

## Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung

Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen?

*Anja Tausch, Natalja Menold*



GESIS Papers 2015|12

## Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung

Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen?

*Anja Tausch, Natalja Menold*

## GESIS Papers

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften  
Umfragedesign und Methodik (SDM)  
Postfach 12 21 55  
68072 Mannheim  
Telefon: (0621) 1246 - 261  
Telefax: (0621) 1246 - 100  
E-Mail: [anja.tausch@gesis.org](mailto:anja.tausch@gesis.org)

ISSN: 2364-3781 (Online)  
Herausgeber,  
Druck und Vertrieb: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften  
Unter Sachsenhausen 6-8, 50667 Köln

## Zusammenfassung

---

Ursprünglich für Marktforschungszwecke entwickelt, gewannen Fokusgruppensitzungen auch in der Gesundheitsforschung in den letzten Jahren zunehmend an Popularität. Bei der Durchführung müssen sich die Organisatoren jedoch weiterhin vorwiegend an Hinweisen aus der Markt- und Sozialforschung orientieren, da systematische Untersuchungen zu methodischen Anforderungen der spezifischen Zielgruppen und Fragestellungen der Gesundheitsforschung rar sind. Im Rahmen des BMBF-geförderten Projekts INFOPAT wurden daher Moderatoren von Fokusgruppen mit Hilfe von qualitativen Interviews zu ihren Erfahrungen mit der Durchführung dieser Methode in ihrem spezifischen Forschungskontext befragt und daraus ein Kategoriensystem entwickelt. Es umfasst die Bereiche Rekrutierung, Kommunikation und Bewertung der Methode im eigenen Forschungskontext. Die Interkoder-Reliabilität ist mit .84 als zufriedenstellend zu bezeichnen. Die Ergebnisse zeigen, dass unter den von den Interviewten beschriebenen methodischen Aspekten eine Reihe von Faktoren sind, die als typisch für Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung angesehen werden können. Im Bereich der Rekrutierung waren dies z. B. die Vorgabe zielgruppenspezifisch günstiger Zeiten und die Berücksichtigung der körperlichen Fitness der Patienten. Bei der Kommunikation stellte sich die hohe Informations- und Redebereitschaft der Patienten als ein wichtiger Punkt dar, dem mit einer ausgiebigen Vorstellungsrunde Rechnung getragen werden sollte. Darüber hinaus bezogen sich einige Aussagen noch spezifischer auf die konkrete Fragestellung, der Einführung einer technischen Neuerung. Hier bewerteten die Interviewten es als besonders wichtig, das Interesse aller Zielgruppenmitglieder zu wecken und für weniger technikaffine Gruppenmitglieder einen Alltagsbezug herzustellen. Die Fokusgruppenmethode wurde in Abhängigkeit von der jeweiligen Fragestellung (eher sozialwissenschaftlich oder eher technisch) unterschiedlich bewertet. Das Kategoriensystem kann als Grundlage für Vergleiche mit ähnlichen Interviews mit Forschern aus verschiedenen Kontexten der Gesundheitsforschung herangezogen werden.



# 1 Einleitung: Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung

---

## 1.1 Die Fokusgruppenmethode

Die Methode der Fokusgruppendifkussion wurde im amerikanischen Raum zunächst für Marktforschungszwecke entwickelt. Später fand sie sowohl im Rahmen sozialwissenschaftlicher als auch gesundheitsbezogener und medizinischer Forschung schnell weite Verbreitung (Krueger, 1988; Morgan, 1993). In den letzten Jahren haben sich Fokusgruppen auch in Deutschland zu einem Standardverfahren der medizinischen Versorgungsforschung entwickelt (z. B. Gerlach, Becker & Abholz, 2008; Othman, Wollny, Abholz & Altiner, 2008; Richter & Fleer, 2004; Zwick & Schröter, 2012). Dabei steht insbesondere die Möglichkeit der Rekonstruktion der Patientensicht im Mittelpunkt (vgl. Marx, Witte & Koschack, 2008). Durch die natürliche Art der Interaktion werden besonders authentische Äußerungen hervorgerufen. Zudem steigt in Gruppen Gleichgesinnter (z. B. von derselben Krankheit Betroffener) die Bereitschaft, offen über ein Thema zu sprechen, das alle Gruppenmitglieder teilen. So fällt es Patienten<sup>1</sup> in einer Gruppe von ebenfalls Betroffenen leichter, über Einschränkungen zu sprechen, die mit ihrer Erkrankung einhergehen. Auch Fragen zum Thema „warum...nicht?“, wie beispielsweise zur Nicht-Teilnahme an bestimmten Untersuchungen oder zur Nicht-Einnahme von Medikamenten werden in Gruppen Gleichgesinnter offener beantwortet. Die Teilnehmer empfinden sich in dieser Situation eher als handelnde Subjekte und weniger als Objekte einer Ermittlung (wie z. B. in einem Einzelinterview; vgl. Lamnek, 2010). Darüber hinaus regt die Gruppe stärker dazu an, über die eigenen Motive und Beweggründe nachzudenken und diese in Worte zu fassen. Während für den Bereich der Marktforschung vor allem die Möglichkeit interessant ist, Interaktionsprozesse sowie Prozesse, die zur Meinungsbildung führen, zu beobachten, spielt dieser Aspekt im medizinischen Bereich eine eher untergeordnete Rolle. Dennoch kann auch für gesundheitsbezogene Fragestellungen der Verlauf der Diskussion bedeutsam sein, indem besonders intensive Phasen der Interaktion wichtige Hinweise auf zentrale Themen des untersuchten Gegenstands liefern können.

Nach Flick (2010) handelt es sich bei Fokusgruppen um „Simulationen von Alltagsdiskursen und Unterhaltungen“ (S. 261), Lamnek (2010) definiert sie als ein „Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen“ (S. 413). Die methodischen Hinweise zur Durchführung von Fokusgruppen sind—auch in Abhängigkeit vom jeweiligen Forschungskontext—recht vielfältig, eine Tatsache, die Morgan und Bottorf in der Zeitschrift *Qualitative Health Research* mit dem Satz „*There is no single right way to do focus groups*“ zusammenfassen (Morgan & Bottorf, 2010, S. 579). Im Wesentlichen beziehen sich methodische Hinweise auf die Schwerpunkte Stichprobe (Zielgruppen, Gruppenzusammensetzung, Rekrutierung), Kommunikation (Leitfadenentwicklung, Moderationstechniken) und Auswertung von Fokusgruppen. Abhängig von Zielgruppe und Untersuchungsgegenstand werden sehr unterschiedliche Empfehlungen zur Dauer (zwischen ein und drei Stunden), zur Zusammensetzung (zwischen vier und zwölf Personen, eher homogen oder eher heterogen) oder zur Strukturiertheit und Art der Moderation (mehr oder weniger direktiv, mehr oder weniger strukturiert) gegeben (Barbour & Flick, 2009; Krueger & Casey, 2010; Mayerhofer, 2009; Morgan & Krueger, 1998). Dabei liegen systematische und umfassende Hinweise vor allem für die Durchführung von Fokusgruppen im Bereich der Markt- oder Meinungsforschung vor (z. B. Morgan & Krueger, 1998). Beiträge, die sich mit methodischen Aspekten von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung beschäftigen, sind dagegen eher anekdotischer Art (z. B. Marx et al., 2008; Richter & Fleer, 2004; Zwick & Schröter, 2012). Im Folgenden sollen daher die genannten Schwerpunkte von Fokusgruppen—

---

<sup>1</sup> Aus Platz- und Verständlichkeitsgründen beschränken wir uns auf die Verwendung der männlichen Form. In diese sind jedoch immer beide Geschlechter eingeschlossen.

Stichprobe, Kommunikation und Auswertung—kurz eingehender beleuchtet und die Anwendbarkeit genereller Empfehlungen auf die Gesundheitsforschung diskutiert werden.

### 1.1.1 Methodische Empfehlungen für die Auswahl und Rekrutierung der Stichprobe

Bei Fokusgruppen handelt es sich um eine qualitative Methode, d. h., im Zentrum stehen Fragestellungen zur Rekonstruktion subjektiver Alltagserfahrungen und zur Generierung von Hypothesen zu bisher wenig erforschten oder komplexen Sachverhalten. Im Hinblick auf die *Stichprobe* sind hierbei Zufallsauswahlen einer großen Anzahl potentieller Teilnehmer und statistisch generalisierende Auswertungen wie in der quantitativen Forschung nicht realisierbar und auch nicht erforderlich. Grundlage stellt in diesem Fall eine eben gerade nicht zufällige, sondern absichtsvolle Auswahl der Teilnehmer dar (vgl. Schreier, 2011). Dabei werden solche Fälle ausgewählt, die im Hinblick auf die Forschungsfrage besonders informationshaltig sind. Dies können je nach Fragestellung besonders typische, aber auch extreme oder kritische Fälle sein. Je nach Auswahlstrategie werden die relevanten Merkmale zuvor festgelegt (Top-Down-Verfahren; z. B. qualitative Stichprobenpläne) oder werden erst im Verlauf der Fokusgruppen identifiziert (Bottom-Up-Verfahren; z. B. theoretical sampling). Ziel ist es jedoch immer, dass von allen möglichen relevanten Merkmalskombinationen mindestens eine Person in den Fokusgruppen vertreten ist (heterogene Gruppen). Werden homogene Gruppen angestrebt, sollte jeweils mindestens eine Gruppe pro Merkmalskombination untersucht werden. Bei der Auswahl der potentiellen Teilnehmer kann in der Gesundheitsforschung häufig auf bestehende Listen oder Datenbanken von Kliniken, Praxen oder Selbsthilfegruppen oder auf berufliche Netzwerke zurückgegriffen werden, welche die Auswahl und Kontaktaufnahme (z. B. durch die Funktion eines Gatekeepers) deutlich erleichtern können.

Im Hinblick auf die *Rekrutierung* von Teilnehmern ist die Gesundheitsforschung ansonsten eher in einer schwierigen Position: Sowohl die Zielgruppe der Ärzte (bzw. anderer Gesundheitsmitarbeiter) als auch der Patienten ist vergleichsweise stark belastet, entweder zeitlich (z. B. durch Schichtdienste, Selbstverwaltungsaufgaben oder Therapien) oder körperlich (z. B. durch gesundheitliche Einschränkungen). Darauf sollte bei der Wahl von Zeit und Ort der Fokusgruppen Rücksicht genommen werden. Zunächst lassen sich hier auf die Gesundheitsforschung dieselben generellen Hinweise übertragen, die für Fokusgruppen in anderen Forschungskontexten gegeben werden. So sind beispielsweise Feiertage, Zeiten bekannter sozialer Ereignisse (z. B. Fußballländerspiele, Wahlen) oder Urlaubszeiten zu vermeiden. Zusätzlich erfordert dieser Forschungsbereich jedoch die Berücksichtigung zielgruppenspezifischer zeitlicher Einschränkungen. So wird die Teilnahmebereitschaft von Patienten, Ärzten oder medizinischem Personal wesentlich davon abhängen, dass beispielsweise intensive Therapiephasen oder Krankenhausdienstleistungen einkalkuliert werden. Je nach Patientengruppe kann im Hinblick auf die Örtlichkeit eine leichte Erreichbarkeit (keine zu langen Anfahrtswege, behindertengerecht) eine wesentliche Rolle für die Teilnahmebereitschaft spielen.

### 1.1.2 Methodische Empfehlungen zur Unterstützung der Kommunikation in den Fokusgruppen

Für die *Zusammensetzung von Fokusgruppen* wird generell empfohlen, pro Gruppe eine eher homogene Auswahl an Teilnehmern zusammenzustellen. Dies gilt insbesondere bei krankheitsbezogenen Themen (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 2005). Von einer Mischung von Personen unterschiedlicher Hierarchiestufen (z. B. Ärzte mit Patienten) wird in (fast) jedem Fall abgeraten. In solchen Gruppen wäre es schwer, das Gleichgewicht der Anzahl und Länge der Redebeiträge sowie das sprachliche Niveau so zu gestalten, dass sich alle Beteiligten gleichermaßen aufgehoben und verstanden fühlten. Dies ist jedoch erforderlich, um ein vollständiges und authentisches Bild der Meinungen zu erhalten. Für gewisse Fragestellungen, z. B. solche, die sensible oder intime Themen ansprechen, wird darüber hinaus zu einer geschlechtergetrennten Gruppenzusammensetzung geraten. Marx et al. (2008) berich-

ten weiterhin, dass in ihrem Projekt mit Bluthochdruckpatienten die Kommunikation auch durch zu große Altersunterschiede behindert wurde. Als kritische Grenze stellte sich ein Alter von etwa 60 Jahren heraus, über das hinaus neue körperbezogene Themen relevant wurden, zu denen deutlich jüngere Personen keinen Bezug hatten. Ab diesem Alter zeigte sich bei ihrer Fragestellung ebenfalls ein Vorteil von geschlechtshomogenen Gruppen.

Die Wahl des Ortes kann die Kommunikation ebenfalls beeinflussen. Es ist darauf zu achten, dass die Teilnehmer sich möglichst wohl und unbefangen fühlen. Ideal sind vertraute Räume, wie es beispielsweise die Lokalitäten von Selbsthilfegruppen sein können. Von Praxisräumen—auch wenn diese den Patienten ebenfalls bekannt sind—wird dagegen eher abgeraten. Hier könnte durch die räumliche Nähe zum hierarchisch höher gestellten Arzt die Bereitschaft zur Offenheit und zur Verwendung des eigenen Sprachvokabulars eingeschränkt sein und damit insgesamt ein verzerrtes Bild der Patientenperspektive erzeugt werden.

Nicht zuletzt wird die Kommunikation zwischen den Teilnehmern durch den *Moderator* der Fokusgruppe und dessen Verhalten beeinflusst. Generell wird empfohlen, eine zu den Teilnehmern in etwa hierarchisch gleichgestellte Person zu bestimmen. Auch hier steht die Gesundheitsforschung vor besonderen Herausforderungen: Patientenfokusgruppen sollten demnach möglichst nicht durch einen Arzt geleitet werden, gleichzeitig sollte auch bei medizinischen Themen auf eine patientengerechte Sprache geachtet werden. Den Leitern von Ärztefokusgruppen sollte dagegen das entsprechende medizinische Fachvokabular zumindest möglichst vertraut sein. Dennoch sollte es ihre Aufgabe sein, bestimmte medizinische Fachausdrücke, die nicht allen Teilnehmern gleichermaßen vertraut sein könnten, durch entsprechendes Nachfragen zu klären und damit eine größtmögliche Eindeutigkeit sowohl innerhalb der Fokusgruppe als auch auf Seiten der auswertenden Forscher zu erreichen. In Patientenfokusgruppen kommt darüber hinaus der Zurückhaltung und Neutralität des Moderators eine besondere Bedeutung zu. Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung finden häufig vor dem Hintergrund einer medizinisch-naturwissenschaftlichen Herangehensweise statt, indem ihnen ein ausführliches Literaturstudium vorausgeht und/oder eine bereits sehr spezifische oder eng umgrenzte Fragestellung des Auftraggebers zugrunde liegt. Um das Ziel der Rekonstruktion der Alltagserfahrung von Patienten bestmöglich zu erreichen, muss sich der Forscher bewusst sein, dass diese Herangehensweise niemals alle Inhalte der Patientensicht vorzudenken vermag. Daher sollte die prinzipielle Offenheit der Moderatoren für das Auftauchen neuer Themen in der Diskussion mit den Patienten immer Vorrang haben und diesen im Verlauf auch genügend Raum gelassen werden. Trotz eines gewissen Vorwissens, sollten die Forscher also nicht den Fehler begehen, zu viele zu konkrete Fragen zu formulieren, sondern dem Fokusgruppenprinzip der Vorgabe einiger weniger Diskussionsthemen folgen. Darüber hinaus sollten auch in diesem Forschungskontext vom Moderator im Wesentlichen solche Fragen gestellt werden, die zu einer weiteren Erläuterung oder Veranschaulichung des Gesagten führen (z. B. Verständnisfragen, Vertiefungsfragen, Konsens- oder Dissensfragen; vgl. Stewart, Shamdasani & Rook, 2007).

### 1.1.3 Methodische Empfehlungen zur Auswertung von Fokusgruppen

Aufgrund des Einsatzes von Fokusgruppen in sehr verschiedenen Forschungsbereichen gibt es keine einheitliche *Auswertungsmethode*. Je nach Fragestellung und Zeitrahmen können diese exakter und damit zeitintensiver oder weniger exakt und damit weniger zeitintensiv ausgewertet werden (vgl. Krueger, 1999). Am wenigsten Zeit nimmt die Analyse von Notizen in Anspruch, die Moderator oder Co-Moderator während oder nach der Diskussion niedergeschrieben haben. Dies ist jedoch nur in Ausnahmefällen zu empfehlen. Aufwändiger und genauer ist die Analyse von Transkripten, die entweder eine wörtliche Wiedergabe des Gesagten umfassen oder in einer bereits gekürzten Version eine inhaltliche Zusammenfassung einer Ton- oder Videoaufnahme darstellen. Diese Transkripte können dann beispielsweise durch Zusammenfassen zentraler Diskussionsaspekte (Ruddat, 2012), anhand der von Bohnsack (2000) vorgeschlagenen vier Schritte der formulierenden und reflektierenden Interpretation,

Fallbeschreibung sowie Typenbildung oder mittels der von Mayring (2015) beschriebenen qualitativen Inhaltsanalyse aufgearbeitet und interpretiert werden.

Neben wörtlichen Transkripten oder Zusammenfassungen kann bei der Auswertung von Fokusgruppen auch auf die Ergebnisse von Methoden zurückgegriffen werden, die im Verlauf der Diskussion vom Moderator eingesetzt wurden. Hierzu zählen beispielsweise das Verwenden von Moderationskarten zur Sammlung von Themen, das Entwickeln von Schaubildern am Flip-Chart oder die Priorisierung gesammelter oder vorgegebener Teilaspekte des besprochenen Diskussionsthemas (z. B. Colucci, 2007; Kitzinger, 1995).

Wie aus den vorigen Abschnitten zu erkennen ist, lassen sich nicht alle der generell für Fokusgruppen gegebenen Empfehlungen eins zu eins auf die Gesundheitsforschung übertragen. Vor allem die Besonderheiten der in der Gesundheitsforschung im Blick stehenden Zielgruppen der Patienten, Ärzte oder anderen Gesundheitsmitarbeiter, können die Umsetzung genereller Empfehlungen erschweren oder unmöglich machen. Eine weitere Herausforderung in Bezug auf die Methodik von Fokusgruppen stellt der jeweils spezielle Anwendungskontext dar. Einen solchen Kontext kann nicht nur die Erkrankung oder Behandlung an sich darstellen, sondern—in den letzten Jahren vermehrt—auch die Einführung technischer Neuerungen in der Diagnostik, Behandlung oder Dokumentation. Hierbei werden neben den spezifischen krankheitsbezogenen Perspektiven auch generelle Einstellungen zu Technik, computerunterstützter Übertragung von Informationen und die damit verbundenen Interessen und Vorbehalte relevant. Abhängig von deren Ausprägung kann der Einfluss einer technischen Neuerung auf das individuelle Krankheitserleben und die Beziehung zwischen unterschiedlichen Akteuren in der Gesundheitsversorgung, wie beispielsweise Ärzten, ärztlichem Personal, Patienten und Krankenkassen sehr unterschiedlich ausfallen.

