

Triangulation in der empirischen Medizinethik am Beispiel des ETHICO-Projektes («Empirical-Ethical Interventions in Oncology»)

Sebastian Wäscher, M.A.^a, Dr. Sabine Salloch, M.A.^a, Dr. Peter Ritter, M.A.^b, Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann^a, PD Dr. Jan Schildmann, M.A.^a

^a Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum, NRW-Nachwuchsforschergruppe «Medizinethik am Lebensende: Norm und Empirie», Bochum

^b Hellmig-Krankenhaus Kamen, Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin, Kamen

Zusammenfassung

Hintergrund

Entscheidungen in der letzten Lebensphase bergen klinische und ethische Herausforderungen. Die Entscheidungsfindung wird einerseits von strukturellen Faktoren beeinflusst, andererseits haben Patienten, Ärzte und andere Personen individuelle Interessen und Präferenzen in Bezug auf die Gestaltung der Entscheidungen am Lebensende. Das übergeordnete Ziel des ETHICO (Empirical-Ethical Interventions in Oncology)-Projekts ist eine empirisch und ethisch fundierte Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Unterstützungsangebotes zur Verbesserung der Entscheidungsfindung mit an Krebs erkrankten Patienten. Gegenstand dieser Arbeit ist die Rekonstruktion der Entscheidungsfindung mit Hilfe der Triangulation qualitativer Forschungsansätze sowie die Entwicklung einer Intervention zur Unterstützung der Entscheidungsfindung am Lebensende in der klinischen Praxis.

Methoden

Nicht-teilnehmende Beobachtungen in drei unterschiedlichen klinischen Settings (interdisziplinäre Tumorkonferenz, Oberarztvisite, onkologische Ambulanz) und qualitative Interviews (Ärzte, Pflege und Patienten) dienen in einem ersten Schritt zur Rekonstruktion der Entscheidungsfindung. Die erhobenen qualitativen Daten werden nach Grundprinzipien der Grounded Theory mit einem Fokus auf ethisch relevante Aspekte der Entscheidungsfindung bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung ausgewertet. In einem zweiten Schritt werden mit Hilfe von Fokusgruppen und unter Beteili-

gung von Ärzten, Pflegenden und weiteren Berufsgruppen die Ergebnisse dem Behandlungsteam präsentiert und gemeinsam Strategien zur Unterstützung der Entscheidungsfindung in der letzten Lebensphase entwickelt.

Ergebnisse

Die Rekonstruktion der Entscheidungsfindung zeigt, dass das ärztliche Behandlungsteam wertebezogene Entscheidungen trifft, ohne dass die Patienten involviert werden. Diese Befunde werden im Rahmen der Fokusgruppe von allen Mitgliedern des Behandlungsteams bestätigt. Die Intervention, die aufbauend auf diesen Ergebnissen entwickelt wird, besteht aus je einer Fragesammlung für Patienten und das Behandlungsteam, die im Rahmen von festgelegten Prozessschritten die Diskussion über wertebezogenen Aspekte von Entscheidungen stimulieren und strukturieren soll.

Diskussion

Das ETHICO-Projekt zeigt exemplarisch, wie eine Triangulation qualitativer Forschungsmethoden zum vertieften Verständnis der Entscheidungsfindung in der letzten Lebensphase und ethisch relevanter Herausforderungen beitragen kann. Die Einbeziehung von unterschiedlichen Berufsgruppen im Rahmen von Fokusgruppen bietet die Möglichkeit zu einem gemeinsamen Verständnis ethischer Herausforderungen und der Entwicklung von praxis-orientierten Ansätzen zur Bewältigung dieser Herausforderungen.

Schlachtworte: Empirische Medizinethik, Intervention, Triangulation, Onkologie, Methodologie

1. Einführung

Entscheidungen in der Medizin sind Gegenstand zahlreicher medizinethischer Untersuchungen. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive stellen sich medizinische Entscheidungsfindungsprozesse als vielschichtig und komplex dar. Den subjektiven und individuellen Bedeutungszuschreibungen sind überindividuelle strukturelle

Abläufe und Gegebenheiten gegenübergestellt. Aus dieser Konstellation ergibt sich ein stetiges Austarieren zwischen dem eigenen Wissen der Akteure und den möglichen Handlungen selbiger innerhalb struktureller Einschränkungen.

Die Zielsetzung qualitativer empirischer Sozialforschung ist es, komplexe soziale Zusammenhänge aus Perspektive der handelnden Akteure zu erforschen. Auf

dieser Grundlage lässt sich die soziale Realität der Akteure rekonstruieren und somit intersubjektiv zugänglich machen [15]. Hierfür bedient sich die qualitative Forschung verschiedener Methoden und Herangehensweisen, die jeweils unterschiedliche Teilbereiche der sozialen Realität rekonstruieren; so lassen Beobachtungsdaten zum Beispiel andere Rekonstruktionen zu als Interviewdaten. Triangulation ist ein Vorgehen, diese Methoden und Herangehensweisen miteinander in Bezug zu setzen, um so zu einer Art *Bricolage* sozialer Zusammenhänge zu gelangen [9]. Triangulation bedeutet also, dass mindestens zwei verschiedene Perspektiven auf einen Forschungsgegenstand miteinander in Bezug gesetzt werden [16]. In der Literatur werden häufig vier Formen unterschieden: (1) Investigator-Triangulation, (2) Theorien-Triangulation, (3) Methoden-Triangulation und (4) Daten-Triangulation [8, 14]. Bei der Investigator-Triangulation werden die Perspektiven auf das Feld von mindestens zwei Forschern miteinander in Bezug gesetzt. Bei der Theorien-Triangulation wird das Feld unter verschiedenen theoretischen Prämissen betrachtet. Bei der Methoden-Triangulation werden unterschiedliche Methoden zusammengeführt. Und bei der Datentriangulation sind es unterschiedliche Daten, die in einen gemeinsamen Zusammenhang eingeordnet werden.

