

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften – School of Public Health

**Akademisierung von Gesundheit(-sberufen)**

–

**Chancen, Herausforderungen und Perspektiven der Public Health-Ausbildung für das  
Berufsfeld Gesundheit.**

**Eine Markt- und Potenzialanalyse**

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades der Gesundheitswissenschaften

„Doctor of Public Health“

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften

der Universität Bielefeld

vorgelegt von

Julia Hinz

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Zweitgutachterin: Prof'in Dr. med. Claudia Hornberg

Bielefeld, September 2018

„(...) ist eigentlich Public Health was ganz wichtiges, weil hat alles mit dieser immer mit dem Management von Schnittstellen zu tun. Egal ob's Sie's jetzt thematisch oder auf Krankheitsbilder beziehen oder ob Sie es auf Strukturen, gesellschaftliche Strukturen oder auf politische Strukturen beziehen, da scheint mir doch ganz viel drin zu liegen und was glaube ich, ganz wichtig ist, wir müssen ja sicher nicht nur den Transfer zu Ihren Studierenden und zu denen, die da Akteure im Gesundheitswesen sind hinkriegen, sondern auch zu den Entscheidungsträgern. Die müssen ja schließlich und endlich auch verstehen, warum wir eigentlich Public Health brauchen. Fragen Sie mal einen Bundestagsabgeordneten, was er eigentlich von Public Health kennt, was er da weiß, warum er die braucht“.

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	9
Danksagung.....	11
Zusammenfassung.....	12
1. Einleitung.....	14
1.1 Hintergrund und Problemstellung.....	17
1.2 Zielsetzung und Fragestellung.....	20
2. Die Public Health Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit.....	29
2.1 Public Health – Eine Bestandsaufnahme der Ausbildungssituation für die Berufsfeldpraxis.....	29
2.1.1 Begriffsbestimmung und Verortung der Public Health-Ausbildung in der Berufsfeldpraxis.....	31
2.1.2 Public Health Ausbildung und Berufsfeldpraxis in Deutschland.....	34
2.1.3 Public Health-Ausbildung und Berufsfeldpraxis international.....	38
2.1.4 Herausforderungen und Bedarfe der Public Health-Ausbildung für die Berufsfeldpraxis in Deutschland.....	40
2.2 Arbeitsmarkt Gesundheit und Public Health.....	44
2.2.1 Begriffsbestimmung.....	45
2.2.2 Akademisierung der Gesundheitsberufe am Beispiel Pflege.....	48
2.2.3 Stellenwert von Public Health in der Akademisierung der Gesundheitsberufe am Beispiel Pflege.....	66
3. Theoretische Rahmenbedingungen von Interdisziplinarität.....	68
3.1 Bestandsaufnahme relevanter theoretischer Konzepte.....	68
3.2. Kritik an den Konzepten zur Interdisziplinarität.....	73
3.3 Entwicklung eines eigenen Modells.....	74
4. Vorgehensweise und angewandte Methoden.....	77
4.1 Methodik.....	81
4.1.1 Literaturrecherche.....	82
4.1.2 Dokumentenanalyse.....	84
4.2 Qualitative Befragung von Entscheidungstragenden von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit.....	85
4.2.1 Sampling.....	86
4.2.2 Erhebungsmethode.....	90
4.2.3 Akquise- Strategie.....	91
4.3 Auswertung.....	92
4.3.1 Aufbereitung der Interviewdaten.....	92

4.3.2 Empirisch begründete Typenbildung .....	96
5. Entwicklungstrends der Public Health-Ausbildung zwischen Wissenschaft und Arbeitsmarkt Gesundheit .....	99
5.1 Bedeutung von Public Health .....	103
5.1.1 Die Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände Pflege und Medizin .....	111
5.1.2 Die Sicht der Public Health Professionals Fachhochschule und Universität .....	115
5.1.3 Die Sicht der Berufsverbände Pflege und Gesundheitsberufe.....	121
5.1.4 Die Sicht der Politik (Berufspolitik/ Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheitspolitik) .....	124
Zwischenfazit.....	129
5.2 Grundsätzliche Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern .....	130
5.2.1 Die Sicht der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter Pflege und Medizin.....	130
5.2.2 Die Sicht von Public Health Professionals .....	135
5.2.3 Die Sicht der Berufsverbände.....	143
5.2.4 Die Sicht der Politik .....	148
Zwischenfazit.....	155
5.3 Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen .....	159
5.3.1 Die Sicht der Public Health Professionals.....	160
5.3.2 Die Sicht der Berufsverbände.....	166
5.3.3 Die Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände .....	169
5.3.4 Die Sicht der Politik .....	173
5.4 Synopse Gesundheitswissenschaft und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege) .	179
5.4.1 Interprofessionelles Handeln .....	180
5.4.2 Arbeiten in multiprofessionellen Teams .....	191
5.4.3 Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften .....	194
5.4.4 Anteil von Public Health an der Akademisierung Pflege .....	196
5.5 Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit.....	198
5.6 Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen.....	202
5.7 Chancen, Herausforderungen und Perspektiven der Public Health Ausbildung im Berufsfeld Gesundheit – Zusammenfassung der Ergebnisse.....	209
6. Diskussion.....	220
6.1 Reflexion der Methodologie und Methodik.....	220
6.2 Potenziale und Limitationen von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit und Konsequenzen für die Ausbildung von Public Health – Diskussion der Ergebnisse .....	228
7. Akzeptanz von Public Health im Berufsfeld Gesundheit – Schlussfolgerungen.....	242

7.1 Steuerung von Sorgenetzwerken und erforderliche Kompetenzen im Handlungsfeld Interdisziplinarität - Überwindung von Sektorengrenzen im Bereich Pflege. Ein Beitrag zum fehlenden Care- und Case-Management .....	246
7.2 Public Health in Ausbildung, Lehre und Didaktik .....	258
8. Fazit und Ausblick .....	261
8.1 Die Ergebnisse der Untersuchung im Kontext von Public Health an Universitäten und Hochschulen .....	261
8.2 Die Ergebnisse der Untersuchung im Kontext der Weiterentwicklung des Berufsfeldes Pflege .....	262
8.3 Ausblick und Forschungsbedarfe.....	264
9. Literaturverzeichnis .....	265
10. Anhang.....	285
10.1 Interviewleitfaden .....	285
10.2 Datenschutz .....	291
10.3 Ethik .....	293
10.4 Akquise-Schreiben .....	296
10.5 Beispieltranskript.....	298
10.6 Beispiel tabellarischer Verlauf der Auswertung .....	306
10.7 Eidesstattliche Erklärung .....	323

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Untersuchungsmodell.....	28
Abbildung 2 Public Health als neues berufliches Tätigkeitsfeld.....	74
Abbildung 3 Eigenes Modell zur Anschlussfähigkeit von Public Health in einem populationsorientierten und sektorenübergreifenden Zukunftskonzept.....	75
Abbildung 4: Verfahren der interaktiven Segmentmatrix.....	102
Abbildung 5 Fallvergleich .....	104
Abbildung 6 Dimensionalisierung der Kategorie "Bedeutung von Public Health" und Reduktion der Subkategorien .....	108
Abbildung 7 Fallkontrastierung Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände (Pflege / Medizin).....	109
Abbildung 8: Dimensionalisierung der Kompetenz-Typen der Berufsverbände.....	145
Abbildung 9: Dimensionalisierung der grundsätzlichen Kompetenzen der Politik.....	150
Abbildung 10 Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege und Entwicklungen in Public Health.....	158
Abbildung 11: Dimensionalisierung der Anforderungs-Typen .....	162
Abbildung 12: Dimensionalisierung von Merkmalen .....	167
Abbildung 13: Merkmale der Typenbildung.....	175
Abbildung 14: Bedeutung von Public Health.....	209
Abbildung 15: grundsätzliche Kompetenzen.....	210
Abbildung 16: Anforderungsprofil.....	211
Abbildung 17: Interprofessionelles Handeln .....	212
Abbildung 18: Arbeiten in multiprofessionellen Teams.....	214
Abbildung 19: Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften.....	215
Abbildung 20: Anteil von Public Health an der Akademisierung Pflege.....	216
Abbildung 21 Handlungsfelder von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit.....	243
Abbildung 22 Handlungsfeld Zusammenbringen von Akteuren .....	245

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Theoretisches Sample .....	87
Tabelle 2 Transkriptionsregeln .....	100
Tabelle 3 Kodierung .....	105
Tabelle 4 Dimensionalisierung .....	106
Tabelle 5 Identifikation und Beschreibung von "Verständnis / Bedeutung von PH" .....	107
Tabelle 6 mehrdimensionale Kreuztabelle Fallkontrastierung Arbeitgeberverbände .....	110
Tabelle 7: Public Health aus Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände .....	111
Tabelle 8: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten „systemischer Typ“ .....	112
Tabelle 9: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten "politischer Typ" .....	113
Tabelle 10: Fallkontrastierung Pflege und Medizin .....	114
Tabelle 11: Fallvergleich Public Health Professionals .....	115
Tabelle 12: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten "theoretischer Typ" .....	116
Tabelle 13: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten "systemischer Typ" .....	116
Tabelle 14: Beschreibung der Ähnlichkeiten "pragmatischer Typ" .....	117
Tabelle 15: Fallkontrastierung Universität und Fachhochschule .....	119
Tabelle 16: Merkmale „theoretisch-systemischer Typ“ .....	119
Tabelle 17: Merkmale "pragmatischer Typ" .....	120
Tabelle 18: Fallvergleich Pflege und Gesundheitsberufe .....	121
Tabelle 19: Beschreibung der Zusammenhänge Berufsverbände Pflege / Gesundheitsberufe .....	122
Tabelle 20: Beschreibung der Unterschiede und Ähnlichkeiten Pflege und Gesundheitsberufe .....	122
Tabelle 21: Wahrnehmung von Public Health durch Politik .....	124
Tabelle 22: Beschreibung der Unterschiede und Ähnlichkeiten aus Sicht der Politik .....	125
Tabelle 23: Charakteristika der Fälle "umstritten-unklar" .....	128
Tabelle 24: Charakteristika der Fälle "politisch-unwissend" .....	128
Tabelle 25: Einschätzung der grundsätzlichen Kompetenzen aus Sicht von Arbeitgebern / Berufsvertretern .....	130
Tabelle 26: Identifizierung und Beschreibung der grundsätzlichen Kompetenzen .....	131
Tabelle 27: Einschätzung der grundsätzlichen Kompetenzen aus hochschulischer Sicht .....	135
Tabelle 28: Gruppierung von Unterschieden und Ähnlichkeiten .....	137
Tabelle 29: Wahrnehmung grundsätzlicher Kompetenzen durch Berufsverbände .....	143
Tabelle 30: Darstellung von Unterschieden und Ähnlichkeiten .....	144
Tabelle 31: Fallvergleich Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheitspolitik .....	148
Tabelle 32: Gruppierung von Unterschieden und Ähnlichkeiten .....	149
Tabelle 33: Kontrastierung der Gruppen Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik und Gesundheit .....	152
Tabelle 34: Anforderungsprofil aus Sicht der Public Health Professionals .....	160
Tabelle 35: Unterschiede und Ähnlichkeiten zur Beschreibung des Anforderungsprofils .....	161
Tabelle 36: Fallkontrastierung Fachhochschule und Universität .....	165
Tabelle 37: Dimensionalisierung der Subkodes zur Einschätzung des Anforderungsprofils aus Sicht von Berufsverbänden .....	166
Tabelle 38: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten und Zuordnung zum Typen-System .....	167
Tabelle 39: Einschätzung des Anforderungsprofils aus Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände .....	169

Tabelle 40: Gruppierung von Unterschieden, Ähnlichkeiten und Zusammenhängen und Zuordnung zum Typen-System .....	170
Tabelle 41: Analyse empirischer Regelmäßigkeiten zwischen den Fällen Pflege und Medizin .....	171
Tabelle 42: Dimensionalisierung der Subkategorien zur Einschätzung des Anforderungsprofils aus Sicht der Politik.....	173
Tabelle 43: Gruppierung von Unterschieden, Ähnlichkeiten und Zusammenhängen und Zuordnung zum Typen-System .....	174
Tabelle 44: Fallkontrastierung der Fälle Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik und Gesundheitspolitik .....	177
Tabelle 45: Code-Matrix-Browser zur Darstellung der Häufigkeit der Codes Synopse von Gesundheitswissenschaften und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege) .....	179
Tabelle 46 Code-Matrix-Browser zur Darstellung der Häufigkeit Interprofessionelles Handeln.....	180
Tabelle 47 Gewichtung der Subcodes interprofessionelles Handeln.....	180
Tabelle 48 Beharrungsvermögen der Medizin .....	181
Tabelle 49 Gestaltung von Lehrprozessen und bildungswissenschaftlicher Forschung .....	185
Tabelle 50 Anerkennung von Handlungskompetenzen Public Health weiterdenken.....	186
Tabelle 51 Verteilung der Gewichtung des Codes Interprofessionelles Handeln fallvergleichend.....	187
Tabelle 52 Interprofessionelles Handeln für Public Health Professionals .....	188
Tabelle 53 Interprofessionelles Handeln für Politik / Bildung und Hochschule.....	189
Tabelle 54 Interprofessionelles Handeln für Politik / Beruf und Gewerkschaft.....	190
Tabelle 55 Arbeiten in multiprofessionellen Teams.....	192
Tabelle 56 Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften .....	195
Tabelle 57 Anteil von PH an Akademisierung Pflege.....	197
Tabelle 58 Handlungsfelder aus Sicht der Pflege .....	199
Tabelle 59 Perspektiven und Handlungsfelder aus Sicht Berufsverband Pflege.....	199
Tabelle 60 Handlungsfelder und Perspektiven aus Sicht von Public Health Professionals Universität .....	200
Tabelle 61 Handlungsfelder und Perspektiven aus Sicht von Public Health Professionals Fachhochschule.....	201
Tabelle 62: Verteilung der Gewichtung nach Fällen .....	202
Tabelle 63: Aspekte zur Stärkung von Public Health.....	203
Tabelle 64: Aspekte zur Veränderung des Gesundheitssystems .....	203
Tabelle 65: Gegenüberstellung von Aspekten / Codes mit Textsegmenten .....	204
Tabelle 66: Empfehlungen an das Fach Public Health.....	205
Tabelle 67: Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe .....	205
Tabelle 68: Zuordnung der Aspekte / Codes zu Textsegmenten aus den Interviews .....	206
Tabelle 69: gesellschaftlicher Diskurs über Public Health.....	207
Tabelle 70: Empfehlungen zur Studiengangsentwicklung .....	208
Tabelle 71: Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt.....	217
Tabelle 72: Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit.....	218
Tabelle 73: Empfehlungen an das Fach Public Health.....	218
Tabelle 74: Veränderung des Gesundheitssystems .....	219
Tabelle 75: Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe .....	219
Tabelle 76: Bestätigung der Forschungsthesen .....	232
Tabelle 77: Übertragung der erhobenen Kompetenzen auf Netzwerkphasen / Instrumente.....	253



## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Auflösung</b>
AHPGS	Akkreditierungsagentur im Bereich Gesundheit und Soziales
ASCOT	Kompetenzmessung in der Berufsbildung-
ASPH	Forschungsinitiative des BMBF Association of Schools of Public Health
ASPHER	Association of Schools of Public Health
BDA	Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DEVAP	Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
dghd	Deutsche Gesellschaft für Hochschuldidaktik
DGPH	Deutsche Gesellschaft für Public Health
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen
ECTS	European Credit Transfer System
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen
EU	Europa
FH	Fachhochschule
FIS	Literaturdatenbank Pädagogik (Erziehungswissenschaft, Bildungsforschung, Fachdidaktik)
GesinE	Studie zur Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Europa

GKV-RSA	Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GQR	gesundheitswissenschaftlicher Qualifikationsrahmen
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
HVG	Hochschulverbund
KMK	Gesundheitsberufe
MAXQDA	Kultusministerkonferenz
MGEPA	Eigenname für eine Analysesoftware
	Ministerium für Gesundheit, Ernährung, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
o.A	ohne Angaben
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PH	Public Health
PHAC	Public Health Action Cycle
PICO	Problems, Items of Interest, Comparison, Outcome
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SDPH	Schools and Departements of Public Health
SGB	Sozialgesetzbuch
UK	United Kingdom
US	United States
USA	United States of America
VKAD	Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.
WHO	World Health Organization
ZIF	Zentrum für interdisziplinäre Forschung

## Danksagung

Bei der Erstellung dieser Dissertation wurde ich sowohl von meinen Betreuer/innen als auch von Kolleg/innen, meinen Mentor/innen und meiner Familie unterstützt.

Mein allerherzlichster Dank gilt meinem Betreuer Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger und meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Claudia Hornberg für die stets wertschätzende und konstruktive Begleitung.

Für die maßgeblichen mutmachenden Impulse für dieses Vorhaben möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Beate Blättner bedanken.

Mit Rat standen mir stets meine Kolleg/innen Frau Dr. Kerstin Schlingmann, Frau Dr. Mareike Wörmann, Herr Dr. Hendrik Baumeister, Herr Dr. Jürgen Breckenkamp, Frau Ulrike Overkamp, Frau Dr. Bettina Kruth, Herr Dr. Gero Techtmann und Herr Dr. Henning Cramer an meiner Seite.

Ganz besonders zu schätzen weiß ich die kollegiale Beratung und Begleitung durch das movement Programm.

Und nicht zuletzt möchte ich meiner Familie danken, die mir mit ihrer Liebe und Geduld den Rücken für dieses Vorhaben gestärkt hat.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Inter- und multidisziplinäre Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeiten werden im Berufsfeld Gesundheit immer wichtiger. Die Akzeptanz als eigenständige Berufsdisziplin des interdisziplinären Faches Public Health ist national und international nicht geklärt. Interdisziplinarität ist keine empirisch abgesicherte Wissenschaftstheorie. Das Forschungsfeld Public Health Praxis- und Kompetenzforschung ist kaum besetzt. Für die Beantwortung der Fragen nach Kernkompetenzen von Public Health und der Umsetzbarkeit von theoretischem Wissen in die Berufsfeldpraxis ist die Schärfung des Public Health Profils und die Klärung der Anschlussfähigkeit von Public Health im Berufsfeld Gesundheit erforderlich. **Methode:** Die Dissertationsschrift basiert auf einer Dokumentenanalyse von Positionspapieren und qualitativen Befragungen von Public-Health- und Gesundheitsakteuren aus den Feldern Wissenschaft / Forschung, Bildungs- und Gesundheitspolitik und Arbeitsmarkt, die die Erwartungen und Herausforderungen an das Fach Public Health für das Berufsfeld Gesundheit aus der Perspektive von Gestaltung von Kompetenzen für das Gesundheitswesen betrachten. Die Befragungen rekurrieren auf den theoretischen Rahmenbedingungen von Interdisziplinarität und Interprofessionalität, die die Einstellungsmuster zur Employability von Public Health im Berufsfeld Gesundheit / Pflege determinieren. **Ergebnisse:** Mit dieser Forschungsarbeit liegen zentrale Ergebnisse zu Outcomes der Qualifikation von Gesundheitswissenschaftlern und deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, einer empirisch abgesicherten Theorie von Interdisziplinarität von Public Health sowie einer Strategie des Theorie-Praxis-Transfers von Public Health in das Berufsfeld Pflege vor. Public Health kann einen Beitrag zur Versorgung über die Sektorengrenzen und zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung leisten, weil die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern in der Zusammenarbeit, in der Schnittstellenkommunikation und zielgruppenspezifischer Kommunikation empirisch belegbar sind. In dem Berufsfeld Pflege werden Public Health Chancen in der Gestaltung neuer bedarfsgerechter Kooperationsformen und in der Implementierung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen zugeschrieben. Damit liegt ein Beitrag zum fehlenden Care- und Case-Management vor. **Schlussfolgerungen:** Vor dem Hintergrund von Versorgungsbrüchen im Gesundheitssystem und unterschiedlicher Interessen und Konkurrenzen von Stakeholdern an Interdisziplinarität bzw. Interprofessionalität kommen der Regelungen neuer und gelingender Formen von Zusammenarbeit im Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung zu. Public Health bringt Potenziale in diesem Segment des Gesundheitsmarktes mit. Dafür bedarf es zukünftig einer stärkeren Konturierung des Faches und (wieder) mehr Innovationsmut. Dafür werden systematische Arbeitsmarktanalysen und Studierenden- und Absolventenbefragungen, ein systematisches Review über Methoden und

Didaktiken der Gesundheitswissenschaften mit Handlungsempfehlungen für die weitere Kompetenzorientierung notwendig.

## 1. Einleitung

Im Zeichen des demografischen Wandels steht die Versorgungslandschaft vor neuen Herausforderungen. Mit veränderten Bedarfen in der Gesundheitsversorgung geht auch eine Veränderung der Qualifikations- und Kompetenzbedarfe der Gesundheitsdienstleister einher. Diesem Trend will der Wissenschaftsrat mit der Akademisierung von Gesundheitsberufen Rechnung tragen. So setzt er sich beispielsweise für die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe wie Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenwesen ein und empfiehlt, die berufsbezogene, interdisziplinäre Forschung zu fördern und an gesundheitswissenschaftliche Fakultäten von Universitäten anzubinden (Räbiger 2012). Dafür wurden im Zuge des Bologna-Reformprozesses (1999) an deutschen Hochschulen berufsqualifizierende Bachelor- und Masterstudiengänge eingeführt (Kälble, Mauthe, Reschauer 2004). Damit stehen Hochschulen in enger Konkurrenz zur dualen Berufsausbildung bzw. zu den Fachhochschulen (Bosch / Haipeter 2014). Arbeitswissenschaftler halten für die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe eine systematische „Übersicht über Berufsbilder und Bildungswege sowie die Einschätzung von Zukunftsaussichten neuer Berufsbilder“ sowie den „Ausbau der Forschung zur Lage und zur Entwicklung der Arbeit in den Gesundheitsberufen“ für unerlässlich (Hilbert et al. 2014, S. 50). Für das Berufsfeld Gesundheit fordert Hilbert (2014) die Erstellung eines Berufsbildungsberichtes Gesundheit.

