

Hanna Mayer

Qualitative Forschung in der Konjunktur – (k)ein Anlass zur Freude?

Eine Debatte über qualitative Forschung im Spannungsfeld zwischen Hochblüte und Trivialisierung und ihr Beitrag zur Evidenzbasierung der Pflege

Qualitative Research booms – a cause for exultation? A debate about qualitative research in the area of conflict between heyday and trivialization and its contribution to evidence based nursing

Regarding nursing science and research in the German-speaking countries, a boom of qualitative research can be stated. An increasing diversity and differentiation of research methods, the fact that qualitative research evolves as an integral part of academic teaching, a growing market for textbooks on and journals for qualitative research methods, - all this can be seen as an indicator. However, these developments come at a prize and may have negative consequences: loss of theoretical foundation, standardization, trivializing, and ultimately a loss of quality can result from the popularity and eventually lead to marginalization. Developments in science and in teaching, in addition to general social and societal trends, the economization of healthcare, and a rigid understanding of evidence-based healthcare are important influencing factors. Although, qualitative research can be considered a methodology that is required to comprehend the essence of nursing-related phenomena and to create a broad understanding that ensures clinical decision making.

Keywords

qualitative research, boom, quality, trivialization, evidence-based nursing

Betrachtet man die deutschsprachige pflegewissenschaftliche Landschaft, so kann man durchaus von einer Konjunktur qualitativer Forschung sprechen. Eine stetig zunehmende Vielfalt und Ausdifferenzierung der Methoden, die Tatsache, dass sich qualitative Forschung als selbstverständlicher Teil der universitären Lehre abbildet, ein immer größer werdender Markt an Lehrbüchern zu qualitativen Forschungsmethoden, eigene wissenschaftliche Journale, die Technisierung der Methoden, all das kann als Zeichen des Booms um qualitative Forschung gesehen werden. Doch dies hat seinen „Preis“ und kann durchaus negative Konsequenzen nach sich ziehen: Verlust der theoretischen Verankerung, Standardisierung, Trivialisierung und schlussendlich Qualitätsverlust können

die Folge von großer Popularität sein und zu Marginalisierung führen. Die Entwicklungen im Wissenschaftsbereich an sich und in der Lehre sind neben allgemeinen gesellschaftlichen Tendenzen, Ökonomisierung des Gesundheitswesens und Orientierung an einer rigiden Auffassung von Evidence-based Health Care wichtige Einflussfaktoren. Dabei kann qualitative Forschung als eine Methodologie angesehen werden, die notwendig ist, will man dem Wesen pflegerischer Phänomene auf den Grund gehen und eine breite Verstehensbasis als Grundlage pflegerischer Entscheidungen schaffen.

Schlüsselwörter

Qualitative Forschung, Konjunktur, Qualität, Trivialisierung, Evidenzbasierung der Pflege

Qualitative Forschung ist aus der pflegewissenschaftlichen Landschaft nicht wegzu-denken. Gerade in den Anfängen der Entwicklung dieser im deutschsprachigen Raum stand es außer Streit, dass qualitative Forschung in der Pflegewissenschaft eine wichtige Rolle einnimmt, wenn es darum geht, kranke Menschen besser zu verstehen und deren Sichtweisen in pflegerische Interventionen einfließen zu lassen. Anders als in anderen Disziplinen musste sich qualitative Forschung in der Pflege nicht erst aus der Vorherrschaft eines positivistischen Denkens emanzipieren. Der Methodenstreit holte (und holt) qualitative Forschung in der Pflege immer dann ein, wenn sie in die Nähe naturwissenschaftlich orientierter medizinischer Forschung gerät und mit dieser in Konkurrenz oder Wettstreit steht (Schnepf 2014). Und das hat meist nicht mit Methode an sich zu tun, denn *„was beide Forschungsrichtungen allerdings trennt, das ist der Umstand, dass beide Richtungen eine eigenen Kultur besitzen und dass diese Kulturen nicht so viele Gemeinsamkeiten aufweisen“* (Reichertz 2014: 96). Und Methoden an sich, wie Reichertz (2014) weiter betont, sind immer nur Ausdruck dieser Kultur. Das bedeutet, dass es in dem Diskurs weniger um „quantitative“ versus „qualitative Methoden“ geht – hier fließen die Grenzen – es geht vielmehr um unterschiedliche Denkweisen über und Weltansichten hinter Wissenschaft und Wissensproduktion, die sich im Großen und Ganzen auch mit *„Objektivierung und Standardisierung“* versus *„interpretativem Paradigma“* auf den Punkt bringen lassen (Knoblauch 2013:14).

2006 wies eine der „Mütter“ qualitativer Forschung in der Pflege, Mike Gryponk, auf die Gefahr des Qualitätsverlustes qualitativer Forschung durch die Entwicklungen im Bereich von Evidence Based Health Care (EBHC) und deren Einfluss auf die Pflege und Pflegewissenschaft hin. Sie sagte: *„... However there is a snake in the grass. There is the danger, that the ideology of EBHC and quantitative research will affect qualitative research in his roots, which may endanger the quality of qualitative research. And we should not let this happen.“* (Gryponck 2006: 1372-1373)

Diese düstere Prophezeiung hat rückblickend nicht im vollen Ausmaß zugetroffen (vielleicht aber auch dadurch, dass es durch solche Debatten wie die Gryponcks diesbezüglich größere Achtsamkeit gegeben hat und gibt) und es wäre auch sehr verkürzend, jeglichen Qualitätsverlust in der qualitativen Forschung alleine auf die Entwicklung und (vermeintliche) Dominanz von EBHC zurückzuführen. Denn auch in den Sozialwissenschaften gibt es eine sehr angeregte Debatte über Veränderungen, Gefah-

ren und die Zukunft qualitativer Forschung (z. B. Knoblauch 2013 und 2014; Kelle 2014; Reichertz 2014) – ohne dass diese direkt von dem Thema EBHC tangiert wird. Daher möchte ich mich in den folgenden Ausführungen nicht den Auswirkungen von EBHC auf den Stellenwert qualitativer Forschung widmen, dazu gibt es bereits einige Publikationen (z. B. Moers, Schaeffer & Schnepf 2011). Auch möchte ich auf keinen Fall in fundamentalisierender Weise den Methodenstreit zwischen qualitativer und quantitativer Forschung anfachen oder neu inszenieren. Ich möchte vielmehr einen kritischen Blick auf die Entwicklung qualitativer Forschung im speziellen in der Pflegewissenschaft werfen, mir die Frage stellen, welche Ursachen und Konsequenzen dies hat (bzw. haben kann). Tendenzen und Entwicklungen im Bereich der Wissenschaften an sich und im hochschulischen System stehen dabei im Zentrum der Betrachtung, ohne jedoch speziell die Entwicklung im Gesundheitswesen im Sinne einer verstärkten Aufmerksamkeit auf Evidenzbasierung ignorieren zu wollen. Zuletzt wird dann auch noch – gemäß dem Titel der Veranstaltung¹ – der Frage nachgegangen, was qualitative Forschung an sich und unter welchen Umständen sie zur Evidenzbasierung der Pflege beitragen kann und soll.

1. Qualitative Forschung in der Konjunktur

Betrachtet man die Entwicklungen der letzten Jahre, so muss man feststellen, dass qualitative Forschung in der Pflegewissenschaft (aber auch in anderen Wissenschaftsbereichen) kein Schattendasein führt, sondern man gewinnt den Eindruck, einer Phase der Hochkonjunktur zu begegnen. Dafür gibt es viele Anzeichen, wie zum Beispiel die immer größer werdende Methodenvielfalt, der Einzug in die universitäre Lehre, in die Publikationslandschaft sowie in traditionell quantitative orientierte Wissenschaftsbereiche, Felder und Institutionen.

Die Methodenvielfalt im Bereich qualitativer (Sozial)forschung ist so groß wie noch nie, sowohl im Bereich der Ausdifferenzierung verschiedener Ansätze und Richtungen (man denke nur an die Entwicklungen und Ausdifferenzierungen innerhalb der Grounded Theory oder der Phänomenologie), als auch im Bereich der Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Die Pflegewissenschaft nimmt diese Entwicklung in unterschiedlicher Art auf. Zum einen werden verschiedene Methoden aus unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Feldern und Traditionen aufgenommen und zur Erforschung pflegespezifischer Fragestellungen genutzt. Traditionell sozialwissenschaftlich hermeneutische Ansätze, wie z. B. die dokumentarische Methode oder die Diskursanalyse, finden sich auch im Kontext pflegewissenschaftlicher Forschung. Partizipative Forschungsansätze werden in der Gesundheitsforschung gepflegt (von Unger 2014) und als praktikable und zukunftssträchtige Forschungsansätze für pflegewissenschaftliche Fragestellungen gesehen (Zojer, Faul & Mayer 2014). Qualitative Evaluationsforschung beginnt in pflegewissenschaftlichen Projekten Fuß zu fassen und sich in dieser

¹ Der Aufsatz basiert auf dem Eröffnungsvortrag anlässlich der DGP Fachtagung „Methodische Herausforderungen an Pflegeforschung“ am 6.3. 2015

weiter zu entwickeln (z. B. Erdmann & Schnepf 2013). Focus Groups haben seit einigen Jahren bereits Hochkonjunktur, aber auch spezielle, aus anderen Bereichen kommende Erhebungstechniken wie z. B. die Think Aloud Technique oder die Photovoice Methode finden Einzug in einschlägigen Methodenbüchern und in der Forschungspraxis. Zum anderen werden aber auch zusehends neue Analysemethoden entwickelt bzw. bestehende Analyseverfahren von Pflegewissenschaftler/-innen in und an pflegewissenschaftlichen Fragestellungen weiterentwickelt. Ein bekanntes Beispiel stellt QUARGOL, eine Art der Datenanalyse, die sich an der Grounded Theory anlehnt, dar (Dierckx de Casterle, Gastmans, Bryon & Denier 2012). Es werden aber auch neue qualitative Forschungsdesigns oder Methoden aus der und für die Pflegeforschung entwickelt bzw. beschrieben, wie z. B. die Qualitative Outcome Analysis von Morse (2000).

Qualitative Forschung bildet sich zunehmend deutlich in der universitären Lehre ab. Es werden Lehrstühle bzw. Professuren für qualitative Forschungsmethoden nicht nur vermehrt im sozialwissenschaftlichen Bereich eingerichtet, sondern auch – wenn gleich noch vereinzelt – an gesundheits- oder pflegewissenschaftlichen Fakultäten oder Instituten (z. B. an der PTH Vallendar oder der Alice Salomon Hochschule Berlin).

Qualitative Forschung ist curricularer Bestandteil in den meisten pflegewissenschaftlichen Studiengängen im deutschsprachigen Raum auf allen Ebenen (mehr oder weniger gleichberechtigt neben der quantitativen) und gehört somit zum Standardrepertoire der Methodenausbildung.

Qualitative Methoden werden mit zunehmender Beliebtheit im Rahmen von Abschlussarbeiten (vor allem Masterarbeiten²) eingesetzt.

Das Angebot an spezifischen Summerschools und Methodenworkshops zu qualitativer Forschung (z. B. Berliner Methodentreffen, Schweizer Methodenfestival qualitative Sozialforschung, QuPuG Summer of Science) nimmt zu und spricht auch (oder ganz spezifisch) Forscher/-innen aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich an.

Reges Interesse an qualitativer Forschung lässt sich auch in der Publikationslandschaft feststellen. Es gibt kein allgemeines Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- oder Sozialforschung, das qualitative Forschung ignoriert, es gibt einen eigenen Markt für Bücher zur qualitativen Forschung allgemein, aber auch vermehrt für die unterschiedlichsten Methoden. Eigene Zeitschriften widmen sich explizit der qualitativen Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaften (z. B. „Qualitative Health Research“, „Journal of qualitative Studies on Health and Well-Being“; „QUPuG“ ...) und auch in allgemeinen pflegewissenschaftlichen Journals scheinen qualitative Forschungsbeiträge ungebrochen zu boomen.

Qualitative Forschung ist längst nicht mehr „Bleistift und Zettel Methode“, die Technisierung hat auch hier in den letzten Jahren Einzug gehalten. Programme zur Unterstützung der Datenauswertung bzw. Verwaltung, elektronische Transkriptions-

2 Betrachtet man zum Beispiel die Abschlussarbeiten der Masterstudiengänge an der Universität Witten Herdecke (D), der UMIT (A) und der Universität Wien (A), so kann man feststellen, dass der Anteil qualitativer Forschungsarbeiten zwischen 50% und 80% aller ausmacht.

programme oder Programme zur elektronischen Datenspeicherung werden entwickelt und rege genutzt. Das kann – in einer technisierten Welt – durchaus als Zeichen der Konjunktur qualitativer Methoden interpretiert werden.

Qualitative Forschung hält aber auch Einzug in traditionell quantitativ orientierte Wissenschaftsbereiche, Felder oder Institutionen, z. B. in die Cochrane Collaboration (durch die Einrichtung einer eigenen Gruppe, der „Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group“). In Wissenschaften wie der Medizin oder der Psychologie, die sich eher einem naturwissenschaftlichen Verständnis und somit quantitativen Methoden verschrieben haben, kann man beobachten, dass zunehmend auch qualitative Methoden Anwendung finden (z. B. Lobb et al. 2013). Auch in Bereichen, die traditionell der Anwendung quantitativer Verfahren vorbehalten waren, wie dem des Erforschens von Wirkungsweisen pflegerischer Interventionen, spielt qualitative Forschung zunehmend eine nicht mehr wegzudenkende Rolle (Hömann & Bartholomeyczik 2007; Ludvigsen et al. 2013).

Resümierend könnte man also feststellen: Kein Grund zur Klage – qualitative Forschung boomt! Daher treffen alle düstere Prophezeiungen über den Untergang qualitativer Forschung im Allgemeinen und durch die Vorherrschaft von EBHC im Besonderen nicht zu. Doch hat dieser „Boom“, diese Zunahme an Vielfalt und Quantität auch seinen Preis. Sieht man unter die Oberfläche dieser Entwicklungen, so kommt man nicht umhin zu bemerken, dass diese nicht ganz ohne Konsequenzen vor sich gehen und ihre Spuren hinterlassen, die nicht immer positiv sind. Denn: Mehr heißt nicht zwangsläufig besser.

Durch meine Tätigkeit als Herausgeberin eines Journals für qualitative Forschung, aber vor allem in meiner Eigenschaft als Professorin für Pflegewissenschaft, durch die ich als Gutachterin von Qualifikationsarbeiten auf allen Ebenen, von Projekten und als Mitglied in diversen Kommissionen einen ganz guten Einblick bekomme, ist mir aufgefallen, dass sich ein gewisser „Qualitätsverlust“ qualitativer Pflegeforschung abzuzeichnen droht. An dieser Stelle ist anzumerken, dass dies nicht heißen soll, dass es etwa keine ausgezeichneten qualitativen Forschungsarbeiten und -projekte gab und weiterhin gibt. Blickt man jedoch auf die breite „Masse“ der qualitativen Forschungsarbeiten und den Kontext ihrer Produktion, so entsteht ein etwas anderes Bild. Gerade im „hochwertigen“ Segment wissenschaftlicher Arbeiten (sprich Dissertationen oder Habilitationen), aber vor allem bei gut geförderten Drittmittelprojekten, scheint (mit ein paar Ausnahmen) qualitative Forschung, außer als zusätzlicher, meist marginaler Teil, nicht so präsent zu sein. Dafür boomt qualitative Forschung auf der Ebene der Masterarbeiten, gerade auch bei Studiengängen, die nicht primär eine pflegewissenschaftliche Ausrichtung haben (mit Management-, Lehr- oder ANP-Schwerpunkt). Und in diesem Zusammenhang kommen mir – neben natürlich auch sehr guten – immer mehr methodisch schwache bis fragwürdige Arbeiten³ unter. Der Begriff „qualitative For-

³ Dies ist oft der Unterschätzung der methodischen Anforderungen qualitativer Forschung sowohl auf Seiten der Studierenden als auch auf der der Betreuer/-innen, als auch den Zwängen des Hochschulsystems geschuldet, daher soll diese Kritik nicht als persönliche Diffamierung einzelner Studierender verstanden werden.

schung“ scheint immer dehnbarer zu werden und die Legitimation für jeglichen empirischen Versuch der nicht-standardisierten, theorieentkoppelten (im Sinne einer falsch verstandenen Offenheit) Datenerhebung.

Man könnte sich fragen, ob qualitative Forschung – zwar im quantitativen Sinne wachsend – immer mehr zur Forschung „light“ verkommt. Etwas „Einfaches“ zum Einsteigen unter dem Motto „Machen wir mal schnell ein paar Interviews und werten diese „inhaltsanalytisch“ aus.“ – War es früher der Fragebogen als Erhebungsinstrument, der für alles und jedes herhalten musste, so entsteht der Eindruck, dass das sogenannte „qualitative Interview“ gerade dasselbe Schicksal ereilt. Das heißt wir haben es anscheinend einerseits mit einer Art der Entwicklung zu tun, die qualitative Forschung als etwas Einfaches, Simples, schnell Machbares im Sinne der Art und Weise, wie man zu Daten kommen kann, betrachtet. Andererseits (oder gerade auch als Konsequenz der ersten Entwicklung) gibt es Tendenzen, Ergebnisse qualitativer Forschung (z. B. im Rahmen mancher so genannter Mixed Methods Forschungen) zu quantifizieren („zwei von fünf Interviewten haben gesagt“, oder die Angabe der Anzahl der Interviews im Sinne von „n=“ neben der jeweiligen Kategoriebeschreibung) und zu dekontextualisieren, in dem ihnen ein Erklärungsanspruch zuerkannt wird, den sie nicht haben. Wenn so getan wird, als ob wir durch qualitative Forschung Erklärungen und kausale Zusammenhänge im naturwissenschaftlichen Sinn ableiten könnten, ist dies nicht nur fahrlässiger und unzulässiger Umgang mit qualitativer Forschung, sondern führt auch zu einer Überschätzung und Überhöhung dieser, die in letzter Konsequenz nur zu einer Trivialisierung führen kann.

Diese Trivialisierungstendenzen, gepaart mit Abwertung qualitativer Forschung (aus einer naturwissenschaftlichen, ökonomisierender und von Zahlen geprägten Weltsicht), die durchaus in unseren Gesundheitssystemen zu finden ist, bilden die Grundlage einer Marginalisierung qualitativer Forschung per se, die wiederum weitreichende Konsequenzen mit sich ziehen kann.

Wieso kann so etwas passieren, im Lichte all dieser doch positiven Entwicklungen, die ich vorher aufgezeigt habe? Die Konjunktur hat eben nicht nur Sonnen-, sondern auch Schattenseiten und diese sind oftmals der Grund zum neuerlichen Abschwung (nicht umsonst verwende ich hier – auch in Anlehnung an Reichertz (2014) – die Metapher der Konjunktur – die nicht nur ein „Hoch“, sondern ein „Hin- und Her“ impliziert) werden.

2. Die „Schattenseiten“ der Konjunktur

Wenn man die durchaus als positiv zu wertenden Entwicklungen qualitativer Forschung, die ja letztlich zu der durchaus sichtbaren Beliebtheit qualitativer Forschung in der Pflege geführt haben, betrachtet, so lassen sich auch deren „Schattenseiten“ oder auch Konsequenzen in Bezug auf Qualität und Identität qualitativer Forschung erkennen.

Offenheit, Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung von Vorgehensweisen, um zu Datenmaterial zu kommen und der Art und Weise des Blickwinkels auf und des Interpretierens von Datenmaterial und Quellen, liegt an sich in der Natur qualitativer Forschung und zeichnet diese aus (Knoblauch 2014). Kreativität ist an sich eine wissenschaftliche Tugend und auch die Rezeption von Methoden und Methodologien aus anderen Bereichen ist per se positiv zu bewerten. Sie beinhaltet aber ein paar potentielle Gefahrenmomente. Zum einen darf Offenheit nicht in Ad hoc Methoden münden, die ohne Grundlagentheorie aus mehr oder weniger reflektierten Alltagstheorien entstehen und mehr als beliebig einsetzbares Tool verstanden werden (Reichertz 2014). Zum zweiten ist dort, wo die „Vielfalt bunte Früchte treibt“ (Knoblauch 2014: 76), eine Gegentendenz zu bemerken, nämlich diese durch Ordnungsversuche und Standardisierung einzudämmen und drittens besteht die Gefahr des Entstehens einer Art von Pragmatismus im Sinne des Lösens der Methoden aus ihrem Kontext, der zu einer „bedenklichen Entfremdung von Theorie und Methode“ (Knoblauch 2013: 17) führt, die in einem theorieleeren Empirismus mündet und daher zu einem Identitätsverlust qualitativer Forschung führen kann. Wenn sich eine Forschungsarbeit qualitative Forschung nennt, so beinhaltet dies grundsätzlich, dass sich diese dem interpretativen Paradigma verpflichtet und kann nicht auf einen wie auch immer gedachten Einsatz „paradigmenfreier Methoden“⁴ reduziert werden. Der Verlust dieser theoretischen Verankerung führt zu einer Art Beliebigkeit des Einsatzes von Methoden und auch zu einem Qualitätsverlust, nicht nur im Sinne der Reinheit eines methodischen Vorgehens, sondern auch, und das ist das Entscheidende, der Ergebnisse und der Aussagekraft empirischer Arbeiten.

Nicht nur die Entfremdung der Methode von der Theorie, sondern auch die Vielfalt der Methoden an sich, die ja zunächst einmal – wie schon eingangs erwähnt im Sinne der Weiterentwicklung qualitativer Forschungsmethoden positive Seiten hat –, kann auch zu einer zunehmenden Orientierungslosigkeit auf dem unendlichen Markt der Möglichkeiten führen.

Um dieser zu begegnen können zwei Tendenzen verzeichnet werden: Standardisierung und Simplifizierung – wobei diese meist Hand in Hand gehen.

Die rasante Entwicklung von Methodenlehrbüchern ist eine Art der Antwort auf die Entwicklung und Ausdifferenzierung qualitativer Forschung und verspricht Orientierung. Aber wer schon einmal ein Methodenlehrbuch verfasst hat, weiß um die Problematik: Man muss selektieren und eine Entscheidung nach den Selektionskriterien treffen: Wählt man die Methoden aus, die sich am leichtesten in eine Lehrbuchform bringen lassen, die gängigsten Methoden oder die unbekanntesten? Man ist sich oft gar nicht bewusst, wie sehr man mit der eigenen, oft nicht expliziten Selektion Einfluss nimmt, und man muss veranschaulichen und vereinfachen. „*Damit werden Vorge-*

⁴ Der Diskurs darüber, ob Methoden grundsätzlich paradigmennneutral sind, ist vielfältig und kontrovers, aber gesetzt den Fall man nimmt an, dass die Methode an sich neutral wäre, so ist sie es nur, bis sie in einem konkreten Forschungskontext eingebettet ist. Die Methode „Interview“ hängt in ihrer Ausgestaltung immer davon ab, mit welchem Hintergrund, zu welchem Zwecke und wie man sie einsetzt.

hensweisen aus dem konkreten Forschungs- oder Gegenstandsbezug herausgeschält, aus dem sie entstanden sind und in dem sie Verwendung fanden“ (Kelle 2014: 19). Außerdem können die Bemühungen um Vereinfachung schnell im „*Lehreinsatz als Bedienungsanleitungen für konkretes Forschen rezipiert*“ werden (Kelle 2014: 21). Es entsteht daher schnell der Eindruck, dass qualitative Forschungsmethoden kontextlos sind und als Techniken beliebig einsetzbar. Die Tatsache, dass qualitative Forschung genauso wie quantitative Forschung gelehrt wird und werden muss (an sich eine positive Entwicklung) und zwar auf allen Ebenen und in sehr engen und wenig flexiblen curricularen Strukturen, birgt die Gefahr der Simplifizierung und Trivialisierung, der Reduktion von Forschung auf Methoden und Techniken in sich (auf diesen Punkt möchte ich etwas später noch genauer eingehen).

Technisierungsbemühungen (die ich vorab ebenfalls als ein Zeichen der „Konjunktur“ erwähnt habe) sind einerseits Resultate des Wunsches nach Vereinfachung, Ökonomisierung und Strukturierung qualitativer Forschung und können dadurch ihrerseits wiederum zur Trivialisierung qualitativer Forschung beitragen. Softwareprogramme sind Ordnungssysteme, und nichts spricht prinzipiell dagegen sie als solche einzusetzen, aber qualitative Analyse geht weit über die Ordnung und Zuordnung von Textteilen zu Codes und Kategorien hinaus. Sie verlangt nach der Kunstfertigkeit des Interpretierens. Wenn aber Interpretation durch technisierte Lösungen automatisiert (und damit vereinfacht) werden soll, dann ist man dazu verleitet, „*das Denken an den Computer abzugeben*“ (Knoblauch 2013: 18). Man übersieht dabei, dass hinter qualitativer Auswertung immer eine Form der Theoriekonstruktion steht, denn „*Kategorien fallen weder vom Himmel, noch werden sie von der Software geliefert, sondern sie müssen mittels eigenständiger Deutungstätigkeiten erarbeitet werden*“ (Reichertz 2014: 92). Was oft bleibt, sind einfach Versuche von Zusammenfassungen von Textteilen ohne Anschluss an vertiefte Deutungszusammenhänge. Diese Art von Ergebnissen bleibt daher an der Oberfläche und führt selten zu einem vertieften Verständnis eines Phänomens und damit auch nicht zu neuen Erkenntnissen.

Die zweite problematische Konsequenz der quantitativen Zunahme von qualitativen Forschungsarbeiten im Gesundheitsbereich, der stetig anwachsenden methodischen Möglichkeiten innerhalb dieses Forschungsansatzes und der daraus resultierenden Orientierungslosigkeit, sind, wie bereits erwähnt, das steigende Bedürfnis der Kontrolle, der Einordnung und der daraus resultierenden Standardisierungsbemühungen qualitativer Forschung⁵. Obgleich die Diskussion um Nachvollziehbarkeit, um Qualität und Qualitätsparameter eine ist, die geführt werden muss und soll (in diesem Aufsatz wird ja gerade die mangelnde Qualität kritisiert), so bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass es zu Standardisierungen, im Sinne von engen Regelwerken kommen kann. Qualitative Forschung lässt sich per se nicht standardisieren. Standardisierung und qualitative Forschung stellen an sich einen Widerspruch dar (Knoblauch

5 Beispiele dafür sind u. a. die Entwicklung von Instrumenten zur „Messung“ der Qualität qualitativer Forschung (z. B. Schou et al. 2011), die Assessmenttools des Joanna Briggs Instituts, der Cochrane oder methodische Checklisten wie das CASP-qualitative Research, das Festlegen der Aussagekraft qualitativer Studie im Sinne der wissenschaftlichen Evidenz (z. B. Cesario, Morin & Santa-Donato 2002), aber auch Reporting Standards für qualitative Forschung (z. B. die des EQUATOR Netzwerks).

2007, 2014). Aber in einer Wissenschaftsgesellschaft, die sich grundsätzlich an Quantifizierungen, Bewertungen, Rankings und Punktesystemen auszurichten scheint, ist es daher nicht verwunderlich, wenn versucht wird, qualitative Forschung in dieselben Formen zu pressen. Die Instrumente, die dafür entwickelt werden, machen diesen Konflikt deutlich: Entweder sie sind sehr offene Systeme, die sich an grundlegenden Fragen orientieren, anhand derer qualitative Arbeiten diskutiert werden (dann sind sie jedoch nicht geeignet, Orientierung in dem Maß zu geben, das im Sinne einer Standardisierung verlangt wird), oder sie legen Kriterien an, die dem Kern, was qualitative Forschung leisten soll und kann, nicht gerecht werden, diese sogar konterkarieren.

Das Heraustreten qualitativer Forschung aus dem Nimbus einer Methode, eines Wissens, das nur ein elitärer Kreis besitzt und zu dem nur ein exklusiver Zirkel Zugang bekommt, ist ja durchaus als notwendige und positive Entwicklung zu sehen. Und qualitative Forschung ist grundsätzlich und sicher zu Recht bei Pflegenden populär. Sie trifft ja ein zentrales Anliegen der Pflege schlechthin: Das tiefe Verstehen des Menschen, des zu Pflegenden. Der Preis, den man aber manchmal für große Popularität zahlen muss, ist unter anderem auch Qualitätsverlust.

3. Qualitätsverlust in der Qualitativen Forschung (?) – Einflussfaktor Wissenschaftssystem

Was sind nun die Hintergründe oder Auslöser dieser Entwicklungen? Qualitative Forschung unterliegt mannigfaltigen Einflüssen. Es sind dies zum einen allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen, die auch vor Themen wie der qualitativen Forschung nicht Halt machen: Schnelllebigkeit, Ökonomisierung, Zweckrationalismus und der Ruf nach direkter Verwertbarkeit, um nur einige zu nennen. Qualitative Forschung wird in vielerlei Hinsicht diesen Anforderungen nicht gerecht. Sie ist wenig standardisierbar und daher auch nicht gut berechenbar und schwer kontrollierbar. Für qualitative Forschung braucht man Zeit und Muße, die Ergebnisse liegen auf einer theoretischen Ebene und verschließen sich oft direkter Verwertbarkeit.

Ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Entwicklung qualitativer Forschung ist im Wissenschaftssystem selbst zu sehen (das aber natürlich auch politischen und gesellschaftlichen Tendenzen und Zwängen unterworfen ist und diese widerspiegelt).

Eine der wesentlichsten und einschneidenden Veränderungen, dem das Hochschulsystem im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahrzehnten unterworfen war, ist die Etablierung des so genannten „Bologna Systems“, die Teilung eines Studiums in drei für sich alleine stehende Abschnitte, die jeweils zu einem eigenen, für ein bestimmtes Feld qualifizierten Abschluss führen. Dies hat durchaus seine positiven Seiten (vor allem für die Pflege als klassisch berufsqualifizierendes Studium hat die Umstellung auf Bologna die Tür der Hochschulen geöffnet), und es wäre zu kurz gegriffen, alle Probleme, die sich an den Hochschulen auftun alleine auf „Bologna“ zurückzuführen, aber es hat doch Konsequenzen, die gerade für das Entwickeln von Forschungskompetenzen nicht unwesentlich sind.

Es hat sich ein System etabliert, dass straffer organisiert werden muss, verschulter ist, weniger Zeit für flexible und vertiefende Angebote lässt. Gerade im Masterbereich (mit nur 120 ECTS) – einem zentralen Bereich für die Lehre in Forschung – ist man hier massiv eingeschränkt. „*Bologna Studiengänge sind verschulte Studiengänge, genau dies ist keine Grundlage qualitative Forschungskompetenz zu entwickeln*“ (Schnepp 2014: 8).

Qualitative Forschung kann nicht einfach in einem isolierten Kurs oder aus dem Lehrbuch oder in einem Online Kurs gelernt werden, sondern muss eingebettet in ein theoretisches Vorverständnis am Forschungsgegenstand selbst erlernt und praktiziert werden. Gerade weil qualitative Methoden in einem ausgeprägten Maße subjektiv sind, handelt es sich dabei nicht um den bloßen Erwerb einer Technik. Knoblauch (2007, 2014) verwendet den Begriff „Kunst“, wenn es darum geht, das zu beschreiben, was hinter qualitativer Forschungsarbeit und interpretativer Analyse steht. Breuer und Schreiner (2007) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „Handwerk“ und Dieries (2007) geht sogar noch einen Schritt weiter, wenn sie betont, dass qualitative Sozialforschung weniger das Einüben einer Technik, sondern vielmehr das Herausbilden einer Haltung ist. Bei der Vermittlung gehe es eben nicht darum, „*Wissen häppchenweise von der lehrenden zu der lernenden Person zu transferieren*“ (Breuer & Schreiner 2007:8), sondern es braucht ein Vorgehen, das im Sinne einer konstruktivistischen Lerntheorie als Prozess des Aufbaus von Wissen gelehrt wird.

Das heißt es geht immer um Lernformate, die es ermöglichen, eingebettet in einem theoretischen Vorverständnis mit den Lernenden zu forschen, sie Erfahrungen machen zu lassen und den Raum für Reflexion und Weiterentwicklung zu geben. Dies braucht aber Zeit und den Luxus kleiner Gruppen und/oder mehrere Lehrender, die diese Gruppen betreuen. Und dieser Luxus ist selten vorhanden. Im Masterstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien gibt es z. B. noch eine solche Forschungswerkstatt, in der in einer Gruppe von 15-20 Studierenden, begleitet durch zwei erfahrene Dozent/-innen, das, was zuvor rein theoretisch gelehrt oder als Teil aus dem gesamten Forschungsprozess herausgenommen wurde, an konkreten Forschungsfragen über zwei Semester umgesetzt werden kann. Die Studierenden arbeiten in Kleingruppen, die von den Lehrenden engmaschig supervidiert werden, aber auch von den eigenen Kolleg/-innen. Es gibt ausreichend Raum für die Entwicklung von Fragen, für die Datenerhebung und vor allem für die Analyse der Daten, für die ein ganzes Semester zur Verfügung steht. Bewusst lernen sie nicht zuerst, wie man mit EDV Programmen umgeht (das mag manchen altmodisch erscheinen), aber gerade der zu frühe Einsatz dieser Datenverwaltungsprogramme kann dazu führen, dass Studierende nie auf die Ebenen des interpretativen Arbeitens kommen. Zugunsten dieses muss aber auch in diesem Masterprogramm auf andere Dinge verzichtet werden, und es kann auch hier immer nur das Lernen an einem winzigen Ausschnitt qualitativer Forschung(smethode) gefördert werden.

Enge curriculare Vorgaben, ökonomische Gesichtspunkte (das Verlagern von face-to-face Unterricht auf Selbststudium oder Onlineformate, das Erhöhen der Teilnehmer/-innenzahlen in Gruppen oder das Umwandeln von interaktiven Formaten in

Vorlesungen) und geringe Zeitressourcen, vor allem in den Masterprogrammen, sind meist für den Erwerb der Kompetenzen zur qualitativer Forschung abträglich. Dazu kommt noch, dass mehr als in anderen Bereichen der persönliche Erfahrungshintergrund des Lehrenden, aber vor allem seine Sichtweise und Haltung zur qualitativen Forschung eine entscheidende Rolle in der Lehre spielen. Ein weiterer, höchst problematischer Aspekt ist die Tatsache, dass eine gute qualitative Arbeit wegen der aufwändigen Erhebungs-, aber vor allem Analyseverfahren Zeit braucht. Es gibt gegenüber einer quantitativ orientierten Arbeit weniger Möglichkeiten Abstriche zu machen. Dort kann man z. B. auf bestehende Datensätze zurückgreifen oder relativ schnell mit einem standardisierten Instrument zu einem eigenen Datensatz kommen bzw. die Komplexität der Analyse einschränken. 25 - 30 ECTS und ein Zeitraum von einem Semester sind schlichtweg viel zu wenig für eine Masterarbeit im Bereich qualitativer Forschung. Gerade in Fachhochschulstudiengängen ist man hier zeitlich wesentlich weniger flexibel als in einem Universitätsstudium. Dies führt nun entweder dazu, dass keine qualitativen Forschungsarbeiten im Masterbereich durchgeführt werden dürfen oder dass mehr oder weniger große Abstriche bei der Qualität gemacht werden. Beides ist – aus unterschiedlichen Gründen – höchst bedauerlich und trägt nicht zu einer positiven Entwicklung qualitativer Forschung in der Pflege bei.

Aber nicht nur die Lehre und ihre Rahmenbedingungen sind problematische Aspekte. Die Entwicklungen im Wissenschaftssystem an sich stellen auch einen wichtigen Einflussfaktor auf die qualitative Forschung dar. Besonders spürbar ist der Druck der Drittmittelfinanzierung universitärer Forschung. Für ein gutes qualitatives Forschungsprojekt, mit dem man beispielsweise ein theoretisches Modell zum Symptom erleben entwickeln möchte, ist es ungleich schwieriger Förderungen zu erhalten als für eine randomisiert-kontrollierte Studie. Unter dem zunehmenden ökonomischen Druck an den Forschungsinstituten ist es nicht verwunderlich, wenn Themen und Fragestellungen in Forschungsanträgen sich nach dem richten, was den größten Finanzierungserfolg verspricht. Und so wird qualitative Forschung aus Drittmittelanträgen entweder völlig ausgeklammert oder oft nur als Zusatz vor oder nach dem eigentlichen quantitativen Teil der Studie marginalisiert. Gerade unter dem Label „Mixed-Methods“, das momentan auch in der Förderlandschaft sehr populär ist, werden kleine qualitative Forschungsanteile (z. B. als Vorstudie zur Fragebogenentwicklung in Form von Expert/-inneninterviews oder Gruppendiskussionen) als kleines „Add-on“ verwendet. Auch der immer stärker werdende Druck zu publizieren schreckt oft von qualitativer Forschung ab. Schnell zu gut publizierbaren Ergebnissen zu kommen ist das Gebot der Stunde für Jungwissenschaftler/-innen, die im Wissenschaftsbetrieb hochkommen wollen. Aus einem großen, komplexen quantitativen Datensatz kann man mehr herausholen (im Sinne von „scheibchenweisem“ Extrahieren und dem Darüberlegen verschiedenster statistischer Verfahren) und zu mehreren Publikationen verwerten. Abgesehen davon ist es auch in der Pflegewissenschaft (in Anlehnung an die Tradition der Medizin) in „Mode“ gekommen, bereits das Studienprotokoll von quantitativen Studien als eigene Publikation zu verwerten. Da all das bei qualitativer Forschung nur

sehr eingeschränkt möglich ist, scheint es publikationsmäßig vielversprechender z. B. seine Dissertation eher an quantitativen Verfahren auszurichten.

Natürlich sind es auch die Entwicklungen im Gesundheitswesen (und nicht nur die im Hochschulwesen), die darauf Einfluss haben, was und mit welchen Methoden geforscht wird, wie die doch sehr mächtige Ideologie der EBHC oder der immer stärker werdenden Druck der Ökonomisierung.

4. Qualitative Forschung im Zeitalter der Evidenzbasierung der Pflege – purer Luxus?

Angesichts der oben geführten Debatte um die Entwicklung qualitativer Forschung und die Gefahr in der sogenannten Konjunktur, in der sie sich befindet, ist ihre Rolle und ihre Nutzen zur Evidenzbasierung noch kurz anzusehen. Gerade mit dem Wort „Evidenzbasierung“ verbindet man quantitative Forschung zur Überprüfung der Wirkungsweisen pflegerischer Interventionen und diverser Spielarten experimenteller und quasi-experimenteller Designs.

Ist qualitative Forschung nun nicht ein Widerspruch dazu? Es geht aber nicht um Widerspruch zu oder Unterordnung unter Forschungsansätze und Studiendesigns, die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge nachgehen. Es kommt vielmehr darauf an, was unter Forschungsevidenz verstanden werden kann. Die Perspektive, die in qualitativer Forschung eingenommen wird, der Fokus auf das Erleben der zu pflegenden Menschen, auf ihre Bedürfnisse, stellt eine ganz besondere Grundlage pflegerischer Entscheidungen da, daher kann und muss dieses Wissen als eine eigene Art von Forschungsevidenz, abseits des traditionellen Verständnisses gesehen werden. Pflegende bauen ihre Entscheidungen in individuellen Situationen nicht nur auf Evidenzlagen auf, die sagen, welche Intervention die richtige ist, sondern sie nützen theoretische Erkenntnisse über ein Phänomen, um in einer Situation adäquat zu reagieren. Das soll nun nicht als Konkurrenz zum klassischen EBN-Verständnis gesehen werden, sondern als eine weitere Entscheidungsgrundlage. Theoretische Erkenntnisse können als Modelle auch für sich stehen und müssen nicht immer in der Forschung selbst auf eine Anwendungsebene heruntergebrochen werden, um für die Pflegepraxis nützlich zu sein. Insofern ist die stärkere Besinnung auf die Rolle qualitativer Forschung im Rahmen der Theorieentwicklung ein zentraler Bestandteil des Diskurses um ihre Bedeutung für eine evidenzbasierte Pflege.

Mit qualitativer Forschung können wichtige Wissensbestände direkt in und mit der Praxis generiert werden, z. B. durch partizipative Forschung, die durch keine anderen Methoden oder Verfahren ersetzt werden kann. Und Wissen, das auf diese Art und Weise generiert wurde, hält meist auch schnell und nachhaltig in der Praxis Einzug.

Qualitative Forschung ist wichtig, um implizite Wissensbestände der Pflegenden an die Oberfläche zu holen, sie zu explizieren und zu systematisieren, nicht nur damit sich die Pflegenden selbst bewusst werden, was sie und warum sie etwas tun, sondern um

dieses personalisiertes Wissen als allgemeine Wissensquelle überhaupt zugänglich zu machen.

Auch dem Phänomen der „wissenschaftlichen Sprachlosigkeit“ begegnet man immer wieder. Pflegerische Maßnahmen und Interventionen, die in der Praxis am Einzelfall als sehr wirksam beobachtet werden, sich aber nicht über klassische Methoden, wie dem RCT oder dessen Varianten nachweisen lassen und somit immer auf der Ebene der nicht-nachweisbaren Wirkung verhaftet bleiben, führt zu Frustration (und auch zu Wissenschaftsskepsis bzw. -müdigkeit) in der Pflege. Der Einsatz qualitativer Forschung ist hier ein möglicher Weg, der aus dieser wissenschaftlichen Sprachlosigkeit hinausführt. Manchmal kann man den Phänomenen nicht anders begegnen als durch den vermehrten Blick auf Einzelfälle und subjektive „Daten“. Dies tritt besonders bei pflegerischen Interventionen auf, wo Handlung und Haltung stark miteinander verwoben sind.

Im Zusammenhang mit dieser Debatte möchte ich noch auf Mike Grypdonck verweisen, die vorschlägt, gerade im Lichte des Beitrags qualitativer Forschung für die Pflege von „appropriateness of health care“ statt von evidence based health care zu sprechen, da dies ein breiterer Begriff ist. *„Care can be considered appropriate when the chances are maximized that the care will contribute to the well-being of the person who needs it at reasonable cost for society“* (Grypdonck 2008: 1379).

5. Fazit

Qualitative Forschung scheint Konjunktur zu haben, doch der Schein kann auch trügen. Der quantitative Anstieg qualitativer Forschungsarbeiten (vor allem im Masterbereich), die Zunahme an und Ausdifferenzierung von Methoden, das Entdecktwerden qualitativer Forschung von traditionell quantitativ ausgerichteten Feldern kann seine Spuren hinterlassen: Verlust der theoretischen Verankerung, Standardisierung, Trivialisierung und schlussendlich Qualitätsverlust können die Folge von großer Popularisierung (Knoblauch 2013) sein und führen zu Marginalisierung qualitativer Forschung an sich. Dabei kann qualitative Forschung als eine Methodologie angesehen werden, die notwendig ist, will man dem Wesen pflegerischer Phänomene auf den Grund gehen und eine breite Verstehensbasis auf Grundlage pflegerischer Entscheidungen schaffen. Das Verstehen (und weniger bzw. nicht nur das Erklären oder „Beweisen“) pflegerrelevanter Phänomene und letztlich die Theorieentwicklung ist zentrales Anliegen und Ziel qualitativer Forschung.

Gute qualitative Forschung lässt sich aber nicht auf „Methode“ reduzieren. Sie ist im interpretativen Paradigma begründet und ihre methodischen Anwendungsformen können und sollen nicht so einfach von diesem entkoppelt werden. Wissenschaftlichkeit und „Qualität“ kann im Zusammenhang mit qualitativer Forschung nur gewährleistet sein, *„wenn sich die qualitative Forschung ihrer Verankerung im theoretischen Rahmen des interpretativen Paradigmas versichert. Es ist auch diese Verankerung, die die interpretative Offenheit ihrer „Wissensprodukte“ bewahrt, ihre Subjektivität anerkennt und die*

Kreativität befördert, die ein Garant auch für die Lebendigkeit der qualitativen Methoden ist“ (Knoblauch 2013: 30).

Die „Methodenlehre“ ist nicht nur eine reine Lehre der „Techniken“, sie ist mehr die Vermittlung von Handwerk und „Kunstfertigkeit“. Dahinter stehen Lernprozesse, wie beispielsweise konstruktivistische Lerntheorien, die Lernen als „Prozesse des Aufbaus von Wissen“ (Breuer & Schreiner 2007: 8), verstehen. Dazu braucht es Zeit und flexible Lehr- und Lernformate.

Qualität qualitativer Forschung lässt sich schwer durch Standardisierungsbemühungen erreichen, da sich diese gerade durch eine Widerständigkeit gegen die Standardisierung (Knoblauch 2013: 18), auszeichnen. Zentrale Merkmale wie „Interpretativität“, „Subjektivität“ und „Kreativität“ lassen sich schwer bis gar nicht standardisieren – weder in der Beschreibung, wie es zu tun ist, noch in der Bewertung.

Der Beitrag qualitativer Forschung zur Evidenzbasierung der Pflege ist sicher nicht durch Quantifizierungsbemühungen und Überhöhungen der Aussagen aus sogenannten qualitativen Studien in Form von Verallgemeinerungen herzustellen, noch liegt er darin, qualitative Forschung in diesem Zusammenhang als eine Art „Forschung light“ zu sehen, auf die Rolle der Vor- und Zuarbeit und als „Add-on“ zu reduzieren. *„Qualitative Reserach has much to offer. Its methods can, and do, enrich our knowledge of health and health care. It is not, however an easy option or the route to a quick answer“* (Mays & Pope 2000: 52).

Der Beitrag liegt dort, wo qualitative Forschung dafür eingesetzt wird, was sie am besten leisten kann und was für den Erkenntnisgewinn in der Pflege und als Grundlage pflegerischer Entscheidungen zentral ist: Sie ermöglicht es, die Perspektive zu wechseln, die Welt mit anderen Augen zu sehen. Aber das passiert nicht von selbst, es braucht Voraussetzungen dazu. Man muss die richtige Brille haben und diese muss von guter Qualität sein, individuell angepasst werden, man muss wissen, wie man sie aufsetzt, und sie muss geputzt sein!

Literatur

- Breuer, F.; Schreier, M. (2007): Zur Frage des Lehrens und Lernens von qualitativ- sozialwissenschaftlicher Forschungsmethodik. In: FQS 8(1), Art 30
- Cesario, S.; Morin, K.; Santa-Donato, A. (2002): Evaluation the Level of Evidence of Qualitative Reserach. JOGNN, Principles & Practice 6, 708–714
- Dierckx de Casterlé, B.; Gastmans, C.; Bryon, E.; Denier, Y. (2012): QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. In: International Journal of Nursing Studies, 49(3), 360-71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012
- Dieries, B. (2007): Was ist qualitative Forschung? – Eine studentische Lernerfahrung. Diskussionsbeitrag zur FQS Debatte „Lehrern und lernen der Methoden qualitativer Sozialforschung“ In: Forum Qualitative Sozialforschung/Qualitative Social Reserach 8(1)
- Grypdonck, M. (2006): Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice. In: Qualitative Health Reserach, Vol 16 No 10, 1372-1373
- Höhmann, U.; Bartholomeyczik, S. (2013): Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erschellen: Konzepte statt Rezepte. In: Pflege & Gesellschaft 18. Jg. H.4: 293-312

- Kelle, R. (2014): Zukünfte qualitativer Sozialforschung. In: FQS 15 (1), Art 16
- Knoblauch, H. (2014): Jüngere Entwicklungen qualitativer Sozialforschung. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg). Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen – 10 Jahre Berliner Methodentreffen. Wiesbaden: Springer VS, 71- 85
- Knoblauch, H. (2013): Qualitative Forschung am Scheideweg. Jüngere Entwicklungen der interpretativen Sozialforschung. In: FQS 14 (1), Art 12
- Knoblauch, H.; Thesen zur Lehr- und Lernbarkeit qualitativer Methoden. Diskussionsbeitrag zur FQS Debatte „Lehrern und lernen der Methoden qualitativer Sozialforschung“ In: Forum Qualitative Sozialforschung/Qualitative Social Research 8(1)
- Lobb, E., A.; Lacey, J.; Kearsley, J.; Liauw, W.; White, L.; Hosie, A. (2013): Living with advanced cancer and an uncertain disease trajectory: an emerging patient population in palliative care? In: BMJ Support Palliat Care published online January 28, 2013 doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000381
- Ludvigsen, M.S.; Meyer, G., Hall, E., Fegran, I., Aagaard, H., Uhrenfelt, L. (2013): Development of clinically meaningful complex interventions – The contribution of qualitative research. In: Pflege, 26 (3): 207-214
- Mays, N.; Pope, C. (2000): Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. In: BMJ, Vol 320, January 2000, 50-51
- Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.) (2014): Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen – 10 Jahre Berliner Methodentreffen. Wiesbaden: Springer VS, 87-102
- Moers, M.; Schaeffer, D.; Schnepf, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege, 24(6): 349–360
- Morse, J.M.; Penrod, H.; Judith, E. (2000): Qualitative Outcome Analysis. Evaluation Nursing Interventions for Complex Clinical Phenomena. In: Journal of Nursing Scholarship; 32:2, 125-130
- Reichert, J. (2014): Die Konjunktur der qualitativen Sozialforschung und Konjunkturen innerhalb der qualitativen Sozialforschung. In: Mey, G. Mruck, K. (Hrsg). Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen – 10 Jahre Berliner Methodentreffen. Wiesbaden: Springer VS, 87-102
- Schnepf, W. Qualitative Pflege- und Gesundheitsforschung. Eulen nach Athen tragen? (2014) In: Qu-PuG – Journal für qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft 1(1): 6-11
- Schou, L.; Høstrup, H.; Lyngsø, E.; Larsen, S.; Poulsen, I. (2011): Validation of a new assessment tool for qualitative research articles. Journal of Advanced Nursing, 68(9), 2086–2094
- von Unger, H. (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS
- Zojer, Faul, Mayer (2013): „Be part of it“ – gemeinsam die Praxis durch Forschung verändern. In: ProCare 09/2013, 12-16

Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft

Vizedekanin für Lehre der Fakultät für Sozialwissenschaften

Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft

Alser Straße 23/12, A-1080 Wien, hanna.mayer@univie.ac.at

Andrea Schiff, Verena Mohr, Sonja Claßen

Die kommunikative Validierung als Gütekriterium in der deutschsprachigen qualitativen pflegewissenschaftlichen Forschung

The Use of Validation Interviews in German-language Qualitative Nursing Research

Performing validation interviews is a means of enhancing the credibility of qualitative research findings. The main objective of the validation interview is to check back the researchers' interpretations by sharing them with participants. After an introduction into the aims of validation interviews the research findings of two studies, which refer to qualitative doctoral theses in nursing science, will be presented. The first study is a documentary analysis that focuses on the implementation of validation interviews, the second is an online questionnaire aimed at broadening the knowledge about validation interviews. Results show that researchers validate on very differing levels of abstraction. Frequently researchers do not use this method in order to limit strain on participants. Instead, further informants or other researchers are interviewed in order to validate findings. Further research, e.g. qualitative interviews with scholars, is needed, particularly with regard to ethical implications of this research method.

Keywords

qualitative study, member check, validation interview, quality criteria

Die „Kommunikative Validierung“ ist für die Güte qualitativer Forschungen von hoher Relevanz, um Interpretationen der Forschenden durch die Befragten zu bestätigen. Nach einer Einführung in die Ziele der Kommunikativen Validierung werden zwei Arbeiten vorgestellt, die pflegewissenschaftliche qualitative Dissertationen in Deutschland in den Fokus nahmen. Erstens eine Dokumentenanalyse, die ausgewählte Studien im Hinblick auf die Umsetzung Kommunikativer Validierung fokussierte, zweitens eine Online-Befragung, die eine zusätzliche Wissensbasis zur Kommunikativen Validierung erhob. Die Ergebnisse zeigen große Unterschiede, denn es wird auf verschiedenen Abstraktionsniveaus validiert. Häufig wird auch auf das Instrument der Kommunikativen Validierung verzichtet, um weitere Belastungen von Beforschten zu vermeiden. Stattdessen werden andere Informanten bzw. weitere Forschende zur Validierung herangezogen. Vertiefende Studien, z. B. qualitative Interviews mit Forschenden, gerade auch im Hinblick auf ethische Herausforderungen, wären sinnvoll.

Schlüsselwörter

Qualitative Studien, Kommunikative Validierung, member check, Gütekriterien

eingereicht 03.08.2015

akzeptiert 13.11.2015

1. Einleitung

Die Diskussion um die Güte qualitativer Studien und um angemessene Kriterien zur Bewertung der Qualität wird seit einigen Jahren in der deutschen Pflegewissenschaft geführt (z. B. Pracke et al. 1999; Haas-Unmüßig et al. 2010).¹ Es gibt aber noch keine allgemeine Akzeptanz und noch keine ausreichende Klärung zwischen guter und weniger guter qualitativer Forschung (Flick 2007: 188). Ungeklärt ist in diesem Zusammenhang nicht nur, ob gütesichernde Strategien überhaupt zum Einsatz kommen sollten, sondern auch, welche Strategien grundsätzlich geeignet sind, die Glaubwürdigkeit qualitativer Forschungsergebnisse zu untermauern. Eine von vielen Strategien zur Sicherung der Glaubwürdigkeit qualitativer Forschung ist neben anderen wie etwa verschiedene Formen der Triangulation oder das Peer debriefing die Kommunikative Validierung (KV), die im Folgenden im Fokus steht. KV wird in der deutschsprachigen pflegewissenschaftlichen qualitativen Forschung häufig angewendet, wurde aber als Methode bisher nicht eingehender untersucht. Dieser Artikel wird hier einen ersten Überblick zur Umsetzung innerhalb deutschsprachiger pflegewissenschaftlicher Dissertationen geben. Diese eignen sich besonders, da einerseits höhere Anforderungen gestellt werden können als auch andererseits ausreichend Zeitressourcen zur Verfügung stehen, um KV durchführen zu können.

Es werden zunächst Grundlagen zur KV erläutert. Es folgt die Darstellung zweier Untersuchungen: Zum einen eine Dokumentenanalyse, die exemplarisch ausgewählte Studien im Hinblick auf die Umsetzung KV fokussierte, zum anderen eine Online-Befragung, die eine breitere Wissensbasis zur KV erhob. Abschließend erfolgt eine Zusammenführung und Analyse der Ergebnisse sowie ein Ausblick auf notwendige Bedarfe in der Methodendiskussion.

2. Ausgangslage: Begrifflichkeiten und Ziele

KV ist eine Methode, die in der qualitativen Forschung einen hohen Stellenwert hat. Sie soll die Glaubwürdigkeit sichern, indem den Befragten Interviewtranskriptionen, Analyseergebnisse oder entwickelte Kategorien vorgelegt werden, um die Angemessenheit der Befunde zu erörtern, diese gegebenenfalls zu bestätigen oder zu modifizieren.

In der deutschsprachigen Literatur werden die Begriffe Member Check oder KV verwendet, wobei mehrheitlich von KV gesprochen wird. Es bleibt unklar, ob es sich um synonyme Begrifflichkeiten handelt. In der englischsprachigen Literatur werden neben Member Check auch weitere Begriffe genutzt, wie z.B. validation interview, respondent validation, member validation, interviewee transcript review oder dependability check (Goldblatt 2011). Es deutet sich bereits an, dass die Begriffe differenzierter darlegen, um welche Art der Validierung es sich handelt. Eine solche begriffliche Differenzierung ist in deutschsprachigen pflegewissenschaftlichen Studien nicht zu finden.

¹ Der Diskurs um eigenständige Gütekriterien für qualitative Forschung kann hier nicht im Detail nachgezeichnet werden, dazu Pracke et al. 1999, Haas-Unmüßig et al. 2010 sowie Claßen et al. 2015.

Laut Klüver ist die KV „*ein methodisches Verfahren, sich der Gültigkeit einer Interpretation dadurch zu vergewissern, dass eine Einigung respektive Übereinstimmung über die Interpretation zwischen Interviewten und Interpreten hergestellt wird*“ (Klüver 1979: 69 in Kelle et al. 1993: 69). Es wird also beansprucht, dass die Beforschten nicht allein Datenlieferanten sind, sondern als Subjekte ernst genommen werden. Die Bedeutung der Informanten im Forschungsprozess für die Interpretation der Daten wird durch diese Strategie hervorgehoben. Lincoln und Guba (1985), die in ihrem Konzept der Trustworthiness die Vertrauenswürdigkeit jeglicher Forschung ins Zentrum stellen, bezeichnen Member Check als wichtigste Strategie zur Herstellung von Glaubwürdigkeit. Indem die Befragten in die Interpretation einbezogen werden, können sie Fehlinterpretationen korrigieren. Sandelowski bezeichnet den Member Check als Goldstandard, um die analytischen Bemühungen der Forschenden beurteilen zu können (Sandelowski 2008: 501). Cohen und Crabtree ergänzen, dass durch Member Check die Handlungsmotive der Informanten besser zu verstehen seien (Cohen et. al. 2008).

Mayring erhebt die KV zu einem eigenen Gütekriterium. Die Ergebnisse bzw. die Interpretationen sollen den Beforschten vorgelegt und mit ihnen diskutiert werden. Neben der KV empfiehlt er aber auch andere Formen der Bestätigung durch weitere Personen (Mayring 2002: 147). Kelle betont, dass die Forschungssubjekte durch die Zustimmung als Experten ihrer Lebenssituation betrachtet werden (Kelle 1993 et al.: 69).

Es wird deutlich, dass mit der KV zwei Perspektiven eingenommen werden sollen: zum einen eine methodologische, indem Analysen verifiziert oder modifiziert werden und zum zweiten eine ethische Perspektive, indem die Position der Interviewteilnehmer durch ihre Einbeziehung in den Forschungsprozess gestärkt wird (Kelle et al. 1993: 69, Goldblatt et al. 2010: 390).