Der vorliegende Beitrag lehnt sich in seinem Aufbau an die Struktur des ETHICO-Projekts («Empirical-Ethical Interventions in Oncology») an. Zielsetzung dieses empirisch-ethischen Projekts ist die Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Entscheidungsfindung bei Patienten¹ mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung.² Um eine angemessene und zugleich in der Praxis umsetzbare Intervention entwickeln zu können, muss die soziale Realität möglichst detailliert rekonstruiert werden und gleichzeitig muss eine normative Bewertung der relevanten Prozesse und Handlungen stattfinden. Erst aus der Zusammenarbeit dieser beiden Perspektiven kann eine normativ und empirisch begründete Intervention entwickelt werden. Die normative Bewertung erfolgt unter zwei Gesichtspunkten. Einerseits werden die normativen Positionen der beteiligten Akteure berücksichtigt. Andererseits werden die empirischen Daten in einen Zusammenhang mit ethischen Theorien gestellt und dadurch aus einer extern-kritischen Perspektive überprüft. Dieser Beitrag rückt das methodische Vorgehen bei der Datenerhebung innerhalb des ETHICO-Projekts in den Mittel-

punkt; die theoretischen Hintergründe zur normativen Bewertung der sozialen Realität werden in diesem Beitrag nicht diskutiert. In einem ersten Schritt werden die in dem Projekt angewandten Forschungsstrategien vorgestellt. Ziel in diesem Teil ist, aufzuzeigen, wie mit Hilfe von Triangulation eine detaillierte Rekonstruktion sozialer Realität stattgefunden hat. Daraufhin werden ausgewählte empirische Ergebnisse beschrieben. Einerseits wird so die Triangulation im ETHICO-Projekt illustriert, andererseits dient die Auswahl der Ergebnisse dem Ziel, darzulegen, wie aus einer umfassenden Datensammlung eine zielgerichtete Intervention entwickelt werden kann. Der Artikel schliesst mit der Darstellung eines konzeptuellen Entwurfs einer Intervention zur Verbesserung *wertebezogener Kommunikation* und einem einordnenden Fazit.

2. Triangulation im ETHICO-Projekt

Im Folgenden wird dargestellt, wie die erwähnten Formen von Triangulation im ETHICO-Projekt Anwendung gefunden haben. Ein besonderer Fokus wird auf die Methoden-Triangulation gerichtet.

2.1 Investigator-Triangulation

Das Forscherteam besteht aus drei Personen (J.S., S.S. und S.W.), mit unterschiedlichen akademischen Hintergründen in Medizin, Philosophie und Sozialwissenschaften, unterschiedlichen Geschlechtern und unterschiedlicher beruflicher Erfahrung. Diese individuellen Hintergründe erlauben individuelle Perspektiven auf das Forschungsfeld. Diese Perspektivierungen drückten sich während des Projekts in mitunter differenten Interpretationen und unterschiedlichen Arbeitsweisen aus. Die resultierende Heterogenität schafft zwar einen Erkenntnisgewinn, gleichzeitig stellt sie allerdings auch eine grosse Herausforderung an alle Forscher dar. Aus diesem Grund wurden innerhalb des Teams regelmässige Besprechungen zur Abstimmung des Arbeitsvorgehens, der Datenanalyse und des allgemeinen Austausches abgehalten.

2.2 Theorien-Triangulation

Durch die unterschiedlichen Hintergründe der Forscher und die Herangehensweise aus empirischer und normativer Perspektive sind auch unterschiedliche theoretische Vorannahmen in das ETHICO-Projekt eingeflossen. Ein zentraler Teil des Projekts ist neben der Entwicklung der Intervention auch die Reflexion des Verhältnisses von normativen und empirischen Methoden im Hinblick auf empirisch-ethische Forschung [27]. Auf diese Weise findet ein stetiger Austausch zwischen sozialwissenschaftlichen Hintergrundtheorien der empirischen Methoden und normativen Theorien zur Beurteilung der empirischen Ergebnisse statt.³

1 Im vorliegenden Artikel wird zur Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Gruppen und Einzelpersonen die männliche Form gewählt; gemeint sind dabei stets beide Geschlechter, hier also Patientinnen und Patienten.

2 In der klinischen Praxis ist nicht immer eindeutig zu klären, ob sich eine Krebserkrankung in einem heilbaren (kurativen) oder nicht heilbaren (palliativen) Stadium befindet. Aus diesem Grund wird der Begriff der fortgeschrittenen Krebserkrankung eingeführt, der keine eindeutige Unterscheidung wie beispielsweise die Gegenüberstellung zwischen kurativen und palliativen Ansätzen beinhaltet. Die hiermit implizierte Unsicherheit in der Diagnostik stellt ein eigenständiges Problem dar und wird im Folgenden nicht weiter diskutiert.

3 Eine ausführliche Diskussion über das Verhältnis von normativen und empirischen Methoden kann an dieser Stelle nicht geführt wer-

2.3 Methoden-Triangulation

Um die Vorzüge der Methoden-Triangulation⁴ zur Geltung kommen zu lassen, ist es notwendig, die Stärken und Schwächen der angewandten Methoden zu kennen. So lassen sich blinde Flecken und Unzulänglichkeiten der Methoden minimieren, denn die unterschiedlichen Erhebungsmethoden rekonstruieren verschiedene Ausschnitte sozialer Realitäten (Komplementarität) [25]. Im ETHICO-Projekt wurden Beobachtungen, Interviews und Fokusgruppen miteinander trianguliert, um auf diese Weise ein möglichst komplexes Bild sozialer Realität nachzuzeichnen.⁵ Wegweisend war, ethische Probleme, die im klinischen Alltag auftreten, zu identifizieren und möglichst umfassend zu charakterisieren sowie Ansatzpunkte für denkbare Interventionen zu erkennen.

Als erster Schritt wurde mit Hilfe von qualitativen Beobachtungen das Forschungsfeld exploriert. Daraufhin wurden qualitative Leitfadeninterviews durchgeführt, um das Feld mit Hilfe andersartiger Daten vertieft zu explorieren. Im dritten Schritt wurden mittels Fokusgruppen die Daten unter anderem zurück an die Stakeholder gebunden. Auf diese Weise konnten nochmals neuartige Daten erhoben werden. Diese Rückbindung an die Akteure der Klinik stellte gleichzeitig den Übergang zur Entwicklung der Intervention dar.⁶

Beobachtungen

Es wurden offene, nicht-teilnehmende Beobachtungen in drei verschiedenen Settings (interdisziplinäre Tumorkonferenz, Oberarztvisite und Ambulanz) einer onkologischen Abteilung in einer Universitätsklinik von insgesamt drei Forschern (J.S., S.S., S.W.) durchgeführt. Die Beobachtungen wurden mit Hilfe eines Beobachtungsprotokolls festgehalten, das zu einem späteren Zeitpunkt von dem jeweiligen Forscher auf den Computer übertragen wurde.