Die vorgestellten Ergebnisse wurden daher im Umfeld eines solchen Forschungsprojekts gewonnen, in dessen Zentrum die Entwicklung einer elektronischen sektorübergreifenden Patientenakte stand. Übergeordnetes Ziel dieses Forschungsprojekts war es, die komplexen Koordinationsaufgaben verschiedener Institutionen bei der Betreuung älterer, oftmals chronisch kranker Patienten (vgl. Scheidt-Nave, Richter, Fuchs & Kuhlmeier, 2010) zu erleichtern.

## 1.2 Das Projekt INFOPAT als Untersuchungskontext

Während die elektronische Unterstützung der Behandlung von Patienten *innerhalb* einer Praxis oder Klinik mittlerweile zum medizinischen Standard gehört, ist der *sektorübergreifende* Austausch von Daten und Informationen aufgrund der Verwendung sehr unterschiedlicher Systeme häufig jedoch nicht möglich. Als Folge können u. a. auf Seiten des Gesundheitssystems erhöhte Kosten durch Mehrfachuntersuchungen sowie auf Seiten des Patienten gesundheitsgefährdende Wechselwirkungen von nicht aufeinander abgestimmten Medikamenten auftreten. Ziel der im Projekt entwickelten und erprobten Technologien ist es, gleichzeitig den komplexen Versorgungsbedarf von chronisch Kranken und eine hohe Effizienz und Qualität der Versorgung im Blick zu haben. Dabei steht der Patient im Zentrum, indem ihm eine hohe Eigenverantwortung zugeschrieben wird.

Das Gesamtprojekt INFOPAT (vgl. [www.infopat.eu](http://www.infopat.eu)) besteht aus mehreren Entwicklungs- und Anwendungsprojekten (vgl. Abbildung 1). Innerhalb eines Clusters befasst sich jeweils ein Teilprojekt mit der technischen Seite der Entwicklung. Es erhält seine Informationen und Vorgaben zur technischen Umsetzung aus dem jeweils zugeordneten Anwendungsprojekt. Ziel dieser Anwendungsprojekte ist die Sammlung von Informationen darüber, welche Probleme in dem jeweils fokussierten Teilbereich von verschiedenen Zielgruppen (z. B. Ärzte, Patienten, Apotheker, medizinisches Personal) wahrgenommen werden, welche Wünsche und Befürchtungen hinsichtlich einer technischen Neuerung bestehen oder welche Änderungen in gesundheitsbezogenen Lebensbereichen (z. B. Selbstsorgeverhalten, Einhalten

eines Medikationsplans, Arzt-Patienten-Beziehung) antizipiert werden. Alle beteiligten Projekte teilen sich jeweils in eine Entwicklungsphase und eine Erprobungsphase. Die hier vorgestellten Ergebnisse beruhen auf Fokusgruppen, die im Rahmen der Entwicklungsphasen von den Anwendungsprojekten durchgeführt wurden.

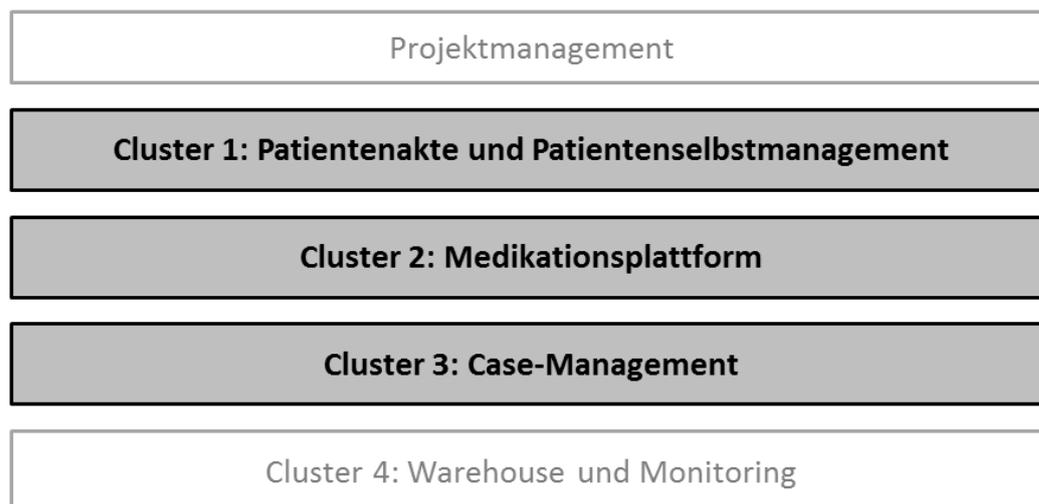


Abbildung 1: Teilprojekte des BMBF-Projekts INFOPAT. Grau unterlegt sind Cluster aus denen Fokusgruppenmoderatoren interviewt wurden.

Das Kernziel des Gesamtprojekts ist eine regionale elektronische Vernetzung aller an der Versorgung beteiligten Institutionen, die eine Zusammenführung der von ihnen erhobenen und gespeicherten versorgungsrelevanten Patientendaten ermöglicht. Der Kern dieser technischen Neuerung wird im Rahmen einer *personalisierten elektronischen Patientenakte (PEPA, Cluster 1)* umgesetzt. Neu ist dabei nicht nur die Vernetzung verschiedener Institutionen, sondern auch die Möglichkeit der Patienten, Einfluss auf die Art der gespeicherten Daten (Was wird in die elektronische Akte aufgenommen?) sowie deren individualisierte Freigabe (Wer darf was sehen?) zu nehmen. In der Entwicklungsphase von Cluster 1 befasste sich das zugeordnete Anwendungsprojekt mit den von verschiedenen Teilgruppen wahrgenommenen Problemen in der sektorübergreifenden Versorgung, mit Wünschen, Befürchtungen und antizipierten Nutzen durch die Einführung einer solchen Akte sowie mit den antizipierten Auswirkungen der Einführung auf das Patientenselbstsorgeverhalten und auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Im Zentrum des zweiten Clusters steht die Entwicklung und Integration einer elektronischen Medikationsplattform, die den Patienten Informationen zur Einnahme und Wirkung ihrer verordneten Medikamente liefert (Teilprojekt *Arzneimitteltherapiesicherheitssystem AMTS*). Hier standen in der Entwicklungsphase vor allem die Art der gewünschten Informationen und die Einstellungen verschiedener Zielgruppen (Patienten, Ärzte, Apotheker) zu einem solchen Informationssystem im Fokus.

In einem dritten Cluster werden Probleme in der sektorübergreifenden Versorgung thematisiert, indem ein software-gestütztes Case-Management für multimorbide Patienten entwickelt wird (Teilprojekt *Care and Disease Manager CDM*). In dessen Entwicklungsphase wurden ebenfalls Erfahrungen der Ärzte und Patienten mit der sektorübergreifenden Versorgung thematisiert sowie Ideen zur Verbesserung der Koordination in der Versorgung gesammelt.

Die in den beschriebenen drei Clustern gesammelten Informationen sollen im Rahmen des vierten Projektclusters anonymisiert auf einer Informationsplattform Forschungsinstitutionen, Ministerien und anderen an gesundheitsbezogenen Entscheidungen beteiligten Gremien zur Information und Auswertung zur Verfügung gestellt werden (Teilprojekt *Warehouse und Monitoring*).

Die im Folgenden dargestellten Erfahrungen beziehen sich auf die Durchführung von Fokusgruppen im Rahmen der Entwicklungsphasen der Cluster 1 bis 3. In diesen wurden die Erfahrungen, Wünsche und Erwartungen der späteren Nutzer erhoben, wobei die verschiedenen zugrundeliegenden Fragestellungen in ihrer Breite und Offenheit sehr unterschiedlich waren. Sie reichten von der Erhebung wahrgenommener Probleme in der sektorübergreifenden Versorgung, über die Erfassung von Bedenken und Wünschen hinsichtlich der Akte bis hin zur Entwicklung eines Lastenheftes für das Design der Akte. Unter Breite wird in diesem Zusammenhang verstanden, wie konkret bzw. spezifisch auf einen ganz bestimmten Sachverhalt bezogen die Aussagen sein müssen, damit sie der Fragestellung entsprechend verwertet werden können. In dem spezifischen Kontext erforderten die hier als eher weniger offen eingeordneten Fragestellungen vor allem ein immer konkreteres Wissen im Hinblick auf verschiedene Aspekte der einzuführenden technischen Neuerung. Während beispielsweise für die Erhebung wahrgenommener Probleme in der sektorübergreifenden Versorgung alle Aussagen über das subjektive Erleben der Gesundheitsversorgung—ganz unabhängig von einer konkreten Vorstellung möglicher Interventionen—brauchbar sind und im Hinblick auf die Fragestellung ausgewertet werden können, erfordert die Erfassung von Bedenken und Wünschen hinsichtlich der Akte bereits ein mehr oder weniger spezifisches Wissen über die konkrete Ausgestaltung der technischen Neuerung und die Möglichkeiten der Umsetzung spezifischer Wünsche. Gleichzeitig sind im Hinblick auf die hier als "enger" bezeichneten Fragestellungen deutlich spezifischere Aussagen erforderlich, um einen Erkenntnisgewinn hervorzubringen. Dies wird hier deshalb besonders ausführlich dargestellt, weil es sich in den Interviews als ein wichtiges Beurteilungskriterium für die Nützlichkeit der Fokusgruppenmethode im eigenen Forschungskontext herausgestellt hat.

Das INFOPAT-Projekt erwies sich aus verschiedenen Gründen als besonders geeignet, um methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung zu untersuchen: (1) Das Gesamtprojekt besteht aus verschiedenen Teilprojekten, die unterschiedliche Forschungsschwerpunkte im Kontext der Einführung einer technischen Innovation bearbeiten. Damit wurden von den Teilprojekten verschiedene Inhalte gesundheitsbezogener Forschung repräsentiert. (2) Die durchgeführten Fokusgruppen zielten auf die Beantwortung von Forschungsfragen unterschiedlicher Breite. Dies war insbesondere deshalb interessant, da die unterschiedliche Breite von Forschungsfragen als ein typisches Kennzeichen der Gesundheitsforschung angesehen werden kann. So werden hier sowohl generelle Fragen zum Krankheitserleben, als auch deutlich engere Fragen zum Umgang mit spezifischen Erfordernissen (Einhaltung eines Medikamentenplans, Beurteilung einer Diagnosemethode, Umgang mit technischen Hilfsmitteln) untersucht. Typischerweise werden Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung eher zur Beantwortung offenerer Fragestellungen eingesetzt. Daher war der Einsatz von Fokusgruppen für die Beantwortung einer großen Bandbreite von Forschungsfragen für die Bewertung der Fokusgruppenmethode von besonderem Interesse. (3) Die Fokusgruppen wurden mit verschiedenen Zielgruppen durchgeführt. Dabei variierte nicht nur die Art der Zielgruppen (z. B. Ärzte vs. Patienten), sondern auch die Heterogenität (z. B. nur Ärzte vs. Ärzte und andere Gesundheitsmitarbeiter) der Fokusgruppen.

### 1.3 Die Zielsetzung der vorliegenden Studie

Die Zielsetzung der mit den Leitern der Fokusgruppen im INFOPAT-Projekt durchgeführten Interviews war, methodische Aspekte der Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung mit dem speziellen Fokus auf die Technikeinführung herauszuarbeiten und auf der Basis der Ergebnisse Besonderheiten hervorzuheben. Die Ergebnisse sollten dazu dienen, methodische Empfehlung zur Gestaltung von Fokusgruppen abzuleiten. In qualitativen Interviews mit Fokusgruppenmoderatoren bearbeiteten wir—im Einklang mit zentralen methodischen Aspekten von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung—schwerpunktmäßig die Stichprobengestaltung, die Kommunikation und die Bewertung von Fokusgruppen im eigenen Forschungskontext. Die Auswertung der Daten konnte in der Studie nicht betrachtet werden, da diese zum Zeitpunkt der Durchführung noch nicht abgeschlossen war. Der Fokus der Studie lag auf den folgenden drei Fragestellungen:

1. Vor welche Herausforderungen sahen sich die Forscher bei der Rekrutierung von Patienten, Ärzten und Gesundheitsmitarbeitern gestellt und wie sind sie damit umgegangen? Welche Rolle spielte dabei die spezifische Fragestellung einer Technikentwicklung im Gesundheitssektor?
2. Gab es Besonderheiten während der Diskussion und bei der Anwendung der Leitfäden, die bei der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung generell, aber auch im Hinblick auf die spezifische technikbezogene Fragestellung beachtet werden sollten?
3. Wie wurde die Methode der Fokusgruppe im eigenen Forschungskontext bewertet und welche Empfehlungen lassen sich daraus ableiten?

## 2 Durchführung von Fokusgruppen im Rahmen des BMBF-Projekts INFOPAT

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die in den Teilprojekten durchgeführten Fokusgruppen und ihre Zusammensetzung. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte über persönliche Ansprache in der Klinikambulanz, über die Ansprache von Ärzten niedergelassener Praxen sowie über Selbsthilfegruppen. Ärzte wurden über persönlichen Kontakt in der Klinik sowie über Ärzte- und Forschungsnetzwerke rekrutiert. Der Kontakt zu den Apothekern wurde durch persönliche Ansprache in pharmazeutischen Arbeitszirkeln oder in Selbsthilfegruppen hergestellt. Weitere Gesundheitsmitarbeiter wurden ebenfalls über die Klinik, über Selbsthilfegruppen, niedergelassene Praxen oder Forschungsnetzwerke rekrutiert.

*Tabelle 1:* Anzahl und Zusammensetzung der in den Teilprojekten durchgeführten Fokusgruppen

Cluster	Gruppe	Teilnehmer	Alter in Jahren	Anzahl (weiblich, männlich)
1	1	Patienten (Darmkrebs)	35-85	4 (0, 4)
	2	Patienten (Darmkrebs), Vertreter Selbsthilfegruppe	40-72	4 (1, 3)
	3	Patienten (Darmkrebs)	65-77	6 (2, 4)
	4	Ärzte (Onkologen)	27-45	5 (4, 1)
	5	Ärzte (Hausärzte)	35-65	5 (1, 4)
	6	Pflegepersonal (Klinik)	29-51	6 (6, 0)
	7	Andere Gesundheitsmitarbeiter	26-53	5 (2, 3)
	8	Medizinische Fachangestellte, Pflegepersonal (Praxen)	24-44	5 (5, 0)
2	1	Ärzte, Apotheker	40-55	7 (0, 7)
	2	Ärzte, Apotheker	30-70	6 (4, 2)
	3	Ärzte, Apotheker	40-60	6 (3, 3)
	4	Ärzte (Allgemein-, Arbeitsmedizin), Medizinische Fachangestellte	25-63	7 (5, 2)
	5	Ärzte (Allgemeinmedizin), Medizinische Fachangestellte	29-63	6 (5, 1)
	6	Ärzte (Allgemeinmedizin, Internisten), Medizinische Fachangestellte	21-64	4 (3, 1)
	7	Ärzte (Allgemeinmedizin)	37-59	6 (3, 3)
	8	Patienten (Diabetes mellitus Typ-2)	49-71	6 (2, 4)
	9	Patienten (Diabetes mellitus Typ-2)	58-74	6 (3, 3)
	10	Patienten (Diabetes mellitus Typ-2)	50-77	6 (1, 5)
	11	Patienten (Diabetes mellitus Typ-2)	49-72	7 (1, 6)
3	1	Ärzte	45-64	6 (0, 6)
	2	Ärzte	41-65	7 (1, 6)

Die Fokusgruppen wurden jeweils von zwei Personen (Moderator und Co-Moderator) geleitet, dauerten etwa zwei Stunden und wurden per Video aufgezeichnet. Eine weitere Person übernahm die Protokollierung der Diskussion während der Sitzung. Als zusätzliche Methoden wurden kurze Präsentationen als Einführung in einzelne Themenblöcke, Kartenabfragen und Priorisierungen gesammelter oder vorgegebener Themen verwendet (vgl. z. B. Baudendistel et al., 2015). Die Patienten sowie die Gesundheitsmitarbeiter und Allgemeinmediziner aus niedergelassenen Praxen erhielten für ihre Teilnahme 50 € Aufwandsentschädigung. Mitarbeitern der teilnehmenden Kliniken durfte keine Aufwandsentschädigung gezahlt werden, teilweise war jedoch die Teilnahme innerhalb der Arbeitszeit möglich.

### 3 Durchführung und Auswertung der Interviews zur Untersuchung methodischer Aspekte der Fokusgruppen im INFOPAT-Projekt

---

Grundlage für die Beantwortung der Fragestellungen waren qualitative Interviews mit zehn Fokusgruppenleitern. Die Interviews fanden in Gruppen mit ein bis drei Personen statt und dauerten ca. 1 Stunde. Es wurden jeweils die Moderatoren eines Clusters (vgl. Abbildung 1) gemeinsam interviewt, nur im Cluster 1 fanden zwei Interviews statt. Die Interviewten waren zwischen 30 und 54 Jahre alt ( $M = 36$  Jahre,  $SD = 8.3$  Jahre) und kamen aus den Fachrichtungen Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Pharmazie, Medizin-Ethik und Allgemeinmedizin. Die Berufserfahrung lag zwischen einem und 23 Jahren ( $M = 7.1$  Jahre,  $SD = 7.7$  Jahre). Die meisten Befragten hatten zuvor noch keine ( $N = 5$ ) oder nur geringe Erfahrung ( $N = 2$ ) mit der Moderation von Fokusgruppen. Fünf Personen hatten Erfahrung mit der Durchführung von Einzelinterviews (zwischen 10 und 30 Interviews) und sechs Personen mit der Leitung von Gruppen im Allgemeinen.

Der Leitfaden für die Interviews mit den Fokusgruppenleitern orientierte sich am chronologischen Ablauf der Durchführung einer Fokusgruppe und umfasste die Themen Rekrutierung, Vorbereitung und Rahmenparameter, Moderation und Nutzung von Methoden sowie abschließende Bewertung. Zusätzlich wurden vorab per Fragebogen demographische Variablen der Fokusgruppenleiter und Teilnehmer (vgl. Tabelle 1) sowie weitere Rahmenparameter der Fokusgruppen erfasst.

