

# Lehrbuch Qualitative Methoden in der Versorgungs- forschung

**Thorsten Meyer-Feil**  
**Christine Holmberg**  
**Ute Karbach**  
**Christiane Patzelt**  
**Maren Stamer**  
**Corina Güthlin**  
(Hrsg.)

Forschungsdesigns  
und Anwendung in der  
Forschungspraxis

# **Lehrbuch Qualitative Methoden in der Versorgungsforschung**

# **Lehrbuch Qualitative Methoden in der Versorgungsforschung**

Thorsten Meyer-Feil, Christine Holmberg, Ute Karbach, Christiane Patzelt,  
Maren Stamer, Corina Güthlin (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Kevin Dadaczynski, Fulda; Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Milo Puhan, Zürich;  
Doris Schaeffer, Bielefeld

**Thorsten Meyer-Feil**  
**Christine Holmberg**  
**Ute Karbach**  
**Christiane Patzelt**  
**Maren Stamer**  
**Corina Güthlin**  
(Hrsg.)

# **Lehrbuch Qualitative Methoden in der Versorgungs- forschung**

Forschungsdesigns und Anwendung in der  
Forschungspraxis

unter Mitarbeit von

Peter Alheit  
Claudia Dinand  
Marion Grafe  
Corina Güthlin  
Heidrun Herzberg  
Christine Holmberg

Ute Karbach  
Christoph Karlheim  
Thorsten Meyer-Feil  
Christiane Patzelt  
Marie-Luise Posselt  
Maren Stamer (†)



Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus Thorsten Meyer-Feil; Christine Holmberg; Ute Karbach; Christiane Patzelt; Maren Stamer; Corina Güthlin:  
Lehrbuch Qualitative Methoden in der Versorgungsforschung (9783456863894) © 2025 Hogrefe Verlag, Bern.

**Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil**  
thorsten.meyer-feil@uk-halle.de

**Prof. Dr. Christine Holmberg**  
christine.holmberg@mh-b-fontane.de

**PD Dr.rer.pol. Ute Karbach**  
ute.karbach@uk-koeln.de

**Dr. Christiane Patzelt**  
patzelt.christiane@mh-hannover.de

**Dr. Corina Güthlin**  
guethlin@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3,  
37085 Göttingen, [info@hogrefe.de](mailto:info@hogrefe.de)

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Gesundheit  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Susanne Ristea  
Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald/Hunsrück  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlag: Verlag intern  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostonbrod  
Printed in Bulgaria  
Auf säurefreiem Papier gedruckt

1. Auflage 2025  
© 2025 Hogrefe Verlag, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96389-1)  
(E-Book-ISBN\_EPub 978-3-456-76389-7)  
ISBN 978-3-456-86389-4  
<https://doi.org/10.1024/86389-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Prolog</b> .....                                                                                                  | 11 |
| <b>I. Einführung</b> .....                                                                                           | 13 |
| <b>1 Warum braucht es dieses Buch und welche Idee liegt ihm zugrunde?</b> .....                                      | 15 |
| <i>Maren Stamer, Corina Güthlin, Christine Holmberg, Ute Karbach,<br/>Thorsten Meyer-Feil und Christiane Patzelt</i> |    |
| 1.1 Warum wir <i>zusammen</i> schreiben .....                                                                        | 15 |
| 1.2 Warum wir <i>zusammen dieses Buch</i> schreiben .....                                                            | 16 |
| 1.3 Warum wir <i>zusammen dieses Buch auf diese Art und Weise</i> schreiben .....                                    | 16 |
| 1.4 Warum wir <i>dieses Buch auf diese Art und Weise aufgebaut haben</i> .....                                       | 17 |
| <b>2 Qualitative Methoden in der Versorgungsforschung – eine Einführung</b> .....                                    | 19 |
| <i>Thorsten Meyer-Feil, Christine Holmberg, Ute Karbach,<br/>Christiane Patzelt und Corina Güthlin</i>               |    |
| 2.1 Was zeichnet Versorgungsforschung aus? .....                                                                     | 19 |
| 2.2 Was zeichnet qualitative Methoden aus? .....                                                                     | 24 |
| 2.2.1 Offenheit .....                                                                                                | 24 |
| 2.2.2 Subjektorientierung .....                                                                                      | 26 |
| 2.2.3 Prozessorientierung .....                                                                                      | 26 |
| 2.2.4 Interpretation von Bedeutungen .....                                                                           | 27 |
| 2.2.5 Kontextsensitivität .....                                                                                      | 28 |
| 2.3 Inwieweit passen qualitative Methoden zum Gegenstand<br>der Versorgungsforschung? .....                          | 28 |
| 2.3.1 Funktionen qualitativer Versorgungsforschung .....                                                             | 29 |
| 2.4 Qualitative Versorgungsforscher*innen – „prepare to be changed“ .....                                            | 30 |

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>II. Ausgewählte Forschungsdesigns</b>                                                                                        | 35 |
| <b>3 Gruppendiskussionen und die Dokumentarische Methode</b>                                                                    | 37 |
| <i>Ute Karbach</i>                                                                                                              |    |
| 3.1 Zur Datenerhebung im Gruppensetting                                                                                         | 38 |
| 3.2 Der Analysefokus der Dokumentarischen Methode                                                                               | 40 |
| 3.3 Die wissenssoziologischen Sinnebenen nach<br>Karl Mannheims Wissenssoziologie                                               | 42 |
| 3.4 Die Samplingstrategie zur Durchführung von Gruppendiskussion                                                                | 46 |
| 3.5 Die Standortgebundenheit des Forschens                                                                                      | 47 |
| 3.6 Die Potenziale einer dokumentarischen Versorgungsforschungspraxis                                                           | 49 |
| <b>4 Auf dem Weg zur biografischen Narrationsanalyse<br/>in der Versorgungsforschung</b>                                        | 53 |
| <i>Maren Stamer, Heidrun Herzberg und Peter Alheit</i>                                                                          |    |
| 4.1 Rückblicke und Einblicke                                                                                                    | 55 |
| 4.1.1 Zum theoriegeschichtlichen Hintergrund                                                                                    | 55 |
| 4.1.2 Kognitive Figuren des autobiografischen Stegreiferzählens                                                                 | 57 |
| 4.1.3 Zur „Schichtung“ des autobiografischen Gedächtnisses                                                                      | 58 |
| 4.1.4 Theoretische Rahmenbedingungen der Biografieforschung                                                                     | 59 |
| 4.2 Weiterführungen                                                                                                             | 63 |
| 4.2.1 Gegenstandsangemessenheit biografisch-narrativer Interviews                                                               | 63 |
| 4.2.2 Durchführung biografisch-narrativer Interviews                                                                            | 64 |
| 4.2.3 Risiken der Stichprobenbildung                                                                                            | 65 |
| 4.2.4 Forschungsethische Herausforderungen biografie- und<br>narrationsanalytischer Studien                                     | 68 |
| 4.2.5 Versorgungsstrategien für bisher eher ignorierte soziale Gruppen                                                          | 69 |
| 4.3 Ausblicke                                                                                                                   | 70 |
| <b>5 Halbstrukturierte leitfadengestützte Interviews und<br/>qualitative Inhaltsanalyse</b>                                     | 77 |
| <i>Corina Güthlin</i>                                                                                                           |    |
| 5.1 Was ist ein leitfadengestütztes Interview?                                                                                  | 78 |
| 5.1.1 Der Leitfaden                                                                                                             | 79 |
| 5.1.2 Wer und wie viele sollten interviewt werden?                                                                              | 81 |
| 5.1.3 Was ist bei der Interviewführung zu beachten?                                                                             | 82 |
| 5.2 Wie geht Auswertung?                                                                                                        | 83 |
| 5.3 Exkurs: Expert*innen-Interviews und deren Auswertung                                                                        | 88 |
| 5.4 Potenziale und Grenzen des Designs aus halbstrukturierten leitfadengestützten<br>Interviews und qualitativer Inhaltsanalyse | 89 |
| 5.5 Betrachtungen am Schluss                                                                                                    | 90 |



|          |                                                                                              |     |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>6</b> | <b>Social Media Content: Qualitative Inhaltsanalyse und Netzwerkanalyse</b>                  | 93  |
|          | <i>Christiane Patzelt, Claudia Dinand und Christoph Karlheim</i>                             |     |
| 6.1      | Social Media Content und qualitative Versorgungsforschung                                    | 94  |
| 6.2      | Spezifika von Online-Inhalten                                                                | 97  |
| 6.3      | Erhebung und Samplebildung                                                                   | 99  |
| 6.4      | Qualitative Inhaltsanalyse von Social Media Content                                          | 100 |
| 6.5      | Netzwerkanalyse von Social Media Content                                                     | 101 |
| 6.6      | Ethik und Datenschutz                                                                        | 103 |
| 6.7      | Ausblick                                                                                     | 105 |
| <b>7</b> | <b>Ethnografisches Arbeiten</b>                                                              | 111 |
|          | <i>Christine Holmberg</i>                                                                    |     |
| 7.1      | Historische Verortung                                                                        | 114 |
| 7.2      | Ethnografie für die Versorgungsforschung                                                     | 117 |
| 7.3      | Praxeologie: Vorschlag einer erkenntnistheoretischen Rahmung<br>ethnografischen Arbeitens    | 118 |
| 7.4      | Ethnografie als praxeologische Forschungsstrategie<br>für die Versorgungsforschung           | 120 |
| 7.5      | Qualität und Validität ethnografischen Arbeitens                                             | 125 |
| 7.6      | Zusammenfassung und Ausblick                                                                 | 126 |
| <b>8</b> | <b>Qualitative Evaluation</b>                                                                | 131 |
|          | <i>Thorsten Meyer-Feil</i>                                                                   |     |
| 8.1      | Besonderheiten der Evaluation bzw. Evaluationsforschung                                      | 131 |
| 8.1.1    | Evaluation                                                                                   | 131 |
| 8.1.2    | Auftrags- und Anwendungsbezug                                                                | 132 |
| 8.1.3    | Funktionen der Evaluation                                                                    | 133 |
| 8.1.4    | Entwicklung der Evaluationsforschung mit Fokus auf<br>qualitative Evaluationsforschung       | 134 |
| 8.2      | Qualitative Evaluation in der Versorgungsforschung: Charakteristika<br>und zentrale Diskurse | 135 |
| 8.2.1    | Formative und summative Evaluation                                                           | 135 |
| 8.2.2    | Methodenmix (Triangulation, Mixed Methods)                                                   | 135 |
| 8.2.3    | Bedeutung von Theorie                                                                        | 136 |
| 8.2.4    | Nützlichkeit                                                                                 | 137 |
| 8.2.5    | Kausalität in der qualitativen Evaluation                                                    | 138 |
| 8.2.6    | Bewertungen und Werthaltungen                                                                | 139 |
| 8.3      | Zur Durchführung qualitativer Evaluationen                                                   | 141 |
| 8.4      | Beispiel einer qualitativen Evaluation von Versorgung                                        | 141 |

