



Leseprobe aus Gesundheitsforschung, Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung,

ISBN 978-3-7799-3687-9

© 2020 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel

[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3687-9)

[isbn=978-3-7799-3687-9](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3687-9)

Einleitung

Heike Ohlbrecht, Susanne Bartel, Carsten Detka,
Thorsten Meyer, Astrid Seltrecht, Dorothea Tegethoff

Dieser Band stellt das Ergebnis der dreijährigen Tätigkeit eines Netzwerkes qualitativ arbeitender Gesundheitsforscher/innen dar. Der Band gibt einen Überblick über derzeitige Forschungsfelder und verweist auf etablierte und neu entstandene Potentiale einer qualitativ ausgerichteten Forschung im Untersuchungsfeld von Gesundheit und Krankheit. Das Netzwerk qualitative Gesundheitsforschung, welches von 2013 bis 2017 von der DFG gefördert wurde, hatte folgende Zielsetzungen: Es galt, die eher isolierten Forschungsinitiativen miteinander zu verknüpfen, der steigenden Nachfrage nach qualitativen oder zumindest qualitativ gestützten Forschungsergebnissen im Bereich der Gesundheitsforschung gerecht zu werden, einen regelmäßigen interdisziplinären Austausch im Bereich der qualitativen Gesundheitsforschung zu ermöglichen und dabei Nachwuchswissenschaftler/innen eine Plattform des Wissenstransfers zu bieten. Die Weiterentwicklung und Fundierung von qualitativen Forschungsmethoden im Bereich der Gesundheitsforschung stand ebenso im Mittelpunkt der Bestrebungen des Netzwerkes wie auch die Aufgabe, die aktuellen Anwendungsfelder qualitativer Gesundheitsforschung zusammenzufassen und zukünftige Forschungsgebiete zu erschließen und damit auch Impulse für Forschungsförderer für die Einsatzmöglichkeiten qualitativer Erhebungsmethoden zu geben.

1. Zur qualitativen Gesundheitsforschung in Deutschland

Vor dem Hintergrund des demographisch, aber auch gesellschaftlich bedingten Wandels im Krankheitsspektrum und der veränderten Anforderungen an das Versorgungssystem gewinnen qualitative Forschungsstrategien zunehmend an Bedeutung. Es ist ein Verdienst der qualitativen Forschung, den Zusammenhang zwischen Aspekten des gesellschaftlichen Wandels auf der einen und den biografischen, lebensstilbezogenen und oft gesundheitsrelevanten/-riskanten Anpassungsstrategien der Menschen an diese Veränderungen auf der anderen Seite detailgenau aufzeigen zu können (Ohlbrecht 2018). Darüber hinaus ermöglicht eine qualitative Gesundheitsforschung, gesundheits- und krankheitsbezogene Phänomene in ihrem jeweiligen Lebensweltbezug zu untersuchen. Phänomene zu fokussieren, die eben nicht unproblematisch erkennbar, abfragbar und verbalisierbar sind, sondern sich erst einer multiperspektivischen und

durchgehend prozessual vorgehenden, interpretierenden Analyse erschließen. Sie sind mit bedingt durch soziale oder sozial vermittelte Gegebenheiten, z. B. den sozialen Status oder Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, soziales Kapital oder soziales Eingebundensein (Berkman et al. 2000; Cockerham et al. 2017; Lampert/Kroll 2014; Mielck 2005). Die Folgen von Erkrankungen sind immer auch sozialer Art, z. B. Stigmatisierung, Arbeitsunfähigkeiten, Aufforderung zur Beantragung einer medizinischen Rehabilitationsleistung unter Androhung des Wegfalls von Krankengeld. Auf gesellschaftlicher Ebene ist auf Gesundheit und Krankheit mit der Entwicklung von sozialen Institutionen wie Krankenkassen, Krankenhäusern oder ambulanten Pflegeeinrichtungen reagiert worden (Klemperer 2015). Erkenntnisse über die komplexen Zusammenhänge all dieser Faktoren liegen bisher nur in Ansätzen vor. In welcher Weise „inkorporiert“ sich der soziale Status auf physiologischer Ebene? Wie sind die unterschiedlichen Chronifizierungsprozesse von Schmerzpatient_innen zu erklären? Wieso erzielen Gesundheitseinrichtungen bei vergleichbaren Erkrankungen trotz grundsätzlich unterschiedlichem Leistungsangebot ähnliche Ergebnisse?