Von Pundt (2006 & 2015), Matzick (2008) sowie Dierks und Koppelin (2004) liegen ausführliche Analysen zu Qualifizierung und Professionalisierung für die Gesundheitsberufe bzw. das Gesundheitswesen vor. Von den Gesundheitsberufen werden demzufolge Schlüsselkompetenzen wie inter- und multidisziplinäre Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeiten sowie fachübergreifende Qualifikationen (z.B. Reflexionsfähigkeit, Organisationskompetenz und Flexibilität) verlangt. Die geforderten Qualifikationspotenziale<sup>1</sup> und Qualifikationsmuster<sup>2</sup> stehen dem Gesundheitswesen jedoch nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung (Kälble 2006, S. 217). Relevant werden berufsübergreifende Qualifikationen. „Qualifizierungen mit berufs- und bereichsübergreifenden Wirkungen in Richtung einer notwendigen Vernetzung der Versorgungsbereiche, der Gesundheitsförderung und Prävention wie auch einer erforderlichen interdisziplinären Zusammenarbeit und Sichtweise“ werden zunehmend wichtig (Matzick 2008, S. 17).

---

<sup>1</sup> Qualifikationspotenzial: das potenzielle Arbeitsvermögen bzw. Qualifikationsmerkmale aufgrund der aktuellen Qualifikation

<sup>2</sup> Qualifikationsmuster: Grad der Grundqualifikation

Pundt und Lorenz (2004) zufolge, ist die Nachfrage nach Public Health-Qualifikationen zwar vorhanden, konzentriert sich aber primär in den stärker professionalisierten Berufsgruppen wie Ärzten oder Betriebswirten. Sie kommen zu dem Schluss, dass „Public Health-Absolventen selten als „Gesundheitswissenschaftler, sondern vielmehr als Vertreter ihrer ursprünglichen Disziplin mit spezifischen Kenntnissen nachgefragt werden. Von einer generellen Akzeptanz der Gesundheitswissenschaften als eigenständige Berufsdisziplin kann somit nicht gesprochen werden“ (Pundt / Lorenz 2004, S. 127). Vielmehr zeigen sich seitens von Unternehmen im Kontext der beruflichen Ausbildung vor allem fachliche Spezialisierungstendenzen und ein starkes Interesse an Inhouse-ausgebildeten Fachkräften sowie die Klage mangelnder Praxistauglichkeit von Hochschulabsolventen (Bosch / Haipeter 2014; Heidenreich 2012).

Public Health als interdisziplinäre Gesundheitswissenschaft findet in den Betrachtungen zur Weiterentwicklung und Akademisierung der Gesundheitsberufe derzeit keine Berücksichtigung (Wissenschaftsrat 2012). Dabei kann Public Health als „die Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung vorhandener Ressourcen“ (Gerlinger et al. 2012, S. 762) durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Disziplinen und Professionen zur Lösung komplexer gesundheitsbezogener Herausforderungen beitragen (Razum / Dockweiler 2015). Von der Deutschen Gesellschaft für Public Health (2012) wird deshalb die Stärkung interdisziplinärer Public Health-Forschung und -Ausbildung gefordert. Von angehenden Public Health-Expert/innen wird erwartet, dass sie „neues, gesundheitswissenschaftliches Wissen durch Einsatz unterschiedlicher fachwissenschaftlicher Methoden generieren, (dass sie) die Kompetenz der kritischen Reflexion erwerben, (dass sie) lernen, bestehende Wissensbestände aus unterschiedlichen Disziplinen zu überprüfen und zu bewerten. Sie müssen wissenschaftliches Wissen und praktische Wissensbestände als Grundlage anwendungs- und bedarfsorientierter Public-Health-Forschung und -Praxis unterscheiden können (und) sie müssen (...) das breite, fächerübergreifende Denken und Arbeiten auch im Prozess des lebenslangen Lernens weiter entwickeln können“ (Razum / Dockweiler 2015, S. 2 lt. Ausdruck). Razum und Dockweiler (2015) vertreten die These, dass dafür eine fächerübergreifende, interdisziplinäre Ausbildung zum Generalisten unerlässlich ist. Eine der größten Herausforderungen, vor die Public Health in Deutschland gestellt ist, sind jedoch die fachlichen Differenzierungstendenzen in Wissenschaft, Hochschule und Arbeitsmarkt (Razum / Dockweiler 2015).

Demgegenüber steht die Notwendigkeit der theoretischen Klärung von Interdisziplinarität und ihren Potenzialen (Lerch 2014 und Razum / Dockweiler 2015). Lerch (2014) fordert eine Verständigung über den Begriff Interdisziplinarität sowie daran anschließender interdisziplinärer Kompetenzen. Von Razum / Dockweiler (2015) wird der dringende (Weiter)Entwicklungsbedarf für die interdisziplinäre Public-Health-Kultur in Forschung und Lehre mit dem Ziel einer gemeinsamen Methoden- und Theorienentwicklung verdeutlicht.

Der Gegenstand und Nutzen von interdisziplinärer Ausbildung für das Gesundheitswesen sind umstritten. In der Forschungsliteratur werden gegenteilige Positionen vertreten. Für den Wissenschaftsrat spielt Public Health keine Rolle. Inwiefern berufliche und wissenschaftliche Public-Health-Professionals den Nutzen und Mehrwert von Public Health beurteilen, ist ein wichtiges und ungeklärtes Problem.

Es ist die Frage zu stellen, inwiefern die in der Literatur formulierten Thesen: *Spezialisierung / Professionalisierung versus Generalisierung* heute für das Berufsfeld Gesundheit von Bedeutung sind.

Auf nationaler Ebene wird von Blättner (2012) die Definition Public-Health-spezifischer Kompetenzen anhand von Kompetenzniveaus und Tätigkeitsprofilen gefordert. Auch aus internationaler Perspektive besteht Bedarf, Public-Health-Kompetenzen zu systematisieren (Vukovic et al.. 2014): "The expectation and experience of present and potential employers of professionals, trained in public health, are largely unknown" (Vukovic et al.. 2014, S. 15). Den Forschungsbedarf für das Berufsfeld Gesundheit untermauern Vukovic et al. (2014) folgendermaßen: "Tailoring the education and training for public health to meet the expectations of actual and potential employers regarding job performance, becomes increasingly important. So far, contrary to other disciplines (such as medicine), only limited evidence does exist on supply and demand in this field" (Vukovic et al. 2014, S. 19).



## 1.1 Hintergrund und Problemstellung

Vor dem Hintergrund des Bologna-Prozesses und der daraus resultierenden Entwicklung berufsqualifizierender Kompetenzen im Studium sowie der internationalen Diskussion, vornehmlich in den USA, UK, Europa (ASPHER) und Global Public Health, um die einheitliche Bestimmung von Public Health-spezifischen Kompetenzen für Wissenschaft und Praxis erfolgte eine erste Berufsfeldanalyse für den Studiengang Health Communication (Hinz 2015). In einer ersten Analyse der beruflichen Kompetenzen von Studierenden der Gesundheitskommunikation (Hinz / Marquardt 2014) wurden Interviews mit Arbeitgebern aus den Bereichen „Gesundheitsberichterstattung“, „Krankenkassen“, „Externe Gesundheitskommunikation“, „Qualitätssicherung“, „Forschungseinrichtungen“ und „Aus- und Fortbildungseinrichtungen“ durchgeführt. Die Akquise erfolgte auf Basis der Praktikumsbörse der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, in der die Praktikumsgeber gelistet sind, bei denen Studierende Praktika absolviert haben. Ausgewählt wurden Ansprechpartner innerhalb Deutschlands. Besonders positiv bewertet werden:

- die hohe Auffassungsgabe,
- die Fähigkeit zur schnellen Themeneinarbeitung sowie
- die Fähigkeit zur Umsetzung der Anforderungen,
- die Multiprofessionalität,
- das breite Wissen über das Gesundheitswesen ebenso wie
- die hohe Methodenkompetenz der Studierenden der Gesundheitskommunikation.

Darauf aufbauend wurde ein Fragebogen für eine systematische Arbeitgeberbefragung konzipiert, getestet und in dem Software-Programm Unipark (Online Umfrage Tool) mit den Items „Berufsfeld“, „Beschäftigung von Absolventen des Bachelorstudienganges Health Communication“, „Anzahl der beschäftigten Absolventen“, „Tätigkeiten des Arbeitsfeldes“, „Kompetenzen des Arbeitsfeldes“, „Vermittlung von Fähigkeiten on the job“, „Voraussetzungen zur Einstellung von Health Communication-Absolventen“ programmiert. Dafür sind auf der Basis der genannten Praktikumsbörse ca. 500 Unternehmen und Einrichtungen aus dem Berufsfeld Gesundheit sowohl auf regionaler als auch auf nationaler und internationaler Ebene angeschrieben worden. Die Mehrheit kommt aus den Branchen „(Gesundheits-)Beratungsfirmen, (Health-) Consultingfirmen“, „Freie Verbände / Stiftungen / Vereine“ sowie „Leistungserbringer / kurative Versorgungseinrichtungen / Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen) und Sonstige (z. B. Verwaltung, Qualitätsmanagement, Prävention). Basierend auf einer systematischen Überprüfung aller Unternehmenshomepages wurden als Ansprechpartner Personen mit Personalverantwortung eruiert. Ziel war es, systematisch fachspezifische und

fächerübergreifende Kompetenzen zu erheben und eine kontinuierliche Analyse der Berufspraxis durchzuführen. Ein besonderes Augenmerk lag hierbei auf der Transferfähigkeit von Studierenden bzw. Absolventen der Gesundheitskommunikation, wissenschaftliche Inhalte und Methoden in die Praxis zu überführen. Mittels der deskriptiven SPSS-Auswertung der Arbeitgeberbefragung wurden fachspezifische und fächerübergreifende Kompetenzen der Studierenden des Studienganges Health Communication im Berufsfeld Gesundheit systematisch abgeleitet.

Mit der Befragung liegen somit erste empirische Impulse aus der Berufsfeldpraxis vor. Damit liefert die Erhebung im Setting Berufsfeld Gesundheit folgende empirische Hinweise:

- hohe Relevanz überfachlicher Kompetenzen (Organisationsfähigkeit (60,00 Prozent), Kommunikationsfähigkeit (53,33 Prozent), Kooperationsfähigkeit (46,67 Prozent), Teamfähigkeit (46,67 Prozent) sowie Problemlösefähigkeit (40,00 Prozent) und Selbständigkeit (40,00 Prozent),
- 68,75 Prozent der Befragten beschäftigen aktuell bzw. 69,23 Prozent in der Vergangenheit keine Gesundheitswissenschaftler/innen mit dem Abschluss Bachelor of Science in Health Communication,
- Vermittlung von wissenschaftlichen Arbeitstechniken (Textsorten, Argumentation, zielgruppenspezifische Kommunikation, Präsentation / Moderation) sowie spezifischen Fachwissens erfolgt über arbeitsintegrierte Aus-, Fort- und Weiterbildung (on the job).

Das vorliegende Forschungsvorhaben will an diese erste Analyse anknüpfen, welche auf die Studierenden am Standort Bielefeld begrenzt war. Forschungsinteresse ist das Konstrukt der Interdisziplinarität in Public Health. Es sollen deshalb erstmalig die Wissensbestände von Akteuren zum Mehrwert und Nutzen einer interdisziplinären Public-Health-Ausbildung gegenüber einer spezialisierten Ausbildung rekonstruiert werden. Es wird der zentralen Frage nach Chancen und Perspektiven von Public Health für den Gesundheitsmarkt nachgegangen.

Ziel der Untersuchung ist es, mittels der Erwartungen an Public Health aus Akteurssicht ein idealtypisches interdisziplinäres Public-Health-Ausbildungsprofil zu entwickeln, Public-Health-spezifische Kompetenzen zu bestimmen und Berufsfelder abzuleiten. Mittels einer Markt- und Potenzialanalyse wird eine Public-Health-Profilbestimmung vorgenommen und Erwartungen von Akteuren aus den Berufsfeldern Gesundheit an Public Health erhoben.

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich deshalb mit den Bedarfen an Public Health für das Berufsfeld Gesundheit. Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung steht die Analyse von Positionspapieren aus Wissenschaft und Forschung, beruflicher Bildung und Arbeitsmarkt. Darauf aufbauend erfolgen qualitative Befragungen von Vertreter/innen aus Wissenschaft & Forschung (Public Health- und Gesundheitsstandorte), Gesundheits- und Bildungspolitik (Ministerien & Kommunen) und Spitzenverbänden (Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Gewerkschaften).

Nach einer Bestandsaufnahme von Public Health (Kapitel 2) werden Bedarfe und Herausforderungen in dem Berufsfeld Gesundheit genauer beschrieben. Daraus ableitend wird anschließend die gesundheitswissenschaftliche Relevanz der Public-Health-Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit abgeleitet und relevante theoretische Konzepte dargestellt (Kapitel 3). Kapitel vier beschreibt die empirische Forschungslogik. In Kapitel fünf werden die zentralen Untersuchungsergebnisse dargestellt. Die Diskussion der Methodologie, der Methodik sowie der Ergebnisse erfolgt in Kapitel sechs. Daran schließen sich Schlussfolgerungen für die Akzeptanz von Public Health im Berufsfeld Gesundheit an und es wird eine eigene empirisch gestützte Theorie von Interdisziplinarität für Public Health generiert. Die Arbeit endet mit einem Fazit und Ausblick (Kapitel 8).

## 1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Das Berufsfeld Gesundheit ist durch Professionalisierung und Akademisierung gekennzeichnet. Interdisziplinäre Lehre wird an Hochschulen<sup>3</sup> als geeignete Schnittstelle zwischen Hochschule und Arbeitsmarkt betrachtet. In diesem Zusammenhang wird mit der vorliegenden Arbeit die Frage geklärt, welche **Erwartungen an Public Health gestellt werden und was Public Health als interdisziplinäres Lehr- und Forschungskonstrukt beinhalten muss.**

Im Fokus der Arbeit steht die Grundlagenforschung als Basis für die (Weiter-) Entwicklung eines interdisziplinären gesundheitswissenschaftlichen Ausbildungskonzeptes zur analytisch-strategischen, bedarfsgenauen akademischen Ausbildung im Berufsfeld Gesundheit.

Die Erkenntnisse aus der empirischen Bildungsforschung, aus der Kompetenzforschung und aus gesundheitsberuflichen Bildungskonzepten werden systematisch zusammengetragen und auf das Konzept der interdisziplinären Public-Health-Ausbildung in Deutschland übertragen, um den Stellenwert der fächerübergreifenden Public-Health-Hochschulausbildung in der Akademisierung der Gesundheitsberufe zu bestimmen.

Im Gesundheitswesen bekommen Professionalisierungsabsichten immer größeres Gewicht. Die Berufssoziologie definiert ‚Profession‘ als besonderen Beruf. Gemeint ist damit ein autonomer, akademischer Beruf, der besonders ausgewiesen ist und für die gesellschaftliche Reproduktion ein zentrales Problem bearbeitet und das dafür erforderliche spezielle Wissen systematisch anwendet (Pundt 2006). Professionen sind somit Berufe, „die durch bestimmte Attribute von anderen abzugrenzen sind“ (Pundt 2006, S. 10). Der Prozess der Spezialisierung und Akademisierung von Berufswissen wird als ‚Professionalisierung‘ bezeichnet. Das Berufsfeld Gesundheit ist durch a) Akademisierung, b) Professionalisierung von Kompetenzprofilen, c) Zunahme an Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten, d) Analysen der Qualifizierungsbedarfslage, e) Ausbau betrieblicher Personalentwicklungsmaßnahmen, f) Kooperationsausbau multiprofessioneller Kompetenzen, g) Weiterentwicklungen von Studiengängen sowie h) neue Bildungsprofile und Berufsperspektiven und i) Fachkräftemangel gekennzeichnet (Pundt 2006). Beispielweise operationalisiert eine Forschungsinitiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) berufliche Handlungskompetenzen im Berufsfeld Gesundheit (ASCOT-Ansatz). Ziel ist es, „am Arbeitsmarkt verwertbare Handlungskompetenzen zu messen, die für die Ausübung einer qualitativ hochwertigen beruflichen Tätigkeit in einer sich wandelnden Arbeitswelt notwendig sind“ (BMBF 2012, S. lt. Ausdruck).

---

<sup>3</sup> Hochschulen sind alle Hochschultypen, Universitäten wie Fachhochschulen

An den Universitäten und Hochschulen geht die Einführung berufsqualifizierender Bachelor- und Masterstudiengänge mit neuen Anforderungen an eine Neugestaltung von Lehr- und Lernprozessen, der Verknüpfung von Theorie und Praxis und die Übersetzbarkeit in berufliche Kontexte einher (Cendon 2010, S. 172). Damit steht die akademische Ausbildung an Universitäten und Hochschulen vor neuen Herausforderungen. Employability (Beschäftigungsfähigkeit) und Forschung sollen vereinbart werden.

Die Frage nach der Neugestaltung von Lehr- und Lernkonzepten kann mittels berufspädagogischer und berufswissenschaftlicher Theorien aus der Bildungsforschung beantwortet werden. Berufsbildungsforschung untersucht die Bedingungen, Abläufe und Folgen des Erwerbs fachlicher Qualifikationen (DFG 1990). Berufliche Handlungskompetenz gilt als Indikator für Berufsfähigkeit. Kompetentes berufliches Können umfasst „Verstehen“, „Reflektieren“ und „Bewerten“ beruflicher Aufgaben und deren Lösungen sowie „die Fähigkeit, in sozialer, ökonomischer und ökologischer Verantwortung an der Gestaltung betrieblicher Prozesse mitzuwirken“ (Rauner 2010, S.87; Nickolaus et al. 2013).

An Hochschulen und Universitäten ist das gegenwärtige Bildungsverständnis geprägt durch die Standardisierung von Bildungsinhalten mit Abbildung abprüfbarer Kompetenzen und Arbeitsmarktorientierung. Als Schnittstelle von Hochschulbildung und den aktuellen Anforderungen an Hochschulabsolventen auf dem Arbeitsmarkt wird interdisziplinäre Lehre betrachtet (Schier / Schwinger 2014). Mittels interdisziplinärer Lehre kann Hochschulausbildung Absolventen befähigen, Problemlösekompetenzen zu entwickeln und zu theoretisch und methodisch transparenten systematischen Arbeitsweisen anleiten (Schier 2014, S. 34). Interdisziplinäre Kompetenz kann als „Konglomerat aus Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen (Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Reflexionsfähigkeit)“ betrachtet werden (Lerch 2014, S. 91). Wenn Kompetenz also Wissen (relevante Kenntnisse), Können (Fähigkeiten), Wollen (motivationale Einstellungen), Bewusstsein der eigenen Wirksamkeit (self-efficacy), Ausführung konkreter Handlungen (Zuständigkeit) und Anwendung im situativen Kontext (Performanz) umfasst, ist eine Einordnung von „Kompetenz“ in das Konstrukt Interdisziplinarität erforderlich (Lerch 2014, S. 90).

Allerdings ist interdisziplinäre Kompetenz bislang noch eine relativ ungeklärte Kategorie. Deshalb wird von Lerch (2014) eine tiefgreifende Analyse des Konstruktes Interdisziplinarität für Wissenschaft, Praxis und Theorie eingefordert. Interdisziplinarität gilt für Public Health als konstituierendes Element (Razum / Dockweiler 2015). Von Schnabel (2015) hingegen wird Public Health als Fehlen einer wirklichen Interdisziplinarität charakterisiert. Hieraus lässt sich ein Indiz über die Notwendigkeit einer Theoriweiterentwicklung des interdisziplinären Lehr- und Forschungsverständnisses von Public Health schließen.

## Zentrale Fragestellung

In der Forschungsliteratur gibt es derzeit weder allgemein noch Public Health spezifisch eine Verständigung über ein gemeinsames methodisches und theoretisches Konzept von Interdisziplinarität. Inwiefern die unterschiedlichen Konstrukte von Interdisziplinarität (z. B. Pluridisziplin oder Multidisziplin) auf die Public Health Ausbildung bezogen werden können, soll mittels des vorliegenden Forschungsprozesses geklärt werden.

Der Dissertation liegen folgende zentralen Fragestellungen zugrunde:

1. Welche Chancen und Perspektiven hat Public Health für den Gesundheitsmarkt?,
2. Gibt es einen Mehrwert von Interdisziplinarität?,
3. Worin besteht der Mehrwert von Interdisziplinarität gegenüber Spezialisierung?,
4. Inwiefern gibt es eine Diskrepanz zwischen den Bedarfen an Public Health aus der Perspektive von Arbeitsmarkt-Akteuren und eines gesellschaftlichen Bedarfes an Public Health aus Wissenschaftsperspektive? und
5. Dominiert der Trend zur Spezialisierung oder zur interdisziplinären Ausbildung im Zeichen Lebenslangen Lernens als Fundament gelungener Spezialisierung?

