Leitfaden Experteninterviews

Nach Gläser und Laudel (2010) sowie Mayring.

Es wurde die Form des semi-strukturierten/semi-standardisierten und deduktiven, leitfadengestützten Interviews im iterativen Prozess gewählt. Des Weitere werden vorwiegend offene Fragen gestellt, um qualitative Inhalte zu analysieren.

Die Experteninterviews dienen der Beantwortung der Forschungsfragen bzw. Hypothesen. Die Klärung der Forschungsfragen ist von der Güte des Leitfadens bzw. der Formulierung der Fragen abhängig. Die Datenproduktion kann durch die Fragenformulierung beeinflusst werden. Soziale Kompetenzen des Interviewers sind ebenfalls bei einem Interview von großer Bedeutung.

Experteninterviews stellen eine qualitative Forschungsmethode und Datenerhebungsinstrument dar, mit der tiefergehende Informationen gefunden und neue Erkenntnisse gewonnen werden. Eigentlich sollte man so lange Experteninterviews durchführen bis keine neuen Erkenntnisse mehr erlangt werden, was jedoch in der begrenzten Zeit nicht machbar ist.

Gütekriterien von qualitativen Methoden nach Mayring:

Anhand dieser kann die Qualität der Forschungsergebnisse gemessen werden. Die beiden klassischen Kriterien sind Validität und Reliabilität (Flick, S. 240 ff, 1999, Mayring S. 141 f, 2002).

Mayring stellt sechs allgemeine Gütekriterien vor:

1. Verfahrensdokumentation: Das Verfahren muss genau dokumentiert sein.
2. Argumentative Interpretationsabsicherung: Interpretationen müssen begründet werden.
3. Regelgeleitetheit: Die Forschung muss sich trotz Offenheit an gewisse Verhaltensregeln halten.
4. Nähe zum Gegenstand: Die Forschung soll eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand erreichen.
5. Kommunikative Validierung: Die Ergebnisse werden dem Beforschten nochmals vorgelegt.
6. Triangulation: Es wird eine Kombination verschiedener Daten, verschiedener Methoden, verschiedener Experten oder verschiedene Theorieansätze angewendet.

Vorbereitung der Experteninterviews

1. Interviewer muss selbst Experte sein. Dabei geht es nicht nur um theoretisches, sondern v.a. um praktisches Wissen.
2. Rekrutieren (Es sollten die Besten befragt werden.)
3. Erstellen der Interviewfragen auf Basis der Forschungsfragen. Es müssen ggf. für unterschiedliche Zielgruppen unterschiedliche Fragen gestellt werden.

   Die Forschungsfragen wurden nach der sog. **SPSS-Methode** erarbeitet (Cornelia Hellferich, 2009)
   Sammeln: Fragen zu den Forschungsfragen sammeln, Brainstorming
   Prüfen: evtl. Fragen streichen, auf Redundanz prüfen oder anders formulieren
   Sortieren: nach Themen(blöcken)
   Subsumieren: Unterfragen erstellen, kohärent in Kategorien/Variablen einteilen

Formulierungsempfehlungen:

- Kurz und kompakt
- Verständliche adäquate Fragen, u.U. Fremdwörter und Abkürzungen vermeiden, abhängig vom Interviewpartner
- Nur zu je einem Thema/Sachverhalt fragen; nicht zwei Themen vermischen (Überforderung des Interviewpartners)
- Keine Negationen, doppelte Verneinung vermeiden
- Fragen sollten voneinander abgegrenzt sein, um eindeutige Antworten zu erzielen
- Angemessene Sprache, nicht umgangssprachlich, aber auch nicht zu wissenschaftlich
- Fragen mit Bedeutung für die Forschungsfragen, relevante Fragen für das Forschungsvorhaben
- Operative Fragen, zum Antworten anregen, wie z.B. „Erläutern Sie bitte…“, „Beschreiben Sie doch mal…“
- Prozessbezogene Fragen zum chronischen Verlauf, wie z.B.: „Wie ist es dazugekommen, dass…“
- Geschlossene Fragen und W-Fragen vermeiden
- Suggestive und wertende Fragen vermeiden, eigene Meinung zum Forschungsthema darf die Antwort/Frage nicht beeinflussen
- Die Hauptforschungsfragen sollten in mehrere Fragen aufgeteilt werden.

