Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitswirtschaft

Methodik und Ergebniszusammenfassung einer Delphi-Erhebung im Bereich Public Private Health

Johannes Leinert, Alexander Rommel und Helmut Schröder

Zusammenfassung

Mit der Studie „Public Private Health" sollte die Frage beantwortet werden, welche Folgen demografischer, sozialer, technischer und ökonomischer Wandel aus Expert_innensicht für künftige Qualifikationsanforderungen der Beschäftigten in Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen und den angrenzenden Bereichen haben. Dieser Fragestellung wurde im Rahmen der Studie mit einem Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Ansätzen nachgegangen. Das Kernelement der Studie bildete eine mehrstufige Delphi-Befragung, in der rund 1500 Expert_innen um ihre Einschätzungen gebeten wurden. Dazu wurde ein differenzierter Stichprobenplan entwickelt, auf dessen Basis eine geschichtete Stichprobe aus 19 Haupt- und 75 Unterschichten gezogen wurde. In der qualitativ ausgerichteten ersten Delphi-Runde wurden Expert_innenmeinungen über qualifikationsrelevante Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem gesammelt, die in der quantifizierenden

J. Leinert (✉) · H. Schröder
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn, Deutschland
E-Mail: j.leinert@infas.de

H. Schröder
E-Mail: h.schroeder@infas.de

A. Rommel
Robert Koch-Institut; ehem. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V., Berlin, Deutschland
E-Mail: RommelA@rki.de

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

M. Niederberger und O. Renn (Hrsg.), *Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften,* https://doi.org/10.1007/978-3-658-21657-3_7

zweiten Delphi-Runde hinsichtlich ihrer Eintrittswahrscheinlichkeiten und Auswirkungen auf Qualifikationsbedarfe bewertet wurden. Die in Delphi-Verfahren übliche dritte Befragungsrunde wurde durch drei Expert_innenworkshops ersetzt. In diesem Beitrag wird primär die methodische Vorgehensweise der Studie beschrieben. Der Schwerpunkt liegt auf der Erläuterung des Studiendesigns, der Expert_innenauswahl und der Operationalisierung der Fragestellung. Darüber hinaus werden die wichtigsten Studienergebnisse zusammengefasst.

Schlüsselwörter
Delphi-Verfahren · Methode · Stichprobe · Operationalisierung · Gesundheitswesen · Qualifikation · Szenario-Technik

1 Einleitung

In diesem Beitrag wird die methodische Vorgehensweise der Studie „Public Private Health" (PPH) beschrieben, die vom infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) und dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) im Jahr 2011 im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) erstellt wurde.

Im Mittelpunkt der Studie stand die Frage, welche Folgen demografischer, sozialer, technischer und ökonomischer Wandel für die Tätigkeitsfelder, Aufgabenzuschnitte und Qualifikationsanforderungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen und den angrenzenden Bereichen (z. B. Pflege, Altenhilfe, Wellness) haben. Im Fokus standen dabei Beschäftigte der „mittleren" Ebene (Ausbildungsberufe), also beispielsweise medizinische Fachangestellte, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter_innen, Ernährungsberater_innen und nicht ärztliche bzw. nicht akademische Therapeut_innen.

Dieser Forschungsfrage wurde im Rahmen der PPH-Studie mit einem Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Ansätzen nachgegangen. Das Kernelement der Studie bildete eine mehrstufige Delphi-Befragung, mit der Expert_inneneinschätzungen über qualifikationsrelevante Entwicklungen und künftige Qualifikationsbedarfe gewonnen werden sollten.

In den folgenden Ausführungen wird näher beschrieben, wie dabei vorgegangen wurde. Ausgehend von der Fragestellung wird das Studiendesign begründet und dargestellt, wie mit den besonderen Anforderungen umgegangen wurde, die sich in der PPH-Studie insbesondere für die Stichprobengenerierung und die Operationalisierung der Forschungsfrage ergaben.

In Kap. 2 werden zunächst die Fragestellung und Zielsetzung der Studie beschrieben, bevor der Forschungsgegenstand abgegrenzt wird. In Kap. 3 werden Studiendesign und Methode vorgestellt, in Kap. 4 wird die Auswahl der Expert_innen beschrieben. In Kap. 5 wird die Operationalisierung der Forschungsfragestellung erläutert. In Kap. 6 wird der Feldverlauf der Delphi-Runden zusammengefasst. In Kap. 7 werden einige zentrale Ergebnisse der PPH-Studie vorgestellt.

Die folgenden Ausführungen müssen sich auf eine zusammenfassende Darstellung beschränken. Für eine ausführliche Studienbeschreibung sei auf den umfangreichen Abschlussbericht der PPH-Studie von Klaes et al. (2011) verwiesen, der in weiten Teilen die Grundlage für die vorliegenden Erläuterungen darstellt. Dort findet sich auch eine ausführliche Darstellung der inhaltlichen Studienergebnisse und eine Dokumentation der Erhebungsmaterialien. Die Studie und ihre Ergebnisse werden auch in Klaes et al. (2013) beschrieben; eine speziell auf den Pflegebereich fokussierte Zusammenfassung findet sich in Schüler et al. (2013).

2 Hintergrund

2.1 Fragestellung und Zielsetzung der Studie

Die PPH-Studie wurde im Rahmen der BMBF-Initiative „Früherkennung von Qualifikationserfordernissen im Netz (FreQueNz)" gefördert. Diese Initiative sollte gewissermaßen als „Frühwarnsystem" beizeiten erkennen, wenn sich Anforderungen an die beruflichen Qualifikationen der mittleren Qualifikationsebene verändern. Mit der PPH-Studie sollten dabei unter anderem Expert_inneneinschätzungen zu der Frage eingeholt werden, „wie sich markante technologische, organisatorische und gesellschaftliche Veränderungen auf Tätigkeiten und Qualifikationsanforderungen der Beschäftigten im Gesundheitssystem auswirken werden." (Klaes et al. 2011, S. 26). Im Fokus standen dabei Beschäftigte der „mittleren" Qualifikationsebene (Ausbildungsberufe).[1] Vor diesem Hintergrund wurde mit der PPH-Studie zusammenfassend folgende Fragestellung untersucht:

[1]Damit gemeint waren „Fachkräfte mit Abschlüssen in einem anerkannten Ausbildungsberuf (nach BBiG/HwO), in einem der bundeseinheitlich geregelten nicht ärztlichen Heilberufe (nach § 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) oder in einem der länderrechtlich geregelten schulischen Ausbildungsgänge sowie Absolventen mit Fortbildungsabschlüssen." (Klaes et al. 2011, S. 3).

Welche Qualifikationsanforderungen ergeben sich auf mittlere Sicht (5–10 Jahre) für die mittlere Ebene (Ausbildungsberufe) im Gesundheitswesen und den angrenzenden Bereichen?

Ziel der Studie war die Bereitstellung einer empirisch fundierten Informationsbasis über sich abzeichnende Veränderungen der Arbeitswelt und Bedarfe zur Anpassung von Qualifikationen, auf deren Grundlage das BMBF sowohl weitere Forschungsbedarfe definieren als auch prüfen konnte, ob Berufsordnungen angepasst oder neue Berufsbilder entwickelt werden sollten.

Um dieser Anforderung gerecht zu werden, war für die Einholung von Expert_innenmeinungen ein Studiendesign zu entwickeln, dass geeignet war, mit künftigen Entwicklungen Sachverhalte zu erheben, die sich naturgemäß der Beobachtung entziehen. Auch sollte die Erhebung offen sein für die gesamte Bandbreite möglicher und vermutlich dissonanter Einschätzungen; gerade bei einer Befragung von Akteur_innen im stark hierarchisch organisierten Gesundheitswesen war also darauf zu achten, dass nicht die Einschätzungen und Positionen bestimmter Berufsgruppen das Ergebnis der Erhebung insgesamt dominieren. Zudem sollten innovative Entwicklungen auch dann aufgespürt werden, wenn diese bislang noch weitgehend unbekannt waren und erst einer kleinen Anzahl von Expert_innen erwähnenswert schienen. Daher war es wichtig, im Sinne eines Screening-Ansatzes möglichst alle vorhandenen Positionen einzubeziehen.

2.2 Abgrenzung des Forschungsgegenstandes

Ausgangspunkt für die im Folgenden skizzierte Abgrenzung des Forschungsgegenstandes (Klaes et al. 2011, S. 29–30) war die Annahme, dass ein komplexes Gefüge aus demografischem, soziostrukturellem, technischem und ökonomischem Wandel als Treiber für Veränderungen im Gesundheitswesen und seinen angrenzenden Bereichen wirkt. Daraus ergeben sich veränderte Anforderungen an die Ausübung ganz konkreter Tätigkeiten, die in einem oder mehreren Leistungsbereichen (z. B. Pflege) in einer oder mehreren Institutionen (z. B. Altenheime) durch eine oder mehrere Berufsgruppen (z. B. Altenpfleger_in) ausgeübt werden.

Es liegt nahe, dass sich wandelnde Arbeitsanforderungen in den Leistungsbereichen dazu führen, dass die Arbeitsorganisation restrukturiert wird. Dies kann dazu führen, dass sich die Arbeitsteilung zwischen bestehenden Institutionen verändert oder neue Institutionen entstehen und/oder dass Tätigkeiten zwischen

bestehenden Berufen verlagert werden und/oder neue Berufe erforderlich werden. In der Folge kann davon ausgegangen werden, dass gänzlich neue Qualifikationen entstehen oder dass bestehende Qualifikationen auf Berufsgruppen übertragen werden, welche diese bisher nicht benötigten. Dabei sind Verlagerungen von einem Tätigkeitsbereich zu einem anderen sowohl auf horizontaler Ebene auf gleicher Hierarchiestufe, als auch auf vertikaler Ebene zwischen den Berufs- bzw. Professionsstufen denkbar.

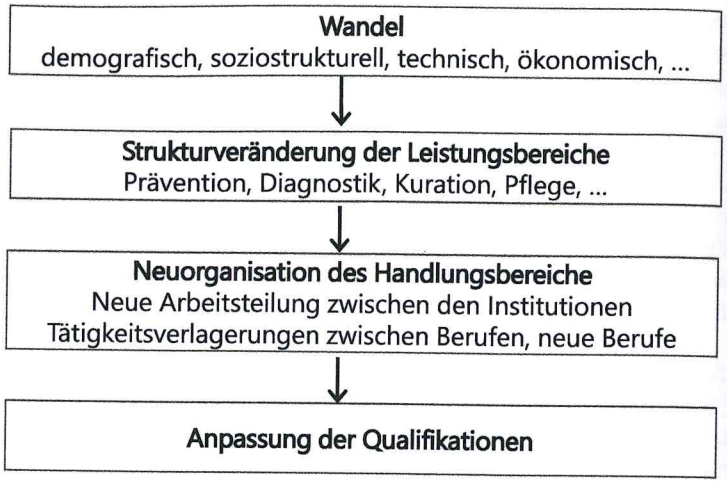
Aus diesen Überlegungen folgt, dass sich die veränderten Qualifikationsanforderungen in einem dreidimensionalen Raum ergeben, der aufgespannt wird durch die beschriebenen Dimensionen:

- *Leistungsbereiche*
  z. B. Prävention, Diagnostik, Kuration, Rehabilitation, Pflege, Pallation, etc.
- *Berufe bzw. Berufsfelder*
  Pflegeberufe, nicht-ärztliche Heilberufe, sozialpflegerische Berufe, technische Berufe, etc.
- *Organisationen*
  z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen, medizinische Versorgungszentren, ambulante Dienste, etc.