Von Public Health Professionals wird der Versuch unternommen, die Fragen nach Chancen und Perspektiven von Public Health für den Gesundheitsmarkt bzw. die Frage nach den Bedarfen an Public Health mittels unterschiedlicher Herangehensweisen zu beantworten. Für diese Fragestellung liegt bislang nur wenig Empirie vor und der Fokus in der Forschungsliteratur wird unterschiedlich ausgerichtet: Die zentrale Fragestellung von Baumgarten et al. (2015) ist die Entwicklung von Kernkompetenzen gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge. Blättner / Dierks (2015) beleuchten die Frage nach den Stärken von Public Health. Das berufliche Handeln von Public Health Absolvent/innen steht im Mittelpunkt des Forschungsinteresses von Rattay und Jager (2005). Berufliche Kompetenzen von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit aus Sicht von Public Health-Lehrenden wird von Czwikla (2015) im Rahmen einer Masterarbeit untersucht. Borde (2015) nimmt die Potenziale von Public Health in den Blick. Michel (2015) zeichnet eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die strukturelle Weiterentwicklung von Public Health nach. Sachs / Kohls (2011) untersuchen den Berufsverbleib und die Qualifikationswege von Absolvent/innen mit gesundheitswissenschaftlich relevanten Bachelor- und Masterabschlüssen. Die Kompetenzen von Public Health Absolvent/innen europaweit werden zum einen von Bjegovic-Mikanovic et al. (2013) und zum anderen von Vukovic et al. (2014) analysiert. Für die USA untersuchen Calhoun et al. (2008)

Kernkompetenzen für Public Health Masterabschlüsse bzw. die „Public Health workforce“ (Tilson / Gebbie 2004).

Allen Arbeiten gemeinsam ist, dass die Frage nach den Chancen, Perspektiven und Bedarfen an Public Health auf dem Arbeitsmarkt bzw. nach dem Mehrwert der interdisziplinären Ausbildung unbeantwortet bleibt. Offen bleiben auch die Fragen nach der Ausrichtung der Ausbildung an Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt (Czwikla 2015) und nach der praktischen Umsetzung von Public Health sowie nach dem Stellenwert der Interdisziplin / Multidisziplin als das richtige Lösungsinstrument zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen (Borde 2015, Michel 2015, Bjegovic-Mikanovic et al. 2013, Vukovic et al. 2014, Tilson / Gebbie 2004). Es ist bisher nicht gelungen, eine verbindliche Vergleichbarkeit der Public Health Abschlüsse herzustellen und Kompetenzen für das Public Health Ausbildungsprofil und den Arbeitsmarkt zu bestimmen.

Das Problem der bisherigen wenigen methodisch-empirischen Ansätze liegt zum einen in der Unverbindlichkeit, Baumgarten et al. (2015) sprechen von einem informellen Abstimmungsprozess. Zum anderen in der fehlenden Repräsentativität, Rattay und Jager (2005) war es nicht möglich, Signifikanztests durchzuführen. Des Weiteren wurden in den vorliegenden Arbeiten entweder nur Absolvent/innen mit einer beruflichen Erstqualifikation oder ein Teilausschnitt an Public Health Professionals befragt. Gänzlich unerforscht sind Akteure aus der Berufsfeldpraxis, aus der Gesundheits-, Bildungs- sowie aus der Berufspolitik.

In den bzw. für die Gesundheitsfachberufe wird über Möglichkeiten und Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Berufsfeldes diskutiert. Im Vordergrund steht die These der Interdisziplinarität und Interprofessionalität als Lösungsinstrument für die komplexen gesellschaftlich-gesundheitlichen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung.

In der ‚Akademisierung von Gesundheit‘ sind sich die Autoren über Bedarfe an interdisziplinärer Gesundheitsforschung zur Weiterentwicklung des Berufsfeldes Gesundheit einig. Formuliert wurden bislang zwar Bedarfe über Wege und Strategien zur Öffnung der Universitäten, zu Forschungsk Kooperationen, zur Interdisziplinarität in Forschung und Praxis sowie zur Bedeutung der universitären Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit als auch zur Neuordnung der Gesundheitsberufe. Es wurden bislang aber keine ausreichenden Antworten geliefert. Auffällig ist die fehlende Beteiligung der interdisziplinären Perspektive von Public Health.

Die Empfehlungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (z.B. Modelle zur Interdisziplinarität und Interprofessionalität) sind weder nachhaltig in Forschung, Ausbildung / Lehre und Berufsfeldpraxis implementiert noch wissenschaftlich abgesichert. In

den Diskussionen wurde die Anschlussfähigkeit von Public Health als langjährige interdisziplinäre Forschungstradition nicht berücksichtigt oder sogar explizit nicht als erforderlich angesehen. Nur von Krampe (2015) werden die Gesundheitswissenschaften als ein neues Tätigkeitsfeld im Gesundheitswesen angegeben. Zudem konnten bislang keine Antworten zu dem Mehrwert der akademisierten Ausbildung der Gesundheitsberufe mit entsprechenden Berufsrollen gegeben werden. Offen sind zudem Fragen nach der Anschlussfähigkeit der immer spezialisierteren gesundheitlichen Studiengänge an die Erfordernisse des Arbeitsmarktes.

Mit dem vorliegenden Forschungsprojekt sollen den aufgezeigten empirisch unbeantworteten Fragen nach dem Mehrwert der Interdisziplin/ Multidisziplin Public Health und der Anschlussfähigkeit in der Berufsfeldpraxis begegnet werden, indem mittels einer systematischen Dokumentenanalyse von allen an Public Health beteiligten Akteure der Mehrwert der interdisziplinären / multidisziplinären Disziplin ermittelt wird. Daraufgehend werden erstmals Vertreter/innen der an Gesundheit beteiligten Akteure mittels Experteninterviews zu ihrer Einschätzung zu Chancen, Perspektiven und Bedarfen von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit befragt. Die Analyse- und Interviewergebnisse werden in das theoretische Konstrukt der Interdisziplinarität eingebettet und somit ein Beitrag zur geforderten Praxisforschung von Public Health geleistet.

Basierend auf den aufgezeigten (internationalen) Forschungsbedarfen wird für das vorliegende Forschungsprojekt ein Mehr-Dimensionales-Erhebungsinstrument entwickelt und erstmals um die Ebenen Public-Health-Professionals, Akteure des Berufsfeldes Gesundheit und Vertreter aus Bildung und Politik erweitert. Aus den Ergebnissen sollen Handlungsfelder für Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit abgeleitet werden.

Basierend auf diesen Vorüberlegungen werden für das vorliegende Forschungsdesign folgende Forschungsthese formuliert:



## **Forschungsthesen**

**These 1:** Interdisziplinarität in der gesundheitsbezogenen Forschung und Praxis ist ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen.

**These 2:** Interdisziplinarität lässt sich aufgrund ungelöster Konflikte zwischen den an Gesundheit beteiligten Fächern, Disziplinen, Professionen nicht in ein allgemeingültiges methodisches und theoretisches Konzept fassen.

**These 3:** Wenn es Bedarfe in der Gesundheitsversorgungspraxis nach einer eng aufeinander abgestimmten Anwendung von Strategien und Interventionen unterschiedlicher Professionen zur Beantwortung zunehmend komplexer Problem- und Bedarfslagen gibt, dann kann Public Health geeignete Forschungsmethoden und -erkenntnisse sowie bedarfsgerechte Interventionen liefern.

**These 4:** Public Health ist für die interprofessionale Weiterentwicklung des Berufsfeldes Gesundheit geeignet.

**These 5:** Wenn in einem stark arbeitsteiligen System zu klären ist, welcher Gesundheitsberuf für welche Aufgaben mit welchen Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung zuständig ist oder in der Zukunft zuständig sein sollte, dann ist die Anschlussfähigkeit von Public Health für Handlungsfelder im Berufsfeld Gesundheit zu klären.

**These 6:** Wenn der Begriff „Gesundheitsberuf“ einen Oberbegriff für die im Gesundheitsversorgungssystem tätigen Berufsgruppen darstellt, dann sind Public Health Professionals ein Teil davon.

Daraus ableitend werden zwei Untersuchungsziele formuliert:

## Untersuchungsziele

- Schärfung des Public Health Profils
- Anschlussfähigkeit von Public Health im Berufsfeld Gesundheit

## Spezifizierung der zentralen Fragestellung

Den Forschungsstand zur Public Health Praxis- und Kompetenzforschung analysierend, lässt sich feststellen, dass dieses Forschungsfeld mit wenigen empirischen Studien kaum besetzt ist und vor allem die Fragen nach Kernkompetenzen von Public Health, Fragen nach Public Health spezifischem theoretischen und praktischem Wissen, der Umsetzbarkeit von theoretischem Wissen in die Praxis und Fragen nach dem Mehrwert der Interdisziplin / Multidisziplin Public Health bislang nicht beantwortet werden konnten.

Die Analyse des Forschungsstandes zur Berufsfeldpraxis Gesundheit – Entwicklungen in den Gesundheitsberufen zeigt, dass Interdisziplinarität zwischen allen an ‚Gesundheit‘ beteiligten Akteuren als ein wichtiges Lösungsinstrument für die komplexen gesellschaftlich-gesundheitlichen Herausforderungen gilt. Die Frage nach gelingender Interdisziplinarität konnte jedoch noch nicht beantwortet werden.

Public Health verfügt über eine langjährige interdisziplinäre / multidisziplinäre Forschungstradition. Auffallend ist, dass in der Diskussion um die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe auf Forschungsbedarfe rekuriert wird, für die in Public Health bereits erfolgreiche Forschungsstrukturen existent sind. Aus Public Health Sicht stellen sich die Fragen nach einer möglichen Schaffung von Synergieeffekten zwischen den Forschungsbedarfen der Gesundheitsberufe und den Forschungserkenntnissen aus universitärer Public Health bzw. einer möglichen Implementation von Forschungserkenntnissen aus Public Health in die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe: „Es mangelt an Untersuchungen, die allein die Problemsituation adäquater erfassen und abbilden, bspw. zur Situation von Menschen in sozial prekären Lebenslagen mit und ohne Migrationshintergrund. Noch schwieriger wird es, wenn zielgruppenspezifische, bedarfsgerechte und empirisch überprüfte Interventionskonzepte gefordert sind“ (Ewers et al. 2012, S.39). Weiter wird in der Debatte um die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe eine Zusammenführung der Hochschultypen ‚Fachhochschule‘ und ‚Universität‘ und Schaffung von Synergieeffekten für den Auf- und Ausbau von Forschung in den Gesundheitsberufen empfohlen. Aus Public Health Sicht stellt sich hier die Frage nach der Anschlussfähigkeit von Public Health.

Die Forschungslage zu gesundheitsrelevanten Studiengängen analysierend fällt weiter auf, dass der Begriff Public Health keine klare Begriffsbestimmung und keine eindeutige Verortung als universitäre oder hochschulische Ausbildung erfährt. Aus Public Health Sicht stellt sich deshalb die Frage nach einer Bestimmung des Konstruktes Public Health und des Anforderungsprofils an Public Health Studiengänge.

Im Zuge der Akademisierung der Gesundheitsberufe wird aus Sicht der Pflege- und Therapiewissenschaften eine systematische Bildungsberichterstattung für die Berufsfelder Gesundheit mit einer Beschreibung von Berufsprofilen mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten gefordert. Auffallend ist, dass an den Meilensteinen zum Thema Entwicklung der Gesundheitsberufe Public Health Professionals offenbar nicht beteiligt waren. Aus Public Health Sicht ist deshalb eine Erweiterung um Public Health Aspekte zu einer systematischen Gesundheitsbildungsforschung wünschenswert und die Anschlussfähigkeit von Public Health in dem Berufsfeld Gesundheit zu erforschen.

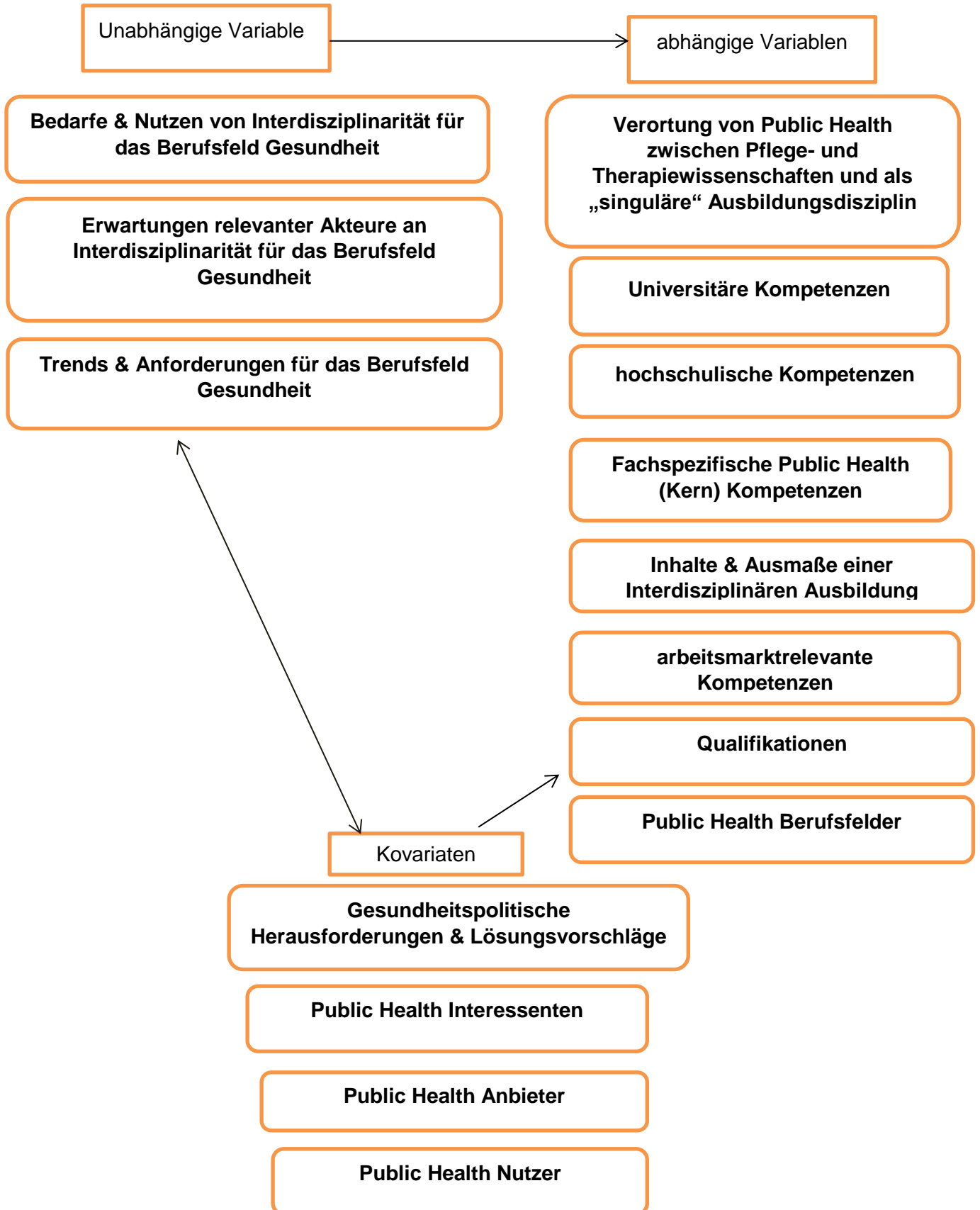
Die zentrale Fragestellung wird wie folgt spezifiziert:

Was will / soll / kann Public Health für wen mit welchen Kompetenzen und Qualifikationen, Wissen und Können in welchen Handlungsfeldern leisten?

Welche Trends zeigen sich für das Berufsfeld Gesundheit?

Der Dissertation liegt somit folgendes Untersuchungsmodell zugrunde:

Abbildung 1: Untersuchungsmodell



## 2. Die Public Health Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit

Im Folgenden wird die Datenlage zu den Themen „Public Health Ausbildung für die Berufsfeldpraxis (Gesundheit)“ und „Arbeitsmarkt Gesundheit und Public Health“ zusammengetragen und der zentrale Forschungsbedarf vorgestellt. Davon abzugrenzen ist die Datenlage zur akademischen Public Health (siehe dazu weiterführend Holst / Razum 2015; Gerhardus et al. 2015).

### 2.1 Public Health – Eine Bestandsaufnahme der Ausbildungssituation für die Berufsfeldpraxis

#### **Public Health heute**

Public Health wird von der World Health Organization (WHO) als „die Wissenschaft und die professionelle Praxis Krankheiten zu verhindern, Leben zu verlängern und psycho-soziale und körperliche Gesundheit zu fördern“ (Hurrelmann et al. 2012, S. 29) verstanden. In Deutschland wird Public Health mit Gesundheitswissenschaften gleichgesetzt und gilt als fest verankerte Wissenschaftsdisziplin und bevölkerungsbezogene Gesundheitspolitik (Gerlinger / Schmucker 2011). In den Gesundheitswissenschaften werden die Fachdisziplinen vereint, die den gemeinsamen Gegenstandsbereich „Gesundheit“ fokussieren. Interdisziplinarität ist das konstituierende Charakteristikum (Razum / Dockweiler 2015). Der Gegenstandsbereich „Gesundheit“ wird sowohl aus den medizinisch-naturwissenschaftlichen Denktraditionen als auch aus den verhaltenssozialwissenschaftlichen Paradigmen untersucht. Mittels der Teilgebiete *Bevölkerungsmedizin, Verhaltensmedizin, Sozialmedizin, Psychiatrie/Neurologie, Sportmedizin, Arbeitsmedizin/Umweltmedizin, Humangenetik* sowie *Gesundheitspsychologie, -pädagogik, -soziologie, Politikwissenschaft, Gesundheitsökonomie, -kommunikation, Organisations- und Managementwissenschaften* erfolgt die bevölkerungs- und systembezogene Analyse von Gesundheits- und Krankheitsprozessen sowie die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren Evaluation. Zentrale Fachgebiete der Methoden in den Gesundheitswissenschaften sind Epidemiologie und die empirische Sozialforschung mit dem wesentlichen Erkenntnisinteresse der Analyse von Gesundheits- und Krankheitsdaten (Hurrelmann et al. 2012).

Damit sind die deutschen Gesundheitswissenschaften international weitestgehend anschlussfähig: Auf der europäischen Ebene „is Public Health facing a number of profound and dynamic challenges related to its goals to increase healthy life years and reduce health inequalities through a participatory approach, addressing multiple causes at socio-economic, environmental and individual levels, and through involvement of different actors joined in multi-disciplinary teams of researchers, institutional decision makers, professionals, representatives of civil society and the private sector“ (Bjegovic-Mikanovic et al. 2013, S. 801-802). Bjegovic-Mikanovic et al. (2013) konstatieren in ihrer Analyse „Education and training of public health professionals in the European region: variation and convergence“, dass New Public Health europaweit das führende Konzept und Public Health „an interdisciplinary and multi-professional discipline in its own right, comprising medical and social sciences“ ist (Bjegovic-Mikanovic et al. 2013, S. 805). Somit ist Public Health europaweit „the strategic, organized and interdisciplinary application of knowledge, skills and competencies, necessary to perform essential public health services and other activities to improve the population’s health“ (Paccaud et al. 2001, S. 67).

### **Ziele und Inhalte von Public Health**

Als Wissenschaftsdisziplin untersucht Public Health Widerspruchskonstellationen auf der Mikro-, Makro- und Meso-Ebene von Gesundheit (Gerlinger / Schmucker 2011). Public Health fokussiert im Gegensatz zur klinischen Medizin die Gesunderhaltung der Bevölkerung sowie organisiertes gesellschaftliches Handeln zur Schaffung gesunder Lebensbedingungen und zur Implementierung des Health-in-All-Politik-Ansatzes (Gerlinger et al. 2012; Razum / Holst 2015). Hierzu werden neben Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und Ursachen von Gesundheit und Krankheit auch die Bedeutung von Entscheidungen in den Politikfeldern, der Planung, Durchführung und Bewertung politischer und lebensweltbezogener Interventionen erforscht. Gegenstand der Forschung sind ebenso der Bedarf an präventiver, kurativer, rehabilitativer, pflegerischer und palliativer Versorgung sowie die Wirksamkeit und Effizienz unterschiedlicher Maßnahmen. Weitere Themen sind die Eignung bestehender Strukturen und Prozesse, die Gestaltung des Gesundheitssystems, die Steuerung und Finanzierung der Versorgung sowie die angemessene Beteiligung von Patienten und schließlich die angemessene Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen (Gerlinger et al. 2012). Dadurch gelingt es Public Health, Aussagen über die Art und Weise der Funktionsweise des Versorgungssystems aus ganzheitlicher Perspektive zu generieren und Handlungsempfehlungen zur Optimierung und Steuerung unter inhaltlichen und Ressourcen orientierten Gesichtspunkten abzuleiten (Hurrelmann et al. 2012). Damit verfolgt Public Health den systemimmanenten Anspruch, „wissenschaftliche Evidenz, Interessen und

Sichtweisen von Wissenschaft, Praxis und Bevölkerung zu integrieren oder zwischen unterschiedlichen Standpunkten der Beteiligten zu vermitteln“ (Hurrelmann et al. 2012, S. 34). Deshalb zielen gut funktionierende Public Health-Systeme darauf ab, „to maintain continuous interaction between education and training, research and development, and skilled practice“ (Paccaud et al. 2001, S. 68). Erforderlich hierfür ist ein interdisziplinärer Zugang mit einer fächerübergreifenden Zusammenarbeit, da sich mittels Interdisziplinarität die vielfältigen gesellschaftlichen und methodisch-technischen Herausforderungen bei Entwicklung, Implementierung und Evaluation von gesundheitsbezogenen Interventionen lösen lassen (Razum / Dockweiler 2015).