In der interdisziplinären Tumorkonferenz treffen Ärzte aus unterschiedlichen Fachdisziplinen zusammen, um das disziplinübergreifende Vorgehen bei an Krebs erkrankten Patienten zu besprechen. Bei der Oberarztvisite sucht der Oberarzt mit seinen Assistenzärzten und weiteren Angehörigen des Behandlungsteams die Patienten in ihren Zimmern auf und bespricht mit ihnen diagnostische Ergebnisse, das therapeutische Vorgehen

sowie weitere relevante Aspekte. Die Visite gliedert sich typischerweise in zwei Handlungsabschnitte. Zunächst wird vor dem Zimmer der Patienten im Behandlungsteam das weitere Vorgehen besprochen. Daraufhin wird mit den Patienten im Zimmer, normalerweise im Beisein anderer Patienten, dieses mögliche Vorgehen abgestimmt. Das dritte Setting, die onkologische Ambulanz, ist durch Arzt-Patienten-Gespräche in einer persönlichen Atmosphäre geprägt, an denen häufig auch Angehörige der Patienten teilnehmen.

Die Datenerhebung durch Beobachtungen orientierte sich am Leitgedanken, zunächst einen möglichst unvoreingenommenen und breiten Überblick des Forschungsfeldes zu erlangen [19]. Beobachtet wurden vor allem die Handlungen der Akteure im Feld. Hieraus konnten beispielsweise Beziehungen der Akteure zueinander wahrgenommen werden, aber auch Verhaltensweisen, die den Akteuren selbst nicht ohne weiteres bewusst waren. Das aus den Beobachtungen resultierende Überblickswissen hat insgesamt einen strukturellen Charakter, da im Wesentlichen sich wiederholendes, typisches Verhalten und Relationen der Akteure untereinander beobachtet wurden.

Interviews

Es wurden semi-strukturierte Leitfadeninterviews geführt. Die Interviews boten genügend Raum für die Interviewten, um eigene Gedanken, Ideen und Bewertungen vorzunehmen. Gleichzeitig waren sie ausreichend standardisiert, um eine grundsätzliche Vergleichbarkeit der generierten Daten zu erhalten [20]. Ein wesentliches Kriterium bei der Auswahl der Interviewteilnehmer war es, ein breites Spektrum an Personen zu befragen, die einen wichtigen Anteil an der Entscheidungsfindung mit an Krebs erkrankten Patienten haben. Hierzu gehörten auch Personen, die zuvor nicht umfassend beobachtet werden konnten, da sie beispielsweise in anderen Abteilungen der Klinik tätig waren.

Die Interviews fragten im Kern zwei Teilbereiche ab: Einerseits wurden die Akteure gebeten, ihr eigenes Handeln zu beschreiben, und andererseits sollten sie Beurteilungen über ihr eigenes Handeln, aber auch mögliche Wunschvorstellungen, wie Abläufe und Handlungen im Alltag ausgestalten werden sollten, abgeben. Auf diese Weise wurde es ermöglicht, die Interviewdaten mit den Beobachtungsdaten zu vergleichen. Beispielsweise konnte so verglichen werden, welche der beobachteten strukturellen Abläufe den normativen Vorstellungen der Interviewpartner entsprechen und wo möglicherweise Defizite vorliegen. Ebenso konnte die Differenz zwischen individuellem Wissen, das in den Interviews abgefragt wurde, und dem faktischen Handeln der Akteure analysiert werden.

Fokusgruppen

Die Fokusgruppen spielen in der gesamten Anlage der empirischen Datenerhebung eine besondere Rolle. Sie

den. Derzeit befindet sich ein Beitrag der Arbeitsgruppe in Vorbereitung, der wesentliche Aspekte der Theorien-Triangulation adressiert.

4 Auf die Unterscheidung von «Between Method» und «Within Method Triangulation» kann in diesem Beitrag nicht eingegangen werden, da die «Within Method Triangulation» sich wesentlich auf die Datenanalyse bezieht, welches in diesem Beitrag nur randständig behandelt wird.

5 Da jede empirische Datenerhebung mit einer eigenen Forschungsstrategie verknüpft ist, musste jedes dieser Vorhaben durch eine Ethikkommission begutachtet werden. Die einzelnen empirischen Arbeitsschritte des Forschungsvorhabens wurden am 01.08.2012, am 25.02.2013 und am 06.05.2014 von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum positiv begutachtet (4431–12, 4521–12, 4977–14).

6 Triangulation bezieht sich in diesem Beitrag ausschliesslich auf qualitative Methoden.

bilden den Übergang von der Datenerhebung hin zur Implementierung der Intervention. Dieser Übergang drückt sich in den unterschiedlichen Zielsetzungen der Fokusgruppen aus. Innerhalb der Fokusgruppen werden zusätzliche Daten erhoben, ein Feedback der ersten Ergebnisse an die Stakeholder gegeben, die gemeinsame Entwicklung der Intervention mit den Stakeholdern realisiert und die kontinuierliche Evaluation der Intervention vollzogen.

Durch die Fokusgruppen wurden empirische Daten gewonnen, die weder mit Beobachtungen noch mit Interviews in der Form hätten gewonnen werden können. Durch die Auseinandersetzung der Diskussionsteilnehmer können Erkenntnisse über Werturteile in einer anderen Form als durch die vorstehend beschriebenen Erhebungsmethoden gewonnen werden [22]. In Fokusgruppen können die Akteure ihre jeweiligen eigenen Wahrnehmungen der Strukturen und der eigenen Werturteile miteinander diskutieren und abgleichen. Die Art und Weise, wie diese Wahrnehmungen abgeglichen werden, stellt eine neue und andere Form der Erkenntnis aus Sicht der empirischen Forschung dar, die wiederum mit den zuvor erhobenen Daten verglichen werden kann [22].

Neben der Datenerhebung wurden die Fokusgruppen im ETHICO-Projekt auch als Instrument zur Rückbindung der empirischen Daten an die Stakeholder genutzt. Es wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt. Die erste Fokusgruppe verfolgte das Ziel, anhand einer Fallvignette einen gemeinsamen Hintergrund zwischen Forschern des ETHICO-Projekts und den Diskussionsteilnehmern aus dem Behandlungsteam zu generieren. Hierfür wurde eine Fallvignette als Stimulus genutzt. Diese wurde auf Grundlage der empirisch erhobenen Daten konstruiert und beinhaltet verschiedene Aspekte, die aus Perspektive der Forscher als ethisch problematisch beurteilt wurden [1]. Die Gruppe wurde heterogen zusammengestellt, um einerseits eine breite Diskussion möglicher ethisch relevanter Probleme zu führen und andererseits ein grosses Spektrum an Personen, die an der Entscheidungsfindung bei krebserkrankten Patienten beteiligt sind, vertreten zu haben.