3. Dokumentenanalyse

3.1 Methodisches Vorgehen

Ursprung der hier vorgestellten Überlegungen ist ein Seminar, in dem Studierende die Aufgabe hatten, qualitative Studien anhand von Gütekriterien zu beurteilen. Es handelte sich dabei um eine unsystematische Gelegenheitsauswahl an deutschsprachigen Dissertationen zu klinischen Themen. Auffallend zeigte sich bei der Durchsicht von insgesamt 20 Arbeiten, dass eine KV mit den Informanten sehr unterschiedlich, teilweise auch gar nicht dargelegt wurde. Es werden im Folgenden nur diejenigen Dissertationen berücksichtigt, die explizit das Thema KV innerhalb der Arbeit behandeln. Dies wird damit begründet, dass es nicht darum geht, Mängel aufzudecken und damit einzelne Forschende kritisch zu beurteilen. Vielmehr soll dieser Beitrag die Diskussion zu KV anregen. Bei den untersuchten Dissertationen wurden verschiedene Vorgehensweisen innerhalb der qualitativen Forschung angewendet. Es wurden überwiegend Studien gefunden, die dem Forschungsstil der Grounded Theory folgen, aber auch

Studien, die phänomenologische, ethnografische oder Typologie bildende Methoden nutzten. In diesem Artikel werden anhand von diesen Beispielen aus qualitativen pflegewissenschaftlichen Dissertationen Wege und Probleme in der KV nachgezeichnet. Explizite Forschungen, die das Thema untersuchen, sind rar. So konnte durch eine umfangreiche Suche in den Datenbanken Medline und CINAHL bis 2014 keine explizit pflegewissenschaftsbezogenen Studien gefunden werden, die eigens die KV oder den Member Check mit seinen Auswirkungen untersuchten. Hingegen finden sich Artikel beispielsweise aus der Sozialen Arbeit, der Medizin oder der Psychologie. Buchbinder et al. (2011) untersuchten die Schwierigkeiten validierender Interviews in einem Forschungsprojekt der Sozialen Arbeit. Goldblatt (2011) wertete drei qualitative Studien aus, in denen Member Check angewendet wurde. Thematisch ging es um sensible Fragen wie die Überbringung schlechter Diagnosen. Koelsch et al. (2013) erforschten in qualitativen Interviews die Perspektiven der Befragten. Miethe (2003) berichtet über Erfahrungen mit Rückmeldungen bei der Anwendung von hermeneutischen Fallrekonstruktionen und das Problem der Wiedererkennung von Informanten.

3.2 Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Auch wenn methodologische Fragen und ethische Perspektiven in enger Beziehung zueinander stehen, sollen sie im Folgenden als getrennte Herausforderungen betrachtet werden.

3.2.1 Methodische Herausforderungen

Wie sich in Abschnitt 2 bereits zeigte, ist unklar, ob die KV eine notwendige Strategie zur Stärkung der Glaubwürdigkeit oder sogar ein eigenes Gütekriterium ist. Auch ist nicht genau festgelegt, wie die KV umgesetzt werden soll – und so bleibt es in der Entscheidung der Forschenden, ob und auch wie sie diese umsetzen. Zunächst ist das Setting der KV zu klären. Dies betrifft vor allem die beteiligten Personengruppen, die durchaus variieren, auch wenn ursprünglich KV auf die Beforschten selbst abzielte (Lincoln et al. 1985).

Beispiele dazu finden sich in qualitativen Studien der deutschsprachigen Pflegewissenschaft. So legen beispielsweise Bachmann (2014), Büker (2010), Helmbold (2007), Horn (2008), Koch-Straube (2003), Nagl-Cupal (2011), Quernheim (2013), Schilder (2004), Schoppmann (2003), Tacke (2006) und Zegelin (2005) ihre Überlegungen zu einer möglichen Rückbindung dar. Es werden dabei zumeist nicht alle Interviewpartner einbezogen, sondern nur ein Teil. Alternativ werden andere Betroffene als Experten für die Validierung befragt, so zum Beispiel in Tacke (Tacke 2006: 65f) oder Zegelin (Zegelin 2005: 182). Darüber hinaus kommen auch nicht Betroffene als Experten in Betracht – so zum Beispiel bei Zegelin (2005: 182): Altenpfleger, Pflegedienstleitungen und Geriater oder bei Tacke (2006: 65) Angehörige. Außerdem werden Ergebnisse von Studien im Team bzw. der Organisationseinheit, in der geforscht wurde, validiert (z. B. Koch-Straube 2003: 372). Auch der Abstraktionsgrad, in dem die zu validieren-

den Daten vorliegen, variiert. Schoppmann, Helmbold und Tacke bieten den Interviewpartnern die Durchsicht der Transkripte an, damit diese bestätigt oder ergänzt werden können (Schoppmann 2003: 65, Helmbold 2007: 59, Tacke 2006: 65). Andere Forscher lassen bereits interpretierte Daten validieren, wie zum Beispiel Koch-Straube, die ihre Ergebnisse insgesamt vorstellt oder auch Quernheim, der die KV nutzt, um die Entwicklung der Kernkategorie insgesamt zu validieren (Koch-Straube 2003: 372, Quernheim 2013: 88). Tacke kombiniert verschiedene Möglichkeiten, indem sie sowohl die Transkriptionen als auch die Interpretationen validieren lässt (Tacke 2006: 65).

Ebenfalls variieren Art und Weise der Validierung. So wird der postalische Weg genutzt (z. B. Goldblatt (2011)), es wird der direkte einzelne Gesprächskontakt mit den Interviewpartnern (ebd.), also eine Face-to-face-Situation, angestrebt oder auch in Gruppen validiert. Zeitpunkt und Zeitabstand zeigen sich als schwierig. So führt z. B. Schilder an, dass aufgrund des Zeitfaktors nur in einigen wenigen Fällen KV stattgefunden hätte und auch der Zeitabstand problematisch sei (Schilder 2004: 193). Goldblatt äußert, dass der Zeitabstand des Member Checks zu der ursprünglichen Datenerhebung die Situation verändert und sich die Interviewteilnehmer an ihre eigene Position nicht mehr erinnern könnten oder diese im Nachhinein anders einschätzten (Goldblatt 2011).

3.2.2 Ethische Herausforderungen

Diese methodischen Herausforderungen führen zu ethischen Fragen, die im Folgenden diskutiert werden sollen. Es geht hier vor allem darum, Informantinnen vor Belastungen oder Schäden zu schützen. Wie bereits gesagt, werden nicht immer alle Interviewpartner in die Validierung eingeschlossen. Schoppmann (2003: 95) beschreibt, dass ein erneutes Thematisieren des Erlebens der Selbstverletzung bei vier von fünf Interviewpartnerinnen nicht gewünscht wurde. Bachmann (2014) erklärt in ihrer Studie zur Situation von Eltern chronisch kranker Kinder, dass auf eine KV „aus Rücksicht auf die erneute emotionale Berührung“ verzichtet wurde (Bachmann 2014: 62). Koch-Straube äußert, dass die Teamsitzung, in der sie die Ergebnisse zum Verhalten in der „Fremden Welt“ Pflegeheim vorstellte, nicht ausreichend besucht war.

Es deutet sich an, dass eine erneute Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte oder auch den gefundenen Ergebnissen sowohl von Seiten der Forschenden als auch der Betroffenen vermieden wird, da diese für die Befragten belastend sein könnte. Diese (vermuteten) Belastungen könnten auch ein Grund dafür gewesen sein, andere Betroffene als Experten für die Validierung der Analyseergebnisse einzubeziehen. Die Informanten sind in zweierlei Hinsicht als vulnerabel zu betrachten. Einerseits sind die Themen, die in pflegewissenschaftlichen Studien angesprochen werden, oftmals mit dem Erleben von Hilflosigkeit, Scham oder Angst verbunden und andererseits sind die Befragten häufig pflegebedürftig, psychisch krank, immobil, in ihrer Sprachfähigkeit eingeschränkt, hochaltrig, sterbend oder in anderer Form vulnerabel, so dass ein weite-

rer Gesprächskontakt häufig zum einen physiologisch kaum möglich und zum anderen oftmals nicht verantwortbar ist.

Interessanterweise wird in den gesichteten Dissertationen recht knapp auf den Rahmen, die Zielrichtung, die Begründungen und auch Bedenken zur KV eingegangen. Andere Aspekte, die in der Literatur diskutiert werden, werden in den untersuchten pflegewissenschaftlichen qualitativen Studien nicht oder kaum angesprochen. Möglicherweise können diese Aspekte Hinweise geben, welche weiteren Probleme und Belastungen innerhalb der Beziehung zwischen Forschenden und Befragten durch die Methode der KV entstehen können.

3.2.3 Das Problem von Macht und Asymmetrie

Bereits Kelle et al. (1993: 69) äußern, dass die Vorstellung eines „*herrschaftsfreien Diskurses*“ durch hergestellte Intersubjektivität durchaus in Frage zu stellen sei. Asymmetrien seien zwar durch Transparenz des Vorgehens abzuschwächen, jedoch nie vollständig aufzulösen. Es deutet sich an, dass die Vorstellung, es gäbe das Ideal eines Machtgleiches zwischen Forschungsteilnehmern und Forschern im Validierungsprozess eine Fiktion ist. So komme es durch KV zu Verschiebungen im Machtgefüge, die komplex und häufig subtil seien. Sinnvoll erscheint Kelle die Validierung, wenn es um „*einzelne Fakten, Interpretationen einzelner Akteursdeutungen oder manifester Handlungsmotive geht*“ (Kelle et al. 1993: 70). Buchbinder arbeitet sehr nachvollziehbar diese komplexe Machtdynamik in den Validationsinterviews heraus: Die Interviewten fühlten sich unter Druck, weil die Forschenden nun über das bestimmen, was die Befragten äußerten. Sie verfügen über die Deutungshoheit, zumal sie, wenn es sich um die Validierung von Interpretationen handelt, die Themen und Gesprächsausschnitte auswählen, über die gesprochen wird. Demgegenüber stehen Forschende unter Druck, weil deren Deutung angezweifelt und damit das Selbstbild als Forschende angegriffen werden kann. Aus der Validierungssituation kann sich eine Gefährdung der Beziehung, die im Interview aufgebaut wurde, ergeben. Erweitert wird die Machtdynamik, da für Forschende die Glaubwürdigkeit ihrer Studie erforderlich ist, da sie ihre Analysen bestätigt finden sollten, um die Glaubwürdigkeit ihrer Ergebnisse abzusichern. Mieth (2003) thematisiert die Sorge der Forschenden, dass es zu einem Publikationsverbot durch die Informandinnen kommen könnte, wenn sie ihre Wiedererkennung als Person befürchten. Buchbinder (2011) sieht als weiteres Problem, dass Forschende bei validierenden Interviews in ihrer Forscherrolle mit ihrer Rolle als Kliniker bzw. Praktiker in Konflikt geraten können. Häufig hätte eine KV gleichzeitig den Charakter einer therapeutischen Sitzung, die aber einer notwendigen Distanzierung in der Forscherrolle widerspräche. Die Reflexion und therapeutische Wirkung der validierenden Interviews wird von Koelsch et al (2013) und Mieth (2003) ebenfalls thematisiert. Koelsch et al. (2013) beschreiben aus psychologischer Sicht, dass die KV eine Reflexion für die Informanten ermögliche und gerade der therapeutische Charakter der KV besonders wertvoll sei. Mieth kommt als Politologin zu dem Schluss, sie sei für diesen „quasi-therapeutischen“ Bereich nicht ausreichend qualifiziert (Mieth 2003: 232).

Die genannten Aspekte sind durchaus auch auf die Forschenden selbst übertragbar. Qualitative Interviews in der Pflegewissenschaft beinhalten oft verletzende, berührende und sensible Erfahrungen. So beschreiben etwa Metzging und Horn die eigene Betroffenheit und Intensität in der Interviewsituation (Metzging 2007: 80, Horn 2008: 59). Insofern kann ein zweites Gespräch eine weitere Intensivierung der Beziehung zur Folge haben, was zu Rollenkonflikten führen kann. Die von Buchbinder (2011) beschriebene Machtumkehr ist ebenfalls gut nachvollziehbar, da die Bestätigung der Analyse die Glaubwürdigkeit erhöht und durch die Vorgabe als Gütekriterium oder auch durch begleitende Mentoren für die Forschenden als zwingend notwendig und damit existentiell angesehen werden könnte. In Buchbinders Studie zur KV wird ein weiterer Aspekt deutlich, der sich auf den beurteilenden Charakter der Analysen bezieht. Die Forschenden beschreiben, dass sie Hemmungen haben, den Interviewpartnern die Analyseergebnisse vorzulegen, da damit eine Beurteilung bzw. auch Kritik an den Informanten einhergehen kann. *“But who am I to place a mirror in front of her? I m not sure she wants the validation interview, or if she does want it, maybe not in the same way that I do”* (Buchbinder 2011: 111). Über das Empfinden von Forschenden, wie sie die Validierung innerhalb pflegewissenschaftlicher Studien erleben und wie sich Macht, Druck und Rollenwechsel auswirken, ist bisher wenig bekannt. In der Studie von Goldblatt et al. (2011) zeigt sich, dass ein Großteil der Interviewpartner häufig die KV ablehnten oder nach der Zustimmung die gesendeten Transkripte postalisch zurückgehen ließen. In ihrer Studie kommt jedoch noch ein weiterer Aspekt zum Tragen. Bei der Validierung der Analyseergebnisse befürchteten die Forschenden, dass diese die weitere Sichtweise und Wahrnehmung der Befragten beeinflussen könnte. In diesem Fall ging es um die Untersuchung der Arzt-Patienten-Beziehung beim Überbringen schlechter Nachrichten. Die Beziehung, so die Befürchtung, könnte durch die problematischen Ergebnisse möglicherweise – sozusagen rückwirkend – negativ beeinflusst werden. Ähnliches könnte man sich bei pflegewissenschaftlichen Studien vorstellen, zum Beispiel, wenn das zunächst akzeptierte Warten auf die OP (Quernheim 2013) im Nachhinein als institutionelles oder fachliches Versagen gedeutet würde. Auch zu den Auswirkungen auf Befragte durch die Konfrontation mit Analysen ist bisher innerhalb pflegewissenschaftlicher Studien nichts bekannt.

4. Online-Befragung

4.1 Methodisches Vorgehen

Da es keine Übersichten zu qualitativen Dissertationen innerhalb der deutschsprachigen Pflegewissenschaft gibt und es sich daher in der Dokumentenanalyse um eine Vorauswahl der Erstautorin handelt, wurde von der Erstautorin eine Masterthesis (Claßen et. al. 2015) initiiert, bei der das Thema KV anhand einer Online-Befragung mit dem Ziel einer Vollerhebung im Jahr 2014 untersucht wurde. Diese Studie fußt auf den Ergebnissen von Haas-Unmüßig et. al. (2010).

Es handelt sich um eine quantitative Querschnittsstudie, die systematisch aufdecken sollte, ob und inwieweit pflegewissenschaftlich Forschende in den letzten 15 Jahren qualitative Gütekriterien innerhalb unterschiedlicher Forschungsdesigns einsetzen. Ziel war es, eine Vollerhebung zu erreichen. Obwohl auch hinterfragt wurde, ob und welche Strategien zur Gütesicherung grundsätzlich eingesetzt wurden, lag der Schwerpunkt dieser Studie auf dem Begriffsverständnis der KV/Member Check, dem konkreten Vorgehen beim Einsatz dieser Methode und den Konsequenzen, die sich für das weitere Forschungsvorhaben ergaben. Daraus ergaben sich folgende Forschungsfragen:

1. Wie verstehen die Forschenden KV und wie sind sie im Rahmen der Umsetzung vorgegangen? Welchen Einfluss haben dabei divergente Ergebnisse auf den weiteren Forschungsprozess?
2. Welche Besonderheiten bzw. ethischen Probleme ergaben sich in der Anwendung der KV?

Ziel war es, den aktuellen Ist-Zustand zu erheben und daraus Anstöße im Hinblick auf die kontrovers geführte Diskussion um die Einführung von gütesichernden Kriterien in der qualitativen Forschung, insbesondere der Umsetzung der KV, zu generieren. Nach dem erfolgreichen Durchlaufen zweier Pretests (u. a. kognitives Interview) wurde der Hinweis zum Online-Fragebogen über die Hochschulsekretariate an Forschende versandt, welche seit dem Jahr 2000 (vorzugsweise) in Deutschland eine pflegewissenschaftliche Dissertation mit qualitativem Design eingereicht haben bzw. zum Zeitpunkt der Erhebung bearbeiteten. Der Fragebogen umfasste maximal 23 Fragen, davon befassten sich 18 mit der Beantwortung des Forschungsgegenstandes, 5 dienten der Erhebung sozialstatistischer Angaben. Der vollständige Fragebogen ist über die Autorinnen verfügbar. Die Datenerhebung inklusive Nachfassaktion umfasste 24 Tage. Die Teilnehmerzahl an der Online-Befragung lag im Gesamten bei 36 Teilnehmern, wovon 32 verwertbare Angaben lieferten (89%). Ethische Aspekte insbesondere zur Anwendung einer Online-Befragung wurden ausführlich diskutiert (Dzcyk: 2001). Die Durchführung der Studie wurde durch die betreuende Katholische Hochschule NRW genehmigt. Im Folgenden werden relevante Auszüge aus den Ergebnissen vorgestellt.

4.2 Ergebnisse der Online-Befragung

Insgesamt 28 der 32 befragten Forscher gaben an, dass sie die Glaubwürdigkeit ihrer Ergebnisse durch den Einsatz von Gütekriterien unterstützten. Die KV wurde dabei von insgesamt 19 von 28 Forschern eingesetzt (68%). Die Forscher, die darauf verzichteten, begründeten dies mehrheitlich mit einer hohen Stichprobengröße oder zeitlicher Enge. In einem Fall wurde die fehlende Umsetzung mit dem erkenntnistheoretischen Paradigma qualitativer Forschung begründet. Es stellte sich heraus, dass auch hier die überwiegende Anzahl dem Forschungsstil der Grounded Theory folgte.

Insbesondere die Auswahl der Informanten (direkt oder indirekt) für die KV und die Auswirkungen ihrer Rückmeldungen für den weiteren Forschungsprozess waren von zentralem Interesse. In 12 Fällen wurden (direkte) Informanten und in sechs Fällen deren Angehörige (indirekte Informanten) in den Validierungsprozess einbezogen. In zwei Fällen kam es zur gleichzeitigen Nutzung beider Quellen. In vier Fällen wurden ausschließlich direkte und indirekte Informanten zur KV herangezogen. Eine ergänzende Gütesicherung, z. B. im Rahmen einer Forschertriangulation oder eines peer debriefings, erfolgte nicht. Aufgrund der von Kelle et. al. (1993) unterstellten Asymmetrie (vgl. Abschnitt 3.2.3) im gleichberechtigten Verhältnis zwischen Forschern und Forschenden und Informanten, die sich aus den unterschiedlichen Interessen und Kommunikationskompetenzen beider ergibt, gingen Claßen und Mohr zunächst davon aus, dass, wie von Kelle et. al. befürwortet, „*einzelne Fakten, Interpretationen einzelner Akteursdeutungen oder manifester Handlungsmotive*“ eher mit direkten und indirekten Informanten validiert werden (Kelle et al. 1993: 70) und somit eher Transkriptionen und Beobachtungsprotokolle, maximal aber Handlungsmotive zur KV herangezogen werden. Die Ergebnisse der Studie bestätigten diesen Eindruck nicht, da sowohl einzelne Fakten und Handlungsmotive, aber eben auch Konstruktionen zweiter Ordnung, die Forschende als Ergebnis der Datenanalyse generierten, im Validierungsprozess mit direkten und indirekten Informanten aufgegriffen wurden. Dabei fand eine Validierung, zum Teil in mehrfacher Anwendung, auf allen drei Forschungsebenen – Datenerhebung, -analyse und Ergebnisdarstellung – statt.

In drei von vier Fällen, in denen ausschließlich direkte und indirekte Informanten zur KV herangezogen wurden, wurden die Rückmeldungen lediglich zur Kenntnis genommen. Nur in einem Fall führten die Rückmeldungen der Informanten zur Generierung von neuen Fragen und hatten somit direkt Einfluss auf die weitere Datenerhebung. Obwohl es den meisten Forschenden – immerhin 59% der Befragten – ein wichtiges Anliegen ist, direkte und indirekte Informanten mittels KV in den Prozess zur Gütesicherung einzubeziehen, haben Rückmeldungen dieser Informanten nur geringen Einfluss auf den weiteren Forschungsprozess. Relativierend muss gesagt werden, dass unklar ist, ob die Rückmeldungen, die ausschließlich zur Kenntnis genommen wurden, generell zustimmenden Charakter hatten, was einen korrigierenden Einfluss auf den weiteren Forschungsprozess hätte ohnehin hinfällig werden lassen. Allerdings müsste eine ausschließlich positive Rückmeldung der Informanten kritisch beleuchtet werden, da, so Sandelowski (2002 in Bradbury-Jones 2010), möglicherweise Hilfsbereitschaft das handlungsleitende Motiv war.

Insgesamt drei in der Online-Studie befragte Forschende gaben an, dass ausschließlich andere Forschende und keine direkten oder indirekten Informanten in den gütesichernden Prozess einbezogen wurden. Dabei wurde unterschieden zwischen Forschenden, die direkt am Forschungsprozess beteiligt waren, z. B. im Rahmen einer Forschertriangulation (intern beteiligte Forschende), und Forschende, die innerhalb eines peer debriefings indirekt am Forschungsprozess beteiligt waren (extern beteiligte Forschende). Interessanterweise wurde die von Kelle et. al. (1993) unterstellte höhere Kommunikationskompetenz nicht berücksichtigt, da vorwiegend einzelne Fakten und Aussa-

gen der Informanten überprüft wurden. Lediglich ein in der Online-Studie befragter Forscher gab an, Konstruktionen zweiter Ordnung als Grundlage zur Validierung herangezogen zu haben. Unterschiede zur oben aufgeführten Gruppe der direkten und indirekten Informanten fanden sich im Umgang mit den Rückmeldungen: Eine Rückmeldung wurde lediglich zur Kenntnis genommen. In den beiden anderen Fällen hatten die Rückmeldungen einen deutlichen Einfluss auf weitere Datenerhebungen bzw. die Datenanalyse. Betrachtet man den Umgang der Forschenden mit den Rückmeldungen der direkten und indirekten Informanten bzw. der direkt und indirekt beteiligten Forschenden, zeigt sich, dass Letztere einen deutlich größeren Einfluss auf den weiteren Verlauf des Forschungsprozesses zu haben scheinen als die Gruppe der direkten und indirekten Informanten.

Die Auffassung zu den Begrifflichkeiten zeigte ebenfalls Variationen. So empfanden 28% der Teilnehmer Member Check und KV als synonym, jedoch 25% als unterschiedlich, letztere gingen inhaltlich über erstere hinaus. 34% der Teilnehmer äußerten sich zu den Begrifflichkeiten nicht.

Überraschenderweise wurden von den Forschenden keine Besonderheiten oder ethischen Probleme bei der KV formuliert, obwohl in der Literatur vielfach darauf verwiesen wird (z. B. Bradbury-Jones et al. 2010, Sandelowski 2002). Es kann vermutet werden, dass entweder keine ethischen Probleme wahrgenommen, diese im Rahmen der Befragung nicht offengelegt wurden oder der Fragebogen nicht geeignet war, diese Thematik abzubilden.

5. Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse

Exemplarisch konnte über die Dokumentenanalyse und die Online-Befragung ein Einblick in ausgewählte Studien und ihre Umgangsweise mit KV gegeben werden.

Die Online-Befragung bestätigt die Ergebnisse der Dokumentenanalyse, dass die Umsetzung der KV erheblich variiert. So werden verschiedene Informanten einbezogen (direkte und indirekte) und als Ergänzung andere Forschende in den Validierungsprozess integriert. Letztere beeinflussen den weiteren Forschungsprozess – so die Online-Befragung – stärker als die Validierungen der Informanten. Möglicherweise deuten sich hier Reaktionen auf und auch Lösungen für die Schwierigkeiten und Herausforderungen im Umgang mit Befragten bei einem zweiten Kontakt an, wie sie sich in der Dokumentenanalyse andeuteten. Die Datenlage ist allerdings schmal, so dass es sich nur um erste Hinweise handeln kann. Zu den Auswirkungen von Druck, Macht und Asymmetrie lassen sich durch eine Online-Befragung keine differenzierten Ergebnisse erzielen. Bestätigt wird aber, dass die KV von den Befragten sehr häufig angewendet wird, wenn auch in sehr unterschiedlicher Form.

Mit dem Begriff KV werden unterschiedliche Adressaten und Vorgehensweisen verbunden. Insofern wäre es sinnvoll, die Begrifflichkeiten genauer zu differenzieren, wie es zum Beispiel in der englischsprachigen Forschung üblich ist.

Bei der Forschungsplanung muss genau reflektiert und dargelegt werden, ob, warum und wie eine KV erfolgen soll. Diese Überlegungen sollten schriftlich niedergelegt werden. Folgende Konkretisierungen sind bei der Forschungsplanung vorzunehmen:

- die Intention: Welche Absicht steht hinter der KV? Soll sie eine vertiefte Reflexion der eigenen Interpretationen anstoßen? Oder dient die KV eher der formalen Erfüllung von Gütekriterien?
- die Gestaltung des Rahmens: Wie wird der Kontakt zu den Befragten innerhalb der KV gestaltet? Auf postalischem Weg? In der direkten Kommunikation mit dem Forscher? Wenn ja, wie werden die Forschenden auf ihre veränderte Rolle und den möglichen therapeutischen Charakter einer KV vorbereitet?
- Zeitpunkt, Häufigkeit, Zeitabstand: Zu klären ist, wann die KV durchgeführt werden soll. Zu welchem Zeitpunkt nach der Datenerhebung ist eine KV sinnvoll? Einmalig oder mehrmals? Welcher Zeitabstand ist geeignet?
- ethische Herausforderungen: Welche Belastungen könnten auftreten? Und sind diese vermeidbar? Ist eine KV mit direkten Informanten überhaupt vertretbar? Wie wird der Einsatz der KV vor dem Hintergrund ethischer Belastungen gerechtfertigt bzw. bewusst unterlassen?
- Inhalte und Abstraktionsebene: Auf welcher Ebene soll validiert werden? Handelt es sich um Ergänzungen der Transkriptionen oder um eine vertiefte Auseinandersetzung mit Analysen bzw. Kategorien? Wird die Validierung unter einer bestimmten inhaltlichen Fragestellung durchgeführt? Wie wird mit ergänzten oder revidierten Daten umgegangen?
- die Beteiligten: Mit welchen Informanten soll die KV durchgeführt werden? Wie werden diese ausgewählt? Oder wird mit anderen von dem Problem betroffenen Personen validiert? Oder sind Experten / andere Forschende geeigneter?

Alle diese Punkte sind bei der Planung von qualitativen Forschungsvorhaben zu klären. Zu diskutieren ist auch, ob es allein in der Entscheidung der Forschenden bleibt, ob und wie validiert wird oder ob es grundlegende Standards oder zumindest zentrale Überlegungen und Kernbestandteile geben sollte, wenn KV angewendet und transparent gemacht werden soll. Flick geht in der Konsequenz der ungeklärten Fragen und der Gefahr von ethischen Problemen so weit, dass er von KV als Methode prinzipiell abrät (Flick 2002). Auch Miethe (2003) kommt zu dem Schluss, dass *„eine Rückmeldung forschungsethisch keinesfalls vertretbarer sei als ein bewusster Verzicht auf diese“* (Miethe 2003: 237).

Bei der Diskussion um die KV ist zu bedenken, dass diese nicht zuletzt nur eine von mehreren möglichen Strategien ist, um die Güte qualitativer Forschung zu stärken, andere Formen wie die Triangulation oder Peer debriefing können ebenfalls Anwendung finden. Aber auch hier wäre eine breitere Diskussion und explizite Studien zu Erfahrungen mit der Anwendung dieser Methoden erforderlich.

6. Limitationen und weitere Forschungsbedarfe

Dieser Artikel hat deutschsprachige pflegewissenschaftliche Dissertationen im Fokus, zeigt aber trotz der beiden Zugangswege Dokumentenanalyse und Online-Befragung noch kein vollständiges Bild zur KV. Es kann sich nur um eine erste Basis handeln, deshalb sind weitere vertiefende Analysen notwendig. Um genauere Einblicke in die KV zu bekommen, müsste diese in Form von Metastudien gesondert untersucht werden. Beispielhaft kann hier das Vorgehen von Buchbinder (2011) gelten. So könnten Studien mit qualitativen Interviews die Beweggründe sowie ethischen und methodischen Herausforderungen der Forschenden in Hinblick auf die Umsetzung der KV aufdecken und die Diskussion um den generellen Einsatz von Gütekriterien in der qualitativen Forschung weiter befruchten. Insbesondere die Bedeutung von Druck und Macht könnte mit Hilfe qualitativer Designs pflegewissenschaftlicher Forschung besser untersucht werden.

In diese Arbeit wurden nur Dissertationen eingeschlossen. Weitere empirische Arbeiten wie Masterthesen, in denen ebenfalls häufig KV angewendet wird, wurden nicht einbezogen. Es steht zu vermuten, dass gerade auch hier den Aspekten Druck und Macht zu selten Aufmerksamkeit geschenkt werden. Einerseits ist die Zeit noch knapper als bei Dissertationen, andererseits führt die Anforderungen der Gütesicherung vor dem Hintergrund der Bewertung zu Situationen, in denen möglicherweise die Anforderungen an Forschungsarbeiten und die Bedürfnisse der Befragten nicht genug reflektiert werden. Dieser Aspekt sollte durch die Betreuenden im Blick behalten und in der Begleitung thematisiert werden. Möglicherweise ist auch für Ethikkommissionen die Diskussion über KV in Forschungsanträgen ein stärker zu beachtendes Thema.