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>III. Forschungspraxis</b>                                                                              | 145 |
| <b>9 Durchführung einer qualitativen Inhaltsanalyse am Beispiel einer pflegewissenschaftlichen Studie</b> | 147 |
| <i>Marie-Luise Posselt</i>                                                                                |     |
| 9.1 Das Forschungsprojekt: Diversitätssensibilität in der Primärversorgung                                | 147 |
| 9.1.1 Darstellung und Begründung des qualitativen Designs                                                 | 148 |
| 9.1.2 Darstellung und Begründung der Erhebungsmethode                                                     | 149 |
| 9.1.3 Stichprobenbildung und Zugang zum Feld                                                              | 150 |
| 9.1.4 Darstellung der Datenaufbereitung                                                                   | 151 |
| 9.1.5 Darstellung der Auswertungsmethode                                                                  | 153 |
| 9.2 Methodisches Prozedere der qualitativen Inhaltsanalyse anhand der Beispielstudie                      | 154 |
| 9.2.1 Beginn der Arbeit am Datenmaterial                                                                  | 154 |
| 9.2.2 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse                                               | 155 |
| 9.2.3 Systematische Zusammenfassung sprachlichen Materials                                                | 157 |
| 9.2.4 Entwicklung induktiver Codes                                                                        | 161 |
| 9.3 Resümee                                                                                               | 165 |
| <b>10 Die Grounded Theory am Beispiel einer Versorgungsforschungsstudie in der Physiotherapie</b>         | 169 |
| <i>Marion Grafe</i>                                                                                       |     |
| 10.1 Theoriebildung als Ziel von Versorgungsforschung                                                     | 169 |
| 10.2 Die Grounded-Theory-Methodologie                                                                     | 170 |
| 10.3 Das Forschungsthema: Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis                              | 171 |
| 10.3.1 Theoretisches Vorwissen                                                                            | 171 |
| 10.3.2 Begründung des forschungsmethodischen Zugangs                                                      | 172 |
| 10.3.3 Datenerhebung                                                                                      | 172 |
| 10.3.4 Datenauswertung und Theoriegenerierung                                                             | 177 |
| 10.4 Reflexion                                                                                            | 184 |
| <b>11 Forschungswerkstätten in der qualitativen Versorgungsforschung</b>                                  | 189 |
| <i>Corina Güthlin und Thorsten Meyer-Feil</i>                                                             |     |
| 11.1 Forschungswerkstätten: historischer Hintergrund                                                      | 190 |
| 11.2 Forschungswerkstätten: Merkmale, Ziele und Formen                                                    | 190 |
| 11.3 Nutzung von Forschungswerkstätten in der qualitativen Versorgungsforschung                           | 193 |
| 11.3.1 Forschungswerkstätten innerhalb von Forschungsgruppen                                              | 193 |
| 11.3.2 Forschungswerkstätten in der Ausbildung                                                            | 194 |
| 11.4 Ausblick                                                                                             | 195 |

---

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>IV. Resümee und Ausblick</b> .....                                                                  | 197 |
| <b>12 Wie offene Forschungsmethoden Versorgungsforschung verändern</b> .....                           | 199 |
| <i>Christine Holmberg, Thorsten Meyer-Feil, Ute Karbach, Christiane Patzelt<br/>und Corina Güthlin</i> |     |
| <b>Glossar</b> .....                                                                                   | 205 |
| <b>Autorenverzeichnis</b> .....                                                                        | 211 |
| <b>Sachwortverzeichnis</b> .....                                                                       | 212 |

# Prolog

Mit diesem Prolog möchten wir uns bei unserer Mitherausgeberin Maren Stamer bedanken, die maßgeblich als Initiatorin zu diesem Buch beigetragen hat. Ihr viel zu früher Tod stellte neben einem schmerzlichen Abschied auch einen inhaltlichen Einschnitt in die Ausarbeitung dieses Buches dar. So sollte das Thema der Diversität, das ihr zuletzt am Herzen lag, auch einen besonderen Stellenwert in diesem Buch bekommen; angedacht waren Beispiele, die das Thema der Diversität auf einer inhaltlichen Ebene in den methodischen Kapiteln ergänzend aufgreifen sollten. Nach diesem für uns alle sehr schmerzlichen Verlust mussten wir anderen Herausgeber\*innen feststellen, dass wir diese Idee in ihrer ursprünglichen Form ohne Maren nicht in angemessener inhaltlicher Tiefe weiterverfolgen konnten. Ihre Ideen zum Thema der Diversität finden

sich in Ansätzen in Kap. 4 „Auf dem Weg zur biografischen Narrationsanalyse in der Versorgungsforschung“ von Maren Stamer, Heidrun Herzberg und Peter Alheit. Die Mitautor\*innen Heidrun Herzberg und Peter Alheit haben dankenswerterweise das Kapitel in Dialogform abgerundet. Die Einführung (Kap. 1) konnte noch von Maren komplett fertiggestellt werden und wurde von uns Mitherausgeber\*innen kaum verändert; sie stellt auch für uns das Geleitwort einer geschätzten Kollegin zum Buch dar.

Mit den von ihr so genannten „Denk-Freiräumen“ hat Maren wunderbar in die qualitative Versorgungsforschung eingeleitet und zugleich unsere Arbeit maßgeblich geprägt. Vielen Dank dafür, liebe Maren!

*Corina Güthlin, Christine Holmberg, Ute Karbach, Thorsten Meyer-Feil, Christiane Patzelt*

# I. Einführung

## 1

# Warum braucht es dieses Buch und welche Idee liegt ihm zugrunde?

Maren Stamer, Corina Güthlin, Christine Holmberg, Ute Karbach, Thorsten Meyer-Feil und Christiane Patzelt

„Bunt ist meine Lieblingsfarbe“  
(Walter Gropius)

Kennzeichnend für qualitative Forschung sind unter anderem eine große Methodenvielfalt, kleine Stichproben und mikrosoziologische Analysen, anhand derer im Detail liegende, gesellschaftsbezogene Unterschiede rekonstruierbar werden (Meyer et al., 2012; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021).

## 1.1 Warum wir zusammen schreiben

Die Herausgeber\*innen des Lehrbuchs – also wir – sind zugleich die Gründungsmitglieder der Arbeitsgruppe Qualitative Methoden, die sich im Oktober 2008 im Rahmen des 7. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung konstituiert hat. Inzwischen ist die Arbeitsgruppe Qualitative Methoden deutlich gewachsen, es sind verschiedene Untergruppen – zum Beispiel zu Themen wie Forschungsethik in der Qualitativen Versorgungsforschung und Neue Medien in der Qualitativen Versorgungsforschung – entstanden (Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung, 2023). Wir, die Gründungsmitglieder, arbeiten nach wie vor – in-

zwischen als Untergruppe – zusammen, und haben in den vergangenen Jahren drei Diskussionspapiere zu qualitativer Versorgungsforschung veröffentlicht (Karbach et al., 2012; Meyer et al., 2012; Stamer et al., 2015). Im Rahmen dieser Publikationsarbeit haben wir die Denk-Freiräume während unserer Arbeitsgruppentreffen umso mehr schätzen gelernt, als uns allen eine zunehmende Arbeitsverdichtung und ein damit u. a. einhergehender Publikationsdruck im wissenschaftlichen Alltag vertraut war und gegenwärtig ist. Denk-Freiräume im Arbeitsgruppenkontext eröffnen die Möglichkeit zum gemeinsamen, (selbst-)kritischen Denken, letztlich zum dialogischen Denken im Sinne einer reflexiven Weiterentwicklung von Gedanken in der Begegnung mit Anderen (Bloch, 1985, 1963; Dausien, 2019; Gadamer, 1990/1960; Thomssen, 1992) und darüber hinaus auch im gemeinsamen Schreiben. Gemeinsam nach Formulierungen für den zu gestaltenden Text zu suchen, mag sehr zeitaufwendig klingen, der Prozess ermöglicht aber zugleich ein intensives Voneinander- und Miteinander-Lernen in einem kooperativ entwickelten akademischen Kontext. Zugleich stellt dieser Prozess auch eine Würdigung von Detailorientierung im qualitativen Denken dar. Während wir die drei oben genannten Ar-

tikel (Karbach et al., 2012; Meyer et al., 2012; Stamer et al., 2015) durchgehend gemeinsam geschrieben haben, ist dieses Vorgehen bei einem Lehrbuch – aufgrund des Umfangs – nicht gänzlich praktikabel. Wohl aber ist jedes Kapitel im Verlauf seines Entstehungsprozesses mehrfach im Rahmen der Herausgeber\*innen- und Autor\*innenrunde diskutiert und entsprechend weiterentwickelt worden.

## 1.2 Warum wir zusammen dieses Buch schreiben

Mit diesem Lehrbuch knüpfen wir an die in der Versorgungsforschung seit Längerem bekannte Schwierigkeit an, dass aus dem vorhandenen qualitativen Methodenspektrum – das es gegenstandsangemessen immer weiter zu entwickeln gilt – schwerpunktmäßig nur wenige Methoden, wie zum Beispiel teilstrukturierte Interviews und qualitative Inhaltsanalysen, in Forschungsprojekten zum Einsatz kommen, während von anderen Methoden, wie zum Beispiel Narrationsanalysen oder auch Analysen gemäß der Dokumentarischen Methoden, deutlich seltener auf Kongressen zu hören und in Fachartikeln zur Versorgungsforschung zu lesen ist (Karbach et al., 2012; Ullrich et al., 2022).

Damit einher geht die Problematik, dass Erkenntnisse, die anhand eines diverseren Methodeneinsatzes – und damit verbundener vielfältigerer Forschungs- und Untersuchungsfragen – generiert werden könnten, nicht gewonnen werden und somit zukünftiger Versorgungsforschung und vor allem auch zukünftiger Versorgungsgestaltung nicht zur Verfügung stehen. Wie könnte Versorgung anders gestaltet werden, wenn entsprechende Erkenntnisse bereits vorliegen würden? Und was würde das für die Weiterentwicklung von Methoden im Gebiet der Versorgungswissenschaften bedeuten? Dabei verstehen wir das Lehrbuch zu qualitativer Versorgungsforschung als einen Baustein zur Weiterentwicklung qualitativer Methodenkompetenz, die wiederum eine wesentliche Vo-

oraussetzung für die Umsetzung qualitativer Versorgungsforschungsprojekte darstellt.

## 1.3 Warum wir zusammen dieses Buch auf diese Art und Weise schreiben

Im Kontext qualitativer Forschung gilt, dass Methoden gegenstandsangemessen ausgewählt, ggf. auch gegenstandsangemessen weiterentwickelt werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021). Dieses schlicht erscheinende Vorgehen setzt jedoch fundierte Einblicke in das vielfältige qualitative Methodenspektrum voraus, um überdacht abwägen zu können, welche Methoden und vor allem auch welche *Kombinationen qualitativer Methoden* am geeignetsten sind, um die entsprechende Forschungsfrage bzw. Untersuchungsfragestellung beantworten zu können. Vor diesem Hintergrund haben wir uns gegen eine Auflistung einzelner Methoden (z. B. aller denkbaren qualitativen Erhebungsmethoden, Auswertungsmethoden, Stichprobenbildungsmethoden usw.) und für eine exemplarisch ausgewählte Darstellung unterschiedlicher qualitativer Forschungsdesigns mit entsprechender Bezugnahme auf ebenfalls exemplarisch ausgewählte Themen der Versorgung bzw. Versorgungsforschung entschieden. Ergänzt werden die Forschungsdesigns um Kapitel, die Einblicke geben in das praktische Vorgehen im Rahmen von Auswertungsprozessen. Forschungsdesigns implizieren in diesem Sinne eine zum jeweiligen Gegenstand passende Kombination aus Erhebungs- und Auswertungsmethode(n) sowie deren methodologische Grundlagen, verbunden mit einem Vorgehen der Stichprobenbildung und daran gekoppelter Wege der Suche nach potenziellen Forschungsbeteiligten und einer passgenauen Berücksichtigung von Ethik und Datenschutz.