Ergänzend zu der Datenrückbindung und der gleichzeitigen Validierung der Interpretationen durch die Forscher haben die Fokusgruppen das Ziel, die Stakeholder direkt in die Entwicklung der Intervention mit einzubeziehen. Auf diese Weise wird eine Bindung zwischen dem Behandlungsteam und den Forschern erzielt, die ein wesentlicher Teil für eine erfolgreiche Umsetzung der Intervention ist. Die zweite Fokusgruppe diskutierte aus diesem Grund den ersten Entwurf einer möglichen Intervention mit dem Behandlungsteam.

Neben den bereits benannten Zielen haben die noch folgenden Fokusgruppen das Ziel einer stetigen Evaluation der Intervention [12]. Durch den regelmässigen diskursiven Austausch lässt sich die Entwicklung der implementierten Intervention nachvollziehen. Hierdurch werden Möglichkeiten der Anpassung und Ver-

änderung erzeugt, falls Effekte auftreten, die nicht gewünscht sind.

Zuletzt sollte betont werden, dass die regelmässigen Diskussionen in Fokusgruppen bereits eine Form der Intervention darstellen. Ausserhalb dieses Settings treten die Teilnehmer der Fokusgruppen nicht in einen vergleichbaren Diskurs.

2.4. Daten-Triangulation

Aus den unterschiedlichen verwendeten Methoden resultierten auch unterschiedliche Daten. Die Daten lassen sich wiederum kategorisieren in die Zeiträume (*Zeit*), innerhalb derer sie gesammelt wurden, in die Erhebungsorte (*Raum*), an denen sie gewonnen wurden und die verschiedenen Forscher (*Person*), die die Daten erhoben haben [27].

Zeit: Die Datenerhebung muss zu verschiedenen Zeitpunkten stattgefunden haben. Die Datenerhebung im ETHICO-Projekt geschah über mehrere Monate, sodass dieses Kriterium als erfüllt gelten kann.

Raum: Die Datenerhebung sollte an unterschiedlichen Orten stattgefunden haben. Im vorliegenden Fall trifft dies insbesondere auf die unterschiedlichen beobachteten Settings zu, auch die Heterogenität der Interviewpartner und dadurch resultierende unterschiedliche Interviewsettings können unter diese Kategorie subsummiert werden.

Person: Die Datenerhebung muss sich auf unterschiedliche Personenkonstellationen beziehen, also Einzelpersonen oder Gruppen oder Organisationen. Dieses Kriterium wurde durch die Verwendung der beschriebenen Methoden erfüllt.

2.5 Limitationen der Triangulation

Auch wenn Triangulation dazu dient, ein komplexeres Bild der sozialen Realität nachzuzeichnen, bleiben vereinzelte methodische Schwächen und Unzulänglichkeiten bestehen. Die wichtigste Einschränkung ist sicherlich, dass auch eine noch so umfangreiche Triangulation keine *komplette* Darstellung sozialer Sachverhalte im Sinne von Objektivität ermöglicht [9]. Dies bedeutet ebenfalls, dass bei der Identifikation ethischer Probleme kein Anspruch auf Eindeutigkeit im Sinne *einer* ethischen Wahrheit gelegt wird. Empirische Methoden liefern immer nur Ausschnitte der sozialen Realität. Zudem bleibt eine Reihe von Limitationen qualitativer empirischer Forschung bestehen, wie z.B. eine nicht ohne weiteres mögliche Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse [23].

3. Ausgewählte Ergebnisse des ETHICO-Projekts

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt, die eine tragende Rolle bei der Entwicklung der Intervention geführt haben. Ausgehend von der Abgrenzung unterschiedlicher Methoden der Triangula-

tion im vorhergehenden Abschnitt sollen in diesem Kapitel am Beispiel ausgewählter Ergebnisse der Zusammenhang zwischen Methodentriangulation und der resultierenden Verdichtung der Daten sowie die Bedeutung für die Entwicklung einer Intervention zur Unterstützung von Entscheidungen in der klinischen Praxis dargestellt werden.

3.1 Analyseverfahren

Die Daten wurden alle in Anlehnung an die Auswertungsstrategien der Grounded Theory analysiert [3,7]. Da die Entwicklung einer Intervention zur Unterstützung beziehungsweise Verbesserung der Entscheidungsfindung das übergeordnete Ziel war, sind stets auch explizit normative Überlegungen in die Analyse miteingeflossen. Die Analysen erfolgten iterativ, d.h. dass bereits während der Erhebungsphase Daten analysiert und ausgewertet wurden und sich diese Analyse somit auf die nächsten Datenerhebungen auswirken konnte. Konkret bedeutet dies, dass die ersten Ergebnisse aus den Beobachtungen wesentlich die Konstruktion des Leitfadens für die Interviews mitbestimmt haben. In noch viel stärkerem Masse haben die empirischen Auswertungen durch die Entwicklung der Fallvignette einen Einfluss auf die Fokusgruppen genommen. Die Datenanalyse erfolgte durch zwei Autoren (S.S., S.W.) und wurden im Autorenteam mehrfach vorgestellt und diskutiert.

3.2 Ergebnisse aus den Beobachtungen:

Informationsselektion

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf einer bereits erschienenen Publikation [27] und werden in Anbetracht der Zielsetzung dieses Artikels in selektierter Form dargestellt. Der Fokus liegt auf dem Aspekt der Informationsselektion, da dieser sich als ein zentraler Bestandteil zu verbessernden Strukturen in der onkologischen Abteilung herausgestellt hat. Insgesamt wurden an 38 Tagen Beobachtungen durchgeführt, was zu einer Fallzahl von 309 beobachteten Fällen geführt hat. Dies bedeutet, dass 309 Gespräche mit oder über Patienten beobachtet wurden.

Abb. 1 Anzahl der durchgeführten Beobachtungen und beobachteten Fälle

Setting	Beobachtungstage	Beobachtete Fälle
Tumorboard	14	136
Oberarztvisite	10	104
Ambulanz	14	69
Σ	38	309

Beobachtung in der Ambulanz

Therapieangebote werden den Patienten normalerweise direkt und sehr verständlich unterbreitet. Auf dieses Angebot hin werden die Patienten dann gefragt, ob sie den geplanten Massnahmen zustimmen oder nicht. Allerdings ist die Auswahl der Massnahmen für

den behandelnden Arzt nicht immer so eindeutig, wie es die Klarheit des Angebots vermittelt. Beispielsweise sind die Auswahl, die detaillierte Planung und Dosis einer Chemotherapie für den Arzt selbst nicht immer evident. Stattdessen trifft der Arzt bereits eine Vorentscheidung auf Grundlage seiner Einschätzungen.

