

Offene und verdeckte Beobachtung im Krankenhaus: Bedingungen, Schwierigkeiten, Lösungsmöglichkeiten

Dreißig, Verena

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Dreißig, V. (2003). Offene und verdeckte Beobachtung im Krankenhaus: Bedingungen, Schwierigkeiten, Lösungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 4(2), 301-307. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-279513>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Verena Dreißig

Offene und verdeckte Beobachtung im Krankenhaus: Bedingungen, Schwierigkeiten, Lösungsmöglichkeiten

1. Das Projekt

Im Rahmen meiner Dissertation zum Thema „Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus“ führte ich im Jahr 2002 eine qualitative Erhebung durch. Die Erhebung fand auf jeweils zwei internistischen Stationen in zwei Krankenhäusern einer deutschen Großstadt statt. Ziel des Forschungsprojektes war es, herauszufinden, auf welche Art und Weise Kommunikation zwischen zugewanderten Patienten und medizinischem Personal (Krankenschwestern, Ärzten¹) verläuft, welche Kommunikationsmuster bestehen und aus welchen Wahrnehmungs-, Orientierungs- und Deutungszusammenhängen heraus auf diese Weise gehandelt wird. Vor allem sollte der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren es sind, die die Kommunikation zwischen Menschen verschiedener kultureller Zugehörigkeit im Krankenhaus beeinflussen. Gibt es außer dem Faktor ‚Kultur‘ noch andere Spezifika? Und wenn ja, welche sind dies?

Aufgrund dieser Fragestellung entschied ich mich für die Anwendung dreier Methoden: der teilnehmenden Beobachtung, mittels derer die Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren festgehalten werden sollte, der informellen Befragung, bei der Akteuren Fragen gestellt bzw. diese auf einzelne Situationen hin angesprochen werden konnten, sowie Leitfadeninterviews, um mehr Aufschlüsse über die Handlungsmotive und Hintergründe der Akteure zu erhalten. Für mich als Pädagogin und Ethnologin, d.h. Nicht-Medizinerin, war das Krankenhaus ein neues Feld, so dass ich einen mehrwöchigen Pretest veranschlagte, um meine Methoden auf ihre Anwendbarkeit im Feld hin zu überprüfen. Die Haupterhebung dauerte 8 Monate.

2. Offene oder verdeckte Beobachtung?

Eine methodische Schwierigkeit, die sich in Form immer wiederkehrender Rollenprobleme durch das ganze Forschungsprojekt zog, lag in der Entscheidung für die offene oder verdeckte Beobachtung. Bei der offenen Beobachtung tritt nach einer Definition Lamneks der Beobachter „ausdrücklich als Forscher auf“ (1995/2, S. 251). Die offene Beobachtung wird gemeinhin aus forschungsethischen Gründen² erwogen. Da der Beforschte weiß, was der Forscher bezweckt, kann er sein Verhalten danach ausrichten; er verfügt also über die Möglichkeit zu kooperieren, teilweise zu kooperieren oder sich der Erforschung seiner Person gänzlich zu verweigern. Anders bei der verdeckten Beobachtung, bei der der Forscher „seine Identität als Forscher nicht zu erkennen gibt“ (ebd.). Für die verdeckte Beobachtung spricht die Annahme, dass die Befragten authentischer handeln, wenn sie den Forschungszweck nicht kennen, und so die Forschungsergebnisse ‚verfälscht‘ werden können. Des Weiteren ermöglicht die verdeckte Beobachtung zu einem Personenkreis Zugang, der sonst nicht oder nur mit großen Schwierigkeiten hergestellt werden könnte.

Für das genannte Forschungsprojekt musste die Entscheidung zwischen offener und verdeckter Beobachtung jeweils in zweierlei Hinsicht getroffen werden: Zum einen im Hinblick auf die Patienten, das heißt: Sollte ich den Patienten als eine vom Krankenhaus unabhängige Forscherin gegenüberreten oder ‚getarnt‘ als Ärztin oder Krankenschwester? Zum anderen musste entschieden werden, in welcher Rolle ich mich den Krankenhausmitarbeitern gegenüber präsentieren sollte. Sollte ich mich den Mitarbeitern als eine an ihrem kommunikativen Handeln interessierte Forscherin vorstellen, oder wollte ich mich als Aushilfe bzw. Praktikantin auf der Station einführen lassen? Diese Fragen haben natürlich nicht nur Auswirkungen auf die methodische Vorgehensweise; auch die Forschungsergebnisse bleiben hiervon nicht unberührt.

