkribiert, zwei weitere Videoaufnahmen wurden innerhalb einer Diplomarbeit ausgewertet. Die Aufnahmen dauern zwischen zehn Minuten und einer halben Stunde, wobei der Durchschnitt circa bei einer Viertelstunde liegt. Die Aufzeichnungen gestalteten sich durch die oben beschriebenen Terminschwierigkeiten sehr aufwendig.

Die Aufnahmen zeigen OP-Aufklärungen, diagnostische Aufklärungs- und Histologiegespräche über die systemische Behandlung. Zunächst wurde versucht, ein relativ breites Spektrum an Inhalten und Oberärzten zu erfassen, um jeweils die Gemeinsamkeiten bzw. die Spezifitäten der Themen und Ärzte zu analysieren.

Eine andere Strategie wurde verfolgt, indem fünf Videoaufnahmen eines Oberarztes mit unterschiedlichen Patientinnen erstellt wurden. Hier war die Auswertungsperspektive, ob oder inwieweit der spezifische Aufklärungsstil des Arztes Einfluss auf das Gespräch nimmt, beziehungsweise inwieweit der aufklärende Arzt eine flexible oder eine standardisierte Aufklä-

nung bevorzugt. Eine Filmaufnahme wurde mit einer Patientin erstellt, die ich im Anschluss an ihre Therapie zusätzlich interviewte. Dabei wurde das Ziel verfolgt, einen Vergleich zwischen der Einstellungs- und der Verhaltensebene der Patientin in Bezug auf partizipative Entscheidungsfindung zu erstellen und die jeweiligen Hintergründe für Widersprüche auf beiden Ebenen zu erfahren (Cap8, Interview mit Frau Lachmann, B4). Die Diplomandin zeichnete zwei Aufklärungsgespräche mit einer Oberärztin und einem männlichen Oberarzt auf, um die Gender-Thematik beim Thema Brustkrebs zu untersuchen (vgl. Klein, 2006).

Innerhalb der Darstellung der Ergebnisse werden die Filmaufnahmen jedoch nicht als eigene Untersuchungseinheit ausgewertet, sondern werden als Beispiele bzw. Ausgangspunkte zur Interpretation der Interviews herangezogen. Ein Aufklärungsgespräch wird jedoch exemplarisch analysiert und im Kapitel (vgl. Kap. 5.5.3) dargestellt.

Die Forschungsperspektive der Videoaufnahmen als Außensicht zeigte mir das Feld, wie Gespräche mit den Patientinnen geführt werden, die Beobachtung konkreter Abläufe und Gespräche ist für den Blick in die Praxis sehr relevant. Um aber etwas über das Erleben der Entscheidungsfindung von Seiten der Patientinnen und der Ärzte zu erfahren, begann ich früh, zusätzlich Interviews mit den beteiligten Parteien zu führen. Dabei sollte der Diskrepanz zwischen der beobachteten Entscheidungssituation und dem subjektiven Erleben der Patientinnen bei der Entscheidungsfindung genauer nachgegangen werden. Meine Ausgangsfragen waren hierbei: Welche Mitbeteiligungsmöglichkeiten werden von Patientinnen erlebt, welche werden vermisst, welche Strategien zur Beteiligung werden angewandt, und wo stößt das Konstrukt SDM an seine Grenzen?

4.3.2 Interviews mit den Betroffenen

Forschungsfeld ist eine gynäkologische Station in einer Universitätsklinik, dort wurden neu erkrankte Frauen mit der Diagnose Brustkrebs befragt und die Aufklärungsgespräche eines kleineren Kollektivs videographiert. Interviewt wurden aber darüber hinaus auch Betroffene aus Selbsthilfegruppen, die außerhalb des Untersuchungsfeldes behandelt wurden, um so den Untersuchungskontext zu erweitern. Um eine möglichst breite Variation von Perspektiven zu erfassen, wurden die betroffenen Frauen mit differentem Hintergrund ausgewählt.

Erhoben wurden im Zeitraum von zweieinhalb Jahren 19 Betroffeneninterviews. Zuerst wurden Betroffene aus Selbsthilfegruppen befragt. Ich wählte den Zugang zu Selbsthilfegruppen, da ich hier engagierte Brustkrebspatientinnen vermutete, die sich mit ihrer Krebserkrankung und dem Therapieentscheidungsprozess aktiv auseinander gesetzt haben. Die retrospektive Sicht sollte meine ersten Fragestellungen überprüfen und entwickeln helfen. Zudem empfand ich den Zugang zu nicht akut erkrankten Betroffenen zu Beginn psychisch unbelasteter. Dabei wählte ich Betroffene aus unterschiedlichen Selbsthilfegruppen aus, um auf möglichst verschiedene Sichtweisen zu treffen. Damit wollte ich dem Risiko entgehen, dass sich im Laufe der Zeit innerhalb einer Selbsthilfegruppe ein Meinungsbild entwickelt hat, das eine bestimmte Tendenz widerspiegelt.

Bei meinen Interviews mit Betroffenen war die enorme Präsenz der Erlebnisse der Brustkrebserkrankung auffällig. Obwohl die Krebserkrankung meist Jahre zurücklag, konnten sich die Frauen an viele Details und Ereignisse erinnern, und die emotionale Belastung war gleich wieder spürbar. Diese Wahrnehmung untermauert ein Ergebnis von Kirschning, dass es bei der Brustkrebserkrankung zu einem biographischen Einschnitt kommt, der das Leben in eines vor und eines nach der Brustkrebserkrankung unterteilt (vgl. Kirschning, 2001, S.141).

Ein weiterer Zugang waren Aushänge und Flyer zum Projekt und eine Bitte zur freiwilligen Teilnahme an einem Interview. Dadurch erreichte ich Frauen, die sich für das Thema der Mitbeteiligung interessierten, aber es bestand die Gefahr, dass sich vor allem mit dem Diagnose- und Therapieentscheidungsprozess unzufriedene Patientinnen meldeten. Um dies in der Auswertung berücksichtigen zu können, wurde der Zugang genau dokumentiert und die jeweilige Motivation zur Teilnahme erfragt.

Darüber hinaus konnten im Rahmen einer psychoonkologischen Beratungsstelle,² die die Forschungsmitarbeiterinnen während der Studie initiierten, ebenfalls Betroffene für eine Interviewteilnahme angefragt werden.

Im Laufe der Zeit interviewte ich auch akut erkrankte Patientinnen, die entweder noch stationär in Behandlung waren, oder kurz nach ihrer Entlassung. Dieser Zugang erschien mir besonders relevant, da ich feststellte, dass sich der Beteiligungswunsch im Laufe der Erkrankung veränderte. Chronische Patientinnen fühlten sich wesentlich kompetenter zur Mitentscheidung und forderten dies viel mehr ein, als Patientinnen, die akut und stationär behandelt wurden.

Eine weitere Gelegenheit, Interviewpartnerinnen zu gewinnen, war ein Brustkrebsinformationstag der Klinik, an dem wir über unsere Studie informierten. Dabei sprach ich unterschiedliche brustkrebsbetroffene Frauen an, um nicht nur Betroffene zu interviewen, für die Mitbeteiligung ein wichtiges Thema darstellt, und um so die Variation nochmals zu erweitern.

Um eine Intersubjektivität der Fallauswahl zu gewährleisten, sind gewisse Kriterien bei der Entscheidung des Zugangs erforderlich, um die Auswahl transparent und damit nachvollziehbar zu gestalten. Darauf, dass die Auswahl der „Fälle“ nicht unabhängig von den Vorurteilen des Untersuchenden ist, verweist Merksens: „Die Durchführung der Untersuchung bleibt somit in gewissen Grenzen vom Vorwissen des Untersuchenden und der Zugänglichkeit zum Fall beeinflusst. Die Konstruktion des Falles erfolgt innerhalb der so gesetzten Grenzen“ (Merksens, 2003, S.289). Dieser muss zunächst ausgewählt werden, was nicht immer einfach ist, da man sozusagen im Vorfeld einen Fall konstruieren muss. Die Vorannahmen des Forschers bestimmen somit über die Entscheidungen, „Fälle“ im Feld aufzusuchen. In dieser Untersuchung galt als „Fall“: neu erkrankte Brustkrebspatientinnen, die unter folgenden Kriterien ausgewählt wurden:

2 Es wurde während des Projektes von den Forschungsmitarbeiterinnen (Psychologinnen) eine psychoonkologische Beratungsstelle in der Universitätsklinik eingerichtet. Einmal in der Woche zur Brustkrebsprechstunde wurde eine psychoonkologische Beratung für Betroffene und Angehörige angeboten.

1. Alter:

- jüngere Frauen (Patientinnen, z.B. Mütter, berufstätige Frauen)
- ältere Frauen

2. Engagement:

- Betroffene aus Selbsthilfegruppen
- Nicht-Engagierte, die eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung nur in geringem Maß suchen

3. Zeitperspektive:

- chronische Patientinnen (Erkrankungsdauer bis zu 20 Jahre, Rezidivverläufe)
- akute Patientinnen (primär erkrankt)

4. Setting:

- stationäre Patientinnen
- ambulante Patientinnen (Belegbetten)

5. Studie:

- Studienpatientinnen (Experimentalpatientinnen)
- keine Studienpatientinnen

Diese Kriterien sollten die Variationsbreite von Beteiligungswünschen und subjektiven Empfindungen beim Aufklärungsgespräch widerspiegeln.

Daraus ergab sich der in Tabelle 4.1 auf den folgenden Seiten dargestellte Zugang der Interviewten. Die befragten Frauen waren zwischen 35 und 65 Jahre alt, das heißt, im Mittel ca. 53 Jahre, also im Durchschnitt etwas jünger als das durchschnittliche Alter von Brustkrebspatientinnen, das bei 63,9 Jahren liegt (Engel et al., 2005, 2003a).