Auf der Grundlage von Audioaufnahmen fand eine wörtliche Transkription der Interviews statt. Dabei wurde eine hohe Verständlichkeit bei maximaler Nähe zum wörtlichen Gesagten angestrebt, d. h., dialektische Ausdrücke, grammatikalische Fehler, Wortdopplungen, Fülllaute usw. wurden korrigiert, Satzabbrüche und unvollständige Wörter wurden jedoch beibehalten und längere Pausen markiert (vgl. Dresing & Pehl, 2012). Diese Transkripte wurden anschließend mit Hilfe qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) und dem Programm MAXQDA ausgewertet. Es wurden nur solche Textpassagen kodiert, in denen eine Bewertung der methodischen Vorgehensweisen vorgenommen wurde oder aus denen im Kontext eine solche erschlossen werden konnte. Reine Beschreibungen (z. B. des Vorgehens bei der Rekrutierung oder bei der Anwendung von Methoden) wurden nicht kodiert. Bei der Kodierung wurde von einer abgeschlossenen Aussage eines Interviewten zu einem Sachverhalt (Proposition) als Kodiereinheit ausgegangen. Enthielt die Aussage mehrere Sätze, so wurden diese gemeinsam kodiert, wenn es sich um denselben einzelnen Sachverhalt handelte. Inhaltlich unterschiedliche Sachverhalte wurden auch dann als getrennt kodiert, wenn sie in einem Satz behandelt wurden. War für das Verständnis der Aussage die Interviewfrage oder die vorhergegangene Aussage anderer Interviewteilnehmer erforderlich, so wurden diese als Kontext der Kodiereinheit mitkodiert.

Die Entwicklung des Kategoriensystems erfolgte im Rahmen einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse. Zunächst wurden anhand der Literaturrecherche zu generellen Empfehlungen für Fokusgruppen sowie anhand der Leitfadenthemen (deduktiv) Oberkategorien zu den Inhalten festgelegt. Diese orientierten sich an der Fragestellung und dem Ziel der Untersuchung, die Fokusgruppenmethode im Hinblick auf die Vorgehensweisen bei der Rekrutierung sowie auf Aspekte und Spezifika der Kommunikation in den Fokusgruppen zu bewerten. Weitere Oberkategorien wurden induktiv anhand des Textmaterials entwickelt. A priori festgelegte Oberkategorien des Themenbereichs *Rekrutierung* waren „Faktoren, die die Teilnahmebereitschaft erhöhten“ und „Faktoren, die die Teilnahmebereitschaft verringerten“. Aufgrund des Textmaterials wurden in einer weiteren Oberkategorie Aussagen zur „generellen Bewertung der Rekrutierungsphase“ zusammengefasst, da nicht alle Aussagen zum Erfolg des Rekrutierungsprozesses mit der Darstellung konkreter Gründe verbunden waren. Im Themenbereich *Kommunikation* in Fokusgruppen wurde a priori eine Einteilung der Aussagen in die Schilderung „Positiver Einflussfaktoren“ und „Negativer Einflussfaktoren“ festgelegt. Darüber hinaus fanden sich in den Interviews auch Aussagen zu Faktoren, die in der Literatur als ungünstig für die Kommunikation in Fokus-

gruppen beschrieben werden, von den Interviewten in ihrem eigenen Kontext jedoch nicht als problematisch erlebt wurden. Diese wurden in der Oberkategorie „Unproblematische Aspekte“ zusammengefasst. Eine weitere Kategorie („Spezifika der Diskussion“) ergab sich aus Aussagen zum Verlauf der Diskussion in den Gruppen, für die keine spezifischen Gründe genannt wurden. Im dritten Abschnitt der Interviews, in dem die Moderatoren um eine *Bewertung der Methode im eigenen Forschungskontext* gebeten wurden, schilderten sie „Vorteile“ und „Nachteile“ der Methode. Diese Begriffe wurden daher als Oberkategorien im Themenbereich 3 aufgenommen. Zusätzlich wurden die Moderatoren um nützliche „Hinweise“ für andere Forscher gebeten sowie um Informationen darüber, wie sie mit den erreichten Ergebnissen umgehen („Ausblick“). Auch diese beiden Punkte wurden in das Kategoriensystem aufgenommen. In einem weiteren Durchgang wurden induktiv potenzielle Subkategorien gesammelt, wobei zunächst von einer größeren Anzahl an Kategorien ausgegangen wurde, die später teilweise zu umfassenderen Subkategorien zusammengefasst wurden.

Bei der Sichtung des Textmaterials stellte sich heraus, dass viele der Aussagen im Kontext einer spezifischen Zielgruppe gemacht wurden. Daraufhin wurden neben den *Inhaltskategorien*—also solchen Kategorien, die sich auf methodische Inhalte bezogen—eine weitere Gruppe von Kategorien aufgenommen, die *zusätzlich* zu den Inhaltskategorien vergeben werden konnten. Diese *Personenkategorien* sollten immer dann genutzt werden, wenn sich eine Aussage explizit auf eine bestimmte Personengruppe bezog oder dies aufgrund des Kontextes (Interviewfrage oder Aussage eines anderen Befragten) erschlossen werden konnte. A priori wurden als Personenkategorien „Patienten“, „Ärzte“ und „Andere Gesundheitsmitarbeiter“ (Apotheker, Medizinische Fachangestellte, Pflegepersonal) in das Kategoriensystem aufgenommen. Anhand des Textmaterials erschien eine weitere Differenzierung der Personenkategorie der Ärzte sinnvoll, da teilweise unterschiedliche Aussagen für verschiedene Ärzteguppen gemacht wurden. Somit enthält das Schema nun zusätzlich die Kategorien „Niedergelassene Ärzte“, „Hausärzte“ und „Klinikärzte“, die angewendet werden können, wenn die Gruppe der Ärzte entsprechend spezifiziert wurde. Ebenfalls zusätzlich als Personenkategorie wurde das Geschlecht „Männer“ bzw. „Frauen“ aufgenommen. Diese Kategorie sollte immer dann zusätzlich vergeben werden, wenn ausgesagt wurde, dass ein bestimmtes Verhalten nur von Personen eines bestimmten Geschlechts gezeigt wurde.

In der endgültigen Version umfasst das Kategoriensystem 97 Inhaltskategorien zu den drei Themenbereichen Rekrutierung (3 Oberkategorien, 26 Unterkategorien), Kommunikation (4 Oberkategorien, 45 Unterkategorien) und Bewertung der Fokusgruppenmethode im eigenen Forschungskontext (4 Oberkategorien, 26 Unterkategorien). Ergänzt werden diese durch acht Personenkategorien, die zusätzlich zu den Inhaltskategorien vergeben werden können. Das gesamte Kategoriensystem mit Definitionen, Abgrenzungen und Ankerbeispielen findet sich im Anhang.

Die Kodierungen der Interviews mit den Fokusgruppenmoderatoren wurden anhand einer zweiten Kodierung überprüft. Dazu wurden 10% der Textstellen ausgewählt, die mit einer Kodierung verbunden waren und einem weiteren Kodierer in zufälliger Reihenfolge vorgelegt.

Die Interkoderreliabilität wurde nach dem von Früh (2011) vorgeschlagenen Reliabilitätsmaß berechnet:

$$CR = 2\ddot{U} / (C_1 + C_2),$$

wobei  $\ddot{U}$  für die Anzahl der Übereinstimmungen sowie  $C_1$  und  $C_2$  für die Anzahl der von Kodiererin 1 bzw. Kodierer 2 vergebenen Codes steht.

Der Interkoder-Reliabilitätskoeffizient lag für alle Kategorien bei 0.84, d. h. 84% der Angaben wurden in der gleichen Art und Weise kodiert. Dies kann bei der Länge des Schemas als zufriedenstellend angesehen werden.

## 4 Ergebnisse zur Nennung der einzelnen Kategorien in den Interviews

---

Bei der Auswertung der Interviews mit den Fokusgruppenleitern des BMBF-Projekts INFOPAT konnten die Themenbereiche *Rekrutierung*, *Kommunikation* und *Bewertung der Methode im eigenen Forschungskontext* und die darunter jeweils a priori festgelegten Oberkategorien "Erhöhung" bzw. "Verringerung der Teilnahmebereitschaft", "Positive" bzw. "Negative Einflussfaktoren auf die Kommunikation" sowie "Vor-" bzw. "Nachteile der Fokusgruppenmethode im eigenen Forschungskontext" ausdifferenziert werden. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die im Kategoriensystem enthaltenen Codes sowie deren Häufigkeit bei der Kodierung der Interviews. Wurden Aussagen im Kontext einer spezifischen Personengruppe gemacht oder explizit auf eine bestimmte Personengruppe bezogen, so ist dies in der vierten Spalte vermerkt.

In den Subkategorien werden zum Teil Inhalte angesprochen, die sich bereits für Fokusgruppen in anderen Forschungsbereichen als relevant erwiesen hatten. Dazu zählen bei der Rekrutierung beispielsweise die Vermeidung ungünstiger Zeiten oder das Wecken eines persönlichen Interesses oder Gewinns (vgl. Krueger & Casey, 2009). Bei der Kommunikation gilt beispielsweise das Herstellen einer angenehmen Atmosphäre, das Stellen offener Fragen oder das Eingehen auf stille Teilnehmer nicht nur für die hier betrachteten Fokusgruppen als empfehlenswert. Darüber hinaus wurden jedoch auch Kategorien identifiziert, die spezifische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung ansprechen, oder solche, die nur für den spezifischen Forschungskontext der Einführung einer technischen Neuerung relevant sind. Auf die wichtigsten Kategorien der drei Themenbereiche, die als spezifisch für gesundheitsbezogene Fragestellungen bzw. den engeren Kontext der Einführung einer technischen Neuerung angesehen werden müssen, soll im Folgenden eingegangen werden.

### 4.1 Besonderheiten der Rekrutierung

Bei der *Rekrutierung* wurde insbesondere die persönliche Ansprache potenzieller Teilnehmer als erfolgreich bewertet (Code 1101). Dies ist ein Aspekt, der in anderen Kontexten eher unbedeutend oder sogar nicht umsetzbar ist. Insbesondere das Ansprechen durch hierarchisch höhergestellte Personen erwies sich bei den untersuchten Projekten als erfolgreich (Code 1106), wobei auch darauf hingewiesen wurde, dass die Freiwilligkeit immer gewahrt bleiben muss.

Wie bereits eingangs erwähnt, wurde die generelle Empfehlung, bei der Terminierung ungünstige Zeiten zu vermeiden und stattdessen zeitlich günstige Auswahltermine vorzugeben, auch bei den analysierten Interviews thematisiert (Code 1102 und 1207). Da die Forscher in Bezug auf die Terminierung sehr spezifische Aussagen zu den für die Gesundheitsforschung relevanten Zielgruppen machten, soll hier kurz auf diesen Aspekt eingegangen werden. Für Patienten ergab sich demnach als vorrangiges Ziel, den zeitlichen Aufwand so gering wie möglich zu halten und daher die Fokusgruppen im Anschluss an Arzt- oder Therapietermine zu platzieren. Bezüglich der Gesundheitsmitarbeiter (Medizinische Fachangestellte, Pflegepersonal) bestand im Projekt die Möglichkeit, die Gruppen zumindest teilweise in der Arbeitszeit durchzuführen. Ärztefokusgruppen mussten dagegen außerhalb der Dienstzeiten platziert werden. Hier erwiesen sich für Klinikärzte Zeiten nach Dienstschluss oder in der Mittagspause als günstig, für Niedergelassene Ärzte eigneten sich vor allem der Mittwoch- und Freitagnachmittag, wenn viele Praxen geschlossen sind. Bei dieser Zielgruppe erwiesen sich zusätzlich bestimmte Jahreszeiten (Urlaubszeiten, Quartalsende) insgesamt als eher ungünstig. Im entwickelten Schema sind diese inhaltlichen Unterschiede zwischen den Zielgruppen auf der Ebene der Inhaltskategorien nicht ersichtlich, sondern werden erst durch Hinzunahme der Personenkategorien deutlich. Aufgrund des geringen Materialumfangs erschien eine inhaltliche Differenzierung der Kategorien nicht sinnvoll.

Sollte umfassenderes Material analysiert werden, so könnte in Bezug auf die entsprechenden Subkategorien eine weitere Untergliederung sinnvoll sein.

Tabelle 2: Kategorienhäufigkeiten, Anzahl der Interviews, in denen ein entsprechender Code vergeben wurde sowie Personengruppe(n) in deren Zusammenhang die entsprechende Aussage gemacht wurde

Code	Anzahl Codes	Anzahl Interviews	Personengruppen <sup>a</sup>
<b>I. REKRUTIERUNG</b>			
<b><i>I.1_Erhöhung der Teilnahmebereitschaft</i></b>			
1101_Persönlicher Kontakt	13	3	P,Ä,A
1102_Vorgabe günstiger Zeiten	10	3	P,Ä,A
1103_Persönliches Interesse, persönlicher Gewinn, generelles Engagement	17	3	P,Ä,A
1104_Hohe Redebereitschaft	2	2	P
1105_Gute körperliche Fitness	1	1	P
1106_Ansprache durch hierarchisch höhergestellte Person	1	1	KÄ,A
1107_Aufwandsentschädigung	3	1	P,Ä,A
1108_Ansprache von Forschungspraxen	2	1	Ä
1109_Geschlecht			
1109-1_Geschlecht_Männer	2	2	P
1109-2_Geschlecht_Frauen	0	0	
1199_Sonstige, die Teilnahmebereitschaft erhöhende Faktoren	0	0	
<b><i>I.2_Verringerung der Teilnahmebereitschaft</i></b>			
1201_Anonyme schriftliche Rekrutierung	4	2	P,Ä
1202_Mehrere parallele Studien	2	2	P
1203_Geringe Redebereitschaft (vor Gruppen)	3	1	P,♂
1204_Geringe körperliche Fitness	2	2	P
1205_Familiäre Pflichten	3	2	P,♀
1206_Schlechte Erreichbarkeit	1	1	Ä
1207_Ungünstige Rekrutierungszeit	5	2	Ä
1208_Zeitmangel	8	3	Ä
1209_Geringes Interesse, persönlicher Bezug oder Gewinn	4	2	Ä,NÄ
1210_Keine Fortbildungspunkte	3	2	Ä
1211_Geschlecht			
1211-1_Geschlecht_Männer	0	0	
1211-2_Geschlecht_Frauen	2	2	P
1299_Sonstige, die Teilnahmebereitschaft verringernde Faktoren	3	1	P,Ä
<b><i>I.3_Generelle Bewertung</i></b>			
1301_Leichtigkeit/Schwere/Erfolg der Rekrutierung			
1301-1_Vergleichsweise einfach/positiv	4	1	P,A
1301-2_(Gerade) ausreichend erfolgreich/neutral	5	2	P,Ä,A
1301-3_Vergleichsweise schwer/negativ	10	2	Ä,NÄ
1302_Mangelnde Realisierbarkeit des Stichprobenplans	9	3	P,Ä,A
1303_Drop-Outs	7	1	P
1399_Sonstige Aussagen zur Bewertung des Rekrutierungsprozesses	6	3	P,Ä

Tabelle 2 (Forts.)

Code	Anzahl Codes	Anzahl Interviews	Personen- gruppen <sup>a</sup>
<b>II. KOMMUNIKATION</b>			
<b>II.1_Positive Einflussfaktoren</b>			
2101_Ort des Raumes	4	2	P,Ä
2102_Raumgröße, Sitzordnung, Atmosphäre	7	3	P,Ä
2103_Angemessene Gruppengröße	5	2	P,Ä,A
2104_Verpflegung	4	3	P,Ä
2105_Keine Pause	2	1	
2106_Ausführliche Vorstellungsrunde	9	3	P
2107_Vertrautheit des Moderators mit dem Thema	2	1	P,Ä
2108_Stellen offener Fragen	3	2	P,Ä
2109_Antwortrunde	2	1	P,Ä
2110_Ansprechen stiller Teilnehmer	7	3	P,Ä,A
2111_Interesse vermitteln	4	2	P
2112_Vertrauen/Sicherheit/Ruhe vermitteln	5	2	P
2113_Selbstbezug herstellen	1	1	P
2114_Flexible Handhabung des Leitfadens	3	2	HÄ
2115_Präsentationen	2	1	P,Ä
2116_Kartenabfrage	8	2	P
2117_Kombination von Methoden	3	1	
2199_Sonstige positive Einflussfaktoren auf die Diskussion	3	2	Ä
<b>II.2_Negative Einflussfaktoren</b>			
2201_Raumgröße, Raumklima	1	1	
2202_Zu kurze Vorbereitungszeit	3	1	
2203_Zeitdruck der Teilnehmer	2	1	Ä,KÄ
2204_Gruppenzusammensetzung: Statusunterschiede	4	2	Ä,HÄ,A
2205_Gruppenzusammensetzung: Sonstiges	3	3	P,Ä
2206_(Zu) ausführliche Vorstellungsrunde	2	1	Ä
2207_Statusunterschiede zwischen Moderator und Teilnehmern	5	2	P
2208_Dominante Teilnehmer	4	2	P
2209_Zu langer Leitfaden	5	2	P
2210_Einführung durch Nicht-Forscher	2	1	
2299_Sonstige negative Einflussfaktoren auf die Diskussion	1	1	P
<b>II.3_Unproblematische Aspekte</b>			
2301_Fremder Raum	1	1	Ä
2302_Statusunterschiede innerhalb der Gruppe	2	2	Ä
2303_Leitfadenslänge	4	3	P,Ä
2304_Umsetzung in patientengerechte Sprache	3	1	P
2305_Statusunterschiede zwischen Moderator Teilnehmern	4	2	P,Ä
2306_Dominante Teilnehmer	1	1	Ä
2307_Unterschiedliche Anrede (Du/Sie)	2	2	Ä
2399_Sonstige für die Diskussion unproblematische Faktoren	0	0	
<b>II.4_Spezifika der Diskussion</b>			
2401_Ausgeglichene Redeanteile	2	2	P,A
2402_Wenig Einflussnahme notwendig	3	3	P,Ä,HÄ
2403_Vergleich der Kommunikation in Patienten- u. Professionellen-Gruppen	2	2	
2404_Starkes Mitteilungs- und Informationsbedürfnis	5	2	P
2405_Unterschiedlicher Diskussionsverlauf in Gruppen einer Zielgruppe	2	1	Ä
2406_Geringe Diskussionsfreude	3	1	KÄ,A
2407_Meinungsvielfalt	3	2	P
2499_Sonstige Besonderheiten der Diskussion	0	0	0

Tabelle 2 (Forts.)