4. Interviews persönlich durchgeführt und aufgezeichnet.
5. Die Aufzeichnungen werden mithilfe von …. transkribiert.

Es muss Wort für Wort transkribiert werden. Grammatik und Wortwahl dürfen nicht verändert werden. Die Transkription ist sehr zeitaufwändig und dauert ca. 5x so lang wie das Interview an sich.

Mit 1-2 Interviewpartner wird eine **Vorstudie** durchgeführt, um den Leitfaden bzw. die Fragen zu testen und ggf. anzupassen. Diese Interviews fließen ebenfalls in die Auswertung mit ein. Dieser Probedurchlauf wird bei Mayring beschrieben. Gläser und Laudel verzichten auf Probedurchlauf.

Gläser und Laudel sprechen von Variablen, nicht wie z.B. Mayring von Kategorien. Die Variablen werden nachher in Beziehung gesetzt, d.h. man stellt Kausalketten her. Dadurch lassen sich Unterschiede und Gemeinsamkeiten feststellen und es bleibt Platz, um die Ergebnisse zu interpretieren.

Dauer: ca. 30 Minuten, d.h. ca. 12 offene Fragen

Auswertung der Experteninterviews

- Die Auswertung beruht auf einem Hypothesen gestützten Vorgehen.
- Es wird eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt und Kategorien (Überbegriffe) gebildet.
- Anhand von Tabellen mit anonymisierten Interviewpartnern kann ausgewertet werden.
- Die Ergebnisse werden interpretiert und mit den erhobenen Daten verglichen. Dies dient dazu, um Scheinkorrelationen zu verhindern.
- Briefing der Ergebnisse für die Interviewpartner erstellen und ihnen zukommen lassen.

Ablauf Experteninterview

1. Vorstellung des Interviewers
2. Dank für die Teilnahme am Interview
3. Hinweis auf das Forschungsziel
4. Vorstellung der Subgruppen
   Gruppe 1 = chronische Schmerzstörung ohne weitere F-Diagnose
   Gruppe 2 = chronische Schmerzstörung und eine F-Diagnose ohne PTBS
   Gruppe 3 = chronische Schmerzstörung und eine F-Diagnose mit PTBS
   Gruppe 4 = chronische Schmerzstörung und mind. 2 F-Diagnosen ohne PTBS
   Gruppe 5 = chronische Schmerzstörung und mind. 2 F-Diagnosen mit PTBS
5. Hinweis, dass das Gespräch aufgezeichnet wird und danach transkribiert wird. Bitte um Zustimmung der Aufnahme. Hinweis auf anonyme Behandlung der Daten.
   „Die Audiodateien dieses Interviews werden aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und aggregiert. Die Ergebnisse werden im Rahmen einer Dissertation an der Sankt Elisabeth Universität Bratislava aufbereitet. Von allen anderen Endgeräten werden die Aufzeichnungen nach Fertigstellung der Studie gelöscht.“
   „Sind Sie damit einverstanden, dass ich unser Gespräch zu Auswertungszwecken aufzeichne? Ich kann Ihnen hierbei versichern, dass die Anonymität gewahrt bleibt und daher keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich ist.“
6. Möglichkeit zu offenen Fragen
   „Haben Sie vor dem Interview noch offene Fragen? In diesem Fall können wir diese gerne jetzt klären.“
7. Aufnahme starten
8. Fragen in div. Frageblöcken
   a) Vorstellung des Interviewpartners
      Name, Alter, Funktion in der Klinik
      „Wie alt sind Sie?“
      „Wie lautet Ihre derzeitige Position in der Klinik/in der Praxis?“
      „Wieviel Arbeitserfahrung haben Sie in Ihrer aktuellen Position (in Jahren)?“
      „Woraus sind Sie spezialisiert?“
   b) Die Einstiegsfrage sollte Raum für eine narrative Beantwortung lassen.
      Das Gespräch mithilfe von Unterfragen lenken. Diese können auch eingesetzt werden, wenn das Interview ins Stocken kommt. Man sollte sich nicht mit kurzen Antworten zufriedengeben.
      Die vorgegebenen Fragen müssen nicht gestellt werden, da es sich um ein **semi-strukturiertes Interview** handelt.
9. Möglichkeit zu offenen Fragen
   „Bevor ich wir das Interview beenden, möchte ich gerne wissen, ob aus Ihrer Sicht eine Frage ungestellt blieb? Ist Ihnen während des Interviews ein offener Punkt oder ein Thema aufgefallen, der für die MMST oder für die Subgruppen wichtig wäre? Sind Ihnen noch wichtige Aspekte aufgefallen?“
10. Aufnahme stoppen
11. Dank für die Teilnahme am Interview wiederholen. Aufbereitung der Ergebnisse ankündigen und kurz den dadurch gewonnenen Mehrwert für den Interviewpartner darstellen.