Dieses Modell war eine gute Grundlage sowohl für die Entwicklung des Stichprobenplans zur Auswahl der zu befragenden Expert_innen als auch für die Entwicklung der Analyseschemata zur Auswertung der qualitativen Studienelemente. Erhebungsinstrumente, die auf ein solches dreidimensionales Modell zurückgreifen, wären jedoch für die Befragten zu komplex ausgefallen. Daher wurde das dreidimensionale Modell zu diesem Zweck in ein sequenzielles Modell überführt (siehe Abb. 1).

3 Studiendesign und Methode

Die folgenden Abschnitte beginnen mit einer theoretischen Einordnung. Zunächst wird erläutert, warum – ausgehend von der Fragestellung – als Kernelement der Studie ein Delphi-Verfahren zur Anwendung kam. Anschließend wird darauf eingegangen, welchem Typ von Delphi-Verfahren die Studie zuzurechnen war und was daraus für das Studiendesign folgte. Anschließend wird das Studiendesign der PPH-Studie vorgestellt.



Modell bildet Grundlage für Expertenauswahl und Erhebungsinstrument

Abb. 1 Operationalisierung des Forschungsgegenstandes. (Quelle: eigene Darstellung nach Klaes et al. 2011, S. 30.)

3.1 Theoretische Einordnung

Ziel der Studie war es, Expert_inneneinschätzungen darüber zu gewinnen, mit welchen Entwicklungslinien im Gesundheitssystem und seinen angrenzenden Bereichen künftig zu rechnen ist, und welche geänderten Qualifikationsanforderungen auf der mittleren Ebene damit verbunden sind. Zur Gewinnung von Expert_inneneinschätzungen kommen grundsätzlich mit Gruppendiskussionen, einfachen Expert_innenbefragungen und Delphi-Befragungen unterschiedliche Erhebungsvarianten in Betracht, die jeweils mit spezifischen Vor- und Nachteilen verbunden sind. In der nachfolgenden Tab. 1 werden die Charakteristika dieser drei Erhebungsvarianten in Anlehnung an Häder (2014, S. 66) zusammengefasst.

Eine Gruppendiskussion schied zur Beantwortung der Fragestellung aus. Zum einen war die Anonymität der Befragung erforderlich, um eine Beeinflussung der Ergebnisse durch hierarchisch höher gestellte Berufsgruppen oder Meinungsführer_innen zu vermeiden. Zum waren für das Aufspüren innovativer, noch weitgehend unbekannter Entwicklungen hohe Fallzahlen erforderlich. Da die die

Tab. 1 Varianten von Expert_innenbefragungen im Vergleich

Kriterium	Gruppendiskussion	Expert_innenbefragung	Delphi-Befragung
Anonymität	nein	ja	ja
Beeinflussung durch Meinungsführer	ja	nein	nein
Beeinflussung durch Konformitätszwang	ja	nein	nur eingeschränkt
Möglichkeit hoher Fallzahlen	nein	ja	ja
Möglichkeit zu Feedback	ja	nein	ja
Möglichkeit, gezielt kognitive Prozesse auszulösen	ja	nein	ja
Zeitbedarf	gering	gering	hoch

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Häder (2014, S. 66)

Einschätzungen aller Expert_innen zu künftigen Entwicklungen in einer weiteren Erhebungsrunde zurückgebunden und bewertet werden sollten, kam eine „einfache" Expert_innenbefragung ebenfalls nicht infrage. Zur Beantwortung der Fragestellung war vielmehr ein Delphi-Verfahren erforderlich.

Die Grundidee von Delphi-Verfahren „besteht darin, in mehreren Wellen Expertenmeinungen zur Problemlösung zu nutzen und sich dabei eines anonymen Feedbacks zu bedienen" (Häder 2014, S. 22). In der Literatur besteht in weiten Teilen Konsens drüber, dass „klassische" Delphi-Verfahren durch folgende Schritte gekennzeichnet sind (Häder 2014, S. 24 f.):

- Operationalisierung der allgemeinen Problemstellung, um konkrete Kriterien abzuleiten, die den Expert_innen in der standardisierten Befragung zur Beurteilung vorgelegt werden können
- Entwicklung des Erhebungsinstrumentes für die standardisierte Expert_innenbefragung
- Aufbereitung und anonymisierte Rückmeldung
- Wiederholung der Befragung

Auch wenn das Delphi-Verfahren bereits in den 1950er Jahren entwickelt wurde, gibt es bis heute keine einheitliche Begriffsdefinition (Niederberger und Renn 2018, S. 7). Vielmehr wurde es in einer Vielzahl von Studien weiterentwickelt

und studienspezifisch angepasst, so dass zahlreiche Varianten existieren. Zum Variantenreichtum des Delphi-Verfahrens tragen unterschiedliche Herangehensweisen insbesondere hinsichtlich der folgenden Designmerkmale bei: Auswahl und Anzahl der befragten Expert_innen, Anzahl der Befragungswellen, Ausgestaltung des Feedbacks an die Expert_innen, Abfrage der Selbsteinschätzung der Befragten zu ihrer Expertise, Abbruch- bzw. Konsenskriterien, zu bearbeitenden Aufgabenstellungen sowie Einsatz von Workshops zur Erhebung und Diskussion der Daten (Häder 2014, S. 25). Mit einer Typologie von Delphi-Verfahren unternimmt Häder (2014, S. 30–36) den Versuch, diese Vielfalt zu strukturieren (siehe Tab. 2). In dieser Typologie entspricht die PPH-Studie dem Typ 3, da die Ermittlung von Expert_innenmeinungen im Vordergrund stand.

3.2 Umsetzung der studienspezifischen Anforderungen

Mit der Zielsetzung der Delphi-Studie (Ermittlung von Expert_innenmeinungen) waren gemäß der Delphi-Typologie bereits zentrale Anforderungen an die Ausgestaltung der Studie definiert: Entscheidend war eine möglichst exakte Operationalisierung der zu bearbeitenden Fragestellung, für welche die qualitative Delphi-Runde genutzt werden konnte. Auf dieser Basis war ein standardisiertes Erhebungsinstrument mit überwiegend geschlossenen Fragen zu entwickeln (siehe Kap. 5).

Zudem waren Kriterien für die bewusste Auswahl der zu befragenden Expert_innen zu erarbeiten, da eine Vollerhebung angesichts der Größe der Grundgesamtheit – definiert als Personen mit Expertise im Gesundheitswesen und den angrenzenden Bereichen – nicht möglich war. Um die Expertise aller für die Fragestellung relevanten Akteursgruppen in die Studie einzubeziehen, war eine differenzierte, nach mehreren Kriterien geschichtete Stichprobe mit ausreichenden Fallzahlen in allen Subgruppen erforderlich. Hinsichtlich der zu erwartenden Antwortausfälle wurde eine Bruttostichprobe von n = 1500 festgelegt (siehe Kap. 4).

Mit der PPH-Studie sollten im Sinne eines Screening-Ansatzes auch bislang weitgehend unbekannte Entwicklungen möglichst vollständig aufgespürt und durch alle Teilnehmenden bewertet werden. Mit der im Vorfeld der Delphi-Studie geplanten Literaturrecherche und qualitativen Expert_innenbefragung konnte dies nach Einschätzung des Projektteams nur teilweise gelingen. Daher wurde bewusst entschieden, die qualitative erste Delphi-Runde nicht bei einer kleinen Substichprobe vorzunehmen, sondern bereits in diesem Stadium die *gesamte* Bruttostichprobe zu den interessierenden Entwicklungen zu befragen. Erst dadurch war

Tab. 2 Typen von Delphi-Verfahren nach Häder (2014)

Kriterium	Typ 1: Ideen-Aggregation	Typ 2: Bestimmung eines Sachverhaltes	Typ 3: Ermittlung von Expert_innenmeinungen	Typ 4: Konsens-Bildung
Ziel	Ideensammlung zur Problemlösung	Verbesserung bei der Bestimmung eines Sachverhaltes (Vorhersagen)	Ermittlung und Qualifikation von Expert_innenmeinungen	Hohe Übereinstimmung bei den Teilnehmern
Kriterium für Auswahl der Expert_innen	Expertise	Hypothesen nötig, Regeln nicht formalisierbar	Vollerhebung oder bewusste Auswahl	Mittels bestimmbaren Rahmens möglich
Operationalisierung	Kaum erforderlich	Möglichst exakte Operationalisierung der zu bearbeitenden Fragestellung		Stark differenzierte Operationalisierung
Qualitative Delphi-Runden	Ausschließlich qualitativ	Kann zur Operationalisierung genutzt werden		Kann entfallen, wird vom Monitoring-Team übernommen
Fragentyp	Offene Fragen	Überwiegend geschlossene Fragen		Nur geschlossene Fragen

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Häder (2014, S. 37)

sichergestellt, dass den Expert_innen in der standardisierten zweiten Delphi-Runde möglichst alle qualifikationsrelevanten Entwicklungen zur Bewertung vorgelegt werden konnten.

Mit diesen beiden Delphi-Runden wurde den Expert_innen bereits ein sehr hohes Maß an Motivation und Mitwirkungsbereitschaft abverlangt. Um die Belastung der Befragten in Grenzen zu halten und um ihre Mitwirkung an beiden Erhebungsrunden zu sichern, wurde auf eine weitere standardisierte Rückmeldung und erneute Bewertung durch die Expert_innenstichprobe verzichtet, die klassische Delphi-Verfahren meist noch vorsehen. Anstelle einer dritten Erhebungsrunde wurden drei Expert_innenworkshops abgehalten. Diese erlaubten eine vertiefende Diskussion und Bewertung der Befragungsergebnisse und eine Erörterung der Konsequenzen, die sich aus den Einschätzungen zu den künftigen Entwicklungstrends für die Qualifizierung der Beschäftigten im Gesundheitswesen ergeben (Klaes et al. 2011, S. 69).

3.3 Überblick über das Studiendesign

Das Studiendesign bestand aus einem Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Erhebungen, die mehrstufig angelegt waren (siehe Abb. 2). Die ersten beiden Studienmodule dienten dazu, den aktuellen Sachstand der Diskussion

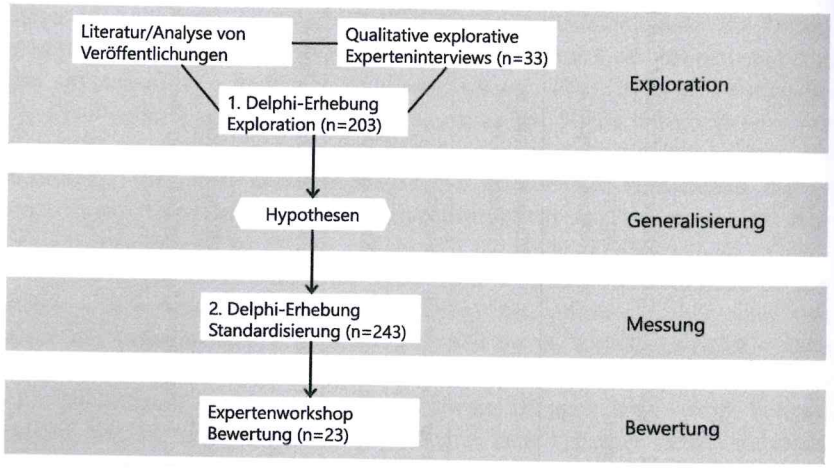


Abb. 2 Überblick über das Studiendesign. (Quelle: Klaes et al. 2011, S. 57)

und die unterschiedlichen Positionen und Argumentationslinien hinsichtlich der Veränderungen der Qualifikationserfordernisse zu ermitteln und daraus erfahrungsgesättigte Hypothesen abzuleiten. Zu diesem Zweck wurde zunächst eine Literaturrecherche und -analyse vorgenommen. Anschließend wurden leitfadenbasierte, qualitative Interviews mit Expert_innen in Schlüsselpositionen aus zentralen Institutionen des Gesundheitssystems und der angrenzenden Bereiche durchgeführt (Klaes et al. 2011, S. 56).