Forschungsbedarf besteht auch darin, nachzuvollziehen, wann und mit welcher Begründung andere Formen der Gütesicherung in der Pflegewissenschaft ausgewählt werden.

Weiterhin könnte untersucht werden, ob und wie zwischen verschiedenen Methoden innerhalb der Qualitativen Forschung unterschieden wird: Wird mit KV in ethnografischen, phänomenologischen oder auch anderen Traditionen unterschiedlich umgegangen? McConnell-Henry et al. (2011) beispielsweise äußern grundlegende Bedenken, ob Member Check für phänomenologische Forschungen eine geeignete Methode sei. Im Gegenteil würden mit dessen Hilfe methodische Schwächen etwa in der Interviewführung oder Analyse überdeckt.

Untersuchungen zu Forschungsmethoden und Strategien könnten Forschenden, Lehrenden und Mentoren in der Pflegewissenschaft eine differenziertere Diskussion und Positionierung zur KV ermöglichen und damit einen bedeutenden Beitrag für die Methodendiskussion und einen reflektierten Blick auf die Güte von qualitativen pflegewissenschaftlichen Studien leisten.

Literatur

- Bachmann, S. (2014): Die Situation von Eltern chronisch kranker Kinder. 1. Aufl. Bern: Huber
- Bradbury-Jones, C./Irvine, F./Sambrook, S. (2010): Phenomenology and participant feedback: convention or contention? In: *Nurse researcher* 17, H. 2, S. 25–33
- Buchbinder, E. (2011): Beyond Checking: Experiences of the Validation Interview. In: *Qualitative Social Work* 10, H. 1, S. 106–122
- Büker, C. (2010): Leben mit einem behinderten Kind. Bewältigungshandeln pflegender Mütter im Zeitverlauf. 1. Aufl.. Bern: Huber
- Claßen, S./Mohr, V. (2015): Kommunikative Validierung als Gütekriterium qualitativer Forschung. Masterthesis. Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln
- Cohen, D. J./Crabtree, B. F. (2008): Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. In: *Annals of family medicine* 6, H. 4, S. 331–339.
- Dzcyk, W. (2001): Ethische Dimensionen der Online-Forschung. In: *Kölner Psychologische Studien* 6, H. 1. In: *Kölner psychologische Studien*. Verfügbar unter <http://kups.ub.uni-koeln.de/2424> [Stand 2015-07-15]
- Flick, U. (2002): Qualität qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung–Diskussionsstand und Perspektiven. In: *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*, S. 393–411
- Goldblatt, H./Karnieli-Miller, O./Neumann, M. (2011): Sharing qualitative research findings with participants: study experiences of methodological and ethical dilemmas. In: *Patient education and counseling* 82, H. 3, S. 389–395
- Haas-Unmüßig, P./Schmidt, C. (2010): Der Diskurs zu den Gütekriterien der qualitativen Forschung. In: *Pflege* 23, H. 2, S. 109–118
- Helmbold, A. (2007): Berühren in der Pflegesituation. Intentionen Botschaften und Bedeutung. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber
- Horn, A. (2008): Pflegende Angehörige wachkomatöser Patienten. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Kelle, U./Kluge, S./Prein, G. (1993): Strategien der Geltungssicherung in der qualitativen Sozialforschung: zur Validitätsproblematik im interpretativen Paradigma. Arbeitspapier 24 des SFB 186, Universität Bremen
- Koch-Straube, U. (2003): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. 2. Aufl. Bern, Seattle: H. Huber
- Koersch, E. L. (2013): Reconceptualizing the Member Check Interview. In: *International Journal of Qualitative Methods*, H. 12. S.1-12. Verfügbar unter: <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/12327> [Stand 2015-07-15]
- Lincoln, YS. & Guba, EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim: Beltz
- McConnell-Henry, T./Chapman, Y./Francis, K. (2011): Member checking and Heideggerian phenomenology: a redundant component. In: *Nurse researcher* 18, H. 2, S. 28–37
- Metzing, S. (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege. 1. Aufl. Bern: H. Huber
- Miethe, I. (2003): Das Problem der Rückmeldung. Forschungsethische und -praktische Erfahrungen und Konsequenzen in der Arbeit mit hermeneutischen Fallrekonstruktionen. In: *ZBBS* 4, H. 2, S. 223–240
- Nagl-Cupal, M. (2011): „Den eigenen Beitrag leisten“. Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation. 1. Aufl. Hungen: Hpsmedia
- Prakke H./Wurster J. (1999): Gütekriterien für Qualitative Forschung. In: *Pflege* 12, H. 3, S. 183–186.
- Quernheim, G. (2013): Warten und Durchhalten. Das Patientenerleben bei OP-Verzögerung und -Verschiebung. 1. Aufl. Bern: H. Huber
- Sandelowski, M. (2002): Reembodying qualitative inquiry. In: *Qualitative Health Research* 12, H. 1, S. 104–115
- Sandelowski, M. (2008). Member Check. In: Given, L. M. (Hrsg.): *The Sage encyclopedia of qualitative*

- research methods. Los Angeles, Calif.: Sage Publications (S. 501–502)
- Schilder, M. (2004): Die Bedeutung lebensgeschichtlicher Erfahrungen in der Situation der morgendlichen Pflege in der stationären Altenpflege. In: *Pflege* 17, H. 6, S. 375–383
- Schoppmann, S. (2003): „Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten“. Selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber
- Tacke, D. (2006): „Schlagartig abgeschnitten“. Aphasie: Verlust und Wiedererlangen der Kontrolle. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber
- Zegelin, A. (2005): „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber

Prof. Dr. Andrea Schiff

Katholische Hochschule NRW, Abt. Köln, Fachbereich Gesundheitswesen,
a.schiff@katho-nrw.de

Verena Mohr

Berufspädagogin (MA)

Katholische Karl Leisner Trägergesellschaft, Bildungsakademie für Gesundheitsberufe, Kleve
verena.mohr@kkle.de

Sonja Classen

Berufspädagogin (MA)

Pflegebildungszentrum am St. Marien-Hospital, Düren, Sonja-Classen@web.de

Sven Reuther, Daniela Holle, Martina Roes,
Sabine Bartholomeyczik, Margareta Halek

Das Stepped Wedge Design – Chancen und Herausforderungen für die Effektivitätsmessung von komplexen Interventionen

Ein Fallbeispiel aus der Forschungspraxis

The stepped wedge design - opportunities and challenges of measuring effects of complex interventions – An example from the research practice

Measuring the effectiveness of complex interventions is often due to their complexity (for example number of individual components) a methodological challenge. The stepped-wedge design could be an interesting complement study design compared to a classical parallel group design. The Stepped Wedge Design is a type of cross-over design in which different units (e.g. institutions) cross-over from control conditions to the intervention over time. The time point a cluster switches from the control to the intervention is usually

determined at random. The stepped wedge design was originally used in studies in developing countries. In recent years, the use of the study design also increases in the health care research. However, when using the Stepped Wedge Design several methodological issues have to be taken into account. Therefore, the aim of this paper is, based on the current scientific literature, an introduction about the Stepped wedge design with its methodological features and a critical discussion about its challenges and opportunities for the field of health care research with help of a practical example of a recent study (FallDem: Case Conferences by people with dementia in nursing homes).

Keywords

Stepped Wedge Design, health care research, complex interventions, methodology

Der Nachweis der Wirksamkeit von komplexen Interventionen (z. B. mehreren Einzelkomponenten) ist eine methodische Herausforderung. Das Stepped-Wedge-Design kann hier im Vergleich zum klassischen Parallelgruppendesign eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Das Stepped-Wedge-Design ist eine besondere Form des Cross-Over Designs, indem jedes Cluster (z. B. Einrichtung) nach einer Kontrollphase in die Interventionsphase wechselt. Der Zeitpunkt des Übergangs wird randomisiert. Das Stepped Wedge Design, in der Vergangenheit häufig in Studien aus der Entwicklungshilfe eingesetzt, wird vermehrt auch in der Versorgungsforschung angewendet. Die Durchführung des Studiendesigns ist jedoch mit einer Reihe von methodischen Herausforderungen verbunden. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die aktuelle Diskussion zum Stepped Wedge Design mit seinen methodischen Besonderheiten vorzustellen und am praktischen Beispiel einer aktuellen Studie FallDem: Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz hinsichtlich Chancen und Herausforderungen kritisch zu diskutieren.

Schlüsselwörter

Stepped Wedge Design, Versorgungsforschung, Komplexe Interventionen, Methodologie

1. Einleitung

Viele (pflegerische) Interventionen sind komplex (Corry et al. 2013). Die Komplexität zeichnet sich dadurch aus, dass die Interventionen zumeist aus mehreren Einzelkomponenten bestehen, die sich wechselseitig bedingen (Craig et al. 2008). Komplexität kann sich auch auf die Implementierung einer Intervention und ihr Zusammenspiel mit dem Kontext beziehen (Moore et al. 2015). Der Erfolg einer Intervention hängt zudem oftmals von erfolgten bzw. nicht erfolgten Verhaltensänderung von Personen (z. B. Pflegenden) oder von Anpassungsbestrebungen einer Organisation (z. B. Altenhilfeeinrichtungen) ab, was ebenfalls die Komplexität einer Intervention erhöht (Craig et al. 2008). Demzufolge ist auch die Wirksamkeit von komplexen Interventionen schwerer zu erschließen, als beispielsweise die Überprüfung von Einzelmaßnahmen (z. B. Wirksamkeit von Medikamenten) (Muhlhauser et al. 2011). Im Zuge der Studie FallDem „Fallbesprechungen als innerbetriebliche Fortbildungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ wird die Effektivität von demenzspezifischen Fallbesprechungen in 12 Altenhil-

feinrichtungen in Nordrhein-Westfalen evaluiert (Reuther et al. 2014). Die Komplexität der Intervention resultiert in dieser Studie aus dem Zusammenspiel zwischen der Vermittlung von Fachwissen zu demenzspezifischen Fallbesprechungen (Fortbildungen), der praktischen Erprobung von Fallbesprechungen unter externer Begleitung (Training on the Job) und der sich anschließenden selbstständigen Durchführung von Fallbesprechungen unter Alltagsbedingungen (Holle et al. 2014). Zugleich bedingt die Einführung der Fallbesprechungen, dass sich Pflegende auf bestimmte Rollen- und Ablaufstrukturen innerhalb der Fallbesprechungen einlassen und aufgefordert werden, einen Perspektivwechsel einzunehmen, insbesondere die Integration der Erkenntnis, dass das herausfordernde Verhalten der Menschen mit Demenz nicht ausschließlich auf die Demenzerkrankung zurückzuführen ist. Neben der Komplexität der Intervention, ist die Implementierung von Fallbesprechungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe als komplex zu bewerten, da unterschiedliche Organisationsebenen innerhalb der Institution bedient werden müssen (Holle et al. 2015), die sich je nach Einrichtung unterscheiden können. Um die Effektivität von Fallbesprechungen in der FallDem-Studie (ISRCTN20203855; gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW) zu überprüfen und zugleich Einblicke in ihre Implementierung und den damit verbundenen Veränderungsprozess zu gewinnen, haben wir entschieden, anstatt eines klassischen Parallelgruppendesigns (mit der Randomisierung in Kontroll- oder Interventionsgruppe) das Stepped-Wedge-Design (SWD) zu verwenden (Holle et al. 2014; Reuther et al. 2014). Ziel des vorliegenden Beitrags ist einerseits, das SWD mit seinen methodischen Besonderheiten und den damit verbundenen Chancen und Herausforderungen für die Effektivitätsmessung von komplexen Interventionen am Beispiel der FallDem-Studie vorzustellen und andererseits vor dem Hintergrund der Versorgungsforschung kritisch zu diskutieren.

2. Das Stepped Wedge Design

Das SWD ist eine besondere Form des Cross-Over-Designs (Brown et al. 2006) und wurde in der Vergangenheit in erster Linie in Studien aus dem Entwicklungshilfebereich eingesetzt (Hemming et al. 2015a). In jüngster Zeit findet das Design jedoch auch immer mehr Einzug in andere Forschungsbereiche. So wurden in den letzten Jahren drei systematische Übersichtsarbeiten zu der Thematik veröffentlicht (Brown et al. 2006; Davey et al. 2015; Mdege et al. 2011), aus denen hervorgeht, dass bis zum Jahr 2010 in ca. 38 immer häufiger Studien aus ganz unterschiedlichen Disziplinen (u. a. Medizin, Geografie, Agrarwissenschaft) das SWD als Studiendesign gewählt haben. Auch lässt sich eine häufigerer Anwendung des Designs in der Versorgungsforschung beobachten (Leontjevas et al. 2013; Zwijsen et al. 2014). Zudem beschäftigten sich eine Reihe von methodischen Artikeln zum Thema der Stichprobenkalkulation (Baio et al. 2015; de Hoop et al. 2013; Hemming et al. 2015j; Hughes et al. 2015; Hussey et al. 2007) und Datenanalyse (Davey et al. 2015; Hemming et al. 2015a; Hemming et al. 2015f; Hussey et al. 2007) bei Anwendung des SWD. Aktuell liegen ebenfalls erste Empfehlungen für ein „Reporting System“ des SWD in Anlehnung an das Consort-

Statement vor (Hemming et al. 2015a). Aufgrund der heterogenen Anwendung des SWD gibt es auch erste Ansätze einer Taxonomie, gegliedert nach dem Zeitpunkt des Beginns der Exposition, Dauer der Exposition in der Intervention und dem Ansatz der Ergebnismessung, um die Art des verwendeten SWD in Artikeln transparenter zu beschreiben (Copas et al. 2015).

Kennzeichnend für das SWD ist, dass jedes Cluster (z. B. Altenheime, Arztpraxen) sowohl eine Kontroll- als auch eine Interventionsphase durchläuft, wobei die Kontrollphase immer die Vor-Interventionsphase darstellt.

Der Zeitpunkt des Interventionsbeginns wird (in den meisten Fällen) für jedes Cluster randomisiert zugeteilt, womit bewusst Elemente einer klinisch randomisierten Studie in das SWD integriert werden (Brown et al. 2006). Abbildung 1 stellt das SWD grafisch dar. Hier wechselt Cluster 1 nach einer Baselineerhebung (T0) in die Interventionsphase (ab T1), die bis zum Datenerhebungszeitpunkt T4 andauert. Zum nächsten Datenerhebungszeitpunkt (T1) wechselt in einem nächsten Schritt (Step 1) Cluster 2 von der Kontrollphase in die Interventionsphase. Die restlichen Cluster folgen dann jeweils zu den nachfolgenden Datenerhebungszeitpunkten (T2, T3 und T4). Während sich Cluster 1 am längsten in der Interventionsphase befindet, ist die Kontrollphase beim letzten Cluster am längsten. Dadurch stehen für den Vergleich der Kontrollphase mit der Interventionsphase eine ähnliche Anzahl an Beobachtungszeiträume zur Verfügung (10-weiße Kästchen vs. 10-gestrichelten Kästchen). Dies setzt jedoch voraus, dass bei jedem Wechsel des Clusters von der Kontroll- in die Interventionsphase Daten aus allen Clustern erhoben werden. Die oben beschriebene unterschiedlich lange Phase in der Exposition (Interventionsphase) kann jedoch von Studie zu Studie variieren. So wäre abweichend von dem oben beschriebenen Beispiel auch denkbar, dass sich alle Cluster gleichlang in der Exposition (z. B. 6 Monate Intervention für alle Cluster) befinden. Die Art der Rekrutierung kann in Studien mit einem SWD ebenfalls variieren. Es gibt Studien, die eine offene (konsekutive Rekrutierung nach erfolgter Randomisierung) verwenden, indem während der Studie z. B. Individuen nachrekrutiert werden. Hier besteht die methodische Herausforderung, dass Individuen jeweils unterschiedlich lang an der Studie teilnehmen und dies in der Datenanalyse zu berücksichtigen ist. Im Gegensatz dazu verwendet auch eine Reihe von Studien geschlossene Kohorten. Dies bedeutet, dass von Beginn bis zum Ende der Studie dieselben Cluster (und/oder Individuen) für die Datenanalyse zur Verfügung stehen. Aufgrund der beschriebenen starken Variationen in der Anwendung des SWD sollte die Beschreibung des Studiendesigns z. B. in Studienprotokollen oder Ergebnisartikeln immer Informationen über die Art der Randomisierung, der Dauer und Länge der einzelnen Cluster (und/oder Individuen) in der Exposition (Kontrollphase vs. Interventionsphase) und Informationen über die Art der Rekrutierung enthalten (Copas et al. 2015).

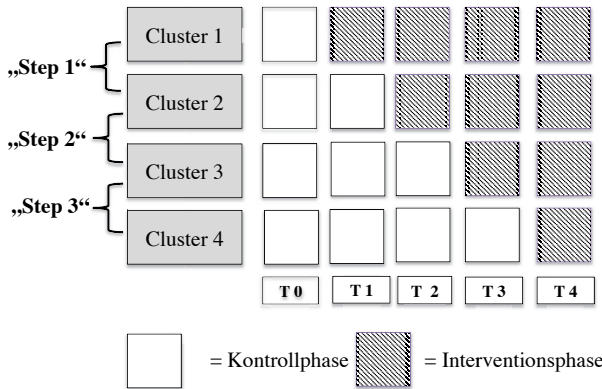


Abb. 1: Grafische Darstellung des Stepped Wedge Design (SWD)

2.1 Chancen des Stepped-wedge-Design

Durch die Tatsache, dass jedes Cluster die Intervention erhält, eignet sich das SWD insbesondere für Interventionen, bei denen positive Effekte als sehr sicher anzunehmen sind. In diesen Fällen wird es als unethisch empfunden der Kontrollgruppe die Intervention „vorzuenthalten“, wenn starke Hinweise existieren, dass sie mehr „Gutes“ als „Schlechtes“ bewirkt (Brown et al. 2006).

Dieser Vorteil spiegelt sich auch in der Rekrutierung von potentiellen Studienteilnehmern wieder. Da jedem Teilnehmer bekannt ist, dass er auf jeden Fall eine Maßnahme erhält, ist von einer größeren Bereitschaft der Teilnahme auszugehen als in herkömmlichen Cluster Randomisierten Studien (cRCT). Traditionell wird den Teilnehmern der Kontrollgruppe oft „nur“ eine reduzierte Form der Intervention als eine Art „Entschädigung“ gegen Ende der Studie angeboten (Brown et al. 2006). Auch ist die Auswahl und genaue Definition einer „Kontrollgruppe“ in herkömmlichen cRCT eine große methodische Herausforderung und bei bestimmten Arten von Interventionen, die z. B. Verhaltensänderungen bewirken sollen, nicht unumstritten. In vielen Fällen findet „nur“ ein Vergleich mit der „Regelversorgung“ statt. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass in den jeweiligen Bereichen (z. B. Altenpflegehilfe) die „Regelversorgung“ sehr unterschiedlich ausgestaltet ist, was den Vergleich mit der Intervention erschwert (Deans et al. 2010; Freedland et al. 2011). Die Kontrollphase kann beim SWD auch zwischen den verschiedenen Clustern sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Hier besteht jedoch der Vorteil, dass jedes Cluster in die Interventionsphase wechselt und somit auch innerhalb jedes Clusters ein direkter Vergleich zwischen Kontroll- und Interventionsphase stattfinden kann.

Des Weiteren bietet sich das SWD vor allem da an, wo aufgrund begrenzter Ressourcen (z. B. personeller oder finanzieller Art) es nicht möglich ist, zeitgleich die Intervention in allen Gruppen (Clustern) einzuführen (Mdege et al. 2011; Zhan et al. 2014). Dies macht das SWD gerade für den Bereich der (pflegerischen) Versorgungsforschung interessant; insbesondere da hier die Interventionen häufig sehr komplex

sind und oft mit aufwendigen Schulungen oder Anleitungen einhergehen (Richards et al. 2009). Wird eine Effektivitätsmessung zusätzlich durch eine parallel laufenden Prozessevaluation begleitet, bedarf es weiterer Ressourcen, die jedoch bei der Verwendung des SWD zeitversetzt in allen Clustern eingesetzt werden können. Im Vergleich zu „herkömmlichen“ cRCTs ist bei ähnlicher statistischer Power unter bestimmten Voraussetzungen eine geringere Anzahl an Clustern notwendig (Woertman et al. 2013). Dies wird damit begründet, dass jedes Cluster im SWD seine eigene Kontrollgruppe bildet. Dadurch reduziert sich der Einfluss der Intracluster-Korrelation (ICC) in Studien mit SWD erheblich (de Hoop et al. 2013; Hemming et al. 2013). Ein weiterer Vorteil des SWD wird darin gesehen, dass durch den zeitversetzten Beginn der Intervention, saisonale Einflüsse (z. B. Jahreszeiten) auf die Effektivität der Intervention leichter zu berücksichtigen sind, als in Studien mit Parallelgruppendesign (Brown et al. 2006). Die Kontrolle der zeitlichen Einflüsse erfolgt durch die häufige und zeitgleich laufende Datenerhebung. Diese Kontrolle fehlt bei cRCT, die häufig aus Ressourcengründen die Einführung der Intervention „nur“ zu unterschiedlichen Zeitpunkten anbieten.

2.2 Methodische Überlegungen und Herausforderungen des SWD

Neben den Chancen, die das SWD bietet, ist seine Verwendung zugleich mit methodischen und organisatorischen Herausforderungen verbunden, die bereits vor Studienbeginn zu berücksichtigen sind. Hier ist es zum einen wichtig, die Anzahl der „steps“ und Cluster, die pro „step“ jeweils von der Kontrollphase in die Interventionsphase wechseln, genau zu definieren. Ein „step“ stellt jeweils einen Zeitpunkt für den Beginn der Intervention dar (Abbildung 1). Die Anzahl der „steps“ im SWD ist eng mit der Frage der Randomisierung verbunden. In einem methodisch „perfekten SWD“ wird pro „step“ jeweils nur ein Cluster randomisiert zugeteilt. Simulationsstudien zufolge ist in diesem Szenario die statistische Power am größten (Hussey et al. 2007). Hier hat jedes Cluster die gleiche „Chance“ an einem der definierten „steps“ von der Kontrolle in die Interventionsphase zu wechseln, auch ist das Verhältnis zwischen Anzahl der Cluster und Beobachtungszeitpunkten gleich. Werden jedoch mehr Cluster pro „step“ randomisiert zugeteilt, reduziert sich die Power der Studie, infolge der dadurch reduzierten Beobachtungszeitpunkte. Wechseln beispielsweise, wie in Abbildung 2 abgebildet, zu Beginn nicht 1 sondern 2 Cluster von der Kontrolle in die Interventionsphase, reduziert sich die Anzahl der Beobachtungszeitpunkte um die Hälfte (Hussey et al. 2007).

Der Zeitabstand zwischen den einzelnen Datenerhebungszeitpunkten ist ein weiterer wesentlicher Aspekt bei der Planung des SWD. Im „perfekten SWD“ wird angenommen, dass der „volle Effekt“ der Intervention – also die Chance, dass die Intervention zu 100% ihre Wirkung entfalten kann – im Zeitraum eines Datenerhebungsintervalls eintritt (Hussey et al. 2007). In Abbildung 1 wäre dies beispielsweise der Fall, wenn die Intervention in Cluster 1 zum Datenerhebungszeitpunkt T1 schon zu 100% „wirkt“. In der Forschungspraxis sind wir jedoch oft damit konfrontiert, dass die Umsetzung einer Intervention und damit ihre „Wirkung“ sich (anders als geplant) verzögert oder ihre volle „Wirkung“ nur teilweise entfalten kann. Dies ist gerade bei komple-

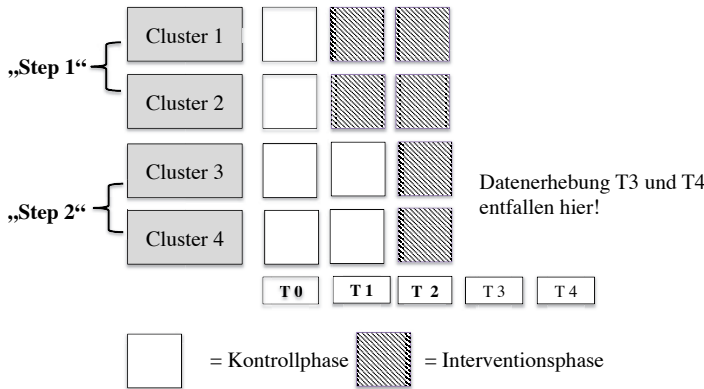


Abb. 2: Grafische Darstellung eines modifizierten Stepped Wedge Design mit weniger Datenerhebungszeitpunkte

nen Interventionen der Fall, die Lehrprozesse anstoßen wollen, um Verhaltensveränderungen (z. B. im Umgang mit Menschen mit Demenz) zu bewirken. Diese ist in der Datenanalyse mit zu berücksichtigen, da dies zum Verlust der statistischen Power führt und somit die Chance erhöht, dass der Interventionseffekt in der Analyse falsch geschätzt wird (Hemming et al. 2015f; Hussey et al. 2007).

Die in allen Clustern nach jedem „step“ erfolgende Datenerfassungen sichern das Vorliegen von vergleichbarer Anzahl von Beobachtungen aus der Kontroll- und Interventionsphase für die Analyse (Hemming et al. 2015f). Dies hat auf der einen Seite den Vorteil, dass sich Veränderungen im zeitlichen Verlauf gut abbilden lassen. Auf der anderen Seite können die häufigen Erhebungen eine erhebliche Belastung für die Studienteilnehmer darstellen und damit Auswirkungen auf die Datenqualität haben. Gerade bei Clustern, die als letztes in die Interventionsphase wechseln, kann dies die Motivation zur eigentlichen Teilnahme an der Intervention erheblich einschränken – im schlimmsten Fall sogar zu einem vorzeitigen Ausstieg aus der Studie führen. Im Zusammenhang mit dem Übergang von der Kontrolle in die Interventionsphase werden in der aktuellen Literatur zum SWD auch mögliche „carry – over“ Effekte thematisiert (Copas et al. 2015). Klassische „carry- over“ Effekte sind häufig besonders dann problematisch, wenn zwei Interventionen in denselben Clustern nacheinander geschaltet werden. In vielen Fällen sind für Interventionen Schulungen notwendig (z. B. bei Pflegenden in der Anwendung von zwei verschiedenen Fallbesprechungsmodellen). Hier kommen Cross-over Designs an ihre methodischen Grenzen, da eine sinnvolle „wash-out“ Phase zwischen den beiden Interventionen hier nicht gewährleistet ist. Einmal erlerntes Wissen (z. B. der Pflegenden) kann nicht einfach „gelöscht“ werden. Dies kann zur Folge haben, dass Wissen von der ersten Intervention auch für die darauffolgende Intervention verwendet wird. Theoretisch können carry-over Effekte im Rahmen eines SWD (auch mit „nur“ einer Intervention) im Übergang von der Kontrolle zur Interventionsphase auftreten, abhängig davon, welche Art von Manipulationen in der Kontrollphase stattgefunden hat. Aus diesen Gründen ist im Vorfeld einer Studie mit dem

SWD sehr genau zu diskutieren, in wie weit mögliche „carry-over“ Effekte einen systematischen Einfluss auf die Wirkung einer geplanten Intervention haben könnte und dies im Rahmen der Datenanalyse Berücksichtigung findet (Hargreaves et al. 2015). Eine weitere wesentliche Herausforderung in der Anwendung des SWD besteht in der statistischen Analyse der Daten (Mdege et al. 2011). In cRCT werden u. a. die Beobachtungen des Interventionsarmes mit denen des Kontrollarmes verglichen. Im SWD erfolgt dieser Vergleich zwischen der Kontrollphase und der Interventionsphase der Cluster. Grundsätzlich muss u. a. in SWD die Beziehung zwischen „Zeit“ und „Intervention“ in den statistischen Modellen berücksichtigt werden. Hier geht es darum zu bestimmen, ob und in welchem Maße der Faktor Zeit einen zusätzlichen Einfluss auf die Intervention haben könnte (z. B. saisonale Einflüsse). Die Abhängigkeit der beiden Vergleichsgruppen (die gleichen Teilnehmer in der kontroll- und Interventionsgruppe) muss in der Analyse ebenfalls Berücksichtigung finden. Zu den Analyseherausforderungen ist in jüngster Zeit eine Reihe von methodischen Grundlagenartikel erschienen, die einige Auswertungsprobleme aufgreifen wie z. B. mit unvollständigen SWD (Verlust von Clustern) zu verfahren ist (Hemming et al. 2015a; Hemming et al. 2015f; Hussey et al. 2007). Nicht zu unterschätzen ist die beim SWD im Gegensatz zu klassischen cRCT tendenziell längere Studiendauer (Kotz et al. 2012). Je nach zeitlichen Dauer und Anzahl der „steps“ kann sich die Studiendauer im Vergleich zum cRCT fast verdoppeln (Kotz et al. 2012).

