



Verstehen durch qualitative Methoden – der Beitrag der interpretativen Sozialforschung zur Gesundheitsberichterstattung

Einleitung

Gesundheitsberichterstattung informiert Politik, Verwaltung und die interessierte Öffentlichkeit über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, analysiert Versorgungsstrukturen und evaluiert gesundheitsbezogene Maßnahmen [1]. Als Planungsinstrument soll Gesundheitsberichterstattung entscheidungsrelevante Daten bereitstellen und darüber hinaus Handlungsempfehlungen geben. So enthält der Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland neben Situationsbeschreibungen auch konzeptionelle Vorschläge zu männer-spezifischen Gesundheitsprogrammen [2] oder Arbeiten aus der kommunalen Gesundheitsberichterstattung skizzieren sozialkompensatorische Maßnahmen im Bereich Kindergesundheit [3, 4].

Gesundheitsberichterstattung nutzt bereits vorliegende Daten wie amtliche Statistiken oder Routinedaten bzw. prozessgenerierte Daten. Es werden aber auch eigene Erhebungen durchgeführt, ein gebräuchliches Instrument ist der standardisierte Fragebogen. Unstandardisierte, offene Verfahren der Datenerhebung – sogenannte qualitative Methoden – sind dagegen eher selten. Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte sein, dass sich Gesundheitsberichterstattung stark an epidemiologischer Forschung orientiert und qualitative Methodik kaum zu der dort üblichen Arbeitsweise passt.

Damit entgehen der Gesundheitsberichterstattung allerdings auch Erkennt-

nisse, die man mit standardisierten Methoden der Datenerhebung nicht erhält. Menschliches Handeln hängt davon ab, wie objektive Gegebenheiten (z. B. Gesundheitsrisiken) subjektiv wahrgenommen und interpretiert werden. Zur Rekonstruktion solcher Situationsdefinitionen sind qualitative Verfahren oftmals besser geeignet als quantitative Methoden. Welche unerwarteten Erkenntnisse qualitative Forschung hier erbringen kann, zeigte eine Studie unter marginalisierten Afroamerikaner*innen in Detroit [5], die eindringlich beschreibt, wie das Risiko einer HIV-Infektion bewusst eingegangen wird, weil eine HIV-Infektion den Betroffenen als die einzige Möglichkeit erscheint, staatliche Unterstützung zu erhalten. Vor diesem Hintergrund laufen konventionelle, an Risikovermeidung appellierende Präventionskampagnen ins Leere.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem Nutzen qualitativer Verfahren in der Gesundheitsberichterstattung. Dazu werden Merkmale und theoretische Grundlagen qualitativer Verfahren beschrieben sowie Formen der Datenerhebung und -auswertung vorgestellt. Dem schließt sich eine Erörterung der Anwendungsmöglichkeiten in der Gesundheitsberichterstattung an. Der Beitrag soll zeigen, dass qualitative Methoden in der Gesundheitsberichterstattung für manche Fragestellungen sogar besser geeignet sind als quantitative Verfahren.

Qualitative Verfahren in der sozialmedizinischen und epidemiologischen Forschung

Sozialmedizinische und epidemiologische Forschung orientiert sich an Modellen naturwissenschaftlicher Forschung; die Anwendung von Verfahren der qualitativen Sozialforschung, die sich aus sozial- und kulturwissenschaftlichen Theorietraditionen herleiten, ist die Ausnahme. Auch Gesundheitsberichterstattung basiert so gut wie immer auf standardisiert erhobenen, quantitativen Daten.

In ihren Forschungszielen und Gütekriterien unterscheiden sich quantitative und qualitative Methoden gravierend. In der quantitativ orientierten Forschung stellen die Objektivität und Neutralität der Forschenden eines der wichtigsten Kriterien dar, woraus sich das Postulat einer strikten Trennung zwischen Untersucher*innen und untersuchtem Objekt ergibt. Zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse werden große Fallzahlen angestrebt, die statistische Schätzungen mit akzeptablen Fehlerbandbreiten erlauben. Hieraus folgt eine stark hypothesengeleitete Annäherung an den Forschungsgegenstand, verbunden mit der standardisierten Datenerhebung in kontrollierten Untersuchungssituationen mit hinreichend großen Stichproben. Qualitativ Forschende streben demgegenüber an, in ihren Untersuchungen die subjektiven Sichtweisen der Befragten kennenzulernen und bislang wenig bekannte soziale

Phänomene wie etwa Handlungsmuster und Verhaltensregeln in Subkulturen in den Blick zu nehmen. Dies wiederum erfordert offene, explorative Herangehensweisen, Untersuchungen in Alltagssituationen, die Erhebung wenig strukturierter Datenmaterials (z. B. durch die Protokollierung freier Beobachtungssituationen oder die Aufzeichnungen von längeren Konversationen mit den Beforschten) sowie situativ angepasste Formen der Datenerhebung (z. B. durch Nachfragen während eines Interviews). Angesichts des hohen Aufwandes, der mit der Erhebung und Auswertung qualitativen Datenmaterials verbunden ist, arbeitet qualitative Forschung üblicherweise mit kleinen Samples mit selten mehr als einigen Dutzend Fällen.