Nicht alle theoretisch denkbaren und aus der Forschung verwandter Gebiete, wie z. B. der Soziologie und der Sozialarbeitswissenschaften, bekannten qualitativen Forschungsdesigns kön-

nen im Rahmen des Lehrbuchs vorgestellt werden. Das liegt zum einen an den methodischen Kompetenzen und damit auch Grenzen der beteiligten Herausgeber\*innen und Autor\*innen, zum anderen aber auch an der Entscheidung „weniger ist mehr“, verbunden mit dem Anspruch einer intensiven gemeinsamen Auseinandersetzung mit jedem einzelnen Kapitel im Lehrbuch. Ein Anspruch, der unserer Erfahrung nach nur in einer Runde mit einer begrenzten Anzahl an Autor\*innen umsetzbar ist. Bei der Entstehung der Texte orientieren sich die Autor\*innen einerseits an gemeinsam verabredeten Eckpunkten, zum Beispiel an einer jeweils ähnlichen Struktur der Darstellung der verschiedenen Forschungsdesigns, andererseits bleibt aber auch der Freiraum für jede\*n Autor\*in, auf ihre\*seine Art und Weise zu schreiben. Das bringt mit sich, dass nicht alles vereinheitlicht ist, zeigt aber zugleich auch die Unterschiedlichkeit der Autor\*innen und Herausgeber\*innen. Ziel ist, eine Parallelität von Struktur und Vielfalt zum Ausdruck zu bringen.

## 1.4 Warum wir dieses Buch auf diese Art und Weise aufgebaut haben

Nach der Einführung in das Lehrbuch Qualitative Versorgungsforschung, das sich schwerpunktmäßig (aber nicht nur) an Nachwuchswissenschaftler\*innen, an Studierende, Dozent\*innen und Forscher\*innen im Kontext von Versorgungsforschung, Gesundheitswissenschaften und Public Health richtet, folgt eine Einleitung, in der einerseits zentrale Aspekte von Versorgungsforschung und andererseits von qualitativer Forschung entfaltet werden. Dem schließt sich eine Auseinandersetzung mit Schnittmengen von Versorgungsforschung und qualitativer Forschung an. Im Anschluss an die Einleitung werden verschiedene Forschungsdesigns vorgestellt: Gruppendiskussionen und Dokumentarische Methode (Ute Karbach), Narrative Interviews, Narrationsanalyse-Methodo-

logie (Maren Stamer, Heidrun Herzberg und Peter Alheit), Leitfadengestützte Interviews und qualitative Inhaltsanalyse (Corina Gütthlin), Social Media Content und qualitative Inhaltsanalyse mit Netzwerkanalyse (Christiane Patzelt, Claudia Dinand und Christoph Karlheim), Ethnografisches Arbeiten (Christine Holmberg) sowie Qualitative Evaluation (Thorsten Meyer-Feil). Abgerundet wird der Hauptteil des Buches mit drei Kapiteln aus der Forschungspraxis. Dem Artikel zum Forschungsvorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse (Marie-Luise Posselt) und dem Artikel zum Forschungsvorgehen bei der Grounded-Theory-Methodologie (Marion Grafe) liegt jeweils ein bereits durchgeführtes Forschungsprojekt zugrunde. Im dritten Artikel befassen sich die Autor\*innen mit unterschiedlichen Vorgehensweisen und Praktiken im Rahmen qualitativer Forschungswerkstätten (Corina Gütthlin und Thorsten Meyer-Feil). Im letzten Abschnitt des Buches – dem Resümee und Ausblick – wenden wir uns der zentralen Frage zu, welche Erkenntnisse anhand eines diverseren qualitativen Methodeneinsatzes generiert werden könnten und welchen Einfluss diese zu gewinnenden Erkenntnisse auf die zukünftige Gestaltung von Versorgungsforschung und vor allem Versorgung haben könnten. Wir wünschen den Leser\*innen viel Spaß beim Lesen des Buches und hoffen auf einen sich anschließenden kreativen fachlichen Dialog.

*Bremen, Frankfurt, Berlin, Köln, Halle und Hannover, im November 2023*

## Literatur

- Bloch, E. (1985/1963). *Tübinger Einleitung in die Philosophie*. Suhrkamp.
- Dausien, B. (2019). „Doing reflexivity“: Interpretations- und Forschungswerkstätten. Überlegungen und Fragen (nicht nur) aus der Perspektive von „Anfänger\*innen“ in der Biographieforschung. In G. Jost & M. Haas (Hrsg.), *Handbuch zur soziologischen Biographieforschung* (S. 257–276). Barbara Budrich.



- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF). (2023). *AG Qualitative Methoden*. Zugriff am 23. November 2023 unter <https://www.dnvf.de/gruppen/ag-qualitative-methoden.html>
- Gadamer, H.-G. (1990/1960). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik* (6. Aufl.). J.C.B. Mohr.
- Karbach, U., Stamer, M., Holmberg, C., Güthlin, C., Patzelt, C. & Meyer, T. (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung. Diskussionspapier, Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland – ein exemplarischer Überblick. *Gesundheitswesen*, 74, 516–525.
- Meyer, T., Karbach, U., Holmberg, C., Güthlin, C., Patzelt, C. & Stamer, M. (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung. Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Gesundheitswesen*, 74, 510–515. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323693>
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (5. Aufl.). Oldenbourg. <https://doi.org/10.1515/9783110710663>
- Stamer, M., Güthlin, C., Holmberg, C., Karbach, U., Patzelt, C. & Meyer, T. (2015). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung. Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. *Gesundheitswesen*, 77, 966–975. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1565235>
- Thomssen, W. (1992). Das Eigene und das Fremde oder das hermeneutische Verstehen des Anderen. *Hessische Blätter für Volksbildung*, 4, 300–305.
- Ullrich, C., Queder, A., Anders, C., Poß-Doering, R. & Nöst, S. (2022). Anwendung und Darstellung qualitativer Methoden in der Versorgungsforschung in Deutschland: ein Scoping Review zu Primärstudien (2010–2019). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 173, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.03.002>

## 2

# Qualitative Methoden in der Versorgungsforschung – eine Einführung

Thorsten Meyer-Feil, Christine Holmberg, Ute Karbach, Christiane Patzelt und Corina Güthlin<sup>1</sup>

*Gegenstandsangemessenheit* ist eine zentrale Forderung an die Anwendung qualitativer Methoden. Damit ist nicht einfach nur die passende Auswahl einer Methode zu einer Forschungsfragestellung gemeint. Es geht vielmehr um multiple Passungsverhältnisse, die im Forschungsprozess immer wieder überdacht werden müssen. So sollten u. a. Theorie, Fragestellung, Sampling, empirischer Fall, Erhebungsmethode, Datentypen, Auswertungsmethode aufeinander abgestimmt und zugleich diese Abstimmung prozesshaft im Forschungsverlauf weitergeführt werden. In der Auswahl, Anwendung und Anpassung von Methoden bzw. in den methodischen Entscheidungen wird der interessierende Gegenstand sichtbar. So formt der Gegenstand gleichsam die Methoden aus. Zugleich lässt sich auch formulieren, dass der Gegenstand erst durch den methodischen Zugang konstituiert wird (Strübing et al., 2018).

Was kann über den Gegenstand der Versorgungsforschung, die Versorgung, ausgesagt werden, wenn qualitative Methoden in der Versorgungsforschung eingesetzt werden? Und wenn methodische Entscheidungen immer auch den Gegenstand selbst mit konstituieren – was können qualitative Methoden über gesundheitliche Versorgung aussagen?

Dieses Kapitel setzt sich damit auseinander, warum, in welcher Form bzw. inwieweit qualitative Methoden besonders geeignet sind, Fragen der Versorgungsforschung zu beantworten und grundsätzliche Aussagen über Gegenstände der Versorgungsforschung zu treffen. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels erfolgt daher eine Reflexion über die Merkmale, die Versorgung bzw. Versorgungsforschung auszeichnen. Dabei wird deutlich, dass bestimmte theoretische Perspektiven die Blicke auf die Gegenstände der Versorgungsforschung maßgeblich prägen. Daran schließt ein Abschnitt über die besonderen Merkmale qualitativer Forschungsmethoden an. Im dritten Abschnitt zeigen wir daran anknüpfend die besondere Passung von qualitativen Methoden und Versorgung auf. Im Anschluss daran reflektieren wir darüber, welche Funktionen qualitative Versorgungsforschungsstudien übernehmen können, und stellen beispielhafte Fragestellungen vor. Das Kapitel schließt mit einer Reflexion darüber, was qualitative Versorgungsforscher\*innen auszeichnet. Wir beginnen mit dem Gegenstand der Versorgungsforschung.

## 2.1 Was zeichnet Versorgungsforschung aus?

Versorgungsforschung als eigenständigen Forschungsbereich gibt es in Deutschland erst seit Ende der 1990er-Jahre (Raspe et al., 2010), sie ist damit noch vergleichsweise jung. Dabei hat es

<sup>1</sup> Dieser Beitrag basiert auf Überlegungen, die in abgewandelter Form in folgenden Beiträgen dargestellt wurden: Meyer & Flick, 2011; Meyer et al., 2012; Meyer & Flick, 2017; Meyer & Xyländer, 2020.

schon vorher international und auch in Deutschland wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit Aspekten der Gesundheitsversorgung gegeben, z.B. im Rahmen medizinsoziologischer, pflegewissenschaftlicher, sozialmedizinischer oder Public-Health-Forschung (vgl. Ohlbrecht & Meyer, 2020). Beispielhaft sei auf die wegweisende Studie „Asyle“ des Soziologen Erving Goffman zur psychiatrischen Versorgung verwiesen, die das Konzept der totalen Institution entwickelt und geprägt hat (Goffman, 1973), oder auf die Studie „Awareness of Dying“ von Glaser und Strauss (1965), die als Feldstudie in Krankenhäusern unser Wissen und Verständnis von Sterbeprozessen in Krankenhäusern maßgeblich geprägt hat; Glaser und Strauss begründeten mit dieser Arbeit die Grounded Theory als Methodologie.

Ende der 1990er-Jahre begann die Bundesärztekammer als eine der ersten Institutionen in Deutschland damit, explizit Projekte der Versorgungsforschung zu fördern. Dass der Begriff von einer zentralen ärztlichen Institution aufgegriffen wurde, dürfte ausschlaggebend für die Akzeptanz von Versorgungsforschung gewesen sein. Damit einher ging auch die Notwendigkeit, Versorgungsforschung gegenüber anderen, bis dato schon etablierten Formen der gesundheitsbezogenen Forschung abzugrenzen. Entsprechend hat sich eine Kommission Versorgungsforschung der Bundesärztekammer damit beschäftigt, den Gegenstand der Versorgungsforschung begrifflich zu fassen:

„Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitlichen Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.“

(Arbeitskreis Versorgungsforschung, Bundesärztekammer, 2004, S. 2)

In dieser Definition finden sich schon maßgebliche Perspektiven auf die Versorgungsforschung wieder, die in ihrer weiteren Entwicklung in Deutschland prägend waren. Versorgungsfor-

schung soll dabei sowohl die Versorgung Einzelner als auch die der Bevölkerung in den Blick nehmen. Damit knüpft dieses Verständnis an einer verbreiteten medizinischen Situation an: eine am Einzelfall orientierte Versorgung und eine an der klinischen Studie orientierte Forschung. Zugleich weist die Definition über diese klinische Versorgung hinaus und integriert mit der Bevölkerung auch eine (Gesundheits-)Systemperspektive. Eine explizite Bevölkerungsperspektive kannte die Ärzteschaft bis dato primär aus den Bereichen der Sozialmedizin bzw. der Epidemiologie. Im Bereich der Gesundheitsforschung war die Bevölkerungsperspektive der zentrale Ansatzpunkt der Public-Health-Forschung. Die Gegenüberstellung der klinischen Versorgung Einzelner und der Bevölkerung stellt eine explizite Analogie zur (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärzt\*innen dar, nach der der\*die Arzt\*in sowohl der Gesundheit des einzelnen Menschen *als auch* der Bevölkerung zu dienen habe (§ 1 Satz 1 der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte). Damit wird deutlich, dass sich die Versorgungsforschung in Deutschland auf einem erweiterten ärztlichen Selbstverständnis konstituiert. Dies ging einher mit einer im Vergleich zu den o.g. früheren, medizinsoziologischen Ansätzen weniger grundsätzlich kritischen Auseinandersetzung mit dem Thema Versorgung.