Betroffene	Zugang	Behandlungsort	Krankheitsstadium + derzeitige Behandlung	Alter	Kurztitel der Fallanalyse
Windrich – B1	Selbsthilfegruppe	Belegarzt	3 Jahre, Hormontherapie	ca. 60 Jahre	„Die Zweifel bleiben“
Ottmann – B2	Selbsthilfegruppe	Universitätsklinik	5 Jahre, keine Behandlung	ca. 45 Jahre	„Informationen sind das A+O“
Hirsemann – B3	Genetikpatientin, angefragt	Universitätsklinik	2 Jahre, metastasiert, Hormonbehandlung	43 Jahre	„Geht speziellen Weg – braucht man den richtigen Arzt für“
Lachmann – B4	Universitätsklinik Filmaufnahme, angefragt	Universitätsklinik	akut, OP	ca. 60 Jahre	„Arzt muss Befürchtungen ansprechen“
Gulsch – BE5	Selbsthilfeorganisatorin, angefragt	Krankenhaus	6 Jahre, Nachsorge	53 Jahre	„Behandlung als Phase der Ambivalenz“
Junke – B6	Entspannungsgruppe, angefragt	Universitätsklinik	Brustkrebs seit über 20 Jahren, metastasiert, Chemotherapie	62 Jahre	„Heute entscheide ich mit dem Arzt, ich weiß einfach mehr“
Reschke – B 7	Selbsthilfegruppe	Krankenhaus	6 Jahre, keine Behandlung	49 Jahre	„Das ist sehr hektisch gewesen“
Rasa – B8	Selbstmelder, Ehepaar	Universitätsklinik	akut, präoperative Chemotherapie	61 Jahre	„Unpersönliche Behandlung“

Betroffene	Zugang	Behandlungsort	Krankheitsstadium + derzeitige Behandlung	Alter	Kurztitel der Fallanalyse
Mann – B9	Studienpatientin, angefragt	Universitätsklinik	akut, OP	59 Jahre	„Und ich weiß nicht, ob man die Patientinnen mit dem worst case erschrecken soll“
Hahn – B10	Patientinnenforum, angefragt	Kreiskrankenhaus	1 Jahr, Behandlung gerade abgeschlossen, Anti-Hormontherapie	46 Jahre	„Das ist eine Riesensache, da wollte ich Zeit, eine zweite Meinung“
Luhman – B11	Patientinnenforum, angefragt	Universitätsklinik	6 Monate, Anti-Hormontherapie	48 Jahre	„Zu Beginn muss ich dem Arzt vertrauen“
Hicker – B12	Patientinnenforum, angefragt	Belegarzt	9 Monate, Anti-Hormontherapie	ca. 60 Jahre	„Sie denken ja nicht rational, sondern emotional“
Baumann – B13	Patientinnenforum	Universitätsklinik	9 Monate, Anti-Hormontherapie	62 Jahre	„Hatte keinen Arzt zum Sprechen“
Liebemann – B14	Patientinnenforum	Krankenhaus	6 Jahre, metastasiert, Chemotherapie	65 Jahre	„Persönlicher Kontakt zum Arzt wichtig, immer erreichbar“
Gutke – B15	Patientinnenforum	Belegarzt	4,5 Jahre, Anti-Hormontherapie	59 Jahre	„Bin damit überfallen worden, schnelle Behandlung gewünscht“

Betroffene	Zugang	Behandlungsort	Krankheitsstadium + derzeitige Behandlung	Alter	Kurztitel der Fallanalyse
Helle – BE16	Selbsthilfeorganisa- torin, angefragt	Universitätsklinik	2,5 Jahre, Anti- Hormonbehandlung	45 Jahre	„Zweite OP brusterhal- tend, das war ein wich- tiger Schritt vom Kopf her“
Fritz – B17	Studienpatientin, angefragt	Universitätsklinik	akut, 6 Monate präope- rative Chemotherapie	45 Jahre	„Der bombardierte mich da mit allem Möglichen und mein Hirn hat total abgeschaltet“
Joker – B18	Studienpatientin, angefragt	Universitätsklinik	akut, OP	64 Jahre	„Die Zeit der Ungewiss- heit ist eine schreckliche“
Mensing – B19	Studienpatientin, angefragt	Universitätsklinik	akut, OP	39 Jahre	„Entscheidung aus dem Bauch heraus“

Tabelle 4.1: Übersicht der Interviewten

B = Betroffene; BE = Betroffene/Expertin (Selbsthilfeorganisatorinnen)

In Studien zum Beteiligungswunsch von Patienten zeigt sich immer wieder der Trend, dass vor allem jüngere und besser ausgebildete Patienten höhere Partizipationspräferenzen zeigen als ältere (Schneider et al., 2006; Jung et al., 2003; Ende et al., 1989, Strull et al., 1984). Unklar ist, ob sich dieser Effekt aufgrund des Alters erklärt oder einen Generationenwechsel hin zu einer stärkeren Patientenautonomie markiert. Forschung zu Beteiligungswünschen findet jedoch seit mehr als 20 Jahren statt und belegt seitdem diesen Effekt. Handelte es sich nur um einen Generationenwechsel, sollte man annehmen, dass mittlerweile auch die älteren Generationen mehr Partizipationspräferenzen äußern würden.

Dass sich vor allem jüngere Frauen bereit erklärten, für dieses Thema Zeit zu opfern, zeigt jedenfalls ein stärkeres Interesse an Mitbeteiligung. Und dass vor allem Betroffene, denen dieses Thema relevant erscheint, bereit zu einem Interview waren, ist zu vermuten. Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, wählte ich zusätzlich einen aktiven Zugang, indem ich selbst Patientinnen ansprach, um so das Untersuchungsfeld vielschichtiger zu repräsentieren.

Ein weiterer Bias liegt sicherlich in dem Ort begründet, an dem die Studie durchgeführt wurde. Der überwiegende Teil (12 Patientinnen) wurde in einer Universitätsklinik behandelt (auch an anderen Unikliniken). Dieser Anteil soll zukünftig durch die Einführung so genannter zertifizierten Brustzentren weiter zunehmen. Belegbettenoperationen, wie sie in dieser Studie zum Teil noch anzutreffen sind, sollen somit immer unbedeutender werden.

Die Interviews repräsentieren damit im Wesentlichen Betroffene, die sich einer schulmedizinischen und damit wissenschaftsgläubigen Behandlung unterzogen haben, andere waren auf diesem Weg nicht erreichbar und nicht Ziel dieser Auswertung. Brustkrebsbetroffene Frauen, die einen alternativen Behandlungsweg gegangen sind oder sogar eine Behandlung der Krebserkrankung ablehnten, habe ich bei meiner Befragung nicht angetroffen. SDM basiert auf der Logik der wissenschaftlichen Medizin, in der Therapieoptionen erst als äquivalent gelten, wenn sie im (schul-)medizinischen Sinne gleichwertig sind. Diese Voraussetzung führte innerhalb der Methoden-Arbeitsgruppe jedoch immer wieder zu heftigen Diskussionen. Eine Entscheidung zur Nichtbehandlung ist eine Option, wenn die evidenzbasierte Datenlage diese Entscheidung als äquivalent unterstützt. Das bedeutet, dass die Definition, welche Therapieoptionen gleichwertig sind, der Arzt (die wissenschaftliche Medizin) trifft; alternative Methoden, auch wenn sie für Patienten von Bedeutung sind, werden in diesem Kontext vernachlässigt.

Von den Befragten waren sechs akut erkrankt, vier Patientinnen wurden aktuell mit einer Chemotherapie behandelt, drei erhielten eine Anti-Hormonbehandlung, bei drei der interviewten Betroffenen war die Behandlung abgeschlossen, und bei drei Frauen wurde der Behandlungsstatus nicht erhoben. Vier Patientinnen erhielten eine präoperative Chemotherapie, das heißt, sie führten zunächst eine systemische Behandlung durch und wurden anschließend operiert (vgl. Kap. 3.2.4).

Bei acht Patientinnen wurde die Brust entfernt, das ist eine relativ hohe Anzahl, normalerweise werden bei den Tumorstadien I – II circa 60-70% der Patientinnen brusterhaltend operiert. Diese hohe Zahl an Brustamputationen kann man folgendermaßen erklären: zum einen lag bei einigen Befragten die Brustkrebserkrankung schon Jahre zurück, also in einer Zeit, in der die Zahl der Brustamputationen noch höher lag. Zudem schloss die Studie auch Frauen

mit einem größeren Tumor ein. Eine andere Vermutung ist, dass besonders Frauen, denen die Brust amputiert wurde, an dem Thema Mitentscheidung interessiert sind.

Die Zeitspanne der Erkrankungen in der Gruppe der Interviewten ist sehr lang, von der akuten Phase, das heißt kurz nach der OP, bis über 20 Jahre. Es wurde bewusst ein breites Zeitfenster zur Ersterkrankung gewählt, da ich die Entwicklung des Beteiligungswunsches nachvollziehen wollte. Diese Entwicklung transportiert häufig auch Veränderungen in der Haltung zu SDM. Zudem ermöglichte dies, eine Veränderung des Beteiligungswunsches je nach Phase der Erkrankung abzubilden.

Ein weiterer Grund war, dass Betroffene, die etwas mehr Abstand zu ihrer Erstbehandlung besitzen, den Entscheidungsfindungsprozess distanzierter beschrieben und beurteilten. So weiß man beispielsweise von Patientenzufriedenheitsbefragungen, dass diese während der stationären Behandlung positiver ausfallen, als wenn die Patienten eine Woche oder einen Monat später bzw. zu einem noch späteren Zeitpunkt befragt werden (Blum, 1998; Jacob & Bengel, 2000). Ähnlich wurde auch in dieser Befragung vermutet, dass Patientinnen, die sich aktuell in der Behandlung befanden, sich eher zurückhaltender äußerten als Betroffene, deren Behandlung abgeschlossen war.

4.3.3 Interviews mit den Ärzten

Mein Anliegen war es, die Perspektiven der Betroffenen zu ihren Partizipationsmöglichkeiten zu erfragen. Durch die Filmaufnahmen wurde mir jedoch sehr schnell deutlich, dass das Aufklärungsgespräch maßgeblich vom Arzt gesteuert wird, und so wollte ich auch die Perspektive der Ärzte zu SDM aufzeigen. Bisher gibt es sehr wenige Untersuchungen, die die Sichtweise der Ärzte zur Mitbeteiligung aufzeigen, obwohl dies einen wesentlichen Ansatzpunkt zur Erhebung von SDM darstellt (Scheibler et al., 2003b).