«Vor dem Gespräch mit der Patientin sucht Dr. X einen neuen Chemoplan heraus (Halb mit sich selbst redend, halb mit mir; sagt er dabei: «Was mach ich mit der Frau?») [...] Dabei scheint er eine Auswahl mehrerer möglicher Pläne zur Verfügung zu haben. Er diskutiert keinen der möglichen Chemopläne mit der Patientin, sondern schlägt der Patientin den ausgewählten vor.» (Ambulanz 08 03)⁷

Beobachtungen in der Oberarztvisite

Die Ärzte sprechen, auch während der Oberarztvisite, weitestgehend sehr offen und verständlich mit den Patienten über medizinische Themen, allerdings werden nicht alle Themen auf eine direkte Weise angesprochen. Stattdessen verwenden die Ärzte teilweise Sprachstrategien, um bestimmte Worte zu vermeiden, wie z.B. *durchmetastasierter Krebs*.

Patient deutet auf seinen Bauch und spricht von Schmerzen dort.

Arzt A zu Arzt B: «Gibt es da 'nen Grund?»

Arzt B (zögerlich): «Ja ... ubiquitäre Erkrankung.» (Oberarztvisite 05 02)

Die Beobachtungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass eine autonome, gut informierte Entscheidungsfindung auf Seiten der Patienten durch verschiedene Strategien und Mechanismen erschwert wird, zum Beispiel durch Vorselektionen bestimmter Therapien von Seiten des Arztes und zum anderen durch die nicht klar, sondern kommunikativ verschleiernde Art, über bestimmte Diagnosen zu sprechen. Diese Strategien und Mechanismen sind für die Ärzte anscheinend häufig nicht bewusst. Zudem legen die Beobachtungsdaten nahe, dass die beschriebenen oder ähnliche kommunikative Strategien, im Sinne eines üblichen Handelns, gewissermassen strukturell verankert sind.

3.3 Ergebnisse aus den Interviews: Transparente Kommunikation

Insgesamt wurden neun semi-strukturierte Interviews geführt (alle S.W.). Die Personen waren zwischen 30 und 73 Jahre alt und bestanden aus Pflegenden, Ärzten der Onkologie, Radiologie und Chirurgie sowie Patienten.

In den Interviews wurde deutlich, dass verschiedene Aspekte der Kommunikation eine grosse Rolle im klinischen Alltag spielen. Aus verschiedensten Perspektiven

⁷ Bei den Belegpassagen der Beobachtungen handelt es sich um Zitate von den Beobachtungsprotokollen, die die wörtliche Sprache nur sinngemäss wiedergeben, da bei den Beobachtungen keine Aufnahmegeräte verwendet wurden.

wurde betont, dass eine *gute Kommunikation* wichtig und aus Perspektive der Interviewteilnehmer (normativ) wünschenswert sei. Ein immer wieder benannter Aspekt *guter Kommunikation* war *Transparenz*. Diese Erkenntnisse vertiefen und komplementieren die Ergebnisse aus den Beobachtungen zuvor, indem sie den Aspekt der *Informationsselektion* auch aus Perspektive der interviewten Stakeholder als problematisch kennzeichnen, da eine transparente Kommunikation hierdurch erschwert wird. Ergänzend wird deutlich, dass neben der Arzt-Patienten-Kommunikation auch die Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams für eine gute Patientenversorgung wesentlich ist. Ein erster wichtiger Bestandteil, um Transparenz herzustellen, sei der kommunikative Austausch innerhalb des Behandlungsteams. Dies bedeutet, dass allen Beteiligten klar sein sollte, welche Entscheidungen getroffen wurden. Die Begründung für die Entscheidungen sollte ebenfalls vermittelt werden. Auch über mögliche Alternativen sollte ein Austausch im Sinne des Patienten stattfinden.

«Da ist dann eine grosse Mauer ganz dick betoniert zwischen Ärzten und Pflege und dass wir kaum eine Ahnung haben, keine Transparenz haben zwischen den Entscheidungen, die da getroffen werden, was für den Patienten gut ist.» (NFG_003, Pfleger)

Patienten nehmen ebenfalls wahr, wenn die Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams transparent abläuft und beurteilen dies als positiv.

«Die tauschen sich da echt gut aus. Da ist der Eine auf dem Stand vom Anderen so ungefähr und das hat echt gut geklappt. Das war am Anfang ein bisschen schwierig, das muss man halt so ein bisschen anleiern. Oft sind da Ärzte auch so, ja, brauch ich nicht hören, ich hab meine eigene Meinung oder so. Aber die haben da echt gut zusammengespield, also das hat echt gut geklappt.» (NFG_005, Patient)

Das letzte Zitat macht allerdings ebenfalls deutlich, dass eine aktive Rolle der Patienten zur Realisierung transparenter Kommunikation wichtig ist. In anderen Interviews und den Beobachtungen zeigte sich, dass nicht jeder Patient gleichermassen dazu in der Lage ist, einen bestimmten kommunikativen Umgang mit dem Behandlungsteam einzufordern. Diese unterschiedlichen Anlagen bei den Patienten sind ein zentraler Bestandteil der Überlegungen zu der Intervention, die in Kapitel 4 vorgestellt wird.

3.4 Ergebnisse aus Fokusgruppen: Vertrauen durch Kommunikation

Es wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt (beide von J.S. moderiert). Die Dauer der Diskussionen betrug jeweils 60 Minuten, sie wurden digital aufgezeichnet und durch eine zuvor erarbeitete Dramaturgie vorstrukturiert. Die Gruppen waren heterogen aus Vertre-

tern der Pflege, Ärzteschaft, Physiologie, Seelsorge und dem Sozialdienst zusammengesetzt. Die Teilnehmer variierten in Alter, Geschlecht und Berufserfahrung. Die erste Fokusgruppe diente, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, der Rückbindung der Daten an die Diskussionsteilnehmer und der Erhebung neuer Daten zur Entwicklung der Intervention. In dieser Gruppe konnten die bisherigen Analysen aus Beobachtungen und Interviews bestätigt werden und um wichtige weitere Aspekte ergänzt werden.