Mit standardisierten Instrumenten quantitativer Sozialforschung können diese komplexen Zusammenhänge sowie die konkreten Veränderungen im Erleben einer Krankheit und die daran geknüpften Handlungsstrategien sowie Sinnbildungsprozesse nur unzureichend abgebildet werden (Bartel/Ohlbrecht 2016). Wir benötigen ein viel tiefergehendes Wissen darüber, wie individuelle Praktiken und Vorstellungen, soziale Bedingungen, Versorgungsangebote und körperliche Empfindungen und Zustände zusammenhängen. Quantitative Forschung kann belegen, dass ein statistischer Zusammenhang beispielsweise zwischen sozialen Ungleichheiten und dem Gesundheitsstatus von Menschen besteht. Eine qualitative Perspektive ist in diesem Zusammenhang notwendig, um die nachgewiesenen Unterschiede tiefgreifender zu verstehen und dadurch Ansatzpunkte zur Veränderung aufzuzeigen.

Lange Zeit war die Forschung in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften klar und nahezu ausschließlich geprägt durch die quantitativen Forschungsstrategien. Die Etablierung qualitativer Forschungsstrategien im Bereich der Gesundheitsforschung setzte im Vergleich zu den Sozialwissenschaften erst relativ spät ein (Schaeffer 2002) und die Vielfalt der qualitativen Erhebungs- und Auswertungsmethoden wird bei weitem nicht ausgeschöpft (Karbach et al. 2012).

Die verspätete Etablierung qualitativer Forschung in der Gesundheitsforschung hat vielfältige Ursachen. Eine Hauptursache des Abflauens einer qualitativen Gesundheitsforschung nach ersten Anzeichen einer Blütezeit in den 1970er Jahren war, dass es nicht gelang, einen eigenen Methodendiskurs in der Gesundheitsforschung zu initiieren. Die Spezialisierung, Kanonisierung und teilweise auch Fragmentierung der qualitativen Sozialforschung, die Folge ihrer Etablierung im Allgemeinen war, zeigte sich darin, dass sich qualitative For-

schung verstärkt auf die jeweiligen „Heimatdisziplinen“ konzentrierte (Schaeffer 2002) und es hier zu einer starken Schulenburg kam. In dieser Zeit gelang es nicht, die qualitative Gesundheitsforschung zu verstetigen, sie zerstreute sich vielmehr zwischen den Disziplinen und wurde klar von sozialepidemiologischen und repräsentativen Studien sowie von sozialer Indikatorenforschung verdrängt. Mit der Etablierung von Public Health, Gesundheitswissenschaften und Pflegewissenschaften kam es in den 1990er Jahren zu einer Aufwertung qualitativer Forschung. Trotz der Marginalisierung qualitativer Ansätze gibt es dennoch eine reichhaltige Forschungstradition (Schaeffer 2002; Morse 2012; Bartel/Ohlbrecht 2016), die den späteren Erfolg qualitativer Gesundheitsforschung erst ermöglichte und dazu beitrug, dass sich diese Perspektive seit den letzten 15 Jahren stärker durchsetzt:

- Anti-Psychiatrie-Bewegung und die Kritik an den psychiatrischen Großanstalten (Goffman 1961) sowie die Analysen der biografischen Situation von psychisch Erkrankten (Hildenbrand 1983; Riemann 1987)
- Forschungen zum Alltag und zur sozialen Organisation versorgender Einrichtungen (Fengler/Fengler 1980) sowie deren Auswirkungen auf die Patienten/-innen (Glaser/Strauss 1965)
- die Bewältigungs- und Copingforschung, Analyse biografischer Anpassungsleistungen, Patienten- und Patientinnenkarrieren (Bury 1982; Fischer 1982; Gerhardt 1986; Corbin/Strauss 1988).
- Interaktions- und Kommunikationsforschung über Arbeit und Interaktion im Krankenhaus (Siegrist 1978; Sudnow 1967) und in der Pflege, Verlauf von Beratungs- und Therapiegespräche aus Patientensicht (Chenitz/Swanson 1986; Wolff 1986).

Qualitative und quantitative Forschungsstrategien stehen dabei in einem spezifischen Ergänzungsverhältnis, welches nicht hierarchisch zu denken ist: Wenn beispielsweise Dank epidemiologischer Forschung sehr gut nachgewiesen ist, dass sozial ungleiche Gesundheitschancen bestehen (Mielck/Helmert 2012), gilt es nun zu klären, wie diese Prozesse entstehen und wie sie verlaufen. Sehr häufig liegen Themen im Bereich der Gesundheitsforschung vor, in denen sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte von Forschungsfragen zu beantworten sind, sodass es zunehmend darum geht, „das Beste aus zwei Welten“ zu kombinieren (Jianghong/Earnest 2015). In der Kombination von quantitativen und qualitativen Ansätzen liegt darüber hinaus eine besondere Chance der Gesundheitsforschung. Das heißt nicht, dass qualitative Methoden vorrangig in der Pilotphase der Forschung zur Entwicklung von Hypothesen oder zur Exploration einsetzbar wären, „also gewissermaßen als ‚Vorzimmer‘ zum ‚Direktionszimmer‘ der seriösen [quantitativen Forschung – die Autorinnen]“ (Oevermann 2000, S. 60f.). Vielmehr hat qualitative Forschung die Theorieentwicklung als

Ziel und liefert eigenständige Forschungsergebnisse. Mixed-Methods-Verfahren können gelingen, wenn sich die jeweiligen Vorteile der Forschungsstile entfalten können und die erkenntnistheoretischen Prämissen beachtet werden.