Ein zweites wesentliches Bestimmungsstück stellen die „gesundheitlichen Produkte und Dienstleistungen“ (s.o.) dar. Sie verweisen indirekt darauf, dass es um die *professionelle* gesundheitsbezogene Versorgung geht und dabei sowohl um deren Gegenstände, z.B. Medikamente, Hilfsmittel, Gesundheitstechnologien im weiteren Sinne, als auch um die eigentlichen Dienstleistungen („services“ im angelsächsischen Raum, dort wird Versorgungsforschung auch „health services research“ genannt), auch als intangible Produkte bezeichnet (vgl. Meyer et al., 2014). Auch wenn der Begriff „Medizin“ bei Verwendung des Begriffs Versorgung in Deutschland nicht explizit benannt wird, soll das Feld der Gesundheitsversorgung gleichsam selbstver-

ständig mitgedacht werden. Diese Spezifizierung ist insofern wichtig, als wir im Deutschen den Begriff der Versorgung auch noch in einem anderen Kontext verwenden, der sich in Begriffen wie „Versorgungsamt“ erhalten hat (und deswegen auch zu Irritationen bei Befragten führen kann!). Hier steht Versorgung für die Unterstützung von notleidenden Menschen durch den Wohlfahrtsstaat. Dieser Versorgungsbegriff ist allerdings in der Versorgungsforschung nicht gemeint. Bei dem Begriff Versorgung der Versorgungsforschung handelt es sich vielmehr um den Rückgriff auf den englischen „care“-Begriff („health care“), die Sorge bzw. Sorgearbeit im Bereich Gesundheit. Innerhalb der Versorgungsforschung wird automatisch davon ausgegangen, dass er sich auf den Gesundheitsbereich bezieht, die Kenntnis dieses Sachverhalts kann aber in der Kommunikation mit externen Partnern nicht automatisch vorausgesetzt werden.

Das dritte relevante Konzept der o.g. Definition bezieht sich auf die „Alltagsbedingungen“. Hier findet sich eine Abgrenzung zu artifiziellen bzw. experimentellen Settings, in denen z.B. Medikamente auf ihre Wirksamkeit unter idealen Bedingungen überprüft werden. Entsprechend beziehe sich Versorgungsforschung auf die als „letzte Meile“ bezeichneten Aspekte der Gesundheitsforschung (vgl. Pfaff et al., 2008)<sup>2</sup>. Durch die Einführung des Konzeptes der „letzten Meile“ wird Versorgungsforschung indirekt in eine stark medizinisch, im engeren Sinne auch von der pharmakologischen Forschung bzw. Zulassungsstudien für Medikamente geprägte Forschung verankert, deren Erweiterung die Versorgungsforschung darstelle. Es gehe um die „konkrete Kranken- und Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen“ (Pfaff et al., 2008, S. 30) unter Routinebedingungen. Diese Spezifizierung verdeutlicht noch

einmal, dass Versorgungsforschung in Deutschland in ihren Anfängen in ärztlichem Denken verhaftet war. Alternative Ausgangspunkte wären durchaus denkbar gewesen, z.B. der von Menschen mit gesundheitlichen Problemen in ihrem Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Abhängigkeit von Professionellen und Institutionen oder der von Gesundheitsberufen und ihrem Zusammenwirken in der Sorge um Patient\*innen. In ihren weiteren Ausführungen verweisen die Autor\*innen der Kommission darauf, dass zur Versorgungsforschung auf jeden Fall die Untersuchung der Arzt-Patient-Beziehung und ihrer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen gehöre – auch dies ein deutlicher Verweis auf das stark medizinisch geprägte Denken der Versorgungsforschung.

Eine in Deutschland breit rezipierte Definition von Versorgungsforschung, die weniger explizit und implizit auf die Medizin Bezug nimmt, vielmehr eine stärkere Systemperspektive einnimmt, stammt aus den USA von Lohr und Steinwachs (2002):

„Health Services Research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organizational structures and processes, health technologies, and personal behaviors affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately our health and well-being. Its research domains are individuals, families, organizations, institutions, communities, and populations.“

(Lohr & Steinwachs, 2002, S. 16).

Explizit wird hier Versorgungsforschung als ein notwendigerweise multidisziplinäres Forschungsfeld ausgewiesen. Das bedeutet, dass es aus Sicht der Autor\*innen zur Erforschung von Versorgung sehr unterschiedlicher Expertise bedarf. Es werden relevante Bedingungsfaktoren von Versorgung aufgeführt, die auf sehr unterschiedlichen Ebenen (Person/Verhalten, Organisation, Gesellschaft, vorhandene Technologien, Finanzierungsmechanismen) verortet werden.

2 Inwieweit schon „effectiveness“-Studien, also Wirksamkeitsstudien unter realen Versorgungsbedingungen, zur Versorgungsforschung gehören, stellt weiterhin einen Streitpunkt in der Gesundheitsforschung dar.

Die eigentlichen versorgungsbezogenen Untersuchungsgegenstände werden ebenfalls benannt: der Zugang, die Qualität und die Kosten sowie gesundheitsbezogene Outcomes. Während die Definition der Bundesärztekammer zwischen Individuen und der Bevölkerung unterscheidet, differenzieren Lohr und Steinwachs weitere Ebenen: den Einzelnen, (ihre) Familien (als Mikro-Ebene der Versorgung), Organisationen und Institutionen (Meso-Ebene) und Gemeinschaften bzw. Bevölkerungsgruppen (Makro-Ebene).

In dieser Definition ist eine Idee vorgedacht, die später von Pfaff et al. (2011) im ersten *Lehrbuch Versorgungsforschung* als Throughput-Modell der Versorgung ausgeführt wurde, das auf einem linearen Modell von Input, über Throughput (d. h. dem Versorgungsprozess) und Output (der eigentlichen Versorgungsleistung) zum Outcome (dem eigentlichen Behandlungsergebnis) basiert. Es handelt sich um ein aus dem Bereich des Managements stammendes Modell. Die in diesem Prozessmodell angenommene Linearität wurde an späterer Stelle von den Autoren um Rückkopplungsschleifen ergänzt (Schrappe & Pfaff, 2017). Bei Lohr und Steinwachs finden sich zudem normative Setzungen, über die die Versorgungsforschung reflektieren sollte: so die Ausführungen zu den *letztendlichen* Zielen von Versorgung (Gesundheit und Wohlergehen)<sup>3</sup> oder auch die Einfüh-

rung des inhaltlich unbestimmten *Qualitätsbegriff* in der Leistungsgestaltung.

Ein wesentlicher Meilenstein in der Spezifizierung dessen, was bis heute prägend für unser Verständnis von Versorgungsforschung ist, wurde von einer Gruppe von Wissenschaftlern [sic!] im Rahmen einer Stellungnahme der Deutschen Forschungsgemeinschaft vorgenommen (Raspe et al., 2010). Sie verweisen darauf, dass der Begriff Versorgungsforschung keine umgrenzte bzw. spezifische Sammlung von wissenschaftlichen Methoden, Techniken und Instrumenten kennzeichnet, sondern sich vielmehr beziehe auf

- „ein besonderes Problemfeld als Gegenstand: die gesundheitliche oder enger noch: medizinische Versorgung unserer Bevölkerung,
- eine bestimmte Frageperspektive, die auf die Organisation, Regulierung und Verbesserung dieser Versorgung zielt, und
- ein multi- und transprofessionelles Praxisfeld: die wissenschaftlich fundierte Informierung und Beratung von Personen und Einrichtungen mit Steuerungsfunktionen im Gesundheitswesen.“ (Raspe et al., 2010, S. 11; Hervorhebungen im Original)

Es wird deutlich, dass die Autoren weniger die Mikro-Ebene der Versorgung als vielmehr die Meso- und Makro-Ebene im Blick hatten. Im ersten der o. g. Punkte erfolgt ein expliziter Bezug zur Bevölkerungsebene. Im zweiten Punkt wird auf die Meso-Ebene (Organisation) und auch die Makro-Ebene (Regulierung) verwiesen. Und im dritten Punkt verweisen die Autoren auf die Zielgruppe der Erkenntnisse der Versorgungsforschung: Personen und Einrichtungen mit Steuerungsfunktionen im Gesundheitswesen, d. h. diejenigen, die gesundheitspolitische und Management-Entscheidungen zu

3 Über entsprechende „*letztendliche* Zielen von Versorgung“ näher zu reflektieren, wäre durchaus angebracht. Allein schon die Frage, ob eher Gesundheit gefördert oder Krankheit verhindert und beseitigt werden sollte, dürfte zu unterschiedlichen Versorgungsaktivitäten (und entsprechenden Bewertungen durch die Versorgungsforschung) führen. Allein der Begriff der Gesundheit hat schon sehr unterschiedliche Definitionen hervorgebracht (vgl. Ohlbrecht, 2022). Ein Referenzpunkt für entsprechende Ziele der Versorgung könnte für Deutschland das Sozialrecht sein, das für den großen Bereich der gesetzlichen Versicherung Gesundheitsleistungen maßgeblich (mit)prägt. So kennt das SGB V z. B. das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 20), was die gesundheitsökonomische Bewertung von Versorgungsleistungen nahelegt. Oder: Das übergeordnete Recht zur rehabilitativen Versorgung im SGB IX

nennt gleich im zentralen § 1 Selbstbestimmung und umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als übergeordnete, *letztendliche* Zwecke der Versorgung. An ihnen müsse sich die Evaluation von rehabilitativen Versorgungsangeboten messen lassen (vgl. Meyer & Menzel-Begemann, 2020).

treffen haben. Dieser Punkt fasst die Bedeutung der Versorgungsforschung sicherlich zu eng, da insbesondere auch Patient\*innen als relevante Stakeholder der Versorgung Adressaten der Ergebnisse von Versorgungsforschung sind, ebenso wie die in der Praxis der Versorgung Tätigen (z.B. Therapeut\*innen).

Mit den Verweisen auf ein Problemfeld als Gegenstand und auf das Praxisfeld wird die Versorgungsforschung als angewandte Wissenschaft eingeordnet. Das ist insofern von Bedeutung, als Ergebnisse versorgungswissenschaftlicher Studien eine „nur kurze Halbwertszeit“ (Raspe et al., 2010, S. 19) aufweisen. Dadurch seien aufwendige, langjährig angelegte qualitative Studien in der Regel weniger zielführend. Zugleich verweisen die Autoren auf grundlagenwissenschaftliche Klärungsbedarfe zu den Theorien und Konzepten, die grundlegend für die Versorgungsforschung sind. Hier sehen sie auch die besondere Förderrolle der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) adressiert.