Interviewfragen in Relation zu den Forschungsfragen und Hypothesen

- **F1: Weisen chronische Schmerzpatienten mit Traumatisierung einen geringeren Behandlungserfolg auf als chronische Schmerzpatienten ohne Traumatisierung?**

  Sind Sie der Meinung, dass chronische Schmerzpatienten mit Traumatisierung einen geringeren Behandlungserfolg aufweisen als chronische Schmerzpatienten ohne Traumatisierung? (F1)

  Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und chronischen Schmerzen feststellen? (F1, F2, F3, H1, H2)

  Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen PTBS und chronischen Schmerzen feststellen? F1, F2, F3, H1, H2)

  Glauben Sie, dass es Unterschiede in der Effektivität der MMST bei den einzelnen Subgruppen gibt? Wenn ja, bei welchem? (F1, F2, H1)

  Sind Sie der Meinung, dass die Stärke der Traumatisierung einen Einfluss auf den Behandlungserfolg der MMST hat? (F1/F2/H1)

  Glauben Sie, dass Traumatisierungen den Behandlungserfolg blockieren? (F1/F2/F3)

- **F2: Weisen komplex-psychisch (ab zusätzlich einer weiteren F-Diagnose) komorbide chronische Schmerzpatienten mit Traumatisierung einen geringeren Behandlungserfolg auf in der MMST als komplex-psychisch komorbide chronische Schmerzpatienten ohne Traumatisierung?**

  Sind Sie der Meinung, dass chronische Schmerzpatienten mit Mehrfach-Diagnosen weniger von der MMST profitieren als chronische Schmerzpatienten ohne Mehrfachdiagnosen? (F2 / H1)

  Was halten Sie von der Aussage, dass komplex-psychisch komorbide chronische Schmerzpatienten mit Traumatisierung weniger von der MMST profitieren als andere Patientengruppen? (F2/H1)

  Was halten Sie von der Aussage, dass komplex-psychisch komorbide chronische Schmerzpatienten ohne Traumatisierung weniger von der MMST profitieren als andere Patientengruppen? (F2/H1)

  Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und chronischen Schmerzen feststellen? (F1, F2, F3, H1, H2)

  Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen PTBS und chronischen Schmerzen feststellen? F1, F2, F3, H1, H2)

  Glauben Sie, dass es Unterschiede in der Effektivität der MMST bei den einzelnen Subgruppen gibt? Wenn ja, bei welchem? (F1, F2, H1)

  Sind Sie der Meinung, dass die Stärke der Traumatisierung einen Einfluss auf den Behandlungserfolg der MMST hat? (F1/F2/H1)

  Glauben Sie, dass Traumatisierungen den Behandlungserfolg blockieren? (F1/F2/F3)