Befragt wurden vornehmlich Ärzte aus der Klinik, aber auch zwei externe Ärzte, die Brustkrebs behandeln. Die Teilnehmer der Arztinterviews wurden anhand ihrer Berufserfahrung und Entscheidungsmacht ausgewählt. Die Aufklärungsgespräche werden von Oberärzten geführt, welche die relevanten Entscheidungsträger auf ärztlicher Seite sind, und deshalb sollte vor allem deren Perspektive vertreten sein.

Bei meiner ersten Anfrage an einen Oberarzt verwies dieser mich sogleich an eine AiP'lerin (Ärztin im Praktikum), die das Interview mit mir führen sollte. Diese Begebenheit symbolisierte schon zu Beginn den Stellenwert der Studie und zeigte mir die Hierarchie auf. Aufgaben, die als müßig und nicht bedeutsam angesehen werden, werden an Ärzte delegiert, die in der Hierarchie weiter unten stehen. Die Motivation und Zeit war bei den interviewten Ärzten relativ gering, im Gegensatz zu den Betroffenen- und Experteninterviews. Deshalb stellte ich die Befragung nach sechs Arztinterviews ein. Es dauerte nicht nur extrem lange, bis man einen gemeinsamen Termin gefunden hatte, häufig wurde dieser Termin dann noch verschoben, und ich verbrachte sehr viel Zeit mit dem Warten auf das Interview. Hier zeigte sich eine Strukturähnlichkeit zu den Wartezeiten der Patientinnen, die häufig bei Untersuchungen und Gesprächen ebenso auf die Ärzte warten mussten.

Von diesen sechs Interviews wurden drei mit Oberärzten geführt, eines mit einem Facharzt und zwei mit AiP'lern. Leider war die Aufzeichnung eines Interviews mit einer Oberärztin aus technischen Gründen nicht transkribierbar und konnte nicht in die Auswertung mit einfließen. Geschlechtsspezifische Aspekte einer eventuell unterschiedlichen Aufklärungsweise und Beteiligungssicht zwischen einer weiblichen Oberärztin und den männlichen Oberärzten konnten deshalb leider nicht berücksichtigt werden.

Aufgrund der geringen Anzahl der ärztlichen Interviews kann hier eine Akzentuierung in der Auswertung vorliegen. Gleichmaßen spiegeln sie in ihren Aussagen jedoch die relativ breite Einstellung zum Konstrukt SDM wider. Zudem stellten sie für mich eine wichtige Erkenntnisquelle über Abläufe und Zusammenhänge im Forschungsfeld dar und gaben Aufschluss, wie Entscheidungen im Medizinalltag getroffen werden. Die Aussagen der Ärzte spiegeln zum einen die Aufklärungskultur der Klinik wider, zeigen aber auch auf, dass die Aufklärungsgespräche von Arzt zu Arzt sehr unterschiedlich erfolgen können.

4.3.4 Interviews mit Experten

Zwar handelt es sich bei den beiden erstgenannten Gruppen jeweils auch um Experten des untersuchten Forschungsfeldes, doch wurden im Experteninterview (Meuser & Nagel, 1991) speziell Personen befragt, die sich in besonderem Maße der Arzt-Patienten-Interaktion widmen. Unter Berufung auf ihre jahrelange Forschung und Erfahrung in der Arzt-Patienten-Beziehung wurden die Gesprächspartner nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden von SDM und vergleichbaren Ansätzen befragt. Eine weitere wichtige Frage war, inwieweit das Konstrukt SDM in der Situation einer schweren und lebensbedrohlichen Erkrankung, in der die Patientinnen meist noch unter einem „Diagnoseschock“ stehen, umsetzbar ist.

Es wurden sieben Experten befragt: zwei Gesprächspsychotherapeutinnen, die Brustkrebsgruppen leiten, zwei Onkologen, die sich wissenschaftlich der Erforschung des onkologischen Aufklärungsgesprächs widmen, ein Patientenvertreter in einer Patientenrechtsberatung und zwei Betroffene, die Selbsthilfeorganisationen begründet haben und in ihrer Doppelrolle als Beraterinnen und Betroffene weitere Einblicke geben konnten.

4.4 Interviews als partizipative Methode

Ich wurde als qualitative Forscherin engagiert, um Filmaufnahmen der Aufklärungsgespräche zu erheben und auszuwerten. Dieser Zugang zum Feld bietet die Möglichkeit, die konkreten Situationen abzubilden. Von Anfang an wollte ich diesen eher objektiven und sehr technischen Zugang durch die subjektiven Repräsentationen der beiden Parteien im Hinblick auf Entscheidungsbeteiligung ergänzen. „Konnten Sie sich in der Therapieentscheidung beteiligen, was verstehen Sie unter Partizipation, was hat Sie daran gehindert?“ – Solche Fragen können nur sehr eingeschränkt mittels Videoanalysen beantwortet werden. SDM ist noch ein relativ unbekanntes Forschungsfeld in Deutschland, und so war die Frage, was die Beteiligten unter diesem Konstrukt verstehen, wichtig für meine Herangehensweise.

Ein weiterer Grund für die Durchführung von Interviews war, dass Videoanalysen als Methode keinen partizipativen Zugang darstellen. Hier bieten Interviews und Fokusgruppendifkussionen ein wesentlich demokratischeres Modell. Es wurde eine subjektorientierte Methode gewählt, in der die Betroffenen selbst über ihre Erfahrungen, Wünsche und Vorstellungen berichten können. Die Interviews bieten zudem die Möglichkeit, sich gemeinsam dem Konstrukt anzunähern, und stellen an sich schon eine konsensuelle Validierung dar, indem das zu untersuchende Phänomen gemeinsam konstruiert wird. Offenkundig wird dies in meiner in den Interviews gestellten Frage nach der Beteiligungsmöglichkeit bei der Operationsentscheidung. Häufig kam es dabei zu Missverständnissen, insofern als die Patientinnen die Operationsaufklärung als keine Entscheidungssituation erlebten. Somit musste zunächst der Kontext der Entscheidung beschrieben und gemeinsam hergestellt werden. Das gemeinsame Klären der „Missverständnisse“ war somit schon eine konsensuelle Validierung des Konstruktes zwischen Forschungs- und Betroffenenperspektive.

In diesen Missverständnissen lag häufig das Potenzial zur Analyse, was die Betroffenen unter dem Konstrukt SDM verstehen. Zum Beispiel fragte ich nach dem Diagnosegespräch, und es wurde klar, dass die Betroffenen sich in ihrer Erzählung auf sehr viele einzelne Gespräche stützten. Das bestätigt ein Ergebnis von Kirschning, dass es bei einer Brustkrebserkrankung nicht nur ein Aufklärungsgespräch gibt, sondern dass es sich um einen Diagnoseprozess handelt (Kirschning, 2001). Ein weiteres Missverständnis, das mehrmals auftrat, war, dass Fragen zur Partizipation bei Therapieentscheidungen mit der Beziehung zum Arzt beantwortet wurden. In der Analyse stellte sich heraus, dass Betroffene unter Partizipation weniger das konkrete Entscheiden verstehen, als vielmehr die Gestaltung der Beziehung zum Arzt.

4.5 Interviewfragen

Die Erhebung erfolgte mittels problemzentrierten Interviews (Witzel, 1985). Witzel weist darauf hin, dass durch die Perspektive des Forschers ein bestimmtes Untersuchungsfeld bereits vorstrukturiert werde. Durch eine problemzentrierte Interviewführung werden diese Vorannahmen des Forschers formuliert und dem Gegenüber durch Fragen expliziert. Wichtig dabei ist, als Forscher eine innere Haltung der Offenheit zu bewahren (Hoffmann-Riem, 1980) und sich das Untersuchungsfeld von den beteiligten Akteuren beschreiben zu lassen. Diese Haltung habe ich einzunehmen versucht, indem ich die Akteure des Feldes als Experten für den Untersuchungsgegenstand begriff. Als Nichtbetroffene kann ich nur Beobachterin im Feld sein und das Gesehene und Gehörte interpretieren.

Die Fragen wurden aus diesem Grunde offen formuliert, gewissermaßen immer mit einem Fragezeichen versehen, ob das, was ich beobachtete, auch dem Erleben der Betroffenen entsprach. Die Fragen sind somit stets als vorläufige Fragen zu verstehen. Stellten sich innerhalb des Interviews Widersprüche ein, wurde diesen nachgegangen. Zum Beispiel tauchten Widersprüche auf zwischen dem Wunsch nach Partizipation einerseits und der Selbsteinschätzung hinsichtlich der eigenen Fähigkeit zur Mitbeteiligung andererseits. Hier wurden im Interview häufig unterschiedliche Ebenen beschrieben, nämlich zum einen die generelle

Einstellung und zum anderen die spezifische Entscheidungssituation. Offenbarten sich Widersprüche, wurden diese teils in einer Konfrontation benannt, um sie mit den Interviewten innerhalb ihres Verständnisses zu klären. Die Interviewführung orientierte sich eher an praktischen Beispielen, indem ich besonderen Wert auf die Beschreibung konkreter Situationen legte. Die Thematik „Mitbeteiligung“ löste bei den Befragten häufig eine hohe Zustimmung aus. Diese Zustimmung versuchte ich in den Beschreibungen konkreter zu fassen und somit aufzubrechen zugunsten einer „realistischeren“ Fassung. Als aussagekräftig erwiesen sich dabei Fragen nach förderlichen beziehungsweise hinderlichen Bedingungen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung, die die Patientinnen in ihrem Behandlungsprozess erfahren hatten.