In diesem Beitrag soll herausgearbeitet werden, welche Folgen jede methodische Entscheidung innerhalb des Komplexes der offenen oder verdeckten Beobachtung hat und welche Schwierigkeiten mit dieser Entscheidung verbunden sein können. Damit ist dies kein Plädoyer für die Vermeidung oder Tabuisierung der oben genannten (Problem-)Felder, sondern vielmehr für eine bewusste Entscheidung zugunsten einer der beiden Möglichkeiten und die Reflexion ihrer vielfältigen Folgen.

2.1 Rechtliche Zulässigkeit verdeckter Beobachtung im Krankenhaus

Bei der Entscheidung für offene oder verdeckte Beobachtung ist es wichtig, vorab die rechtliche Zulässigkeit verdeckter Forschungsmethoden im Krankenhaus, insbesondere gegenüber Patienten, zu klären. Bei der Beschäftigung mit rechtlichen Rahmenbedingungen patientenbezogener Forschung stößt man immer wieder auf die Stichworte ‚ärztliche Schweigepflicht‘ und ‚Einverständnis

des Patienten'. Die ärztliche Schweigepflicht betrifft die medizinische Ethik und verbietet es Krankenhausmitarbeitern – ebenso wie Forschern im Krankenhaus –, personenbezogene Daten und Geheimnisse, die den Gesundheitszustand des Patienten betreffen, an Dritte weiterzugeben. „Tatsachen, die der Schweigepflicht unterliegen, dürfen zum Zwecke der Forschung und Lehre nur mitgeteilt werden, als dabei die Anonymität des Patienten gesichert ist *oder* dieser ausdrücklich zustimmt.“ (§3 Abs. 7 MBO)³ Demnach muss bei der verdeckten Beobachtung – zu der ja der Patient seine Zustimmung nicht geben kann – die Anonymität der beobachteten Patienten in jedem Fall gewährleistet sein. Auf die Anonymisierung der beteiligten Personen ist also mit großer Sorgfalt zu achten.

2.2 Offene versus verdeckte Beobachtung gegenüber Patienten

Bei der offenen Beobachtung im Krankenhaus müssen, wie bereits oben angedeutet, in jedem Fall Einverständniserklärungen derjenigen Patienten, die am Forschungsprojekt teilnehmen sollen, eingeholt werden. Hat sich die Forscherin zu einer solchen ‚offenen‘ Herangehensweise entschlossen, so ist damit auch ihre Rolle im Feld – zumindest den Patienten gegenüber – festgelegt:

- Die Forscherin beteiligt sich nicht an der Stationsarbeit.
- Sie tritt in Alltagskleidung auf. Damit ist ihre Nicht-Zugehörigkeit zum Krankenhaus(personal) sichtbar. Patienten oder Angehörige, die sie noch nicht kennen, können sie daher schlecht einordnen und halten sie entweder für eine Besucherin, die Seelsorgerin, eine ehrenamtlich tätige oder sonstige Person.
- Die Forscherin stellt eine Ausnahme, einen Fremdkörper im Stationsalltag dar: Weder gehört sie zum Personal noch zur Gruppe der Patienten oder Besucher.
- In den Augen der Patienten besteht ihre Arbeit darin, Fragen zu stellen. Eine offene *Beobachtung* gestaltet sich problematisch, da nicht täglich erst die Einverständniserklärungen aller neu aufgenommenen Patienten auf Station eingeholt werden können, bevor die Beobachtung überhaupt beginnen kann.

Entscheidet sich die Forscherin hingegen für die verdeckte Beobachtung, so muss sie sich ‚tarnen‘, was am besten mit einem Ärzte- oder Schwestern-Kittel gelingt, der sie optisch zur Krankenhausmitarbeiterin macht. Dadurch ist sie gezwungen, sich an der anfallenden Stationsarbeit zu beteiligen, um das Bild der ‚Krankenschwester‘ bzw. ‚Ärztin‘ aufrechtzuerhalten. So erledigt sie beispielsweise zusammen mit den Schwestern einfache zu verrichtende Arbeiten oder verhält sich bei der Visite wie eine Medizinstudentin – scheinbar als Lernende, in Wirklichkeit aber, um ihre forschungsspezifischen Beobachtungen anzustellen. Intensive, auf das Forschungsthema zentrierte Patientenbefragungen oder -interviews verbieten sich in dieser Rolle von selbst, da die Berechtigung zu Fragen, die über die Erkrankung oder das Befinden der Patienten hinausgehen, oder gar zu einer Tonbandaufnahme fehlt.