Code	Anzahl Codes	Anzahl Interviews	Personengruppen <sup>a</sup>
<b>III. BEWERTUNG DER METHODE IM EIGENEN FORSCHUNGSKONTEXT</b>			
<b>III.1_Vorteile</b>			
3101_Austausch zwischen Angehörigen verschiedener Fachrichtungen	1	1	Ä,A
3102_Herstellen von Alltagsbezug	2	1	
3103_Identifikation wichtiger Themen	4	2	P,Ä
3104_Themen- und Perspektivenvielfalt	12	3	P,Ä
3105_Strukturierung für die Beantwortung konkreter Fragestellungen	8	3	P,Ä
3106_Möglichkeit des Visualisierens wichtiger Themen	1	1	
3107_Möglichkeit der Priorisierung von Themen	1	1	
3108_Generelle positive Bewertung	3	3	
3199_Sonstige Aussagen zur positiven Bewertung der Methode	0	0	
<b>III.2_Nachteile</b>			
3201_Unerwarteter Verlauf	5	2	Ä
3202_Eher ungeeignet für Beantwortung konkreter Fragen	5	2	
3203_Hoher Aufwand (Zeit, Organisation)	6	3	P
3204_Benefit fraglich	3	2	Ä
3299_Sonstige Aussagen zur negativen Bewertung der Methode	0	0	
<b>III.3_Hinweise</b>			
3301_Vor- und Nachteile von Gatekeepern	3	1	Ä
3302_Vergleich_einfache vs. komplexe Fragestellung	5	2	
3303_Leitfaden: Schwerpunktsetzung	6	1	P
3304_Dauer	5	2	P,Ä
3305_Machbarkeit	4	3	P,Ä
3399_Sonstige Hinweise	0	0	
<b>III.4_Umgang mit den Ergebnissen, Ausblick</b>			
3401_Fokusgruppe als Interventionsidee	1	1	Ä
3402_Ausreichend Gruppen	4	2	Ä
3403>Weitere Befragungen nach Prototyperstellung	4	2	
3404_Konkrete Fragestellungen: Expertenentscheidung	2	1	
3405_Ergänzung durch Einzelinterviews	1	1	
3499_Sonstiger Ausblick	0	0	

<sup>a</sup> Falls eine Aussage im Kontext einer spezifischen Personengruppe gemacht oder explizit auf eine bestimmte Personengruppe bezogen wurde, ist dies in Spalte 4 vermerkt (P = Patienten, Ä = Ärzte, HÄ = Hausärzte, KÄ = Klinikärzte, NÄ = Niedergelassene Ärzte, A = andere Gesundheitsmitarbeiter, wie Medizinische Fachangestellte, Pflegepersonal, Apotheker)

Ein weiterer im Zusammenhang mit der Rekrutierung genannter Faktor ist als spezifisch für die in der Gesundheitsforschung angesprochene Zielgruppe der Patienten anzusehen. Es handelt sich dabei um den Faktor der körperlichen Fitness (Code 1105 und 1204). Da Fokusgruppen, im Gegensatz zu Einzelinterviews, nicht bei den Patienten zuhause, sondern an einem zentralen Ort stattfinden, wurde die körperliche Fitness im Rahmen der Rekrutierung mehrfach thematisiert. So mussten bettlägerige Patienten von vornherein von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Je nach Fragestellung sollten solche Implikationen bei der Interpretation berücksichtigt oder überlegt werden, ob diese weniger mobilen Zielgruppenmitglieder mit anderen Methoden, wie z. B. Einzelinterviews, erreicht werden können. Darüber hinaus wurde der Hinweis gegeben, bei der Auswahl der Lokalität auf eine mögliche geringe körperliche Fitness der Zielgruppe Rücksicht zu nehmen und z. B. höhergelegene Räume ohne Aufzug zu vermeiden. Gleichzeitig war auch die Drop-Out-Rate ein wichtiger Diskussionspunkt in den Interviews und wurde bei der Analyse daher als eigener Code in das Schema aufgenommen (Code 1303). Unter Drop-Outs werden in diesem Zusammenhang angemeldete Teilnehmer verstanden, die nicht zur

Gruppe erscheinen. Generell muss immer mit einem gewissen Prozentsatz von Ausfällen gerechnet werden. In der Patientengruppe ist dieser Anteil, abhängig von der jeweiligen Erkrankung jedoch vergleichsweise hoch. Wie auch bereits an anderer Stelle berichtet (Coenen, Stamm, Stucki, & Cieza, 2012), gaben die Interviewten die Empfehlung, bei Patientenfokusgruppen mindestens die doppelte Anzahl zu rekrutieren, da insbesondere in der Gruppe der Krebspatienten ein unvorhergesehener Ausfall wegen plötzlicher schlechter Befindlichkeit häufig war.

## 4.2 Besonderheiten der Kommunikation

In Bezug auf die Kommunikation in den Fokusgruppen haben vier der entwickelten Kategorien insbesondere Relevanz für gesundheitsbezogene Forschung. Dies sind die positiven Aspekte einer ausführlichen Vorstellungsrunde sowie der eher ungünstige Einfluss von Statusunterschieden zwischen Leiter (z. B. Arzt) und Teilnehmern in den Patientenfokusgruppen (Code 2106 und 2207), der teilweise hohe Zeitdruck in den Ärztefokusgruppen (Code 2203 und 2405) sowie der negative Einfluss von Statusunterschieden in gemischten Gruppen von Ärzten und Gesundheitsmitarbeitern (Code 2204). Insgesamt stellten die Forscher ein hohes Mitteilungs- und Informationsbedürfnis der teilnehmenden Patienten fest. Zwar könnte es sich bei den Teilnehmern um eine selektive Auswahl aus der Patientenstichprobe gehandelt haben (vgl. Code 1104 bzw. 1203 zum Zusammenhang zwischen Rede- und Teilnahmebereitschaft), diese Art der Selbstselektion ist jedoch vermutlich unabhängig von der konkreten Fragestellung und eher ein generelles Kennzeichen von Fokusgruppenteilnehmern. Infolge des hohen Mitteilungsbedürfnisses der Patienten nahm die Vorstellungsrunde in diesen Gruppen deutlich mehr Zeit in Anspruch als zuvor geplant. Zwar stellte sich dadurch der entworfene Leitfaden als zu lang für die angesetzte Dauer der Fokusgruppe heraus, das ausführliche „Warmreden“ am Beginn wurde aber gleichzeitig als sehr positiv für den weiteren Verlauf und die Ergebnisse der Gruppendiskussion bewertet. Als eher ungünstig für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde das hohe Informationsbedürfnis der Patienten eingeschätzt. Dies führte dazu, dass sich insbesondere ärztliche Leiter solcher Fokusgruppen während des Gruppenverlaufs häufig mit Fragen von Seiten der Patienten konfrontiert sahen (zu Gesundheitsparametern oder Abläufen in der Klinik), deren Beantwortung keinen hilfreichen Beitrag zum Ziel der Fokusgruppe leistete.

In den mit Gesundheitsmitarbeitern gemischten sowie in den reinen Ärztefokusgruppen war der Diskussionsverlauf dagegen sehr unterschiedlich (Code 2405). Hier nahmen die Leiter in einzelnen Gruppen eine eher geringe Diskussionsfreude wahr (Code 2406). Als Gründe wurden hoher Zeitdruck der Teilnehmer (Code 2203), die Erwartung einer Frage- und Antwortsituation sowie eine eher zurückhaltende Haltung von v. a. jungen Medizinischen Fachangestellten in gemeinsamen Gruppen mit ihren Vorgesetzten (Code 2204) genannt.

Darüber hinaus beinhalteten die Aussagen der Interviewten auch methodische Aspekte, die in anderen Kontexten als hinderlich für eine offene Diskussion sein können, in der hier fokussierten Gesundheitsforschung jedoch nicht als problematisch erlebt wurden (vgl. Code 2301 bis 2399). So wurde beispielsweise berichtet, dass Ärzte an Treffen in externen Räumlichkeiten gewöhnt sind und somit auch weniger Hemmungen beim Reden in einem unbekanntem Rahmen haben (Code 2301). Abhängig von der konkreten Zusammensetzung der Gruppe wurden darüber hinaus Statusunterschiede innerhalb der Gruppe (Code 2302) oder auch zwischen Moderator und Teilnehmern (Code 2305) sowie das Vermischen der Anredeformen „Du“ und „Sie“ (Code 2307) nicht als störend angesehen.

### 4.3 Besonderheiten der technikbezogenen Fragestellung

Die hier ausgewerteten Interviews bezogen sich auf Fokusgruppen zur Einführung einer technischen Neuerung im Gesundheitssystem. Dabei handelt es sich um ein Thema, das aktuell und auch in Zukunft voraussichtlich zunehmend Gegenstand gesundheitsbezogener Forschung sein wird. Daher soll im Folgenden noch einmal insbesondere auf solche Kategorien des entwickelten Schemas eingegangen werden, die spezifische Informationen für entsprechende Forschungskontexte beinhalten. Im Themenkomplex Rekrutierung wird dieser Kontext vor allem in Bezug auf die Zu- oder Absage aufgrund eines (mangelnden) Interesses der Angesprochenen am Thema relevant (Code 1103 und 1209). Die Forscher im INFOPAT-Projekt sahen sich bei der Rekrutierung häufig mit dem Problem konfrontiert, dass Angesprochene entweder generell kein Interesse an einem technischen Thema hatten oder ihnen eine konkrete Vorstellung von den zu diskutierenden Inhalten fehlte. Forschungsprojekte mit ähnlichen Fragestellungen sollten also auf eine entsprechende Reaktion von Zielgruppen vorbereitet sein, sei es durch eine generelle Vorbereitung auf solche Vorbehalte, durch Bereitstellung von ausführlicherem Informationsmaterial oder von adäquaten Argumenten oder zumindest durch das Bewusstsein, dass es sich bei den Teilnehmenden um eine in gewissem Maße selektive Teilstichprobe der Zielgruppe handeln könnte.

In Bezug auf die Kommunikation in den Fokusgruppen spiegelte sich in den Interviews das technikbezogene Thema vor allem insofern wieder, als die Forscher es für wichtig erachteten, dass der Moderator sich selbst gut mit der technischen Neuerung, über die diskutiert werden sollte, auskannte (Code 2107). Da für bestimmte Diskussionsthemen von den Teilnehmern detailliertere Informationen über den Gegenstand eingefordert wurden, wurde es als günstig bewertet, wenn diese Informationen vom Moderator zur Verfügung gestellt werden konnten. Gleichzeitig beurteilten die Interviewten es gerade bei einem solchen technischen Thema als wichtig, einen guten Selbstbezug für die Teilnehmer herzustellen (Code 2113). Im untersuchten Projekt konnte nicht davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmer von Anfang an eine konkrete Vorstellung von der Ausgestaltung der Akte, Möglichkeiten der Designvariation sowie Möglichkeiten und Herausforderungen hinsichtlich des Datenschutzes hatten. Daher empfanden die Moderatoren es als hilfreich für die Diskussion, Vergleiche mit ähnlichen Alltagsanwendungen (z. B. Online-Banking) herzustellen.

Bei der Bewertung der Fokusgruppenmethode im eigenen Forschungskontext gab es ebenfalls einige Aussagen der Interviewten, welche als spezifisch für die technikbezogene Fragestellung angesehen werden können. So bewerteten die Moderatoren es nicht nur als wichtig, vor Beginn der Diskussion einen Selbstbezug für die Teilnehmenden herzustellen, sondern empfanden die Methode auch als besonders hilfreich, um ein sehr vielfältiges Bild davon zu bekommen, wie sich die diskutierte technische Neuerung auf den Alltag der jeweiligen Zielgruppe auswirken würde (Code 3102 und 3104). Darüber hinaus kann es als typisch für das Forschungsthema angesehen werden, dass eine große Bandbreite von Fragestellungen mit den Fokusgruppen beantwortet werden sollte. Wie bei der Projektbeschreibung dargestellt, dienten die Gruppen nicht nur der Bearbeitung von eher als sozialwissenschaftlich anzusehender Fragestellungen—wie z. B. der Frage nach der Arzt-Patienten-Beziehung und möglichen Auswirkungen auf diese durch die geplante technische Neuerung—, sondern es wurden darüber hinaus auch Informationen für die konkrete Gestaltung der Akte erwartet. Infolgedessen wurde die Methode der Fokusgruppen einerseits, je nach Fragestellung, als mehr oder weniger hilfreich angesehen (Code 3302). Andererseits wurde insbesondere die Nutzung von Moderationskarten und Priorisierungen im Verlauf der Diskussion als hilfreich für die Beantwortung konkreter technischer Anforderungen bewertet (Code 3105).

## 5 Fazit und Hinweise zur Weiterverwendung des Kategoriensystems

---

Es wurde eine qualitative Interviewstudie vorgestellt, mit der Hinweise zu methodischen Aspekten der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung mit Fokus auf Techniknutzung erarbeitet werden sollten. Bei der Auswertung der Daten wurden die Themenbereiche Rekrutierung, Kommunikation in den Gruppen und Bewertung der Fokusgruppenmethode im eigenen Forschungskontext untersucht. Die einzelnen Ergebnisse wurden als unterschiedlich spezifisch für gesundheitsbezogene Fragestellungen bewertet. Neben Hinweisen, welche generell für die Durchführung von Fokusgruppen gegeben werden, wurden auch solche identifiziert, die per se oder durch den jeweiligen Inhalt der zugeordneten Aussagen als für gesundheitsbezogene Forschung typisch gelten können. Eine weitere Gruppe von Hinweisen ist insofern nochmals spezifischer, als sie sich auf die im INFOPAT-Projekt untersuchte Fragestellung einer technischen Neuerung beziehen.

Das im Rahmen dieser Studie entwickelte Kategoriensystem kann dazu herangezogen werden, methodische Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Durchführung von Fokusgruppen in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsforschung zu analysieren. Mit Hilfe ähnlicher Untersuchungen im Kontext weiterer gesundheitsbezogener Fragestellungen, könnten Daten erhoben werden, die auf der Basis des vorgestellten Kategoriensystems Vergleiche ermöglichen. Hierbei könnte gegenübergestellt werden, welche Aspekte auch für andere Fragestellungen relevant sind, oder welche Themen sich in anderen Bereichen als zusätzlich bedeutsam erweisen. Das hier vorgestellte Kategoriensystem stellt damit einen grundlegenden Ausgangspunkt für einen Vergleich mit solchen weiteren Studien dar.

## 6 Literatur

---

- Barbour, R. & Flick, U. (2009). *Doing focus groups*. Los Angeles: Sage.
- Baudendistel, I., Winkler, E., Kamradt, M., Brophy, S., Längst, G., Eckrich, F. et al. (2015). The patients' active role in managing a personal electronic health record: a qualitative analysis. *Supportive Care in Cancer*, 1-9.
- Bohnsack, R. (2000). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*. Heidelberg: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Coenen, M., Stamm, T., Stucki, G. & Cieza, A. (2012). Individual interviews and focus groups in patients with rheumatoid arthritis: a comparison of two qualitative methods. *Quality of Life Research*, 21, 359-370.
- Colucci, E. (2007). "Focus groups can be fun": The use of activity-oriented questions in focus group discussions. *Qualitative Health Research*, 17, 1422-1433.
- Côté-Arsenault, D. & Morrison-Beedy, D. (2005). Maintaining your focus in focus groups: Avoiding common mistakes. *Research in Nursing & Health*, 28, 172-179.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2012) *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse*. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg. Quelle: [www.audiotranskription.de/praxisbuch](http://www.audiotranskription.de/praxisbuch)
- Flick, U. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (3. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Früh, W. (2011). *Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis* (7. Aufl.). Konstanz: UVK.
- Gerlach, H., Becker, N. & Abholz, H.-H. (2008). Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 84, 428-435.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302.
- Krueger, R. A. (1988). *Focus groups. A practical guide for applied research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Krueger, R. A. (1999). *Analyzing & reporting focus group results. Focus group kit* (Vol. 6). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups. A practical guide for applied research* (4. Aufl.). Los Angeles, CA: Sage.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2010). Focus group interviewing. In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Hrsg.), *Handbook of practical program evaluation* (3. Aufl., S. 378-403). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Marx, G., Witte, N. & Koschack, J. (2008). Gruppendiskussionen mit Patientinnen und Patienten: eine Methode in der Versorgungsforschung. In W. Kirch, B. Badura & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgungsforschung* (S. 63-80). Berlin: Springer.
- Mayerhofer, W. (2009). Das Fokusgruppeninterview. In R. Buber & H. Holzmüller (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung* (S. 477-490). Wiesbaden: Gabler.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Morgan, D. L. (Hrsg.). (1993). *Successful focus groups. Advancing the state of the art*. Newbury Park, CA: Sage.
- Morgan, D. L. & Bottofff, J. L. (2010). Advancing our craft: Focus group methods and practice. *Qualitative Health Research*, 20, 579-581.

- Morgan, D. L. & Krueger, R. A. (Hrsg.). (1998). *Focus group kit*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Othman, C., Wollny, A., Abholz, H.-H. & Altiner, A. (2008). Die Gesundheitsuntersuchung - Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 84, 280-285.
- Richter, D. & Fleer, B. (2004). Fokusgruppen als Evaluationsinstrument der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 9, 236-240.
- Ruddat, M. (2012). Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 195-206). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scheidt-Nave, C., Richter, S., Fuchs, J. & Kuhlmeier, A. (2010). Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsblatt (Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz)*, 53, 441-450.
- Schreier, M. (2011). Qualitative Stichprobenkonzepte. In G. Naderer & E. Balzer (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis* (S. 241-256). Wiesbaden: Gabler.
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. & Rook, D. W. (2007). *Focus groups. Theory and practice* (2. Aufl.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zwick, M. M. & Schröter, R. (2012). Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projekts „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 24-48). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

---

## Anhang: Kategoriensystem

---

Die Kategorien sind wie folgt beschrieben: Zunächst wird eine Definition der Kategorie gegeben. Falls erforderlich, wird diese durch Hinweise zur Abgrenzung zu anderen Kategorien ergänzt. Im Anschluss folgt ein typisches Beispiel (Ankerzitat<sup>2</sup>) aus den Interviews mit den Fokusgruppenleiter/innen.

### A. Inhaltskategorien

#### I. REKRUTIERUNG

##### *1.1 Faktoren, die die Teilnahmebereitschaft erhöhten*

Diese Kategorien beziehen sich auf Faktoren, von denen ausgesagt wurde, dass sie die Teilnahmebereitschaft der angesprochenen Zielgruppen erhöhten.

##### **Persönlicher Kontakt (1101)**

Wenn persönliche Ansprache durch die Forschenden als förderlich für die Teilnahmebereitschaft genannt wurden.

Abgrenzung: Wenn neben der persönlichen Ansprache die hierarchisch höhere Stellung des Ansprechenden als Zusagegrund genannt wurde, wird Code 1106 („Ansprache durch hierarchisch höher gestellte Person“) vergeben.

Ankerzitat: B2: *Dadurch dass man dann die Leute auch direkt persönlich ansprechen konnte, war das auch sehr viel einfacher.* INT1: 93 – 93

##### **Vorgabe günstiger Zeiten (1102)**

Wenn die Berücksichtigung günstiger (Uhr-, Tages-, Jahres-)Zeiten bei der Terminierung von Fokusgruppen als positiv für den Erfolg der Rekrutierung bewertet wurde.

Ankerzitate:

B2: *Und viele haben dann gesagt: " ... wenn ich meine Chemo hatte, wenn ich eh schon da bin, dass wir das dann praktisch an dem Tag machen oder wenn ich schon sowieso in der Klinik bin."* INT1: 198 – 198

B1: *Also was ich ganz gut fand war, dass man Terminvorschläge gemacht hat. Und wir haben uns darauf konzentriert, dass wir gesagt haben, oftmals sind die Praxen Mittwochnachmittag zu. Also ist das ein relativ günstiger Termin.* INT2: 46 – 46

B3: *Also bei Ärzten fällt mir noch ein, also auf jeden Fall langfristig genug vorher ankündigen, dass man was machen will.* INT1: 475 – 475

---

<sup>2</sup> Zitate sind jeweils durch Kursivschrift gekennzeichnet. Unverständliche Passagen, Wort- oder Satzabbrüche oder Doppelungen wurden gestrichen und durch [...] ersetzt. Bei Dialogen sind sich überschneidende Passagen von zwei Rednern am Beginn und Ende jeweils mit // gekennzeichnet. B1 bis B3 kennzeichnen die Befragten des jeweiligen Interviews (INT1 bis INT4).