Die Diskussion über den Einsatz qualitativer Methoden in der Gesundheitsforschung reicht zurück bis in die Mitte der 1970er-Jahre [6]. Beispiele für Bestrebungen, qualitative Methoden stärker einzubeziehen, sind die Forschung über kritische Lebensereignisse und dauerhafte Belastungen sowie damit verbundene Bewältigungsstrategien [7], Studien zur Funktionsweise und Wirkung sozialer Unterstützung [8] oder Rekonstruktionen von Zuschreibungen, die in der Interaktion mit Psychiatriepatient*innen erfolgen [9]. Auch in der Versorgungsforschung finden qualitative Methoden mittlerweile Anwendung [10]. Qualitative Gesundheitsforschung stellt die Perspektive von Patient*innen in den Fokus und betrachtet Patient*innen als Expert*innen ihrer Situation [11]. Die Debatte über den Einsatz qualitativer Methoden in der Gesundheitsforschung wird begleitet von einem Diskurs über die Gütekriterien qualitativer Gesundheitsforschung [11, 12].

In der angloamerikanischen Gesundheitsforschung sind qualitativ angelegte Studien etablierter. Ein Forum für qualitativ Forschende bietet die Fachzeitschrift *Qualitative Health Research*, hier findet sich neben methodisch orientierten Beiträgen eine Fülle von Beispielen der praktischen Anwendung qualitativer Methoden in der Gesundheitsforschung.

Qualitative Verfahren sind weiterhin für partizipative Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung zentral [13],

wo sie die Funktion haben, die Sichtweisen aller Stakeholder einer Maßnahme zu erfassen und deren Beteiligung zu unterstützen [14].

Merkmale qualitativer Forschung

Qualitative Methoden gehen zurück auf ethnologische und stadtsoziologische Untersuchungen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Ziel dieser Arbeiten war eine „naturalistische“ Erforschung sozialer Lebenswelten „aus erster Hand“, die den Forschenden zuvor kaum vertraut waren, etwa soziale Milieus am Rande der städtischen Gesellschaft, die von Marginalisierung und abweichendem Verhalten gekennzeichnet waren. Eine theoretische Fundierung fanden diese Ansätze in sozialtheoretischen Arbeiten, welche die Flexibilität sozialer Strukturen betonten und eine „offene“, wenig hypothesengeleitete Erhebung unstandardisierter Daten forderten.

Von quantitativer Forschung unterscheiden sich qualitative Verfahren in 3 wesentlichen Aspekten:

- *Ziel des Forschungsprozesses* ist es nicht, präzise formulierte Hypothesen zu testen. Vielmehr sollen aufgrund sehr allgemeiner theoretischer Vorannahmen konkrete Kategorien unter Zuhilfenahme von empirischen Daten entwickelt werden.
- Die *Daten* werden nicht mit besonderen Messinstrumenten standardisiert erhoben, sondern durch „offene Verfahren“, deren Ergebnisse wenig strukturierte Textdaten (etwa verschriftlichte Gespräche, persönliche Beobachtungsprotokolle), Bilder oder Videoaufzeichnungen sind.
- Diese Daten werden nicht mit statistischen Methoden, sondern durch *interpretative* und *kategorienbildende* Verfahren mit dem Ziel, übergreifende Muster zu identifizieren, analysiert.

Grundlagen qualitativer Forschung

Unter dem Etikett „qualitative Methoden“ werden sehr unterschiedliche Methoden der Datenerhebung und -auswertung

zusammengefasst [15]. Dennoch gibt es Gemeinsamkeiten in der Begründung des Vorgehens: Menschliches Erleben, Denken und Handeln zeichnen sich durch Eigenschaften aus, die eine hypothesentestende Forschung oft nicht sinnvoll erscheinen lässt. Menschen handeln aufgrund *subjektiver Bedeutungen*, die die Dinge in ihrer Umgebung und das Verhalten ihrer Mitmenschen für sie haben. Ziel qualitativer Forschung ist es im Allgemeinen jedoch nicht einfach, solche subjektiven Bedeutungen in ihrer Diversität nur zu erfassen und zu beschreiben. Vielmehr sollen gesellschaftliche Regeln rekonstruiert werden, durch die diese Bedeutungszuschreibung beeinflusst und geprägt wird. Grundlegende Annahme des für viele qualitative Ansätze maßgeblichen „interpretativen Paradigmas“ in den Sozialwissenschaften [16] ist es, dass gesellschaftliche Regeln nicht raumzeitlich universell wie Naturgesetze gelten, sondern historisch und kulturell begrenzt und zudem oft mehrdeutig sind und von den Handelnden *situationsgebunden interpretiert* werden müssen. Hierdurch werden soziale Regeln oft im konkreten Handeln neu ausgelegt, können sich auch dauerhaft verändern und damit die auf ihnen aufbauenden sozialen Ordnungen verändern, mithin sozialen Wandel anstoßen. Diese *Subjektivität*, Flexibilität und (manchmal bis zur Situativität gehende) *Kontextgebundenheit* menschlichen Handelns und Erlebens, welches nicht durch universelle Gesetze determiniert, sondern durch prinzipiell veränderbare Regeln beeinflusst wird, haben wichtige methodische Konsequenzen: Forschende besitzen oft nicht genügend Kenntnisse über den untersuchten Gegenstandsbereich, um zu Beginn des Forschungsprozesses fundierte Hypothesen aufzustellen [17]. Qualitative Forschungsmethoden eröffnen Wege, mit denen man Zugang finden kann zu subjektiven Sichtweisen, Handlungsorientierungen und Alltagswissen der Betroffenen sowie zu gruppen- und kulturbezogenen Normen und Verhaltensmustern.