In Absprache mit der Krankenhausleitung entschied ich mich nach Abschluss des Pretests für eine verdeckte Beobachtung gegenüber den Patienten. Hierfür

gab es mehrere Gründe: Zum einen konnten mich die Patienten, denen ich während des Pretests ohne Kittel begegnete, schlecht einordnen. Sie zeigten sich häufig misstrauisch, verweigerten ihr Einverständnis oder blieben einsilbig und wortkarg. Längere ‚vertrauensbildende Maßnahmen‘ waren meist nicht möglich, da die Patienten oft schon nach zwei oder drei Tagen wieder verlegt oder entlassen wurden. Wegen der ständigen Patientenfluktuation stand auch der Aufwand, an Einverständniserklärungen zu gelangen, in keinem Verhältnis zu den Beobachtungen, die ich anstellen konnte. Hinzu kam ein dem Thema ‚interkulturelle Kommunikation‘ schon fast inhärentes, nicht unbedeutendes Sprachproblem. Es gestaltete sich häufig als schwierig, zugewanderten Patienten das Vorhaben überhaupt begreiflich zu machen. Noch problematischer war es, differenzierte Antworten auf Forschungsfragen zu erhalten.

An dieser Stelle muss hervorgehoben werden, dass die Entscheidung für die verdeckte Beobachtung *nicht* fiel, weil ich die Patienten als Informanten für unwichtig hielt. Die Entscheidung ergab sich allein aus oben genannten forschungspraktischen Gründen. Dabei nahm ich bewusst in Kauf, dass ich den Patienten auf diese Weise keine tiefer gehenden Fragen stellen konnte.

Der Preis für die getroffene Entscheidung bestand zudem aus einem ständigen Unbehagen in Bezug auf meine mögliche Enttarnung durch Patienten sowie dem Gefühl zu ‚spionieren‘. Exemplarisch hierfür sind folgende zwei Ereignisse, die sich während der Haupterhebung ereigneten:

Einem Patienten, der mich auf der Station im Ärztekittel gesehen hatte, begegnete ich in der Empfangshalle des Krankenhauses. „Sind Sie Ärztin?“ fragte er mich. Ich verneinte wahrheitsgemäß. Wieder auf Station, fragte er mich: „Sind Sie Krankenschwester?“ Ich verneinte wiederum, sah ihm jedoch an, dass er nun vollends verwirrt war. So erklärte ich ihm kurz mein Forschungsprojekt, ließ mich jedoch – aus Angst vor allzu unbequemen Fragen, einer öffentlichen Entlarvung und aus einem Gefühl des Unbehagens heraus – nicht auf ein ausgiebiges Gespräch mit ihm ein. Bis zu seiner Entlassung vermied ich näheren Kontakt mit ihm.

Im zweiten Fall begegnete ich dem Pförtner meiner Arbeitsstelle, in der ich nebenberuflich tätig war und der nichts von meinem Forschungsvorhaben wusste. Er trug – ungewohnt für mich – einen Pyjama und war auf diese Weise unschwer als Patient zu erkennen. Er fiel aus allen Wolken, mich, die ich normalerweise in einem ganz anderen Beruf arbeite, hier im Ärztekittel zu sehen. In dem Versuch, mich zu legitimieren, schilderte ich ihm kurz und knapp mein Forschungsprojekt. Ihm war diese Begegnung offenbar ähnlich unangenehm wie mir, denn er versuchte sich zu rechtfertigen für die Krankheit, wegen der er gekommen war. Während seines weiteren Aufenthalts auf der Station ging ich ihm so weit wie möglich aus dem Weg – einerseits um ihn bei der Visite nicht in Verlegenheit zu bringen, andererseits um nicht noch einmal daran erinnert zu werden, dass ich mich getarnt hatte und verdeckt operierte.

2.3 Offene versus verdeckte Beobachtung gegenüber Krankenhausmitarbeitern

Bei der Entscheidung für eine offene Beobachtung gegenüber dem Krankenhauspersonal kann die Forscherin einen Kittel tragen und sich an der Arbeit auf Station beteiligen, sie muss es aber nicht. Die über ihr Forschungsvorhaben informierten Krankenschwestern und Ärzte werden es als normal ansehen, wenn sie themenspezifische Fragen stellt, Beobachtungen anstellt und sie bei Rundgängen und Visiten begleitet. Auf diese Weise verfügt die Forscherin über vielfältige Möglichkeiten, an die für ihr Forschungsthema relevanten Informationen zu gelangen.