Ein besonderer Blick sollte auch auf den ersten Punkt geworfen werden, der die Versorgungsforschung bis heute beschäftigt: Wie weit ist der Gegenstand der Versorgungsforschung zu denken? Gehören zum Beispiel Maßnahmen der Primärprävention zum Gegenstand der Versorgungsforschung? Im engeren Sinne eher nicht, da es sich nicht um eine medizinische<sup>4</sup> Versorgung handelt. Diese bis heute virulenten Fragen verweisen darauf, dass es Themen gibt, die eher im Zentrum stehen, und Themen, die eher in der Peripherie der Versorgungsforschung stehen. Letztlich handelt es sich um Aushandlungsprozesse darüber, welche Zuständigkeiten eine Versorgungsforschung als angewandte Wissenschaft aufweisen sollte. Diese Aushandlungsprozesse sind auch geprägt von dem Kampf um Ressourcen bzw. die jeweilige Existenzberechtigung.

Die Autoren stellen ebenfalls dar, dass das o.g. multi- bzw. transprofessionelle Praxisfeld einer Versorgungsforschung bedarf, die nur „multidisziplinär denkbar“ (Raspe et al., 2010, S. 27) sei. Zu den explizit genannten Wissensschaftsbereichen gehören Normwissenschaften (Ethik, Jura), klinische (im Sinne einer praktischen) Medizin, Soziologie, Psychologie, Ökonomie, Politik, Verwaltungswissenschaften, Demografie, Epidemiologie und Statistik. Aufgrund ihrer Verortung in einem medizinisch geprägten Versorgungsbegriff überrascht es nicht, dass zwar mit der Epidemiologie und Statistik zwei Bereiche der standardisierten Forschung explizit benannt werden, zugleich aber die qualitative Forschung nicht explizit adressiert ist.

Versorgungsforschung in Deutschland ist ein sich dynamisch entwickelndes Forschungsfeld, entsprechend finden sich deutliche Überarbeitungen von Definitionen im zeitlichen Verlauf. Aus der 2. Auflage des Lehrbuchs Versorgungsforschung stammt folgende Definition:

„Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das ausgehend von der Patienten- sowie Populationsperspektive und vor dem Hintergrund komplexer Kontextbedingungen die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht, den Outcome auf Ebene der Alltagsversorgung beschreibt und komplexe Interventionen zur Verbesserung der Versorgung evaluiert.“  
(Schrappe & Pfaff, 2017, S. 11)

Diese Definition ergänzt die o.g. Definitionen in einzelnen Punkten: Sie verweist explizit auf Kontextfaktoren und ihre Komplexität als zentralen Untersuchungsgegenstand von Versorgungsforschung. Ebenso betont sie die Prozesshaftigkeit von Versorgung<sup>5</sup> und führt den Begriff der komplexen Intervention ein, über deren

<sup>4</sup> Der Begriff „Medizin“ ist in dem genannten Papier allerdings nicht auf die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten beschränkt, sondern schließt weitere Berufsgruppen ein, die im Bereich der Kranken- und Gesundheitsversorgung tätig sind.

<sup>5</sup> Tatsächlich finden sich in der Definition die drei zentralen Qualitätsdimensionen medizinischer Versorgung nach Donabedian (1978) wieder: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Entwicklung und Evaluation seit Anfang der 2000er-Jahre einflussreiche Überlegungen des britischen Medical Research Council vorliegen (Campbell et al., 2000; Craigh et al., 2008; Skivington et al., 2021). Mit der Verwendung des Outcome-Begriffs wird explizit auf das o.g. Throughput-Modell zurückgegriffen, das entsprechende lineare Wenn-dann-Beziehungen nahelegt. Mit der Outcome-Orientierung geraten zugleich weiterführende Folgen von Versorgungspraktiken – im Sinne einer Impactforschung – möglicherweise aus dem Blickfeld, z. B. die Bedeutung von niederschweligen Gesundheitsversorgungsangeboten für die soziale Kohärenz einer Gesellschaft.

Mit Blick auf das eingangs eingeführte Konzept der Gegenstandsangemessenheit bleibt festzuhalten: Es lagen zwar frühe, wegweisende Versorgungsstudien – vor allem aus soziologischer Perspektive – vor, die eine Konstituierung des Gegenstands Versorgung auch und insbesondere aus einer qualitativen Forschungsperspektive nahegelegt hätten. Aber in seiner aktuellen Form wird der Diskurs maßgeblich von einer standardisierten, quantitativen Forschungsperspektive geprägt. Im Kapitel Resümee (Kap. 12) werden wir ein erweitertes Verständnis von Versorgungsforschung erarbeiten. Um die Bedeutung qualitativer Methoden für die Versorgungsforschung sichtbarer zu machen, widmen wir uns im nächsten Schritt ihren zentralen Merkmalen.

## 2.2 Was zeichnet qualitative Methoden aus?

Wir möchten mit den folgenden Ausführungen auf für uns und für die Versorgungsforschung zentrale Aspekte qualitativer Forschung aufmerksam machen. Dabei sollte bedacht werden, dass der Begriff „qualitativ“ ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche Forschungsansätze darstellt: „...there cannot and should not be a uniform approach to qualitative methods“ (Bradley et al., 2007, S. 1760). Die in der quali-

tativen Forschung genutzten Forschungsansätze können sich in ihren Grundannahmen so deutlich unterscheiden, dass sogar von unterschiedlichen Forschungsparadigmen gesprochen werden kann, die in der Versorgungsforschung unter dem Begriff „qualitativ“ verortet werden. Hierzu gehören Unterschiede im Grundverständnis des Gegenstands oder des Erhebungszugangs. Das kann sich z. B. in der Frage ausdrücken, ob bzw. inwieweit durch Expert\*inneninterviews ein Zugang zum Wissen über das Feld ermöglicht wird, Aussagen der Expert\*innen primär subjektive Konzepte und Theorien darstellen oder am ehesten als Ausdruck von Haltungen von Repräsentant\*innen bestimmter sozialer Rollen von an der Versorgung beteiligten Personen(gruppen) verstanden werden sollten. Können „Querschnitts“-Ausschnitte Einblicke in Versorgungsprozesse geben oder müssen diese auch mit prozessuralen Methoden rekonstruiert werden?

Es gibt folglich nicht *den* qualitativen Forschungsansatz. Vielmehr kann empirische Forschung *mehr oder weniger* qualitativ ausgeprägt sein. Um eine Annäherung an den Begriff qualitativ zu leisten, führen wir im Folgenden fünf zentrale Konzepte qualitativen Forschens ein: Offenheit, Subjektorientierung, Forschung als iterativer Prozess, Analyse von Bedeutungen, Kontextsensibilität (vgl. Meyer, 2015; Meyer et al., 2012).

### 2.2.1 Offenheit

Auf sehr unterschiedlichen Ebenen stellt Offenheit ein, wenn nicht sogar *das* zentrale Merkmal qualitativer Forschung dar. Offenheit soll im qualitativen Forschungsprozess ermöglichen, dass Unbekanntes oder Unerwartetes auftreten kann. Dies ermöglicht die Sichtbarmachung von blinden Flecken und unbekanntem Terrain. Eine standardisierte, hypothesentestende Forschung setzt dagegen immer a priori bestimmte Determinanten ins Licht und kann nur innerhalb einer vorgegebenen Logik zu Ergebnissen kommen.

Das verweist auf eine wichtige Funktion qualitativer Forschung: die Exploration. Offene Forschungsfragen zu stellen (im Gegensatz zu geschlossenen) ist ein Ausdruck dieser Offenheit. So würden wir anstatt der geschlossenen Frage „Ist die Intervention X der Standardversorgung überlegen?“ eher die folgende Frage stellen: „Inwieweit zeigen sich Unterschiede nach Einführung der Intervention X zur Standardversorgung?“ oder „Welche Bedeutung haben ggf. vorhandene Unterschiede der Intervention X im Vergleich zur Standardversorgung für die verschiedenen beteiligten Personengruppen?“

Je offener ein Forschungsprojekt in den nachfolgend aufgeführten Merkmalen angelegt ist, umso „qualitativer“ ist die Forschung. Tatsächlich ist das Merkmal Offenheit so zentral für qualitative Forschung, dass eine Unterscheidung von Forschungsprojekten anhand der Dimension *Offenheit* auf der einen und *Standardisierung* auf der anderen Seite unseres Erachtens inhaltlich treffender ist als die traditionell in der Literatur vorgenommene Unterscheidung von *qualitativer* und *quantitativer* Forschung.

Aus forschungsmethodischer Sicht zeigt sich Offenheit auch in dem Desiderat, Aspekte des Studiendesigns im Verlauf der Studie zu überprüfen und ggf. anzupassen. Dazu gehört zum Beispiel, den Interviewleitfaden im Verlauf einer Studie anzupassen, abhängig von den Erfahrungen bzw. ersten Analysen der Ergebnisse. Auch das Sampling sollte nicht von Beginn an festgelegt sein, sondern in Abhängigkeit vom Erkenntnisstand angepasst werden können (vgl. das Konzept des theoretischen Samplings in Kap. 4). Im Gegensatz zu einem geschlossenen Antwortformat mit vorgegebenen Antwortoptionen ist das in qualitativen Studien umgesetzte Datenformat in aller Regel offen, z.B. sind es Erzählungen. Selbst die Forschungsfrage kann sich im Zuge einer qualitativen Studie ändern – wenn sich z.B. herausstellt, dass die Vorannahmen, die sich in der Forschungsfrage ausdrücken, nicht haltbar sind. So kann in einer Studie, in der ursprünglich die Frage gestellt wurde, wie Hausärzt\*innen medizinische Leit-

linien für die Versorgung ihrer Patient\*innen nutzen, die Frage folgendermaßen erweitert werden: Wie treffen Hausärzt\*innen im Alltag ihre klinischen Entscheidungen und inwieweit spielt dabei das Wissen aus medizinischen Leitlinien eine Rolle? Die Anpassung der Methoden an den Forschungsverlauf bzw. letztlich an den Gegenstand der Studie wird auch mit dem oben schon eingeführten Begriff der *Gegenstandsangemessenheit* bezeichnet. Hier bezieht er sich auf den Forschungsprozess.

In einer qualitativen Studie sollten wir als Forschende es unseren Teilnehmenden ermöglichen, dass sie sich möglichst frei und offen äußern und verhalten können. Bei diesem Aspekt von Offenheit geht es auch darum, für respektvolle Bedingungen zu sorgen. Zum Beispiel stellt sich bei Interviews immer die Frage des passenden Ortes: in einer Institution wie z.B. einer Klinik, im Büro der/des Interviewer\*in, im Untersuchungszimmer oder in einem halböffentlichen Raum wie einem ruhigen Café oder in der Häuslichkeit der zu befragenden Person – letztlich sollten nicht die Bedürfnisse des/der Interviewer\*in ausschlaggebend sein, vielmehr die Bedürfnisse des/der Teilnehmenden, so dass er/sie sich geschützt fühlen kann und Raum für persönliche Entfaltung gegeben ist. Ebenso drückt sich Offenheit darin aus, möglichst offene Fragen zu stellen bzw. Erzählanreize anzubieten. Offenheit lässt sich auch durch die Wahl der Erhebungsmethoden befördern. Beispielsweise hat sich gezeigt, dass eine Gruppendiskussion mit homogenen Teilnehmenden, die wahrnehmbar geteilte Erfahrungen aufweisen, zur Offenheit auch bei sehr persönlichen und intimen Themen beitragen kann (Wilkinson, 1998, S. 334).