In der Initialphase stellte ich eine Eingangsfrage, die dazu aufforderte, aus Sicht der Betroffenen den Prozess vom ersten Verdacht bis zur letzten Behandlung zu schildern. Die Absicht dieser offenen Eingangsfrage lag darin, einen Erzählanreiz zu bieten und den Krankheitsverlauf der Betroffenen nachvollziehen zu können. Während der Diagnoseschock, die Suche nach einem Behandlungsort und das Histologie-Aufklärungsgespräch häufig beschrieben wurden, wurden die Operationsentscheidungen eher marginal geschildert. Als Zweites wurden dann von mir konkrete Entscheidungssituationen angesprochen: Auf welchen Entscheidungskontext bezogen sich die Betroffenen? Um nicht allgemeine Statements zur Beteiligung zu sammeln, bevorzugte ich konkrete Beispiele, die geschildert werden sollten. Die Gefahr war hier, dass Beteiligung ein Konstrukt darstellt, das von vielen Befragten an sich positiv aufgenommen wird. Ich wollte jedoch nicht nur die Einstellung der Beteiligten erfahren, sondern auch ihr Verhalten und welche Bedingungen dieses Verhalten fördern bzw. behindern. Diese beiden Ebenen galt es innerhalb des Interviews mit den Befragten herauszuarbeiten.

Als weitere Kernfrage stellte ich die Frage nach der subjektiven Definition von SDM. Welche Inhalte, Voraussetzungen und Vorstellungen werden mit SDM assoziiert? Unterscheiden sich die einzelnen Gruppen (Betroffene, Ärzte, Experten, Forscher) in ihren Vorstellungen von einer partizipativen Entscheidungsfindung?

Die Frage, ob der Wunsch und die Fähigkeit zur Beteiligung bestehe, wurde allen Befragten gestellt. Gerade die Frage nach der Fähigkeit kristallisierte sich nach einigen Filmaufnahmen und Arztinterviews heraus. Eine weitere Frage war, welche Rahmenbedingungen und Ressourcen man als Patientin braucht, um sich an der Therapieentscheidung beteiligen zu können. Darüber hinaus wurde die Vorstellung von einem idealen Aufklärungsgespräch erhoben. Abschließend wurde nach der Motivation zur Interviewteilnahme gefragt. Die Motivation gab ebenso wie der Zugang Hinweise für die Auswertung der Interviews. Nahmen die Befragten an der Studie teil, weil sie mit ihrem Aufklärungsgespräch unzufrieden waren oder weil sie sich besonders für eine Patientenbeteiligung aussprachen oder lag ein eher geringes Engagement vor. Zum Abschluss wurde jede Interviewte aufgefordert, ihre eigenen Anmerkungen zum Interview und Projekt abzugeben. Gerade in den eigenen Anmerkungen ergaben sich häufig nochmals wichtige Äußerungen zum Untersuchungsgegenstand.

Im Folgenden eine Auflistung der Kernleitfragen zu den Betroffeneninterviews:

1. Können Sie mir den Verlauf vom ersten Verdacht bis zum Aufnahmetag schildern?
2. Können Sie sich an das Aufklärungsgespräch erinnern und mir die Entscheidungsfindung zur Therapie erläutern?
3. Wie haben Sie den Entscheidungsprozess erlebt, können Sie konkrete Entscheidungen schildern (wer war daran beteiligt, Entscheidungskriterien, Prioritäten)?
4. Was verstehen Sie unter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung?
5. Was benötigt man, um sich an der Therapie zu beteiligen?
6. Wie sieht für Sie ein gutes Aufklärungsgespräch aus, haben Sie Beispiele?
7. Welche Erwartungen hatten Sie an das Gespräch oder an die Ärzte?
8. Hätten Sie sich gerne mehr beteiligt oder war es angemessen?
9. Gab es Entscheidungskonflikte, welche, was half Ihnen, diese zu lösen?
10. Was war Ihre Motivation zur Teilnahme an diesem Interview?
11. Eigene Anmerkungen

Diese Kernfragen wurden mit zusätzlichen Fragen, so genannten Ad-hoc-Fragen (Witzel, 1985), die sich an die Interviewpartner speziell richteten, erweitert. Die relativ offenen Kernleitfragen wurden je nach Beschreibung des Diagnose- und Entscheidungsprozesses mittels dieser spezifischeren Fragen eingegrenzt. Die Kernfragen wurden in ähnlicher Weise auch für die Interviews mit den Ärzten verwendet (ohne die Frage nach dem Diagnoseprozess), um parallele Aussagen zum Konstrukt SDM von Betroffenen und Ärzten gegenüberstellen zu können.

4.6 Interne und externe Perspektive – die Forscherinnenrolle

„Die Feldforscherin zieht nicht aus in fremde Lande, vielmehr ist das fremde Land die Klinik“, schreibt Christine Holmberg in ihrer Feldstudie zur Diagnose Brustkrebs (Holmberg, 2005, S.41). Als Forscherin in einem Akutkrankenhaus befand ich mich in einem mir fremden Bereich. Gerade zu Beginn machte ich mir diesen Blick der Fremden zunutze und schrieb meine Beobachtungen in einem Forschungstagebuch auf. Diese ethnographische Forschungsmethode, in der ich besonders mein subjektives Erleben der Umgebung notierte, wählte ich aus zwei Prämissen heraus: Zum einen vermutete ich eine Strukturähnlichkeit zum Erleben der neu erkrankten Patientinnen, für die dieser Bereich ebenso unbekannt war, zum zweiten war es zu Beginn ein wichtiges Instrument, um meine Fragestellungen im Feld zu entwickeln (Caspari et al., 2003, S.193).

Zugleich wurde ich zunehmend Teil dieses Systems, indem ich als Psychoonkologin auf Station arbeitete. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Psychoonkologin auf Station fungierte ich somit in einer Doppelrolle.

Diese Doppelrolle beinhaltete Ambivalenzen, die sich möglicherweise auf die Forschung auswirken konnten und die deshalb berücksichtigt werden mussten:

- Die befragten Ärzte waren gleichzeitig Kollegen und Vorgesetzte.
- Der beforschte Bereich war gleichzeitig mein Arbeitgeber.
- Die Patientinnen waren Studienteilnehmerinnen und Klientinnen.
- Psychologen und Ärzte verfügen über unterschiedliche berufliche Sozialisationen.

Ich begann meine Untersuchung mit den Arztinterviews – zum einen, da mir ihre Perspektive weniger vertraut war, zum anderen wollte ich zu Beginn eine „Vertrauensbasis“ herstellen (Hermann, 2000). Dieses Herstellen von Vertrauen überdauerte die vollständige Forschungsphase und musste immer wieder durch persönliche Kontakte erneuert werden. Erschwert wurde die Vertrauensbasis durch die unterschiedlichen beruflichen Sozialisationen, durch unterschiedliche Arbeitsaufgaben und durch die studienbedingte ständige „Störung“ der Alltagsroutinen der Ärzte.

Frauenheilkunde ist im stationären Bereich ein chirurgisches Fach, das heißt, Handlungsmaxime ist nicht das Gespräch, sondern die Operation. Es gibt keine institutionellen Strukturen für einen kommunikativen Austausch zwischen Psychologen und Ärzten, und so fanden Absprachen meist unter Zeitdruck durch kurze informelle Mitteilungen auf Station statt.

Die verfügbare Zeit war dann auch der maßgebliche Unterschied zwischen der Forscherin/Psychologin und den Ärzten. Die Psychologinnen hatten die Zeit, um länger und ausführlicher mit den Patientinnen zu sprechen, sie hatten Zeit für ihre Forschung (nicht wie die Ärzte, die Forschung nebenher durchführen müssen), die Forscherinnen mussten nicht zwingend morgens zur Frühbesprechung und hatten auch keinen Schicht- und Wochenenddienst.

Zeit wird als Luxus angesehen, und häufig betonten die Ärzte, dass sie gerade vom „Dienst“ kämen. Dieser Unterschied wurde häufig herausgestellt und begründete die Ansicht der Ärzte, warum wir als Forscherinnen auf die Ärzte zugehen und auf sie warten müssten. Als Psychologin und Forscherin auf Station waren wir zunächst ein Störfaktor, da wir die Alltagsroutine unterbrachen und zusätzlich Zeit „vergeudeten“. Dazu ein Arzt im Interview:

Ich hab dann dreimal vergessen oder man hat mir dreimal zu spät gesagt, dass Frau Caspari schon da war! Na, mein Gott, hätte ich das gewusst. Jetzt haben wir aber keine Zeit, Sie noch zu rufen. Wir können erst einen anderen ... natürlich, wir könnten kurz umdrehen, aber das heißt, wenn wir eine Tasse Kaffee trinken, bis Sie kommen, ist wieder Zeitverlust. Also mit anderen Worten, dieses prospektiv nachdenken darüber, dass das schnittig läuft. (Dr. Bollmann, A4, 834-843)

Lalouschek sieht in der permanenten Zeitnot der Ärzte jedoch noch ein weiteres Motiv: eine Abwehrstrategie den Gefühlen der Patienten gegenüber; sie benennt dies als „prophylaktisches Notfallverhalten“ (Lalouschek 2002b, S.25; Lalouschek et al., 1990)

Ein anderer Konfliktpunkt war der der Kontrolle.³ Durch die Filmaufnahmen und Fragebögen wurden die Aufklärungsgespräche der Ärzte nicht nur dokumentiert, sondern auch eva-

3 Hermann zitiert in diesem Kontext Ullrich: Für die „extreme Medizin“ beschreibt Ullrich, dass psychologische Mitarbeiter leicht zu einer Art Inkarnation des schlechten Behandlungsgewissens werden. Diese Gefahr sieht die Autorin in Bezug auf psychologische Feldforscher (Hermann, 2000, S.53).

luiert – und dieses in einem Feld, in dem Psychologen von der Ausbildung her die besseren Voraussetzungen besitzen. Dass das Forschungsprojekt keine Kontrollfunktion innehatte, sondern die Haltung vertrat, sich von der Praxis und dem Untersuchungsfeld belehren zu lassen (Wiedemann, 1991), konnte nicht immer überzeugen.⁴

Unter den Ärzten gab es aber auch einige, die das Projekt begrüßten und zum Beispiel die Entscheidungstabellen (die innerhalb der quantitativen Studie eingesetzten Entscheidungshilfen) mitentwickelten und sich an den Filmaufnahmen und Interviews beteiligten. Der zunächst geplanten Kommunikationsschulung standen einige ebenso positiv gegenüber. Für andere war aber auch diese Schulung nur eine zeitliche Zusatzbelastung.