Dies gilt für das interdisziplinäre Feld der Gesundheitsforschung in besonderer Weise. Die qualitative Gesundheitsforschung ist als Oberbegriff zu verstehen, unter dem sich heterogene sowie interdisziplinäre Forschungsansätze vereinen. Wie alle Wissensgebiete hat sich auch die qualitative Forschung in verschiedene Ansätze, Schulen und Richtungen ausdifferenziert. Bei der Bezeichnung qualitative Forschung handelt es sich daher um einen Sammelbegriff für eine Vielzahl verschiedener Ansätze, die sich unter diesem Label zusammenfassen lassen, wie z. B. ethnografische, hermeneutisch-wissenssoziologische, ethnomethodologische und rekonstruktive Herangehensweisen. Eine grundlegende Gemeinsamkeit der meisten qualitativen Verfahren – die in so unterschiedlichen Disziplinen wie Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Pflegewissenschaft, Medizin zum Einsatz kommen – besteht darin, dass sie sich an einer de- und rekonstruktiven Methodologie orientieren, deren Basis die Annahme der „gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit“ (Berger/Luckmann 1969) ist. Eine zweite Annahme geht davon aus, dass jegliche soziale Ordnung auf den sinnhaften Leistungen der Handelnden beruht. Qualitative Forschung ist vorrangig durch eine Offenheit für (inter)subjektive Sicht- und Erlebniswelten, für deren innere Verfasstheit und deren zugrunde liegenden Konstruktionsprinzipien bestimmt, die es interpretativ zu erschließen gilt.

Unter dem Dach der qualitativen Gesundheitsforschung vereinen sich derzeit einzelne Anwendungsfelder, von denen einige auf unterschiedliche Phasen im Prozess der Krankheitserfahrung, der gesundheitlichen Versorgung bzw. der Rehabilitation rekurren (z. B. zur qualitativen Versorgungsforschung; siehe Meyer/Xyländer in diesem Band). Darüber hinaus zählen die Bereiche qualitativer Forschung zur Gesundheitsforschung, die weniger auf einen Ort bzw. eine Phase im Behandlungsprozess fokussieren, sondern die sich mit übergreifenden Themen im Phänomenbereich von Gesundheit und Krankheit befassen, z. B. qualitative Gesundheitspsychologie, qualitative Methoden in der Gesundheitssoziologie, in der Gesundheitspädagogik, in den Therapiewissenschaften (vgl. hierzu die Beiträge in diesem Band) etc. Ausgewählte Anwendungsfelder der qualitativen Gesundheitsforschung sind:

- Arzt-Patient_innen-Umweltinteraktionsordnungen, Patient_innenorientierung
- Versorgungsforschung und Inanspruchnahme bzw. Nutzerverhalten
- Subjektive Krankheits- und Lagentheorien von Gesundheit und Krankheit
- Krankheitserleben und Krankheitserfahrung (i. S. einer Erfahrungsbildung)
- Bewältigung von (chronischer) Krankheit und Biografiearbeit
- Professionelle Herausforderungen in der Versorgungspraxis

Die qualitative Gesundheitsforschung ist ein multi- und transprofessionelles Forschungsfeld mit allen Chancen aber auch Herausforderungen. In diesem Feld arbeiten u.a.: Gesundheitswissenschaftler_innen, Mediziner_innen, Soziolog_innen, Sozialwissenschaftler_innen, Pflegewissenschaftler_innen, Pädagog_innen, Versorgungsforscher_innen, Psycholog_innen etc., die mit unterschiedlichen Erfahrungen und Vorkenntnissen in der qualitativen Forschung ausgestattet sind. Daher ist es besonders wichtig, die unterschiedlichen professionellen und disziplinären Basispositionen, -dispositionen und -strategien der am Forschungsprozess Beteiligten stärker zu reflektieren, um Inter- und Transdisziplinarität fruchtbar nutzen zu können. Die transdisziplinären Debatten in der qualitativen Gesundheitsforschung, die Vernetzung unterschiedlicher Akteure und Forschungsperspektiven gilt es daher, in den nächsten Jahren verstärkt zu fördern.