Das Kernelement der PPH-Studie bildete ein darauf aufbauender dreistufiger Delphi-Prozess, der aus einer qualitativen und quantitativen Befragung einer Brutto-Stichprobe von etwa 1500 Expert_innen sowie drei abschließenden Expert_innenworkshops bestand. In der ersten Delphi-Runde wurden die Expert_innenvorstellungen über zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen und damit verbundene Qualifikationserfordernisse für die Beschäftigten auf der mittleren Ebene in einem Fragebogen mit offenen Fragen erhoben (Klaes et al. 2011, S. 56).

Der standardisierte Fragebogen für die zweite Delphi-Runde wurde auf Basis einer inhaltsanalytischen Auswertung der ersten Delphi-Runde erstellt und ebenfalls an die Bruttostichprobe der ersten Delphi-Runde versendet. Die im standardisierten Fragebogen enthaltenen Aussagen sollten von den Befragten dahingehend bewertet werden, für wie wahrscheinlich und wie handlungsrelevant sie jeweils das Eintreten der in der ersten Delphi-Runde benannten Entwicklungen und deren die Auswirkungen auf die Qualifikationsanforderungen hielten (Klaes et al. 2011, S. 56).

Der standardisierte Fragebogen für die zweite Delphi-Runde wurde auf Basis der Ergebnisse der ersten Delphi-Runde erstellt. Dazu wurden – nach einer inhaltsanalytischen Aufbereitung und Hypothesenbildung – die Antworten der ersten Runde zu einem standardisierten Fragebogen verdichtet, der ebenfalls an die Bruttostichprobe der ersten Runde versendet wurde. Dadurch enthielten alle Befragten Kenntnis über die Entwicklungen und ihre Folgen für die Qualifikationsanforderungen, die von den anderen Expert_innen in der ersten Runde genannt worden waren. Durch die standardisierte Erhebung in der zweiten Runde beantworteten jetzt alle Teilnehmenden dieselben Sachverhalte vor ihrem spezifischen Erfahrungshintergrund. Dadurch kam quasi eine standardisierte, schriftliche Gruppendiskussion zustande (Klaes et al. 2011, S. 66). Abschließend wurden die Ergebnisse der zweiten Delphi-Runde auf drei Workshops diskutiert und vertieft.

4 Stichprobe

4.1 Vorgehensweise bei der Auswahl der Expert_innen

Die Erstellung der Expert_innenstichprobe erfolgte in einem mehrstufigen Prozess. Zunächst wurde definiert, wer als „Expertin" oder „Experte" gilt. Anschließend wurden konkrete Kriterien entwickelt, anhand derer die Auswahl erfolgen sollte. Danach wurde auf Basis dieser Kriterien ein Konzept für eine geschichtete Stichprobe entwickelt. Für jede Schicht wurde die Auswahlgesamtheit recherchiert, aus der anschließend die Stichprobenziehung erfolgte. Schließlich wurde die Stichprobe noch aufbereitet. Diese Aufbereitung umfasste insbesondere die Ermittlung der konkreten Ansprechpartner_innen und ihrer Adressdaten sowie eine abschließende Bereinigung der Stichprobe um etwaige Doppelungen.

Als Personen mit Expert_innenstatus wurden „Akteure des Systems verstanden, die aufgrund ihrer Tätigkeit in Verbänden, Organisationen oder auch als praktisch Handelnde Expertise für die Untersuchungsfragen entwickelt haben" (Klaes et al. 2011, S. 57). Für die Auswahl der solchermaßen definierten Expert_innengruppe wurden als Kriterien definiert, dass erstens – entsprechend dem Modell des dreidimensionalen Raums der Qualifikationsanforderungen wie in Abschn. 2.2 beschrieben – in der Stichprobe Expert_innen aus allen Leistungsbereichen, Organisationen und Berufsfeldern vertreten sein sollten und zweitens Akteure der normativen, strategischen und operativen Ebene einbezogen werden sollten. Der Definition der Auswahlkriterien lagen zwei Überlegungen zugrunde.

> Aufgrund ihrer Aufgaben in der Gesundheitsversorgung, in Verbänden, Aufsichtsgremien oder in Wissenschaft und Ausbildung ist Expert_innen der Blick auf ganze Leistungsbereiche des Gesundheitssystems, auf einzelne Berufe bzw. Berufsfelder oder auf Arbeitsorganisationen näher. So könnte z.B. der Fokus von Fachvertreter_innen eines Heilberufs vermutlich eher auf dieses Berufsfeld und den Arbeitsmarkt gerichtet sein, während der Blick von medizinischen oder pflegerischen Lehrkräften mutmaßlich eher auf die Leistungsbereiche und jener der Entscheidungsträger_innen vermutlich eher auf die Arbeitsorganisation gerichtet sein.
>
> Die Expertinnen und Experten sind je nach institutioneller Situierung und Funktion eher in einer operativen, strategischen oder normativen Funktion tätig. Es ist zu erwarten, dass die Vertreter von Berufs- und anderen Verbänden, die beruflich eher mit den Wandlungsprozessen zu tun haben, sei es, dass sie diese wissenschaftlich analysieren, technische Entwicklungen vorantreiben oder ökonomische Steuerungsinstrumente kreieren, vorwiegend der normativen und strategischen Ebene des Gesundheits- und Pflegesystems angehören. Zugespitzt formuliert dürften diese in Hinblick auf den Leistungsbereich eher eine disponierende Einstellung haben mit der Intention, so weit wie möglich den Wandel zu steuern. Dagegen steht zu erwarten, dass Expert_innen, die in erster Linie eine berufliche Nähe zur praktischen Leistungserbringungen haben, eher eine reorganisierende Perspektive einnehmen, indem sie auf Wandlungsdruck reagieren und versuchen, die Folgen des Wandels durch Neustrukturierung der Aufgaben bzw. Organisation den veränderten Bedingungen anzupassen (Klaes et al. 2011, S. 58).

Auf dieser Basis wurde ein Stichprobenkonzept entwickelt, das insgesamt 18 Stichprobenschichten plus eine Restkategorie sowie 75 Untergruppen enthielt (siehe nachfolgendes Kapitel). Mit dieser detaillierten Untergliederung sollte die einzubeziehende Expertise möglichst transparent und vollständig definiert werden. Zudem ermöglichte die tabellarische Übersicht die Stichprobenzusammensetzung eine intersubjektive Prüfung, ohne dass Namen und Institutionen offengelegt werden müssen, was die zugesagte Vertraulichkeit und den Datenschutz verletzt hätte (Klaes et al. 2011, S. 58). Für jede Stichprobenschicht bzw. deren Untergruppen begann anschließend die Recherche der Auswahlgesamtheit, aus der später die Stichprobe gezogen wurde. Ausgangspunkt der Recherche waren dabei in der Regel die Institution, in der die Expert_innen verortet waren sowie die Funktion, die sie innerhalb dieser Institution ausübten.

Im Idealfall existierten auf Ebene der Institutionen vollständige Listen der interessierenden Grundgesamtheit, sodass die Auswahlgesamtheit identisch mit der jeweiligen Grundgesamtheit war. Dies war z. B. bei Krankenkassen, Ärzte- oder Apothekerkammern oder kassenärztlichen Vereinigungen der Fall. In der Regel existierten solche Listen jedoch nicht. Dann wurden, wenn möglich, als Auswahlgrundlage Listen herangezogen, die zumindest einen großen Teil der Grundgesamtheit abdecken. Dabei handelte es sich beispielsweise um Mitgliederlisten von Verbänden, in denen ein großer Teil der Grundgesamtheit organisiert ist (z. B. Bundesverband der Arzneimittelhersteller, Verband medizinischer Fachberufe, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung) oder um Akkreditierungslisten von Akteur_innen im Gesundheitswesen (z. B. medizinische Laboratorien). Wenn derartige Listen nicht vorlagen oder als zu unvollständig eingeschätzt wurden, verblieb als zusätzliche Recherchemöglichkeit eine Internetrecherche nach Schlagwörtern (z. B. Lehrstühle für „Versorgungsforschung").

Nachdem für jede Untergruppe die Auswahlgesamtheit recherchiert worden war, wurde daraus die – nach Untergruppen geschichtete – Stichprobe gezogen. Bei sehr gering besetzten Untergruppen wurden alle recherchierten Institutionen bzw. Personen in die Stichprobe übernommen. In einem großen Teil der Fälle stand in diesem Stadium jedoch erst fest, welche Funktion der bzw. die zu befragende Experte bzw. Expertin in welcher Institution bekleidet; welche konkrete Person sich hinter einer bestimmten Funktion verbarg (z. B. Pflegerische

Leitung eines bestimmten Krankenhauses), war dagegen unbekannt. Nur in einem Teil der Fälle war von vornherein bekannt, welche konkrete Zielperson befragt werden sollte (z. B. Inhaber_innen des Lehrstuhls für Versorgungsforschung einer bestimmten Universität). Daher wurden zunächst – in der Regel per Internetrecherche – die Adress- und Kontaktdaten einer Zielperson in der interessierenden Institution recherchiert. In einer anschließenden Telefonrecherche wurde ermittelt, welche Person in der jeweiligen Institution die interessierende Funktion ausübt und somit als Expertin oder Experte in die Stichprobe einbezogen werden soll. In den meisten Fällen gelang es, diese Person namentlich zu recherchieren. War dies nicht möglich, wurde der Fragebogen der Delphi-Erhebung an eine bestimmte Funktion innerhalb der Institution versendet, die auf Basis von Organisationsplänen oder Internetverzeichnissen ermittelt worden war. (Klaes et al. 2011, S. 64). Abschließend erfolgte bei den namentlich bekannten Expert_innen eine Bereinigung um Doppelungen.

4.2 Ergebnis der Expert_innenauswahl: Bruttostichprobe nach Haupt- und Untergruppen

Die Erstellung der Bruttostichprobe wie im vorigen Kapitel beschrieben war ein langwieriger Prozess, der mehrere Monate in Anspruch nahm. Im Ergebnis umfasste die Bruttostichprobe n = 1508 Expert_innen. Die Struktur der Bruttostichprobe sowie die Zellbesetzung der jeweiligen Haupt- und Unterschichten sind in Abb. 3 dokumentiert. In der dritten Spalte ist darin zudem vermerkt, aus welchen Stichprobenschichten die Expert_innen für die 33 leitfadengestützten Interviews rekrutiert wurden.

5 Operationalisierung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage wurde in einem mehrstufigen Prozess operationalisiert. Zunächst wurde in einer explorativen Phase auf Basis von Literaturrecherchen, Leitfadeninterviews und der ersten, qualitativen Delphi-Runde die allgemeine Problemstellung operationalisiert. Anschließend wurden auf dieser Grundlage Szenarien entwickelt und umfangreiche Itemlisten erarbeitet, anhand derer in der zweiten, quantitativen Delphi-Runde das Auftreten bestimmter Entwicklungen von den Expert_innen bewertet wurde.