In der qualitativen Forschung kommen andere Methoden der Auswahl von Untersuchungseinheiten zur Anwendung als in der quantitativen Forschung.

U. Kelle · G. Tempel

Verstehen durch qualitative Methoden – der Beitrag der interpretativen Sozialforschung zur Gesundheitsberichterstattung

Zusammenfassung

Gesundheitsberichterstattung basiert in aller Regel auf standardisiert erhobenen, quantitativen Daten; die Anwendung von Verfahren der qualitativen Sozialforschung ist die Ausnahme. Mit dem vorliegenden Beitrag soll der potenzielle Nutzen qualitativer Verfahren in der Gesundheitsberichterstattung dargestellt werden. Im Mittelpunkt stehen folgende Fragen: Was kennzeichnet qualitative Verfahren, was sind ihre theoretischen und methodischen Grundlagen und welchen spezifischen Beitrag können sie in der Gesundheitsberichterstattung leisten? Qualitativ orientierte Forschung geht davon aus, dass Menschen letztendlich aufgrund subjektiver Bedeutungen, die die Dinge in ihrer Umgebung und das Verhalten ihrer Mitmenschen für sie haben, handeln.

Qualitative Methoden bieten hier sehr oft bessere Möglichkeiten als standardisierte Verfahren (in vielen Kontexten oft die einzigen), diese subjektiven Sichtweisen und Handlungsorientierungen zu eruieren. Aufgrund ihrer methodischen Besonderheiten sind qualitative Methoden geeignet für die Exploration gesundheitsrelevanter Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen. Die Ergebnisse können helfen, die Passgenauigkeit von Präventionsprogrammen zu verbessern, sie können aber auch der Ausgangspunkt für weitere hypothesentestende quantitative Forschung sein. Die für qualitative Methoden charakteristische Offenheit bedeutet keine Beliebigkeit. Die Anwendung qualitativer Methoden setzt

ausreichende Expertise voraus, darüber hinaus sind, wie in der quantitativen Forschung, Sorgfalt und ein regelgeleitetes Vorgehen erforderlich. Hinzu kommt Transparenz; die Daten sind genau zu dokumentieren und das Vorgehen bei der Analyse ist offenzulegen. Auch die Ergebnisse qualitativer Forschung müssen einer kritischen Würdigung standhalten können.

Schlüsselwörter

Qualitative Forschung · Quantitative Methoden · Nichtstandardisierte Verfahren · Qualitative Interviews · Teilnehmende Beobachtung

Understanding through qualitative methods – the contribution of interpretative social research to health reporting

Abstract

Health reporting normally uses quantitative data collected in a standardized manner. The use of qualitative data, using the methods of qualitative social research, is generally the exception. The present article would like to illustrate the potential benefits of using qualitative methods in health reporting. The focus is on the following questions: What characterizes qualitative methods, what is their theoretical and methodological basis, and what specific contribution can they make in health reporting? Qualitative research is based on the assumption that people generally act on the basis of subjective meanings they attach to

objects in their environment and to the action of other people. Qualitative methods often provide better possibilities to investigate these subjective perspectives and action orientations than standardized procedures. Due to their methodological particularities, qualitative methods are suitable for the exploration of health-relevant perceptions, attitudes, and behaviors. The results could help to improve the appropriateness of prevention programs; they can also be the starting point for further quantitative research to test hypotheses. The openness that characterizes qualitative methods presupposes sufficient expertise, but

beyond this, accurateness and a rule-governed procedure are necessary, as in quantitative research. Added to this is transparency; the data have to be precisely documented and the analytic method disclosed. Even the results of qualitative research must stand up to critical appraisal.

Keywords

Qualitative research · Quantitative methods · Non-standardized research methods · Qualitative interviews · Participant observation

Weil qualitative Methoden recht aufwendig sind, ein qualitatives Interview für gewöhnlich wesentlich länger dauert als die Beantwortung eines Fragebogens und seine Auswertung deutlich mehr Zeit verlangt, kann in aller Regel immer nur eine kleine Anzahl von Fällen untersucht werden. In der qualitativen Forschung lässt sich *Generalisierbarkeit im statistischen Sinne* (Repräsentativität) normalerweise nicht erreichen, in aller Regel ist dies auch nicht das Ziel.

Man versucht aber, die für die Forschungsfrage relevante Heterogenität im Untersuchungsfeld möglichst gut zu erfassen. Hierbei soll nicht die in einer Grundgesamtheit vorhandene Verteilung bestimmter Variablen in der Stichprobe abgebildet werden [18]. Vielmehr kann es sogar sinnvoll sein, auch in einer sehr kleinen qualitativen Stichprobe Extremfälle besonders zu berücksichtigen. Dabei können möglichst ähnliche Fälle („minimization“) die Relevanz einer

bestimmten Kategorie erhärten, während die Auswahl anders gelagerter Fälle („maximization“) die Heterogenität im Untersuchungsfeld widerspiegeln kann.

Erhebung qualitativer Daten

Im qualitativen Forschungsprozess werden unstandardisierte Daten gesammelt, das heißt freie Texte, die die Forschenden selber oder ihre Informanten*innen und Interviewpartner*innen schriftlich

oder mündlich produzieren. Wie in der quantitativen Forschung auch gewinnt man qualitative Daten hauptsächlich durch *Beobachtung* und *Befragung*.