Die unterschiedlichen Ressourcen und die Differenzen zwischen Ärzten und Forschern stellten aber nicht nur eine Belastung dar, sondern ermöglichten auch erst die Fragestellungen im Feld. Erst durch den Blick als „Kulturfremde“ konnte ich diese Alltagsroutinen hinterfragen. Ärzte erhofften sich dadurch eine Reflexion, die aber nur in geringem Maße gegeben wurde, denn wie Wolff sagt: „Der Forscher kann dem Feld nichts bieten“ (Wolff, 2003, S.348). Der Autor weist aber auch darauf hin, dass es schwierig ist, diese Rollendiffusion auszubalancieren, da der Forscher im Feld auch seine Expertise unter Beweis stellen muss. Dies traf in unserer Studie in besonderem Maße zu, da wir den Ärzten aufgrund des quasi-experimentellen Designs wenig Hilfestellung zur Umsetzung des Konstruktes geben durften.

Die Problematik der Verknüpfung von Arbeitgeber (Universitätsklinik als Arbeitgeber, Ärzte als Vorgesetzte) und Beforschten (Untersuchungsfeld: Universitätsklinik und Interaktion der Ärzte) trat besonders als ein innerer Loyalitätskonflikt zutage. Gerade bei Veröffentlichungen hatte ich das Gefühl, etwas auszuplaudern, Kollegen in den Rücken zu fallen oder mich in der Rolle eines Günter Wallraff („Ganz unten“) wiederzufinden. Trotz der Forschungsfreiheit (Drittmittel, Auftraggeber BMGS) und der relativ geringen internen Kontrolle unterlag mein Denken ständig dieser Doppelfunktion, was sich erst nach Abschluss der Studie und Aufhebung des Arbeitsverhältnisses löste. Die Möglichkeit eines zeitweisen Rückzugs aus dem Feld bestand während der Studie kaum. Hilfreich waren hier die Arbeitstreffen mit anderen Projektforschern und der Austausch auf Kongressen.

Mit zunehmender Beschäftigungsdauer kam es allmählich zu einer Adaptation im Forschungsfeld. Was ich zu Beginn noch erstaunlich, erschreckend und verwunderlich fand (Caspari et al., 2003), wurde zunehmend Alltag und somit normalisiert. Hierzu gehörten beispielsweise die Hektik des Aufnahmetages, an dem die Patientinnen sehr viele Untersuchungen und Gespräche durchzuführen hatten, oder die geringe Bedenkzeit, die den Patientinnen eingeräumt wurde. Hier halfen einige Tage Auszeit und anderer professioneller Austausch, um wieder „sehen“ zu können.

Gleichzeitig besaß das lange Verweilen und die eigene Tätigkeit im Forschungsfeld auch seine positiven Seiten. So wurde gleichsam der Blick geschärft und relativiert. Beispielsweise war ich zu Beginn von der Situation des schnellen Entscheidens irritiert und erlebte den Entscheidungsdruck als ausschließlich von Seiten der Ärzte initiiert. Mit längerer Beobachtungszeit und vielen Gesprächen mit Patientinnen und Angehörigen änderte sich dieser Ein-

4 Ein ganz interner oder externer Zugang wäre hier hilfreicher gewesen. Intern: eine Untersuchung durch Ärzte, extern: keine Mitarbeiter-/Kollegenfunktion.

druck, indem ich sah, welchen Handlungs- und Erwartungsdruck auch die Patientinnen und Angehörigen auf die Ärzte ausübten, was mein vorheriges Bild dahingehend relativierte, dass beide Interaktionspartner zirkulär die Situation aufschaukeln können.

Die Rollendiffusion der Forscherin und Psychologin empfand ich gegenüber den Patientinnen weniger problematisch. Zwar kam es auch hier zu Kollisionen der Kompetenzbereiche, z.B. führte ich nie ein Interview mit akut belasteten Patientinnen durch. Spürte ich bei Interviewpartnerinnen ein Bedürfnis nach psychosozialer Beratung, schloss ich diese an das Interview an. Dieses Arbeitsbündnis sah ich als ein Geben und Nehmen, und ich versuchte die Bereiche zeitlich zu trennen, um mich in den Interviews auf die Beteiligungswünsche und -möglichkeiten zu konzentrieren. Schwieriger war der Umgang mit Kritik an den Aufklärungsgesprächen, die natürlich auftrat. Hier versuchte ich einerseits eine neutrale Position einzunehmen, aber der Befragten auch meine Rollendiffusion klar zu machen. Diese Situationen kamen nicht so häufig vor, wurden von mir aber als ziemlich belastend empfunden.

Diese „Sandwich-Position“, zwischen dem medizinischen Personal und der Patientin zu stehen, war aber nicht nur aufgrund der Forscherrolle problematisch, sondern teilweise auch in der Arbeit als Psychoonkologin auf Station. Zum einen, wenn Ärzte eine Psychologin hinzuzogen, die beispielsweise so genannte „schwierige“ Patientinnen zur „Einsicht“ bringen sollte. Zum Beispiel wünschte eine Patientin eine prophylaktische Brustamputation bei einem nicht riskanten Tumor (Cap5); eine andere Patientin lehnte eine Chemotherapie ab, trotz eines hohen Rückfallrisikos. Zum anderen, wenn Patientinnen Wünsche äußerten, die man als Psychologin gegenüber dem Personal für sie durchsetzen sollte, z.B. Einsehen des Operationsberichtes oder ein erneutes Gespräch mit dem Operateur. Hier musste immer wieder abgewogen werden, was hilfreich ist und wo man in der Rolle der Vermittlerin funktionalisiert wurde.

In der Arbeit im Feld als qualitative Forscherin, bei der Durchführung der quantitativen Fragebogenerhebung, als Filmerin und Psychoonkologin lernte ich demzufolge das Untersuchungsfeld von vielen Seiten kennen, so dass dies insgesamt ein ganzes Universum an Eindrücken, Thesen und Interpretationen bot. Die Herausforderung bestand darin, die einzelnen Funktionen nicht unreflektiert zu vermischen.

Viele Gespräche zwischen „Tür und Angel“ konnten beispielsweise nicht in die Auswertung miteinfließen, da dazu die Auswertungsbasis fehlte, aber sicherlich gaben sie meiner Forschungsperspektive eine bestimmte Richtung. Besonders spürbar war dies in der Beobachtung der Diversität der Untersuchungsergebnisse zwischen der quantitativen Studie (ermittelt durch Fragebögen) einerseits und den Interviews der Frauen sowie den Filmaufnahmen andererseits. So antworteten zwei Drittel der Studienpatientinnen, dass sie die Therapieentscheidung mit dem Arzt gemeinsam getroffen hätten (Vodermaier & Caspari, 2005a, 2005b), die Filmaufnahmen spiegelten aber ein völlig anderes Bild wider. Dort involvierten sich die Frauen nur in geringem Maße in die Entscheidung. In den Interviews zeigte sich dieser Widerspruch noch deutlicher, so wurde zwar eine Mitbeteiligung gewünscht, äußerte sich aber eher als Ausdruck des Vertrauens in den Arzt als im Bedürfnis nach einem konkreten Mitentscheiden.

Es gibt viele Gründe, die für und gegen interne Forschung sprechen. Das besondere Spannungsfeld meiner Forschungsarbeit lag sicherlich darin, dass ich zwar eine interne Mitarbeiterin war, aber einer anderen Berufsgruppe angehörte, so dass die Forschung sich stets zwischen internem und externem Zugang bewegte.

4.7 Auswertung nach der Grounded Theory

Die Grounded Theory ist eine Methodologie, die empirische Forschung und Theorie miteinander verknüpfen will. Glaser und Strauss beklagten zu Beginn ihrer Studien eine prekäre Arbeitsteilung innerhalb der soziologischen Forschung, da die empirische Forschung hauptsächlich „Proletarierarbeit“ für die Produzenten von Großtheorien leisten sollte (Glaser & Strauss, 1967). Die Empirie dient dabei der Überprüfung von Hypothesen, die rein deduktiv aus den großen Theorien („grand theories“) gewonnen werden (Dausien, 1996, S.94). Die Grounded Theory hingegen entwickelt induktiv, vom Material ausgehend, „Theorien“ mittlerer Reichweite. Diese „Theorie“ bezieht sich auf den Untersuchungsgegenstand⁵ und bezieht den Untersuchungskontext mit ein. Das bedeutet, dass die Ergebnisse bzw. die „Theorie“ nur als Aussagen innerhalb des Untersuchungskontextes zu interpretieren sind. Durch das intendierte Aufsuchen weiterer Untersuchungskontexte kann die Theorie entsprechend erweitert werden. Deshalb wird innerhalb der Grounded Theory besonderes Augenmerk auf die Variation des Untersuchungsgegenstandes und die Auswahl der „Fälle“ gelegt.

Widersprüche sind in der Grounded Theory markante Punkte, mit denen neue „Entdeckungen“ im Feld entwickelt werden können. Deshalb sind sie zu benennen und Interpretationsmöglichkeiten anzubieten. Manche Widersprüche bleiben vorhanden, zeigen aber durch ihre Explikation eine neue Perspektive zum untersuchten Phänomen. Durch das bewusste Aufsuchen von Variation und Widersprüchen soll die „Theorie“ bzw. das untersuchte Phänomen an konzeptueller Dichte gewinnen. Dabei wird das Kontextwissen des Forschers nicht ausgeblendet, sondern dient als zweite Datenquelle zur Erweiterung der Aussagen (Dausien, 1996; Strauss, 1991). Die enge Verknüpfung von Daten und Theorie soll anhand so genannter Kodierparadigmen vollzogen werden. Der Prozess des Kodierens folgt dabei dem grundlegenden Prinzip des permanenten Vergleichs (Glaser & Strauss, 1979; Strauss, 1991; Kelle, 1994).