Bei der verdeckten Beobachtung gibt sich die Forscherin auf der Station als Aushilfe, Studentin oder Praktikantin aus und wird damit scheinbar selbst zur Mitarbeiterin. Dies bietet Vorteile hinsichtlich der Authentizität der Aussagen der Mitarbeiter, mit denen sie spricht. Diese werden in ihr eine Kollegin auf Zeit sehen, mit der man unvoreingenommen reden kann. Die Forscherin erhält in dieser Rolle zwar die Möglichkeit, themenrelevante Fragen zu stellen, jedoch dürfen diese nicht auffällig in eine bestimmte Richtung gehen, da hierzu die Legitimation fehlt. Sie ist in dieser Rolle selbstverständlich dazu verpflichtet, einen Kittel zu tragen und sich an der Stationsarbeit zu beteiligen.

Ich erhielt die Gelegenheit, sowohl verdeckt als auch offen zu forschen. Im Vorfeld meiner eigentlichen Feldforschung absolvierte ich ein zweiwöchiges Praktikum auf der gynäkologischen Station eines weiteren Krankenhauses. Dies war mir im Verlauf der Verhandlung um eine Forschungsgenehmigung angeboten worden. Hier wurde ich von der Oberärztin aufgefordert, mich nicht offen als Forscherin zu erkennen zu geben, so dass ich mich als Studentin ausgab. Dahingegen entschied ich mich während meiner eigentlichen Feldforschung dann für eine offene Beobachtung gegenüber den Krankenhausmitarbeitern, die ich gleich zu Beginn meiner Feldforschung über Sinn und Zweck meines Aufenthalts auf der Station in Kenntnis setzte. Der Zugang zu den Mitarbeitern gestaltete sich erwartungsgemäß viel unkomplizierter als der zu den Patienten, so dass mir hier die offene Beobachtung geeigneter erschien.

Bei der Kontrastierung der jeweiligen Rollen, die ich unweigerlich im Feld einnahm, stellte ich fest, dass bei der verdeckten Beobachtung die Mitarbeiter auf der Station auch in meinem Beisein freimütig und natürlich über die unterschiedlichsten Themen und auch Schwierigkeiten redeten. An diesen Gesprächen konnte ich mich immer auf ganz selbstverständliche Art und Weise beteiligen.

Hingegen waren Gespräche auf Stationen, auf denen ich mich offiziell als Forscherin vorgestellt hatte, immer von einer gewissen Befangenheit und Künstlichkeit geprägt. Dies mag damit zusammenhängen, dass das Bild von mir als Forscherin und damit als Person, die durch ihr ständiges Beobachten stark in die professionelle Autonomie der Mitarbeiter eingreift und die berufliche Kompetenz zu hinterfragen scheint, die Wahrnehmung meiner Person dominierte. Möglicherweise war dies aber auch durch den Umstand bedingt, dass meine Forscherinnenrolle auf der Station ungewohnt und deshalb schwierig für

alle Beteiligten war und – im Gegensatz zur ‚bekannteren‘ Rolle der Praktikantin – noch kein Modus eines adäquaten Umgangs bestand. Eine weitere Interpretationsmöglichkeit besteht in der Annahme, dass die „Instrumentalität der sozialen Rolle“ des Feldforschers prinzipiell problematisch ist bzw. sein muss (Lindner 1981, S. 55ff.).

Diese starke Unsicherheit auf beiden Seiten trat insbesondere in Situationen zu Tage, in denen es normalerweise um ‚Persönliches‘ geht. Bezeichnend dafür sind die Gespräche, die ich mit Mitarbeitern während der Pausen in der Kantine führte.

Bei Pausengesprächen mit Schwestern oder Ärzten fühlte ich mich beständig hin- und hergerissen zwischen zwei Möglichkeiten der Pausengestaltung. Einerseits sah ich hier endlich die Möglichkeit, eingehende Fragen zu stellen und intensivere Gespräche als auf der Station zu führen. In meinem Hinterkopf wartete ein ganzer Fragenkatalog darauf, nun endlich zu seinem Recht zu kommen. Auf der anderen Seite war ich müde vom vielen Beobachten und brauchte eine Pause. Gleichzeitig merkte ich, wie auch meine Gesprächspartner erschöpft von der Arbeit waren und über unverfängliche Dinge plaudern wollten. Dennoch schienen sie mir als unvoreingenommener Unterhalterin nicht recht über den Weg zu trauen. Die Gespräche über das Wetter und das Essen gestalteten sich hölzern. Sie selbst richteten oft plötzlich das Gespräch auf Themen, die mit meinen Forschungsfragen zu tun hatten, und ebenso schnell brachen diese Gespräche wieder ab und wendeten sich Alltäglichem zu.