Das zentrale qualitative Beobachtungsverfahren, die „teilnehmende Beobachtung“, entstammt der ethnologischen Feldforschung. Hierbei verweilen Forschende zum Teil viele Monate im Feld und bauen intensiven Kontakt zu Mitgliedern einer fremden Kultur auf [19]. Wichtige methodische Aspekte ethnografischer Forschung betreffen die *Rolle der teilnehmend Beobachtenden im Feld*. Die Rollen der teilnehmend Beobachtenden lassen sich durch den Grad der Involvierung der Beobachtenden im Feld (das heißt, wie stark sie am Alltagsleben dort teilnehmen) und durch die Differenzierung zwischen *offener* und *verdeckter Beobachtung* (haben die Handelnden im Feld Kenntnis von der Rolle der Beobachtenden) unterscheiden [20]. Als ein Vorteil des Verfahrens wird oft dessen Offenheit angesehen, von der man annimmt, sie fördere die Unvoreingenommenheit der Forschenden. Die Vorstellung eines bzw. einer wissenschaftlich neutralen, objektiven, der fremden Kultur gegenüber aufgeschlossen bis wohlwollend gegenüberstehenden Ethnograf*in ist in den letzten Jahren vor allem durch postmoderne, feministische und postkoloniale Ansätze kritisiert worden.

Der größte Teil der qualitativen Forschung im Bereich Gesundheit und Prävention basiert gegenwärtig aber nicht auf Beobachtung, sondern auf Interviewmethoden, die den Vorteil bieten, dass Daten systematisch aufgezeichnet, regelgeleitet transkribiert und in einem längeren Prozess ausgewertet werden. Im Gegensatz zur standardisierten Befragung sind qualitative Interviews durch Offenheit gekennzeichnet, die es den befragten Personen ermöglicht, eigene Wahrnehmungen und Sichtweisen zu entwickeln, ohne an feste Frageschemata gebunden zu sein. Es existiert eine große Vielzahl unterschiedlicher Interviewformen und es gibt verschiedene Versuche, diese zu systematisieren [21], etwa anhand ihres *Grades an Strukturiertheit* [22] durch unterschiedlich starke Vorgaben für die Befragten. Den stärksten Raum, eigene Relevanzen

zu entfalten, bietet das „narrative Interview“. Hier wird am Anfang ein kurzer Erzählstimulus gegeben, aufgrund dessen die befragte Person über biografisch relevante Erfahrungen sprechen kann. Oft macht die Forschungsfrage ein etwas weiter strukturiertes Vorgehen erforderlich, wie es durch unterschiedliche Verfahren des Leitfadenterviews ermöglicht wird, die durch einen Gesprächsleitfaden strukturiert werden mit einer Reihe von Themenschwerpunkten, wobei aber die Interviewenden flexibel bleiben in der Reihenfolge, in der sie Themen ansprechen. Unter diese Kategorie fallen Methoden wie das „thematisch fokussierte“, das „episodische“ oder das „problemzentrierte Interview“. Ein weiteres Kriterium ist die *thematische Eingrenzung des Interviews*. Die thematische Spannbreite kann von ganzen Lebensläufen bis zu eng umgrenzten Themenfeldern wie etwa in Experteninterviews reichen. Die *Rolle der Interviewenden* kann vom aktiven Zuhören bis hin zu einem offensiven Befragungsverhalten reichen, wobei auch konfrontative Fragen gestellt werden können [23].

Auswertung qualitativer Daten

Die Auswertung qualitativer Daten, welche manchmal Hunderte Seiten Text umfassen, ist oft herausfordernd. Im Unterschied zu quantitativen Daten existieren hier keine standardisierten Verfahren – etwa statistische Kennziffern, die einen schnellen Überblick über die Daten erlauben.

Stattdessen werden Strategien der *Textinterpretation* und der *Kategorienbildung* eingesetzt. In den letzten Jahrzehnten wurde eine große Anzahl unterschiedlicher elaborierter Methoden zur Auswertung qualitativer Daten entwickelt [15]. Manche dieser Methoden wie die „objektive Hermeneutik“ oder die „Narrationsanalyse“ legen ihren Schwerpunkt eher auf die intensive Rekonstruktion von Sinn durch die Analyse von Texten (oder anderer Dokumente wie Videoaufnahmen etc.), andere, wie die „qualitative Inhaltsanalyse“, auf die Entwicklung von allgemeineren Begriffen („Kategorien“) durch einen systematischen Vergleich von Textpassagen. Eine

Reihe von weiteren Verfahren, etwa die „dokumentarische Methode“ oder *Grounded Theory*, nehmen hier Zwischenpositionen ein.