Ähnlich wie in den Beobachtungen und Interviews wurden in der Fokusgruppe der Informationsfluss und der allgemeine kommunikative Umgang aller Beteiligten untereinander besonders hervorgehoben. Da zur Strukturierung der Fokusgruppe die bisherigen empirischen Daten verdichtet und in Form einer Fallvignette benutzt wurden, liegt dieses Ergebnis durchaus im Bereich des Erwartbaren. Allerdings wurden in der Fallvignette andere Ergebnisse ebenso verarbeitet, die in der Fokusgruppe nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben, was die hervorgehobene Relevanz einer gelungenen Kommunikation nochmals hervorhebt. Eine neue Verknüpfung, die innerhalb der Gruppe erarbeitet wurde, ist das Verhältnis zwischen Kommunikation und Vertrauen. Grundsätzlich wurde festgestellt, dass die Art und Weise, wie Gespräche geführt werden, einen wesentlichen Beitrag für den Aufbau von Vertrauen bildet.

«Ich denke wirklich, das Wichtigste ist, erst mal wirklich ein Gespräch und transparent machen, was Sache jetzt ist.» (FG I P9)

Ehrlichkeit und das Aussprechen von Wahrheit wurden als wichtige Gründe, um zu vertrauen, beschrieben.

«Ehrlichkeit. Auch wenn's viele Patienten nicht so gerne haben. [...] Wenn ich ehrlich zum Patienten bin, wenn ich sage, wo es hingehen könnte [...] denke ich, dann entsteht da auch irgendwo 'ne Vertrauensbasis.» (FG I P1)

Neben der offenen und ehrlichen Gesprächsführung wurde auch betont, dass

«es ganz wichtig ist, dem Patienten auch Zeit zu geben, im Gespräch Rückfragen zu stellen.» (FG I P3)

Es wurde weiterhin hervorgehoben, dass Transparenz sich nicht ausschliesslich an Patienten richtet, sondern auch die interne Teamkommunikation diese aufweisen sollte.

«Wichtig finde ich auch immer, dass alle vom Behandlungsteam, Schwestern, Ärzte, wirklich alle wissen, inwieweit der Patient aufgeklärt ist.» (FG I P5)

Die zweite Fokusgruppe nutze anstelle einer Fallvignette einen ersten Interventionsentwurf als Stimulus. Da die Ergebnisse aus dieser Fokusgruppe sich wesentlich auf die Erarbeitung der Intervention beziehen, werden sie

an dieser Stelle nicht explizit vorgestellt, sondern fließen in die nachfolgende Darstellung der Intervention ein.

4. Intervention

Die folgenden Ausführungen beschreiben das Konzept der geplanten Intervention⁸ skizzenhaft und ausschnittsweise, um zu verdeutlichen, wie aus den gewonnenen empirischen Daten eine konkrete Hilfestellung für die Entscheidungsfindung im klinischen Alltag entwickelt wurde. Die geplante Intervention zielt auf die Verbesserung *wertebezogener Kommunikation* ab. Die Beobachtungen machten deutlich, dass in Entscheidungssituationen in der klinischen Praxis häufig relevante Informationen nicht (eindeutig) kommuniziert werden (vgl. 3.2). In den Interviews wurde zudem betont, dass Transparenz besonders wichtig für eine gelungene Kommunikation sei (vgl. 3.3). Die Fokusgruppen rückten das Verhältnis von Vertrauen und Kommunikation in den Mittelpunkt (vgl. 3.4). Wesentlich für eine transparente und somit vertrauensvolle Form von Kommunikation scheint somit zu sein, dass die relevanten Informationen bei allen an Entscheidungsprozessen beteiligten Personen vorhanden sind. Die zur Entwicklung der Intervention leitende Frage war folglich, wie ein offener, ehrlicher und möglichst lückenloser Informationsfluss gefördert werden kann.

Ein kommunikatives Mittel, um dies zu erreichen, ist das Stellen von Fragen [5,6]. Auf Basis dieser grundlegenden Überlegung wurde eine Intervention entwickelt. Diese soll durch ein strukturiertes Fragen der Mitglieder des Behandlungsteams die Informiertheit der Patienten fördern. Wenn bestimmte wertebezogene Fragen regelmässig gestellt werden, so die Hypothese, kann sich auf diese Weise eine Struktur entwickeln, die insgesamt kommunikative Transparenz schafft. Diese Struktur erleichtert unter anderem dem Behandlungsteam, sich gegenseitig auf dem aktuellen Informationsstand über Patienten zu halten.

Um diese strukturbildende Massnahme zu unterstützen, besteht die Intervention aus zwei sich ergänzenden Zusammenstellungen von Fragen. Die Fragen adressieren unterschiedliche Bereiche der Versorgung von Krebspatienten. Gemein ist ihnen, dass sie wertebezogene Aspekte der Versorgung thematisieren. «Wertebezogen» bezieht sich auf zwei unterschiedliche Ebenen. Einerseits sind hiermit explizit auf Werte rekurrierende Bereiche der Kommunikation gemeint, wie z.B. im Gespräch thematisierte Patientenpräferenzen. Andererseits sind auch implizit auf Werte verweisende Bereiche der Versorgung gemeint, wie z.B. die beschriebene Vorselektion der Entscheidung durch Ärzte

(vgl. Kapitel 3.2). Besonders die impliziten Werturteile sollen mit Hilfe der Intervention expliziert und so einem Diskurs zugänglich werden.

Die Intervention besteht zu einem Teil aus einem Leitfaden für das Behandlungsteam (angelehnt an Interviewleitfäden der qualitativen Forschung) [21]. Es handelt sich hierbei um ein DIN-A6 grosses Kärtchen mit einer Sammlung von Themenkomplexen und Fragen, das jeder Person des Behandlungsteams zur Verfügung gestellt wird. Die Fragen und Themen haben beispielhaften Charakter und sollen als Anregung dienen, Gespräche mit den Patienten zu strukturieren, indem wertebezogene Aspekte der Versorgung systematisch besprochen werden.

Komplementär zu dem Leitfaden für das Behandlungsteam besteht der zweite Teil der Intervention aus einer Handreichung mit einer Fragensammlung für Patienten. Nicht jeder Patient hat die gleiche medizinische Kompetenz, die für ihn relevanten Fragen zu stellen. Die Gründe hierfür sind facettenreich wie z.B. der Umgang mit der eigenen Krankheit, die Erfahrungen im Krankenhaus, Nervosität, Vergesslichkeit und vieles mehr. Patienten erhalten aus diesem Grund einen zweiseitigen DIN-A4-Zettel mit Fragen, die ähnliche Themen wie der zuvor beschriebene Leitfaden thematisieren. Die Handreichung soll helfen, diese Umstände abzumildern und im Idealfall zur Reflektion anregen [4]. Neben den Fragen bietet die Handreichung genügend Platz, um sich weitere eigene Notizen zu machen.