Wesentlich für das Vorgehen nach der Grounded Theory ist das Zirkulieren zwischen dem Datenmaterial und dem theoretischen „Vor“-wissen durch das Herausarbeiten so genannter Codes bzw. Kategorien. „Der Forschungsprozess stellt sich demnach nicht als Abfolge formal festgelegter Auswertungsschritte dar, sondern als Folge sich teilweise überschneidender Phasen, die sich aus der inneren Logik des Forschungsprozesses ergibt“ (Dausien, 1996, S.93). Dieser Prozess ist als eine spiralförmige Hin- und Herbewegung zwischen theoretisch angeleiteter Empirie und empirisch gewonnener Theorie zu begreifen. Dieses Vorgehen wird im Folgenden beschrieben.

5 Unter „Untersuchungsgegenstand“ wird in dieser Studie das Konstrukt SDM im Untersuchungsfeld bei primär erkrankten Brustkrebspatientinnen begriffen.

Theoretical Sampling

Das Verhältnis zwischen theoretischen Vorannahmen und einem völlig unvoreingenommenen Blick auf die Daten wurde innerhalb der Entwicklung der Grounded Theory hinreichend diskutiert. Die zunächst postulierte Forderung der völligen Theoriefreiheit zu Beginn der „Entdeckung“⁶ der Grounded Theory wurde als ein „induktivistisches Selbstmissverständnis“ analysiert (Kelle, 1992, S.278) und zugunsten des Konzeptes der „Theoretischen Sensibilität“ (Glaser, 1978) erweitert. Unter Theoretischer Sensibilität wird die „Fähigkeit [...], über empirisch gegebenes Material in theoretischen Begriffen zu reflektieren“ (Kelle, 1992, S.272) verstanden. Diese gehen als Vorwissen des Forschers in ein heuristisches Rahmenmodell und eine theoretische Perspektive ein. Dausien weist darauf hin, dass das Konzept der Grounded Theory einer abduktiven Logik folge (Dausien, 1996, S.97; Kelle, 1994). Abduktiv bedeutet, dass die Konzepte weder allein induktiv noch deduktiv entwickelt werden, sondern dass der Forscher durch sein theoretisches Wissen seine Aufmerksamkeit innerhalb des Datenmaterials lenkt und dass er dadurch sensibilisiert wird für die darin liegenden theoretischen Konzepte. Wichtige Kriterien sind dabei das Offenlegen der unterschiedlichen Datenquellen (theoretische Vorannahmen und empirisches Datenmaterial) und die Transparenz des Forschungsprozesses.

Dass der qualitative Forschungsprozess nicht ungeleitet vonstatten geht, sondern von bestimmten Vorannahmen gelenkt wird, soll sich beispielsweise in der gezielten Auswahl eines „Theoretical Samplings“ zeigen. Hierbei werden erste Konzepte in vorläufigen Hypothesen formuliert, und der Forscher sucht hypothesengeleitet im Forschungsfeld die „Fälle“ aus. Die Auswahl der Interviewpartnerinnen spiegelt somit den Entwicklungsprozess der Fragestellung und des Forschungsstandes wider. „Der Schwerpunkt der Analyse liegt nicht [...] darauf, dass Massen von Daten erhoben und geordnet werden, sondern darauf, dass die Vielfalt von Gedanken, die dem Forscher bei der Analyse der Daten kommen, organisiert werden“ (Strauss, 1991, S.51; unter Bezug auf Glaser, 1978).

Charakteristisch für das Theoretical Sampling ist die Auswahl möglichst kontrastierender „Fälle“, die dem Forscher neue Anstöße und Perspektiven zum Untersuchungsgegenstand ermöglichen (vgl. Kap. 4.3.2).

Neu entwickelte Konzepte steuern damit das Aufsuchen eines erweiterten Untersuchungskontextes. So wurden zum Beispiel hier akut erkrankte und chronische Betroffene befragt, da sich der Zeitfaktor bei der Erkrankung als relevante Bedingung für die Beteiligungswünsche und -möglichkeiten herauskristallisierte.

6 Ursprünglich *Discovery* (Glaser & Strauss, 1967), was nicht nur Entdeckung, sondern auch Ermittlung, Aufdeckung oder Offenlegung bedeutet. Besser wäre es, hier von einer Entwicklung der Grounded Theory zu sprechen, da die Methodologie der Grounded Theory von ihrem Eigenverständnis her nicht als statisch oder konstant begriffen werden kann. Dies lässt sich durch den Wandel der Grounded Theory in den letzten 30 Jahren erkennen. Somit befindet sich die Grounded Theory selbst in einem stetigen Forschungs- und Entwicklungsprozess.

Offenes Kodieren

Die erste Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial geschieht innerhalb des „Offenen Kodierens“. Hierbei wird das Interview oder die Transkription der Filmaufnahme in einem line-by-line-Analyseschritt kodiert. Kodieren bedeutet, dass eine Verknüpfung von empirischem Datenmaterial und theoretischen Begriffen nach einem Konzept-Indikator-Modell (Strauss, 1991, S.54f) hergestellt wird. Dieser Schritt wurde in meinem Material mittels atlas-ti vorgenommen (Muhr, 1997). Dabei wurden zunächst vor allem natürliche Codes⁷ verwendet, um möglichst nah am Material zu bleiben. Das Computerprogramm atlas-ti stellte sich jedoch im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses trotz seiner vielen Funktionen als zu ein-dimensional und statisch dar, so dass Zusammenhänge der unterschiedlichen Codes mit der herkömmlichen Papier-und-Bleistift-Methode hergestellt wurden.

Axiales Kodieren

Häufig auftretende Codes wurden gesammelt und durch eine Dimensionierung weiter beleuchtet. Zum Beispiel stellte sich die „Angst“ als ein markanter Code heraus. Somit wurde dieser Code ins Verhältnis zum Phänomen gesetzt. Dazu werden Fragen an den Untersuchungsgegenstand gestellt. Zum Beispiel: Wie bedingen sich Angst und eine gemeinsame Entscheidungsfindung gegenseitig? Ist die Angst hinderlich, um sich an einem Entscheidungsprozess zu beteiligen? Wie ist das Verhältnis von Informationen und Angst? Welche Art der Aufklärung fördert Ängste bzw. hilft dagegen? Diese Fragen werden mittels Memos dokumentiert und bilden die Grundlage der später entwickelten „Theorie“. Somit wurde durch die ständige Auseinandersetzung mit dem Material aus einem Code zunehmend ein Konzept bzw. später eine Kategorie.

Weitere Konzepte waren zu Beginn zum Beispiel:

1. Entscheidungsraum

- Sind histologische Befunde im medizinischen Sinne eindeutig, verkleinert sich der Entscheidungsspielraum der Patientin.
- Unklare medizinische Befunde erweitern die Entscheidungsräume der Betroffenen.
- Dieses Vorgehen verunsichert die Patientinnen.

2. Bruchstückhafte Aufklärung

- Aufklärung erfolgt nicht in einem Gespräch, sondern prozesshaft.
- Vollzieht sich die Aufklärung bruchstückhaft, kann diese für die Patientin besonders traumatisch sein.

Diese Konzepte leiteten die Auswahl meiner nächsten Interviewpartner. Dieses Vorgehen wird bei Strauss & Corbin (1996) durch das „axiale Kodieren“ beschrieben. Dieses Vorgehen unterliegt einem Handlungsparadigma (Dausien, 1996) und verfolgt das Ziel, in folgenden Schritten zu analysieren (Strauss & Corbin, 1996):

7 Natürlicher Kode bezeichnet einen Begriff bzw. einen Satz, der direkt aus dem Datenmaterial entnommen wird, wohingegen ein „theoretischer Kode“ Begriffe des Forschers oder der Forschung benennt.

1. das Phänomen, auf das das Handeln gerichtet ist
2. kausale Bedingungen für dieses Phänomen
3. Eigenschaften des Handlungskontextes
4. intervenierende Bedingungen
5. Handlungs- und Interaktionsstrategien sowie deren
6. Konsequenzen

Das axiale Kodieren erwies sich in meiner Auswertungspraxis nur teilweise als praktikabel. Einige der Konzepte stellten weder eine Bedingung noch eine Konsequenz des Phänomens dar. Durch das Lesen der Interviews musste ich zunächst begreifen lernen, was die Befragten zum Beispiel unter dem Phänomen SDM verstehen und was sie dazu äußern. So antworteten die Betroffenen mit Konzepten wie „Angst“, „Unsicherheit“ oder „Vertrauen in den Arzt“, die für sie implizit den Bereich der Mitbeteiligung beschrieben. Somit war der nächste Analyseschritt, die Fragen- und Antwort-Interaktion genauer auszuwerten. Ebenso stellte sich als relevant heraus, die Handlungs- von der Bewertungsebene zu unterscheiden. Wann sprechen die Akteure von ihren Erfahrungen und Handlungen im Feld, und wann bewerten sie diese oder geben ihre Einstellung zum Phänomen wieder?

Weiterhin wurde gesammelt, welche Themenbereiche die Betroffenen selbständig mit in die Datenerhebung einbrachten. Um die Perspektive zu SDM zu beschreiben, wurden diese Assoziationsketten genauer betrachtet und analysiert.

Selektives Kodieren

Um zu einer gegenstandsbezogenen Theorie innerhalb eines Untersuchungsgegenstandes zu gelangen, soll durch das zueinander In-Beziehung-Setzen der einzelnen Kategorien (das axiale Kodieren) eine so genannte „Kern- oder Schlüsselkategorie“ entwickelt werden. Diese Schlüsselkategorie steht im Zentrum einer dichten und empirisch gehaltvollen Analyse und besitzt einen hohen Erklärungswert für den Untersuchungsgegenstand. Diese Kernkategorie entwickelt sich in der Auseinandersetzung zwischen vorhandener „Theorie“ zu SDM und den empirischen Daten.