Verfahren der Sinnrekonstruktion arbeiten daran, den schon in der klassischen philologischen und theologischen Textinterpretation bekannten *hermeneutischen Zirkel* aufzubrechen: Die Bedeutung einer einzelnen Textstelle oder der Sinn einer Handlung einer Person in einer sozialen Situation (z. B. das gesundheitsrelevante Verhalten eines Diabetespatienten) erschließt sich nämlich immer nur aus ihrem Kontext, in dem Fall eines Diabetespatienten also aus der gesamten Biografie und dem kulturellen Kontext des Patienten. Weil der Kontext aber selber wiederum aus einzelnen Bausteinen (nämlich vielen Handlungen) besteht, stecken solche Interpretierenden, die beides nicht verstehen, in einem Zirkel, der erst durchbrochen werden kann, wenn man mit einem – gegebenenfalls nur rudimentären – Vorverständnis an das Material herangeht. Im einfachsten Fall kann man auf allgemeine Wissensbestände zurückgreifen, zu denen man als Mitglied der Gesellschaft selbst Zugang hat. Um bei dem Beispiel Diabetes zu bleiben: In der Regel besitzen die Interpretierenden eine Vorstellung davon, was Nahrungsaufnahme und der Entzug bestimmter Genussmittel bedeutet. Dieses alltagsweltliche Vorverständnis ist zu ergänzen durch das Wissen über Theorien etwa über gesundheitsrelevantes Verhalten. Wissenschaftliche Beobachtung und Interpretation ist immer „theoriebeladen“ [24]. Entscheidend dabei ist, das Vorwissen so offenzuhalten, dass es durch neue Textstellen und Beobachtungen erweitert und verändert werden kann. Dann wird der hermeneutische Zirkel zur *hermeneutischen Spirale*, die auf einen (imaginären) Punkt zuläuft – der „wirklichen“ Bedeutung der Textstelle oder Handlung. Im Idealfall tasten sich die Interpretierenden, ausgehend von ihrem Vorwissen, immer weiter in Richtung dieses Punktes vor.

Je nach Datenmaterial können sinnrekonstruktive, hermeneutische Analysen der oben beschriebenen Art sehr aufwendig sein. Daneben gibt es Methoden, die den Schwerpunkt weniger auf

die Interpretation von Text, sondern auf die Kategorienbildung legen, sodass mit ihrer Hilfe umfangreiche Datenmengen durch theoretische Kategorien zusammengefasst werden können. Die grundlegende Operation einer solchen *Kategorienbildung*, die den Ausgangspunkt für eine empirisch begründete Typenbildung und Theoriekonstruktion bilden kann, wird als Codierung bezeichnet [18, 25] – eine Zuordnung von Kategorien zu Daten (meist Textpassagen), wobei sich eine *offene Codierung* von der *Codierung anhand eines vorbereiteten Kategorienschemas* unterscheiden lässt: Bei der bereits von Glaser und Strauss [26] im Rahmen ihrer Methode der Grounded Theory vorgeschlagenen *offenen Codierung* als Verfahren zur Entwicklung empirisch begründeter Theorie wird das Datenmaterial sequenziell, also Zeile für Zeile bzw. Satz für Satz durchgearbeitet, wobei passende Begriffe gesucht werden, die wichtige Aspekte bezeichnen. Oft sind dies sogenannte *In-vivo-Codes*, Begriffe, die die Akteure im Feld verwenden. Aber auch hierbei muss der Untersuchende sein alltagsweltliches und theoretisches Vorwissen einsetzen. Glaser und Strauss nennen dies *theoretische Sensibilität*: die Fähigkeit, empirische Daten in theoretische Konzepte zu fassen. Allerdings darf hierbei die wesentliche Funktion qualitativer Forschung, die Exploration unbekannter Sachverhalte, nicht dadurch außer Kraft gesetzt werden, indem den Daten unpassende Kategorien aufgezwungen werden. Für eine theoretisch sensibilisierte Codierung muss der Untersuchende über einen sehr großen Wissensfundus von theoretischen Konzepten – Glaser [27] spricht hier von *theoretischen Codes* – verfügen, aus denen er die dem Material angemessenen auswählen kann. Dies ist insbesondere für Anfänger*innen eine große Herausforderung.

Bei der *Codierung anhand eines vorbereiteten Kategorienschemas* wird die Suche nach Begriffen durch die Konstruktion eines heuristischen Rahmens von Kategorien erleichtert. Um das explorative Potenzial der qualitativen Methode zu nutzen, dürfen diese Kategorien nicht zu spezifisch, sondern müssen hinreichend offen sein [18].

Um Subkategorien für die bereits gefundenen Kategorien zu definieren und um Gemeinsamkeiten zwischen Kategorien zu entdecken, die die Bildung von Oberkategorien anregen können, werden dann Textstellen miteinander verglichen. Hier ist der Einsatz spezieller Software, etwa des Programms MaxQDA, sinnvoll.

Die Validität und Qualität qualitativer Forschung

Die Wissenschaftlichkeit qualitativer Forschung wurde seit ihrer Frühzeit in den 1920er- und 1930er-Jahren, aber auch später von Zeit zu Zeit vor allem vonseiten stark quantitativ und experimentell orientierter Forschender in Zweifel gezogen: Im Mittelpunkt solcher Kritiken stand der Vorwurf einer (v.a. angesichts der in der qualitativen Forschung notwendigerweise kleinen Stichproben) beschränkten und einseitigen Fallauswahl und die Gefahr einer einseitigen und willkürlichen Auswahl und Interpretation von Textstellen. Derartige Vorwürfe haben schon zu heftigen Kontroversen geführt (etwa der sogenannten „Mead-Freeman-Kontroverse“ über vermeintliche Fehlinterpretationen, die der Kulturanthropologin Margaret Mead in ihrer berühmten Studie über die psychosexuelle Entwicklung von Jugendlichen auf Samoa unterlaufen sein sollen [28]).