Haupt-gruppe	Unter-gruppe	Auswahl für Experten-interviews			Anzahl Adressen insgesamt
1	0		**Krankenversicherungen**	0	100
	1	x	KV gesetzlich/privat	47	
	2	x	PV gesetzlich/privat	53	
	3		Sonstige	0	
2	0		**Ärzteschaft**	0	84
	1		Kassenärztliche Vereinigungen	52	
	2	x	Ärztekammern	19	
	3		Interessenvertretungen	12	
	4		Sonstige	1	
3	0		**Zahnärzteschaft**	45	45
4	0		**Krankenhaussektor (einschließlich Patientenhotels)**	0	152
	1		KH: Ärztliche Leitung	24	
	2	x	KH: Pflegerische Leitung	27	
	3	x	KH: Kaufmännische Leitung	27	
	4		Krankenhausträger (öffentliche, frei-gemeinnützige, private, auch FW)	0	
	5		Krankenhausgesellschaften	39	
	6		Qualitätssicherung im Krankenhaus	24	
	7	x	Patientenhotels	10	
	8		Sonstige	1	
5	0		**Pflegesektor**	0	114
	1		DPR- Der Deutsche Pflegerat	1	
	2		Pflegeverbände (z.B. DBfK)	44	
	3		Pflegelehrerverbände	9	
	4	x	Ambulante Dienste (auch FW)	36	
	5	x	Stationäre Pflegeeinrichtungen (auch FW)	18	
	6		Qualitätssicherung in der Pflege	0	
	7		Sonstige	6	
6	0		**Pharmazeutischer Sektor**	0	100
	1		Apothekerverbände	9	
	2	x	Apothekenkammern	10	
	3		Arzneimittelhersteller, -groß und -zwischenhändler	43	
	4		Verband der forschenden Pharma-Unternehmen in Deutschland	0	
	5	x	medizinische Labore (Großlabore)	38	
	6		Sonstige	0	
7	0		**Medizintechnik und Informationstechnologie**	0	143
	1	x	Entwickler von Medizintechnik (Geräte)	50	
	2		Entwickler von Medizintechnik (Hilfsmittel)	2	
	3	x	Entwickler von Informationstechnologie	42	
	4		Hersteller/Implementeure von Medizintechnik (Strategische Planung / Produktion)	22	
	5	x	HomeCare	17	
	6		Sonstige	10	
8	0		**Psychotherapeutenschaft**	43	43
9	0		**Bildungs- und Weiterbildungsbereich**	1	104
	1	x	Weiterbildungsakademien (z.B. IST, Prävention)	78	
	2	x	Deusche Angestellten Akademie (DAA)	7	
	3		Sonstige	18	
10	0		**Sonstige Heilberufe**	0	77
	1	x	Ergotherapeuten (z.B. ErgoAkademie)	16	
	2	x	Physiotherapeuten	28	
	3	x	Logopäden	20	
	4		Sonstige	13	
11	0		**Medizinischen Fachberufe**	0	71
	1		Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich interessierten MFAs in der DEGAM	1	
	2	x	Verband medizinischer Fachberufe e.V.	9	
	3		Deutscher Verband Technischer Assistentinnen/Assistenten in der Medizin e.V.	21	
	4		Hebammen	27	
	5		Sonstige	13	
12	0		**Wissenschaftliche Einrichtungen**	1	153
	1		Lehrstühle, wissenschaftliche Institute (Pflegewissenschaft)	21	
	2	x	Lehrstühle, wissenschaftliche Institute (Versorgungsforschung)	29	
	3		Lehrstühle, wissenschaftliche Institute (Berufsforschung)	23	
	4	x	BiBB	8	
	5	x	Lehrstühle, wissenschaftliche Institute (Alternsforschung: DZA)	22	
	6		Lehrstühle, wissenschaftliche Institute (Alternsforschung: Kompetenznetzwerk Köln/Bonn)	1	
	7		Fraunhofer-Gesellschaft/-Institute	7	
	8		Fachgesellschaften	34	
	9		Sonstige	7	
13	0		**Verwaltung und Aufsichtsbehörden**	0	55
	1		obere Bundes- und Landesbehörden: Arbeit, Gesundheit, Soziales (z.B. Bundesagentur)	20	
	2	x	obere Bundes- und Landesbehörden: Bildung/Ausbildung (z.B. für Ausbildung Zuständige)	19	
	3		Öffentlicher Gesundheitsdienst	16	
	4		Sonstige	0	
14	0		**Vertretung von Betroffenen**	0	56
	2	x	Behindertenverbände (Körperbehinderung)	43	
	3	x	Verbraucher-/Patientenverbände (VZBV)	6	
	4	x	Angehörigenverbände (z.B. Alzheimer-Initiativen, etc.)	7	
	5		Sonstige	0	

Abb. 3 Struktur und Zellbesetzung der Expert_innenstichprobe. (Quelle: Klaes et al. 2011, S. 60; Banz et al. 2010, S. 45)

15	0		**Tarifpartner**	0	65
	1	x	Arbeitgeber	27	
	2	x	Arbeitnehmer	36	
	3		Sonstige	2	
16	0	x	**Sozialarbeit**	30	30
17	0		**Sektor Gesundheitsförderung Prävention und Wellness**	0	67
	1		Gesundheitsförderung/Prävention	15	
	2	x	Wellness	40	
	3		Gesundheitshotels	12	
	4		Sonstige	0	
18	0		**Innovative Strukturen und Modellvorhaben**	0	46
	1	x	Private Public Health	2	
	2		Sektorenübergreifende Netzwerke	7	
	3	x	Servicecenter	3	
	4		Modellvorhaben	34	
	5		Sonstige	0	
19	0	x	**Weitere**	3	3
Insgesamt					1.508

Abb. 3 (Fortsetzung)

5.1 Literaturrecherche und -analyse

Zu Beginn des Projektes wurde eine systematische Analyse von Veröffentlichungen vorgenommen. Zu diesem Zweck erfolgte eine Literaturrecherche, die sich nicht nur auf herkömmliche Publikationen stützte. Um einen möglichst vollständigen und aktuellen Stand einbeziehen zu können, schloss dies auch so genannte graue Literatur und Internetveröffentlichungen ein. Die Recherche erfolgte anhand eines Schlagwortkataloges, der sukzessive (weiter-)entwickeltet wurde (Klaes et al. 2011, S. 32). Anschließend wurden die recherchierten Veröffentlichungen eingehend analysiert; die Grundannahmen der Studie wurden auf dieser Basis kritisch geprüft und weiter differenziert. Aus den Erkenntnissen, die mit der Literaturrecherche und -analyse gewonnen wurden, wurden 52 Kernthesen abgeleitet, die zusammen mit den Ergebnissen der Leitfadeninterviews die Grundlage für die Entwicklung der Fragebögen für die Delphi-Erhebungen bildeten (siehe beispielhaft Abb. 4).

5.2 Leitfaden für die explorativen Expert_ inneninterviews

Mit den qualitativ angelegten Expert_inneninterviews sollten zum einen die Ergebnisse der Literaturanalyse und die daraus abgeleiteten Kernthesen ergänzt werden oder aus dem Blickwinkel der Praxis modifiziert werden. Zum anderen sollten in den Interviews die Möglichkeiten und Grenzen von Expertise zur

A.	**Entwicklungen im ambulanten Bereich**
A.1	Die rein informelle und privat organisierte Betreuung Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige wird aufgrund der gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unwahrscheinlicher.
A.2	Es besteht künftig ein zunehmender Bedarf an Unterstützungsstrukturen, die pflegenden Angehörigen die ambulante Betreuung der Pflegebedürftigen ermöglichen.
A.3	Insbesondere werden die Leistungsbereiche übergreifende Beratung der pflegenden Angehörigen und das entsprechende Management der Pflegeprozesse größere Bedeutung erlangen (Pflegeberatung, Case & Care Management).
B.	**Ambient Assisted Living (AAL)**
B.1	Durch technologische Innovationen entsteht zunehmend die Option, das Leben im privaten Haushalt durch technische Hilfsmittel zu erleichtern und den Haushalt mit der Umgebung zu vernetzen.
B.2	Im Bereich der ambulanten Pflege entsteht so die Möglichkeit, typischen pflegerischen und medizinischen Krisenszenarien durch die Verbindung von Sensorik und Telemedizin vorzubeugen.
C.	**Interkulturelle Öffnung**
C.1	Aufgrund der vergangenen und zukünftigen innereuropäischen, aber auch darüber hinausgehenden internationalen Migration besteht ein wachsender Bedarf, die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung auf die sprachlichen und kulturellen Besonderheiten der eingewanderten Bevölkerungsgruppen anzupassen (interkulturelle Öffnung).

Abb. 4 Entwicklung von Kernthesen aus der Literaturanalyse (Beispiel). (Quelle: Klaes et al. 2011, S. 71)

Beantwortung der Forschungsfrage ausgelotet werden. Damit unterstützte die Expert_innenbefragung unmittelbar die Entwicklung des Erhebungsinstruments für die erste Delphi-Runde. Für die Auswertung wurden die Expert_inneninterviews von infas und WIAD nach einem abgestimmten Analyseschema inhaltsanalytisch ausgewertet und in einer ACCESS-Datenbank aufgenommen. (Klaes et al. 2011, S. 62, 63).

Der Leitfaden für die qualitativen Expert_inneninterviews wurde aufbauend auf dem operationalen Konzept zur Abgrenzung des Forschungsgegenstandes wie in Abschn. 2.2 skizziert und den Ergebnissen der Literaturanalyse entwickelt. Dokumentiert ist er in Klaes et al. (2011, S. 167–203). Nach einer kurzen Studienvorstellung und Abklärung der persönlichen Expertise – gefragt wurde nach beruflicher Position, Befassung mit der Thematik und weiteren relevanten Funktionen neben der Haupttätigkeit – wurden zunächst Hintergrund und Annahmen der Studie zu künftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen

erläutert.[2] Nach dieser Erläuterung sollten die Befragten Auskünfte auf die folgenden Leitfragen geben:

- Welche Leistungsbereiche des Gesundheitssystems und der angrenzenden Bereiche sind von diesen Entwicklungen betroffen?
- Wie wird sich die Relation zwischen öffentlicher und privater Versorgung verändern?
- Welche Konsequenzen ergeben sich draus für die Tätigkeiten der dort Beschäftigten?
- Welche neuen oder veränderten Anforderungen sind damit voraussichtlich für Erwerbstätige auf der mittleren Qualifikationsebene verbunden?

Dabei wurden die Befragten gebeten, sich (zunächst) auf denjenigen Leistungsbereich zu beziehen, für den sie in den nächsten fünf bis sieben Jahren die größten Änderungen erwarteten bzw. für den sie die Leitfragen am besten beantworten konnten. Die erwarteten Veränderungen im gewählten Leistungsbereich sollten ungestützt beantwortet werden, d. h. ohne vorgegebene Antwortkategorien. Wurden vorab definierte zentrale Aspekte (beispielsweise Ursachen sowie fördernde und hemmende Faktoren für geschilderte Entwicklungen, eine möglichst genaue Beschreibung erwarteter Änderungen bei Arbeitsabläufen, Tätigkeiten und Qualifikationsanforderungen oder die Benennung der voraussichtlich betroffenen Berufsfelder und Qualifikationsbereiche) nicht angesprochen oder nicht erschöpfend beantwortet, stellten die Interviewer_innen standardisierte Nachfragen. Abschließend wurde danach gefragt, ob sich die eigene oder andere Institutionen bereits durch konkrete Planungen oder Konzepte auf die künftig zu erwartenden Entwicklungen einrichten.