Offenheit spricht auch eine Haltung an, die von uns als Forschenden erwartet wird. Es geht darum bereit zu sein, sich der eigenen – und im Forschungsteam unterschiedlichen – (Vor-)Annahmen gewahr zu werden und diese während der Planung, Erhebung und Analyse infrage zu stellen und anzupassen. Über diese Bereitschaft hinaus sollten wir Möglichkeiten der eigenen Ir-



ritation von vornherein in das Forschungsdesign integrieren, z. B. durch die Etablierung von Forschungswerkstätten (vgl. Kap. 11) oder die Reflexion über die Vorannahmen der Forschungsfrage in der Forschungsgruppe. Diese Form der Offenheit stellt eine notwendige Bedingung für eine gehaltvolle qualitative Forschung dar. Es ist unter Anwendung qualitativer Forschungsmethoden durchaus möglich, sich fest gefügte Vorstellungen durch eine Studie und vorhandenes Material bestätigen zu lassen – aus der psychologischen Forschung kennen wir das ausgeprägte Phänomen der selektiven Wahrnehmung. Dieser Gefahr müssen wir mit einer Haltung der Offenheit bzw. des offenen Erkenntnisinteresses begegnen. Es kann als ein Qualitätsmerkmal qualitativer Studien verstanden werden, wenn Lernprozesse der Forschenden in den Forschungsberichten entsprechend dargestellt werden.

### 2.2.2 Subjektorientierung

Qualitative Forschung ist subjektorientiert. Eine ihrer Stärken besteht darin, die subjektiven Vorstellungen, Erfahrungen bzw. Deutungsmuster von Personen zu rekonstruieren und darüber das Verhalten und Handeln von Individuen oder auch sozialen Gruppen zu verstehen. Gemäß dem berühmten Thomas-Theorem „If men define situations as real, they are real in their consequences“ (Thomas, 1928, S. 572) gehen wir davon aus, dass die Art und Weise wie Personen ihre Welt wahrnehmen und erklären, entscheidend dafür ist, welche Schlussfolgerungen sie für ihr Handeln ziehen. Im Kontext der Versorgungsforschung spielt entsprechend die Kenntnis zum Beispiel der bisherigen Versorgungserfahrungen, Krankheitstheorien oder des Wissens der Individuen um Fachkompetenzen verschiedener Gesundheitsprofessionen eine entscheidende Rolle, um Versorgungsverhalten von Menschen zu verstehen.

Zu den Subjekten in der Versorgung gehören aber insbesondere auch diejenigen, deren Aufgabe die Versorgung ist – die professionellen

Leistungserbringenden aus unterschiedlichsten Gesundheitsberufen. Auch deren Vorstellungen, Erfahrungen bzw. Deutungsmuster entscheiden darüber, wie mit Patient\*innen umgegangen wird, und konstituieren im weiteren Sinne die Versorgungsrealität mit. Das heißt, auch die Rekonstruktion deren subjektiver Wirklichkeit gehört zu einer Kernaufgabe qualitativer Versorgungsforschung.

Auf eine dritte relevante Personengruppe haben wir im Abschnitt Offenheit hingewiesen: Das sind wir als Versorgungsforscher\*innen. Auch unsere Vorstellungen, Erfahrungen und Deutungsmuster prägen maßgeblich die Studien, die wir durchführen. Diese müssen wir entsprechend im Forschungsprozess reflektieren und integrieren. Ein guter Ansatzpunkt, Vorannahmen aufzuspüren, ist die Forschungsfrage. Hierzu gehört, jeden Teil der Forschungsfrage hinsichtlich impliziter Vorannahmen zu reflektieren.

Einen weiteren Aspekt der Subjektorientierung stellt die Fallorientierung qualitativen Forschens dar. Methodisch hat es sich bewährt, fallweise vorzugehen, d. h. jeweils den einzelnen Fall in seiner Vielschichtigkeit auszuwerten und erst dann zum nächsten Fall zu wechseln. Dies ermöglicht, die Komplexität des Einzelfalls zu erhalten.

### 2.2.3 Prozessorientierung

Eine qualitative Studie stellt einen *zirkulären* Forschungsprozess dar. Was ist damit gemeint? Am einfachsten ist dieser Punkt zu verstehen in Abgrenzung zu einem für die ideale standardisierte Forschung typischen *linearen* Forschungsprozess. Dieser sollte dadurch geprägt sein, dass aus einer Theorie eine Fragestellung und Hypothese abgeleitet wird. Diese Hypothese wird operationalisiert (u. a. Sampling, Instrumentenauswahl, Auswahl von Analysemethoden), ein Untersuchungsplan wird erstellt, auf dessen Basis dann die Ergebnisse erzielt werden. Im letzten Schritt sollte die Interpretation der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Theorie bzw.

anderer empirischer Forschungsergebnisse erfolgen. Der qualitative Forschungsprozess erfolgt nicht in diesen aufeinanderfolgenden Schritten. Vielmehr ist er durch eine *Rückbezüglichkeit* gekennzeichnet. Dies lässt sich anhand des theoretischen Samplings im Rahmen der Grounded Theory veranschaulichen. In der Grounded Theory beginnt die Analyse mit dem ersten Fall bzw. in direktem Anschluss an die Erhebung des ersten Falls. Die Erkenntnisse aus diesem Fall leiten dann die Auswahl des nächsten Falles. Theoretische Annahmen über den Forschungsgegenstand lassen sich so im Forschungsprozess entwickeln und überprüfen, widerlegen, verfeinern bzw. anpassen. Ein Rückbezug kann auch auf die Vorannahmen oder Forschungsfragen erfolgen, da sich im Zuge der Analyse herausstellen kann, dass sich Vorannahmen oder Forschungsfragen nicht halten lassen und angepasst werden sollten. Durch diese Anpassungen lernen wir wiederum etwas über den Forschungsgegenstand (das Prinzip der Gegenstandsangemessenheit, s.o.). Die Offenheit des Forschungsprozesses spiegelt auch die Gegenstände qualitativer Forschung wider: Es handelt sich um soziale Prozesse, die in ihrer jeweiligen Form kontextabhängig, d.h. zeitlich und kulturell gebunden sind und sich daher nie 1 : 1 wiederholen lassen.

Kurz zusammengefasst: Der qualitative Forschungsprozess ist zirkulär bzw. rückbezüglich. Herausfordernd ist dabei, begründete und transparente Entscheidungen dieses Forschungsprozesses vorzunehmen und zugänglich zu machen. Auch die Frage, wann ein solcher Prozess zu einem Ende kommt, ist bislang nur unzulänglich geklärt – bisher bietet lediglich das Konzept der theoretischen Sättigung innerhalb der Grounded Theory eine mögliche Antwort an. Auch die Förderformate von Projekten mit ihren festen zeitlichen Grenzen sowie die formalen Vorgaben für Publikationen, die einem linearen Forschungsprozess verpflichtet sind, stellen große Herausforderungen für eine Prozessorientierung qualitativer Versorgungsforschung dar.

## 2.2.4 Interpretation von Bedeutungen

Qualitative Analyse ist systematische, in den Daten begründete Deutungsarbeit. Sie zielt auf soziale Phänomene, auf sozialen Sinn, den es herauszuarbeiten gilt. Die Interpretation stellt in der qualitativen Analyse entsprechend das Herzstück des Forschungsprozesses dar. Im Alltag sind wir alle darauf angewiesen, im Miteinander ständig zu interpretieren:

„Haben Sie Taubheitsgefühle?“ „Nein, hören tu ich gut.“

(Bunzel, 1998, S. 359)

Diese Interaktion verdeutlicht, wie wir in sozialen Interaktionen darauf angewiesen sind, den Sinn der Äußerungen des Gegenübers zu interpretieren – und wie leicht daraus Missverständnisse entstehen können<sup>6</sup>. Mit der Technik des Einsatzes von Irritationen in der sozialen Interaktion wird forschungsmethodisch diese ständige Aushandlung von Bedeutungen – u.a. mithilfe von Krisenexperimenten – sichtbar gemacht (vgl. Garfinkel, 1967).

Als qualitativ Forschende haben wir die Aufgabe, den Sinn des Gemeinten zu identifizieren. Was hat die Person mit ihrer Aussage gemeint? Aber einen Moment mal: Ist das dann nicht „nur Interpretation“? Es ist genau die Interpretation, die unser Zusammenleben kennzeichnet und überhaupt ermöglicht. Zugleich können wir, abhängig von dem gewählten methodischen Ansatz, auch tiefer liegende soziale Sinnschichten

6 Solche Missverständnisse lassen sich im Interaktionsprozess relativ gut aufklären, wie z.B. im Rahmen eines qualitativen Interviews. Die gleiche Frage in einem standardisierten Fragebogen würde unweigerlich zu einer inkorrekten Antwort führen, d.h. der/die Befragte antwortet auf eine andere Frage als die, die der\*die Fragende intendiert hatte. Das ist ein zentrales Problem von standardisierten Erhebungen (z.B. Fragebogen), da eine entsprechende Rückmeldemöglichkeit entfällt. Entsprechend lassen sich im qualitativen Interview auch Missverständnisse in Bezug auf Fachbegriffe von Medizin und Versorgung leichter aufklären.

herausarbeiten, die den beteiligten Personen in der Regel bei ihrer Aussage gar nicht bewusst gewesen sind. Diese Art von Interpretationen zielt auf Vorannahmen, Unterscheidungen oder Theorien, die unser soziales Miteinander – und damit auch Versorgung – maßgeblich mitbedingen. Wir benötigen die Offenheit und den Mut zur Interpretation, um möglichst gehaltvolle Aussagen treffen zu können, und immer wieder den Rückbezug zum Material – was spricht für unsere Interpretation, was ggf. dagegen? Es ist dieser Analyseprozess, der diese Interpretationen nicht nur notwendig, sondern auch wertvoll macht. Diese Interpretationen werden unweigerlich von unseren Erfahrungen, (Vor-)Kenntnissen und Haltungen mitbedingt, d. h. von unserer Subjektivität als Forschende. Es sind die neuen Sichtweisen und Erkenntnisse, die wir uns in einem solchen Interpretationsprozess erarbeiten, durch die wir uns als Forschende verändern.

### 2.2.5 Kontextsensitivität

Alle sozialen Phänomene, und damit auch Phänomene der Versorgung, finden in einem Kontext statt und sind auch Ausdruck dieses Kontextes. Zu diesem Kontext können physikalische Bedingungen gehören (Tageszeit, Temperatur, physikalische Barrieren, technische Ausstattung, Architektur etc.), rechtliche Rahmenbedingungen, ungeschriebene Gesetze bzw. implizite soziale Regeln, Versorgungsarrangements (z. B. klassische Dyaden von Professionelle\*r und Patient\*in, Schreibtischstuhl und Untersuchungsliege; Einbindung von An- und Zugehörigen), Zusammenarbeitsformen von Berufsgruppen, formale und informelle Hierarchien – um nur einige zu nennen. Es ist eine große Aufgabe – nicht nur einer qualitativen Versorgungsforschung –, die relevanten Kontextfaktoren der Versorgung zu identifizieren, unter denen das interessierende Versorgungsphänomen und seine Varianten auftreten. Wichtig ist festzuhalten, dass die Analyse qualitativer Phänomene notwendigerweise mit der Analyse von relevanten Kontextbedingungen einhergeht.