Die seit den 1970er-Jahren entwickelten elaborierten Methoden des qualitativen Samplings, der Datenerhebung und -aufzeichnung und der Datenauswertung, die oben kurz vorgestellt wurden, stellen Verfahren des methodisch kontrollierten Fremdverstehens dar, mit deren Hilfe die Gültigkeit und wissenschaftliche Dignität qualitativen Forschens gesichert werden kann. Auf der Grundlage solcher Konzepte lassen sich Kriterienkataloge erstellen [29, 30], die Rezipient*innen qualitativer Forschungsergebnisse helfen, deren Qualität zu beurteilen. Hierzu gehören Strategien einer explizit kontrastierenden Fallauswahl, einer offenen Interviewführung, die die Relevanzsetzungen der Befragten nicht durch Hypothesen der Forschenden überblendet, eine angemessene Aufbereitung und Archivierung der Daten

und eine sorgsame hermeneutische und/oder kategorienbildende Auswertung nach den Regeln der jeweils eingesetzten Methode.

Anwendungsmöglichkeiten für qualitative Verfahren in der Gesundheitsberichterstattung

Ein zentrales Thema der Gesundheitsberichterstattung ist gesundheitsrelevantes Handeln, wie es sich bspw. an der Abhängigkeit gesundheitlichen Risiko- oder Präventionsverhaltens von Parametern sozialer Ungleichheit zeigt [31, 32]. Hinreichend bekannt ist etwa die deutlich höhere Übergewichtsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen, die in benachteiligten Verhältnissen aufwachsen. Als erklärende Faktoren für diese Unterschiede gelten belastende Lebensverhältnisse, die die Optionen für eine gesunde Lebensführung einschränken, sowie Informationsdefizite bzw. geringere Gesundheitskompetenzen („health literacy“).

Dass der sozioökonomische Status die Chancen für ein gesundes Leben beeinflusst, gehört zum gesicherten Wissensfundus der Epidemiologie. Auch Geschlechterrollen als gesellschaftliche Leitvorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit beeinflussen gesundheitsrelevantes Handeln. Die sozialstrukturellen und geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung sind daher beachtlich [33]. Soziale Strukturen wirken jedoch nicht, wie oben dargestellt, deterministisch im Sinne universeller Gesetzmäßigkeiten. Es gibt individuelle Handlungsspielräume und überdies verlieren in vielen Handlungsfeldern moderner Gesellschaften tradierte Normen und Rollenmodelle an Verbindlichkeit.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung können qualitative Methoden dazu beitragen, die Hintergründe für gesundheitsrelevantes Verhalten zu explorieren und dabei zu Erkenntnissen zu gelangen, die mehr Erklärungskraft besitzen als eine Beschreibung von statistischen Zusammenhängen zwischen Variablen. Qualitative Designs eignen sich insbesondere, um die Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken und den Umgang mit ihnen zu erforschen oder um

subjektive Vorstellungen von Gesundheit und darauf basierende Verhaltensmuster mitsamt ihren Widersprüchlichkeiten zu verstehen. Konkrete Fragestellungen könnten zum Beispiel sein:

- Warum rauchen Frauen in der Schwangerschaft, obwohl die gesundheitsschädigende Wirkung von Tabakrauch allgemein bekannt ist, und wie erklärt sich der markante Zusammenhang zwischen Rauchen und sozialem Status [34]?
- Bei Kindern aus Familien mit Migrationsgeschichte liegt die Übergewichtsprävalenz weit über dem Durchschnitt [35]. Spielen hier kulturspezifische Vorstellungen darüber, ab wann ein Kind als übergewichtig gilt, oder die Frage, ob Übergewicht überhaupt als Problem anzusehen ist, eine Rolle?
- Im Vergleich zu Kindern aus statushohen Haushalten ist die Zahn- bzw. Mundgesundheit bei Kindern aus statusniedrigen Haushalten deutlich schlechter und korrespondierend dazu sind Kontrollbesuche beim Zahnarzt seltener [34]. Wieso werden Mundhygiene und Zahnpflege vernachlässigt, obwohl Maßnahmen zur Kariesprophylaxe wie Zähneputzen oder Verringerung des Zuckerkonsums leicht praktikierbar sind und zahnärztliche Versorgung ohne Probleme in Anspruch genommen werden kann?
- Präventionsprogramme und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mobilisieren zumeist Frauen mit höherem Sozialstatus, bei Männern hingegen stoßen diese Angebote nur auf geringen Zuspruch [32]. Welche Relevanz haben schicht- und geschlechtsspezifische Gesundheitskonzepte?
- Die verhaltensassoziierten Risikofaktoren Rauchen, geringe sportliche Aktivität und Übergewicht treten gehäuft in unteren sozialen Schichten auf, problematischer Alkoholkonsum hingegen kommt in der höchsten Schicht am häufigsten vor [36]. Wie passt dieses Risikoverhalten zum demonstrativen Gesundheitsbewusstsein dieser gesellschaftlichen Gruppe?