5.3 Fragebogen für die erste Delphi-Runde

In der ersten Delphi-Runde sollten, gemäß dem Screeningansatz, Expert_innenmeinungen über aktuelle und künftige Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem gesammelt und dadurch künftig relevante Aufgaben und Themen für das

[2]So wurde erläutert, dass von veränderten Qualifikationserfordernisse für Ausbildungsberufe im Gesundheitssystem- und angrenzenden Bereichen in den nächsten 5–7 Jahren ausgegangen wird, die sich durch Wandlungsprozesse aufgrund von demografischem Wandel, einer Zunahme chronisch-degenerativer und psychischer Erkrankungen sowie technologischem Fortschritt ergeben.

Berufsbildungssystem benannt werden. Dazu wurde ein achtseitiger Fragebogen zum selbst ausfüllen entwickelt, der in Klaes et al. (2011, S. 204 – 2013) dokumentiert ist.

Der Fragebogen war als halbstandardisiertes Erhebungsinstrument mit offenen Fragen angelegt. Die Expert_innen sollten in eigenen Worten äußern, welche organisatorischen und technischen Änderungen sie im Gesundheitswesen im Prognosezeitraum erwarten und welche Auswirkungen sich daraus an die Qualifikationsanforderungen beruflicher Tätigkeiten auf der mittleren Qualifikationsebene ergeben. Im Mittelpunkt standen zwei übergeordneten Leitfragen, zu denen jeweils gezielte Nachfragen gestellt wurden. Die beiden Leitfragen lauteten

- „Wie werden sich das Gesundheitssystem und seine angrenzenden Bereiche (z. B. Pflege, Altenhilfe, Home Care) aufgrund des soziodemografischen, technologischen und ökonomischen Wandels zukünftig entwickeln? Wie werden sich Angebote und Strukturen voraussichtlich verändern?“
- „Welche Auswirkungen werden die von Ihnen beschriebenen Entwicklungen für die Aufgabenteilung, die Tätigkeit und die Qualifikationsanforderungen der Beschäftigten der mittleren Qualifikationsebene in einem Zeitraum von fünf bis zehn Jahren haben? Welche neuen oder veränderten Anforderungen sind damit voraussichtlich für Erwerbstätige auf der mittleren Qualifikationsebene verbunden?“

Damit die von den Expert_innen skizzierten Veränderungen im Gesundheitssystem und den angrenzenden Bereichen besser zugeordnet werden konnten, wurden die Befragten gebeten, bei der Beantwortung der ersten Leitfrage im Fragebogen eine Zuordnung zu einem oder mehreren Leistungsbereichen vorzunehmen. Um eine soziostrukturelle Einordnung der Teilnehmenden zu ermöglichen, wurde am Ende des Fragebogens nach Alter, Geschlecht, ausgeübtem Beruf und der beruflichen Position in der Einrichtung gefragt. Abschließend wurde zudem um eine kurze Erläuterung gebeten, inwieweit sich die Befragten im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit persönlich mit dem Wandel im Gesundheitssystem befassen. Die Ergebnisse der ersten Delphi-Runde wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und bildeten die Grundlage für die Entwicklung des standardisierten Erhebungsinstrumentes für die zweite Delphi-Runde (Klaes et al. 2011, S. 64, 66).

5.4 Fragebogen für die zweite Delphi-Runde

Bei der Entwicklung des Fragebogens für die zweite Delphi-Runde wurde auf die Szenario-Technik zurückgegriffen. Dabei wurden in einem mehrstufigen Verdichtungsprozess auf Basis der Ergebnisse von Literaturrecherche und Expert_inneninterviews sowie der Antworten aus der ersten Delphi-Runde sechs Entwicklungsszenarien entwickelt. Die in der ersten Delphi-Runde benannten Entwicklungen und ihre Auswirkungen auf Tätigkeit und Qualifikationsanforderungen wurden den Szenarien zugeordnet und in Items zusammengefasst, anhand derer eine Bewertung durch die Expert_innen erfolgte. Die qualifikationsrelevanten Entwicklungen waren in der Regel von mehreren Personen benannt worden. Entwicklungslinien, die vor dem Hintergrund der explorativen Leitfadeninterviews und der Literaturanalyse nicht eingeordnet werden konnten oder erkennbar einen singulären Sachverhalt beschrieben, wurden in der 2. Delphi-Runde ausgeklammert (Klaes et al. 2011, S. 66).

Den Ausgangspunkt für die Entwicklung der Szenarien bildeten die in elf Themenfeldern zusammengefassten Kernthesen, die aus den Ergebnissen der Literaturrecherche abgeleitet worden waren. Diese Themenfelder wurden anschließend weiter verdichtet: Unter Einbezug der Ergebnisse der leitfadengestützten Expert_inneninterviews und der Nennungen aus der ersten Delphi-Runde wurden daraus zunächst **neun Entwicklungsprozesse und Entwürfe für Szenarien** in Versorgungsbereichen abgeleitet, die in der Literatur oder von den Befragten als qualifikationsrelevant eingestuft worden waren (Klaes et al. 2011, S. 75):

- Ambulantisierung medizinischer und pflegerischer Leistungen
- Telemonitoring (Ambient Assisted Living, AAL) und Assistenzsysteme im Dienste älterer und gesundheitlich eingeschränkter Menschen
- Neue Aufgabenteilung im stationären Bereich
- Neue Aufgabenteilung im ambulanten Bereich
- Neue Versorgungsformen (Managed Care, Case Manager etc.)
- Gesundheitsförderung, Prävention
- Medical Wellness
- Elektronische Dokumentation
- Wohnortnahe Versorgung älterer Menschen

Nach einem ausführlichen Diskussionsprozess wurden diese neun Entwürfe zu **sechs Szenarien** zusammengefasst, ohne dass dadurch substanzielle Verluste in

Kauf genommen werden mussten. Diese sechs Szenarien können als zentrale Entwicklungsströmungen im Gesundheitswesen angesehen werden. Sie beschreiben bereits damals ablaufende Prozesse, welche auch in den folgenden Jahren die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung geprägt haben und neue Qualifikationen bei Gesundheitsberufen erforderlich machten. Diese Szenarien werden in den folgenden Punkten kurz zusammengefasst (Klaes et al. 2011, S. 75 f.):

- Neue Dienste und Dienstleistungen zur Betreuung und Versorgung älterer und hochbetagter Menschen im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld
- Neue Aufgaben für die Fachkräfte in der ambulanten und stationären Versorgung (z. B. Delegation, arztentlastende Dienste, neue Aufgabenteilung)
- Intensivierung von Gesundheitsförderung und Prävention in allen Tätigkeitsfeldern des Gesundheitswesens
- Neue Angebote im Bereich Wellness und Fitness sowie ergänzende Gesundheitsdienstleistungen (z. B. Medical Wellness, Gesundheitstourismus)
- Telemonitoring und Assistenzsysteme als Triebfedern neuer Angebotsstrukturen und Qualifikationserfordernisse (z. B. eHealth, Telemedizin, Telepflege, AAL, Smart House)
- Zunehmende Vernetzung und steigender Bedarf an Prozesssteuerung in allen Bereichen des Gesundheitswesens (z. B. integrierte und sektorenübergreifende Versorgung)

Die sechs Szenarien stellten den Ausgangspunkt für den standardisierten Fragebogen der zweiten Delphi-Runde dar, der in Klaes et al. (2011, S. 214–233) dokumentiert ist. Dort wurden sie zunächst näher erläutert (siehe beispielhaft für das erste Szenario Tab. 3); anschließend wurden sie mit ausführlichen Itemlisten eingehend untersucht.

Pro Szenario wurde zunächst die Wahrscheinlichkeit dafür erfragt, dass mit dem Szenario verbundene Entwicklungen eintreten. Die Realisierungswahrscheinlichkeit sollte auf einer vierstufigen Skala angegeben werden („sehr unwahrscheinlich“, „eher unwahrscheinlich“, eher wahrscheinlich“, sehr wahrscheinlich“). Wenn die Expert_innen die Entwicklung für eher oder sehr wahrscheinlich hielten, sollten sie zudem angeben, in welchem Zeitraum sie mit dem Eintreten der genannten Entwicklung rechnen („bis in 5 Jahren“, „bis in 20 Jahren“, über 10 Jahren“).

Anschließend sollten die Expert_innen annehmen, dass das Szenario eintreten wird. Unter dieser Prämisse sollten sie eine ausführliche Itemliste potenziell

Tab. 3 Beispiel für ein Szenario mit ergänzender Erläuterung

Szenario	Neue Dienste und Dienstleistungen zur Betreuung und Versorgung älterer und hochbetagter Menschen im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld
Erläuterung	Momentan werden etwa 70 % der über 65-jährigen pflegebedürftigen Personen in Deutschland ambulant versorgt. Der sogenannte Sog ins Heim bewirkt jedoch, dass die Quote der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen leicht abnimmt. Dennoch verbindet sich in der gesellschaftspolitischen Debatte mit der Formulierung „ambulant vor stationär" seit längerem die Absicht, neben der medizinischen auch die nicht ärztliche (pflegerische, sozialpflegerische und therapeutische) Versorgung stärker in den ambulanten Bereich hineinzuverlagern. Angesichts des stetigen Anstiegs der Zahl Älterer und Hochbetagter zielt eine Stärkung der ambulanten Versorgungsformen einerseits auf eine effizientere Betreuung. Andererseits soll damit dem Wunsch der Betroffenen entsprochen werden, möglichst lange zu Hause und im Wohnumfeld leben zu können. Im Ergebnis könnte künftig wieder ein deutlich steigender Anteil der pflegebedürftigen Personen zu Hause, d. h. ambulant betreut werden

sich ändernder Tätigkeitsanforderungen bewerten, die mit dem Szenario verbunden sein können. Zunächst sollten die Befragten angeben, ob sie den Items zu den Tätigkeitsänderungen zustimmen oder diese ablehnen. Im Falle einer Zustimmung sollten sie angeben, ob durch eine solche Tätigkeitsveränderung – im Vergleich zu den heutigen Anforderungen – zusätzliche oder veränderte Qualifikationen der Beschäftigten erforderlich sind. In einer offenen Frage wurden zudem abgefragt, ob aus Sicht der Expert_innen bei einer Realisierung des Szenarios noch weitere, bislang nicht abgefragte Qualifikationsanforderungen wichtig wären.

Abschließend wurde, wiederum anhand ausführlicher Itemlisten pro Szenario, abgefragt, welche hinderlichen und förderlichen Faktoren für die skizzierten Entwicklungen bestehen. Im gesamten Fragebogen wurde bei jedem zu bewertenden Item die Antwortmöglichkeit „kann/möchte ich nicht beurteilen" angeboten. Damit sollte erreicht werden, dass niemand bei unzureichender Expertise für eine spezifische Fragestellung zu einer Antwort gedrängt wird. Die Kombination von „kann/möchte ich nicht" ließ dabei bewusst offen, aus welchem der beiden genannten Gründe keine Einschätzung abgegeben wurde.