### 2.1.1 Begriffsbestimmung und Verortung der Public Health-Ausbildung in der Berufspraxis

#### **Lehre, Ausbildung und Tätigkeitsfelder von Public Health**

Die Ausbildung in Public Health zielt auf die Qualifizierung von „Experten für die Planungs- und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen und gesundheitsrelevante Politikfeldern, für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation präventiver und gesundheitsfördernder Programme sowie für die Forschung und Lehre in Public Health“ ab (Gerlinger et al. 2012, S.763). Wichtige Voraussetzungen hierfür sind profunde methodische und kommunikative Kompetenzen (Hurrelmann et al. 2012). Deshalb umfasst die Ausbildung und Qualifizierung von Public Health Professionals die Kerngebiete *Epidemiologie, Biostatistik, Environmental Health, Health Service Administration / Management* sowie *Social and Behavioural Sciences* mit dem Fokus auf *Prävention* und *Gesundheitsförderung* und neuere kritische Themenfelder wie *Informatik, Genomforschung, Kommunikation*, den *community-based participatory-Ansatz* und *Global Health, Ethik, Politik* und *Rechtswissenschaft* (Bjegovic-Mikanovic et al. 2013).

In Deutschland werden in Public Health auf akademischem Niveau sowohl die Kompetenzen *Bearbeitung komplexer interdisziplinärer Aufgaben der Gesundheitsforschung, Beurteilung und Steuerung von Prozessen im Gesundheitswesen, Weiterentwicklung und Evaluation von Versorgungsstrukturen in allen Sektoren* als auch die *Beurteilung der Wirksamkeit und Kosten von Technologien, Prozessen und Verfahren im Gesundheitswesen, Verbindung von Grundlagenforschung mit gesundheitswissenschaftlicher Anwendungsforschung* sowie der *Prognose und Kommunikation von sozialen, ethnischen, strukturellen gesundheitsrelevanten Entscheidungen* vermittelt (Gerlinger et al. 2012). So werden die Kompetenzen eines Masterabsolventen beispielsweise von Blättner (2012) wie folgt definiert:

- „Kann Wissen aus epidemiologischen und anderen Daten integrieren und trotz unvollständiger Information Schlussfolgerungen zu Bedarfen von Public-Health Maßnahmen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene ziehen, die insbesondere soziale Ungleichheit sowie ethische Fragen berücksichtigen“,
- „Kann unter Berücksichtigung ethischer und sozialer Gesichtspunkte die Wirkung Public Health relevanter Interventionen bewerten und Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Maßnahmen treffen“ (Blättner 2012, S. 7.e2).

Ursprünglich wurde die Ausbildung in Public Health als postgraduale Master Studiengänge mit dem Ziel der Qualifizierung von Nachwuchswissenschaftlern und dem Aufbau von Forschungsstrukturen konzipiert. Public Health wird inzwischen nicht nur auf postgraduale Master Niveau, sondern mittels einer Vielzahl an neuen Studiengängen mit unterschiedlichen Abschlüssen und Studieninhalten gelehrt (Blättner 2012; Gerlinger et al. 2012). Aber nicht nur innerhalb Deutschlands, sondern auch europaweit „is a multiplicity of degrees, and the same degree could be acquired with highly variable curricular content, duration of study, quality of education, and competence achieve“ zu verzeichnen (Bjegovic-Mikanovic et al. 2013, S. 801). Größtenteils werden innerhalb Europas der Abschluss Master in Public Health und 18 Bachelor Programme von Schools and Departements of Public Health (SDPH) angeboten (Bjegovic-Mikanovic et al. 2013). Die Folge ist „a wide variety of educational backgrounds are considered adequate and legitimate preparation for professional public health positions“ (Paccaud et al. 2001, S. 81).

Tätigkeitsfelder für Public Health-Experten in Deutschland werden in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, öffentlichen Verwaltungen und staatlichen Einrichtungen zur Steuerung des Gesundheitswesens, Organisationen und Einrichtungen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Universitäten und Fachhochschulen, internationalen Organisationen sowie öffentlichen und privaten Unternehmen und Verbände gesehen. Zentrale Arbeitsfelder sind die Analyse der körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen und Kontexte der Gesundheits-Krankheits-Balance, Feststellung des Gesundheits-/ Krankheitsstatus der Bevölkerung und Ableitung des Versorgungsbedarfs sowie die Analyse der Versorgungsbereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie / Kuration, Rehabilitation und Pflege und ihrer Verzahnung als auch die Ableitung von Modellen der Steuerung und Finanzierung des Versorgungssystems und die Beratung der Gesundheitspolitik (Gerlinger et al. 2012; Hurrelmann et al. 2012).



Allerdings belegen Paccaud et al. (2001), dass „the quantity and the quality of the public health workforce need to be improved in Europe“ (S. 83). Von daher ist eine Verständigung über Studieninhalte, Studienabschlüsse und über Qualifikationsprofile zur Stärkung des Faches Public Health unabdingbar. Blättner / Dierks (2015) werfen folgende drängende Fragen für die Public Health-Ausbildung auf den unterschiedlichen Niveaus von Bachelor, Master und Promotion auf:

- Welche Berufschancen bieten sich nach welchem Abschlussgrad?
- Welchen Stellenwert hat die Kombination von Berufserfahrung und Studienabschluss?
- Wie genau können die Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen, deren Niveau im Nationalen Qualifikationsrahmen für die unterschiedlichen Bildungsstufen festgelegt sind, vermittelt und zwischen Bachelor, Master und Promotion abgegrenzt werden?
- Welche der unterschiedlichen, gesundheitsbezogenen Studiengänge wird mittel- und langfristig von Studierenden frequentiert und wo verbleiben die Absolventen?
- Wie können Studiengänge unterschiedlicher Dauer mit unterschiedlichen Schwerpunkten zu vergleichbaren Kompetenzen führen? (Blättner / Dierks 2015, S. 10).

Von der Association of Schools of Public Health (USA), der Fakultät für Public Health (UK) und der Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) wurden zwar international Kernkompetenzen entwickelt. Diese sind jedoch weder ausreichend empirisch überprüft noch in der Public Health-Praxis getestet: So wurde von der ASPHER festgestellt, dass „there is still a lack of understanding of the potential roles of public health professionals across the member states of the EU and also outside the EU“ (Birt et al. 2011, S.142). Erschwerend kommt in Deutschland die schwache strukturelle Verankerung, die mangelnde institutionelle Absicherung sowie der im internationalen Vergleich fehlende Praxis- und Umsetzungsbezug der Gesundheitswissenschaften hinzu (Hurrelmann et al. 2012).

Als Antwort darauf formulieren Razum / Dockweiler (2015) eine interdisziplinäre Lehre mit einer breiten fachlichen Ausrichtung und methodischen Zugängen mit problembezogener Integration wissenschaftlichen Fach- und Praxiswissens. Die Konstrukte Interdisziplinarität und Interprofessionalität werden in Kapitel 3 näher vorgestellt.

## 2.1.2 Public Health Ausbildung und Berufsfeldpraxis in Deutschland

Zu dem Forschungsfeld „Public Health-Ausbildung und Berufsfeldpraxis“ liegen aus Deutschland bislang nur wenige Befunde vor. Die Frage nach der Public Health Praxis wird in fünf empirischen Arbeiten sowie in drei Positionspapieren mit unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen untersucht.

Die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) verfolgt das Ziel, einen Ordnungsrahmen für Studieninteressierte und potenzielle Arbeitgeber über Public Health relevante Studiengänge zu schaffen. Blättner (2012) zeigt die Vorüberlegungen zur Beschreibung von Kompetenzen für die Niveaus von Bachelor, Master und Promotion sowie entsprechenden Tätigkeitsfeldern auf. Diese Ansätze wurden von Baumgarten et al. (2015) zur Entwicklung eines „Gesundheitswissenschaftlichen Fachqualifikationsrahmens zur Beschreibung Public Health-spezifischer Kompetenzen für einzelne Berufsgruppen“ weiterentwickelt. Baumgartens et al. (2015) Forschungsaktivitäten zielten darauf ab, eine Vergleichbarkeit und Transparenz der Kompetenzen auf Bachelor- und Masterebene herzustellen und eine Orientierung für curriculare Entwicklungen zu schaffen. Des Weiteren sollten Mindeststandards in der beruflichen Qualifikation sowie fachspezifische Kompetenzen für einzelne Berufsgruppen festgelegt werden. Als Basis wurden der europäische Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (EQR) und der deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) herangezogen. Mittels des EQR und des DQR wird die Transparenz und Vergleichbarkeit von Kompetenzen und Qualifikationen in Europa und Deutschland ermöglicht. In einem ersten Schritt wurde der Kompetenzbegriff des DQR<sup>4</sup> mit den vier Phasen des Public Health Action Cycles<sup>5</sup> (1. Problembestimmung, 2. Strategieformulierung, 3. Umsetzung und 4. Bewertung) sowie den fünf Dublin Deskriptoren<sup>6</sup> (1. Wissen und Verstehen, 2. Anwendung von Wissen und Verstehen, 3. Urteilen, 4. Kommunikative Fertigkeiten, 5. Selbstlernfähigkeit) verknüpft. In einem mehrjährigen Prozess unter der Beteiligung von neun deutschsprachigen Hochschulen erfolgte die Synopse des Public Health Action Cycles mit den Dublin Deskriptoren zu einem gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationsrahmen (GQR) für die Bachelorstudiengänge Gesundheitswissenschaften, Public Health und Gesundheitsförderung.

---

<sup>4</sup> Der Kompetenzbegriff des DQR: Fähigkeit und Bereitschaft, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fertigkeiten in Arbeits- und Lernsituationen einzubeziehen. Kompetenz wird hier als Handlungsbefähigung im beruflichen Kontext definiert. Der DQR unterscheidet nach Fachkompetenz (Wissen und Fertigkeiten) und personaler Kompetenz (Sozial- und Selbstkompetenz) (Baumgarten et al. 2015, S.321).

<sup>5</sup> Der Public Health Action Cycle ist „die Übertragung und Weiterentwicklung des aus der Politikwissenschaft stammenden Policy Cycle auf gesundheitspolitische Projekte und Prozesse“ (Rosenbrock / Hartung 2015, [http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-163.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-163.html)).

<sup>6</sup> Die Dublin Deskriptoren ermöglichen die Bestimmung der Fachkompetenzen und der personalen Kompetenzen auf den einzelnen Qualifikationsstufen und wurden durch die Joint Quality Initiative (informelles europäisches Netzwerk zur Definition der Qualifikationen von Bachelor- und Masterstudiengängen) entwickelt.

Mit dem GQR ist es nun grundsätzlich möglich, die Kompetenzen von Absolventen von gesundheitswissenschaftlichen Bachelorstudiengängen einheitlich zu benennen. Die Absolventen zeichnen sich demzufolge durch folgende zentrale Fertigkeiten aus (Baumgarten et al. 2015, S. 325):

- „aus vorhandenen und selbst erhobenen Daten Schlussfolgerungen über individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitsressourcen, Gesundheitsrisiken und Gesundheitsbelastungen ziehen,
- unter Berücksichtigung der Einflüsse von sozialer Ungleichheit einen Bedarf an Maßnahmen nach wissenschaftlichen, sozialen und ethischen Gesichtspunkten begründen und dabei insbesondere Einflüsse von horizontaler und vertikaler sozialer Ungleichheit berücksichtigen,
- auf der Basis von Daten und Theorien geeignete Strategien und Maßnahmen entwickeln und an die alltäglichen und projektbezogenen Rahmenbedingungen anpassen sowie die dabei entstehenden Probleme reflektieren,
- Entscheidungen für Interventionen bei spezifischen Zielgruppen treffen und reflektieren, welche Auswirkungen die Veränderungen auf andere gesundheitliche und soziale Bereiche haben könnte sowie Prioritäten unter sozialen und ethischen Gesichtspunkten setzen,
- den Erfolg von Interventionen empirisch gestützt beurteilen und unter Berücksichtigung ethischer, wissenschaftlicher und sozialer Belange bewerten“.

Damit liegt ein erstes unverbindliches Rahmenkonzept zur Erstellung von Curricula für gesundheitswissenschaftliche Studiengänge vor.

Inwiefern das Fach Public Health gestärkt werden kann, beleuchten Blättner / Dierks (2015) in einem Positionspapier. Public Health zielt auf die Ausbildung von Expert/innen für Planungs- und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen, für die Beratung im Bereich der Gesundheitsplanung und Politik, für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von gesundheitsfördernden, präventiven und rehabilitativen Programmen und für Forschung und Lehre ab. Die Autorinnen konstatieren, dass Public Health nicht bei allen Studienangeboten im Zentrum des beruflichen Handelns steht.

Wie sieht das berufliche Handeln von Public Health Absolvent/innen aus? Rattay und Jager (2005) untersuchen in ihrer Stichprobe 123 Studierende des multidisziplinären und praxisorientierten postgradualen Aufbaustudienganges Gesundheitswissenschaften / Public Health mit je einem Drittel medizinischer, sozialwissenschaftlicher oder „sonstiger gesundheitsrelevanter“ Erstqualifikation. Die Studienteilnehmer/innen wurden postalisch

mittels eines standardisierten Fragebogens zu den Themenbereichen Erstqualifikation, Berufserfahrung vor dem Studium, Zufriedenheit mit dem Studium und Arbeitssituation nach dem Studium befragt. Die Studie von Rattay und Jager (2005) konnte eine Rücklaufquote von 63,4 Prozent und eine Abbruchquote von 23,1 Prozent verzeichnen. Die Auswertung erfolgte deskriptiv ohne eine Berechnung von Signifikanztests. Von den Befragten waren 67,1 Prozent bereits vor dem postgradualen Studium in einem Public Health relevanten Berufsfeld tätig. Insbesondere Absolventen/innen mit „sonstigen gesundheitsrelevanten“ Erstberufen und Absolventen/innen mit einer Erstqualifikation als Sozialwissenschaftler/in waren zu 38,1 Prozent bzw. zu 40,0 Prozent nach Beendigung des Aufbaustudiums arbeitslos. Rattay und Jager (2005) belegen, dass Absolventen/innen mit einer medizinischen Erstqualifikation die besten Berufschancen haben und eine Einmündung in eine stärkere Public Health-bezogene Tätigkeit nicht stattfand. Mit der Evaluationsstudie der Jahrgänge 1997 bis 2000 von Public Health Absolventen/innen der technischen Universität Berlin bestätigen Rattay und Jager (2005) die von Lorenz und Pundt 2002 und 2004 analysierten Trends des schwierigen Berufseinstiegs von Absolventen/innen.

Im Rahmen einer Masterarbeit wird ein erster Versuch unternommen, die beruflichen Kompetenzen von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit aus Sicht der Lehre zu untersuchen. Erste Befragungsergebnisse wurden auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2015 vorgestellt. Czwikla (2015) befragte sechs an akademischer Lehre im Bereich Public Health beteiligte Professor/innen zu ihrer Beurteilung der Qualifizierung von Public Health Studierenden und zu Verbesserungspotenziale der Public Health Ausbildung. Mittels Experteninterviews wurden Vertreter/innen aus der Public Health Lehre in Berlin, Bremen, Hannover, Bielefeld, Düsseldorf und Fulda zu den Themen Definition und Voraussetzungen einer erfolgreichen Public Health Ausbildung, Beurteilung der aktuellen Ausbildungssituation sowie Verbesserungspotenzialen und Voraussetzungen für deren Umsetzung befragt. Merkmale einer erfolgreichen Public Health Ausbildung sind demzufolge: „ein ausgeprägtes Interesse an dem Fach Public Health, die Vermittlung von Public Health spezifischem theoretischen und praktischen Wissen, ein erfolgreicher Übergang von Absolventen/innen in das Berufsleben“. Als Voraussetzungen für eine erfolgreiche Public Health Ausbildung führen die Befragten an: „ein engagiertes Team von Lehrenden, aufgeschlossene Studierende, eine kontinuierliche Ausrichtung der Ausbildung an gesundheitliche Entwicklungen und an Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt“. Weiterhin charakterisieren die Befragten die Public Health Ausbildungssituation „als unterfinanziert, zersplittert und unübersichtlich“ (Czwikla 2015, S.1 lt. Ausdruck). Als Verbesserungspotenziale nennen die Befragten: eine Erhöhung der strukturellen und finanziellen Verankerung der Public Health Ausbildung sowie eine Reduzierung der Unübersichtlichkeit in der Ausbildungssituation (Czwikla 2015, S. 2 lt. Ausdruck).

Aber welche Potenziale von Public Health sind (noch) vorhanden? Und was fehlt, um den Herausforderungen der Zukunft begegnen zu können? Das sind Fragen, die Rübiger und Borde (2015) in einem Positionspapier mittels einer Potenzialbeschreibung von Public Health stellen. Die Autorinnen zeigen auf, dass Public Health in Deutschland in Forschung, Lehre und Politikberatung gut aufgestellt ist. Public Health konnte wichtige Forschungserkenntnisse im Bereich der Epidemiologie, der Verhaltens- und Verhältnisprävention, der Gesundheitsförderung, der Gesundheitssystemanalyse und der Gesundheitsökonomie erzielen. Im Bereich der Lehre findet sich Public Health in zahlreichen Bachelor- und Masterstudienstudiengängen wieder. In der Politikberatung sind Gesundheitswissenschaftler/innen seit 25 Jahren im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eine feste Größe. Damit skizzieren Rübiger und Borde (2015) für zwei Zieldimensionen von Public Health, Forschung und Lehre, gelungene Potenziale. Für die Zieldimension der Umsetzung von Wissenschaftserkenntnissen in die Berufsfeld-Praxis bleiben die Antworten offen.

Diese Beobachtungen werden von Michel (2015) geteilt. Anhand einer Entwicklungsübersicht von Public Health in Westdeutschland seit dem 2. Weltkrieg betrachtet Michel (2015) die Weiterentwicklung der Public Health Disziplin. Ausgehend von Public Health als einer in Deutschland fest verankerten Wissenschaftsdisziplin nach internationalen Standards macht Michel (2015) einen Wandel in der Forschungsförderung hin zu biomedizinischen bzw -technischen Schwerpunkten aus und stellt eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die strukturelle Weiterentwicklung von Public Health fest.

Zu einem gänzlich anderen Ergebnis kommen Sachs / Kohls (2011). Im Rahmen des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ wurden Absolvent/innen der Studiengänge „Gesundheitswissenschaften“ und „Gesundheitsförderung und -management“ an den Hochschulen Neubrandenburg und Magdeburg-Stendal mittels des hochschulübergreifenden Fragebogens „AbsolvHochGes“ zum Berufsverbleib und den Qualifikationswegen befragt. Die Stichprobe umfasste 163 Fragebögen mit einer Rücklaufquote von 43,35 Prozent. Befragt wurden Absolvent/ innen mit den Abschlüssen „Bachelor Gesundheitswissenschaften“, „Bachelor Pflegewissenschaft/Pflegemanagement“, „Master Gesundheitswissenschaften“ sowie „Master Pflegewissenschaft/Pflegemanagement“ und „Master Management im Sozial- und Gesundheitswesen“. Sachs und Kohls (2011) weisen gute Berufsperspektiven für Absolvent/innen der genannten gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge nach. Von den Befragten haben 66 nach dem Bachelorstudium in einem direkten Übergang Studium-Beruf ein Beschäftigungsverhältnis angetreten und 53 nach dem Masterstudium. Allerdings hatten 103 von den Befragten vor

dem Studium eine abgeschlossene Berufsausbildung in dem Bereich Pflege (34,9 Prozent) und anderen relevanten Berufen im Gesundheitswesen (38,8 Prozent). Die Mehrheit der Befragten (N=53) ist in dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern berufstätig.

### 2.1.3 Public Health-Ausbildung und Berufsfeldpraxis international

Auch international ist die Analyse Public-Health spezifischer Kompetenzen von Bedeutung. Bjegovic-Mikanovic et al. (2013) untersuchten mittels eines online basierten Fragebogens europaweit die Kompetenzen von Public Health Master-Absolventen/innen. Erfragt wurden die Items ‚institutional profiles‘ sowie ‚the ranking of exit competences‘. Die Stichprobe umfasste 80 Mitglieder der Association of Schools of Public Health in Europa (Rücklaufquote 82,5 Prozent). Bjegovic-Mikanovic et al. (2013) zeigen auf, dass europäische Schools of Public Health im Vergleich zu den US amerikanischen Instituten relativ klein sind und innerhalb Europas „an nationally significant diversity can be observed of different degrees in public health and high variation of curricular content, duration of study, number of students, and national accreditation“ (Bjegovic-Mikanovic et al. 2013, S. 804).

Für den europäischen Raum erforschten Vukovic et al. (2014) “the largely unknown experience and expectations of European employers of public health professionals with regard to competences required to perform in the best way for the public health“(S.15). Mittels eines online-basierten Fragebogens wurden in 30 europäischen Ländern 109 Public Health Professionals befragt. Die Rücklaufquote lag bei 57,8 Prozent. Vukovic et al. (2014) zeigen damit sogar eine Lücke zwischen dem europäischen Public Health Ausbildungsprofil und den im Berufsfeld erforderlichen Kompetenzen auf: „Schools and Departements of Public Health rank the exit qualifications of their graduates higher than the current performance level as determined by employers“ (S.15).