2. Das DFG-Netzwerk „Qualitative Gesundheitsforschung“

Eine Initiative zur Bearbeitung der oben genannten Herausforderungen bestand in der Gründung des interdisziplinären Netzwerks „Qualitative Gesundheitsforschung“ im Jahr 2013 bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft¹. Das Netzwerk hatte sich zu Gründungsbeginn drei Schwerpunkten verpflichtet, an denen bis heute gearbeitet wird: Ein erster Schwerpunkt liegt auf der Beantwortung gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen zu subjektiv erlebten Grenzsituationen im Kontext von Krankheit, zu Partizipation an Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung, zur gesundheitlichen Versorgungssituation in Deutschland, zu biografischen Bedingungen von Krankheitserleidens- und Krankheitsbearbeitungsprozessen und zum individuellen Umgang mit Krankheit, aber auch zu den Zusammenhängen zwischen Arbeit, Beruf und Profession, indem zum einen die individuelle und kollektive Professionalisierung von Berufsgruppen und Berufsgruppenvertretern aus dem Gesundheitswesen in den Blick genommen wird, zum anderen die Auswirkungen von Krankheit und eingeschränkter Gesundheit auf die Berufsausübung untersucht werden. Ein zweiter Schwerpunkt des Netzwerks liegt auf der Auseinandersetzung mit methodologischen und methodischen Fragestellungen innerhalb der qualitativen Gesundheitsforschung. Unter dieser Perspektive werden etablierte Methoden kritisch konstruktiv reflektiert und deren Nutzung für die qualitative Gesundheitsforschung hinterfragt, Methodenkombinationen

1 Initiiert wurde die Gründung des Netzwerkes 2013 durch Heike Ohlbrecht an der Humboldt-Universität zu Berlin. Ab 2015 war das DFG-Netzwerk an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Lehrstuhl für Mikrosoziologie, institutionell angesiedelt.

empirisch überprüft und Mixed-Methods-Designs entwickelt. Mit beiden genannten Schwerpunkten soll gleichzeitig ein Anschluss an die internationale Forschungslandschaft erfolgen. Ein dritter Schwerpunkt des Netzwerks liegt in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Im Rahmen zahlreicher Workshops waren und werden Nachwuchswissenschaftler/innen eingeladen, ihre Forschungsvorhaben vorzustellen und beispielsweise empirisches Datenmaterial zur kollegialen Analyse bereitzustellen.

In der Zeit der Förderung des Netzwerks durch die DFG wurden in allen drei genannten Schwerpunkten umfangreiche Ergebnisse hervorgebracht. Die im vorliegenden Band versammelten Beiträge sowie zahlreiche weitere Publikationen geben Auskunft über die Ergebnisse auf inhaltlicher und methodischer Ebene (vgl. Abs. 3 dieser Einleitung bzw. die einzelnen Beiträge im Band).

Die Nachwuchsförderung als eines der drei zentralen Themen des Netzwerks wurde durch verschiedene Instrumente innerhalb des Förderzeitraums realisiert: So fanden Kolloquien und Interpretationsworkshops, z.B. an der Humboldt-Universität zu Berlin (Oktober 2013) und an der Goethe-Universität Frankfurt am Main (März 2014) oder auch Posterpräsentationen, z.B. im Rahmen der internationalen Tagung „Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung“ an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (September 2016), für Nachwuchswissenschaftler/innen in der Promotions- und Post-Doc-Phase statt. An der qualitativen Gesundheitsforschung Interessierte konnten sich zudem als Assoziierte des Netzwerks auf einer Mailingliste registrieren und wurden in der Folgezeit über weitere Veranstaltungen informiert und eingeladen.

3. Forschungsfelder des Netzwerkes

Im Laufe der mehrjährigen gemeinsamen Arbeit der Mitglieder des Netzwerkes zur qualitativen Gesundheitsforschung haben sich Schwerpunktthemen herauskristallisiert, in denen sich Forschungsinteressen der Netzwerkmitglieder, relevante Forschungsfelder der qualitativen Gesundheitsforschung und aktuelle Diskurse im Bereich der Gesundheitsforschung bündeln. Die Gliederung des vorliegenden Bandes spiegelt diese Struktur wider, die einzelnen Beiträge werden fünf Themenfeldern zugeordnet: gesundheitsbezogene Versorgung, Biografie und Lebenslauf, Arbeit, Beruf und Profession sowie die Bereiche Partizipation und Grenzsituationen.

a) Partizipation

Partizipation wird im Gesundheitsbereich eine wichtige Rolle zugesprochen. In der Praxis der Gesundheitsförderung, in der Gesundheitspolitik und zum Teil in der medizinischen Versorgung wird von einem gesundheitsförderlichen Einfluss von Partizipation ausgegangen. Qualitative Forschungsansätze können