### Persönliches Interesse, persönlicher Gewinn, generelles Engagement (1103)

Wenn ein persönliches Interesse (z. B. an Forschung, an Technik), ein persönlicher Gewinn, Neugier oder generelles Engagement als Motivationsgrund für die Teilnahme von Angesprochenen genannt wurde.

Ankerzitate:

B2: *Dass man dann sehr engagierte Patienten hat, also die wirklich es auf sich nehmen zwischen Therapien, die ja meistens im zwei-Wochen-Rhythmus sind, dann nochmal extra zu kommen. Und das zeigt sich auch, finde ich, in vielen Äußerungen. Dass sie sagen, also sie wollen die Forschung voranbringen, also am Thema jetzt. Das Thema, was so mit neuen Forschungsmethoden zu tun hat. Und wenn sie da irgendwie beitragen können, und sei es auch nur mit ihrer Meinung, und vielleicht war es auch ein bisschen Neugier oder so, so eine gemischte Motivation, dann würden sie das tun.* INT3: 20 – 20

B1: *Hausärzte haben generell eine höhere Bereitschaft dazu, zu diesem Thema, also zu diesem Aktenthema. Die [...] // sehen da für sich auch ein //*

B2: *// Einen persönlichen Vorteil auch, oder? //*

B1: *Ja, oder einfach, dass sie Bezug dazu haben und irgendwie sich an dem Thema schon auch interessieren. Da sind auch Leute selbst dann auf einen auch mal zugekommen und haben gesagt: "Oh, mich interessiert das und ich würde da gerne mitmachen."* INT1: 24 – 26

### Hohe Redebereitschaft (1104)

Wenn eine erhöhte Redebereitschaft als Motivationsgrund für die Teilnahme an einer Fokusgruppe genannt wurde.

Ankerzitat: B2: *Und bei den Patienten [...] insgesamt hatte ich das Gefühl, das waren schon alles Leute die schon gerne reden, weil also die Leute die gar nicht reden wollten, die haben gar nicht erst ja gesagt.* INT1: 372 – 372

### Gute körperliche Fitness (1105)

Wenn ausgesagt wurde, dass eher Personen mit guter körperlicher Fitness zur Teilnahme bereit waren.

Ankerzitat: B2: *Also WENN jemand teilgenommen hat, dann waren das oft Patienten die sehr fit waren noch, eher so im mittleren Alter, würde ich sagen* INT1: 97 – 97

### Ansprache durch hierarchisch höhergestellte Person (1106)

Wenn persönliche Ansprache durch eine hierarchisch höhergestellte Person als förderlich für die Teilnahmebereitschaft angegeben wurde.

Ankerzitat:

B1: *Und dann von oben nach unten. Also wenn der Pflegedirektor mich fragt.*

B3: *Ja. Dann sagt man weniger schnell: "Ich möchte nicht."* INT1: 122 – 123

### Aufwandsentschädigung (1107)

Wenn berichtet wurde, dass eine Aufwandsentschädigung die Teilnahmebereitschaft erhöhte.

Ankerzitat: B1: *Wir können den Hausärzten zumindest fünfzig Euro anbieten als Aufwandsentschädigung. Das ist nicht viel, wird aber auch gerne genommen* INT1: 39 – 39

## Ansprache von Forschungspraxen (1108)

Wenn berichtet wurde, dass die Ansprache von Forschungspraxen die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme erhöhte.

Ankerzitat: B1: *Ja, also es gibt Allgemeinmediziner die auch in den Forschungs- und Lehrpraxen sehr aktiv sind und das waren auch meistens die, würde ich behaupten, die dann letztendlich auch bei unseren Fokusgruppen mitgemacht haben.* INT2: 65 - 65

## Geschlecht (1109)

Wenn ausgesagt wurde, dass Angesprochene eines bestimmten Geschlechts im Vergleich zum anderen Geschlecht eher zu einer Teilnahme bereit waren, ohne dass ein spezieller Grund dafür genannt wurde.

\* **Geschlecht: Männer (1109-1):** Wenn Männer häufiger zusagten.

\* **Geschlecht: Frauen (1109-2):** Wenn Frauen häufiger zusagten.

Abgrenzung: Wenn ein Grund genannt wurde, warum Personen eines bestimmten Geschlechts eher zusagten, dann wird der entsprechende Grund (1101 bis 1108) codiert und zusätzlich die Personenkategorie „Männer“ oder „Frauen“ vergeben.

Ankerzitat: B2: *Und tatsächlich haben sehr viel mehr Männer zugesagt als Frauen.* INT1: 97 - 97

## Sonstige, die Teilnahmebereitschaft fördernde Faktoren (1199)

Weitere Aussagen zu Faktoren, die die Teilnahmebereitschaft erhöhten, die in keine der vorherigen Kategorien eingeordnet werden können.

### ***1.2 Faktoren, die die Teilnahmebereitschaft verringerten***

Diese Kategorien beziehen sich auf Faktoren, von denen berichtet wurde, dass sie die Teilnahmebereitschaft der angesprochenen Zielgruppen verringerten.

## Anonyme schriftliche Rekrutierung (1201)

Wenn das reine Aushändigen schriftlicher Informationen als hemmend für die Teilnahmebereitschaft beschrieben wurde.

Ankerzitat: B1: *Und klar, wenn die nur ein paar Zettel in die Hand bekommen mit Infos, dann ist das meistens nicht so ansprechend.* INT2: 96 - 96

## Mehrere parallele Studien (1202)

Wenn beschrieben wurde, dass Personen ablehnten, weil sie schon an anderen Studien teilnahmen oder von anderen Studien angefragt wurden.

Ankerzitat: B1: *Vor allem ist im Klinikum auch zu sagen, dass die Patienten halt oftmals auch für unterschiedliche Studien angesprochen werden. Also es waren neben mir noch zwei andere Doktoranden, die auch Typ-2-Diabetiker rekrutieren wollten und dann ist es irgendwann halt auch schwierig* INT2: 86 - 86

### Geringe Redebereitschaft (vor Gruppen) (1203)

Wenn Unbehagen bei der Vorstellung, vor einer Gruppe reden zu müssen, als Grund für die Nicht-Teilnahme genannt wurde.

Ankerzitat: B2: *Bei den Männern, wenn die abgesagt haben, gesagt haben: "Nein, ich will nicht", war es oft so, "Nein, Gruppengespräche das ist nichts für mich. Ich mag nicht so vor der Gruppe reden." Das war hauptsächlich bei denen der Punkt weshalb sie abgesagt haben. INT1: 97 - 97*

### Geringe körperliche Fitness (1204)

Wenn körperliche Einschränkungen oder hohe Belastung durch die Krankheit als Grund für die Nicht-Teilnahme genannt wurden

Ankerzitat:

B1: *Die haben gleich gesagt: "Also nein."*

I: *Zu hohe // Treppen. //*

B1: *"Traue ich mir nicht zu", und, "Das ist mir echt zu viel." Solche Leute, ja, sind dann leider nicht eingeschlossen worden. INT2: 147 - 149*

### Familiäre Pflichten (1205)

Wenn familiäre Pflichten oder Zeitmangel als Grund für die Nicht-Teilnahme genannt wurden.

Ankerzitat: B1: *[...] also es waren mehr Frauen, die dann gesagt haben: „Ich habe viel zu tun Zuhause, im Haushalt und mit den Kindern, deshalb kann ich es nicht machen.“ INT3: 16 - 16*

### Schlechte Erreichbarkeit (1206)

Wenn berichtet wurde, dass die schlechte (telefonische) Erreichbarkeit der Zielgruppe die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Rekrutierung verringerte.

Ankerzitat:

B1: *Ich habe dann auch versucht die Ärzte anzurufen. Das ist oftmals halt SCHWIERIG, // weil sie wenig Zeit haben. //*

I: *// Die zu erreichen. //*

B1: *Genau. Und dann oftmals kommt man gar nicht durch bis zum Arzt. Dann hieß es dann wieder mal anrufen und, ja, die Rückrufe haben auch eher mäßig geklappt. INT2: 51 - 53*

### Ungünstige Rekrutierungszeit (1207)

Wenn berichtet wurde, dass bestimmte Zeiten im Jahr (Sommer, Urlaubszeit, Quartalsanfang) ungünstig sind, um Teilnehmer für Fokusgruppen zu gewinnen.

Ankerzitat: B1: *Urlaubszeit, das kann man vollkommen vergessen. INT1: 489 - 489*

### Zeitmangel (1208)

Wenn berichtet wurde, dass die Zielgruppe aufgrund von Zeitmangel (Dienstpläne, Überstunden, unvorhersehbare Ereignisse) generell schwer dazu zu gewinnen war, ein- bis zweistündige Diskussionstermine während eines normalen Arbeitstages wahrzunehmen.

Ankerzitate:

B2: *Also so die Bereitschaft war eigentlich schon da, aber die zeitlichen Ressourcen waren einfach so knapp, dass viele gesagt haben: // "Zwei Stunden ist //*

B3: *// "Zwei Stunden ist mir zu lang." //*

B2: *„Viel zu viel, also das kann ich überhaupt nicht entbehren.“ Und selbst als man dann gesagt hat: "Naja, vielleicht können wir es auch kürzer machen, auch anderthalb Stunden", haben viele gesagt, dass sie da einfach keine Kapazitäten haben. INT1: 19 – 21*

B1: *Wobei man sagen muss, [...] Fachärzte haben halt einfach auch viel zu tun. INT1: 78 – 78*

**Geringes Interesse, persönlicher Bezug oder Gewinn (1209)**

Wenn berichtet wurde, dass Angesprochene aufgrund von fehlendem Interesse am Thema absagten.

Ankerzitat: B3: *Und vielleicht haben sie auch einfach von der Idee, was da entwickelt werden soll, haben sie halt vielleicht auch oft die Meinung, dass sie das nicht benötigen. INT1: 79 – 79*

**Keine Fortbildungspunkte (1210)**

Wenn berichtet wurde, dass Ärzte die Teilnahme ablehnten, weil dafür keine Fortbildungspunkte erworben werden konnten.

Ankerzitat: B3: *[...] Und die haben auch klar gesagt, ohne Punkt, ohne Fortbildungspunkt und für diese Aufwandsentschädigung machen sie es nicht. INT2: 54 – 54*

**Geschlecht (1211)**

Wenn ausgesagt wurde, dass Angesprochene eines bestimmten Geschlechts im Vergleich zum anderen Geschlecht weniger zu einer Teilnahme bereit waren, ohne dass ein bestimmter Grund dafür genannt wurde.

\* **Geschlecht: Männer (1211-1):** Wenn Männer häufiger ablehnten.

\* **Geschlecht: Frauen (1211-2):** Wenn Frauen häufiger ablehnten.

Abgrenzung: Wenn ein Grund genannt wurde, warum Personen eines bestimmten Geschlechts eher nicht zusagten, dann wird der entsprechende Grund (1201 bis 1205) und zusätzlich die Personenkategorie „Männer“ oder „Frauen“ codiert.

Ankerzitat: B2: *[...] Und tatsächlich haben sehr viel mehr Männer zugesagt als Frauen. Das spiegelt sich halt leider auch bei uns wider. Wir haben ein bisschen weniger Frauen bei den Patienten. Was heißt ein bisschen, wesentlich weniger Frauen als Männer bei der Akquirierung. INT1: 97 – 97*

**Sonstige, die Teilnahmebereitschaft verringernde Faktoren (1299)**

Weitere Aussagen zu Faktoren, die die Teilnahmebereitschaft verringerten, die in keine der vorherigen Kategorien eingeordnet werden können.

### ***1.3 Generelle Bewertung***

Diese Kategorien beziehen sich auf Aussagen zur Bewertung der generellen Leichtigkeit bzw. Schwere der Rekrutierung der jeweiligen Zielgruppe (auch im Vergleich zur Rekrutierung anderer Zielgruppen), für die explizit keine Gründe genannt wurden (ansonsten Kodierung als "Faktoren, die die Teilnahmebereitschaft förderten" oder „...verringerten“).

#### **Evaluative Kategorie: Leichtigkeit/Schwere/Erfolg der Rekrutierung (1301)**

Wenn Aussagen dazu gemacht wurden, ob die Rekrutierung generell leicht oder schwer verlief, ob ausreichend Teilnehmer gewonnen wurden oder wie die Teilnehmer generell auf die Anfrage reagierten. Es kann unter drei Abstufungen gewählt werden:

##### **\* Als vergleichsweise einfach/ positiv (1301-1)**

Wenn gesagt wurde, dass die Rekrutierung einer Zielgruppe vergleichsweise einfach verlief oder die Reaktionen insgesamt eher positiv waren.

Ankerzitat: B2: *Und das war halt insofern da sehr viel einfacher, als dass man einfach in die Tagesklinik gehen konnte und da waren dann halt irgendwie fünf, sechs Patienten die man da ansprechen konnte.* INT1: 95 – 95

##### **\* Als (gerade) ausreichend erfolgreich/ neutral (1301-2)**

Wenn der Rekrutierungsprozess als (gerade) ausreichend für die Zusammenstellung der geplanten Anzahl von Fokusgruppen beschrieben wurde. Hierzu zählen auch Aussagen, dass die Reaktionen der Angesprochenen sehr unterschiedlich waren.

Ankerzitate:

B1: *Also wir hatten letztendlich alle Fokusgruppen vollbekommen, aber auch gerade so viele wie wir gebraucht haben.* INT2: 98 – 98

B2: [...] *Insofern hat das dann einigermaßen funktioniert.* INT2: 102 – 102

##### **\* Als vergleichsweise schwer/ negativ (1301-3)**

Wenn gesagt wurde, dass die Rekrutierung einer Zielgruppe vergleichsweise schwer verlief oder die Reaktionen insgesamt eher negativ oder zurückhaltend waren.

Ankerzitate:

B1: *Also generell ist das echt schwierig.* INT1: 35 – 35

B1: *Ja, ja, wir haben sie alle vollgekriegt, aber es war halt am Ende dann schon eher zäh.* INT2: 73 – 73

#### **Mangelnde Realisierbarkeit des Stichprobenplans (1302)**

Wenn Aussagen dazu gemacht wurden, dass bzw. warum der ursprüngliche Stichprobenplan nicht realisiert werden konnte.

Ankerzitate:

B1: *Wir hatten ja am Anfang so ein Profil erstellt, genau so mit Alter, Geschlechterverteilung, Land-Stadt. Und das war aber alles wirklich nicht so möglich. Also es war nicht realistisch das Ganze umzusetzen, da hätten wir viel zu wenig Leute bekommen.* INT2: 100 – 100

B3: *Wir hätten gerne mehr Hausärzte und mehr niedergelassene Ärzte gehabt. Wir haben auch erst gedacht, dass es an der Klinik mehr Ärzte an sich da sind, die man befragen könnte. Das hat sich dann auch nicht so rausgestellt. Deswegen musste man das so ein bisschen flexibler dann einfach machen, auch nach Bereitschaft auch. INT1: 34 – 34*

### Drop-Outs (1303)

Wenn berichtet wurde, dass mit einem kurzfristigen Ausfall von Teilnehmern zu rechnen war.

Ankerzitat: B2: *[...] Und dass man, je nachdem, gut, wie schwer krank die Leute sind, aber dass man immer mit einer Ausfallquote von bis zu fünfzig Prozent rechnen muss. Also wenn man vier Leute drin haben möchte, dann sollte man acht Leute einladen. INT1: 463 – 463*

### Sonstige Aussagen zur Bewertung des Rekrutierungsprozesses (1399)

Weitere Aussagen zur Bewertung des Rekrutierungsprozesses, die in keine der vorherigen Kategorien eingeordnet werden können.

## II. KOMMUNIKATION

### II.1 Positive Einflussfaktoren

Diese Kategorien beziehen sich auf Aussagen zu Faktoren im Rahmen der Organisation und Räumlichkeiten oder der Moderation, die die Diskussion in den Gruppen positiv beeinflussten.

Abgrenzung: Wenn nur über einen positiven Verlauf oder positive Aspekte der Diskussion (z. B. Diskussionsfreude oder geringe Notwendigkeit des Eingreifens) berichtet wurde, ohne dass Gründe dafür genannt wurden, wird einer der Codes 2401 bis 2499 vergeben. Dies gilt auch dann, wenn berichtet wurde, dass die Diskussion in einer bestimmten Zielgruppe besonders positiv verlaufen ist. Dann wird einer der Codes 2401 bis 2499 und zusätzlich der entsprechende Personencode vergeben.

### Ort des Raumes (2101)

Wenn gesagt wurde, dass Räume innerhalb bzw. außerhalb der Klinik besser für die Kommunikation in der Fokusgruppe waren, weil diese erreichbarer und bekannter (innerhalb der Klinik) oder störungsfreier (außerhalb der Klinik) waren.

Ankerzitate:

B3: *Also bei den Patienten haben bisher halt die Fokusgruppen in der Klinik stattgefunden. Das haben wir auch bewusst so gemacht, um einfach [...] denen die Anreise zu erleichtern, weil sie sowieso in die Tagesklinik kommen um Therapie zu erhalten. Und außerdem kennen sie sich dort aus und fühlen sich dort auch gut aufgehoben, als wenn wir sie hätten jetzt in unsere Abteilung extra gebeten und dann hier ist ja auch nicht so einfach zu finden. Da haben wir das dahin gelegt. INT1: 165 – 165*

B2: *Im Zentrum hat eine stattgefunden. Das haben wir bewusst so gelegt, dass die Ärzte da praktisch dann aus der Klinik auch mal ein paar Meter raus müssen. Das Zentrum ist also keine hundert Meter von der Klinik entfernt. Und wir wollten halt einfach, dass die Ärzte dann praktisch da auch wirklich hin müssen und nicht einfach von der Klinik mal kurz da hin und wenn sie angerufen werden, dann rennen sie nochmal schnell auf Station oder so. Und also [...] den Raum fand ich eigentlich ganz gut. INT1: 180 – 180*

### Raumgröße, Sitzordnung, Atmosphäre (2102)

Wenn Aussagen darüber gemacht wurden, dass der Raum oder die Sitzordnung positiv waren oder zu einer positiven Atmosphäre geführt haben.

Ankerzitat: B3: *Aber wir hatten auch gute Räume. Also. Und so gute Räume waren eher so eine quadratische Form, wo man irgendwie so [...] einen Tisch so schön so aufbauen kann im Quadrat und auch so ein bisschen Bewegungsfreiheit hat.* INT1: 179 - 179

### Angemessene Gruppengröße (2103)

Aussagen darüber, welche Gruppengröße als geeignet im Hinblick auf ausgeglichene Redeanteile aller Teilnehmer erlebt wurde.