Für die USA hingegen konnte ein Core Competency Model für den Abschluss Master of Public Health entwickelt werden. Mittels eines zweistufigen Verfahrens (Phase 1: Discipline-Specific Competency Identification; Phase 2: Crosscutting Competency Identification and Specification) ist es der Association of Schools of Public Health (ASPH) in Zusammenarbeit mit dem US Center for Disease Control and Prevention gelungen, für Nordamerika 119 Public Health spezifische Kompetenzen zu bestimmen. Im Rahmen von ‚individual expert panels‘ und sechs (Phase 1) bzw. sieben (Phase 2) Arbeitsgruppen unter der Beteiligung von 135 (Phase 1) bzw. 197 (Phase 2) Mitgliedern der ASPH erfolgte die Kompetenzbestimmung mittels dreier Delphi Surveys. Damit liegt ein Model für den nordamerikanischen Raum vor, dass “an integration of the core competencies for both the disciplines and the integrative, crosscutting competencies in the field of academic public

health practice” (Calhoun et al.. 2008, S. 1606) repräsentiert. Calhoun et al. (2008) machen somit die „definition of the MPH core competencies as a unique set of applied knowledge, skills and other attributes, grounded in theory and evidence, for the broad practice of public health” (Calhoun et al.. 2008, S.1599) möglich.

Mittels einer systematischen Review werfen Tilson / Gebbie (2004) die drängendsten Fragen zur Entwicklung einer „fully-competent public health workforce as a key component of the nation’s public health infrastructure” (S.341) in den USA auf. Die Autoren machen folgende zentrale Forschungsfelder aus:

- Defining the scope and content of work done by the workforce in the field
- Defining, classifying, and enumerating existing and needed workforce
- Understanding required competencies and specifying those competencies
- Building programs to use these competencies to train the workforce
- Documenting and assuring the competency of the workforce through efforts at formal credentialing
- Grappling with enormous legacy of neglect in conducting formal public health systems research including workforce research, sorely needed to advance the evidence base upon which policy in building the public health workforce must rest (S.342)

Als zentrale Fragen für die Public Health Praxis Forschung formulieren Tilson / Gebbie (2004) 1) “Public health workers do public health work, but by whose definition? 2) Is it defined by the setting in which one works? 3) Can being a public health worker be defined by the place or nature of the employer? 4) Is it defined by the credential one carries? sowie 5) Do all persons having Master’s Degree in Public Health, or any degrees from a school of public health or public health-specialized educational program count? als auch 6) Who among the workforce should be considered a “professional” und 7) Is public health a profession at all”? (ebd. S. 342 ff.).

Martin-Moreno et al. (2016) definieren und bewerten Public Health Aufgaben und Tätigkeiten aus globaler Perspektive „to present a more comprehensive picture of how public health is operationally defined and practiced globally” (Martin-Moreno et al. S.12.3). In die Analyse wurden 100 Länder weltweit aufgenommen. Zentrales Ergebnis ist “the broader academic perspective has not always been easily translated into practice“ (ebd. S.12.2). Als zentrale Forderung an Public Health weltweit schlussfolgern Martin-Moreno et al. (2016) „three conditions must be in place to ensure that the assessment is followed by policy improvements:

- Shared ownership among local and national stakeholders, including institutions
- Integration into the health policy cycle from the outset
- The availability of national or international experts to guide assessments and implement reforms” (ebd. S. 12.18).

#### 2.1.4 Herausforderungen und Bedarfe der Public Health-Ausbildung für die Berufsfeldpraxis in Deutschland

Public Health in Deutschland steht vor großen Herausforderungen: Zum einen ist die Public Health-Ausbildung in vielen neuen relevanten Studiengänge möglich, deren Studieninhalte und Abschlussbezeichnungen sich jedoch deutlich voneinander unterscheiden, zum anderen wird der interdisziplinäre Forschungszugang sowohl in der Forschungsförderung als auch in der Praxis nicht ausreichend berücksichtigt (Gerlinger et al. 2012). Europaweit suchen „public health educational institutions and public health professionals for an interface and synergies between science and practice“ (Bjegovic-Mikanovic et al. 2013, S. 801). Für einen gelungenen Praxistransfer empfehlen Vukovic et al. (2014): “Schools and Departements of Public Health should (...) improve the chances of their graduates on the labour market and increase employability“ (S. 21). Allerdings gibt es europaweit keine Erkenntnisse über Erfahrungen und Erwartungen von Public Health Beschäftigten „with regard to competences required to perform in the best way for public health“ (Vukovic et al. 2014, S. 15). Für die Public Health Lehre an den deutschen Hochschulen gilt daher die verbindliche Durchsetzung eines Fachqualifikationsrahmens Public Health-spezifischer Kompetenzen als unerlässlich (Blättner 2012).



Deshalb bestehen die zentralen Forderungen an die Public Health-Ausbildung für die Berufsfeldpraxis (Gesundheit) in:

- Akademische Ausbildung für Wissenschaft und Praxisalltag,
- Multiplikatoren in der Berufspraxis,
- Verzahnung von Spitzenforschung, anwendungsorientierter Forschung und Praxis,
- Starke regionale Präsenz von Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen,
- Ausbau von Public Health Schools nach internationalen Mindestanforderungen,
- Systematische Integration von Public Health in die Programme der Bundesregierung,
- Berücksichtigung von Interdisziplinarität durch die deutsche Forschungsgesellschaft (DFG),
- Verbesserung der Verzahnung zwischen den Hochschulen, Forschungseinrichtungen, öffentlichen Einrichtungen und Institutionen,
- Entwicklung einer allgemein akzeptierten theoriegeleiteten Konzeptionalisierung von Public Health und einer eigenständigen Interventionsmethodik,
- Kritische Reflektion einerseits von Interdisziplinarität in Forschung, Lehre und Praxis und andererseits von Spezialisierung,
- Implementationsforschung und Evaluation der international formulierten Kernkompetenzen in Forschung und Praxis,
- Verbesserung der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse und bessere Translation (Gerlinger et al. 2012; Paccaud et al. 2001; Hurrelmann et al. 2012; Razum / Dockweiler 2015; Birt et al. 2011, Gerhardus et al. 2015, Holst / Razum 2015).

Die Analyse der Datenlage lässt eine Reihe an Fragen unbeantwortet.

## Welche Fragen sind offen?

Die Untersuchungsergebnisse von Blättner (2012) und Baumgarten et al. (2015) zeigen auf, dass nicht alle deutschen (Hochschul-) Standorte mit gesundheitswissenschaftlichen Bachelor- und Masterstudiengängen an der Kompetenzbestimmung teilgenommen haben. Die Kompetenzbestimmung erfolgte lediglich für die Bachelorebene unter Einbeziehung einer kleinen Auswahl an relevanten akademischen Akteuren. In das Sample wurden weder die Perspektiven von Absolvent/innen noch von Akteuren aus der Berufsfeldpraxis Gesundheit und Politik miteinbezogen.

Baumgarten et al. (2015) und Blättner (2012) formulieren als Forschungsbedarfe:

- eine Einbeziehung aller relevanten deutschen (Hochschul-) Standorte und Stakeholder,
- eine Kompetenzbestimmung auch auf Masterebene,
- die verbindliche Durchsetzung des Fachqualifikationsrahmens an allen Hochschulen,
- eine studiengangübergreifende Analyse von Berufsfeldern von Absolventen gesundheitswissenschaftlicher Bachelorstudiengänge,
- die Überprüfung des GQR in der Berufsfeldpraxis sowie
- einen systematischen Abgleich mit der internationalen Entwicklung von Public Health.

Für die Stärkung des Faches Public Health in Deutschland halten Blättner / Dierks (2015) die Herstellung von Transparenz über Studieninhalte, Studienabschlüsse und über Qualifikationsprofile für unerlässlich. In ihrem Positionspapier formulieren Blättner und Dierks (2015) die Vermittlung von Public Health spezifischen Kernkompetenzen sowie die Integration von Public Health in die Mediziner-, Pflege-, Hebammen- und Physiotherapeutenausbildung als Bedarfe für die Forschung.

Diese Einschätzung kann mit den Ergebnissen von Rattay und Jager (2005) unterstützt werden. In der Verbleibstudie von Public Health-Absolvent/innen mit Erstqualifikation bestätigen sie den von Pundt und Lorenz (2002 und 2004) aufgezeigten Trend: Public Health Absolventen/innen werden von Berufsfeldern als Angehörige einer Berufsdisziplin mit Erstqualifikation nachgefragt. Vom Arbeitsmarkt wird Public Health als ergänzende Qualifikation wahrgenommen. Zur Stärkung von Public Health greifen Rattay und Jager (2005) den bereits von Lorenz und Pundt (2004) formulierten Forschungsbedarf auf: „durch eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, die die Benefits von Public Health herausstreicht, [sollte] deutlicher kommuniziert werden, wie gerade multidisziplinäre Betrachtungsweisen von

Problemen der Gesundheitsversorgung und -praxis zu besseren und reflektierteren Lösungen führen“ (Lorenz und Pundt 2004, S. 19, zit. nach Rattay und Jager 2005, S. 68).

Auch an der akademischen Public Health Lehre beteiligte Professor/innen sehen Verbesserungspotenziale. Als Bedarfe zur Weiterentwicklung der Public Health Ausbildung in Deutschland zeigt Czwikla (2015) den Ausbau bestehender Standorte zu international vergleichbaren Schools of Public Health, die Verständigung auf einen nationalen Qualifikationsrahmen sowie die Vereinheitlichung der Bezeichnungen von Public Health Studiengängen und zugehörigen Schwerpunkten auf. Als zentrale Voraussetzungen werden Verbleibstudien und eine kooperative Zusammenarbeit zwischen den Public Health Standorten vorgeschlagen (Czwikla 2015).

Sachs / Kohls (2011) formulieren als Forschungsbedarf die Untersuchung des Faktors Absolvent/innen mit bzw. ohne vorheriger Berufsausbildung und die Ausweitung des Untersuchungsdesigns auf weitere gesundheitsbezogene Hochschulen zur Steigerung der Aussagekraft der Ergebnisse.

Das Positionspapier von Rübiger und Borde (2015) wirft sogar Fragen nach der faktischen Umsetzung von Public Health auf. Die Autorinnen bescheinigen den Kerngebieten von Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung, starke Durchsetzungsprobleme. Als Forschungsbedarfe sehen sie die Verstärkung der praktischen Umsetzung von Public Health Maßnahmen, die Stärkung der Bedeutung von Public Health in Politik und Praxis und den Ausbau an Verbündeten und strategischen Partnern.

Aus europäischer Sicht wird dieser Forschungsbedarf bestätigt. Bjegovic-Mikanovic et al. (2013) stellen fest: „the educational capacity in the European Region is far from being sufficient if compared to aspire US levels“ (S. 801) und “the need for cooperation with other faculties or institutes is high” (S. 805).

Vukovic et al. (2014) empfehlen deshalb: “Schools and Departments of Public Health should reconsider priorities and question their estimate of exit qualifications in close contact with potential employers of their graduates” (S. 15).

Selbst die Entwicklung des amerikanischen Kompetenzmodells erfolgte „regardless of area of specialization or intended career direction“ (Calhoun et al. 2008, S.1599). Von Calhoun et al. (2008) wird daher folgender Forschungsbedarf formuliert: “competency model development is an iterative process and the model will have to be regularly updated on the basis faculty deployment of the competencies, continued dialogue regarding the use of the competencies, input on the currency and relevancy of the competency set, and ongoing changes and progress in the field of public health” (S.1606).

Zur Beantwortung der zentralen Fragen für die Public Health Praxis-Forschung machen Tilson / Gebbie (2004) deutlich, dass „the identification and funding of new centers of excellence for such research [...] and funding for the research itself“ (S. 354) erforderlich ist.

Michel (2015) bescheinigt in ihrem Positionspapier Public Health als Disziplin sogar eine ungewisse Zukunft. Als Forschungsbedarf wirft sie die Frage nach dem fraglichen Erhalt bzw. Ausbau des Stellenwertes der Multidisziplin Public Health als das richtige Lösungsinstrument für die bestehenden gesundheitspolitischen Bedarfe auf.

Aufgrund der methodischen Vielfalt (hauptsächlich Übersichtsarbeiten und Positionspapiere, vereinzelt Fragebogenerhebungen, teils ohne Signifikanzberechnungen, einem informellen Abstimmungsprozess und einer qualitativen Interviewstudie) und der dürftigen Datenlage zeigt sich, dass international Forschungsbedarf besteht, um die Frage nach den Kernkompetenzen von Public Health Professionals für relevante Berufsfelder zu klären.

Nachdem der Forschungsgegenstand ‚Public Health‘ in die aktuellen Herausforderungen für die Ausbildung und die Berufsfeldpraxis (Gesundheit) eingebettet wurde, wird im Folgenden der Gesundheitsmarkt betrachtet und daraus der Stellenwert von Public Health in der Akademisierung der Gesundheitsberufe begründet.

## 2.2 Arbeitsmarkt Gesundheit und Public Health

In diesem Kapitel wird Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit und dessen Stellenwert in der Akademisierung der Gesundheitsberufe am Beispiel der Pflege analysiert.

In der Berufssoziologie werden besondere Berufe als ‚Profession‘ definiert. Gemeint ist damit ein autonomer, akademischer Beruf, der besonders ausgewiesen ist und für die gesellschaftliche Reproduktion ein zentrales Problem bearbeitet und das dafür erforderliche spezielle Wissen systematisch anwendet (Pundt 2006). Professionen sind Berufe, „die durch bestimmte Attribute von anderen abzugrenzen sind“ (Pundt 2006, S. 10). Der Prozess der Spezialisierung und Akademisierung von Berufswissen wird als ‚Professionalisierung‘ bezeichnet. Im Gesundheitswesen bekommen Professionalisierungsabsichten immer größeres Gewicht. In diesem Kapitel wird deshalb der Frage nachgegangen, inwiefern Public Health als Profession auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit am Beispiel der Pflege verortet wird.

## 2.2.1 Begriffsbestimmung

### **Der Arbeitsmarkt Gesundheit**

Der Gegenstandskatalog Gesundheitswissenschaften / Public Health bearbeitet komplexe Fragestellungen zum Themenfeld ‚Gesundheit‘ aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen. Dem Public Health-Motto „Gesundheit für alle“ folgend, bietet Public Health Wissen für ein breites Spektrum des „Arbeitsmarkts Gesundheit“. Gemeint sind hiermit zunächst in einem explorativen Sinne alle relevanten Felder, die sich beruflich mit dem Thema ‚Gesundheit‘ auseinandersetzen. Bezogen auf das Forschungsdesign, wird eine Synopse aus Gesundheitsberufen und Public Health fokussiert.

Im Folgenden wird der Arbeitsmarkt Gesundheit aus den Perspektiven der Arbeitsmarktberichterstattung der Gesundheits- und Pflegeberufe<sup>7</sup>, der Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich sowie aus einer hochschuldidaktischen Perspektive für gesundheitsbezogene Studiengänge definiert.

Die Terminologie Arbeitsmarkt Gesundheit rekuriert hier auf den versorgenden Gesundheitssektor. Im traditionellen Verständnis wird hierzu die Medizin, die Kranken- und Gesundheitspflege sowie die Altenpflege gezählt. 2011 waren 4,3 Mio. Beschäftigte in mehr als 800 Gesundheits- und Pflegeberufen tätig. Für das Jahr 2030 werden 3,2 bis 3,4 Mio Pflegebürtige mit einem entsprechenden Fachkräftebedarf von 325.000 Vollkräften prognostiziert. Bereits jetzt spricht die Arbeitsmarktberichterstattung von einem flächendeckenden Fachkräftemangel in diesem Sektor (Bundesagentur für Arbeit 2011, 2015).

Das Berufsfeld Pflege steht vor Herausforderungen der Fachkräftequalifizierung. Eine Teilsäule ist die Professionalisierung der Pflege. Im Vergleich zu den anderen Gesundheitsberufen hat die Pflege auf diesem Gebiet die größten Fortschritte zu verzeichnen (bspw. generalistische Ausbildung und Pflegestudiengänge). Der Pflege werden zudem neue Aufgaben (z. B. Analyse lokaler Infrastrukturen zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, Aufbau tragfähiger Netzwerke und Unterstützungsstrukturen, Transfer neuer und relevanter Erkenntnisse in die regionale Versorgungspraxis, Einsatz neuer Technologien) zugeschrieben (Hülksen-Gieseler 2017, Büscher 2013, Reiber 2017, Weyland / Kaufhold 2017):

---

<sup>7</sup> Folgende Berufe gelten als Gesundheitsberufe: Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Zahntechniker, Medizinlaboranten, Masseur und verwandte Berufe, Heilpraktiker, Diätassistenten, Gesundheits- und Krankenpfleger, Augenoptiker, medizinische Fachangestellte, Helfer in der Krankenpflege, Altenpfleger, Sozialarbeiter und -pfleger (Bundesagentur für Arbeit 2011, S.17).

„[...] in zunehmend komplexeren Pflegearrangements sind zukünftig Kompetenzen vorzuhalten, die es Pflegenden ermöglichen, [...] Pflegearbeit in den Regionen zu koordinieren, familien- und populationsorientierte Angebote zu erstellen und innovative regionsspezifische Leistungsangebote zu erproben. Die Fachkräftequalifikation hat damit die Aufgabe, Pflegenden auszubilden die in der Lage sind, vernetzt zu denken und zu agieren, innovativ und kreativ zu handeln und die Herausforderungen der Pflege in den öffentlichen Raum zu kommunizieren“ (Hülksen-Gieseler 2017, S. 8).

Vor diesem Hintergrund ist das Verständnis von einem „Arbeitsmarkt Gesundheit“ um die Perspektive der Professionsentwicklungen in den Berufen im Gesundheitswesen zu erweitern. Frenk et al. (2010) belegen weltweit Defizite in der Ausbildung und Fehlverteilung von Health Professionals, d. h. neben Medizinerinnen, Pflegefachpersonen und Hebammen auch Public-Health-Fachleuten. Den Ausbildungssystemen bescheinigen Frenk et al. (2010), dass das Erlernte nicht mit den gesellschaftlichen Bedarfen und der Epidemiologie übereinstimme, dass die Zusammenhänge zwischen Gesundheitssystem, Wirtschaft und Politik ausgeblendet würden und dass die Absolventen schlecht auf die sich rasch wandelnden Herausforderungen vorbereitet seien (Sottas 2015, S. 3 lt. Ausdruck, zitiert nach Frenk et al. 2010, S. 7, 67). Sottas (2015) plädiert in diesem Zusammenhang für systembasierte Bildungsreformen im Gesundheitssektor mit einer intersektoralen Gesundheitsbildungspolitik unter Zusammenarbeit aller Fachleute und Berufsgruppen aus den Funktionsbereichen Populationsbezug (Gesundheitsförderung, Prävention, Public Health), Organisationsbezug (Strategie, Steuerung, Führung, Finanzierung, Technik, Logistik), Patientenbezug (Krankenbehandlung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation) und Erkenntnisvermehrung (Forschung, Evaluation, Health Impact Assessments, Qualitätssicherung) über die Grenzen zwischen Disziplinen, Berufen und Institutionen hinweg.

Aufgrund der zahlreichen neuen gesundheitsbezogenen Studiengänge, der Akademisierung der herkömmlichen Gesundheitsberufe und der damit einhergehenden Debatte um innovative Berufsfelder kann der Ausbildungsgegenstand „Gesundheit“ als „übergreifende didaktische Theoriebildung“ verstanden werden (Reiber 2012, S. 5). Interprofessionelle Ausbildung gewinnt eine zentrale Bedeutung. Von Reiber (2012) wird der theoretische Bezugsrahmen für eine interprofessionelle Hochschuldidaktik neu entstehender Berufsbilder und -profile gelegt, der [als] „Ausgangspunkt weiterer und berufsspezifischer Theoriebildung genutzt werden und um professionstypische Denk- und Handlungsstrategien erweitert werden kann“ (Reiber 2012, S. 6). Dieser Ansatz ist besonders gut zur Analyse „von Schnittstellen und Kompetenzen in der interprofessionellen Zusammenarbeit“ geeignet (Reiber 2012; S.8).

Diesem Ansatz folgend, werden in Kapitel 2.2.2 die zentralen Entwicklungen in der Akademisierung der Gesundheitsberufe dargestellt, auf die Pflege zugespielt und in Kapitel 2.2.3 eine Synopse zu Public Health gezogen.

### **Bedarfe und Herausforderungen in dem Berufsfeld Gesundheit**

Public Health nimmt die Gesundheit der Bevölkerung und die daraus resultierenden Bedarfe in den Blick. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wird im Jahr 2050 auf 36 Prozent ansteigen. Gleichzeitig wird das Sinken des Anteils der unter 20-Jährigen auf 18 Prozent prognostiziert. Für die Solidargemeinschaft heißt das ein Sinken des Anteils der voll versicherungspflichtigen Beitragszahler. Parallel dazu ist ein kontinuierlicher Anstieg derer, die wegen des geringen Einkommens im Alter weniger Beiträge einzahlen, zu erwarten (Firkorn et al. 2011).