- **F3: Welche Bestandteile muss eine optimierte MMST beinhalten, um chronische Schmerzpatienten mit Traumatisierung und/oder komplex-psychisch komorbide chronische Schmerzpatienten mit Traumatisierung einen verbesserten Behandlungserfolg zu ermöglichen?**

  Glauben Sie, dass eine Verlängerung der Behandlungsdauer den Erfolg der MMST für chronische Schmerzpatienten verbessern würden? (F3)

  Glauben Sie, dass eine Verlängerung der Behandlungsdauer den Erfolg der MMST für komplex-psychisch komorbide chronische Schmerzpatienten verbessern würden? (F3)

  Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und chronischen Schmerzen feststellen? (F1, F2, F3, H1, H2)

  Glauben Sie, dass chronischen Schmerzpatienten mit psychischen Mehrfachdiagnosen und Traumatisierung schwerer zu behandeln sind als Patienten ohne Traumatisierung und Mehrfachdiagnosen? (F3)

  Glauben Sie, dass Traumatisierung eine zentrale Rolle bei der Ursache chronischer Schmerzen spielen? (F3)

  Müssten Behandlungsinhalte verändert werden, um die MMST effektiver zu machen? Wenn ja, welche? (F3)

  Ist die Vermittlung von Entspannungstechniken, wie z.B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Achtsamkeitstraining usw. sinnvoll und wirkungsvoll bei chronischen Schmerzen im Rahmen der MMST? (F3)

  Glauben Sie, dass die Vermittlung von psychotherapeutischen Strategien zum Umgang von belastenden Situationen chronischen Schmerzpatienten mit Traumatisierung und Mehrfachdiagnosen im Rahmen der MMST hilft? (F3)

  Denken Sie, dass interdisziplinäre Denkweisen und Handlungskompetenzen im multimodalen Behandlungsansatz chronischen Schmerzpatienten helfen? (F3)

  Glauben Sie, dass das Identifizieren von Auslösefaktoren sich positiv auf den Gesundungsverlauf des Patienten auswirkt? (F3)

  Glauben Sie, dass therapeutische Maßnahmen, wie z.B. kognitive Techniken, Stressbewältigung, soziale Kompetenz, Einsatz von Entspannungstechniken in jeder MMST notwendig und sinnvoll sind? (F3)

  Würden Sie die einzelnen Subgruppen unterschiedlich behandeln? (F3)

  Welche Behandlungsinhalte würden Sie im Rahmen der MMST für chronische komplex-psychisch komorbide Schmerzpatienten ändern bzw. hinzufügen? (F3)

  Wie würden Sie die MMST verändern? (F3)

  Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen PTBS und chronischen Schmerzen feststellen? F1, F2, F3, H1, H2)

  Glauben Sie, dass Traumatisierungen den Behandlungserfolg blockieren? (F1/F2/F3)

- **H1: Je stärker die Traumatisierung des komplex-psychisch komorbiden und/oder chronischen Schmerzpatienten ist, desto geringer ist der Behandlungserfolg im Rahmen der MMST.**
  H0: Die Stärke der Traumatisierung des komplex-psychisch komorbiden und/oder chronischen Schmerzpatienten hat keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg im Rahmen der MMST.
  UV/AV: Grad der Traumatisierung insgesamt und je Subgruppe/Veränderung Schmerzstärke, (zusätzliche qualitative Kriterien: Gesamturteil Arzt, Beurteilung Begleitsymptome)

  Sind Sie der Meinung, dass chronische Schmerzpatienten mit Mehrfach-Diagnosen weniger von der MMST profitieren als chronische Schmerzpatienten ohne Mehrfachdiagnosen? (F2 / H1)

  Was halten Sie von der Aussage, dass komplex-psychisch komorbide chronische Schmerzpatienten mit Traumatisierung weniger von der MMST profitieren als andere Patientengruppen? (F2/H1)

  Was halten Sie von der Aussage, dass komplex-psychisch komorbide chronische Schmerzpatienten ohne Traumatisierung weniger von der MMST profitieren als andere Patientengruppen? (F2/H1)

  Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und chronischen Schmerzen feststellen? (F1, F2, F3, H1, H2)

  Sind Sie der Meinung, dass die Stärke der Traumatisierung einen Einfluss auf die Schmerzstärke hat? (H1)

  Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen PTBS und chronischen Schmerzen feststellen? F1, F2, F3, H1, H2)

  Glauben Sie, dass es Unterschiede in der Effektivität der MMST bei den einzelnen Subgruppen gibt? Wenn ja, bei welchem? (F1, F2, H1)

  Sind Sie der Meinung, dass die Stärke der Traumatisierung einen Einfluss auf den Behandlungserfolg der MMST hat? (F1/F2/H1)

- **H2: Je früher die Traumatisierungen in der Kindheit stattgefunden haben, umso geringer ist die Effektivität der MMST.**
  H0: Die Traumatisierung in der Kindheit hat keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg im Rahmen der MMST.
  UV/AV: Zeitpunkt und Grad der Traumatisierung je Subgruppe/Veränderung Schmerzstärke, (zusätzliche qualitative Kriterien: Gesamturteil Arzt, Beurteilung Begleitsymptome)

  Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und chronischen Schmerzen feststellen? (F1, F2, F3, H1, H2)

  Sind Sie der Meinung, dass der Zeitpunkt der Traumatisierung des Schmerzpatienten einen Einfluss auf den Erfolg der MMST hat? (H2/H3)

  Sind Sie der Meinung, dass der Zeitpunkt der Traumatisierung des Schmerzpatienten einen Einfluss auf den Erfolg der MMST hat? (H2/H3)

Glauben Sie, dass Kindheitsbelastungen und unsicheres Bindungsverhalten sich negativ bei der Behandlung chronischer Schmerzpatienten mit Traumatisierungen auswirken? (H2)

Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen PTBS und chronischen Schmerzen feststellen? F1, F2, F3, H1, H2)

- **H3: Je länger der Beginn der Schmerzerkrankung zurückliegt, desto häufiger sind stationäre Aufenthalte zur MMST notwendig.**
  H0: Der zeitliche Beginn der Schmerzerkrankung hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Aufenthalte in der MMST.
  UV/AV: Zeitpunkt Beginn Schmerzerkrankung je Subgruppe/Anzahl stationäre Aufenthalte

  Sind Sie der Meinung, dass der Zeitpunkt der Traumatisierung des Schmerzpatienten einen Einfluss auf den Erfolg der MMST hat? (H2/H3)

  Glauben Sie, dass mehrfache Aufenthalte in der MMST den Behandlungserfolg der chronischen Schmerzpatienten maßgeblich verbessert? (H3)

  Glauben Sie, dass mehrfache Aufenthalte bei Patienten mit Traumatisierungen den Behandlungserfolg verbessern? (H3)

  Sind Sie der Meinung, dass der Zeitpunkt der Traumatisierung des Schmerzpatienten einen Einfluss auf den Erfolg der MMST hat? (H2/H3)

  Glauben Sie, dass frühes Aufgreifen der Traumatisierung den Behandlungseffekt verbessert, in allen Subgruppen? (H3)

H4: Je höher die Depressionswerte, vermehrte Ängste und Stress (DASS-Werte), desto geringer ist die Effektivität der MMST.
H0: Die Höhe der Depressions-, Angst- und Stresswerte (DASS-Werte) haben keinen Einfluss auf die Effektivität der MMST.
UV/AV: DASS-Werte insgesamt und je Subgruppe/Veränderung Schmerzstärke, (zusätzliche qualitative Kriterien: Gesamturteil Arzt, Beurteilung Begleitsymptome)

Sind Sie der Meinung, dass die sog. DASS-Werte (Depressionen, Ängste, Stress) die Effektivität der MMST beeinflussen? (H4)

Sind Sie der Meinung, dass die sog. DASS-Werte (Depressionen, Ängste, Stress) chronische Schmerzen beeinflussen? (H4)