Ankerzitat: B2: *Also die Sechsergruppen waren gut. Die Achter, [...] die war zu groß.* INT2: 115 - 115

### Verpflegung (2104)

Wenn berichtet wurde, dass bereitgestelltes Essen und Trinken gern angenommen wurde oder zu einer positiven Atmosphäre beitrug.

Ankerzitat: B1: [...] *Und wir hatten eine große Pause mit Essen und allem. Also das gehört einfach auch dazu, dass man sich erstmal kennenlernt. So eine Basis schafft von Vertrauen.* INT2: 128 - 128

### Keine Pause (2105)

Wenn berichtet wurde, dass das Weglassen einer Pause als positiv für den Diskussionsverlauf erlebt wurde.

Ankerzitat: B1: *Ehrlich gesagt [...] wir dachten schon, dass wir eine Pause machen. Aber dann haben wir [...] es doch nicht gemacht, weil wir dann das Ganze nicht unterbrechen wollten und dann gedacht haben, bis wir dann wieder reinkommen und dann verlieren wir vielleicht viel Zeit, beziehungsweise die Zeit wird dann hinten rangehängt. Dann hat man letztendlich das Ganze ohne Pause gemacht.* INT2: 386 - 386

### Ausführliche Vorstellungsrunde (2106)

Wenn Aussagen darüber gemacht wurden, dass die Vorstellungsrunde zwar mehr Zeit als geplant einnahm, dies aber wichtig für die weitere Diskussion (Ankommen, Vertrauen schaffen, Belastendes loswerden) war und/oder teilweise dabei bereits Inhalte der geplanten Diskussions-themen angesprochen wurden.

Ankerzitat: B3: *Und das ist die Krux an der Sache so ein bisschen mit diesem allgemeinen Erfahrungsaustausch am Anfang. Klar nimmt das dir viel Zeit, aber ich bin fast der Meinung, wenn du ihnen das nicht gibst, [...] du kriegst nicht das, was du von ihnen willst in dem Sinne, dass du sagst: "Ich will eine offene Meinung von dir hören oder eine Haltung oder so." [...] Nicht, dass die dir einfach nur antworten, weil sie denken du willst das jetzt hören, sondern so eine Atmosphäre zu schaffen, wo sie wirklich ein bisschen vergessen wo sie sind. Dass du das ohne das nicht erreichen würdest. Also da bin ich relativ überzeugt davon.* INT1: 299 - 299

### Vertrautheit des Moderators mit dem Thema (2107)

Wenn angesprochen wurde, dass eine hohe Vertrautheit des Moderators mit dem Diskussions-thema positiv für den Verlauf der Diskussion war.

Ankerzitat: B2: [...] Häufig sind mir auch Fragen eingefallen, die [...] waren jetzt gar nicht im Leitfaden, sondern in den Details jetzt des Klinikablaufs. Die dann erst kamen, als dann Äußerungen der Kollegen kamen, das und das [...] sehen sie problematisch und da [...] dachte ich halt, daran hatte ich ja noch gar nicht gedacht. Und wenn man das jetzt einen Schritt weiter denkt, wie müsste man es denn machen und da wäre jetzt also jemand, der die Funktion nicht hat, auch okay, aber der muss auch wiederum, gleiches Kriterium an die Sache, zum Teil die Abläufe kennen, damit [...] Folgefragen möglich sind. INT3: 142 – 142

### Stellen offener Fragen (2108)

Wenn das Stellen offener Fragen als positiv für den Verlauf der Diskussion beschrieben wurde.

Ankerzitat:

B1: Und dann die zweite Frage war immer: "Was halten Sie denn davon?"

B3: "Was kommt Ihnen spontan in den Kopf, wenn Sie das jetzt sehen?"

B1: Ja.

B3: Und dann geht das dann eigentlich ganz gut. INT1: 333 – 336

### Antwortrunde (2109)

Wenn berichtet wurde, dass das Nutzen einer Antwortrunde als positiv für die Einbeziehung aller Teilnehmer und/oder das Einhalten der Zeitplanung erlebt wurde.

Ankerzitat: B2: Und dadurch, dass wir dieses Reihum-Prinzip hatten, war es aber dann auch irgendwie implizit klar, dass jeder was sagen muss und wann er an die Reihe kommt. INT3: 151 – 151

### Ansprechen stiller Teilnehmer (2110)

Wenn berichtet wurde, dass stille Teilnehmer angesprochen wurden, um alle Teilnehmer einzubeziehen (und dies auch positiv angenommen wurde).

Ankerzitat:

B1: Aber die musste man ansprechen. Weil [...] also aus dem Bauch heraus würde ich sagen, wenn wir die jetzt nicht [...] angesprochen hätten, hätten dann die anderen wahrscheinlich gar nichts oder nur sehr wenig gesagt.

B3: Ja.

I: Also es war schon manchmal nötig, aber es wurde gut angenommen.

B3: Ja. INT1: 389 – 393

### Interesse vermitteln (2111)

Wenn angesprochen wurde, dass das Vermitteln von Interesse und Wertschätzung für ALLES Gesagte positiv für den Verlauf der Diskussion war.

Ankerzitat: B3: Dass man auch sagt: "Wir sind an Ihrer Meinung interessiert und Sie dürfen sowohl Positives als auch Negatives äußern." Also, dass sie nicht diese Erwartung haben, diese soziale Erwünschtheitsgeschichte halt. Dass man dabei wirklich versucht bewusst zu sagen: "Wir sind an allen Dingen interessiert, was Sie sagen." Und das wurde eigentlich gut angenommen auch. INT1: 536 – 536

### Vertrauen, Sicherheit, Ruhe vermitteln (2112)

Wenn berichtet wurde, dass das Schaffen von Vertrauen und das Vermitteln von Sicherheit und Ruhe positiv für die Kommunikation in der Fokusgruppe war.

Ankerzitat:

B2: *Ich glaube, das ist auch so ein Punkt, dass man selber ruhig ist. Dass man selber den Leuten auch so ein bisschen das Gefühl vermittelt, du kannst dir bei mir sicher sein, du brauchst dir sozusagen nicht Sorgen zu machen, dass ich dich jetzt auslache oder dass ich da jetzt irgendwie // dich nicht ernst nehme //*

B3: *// Dich bloßstelle. //INT1: 526 - 527*

### Selbstbezug herstellen (2113)

Wenn berichtet wurde, dass das Herstellen eines Alltags- bzw. Selbstbezugs positiv für den Verlauf der Diskussion war.

Ankerzitat:

B1: *[...] Wir haben halt versucht, das in ihrer Lebensnotwendigkeit irgendwie zu verankern. Und ich meine, das Beispiel was immer gezogen hat ist, dass wir gesagt haben: "Stellen Sie sich vor das ist so eine Art wie Onlinebanking." Damit kann jeder was anfangen, also was Onlinebanking ist. Da [...] geht es um wichtige Daten im Internet, die sind irgendwie sicher da. Ich habe da mein Passwort. [...] Ob sie viel mehr verstanden haben weiß ich nicht. Aber Onlinebanking im Internet mit Gesundheitsdaten...*

B3: *Das können sie sich vorstellen. Da haben sie dann auch Bezüge hergestellt.*

B1: *[...] Genau, es ist halt wichtig, dass man das irgendwie in ihrer Wirklichkeit verankert, weil ansonsten ist halt einfach das Thema viel zu abstrakt. INT1: 329 - 331*

### Flexible Handhabung des Leitfadens (2114)

Wenn berichtet wurde, dass Themen nicht unbedingt in der beabsichtigten Reihenfolge besprochen wurden und daher eine flexible Handhabung des Leitfadens (Zuhören und nur eingreifen um sicherzustellen, dass alle gewünschten Themen – über alle Fokusgruppen hinweg – ausreichend abgedeckt wurden) nötig war, um den Diskussionsfluss nicht zu stören.

Abgrenzung: Wenn die Bedeutung einer (bewussten) Schwerpunktsetzung im Rahmen einzelner Fokusgruppen angesprochen wurde, wird "Bewertung, Hinweise" (Code 3303) kodiert

Ankerzitat: B1: *Manchmal kamen die Fragen dann auch so ein bisschen durcheinander. Und manchmal haben wir auch gedacht, jetzt sind wir gleich schon im nächsten Punkt, dann diskutieren wir halt die Frage entweder nicht oder später oder dann in der nächsten Fokusgruppe. Also das war schon flexibel. INT2: 381 - 381*

### Präsentationen zum Schaffen einer einheitlichen Informationsbasis (2115)

Wenn berichtet wurde, dass der Einsatz von Präsentationen am Beginn der Diskussion oder eines Abschnitts einen guten Ausgangspunkt (einheitliche Informationsbasis) für die Diskussion darstellte.

Ankerzitat: B3: *Einfach gehalten. Nur diese Grundprinzipien, die man vermitteln muss, dass das halt etwas Patientengeführtes ist, so etwas ganz Zentrales, oder dass das im Internet stattfindet. Das sind ja so ganz wichtige Sachen um dann auch zu diskutieren daran. Das haben wir reingegeben, aber sonst haben wir versucht uns zurückzuhalten. INT1: 313 - 313*

### Kartenabfrage als Diskussionseinstieg und zur Aktivierung aller Teilnehmer (2116)

Wenn berichtet wurde, dass Kartenabfragen dazu führten, dass alle Teilnehmer etwas sagten und/oder damit die Diskussion angeregt wurde.

Abgrenzung: Wenn andere Funktionen des Einsatzes von Karten (z. B. Strukturierung, Visualisierung oder die Beantwortung konkreter Fragen) angesprochen wurden, wird Code 3105 vergeben.

Ankerzitat: B3: *Aber bei dem zweiten Teil war es so, dass Sie sagen: "Machen Sie sich Gedanken, was würden Sie von so einer Plattform erwarten. Schreiben Sie einfach Stichpunkte auf." Da hat der eine so geschrieben, der andere anders. Ist ja klar. Aber dann hat es nachher jeder gesagt. Und dadurch kann einer fünf Punkte haben und der andere nur einen, aber jeder sagt was. Und deshalb fand ich, dass das methodisch das sehr unterstützt hat, dass alle zu Wort kommen und sich einbringen. [...] Und dann kam da halt schon immer untereinander Diskussion auf, ist ja klar. INT2: 290 - 292*

### Kombination von Methoden zur Strukturierung der Diskussion (2117)

Wenn berichtet wurde, dass verschiedene Methoden zur Strukturierung der Diskussion eingesetzt und dies als positiv für den Verlauf der Diskussion erlebt wurde.

Ankerzitate:

B2: *Ja, wir hatten sehr klar formulierte Fragen, sehr wenige. Und [...] zu jeder Frage gab es eine Methode, aber die hatte dann auch wieder ein Ende und dann gab es eine neue Frage mit einer neuen Methode. Und dadurch war es für uns einfacher. Also wir mussten nicht auf die Übergänge zutreiben und es dann irgendwie schaffen im Gespräch auf die nächste Frage zu kommen, sondern das gab irgendwie // einen Cut //*

B3: *// Struktur. //*

B2: *Und einen neuen Anfang. Und das hat uns geholfen. INT2: 282 - 284*

### Sonstige positive Einflussfaktoren auf die Diskussion (2199)

Weitere Aussagen zu Faktoren, denen ein positiver Einfluss auf die Diskussion in den Gruppen zugeschrieben wurde, die nicht in die vorhergehenden Kategorien eingeordnet werden können.

## ***II.2 Negative Einflussfaktoren***

Diese Kategorien beziehen sich auf Aussagen zu Faktoren im Rahmen der Organisation, Zusammensetzung und Räumlichkeiten oder der Moderation, die die Diskussion in den Gruppen negativ beeinflussten.

Abgrenzung: Wenn nur über einen weniger günstigen Verlauf oder ungünstige Aspekte der Diskussion (z. B. geringe Diskussionsfreude) berichtet wurde, ohne dass Gründe dafür genannt wurden, wird einer der Codes 2401 bis 2499 vergeben. Dies gilt auch dann, wenn berichtet wurde, dass die Diskussion in einer bestimmten Zielgruppe eher ungünstig verlaufen ist. Dann wird einer der Codes 2401 bis 2499 und zusätzlich der entsprechende Personencode vergeben.

### Raumgröße, Raumklima (2201)

Wenn Aussagen darüber gemacht wurden, dass sich Raumgröße oder -klima negativ auf die Diskussionsbereitschaft ausgewirkt haben.

Ankerzitat: B3: [...] Also, [...] das hat wirklich viel Einfluss. Die Belüftung war schlecht. Das Licht ging nicht richtig. Das war dann zu (schmunzelnd) dunkel. Und, also das sind alles so Sachen, wo die Leute sich dann auch daran stören natürlich. Wenn du keine Luft mehr kriegst und dir heiß ist, dann ist die Konzentration natürlich auch nicht so gut. Und man konnte das auch nicht mehr im Raum irgendwie die Tische anders stellen. Das war einfach so wie es war und du musstest dann damit arbeiten. INT1: 179 - 179

### Zu kurze Vorbereitungszeit (2202)

Wenn berichtet wurde, dass sich eine zu kurze Vorbereitungszeit (und die damit verbundene Unruhe beim Eintreffen der Fokusgruppenteilnehmer) negativ auf die Gruppenatmosphäre auswirkten.

Ankerzitat: B3: [...] Auf den Termin haben wir keinen anderen Raum gekriegt und der war halt bis wir anfangen, bis kurz vorher, war der noch mit Leuten voll und das ist natürlich tödlich. Da haben wir richtig Gas geben müssen um es noch halbwegs zu schaffen. Und da bist du halt selber auch noch völlig im Vorbereitungswahn, so dass du dann vielleicht auch die Ausstrahlung hast noch nicht ganz fertig zu sein und das merken die natürlich. Wenn du da lange Zeitvorlauf hast, also eine Stunde auf jeden Fall, dann bist du selber ruhig und konzentriert, [...] weil man ist ja auch selber dann nicht nur Vorbereiter, sondern auch dann Moderator. Musst ja umswitchen irgendwie schnell. INT1: 525 - 525

### Zeitdruck der Teilnehmer (2203)

Wenn berichtet wurde, dass Zeitdruck bei den Teilnehmern dazu führte, dass diese sich nicht ausreichend auf die Diskussion einließen oder geplante Methoden nicht durchgeführt werden konnten.

Ankerzitate:

B1: [...] Und das haben wir [...] bei den Ärzten zum Beispiel, da bei der einen Gruppe da, nie erreicht. [...] Die sind nie [...] in dem kompletten Gespräch // wirklich angekommen. //

B3: // Angekommen. Ja, aber sie haben uns ja auch // vorher schon selber die Zeit beschnitten. Die waren so unter Zeitdruck, die waren gar nicht jetzt in dem Sinne so offen INT1: 298 - 299

B3: Die Kartenabfrage konnten wir da auch aus Zeitgründen, weil die haben ja gesagt: "Wir haben nicht so viel Zeit", da konnten wir das zum Beispiel als Methode gar nicht einsetzen, weil das hätten wir nicht geschafft. Also dann wären wir gar nicht, überhaupt nicht auf den Punkt gekommen. Das ist dann halt ungünstig, wenn so etwas passiert. INT1: 365 - 365

### Gruppenzusammensetzung: Statusunterschiede (2204)

Wenn berichtet wurde, dass Statusunterschiede innerhalb einer Fokusgruppe (z. B. zwischen Ärzten und Medizinische Fachangestellte) zu einem Ungleichgewicht der Redebeiträge führten.

Ankerzitat: B1: [...] Generell ist mir eher aufgefallen, jetzt bei sehr jungen MFAs, die dabei waren, dass die sich ein bisschen weniger zu Wort gemeldet haben. Das kann aber auch sein, weil sie einfach weniger Erfahrung haben und sich dann nicht so trauen und vielleicht auch gerade nicht trauen wenn fremde Ärzte da noch sind. INT2: 171 - 171

### Gruppenzusammensetzung: Sonstiges (2205)

Wenn von sonstigen Charakteristika der Gruppenzusammensetzung (z. B. Geschlechterungleichgewicht) berichtet wurde, die zu einem Ungleichgewicht der Redebeiträge führten.

Ankerzitat: B1: *Anders herum gab es schweigsame Personen, die dann aber auch auf den Versuch, dann noch etwas rauszuholen, nicht wirklich sich beteiligt haben. Das war zum einen eine weibliche Kollegin. Die einzige. Das war vielleicht von uns wenig berücksichtigt worden. Quasi die Geschlechterverteilung innerhalb der Fokusgruppen. Das heißt, letztendlich war es so, dass wir in der ersten Fokusgruppe nur Männer hatten, in der zweiten dann eben eine einzige weibliche Kollegin dasaß. Und [...] also ich weiß es nicht, ob es daran liegt, aber es fehlte zum Beispiel auch ein Soziodemografie-Bogen, also das ist eben ihrer, was dann natürlich klar ist, weil es dann natürlich eins zu eins ihrer Person zugeordnet werden kann. Ich weiß jetzt nicht, ob das auch sie beeinflusst hat, dabei, ob sie denn was sagt, oder nicht, also ihre Meinung kundtut, aber vielleicht hat das einen Einfluss gehabt.* INT4: 100 – 100

### **(Zu) ausführliche Vorstellungsrunde (2206)**

Wenn berichtet wurde, dass eine ausführliche Vorstellungsrunde als negativ für den Verlauf der weiteren Diskussion erlebt wurde (z. B. weil sie der Selbstdarstellung diene, keine weiteren relevanten Themen angesprochen wurden, dadurch aber anschließend Zeit für die Diskussion dieser Themen fehlte).

Ankerzitat: B3: *Hingegen bei Professionellen, also egal jetzt Apotheker oder Ärzte, ist das ja eine Form dann der Selbstdarstellung, die jeder Einzelne dann da macht. Und ich habe das auch gedacht, das ist in der ersten Runde gar nicht so das, was man will, und deshalb haben wir es dann auch weggelassen. Ich glaube da braucht es das nicht.* INT2: 231 – 231

### **Statusunterschiede zwischen Moderator und Teilnehmern (2207)**

Wenn berichtet wurde, dass die Position des Moderators als Arzt, Naturwissenschaftler oder Forscher dazu führte, dass ein Teil der Kommunikation in der Fokusgruppe von Fragen der Teilnehmer an den Moderator zum Thema oder zur eigenen Erkrankung geprägt war.