Zum Beispiel findet sich in der Frage „Wirkt eine Intervention?“ kein Bezug zu einem Kontext, als gebe es Wirkungen einer Intervention an sich, ohne Berücksichtigung von Kontextfaktoren. Entsprechend ist eine solche Frage (nicht nur) in Bezug auf den Kontext unvollständig: „Unter welchen Bedingungen können wir welche Folgen des Einsatzes einer Intervention erwarten?“ wäre eine Frage, die besser an ein qualitatives Denken anschlussfähig ist. Im Kapitel zur Grounded Theory (Kap. 10) wird im Rahmen des sogenannten Kodierparadigmas ein Beispiel aufgezeigt, in der die Identifikation relevanter Kontextfaktoren zum Verständnis des interessierenden Phänomens in die Analyse integriert ist, z. B. der Versichertenstatus des/der Patienten\*in als Kontextfaktor.

## 2.3 Inwieweit passen qualitative Methoden zum Gegenstand der Versorgungsforschung?

Qualitative Forschungsmethoden sind auf verschiedene Arten und Weisen geeignet, unterschiedliche Aspekte des interessierenden Forschungsgegenstands Versorgung zu untersuchen. Sie eignen sich besonders dazu, *Alltagspraktiken* zu identifizieren, zu beschreiben und zu analysieren. Hier spielen Ansätze des (teilnehmenden) Beobachtens – bzw. auch im weiteren Sinne das längere Eintauchen in das Feld mit Ansätzen der Ethnomethodologie in ihrer Anwendung auf den Bereich der (Kranken-)Versorgung – eine prominente Rolle. Ebenso stellen auch Video- bzw. Audioaufnahmen von Versorgungsinteraktionen einen wichtigen qualitativen Zugang dar, der Alltagsorientierung ermöglicht (vgl. Kap. 10 zur Kombination aus Videoaufnahmen von Versorgungssituationen und Interviews). Aber auch bestimmte Ansätze von (Expert\*innen-)Interviews oder Gruppendiskussionen können dazu beitragen, Alltagspraktiken der Versorgung zu identifizieren und besser zu verstehen. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass

auch mit qualitativen Methoden bewusst diese Alltagsorientierung hergestellt werden muss, sie nicht gleichsam von vornherein als alltagsorientiert verstanden werden können. So können Interviews mit Expert\*innen zwar einen möglichen Zugang zum Versorgungsalltag darstellen. Aber gerade eher auf reflektiertes bzw. Deutungswissen adressierende Interviews sind dabei weniger geeignet, Informationen über den tatsächlichen Versorgungsalltag zu erhalten. Auch eine Gruppendiskussion, die vorher unbekannte Personen zusammenbringt und auf besondere Kommunikationsregeln Wert legt, wie z. B. das Ausredenlassen oder das Stehenlassen von Kommentaren, kann als durchaus künstliche Gesprächssituation verstanden werden, die nur wenig mit dem Alltag der Beteiligten in Zusammenhang steht (vgl. Meyer et al., 2012).

Qualitative Methoden weisen zudem ein sehr hohes Potenzial auf, Aspekte der *Patientenorientierung* im Forschungsdesign umzusetzen. Dieser Aspekt findet sein Pendant in der *Subjektorientierung* qualitativen Forschens (s.o.). Nicht wenige, insbesondere interviewbasierte Verfahren eignen sich dazu, die subjektiven Sichtweisen, Bedürfnisse, Wertvorstellungen und Präferenzen von an der Versorgung teilnehmenden Personen zu identifizieren. Der prozesshafte Charakter qualitativer Forschung ermöglicht ein umfassenderes Verständnis für entsprechende Sichtweisen, und insbesondere die Offenheit qualitativer Methoden leistet hierzu einen entscheidenden Beitrag.

Qualitative Studien sollten, wie oben beschrieben, immer auch *kontextsensitiv* sein. Damit erfüllen sie eine wichtige Voraussetzung einer Versorgungsforschung, die die Bedeutung von Kontexten für die Ausgestaltung von Versorgung hervorhebt. Die Kenntnis der Abhängigkeit sozialer Phänomene (wie die Versorgung) von zeitlich-kulturellen Bedingungen kann dabei genutzt werden, gerade auch Unterschiede zwischen Phänomenen besser zu verstehen und herauszuarbeiten.

Eine weitere Passung zwischen Ansprüchen an eine Versorgungsforschung und qualitativen

Ansätzen findet sich im Ruf nach *Multidisziplinarität* der Versorgungsforschung (s.o.). Qualitatives Forschen sollte Forschen in Gruppen sein, was sich u. a. in der Herausbildung von multidisziplinären Forschungswerkstätten zeigt, die besonders davon profitieren, wenn unterschiedliche fachliche Disziplinen vertreten sind. Das qualitative Konzept der Triangulation, d. h. der Betrachtung eines Gegenstandes von verschiedenen Perspektiven aus (in Bezug auf Personen, fachliche Hintergründe, aber auch Theorien, methodische Zugänge; vgl. Kap. 11), findet hier seine Entsprechung. In Anknüpfung an Konzepte der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung ist es weiterführend, nicht nur Multidisziplinarität in qualitativen Forschendengruppen als hinreichende Bedingung guten Forschens zu verstehen. Vielmehr sollte auch die Qualität des Aufeinander-Eingehens und -Bezugnehmens, die Fähigkeit der Übernahme der Sichtweise von Anderen sowie der Respekt vor bzw. die explizite Integration der „beforschten“ Personengruppen – d. h. Interdisziplinarität bzw. Transdisziplinarität (vgl. Körner, 2022) – als Qualitätsmerkmal der Forschungsarbeit in Gruppen verstanden werden. Die Integration der Betroffenen in den Forschungsprozess als weitere Perspektive – die sogenannte partizipative Forschung (vgl. Brütt, 2022) – ist entsprechend in der qualitativen Forschung anschlussfähig. Sie findet eine entsprechende Tradition in der Handlungsforschung / Aktionsforschung.

### 2.3.1 Funktionen qualitativer Versorgungsforschung

Qualitative Versorgungsforschung kann eine Vielzahl unterschiedlicher Fragen beantworten und damit unterschiedliche Funktionen aufweisen bzw. unterschiedlichen Zwecken dienlich sein. Eine (unvollständige) Auflistung möglicher Funktionen, Zwecke und Fragestellungen, die allesamt Versorgung in den Blick nehmen, findet sich in nachfolgender Liste:

- „giving voice“, z. B. den Angehörigen, Minderheiten;

- Identifikation und Analyse von Präferenzen/Prioritäten von Stakeholdern;
- Rekonstruktion von Versorgungserfahrungen;
- Rekonstruktion von Versorgungsentscheidungen; Patientenwege im sektorierten Versorgungssystem;
- Verstehen sozialer Interaktionen in der Versorgung, z. B. Arzt/Ärztin-Patient\*in-Interaktion;
- Verstehen der Funktionsweisen gesundheitsbezogener Organisationen; Kommunikation zwischen Organisationen/Institutionen („Schnittstellen“);
- begleitende Vertiefung der Erkenntnisse von „pragmatic trials“ (u. a. Rekrutierung, Akzeptanz, Outcomekontrolle);
- Entwicklung und Validierung standardisierter Instrumente mithilfe von kognitiven Interviews und Fokusgruppen;
- Identifikation von Machtstrukturen und ihren Ausdrucksformen;
- Kontextualisierung und Vertiefung quantitativer Forschungsergebnisse;
- Evaluation von Versorgungsangeboten;
- Identifikation von Theorien über Krankheit und Gesundheit und ihre Bedeutung für die Versorgung.

Qualitative Versorgungsforschung kann dazu beitragen, bisher wenig sichtbaren Patient\*innengruppen oder Problemen in der Versorgung eine Stimme zu geben („giving voice“) und entsprechende Bedarfe, Situationen oder Problemlagen überhaupt sichtbar zu machen und weiterführend zu analysieren, z. B. besondere Versorgungsbedarfe von Frauen mit Querschnittslähmung in der Schwangerschaft (Bertschy et al., 2015). Methoden aus dem Spektrum der narrativen Interviews sind im Besonderen geeignet, Versorgungserfahrungen in Zusammenhang mit Krankheits- und weiteren biografisch bedeutsamen Erfahrungen herauszuarbeiten und damit auch Versorgungsentscheidungen wie die Ablehnung von Unterstützung oder das Herausögern eines Kontakts mit dem Versorgungssystem besser verständlich zu machen

(Ewertowski et al., i. D., am Beispiel der Versorgung von Frauen mit Endometriose). Qualitative Interviewansätze können auch dazu beitragen, Versorgungspfade und Nutzungsverhalten von Patient\*innen nachzuvollziehen. Fragen der Interaktion zwischen Patient\*in und Professionellen (z. B. Ernährungsberater\*in) können adressiert werden. Ebenso bedienen sich Untersuchungen zur organisationsbezogenen Versorgungsforschung verschiedenen methodischen Ansätzen der qualitativen Forschung (z. B. Vogd, 2017). Auch in Kombination mit standardisierten Forschungsansätzen werden qualitative Methoden genutzt, um weiterführende Erkenntnisse zu generieren, z. B. in der Prozessbegleitung der Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Moore et al., 2015; Skivington et al., 2021) oder in der Fragebogenentwicklung und -validierung u. a. mithilfe von Techniken des kognitiven Interviews (Pohontsch & Meyer, 2015) oder der Fokusgruppe. Qualitative Methoden, z. B. diskursanalytische Verfahren, können zudem dazu genutzt werden, (dysfunktionale) Machtverhältnisse in der Versorgung und ihre Organisation aufzudecken und zu analysieren (z. B. Dixon-Woods et al., 2006, zur Machtasymmetrie bei Einwilligungen zu Operationen). Während qualitative Ansätze eine besondere Stärke im Entdecken von Phänomenen und der (Weiter-)Entwicklung von Theorien aufweisen, sind sie nicht auf eine explorative Funktion beschränkt. Vielmehr können sie in verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses sinnhaft eingesetzt werden, auch z. B. für evaluative Fragestellungen (vgl. Kap. 8), die darauf zielen, Phänomene wie z. B. die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen besser zu verstehen bzw. zu erklären.

## 2.4 Qualitative Versorgungsforscher\*innen – „prepare to be changed“

Wie kann ich eine qualitative\*r Versorgungsforscher\*in werden? Was sollten qualitative

Versorgungsforscher\*innen mitbringen bzw. tun, um gute qualitative Versorgungsforschung durchführen zu können? Nicht wenig überraschend, dennoch wichtig zu betonen, ist die Ausbildung in qualitativen Methoden bzw. der Erwerb methodischer Kompetenz zentral. So muss z. B. qualitative Interviewführung gelernt und reflektiert werden. Auch wenn die Methodik der qualitativen Forschung ggf. oberflächliche Assoziationen mit im Alltag vertrauten Interaktionsformen bei dem einen oder anderen auslöst – die Unterhaltung, das klinische Interview, das Bewerbungsgespräch –, es ist ein durchaus mühsamer Weg, offene, subjektorientierte, prozessorientierte, interpretationsrelevante und kontextsensible Interviews zu führen. Oder wie Holger Pfaff, Mitbegründer der akademischen Versorgungsforschung in Deutschland, es einmal treffend vor Ärztinnen und Ärzten formuliert hat: Würden Sie jemandem eine OP überlassen, der Lust am Schneiden hat?

Qualitative Forschung, das ist auch deutlich geworden, sollte kein individuelles Unterfangen, sondern vielmehr in eine Forschungsgruppe mit ausreichender Kenntnis in qualitativer Forschung eingebettet sein. Zudem muss sichergestellt werden, dass angemessene (in der Regel zeitliche und personelle) Ressourcen für die Planung, Durchführung und Analyse gegeben sind. Es bedarf sowohl grundlegenden Wissens als auch substanziellen Interesses an forschungsmethodologischer Reflexion. Entscheidungen müssen im Forschungsprozess immer wieder begründet und transparent gemacht werden. Die Bereitschaft, diese Offenheit und Komplexität im Forschungsprozess auch auszuhalten und mit erfahren(d)en Forschenden konstruktiv umzusetzen, stellt eine wichtige Eigenschaft qualitativ Forschender dar.