Die „Vermittlung von Ungewissheiten“ rückte schon früh ins Zentrum meiner Auswertung. Aufklärung durch SDM bei einer Krebserkrankung vollzieht sich im Spannungsfeld zwischen der Vermittlung von Ungewissheiten und dem Wunsch der Akteure nach Sicherheit. Diese Brisanz wurde häufig in den Interviews thematisiert. Die Beziehung zum Arzt, die von den Betroffenen als ebenso markant beschrieben wurde, wurde bei der Analyse zur Kernkategorie dazu in Beziehung gesetzt. Beide Konzepte sind zentral; indem ich herausarbeiten konnte, dass eine Vermittlung von Ungewissheiten nur in einem Beziehungsmodell denkbar ist, wird ersichtlich, dass einzelne Konzepte nicht nur Widersprüche aufzeigen, sondern die Vielfältigkeit des Untersuchungsgegenstandes widerspiegeln. Dieser Prozess soll bis zur „theoretischen Sättigung“ des Untersuchungsgegenstandes betrieben werden (Glaser & Strauss, 1967, S.68). Wo die Einbeziehung weiterer Daten bzw. Methoden nur zur Bestätigung der vorhandenen „Theorie“ führen würde, ist eine solche Sättigung erreicht (Flick, 2003, S.318).

Allerdings kann man fragen, ob nicht eine neue Forschungsperspektive oder neues Datenmaterial diese Sättigung auflösen und den Forschungsprozess weiterleiten könnte. In meinem Forschungsprozess konnte ich feststellen, dass eher meine Forschungsperspektive eine Sättigung erreichte, insofern als ich zeitweise keinen Blick für neue Informationen mehr hatte. Erst durch Pausen oder durch Gespräche mit anderen Forschern wurde es mir wieder möglich, einen neuen Blick auf die Daten zu werfen.

4.8 Kritik der eigenen Methode

In einer Feldstudie steht die Person der Forscherin im Mittelpunkt. „Sie ist es, die mit ihren Entscheidungen, was es zu notieren gilt, die ‚partial truths‘ [...] schafft“ (Holmberg, 2005, S.38), was auf die zentrale Rolle der Forscherperspektive und die Involviertheit der Forscherin im Forschungsprozess verweist. Erst das „Aufeinandereinlassen“ (Holmberg, 2005, S.39) ermöglicht einen Zugang zum Feld und ein gegenseitiges Verstehen. Holmberg als Ethnologin vergleicht den Forschungsprozess konzeptionell mit der Beziehung zwischen Analytiker und seinem Analysand und knüpft somit an Devereux' Vorstellungen an. Für Devereux (1984) stellen vor allem die Schwierigkeiten und Widerstände Ansatzpunkte der Feldforschung dar. Durch die Analyse der eigenen Widerstände und Affekte durchdringt der Forscher das Feld. Übertragung und Gegenübertragung sind dabei wichtige Methoden, das zu beobachtende Phänomen zu erschließen.

„Erst wenn es dem Analytiker gelingt, seine Übertragungen sowie die Gegenübertragungen zu erkennen und zu analysieren, kann er die innere Welt des Analysanden wahrnehmen und ihn von seinem Standpunkt aus verstehen lernen. Um beides zu bemerken und zu differenzieren, muss der Analytiker [...] auf seine eigenen Wahrnehmungen und Spannungen achten. Übertragungen entstehen am häufigsten an zwei Punkten: aus einem Zurückschrecken vor zu großer Intimität und daraus, dass der Analytiker den Patienten zum Erkennen einer Wahrheit führen will, die er, der Therapeut, bereits kennt. Damit steht nicht mehr die Perspektive des Patienten im Mittelpunkt der Interaktion, sondern die des Analytikers [...]. Die Tendenz des Distanzschaffens in Momenten hoher Emotionalität verschließt die Welt des Anderen – zumindest vorübergehend.“ (Holmberg, 2005, S.40)

Die unterschiedlichen Zugänge zum Feld ermöglichten es mir, die Situation von neu erkrankten Frauen auf vielfältige Weise zu betrachten. Die Zeit der Diagnose und der ersten Behandlung von Brustkrebs ist extrem affektbeladen. Die Ängste der Beteiligten waren somit eine meiner ersten Beobachtungen im Feld. Als Psychologin und Forscherin bestand meine Aufgabe darin, die beiden „Arbeitsbereiche“ voneinander zu unterscheiden. Viele der Beobachtungen und Aussagen, die ich im Forschungsfeld erfahren habe, wurden zu impliziten Annahmen, und ein besonderes Augenmerk lag während meiner Erhebung darauf, diese impliziten Annahmen zu explizieren und somit transparent und nachvollziehbar zu machen.

Aufgrund meiner alleinigen Analyse des umfangreichen Datenmaterials bestand eine wesentliche Aufgabe darin, die eigenen Vorannahmen und eventuelle Verstrickungen zu erkennen und zu reflektieren. Eine eventuell zu starke Fokussierung der eigenen Perspektive versuchte ich durch folgende Ansätze auszugleichen:

- Theoretical Sampling
- Erhebung unterschiedlicher Perspektiven, Lernen vom Forschungsfeld
- Forschungstagebuch
- Experteninterviews
- Durchführung von Fokusgruppendifkussionen
- Praktikantin und Diplomandin als Zweitauswerterinnen
- Teilnahme in einem Forschungskolloquium
- Austausch mit anderen Projektmitarbeitern
- Austausch im Kollegenkreis

Diese Methoden nutzte ich, um meine eigene Perspektive zu hinterfragen und im Dialog mit den anderen zu validieren. Gerade durch die Verstrickung von Untersuchungs- und Arbeitsfeld war es notwendig, die Daten und Konzepte in sehr reflektierter Weise zu analysieren. Ein Schritt dazu lag darin, die Vorannahmen zu SDM und dem Untersuchungsfeld zu formulieren, um sie anhand des Datenmaterials genauer zu hinterfragen. Das bewusste Aufsuchen von Patientinnen, für die Mitbestimmung zur Zeit der Diagnose keine Relevanz besaß, bzw. im Gegensatz dazu von sehr engagierten Betroffenen, half den Blick ebenso zu erweitern.

4.9 Validität des Untersuchungsgegenstandes

Während in der quantitativen Forschung die Validität maßgeblich vom ausgewählten Instrument abhängig ist, ist in der qualitativen Forschung der Forscher selbst das „Instrument“, und die Validität richtet sich entsprechend nach den Fähigkeiten, Kompetenzen und der „Strenge“ der Person, die die Feldforschung durchführt (Patton, 1990, S.5).

Die Validität des Untersuchungsgegenstandes stellte sich in dieser Studie als eine besondere Herausforderung dar, da das zu untersuchende Phänomen, „Shared Decision Making“, aufgrund mangelnder Definitionen und Abgrenzungen zu verwandten Modellen (z.B. patientenzentrierte Medizin) schwierig zu fassen ist. Zentral war hier die Frage, wann eine gemeinsame Entscheidung der beiden Akteure stattgefunden hat. Ist beispielsweise eine Entscheidungsdelegation an den Arzt eine gemeinsame Entscheidung?

Um also den Untersuchungsgegenstand SDM erfassen zu können, wurden in der Studie unterschiedliche Zugangswege gewählt, um der Frage nachzugehen, welcher Zugang der angemessenste ist, bzw. ob unterschiedliche Zugänge zu unterschiedlichen Aussagen führen.

Der Frage der Validität wird im Folgenden unter drei Aspekten nachgegangen:

1. Triangulation als Validität
2. SDM als messtheoretisches Problem
3. Kommunikative Validität

4.9.1 Triangulation als Methode zur Überprüfung einer Validität?

Das Wort „Triangulation“ kommt ursprünglich aus dem Bereich der Landvermessung und bezeichnet eine Betrachtung von zwei verschiedenen Punkten aus. In der qualitativen Forschung bedeutet der Begriff die Verwendung verschiedener methodischer Zugänge.

Denzin (1978) formulierte ursprünglich die Triangulation als eine Strategie, den Untersuchungsgegenstand zu validieren. Er unterscheidet vier Formen der Triangulation:

- Daten-Triangulation (unterschiedliche Datenquellen)
- Investigator-Triangulation (unterschiedliche Beobachter bzw. Interviewer)
- Theorien-Triangulation (unterschiedliche Perspektiven und Hypothesen)
- Methodologische Triangulation (unterschiedliche Methoden)

In der vorliegenden Studie wurden im Wesentlichen der erste und der vierte Punkt berücksichtigt.

Triangulation bedeutet nach Denzin „[...] einen komplexen Prozess des Gegeneinander-Ausspielens jeder Methode gegen die andere, um die Validität von Feldforschungen zu maximieren“ (Denzin, 1978, S.304).

Lamnek kritisiert in diesem Zusammenhang den Validitätsaspekt, indem er kongruente Ergebnisse bezweifelt und die Ergebnisse eher als komplementär, sich gegenseitig ergänzend betrachtet; er sieht den Vorteil in einer Perspektiverweiterung (vgl. Lamnek, 1988). Bloor weist darauf hin, dass jede Methode den Gegenstand, der mit ihr erforscht werden soll, auf ihre spezifische Weise konstituiert (Bloor, 1997). Denzin griff diese Kritikpunkte auf und veränderte den Begriff der Triangulation als einen Weg, tieferes Verständnis des untersuchten Gegenstandes zu erreichen (Denzin, 1989; S.246; Denzin & Lincoln, 1994, S.2).

Breuer verdeutlicht den Tiefenaspekt der Triangulation mit der „Vielfalt von Perspektiven“ („Polyphonie“) und bezieht sich auf Batesons Gedanken, dass „vielfältige Versionen der Welt“ uns „Information von einem anderen logischen Typ“ liefern, welche eine „zusätzliche Dimension“ besitzt, nämlich die der Tiefe. Er illustriert dies am Beispiel des binokularen Sehens, bei dem wir die Differenzinformation zwischen beiden Augen als Tiefensehen realisieren (Breuer, 1996, S.25).

In der Forschungstradition der Grounded Theory werden gerade die widersprüchlichen und kontrastierenden Perspektiven aufgesucht, um das zu untersuchende Phänomen in seiner Komplexität und Variationsbreite abzubilden. Hierbei interessieren vor allem die unterschiedlichen Bedingungen, die den Forschungsgegenstand konstruieren. SDM stellt sich im ambulanten Bereich beispielsweise anders dar als im stationären. Ebenso erwies sich in der vorliegenden Studie die Art der Erkrankung (Krebs = Lebensbedrohung) als eine wesentliche Bedingung für die Gestaltung des Konstruktes. Die Erfassung mittels unterschiedlicher Datenquellen und Methoden (Filme, Beobachtungen, Interviews) und die Betrachtung aus unterschiedlichen Perspektiven diene dazu, mich dem Konstrukt SDM auf differenzierte Weise zu nähern.