Ankerzitate:

B2: *[...] Und da kam viel, was für Erfahrungen haben sie hier an der Klinik gemacht. Und wenn die Patienten natürlich hier schon seit vielen Jahren behandelt werden oder auch nicht so vielen, aber viele Erfahrungen gemacht haben, da haben sie zum Teil auch lange berichtet. Und ich hatte das Gefühl, das hatte auch so ein bisschen eine Feedbackfunktion ganz allgemein für die Klinik. Also auch alles, was sie irgendwie an frustranen Erfahrungen gemacht hatten oder vieles, was gesprächsmäßig nicht ideal gelaufen ist, das haben sie, weil ich natürlich als Oberarzt dabei war und dann irgendwie [...] also jetzt nicht ein externer Forscher bin, sondern vielleicht jemand der dann auch gesehen wird als Mitverantwortlicher oder zumindest jemand, der Kritik weiter kanalisieren kann, kam da relativ viel Feedback, das jetzt [...] mit dem Thema gar nicht so viel zu tun hatte.* INT3: 116 – 116

B1: *[...] Was so ein bisschen ein Problem war, er war natürlich schon Arzt und, [...] dass da immer mal wieder Fragen kamen: "Ja, mein Wert ist so und so. Ist das denn gut? Kann ich da was machen?"* INT2: 132 – 132

### **Dominante Teilnehmer (2208)**

Wenn berichtet wurde, dass einzelne Teilnehmer dominanter waren als andere und dadurch ein Eingreifen des Moderators in die Diskussion nötig war, um alle Teilnehmer gleichmäßig zu Wort kommen zu lassen.

Ankerzitat: B2: *Also ich finde, man hat schon deutlich gemerkt bei der einen Fokusgruppe wo auch recht viele Leute da waren, [...] also da war einer, der war mal Manager gewesen, bei dem hat man ganz deutlich gemerkt, der hatte Gruppenführungserfahrung. Und der hat dann die*

anderen teilweise auch echt plattgeschwätzt. Also den musste man dann [...] teilweise wirklich so ein bisschen, ja, führen. INT1: 374 - 376

### Zu langer Leitfaden (2209)

Wenn berichtet wurde, dass der Leitfaden für die geplante Zeit zu lang war und dadurch nicht alle vorgesehenen Themen angesprochen werden konnten.

Ankerzitat: B3: [...] Aber letztendlich war der Leitfaden, den wir initial hatten, aus meiner Sicht, einfach zu groß für das was man in zwei Stunden kann. INT2: 361 - 361

### Einführung durch Nicht-Forscher (2210)

Wenn berichtet wurde, dass sich eine Einführung in das Thema durch einen Nicht-Forscher (z. B. den Gate-Keeper) negativ (bzw. zu stark) auf den Verlauf der Diskussion in der Fokusgruppe auswirkte.

Ankerzitat: B1: [...] Also die Teilnehmer wurden eigentlich begrüßt durch den Gatekeeper und auch [...] das erste Wort hatte sozusagen dieser Gatekeeper und letztendlich wurde auch das Projekt oder das Ziel dieser Zusammenkunft auch schon erstmalig von der Person dann eben thematisiert. Das war aus meiner Sicht problematisch, insofern, als dass wir tatsächlich darum gebeten hatten, dass eine neutrale Vorstellung stattfindet, dass wir dann eben den Rest übernehmen, also das Ziel dieser Zusammenkunft, also die Ziele der Studie vorstellen, et cetera. Und, das hat nicht so ganz funktioniert. Da wurde aus einer kurzen Begrüßung [...] dann doch ein Beitrag zum Thema und das war jetzt in der ersten Session nicht so gravierend, aber in der zweiten war das sehr umfangreich und das hat meiner Meinung auch durchaus die kompletten nächsten zwei Stunden dominiert. [...] dass eben in der zweiten Fokusgruppe, die eigene Meinung der begrüßenden Person schon irgendwie in den Raum geworfen wurde, was denn jetzt in dieser Fragestellung besonders wichtig sei und das konnte man nicht mehr rückgängig machen. [...] Das war schon so etwas Spezielles, dass das einfach die Diskussion schon mit sehr kleinteiligen Angelegenheiten begonnen hat. Und [...] ich hab dann während den Moderationen noch versucht fünf Schritte zurückzugehen und nochmal viel breiter anzufangen und das war alles zwecklos. INT4: 78 - 84

### Sonstige negative Einflussfaktoren auf die Diskussion (2299)

Weitere Aussagen zu Faktoren, denen ein negativer Einfluss auf die Diskussion in den Gruppen zugeschrieben wurde, die nicht in die vorhergehenden Kategorien eingeordnet werden können.

## II.3 Unproblematische Aspekte

Diese Kategorien beziehen sich auf Aussagen, dass Faktoren, die häufig in Fokusgruppen als problematisch angesehen werden oder in anderen Fokusgruppen problematisch waren, nicht als problematisch erlebt wurden.

### Fremder Raum (2301)

Wenn berichtet wurde, dass die Teilnehmer daran gewöhnt waren, in fremden Räumen mit einander zu sprechen.

Ankerzitat: B3: [...] Man muss glaube ich sehen, die Gruppen die wir hatten mit Ärzten, Apothekern, für die alle, die zwanzig Leute, die ich da erlebt habe, die sind glaube ich gewöhnt in einen fremden Raum zu gehen und auch was zu sagen. Also das ist ja die Hälfte ihres Berufs.

[...] Nein. Also ich hatte überhaupt nicht den Eindruck, dass die da scheu sind oder so etwas. Was die Räumlichkeiten jetzt angeht. INT2: 134 - 134

### Statusunterschiede innerhalb der Gruppe (2302)

Wenn berichtet wurde, dass Statusunterschiede innerhalb der Gruppen (z. B. Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Teilnehmer verschiedener Bildungsstände) als unproblematisch erlebt wurden.

Ankerzitat:

I: *Gab es denn auch so Hierarchieunterschiede zwischen den Ärzten, also es gibt das ja auch manchmal zwischen verschiedenen Fachrichtungen, oder ob das ein Allgemeinarzt oder ein Facharzt ist. Hatten Sie da das Gefühl, das hat Einfluss gehabt eventuell?*

B1: [...] *Würde ich jetzt ad hoc sagen nein. Ich meine, wenn man dann die Interviewtranskripte nochmal durchgeht, dann kann das auch nochmal anders aussehen, aber so wäre mir das jetzt nicht aufgefallen. Dass ich das Gefühl hätte, die Allgemeinärzte sind jetzt dominiert von den anderen Fachdisziplinen. [...] Da war jetzt wenig Dominanz von einer Seite.* INT4: 103 - 106

### Leitfadenslänge (2303)

Wenn berichtet wurde, dass die Leitfadenslänge als angemessen für die vorgesehene Dauer der Fokusgruppe erlebt wurde.

Ankerzitat: I: *Wie war das so von den Leitfaden-Themen und von der Zeit her, war das angemessen, sagen Sie?*

B1: *Ja, das war durchaus angemessen.* INT4: 111 - 112

### Umsetzung in patientengerechte Sprache (2304)

Wenn berichtet wurde, dass die Umsetzung des Themas in patientengerechte Sprache nicht als schwer erlebt wurde.

Ankerzitat:

I: *Und aus Ihrer Sicht, Sie stecken ja sehr in der Materie eben auch drin und Sie kennen die Fachtermini, wie leicht oder wie schwer ist es Ihnen gefallen diese Gruppe zu moderieren und dann auch die entsprechenden ja eben NICHT-Fachtermini zu verwenden?*

B2: [...] *Also ich bin ja nicht an der Forschungsbench sozusagen. Und bin deshalb sowieso schon nachgeordneter Informationsverarbeiter. Ich muss mir das auch schon übersetzen von der Molekularbiologie, in einer gewissen Weise. Also das ist mir jetzt nicht so schwer gefallen.* INT3: 178 - 179

### Statusunterschiede zwischen Moderator und Teilnehmern (2305)

Wenn berichtet wurde, dass Statusunterschiede zwischen Moderator und Teilnehmern als unproblematisch erlebt wurden.

Ankerzitat: B1: [...] *Also er hat jetzt nicht den Status, dass man sagt die haben sich nicht getraut irgendwie oder [...] waren da blockiert aufgrund dessen. Gar nicht. Also zumindest hatte ich nicht den Eindruck. Er ging da eher auf einer freundschaftlichen Ebene mit denen um. Und das sind auch Leute aus seinem, naja, Bekanntenkreis, mehr oder weniger.* INT2: 132 - 132

### Dominante Personen (2306)

Wenn berichtet wurde, dass dominante Personen zwar vorhanden waren, aber als nicht-problematisch für die Diskussion erlebt wurden.

Ankerzitat: B1: *Es gab durchaus dominante Personen, aber nicht so sehr, als das es jetzt störend gewesen wäre.* INT4: 100 – 100

### Unterschiedliche Anrede (Du/Sie) (2307)

Wenn berichtet wurde, dass die unterschiedliche Anrede von Gruppenteilnehmern durch den Moderator (Du/Sie) nicht als problematisch für die Diskussion erlebt wurde.

Ankerzitat:

I: *Und gab es da also Unterschiede, dass dann manche sich geduzt haben, manche gesiezt oder haben Sie das irgendwie als Problem erlebt oder war das in Ordnung?*

B1: *Also das kam vor. Klar. Also das muss man jetzt ja nicht irgendwie künstlich. Aber, nicht dass das jetzt störend gewesen wäre oder es dann irgendwie Klügelwirtschaft und Teambildung gab. Hat trotzdem noch jeder mit jedem gesprochen.* INT2: 168 – 169

### Sonstige für die Diskussion unproblematische Faktoren (2399)

Weitere Aussagen zu Faktoren, die als unproblematisch für den Verlauf der Diskussion angesehen wurden und die nicht in die vorhergehenden Kategorien eingeordnet werden können.

## ***II.4 Spezifika der Diskussion***

Diese Kategorien beziehen sich auf Aussagen dazu, wie die Diskussion in den Gruppen ablief, ohne dass dies bewertet wurde oder Gründe dafür angegeben wurden. Bezieht die Aussage sich auf eine bestimmte Zielgruppe, so gilt dies nicht als Grund, sondern es wird nur zusätzlich der entsprechende Personencode vergeben.

### Ausgeglichene Redeanteile (2401)

Wenn berichtet wurde, dass die Redeanteile zwischen den Teilnehmern in den Gruppen ausgeglichen waren.

Ankerzitat: B1: *Also ich würde sagen, [...] es war jetzt nicht so, dass die Männer dominiert haben. [...] Auch die Gesprächszeit war angemessen für jeden. Und da hat auch jeder sich zu Wort gemeldet.* INT2: 130 – 130

### Wenig Einflussnahme notwendig (2402)

Wenn berichtet wurde, dass bei der Diskussion wenig Einflussnahme des Moderators nötig war

Ankerzitat: B1: *Auch zwischen den Teilnehmern, dass da einfach wirklich eine Diskussion einfach entstand. Wie es eben sein sollte, ohne dass man eben sagt, ja und Sie und hier.* INT4: 108 – 108

### Vergleich der Kommunikation in Patienten- und Professionellen-Fokusgruppen (2403)

Wenn Aussagen zum Vergleich der Kommunikation zwischen den Patienten- und den Professionellen-Fokusgruppen gemacht wurden.

Ankerzitat: B1: [...] *Die Dynamik bei den Patienten-Fokusgruppen fand ich immer ähnlich. Aber verglichen zu den Ärzten ist es eine ganz andere Dynamik und verglichen zu den Gesundheitsberufen auch eine andere Dynamik.* INT1: 355 – 355

### Starkes Mitteilungs- und Informationsbedürfnis (2404)

Wenn berichtet wurde, dass die Teilnehmer ein hohes Bedürfnis hatten, von sich zu erzählen und/oder dem Moderator Fragen zu ihren eigenen Erfahrungen stellten.

Ankerzitate:

B2: [...] *Aber die Patienten wollen ja wirklich dann meistens ihre ganze Krankheitsgeschichte erzählen.* INT1: 284 - 284

B3: *Die antworten dann nicht so ganz präzise auf das, was wir im Kopf haben. Das ist ja klar. Die erzählen halt von dem, was ihnen am Wichtigsten gerade in den Kopf kommt und das kommt dann halt vorne raus.*

B1: *"Da war ich erst in M. im Krankenhaus und dann war der Herr Doktor sowieso. Und ja, der hat damals gesagt. Ja und dann war ich in W. Und."*

B3: *Also die holen schon stark aus.* INT1: 289 - 291

### Unterschiedlicher Diskussionsverlauf in verschiedenen Gruppen einer Zielgruppe (2405)

Wenn berichtet wurde, dass sich die verschiedenen Fokusgruppen einer Zielgruppe stark in ihrem Diskussionsverlauf (in den diskutierten Themen) unterschieden.

Abgrenzung: Bei Aussagen zu unterschiedlichen Diskussionsverläufen in verschiedenen Zielgruppen wird Code 2403 vergeben

Ankerzitat:

I: *Also alles in allem vielleicht, wenn man die Themenanzahl neutral betrachtet, waren beide Gruppen vielfältig.*

B1: *Ja.*

I: *Nur wenn man jetzt vielleicht Oberthemen betrachten würde? [...]*

B1: *Das wäre vielleicht eher so etwas wie Breite und Tiefe. Also [...] die erste Fokusgruppe war eben breiter und die andere war eben weniger breit, dafür eben zu einigen Teilaspekten sehr tief gehend.* INT4: 123 - 126

### Geringe Diskussionsfreude (2406)

Wenn berichtet wurde, dass die Teilnehmer (z. B. in Erwartung einer Frage-Antwort-Situation) nur wenig Diskussionsfreude zeigten.

Ankerzitat:

B1: [...] *Bei den Klinikärzten das war eher so zäh. Das war so Frage-Antwort.*

B3: *Eine Diskussion in dem Sinne unter den Teilnehmern hat //nicht wirklich stattgefunden.//*

B1: *// Stattgefunden. //* INT1: 357 - 359

### Meinungsvielfalt (2407)

Wenn berichtet wurde, dass von den Teilnehmern einer Zielgruppe verschiedene Meinungen geäußert wurden.

Ankerzitat: B2: *Also bei uns wurde auch durchaus diskutiert und das ist dann halt am Ende so stehengeblieben. Und das muss noch nicht mal nur zwischen den Fachgruppen gewesen sein, sondern das waren dann vielleicht auch mal zwei Apotheker, die eine unterschiedliche Meinung hatten oder zwei Ärzte.* INT2: 271 - 271

### Sonstige Besonderheiten der Diskussion (2499)

Weitere Aussagen zu Besonderheiten der Diskussion in den Fokusgruppen, die nicht in die vorhergehenden Kategorien eingeordnet werden können.

## III. BEWERTUNG DER METHODE IM EIGENEN FORSCHUNGSKONTEXT

### III.1 Vorteile

Diese Kategorien beziehen sich auf positive Aspekte von Fokusgruppen, die generell oder im Hinblick auf die Beantwortung der eigenen Forschungsfrage genannt wurden.

#### Austausch zwischen Angehörigen verschiedener Fachrichtungen (3101)

Wenn die Möglichkeit des Austauschs zwischen den Angehörigen verschiedener Fachgruppen im Rahmen der Fokusgruppen als positiv bewertet wurde.

Ankerzitat: B1: [...] *Und alle Teilnehmer haben diese Zusammenkunft total begrüßt, also, dass sie überhaupt mal die Möglichkeit haben, mit den anderen Fachkollegen über diese Probleme zu reden. Ich würde jetzt nicht sagen, dass es was Therapeutisches hatte, aber [...] man hat sich gewundert, warum es eigentlich sonst nie so eine Plattform gibt, wo Ärzte verschiedener Fachdisziplinen aus dem ambulanten Bereich mal zusammenkommen und sagen: „Sagt mal, warum macht ihr das eigentlich so und wir so?“ [...] Das war für alle total gut. Also das tat allen sehr gut.* INT4: 150 – 152

#### Herstellen von Alltagsbezug (3102)

Wenn ein Vorteil der Fokusgruppen im Herstellen eines Bezugs des Forschungsthemas mit dem Alltag der Zielgruppen gesehen wurde.

Ankerzitat: B1: [...] *Also was schön war, [...] dass auch dieser Alltagsbezug sehr hergestellt worden ist. Dass die Leute dann gesagt haben: "Das Thema ist jetzt für mich wichtig."* INT2: 314 – 314

#### Identifikation wichtiger Themen (3103)

Wenn die Forscher es als gelungen ansahen, durch die Fokusgruppen wichtige oder zentrale Themen zu identifizieren.

Ankerzitate: B3: [...] *Man kann dann aber schon das Gefühl kriegen aus mehreren Fokusgruppen, das ist ein wichtiger Punkt, den haben viele genannt und das ist wichtig. Das funktioniert.* INT2: 307 – 307

#### Themen- und Perspektivenvielfalt (3104)

Wenn ausgesagt wurde, dass in den Fokusgruppen eine große Vielfalt an (auch neuen) Themen und Aspekten angesprochen wurden.

Ankerzitate: B2: [...] *Und das war aber jetzt in diesem Fall, fand ich, wirklich so, dass man da gelernt hat daraus. Oder auch ganz neue Aspekte. Also irgendetwas Neues ist immer dabei, aber dass der Anteil der neuen Aspekte wirklich ein großer war.* INT3: 199 – 199

B3: *Also ich kann mir überhaupt gar nicht vorstellen, dass ein Einzelinterview uns da weiterbringen würde, weil das wäre ja dann auch wieder eine Einzelmeinung. Und ich glaube, [...] also so wäre jetzt mein Gefühl, dass wir in den Gruppen das weite Spektrum abgebildet bekommen haben. [...] Also es kamen viele Ideen. INT2: 336 – 336*

### Strukturierungsmöglichkeit (z. B. durch Kartenarbeit) für die Beantwortung konkreter Fragestellungen (3105)

Wenn berichtet wurde, dass die Möglichkeit einer stärkeren Strukturierung der Diskussion (z. B. durch Kartenarbeit) hilfreich war für die Beantwortung konkreter Fragestellungen (z. B. Lastenheft).

Ankerzitat: B1: *Aber klar hatten wir im Hinterkopf, es muss ein Anforderungsprofil dabei rauskommen und das war dann im zweiten Teil. Der war ein bisschen konkreter und auch konkret auf diese elektronische Medikationsplattform. Und da war die Kartenabfrage hilfreich, dass man sagte: "So jetzt sammelt man erstmal Ideen, was soll da an Informationen konkret rein und was für Funktionen kann das Ganze haben." Und ich glaube so, das war dann die Mischung. INT2: 304 – 304*

### Möglichkeit des Visualisieren wichtiger Themen durch Kartenabfragen (3106)

Wenn berichtet wurde, dass eine Kartenabfrage im Rahmen der Fokusgruppe die Möglichkeit bot, wichtige Themen zu visualisieren.

Abgrenzung: Wenn berichtet wurde, dass die Visualisierung als Ausgangspunkt bzw. als Unterstützung für eine Diskussion oder eine Priorisierung verwendet wurde, dann wird Code 2132 (Karten) vergeben.

Ankerzitat: B3: *Und ich glaube, durch diese Kartenabfrage wurde da ja auch nochmal vieles wiederholt was vorher schon mal gekommen ist. Und dadurch haben sie [...] nochmal bestimmte Kernthemen genannt. Da haben die dann auch gesagt: "Wie ich schon mal am Anfang gesagt habe." Und dann kommt schon für alle so ein Bild dabei raus. INT1: 419 – 419*

### Möglichkeit der Priorisierung von Themen (3107)

Wenn berichtet wurde, dass im Rahmen der Fokusgruppe eine Priorisierung von (genannten oder vorbereiteten) Themen möglich war.