Zu guter Letzt: Das Kriterium der Offenheit setzt Forschende voraus, die motiviert und in der Lage sind, sich auf Neues und Unerwartetes einzulassen, im besten Sinne sich irritieren zu lassen, eine kritische Reflexion der eigenen Vorannahmen und Positionierungen vorzunehmen,

und die damit eine persönliche Veränderungsbereitschaft aufweisen.

Michael Quinn Patton hat in seinem umfassenden Buch zu Qualitativen Methoden und Evaluation zehn Punkte aufgeführt, die ein\*e Promovend\*in beherzigen sollte: die „Top Ten Pieces of Advice to a Graduate Student Considering a Qualitative Dissertation“ (Patton, 2014). Mit diesen möchten wir dieses Einleitungskapitel schließen:

1. Stelle sicher, dass ein qualitativer Zugang zu Deiner Forschungsfrage passt.
2. Setze Dich mit qualitativer Forschung auseinander, greife auf die Originalquellen zurück.
3. Finde eine\*n kompetente\*n Betreuer\*in.
4. Arbeite intensiv am Forschungsdesign.
5. Übe Fertigkeiten.
6. Entwickle Deinen Analysezugang, bevor Du Deine Daten erhebst.
7. Sei darauf vorbereitet, mit methodischen Kontroversen umgehen zu können.
8. Arbeite qualitativ, weil Du davon überzeugt bist, dass es das Richtige für Dich ist.
9. Finde eine/n gute/n Mentor\*in oder eine Gruppe zur Unterstützung.
10. Bereite Dich darauf vor, dass Du Dich verändern wirst („prepare to be changed“).

## Literatur

- Bertschy, S., Geyh, S., Pannek, J. & Meyer, T. (2015). Perceived needs and experiences with healthcare services of women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth – a qualitative content analysis of focus groups and individual interviews. *BMC Health Services Research*, 15, 234. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0878-0>
- Bradley, E.H., Curry, L.A. & Devers, K.J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Services Research*, 42, 1758-1772. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x>
- Brütt, A.-L. (2022). Partizipative Forschungsansätze. In T. Meyer, J. Bengel & M.A. Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (S. 448-455). Hogrefe.



- Bundesärztekammer, Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat. (2004, September). *Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung*. Bundesärztekammer. Verfügbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/Versorgungsforschung/Definition.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Versorgungsforschung/Definition.pdf)
- Bunzel, B. (1998). Eingeladener Kommentar zu: „Lebensqualität – ein Behandlungskriterium in der Chirurgie“. *Acta Chirurgica Austriaca*, 6, 358–359. <https://doi.org/10.1007/BF02620100>
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321(7262), 694–696.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Dixon-Woods, M., Williams, S. J., Jackson, C. J., Akkad, A., Kenyon, S. & Habiba, M. (2006). Why do women consent to surgery, even when they do not want to? An interactionist and Bourdieusian analysis. *Social Science and Medicine*, 62(11), 2742–2753. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.006>
- Donabedian, A. (1978). The Quality of Medical Care. *Science*, 200, 856–864. <https://doi.org/10.1126/science.417400>
- Ewertowski, H., Brandes, I. & Meyer, T. (i. D.). „Seine Periode haben tut nun mal weh“ – Versorgungserfahrungen von Frauen mit Endometriose (Manuskript eingereicht zur Publikation).
- Garfinkel, H. (1967). Studies of the routine grounds of everyday activities. In H. Garfinkel (Ed.), *Studies in Ethnomethodology* (pp. 35–75). Prentice-Hall/Polity Press.
- Glaser, B. & Strauss, A. S. (1965). *Awareness of dying*. Aldine.
- Goffman, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Suhrkamp.
- Körner, M. (2022). Reha-Team. In T. Meyer, J. Bengel & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (S. 84–93). Hogrefe.
- Lohr, K. N. & Steinwachs, D. M. (2002). Health services research: an evolving definition of the field. *Health Services Research*, 37, 15–17. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01020>
- Meyer, T. (2015). Health Research, Qualitative. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd ed., Vol. 10, pp. 692–697). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14053-X>
- Meyer, T. & Flick, U. (2011). Methoden der qualitativen Forschung. In H. Pfaff, G. Glaeske, E. Neugebauer & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung* (1. Aufl., S. 296–302). Schattauer.
- Meyer, T. & Flick, U. (2017). Methoden der qualitativen Forschung. In H. Pfaff, E. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung* (2. Aufl., S. 77–83). Schattauer.
- Meyer, T., Gutenbrunner, C., Kiekens, C., Skempes, D., Melvin, J., Schedler, K., Imamura, M. & Stucki, G. (2014). ISPRM discussion paper: Proposing a conceptual description of health-related rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(1), S. 1–6. <https://doi.org/10.2340/16501977-1251>
- Meyer, T., Karbach, U., Holmberg, C., Güthlin, C., Patzelt, C. & Stamer, M. (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung. Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Gesundheitswesen*, 74(08/09), 510–515.
- Meyer, T. & Menzel-Begemann, A. (2020). Rehabilitative Versorgung. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 876–899). Beltz Juventa.
- Meyer, T. & Xyländer, M. (2020). Zur Rolle qualitativer Methoden in der Versorgungsforschung. In Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung (Hrsg.), *Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung* (S. 60–79). Beltz Juventa.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Ohlbrecht, H. (2022). Modelle von Gesundheit und Krankheit. In T. Meyer, J. Bengel & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (S. 18–27). Hogrefe.
- Ohlbrecht, H. & Meyer, T. (2020). Qualitative Methoden in der Gesundheitspsychologie und Gesundheitsforschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (Bd. 1, S. 415–430). Springer Fachmedien.
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage.

- Pfaff, H. & Schrappe, M. (2011). Einführung in die Versorgungsforschung. In H. Pfaff, G. Glaeske, E. Neugebauer & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung* (1. Aufl., S. 2–57). Schattauer.
- Pfaff, H., Ommen, O., Neumann, M., Ernstmann, N., Steffen, P., Driller, E. & Janssen, C. (2008). Organisationssoziologische Aspekte der medizinsoziologischen Versorgungsforschung. In A. Weber (Hrsg.), *Gesundheit – Arbeit – Rehabilitation. Festschrift für Wolfgang Slesina* (S. 29–48). Roderer.
- Pohontsch, N. & Meyer, T. (2015). Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. *Rehabilitation*, 54(01), 53–59. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1394443>
- Raspe, H., Pfaff, H., Härter, M., Hart, D., Koch-Grosmus, U., Schwartz, F.-W., Siegrist, J. & Wittchen, H. U. (2010). *Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Stellungnahme*. Bonn: Deutsche Forschungsgemeinschaft. Wiley-VCH. Verfügbar unter <https://www.dfg.de/resource/blob/169894/36598b02cb7f3764ab5894d85c24a47d/stellungnahme-versorgungsforschung-data.pdf>
- Schrappe, M. & Pfaff, H. (2017). Versorgungsforschung: Grundlagen und Konzept. In H. Pfaff, E. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung* (2. Aufl., S. 2–10). Schattauer.
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S.A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J.M., Boyd, K.A., Craig, N., French, D.P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M. & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 374, n2061.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47, 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Thomas, W.I. (1928). The Methodology of Behavior Study. In W.I. Thomas & D.S. Thomas (Eds.), *The child in America: behavior problems and programs* (Chapter 13). Alfred A. Knopf.
- Vogd, W. (2017). Management im Krankenhaus – Eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter den Bedingungen des deutschen DRG-Systems. *Berliner Journal für Soziologie*, 27, 93–121. <https://doi.org/10.1007/s11609-017-0332-8>
- Wilkinson, S. (1998). Focus groups in health research. *Journal of Health Psychology*, 3, 329–348. <https://doi.org/10.1177/1359105398003003004>



## II.

# Ausgewählte Forschungsdesigns

## 3

# Gruppendiskussionen und die Dokumentarische Methode

Ute Karbach

In der Versorgungsforschung finden Datenerhebungsverfahren im Gruppensetting nach wie vor eine vergleichsweise häufige Anwendung (Pohntschn et al., 2018; Xyländer et al., 2020), hinsichtlich ihrer Auswertung dominiert jedoch bislang die qualitative Inhaltsanalyse (Karbach et al., 2012; Ullrich et al., 2022) (zur qualitativen Inhaltsanalyse im Setting Einzelinterview siehe Kap. 5). Diese bietet aufgrund ihres kategorisierenden Vorgehens die Möglichkeit einer querbildlichen Datenreduktion (Mayring, 2022). Im Fokus der Analyse steht die Deskription der Inhalte, die in der Gruppensituation thematisiert, also buchstäblich zum Ausdruck gebracht wurden. Auch einige rekonstruktive Verfahren der qualitativen Datenanalyse beginnen in einem ersten Analyseschritt mit einer inhaltsanalytischen Zusammenfassung der Daten (z. B. Dokumentarische Methode: Formulierende Interpretation [Bohnsack, 2021]; Biografieforschung: Globalanalyse [Miethe, 2014]). Hierbei wird zunächst der Frage „Was wurde gesagt?“ nachgegangen.

Der gruppenförmige Erhebungskontext und dessen Implikationen werden im Rahmen qualitativer Inhaltsanalysen methodologisch meist nicht in die Analyse integriert<sup>7</sup>. Demgegenüber geht die Dokumentarische Methode mit ihrem

Fokus auf den kollektiv geteilten, den sogenannten konjunktiven Wissensbeständen und Erfahrungsräumen von sozialen Gruppen über die Frage nach dem „Was wurde gesagt?“ hinaus. Sie fokussiert in der Datenanalyse – mit der Frage „Wie wurde in der Gruppeninteraktion was gesagt?“ (Bohnsack, 2021, S. 138) – das Gemeinsame als auch Unterschiede in den Lebensbezügen der am Gruppenverfahren teilnehmenden Personen.

Die Dokumentarische Methode unterstellt in Bezugnahme auf den Wissenssoziologen Karl Mannheim neben den in der Diskussion explizit angesprochenen – inhaltsanalytisch erfassbaren – Themen weitere Sinnebenen. Diese werden nach den Überlegungen zu dem „Mehr“ einer Datenerhebung in Gruppensettings (Kap. 3.1) und der Vorstellung des dokumentarischen Analysefokus (Kap. 3.2) nachfolgend erläutert (Kap. 3.3). Somit wird ein Einblick in die wissenssoziologischen Annahmen Mannheims gegeben. Hinsichtlich einer Weiterentwicklung der qualitativen Versorgungsforschungspraxis in Deutschland ist es Anliegen dieses Kapitels, in Bezugnahme auf Karl Mannheim das wissenssoziologische Forschungsverständnis der Dokumentarischen Methode zu vermitteln (zur analytisch-methodischen Vorgehensweise der Dokumentarischen Methode siehe beispielsweise Bohnsack, 2017, 2021; Nohl, 2017; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021). Hierzu dienen auch die Ausführungen zur geeigneten Samplingstrategie (Kap. 3.4) und zur Standortgebundenheit des eigenen Wissens

<sup>7</sup> Vor diesem Hintergrund fördert die Darstellungsweise der inhaltsanalytischen Ergebnisse m. E. den Eindruck einer interaktionsfreien Koexistenz bzw. eines gleichverteilten Nebeneinanders von individuellen Einzelmeinungen.