In den Abb. 5, 6, 7 ist der Fragebogen anhand von Ausschnitten für das erste Szenario beispielhaft dokumentiert. Insgesamt umfasste der Fragebogen zwanzig Seiten mit zusammen über 250 Items, die zu bewerten waren.

Szenario 1:
Neue Dienste und Dienstleistungen zur Betreuung und Versorgung älterer und hochbetagter Menschen im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld

Momentan werden etwa 70 Prozent der über 65-jährigen pflegebedürftigen Personen in Deutschland ambulant versorgt. Der so genannte Sog ins Heim bewirkt jedoch, dass die Quote der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen leicht abnimmt. Dennoch verbindet sich in der gesellschaftspolitischen Debatte mit der Formulierung "ambulant vor stationär" seit längerem die Absicht, neben der medizinischen auch die nicht ärztliche (pflegerische, sozialpflegerische und therapeutische) Versorgung stärker in den ambulanten Bereich hinein zu verlagern. Angesichts des stetigen Anstiegs der Zahl Älterer und Hochbetagter zielt eine Stärkung der ambulanten Versorgungsformen einerseits auf eine effizientere Betreuung. Andererseits soll damit dem Wunsch der Betroffenen entsprochen werden, möglichst lange zu Hause und im Wohnumfeld leben zu können. Im Ergebnis könnte künftig wieder ein deutlich steigender Anteil der pflegebedürftigen Personen zu Hause, d.h. ambulant betreut werden.

1.1 Um eine stärkere Verankerung der ambulanten Versorgung älterer und hochbetagter, häufig pflegebedürftiger Personen erreichen zu können, wird es erforderlich sein, bestehende Strukturen und Potenziale auszubauen und auszuschöpfen. Hierzu werden viele verschiedene Lösungsansätze diskutiert, erprobt oder bereits umgesetzt.

Bitte geben Sie für die folgenden Angebotsstrukturen an, für wie wahrscheinlich Sie deren Ausbau halten. Sollten Sie einen Ausbau für wahrscheinlich halten, geben Sie bitte auch an, in welchem Zeitraum dieser Ausbau erreicht werden könnte.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile alles Zutreffende an!	Für wie wahrscheinlich halten Sie persönlich den Ausbau der folgenden Angebotsstrukturen?				In welchem Zeitraum könnte ein nennenswerter nachfragegerechter Ausbau dieser Versorgungsangebote erreicht werden?			Kann/ möchte ich nicht beurteilen
	Sehr unwahrscheinlich 1	Eher unwahrscheinlich 2	Eher wahrscheinlich 3	Sehr wahrscheinlich 4	Bis in 5 Jahren 1	Bis in 10 Jahren 2	Über 10 Jahren 3	8
Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten bei den Pflegekassen Hilfe bei der Erstellung und Umsetzung eines individuellen Versorgungsplans (Pflegeberatung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abb. 5 Fragebogenbeispiel 1: Szenario und Bewertung Entwicklungen

Szenario 1:

1.2 Gehen Sie jetzt bitte einmal davon aus, dass künftig tatsächlich ein deutlich steigender Anteil der Pflegebedürftigen ambulant betreut werden kann und es zu einem nennenswerten Ausbau der zuvor genannten Angebotsstrukturen kommt. In diesem Fall werden in den nicht ärztlichen Gesundheitsberufen der mittleren Qualifikationsebene einige Tätigkeiten und Anforderungen eine größere Bedeutung als bisher erlangen, andere werden gänzlich neu hinzukommen.

Bitte geben Sie anhand der folgenden Liste an, inwieweit Sie den diesbezüglichen Aussagen zustimmen. Für den Fall Ihrer Zustimmung geben Sie bitte auch an, ob aus Ihrer Sicht hierfür - im Vergleich zu heutigen Anforderungen - zusätzliche bzw. veränderte Qualifikationen bei Fachkräften der mittleren Qualfikationsebene erforderlich sind.

	Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?		Sind zusätzliche oder veränderte Qualifikationen erforderlich?		Kann/ möchte ich nicht beurteilen
	Stimme (eher) nicht zu 1	Stimme (eher) zu 2	Ja 1	Nein 2	8
In der ambulanten Versorgung steigt der Bedarf an Fachkräften, die verschiedene Leistungserbringer koordinieren und so den Pflege- und Behandlungsprozess besser steuern	☐	☐	☐	☐	☐

Abb. 6 Fragebogenbeispiel 2: Bewertung Tätigkeits- und Qualifikationsänderungen

1.3 Welche Qualifikationsanforderungen erachten Sie im Zuge einer Stärkung der ambulanten Versorgung älterer und hochbetagter Menschen darüber hinaus noch als wichtig?

1.4 Ob es in den nächsten Jahren zu einem deutlichen Ausbau der ambulanten Versorgung älterer und hoch betagter Menschen kommen wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Stimme voll und ganz zu 1	Stimme eher zu 2	Stimme eher nicht zu 3	Stimme überhaupt nicht zu 4	Kann/ möchte ich nicht beurteilen 8
Es fehlen wichtige rechtliche Voraussetzungen zur umfassenden Umsetzung der angesprochenen Modelle in der ambulanten Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐

Abb. 7 Fragebogenbeispiel 3: ergänzende Nennung und fördernde/hemmende Faktoren

6 Feldverlauf der Delphi-Runden

6.1 Erste Delphi-Runde: qualitative Befragung

Die Fragebögen der ersten Delphi-Runde wurden in der letzten Augustwoche 2010 an insgesamt 1508 Personen bzw. Institutionen der Expert_innenstichprobe versendet. In der letzten Septemberwoche 2010 wurde nach gut vier Wochen Feldzeit ein erstes Erinnerungsschreiben versendet. Dieses Erinnerungsschreiben wurde an alle 1375 Personen bzw. Institutionen versendet, die bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf das erste Anschreiben reagiert hatten.[3] Dem Erinnerungsschreiben war der Fragebogen erneut beigefügt; zudem enthielt es das Angebot, auf Wunsch auch einen elektronischen Fragebogen auszufüllen. Wegen des schleppenden Fragebogenrücklaufs wurde Ende Oktober 2010 eine zusätzliche, nicht geplante, zweite Erinnerungsaktion durchgeführt und die Feldzeit bis Ende November 2010 verlängert. Dank dieser Ausschöpfungsbemühungen konnte schließlich eine Rücklaufquote erreicht werden, die für eine qualitative, schriftlich-postalische Expert_innenbefragung akzeptabel ist (Klaes et al. 2011, S. 64, 65). Die Feldstatistik für die erste Delphi-Runde wird in Tab. 4 dargestellt.

[3]Wenn bereits ein ausgefüllter Fragebogen eingegangen war, eine explizite Teilnahmeverweigerung vorlag, oder rückgemeldet worden war, dass in der ausgewählten Einrichtung niemand die Fragestellung beantworten kann (weil beispielsweise eine Person aus der Institution ausgeschieden ist), wurde auf das Erinnerungsschreiben verzichtet.

Tab. 4 Feldstatistik für die 1. Runde der Delphi-Befragung

	Absolut	%
Versendete Fragebögen (brutto)	**1512**	**100**
Neutrale Ausfälle (Zielperson verstorben, nicht in Zielgruppe, oder verzogen; Adressänderungen, erneute Zusendung erwünscht)	141	9,3
Nettostichprobe	**1371**	**100**
Realisierte Interviews	203	14,8
Ohne Rücklauf	1104	80,5
Systematische Ausfälle: ZP verweigert (grundsätzlich, kein Interesse am Thema, nicht in dieser Welle, sonstige Gründe)	64	4,7

Quelle: Klaes et al. (2011, S. 66)

6.2 Zweite Delphi-Runde: quantitative Befragung

Bei Delphi-Befragungen wird die Stichprobe der ersten Runde auch der zweiten Runde zugrunde gelegt. Bei der PPH-Studie erfolge lediglich eine Adressaktualisierung auf Basis der Rückmeldungen aus der ersten Runde sowie eine Bereinigung um grundsätzliche Verweigerungen. Die Fragebögen der zweiten Runde wurden Ende März 2011 an 1361 Personen/Institutionen versendet. In den folgenden 13 Wochen wurden zwei Erinnerungsaktionen durchgeführt, die einen Neuversand des Fragebogens umfassten. Bis zum Ende der Feldzeit waren 243 auswertbare Fragebögen eingegangen, was einer Rücklaufquote von 18,5 % entspricht (Tab. 5). Nach Feldende gingen weitere 17 Fragebögen ein, die aber in den Auswertungen nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Der Anteil der Missingwerte („kann/möchte ich nicht beurteilen") war außerordentlich gering. Die Qualität der Datenbasis für die Auswertungen war damit sehr gut. (Klaes et al. 2011, S. 67).

6.3 Expert_innenworkshops anstelle dritter Erhebungsrunde

Anstelle einer dritten Erhebungsrunde wurden in der PPH-Studie die Ergebnisse zusammen mit ausgewählten Expert_innen auf drei eintägigen Workshops diskutiert. Dieses Format war zum einen gewählt worden, um die Mitwirkungsbereitschaft der Expert_innen nicht durch eine dritte Delphi-Runde zu strapazieren. Zum anderen erlaubten die Workshops, die Ergebnisse in kleinen

Tab. 5 Feldstatistik für die 2. Runde der Delphi-Befragung

	Absolut	In Prozent
Versendete Fragebögen (brutto)	**1361**	**100**
Neutrale Ausfälle (Zielperson verstorben, nicht in Zielgruppe, oder verzogen; Adressänderungen, erneute Zusendung erwünscht)	47	3,5
Nettostichprobe	**1314**	**100**
Realisierte Interviews	243	18,5
Ohne Rücklauf	1040	79,1
Systematische Ausfälle: ZP verweigert (grundsätzlich, kein Interesse am Thema, nicht in dieser Welle, sonstige Gründe)	31	2,4

Quelle: Klaes et al. (2011, S. 68)

Gruppen eingehend zu diskutieren, Anmerkungen und Hinweise auszutauschen und darüber sprechen zu können, mit welchen Konsequenzen der ermittelten Entwicklungen für die Qualifizierung von Beschäftigten des Gesundheitssystems zu rechnen war. Dies wäre im Rahmen einer standardisierten Befragung nicht möglich gewesen.

Damit die Workshops trotz der umfangreichen Studienergebnisse arbeitsfähig waren, wurden diese nicht insgesamt besprochen. Die drei Veranstaltungen wurden vielmehr thematisch auf jeweils zwei der sechs abgefragten Szenarien fokussiert:

- Workshop 1: Telematik, Vernetzung und Prozesssteuerung in der gesundheitlichen Versorgung
- Workshop 2: Neue Dienstleistungen für ältere Patient_innen und neue Aufgaben für Fachkräfte in der gesundheitlichen Versorgung
- Workshop 3: Gesundheitsförderung und Medical Wellness

Die Expert_innenauswahl für jeden Workshop erfolgte dabei über ihre thematischen Bezüge. Zur Vorbereitung der Workshops erhielten die Teilnehmer_innen vorab eine statistische Ergebnisauswertung zu den jeweiligen beiden Szenarien sowie ergänzende methodische Informationen. An den Workshops nahmen 23 Expert_innen teil. Die Workshops fanden zwischen dem 12. und 14. Juli 2011 statt (Klaes et al. 2011, S. 69).