Ankerzitat: B3: *Und was dann nochmal so eine Prioritätengeschichte war, das haben wir dann eingebaut mit dieser Kartenabfrage. [...] Da hat man halt gesagt: "Passen Sie auf. Wenn man jetzt das Konzept entwickeln könnte, diese Akte entwickeln könnte, was wären die wichtigsten drei Dinge, die aus Ihrer Sicht unbedingt berücksichtigt werden müssen, egal auf was bezogen." Und dann konnten die das auf die Karten schreiben. Und da haben sie halt nochmal ihre eigene, was ihnen am wichtigsten PERSÖNLICH auch ist, so eine Priorisierung machen können. Der eine hat halt zuerst geschrieben "Datenschutz" und der andere hat halt eher "Teilen mit meiner Frau" oder irgend so etwas. Wo sie ihre eigenen Prioritäten nochmal reinbringen konnten.*

B1: *Ach, stimmt. Das war gut. [...] Jaja, das hat viel gebracht, weil einfach dann nochmal klar war, was sind jetzt eigentlich die Dinge, die ihnen wichtig sind. INT1: 344 – 345*

### Generelle positive Bewertung (3108)

Wenn die Methode generell als positiv bewertet wurde bzw. als hilfreich für die Beantwortung der Forschungsfrage, ohne dass spezifische Gründe genannt wurden (d. h. es kann keiner der vorherigen Codes 3101 bis 3107 vergeben werden).

Abgrenzung: Wenn die positive Bewertung im Kontext der Beschreibung einer bestimmten Fragestellung abgegeben wird, wird Code 3302 vergeben.

Ankerzitat: B1: *Also ich fand die Methode an sich gut.* INT3: 218 – 218

### Sonstige Aussagen zur positiven Bewertung der Methode (3199)

Weitere Aussagen zu einer positiven Bewertung der Methode im eigenen Forschungskontext, die nicht in die vorhergehenden Kategorien eingeordnet werden können.

### III.2 Nachteile

Diese Kategorien beziehen sich auf negative Aspekte von Fokusgruppen, die generell oder im Hinblick auf die Beantwortung der eigenen Forschungsfrage genannt wurden.

#### Unerwarteter Verlauf (3201)

Wenn als ein Nachteil der Fokusgruppen (auch im Hinblick auf die Beantwortung der eigenen Forschungsfrage) ein unerwarteter Verlauf der Diskussion angegeben wurde, z. B. in der Art, dass Leitfadenthemen nicht angenommen wurden und die Diskussion – trotz versuchter Einflussnahme – sich in eine andere Richtung entwickelte.

Ankerzitat: B1: *Wie gesagt, bei der zweiten Fokusgruppe war es dann einfach schwierig, die Gruppe auf den Leitfaden zurückzubringen und das ist ja auch nicht zielführend, das machen zu wollen. [...] Ich habe es zwar anfänglich doch versucht noch irgendwie zurück zu schwenken, aber da die Diskussion einfach in eine Richtung ging, [...] hat das Ganze auch so einen Lauf genommen und ging natürlich auch ein Stück weit dann weg vom Leitfaden, aber so war das dann eben.* INT4: 112 – 112

#### Eher ungeeignet für die Beantwortung konkreter Fragen und für das Treffen von Entscheidungen (3202)

Wenn die Fokusgruppen als eher ungeeignet für die Beantwortung konkreter Fragen und das Treffen von Entscheidungen (z. B. wie soll eine Akte konkret aussehen?) beurteilt wurden.

Ankerzitat: B3: [...] *Das ist das Beispiel Sichten<sup>3</sup>, wie viele Sichten? Wer soll das verwalten? Wer soll da die Verantwortung haben? Solche, das sind Prozessentscheidungen, denke ich. Aus meiner persönlichen Wahrnehmung, auch in der Fokusgruppe, ist das mit einer Fokusgruppe eigentlich nicht zu machen.* INT2: 307 – 307

#### Hoher Aufwand (Zeit, Organisation) (3203)

Wenn von einem hohen zeitlichen oder organisatorischen Aufwand berichtet wurde.

Abgrenzung: Sind die Aussagen mit der Vermutung verbunden, dass ein ähnliches Ergebnis mit einem geringeren Aufwand zu erreichen wäre, wird Code 3204 („Benefit fraglich“) vergeben.

Ankerzitate:

B2: [...] *Und ich meine, gut, man braucht wirklich viel Zeit [...] oder viele Ansprachen bis man die Patienten zusammen hat.* INT3: 227 – 227

<sup>3</sup> Gemeint im Sinne von Ansichten (z. B. adressatenspezifischen Darstellungsarten) einer Web-Seite.

B3: Ja. Die Technik auch, also dieses Vor- und Nachbereiten, das muss man sagen, das ist aufwendig.

B2: Oh ja, eine Stunde Vorbereitungszeit. Eine Stunde Vorbereitungszeit einplanen.

B1: Aber das muss funktionieren. Und es müssen die entsprechenden Formulare da liegen, weil sonst hat man am Anfang und am Ende Unruhe. Das ist oft blöd.

B3: Also das ist nicht zu unterschätzen, diese Vor- und Nachbereitungszeit, die ist lang. INT1: 509 – 512

### Benefit fraglich (3204)

Wenn vermutet wurde, dass man mit einer weniger zeitintensiven Methode zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen könnte.

Ankerzitate:

B1: Weil [...] vielleicht hätte man [...] auch gar keine Fokusgruppen durchführen müssen, um das zu wissen. INT4: 136 – 136

B2: [...] Also man könnte es ja gleich umsetzen und gucken ob es besser ist. [...] Vielleicht kann man auch dann falsch liegen und denkt nur, es ist besser, aber auf jeden Fall nicht schlechter als vorher. Und jetzt verliert man im Grunde mal ein Jahr für so eine Fokusgruppen-Geschichte. INT3: 219 – 219

### Sonstige Aussagen zur negativen Bewertung der Methode (3299)

Weitere Aussagen zu einer negativen Bewertung der Methode im eigenen Forschungskontext, die nicht in die vorhergehenden Kategorien eingeordnet werden können.

### III.3 Hinweise

Diese Kategorien beziehen sich auf weitere Aussagen zum Vorgehen oder der Bewertung von Fokusgruppen, die in keine der anderen Kategorien einzuordnen sind.

### Vor- und Nachteile von Gatekeepern (3301)

Wenn berichtet wurde, dass die Rekrutierung von Teilnehmern über einen Gate-Keeper sowohl Vor- als auch Nachteile hatte.

Ankerzitat: B1: [...] Also ich glaube, ich bin bezüglich der Gatekeeper-Geschichte so ein bisschen unentschlossen. Einerseits hat es die Arbeit erleichtert, andererseits hatte man auch wenig Einfluss auf verschiedene Dinge. Und das muss man dann, glaube ich, sich einfach so klarmachen, dass das dann vielleicht mit Vorteilen verbunden sein kann, weil einem eine entsprechende Rekrutierungsarbeit abgenommen wird, andererseits dass das dann entsprechend auch Nachteile mit sich bringen kann. INT4: 178 – 178

### Vergleich einfache vs. komplexe Fragestellung (3302)

Wenn diskutiert wurde, dass Fokusgruppen unterschiedlich brauchbar sind, je nachdem, wie komplex die Fragestellung ist. Dieser Code wird auch vergeben, wenn eine positive oder negative Bewertung der Methode im Kontext der Beschreibung bzw. mit Bezug auf eine bestimmte Fragestellung abgegeben wird.

Ankerzitat: B3: Also es ist auch [...] immer so ein bisschen eine Frage, von wessen Perspektive man es sieht. Also von unserer sozialwissenschaftlichen Perspektive waren die Fokusgruppen SEHR aufschlussreich. Also das muss man schon sagen. Also es ist auch wirklich interessant.

[...] In ihrer Lebenswelt, wie die Menschen gewisse Dinge wahrnehmen und was für sie wichtig ist oder wo sie Ängste haben, wo sie Befürchtungen haben, wo sie, ja, Benefits für sich sehen oder eben auch Probleme sehen. Das ist schon sehr interessant. Natürlich haben wir auch als Gegenpart unsere Techniker, denen ist das nun relativ, nein, nicht relativ egal, aber das ist nicht das, was sie in irgendeine Programmiersprache umsetzen können, sondern die brauchen irgendwann in einem gewissen Schritt ganz konkrete Anforderungen. Das ist dann halt die Frage. So eine Fokusgruppe kann das eben in diesem ersten Schritt so auch nicht detailliert beantworten. [...] Das ist einfach nicht umsetzbar. INT1: 431 - 431

### Leitfaden: Schwerpunktsetzung (3303)

Wenn als Lösung für den Umgang mit einem zu langen Leitfaden, eine Schwerpunktsetzung pro Fokusgruppe genannt wurde.

Ankerzitat: B1: *Wir haben dann schon geguckt in der Zeit zu bleiben, weil man hat schon gemerkt, das ist schon anstrengend. [...] Wir haben es dann so gemacht, dass wir meistens dann geguckt haben, was wurde in der davor gehenden Fokusgruppe vielleicht nicht so thematisiert. [...] Dem wurde dann in der nächsten Fokusgruppe mehr Raum gegeben, weil der Leitfaden, das war schon relativ viel, dass man locker noch ein, zwei Stunden mehr diskutieren hätte können.* INT2: 224 - 224

### Dauer (3304)

Wenn Hinweise zur maximal empfehlenswerten Dauer der Fokusgruppen im eigenen Kontext gegeben wurden.

Ankerzitate:

B3: *Aber ich fand jetzt bei unserer Uhrzeit, am Abend, war dann nach zwei Stunden auch rum.* INT2: 365 - 365

I: *Und für die Patienten, ging das auch mit den zwei Stunden? Also war das auch machbar?*  
B1: *Ja. Also klar. Ja. Doch. Also fand ich schon. Es waren manche, die sind dann gleich gegangen. Andere wollten noch ein bisschen weiter diskutieren. Also es war auch unterschiedlich.* INT2: 388 - 388

### Machbarkeit (3305)

Aussagen dazu, dass manche Dinge, die man gerne umgesetzt hätte, an der Realität scheiterten.

Abgrenzung: Geht es in der Aussage darum, dass der Stichprobenplan nicht umgesetzt werden konnte, dann wird Code 1302 vergeben

Ankerzitate:

B2: *Es wäre schöner gewesen, wenn wir den Patienten für ihren Extraaufwand auch hätten etwas zahlen können. [...] Also nicht im Sinne eines Anreizsystems, sondern aus Fairnessgründen, weil Zeit kostbar ist und gerade für die Patienten. Und zumindest die Anreise und so, das zu erstatten oder da eine Pauschale zu zahlen, das hätte ich gerne gemacht.*

I: // *Das konnten Sie nicht machen. //*

B2: // *Aber von // den Drittmitteln gab es keine Möglichkeit für Patientenrekrutierung etwas auszuweisen* INT3: 225 - 227

I: *Und da gab es auch Räumlichkeiten, die dafür ganz gut geeignet waren [...].?*

B3: *Nein, das kann man so direkt nicht sagen. Also man muss schon // den eigenen Anspruch //*

B2: // *Kompromissbereit. //*

B3: *Und das, was man vorfindet in der Realität, das muss man dann (schmunzelnd) anpassen.*  
INT1: 166 – 169

### Sonstige Hinweise (3399)

Weitere Hinweise zur Durchführung oder Bewertung von Fokusgruppen im eigenen Forschungskontext, die nicht in die vorhergehenden Kategorien eingeordnet werden können.

### III.4 Umgang mit den Ergebnissen, Ausblick

Diese Kategorien beziehen sich auf Aussagen dazu, ob die Anzahl der Gruppen ausreichend war, wie mit den Ergebnissen umgegangen wird und wie die weiteren Schritte sein werden.

#### Fokusgruppe als Interventionsidee (3401)

Wenn vorgeschlagen wurde, dass Diskussionsgruppen zwischen verschiedenen Professionellen häufiger stattfinden sollten.

Ankerzitat: B1: [...] *Und alle Teilnehmer haben diese Zusammenkunft total begrüßt, also, dass sie überhaupt mal die Möglichkeit haben, mit den anderen Fachkollegen über diese Probleme zu reden. Ich würde jetzt nicht sagen, dass es was Therapeutisches hatte, aber [...] man hat sich gewundert, warum es eigentlich sonst nie so eine Plattform gibt, wo Ärzte verschiedener Fachdisziplinen aus dem ambulanten Bereich mal zusammenkommen und sagen: „Sagt mal, warum macht ihr das eigentlich so und wir so?“ [...] Das wäre natürlich auch eine einfach umzusetzende Intervention. In dem Sinne eine Art soziale Intervention, die dann auch gar nicht jetzt technikgetriggert ist, sondern wo man sagt, man macht einfach so eine Art Qualitätszirkel, wie es ja im allgemeinärztlichen Setting gibt, vielleicht für Ärzte verschiedener Fachrichtungen, indikationsbezogen.* INT4: 150 – 154

#### Ausreichend Gruppen (3402)

Wenn die Anzahl der Fokusgruppen als ausreichend für die Beantwortung der Forschungsfrage beurteilt wurde.

Ankerzitat: B1: *Oder gerade so Aspekte der Versorgung von bestimmten Patientengruppen. Ich glaube, da hätte man jetzt noch mehr Fokusgruppen durchführen können und alle hätten wahrscheinlich dasselbe gesagt.* INT4: 136 – 136

#### Weitere Befragungen nach Prototyperstellung (3403)

Wenn berichtet wurde, dass zunächst ein Prototyp erstellt werden soll und anschließend weitere Befragungen (Fokusgruppen, Einzelinterviews) stattfinden.

Ankerzitate:

B1: [...] *Oder wenn dann mal ein Prototyp steht, dass man da noch einmal eine Runde macht. Das ist, glaube ich, auf jeden Fall vorgesehen.* INT2: 343 – 343

B1: *Wir haben immer am Ende gefragt, ob wir sie wieder rekontaktieren dürfen. Das haben uns auch alle bestätigt. Und es ist wirklich so, [...], ich habe es dann irgendwann verglichen mit dem Bau einer Raumstation. Wir bauen hier eine Raumstation, zumindest so von der Vorstellung her. Also wenn Sie jemand fragt: "Ja, wie müsste denn so eine Raumstation gebaut sein?" Oder wenn mich jemand fragt, würde ich sagen: "Naja, die sollte nach Möglichkeit nicht runterfallen. Es muss ein Klo da sein. Es muss was zu essen da sein. Ich muss Luft kriegen." So und so ähnlich waren auch die Antworten teilweise in Bezug auf die Akte, weil es einfach zu weit*

weg aus der Lebensrealität ist. Und wir haben relativ bald gemerkt, wir müssen ohnehin, wenn wir dann jetzt diese erste Phase hinter uns haben, nochmal mit den Patienten reden und ihnen das Ding konkret zeigen und dann nochmal mit denen diskutieren INT1: 412 – 412

### Konkrete Fragestellungen: Expertenentscheidungen unter Berücksichtigung der Fokusgruppenergebnisse (3404)

Wenn berichtet wurde, dass für die konkreten Fragestellungen im Anschluss Expertenentscheidungen eingeholt werden auf der Grundlage der Gewichtungen und des Konsens und Dissens in den Fokusgruppen.

#### Ankerzitat:

I: *Und im Hinblick auf das Lastenheft, was Sie jetzt erstellen sollen, [...] wie gehen Sie jetzt damit weiter vor?*

B2: *Also wir verwenden die Dinge, die konkret genannt wurden, also gerade über diese Kartenabfrage [...]. Also ich sage mal, da werden die Details gesammelt. Dann haben wir sicherlich eine Gewichtung mit dabei, eben was wird häufig genannt, was [...] kam immer wieder zur Sprache?*

B3: *Wo gab es Konsens?*

B2: *Ja, genau. Das gibt dem so ein bisschen ein qualitatives Gewicht. Und klar wird es einige Seiten geben, da sagen wir: "Mit unseren vierzig Leuten, die wir jetzt befragt haben, da ist alles möglich." Und dann spielen wir jetzt den Ball vielleicht auch so ein bisschen an die Technik zurück und sagen, gut, wenn wir aus Anwendersicht auf keinen Konsens kommen und da auch ganz unterschiedlich breit diskutiert wurde, dann kann da vielleicht die Technik auch was vorgeben und sagen: „Praktisch ist das jetzt vielleicht so am besten.“ INT2: 319 – 322*

### Ergänzung durch Einzelinterviews (3405)

Wenn berichtet wurde, dass (z. B. für eine spezifische Zielgruppe oder Fragestellung) eine Ergänzung durch Einzelinterviews sinnvoll wäre.

Ankerzitat: B1: *Ich habe jetzt nur gedacht, bei den Patienten mit Migrationshintergrund, klar, [...] das war jetzt EINE Gruppe, das deckt lange nicht die ganze Bandbreite ab. Da könnte man vielleicht ein Einzelinterview machen. INT2: 345 – 345*

### Sonstiger Ausblick (3499)

Weitere Aussagen zum Umgang mit Ergebnissen und Hinweise zur Durchführung oder Bewertung von Fokusgruppen im eigenen Forschungskontext, die nicht in die vorhergehenden Kategorien eingeordnet werden können.

## B. Personenkategorien

Die folgenden Codes können zusätzlich zu den Inhaltskategorien vergeben werden, wenn in einer Aussage explizit auf eine bestimmte Personengruppe Bezug genommen wird oder diese in einem Kontext gemacht wurde, der sich mit einer bestimmten Personengruppe befasste.

Als relevant ergab sich aus den Interviews die Unterscheidung der folgenden Personengruppen:

#### ***Patienten/Patientinnen***

Diese Kategorie wird vergeben, wenn sich die Frage der Interviewerin auf Patienten/Patientinnen bezog oder in der Antwort explizit auf Patienten/Patientinnen Bezug genommen wurde.

**Ärzte/Ärztinnen**

Diese Kategorie wird vergeben, wenn sich die Frage der Interviewerin auf Ärzte/Ärztinnen bezog oder in der Antwort explizit auf Ärzte/Ärztinnen Bezug genommen wurde.

Ist aus der Aussage oder dem Kontext erkennbar, dass eine Aussage nur auf eine bestimmte Kategorie von Ärzten zutrifft, werden stattdessen folgende Kategorien vergeben:

- \* Klinikärzte/-ärztinnen
- \* Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen
- \* Hausärzte/-ärztinnen

**Andere Gesundheitsmitarbeiter/innen**

Diese Kategorie wird vergeben, wenn sich die Frage der Interviewerin auf andere als die in den zuvor genannten Kategorien angesprochenen Personengruppen bezog oder in der Antwort explizit auf andere als die zuvor genannten Personengruppen Bezug genommen wurde. Hierzu zählen z. B. Apotheker/innen, Medizinische Fachangestellte (MFA) oder Pflegepersonal.

**Männer bzw. Frauen**

Zusätzlich wird das Geschlecht codiert, falls sich eine Aussage explizit nur oder vorwiegend auf ein bestimmtes Geschlecht bezieht.