Mit dieser Veränderung der Gesamtbevölkerung sind die Zunahme an chronisch progredienten Erkrankungen (neurologische Ausfälle, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Multimorbidität) und die Zunahme an Pflegebedürftigen eng verknüpft. Für die Entwicklung der Gesundheitsversorgung bedeutet das zum einen die Verlängerung der Lebensarbeitszeit und zum anderen die Zunahme der Komplexität der Versorgung bei gleichzeitiger Zunahme der Knappheitsverhältnisse (Firkorn et al. 2011).

Auf diese Entwicklungen muss sich die bisherige Gesundheitsversorgung einstellen und mit Neuausrichtungen reagieren. Das Leistungsspektrum muss an chronische Krankheitsbilder und an Multimorbidität adaptiert werden, es müssen neue Versorgungsaufgaben einer verstärkten und spezifisch altersgerechten Prävention, der Palliativversorgung, spezifischer Formen der Versorgung für chronisch neurologisch und an Demenz Erkrankter (weiter) entwickelt werden. Das kann durch die Integration der verschiedenen Versorgungsansätze, die Priorisierung und Optimierung des Ressourceneinsatzes sowie die Anpassung der Leistungserstellung und der Arbeitsorganisation (z. B. veränderte Kompetenzzuschnitte und berufliche Rollen) gelingen (Firkorn et al. 2011).

Auch die Ausbildung in den Gesundheitsberufen<sup>8</sup> muss diesen Entwicklungen begegnen. Im Mittelpunkt dabei steht die Stärkung der sektorenübergreifenden Interprofessionalität in der Gesundheitsversorgung. Daran knüpfen sich die noch nicht beantworteten Fragen nach einer Neuverteilung von Zuständigkeiten und der Neubestimmung von Kern- und Kooperationskompetenzen sowie einer Neubestimmung von Berufsprofilen (Firkorn et al. 2011).

---

<sup>8</sup> ‚Gesundheitsberufe‘ ist ein Sammelbegriff, der die Berufe Gesundheits- und Krankenpfleger, Hebammen, Medizinische Fachangestellte, Medizinisch-Technische Assistenten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Diätassistenten, Zahntechniker, Medizinische Fußpfleger und Sozialversicherungsfachangestellte umfasst.

Um dem zukünftigen Versorgungsbedarf zu begegnen, schlagen Berufspädagogen „eine weniger spezialisierte, ganzheitliche und interdisziplinär orientierte Gesundheitsversorgung“ vor (Bals 2011, S. 73). Wesentliche Bedingungen für interprofessionelle Zusammenarbeit sind Kooperationswissen und Kooperationsbereitschaft. Das setzt das Wissen um das Handeln und die Qualifikation anderer Gesundheitsprofessionen voraus. Allerdings fehlen empirische Erkenntnisse zum Kooperationswissen der Gesundheitsberufe und sind traditionelle Konflikte zwischen beispielsweise akademischen Heilberufen und dem Großteil der Gesundheitsfachberufe bekannt (Bals 2011). „Vor diesem Hintergrund ergeben sich Bedarfe zur (...) Generierung (...) innovativer Qualifikationsmuster (...)“ (Bals 2011, S. 74). Deshalb untersucht die vorliegende Dissertation, ob zum Beispiel der institutionalisierte Einsatz von Public Health Professionals eine Antwort darauf sein könnte, da diese dazu ausgebildet sind „to develop, organize, manage, evaluate, and adjust interventions aiming at the promotion of health and at the reduction of present and forecast public health challenges“ (Bjegovic-Mikanovic et al. 2013, S. 802).

### 2.2.2 Akademisierung der Gesundheitsberufe am Beispiel Pflege

Eine Reaktion darauf ist die Akademisierungswelle der Gesundheitsberufe. So waren bereits 2006 insgesamt 300 gesundheitsbezogene Studiengänge mit diversen Spezialisierungen auf Masterniveau zu verzeichnen, hinzuzuzählen sind noch die nicht akademisierten Gesundheitsberufe (Krampe 2015). Neben den traditionellen Berufsausbildungen kann das erforderliche Berufswissen bspw. der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Logopädie auf hochschulischem Niveau erworben werden. Ewers (2015) bemängelt sogar das Fehlen einschlägiger Masterprogramme für die Therapieberufe und kritisiert, dass die Interessierten auf nicht unmittelbar fachbezogene Studienangebote wie z. B. Public Health ausweichen müssen. Damit einher geht aber auch eine zunehmende Spezialisierung der Arbeitskräfte. Jedoch ist die damit verbundene Anpassung und Neuordnung des Ausbildungs- und Prüfungsrechts sowie die Rolle der Hochschulen noch nicht hinreichend definiert. Denn auch die Hochschulische Bildung steht seit dem Bologna-Prozess im Zeichen des Erwerbs von Fertigkeiten und Fähigkeiten für den Arbeitsmarkt. Gleichzeitig ist angesichts der Vielzahl der Gesundheitsberufe eine unkoordinierte Entwicklung unabhängig der beruflichen Verwendbarkeit zu beobachten. Neben der Koordination der hochschulischen Ausbildung in den Gesundheitsberufen mit den hochschulischen Zielen, sieht Igl (2015) den Bedarf, die Kommunikation zwischen allen beteiligten Ausbildungsinstanzen, den Trägern der Gesundheitseinrichtungen und –diensten sowie den Sozialleistungsträgern, Berufsverbänden und Tarifpartnern zu verbessern.



Das Forschungsfeld Berufsfeldpraxis Gesundheit ist in der Forschungsliteratur in erster Linie mittels Stellungnahmen und Konzeptpapieren und nur vereinzelt über empirische Befunde gekennzeichnet.

### **Stellungnahmen und Konzeptpapiere**

Vom Wissenschaftsrat wurden 2012 im Wesentlichen vier Kernempfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen ausgesprochen: 1) Akademisierung der Gesundheitsberufe (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Hebammenwesen), 2) Ausbau der berufsbezogenen und interdisziplinären Forschung, 3) Anbindung von Fachhochschulstudiengängen an medizinische bzw. gesundheitswissenschaftliche Fakultäten von Universitäten und 4) die Forderung nach berufsqualifizierenden Studiengängen. Auf die Bedarfe an Public Health Studiengängen wird explizit nicht eingegangen.

Räbiger (2012) zeigt in einem Positionspapier die Reaktionen aus Medizin, Pflege und Therapieberufen zu den ‚Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen‘ vom 13.07.2012 des Wissenschaftsrates auf: Mit Skepsis bis hin zur Ablehnung reagieren die Medizinverbände. Sowohl die drei deutschen Pflegeverbände als auch die Vertretung der therapiewissenschaftlichen Studiengänge (Hochschulverbund Gesundheitsberufe) (HVG) verweisen auf einen 20- bzw. 10-jährigen Akademisierungsprozess in Pflege bzw. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Diese sind durch die Hauptelemente Zunahme an Pflegewissenschaftlichen-, Pflegepädagogischen- und Pflegemanagement-Studiengängen bzw. an ausbildungsintegrierenden (dualen) Studiengängen vornehmlich an Fachhochschulen, vereinzelt an Universitäten, gekennzeichnet, wobei berufsqualifizierende Studiengänge in der Minderzahl sind. Trotz der Vielzahl an Studiengängen kann aber erst von einem Akademisierungsgrad von einem Prozent ausgegangen werden. Die Empfehlung des Wissenschaftsrates der Anbindung relevanter Studienangebote an Universitäten sieht der HVG aufgrund der negativen Erfahrungen mit der Einrichtung und Alimentierung gesundheitswissenschaftlicher Lehrstühle an Medizinischen Fakultäten und Universitäten skeptisch.

Die Situation und Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsberufen wurde von der Arbeitsgruppe ‚Gesundheitsberufe‘, 2012 vom Gesundheitsforschungsrat eingesetzt, mittels eines Konzeptpapiers analysiert. Kritisch diskutiert wurden bestehende Forschungsstrukturen, exemplarische Forschungsfelder und drängende Forschungsbedarfe in der Pflege, dem Hebammenwesen, der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie (Ewers et al. 2012). Die Arbeitsgruppe deckt eine Mangellage in den Bereichen ‚empirischer

Erkenntnisse über den Einfluss von Lebenswelten und Lebensstil sowie sozialer und kultureller Diversität auf das Krankheitsgeschehen und Bewältigungshandeln', ,zielgruppenspezifische Interventionskonzepte', ,Wirksamkeitsstudien und Evidenz über gesundheitsfachberuflich spezifische Interventionen' sowie ,fehlende Implementierung von Forschungsorientierung und Evidenzbasierung in berufliches Handeln' auf. Weiter kommt der Gesundheitsforschungsrat zu dem Ergebnis, dass trotz einer wachsenden Etablierung relevanter Studiengänge, dominierend an Fachhochschulen, die Ausbildung forschungs- und wissenschaftsfern erfolgt und diese dem Fachkräftemangel im Gesundheits- und Sozialwesen nicht begegnet (Ewers et al. 2012). Um auf den quantitativen und qualitativen Anforderungswandel in der Gesundheits- und Sozialversorgung durch übergreifende und langfristige demografische, epidemiologische, wissenschaftlich-technische und soziokulturelle Transformationsprozesse<sup>9</sup> effektiv und effizient reagieren zu können, verweisen Ewers et al. (2012) auf die Notwendigkeit „einer intensiveren und umfänglicheren Nutzung der ursprünglichen und spezifischen Leistungsmöglichkeiten der Gesundheitsberufe“ (S. 34). Als Lösungsinstrument plädiert die Arbeitsgruppe ,Gesundheitsberufe' für die Öffnung der deutschen Universitäten für die Gesundheitsberufe, die Schaffung von Synergien zwischen anwendungsorientierten Fachhochschulen mit (regionalen) Forschungspartnern und den spezifischen wissenschaftlich-methodischen Kompetenzen an den Universitäten, der Förderung stabiler Forschungsk Kooperationen zwischen Fachhochschulen und Universitäten sowie der Integration der Gesundheitsberufe in patientenorientierte Präventions- und Versorgungsforschung (Ewers et al. 2012). Als notwendige Strategie formulieren Ewers et al. (2012) Interdisziplinarität in Praxis und Forschung. Sie sehen Bedarfe in der Gesundheitsversorgungspraxis nach einer eng aufeinander abgestimmten Anwendung von Strategien und Interventionen unterschiedlicher Professionen zur Beantwortung zunehmender komplexer Problem- und Bedarfslagen. Interdisziplinarität wird von Ewers et al. (2012) als ein Austausch über Forschungsdesigns, -methoden und -ergebnisse mit der Notwendigkeit zur Entwicklung gemeinsamer Perspektiven und Fragestellungen definiert. Mit diesen Forderungen folgt die Arbeitsgruppe ,Gesundheitsberufe' den Empfehlungen des Sachverständigenrates (2009) und der Robert-Bosch-Stiftung (2011) nach „einer weitergehenden Kooperation [der] Berufsgruppen [als] unverzichtbare Voraussetzung für die Bewältigung der kommenden Aufgaben“ (Ewers et al. 2012, S. 55).

Die Ergebnisse des Gesundheitsforschungsrates zum Forschungsausbau in den Berufsfeldern Pflege, Hebammenwesen, Physio-, Ergo- und Logopädie wird von Höppner (2102) im Rahmen eines Positionspapieres kommentiert. Höppner (2012) beleuchtet die

---

<sup>9</sup> Wachsende Zahl alter und hochaltriger Menschen, chronische Erkrankungen und Multimorbidität, Einzug von Technik in alle Lebensbereiche (Ewers et al. 2012)

Fragen nach Prioritäten und Stärken der Forschung in den Gesundheitsberufen, den damit verbundenen Gewinn für die Gesundheitsversorgung sowie die Aufgabenverteilung zwischen den Hochschultypen. Als zentrale Antwort formuliert Höppner (2012) die Verständigung über ein systematisches Vorgehen multidisziplinärer Schwerpunktsetzungen.

Anhand des Positionspapieres „Strukturwandel im Gesundheitswesen – Neue Bedarfskonstellationen in der Pflegepraxis“ widmet sich Hasseler (2012) den Fragen nach den strukturellen gesellschaftlichen Veränderungen und daraus resultierenden Bedarfen in Gesundheit und Pflege, demografischen Änderungen sowie den damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Hasseler (2012) macht anhand des Anstiegs der Pflegebedürftigen, der Multimedikation und der an Demenz Erkrankten höhere Pflegebedarfe und komplexere Versorgungssituationen bei einem gleichzeitigen Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung und damit einer Reduktion von Fachkräften und familiärer Hilfen aus. In Folge dessen konstatiert Hasseler (2012) steigende Anforderungen an die Qualität der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Zentrale Ergebnisse der Überlegungen von Hasseler (2012) sind die angemessene Integration der Pflegenden und anderer Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung.

Im Mittelpunkt der Betrachtungen von Kälble (2012) stehen die Fragen nach Qualifikationen und Ausbildungsangeboten der Gesundheitsberufe. Mittels des Positionspapieres „Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Wandel der Gesundheitsberufe“ stellt Kälble (2012) drei Modelle der akademischen Qualifikation in den Gesundheitsberufen heraus: a) die bis heute dominierende berufliche Weiterbildung auf akademischen Niveau mit der Zielgruppe ‚Personen mit Fachschulausbildung‘ (additives Modell), b) ausbildungsintegrierende (duale) Studiengänge und c) primärqualifizierende Studiengänge. Kälble (2012) zeigt auf, dass die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin dem Erwerb der Berufsbefähigung an Hochschulen ablehnend gegenübersteht und eher für eine Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung einsteht.

2013 greift Schüle die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Akademisierungsrates der Gesundheitsberufe von 10 bis 20 Prozent mit dem Ziel der Ausbildung „reflektierter Praktiker mit den Kompetenzen wissenschaftlicher Reflexion, Evidenzprüfung und Anpassung des professionellen Handelns“ für die Einrichtung eines ‚Gesundheitscampus‘ (S. 117) erneut auf. In dem Positionspapier „Gesundheitsberufe gestern – heute – morgen“ zeichnet Schüle (2013) ebenfalls die Auswirkungen des demografischen Wandels mit der veränderten Nachfrage der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach. Auch von ihm wird der Blick in Richtung einer sektorenübergreifenden und interdisziplinären Gesundheitsversorgung gelenkt. Für die Bereiche Ausbildung und Lehre stellt Schüle (2013) fest, dass „dringend eine Abstimmung der verschiedenen Ausbildungsinhalte und –bezeichnungen notwendig [ist]. Im

Hinblick auf die Bedeutung der Bildung eines klaren Ausbildungsprofils sollten zumindest Basisinhalte zwischen den verschiedenen Instituten abgestimmt werden, um auch dem Arbeitsmarkt eine Orientierung zu bieten und den Stellenwert der universitären Ausbildung (...) zu stärken“ (S. 119). Dafür werden von Schüle (2013) die Einrichtung neuer Bachelor- und Master-Studiengänge mit interprofessioneller Ausbildung skizziert: a) ein kooperatives Modell (Gesundheitscampus) mit der Einrichtung von Studiengängen an Fachhochschulen unter dem Dach einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften und enger Kooperation mit einer in räumlicher Nähe gelegenen Universität mit Medizinischer Fakultät und b) ein integratives Modell mit der Einrichtung von Studiengängen an Universitäten unter dem Dach eines der Medizinischen Fakultät angegliederten Departements für Gesundheitswissenschaften.

2015 positioniert sich der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft in einem Paper zur Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgungspraxis durch primärqualifizierende hochschulische Bildung. Als zentrale Reaktionen werden ein Zusammenhang von Versorgungsqualität im Gesundheits- und Pflegewesen und einer hochschulischen Qualifizierung in der Pflege betont und die aktuellen politischen Initiativen der anstehenden Novellierung der Pflegeberufegesetze für die Regulierung einer primärqualifizierenden hochschulischen Pflegebildung in Deutschland begrüßt.

Von Bollinger / Gerlach wird 2015 die Diskussion um die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe mittels einer Übersichtsarbeit weitergeführt. Im Kern der Betrachtungen steht eine Analyse der Konstitution der akademischen nicht-ärztlichen Berufe anhand der Berufstheorie. Bollinger / Gerlach (2015) gehen von einer Entstehung neuer, bisher in Deutschland unbekannter Arbeitskraftmuster mit wissenschaftlicher und wissenschaftsbasierter praktischer Handlungskompetenz aus, denen aber „in potenziellen Praxiseinrichtungen kaum akademisch qualifiziertes Personal [außerhalb des ärztlichen Personals] zur Verfügung steht“ (S. 98).

Igl (2015) stellt in der Diskussion um die hochschulische Qualifikation der Gesundheitsberufe die rechtlichen Rahmenbedingungen und mögliche Auswirkungen in einer Übersichtsarbeit dar. Darin wird erstmals eine Analyse der Struktur- und Regelungsebenen des Gesundheitsberuferechts unter Berücksichtigung der Einflüsse des Unions- und Verfassungsrechts, des Ausbildungsrechts sowie des Rechts der Erbringung von Gesundheitssozialleistungen als auch eine Erörterung der Delegations- / Substitutionsproblematik und der aktuellen Normierungen mit Blick auf den Zugang zur Erbringung von Gesundheitsleistungen vorgenommen. Igl (2015) ist der einzige Autor, von dem eine Präzisierung der Akademisierung der Gesundheitsberufe vorgenommen wird: „Das Schlagwort ‚Akademisierung‘ ist insofern irreführend, als damit hochschulrechtlich genau

genommen die Universitätsausbildung, nicht die Fachhochschulausbildung gemeint ist“ (S. 122). Dieser Definition folgend, stellt Igl (2015) weiter die Bedeutung der universitären Ausbildung für die Akademisierung der Gesundheitsberufe heraus: „Der Wissenschaftsrat (...) versteht das hochschulische Niveau nicht ausschließlich als fachhochschulisches Niveau, sondern auch als universitäres Niveau“ (S. 124). Daraus resultierend schlussfolgert Igl (2015), dass sich insbesondere für die [Public Health] Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation „in der Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung neue Konstellationen der Leistungserbringung und der Kooperation der (...) Berufe ergeben“ (S. 128) können.

Krampe (2015) zieht eine Zwischenbilanz und skizziert aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Pflegeberufe. Betrachtet werden die Aspekte Gesundheitswesen, Hochschul- und Studienreform sowie Professionalisierung als auch eine Neuordnung von Berufen mit der Diskussion der Entwicklung der Studiengänge im Kontext des Bologna-Prozesses. Zentrale Position in dem Aufsatz von Krampe (2015) ist die Zunahme des beruflichen Wettbewerbs im Gesundheitswesen aufgrund neuer Tätigkeitsfelder (z. B. Qualitätsmanagement, Patientenberatung, Gesundheitswissenschaften, Betriebliches Gesundheitsmanagement) und zahlreicher Gesundheits- und Pflegestudiengänge mit ihren diversen Spezialisierungen. Krampe (2015) beobachtet entgegen aller bisherigen Aufsätze und Positionspapiere eine voranschreitende Ausdifferenzierung von Tätigkeiten. Krampe (2015) stellt die These auf, dass mit einer zunehmenden Spezialisierung der Arbeitskräfte die Anzahl sozialer Positionen steigen wird und die Neuschaffung und der Wettbewerb der Berufe erhebliche Auswirkungen auf die Strukturen im Gesundheitswesen haben werden. Folglich kommt Krampe (2015) zu dem Schluss, dass es „im Hinblick auf die Zuschneidung von Berufen darauf anzukommen [scheint], dass gesellschaftliche Gruppen zur Durchsetzung ihrer Interessen neue Berufsfelder schaffen, um die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen einzusetzen und auszubauen“ (S. 142). Mit Blick auf die Neustrukturierung der Hochschulbildung sieht Krampe (2015) den Erwerb ökonomisch verwertbarer Fähigkeiten, Fertigkeiten und Fachkenntnisse, Chancen auf dem Arbeitsmarkt und ein erfolgreiches berufliches Handeln im Fokus der Neukonzeption von Studiengängen.

Ewers (2015) bekräftigt in einer Übersichtsarbeit die von der Arbeitsgruppe ‚Gesundheitsberufe‘ 2012 formulierten Forschungsherausforderungen für die Gesundheitsberufe. Bedeutsam für die komplexen und mehrdimensionalen Herausforderungen im Gesundheitssystem (z. B. demografische Entwicklung, Zunahme an Komplexität, Intensität und Schwere von Krankheiten) sind verschiedene wissenschaftliche Perspektiven, Paradigmen und interdisziplinäre Zugänge. Von Ewers (2015) werden, trotz der wiederholten Feststellung fehlender Forschungsstrukturen, den Pflege- und

Therapiewissenschaften, „[international] ein hohes Maß an (...) Kompetenz zugesprochen, wenn es um die forschungsgestützte Beantwortung des Anforderungswandels in der Gesundheitsversorgung geht“ (S. 433). In den Betrachtungen zu den Bedarfen nach Interdisziplinarität fehlen die Forschungsleistungen von Public Health.

### **Abstimmungsprozesse in Expertengruppen**

Neben der Diskussion in Übersichtsarbeiten und Positionspapieren werden die Entwicklungen in den Gesundheitsberufen über Abstimmungsprozesse in verschiedenen Expertengruppen thematisiert.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen macht „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (2009) zum Thema seines Gutachtens. Zentrale Fragen umfassen die Koordinationsprobleme im deutschen Gesundheitswesen, bestehende Defizite und Lösungsmöglichkeiten und Reformvorschläge für eine effizientere Koordination der Berufsgruppen. Ein wichtiges Kapitel nimmt ein Zukunftskonzept aus einer koordinierten, generationenspezifischen und nach regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen differenzierten Gesundheitsversorgung zu einer mehrdimensionalen Koordination ein. Damit einhergehend werden als wichtige Antworten vom Sachverständigenrat (2009) Veränderungen der Arbeitsteilung, die Öffnung der sektoralen Abgrenzung und die Schaffung umfassender Versorgungseinheiten gesehen.