Die differenzierenden Hinweise und Schlussfolgerungen der Teilnehmer_innen zu den Befragungsergebnissen bildeten – auch unter dem Gesichtspunkt

der praktischen Umsetzbarkeit – eine wichtige Ergänzung der Ergebnisse von Literaturrecherche und Befragungen und flossen ebenfalls in den Abschlussbericht der PPH-Studie ein. So ließen sich, auch wenn diese Frage nicht mehr Teil des Forschungsauftrages war, aufgrund der recht eindeutigen Voten der Expert_innen auf den Workshops, allgemeine Empfehlungen aussprechen, *wie* die neuen Qualifikationen vermittelt werden sollten (Klaes et al. 2011, S. 154). Darauf wird im nächsten Kapitel nach einer Zusammenfassung der erwarteten neuen Qualifikationsbedarfe eingegangen.

7 Studienergebnisse und Fazit

In den folgenden Abschnitten wird im Sinne einer allgemeinen Ergebniszusammenfassung eine stark verdichtete Darstellung der Ergebnisse vorgenommen. Für die ausführlichen, Szenario spezifischen Ergebnisse sei auf den Abschlussbericht der PPH-Studie verwiesen (Klaes et al. 2011, S. 80–148).

Mit welcher Wahrscheinlichkeit und in welcher Geschwindigkeit die Expert_innen mit einem breiten Ausbau der jeweiligen Szenarioelemente rechneten, wird in Tab. 6 zusammengefasst. Darin wird zudem ausgewiesen, in welchem Maße sie von einem Bedeutungszuwachs spezifischer Tätigkeiten und Anforderungen ausgingen und dafür neue Qualifikationen für erforderlich hielten. Die mit Symbolen dargestellten Wertungen fassen dabei Häufigkeit und Ausprägung zustimmender Voten zu den jeweiligen Items zweier Szenario spezifischer Fragebatterien zusammen (Klaes et al. 2011, S. 149).

Dabei wird deutlich, dass in den Szenarien 1 und 2 die zustimmenden Voten der Expert_innen zur Erfordernis neuer Qualifikationen am höchsten ausfielen. Beide Szenarien sind zugleich am stärksten durch die demografische Entwicklung und die damit verbundene Zunahme älterer, multimorbider und demenzkranker Menschen geprägt (Klaes et al. 2011, S. 149). Aus den in Tab. 6 zusammengefassten Befunden ließ sich eine zentrale Empfehlung ableiten:

> Im Sinne einer Priorisierung sollten diejenigen Qualifikationserfordernisse vorrangig in den Blick genommen werden, die aus den Szenarien 1, 2 und 3 resultieren. Mit ebenfalls hoher Priorität sollten die mit den Entwicklungen in den Szenarien 6 und 5 einhergehenden neuen Qualifikationserfordernisse in Angriff genommen werden, gefolgt von den im Zusammenhang mit Szenario 4 formulierten Anforderungen und neuen Qualifikationen (Klaes et al. 2011, S. 151).

Tab. 6 Verteilung der zustimmenden Antworthäufigkeiten auf die Fragen 1 (Wahrscheinlichkeit und Geschwindigkeit des Ausbaus des Szenarios) und 2 (Bedeutungszuwachs und zusätzliche Qualifikationserfordernisse) in der 2. Delphi-Runde im Vergleich der Szenarien

Szenarien	Breiter Ausbau der Szenarioelemente		Bedeutungszuwachs von Tätigkeiten und Anforderungen	
	Wahrscheinlichkeit	Geschwindigkeit	Ja	Neue Qualifikation erforderlich
1. Neue Dienste und Dienstleistungen zur Betreuung und Versorgung älterer und hochbetagter Menschen im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld	+	+	++	++
2. Neue Aufgaben für die Fachkräfte in der ambulanten und stationären Versorgung	+	++	+	++
3. Intensivierung von Gesundheitsförderung und Prävention in allen Tätigkeitsfeldern des Gesundheitswesens	+	+	++	+
4. Neue Angebote im Bereich Wellness und Fitness sowie ergänzende Gesundheitsdienstleistungen	+	++	O	O
5. Telemonitoring, technologische Entwicklung und Assistenzsysteme als Triebfedern neuer Angebotsstrukturen und Qualifikationserfordernisse	O	+	+	+
6. Zunehmende Vernetzung und steigender Bedarf an Prozesssteuerung in allen Bereichen des Gesundheitswesens	O	O	++	+

Anteil und Ausprägung zustimmender Voten: ++ = sehr hoch… + = hoch… O = mittel

Quelle: Klaes et al. (2011, S. 150)

Welche Qualifikationserfordernisse damit vorrangig angesprochen waren, fasst Tab. 7 für Qualifikationen zusammen, die Szenario übergreifend für erforderlich gehalten wurden. Ausgewiesen sind nur solche Erfordernisse, die nach Einschätzung der Exert_innen in mindestens zwei Szenarien einen hohen bis sehr hohen Qualifikationsbedarf mit sich brachten. Werden denjenigen Anforderungen betrachtet, die der Einschätzung zufolge in allen sechs Szenarien neuen Qualifikationsbedarf mit sich bringen, handelt es sich überwiegend um Querschnittsaufgaben:

- interdisziplinäre Kommunikation
- Zielgruppengerechte Kommunikation und Interaktion
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Versorgungs- und Gesundheitsmanagement
- Koordination und Vernetzung von Leistungserbringern
- Qualitätsmanagement
- Umgang mit Multimorbidität
- elektronische Dokumentation und Evaluation

Dieser Querschnittscharakter trifft größtenteils auch für die weiteren Qualifikationserfordernisse aus Tab. 7 zu, die nicht in allen Szenarien eine Rolle spielen. Allerdings treten hier neben die Querschnittaufgaben auch spezifische Anforderungen wie Palliativbetreuung und Medikamentenmanagement. Damit sind die wichtigsten übergreifenden Bereiche skizziert, in denen für die abgefragten Zeiträume von Gesundheitsfachberufen veränderte, ergänzte oder auch ganz neue Qualifikationen erwartet wurden. Dazu kommen die zusätzlichen spezifischen Qualifikationserfordernisse, die nur im jeweiligen Szenariokontext relevant sind. Diese sind in Tab. 8 zusammengefasst, wobei in nur Erfordernisse mit relativ hohen Zustimmungsvoten aufgenommen wurden (Klaes et al. 2011, S. 151, 153).

Insgesamt ergab sich aus den Einschätzungen der Expert_innen, dass spezielle Qualifikationen in jedem Gesundheitsfachberuf auch in den abgefragten künftigen Zeiträumen noch einen wesentlichen Teil der erforderlichen Kernkompetenzen ausmachen werden. Gleichzeitig wurde erwartet, dass verstärkt zusätzliche Querschnittsqualifikationen erforderlich werden, die einen ergänzenden Kernbereich an Qualifikationen bilden. Vor dem Hintergrund der hohen Zustimmungsraten zu diesen Entwicklungen stand nicht infrage, *ob* diese Veränderungen aus Expert_innensicht eintreten bzw. welche Qualifikationsbereiche davon betroffen sein würden. Diese Fragen wurden mit der PPH-Studie

Tab. 7 Szenarienübergreifende Qualifikationserfordernisse im Vergleich der sechs Szenarien

Tätigkeitsbereiche und Anforderungen mit relativ hohem zusätzlichem Qualifizierungsbedarf	Szenario					
	1	2	3	4	5	6
1. Interdisziplinäre Kommunikation, Teamorientierung, Multiprofessionalität	●	●	●	●	●	●
2. Zielgruppengerechte Kommunikation und Interaktion (insbes. mit alten Menschen, über Settings definierten Zielgruppen, Demenzkranken, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung)	●	●	●	●	●	●
3. Auf Adressatenbedürfnisse und Settingbezüge zugeschnittene Gesundheitsförderung und Prävention	●	●	●	●	●	●
4. Versorgungs- und Gesundheitsmanagement (gemeinde- bzw. quartierbezogen)	●	●	o	o	●	●
5. Koordination und Vernetzung verschiedener Leistungserbringer	●	●	o	o	●	●
6. Qualitätsmanagement	●	●	●	o	o	●
7. Umgang mit Multimorbidität	●	●	o	o	●	●
8. Elektronische Dokumentation und Evaluation	o	●	o	o	●	●
9. Patientenedukation und -beratung	●	●	●		o	●
10. Schnittstellenmanagement	●	●			●	●
11. Kenntnisse der medizinischen Behandlungskette und der sektorübergreifenden Ablauforganisation	●	●			o	●
12. Anleitung von pflegenden Angehörigen	●	●	o		o	
13. Fundierte Settingkenntnisse	●		●			●
14. Palliativbetreuung, Sterbebegleitung	●	o				●
15. Leitlinienorientiertes Handeln	o	●				●
16. Fachübergreifende Assessments	●	●				
17. Medikamentenmanagement	●	●				
18. Social Marketing			●	●		
19. Datensicherheit und Datenschutz					●	●

● = hoher bis sehr hoher Qualifikationsbedarf o = mittlerer bis hoher Qualifikationsbedarf
Quelle: Klaes et al. (2011, S. 152)

Tab. 8 Ausgewählte szenarienspezifische Qualifikationserfordernisse in den sechs Szenarien im Überblick

Tätigkeitsbereiche und Anforderungen mit relativ hohem zusätzlichem Qualifizierungsbedarf	Berufsgruppen
Szenario 1	
• Spezialisierte intensivpflegerische Kompetenzen in den Bereichen Schmerzversorgung, künstliche Ernährung und Beatmungspflege zur Sicherstellung einer ambulanten intensivmedizinischen Betreuung	Fachkräfte im ambulanten Bereich
• Vertieftes Eingehen auf spezifische Patientengruppen (u. a. Demenzkranke, multimorbide Patientinnen und Patienten, Menschen mit Migrationshintergrund)	Fachkräfte im ambulanten Bereich
Szenario 2	
• Fachliche Beurteilung von Wohnumfeld, Hilfsmittelgebrauch, Gesundheitszustand und Mobilität der Patientinnen und Patienten	Fachkräfte im ambulanten Bereich
• Wahrnehmung von:	Fachkräfte im klinischen Bereich
– Lebensrettenden Maßnahmen auf der Basis neuer Technologien	
– Selbstständig durchgeführter Dialyse	
– Selbstständig durchgeführten einfachen chirurgischen Tätigkeiten	
– Radiologischer Diagnostik auf der Basis neuer Technologien unter ärztlicher Aufsicht	
– Erweiterten Aufgaben in der Anästhesie	
Szenario 3	
• Befähigung von Zielpersonen zur Reflexion und Verantwortungsübernahme bezüglich der eigenen Gesundheit (Empowerment)	Fachkräfte im Allgemeinen
• Professionelle Planung und Organisation von Veranstaltungen zu Themen der Prävention und Gesundheitsförderung (Eventmanagement)	Fachkräfte im Allgemeinen
Szenario 4	
• Fachkenntnisse im Bereich Ernährungsberatung	Medizin. und heiltherapeutische Fachkräfte
• Fachkenntnisse im Bereich der alternativen Medizin	Medizinische Fachkräfte
• Grundkenntnisse der im Bereich Medical Wellness angebotenen Gesundheitsdienstleistungen	Touristikfachkräfte

(Fortsetzung)

Tab. 8 (Fortsetzung)