Hierzu erstellte ich beispielsweise im Sinne einer fallbezogenen Triangulation Filmaufnahmen der Aufklärungsgespräche und führte anschließend ein Interview mit der entsprechenden Patientin durch (Frau Lachmann). Dabei verweist Flick darauf, dass es in einer fallbezogenen Triangulation weniger auf die Konvergenz der einzelnen Datensätze ankommt. Vielmehr ist die Divergenz der Perspektiven aufschlussreich, um das Phänomen zu beschreiben (Flick, 2003). So beleuchtete das Interview von Frau Lachmann beispielsweise, dass für sie das maßgebende Aufklärungsgespräch nicht das Oberarztgespräch darstellte, sondern das zuvor geführte Aufnahmegespräch mit dem Stationsarzt. Dieser Arzt fragte sie nach ihren Ängsten und erklärte ihr das weitere Vorgehen bei Brustkrebs. Das Ansprechen der Ängste war somit zentral für sie als Einbeziehung in die Therapie. Das Oberarztgespräch hingegen vermittelte ihr nur das technische Vorgehen der brusterhaltenden Operation. Auch dabei betonte die Interviewte, dass für sie wichtiger war, den Oberarzt zu sehen und kennen zu lernen, als die genaue OP-Planung zu erfahren. Die konkrete Gegenüberstellung von Video und Interview ermöglichte es, die Widersprüche einer erlebten Einbeziehung und der konkreten Verhaltensweise mit der Patientin zu klären.

4.9.2 SDM als messtheoretisches Problem

Wie kann man SDM messen? – Das war eine Frage, die innerhalb der Methoden-AG immer wieder aufgeworfen wurde (Giersdorf et al., 2004). Auch nach jahrelanger internationaler Forschungstätigkeit stellt diese methodische Frage noch einen zentralen Aspekt der Literatur zu SDM dar (Elwyn et al., 2001b; Scheibler et al., 2003a+b). Scheibler und Kollegen (2003a) registrieren in einem Forschungsüberblick eine Entwicklung der Methoden von sehr zeitaufwendigen Beobachtungsverfahren hin zu effektiveren Methoden von Fragebogenerhebungen. Neben der Frage der Effektivität bleibt auch noch die Validitätsfrage: Wie kann man eine partizipative Entscheidungsfindung am genauesten abbilden, bzw. welche Perspektive ist die relevanteste? Auch hier nähern sich die Forschungsmeinungen zunehmend aneinander an und stellen die subjektive Wahrnehmung der Patienten in den Mittelpunkt (Scheibler et al., 2003a). Die Frage nach der Messmethode beinhaltet letztlich aber auch die Frage nach der Definitionsmacht über die Beurteilung einer gemeinsamen Entscheidung. Wer bewertet, wann eine gemeinsame Entscheidungsfindung stattgefunden hat? Diese Frage entwickelte sich zunehmend zur Sackgasse. Denn zunächst muss durch eine Beschreibung der Innensicht der Beteiligten SDM als Konstrukt manifestiert werden.

In den Videoaufzeichnungen beispielsweise ist die Aussage, wer nun maßgeblich die Entscheidung bestimmt hat, mit objektiven Beobachtungskriterien recht diffizil zu treffen. Beobachtungsverfahren wie OPTION (Elwyn et al., 2003a) messen deshalb nicht eine gemeinsame Entscheidung, sondern die Involviertheit des Patienten. Je mehr sich der Patient in das Gespräch einbringt, desto eher kann SDM stattfinden, lautet die hier dahinterstehende These. Involviertheit ist hier als eine aktive Beteiligung operationalisiert. Leider berücksichtigt dieses Beobachtungsinstrument nur die verbale Kommunikation, in unserer Analyse erwies sich aber besonders die nonverbale Interaktion als relevant (Klein, 2006). So zeigte sich in der Auswertung der nonverbalen Kommunikation in den Aufklärungsgesprächen, dass ein kurzes, kaum wahrnehmbares Wegblicken des Arztes bereits Fragen der Patientinnen blockieren

kann, oder dass ein Vorrücken des Stuhles eine Aufforderung zur Beteiligung darstellen kann. Andere Forschungsprojekte benutzten validierte Beobachtungsverfahren, z.B. RIAS (Roter et al., 2002), die Konstrukte wie Autonomie, Distanz und Kontrolle messen. Diese Verfahren werden heute vor allem bei der Psychotherapieforschung eingesetzt. Die Forschungsperspektive richtet sich hier auf die Beziehungsstruktur der Interaktionspartner, welche von diesem Verfahren wiedergegeben wird. Bei diesen Ratingverfahren wird jedoch der Entscheidungsfindungsprozess vernachlässigt. Beobachtungsverfahren sind ein wichtiger Bestandteil der Forschung zu SDM. Es greift jedoch häufig zu kurz, den Entscheidungsprozess nur auf rein beobachtbare Interaktionen zu reduzieren.

Innerhalb der quantitativen Erhebung lautet eine Frage: Ist eine gemeinsame Entscheidung getroffen worden? Dazu wurde allen beteiligten Parteien (Patientin, Arzt, Beobachter) ein Fragebogen (Man Son Hing et al., 1999) vorgelegt, um die jeweiligen Perspektiven zu diesem Punkt zu erfassen. Leider konnte diese interessante Frage nicht ausgewertet werden, da die Ärzte bei allen Patientinnen eine gemeinsame Entscheidung ankreuzten. Im Forschungsprojekt in Hannover konnte hingegen gezeigt werden, dass durch eine Ärzteschulung die Bewertung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zunimmt (Doering et al. 2005, S.236).

Dass mit einer Schulung und Verinnerlichung des Konstruktes die Ergebnisse hinsichtlich SDM sich auch verschlechtern können, darauf verweist Edwards & Elwyn (2005). Seine Vermutung ist, dass durch eine Sensibilisierung der Ärzte die Selbstreflexion und Beurteilung der Entscheidungsfindung detaillierter und kritischer ausfällt.

Auf dem 2. Kongress des Förderschwerpunktes in Freiburg 2004 gab Elwyn weiterhin zu bedenken, dass es für Patienten schwierig sei, anzugeben, ob eine gemeinsame Entscheidung getroffen wurde, wenn sie bisher keine Erfahrungen mit SDM im Gesundheitssystem sammeln konnten (Elwyn, 2004b).

Jürgen Kasper, der sich innerhalb der Methoden-AG intensiv mit der Messproblematik auseinandersetzt, kommt zu folgendem Schluss: „Der Kern des Messproblems besteht jedoch unserer Ansicht nach darin, dass mehrere Konstrukte untersucht werden, die nicht schlüssig aus einem zu bezeichnenden Grundprinzip von SDM abgeleitet werden“ (Kasper et al., 2003, S.38).

Kasper ist der Ansicht, dass ein interaktionelles Modell wie Shared Decision Making ebenso nur durch eine interaktionale Methodik erfassbar sei und die bisherigen Erhebungsinstrumente den Prozess der Interaktion nicht angemessen repräsentieren können (Kasper, 2006).

So betrachtet der Forscher eine gemeinsame Entscheidungsfindung unter systemtheoretischen Gesichtspunkten. Diese Perspektive beinhaltet weniger das Ergebnis als den Prozess einer Entscheidungsfindung. Dabei ist weniger relevant, welche Entscheidung getroffen wurde, sondern das Augenmerk liegt auf der Interaktion des Entscheidungsprozesses. Er spricht somit von einer konsensuellen Validierung und nicht vom Konsens der beiden Interaktionspartner: „Daher ist das Verhältnis, in dem die beiderseits entstandenen Konstruktionen zueinander stehen, nicht gleichgültig. Vielmehr kann gerade in der Annäherung der Konstruktionen das zentrale Effizienzkriterium gesehen werden“ (Kasper, 2003, S.40).

Das messtheoretische Problem bezieht sich im engeren Sinne auf das Konstrukt Shared Decision Making. SDM beinhaltet ausschließlich die Mikroebene zwischen Arzt und Patientin und lässt wichtige Entscheidungsebenen (Meso- und Makroebene der Entscheidung), die ebenfalls Einfluss auf die gemeinsame Entscheidungsfindung ausüben, unberücksichtigt (Zaumseil, 2003). Dazu gehört beispielsweise die Frage, welche Medikamente zur Brustkrebsbehandlung an dieser Klinik angeboten werden, die Entscheidungshierarchien innerhalb der Klinik etc. Trotz des Versuches, SDM zu operationalisieren, bleiben somit wesentliche Gesichtspunkte vernachlässigt.

4.9.3 Kommunikative Validierung

Die Kommunikative Validierung (Kvale, 1995) zielt durch die Kommunikation mit den Beteiligten auf die Überprüfung, ob deren Sichtweisen korrekt erfasst wurden. Dies wurde in der Studie nicht innerhalb eines Interviews durchgeführt, doch durch die Anwendung des Theoretical Sampling wurden die verfassten Thesen einer neuen Prüfung unterzogen.

Diese Thesen wurden beispielsweise in zwei Fokusgruppen mit brustkrebsbetroffenen Frauen diskutiert und überarbeitet.

Die eigene Anwendung eines SDM-Vorgehens innerhalb der Durchführung der Interventionsstudie und somit die stete Auseinandersetzung mit der Thematik einer gemeinsamen Entscheidungsfindung bot einen Erfahrungshintergrund, in dem die Konzepte fortwährend einer Überprüfung unterzogen wurden. Durch diese tägliche „Anwendung“ des SDM-Konzeptes und die Beobachtungen im Untersuchungsfeld wurde SDM in einer permanenten Auseinandersetzung kritisch hinterfragt.

SDM ist ein Konzept, das ein Ideal für eine gemeinsame Entscheidungsfindung vorgibt und in seiner Plausibilität überzeugt. Die Umsetzung in der Praxis jedoch stellt sich wesentlich komplexer dar und wirft gerade bei einer akuten und meist lebensbedrohlichen Erkrankung viele Fragen auf.