3. Das FallDem-Projekt

3.1 Entscheidung für das Stepped-Wedge-Design

Das Ziel der FallDem-Studie ist die Evaluation der Effektivität von zwei unterschiedlichen demenzspezifischen Fallbesprechungen zu herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in 12 verschiedenen Altenhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (Reuther et al. 2014). Außerdem sollen Einblicke in ihre Implementierung und die damit verbundenen Veränderungsprozesse gewonnen werden (Holle et al. 2014). Für die Wahl des SWD sprachen mehrere Faktoren: Im Vordergrund stand zunächst die logistische Herausforderung, demenzspezifische Fallbesprechungen in 12 Einrichtungen einzuführen. Aus der Vorstudie (Holle et al. 2015) war die hohe Intensität der Begleitung der Pflegepraxis bei der Einführung und fortlaufenden Durchführung von Fallbesprechungen bekannt. Vor diesem Hintergrund erschien eine zeitgleiche Implementierung der komplexen Intervention in 12 Einrichtungen als nicht realisierbar. Der zeitversetzte Beginn der Intervention beim SWD war ein reale Option, jeder Einrichtung den als notwendig erachteten Schulungs- und Anleitungsbedarf anzubieten. Ein weiteres Argument für das SW-Design war der Anspruch, die Effektstudie durch eine parallel laufenden Prozessevaluation zu begleiten (Holle et al. 2014). Die Prozessevaluation sollte Einblicke zum Verlauf der Implementierung der Fallbesprechungen geben und zugleich Anhaltspunkte über den Zeitpunkt liefern, zu dem die Fallbesprechungen die Chance hätten, ihre volle Wirkung zu entfalten. Da diese

Evaluation ebenfalls erheblichen Personalressourcen binden, war dies ein weiteres Argument für das SWD.

3.2 Entscheidung über die Abstände der Datenerhebung , Anzahl der Steps und Randomisierungsverfahren

Die FallDem-Studie sah vor, dass alle drei Monate je zwei Einrichtungen von der Kontroll- in die Interventionsgruppe wechselten. In dem letzten „step“ wechselten jedoch vier Einrichtungen zeitgleich von der Kontroll- in die Interventionsphase. Die Doppelbesetzung des letzten „steps“ lässt sich damit begründen, dass zwei Einrichtungen zusätzlich als „Reserveeinrichtungen“ für mögliche Cluster-Drop-out fungierten. Im klassischen SWD wäre alle sieben Monate eine Datenerhebung vorgesehen (nach dem Ende der Interventionsphase). Um jedoch auch zu überprüfen, ob die gewählten Fortbildungen die Pflegenden dazu befähigt haben, selbstständig Fallbesprechungen durchzuführen, entschieden wir uns zusätzlich jeweils nach drei Monaten eine Datenerhebung zu integrieren.

Der Zeitpunkt, wann die Einrichtung von der Kontrolle in die Interventionsphase wechselte, erfolgte im Projekt mittels „einfacher Randomisierung“ (gleichmäßige Zuteilung zu den jeweiligen Gruppen). Dies hatte den Vorteil, dass evtl. auftretende Gruppenunterschiede zufällig sind. Aufgrund der kleinen Anzahl an Cluster (12 Altenpflegeeinrichtungen) besteht die Gefahr, dass das „einfache“ 1 : 1-Zuteilungsverhältnis in den Gruppen zu starken Ungleichgewichtungen hinsichtlich einer Reihe von Faktoren (z. B. Prävalenz des herausfordernden Verhaltens, Grad der Pflegebedürftigkeit etc.) führen kann (Schulz et al. 2007). Einige Studien zum SWD lösten dieses Problem, in dem sie für die zufällige Zuteilung „strengere“ Randomisierungsverfahren („constrained randomization procedures“) verwenden. Hier wird die zufällige Zuteilung in die Gruppe auf Basis bestimmter „Covariate“ balanciert (Moulton 2004; Sismanidis et al. 2008). Dies soll verhindern, dass beispielsweise „nur“ Einrichtungen mit hoher Prävalenz des herausfordernden Verhaltens oder „sehr große Einrichtungen“ mit der Intervention beginnen. Das Verfahren ist umstritten, da es die Analyse der Daten verkompliziert (u. a. Verlust von statistischen Freiheitsgraden) und voraussetzt, dass nur wenige Faktoren einen Einfluss auf die Intervention haben könnten. Dies erschien uns in unserem Forschungskontext zweifelhaft, da davon auszugehen war, dass eine beachtliche Reihe von Faktoren (u. a. Größe der Einrichtung, Grad der Pflegebedürftigkeit, Qualifikationsprofil der Einrichtung etc.) einen Einfluss haben können, die in dem Randomisierungsverfahren, auch aufgrund der geringen Anzahl an Clustern, nicht zu balancieren gewesen wären. Zudem setzt diese Balancierung eine Datenerhebung vor der Zuteilung voraus, was nicht umgesetzt werden konnte. Die potentiellen Verzerrungen, die in der Regel eher bei sehr großen Gruppenunterschieden bedeutsam sind, werden in den späteren Analysen berücksichtigt (Hewitt et al. 2006).

3.3 Wirkungsmechanismen der Intervention Fallbesprechung

Den meisten Interventionsstudien liegt die Annahme zugrunde, dass mit dem Start der Intervention die Wirkung zu 100% entfaltet wird („Perfect World Scenario“). Diese Annahme stammt aus dem Bereich der Pharmaforschung: die Wirkung des neuen Medikaments beginnt (ohne nennenswerte) zeitliche Verzögerung. Bei Interventionen, die zunächst bei Pflegenden ansetzen, um bei dem Bewohner zu wirken, ist es möglich, dass es zu Effektverzögerung kommen kann. Die Pflgeteams benötigen zunächst Zeit, bis sie sicher mit der Methode Fallbesprechung arbeiten können. Ebenfalls zeitverzögert werden Maßnahmen (als Folge der Fallbesprechung) für den Bewohner initiiert. Deshalb spielt es eine wichtige Rolle, welche Datenzeitpunkte als Endpunkte für die Effektbewertung gewählt werden. Nach den ersten Erfahrungen im laufenden Projekt und ohne der Datenanalyse vorzugreifen kann vermutet werden, dass (anders als von uns ursprünglich geplant) nicht alle Einrichtungen nach 3 Monaten in der Lage waren, die Fallbesprechung wie geplant umzusetzen (u. a. bedingt durch Krankheitsfälle im Team, Mehrbelastung durch andere Projekte etc.). Für die Arten von Abweichungen vom „Perfect World Scenario“ (Abbildung 3: Annahme, dass die Intervention automatisch nach T1 zu 100% umgesetzt ist) wurden drei mögliche Szenarien entwickelt (Abbildung 3). In einem ersten Szenario (delayed treatment effect) wird davon ausgegangen, dass die Intervention längere Zeit als ursprünglich geplant benötigt, um ihre volle Wirkung zu entfalten. Im Projekt FallDem könnte dies z. B. der Fall sein, wenn die Pflgeteams mehr praktisches Training benötigen, als in den ursprünglich geplanten sieben Monaten angedacht. In Abbildung 3 ist zu erkennen, dass hier erst bei T4 der volle Effekt der Intervention eintritt. In einem zweiten Szenario (burnout effect) wird die Annahme zugrunde gelegt, dass Einrichtungen hoch motiviert damit beginnen die Intervention umzusetzen, nach einer gewissen Zeit nimmt die Motivation jedoch deutlich ab, so dass die Intervention zum Datenerhebungszeitpunkt T4 nur noch zu 50% wirkt. Die Gründe dafür können ebenfalls vielfältig sein (Desinteresse, Arbeitsdruck, Krankheitsfälle etc.). In einem dritten Szenario 3 (Mix) ist eine Kombination aus beiden oben beschriebenen Szenarien möglich. Hier benötigen die Pflgeteams zu Beginn der Intervention mehr Zeit als geplant, und halten das Niveau nicht über die Zeit (steigende Entwicklung bis 90% bei T2 danach Rückgang auf 50% bei T4). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass äußere Einflüsse (u. a. Organisationsstruktur, Arbeitsklima, Arbeitsbelastung) in dem jeweiligen Forschungssetting die Entwicklung der oben beschriebenen Szenarien ebenfalls mit beeinflussen.

4. Fazit und Ausblick

Ziel des Beitrags war, das SWD vorzustellen und am Beispiel eines laufenden Forschungsprojektes im Hinblick auf methodische Herausforderungen sowie die Vorteile dieses Studiendesigns zu diskutieren. In vielen Fällen sind klassische Parallelgruppendesigns mit der randomisierten Zuteilung zur Kontroll- oder Interventionsgruppe der Goldstandard zur Bestimmung der Effektivität von komplexen Interventionen (Campbell et al. 2012; Richards et al. 2009). Das SWD kann unter bestimmten Um-

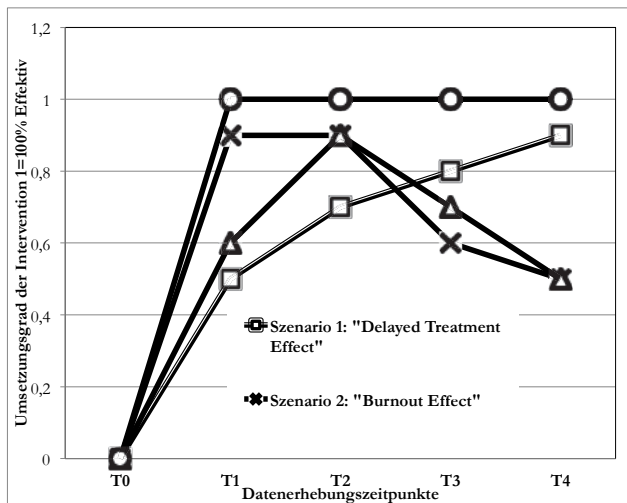


Abb. 3: Mögliche Szenarien, wenn die Intervention nicht sofort umgesetzt wird

ständen eine sinnvolle Alternative im Vergleich zu klassischen Parallelgruppendesigns darstellen, da es eine Reihe logistischer und methodischer Vorteile hat. Durch die zeitversetzte Implementierung der Intervention beispielsweise, wird der hohe Bedarf an Ressourcen entzerrt und die notwendige Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen leichter erreicht (Mdege et al. 2011). Dadurch ist es auch möglich, die Effektivität von komplexen Interventionen zu überprüfen, was aufgrund begrenzter Ressourcen in klassischen Parallelgruppendesigns kaum möglich wären.

Grundsätzlich ist jedoch vor Projektbeginn eine sehr genaue Studienplanung u. a. auf Basis der in diesen Artikel beschriebenen Themen, von entscheidender Bedeutung für das erfolgreiche Gelingen einer Studie mit dem SWD.

Nicht zu unterschätzen ist beispielsweise die häufige und regelmäßige Datenerhebung. Deshalb ist es für diesen Designtypus besonders wichtig, genau zu überlegen, welche Daten benötigt werden. Das Minimalprinzip (Reduzierung auf wenige „Kern-outcomes“) ist hier zu bevorzugen und oder auf Routinedaten zurückzugreifen (Hemming et al. 2015a). Es ist ratsam im Vorfeld die Notwendigkeit der häufigen Datenerhebungen mit den Studienteilnehmern genau abzuklären. Auch ist es entscheidend, die Wirkungsmechanismen der Intervention im Vorfeld genau zu analysieren und diese in Pilotstudien zu testen. Die Möglichkeit, eine umfassende Prozessevaluation parallel zur Effektevaluation durchzuführen, erlaubt in einem weiteren Analyseschritt, die theoretischen Szenarien (Szenario 1: „delayed learning Effekt“, Szenario 2: Burnout Effekt, Szenario 3: Kombination) mit empirischen Daten zu validieren und zu modifizieren und in die Analyse der Effekte einfließen zu lassen.

Die generellen Vor- und Nachteile gegenüber klassischen Parallelgruppendesigns werden, wie eingangs erwähnt, in der Literatur kontrovers diskutiert (Hemming et al. 2015j; Kotz et al. 2012, 2013; Woertman et al. 2013; Zhan et al. 2014). Ein Autor ar-

gumentiert, dass alle vermeintlichen Vorteile eines SWD auch mit Modifikationen an klassischen Parallelgruppendesigns erzielt werden können. So könnte die Intervention auch zeitversetzt in den jeweiligen Gruppen beginnen, um den logistischen Aufwand zu reduzieren (Kotz et al. 2012). Für viele Autoren wäre dies aber auch nur eine Variante eines SWD, es kann also kritisch gefragt werden, ob dies überhaupt per Definition als klassisches Parallelgruppendesign angesehen werden kann (Mdege et al. 2012).

Eine relativ neue Untersuchung liefert erste Hinweise darauf, dass ein SWD einem Parallelgruppendesign hinsichtlich der Power in bestimmten Fällen „überlegen“ sein kann (z. B. hohe ICC Werte innerhalb der einzelnen Cluster) (Hemming et al. 2015j). Zusammenfassend zeigt die Diskussion in der Literatur, dass es sicherlich noch weitere methodische Arbeiten hierzu geben muss, um diese Frage umfassend beantworten zu können.

In der Schlussbetrachtung kann aus unserer praktischen Erfahrung mit diesem Studiendesign gesagt werden, dass es sich bei dem SWD um ein innovatives und für die Pflege-/ Versorgungsforschung vielversprechender Studiendesign handelt. Jedoch sollte die Entscheidung über die Art des Studiendesigns immer im Einzelfall entschieden werden und muss vorrangig immer von der Fragestellung, Studienbedingungen, Ressourcen und Interventionsart einer geplanten Studie geleitet sein.

Literatur

- Baio, G.; Copas, A.; Ambler, G.; Hargreaves, J.; Beard, E.; Omar, R. Z. (2015). Sample size calculation for a stepped wedge trial. In: *Trials*, 16, 354
- Brown, C. A.; Lilford, R. J. (2006). The stepped wedge trial design: a systematic review. In: *BMC Medical Research Methodology*, 6, 54
- Campbell, M. K.; Piaggio, G.; Elbourne, D. R.; Altman, D. G.; Group, C. (2012). Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. In: *British Medical Journal*, 345, e5661
- Copas, A. J.; Lewis, J. J.; Thompson, J. A.; Davey, C.; Baio, G.; Hargreaves, J. R. (2015). Designing a stepped wedge trial: three main designs, carry-over effects and randomisation approaches. In: *Trials*, 16, 352
- Corry, M.; Clarke, M.; While, A. E.; Lalor, J. (2013). Developing complex interventions for nursing: a critical review of key guidelines. In: *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2366-2386
- Craig, P.; Dieppe, P.; Macintyre, S.; Michie, S.; Nazareth, I.; Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. In: *British Medical Journal*, 337, a1655
- Davey, C.; Hargreaves, J.; Thompson, J. A.; Copas, A. J.; Beard, E.; Lewis, J. J.; Fielding, K. L. (2015). Analysis and reporting of stepped wedge randomised controlled trials: synthesis and critical appraisal of published studies, 2010 to 2014. In: *Trials*, 16, 358
- de Hoop, E.; Woertman, W.; Teerenstra, S. (2013). The stepped wedge cluster randomized trial always requires fewer clusters but not always fewer measurements, that is, participants than a parallel cluster randomized trial in a cross-sectional design. In reply. In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(12), 1428
- Deans, K. J.; Minneci, P. C.; Danner, R. L.; Eichacker, P. Q.; Natanson, C. (2010). Practice misalignments in randomized controlled trials: Identification, impact, and potential solutions. In: *Anesthesia & Analgesia*, 111(2), 444-450

- Freedland, K. E.; Mohr, D. C.; Davidson, K. W.; Schwartz, J. E. (2011). Usual and unusual care: existing practice control groups in randomized controlled trials of behavioral interventions. In: *Psychosomatic Medicine*, 73(4), 323-335
- Hargreaves, J. R.; Copas, A. J.; Beard, E.; Osrin, D.; Lewis, J. J.; Davey, C.; Thompson, J. A.; Baio, G.; Fielding, K. L.; Prost, A. (2015). Five questions to consider before conducting a stepped wedge trial. In: *Trials*, 16, 350
- Hemming, K.; Girling, A. (2013). The efficiency of stepped wedge vs. cluster randomized trials: stepped wedge studies do not always require a smaller sample size. In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(12), 1427-1428
- Hemming, K.; Haines, T. P.; Chilton, P. J.; Girling, A. J.; Lilford, R. J. (2015a). The stepped wedge cluster randomised trial: rationale, design, analysis, and reporting. In: *British Medical Journal*, 350, h391.
- Hemming, K.; Lilford, R.; Girling, A. J. (2015f). Stepped-wedge cluster randomised controlled trials: a generic framework including parallel and multiple-level designs. In: *Statistics in Medicine*, 34(2), 181-196
- Hemming, K.; Taljaard, M. (2015j). Sample size calculations for stepped wedge and cluster randomised trials: a unified approach. In: *Journal of Clinical Epidemiology*
- Hewitt, C. E.; Torgerson, D. J. (2006). Is restricted randomisation necessary? In: *British Medical Journal*, 332(7556), 1506-1508
- Holle, D.; Kruger, C.; Halek, M.; Sirsch, E.; Bartholomeyczik, S. (2015). Experiences of nursing staff using dementia-specific case conferences in nursing homes. In: *American Journal of Alzheimer Diseases and Other Dementias*, 30(3), 228-237
- Holle, D.; Roes, M.; Buscher, I.; Reuther, S.; Muller, R.; Halek, M. (2014). Process evaluation of the implementation of dementia-specific case conferences in nursing homes (FallDem): study protocol for a randomized controlled trial. In: *Trials*, 15, 485
- Hughes, J. P.; Granston, T. S.; Heagerty, P. J. (2015). Current issues in the design and analysis of stepped wedge trials. In: *Contemporary Clinical Trials*
- Hussey, M. A.; Hughes, J. P. (2007). Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials. In: *Contemporary Clinical Trials*, 28(2), 182-191
- Kotz, D.; Spigt, M.; Arts, I. C.; Crutzen, R.; Viechtbauer, W. (2012). Use of the stepped wedge design cannot be recommended: a critical appraisal and comparison with the classic cluster randomized controlled trial design. In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(12), 1249-1252
- Kotz, D.; Spigt, M.; Arts, I. C.; Crutzen, R.; Viechtbauer, W. (2013). The stepped wedge design does not inherently have more power than a cluster randomized controlled trial. In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(9), 1059-1060
- Leontjevas, R.; Gerritsen, D. L.; Smalbrugge, M.; Teerenstra, S.; Vernooij-Dassen, M. J.; Koopmans, R. T. (2013). A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster randomised trial. In: *Lancet*, 381, 2255-2264
- Mdege, N. D.; Man, M. S.; Taylor Nee Brown, C. A.; Torgerson, D. J. (2011). Systematic review of stepped wedge cluster randomized trials shows that design is particularly used to evaluate interventions during routine implementation. In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(9), 936-948
- Mdege, N. D.; Man, M. S.; Taylor nee Brown, C. A.; Torgerson, D. J. (2012). There are some circumstances where the stepped-wedge cluster randomized trial is preferable to the alternative: no randomized trial at all. Response to the commentary by Kotz and colleagues. In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(12), 1253-1254
- 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. In: *British Medical Journal*, 350, h1258
- Moulton, L. H. (2004). Covariate-based constrained randomization of group-randomized trials. In: *Clinical Trials*, 1(3), 297-305

- Muhlhauser, I.; Lenz, M.; Meyer, G. (2011). [Development, appraisal and synthesis of complex interventions - a methodological challenge]. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105(10), 751-761
- Reuther, S.; Holle, D.; Buscher, I.; Dortmund, O.; Müller, R.; Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (2014). Effect evaluation of two types of dementia-specific case conferences in German nursing homes (Fall-Dem) using a stepped-wedge design: study protocol for a randomized controlled trial. In: Trials, 15, 319
- Richards, D. A.; Hamers, J. P. (2009). RCTs in complex nursing interventions and laboratory experimental studies. In: International Journal of Nursing Studies, 46(4), 588-592
- Schulz, K. F.; Grimes, D. A. (2007). [Epidemiological methods 7: secrecy of randomization in randomized studies: how one defends against decisions]. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 101(7), 499-505
- Sismanidis, C.; Moulton, L. H.; Ayles, H.; Fielding, K.; Schaap, A.; Beyers, N.; Bond, G.; Godfrey-Faussett, P.; Hayes, R. (2008). Restricted randomization of ZAMSTAR: a 2 x 2 factorial cluster randomized trial. In: Clinical Trials, 5(4), 316-327
- Woertman, W.; de Hoop, E.; Moerbeek, M.; Zuidema, S. U.; Gerritsen, D. L.; Teerenstra, S. (2013). Stepped wedge designs could reduce the required sample size in cluster randomized trials. In: Journal of Clinical Epidemiology, 66(7), 752-758
- Zhan, Z.; van den Heuvel, E. R.; Doornbos, P. M.; Burger, H.; Verberne, C. J.; Wiggers, T.; de Bock, G. H. (2014). Strengths and weaknesses of a stepped wedge cluster randomized design: its application in a colorectal cancer follow-up study. In: Journal of Clinical Epidemiology, 67(4), 454-461
- Zwijzen, S.; Smalbrugge, M.; Eefsting, J. A.; Twisk, J. W.; Gerritsen, D. L.; Pot, A. M. (2014). Coming to Grips With Challenging Behavior: A Cluster Randomized Controlled Trial on the Effects of a Multi-disciplinary Care Program for Challenging Behavior in Dementia. In: Journal of the American Medical Directors Association, 15(7), e1-10

Sven Reuther^{1,2} (Korrespondierender Autor), sven.reuther@dzne.de

Dr. Daniela Holle^{1,2} daniela.holle@dzne.de

Prof. Dr. Martina Roes^{1,2} martina.roes@dzne.de

*Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik*² sabine.bartholomeyczik@uni-wh.de

Dr. Margareta Halek^{1,2} margareta.halek@dzne.de

1 Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten

2 Universität Witten Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft

Beiträge

Jürgen Zieher, Türkan Ayan

Karrierewege von Pflegeakademikern

Ergebnisse einer bundesweiten Absolventenbefragung zu Ausbildung, Studium und Beruf¹

Career pathways of nursing graduates – results of a nationwide inquiry among graduates regarding vocational training, academic studies and job situation

This article presents results of a nationwide quantitative inquiry among graduates (B.A. or Diploma) of extra-occupational studies in nursing (n=176). Among the participants were career changers (n=53), who had worked or studied in another sector before starting a vocational training in nursing. In contrast, representatives of the „linear type“ (n=123) began their nursing career right after finishing school. Both groups are compared to each other using the examples of sociodemographic parameters, educational and vocational biography, motives for the choice of studies and professional career after graduation. The desire for a higher education – the most frequently mentioned reason for studying after completing the vocational training – underlines the importance of learning to the respondents. While at the beginning of the study about half of the participants still worked as registered nurses, only one tenth did so after graduation. The main reasons for leaving the hospital wards were lacking adequate positions for nurses with an academic degree and the wish for an „additional value“ of the study. The successful completion of the study enabled most of the respondents various career paths inside and outside of nursing.

Keywords

Extra-occupational study in nursing, career changer, professional career

Im Beitrag werden Ergebnisse einer bundesweiten quantitativen Befragung von Absolventen berufs begleitender Bachelor- bzw. Diplom-Pflegestudiengänge (n=176) vorgestellt. Unter ihnen waren auch „Quereinsteiger“ (n=53), die vor der Pflegeausbildung zunächst in einem anderen Beruf gearbeitet oder studiert hatten. Im Unterschied dazu ha-

1 Die Autoren versichern, dass keine Interessenkonflikte mit Institutionen oder Beteiligten an der dem Artikel zugrunde liegenden Befragung bestehen. Ethische Aspekte sind hier nicht relevant.

ben Vertreter des „linearen Typs“ (n=123) unmittelbar nach dem Schulabschluss mit der Pflegeausbildung begonnen. Anhand der soziodemografischen Parameter, der Bildungs- und Berufsbiografie, den Motiven für die Studienwahl und der beruflichen Entwicklung nach dem Abschluss des Pflegestudiums werden die beiden Gruppen vergleichend betrachtet. Der Wunsch nach einer höheren Qualifizierung – das am häufigsten genannte Motiv für ein Studium nach der Berufsausbildung – unterstreicht die Bildungsaffinität der Teilnehmer. Während zu Beginn des Studiums noch etwa jeder zweite Befragte als Pflegefachkraft tätig war, arbeitete nur noch etwa jeder zehnte Absolvent in der direkten Pflege. Die Hauptgründe für den Wechsel waren fehlende Stellen für Pflegeakademiker und der Wunsch nach einem „Mehrwert“ des Studiums. Der erfolgreiche Studienabschluss ermöglichte den meisten Befragten vielfältige Karrieren innerhalb und außerhalb der Pflege.

Schlüsselwörter

Berufsbegleitendes Pflegestudium, Quereinsteiger, berufliche Entwicklung

1. Einleitung

Der veränderte Versorgungsbedarf von Menschen mit komplexeren Krankheitsbildern stellt die Pflege in Deutschland vor steigende Herausforderungen. Infolgedessen ist der Bedarf an Pflegefachkräften mit wissenschaftlich fundierter Ausbildung – insbesondere für patientennahe Dienste – gestiegen (Rogalski et al., 2012, 18). Im Zuge von Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege sind in Deutschland zwischen 1992 und 1994 zahlreiche Pflegestudiengänge – vorwiegend an Fachhochschulen – entstanden (Gerlach 2013: 29). Die Akademisierung der Pflegeausbildung in der Bundesrepublik bedeutet zugleich eine Anpassung an seit langem bestehende internationale Standards (Friedrichs et al. 2011: 5). Maßgebliche Impulse für den Aufbau von Studiengängen – vor allem Pflegemanagement und Pflegepädagogik – lieferte die 1992 von der Robert-Bosch-Stiftung veröffentlichte Denkschrift „Pflege braucht Eliten“. Die Autoren plädierten für „eine akademische Ausbildung mit einem vollwertigen Abschluß für die Lehr- und Leitungskräfte“ (Robert-Bosch-Stiftung 1993: 97), nicht jedoch für eine Akademisierung der direkten Pflege. Lediglich sechs Studienangebote für Pflegeexperten waren anfangs in Deutschland auf eine fortgesetzte Tätigkeit in patientennahen Diensten ausgerichtet (Moers et al. 2012: 234). Die Zugangsvoraussetzungen für die so genannten „Weiterbildungsstudiengänge“ (Gerlach 2013: 30) umfassten neben der Hochschulzugangsberechtigung zusätzlich eine abgeschlossene Pflegeausbildung und in der Regel eine mehrjährige Berufspraxis.

Im Zuge des Bologna-Reformprozesses und der Einführung gestufter Abschlüsse haben Fachhochschulen und einzelne Universitäten in den vergangenen Jahren zunehmend auch grundständige Studiengänge eingeführt. Dabei nutzten sie Regelungen des neuen Altenpflegegesetzes (2003) und des novellierten Krankenpflegegesetzes (2004). Sie ermöglichten die zeitlich befristete Einführung von Modellausbildungen und -studiengängen. Die daraus an verschiedenen Hochschulen hervorgegangenen grundständigen Studiengänge mit dem Schwerpunkt Pflege bzw. Pflegewissenschaft verbinden eine dreijährige Berufsausbildung mit einem parallelen Pflegestudium und dauern ins-

gesamt vier bis viereinhalb Jahre. Sie setzen eine schulische Hochschulzugangsberechtigung voraus. Für Absolventen dieser Studiengänge besteht die Option, anspruchsvolle Aufgaben in patientennahen Diensten zu übernehmen. Damit existieren in der Pflege sehr heterogene Studienangebote mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen sowie variierenden Qualifikationsinhalten und -zielen (Gerlach 2013: 20).

Die Angebote einer akademischen Ausbildung werden außerhalb des Pflegebereichs unterschiedlich bewertet. Zahlreiche Ärztekammern halten die Akademisierung der Pflege nicht für notwendig (Bartens 2012). Dagegen empfiehlt der Wissenschaftsrat einen Ausbau von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen, die auf eine patientennahe Tätigkeit ausgerichtet sind und hält eine Akademisierungsquote von zehn bis 20 Prozent der Berufsgruppe für sinnvoll (Wissenschaftsrat 2012: 82 u. 85). Bislang liegen keine empirischen Daten zur Anzahl der in Deutschland beschäftigten Pflegefachkräfte mit akademischem Abschluss vor, die ein berufsbegleitendes Studium absolviert haben. Die aktuelle Akademisierungsquote (Absolventen grundständiger und berufsbegleitender Studiengänge) liegt nach Ansicht von Abt-Zegelin (2012: 1252) deutlich unter dem vom Wissenschaftsrat genannten Richtwert. Sie verweist auf Hochrechnungen, wonach es in Deutschland rund 40 Jahre dauern werde, bis die Zehn-Prozent-Quote erreicht sei (Abt-Zegelin 2012: 1252).

Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stehen die Karrierewege von Absolventen² berufsbegleitender Pflegestudiengänge. Entsprechende Studienangebote setzen – im Unterschied zu den hier nicht berücksichtigten grundständigen Studiengängen – unter anderem eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf (Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflege) voraus. Unter der Bezeichnung „Pfleigestudiengänge“ werden nachfolgend Studienangebote mit den Schwerpunkten Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft und eine hybride Form „Pflebewissenschaft/Pflegemanagement“ zusammengefasst. Pflegemanagement-Studiengänge qualifizieren für Leitungspositionen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die Pflegepädagogik-Studienangebote bereiten hingegen auf Lehrtätigkeiten in der Aus- und Weiterbildung vor. Sofern es sich ausschließlich um Graduierte von Pflegewissenschaftsstudiengängen handelt, wird dies entsprechend angegeben. Diese Studienangebote ermöglichen neben einer fortgesetzten Tätigkeit in patientennahen Diensten z. B. auch den Einsatz im Qualitätsmanagement. Wer einen berufsbegleitenden Studiengang wählt, verbindet damit häufig den Wunsch nach einem Ausstieg aus der direkten Pflege und einem Aufstieg in der Hierarchie. Um entsprechende Erkenntnisse zur beruflichen Entwicklung und zu den aktuellen Arbeitsbereichen von Absolventen mit Bachelor- oder Diplom-Abschluss zu gewinnen, fand im Sommer 2013 eine bundesweite Online-Befragung statt.

2 Für eine bessere Lesbarkeit wird nachfolgend ausschließlich die männliche Form verwendet. Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich alle Angaben sowohl auf Frauen als auch auf Männer.

Die quantitative Datenerhebung erfolgte im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projektes „BEST WSG“³.

Inwieweit ist etwa den Absolventen von Pflegemanagement- und Pflegepädagogikstudiengängen die Übernahme von Leitungs- und Lehraufgaben gelungen? Welche anderen Tätigkeitsfelder haben sich für Pflegeakademiker mit einem der beiden Studienschwerpunkte eröffnet?

Inwieweit sind Absolventen von Pflegewissenschaftsstudiengängen weiterhin in der direkten Pflege verblieben oder nach dem Studienabschluss in andere Arbeitsbereiche abgewandert? Zudem geht es um die Bildungs- und Berufsbiografie von Absolventen und deren Motive für ein berufsbegleitendes Studium. Stichprobenbezogen liegt der Fokus bei „Quereinsteigern“ in die Pflegebranche, die über ein solches Studium eine höhere Qualifizierungsstufe anstreben. Als „Quereinsteiger“ werden hier Personen bezeichnet, die zunächst in einem fachfremden Bereich berufstätig waren und/oder fachfremd studiert sowie anschließend eine dreijährige Pflegeausbildung absolviert haben. Personen, die direkt nach ihrem Schulabschluss eine Ausbildung im Pflegebereich absolviert haben, werden nachfolgend als Vertreter des „linearen Typs“ bezeichnet. Ihre Einbeziehung ermöglicht eine Datenanalyse in vergleichender Perspektive. Inwieweit beruflich Qualifizierte ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung ein berufsbegleitendes Pflegestudium absolvieren konnten, wird über beide Gruppen betrachtet⁴. Die Befragung von Absolventen berufsbegleitender Pflegestudiengänge verbindet somit Erkenntnisse zu strukturellen Aspekten der berufsbegleitenden akademischen Weiterbildung mit individuellen Einblicken in vielfältige Bildungs- und Berufsbiografien.

2. Methodische Vorgehensweise

2.1 Zielgruppengewinnung und Erhebungszeitraum

Der Erhebungszeitraum von Juni bis August 2013 beinhaltete zu Beginn eine telefonische und/oder schriftliche Kontaktaufnahme mit Leitern bzw. Koordinatoren von 35 berufsbegleitenden Studiengängen in den Bereichen Pflege/Gesundheit an insgesamt 26 Hochschulen, unter denen keine Universitäten vertreten waren. Die Anzahl der teilnehmenden Hochschulen, die einen Link sowie entsprechende Informationen an ihre Studierenden und Absolventen weiterleiteten, konnte nicht exakt bestimmt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es zum Zeitpunkt der Datenerhebung bei mindestens sieben Studiengängen noch keine Absolventen gab. Manche Hochschulen erteilten keine Auskunft, ob sie die Datenerhebung in der genannten Weise unterstützt haben. Dementsprechend ist es nicht möglich, die Grundgesamtheit der zur Teilnahme

3 Projekt „Berufsintegrierte Studiengänge zur Weiterqualifizierung im Sozial- und Gesundheitswesen“ an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit (BA), Mannheim. Das Forschungsvorhaben wird im Rahmen des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ gefördert.

4 Sie müssen in zwölf von 34 Studiengängen zusätzlich eine Eingangsprüfung absolvieren oder an einem Zulassungsgespräch teilnehmen (eigene Zusammenstellung).

an der Befragung eingeladenen Absolventen und den Anteil der Nicht-Responder zu ermitteln. Zusätzlich zu den Hochschulen wurden zwei Berufsverbände für Pflegeberufe und für Lehrende in Gesundheits- und Sozialberufen schriftlich um Unterstützung der Datenerhebung und um einen entsprechenden Hinweis an ihre Mitglieder gebeten.

2.3 Fragebogendesign und Auswertung der Daten

Der standardisierte Online-Fragebogen (erstellt mit EFS Survey von Questback) umfasste für Absolventen insgesamt 86 Fragen, die in fünf Kategorien unterteilt waren: 1. Allgemeine Fragen zum berufsbegleitenden Pflegestudium, 2. Bildungs- und Berufserfahrungen vor dem Studium, 3. Erfahrungen und Kontextbedingungen während des Studiums, 4. Berufliche Situation nach dem Studium, 5. Soziodemografische Daten. Die Datensätze wurden anschließend in SPSS exportiert und mit diesem Programm deskriptiv/systematisch ausgewertet. Für die Datenauswertung wurden ausschließlich vollständig ausgefüllte Fragebögen berücksichtigt.

3. Darstellung ausgewählter Ergebnisse

Nachfolgend werden Ergebnisse zu den soziodemografischen Daten, zur Bildungs- und Berufsbiografie der Absolventen vor dem Studium sowie zu deren beruflicher Entwicklung nach dem Hochschulexamen vorgestellt. Bei den Teilnehmenden handelt es sich um eine Zufallsauswahl. Die Ergebnisse erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität. Allerdings lassen sich Tendenzen erkennen. Ergebnisse zu Studierenden finden sich bei Zieher und Ayan (2014, eingereicht).

3.1 Stichprobenbeschreibung

An der Befragung haben sich insgesamt 445 Personen beteiligt. Von ihnen haben 380 (85%) den Fragebogen vollständig ausgefüllt, unter ihnen 176 Absolventen. Von den Graduierten absolvierten 123 Teilnehmer (69,9%) die Pflegeausbildung unmittelbar nach ihrem Schulabschluss und gehören daher zum „linearen Typ“ (LT). Die übrigen 53 Personen (30,1%) haben vor ihrer Pflegeausbildung in einem anderen Bereich gearbeitet oder ein anderes Studium begonnen. Sie bilden die Stichprobe der „Quereinsteiger“ (QE). Von ihnen haben 45 zuvor eine fachfremde Ausbildung oder ein fachfremdes Studium, z. B. Bankkaufmann, Jura, begonnen. Die übrigen acht Teilnehmer waren zunächst in einem fachnahen Ausbildungsberuf tätig, z. B. Rettungssanitäter, oder in einem fachnahen Studiengang eingeschrieben, z. B. Medizin. Alle „Quereinsteiger“ mussten die gesamte dreijährige berufliche Ausbildungsphase in der Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflege durchlaufen.

3.2 Soziodemografische Struktur der Befragten

Geschlechteranteile

Unter den Erwerbstätigen in Pflege- und Gesundheitsberufen sind Frauen deutlich stärker vertreten als Männer. Im Jahr 2010 betrug der Frauenanteil in Berufen des Gesundheitswesens 74%, ein im Vergleich zu 2010 um 2% höherer Wert (BA 2011: 6). Diese Konstellation spiegelt sich auch bei den Vertretern des „linearen Typs“ wider, von denen 80,5% weiblich sind. Unter den „Quereinsteigern“ ist der Männeranteil mit 50,9% mehr als doppelt so hoch. Der höhere Männeranteil in der Gruppe der „Quereinsteiger“ deutet an, dass Pflege für Männer mit Berufs- bzw. Studienerfahrung offensichtlich in stärkerem Maße als für Männer nach dem Schulabschluss als Arbeitsbereich denkbar ist.

Altersverteilung

Auch bei der Altersverteilung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Vertretern des „linearen Typs“ und den „Quereinsteigern“. Besonders auffallend ist, dass fast drei Viertel der „Quereinsteiger“ älter als 40 Jahre sind. Etwa 25% aller QE haben bereits das 50. Lebensjahr überschritten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die QE ihr Studium zwischen 1998 und 2013 abgeschlossen haben. Unter den teilnehmenden Angehörigen des LT sind Absolventen der Jahre 1995 bis 2013. Manche Angehörige beider Gruppen waren während ihres Studiums bereits über 40 Jahre alt. Da die „Quereinsteiger“ zusätzlich zur Berufspraxis in

Altersgruppe	„Linearer Typ“	„Quereinsteiger“
Bis 30 Jahre	10 (8,1%)	–
31 bis 40 Jahre	37 (30,1%)	14 (26,4%)
41 bis 50 Jahre	57 (46,4%)	26 (49,0%)
Über 50 Jahre	19 (15,5%)	13 (24,6%)
Gesamt (N=)	123 (100%)	53 (100%)

Tab. 1: Altersverteilung der Teilnehmer/-innen

der Pflege auch über (teilweise langjährige) Berufs- und/oder Studienerfahrungen in anderen Bereichen verfügen, verwundert dies jedoch nicht. Der hohe Anteil älterer Teilnehmer deutet auf einen offensichtlichen „Nachholbedarf“ bei Personen, die zuvor keine Möglichkeit zu einem Studium hatten.

Kinder

Der höhere Altersdurchschnitt trägt dazu bei, dass 49,1% der QE zum Zeitpunkt des Studienbeginns bereits ein bis drei Kinder hatten. Dagegen waren lediglich 40,7% der Angehörigen des LT bei Aufnahme des Studiums schon Vater oder Mutter von ein bis vier Kindern. Diese Befragten hatten somit die Anforderungen eines berufsbegleitenden Studiums mit dem Beruf und zusätzlich mit den Familienpflichten in Einklang zu bringen.

Familienstand

Die höhere Elternquote und das höhere Durchschnittsalter bei den QE gehen einher mit einem deutlich höheren Anteil von Personen, die verheiratet sind oder in einer

Partnerschaft leben. Er beträgt bei dieser Gruppe 86,8%, bei den Angehörigen des LT liegt dieser Anteil deutlich niedriger bei 75,6%.

Migrationshintergrund

Wesentlich geringer sind die Unterschiede hinsichtlich eines Migrationshintergrundes.⁵ Verhältnismäßig wenige Teilnehmer weisen einen solchen auf, bei den QE sind es 13,2% und beim LT 14,6%.

3.3 Bildungs- und Berufsbiografie vor dem Studium

Schulbildung

Insgesamt 92,4% der „Quereinsteiger“ haben eine schulische Hochschulzugangsberechtigung (Fachhochschulreife oder Abitur) erworben, bei den Vertretern des „linearen Typs“ liegt dieser Anteil mit 78,0% um knapp 15 Prozentpunkte niedriger. Dabei ist zu berücksichtigen, dass etwa zwei Drittel der QE vor ihrer Pflegeausbildung bereits ein anderes Studium begonnen hatten. Dementsprechend sind beruflich Qualifizierte ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung mit einem Anteil von 17,9% deutlich stärker beim LT als bei den QE (7,6%) vertreten.

Höchster Schulabschluss	„Linearer Typ“	„Quereinsteiger“
Mittlerer Bildungsabschluss	7 (5,7%)	4 (7,6%)
Fachhochschulreife	41 (33,3%)	13 (24,5%)
Abitur	55 (44,7%)	36 (67,9%)
HZB (durch Berufsausbildung zuerkannt)	15 (12,2%)	–
Sonstiges	5 (4,1%)	–
Insgesamt	123 (100%)	53 (100%)

Tab. 2: Zugangswege zum Studium

Beruflicher Hintergrund von „Quereinsteigern“

Im Hinblick auf die frühere Berufsbiografie zeigen sich innerhalb der Gruppe der „Quereinsteiger“ deutliche Unterschiede. Von den 21 QE, die zuvor eine andere Berufsausbildung begonnen hatten, haben 20 diese auch beendet (95,2%). Elf Personen arbeiteten zunächst für unterschiedlich lange Zeit weiter, teilweise in einem anderen Bereich.

Von den 35 QE, die ein anderes Studium begonnen haben, haben dagegen 31 (88,6%) die Hochschule ohne Examen verlassen. Drei Absolventen arbeiteten nach ihrem Studium zwischen drei und 18 Jahre, bevor sie mit der Pflegeausbildung began-

⁵ Das Statistische Bundesamt (2014) zählt zu den Menschen mit Migrationshintergrund „alle, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland mit deutscher Staatsangehörigkeit Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“.

nen. Drei QE haben vor ihrem Pflegestudium eine andere Ausbildung und ein anderes Studium zumindest begonnen.

Berufsausbildung in der Pflege

Unter den Teilnehmern bilden die Gesundheits- und Krankenpfleger (einschließlich Krankenschwestern und Krankenpfleger) sowohl beim „linearen Typ“ mit 82,9% als auch bei den „Quereinsteigern“ mit 67,9% die stärkste Gruppe. Die befragten QE absolvierten am zweithäufigsten eine Altenpflegeausbildung (ca. 20%), dagegen bevorzugten die Angehörigen des LT eher die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (13%). Gesundheits- und Krankenpfleger sind somit deutlich stärker, Altenpfleger hingegen deutlich geringer unter den Teilnehmern vertreten als ihr jeweiliger Anteil unter den beschäftigten Pflegefachkräften in Deutschland insgesamt (BA 2014).

Berufsausbildung	„Linearer Typ“	„Quereinsteiger“
Gesundheits- u. Krankenpfleger	102 (82,9%)	36 (67,9%)
Davon weiblich	78	15
Davon männlich	24	21
Gesundheits- u. Kinderkrankenpfleger	16 (13,0%)	2 (3,8%)
Davon weiblich	16	2
Davon männlich	–	–
Altenpfleger	3 (2,4%)	11 (20,8%)
Davon weiblich	3	5
Davon männlich	–	6
Sonstige Pflegeausbildung	2 (1,6%)	4 (7,5%)
Davon weiblich	2	4
Davon männlich	–	–
Gesamt	123 (100%)	53 (100%)

Tab. 3: Absolvierte Berufsausbildung in der Pflege und Geschlechteranteile

Auffallend ist die Geschlechterverteilung in den drei genannten Berufen. Rund 11,3% der männlichen und 9,4% der weiblichen „Quereinsteiger“ haben eine Berufsausbildung in der Altenpflege absolviert. Bei den befragten Vertretern des „linearen Typs“ liegt der Anteil mit 2,4% – unter ihnen ausschließlich Frauen – deutlich geringer. Dies deutet an, dass QE während einer beruflichen Neuorientierungsphase insbesondere die Altenpflege als einen Arbeitsbereich mit Perspektive wahrnehmen.

Berufspraxis in der Pflege und berufliche Position vor Studienbeginn

Die individuelle Dauer der Berufstätigkeit zwischen Abschluss der Pflegeausbildung und dem Beginn des berufsbegleitenden Studiums unterscheidet sich über alle Befragten sehr stark (Spanne von 0 bis 30 Jahre). Die zwei Gruppen (QE & LT) differieren in ihren jeweiligen Mittelwerten nur wenig (QE: 9,1 Jahre; LT: 10,4 Jahre). Manche Be-

fragte haben zwischen dem Abschluss ihrer Ausbildung und dem Beginn des berufs begleitenden Studiums in verschiedenen Pflegebereichen gearbeitet. Am häufigsten waren sie in Krankenhäusern (QE: 69,8%; LT: 90,2%) sowie in der ambulanten und stationären Altenpflege (QE: 50,9%; LT: 27,6%) tätig. Die bereits bei der Berufsausbildung sichtbar gewordene Präferenz von „Quereinsteigern“ für die Altenpflege setzt sich auch in der späteren Berufspraxis fort. Nur drei Personen (ein QE und zwei LT) haben direkt nach dem Ausbildungsabschluss mit dem berufs begleitenden Pflegestudium begonnen. Unmittelbar vor Beginn des Studiums waren jeweils rund die Hälfte der Vertreter des „linearen Typs“ (52%) und der „Quereinsteiger“ (54,7%) als Pflegefachkraft beschäftigt. Trotz des späteren Einstiegs in die Pflege ist es mehr als jedem dritten QE – ebenso wie jedem dritten Vertreter des LT – gelungen, eine Leitungsposition zu übernehmen. Auf der Führungsebene Stations- bzw. Wohnbereichsleitung lag der Anteil der QE (26,4%) sogar über dem des LT (21,1%). Nur sehr wenige Teilnehmer (LT: 3,3%; QE: 1,9%) übten bei Studienbeginn eine Tätigkeit außerhalb der Pflege aus, z. B. Referentin bei einem Wohlfahrtsverband oder als Projektmanager im haus-eigenen Changemanagement (Tabelle 4).

Position	„Linearer Typ“	„Quereinsteiger“
Pflegefachkraft	64 (52,0%)	29 (54,7%)
Stationsleitung/Wohnbereichsleitung	26 (21,1%)	14 (26,4%)
Pflegedienstleitung	17 (13,8%)	5 (9,4%)
Tätigkeit in der Aus- und Weiterbildung	12 (9,8%)	4 (7,5%)
Sonstiges	4 (3,3%)	1 (1,9%)
Gesamt	123 (100%)	53 (100%)

Tab. 4: Berufliche Position vor Studienbeginn

Teilnahme an Weiterbildungen vor dem Studium

Angesichts sich permanent wandelnder Anforderungen im Pflegebereich ist für Pflegefachkräfte eine regelmäßige Teilnahme an (Pflicht-)Weiterbildungen notwendig (Bögemann-Großheim 2004: 101). Die Beteiligungsquote an freiwilligen Qualifizierungsmaßnahmen vor Studienbeginn ist in beiden Gruppen sehr hoch (QE: 94,3%; LT: 86,2%). Dies deutet auf eine ausgeprägte Bildungsaffinität hin. Weiterbildungsaktivitäten haben zudem 9,4% der „Quereinsteiger“ und 8,1% der Vertreter des „linearen Typs“ auf die Idee gebracht, ein Studium aufzunehmen.

Gründe für ein berufs begleitendes Studium

Die bereits bei der hohen Weiterbildungsbeteiligung erkennbar gewordene intrinsische Motivation spiegelt sich auch bei den von den Befragten genannten Gründen für die Aufnahme eines Studiums wider. Das „Interesse an einer höheren Qualifizierung“ ist das jeweils am häufigsten angegebene Motiv für ein berufs begleitendes Studium in beiden Gruppen (QE: 92,5%; LT: 89,4%). Die Sicherung der eigenen beruflichen Situation spielte für etwa jeden zweiten Teilnehmer ebenfalls eine wichtige Rolle (QE

47,2%; LT 52%). Etwa jeder 20. Vertreter des LT nannte das Interesse an persönlicher Weiterentwicklung als weiteren Grund. Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen gaben lediglich zwei QE und ein Vertreter des LT an. Nur sehr wenige Befragte haben von ihrem Arbeitgeber eine berufsbegleitende akademische Weiterbildung angeboten bekommen (QE 5,7%; LT 8,9%). Bei ihnen handelte es sich meist um Personen, die als Pflegedienstleitung oder Stations- bzw. Wohnbereichsleitung tätig waren. Lediglich eine Pflegefachkraft (LT) erhielt ein entsprechendes Arbeitgeberangebot.

Gewählte Pflegestudiengänge

In beiden Gruppen ist Pflegemanagement der mit Abstand beliebteste Studiengang, für ihn entschied sich jeweils fast die Hälfte der Befragten. Etwa jeder vierte „Quereinsteiger“ und jeder fünfte Vertreter des „linearen Typs“ wählte Pflegepädagogik. Das Interesse an Pflege bzw. Pflegewissenschaft ist deutlich geringer ausgeprägt (QE: 17,9%, LT: 11,3%). Etwa jeder zehnte Befragte aus beiden Gruppen entschied sich für einen Studiengang mit den Schwerpunkten Pflegemanagement und Pflegewissenschaft. Bei dieser Verteilung ist die oben erwähnte historische Entwicklung von Studiengängen im Pflegebereich zu berücksichtigen. Die genannte Studienfachwahl deutet auch auf den stark ausgeprägten Wunsch hin, eine Leitungsposition oder eine Aufgabe im pädagogischen Bereich zu übernehmen. Auch für Absolventen von Pflegewissenschaftsstudiengängen eröffnen sich Perspektiven jenseits der patientennahen Dienste, z. B. im Qualitätsmanagement oder in der Beratung. Im Hinblick auf eine lebensphasenbezogene Beschäftigung und den Wunsch nach individueller beruflicher Entfaltung erscheint dies für den Einzelnen sinnvoll. Für Arbeitgeber birgt dies allerdings Herausforderungen für die Nachbesetzung von vakanten Stellen für Pflegefachkräfte, sobald sich Absolventen umorientieren.

Studienrichtung	„Linearer Typ“	„Quereinsteiger“
Pflegemanagement	60 (48,8%)	28 (52,9%)
Pflegepädagogik	27 (21,9%)	13 (24,5%)
Pflegewissenschaft	22 (17,9%)	6 (11,3%)
Pflegemanagement/Pflegewissenschaft	14 (11,4%)	6 (11,3%)
Gesamt (N=)	123 (100%)	53 (100%)

Tab. 5: Gewählte Studiengänge für das Erststudium in der Pflege

3.4 Berufliche Entwicklung nach Studienabschluss

Aktuelle Tätigkeitsbereiche

Etwa jeder dritte Absolvent (31,8%) ist in einem Krankenhaus beschäftigt, weitere 29% der Befragten sind in der Aus- und Weiterbildung und 17,1% in der Altenpflege tätig. Die meisten der in Krankenhäusern oder in der Altenpflege tätigen Befragten bekleiden eine Führungsposition, nur noch jeder zehnte Absolvent ist in der Pflegepraxis beschäftigt. Angesichts der gewählten Studiengänge ist dies nicht überraschend. Der Anteil der aktuell im Bildungsbereich arbeitenden Absolventen liegt deutlich über dem

	Pflegema- nagement	Pflegepä- dagogik	Pflegewis- senschaft	Pflegemanage- ment/Pflege- wissenschaft	Anteil in%
Krankenhaus	37 (42,1%)	1 (2,5%)	8 (28,5%)	10 (50,0%)	31,8
Davon Pflegedienstleitung / Abtei- lungsleitung / Geschäftsführung	26	–	3	6	
Davon patientennahe Dienste (einschl. Stationsleitung)	5	1	1	4	
Sonstige Bereiche/Keine Angabe	4	–	2	1	
Keine Angabe	2	–	2	1	
Altenpflege (stationär und ambulant)	20 (22,7%)	2 (5,0%)	7 (25,0%)	1 (5,0%)	17,1
Davon Pflegedienstleitung/ Heimleitung	14	2	3	–	
Davon patientennahe Dienste	1	–	4	1	
Davon Sonstige Bereiche	1	–	–	–	
Keine Angabe	4	–	–	–	
Sonstige Pflege (exakte Zuordnung zu einem Tätigkeitsbereich aufgrund feh- lender Angaben nicht möglich)	4 (4,6%)	1 (2,5%)	–	3 (15,0%)	4,5
Aus- und Weiterbildung	11(12,5%)	33 (82,5%)	5 (17,9%)	2 (10,0%)	29,0
Beratung / Qualitätsmanagement Pflege	1 (1,1%)	–	5 (17,9%)	2 (10,0%)	4,5
Sonstige Bereiche (außerhalb der Pflege)	14 (15,9%)	1 (2,5%)	3 (10,7%)	2 (10,0%)	11,4
Derzeit nicht berufstätig	1 (1,1%)	2 (5,0%)	–	–	1,7
Gesamt (N=)	88 (100%)	40 (100%)	28 (100%)	20(100%)	100

Tab. 6: Tätigkeitsbereiche nach absolviertem Studiengang

Anteil der Pflegepädagogik-Absolventen. Dies deutet darauf hin, dass sich mit einem Studienabschluss weitere Optionen innerhalb der Pflege ergeben haben. Rund jeder zehnte Absolvent arbeitet inzwischen außerhalb der Pflege, z. B. in einem Sozialamt oder bei einem Medienunternehmen (Tabelle 6).

Bei der Betrachtung der Tätigkeitsbereiche anhand der beiden Gruppen ergibt sich ein etwas anderes Bild. In patientennahen Diensten verbleiben deutlich mehr Quereinsteiger (13,2%) als Vertreter des „linearen Typs“ (8,1%). Der Anteil der QE (32,1%) in der Aus- und Weiterbildung liegt ebenfalls höher als beim LT (27,6%). In den Führungspositionen oberhalb der Stationsleitung sind beide Gruppen annähernd gleich stark vertreten (QE: 30,2%; LT: 30,9%). QE sind – wie vor Studienbeginn – häufiger in der Altenpflege zu finden, Vertreter des LT arbeiten dagegen weiterhin vor allem in Krankenhäusern. Anders als Vertreter des „linearen Typs“ sind die befragten Quereinsteiger nicht in der Beratung oder im Qualitätsmanagement tätig (Tabelle 7).

	„Linearer Typ“	„Quereinsteiger“
Krankenhaus	47 (38,2%)	9 (17,0%)
Davon Pflegedienstleitung / Abteilungsleitung / Geschäftsführung	30	5
Davon patientennahe Dienste (einschl. Stationsleitung)	8	3
Sonstige Bereiche	5	1
Keine Angabe	4	–
Altenpflege (stationär und ambulant)	13 (10,6%)	17 (32,1%)
Davon Pflegedienstleitung/Heimleitung	8	11
Davon patientennahe Dienste	2	4
Sonstige Bereiche	–	1
Keine Angabe	3	1
Sonstige Pflege (exakte Zuordnung zu einem Tätigkeitsbereich aufgrund fehlender Angaben nicht möglich)	5 (4,1%)	3 (5,6%)
Aus- und Weiterbildung	34 (27,6%)	17 (32,1%)
Beratung / Qualitätsmanagement Pflege	8 (6,5%)	–
Sonstige Bereiche (außerhalb der Pflege)	13 (10,6%)	7 (13,2%)
Derzeit nicht berufstätig	3 (2,4%)	–
Gesamt (N=)	123 (100%)	53 (100%)

Tab. 7: Aktuelle Tätigkeitsbereiche von Absolventen getrennt nach Gruppen

In beiden Gruppen variiert die individuelle Dauer der Berufspraxis seit dem Studienabschluss erheblich (Spanne von 0 bis 18 Jahre). Dagegen gibt es beim jeweiligen Mittelwert nur geringe Unterschiede (QE: 6,31 Jahre; LT: 5,8 Jahre).

Jeweils rund zwei Drittel der Absolventen von beiden Gruppen (LT: 65,9%; QE: 62,3%) üben derzeit eine Tätigkeit aus, für die ein Hochschulexamen notwendig ist. Dabei handelt es sich vorwiegend um Positionen in der Pflegedienstleitung oder Geschäftsführung und um Stellen in der Aus- und Weiterbildung. Lediglich drei Vertreter des „linearen Typs“ gaben an, dass in ihrem jeweiligen patientennahen Dienst (einschließlich Stationsleitung) ein akademischer Abschluss erforderlich sei.

Mehrwert eines berufsbegleitenden Studiums

Die Übernahme einer anderen Tätigkeit geht für die meisten Absolventen (QE: 62%; LT: 67%) mit dem Wechsel des Arbeitgebers einher. Nur wenige Befragte haben sich selbstständig gemacht (QE: 5,7%; LT 4,9%) oder sind inzwischen nicht mehr erwerbstätig (LT: 1,6%). Diese Personen werden nachfolgend nicht berücksichtigt. Der Neustart bei einem anderen Unternehmen bringt für Angehörige beider Gruppen einen insgesamt höheren inhaltlichen Mehrwert als der Verbleib beim bisherigen Arbeitgeber. Stellenwechsler übernahmen häufiger eine anspruchsvollere Tätigkeit und eine Leitungsposition. Für Vertreter des „linearen Typs“ ergab sich durch den Wechsel auch häufiger eine finanzielle Verbesserung als bei den „Verweilern“ (Tabelle 8).

Berufliche Veränderung	„Linearer Typ“	„Quereinsteiger“
Verbleib beim selben Arbeitgeber	38 (33,0%)	19 (38%)
Gehaltserhöhung bekommen	15 (39,5%)	13 (68,4%)
Einstufung in höhere Vergütungsgruppe	11 (28,9%)	11 (57,9%)
Anspruchsvollerer Tätigkeitsbereich	13 (34,2%)	13 (68,4%)
Leitungsposition übernommen	10 (26,3%)	8 (42,1%)
Keine Veränderung	17 (44,7%)	3 (15,8%)
Wechsel des Arbeitgebers	77 (67%)	31 (62%)
Gehaltserhöhung bekommen	41 (53,2%)	17 (54,8%)
Einstufung in höhere Vergütungsgruppe	24 (31,2%)	16 (51,6%)
Anspruchsvollerer Tätigkeitsbereich	59 (76,6%)	23 (74,2%)
Leitungsposition übernommen	34 (44,2%)	18 (58,1%)
Gesamt (N=)	115 (100%)	50 (100%)

Tab. 8: Berufliche Veränderungen (Mehrfachantworten möglich)

4. Diskussion

Bislang gibt es nur wenige, meist um die Jahrtausendwende entstandene Studien über den Berufsverbleib von Absolventen (Gerlach 2013: 35). Von den neueren Veröffentlichungen basiert keine auf einer bundesweiten Datenerhebung unter Alumni berufsbegleitender Studiengänge in Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. Die Gruppe der „Quereinsteiger“ blieb in früheren Untersuchungen stets unberücksichtigt. Die dargestellten Ergebnisse werden nachfolgend für die Bildungs- und Berufsbiografie, die Motive für das Studium und die berufliche Entwicklung von Absolventen diskutiert.