Tätigkeitsbereiche und Anforderungen mit relativ hohem zusätzlichem Qualifizierungsbedarf	Berufsgruppen
• Grundkenntnisse der medizinischen Angebote im Bereich Medical Wellness	Hotelfachkräfte in Gesundheits-, Sport- und Kurhotels
• Grundkenntnisse aus der Hotellerie	Medizinische Fachkräfte
• Fremdsprachenkenntnisse	Fachkräfte im Bereich Medical Wellness
Szenario 5	
• Zielgruppenadäquate Konfiguration der technischen Assistenzsysteme (z. B. für Hochbetagte, Demenzkranke, Pflegebedürftige, ältere Migrantinnen und Migranten)	Technische Fachkräfte
• Grundkenntnisse der Abläufe in der pflegerischen und medizinischen Versorgung bei Installation und Wartung technischer Assistenzsysteme	Technische Fachkräfte
• Kenntnisse von alters- und patientenspezifischen Bedürfnissen und Besonderheiten bei Installation und Wartung technischer Assistenzsysteme	Technische Fachkräfte
• Fähigkeit zur Interpretation der beim Telemonitoring routinemäßig anfallenden Daten (Vorbefundung)	Medizinische Fachkräfte
Szenario 6	
• Interessenunabhängige Beratung	Koordinierende und prozesssteuernde Fachkräfte
• Betriebswirtschaftliche Kenntnisse	
• Grundkenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen von Kooperationen und beteiligten Professionen	
• Ermittlung des Gesundheits- und Behandlungsstatus durch medizinische Interviews und die Anwendung von Assessmentverfahren	
• Kenntnisse in der Recherche u. Anwendung wissenschaftlicher Informationen	

Quelle: Klaes et al. (2011, S. 155 f.)

für die abgefragten Zeiträume beantwortet. Die Frage, *wie* diese neuen Qualifikationen vermittelt werden sollen, war damit jedoch nicht beantwortet; sie war auch nicht mehr Teil des Forschungsauftrages. Aufgrund recht eindeutiger Voten der Expert_innen in den thematischen Workshops konnten aber allgemeine Empfehlungen ausgesprochen werden (Klaes et al. 2011, S. 154):

Je nach Beruf sollten die neuen Querschnittsqualifikationen in unterschiedlicher Gewichtung sowohl in bestehende Ausbildungsgänge integriert als auch berufsbegleitend im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen vermittelt werden. In den Workshops wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass sich angesichts des Querschnittscharakters eine interdisziplinäre Ausrichtung solcher berufsbegleitenden Qualifizierungen anbietet. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass es sich neben der Integration übergreifender Kompetenzen in bestehende oder ggf. zu ergänzende Berufe unter Umständen auch anbieten kann, neue Berufe zu entwickeln, die umgekehrt konzipiert sind: In Ihnen würden Querschnittsqualifikationen den eigentlichen Kern darstellen; spezifische Qualifikationen könnten berufsbegleitend in der Praxis sowie über Fort- und Weiterbildung vermittelt werden. So wären beispielsweise Fachkräfte für Quartiersmanagement, Fachkräfte für Qualitätsmanagement oder Fachkräfte für Gesundheitsförderung denkbar (Klaes 154). In jedem Fall käme der Berufseinstiegsphase eine neue Bedeutung zu, wenn Querschnittsqualifikationen in der Ausbildung ein höheres Gewicht erhielten. Denn dann wären in der Berufseinstiegsphase die für die jeweiligen Betätigungsfelder spezifischen Qualifikationen in dem Maße zu vertiefen, in dem sie in der Ausbildung zugunsten der neuen Querschnittsqualifikationen zurückgestellt wurden (Klaes et al. 2011, S. 156).

Primäres Ziel der PPH-Studie war es, die Expert_inneneinschätzungen zur Forschungsfragestellung zu erheben, und nicht, einen Konsens herzustellen. Die Delphi-Methode war im Sinne eines schriftlichen Gruppendiskussionsverfahrens jedoch zugleich gut geeignet, unterschiedliche Standpunkte zu beleuchten und Handlungsspielräume auszuloten.

Aus den Studienergebnissen wurde deutlich, dass es mit der aufwendig erstellten Stichprobe gelungen ist, die unterschiedlichen Interessenkonstellationen der befragten Akteursgruppen gut abzubilden: Die Studienergebnisse geben differenziert Auskunft darüber, in welchen Bereichen künftige Entwicklungen und Qualifikationsbedarfe über die Akteursgruppen hinweg ähnlich eingeschätzt wurden und in welchen Bereichen sich die Einschätzungen nach beruflichem Hintergrund unterscheiden. Dabei haben sich die unterschiedlich Handlungsinteressen der Akteursgruppen in der erwarteten Klarheit in den Ergebnissen widergespiegelt; häufig differierten die Einschätzungen der Befragten zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberufen. Beispielsweise zeigte die Ärzteschaft im Bereich Gesundheit und Prävention zu den abgefragten Qualifikationsanforderungen für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe nahezu durchgängig geringere Zustimmungswerte als die anderen Gruppen. Eine mögliche Erklärung besteht darin, dass Ärzt_innen die Prävention als eine nach wie vor originäre ärztliche Aufgabe verstehen

und auch künftig weniger als Aufgabe der Gesundheitsfachberufe ansehen (Klaes et al. 2011, S. 112).

Inhaltlich war die PPH-Studie mit der Thematik „Public/Private Health" in seinen unterschiedlichen Schattierungen sehr breit angelegt. Daraus resultierten eine breite Zielgruppe der zu befragenden Expert_innen und eine breite Fragestellung. Beides führte zu großen Informationsmengen, die gebündelt werden mussten. Daher waren die Erstellung der Stichprobe, die Entwicklung der Erhebungsinstrumente sowie die Analyse und Bewertung der Ergebnisse aus Literaturrecherche und den Erhebungen mit einem entsprechend hohen Aufwand verbunden. Eine Herausforderung bestand dabei insbesondere darin, die Vielzahl der Argumente aus der ersten Delphi-Runde so zu verdichten, dass sich in der standardisierten Erhebung der zweiten Delphi-Runde möglichst alle Argumentationsstränge wiederfinden.

Insgesamt erwies sich das gewählte Studiendesign als gut geeignet, um trotz der breit angelegten Thematik die gewünschten detaillierten Expert_inneneinschätzungen zu künftigen Qualifikationsbedarfen bei Beschäftigten der mittleren Ebene im Gesundheitswesen und den angrenzenden Bereichen zu erhalten. Für die Verarbeitung der Informationsmengen war jedoch ein hoher Zeit- und Ressourceneinsatz erforderlich. Für ähnlich gelagerte künftige Studien wird daher eine kritische Überprüfung empfohlen, ob sich die zu untersuchende Fragestellung bereits eng genug abgegrenzt ist oder sich gegebenenfalls noch stärker zuspitzen lässt, als zunächst geplant.

Durch eine stärkere Fokussierung der Fragestellung ließe sich zum einen eine Begrenzung der Informationsmenge in der Auswertung und den Delphi-Erhebungen erzielen. Zum anderen könnte dadurch ggf. der Kreis der potenziell einzubeziehenden Expert_innen bzw. der zu recherchierenden Adressen enger abgegrenzt werden. Beides würde den Aufwand für die Studiendurchführung entsprechend verringern, ohne Abstriche an der skizzierten methodischen Vorgehensweise vornehmen zu müssen.

Eine Reduzierung der Expert_innenstichprobe ohne gleichzeitige Einschränkung der Fragestellungen ist nicht zu empfehlen. Die Aufwandsminimierung würde möglicherweise mit einem Informationsverlust erkauft. Da die Streuung der Expert_inneneinschätzungen ex ante nicht bekannt ist, bestünde im Falle zu kleiner Stichproben die Gefahr, ein systematisch verzerrtes oder zufällig untypisches Bild der Expert_inneneinschätzungen zu erhalten.

Literatur

Banz, M., Klaes, L., Köhler, T., Leinert, J., Olthoff, C., Rommel, A., et al. (2010). *Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei beruflichen Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene im Bereich Public private health.* Unveröffentlichter erster Zwischenbericht für das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Bonn.

Häder, M. (2014). *Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.

Klaes, L., Köhler, T., Rommel, A., Schüler, G., & Schröder, H. (2011). Public private health. Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei beruflichen Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene im Bereich Public private health. Abschlussbericht. www.frequenz.net/uploads/tx_freqprojerg/Abschlussbericht_PPH_web.pdf. Zugegriffen: 26. Juni 2018.

Klaes, L., Köhler, T., Rommel, A., Schüler, G., & Schröder, H. (2013). *Public private health. Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitswirtschaft.* Bielefeld: Bertelsmann.

Niederberger, M., & Renn, O. (2018). Das klassische Delphi-Verfahren: Konzept und Vorgehensweise. In M. Niederberger & O. Renn (Hrsg.), *Das Gruppendelphi-Verfahren. Vom Konzept bis zur Anwendung* (S. 7–25). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18755-2.

Schüler, G., Klaes, L., Rommel, A., Schröder, H., & Köhler, T. (2013). Zukünftiger Qualifikationsbedarf in der Pflege. Ergebnisse und Konsequenzen aus dem BMBF-Forschungsnetz FreQueNz. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56(8), 1135–1144. https://doi.org/10.1007/s00103-013-1754-x

Hrsg.
Marlen Niederberger
Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
Schwäbisch Gmünd, Deutschland

Ortwin Renn
Institute for Advanced
Sustainability Studies e. V.
Potsdam, Deutschland

ISBN 978-3-658-21656-6 ISBN 978-3-658-21657-3 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21657-3

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

Springer VS
© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Delphi-Verfahren sind strukturierte Gruppenkommunikationsprozesse, in deren Verlauf komplexe Sachverhalte, über die unsicheres und unvollständiges Wissen existiert, durch Expert_innen in einem iterativen Prozess beurteilt werden. Das Besondere ist, dass bei jeder erneuten Befragung die aggregierten Gruppenantworten der vorherigen Befragung zurückgekoppelt werden und die Befragten auf dieser Basis ihre Urteile überdenken und gegebenenfalls revidieren können. Als charakteristische Merkmale gelten: 1) Anonymisierung der Antworten, 2) Iterative Befragung mit kontrolliertem Feedback und 3) Ermittlung aggregierter Gruppenantworten.

Delphi-Verfahren haben sich in verschiedenen Disziplinen und Anwendungsfeldern international bewährt. Die ersten Delphi-Studien wurden im Bereich der Zukunftsforschung eingesetzt. Bis heute stellen sie ein wichtiges Instrument für die Analyse möglicher zukünftiger Zustände dar. Darüber hinaus werden Delphi-Verfahren zur Erfassung des aktuellen Wissensstandes, zur Auflösung bzw. Charakterisierung kontroverser Urteile, zur Identifikation und Formulierung von Standards bzw. Leitlinien, zur Entwicklung von Messinstrumenten, zur Identifikation von Indikatoren oder zur Formulierung von Handlungsempfehlungen bzw. prioritären Maßnahmen eingesetzt. In den Gesundheitswissenschaften haben sie sich vor allem zur Erfassung von Konsens bzw. Konsens über den Dissens unter Expert_innen etabliert. Durch die iterative Expert_innenbefragung kann Wissen zu einer offenen oder umstrittenen Fragestellung erfasst, kalibriert und auf mögliche Divergenzen hin charakterisiert werden. Darauf aufbauend können Konsensräume identifiziert und Dissensräume genauer und argumentativ abgesichert charakterisiert werden. Ziel ist es, die Evidenz für die durch Interventionen angestrebten Effekte zu erhöhen und damit die Chance zur Wirksamkeit zu verbessern.

Marlen Niederberger
Ortwin Renn *Hrsg.*

Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften

Konzept, Varianten und Anwendungsbeispiele

Springer VS