Fazit

In ihrer Zielsetzung und in ihrem Vorgehen unterscheiden sich qualitative Verfahren grundlegend von der quantitativen Methodik: Hier die Trennung von Forschenden und beforstem Objekt, Datenerhebungen in kontrollierten Untersuchungssituationen mit standardisierten Verfahren und großen, repräsentativen Stichproben. Dort das Einnehmen subjektiver Sichtweisen, offene, der Erhebungssituation angepasste Formen der Erkenntnisgewinnung in Alltagssituationen sowie Samples mit geringen Fallzahlen ohne Anspruch auf statistische Repräsentativität. Inwieweit passen daher qualitative Methoden zu einem bislang stark quantitativ orientierten Arbeitsgebiet wie der Gesundheitsberichterstattung?

Qualitative Verfahren zielen darauf ab, Situationsdeutungen und Handlungsorientierungen, aus denen sich konkretes Verhalten ergibt, sinnverstehend zu rekonstruieren. Dadurch eignen sich qualitative Verfahren im besonderen Maße für die Exploration von Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen, auch mit dem Ziel, überprüfbare Hypothesen zu generieren, die dann mithilfe größerer Stichproben geprüft werden können. Qualitative Verfahren erweitern die Möglichkeiten der Gesundheitsberichterstattung, Erkenntnisse über gesundheitsrelevantes Handeln und über die Wirksamkeit von Präventionsstrategien in bestimmten Subgruppen einer Zielpopulation zu gewinnen. Solche Befunde lassen sich dann z.B. für die Entwicklung passgenauer Präventionsprogramme nutzen. Dies kann dazu beitragen, die Effektivität von Aufklärungskampagnen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu steigern. Qualitative Verfahren ersetzen keine quantitativen Verfahren, sondern ergänzen das Methodenrepertoire in der Gesundheitsberichterstattung, wobei sich die Methodenauswahl prinzipiell an der Fragestellung bzw. am Erkenntnisinteresse orientiert. Qualitative Methoden eröffnen die Möglichkeit, die Hintergründe von gesundheitsrelevantem Handeln zu beleuchten. Derartige Einblicke lassen sich mit quantitativen

Verfahren per se nicht gewinnen, da die Forschungslogik quantitativer Verfahren näheres Wissen um die Verfasstheit der Untersuchungsgegenstände voraussetzt.

Durch ihre Anwendung in alltagsnahen Situationen wirken qualitative Methoden oftmals unkompliziert und erscheinen ohne größeres spezielles Vorwissen einsetzbar. Gespräche in ungezwungener Atmosphäre, bei denen individuelle Meinungsäußerungen gesammelt werden, oder die Dokumentation subjektiver Eindrücke stellen jedoch noch keine qualitative Forschung im eigentlichen Sinne dar.

Alle Forschungsmethoden, qualitative und quantitative, haben jeweils spezifische Begrenzungen und Validitätsbedrohungen. Bei der qualitativen Forschung sind es die Komplexität des Datenmaterials und die sich daraus ergebende Bandbreite möglicher Interpretationen, die Fragen nach der Validität der Ergebnisse begründen. Interpretationen werden per se auch von der Subjektivität der Forschenden beeinflusst. Validitätsbedrohungen können sich ergeben, wenn Forschende eine bestimmte Agenda verfolgen und nicht diszipliniert alternativen Lesarten und Interpretationsmöglichkeiten nachgehen. In solchen Fällen können dann alternative Deutungen, die den favorisierten Darstellungen widersprechen könnten, unerwähnt bleiben. Ebenso wie in der quantitativen Forschung erfordert die Anwendung qualitativer Methoden nicht nur Sorgfalt und ein regelgeleitetes Vorgehen, sondern auch eine genaue Dokumentation der Daten, die Bereitschaft, das eigene Vorgehen offenzulegen und sich der Kritik zu stellen, und die Bereitschaft, die Limitationen und potenziellen Validitätsbedrohungen des eigenen Vorgehens in den Blick zu nehmen.

Qualitative Verfahren sind theoretisch und methodisch anspruchsvoll sowie aufwendig. Wie bei quantitativen Designs erfolgt die Auswahl der Untersuchungseinheiten regelgeleitet, auch wenn andere Kriterien gelten und statistische Repräsentativität nicht im Vordergrund steht. Qualitative Interviewführung verlangt gute Vorbereitung und Expertise in der Fähigkeit, die Relevanzsetzungen der befragten Personen aufzuspüren. Die Auswertung des erh-

benen Materials sollte alle Interpretationsmöglichkeiten ausschöpfen und die Kategorienbildung setzt viel Erfahrung und ein Mindestmaß an theoretischem Vorwissen voraus. Werden diese Bedingungen erfüllt, dann können qualitative Methoden jene Stärken ausspielen, die sie wiederum gegenüber quantitativer Forschung auszeichnen: Mit ihrer Hilfe wird es möglich, Deutungsmuster und Orientierungen der Handelnden sowie die ihnen zugrunde liegenden kontextgebundenen sozialen Regeln zu rekonstruieren, die in strikt hypothesengeleiteter, quantitativer Forschung oft unentdeckt bleiben müssen.