Bildungs- und Berufsbiografie

Die Möglichkeit eines berufsbegleitenden Pflegestudiums nutzen Angehörige aller Altersgruppen, unter ihnen auffallend viele über 40-Jährige. Der hohe Anteil älterer Teilnehmer in beiden Gruppen bestätigt den von Abt-Zegelin (2012: 1252) konstatierten offensichtlichen „Bildungs-Nachholbedarf“ bei Personen, die zuvor keine Möglichkeit zu einem Studium hatten. Die Datenerhebung hat gezeigt, dass es unter den Absolventen auch Personen gibt, die auf der Fachkrfebene einen „Quereinstieg“ vollzogen haben. Die befragten Quereinsteiger haben eine Berufsausbildung meist abgeschlossen, ein zuvor begonnenes Studium hingegen oft abgebrochen. Sie nehmen für einen akademischen Abschluss einen – im Vergleich zu den Vertretern des „linearen Typs“ – (deutlich) längeren Ausbildungsweg und höhere Opportunitätskosten in Kauf. Dies deutet auf einen ausgeprägten Bildungswillen, eine hohe Motivation und eine sehr gute Selbstorganisation.

Motive für ein Studium

Die hohe Weiterbildungsaffinität zeigt sich auch daran, dass das am häufigsten genannte Motiv für ein berufsbegleitendes Pflegestudium bei beiden Gruppen das „Interesse an einer höheren Qualifizierung“ ist. Im Unterschied zu früheren Studien (Piechotta 2000: 205; Bartholemeyczik 2002: 282) wird von den Befragten kaum explizit Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation als Grund genannt. Für eine akademische Weiterqualifizierung entscheidet sich nicht primär die „Pflegeelite“ – also Personen, die bereits in oberen Leitungspositionen oder in der Aus- und Weiterbildung tätig sind. Vielmehr war zu Beginn des Studiums noch jeweils rund die Hälfte der Teilnehmer aus beiden Gruppen als Pflegefachkraft beschäftigt. Beim überproportional hohen Anteil von Gesundheits- und Krankenpflegern unter den Befragten ist zu berücksichtigen, dass in Krankenhäusern ein größerer Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegefachkräften besteht als in der stationären und ambulanten Altenpflege (Winter 2005: 22). Für Befragte, die zu Studienbeginn bereits in der Pflegedienstleitung oder im pädagogischen Bereich arbeiteten, dient das Studium zudem der Sicherung der eigenen beruflichen Situation und einer mit einem akademischen Abschluss verbundenen beruflichen Aufwertung. Unter anderem in Baden-Württemberg wird für eine Lehrtätigkeit in allen Pflegeausbildungen inzwischen ein abgeschlossenes Hochschulstudium im pflegerischen oder sozialen Bereich sowie eine abgeschlossene Pflegeausbildung vorausgesetzt (Landtag von Baden-Württemberg 2012: 2).

Berufliche Entwicklung nach dem Studium

Fehlende Stellen für akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte in patientennahen Diensten (Abt-Zegelin 2012: 1252), die inhaltliche Ausrichtung der gewählten Studiengänge und der individuelle Wunsch nach einem konkreten Mehrwert der Weiterbildungsinvestitionen (Bögeheim-Großheim 2004: 104) tragen mit dazu bei, dass die meisten Absolventen in andere Bereiche des Gesundheitswesens wechseln. Dazu gehören neben Leitungs- und Lehrtätigkeiten auch Beratung und Qualitätsmanagement sowie Verbände.

Die von den Befragten genannten Arbeitsbereiche bestätigen damit die Feststellung von Gerlach (2013: 37), wonach die Tätigkeitsbereiche von Absolventen „*mittlerweile eine große Bandbreite*“ aufweisen und sich Absolventen „*zunehmend neue Beschäftigungsfelder erschließen*“. Dieser Befund korrespondiert mit den Ergebnissen einer von Fleischmann durchgeführten Stellenanzeigenanalyse für das Jahr 2009. Demnach werden Pflegeakademiker inzwischen stärker auf dem Arbeitsmarkt nachgefragt als zehn Jahre zuvor (Fleischmann 2011: 25). Allerdings bleiben für manche Arbeitgeber noch offene Fragen hinsichtlich der Beschäftigung von Pflegefachkräften mit akademischem Abschluss. So sagte der Pflegedirektor eines Bochumer Krankenhauses 2012 zu den Perspektiven von Absolventen des Studiengangs „Innovative Pflegepraxis“: „*Klinikseits muss noch festgelegt werden, wo wir diese Studierenden mit ihren erweiterten Kompetenzen später einsetzen, welche Aufgaben sie übernehmen sollen, wie die tarifliche Eingruppierung aussehen kann.*“ (zitiert nach: Abt-Zegelin 2012: 1254). Unklare Entwick-

lungsmöglichkeiten beim bisherigen Arbeitgeber tragen dazu bei, dass rund 60% der befragten Absolventen den Arbeitgeber wechseln und sich dadurch oft hinsichtlich ihrer beruflichen Aufgabe und Position sowie der Vergütung verbessern. Der hier deutlich werdende „Brain Drain“ bedeutet für Arbeitgeber, dass es zur Bindung besonders qualifizierter Mitarbeiter entsprechender personalpolitischer Strategien bedarf.

Pflegeakademiker sind deutlich häufiger in Krankenhäusern und Bildungseinrichtungen als in der stationären und ambulanten Altenpflege tätig. Diese Ergebnisse bestätigen die zusammenfassende Einschätzung von Gerlach hinsichtlich bisheriger Untersuchungen zum Verbleib von Absolventen (2013: 37). Ein Unterschied zu früheren Studien zeigt sich hingegen bei den Aufgabenbereichen der Absolventen verschiedener Studiengänge (Gerlach 2013: 37). Während Pflegemanager auch in der Aus- und Weiterbildung tätig sind, arbeiten die befragten Pflegepädagogen überwiegend im Bildungsbereich und kaum in der Pflegedienstleitung. Angesichts der vielfältigen Einsatzgebiete von Absolventen ist jedoch der Einschätzung von Gerlach (2013: 38) zuzustimmen, wonach *„die Hochschulqualifikation [...] generell einen sehr flexiblen Einsatz der Absolventinnen zu gewährleisten [scheint]“*. Immerhin zwei Drittel der befragten Absolventen bekleiden eine Position, die nach ihren Angaben einen Hochschulabschluss erfordert. Dabei handelt es sich um Stellen in der Pflegedienstleitung und im Bildungsbereich. Diese beruflichen Positionen spiegeln die inhaltliche Ausrichtung der am häufigsten gewählten Studiengänge Pflegemanagement und Pflegepädagogik wider.

5. Fazit

Die vorgestellten Ergebnisse und die nachfolgenden Schlussfolgerungen lassen sich aufgrund der Stichprobengröße (N=176) sowie der nicht-repräsentativen Auswahl von „Quereinsteigern“ und Vertretern des „linearen Typs“ unter den Absolventen nicht generalisieren. Sie zeigen für beide Gruppen Tendenzen auf, die in weiteren empirischen Studien genauer untersucht werden sollten. Bei den zwischen „Quereinsteigern“ und Vertretern des „linearen Typs“ festgestellten Unterschieden ist zu berücksichtigen, dass sie auf Zufallsverteilungen der Teilnehmenden zurückzuführen sein könnten.

Die Befragung hat gezeigt, dass es unter Absolventen berufsbegleitender Pflegestudiengänge auch Personen unterschiedlichen Alters gibt, die zuvor auf der Fachkrfebene einen Quereinstieg vollzogen haben. Sie verfügen ebenso wie die Vertreter des „linearen Typs“ über einen ausgeprägten Bildungswillen und nehmen besonders hohe Opportunitätskosten in Kauf, um ein akademisches Qualifikationsniveau zu erreichen. Etwa jeder zweite Quereinsteiger und Vertreter des „linearen Typs“ war zu Studienbeginn als Pflegefachkraft tätig und gehörte somit nicht der „Pflege-Elite“ an. Der Wunsch nach einer höheren Qualifizierung – das am häufigsten genannte Motiv für ein Studium – unterstreicht die Bildungsaffinität beider Teilnehmergruppen.

Der erfolgreiche Abschluss eines berufsbegleitenden Studiums ermöglichte den befragten Absolventen vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb

der Pflege. Für die spätere berufliche Position war offensichtlich weniger der gewählte Studiengang, sondern die Hochschulqualifikation (Gerlach 2013: 38) maßgeblich. Trotz eines prognostizierten steigenden Bedarfs an Pflegeakademikern in patientennahen Diensten, verließen die meisten Absolventen die Pflegepraxis. Sie wechselten – entsprechend der bevorzugt gewählten Studiengänge Pflegemanagement und Pflegepädagogik – vor allem in patientenferne Leitungsaufgaben oder in den Bildungsbereich. Lediglich etwa jeder zehnte Pflegeakademiker – „Quereinsteiger“ häufiger als der „lineare Typ“ – ist in der Pflegepraxis verblieben. Dadurch ist die mit der Akademisierung verbundene Professionalisierung nicht unmittelbar den Patienten zugute gekommen. Für den Ausstieg aus der direkten Pflege gab es individuell unterschiedliche Gründe. Dazu gehörten fehlende Stellen für akademisch qualifizierte Pflegenden und der Wunsch nach einem konkreten „Mehrwert“ des Studiums, etwa eine dem Hochschulexamen angemessene höhere Vergütung und die Übernahme attraktiverer Aufgaben. Im Unterschied zu den Ergebnissen früherer Absolventenbefragungen wurde die Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation kaum explizit als Grund für ein Studium genannt.

Aufgrund der inhaltlichen Ausrichtung der Studiengänge Pflegemanagement und Pflegepädagogik und den damit verbundenen Aufstiegsmöglichkeiten in andere Hierarchieebenen ist zu vermuten, dass die jeweiligen Absolventen auch weiterhin zumeist die patientennahen Dienste verlassen. Damit künftig Absolventen berufsbegleitender pflegewissenschaftlicher Studiengänge häufiger in der direkten Pflege verbleiben, bedarf es zunächst grundlegender struktureller Veränderungen im Pflegebereich, etwa beim Tarifgefüge sowie durch die Schaffung eines klaren Berufsbildes, und einer Neudefinition des gesellschaftspolitischen Stellenwerts von Pflege. Ebenso förderlich für die berufliche Integration von Absolventen und für die Studienentscheidung potenzieller Interessenten dürfte sich eine weiterhin steigende Anerkennung und Wertschätzung akademischer Abschlüsse bei Arbeitgebern im Pflegebereich auswirken. Die genannten Ansätze können zu einer Professionalisierung von Pflegeleistungen beitragen und damit auch die Qualität der Patientenversorgung steigern.

Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2012): Aus der Praxis an die Uni und wieder zurück. Berufsintegriert studieren. In: Die Schwester, Der Pfleger 51, 1252–1254
- Bartens, W. (2012): Gesundheitsberufe an der Universität. Krankenpfleger sollen studieren. In: Süddeutsche Zeitung, 14.07.2012
- Bartholemeyczik, S. (2002): Zum Stand der Akademisierung der Pflegeausbildung in Deutschland. In: Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 15 (6), 281–283
- Bögemann-Großheim, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft 9, 100–107
- Bundesagentur für Arbeit (2011). Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Arbeitsmarktberichterstattung. Gesundheits- und Pflegeberufe. Nürnberg
- Bundesagentur für Arbeit (2014): Statistik der Sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege (Stand: 31.12.2013). Erstellt vom Statistik-Service Südwest. Auftragsnummer 186498. Frankfurt

- Fleischmann, N. (2011): Pflege studieren – Und dann? Arbeitsmarktperspektiven für Absolventen pflegebezogener Studiengänge. In: *Padua* 6 (4), 21-25
- Gerlach, A. (2013): Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Frankfurt: Mabuse-Verlag
- Friedrichs, A./Schaub, H.-A. (2011): Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 28 (4), 1–13
- Landtag von Baden-Württemberg (2012): Drucksache 15/1859 vom 18.06.2012. Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zu „Unterrichtsbefähigung für Pflegeausbildungen – Ausbildung der Ausbilder“. http://www2.landtag-bw.de/WP15/Drucksachen/1000/15_1859_d.pdf [Stand: 2014-10-29]
- Moers, M./Schöniger, U./Böggemann, M. (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: *Pflege & Gesellschaft* 17 (3), 232–248
- Piechotta, G. (2000): Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Bern: Verlag Hans Huber
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (1993): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher Verlag
- Rogalski, H./Dreier, A./Hoffmann, W./Oppermann, R.F. (2012): Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. In: *Pflege* 25 (1), 11–21
- Statistisches Bundesamt (2014): Definition von „Menschen mit Migrationshintergrund“. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Aktuell.html> [Stand: 2014-10-29]
- Winter, M. (2005): Die ersten Pflegeakademiker in Deutschland. Arbeitsmarktperspektiven und Berufsverbleib in der Altenpflege. Bern: Huber
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [Stand: 2014-10-29]
- Zieher, J./Ayan, T. (2014): Wer studiert berufsbegleitend Pflege? Befragungsergebnisse unter Studierenden und Absolventen. Unveröffentl. Manuskript

Dr. Jürgen Zieher

Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, wissenschaftlicher Mitarbeiter Forschungsprojekt BEST WSG, Seckenheimer Landstraße 16, 68163 Mannheim, Juergen.Zieher@hdba.de (korrespondierender Autor)

Prof. Dr. Türkan Ayan, Professorin für Psychologie

Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, Leiterin des Forschungsprojekts BEST WSG, Seckenheimer Landstraße 16, 68163 Mannheim, Tuerkan.Ayan@hdba.de

Sindy Lautenschläger, Christine Dörge

Kultursensible Pflege in der ambulanten Versorgung: Eine qualitative Studie

Culturally sensitive care in ambulatory care settings: A qualitative approach

The increasing number of individuals with migration background constitutes a challenge to nursing care. To date, empirical results concerning the experience of nurses with the challenges of culturally sensitive care for migrants in ambulatory care settings are sparse. The objective of the study is to explore how nurses experience caring for migrants in ambulatory care settings. Therefore, problem-centered interviews with episodic story-telling prompts were conducted. Data were analyzed by employing the method of qualitative content analysis. The feedback of results with participants took place in form of focus groups. The final category-system consists of two categories: (1) Culturally sensitive care and (2) individual and professional advancement and development, interaction with people of differing cultural backgrounds. The results of the study illustrate that one can encounter unfamiliar challenges in nursing and caring for migrants. Practical experience and its reflection, as well as theory contribute to personality development, which can have a positive effect on culturally sensitive care.

Keywords

cultural sensitivity, culturally competent care, ambulatory care, outpatient care, cultural diversity, qualitative content analysis

Die Zunahme von Migranten stellt Herausforderungen an die pflegerische Versorgung. Bislang liegen in Deutschland kaum empirische Ergebnisse über die Erfahrungen professionell Pflegenden zu den Herausforderungen kultursensibler Versorgung pflegebedürftiger Migranten in der ambulanten Pflege vor. Das Ziel der Studie besteht darin, zu untersuchen, wie Pflegekräfte die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege erleben. Dazu wurden mit Pflegepersonal problemzentrierte Interviews, die episodische Erzählaufforderungen enthalten, geführt. Die Daten wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Zusätzlich wurden Fokusgruppen mit dem Ziel der kommunikativen Validierung durchgeführt. Das finale Kategoriensystem besteht aus 2 Kategorien: (1) (Kultursensible)Pflege und (2) Persönliche und fachliche Weiterentwicklung im Umgang mit Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Versorgung pflegebedürftiger Migranten mit ungewohnten Anforderungen einhergehen kann. Die erlebten und reflektierten Praxiserfahrungen aber auch theoretisches Fachwissen tragen zur Weiterbildung der eigenen Persönlichkeit bei, was sich positiv auf die Durchführung kultursensibler Pflege auswirken kann.

Schlüsselwörter

kulturelle Sensibilität, kulturkompetente Pflege, ambulante Pflege, kulturelle Diversität, qualitative Inhaltsanalyse

eingereicht 06.02.2015

akzeptiert 28.04.2015

1. Hintergrund und Zielsetzung

In Folge der Globalisierung und wachsenden sozialen Mobilität hat die Heterogenität der Bevölkerung in Deutschland im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte zugenommen. Im Jahr 2013 lebten etwa 16,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2014). Allein in den letzten 10 Jahren ist die Anzahl an Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland deutlich angestiegen (15,3 Millionen bzw. 18,6%). Nach den Prognosen zur Bevölkerungsvorausberechnung wird sich dieser Trend auch in den nächsten Jahren weiter fortsetzen. Die anhaltende Zuwanderung, wachsende Bleibeabsichten, die gesundheitliche Situation und sich verändernde familiäre Strukturen der Migranten potenzieren das Risiko pflegebedürftig zu werden (Wingenfeld 2003; Zeman 2003, 2005; Lamura et al. 2006; Ulusoy, Gräßel 2010; Brzoska, Razum 2011; Barg et al. 2013). Gleichzeitig bringt die pflegerische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund kulturell bedingte Herausforderungen mit sich, die im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung erheblich differieren können (Brzoska, Razum 2009). Mold et al. (2005) weisen in ihrer Übersichtsarbeit darauf hin, dass die Leistungserbringer reagieren und Pflegeangebote vorhalten müssen, die der Ethnie von Migranten gerecht werden (Wingenfeld 2003, Schopf, Naegele 2005, Brzoska, Razum 2011). Sowohl stationäre Pflegeeinrichtungen als auch ambulante Pflegedienste stehen kurz- bis mittelfristig einer steigenden Nachfrage nach bzw. Inanspruchnahme von professionellen Pflegedienstleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund gegenüber. Um kultursensible Pflege durchführen zu können, bedarf es kultureller Pflegekompetenz (Brzoska, Razum 2011). Pflegenden agieren kulturell kompetent, wenn sie Menschen mit Migrationshintergrund vorurteilsfrei begegnen und sensibel gegenüber Differenzen in Bezug auf sozioökonomische, ethnische und interkulturelle Hintergründe reagieren sowie die pflegerische Versorgung danach ausrichten können (Meleis 1999; Leininger 1991; Purnell 2002; Campinha-Bacote 2002, 2007; Foronda 2008). Die Untersuchung der Perspektive von an der Pflegesituation Beteiligten leistet einen entscheidenden Erkenntnisbeitrag dazu, wie Pflegekräfte gegenwärtig Herausforderungen kultursensibler Versorgung im ambulanten Setting erleben. Die Perspektive von Menschen mit Migrationshintergrund wurde bereits in verschiedenen qualitativen Studien aufgegriffen (u. a. Zielke-Nadkarni 1999; Wingenfeld 2003; Schenk 2011). Dagegen findet die Perspektive der Pflegeleistungserbringer im ambulanten Bereich in Deutschland bisher nur in wenigen Forschungsarbeiten Beachtung (Kolleck 2007; Lotze, Hübner 2008). Im angloamerikanischen Raum hingegen gibt es zahlreiche Studien und Modelle, auf deren Basis Standards und Curricula entwickelt wurden (u. a. Adler 1975; Leininger 1991; Baldonado et al. 1998; Purnell 2002, Papadopoulos 2006; Parker, Geron 2007; Campinha-Bacote 2002, 2007; Douglas et al. 2009; Andrews, Boyle 2012; Giger 2013). Diese Arbeiten stammen jedoch aus einem anderen Versorgungskontext, sodass unklar bleibt, inwiefern diese Ergebnisse auf die pflegerische Versorgung in Deutschland übertragbar sind. Vor diesem Hintergrund wurde die vorliegende Studie mit der Fragestellung durchgeführt: „Wie erleben Pflegefachkräfte die pflegerische Versorgung von Men-

schen mit Migrationshintergrund¹ im ambulanten Setting?“ Das Ziel der Arbeit bestand darin, Ressourcen und Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung zu ermitteln. Auf dieser Grundlage können Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, um die Voraussetzungen für ein kultursensibles Pflegeangebot zu optimieren.

2. Material und Methodik

Die Darstellung der Methodik erfolgt in Orientierung an den Kriterien zur Darstellung qualitativer Forschungsarbeiten (COREQ) (Tong et al. 2007). Um die Fragestellung beantworten zu können, wurde ein qualitativer Ansatz mit einer Kombination der Methoden des problemzentrierten Interviews (Witzel, Reiter 2012) mit episodischen Erzählaufforderungen (Flick 2006, 2011) und der Durchführung von Fokusgruppen (Schulz et al. 2012) gewählt. Die Konzeption des Interviewleitfadens erfolgte in Anlehnung an die SPSS-Methode nach Helfferich (2009) und basiert auf verschiedenen theoretischen Modellen (Adler 1975; Leininger 1991; Purnell 2002, Papadopoulos 2006; Campinha-Bacote 2002, 2007; Andrews, Boyle 2012; Giger 2013) sowie auf einem Standard zur kulturellen Kompetenz in der Pflege (Douglas et al. 2009). Zur thematischen Strukturierung des Interviews wurden 4 Bereiche definiert: 1. Erleben der täglichen Pflegepraxis, 2. Umgang mit kultureller Vielfalt in der Institution, 3. Erleben der Aus-, Fort- und Weiterbildung, 4. Reflexion des eigenen Verständnisses und persönlicher Umgang mit kultureller Vielfalt.

Die Fokusgruppen wurden im Sinne eines „member checks“ (Lincoln, Guba 1985) eingesetzt. In die Studie wurden Pflegekräfte eingeschlossen, die in einem ambulanten Pflegedienst tätig sind und über ausreichend Deutschkenntnisse verfügen, um ein Interview führen zu können. Die Datenerhebung erfolgte von Juli-Oktober 2014.

2.1 Stichprobe

An der Studie nahmen 40 Pflegekräfte von 21 ambulanten Pflegediensten aus dem Saarland teil. Die Pflegefachkräfte hatten in der Mehrzahl selbst keinen eigenen Migrationshintergrund (n=31). Es wurde darauf geachtet eine Kontrastierung hinsichtlich Alter, Ausbildungsberuf, Berufserfahrung und Funktionsebene zu erreichen. Die Pflegenden waren zwischen 27 und 66 Jahre alt (MW=47,4 Jahre) und zumeist weiblich (n=35). Ein Überblick über weitere Charakteristika der Studienteilnehmer findet sich in Tabelle 1.

2.2 Durchführung der Interviews und Fokusgruppen

Der Zugang zum Forschungsfeld wurde über die Geschäftsführer und Pflegedienstleitungen der ambulanten Pflegedienste ermöglicht. Die Interviews wurden von einer

¹ Pflegekräfte werden in dieser Studie nicht in Bezug auf ihre Erfahrungen mit bestimmten Migrantengruppen befragt, sondern bezüglich Migranten ungeachtet ihrer Herkunft, da Pflegekräfte in ihrem Alltag in der Regel nicht nur Migranten einzelner Ethnien, sondern ganz unterschiedlicher Herkunft versorgen.

Pflegekräfte (n=40)		
Geschlecht	Weiblich	n=35
	Männlich	n=5
Alter	Mittelwert	=47.38
	Standardabweichung	=11.05
	Range	=27-66
Eigener Migrationshintergrund	Nein	n=31
	Ja	n=9
Privater Kontakt zu Migrant*innen	Regelmäßig	n=31
	Eher selten	n=5
	Nein	n=4
Ausbildung	Gesundheits- und Krankenpflege	n=22
	Altenpflege	n=9
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	n=1
	Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	n=1
	Sonstige	n=7
Berufserfahrung	Mittelwert	=18.06
	Standardabweichung	=11,21
	Range	=3-44

Tab. 1: Soziodemografische Daten

wissenschaftlichen Mitarbeiterin und der Projektleitung entweder in einem freien Raum des Pflegedienstes (n=37), einem Raum der Hochschule (n=2) oder in der Wohnung des Interviewpartners (n=1) durchgeführt. Die Interviewdauer lag zwischen 22 und 73 Min. (MW=34 Min.). Es fanden zwei Fokusgruppentermine (n=13 und n=9) an der Hochschule statt. Der Ablauf der Fokusgruppen war mit einem Ablaufplan vorgegeben und in beiden Fokusgruppen einheitlich. In einem ersten Abschnitt wurden die Ergebnisse der Studie vorgestellt. Im zweiten Teil lag der Fokus auf der Ergebnisdiskussion. Die Fokusgruppen dauerten 2 Stunden. Alle Interviews und die Diskussionen in den Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Zusätzlich fertigte eine wissenschaftliche Hilfskraft Notizen ihrer Beobachtungen während der Fokusgruppen anhand eines Beobachtungsprotokolls an. Die Durchführung der Studie basiert auf der Grundlage der Deklaration von Helsinki (World Medical Association (WMA) 2013) und auf den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG, in der Fassung 11.06.2010). Potentielle Interviewteilnehmer wurden erst nach einem ausführlichen mündlichen Gespräch über die Studie mittels eines Informationsbogens und freiwilliger Unterzeichnung der Einwilligungserklärung in die Studie eingeschlossen.

2.3 Datenanalyse

Die Transkription erfolgte unter Verwendung der Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2013) und die Transkripte wurden unter Verwendung der Software MAXQDA 10 nach der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2010) in einem deduktiven Vorgehen ausgewertet. Die Kategorien und Regeln zum

Vorgehen des Kodierens wurden vorab in einem Kodierleitfaden festgehalten, um eine eindeutige Zuordnung zu den Kategorien zu gewährleisten. Neue Informationen, die nicht in das bestehende Kategoriensystem eingeordnet werden konnten, wurden durch induktive Kategorienbildung ergänzt (Mayring 2010). Das Datenmaterial wurde durch zwei Kodierer unabhängig voneinander kodiert. Zur Überprüfung der Interraterreliabilität und zur Sicherung der Qualität des Kodierprozesses wurde überprüft, inwiefern die Codes den Subkategorien und Hauptkategorien korrekt zugeordnet wurden. Kam es zu unterschiedlichen Kodierungen, wurden die Differenzen diskutiert und ein gemeinsamer Konsens gefunden. Das Kategoriensystem wurde fortlaufend überarbeitet bis eine Sättigung erreicht war.

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Interviews konnten in den Fokusgruppen validiert werden, trugen jedoch nicht zu neuen Erkenntnissen bei. Das finale Kategoriensystem besteht aus 2 Kategorien: (1) (Kultursensible)Pflege und (2) Persönliche und fachliche Weiterentwicklung im Umgang mit Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft. Wie in Abbildung 1 dargestellt, haben sowohl Patienten als auch ihre Angehörigen individuelle Präferenzen, die im gemeinsamen Arbeitsbündnis ausgehandelt werden. In ihrem Alltag erleben Pflegende Herausforderungen, die sich auf unterschiedliche Bereiche erstrecken und denen kultursensibel zu begegnen ist. Aufbauend auf ihren Erfahrungen berichten sie von bereits praktizierten Lösungsmöglichkeiten und Lösungsideen, die sie als umsetzbar erachten und sich insbesondere auf den Bereich der Kommunikation, als auch auf die persönliche und organisationale Ebene beziehen. Die erlebten und reflektierten Praxiserfahrungen genauso wie theoretisches Fachwissen tragen zur Weiterbildung der eigenen Persönlichkeit bei, was sich positiv auf den persönlichen Umgang und die Durchführung kultursensibler Pflege auswirken kann.