Die Verbesserung der Koordination und Kooperation der Gesundheitsberufe untereinander sowohl bei der Ausbildung, auf Hochschulebene als auch bei der Berufsbildung wird von der Robert Bosch Stiftung (2011) in einem „Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung“ aufgenommen. Im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen die Förderung der Verbesserung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen sowie die Einführung akademischer Strukturen und interdisziplinären Forschungsvorhaben. Von einer Expertengruppe<sup>10</sup> erfolgte eine Analyse, „ob und wie eine Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität durch Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Kooperation in den Gesundheitsberufen erreicht werden kann und welche Voraussetzungen dafür benötigt werden“ (S. 4). Zentrale

---

<sup>10</sup> Mitglieder der Expertengruppe: Prof. Dr. Mark Dominik Alscher (Ärztlicher Direktor Stuttgart), Prof. Dr. Andreas Büscher (Hochschule Osnabrück), Dipl. Päd. Gerd Dielmann (ver.di Bundesverwaltung), Manfred Hopfeld M.A. (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW), Prof. Dr. Heidi Höppner (Fachhochschule Kiel), Prof. Dr. Gerhard Igl (Christian-Albrechts-Universität Kiel), Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier (Charité-Universitätsmedizin Berlin), Dipl. Med. päd. Ursula Matzke (Pflegedirektorin Stuttgart), Dr. Almut Satrapa-Schill (Robert – Bosch - Stiftung)

Forderung der Expertengruppe ist die Überwindung struktureller, finanzieller, rechtlicher und konzeptioneller Hindernisse bei der Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgung (Alscher et al. 2011).

In einer engen Abstimmung und Konsensbildung mit Vertreter/innen<sup>11</sup> aus der Pflegewissenschaft und -praxis erfolgte die Festlegung der prioritären Forschungsthemen für die nächsten 10 Jahre für Deutschland (Behrens et al. 2012). Mittels eines Expertenpanels, der Analyse internationaler Forschungsliteratur, fachöffentlicher Diskussionen, einer Onlinebedarfserhebung unter Pflegewissenschaftler/innen und Beschäftigten der Pflegepraxis sowie einem 3-Länder-Kongress mit entsprechenden Initiativen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz wurde die Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflege um präventive rehabilitative, beratende, anleitende, edukative und versorgungssteuernde Aufgaben als notwendige Antwort zur Begegnung der gesellschaftlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen herausgearbeitet (Behrens et al. 2012).

Streckeisen (2013) widmet sich der Frage „Ob und inwieweit den neu entstehenden Gesundheitsaktivitäten im Public Health Bereich ein Berufscharakter zugesprochen werden [kann]“? (S. 241). Mittels der Kommentierung von Forschungsergebnissen aus Deutschland und der Schweiz werden Aus- und Weiterbildungen im Public Health Bereich beleuchtet. Streckeisen (2013) untersucht die Frage nach der Aufnahme von Public Health Absolvent/innen ins Beschäftigungssystem und erörtert Tätigkeitsbereiche von Public Health Absolvent/innen und deren berufliche Identität. Die von Streckeisen (2013) analysierten Forschungsarbeiten (Lorenz / Pundt 2002, Pundt 2006, Nitzschke / Dierks 2009, Schienkewitz et al. 2001) geben keine Auskunft über die konkreten Tätigkeiten von Public Health Absolvent/innen. Belegt werden kann, „dass das Spektrum der Tätigkeitsbereiche sehr breit ist und dass Lehre und Forschung, verschiedene Versorgungstätigkeiten sowie Management / Organisation hohe Bedeutung haben“ (S. 251). Streckeisen (2013) kommt zu dem zentralen Ergebnis, dass „Public Health als ‚erweiternde‘ Aus- und Weiterbildung verbreitet [ist], [aber] ein gesellschaftlich institutionalisiertes Bild, davon, was eine/n Gesundheitswissenschaftler/in ausmacht, nicht [existiert]“ (S. 257). Public Health gilt als eine Erweiterung und Attraktivitätssteigerung eines bestehenden Gesundheitsberufes um Public Health Elemente (Streckeisen 2013).

Pundt / Kälble (2015) strukturieren die aktuelle Theorie-, Forschungs- und Ausbildungslandschaft der Gesundheitsbranche und zeigen überblicksartig die interdisziplinäre Debatte über den bis heute diskutierten Forschungs- und Praxisstand der

---

<sup>11</sup> Mitglieder der Redaktionsgruppe: Prof. Dr. Johann Behrens (Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd), Prof. Dr. Stefan Görres (Pflegeforschungsverbund Nord), Prof. Dr. Doris Schaeffer (Pflegeforschungsverbund NRW), Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen Witten), Prof. Dr. Renate Stemmer (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. Mainz)

Gesundheitsberufe auf. Im Fokus stehen die zentralen Fragen „Welche Folgen haben die veränderten Strukturen der Gesundheitsversorgung und die daraus resultierenden Transformationsprozesse im Gesundheitssystem nach aktuellem Erkenntnisstand für verschiedene patientenbezogene Dienstleistungsberufe im gesundheitlichen Versorgungssystem“? (S. 27) und „Welche Probleme und möglichen Veränderungen bzw. Perspektiven ergeben sich daraus für die Berufe sowie das Gefüge der Berufe in der Gesundheitsversorgung“? (S. 28). Von Pundt / Kälble (2015) werden folgende wichtige Meilensteine in der Entwicklung der Gesundheitsberufe eruiert:

- Wissenschaftsrat 2012 (Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen): Konstituierung neuer akademisierter Berufsgruppen im Pflege- und Therapiebereich, Stärkung der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit, Bedarfe neuer Bildungs- und Versorgungskonzepte
- Arbeitsgruppe Gesundheitsberufe des Gesundheitsforschungsrates 2012 („Forschung in den Gesundheitsberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland“): Spezifizierung des Forschungsbedarfes der akademisierten Gesundheitsberufe und Beschreibung der unzureichenden Forschungsentwicklung der Hochschulen
- Careum Dialog der Careum Stiftung Zürich 2012: Diskussionsreihe „Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik“ mit Vertreter/innen aus den Gesundheits- und Bildungsministerien, zentralen Handlungsträgern aus Gesundheitswesen und Wissenschaft aus der Schweiz, Deutschland und Österreich zum Thema „Neuausrichtung der Ausbildung für Gesundheitsfachleute“
- Tagung „Die Zukunft der Gesundheitsberufe – Was können die Hochschulen dazu beitragen?“ 2012: Fragen nach *Welche Funktionen können Hochschulen in der Studiengestaltung, Forschung und Entwicklung übernehmen, um die Gesundheitsberufe für die zukünftige Versorgungspraxis hinreichend zu qualifizieren?*
- Robert –Bosch -Stiftung 2011 / 2013 („Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung“ / „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“): Wichtiger Beitrag zum Thema Gesundheitsberufe und interprofessioneller Zusammenarbeit
- Tagungsband „Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress Gesundheitsberufe im Wandel“ 2013: Wandel und Entstehung von Berufen im Krankenhauskontext, im Bereich der therapeutischen Gesundheitsberufe und im Bereich der



Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund der Umbrüche im Gesundheitswesen

- Wissenschaftsrat 2013 (Internationale Tagung „Gesundheitsberufe der Zukunft – Perspektiven der Akademisierung“): Diskussion der Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Akademisierung der Gesundheitsberufe und der Frage, welche neuen Anforderungen an der Schnittstelle von Wissenschafts- und Gesundheitssystem entstehen
- Jährliche Gremientagungen der Akkreditierungsagentur im Bereich Gesundheit und Soziales (AHPGS): Regelmäßige Fragen zur Entwicklung in den Gesundheitsberufen und gesundheitsberuflichen Bildungskonzepten an Hochschulen sowie zu Schnittstellen von außerhochschulischem und hochschulischem Bildungssystem im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe
- APOLLON Symposium 2013: Diskussionsplattform aus Wissenschaftlern und Praktikern zum Thema „Gesundheitsberufe auf dem Prüfstand: Wandel, Trends und Perspektiven“ zur Auseinandersetzung über veränderte Arbeitsumfelder, Arbeitsanforderungen und neue Tätigkeitsfelder
- Verein zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberuferrates 2014: Plattform zur Verbesserung eines kontinuierlichen Dialogs zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems, der Gesundheitswirtschaft (z. B. Berufen im Gesundheitswesen, den Krankenkassen- und Pflegekassen, Träger von Gesundheitssozialleistungen und Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen) und des Bildungssystems
- Studie zur „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsberufen im europäischen Vergleich“ (GesinE) 2014: Vergleichende Analyse von 16 Gesundheitsberufen aus Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande und Österreich sowie deren Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofilen.

Als zentrale Ergebnisse sehen Pundt / Kälble (2015) die Expansion und Ausdifferenzierung des Arbeitsfeldes Gesundheit mit neuen Perspektiven, Chancen und Neuprofilierungen der Gesundheitsberufe und einem Bedeutungszuwachs der interprofessionellen Zusammenarbeit. Aufgrund der Fortsetzung des Trends der Akademisierung der Gesundheitsberufe werde es zu einer Neuaufteilung der Aufgaben innerhalb der Gesundheitsversorgung mit der Notwendigkeit einer umfassenden Neuordnung der Gesundheitsberufe kommen (Pundt / Kälble 2015).

## **Empirische Studien**

Für die Berufsfeldpraxis Gesundheit konnten zwei empirische Studien identifiziert werden.

Darmann-Finck et al. (2014) nehmen eine inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen vor. Untersucht werden die Auswirkungen einer hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgung und die Auswirkungen einer Ausbildung auf Bachelorniveau auf die Verbesserung des Patientenoutcomes bzw. der Vermeidung von unerwünschten Patientenergebnissen. Weitere zentrale Fragen umfassen die Kompetenzmessung und Berufseinmündung, die Konzeption der Studiengänge auf institutioneller Ebene sowie die strukturelle Kooperationen innerhalb der Hochschulen, mit den Berufsfachschulen und mit Praxiseinrichtungen als auch die curriculare Konzeption der Studiengänge sowie die Analyse der inhaltlichen Profile der Studiengänge und die Lehr- / Lernangebote für die Theorie-Praxis-Verknüpfung und die praktischen Studieninhalte. Die Fragen werden mittels der Evaluation der intendierten, implementierten und erreichten Curricula für elf Modellstudiengänge, die neben dem Bachelorabschluss zu einer Berufszulassung befähigen (Pflege, Hebammen, Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten), mittels einer systematischen internationalen Literaturrecherche sowie einem Methoden-Mix zur Messung der Kompetenzen der Studierenden bzw. Absolvent/innen beantwortet. In weiteren Arbeitsschritten wurden Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge entwickelt und mit den Vertreter/innen der Studiengänge abgestimmt sowie Modelle arbeitsbezogenen Lernens für die hochschulische Erstausbildung generiert (Darmann-Finck et al. 2014). Die systematische internationale Literaturrecherche konnte in Studien für das Berufsfeld Pflege auf der Basis umfangreicher Risikoadjustierung und multivariater Analysen mit einer sehr hohen Aussagekraft signifikante positive Zusammenhänge zwischen einem erhöhten Anteil an Pflegenden mit einem Bachelor Abschluss am Gesamtpflegepersonal und dem Patienten Outcome (Reduktion der Mortalitätsraten, Anzahl der postoperativen Komplikationen, Dekubitusraten) belegen. Jedoch bestehen Unklarheiten darüber, welche Vorteile das Studium im Gegensatz zur beruflichen Ausbildung bringt (Darmann-Finck et al. 2014, S. III).

Gegenstandskatalog der Studie zur Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Europa (GesineE) ist die Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsberufe auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse. Von Lehmann et al. (2015) werden die zentralen Fragen zum notwendigen Grad der Generalisierung und Differenzierung sowie zur Schaffung akademischer Strukturen für die Aus- und Weiterbildung und damit verbundener Wissenschaftsorientierung und Forschung in diesen Berufen als auch Fragen zur

Weiterentwicklung und Neuordnung der Gesundheitsberufsprofile und ihrer Qualifizierungswege im europäischen Kontext analysiert. Lehmann et al. (2015) nehmen einen systematischen Vergleich zu den Qualifikationen und Kompetenzen sowie der Anschlussfähigkeit und Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt in unterschiedlichen (Gesundheits-) Berufsbildungssystemen europäischer Länder vor. Verglichen werden die Ausbildungs-, Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofile für 16 der in Deutschland als Ausbildungsberufe geregelten Gesundheitsfachberufe und der ihnen entsprechenden Berufe in den Ländern Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich (komparative Querschnittstudie mit einem Multimethodenansatz mit quantitativen und qualitativen Elementen). In einem ersten Schritt erfolgte eine systematische Inhaltsanalyse von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien, Lehrplänen, Curricula und weiteren Ausbildungsmaterialien sowie Stellungnahmen und Empfehlungen einschlägiger Institutionen. Daran anschließend führten Lehmann et al. (2015) Qualifikationsanalysen mittels leitfadengestützter Interviews mit Berufsmigrant/innen, Stellenanzeigenanalysen sowie schriftliche leitfadengestützte Onlinebefragungen von Expert/innen aus Berufspraxis, -management, -bildung und -forschung als auch mündliche Befragungen von Expertinnen und Hospitationen in exemplarischen Institutionen sowie Onlinebefragungen von Berufsangehörigen durch. Abschließend wurden nationale und internationale Materialien und Statistiken zu den Gesundheits- und Bildungssystemen systematisch inhaltlich analysiert (Lehmann et al. 2015). Lehmann et al. (2015) zeigen Überschneidungen von Qualifikationsprofilen und Aufgabenspektren auf. Weiter belegen Lehmann et al. (2015), dass trotz einer Zunahme der Differenzierung und Spezialisierung der Qualifikationsprofile im Zeitverlauf sowohl horizontal als auch vertikal, die berufszulassenden Ausbildungen die aktuellen und zukünftigen Qualifikationsbedarfe im erforderlichen Umfang nicht abdecken können.

## Welche Fragen sind offen?

Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates (2012)<sup>12</sup> werden insbesondere von dem Hochschulverband Gesundheitsberufe aufgegriffen. Formuliert werden Bedarfe nach einem Auf- und Ausbau primärqualifizierender Studiengänge, Forschung in den therapeutischen Gesundheitsberufen sowie einer vertraglichen Kooperation von Fachhochschulen mit medizinischen Fakultäten (Räbiger 2012).

Diese Empfehlungen werden von der Arbeitsgruppe ‚Gesundheitsberufe‘ ebenfalls aufgegriffen und weiter gefasst: Als drängende Bedarfe sehen Ewers et al. (2012) die Zusammenführung der Forschungsaktivitäten unterschiedlicher gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen mit dem Abbau von Konflikten zwischen den an ‚Gesundheit‘ beteiligten Fächern, Disziplinen und Professionen. In diesem Kontext schlagen Ewers et al. (2012) einen „strukturierten Diskurs mit allen relevanten Disziplinen, Trägern und Wissenschaftsorganisationen (Länder, Wissenschaftsrat, Hochschulrektorenkonferenz, Gesundheitsforschungsrat, Bund) zur künftigen Verankerung der Forschung in den Gesundheitsberufen“ (S. 36) vor. Ewers et al. (2012) sehen die Notwendigkeit der systematischen Weiterentwicklung, Erprobung und Evaluation von Verfahrensweisen zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Als eine wesentliche Gelingensvoraussetzung zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe mittels Interventions- und Grundlagenforschung sowie Theorieentwicklung fordert die Arbeitsgruppe ‚Gesundheitsberufe‘ Universitäten auf, „sich für die Gesundheitsberufe zu öffnen und eine systematische Förderung ihrer Wissenschaftsentwicklung und Disziplinwerdung durch (...) geeignete Strukturentwicklungsmaßnahmen voranzutreiben (z. B. Gründung von Lehrstühlen und Instituten, Aufbau und Förderung von „Professional Schools“, die Erweiterung und Neugründung von Fakultäten oder die Etablierung und strukturelle Unterstützung von Forschungsgruppen und Forschungsinitiativen)“ (Ewers et al. 2012, S. 60).

Höppner (2012) greift in ihrem Positionspapier „Forschung in den Gesundheitsberufen – Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland“ die Ergebnisse des Gesundheitsforschungsrates zum Forschungsausbau in den Gesundheitsberufen auf und untermauert die Empfehlungen mit folgendem Bedarf: „gesundheitswissenschaftlich und -politisch sind (...) jetzt Förderausschreibungen wichtig, um die bestehende Gesundheitsforschung in Deutschland zu ergänzen“ (S. 25).

---

<sup>12</sup> Ausbau der berufsbezogenen und interdisziplinären Forschung, Anbindung von Fachhochschulstudiengängen an medizinische bzw. gesundheitswissenschaftliche Fakultäten von Universitäten, Forderung nach berufsqualifizierenden Studiengängen

Insbesondere die Bedarfe nach interdisziplinären, sektoren- und berufsübergreifenden Versorgungskonzepten und nach einer hohen Fachlichkeit der Gesundheitsberufe werden von Hasseler (2012) in dem Positionspapier „Strukturwandel im Gesundheitswesen – Neue Bedarfskonstellationen in der Pflegepraxis“ konstatiert.

Die Forderungen nach einer weitergehenden Neuausrichtung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen sowie nach einem Auf- und Ausbau einer qualitativ ausgewiesenen Forschung zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe werden auch von Kälble (2012) formuliert.

2013 werden die Bedarfe nach einer Neuorientierung der Gesundheitsberufe als Reaktion auf den veränderten Arbeitsmarkt Gesundheit mit einer Stärkung der universitären Ausbildung von Schüle aufgegriffen. In der Diskussion um die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe stellt Schüle (2013) als zentrale Herausforderungen die Klärung wie und wo die akademische Ausbildung und Erweiterung der Gesundheitsberufe stattfinden solle sowie die Definition der Qualifizierungswege heraus.

2015 positioniert sich der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft begrüßend zur Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgungspraxis durch primärqualifizierende hochschulische Bildung. Als zentrale Bedarfe wird eine systematische Bildungsberichterstattung für die Pflege gesehen.

Nach Bollinger / Gerlach (2015) geht die Akademisierung der Gesundheitsberufe mit der Entstehung neuer, bisher in Deutschland unbekannter Arbeitskraftmuster mit wissenschaftlicher und wissensbasierter praktischer Handlungskompetenz einher. Von zentraler Bedeutung im Zuge dieser Entwicklungsprozesse sehen Bollinger / Gerlach (2015) die Beantwortung der Frage „nach dem inhaltlichen Mehrwert der akademisierten Ausbildungsform“ (S. 98) sowie die Erläuterung, „für welche wissenschaftlichen und praktischen Probleme [welche] Kompetenzen erforderlich sind“ (S. 98).

Eine hochschulische und / oder universitäre Qualifikation der Gesundheitsberufe kann Auswirkungen auf die bisherigen Berufe im Gesundheitswesen haben (Igl 2015). Als zentralen Bedarf formuliert Igl (2015) Abstimmungsprozesse zwischen den (hochschulischen und universitären) Ausbildungsinstanzen, der Gesundheitswirtschaft, den Trägern von Gesundheitseinrichtungen und –diensten sowie Sozialleistungsträgern und Berufsverbänden.

Von Krampe (2015) wird eine Zwischenbilanz in der aktuellen Entwicklung in der Akademisierung der Pflegeberufe gezogen. Zentrale These ist die Neuschaffung von Berufen im Zuge der Akademisierungsprozesse. Von zentraler Bedeutung hierfür sind aber

die Neujustierung von Konzepten zur Profession, Professionalisierung und der Erwartungen an eine akademische Qualifikation im Berufsfeld Gesundheit.

Ewers (2105) untermauert einerseits die Bedeutung der Pflege- und Therapiewissenschaften: "[Von] der Akademisierung werden (...) substanzielle Beiträge zur Professionalisierung der [Gesundheitsberufe], zur Beantwortung des weitreichenden Anforderungswandels in der Gesundheitsversorgung sowie zu deren wissenschaftlicher Fundierung und Evidenzbasierung erwartet" (S. 431). Andererseits bescheinigt Ewers den Gesundheitsberufen immanente Forschungsbedarfe. So sind Bemühungen um systematischen Erkenntnisgewinn, die Klärung des Verhältnisses zu Bezugsdisziplinen, die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation neuer Konzepte, Strategien oder Interventionen, die Erfassung der pflege- und therapie relevanten Problem- und Bedarfslagen der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen sowie die Untersuchung der Reichweite und Wirksamkeit einzelner Interventionen unter definierten Bedingungen und die Analyse und Optimierung der sozialen Organisation und Verfasstheit der Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung.