Auf diese Weise kann auch eine Kombination qualitativer mit quantitativen Methoden (Mixed Methods) helfen, die unterschiedlichen und spezifischen Begrenzungen der beiden Methodentraditionen durch die Nutzung ihrer jeweiligen Stärken auszugleichen [37].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Udo Kelle

Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften,
Helmut-Schmidt-Universität der Bundeswehr
70 08 22, 22008 Hamburg, Deutschland
kelle@hsu-hh.de

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Kelle und G. Tempel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für

die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Starke D, Tempel G, Butler J, Starker A, Zühlke C, Borrmann B (2019) Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. *J Health Monit*. <https://doi.org/10.25646/6058>
2. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
3. Gesundheitsamt Bremen (2018) Gesund in die Schule. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2016/2017 in Bremen. Gesundheitsamt Bremen, Bremen
4. Gesundheitsamt Bremen (2016) Zahngesundheit von Erstklässlern in der Stadtgemeinde Bremen. Gesundheitsamt Bremen, Bremen
5. Tourigny S (1998) Some new dying trick. *Qual Health Res* 8(2):149–167
6. Schaeffer D (2002) Geschichte und Entwicklungsstand qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum. In: Schaeffer D, Müller-Mundt G (Hrsg) *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, S 13–31
7. Faltermaier T (1995) Alltägliche Krisen und Belastungen. In: Flick U, v. Kardoff E, Keupp H, v. Rosenstiel L, Wolff S (Hrsg) *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzept, Methoden und Anwendungen*. Psychologie Verlags Union, München, S 305–308
8. Nestmann F (1995) Soziale Unterstützung, Alltagshilfe und Selbsthilfe bei der Bewältigung. In: Flick U, v. Kardoff E, Keupp H, v. Rosenstiel L, Wolff S (Hrsg) *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzept, Methoden und Anwendungen*. Psychologie Verlags Union, München, S 308–312
9. Hohl J, Keupp H (1995) Normalität und Abweichung als alltägliche Herstellungsleistungen. In: Flick U, v. Kardoff E, Keupp H, v. Rosenstiel L, Wolff S (Hrsg) *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzept, Methoden und Anwendungen*. Psychologie Verlags Union, München, S 316–319
10. Marx G, Wollny A (2009) Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 85(3):105–113
11. Morse JM (2012) *Qualitativ health research. Creating a new discipline*. Left Coast Press, Walnut Creek (Cal.)
12. Flick U (2002) Qualität qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung – Diskussionsstand und Perspektiven. In: Schaeffer D, Müller-Mundt G (Hrsg) *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, S 393–411
13. Rifkin SB (2002) Partizipative Interventionsforschung – Prinzipien und Strategien. In: Schaeffer D, Müller-Mundt G (Hrsg) *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, S 167–178
14. Wihofszky P (2013) Die Praxis der Gesundheitsförderung zwischen Top-down und Bottom-up. Ansätze partizipativen Planes und Forschens in der Konzeptentwicklung. *Präv Gesundheitsf* 8(3):181–189
15. Flick U, v. Kardoff E, Steinken I (2015) *Qualitative Forschung: ein Handbuch*, 11. Aufl. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
16. Keller R (2012) *Das interpretative Paradigma. Eine Einführung*. Springer VS, Wiesbaden
17. Gerdes K (Hrsg) (1979) *Explorative Sozialforschung: Einführende Beiträge aus „Natural sociology“ und Feldforschung in den USA*. Enke, Stuttgart
18. Kelle U, Kluge S (2010) *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*, 2. Aufl. VS, Wiesbaden
19. Malinowski B (1979) *Argonauten des westlichen Pazifik: ein Bericht über Unternehmungen und Abenteuer der Eingeborenen in den Inselwelten von Melanesisch-Neuguinea*. Schriften in vier Bänden, Bd. 1. Syndikat, Frankfurt a. M.
20. Friedrichs J (1999) *Methoden empirischer Sozialforschung*, 15. Aufl. Westdeutscher Verlag, Opladen
21. Lamnek S, Krell C (2010) *Qualitative Sozialforschung*. Psychologie Verlags Union, Weinheim
22. Hopf C (2006) *Qualitative Interviews – Ein Überblick*. In: Flick U, Kardoff E, v. Steinken I (Hrsg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, S 349–360
23. Scheele B, Groeben N (1988) *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion subjektiver Theorien: Die Heidelberger Struktur-lege-Technik (SLT), konsensuale Ziel-Mittel-Argumentation und kommunikative Flussdiagramm-Beschreibung von Handlungen*. Francke, Tübingen
24. Hanson NR (1958) *Patterns of discovery: an inquiry into the conceptual foundations of science*. Cambridge University Press, Cambridge
25. Kuckartz U (2012) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
26. Glaser BG, Strauss AL (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine, New York
27. Glaser BG (1978) *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Sociology Press, Mill Valley California
28. Shankman P (2000) *Culture, biology and evolution: the mead freeman controversy revisited*. *J Youth Adolescence* 29:539–556
29. Steinke I (1999) *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Juventa, München
30. Seale C (1999) *The quality of qualitative research*. SAGE, London
31. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland*. Robert Koch-Institut, Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis)
32. Jordan S, v. der Lippe E (2012) *Angebote der Prävention – Wer nimmt teil?* GBE kompakt 3(5). Robert Koch-Institut, Berlin
33. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE (2019) *Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends*. *J Health Monit*. <https://doi.org/10.25646/5868>
34. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015) *Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?* GBE kompakt 6(1). Robert Koch-Institut, Berlin
35. Robert Koch-Institut (2008) *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. RKI, Berlin

36. Hapke U, v. der Lippe E, Gaertner B (2013) Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5–6):809–813
37. Kelle U (2019) Mixed Methods. In: Baur N, Blasius J (Hrsg) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden, S 159–172