3.1 (Kultursensible)Pflege

3.1.1 Individuelle Wünsche und Bedürfnisse

Pflegende berichten über Wünsche von Patienten und Angehörigen, wie sie darauf reagieren, und an welche Grenzen sie dabei stoßen bzw. welche sie selbst ziehen. Um Bedürfnisse äußern zu können, ist ein barrierefreies Sprachverständnis sowie gegenseitiges Vertrauen erforderlich. Pflegekräfte erklären, dass es Patienten wichtig ist, ihre Wünsche in Bezug auf die Durchführung der Pflege zu berücksichtigen, z. B. (1) die Intimpflege selbst oder durch engste Angehörige durchzuführen, (2) rituelle Waschungen und Bräuche nach kulturellen Gepflogenheiten auszuführen, (3) Ernährungsgewohnheiten zu akzeptieren, (4) Touren wenn möglich der Freizeitgestaltung und an religiöse Bräuche (z. B. Gebetszeiten) anzupassen. „... *da ist zum Beispiel diese Frau aus Ghana, die hatte eine Salbe für ihre Lippen. Das war ihr ganz wichtig. Das war eine Salbe, die, wenn wir sie schon an den Fingern haben, schon gebrannt hat wie Feuer, und wir uns*

(Kultursensible) Pflege

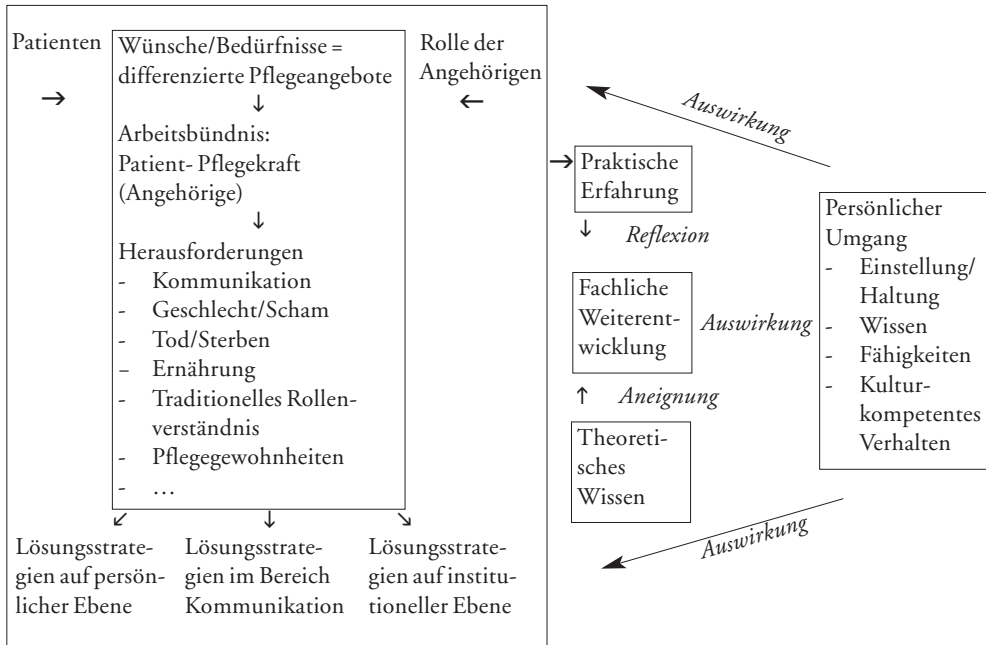


Abb. 1: Visuelle Darstellung der Ergebnisse

eigentlich nicht vorstellen konnten, dass man sich so etwas auf die Lippen macht. Hat sie aber gemacht. Natürlich gucken wir und beachten das bei der Planung“ (7PD_1:16).

Als besonders wichtig wird erachtet, dass sowohl Menschen mit als auch ohne Migrationshintergrund das Erfüllen ihrer Präferenzen in gleichem Umfang zugestanden wird und keine Bevölkerungsgruppe Nachteile oder Vorzüge vor einer anderen erfährt. Pflegekräfte äußern außerdem, dass es gar keine Rolle spielt, aus welchem Land der Patient kommt: „... weil ich überlege, wo sind die ganz großen Besonderheiten im Vergleich zu anderen Menschen. Im Grunde genommen sind die gar nicht anders, weil wir immer versuchen auf die Bedürfnisse der Menschen einzugehen, auf deren Vorlieben und individuellen Wünsche“ (7PD_1:16).

3.1.2 Differenzierte kulturelle Pflegeangebote

Benötigen Menschen unterschiedlicher Kultur und Religion differenzierte kulturelle Pflegeangebote? Zum Teil sind die Pflegekräfte der Ansicht, dass Menschen mit Migrationshintergrund keine differenzierten kulturellen Pflegeangebote benötigen. Wenn Gründe hierfür genannt werden, wird beispielsweise geantwortet, dass es bisher keine Probleme gibt, Pflege unabhängig von der Religion immer gleich ist, dass sich Migranten anpassen können, in der Pflege keine Anpassungen notwendig sind, und dass es Migranten eher wichtiger ist, dass die Pflegekraft freundlich ist. „Nein eigentlich nicht. Ich denke, wenn die schon in ein anderes Land gekommen sind, dann sollen sie sich schon anpassen“ (10PD_4:69).

Andererseits erklären Pflegekräfte, dass es zum Allgemeinwissen dazugehört, sich mit unterschiedlichen Religionen zu beschäftigen, und dass es bereits in Pflegeleitbildern verankert ist, Menschen unabhängig von ihrer Herkunft und Religion individuell zu versorgen. Pflegende erklären, dass mehr nach individuellen Bedürfnissen differenziert werden müsste. *„Ich glaube schon, dass man da noch mal ein bisschen differenzieren müsste, oder Leistungen anders anbieten müsste. Ja, morgens wird die große Pflege gemacht. Ja, vielleicht wollen die das abends. Man müsste da, glaube ich, den Leistungskomplex, den wir jetzt anbieten, überdenken und individueller gestalten“* (38PD_1:28).

3.1.3 Rolle der Angehörigen

Der Einfluss der Angehörigen wird von allen Pflegenden als hoch eingeschätzt, denn sie stellen in Abhängigkeit von ihrer Bindung, die Brücke zum Patienten dar. Angehörige spielen eine entscheidende Rolle als Übermittler von für die pflegerische Versorgung wichtigen Patienteninformationen, wenn sich dieser bedingt durch eine Erkrankung nicht ausreichend mitteilen kann. Angehörige werden häufig als Übersetzer hinzugezogen. *„Da bin ich irgendwie schon auf Angehörige angewiesen, um zu sagen: ‚Können Sie Ihrem Vater mal übersetzen oder sagen, so und so.‘ Oder ich sage: ‚übersetzen Sie mir das und das.‘ Ja, halt einfach als Dolmetscher so“* (19PD_2:6). Darüber hinaus geben Angehörige Unterstützung bei der pflegerischen Versorgung, beispielsweise bei der Lagerung, beim Zuarbeiten und Richten von Utensilien zur Körperpflege, oder erinnern Pflegekräfte an kulturelle Besonderheiten. Als kritisches Moment beschreiben Pflegende, wenn Angehörige ihre Vorstellungen und Wünsche auf den Patienten projizieren, obwohl dieser vielleicht andere Präferenzen und Vorstellungen über seine Lebensqualität hat.

3.1.4 Herausforderungen

„... der wichtigste Punkt ist die Kommunikation. Wenn das funktioniert kann man alle Probleme lösen ...“ (35PD_3:73). Die barrierefreie Kommunikation mit dem Patienten oder Angehörigen ist für die befragten Pflegekräfte die größte Herausforderung und essentielles Kriterium, um bedürfnisorientiert pflegen zu können. Pflegende fühlen sich unsicher bei der Durchführung der Pflege und haben Angst etwas falsch gemacht zu haben, wenn ihnen die verbale Rückmeldung durch die Patienten fehlt. Ebenso sind den Pflegekräften bestimmte Verhaltensweisen und Rituale, die insbesondere mit dem Glauben und der Religion verbunden sind, unverständlich. Auch dafür sind Gespräche erforderlich, um nachfragen zu können, welche Bedeutung diese für Migranten haben. Nur so können Pflegende Verständnis entwickeln und gegenseitige Perspektiven für Kompromisslösungen aushandeln. *„... der Mann hat ganz wenig Deutsch gesprochen und wir wussten sehr wenig über ihn. Wir wussten, dass das wohl ein sehr karges Leben war und er auch eine sehr mysteriöse neurologische Krankheit hatte, die eigentlich nicht wirklich einzuordnen war, und wir nur über Hypothesen und von dem, was er uns noch sagen konnte. Und da eigentlich eine große Verunsicherung war“* (7PD_1:10).

Pflegekräfte resümieren zudem, dass Migranten das Gesundheitssystem Deutschlands zunächst scheinbar vollkommen fremd zu sein scheint und sie gar nicht wissen, welche Unterstützungsmöglichkeiten ihnen zustehen. Sind Pflegebedürftige in der Familie zu versorgen, sind es insbesondere die Frauen, die diese Aufgabe übernehmen. Je nach Pflegebedarf verlassen diese die Wohnung nur selten und können sich kaum in die Gesellschaft integrieren. Das hat zur Folge, dass sie weniger gefordert sind, Deutsch zu sprechen und zu lernen, was wiederum notwendig ist, um unser Versorgungssystem besser verstehen und Unterstützungsmöglichkeiten nutzen zu können. *„Und es gibt eben Familien, die so ganz isoliert für sich sind. Und die dann noch gar keine Hilfsmittel zu Hause haben. Und auch manchmal noch kein Pflegegeld bekommen. Weil die einfach so sehr für sich sind und auch gar nicht rausgehen und mal fragen: ‚Was würde mir denn zustehen?‘ Also ist natürlich oft auch eine Sprachbarriere. Ich glaube gerade die Mütter, wenn sie halt auch wirklich jahrelang einfach ihr Kind zu Hause pflegen. Also, ich glaube, dann kann man natürlich sagen, warum hat sie sich nicht integriert. ‚Wann soll sie das machen?‘ Und wissen einfach nicht, wohin sie sich wenden können“* (12PD_1:4).

Weitere Anforderungen erleben Pflegekräfte in Bezug auf die Ernährung, den Lebensrhythmus, die Hygiene, die Rolle der Familie, das traditionelle Rollenverständnis, in Zusammenhang mit dem Thema Schmerzen und Schmerzmedikation, Pflegegewohnheiten, Sterben und Tod sowie dem Geschlecht und Schamempfinden. Eine umfassende Darstellung zu den Herausforderungen, die Pflegende in ihrem Berufsalltag erleben, wurde andernorts zur Publikation eingereicht.

3.1.5 Lösungsstrategien und Unterstützungsbedarfe

Lösungsstrategien, die Pflegekräfte bereits nutzen oder gerne in Anspruch nehmen würden, sind z. B. Dolmetscher, Migrationsdienste, übersetzte Medien (Flyer, Aufklärungs-CDs), Gestik, Mimik, Demonstration oder das Zeigen von Begriffen und Modellen. Um den geschilderten Herausforderungen in der Praxis zu begegnen, benennen sie folgende Strategien: (1) Reflexion eigener Handlungen, (2) Einnahme von Perspektivwechseln, (3) Nachfragen stellen, (4) Lesen von Fachliteratur, (5) Besuch von Fortbildungen, (6) Ansehen von Dokumentationen, (7) Überdenken ihrer Einstellung und Haltung und (8) das Sammeln von Auslandserfahrungen. Auf der organisationalen Ebene sehen sie Lösungen in der Suche von Ansprechpartnern in der Region und im Aufbau eines Netzwerks, im Angebot von Fortbildungen, der Anpassung von Touren- und Dienstplänen, dem Treffen von Absprachen in Teamsitzungen und Fallbesprechungen sowie in situativen Absprachen.

Von den befragten Pflegekräften erklären lediglich einzelne, dass sie keine Unterstützungsbedarfe in der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigen, weil sie bereits eine „gesunde Menscheneinstellung“ (23PD_2:49) haben oder sie keine Probleme und Herausforderungen in der Versorgung erleben. Von allen weiteren Pflegekräften werden Unterstützungsbedarfe geäußert. Sie sehen beispielsweise einen Bedarf nach Mitarbeitern mit Migrationshintergrund, nach der Gestaltung gemeinsamer Veranstaltungen, nach Formularen in verschiedenen Sprachen, Fachliteratur und

Informationsmaterialien, nach Ansprechpartnern in der Region sowie einen Bedarf darin, kulturelle Themen in Aus-, Fort- und Weiterbildung intensiver zu behandeln und anzubieten. Eine Pflegekraft erklärt aber auch, dass es in der Praxis zum Teil gar nicht bekannt ist, welche Institutionen und Ansprechpartner es bereits in der Region gibt. *„Aber sonst an sich über Pflege oder Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund. Eigentlich findet man in keinem Fachbuch was“* (20PD_1:44). *„Ja, es wäre eigentlich schön einen Ansprechpartner zu haben, also auch dann zu wissen, wo kann man sich hinwenden, wenn es eben um Fragen geht, die mir der Bewohner oder der Patient selbst nicht beantworten könnte“* (7PD_1:32). *„Ich meine es gibt für jegliche [Bereiche] Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Aber gerade in DEM Bereich. Warum kann man nicht auch da eine Fortbildung machen?“* (19PD_2:27).

3.1.6 Selbstverständnis von kultursensibler Pflege

Zusammenfassend reflektierten Pflegende am Ende der Interviews, wie sie kultursensible Pflege definieren: *„Das heißt eigentlich für mich, dass ich erst einmal die Kultur kennen muss, damit ich überhaupt sensibilisiert bin dafür. Dass ich Dinge annehmen kann, die aus dieser Kultur stammen, die ich vielleicht anders sehe, aber dass ich die einfach akzeptieren kann und auch dementsprechend mit den Menschen umgehen kann. Also im Prinzip mich selbst zurücknehmen und den Menschen sehen mit seiner Kultur, mit allem, was für ihn wichtig ist. Das ist eigentlich kultursensibel für mich“* (22PD_1:62).

3.2 Persönliche und fachliche Weiterentwicklung im Umgang mit Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft

Von den Befragten geben einzelne Pflegekräfte an, dass sie kein Problem haben Migranten zu versorgen. Von diesen gibt es Pflegekräfte, die aussagen, dass sie in der pflegerischen Versorgung von Migranten keinen Unterschied sehen und sich auch gar nicht vorstellen können, dass es zwischen einzelnen Kulturen bei der Pflege Differenzen geben kann. Diese Pflegekräfte haben bisher nur wenige Patienten mit Migrationshintergrund versorgt und ihnen sind dabei keine Differenzen begegnet. *„Also so ein richtiges Problem könnte ich mir da jetzt gar nicht vorstellen, wo es jetzt ein Problem gäbe, wo man das wirklich so differenzieren kann, dass wirklich in einer anderen Kultur wirklich komplett anders gepflegt wird oder so“* (37PD_1:65).

Die Mehrzahl der Pflegekräfte berichtet über vielfältige Kontraste, die sie in der Pflegepraxis erlebt haben, und die zunächst fremd erscheinen. Die darauffolgende Reaktion und der Umgang von Pflegenden divergiert. Es gibt Pflegekräfte, denen es schwer fällt mit diesen Unterschieden umzugehen und sich damit auseinanderzusetzen, wobei als Grund für dieses Verhalten vor allem die Angst angegeben wird etwas Falsches oder Unangemessenes zu Tun. *„Also wenn ich ehrlich sein soll, will ich mich nicht mit der Religion von denen auseinandersetzen. Weil ich dort zu viel von den Nachrichten und Fernsehen mitbekomme, tue ich das ausblenden. Ich versuche es auf jeden Fall mal. Also ich will da auch nicht, auch dann nicht mit den Patienten darüber sprechen vor*

lauter Angst auch, sage ich was Verkehrtes? Und ja, wo ich dann halt so, so ein bisschen in Gedanken ablehnend dagegen bin. Ich versuche auch, dass die Leute das nicht merken, wie ich darüber denke“ (20PD_1:40).

Trotz des Erkennens und Vorhandenseins unterschiedlicher Dauer, Art oder Durchführung von pflegerischen Handlungen zwischen den Kulturen sind es bei der Mehrzahl der Pflegenden vor allem die Neugier, Offenheit, Interesse, Toleranz, Wertschätzung und der Respekt, die sie gerade durch die Unterschiede, die sie erkennen, dahin führt nachzufragen: „... Warum die das so machen?“ (34PD_2:36). Die Art des persönlichen Umgangs trägt dazu bei, das Verhalten der Patienten nachvollziehen und Verständnis entwickeln zu können. Darüber hinaus erklären Pflegekräfte, dass sie ihre Offenheit und Neugier dazu führten, sich selbst zu informieren und nachzulesen. Das Anagnen von Wissen und Fähigkeiten sehen sie als entscheidenden Vorteil für ihre persönliche Weiterentwicklung.

4. Diskussion

Das Ziel der Arbeit bestand darin zu untersuchen, wie Pflegekräfte die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Arbeitsalltag erleben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Durchführung kultursensibler Pflege das Vorhandensein kultureller Kompetenz voraussetzt. Die Aussagen der Pflegekräfte weisen darauf hin, dass zur persönlichen Weiterentwicklung nicht nur praktische Erfahrungen im Berufsalltag, sondern auch der Erwerb von Fachwissen erforderlich ist. Beides kann sich positiv auf den persönlichen Umgang und die Durchführung kultursensibler Pflege auswirken. Eine individuelle und bedürfnisorientierte Pflege inkludiert kulturelle Aspekte, und sollte kultursensibel sein. Kultursensible Pflege beinhaltet das Erkennen von kulturellen Differenzen, die mit Hilfe kultureller Kompetenz überwunden und nicht in Stereotypisierungen und Diskriminierung münden, sondern im Austausch, Suchen von Lösungsmöglichkeiten und dem Verständnis unterschiedlicher kultureller Perspektiven.

Pflegekräfte beschreiben ungewohnte Anforderungen und Herausforderungen, die im Konflikt mit eigenen Handlungsorientierungen stehen und auf die sie sich in ihrem Alltag einstellen müssen. An erster Stelle stehen dabei sprachliche Verständigungsschwierigkeiten. Wie auch andere Untersuchungen zeigen, ist der gesamte Prozess von Assessment bis zur Evaluation einschließlich Anleitung, Beratung und Information auf die sprachliche Verständigung angewiesen (Baldonado et al. 1998; Zielke-Nadkarni 1999, Purnell 2002; Wingenfeld 2003; Parker, Geron 2007; Bermejo et al. 2012; Andrews, Boyle 2012; Giger 2013). Wenngleich sprachliche Barrieren eine Herausforderung darstellen, stellt auch Wingenfeld (2003) die Frage, inwiefern es ein Konzept kultureller Pflege bedarf, wenn Pflege unabhängig vom kulturellen Hintergrund per se patientenorientiert erfolgt. Die Aussagen der Interviewteilnehmer zeigen diesbezüglich einen Widerspruch auf, der im Folgenden dargestellt wird. Bedürfnisorientierte Pflege wird von allen Pflegenden in den Mittelpunkt ihrer Pflege gestellt und beinhaltet das Erkennen und Eingehen auf verschiedene kulturelle Anforderungen. Die erlebten An-

forderungen werden auch in anderen Forschungsarbeiten als Anforderungen kultureller Pflege dargestellt, z. B. in Bezug auf 1) mangelnde Kenntnisse über und den erschwerten Zugang zum Gesundheits- und Pflegesystem (Zielke-Nadkarni 1999, Wingenfeld 2003, Kolleck 2007; Schenk 2011; Bermejo et al. 2012), 2) Genderaspekte und Schamempfinden (Baldonado et al. 1998; Wingenfeld 2003; Kolleck 2007, Andrews, Boyle 2012; Giger 2013), 3) Umgangsformen und Lebensgewohnheiten (Purnell 2002; Wingenfeld 2003; Kolleck 2007), 4) Schmerzempfinden und Schmerzmedikation (Baldonado et al. 1998; Wingenfeld 2003), 5) Krankheits- und Pflegeverständnis (Purnell 2002; Wingenfeld 2003; Kolleck 2007), 6) Ernährung (Purnell 2002; Wingenfeld 2003), 7) Tod und Sterben (Purnell 2002; Wingenfeld 2003), 8) Rolle der Familie und traditionelles Rollenverständnis (Purnell 2002; Giger 2013), 9) Tages- und Lebensrhythmus (Giger 2013) und 10) Hygiene (Wingenfeld 2003). Ebenso wie in der Untersuchung von Wingenfeld (2003) und Parker, Geron (2007), gibt es in der vorliegenden Studie Teilnehmer, die die Durchführung bedürfnisorientierter Pflege zwar betonen, aber im Widerspruch dazu gleichzeitig darauf verweisen, dass Pflege unabhängig von der kulturellen Herkunft immer gleich ist. Kulturelle Aspekte werden hier als nachrangig betrachtet und mitunter sogar ganz ausgeblendet. Im Vordergrund steht dann der konkrete Hilfebedarf, dem mit bestimmten Interventionen, die nicht die Kultur berücksichtigen, begegnet wird (Wingenfeld 2003). Die besondere Herausforderung für Pflegenden besteht in der Distanz zwischen der eigenen Kultur und der des zu Pflegenden. Wie von einzelnen Teilnehmern in den Interviews berichtet, wird auch in den Modellen von Adler (1975), Leininger (1991) und Campinha-Bacote (2002, 2007) hervorgehoben, dass die Negierung von Differenzen oder gar Stereotypisierungen durch kulturelle Kompetenz aufgehoben werden kann. Dazu gehören Kenntnisse über die eigene Kultur sowie über eigene Vorurteile, die durch das Bewusstwerden von Differenzen zwischen Individuen entstehen können. Diese können durch Offenheit und Neugier, also durch eine entsprechende kulturoffene Einstellung und Haltung, gegenüber der anderen Kultur überwunden werden. Zudem ist das Aneignen von Wissen und von Fähigkeiten im Umgang mit anderen Kulturen obligat, um patientenorientiert pflegen zu können (Adler 1975; Leininger 1991; Donini-Lenhof, Hedrick 2000; Campinha-Bacote 2002, 2007).

Methodische Limitationen können in einer Verzerrung des qualitativen Samples bestehen. Bei der Auswahl der Teilnehmer kann eine positive Vorselektion von Gesprächspartnern durch die Studienansprechpartner in den ambulanten Pflegediensten nicht ausgeschlossen werden. Es ist möglich, dass vorwiegend Studienteilnehmer eingeschlossen wurden, die besonders interessiert und motiviert waren. Weiterhin kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Pflegekräfte im Erzählen ihrer Erlebnisse ausschließlich auf den ambulanten Bereich bezogen haben. Es ist denkbar, dass sie im Erzählfluss auch Erlebnisse anderer Arbeitssettings berichtet haben, die sich zum Beispiel auf den akutstationären Bereich bezogen, was aus dem Erzählten aber nicht hervorgeht. Darüber hinaus wurden nur ambulante Pflegedienste aus dem Saarland eingeschlossen und zum Teil wurden Pflegekräfte interviewt, die bisher nur wenige Menschen mit Migrationshintergrund versorgt haben. Die Ergebnisse gelten nur für das

zum Erhebungszeitpunkt eingeschlossene Sample im Saarland als gesättigt. Würden andere Regionen eingeschlossen werden, könnten die Ergebnisse differieren.

5. Implikationen für die Praxis

Auf organisatorischer Ebene kann langfristig ein Beitrag geleistet werden, indem auf allen Ebenen eine interkulturelle Öffnung initiiert und sowohl das Personal als auch die Pflegebedürftigen sensibilisiert werden. Die Integration interkultureller Öffnung und von Kultursensibilität in das Leitbild allein ist nicht ausreichend. Konzepte und Arbeitsansätze sind regelmäßig zu überprüfen und anzupassen. Auch der Einsatz von Mitarbeitern aus verschiedenen Herkunftsländern kann angedacht werden und die kulturelle Öffnung von Mitarbeitern und Pflegebedürftigen fördern. Dieser Prozess muss von der Leitungsebene begleitet, unterstützt und gefördert werden. Kulturelle und mehrsprachige Kompetenzen der Pflegekräfte können durch aufbauende Fortbildungen, Supervisionen und Reflexionsräume gefördert werden. Darüber hinaus können Pflegeeinrichtungen gezielte Informationsveranstaltungen für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund anbieten, mehrsprachiges Informationsmaterial vorhalten, Multiplikatoren ausbilden und vorhalten sowie ein Netzwerk mit Kooperationspartnern in der Region ausbilden, erweitern und aufrechterhalten.

6. Schlussfolgerung

Die Versorgung pflegebedürftiger Migranten kann mit ungewohnten Anforderungen einhergehen, auf die sich Pflegekräfte einstellen müssen. Es ist selbstverständlich, dass Pflegekräfte nicht alle Regeln und Bräuche Pflegebedürftiger kennen können, gerade weil diese individuell verschieden sind und nicht „*schablonenartig über ganze Kulturgruppen hinweg betrachtet werden*“ können (Brzoska, Razum 2009:159). Vor diesem Hintergrund ist der Erwerb kultureller Kompetenzen erforderlich um kultursensible Pflege durchführen zu können.

Literatur

- Adler, P.S. (1975): The transitional experience: an alternative view of culture shock. In: Journal of Humanistic Psychology 15(4):13-23
- Andrews, M.M./Boyle J.S. (2012): Transcultural Concepts in Nursing Care. 6th ed. Philadelphia a.o.: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Baldonado, A./Beymer, P.L./Barnes, K./Starsiak, D./Nemivant, E.B./Anonas-Ternate, A. (1998): Transcultural nursing practice described by registered nurses and baccalaureate nursing students. In: J Transcult Nurs 9(2):15-25
- Barg, S./Mauthner, J./Guerrero Meneses, V./Stiehr, K. (2012): Migration und Alter: Analyse der Angebotsstruktur in Einrichtungen der Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main: Brühl GmbH & Co. KG

- Bermejo, I./Hölzel, L.P./Kriston, L./Härter, M. (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 55(8):944-953
- Brzoska, P./Razum, O. (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. In: Z Med Psychol 18(3-4):151-61
- Brzoska, P./Razum, O. (2011): Migration und Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. 1. Aufl. Weinheim, München, 429-445
- Campinha-Bacote, J. (2002): The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. In: J Transcult Nurs 13(3):181-84
- Campinha-Bacote, J. (2007): The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. The journey continues. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates
- Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Hrsg.) Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) (11.06.2010). Im Internet: http://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Infobroschueren/INFO1_Maerz_2014.html Stand: 12.01.2015
- Donini-Lenhoff, F.G./Hedrick, H.L. (2000): Increasing awareness and implementation of cultural competence principles in health professions education. In: J Allied Health 29(4):241-245
- Douglas, M.K./Pierce J.U./Rosenkoetter, M./Callister, L.C./Hattar-Pollara, M./Lauderdale, J./ Miller, J./Milstead, J./Nardi, D.A./Pacquiao, D. (2009): Standards of practice for culturally competent nursing care: a request for comments. In: J Transcult Nurs 20(3):257-69
- Dresing, T./Pehl T. (2013): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 5. Aufl. Eigenverlag, Marburg. Im Internet: <http://www.audiotranskription.de/transkription-praxisbuch> Stand: 12.01.2015
- Flick, U. (2006): Interviews in der qualitativen Evaluationsforschung. In: Flick, U. (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg: Rowolth, 214-232
- Flick, U. (2011): Das Episodische Interview. In: Otto, H.U./Oelerich, G. (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 273-280
- Foronda, C.L. (2008): A concept analysis of cultural sensitivity. In: J Transcult Nurs 19(3):207-212
- Giger, J.N. (2013): Transcultural Nursing: Assessment and Intervention. 6th ed. St. Louis: Elsevier Mosby
- Helfferrich, C. (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3. überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kolleck, B. (2007): Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. Pflege & Gesellschaft 12(3):263-75
- Lamura, G./Mnich, E./Wojszel, B./Nolan, M./Krevers, B./Mestheneos, L./Döhner, H. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. In: Z Gerontol Geriatr 39(6):429-42
- Leininger, M.M. (1991): Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing Press
- Lincoln, Y.S./Guba, E.G. (1985): Naturalistic Inquiry. Beverly Hills, London, New Dehli: Sage
- Lotze, E./Hübner, N. (2008): Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven. Gesundheitsamt Bremen, Bremen
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. überarb. u. neu ausgest. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. akt. u. überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz
- Meleis, A.I. (1999): Culturally competent care. In: J Transcult Nurs 10(1):12
- Mold, F./Fitzpatrick, J.M./Roberts, J.D. (2005): Minority ethnic elders in care homes: a review of the literature. In: Age Ageing 34(2):107-13
- Papadopoulos, I. (2006): Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners. London, Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier

- Parker, V./Geron, S.M. (2007): Cultural competence in nursing homes: issues and implications for education. In: Gerontol Geriatr Educ 27(2):37-54
- Purnell, L. (2002): The Purnell Model for cultural competence. In: J Transcult Nurs 13(3):193-6
- Schenk, L. (2011): Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Endbericht. Institut für Medizinische Soziologie der Charité, Berlin
- Schopf, C./Naegele, G. (2005): Alter und Migration. In: Z Gerontol Geriatr 38(6):384-95
- Schulz, M./Mack, B./Renn, O. (Hrsg.) (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: Springer VS
- Statistisches Bundesamt (2014): Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Fachserie 1 Reihe 2.2 Statistisches Bundesamt: Wiesbaden
- Tong, A./Sainsbury, P./Craig, J. (2007): Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: Int J Qual Health Care 19(6):349-357
- Ulusoy, N./Gräßel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland. In: Z Gerontol Geriatr 43(5):330-338
- Wingefeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Bielefeld. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Witzel, A./Reiter, H. (2012): The Problem-Centered Interview. Los Angeles, London, New Delhi a.o.: SAGE
- World Medical Association WMA Deklaration von Helsinki (2013): Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. Im Internet:
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.11855.12266.12267> Stand: 12.01.2015
- Zeman, P. (2003): Soziale Gerontologie und Altenpolitik: Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Themenheft Ältere Migrantinnen und Migranten 30(1):2-5
- Zeman, P. (2005): Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin
- Zielke-Nadkarni, A. (1999): Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis türkischer Migrantinnen. Eine empirische Studie. In: Pflege 12(5):283-88

Dr. rer. medic. Sindy Lautenschläger

Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Fakultät für Sozialwissenschaften
 Department Gesundheit und Pflege, Postfach 65 01 34, 66140 Saarbrücken
 S.Lautenschlaeger@htwsaar.de (Korrespondenzadresse)

Prof. Dr. phil. Christine Dörge

Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Fakultät für Sozialwissenschaften
 Department Gesundheit und Pflege, Postfach 65 01 34 66140 Saarbrücken
 christine.doerge@htwsaar.de