Diese Wahrnehmung als Fremdkörper im Stationsalltag ist sicherlich nicht ohne Auswirkung auf die Gespräche geblieben, die ich mit den Mitarbeitern führte, und damit auch auf die Forschungsergebnisse. Auf der einen Seite verhinderte sie bei mir selbst eine übergroße Identifikation mit der Rolle einer Krankenschwester oder Ärztin. Auf der anderen Seite verschwiegen mir auf diese Weise die Mitarbeiter wahrscheinlich eher Angelegenheiten, die sie selbst für problematisch, unprofessionell oder kompromittierend hielten.

3. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für die offene Beobachtung verschiedene forschungsethische Gesichtspunkte sprechen sowie die Möglichkeit, offene Fragen zu stellen und Interviews zu führen. Ihr Nachteil besteht darin, dass die Forscherin ein Fremdkörper innerhalb des Feldes bleiben und dadurch eventuell weniger authentische Informationen erhalten wird. Dazu kommt im Krankenhaus die Notwendigkeit, vor einer offenen Patientenbeobachtung von jedem Patienten Einverständniserklärungen einholen zu müssen.

Die verdeckte Beobachtung bietet dahingegen den Vorteil, dass aufgrund der scheinbaren ‚Dazugehörigkeit‘ der Forscherin zum Feld die Authentizität der Aussagen größer sein wird als bei der offenen Beobachtung. Der Nachteil dieser Methode besteht in der fehlenden Möglichkeit, intensiv Fragen stellen zu können, sowie in ihrer ethischen Anfechtbarkeit.

Da ich mich einer Gruppe gegenüber für die verdeckte, einer anderen gegenüber aber für die offene Beobachtung entschieden hatte, entstand daraus ein Ungleichgewicht: Zu den Krankenhausmitarbeitern gelang durch die Offenheit der Beobachtung und die Möglichkeit, Interviews zu führen, ein besserer Zugang als zu den Patienten; ich erfuhr weitaus mehr über die Arbeitswelt der Mitarbeiter und die Hintergründe, aus denen heraus sie agierten, als über die Welt der Patienten und deren Handlungsmotive. Dies Letztere ist eine bedauerliche Folge der – aus meiner Sicht allerdings notwendigen – Entscheidung für die verdeckte Beobachtung gegenüber den Patienten. Um dennoch eine stärkere Sicht auf die Patientenseite zu gewinnen, führte ich nach Abschluss der Feldforschung zusätzlich einige Experteninterviews mit Mitarbeitern einer Organisation durch, an die sich Migranten bei Schwierigkeiten im Gesundheitswesen wenden können.

4. Fazit

Wie oben deutlich wurde, handelt es sich bei der Entscheidung für die offene oder verdeckte Beobachtung um eine schwierige und folgenreiche Entscheidung, insbesondere sofern es sich um mehrere ‚Gruppen‘ oder ‚Parteien‘ beziehungsweise deren Interaktion untereinander handelt, die erforscht werden sollen. Da es im Voraus kaum absehbar ist, welche methodischen, auch forschungspraktischen Schwierigkeiten auftreten werden, ist aus meiner Sicht ein mehrwöchiger Pretest unabdingbar. Nach Möglichkeit sollte vor der endgültigen Methodewahl jede Rolle im Feld einmal eingenommen werden, bevor die eigentliche Feldforschung beginnen kann.

Anmerkungen

- 1 Bei allen Personenbezeichnungen sind jeweils beide Geschlechter gemeint.
- 2 Eine Diskussion der forschungsethischen Zulässigkeit verdeckter Beobachtung findet sich bei Hopf (2003) und Lamnek (1995, S. 292-295).
- 3 Hervorhebung durch die Autorin. Der Wortlaut des Gesetzes ist im Internet veröffentlicht unter: <http://www.fh-fulda.de/fb/sw/projekte/sozdat/schweig1.htm> (vom 14.08.2003).

Literatur

- Hopf, C: Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick, U./Kardoff, E. v./Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek 2003, S. 589-600
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, Bd. 2: Methoden und Techniken, Weinheim 1995
- Lindner, R.: Die Angst des Forschers vor dem Feld. In: Zeitschrift für Volkskunde 77 (1981), H. 1, S. 51-66