Über die parallele Implementierung der beiden Werkzeuge sowie eine wöchentliche interprofessionelle Besprechung zwischen Pflegenden und Ärzten zu wertebezogenen Aspekten der Behandlung ausgewählter Patienten soll ein sich gegenseitig verstärkender Effekt erzielt werden. Die hierfür zugrunde liegende Hypothese ist, dass die beiden Werkzeuge sich komplementär zueinander verhalten und auf diese Weise die Kommunikation zwischen Behandlungsteam und Patienten strukturiert und transparent geführt wird.

5. Fazit

Die Zielsetzung, eine möglichst detaillierte Rekonstruktion der sozialen Realität einer onkologischen Abteilung bereitzustellen, konnte durch das komplexe empirische Unterfangen erfüllt werden. Durch die verschiedenen Formen der Triangulation konnten im ETHICO-Projekt sowohl die erhobenen Daten validiert (mit Hilfe der Fokusgruppen) als auch komplementäre Daten erhoben werden, die nur schwerlich mit Hilfe einer Methode alleine hätten gewonnen werden können. Die Beobachtungen ermöglichten einen Überblick über das Forschungsfeld, der im Kern strukturelle Aspekte abbildete und Informationen über Werturteile der Akteure nur implizit bereitstellte. Ebenso wurde es durch die Beobachtungen ermöglicht, Verhaltensweisen der Akteure zu analysieren, die diesen selbst möglicher-

8 Die Implementierung der Intervention findet derzeit in einer onkologischen Abteilung eines Krankenhauses in Nordrhein-Westfalen, Deutschland, statt. Die Darstellungen beziehen sich also auf eine Intervention, die sich noch in der Erprobungsphase befindet.

weise nicht ohne weiteres zugänglich sind. Diese blinden Flecken des eigenen Verhaltens, ebenso wie Werturteile, konnten auf komplementäre Weise mit Hilfe von Interviews thematisiert werden. Der Abgleich der jeweiligen Daten ermöglichte es, einen tieferen Einblick sowohl in Strukturen des Untersuchungsfeldes als auch in das individuelle Wissen der Akteure zu erlangen. Die Verknüpfung dieser beiden Ebenen sozialer Realität wurde in einer Fallvignette rekonstruiert und auf diese Weise an die Stakeholder zurückgespielt. So konnten die Teilnehmer der Fokusgruppen in einen Diskurs miteinander treten, der ohne die Triangulation nicht auf diese Weise hätte stattfinden können.

Implizit ist Triangulation ein fester Bestandteil verschiedener qualitativ angelegter Forschungsstrategien wie z. B. der Grounded Theory, die nahelegt, Daten aus unterschiedlichsten Kontexten zu sammeln, miteinander in Bezug zu setzen und dann gemeinsam auszuwerten [7], oder auch der Ethnografie [17]. Eine Reihe empirisch-medizinethischer Forschungen sind aus diesen Traditionen gewachsen [10, 18, 28].

In der Medizinethik lässt sich insgesamt eine zunehmende Hinwendung zu qualitativen empirischen Methoden erkennen [2]. Es scheint allerdings so, als halte die methodische Reflexion nicht mit der Menge an empirischen Studien mit. So existieren zwar verschiedenen Reflexionen zum Verhältnis Ethik und Empirie [11, 24, 29], die Reflexionen der aus den Sozialwissenschaften entlehnten Methoden finden allerdings nur wenig Beachtung. Die in diesem Beitrag vorgenommene ausführliche Darstellung des methodischen Vorgehens soll einen ersten Schritt in Richtung einer angemessenen methodischen Reflexion darstellen.

Danksagung

Die Arbeit von Sebastian Wäscher, Sabine Salloch, Jochen Vollmann und Jan Schildmann wird durch Mittel der NRW-Nachwuchsforschergruppe «Medizinethik am Lebensende: Norm und Empirie» (Förderkennzeichen: 334-5) unterstützt. Die Autoren danken dem Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen.

Abstract

Background

End-of-life decisions are associated with clinical and ethical challenges. The decision making process is influenced by structural factors as well individual interests and preferences of patients, physicians and other parties. The overall goal of the ETHICO (Empirical-Ethical Interventions in Oncology) project is an empirically and ethically informed development, implementation and evaluation of an intervention to improve the decision making with cancer patients. In this paper we report methods and findings of reconstructing the decision making by means of triangulation of qualitative methods and the development of a tool to support the decision making near the end of life in clinical practice.

Methods

Non-participating observation in three different clinical settings (tumorboard, ward round and outpatient clinic) and qualitative interviews (physicians, nurses, patients) are used in a first step to reconstruct the decision making. Qualitative data analysis followed principles of grounded theory with a focus on ethically relevant aspects of decision making with patients with advanced cancer. In a second step and by means of focus groups with physicians, nurses and other members of the healthcare team the researchers presented the research findings and developed together with the healthcare team a strategy to support decision making near the end of life.

Results

The reconstruction of the decision making indicates that physicians make value decisions without involvement of patients. These findings are confirmed by all members of the healthcare team during the focus group. The intervention, which has been developed based on these findings, encompasses a set of questions for patients and healthcare professionals which, a part of a defined process, shall stimulate and structure discussions about value related aspects of decision making.

Discussion

The ETHICO project shows how the triangulation of qualitative research methods contributes to a deepened understanding of decision making near the end of life and related ethical challenges. The involvement of different members of the healthcare team as participants of a focus group offers the opportunity to a shared understanding of ethical challenges and the development of practice oriented strategies to deal with these challenges.

Résumé

Contexte

Les décisions en fin de vie posent des défis cliniques et éthiques importants. Le processus de prise de décision dans ce domaine est influencé, d'une part, par des facteurs structurels et, d'autre part, par les intérêts individuels et les préférences de patients, médecins et des autres personnes concernées. L'objectif global du projet ETHICO (*Empirical-Ethical Interventions in Oncology*) est de mettre en œuvre une évaluation empirique et éthique visant à améliorer la prise de décision des patients atteints de cancer. Le but de cet article est de reconstruire le processus de prise de décision par le biais de la triangulation des méthodes qualitatives, ainsi que de développer un outil qui puisse aider à la prise de décision en fin de vie dans la pratique clinique.

Méthodes

Dans un premier temps, on a recours à l'observation non participante dans trois contextes cliniques différents (discussion interdisciplinaire sur la tumeur, visites du médecin, patients externes) et à des entretiens qualitatifs (médecins, infirmières, patients) afin de reconstruire la prise de décision. Les données qualitatives obtenues sont analysées selon les principes de la «grounded theory», en mettant un accent particulier sur les aspects éthiques relatifs à la prise de décision chez les patients atteints d'un cancer avancé. Dans un deuxième temps, les résultats de la recherche sont présentés aux membres de l'équipe au moyen de groupes de discussion, avec participation de médecins, infirmières et membres d'autres professions. De cette manière, on développe des stratégies communes pour soutenir la prise de décision en fin de vie.

Résultats

La reconstruction de la prise de décision montre que les médecins ont tendance à prendre des décisions importantes sans la participation des patients. Ces résultats sont confirmés par les membres de l'équipe de soins de santé au cours des groupes de discussion. L'intervention qui a été développée sur la base de ces résultats comprend une série de questions pour les patients et les équipes de soins, qui doivent encourager et structurer les discussions sur des questions de valeur liées à la prise de décision.

Discussion

Le projet ETHICO montre de manière exemplaire comment la triangulation des méthodes de recherche qualitative peut contribuer à une meilleure compréhension de la prise de décision en fin de vie et des défis éthiques qui y sont liés. La participation des personnes appartenant à des professions de soins de santé différentes offre la possibilité d'une compréhension commune des enjeux éthiques et l'élaboration de stratégies axées sur la pratique en vue de faire face à ces défis.

Korrespondenz

Sebastian Wäscher, M.A.
Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin
Ruhr-Universität Bochum
Malakowturm
Markstrasse 258a
D-44799 Bochum
E-Mail: sebastian.waesch[er]@rub.de

Eingang des Manuskripts: 6.6.2014

Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 14.10.2014

Annahme des Manuskripts: 24.10.2014

Literatur

1. Atria M, Strohmeier D, Spiel C. Der Einsatz von Vignetten in der Programmevaluation – Beispiele aus dem Anwendungsfeld «Gewalt in der Schule». In: Flick U (Hg.). *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte. Methoden. Umsetzungen.* Reinbek bei Hamburg (Rowohlt). 2006; 233–249.
2. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. Empirical research in bioethical journals. A quantitative analysis. In: *Journal of Medical Ethics*; 2006; 32; 4:240–245.
3. Breuer F. *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung in die Forschungspraxis.* Wiesbaden (VS. Verlag für Sozialwissenschaften), 2010.
4. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH, Chye R, Noel M, Davis JM, Glare P. Asking questions can help: development and preliminary evaluation of a question prompt list for palliative care patients. In: *British Journal of Cancer* 2003; 89:2069–2077.
5. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH. Asking questions can help. An aid for people seeing the palliative care team. *Palliative Care Australia*, 2006.
6. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH, Devine RJ, Simpson JM, Aggarwal G, Clark KJ, Currow DC, Elliott LM, Lacey J, Lee PG, Noel MA. Randomized controlled trial of a prompt list to help advanced cancer patients and their caregivers to ask questions about prognosis and end-of-life care. In: *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25; 6:715–723.
7. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* Los Angeles. London. New Delhi. Singapore (Sage), 2008.
8. Crowman S. Triangulation a means of reconciliation in nursing research. In: *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18:788–792.
9. Denzin, NK, Lincoln, YS. *The Sage Handbook of Qualitative Research.* Los Angeles. London. New Delhi. Singapore. Washington D.C. (Sage), 2011.
10. Crigger B. Bioethnography: Fieldwork in the Lands of Medical Ethics. In: *Medical Anthropology Quarterly* 1995; 9; 3:400–417.
11. Düwelling M. Wofür braucht die Medizinethik empirische Methoden? Eine normativ-ethische Untersuchung. In: *Ethik in der Medizin* 2009; 21:201–211.
12. Eichler D, Merckens H. Organisationsforschung mit qualitativen Methoden – Erfahrungen aus der Evaluation eines freien Jugendhilfeträgers. In: Flick U (Hg.). *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte. Methoden. Umsetzungen.* Reinbek bei Hamburg (Rowohlt), 2006; 301–318.
13. Farnsworth J, Boon B. Analysing group dynamics within the focus group. In: *Qualitative Research*. 2010; 10:605–624.
14. Flick U. Combining Methods – Lack of Methodology: Discussion of Sotirakopoulou & Breakwell. In: *Ongoing Production on Social Representations*, 1992; 1; 1:43–48.
15. Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* Reinbek bei Hamburg (Rowohlt), 2005.
16. Flick U. Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* Reinbek bei Hamburg (Rowohlt); 2005, 309–318.
17. Flick U. *Triangulation. Eine Einführung.* Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften); 2008
18. Fox R. Observations and Reflections of a Perpetual Fieldworker. In: *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 2004; 595:309–326.
19. Gniewosz B. Beobachtung. In: Reinders H, Ditton H, Gräsel C, Gniewosz B (Hg.) *Empirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden.* Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften); 2011, 99–107.

20. Hopf C. Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In *Zeitschrift für Soziologie* 1978; 7; 2:97–115.
21. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften); 2011.
22. Kamberelis G, Dimitriadis G. Focus Groups Contingent Articulations of Pedagogy, Politics, and Inquiry. In: Denzin, NK, Lincoln, YS. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Los Angeles. London. New Delhi. Singapore. Washington D.C. (Sage); 2011, 545–561.
23. Lamnek S. *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim (Beltz Psychologie Verlags Union); 2010.
24. Musschenga BAW. Was ist empirische Ethik? In: *Ethik in der Medizin*; 2009; 21:187–199.
25. Rees CE, Bath PA. The Use of Between-Methods Triangulation in Cancer Nursing Research. A Case Study Examining Information Sources for Partners of Women with Breast Cancer. In: *Cancer Nursing* 2001; 24; 2:104–111.
26. Salloch S, Vollmann J, Schildmann J. Ethics by opinion poll? The functions of attitudes research for normative deliberations in medical ethics. In: *Journal of Medical Ethics* 2014; 40; 9:597–602.
27. Salloch S, Ritter P, Wäscher S, Vollmann J, Schildmann J. Medical Expertise and Patient Involvement: A Multiperspective Qualitative Observation Study of the Patient's Role in Oncological Decision Making. In: *The Oncologist* 2014; 19:1–7.
28. Shih, F-J. Triangulation in nursing research: issues of conceptual clarity and purpose. In: *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28; 3:631–641.
29. Strech D. Evidenz-basierte Ethik. Zwischen impliziter Normativität und unzureichender Praktikabilität. In: *Ethik in der Medizin* 2008; 20: 274–286.