Von Ewers (2015) werden folgende zentrale offene Forschungsfragen formuliert, [die bereits von Public Health bearbeitet werden]: a) „Wie können Gesundheitsförderung und Prävention intensiviert und wirksamer gestaltet werden, um mehr Menschen auch unter erschwerten Bedingungen möglichst lange gesund zu erhalten und die Entstehung oder das Voranschreiten von Gesundheitsproblemen aktiv zu verhindern?, b) „Welche Folgen ziehen chronische Erkrankungen für die davon betroffenen Menschen nach sich, wie leben sie mit diesen Konsequenzen ihrer Erkrankung, wie können sie bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen unterstützt und wie kann ihr Selbstmanagement gefördert werden?“, c) „Wie kann den Anforderungen in der klinisch zunehmend anspruchsvoller werdenden Akutversorgung etwa aufgrund komplexer werdender Krankheitsbilder begegnet und wie können dabei technische Hilfsmittel in Diagnostik und Therapie in allen Versorgungssettings sinnvoll eingesetzt werden?“ (S. 437). Dafür werden von Ewers (2105) die Gründung von interdisziplinären Lehr- und Forschungseinrichtungen an großen Krankenhäusern und Versorgungseinrichtungen und enge strukturelle und personelle Verflechtung mit den Universitäten und die Ausweitung der pflege- und therapiewissenschaftlichen Forschungskapazitäten an Universitäten, Fachhochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen mit einer Etablierung interdisziplinärer Forschergruppen eingefordert.

Für die „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ nehmen für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Evaluationsstudien neuer Versorgungsstrukturen eine zentrale Bedeutung ein.

Alscher et al. (2011) kommen in ihrer Analyse zur Kooperation der Gesundheitsberufe zu dem Schluss, dass „nur durch koordiniertes und disziplinübergreifendes Handeln zwischen den Gesundheitsberufen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung des Einzelnen erreicht und die Schnittstellen zwischen den Angeboten und Einrichtungen des Gesundheitswesens besser überwunden werden [können] und dies wiederum [muss] durch interdisziplinäres Lernen und Forschen vorbereitet werden“ (S. 4). Dafür ist jedoch eine Beschreibung von Berufsprofilen mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten erforderlich. Hier werden die Chancen und Potenziale von Public Health nicht explizit berücksichtigt.

In der Agenda Pflegeforschung für Deutschland sind die prioritären Forschungsthemen der nächsten Jahre im Rahmen eines breit angelegten Abstimmungsprozesses festgehalten (Behrens et al. 2012). Von besonderer Bedeutung für das vorliegende Dissertationsprojekt ist die Forderung nach einem Aufbau einer systematischen Pflegebildungsforschung mit den Elementen:

- länderübergreifende gesicherte empirische Daten zum künftigen Bedarf an Fachkräften, an Qualifikationen und an Ausbildungsstrukturen auf beruflicher und akademischer Ebene (S. 20)
- empirische Daten zu spezialisierten Kompetenzen oder den Effekten der Pflegeausbildungen und generell von Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege und den Herausforderungen des Wissenstransfers (S. 20)
- Erforderliche Studien zu (S. 20):
  - zukunftsweisenden und international anschlussfähigen Qualifikationskonzepten auf allen Stufen (von der beruflichen Bildung bis zur Hochschulqualifizierung)
  - Outcomes unterschiedlicher Qualifikationen und deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität
  - Vereinheitlichung der gegenwärtig in Deutschland äußerst heterogenen Landschaft an [gesundheitswissenschaftlichen] Studiengängen an Fachhochschulen und Universitäten einschließlich der Fort- und Weiterbildung
  - Entwicklung, Erprobung und Evaluation tragfähiger Strategien des Theorie-Praxis-Transfers

- Bedarf an Fachkräften, an Qualifikationen und an Ausbildungsstrukturen auf beruflicher und akademischer Ebene

Von Behrens et al. (2012) werden Bedarfe nach einer systematischen Pflegebildungsforschung formuliert. Die Beiträge von Public Health finden hierbei keine Beachtung obwohl Pflegewissenschaft ein zentraler Bestandteil von Public Health ist.

Pundt / Kälble (2015) haben einen erweiterten Blick auf die Forschungsherausforderungen im Berufsfeld Gesundheit und fordern einen „konsensfähigen Gesamtplan für eine zukunftsfähige Aufgaben(neu)verteilung und für eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit der [Gesundheitsberufe]“ (S. 17).

Die Evaluationsstudie von Darmann-Finck et al. (2014) der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen verdeutlicht die Notwendigkeit der Wirksamkeitsforschung der Gesundheitsberufe, da in den Versorgungseinrichtungen bislang kaum Konzepte zur systematischen Integration von Fachkräften mit einem Bachelorabschluss existieren (Darmann-Finck et al. 2014, S. III). Deshalb formulieren Darmann-Finck et al. (2014) als Forschungsbedarf die Evaluation der beruflichen Einmündung mit einer kontinuierlichen Erfassung der Einsatzfelder und Handlungsmöglichkeiten der Hochschulabsolvent/innen.

Lehmann et al. (2015) evaluieren die Ausbildung in den Gesundheitsberufen in Europa (GesinE) und kommen zu dem Schluss, dass in allen Ländern Defizite in der Vorbereitung der angehenden Berufsangehörigen zur Erkennung der Bedarfslagen der zu versorgenden Personen in ihrem Lebensumfeld bestehen. Weiter folgern sie, dass „die berufszulassenden Ausbildungen die aktuellen und zukünftigen Qualifikationsbedarfe nicht im erforderlichen Umfang abdecken können“ (S. 347). Als wesentlicher Bedarf werden von Lehmann et al. (2015) Signale aus der Gesundheitspolitik eingefordert, die aufzeigen, „welche Kompetenzen und Expertisen zukünftig notwendig sind“ (S. 353). Weiter ist europaweit, insbesondere für Deutschland, eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsberufe erforderlich (Lehmann et al. 2015). Dafür schlagen Lehmann et al. (2015) den advanced practice- Ansatz vor:

„Der advanced practice-Ansatz ist die formale Erweiterung fachspezifischer Handlungskompetenzen (z. B. für Pflegende). „Advanced Practitioners, d.h. Berufs- und Professionsangehörige, die im Sinne, einer erweiterten und vertieften Praxis tätig sind, übernehmen weitgehend eigenständig Aufgaben, die einerseits von einer bestehenden anderen Profession, z. B. der ärztlichen, nicht (mehr) hinreichend wahrgenommen werden können. Andererseits nehmen sie Aufgaben wahr, die durch



gesellschaftliche Veränderungen, bspw. durch den demografischen Wandel, neu entstanden sind. Advanced Practitioners zeichnen sich durch Expertenwissen und Knowhow in einem spezifischen Handlungsbereich aus. Sie verfügen über Führungsfähigkeiten und können andere fachlich einarbeiten. Sie agieren aktiv innerhalb interdisziplinärer Teams und werden bspw. von Kolleginnen in komplexen Handlungssituationen hinzugezogen. Sie verfügen über Entscheidungsfindungskompetenz sowie über Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden und Fähigkeiten, die sie zur Verbesserung der Patientenversorgung einsetzen“ (S. 350).

Nachdem die wichtigsten Diskussionsstränge zur Berufsfeldpraxis Gesundheit – Entwicklungen in den Gesundheitsberufen aufgezeigt wurden, wird im nächsten Schritt der Stellenwert von Public Health in der Akademisierung der Gesundheitsberufe am Beispiel der Pflege vorgestellt.

### 2.2.3 Stellenwert von Public Health in der Akademisierung der Gesundheitsberufe am Beispiel Pflege

Zunächst wird auf den Bologna-Prozess als konstituierenden Hintergrund für die Arbeitsmarktorientierung von Hochschulen / Universitäten eingegangen.

Als Bologna-Prozess (1999-2015) wird ein gemeinsamer europäischer Rahmen für die Hochschulbildung mit 47 Mitgliedsstaaten bezeichnet. Der Europäische Hochschulrahmen umfasst die sechs Kernziele (1999) Einführung gestufter Studiengänge, Vereinfachung der Anerkennung, Einführung eines Kreditpunktesystems (ECTS), europäische Zusammenarbeit im Bereich der Qualitätssicherung, Förderung der Mobilität der Hochschulangehörigen und Stärkung einer europäischen Dimension der Hochschulbildung. Diese Ziele sind 2001 und 2003 um die Punkte Lebenslanges Lernen, Einbeziehung der Hochschulen und Studierenden, Förderung der weiteren Entwicklung der Qualitätssicherung sowie Erhöhung der weltweiten Attraktivität des Europäischen Hochschulraums und Etablierung des Europäischen Hochschulraums als die zwei Säulen der Wissensgesellschaft erweitert worden. Von konstituierender Bedeutung für das vorliegende Dissertationsvorhaben sind die Beschlüsse der Ministerkonferenz 2012 sowie die Reformphase von 2012-2015 mit dem prioritären Ziel der Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit (employability)<sup>13</sup> als wesentliche künftige nationale und internationale Herausforderung (Bundesministerium für Bildung und Forschung o. A.).

Es wurde nach empirischen Befunden zur Arbeitsmarktorientierung von allen Hochschultypen recherchiert. Das genaue Vorgehen der Literaturrecherche wird in Kapitel 4.1.1 näher beschrieben. Es konnten keine Treffer zu relevanten empirischen Studien erzielt werden. Dieses Rechercheergebnis gibt Hinweise auf das Vorliegen einer Forschungslücke, die mittels des vorliegenden Forschungsvorhabens besetzt werden soll.

Employability und Arbeitsmarktorientierung werden vom Wissenschaftsrat (2015) und der Hochschulrektorenkonferenz (2014) von Hochschulen und Universitäten in zunehmendem Maße eingefordert. Die Akademisierung der Gesundheitsberufe ist für die Pflegeberufe am weitesten vorangeschritten (vgl. Kapitel 2.2.2). Hier stehen die ersten Absolventen dem Arbeitsmarkt Gesundheit respektive dem Versorgungsmarkt zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund wird am Beispiel der akademisierten Pflege und vor dem Hintergrund der immer weitervorschreitenden Pflege- und Ausbildungsreform (z. B. Pflegestärkungsgesetz I-III oder Generalistik) über neue Berufsrollen diskutiert. Public Health ist eine originäre

---

<sup>13</sup> „Employability oder Beschäftigungsfähigkeit von Hochschulabsolvent/innen bedeutet, dass diese auf Basis wissenschaftlicher Bildung (fachliche und überfachliche Kompetenzen sowie berufsfeldbezogene Qualifikationen) eine qualifizierte Beschäftigung aufnehmen können“ (Bundesregierung 2015, S. 5)

interdisziplinäre Ausbildung, die einen ganzheitlichen Blick über das Gesundheits- und Versorgungssystem vermittelt.

Sowohl in der Akademisierung der Gesundheitsberufe bzw der Pflege als auch in Public Health wird als Outcome die Versorgungsqualität definiert. Wenn also Public Health einen ganzheitlichen mehrdimensionalen Blick auf Gesundheit in Forschung und Lehre mit dem Ziel verbesserter Versorgungsqualität einnimmt und dafür langjährige Ausbildungsstrukturen vorhält, für die in der Pflege aber erst neue Strukturen geschaffen werden müssen, wird mit dem vorliegenden Forschungsdesign der Frage nach Synergieeffekten nachgegangen und damit Handlungsfelder von Public Health eruiert.

## 3. Theoretische Rahmenbedingungen von Interdisziplinarität

### 3.1 Bestandsaufnahme relevanter theoretischer Konzepte

In diesem Kapitel wird eine Begriffsbestimmung von Interdisziplinarität vorgenommen und relevante theoretische Konzepte für die Bedeutung von Public Health als akademische Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit beleuchtet. Das vorliegende Forschungsprojekt betrachtet Interdisziplinarität unter dem Stichwort Interprofessionalität als Synopse zwischen den Entwicklungen im Berufsfeld Gesundheit, als geeignete Schnittstelle zwischen Hochschule und Arbeitsmarkt sowie konstituierendem theoretischem Konzept für die Public Health-Ausbildung und -Forschung.

Auf die Frage, wie auf die zukünftigen Entwicklungen und Bedarfe in der Gesundheitsversorgung reagiert werden kann, ist ‚Interdisziplinarität‘ ein viel verwendeter Begriff. An einheitlichen Beschreibungen, Operationalisierungen oder empirischen Erkenntnissen mangelt es jedoch und auch die Studienlage ist sehr unübersichtlich (Büscher 2011). Für interdisziplinäre Kooperationen in der Gesundheitsversorgung nehmen Kuehn (2009) und Rosenfield (1992) (zitiert nach Büscher 2011) eine Operationalisierung nach dem Grad der Kooperation vor: *transdisziplinäre Zusammenarbeit* (synchronisierte, aufeinander abgestimmte Praxis mit gegenseitiger Wertschätzung und längerfristigen Prozessen), sowie *interdisziplinäre Zusammenarbeit* (Koordination und Konsultation mit gemeinsamer aber intermittierender und unterschiedlich verteilter Verantwortlichkeit für die Versorgung) und *multidisziplinäre Zusammenarbeit* (parallele Praxis verschiedener Akteure mit gegenseitiger Information aber weitestgehend separatem Handeln). Von dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen werden 2007 folgende Kooperationsformen von beruflichen Tätigkeitsprofilen aufgezeigt: Die Übertragung von Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere in Form der Substitution, die Spezialisierung einzelner Berufsgruppen auf bestimmte Aufgaben oder die Herausbildung neuer Berufsgruppen (Büscher 2011).

## **Interprofessionalität in Studium und Ausbildung**

Vor dem Hintergrund der Frage nach Spezialisierung / Professionalisierung versus Interdisziplinarität werden die Health Universities mit ihren Schwerpunkten "Interprofessionelles Lehren und Lernen" und „Versorgungspraxis und Hochschulen verzahnen“ herangezogen: Zahlreiche Hochschulen bedienen sich in der Entwicklung von interprofessionellen Studiengängen zur Akademisierung der Gesundheitsberufe der Gesundheitswissenschaften als zusammenführende Klammer. So sind an der Hochschule für Gesundheit (Bochum) für die fünf Bachelorstudiengänge Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie interprofessionelle Bildungsperspektiven und Konzepte interprofessioneller Kompetenzentwicklung mittels fortlaufender Wissensvermittlung in gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen (Forschungsmethoden und wissenschaftliches Arbeiten, evidenzbasierte Forschung und Praxis, inter- und intrapersonelle Prozesse, Gesundheitspolitik und -versorgung) in den Fachsemestern 1-4 curricular fest verankert. Am Gesundheitscampus Osnabrück werden beispielsweise die Forschungsdisziplinen Gesundheitswissenschaften mit Versorgungsmanagement, Gesundheitsinformatik, Versorgungsforschung, Versorgungsmedizin als auch Bildungswissenschaften, gesundheitsökonomische Evaluierung sowie Pflegewissenschaften und Familiengesundheit, Präventionsforschung und Therapieforschung miteinander vereint. So werden mittels des Modellprojektes „Lern- und innovationsinduziertes Gesundheitssystem“ ausgewählte Forschungsfragen in enger Abstimmung aus Wissenschaft, Unternehmen der Gesundheitsversorgung, Kirchen und Politik bearbeitet und durch die Forschung in und mit der Praxis Evidenz für eine bessere Versorgungspraxis geschaffen.

Allerdings ist in der Literatur die Frage, „ob [dazu] das interprofessionelle Studium einen Beitrag für eine bessere Ausbildung und damit eine bessere gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung leisten kann“ (Friedrichs / Schaub 2011, S. 101) bislang ungeklärt. Deshalb ist aus Public Health-Perspektive zu fragen, warum die Gesundheitswissenschaften als traditionelle Wissenschaftsdisziplin hier nicht institutionell verankert sind, sondern neue Curricula mit Rückbezug auf die Gesundheitswissenschaften entwickelt werden bzw. warum die Gesundheitswissenschaften in diese Entwicklungen nicht einbezogen sind und welchen Beitrag Public Health hierzu leisten kann.

## Interdisziplinarität

Seit dem Bologna-Prozess zur Implementation eines europaweiten Hochschul- und Wissenschaftsraumes gewinnt Interdisziplinarität für die (Weiter-) Entwicklung von Studiengängen zunehmend an Bedeutung und etabliert sich mit der Einrichtung neuer Studiengänge immer mehr (Ortenburger 2013). Besonders für Studieninteressierte der Fachrichtungen Sozial- und Politikwissenschaften sowie Gesundheitswissenschaften (FH) nimmt das Motiv ‚Interdisziplinarität‘ in der Wahl des Studienganges eine große Bedeutung ein (Ortenburger 2013).

Grundsätzlich gilt Interdisziplinarität als ein Merkmal zur Beschreibung von Forschergruppen und zur Analyse der Beziehungen der Arbeitsteilung sowie der Kooperation zwischen den Mitgliedern. In der Wissenschaftstheorie wird Interdisziplinarität als Gefüge aus Beziehungen zwischen wissenschaftlichen Disziplinen und zur Beschreibung von Modellen von Beziehungen zwischen wissenschaftlichen Disziplinen definiert (Laitko 2011).

Für eine Annäherung an das Konstrukt Interdisziplinarität nimmt Lerch (2014) eine Differenzierung von Interdisziplinarität in Ober-, Unter- und Parallelbegriffe vor: *Multidisziplinarität* impliziert ein disziplinäres Nebeneinander auf demselben Themengebiet ohne strukturierte Zusammenarbeit oder fachübergreifende Synthesebemühungen der Einzelwissenschaften, *Pluridisziplinarität* ist die erste Stufe eigentlicher Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen und *Crossdisziplinarität* beinhaltet die Übernahme und Nutzung fremder Erkenntnisse, Methoden und Programme für die eigene Disziplin (Lerch 2014, S. 81). In der weiteren Aufschlüsselung des Begriffes Interdisziplinarität zeigt Lerch (2014) die verschiedenen Dimensionen dieses Konstruktes auf: *Gegenstände* werden von verschiedenen Disziplinen aus betrachtet, *Methoden* sind in verschiedenen Disziplinen wirksam, *Problemstellungen* zeichnen interdisziplinäre Studiengänge aus, *theoretisches Integrationsniveau* ermöglicht die Kommunikation und den Austausch unterschiedlicher Fächer, *Personen / Institutionen* müssen in einen Dialog treten (Lerch 2014, S. 81). Über die Ausdifferenzierung in Ober-, Unter- und Parallelbegriffe und die verschiedenen Dimensionen wird Interdisziplinarität für Lehre, Forschung und Praxis von Lerch (2014) als „eine Form wissenschaftlicher Kooperation in Bezug auf gemeinsam zu erarbeitende Inhalte und Methoden, welche darauf ausgerichtet ist, durch Zusammenwirken geeigneter Wissenschaftler/-innen unterschiedlicher fachlicher Herkunft das jeweils angemessenste Problemlösungspotential für gemeinsam bestimmte Zielstellungen bereitzustellen“ (Balsiger 1999, zit. nach Delfia/Di Giulio 1998, S. 117 in: Lerch 2014, S. 84) definiert.

Das Konstrukt wird unbestritten als Weiterentwicklung von Wissenschaften anerkannt (Schmidt 2005, Kocka 1991). Jedoch findet sich in der Literatur eine Vielzahl von Interdisziplinaritätsbegriffen (z. B. Multi-, Pluri-, Cross-, Inter- oder Transdisziplinarität) und werden die Begrifflichkeiten oft gleichrangig verwendet. Vorwiegend wird Bezug genommen auf die Termini „Multidisziplinarität“, „Interdisziplinarität“ oder „Transdisziplinarität“ (Laitko 2011; Jungert 2010).

Das Konstrukt Interdisziplinarität wird auf die verschiedensten Arten analysiert. Es kann eine Binnendifferenzierung von Interdisziplinarität (Jungert 2010)<sup>14</sup> vorgenommen werden. Ein anderer Ansatz ist die Unterscheidung nach Typen interdisziplinärer Beziehungen (Voigt 2010)<sup>15</sup>. Eine weitere Variante ist die Analyse der Beziehungsmodelle<sup>16</sup> (Voigt 2010).

Von besonderer Bedeutung für die vorliegende Forschungsarbeit und zur Theorieentwicklung von Interdisziplinarität im Kontext von Public Health und der möglichen Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe mittels der Interdisziplin Public Health sind in diesem Zusammenhang die Kontaktmodelle. Die Kontaktmodelle stellen Beziehungen zwischen den Wissenschaften dar und untersuchen die Frage: Worauf beruht der Kontakt zwischen verschiedenen Wissenschaften? (Voigt 2010). Für die Entwicklung einer empirisch abgesicherten Public Health-Interdisziplinaritäts-Theorie sollen das nicht-hierarchische Gegenstands-Kontakt-Modell und das Kooperative-Kontakt-Modell in die nähere Betrachtung gezogen werden:

Bei dem **nicht-hierarchischen Gegenstands-Kontakt-Modell** wird die Art und Struktur der interdisziplinären Beziehung von dem jeweiligen Gegenstand bestimmt, der in ihrem Zentrum steht und sich den einzelnen Disziplinen aus je unterschiedlicher Perspektive darbietet. Als ein Beispiel hierfür gilt der Untersuchungsgegenstand „Pest im Mittelalter“ als Gegenstand für Historiker, Epidemiologen und Psychologen. Durch die Nähe verschiedener Wissenschaftsbereiche entsteht ein umfassendes wissenschaftliches Verständnis des Untersuchungsgegenstandes ohne eine Dominanz einer bestimmten Disziplin. An diesem Modell wird kritisiert, dass die Gegenstandsbereiche wissenschaftlicher Disziplinen durch deren methodischen Ansatz konstituiert werden und nicht durch die Gegenstände selbst (Voigt 2010).

---

<sup>14</sup> Binnendifferenzierung von Interdisziplinarität in 1) unterschiedslose Interdisziplinarität, 2) Pseudo-Interdisziplinarität, 3) Hilfs-Interdisziplinarität, 4) zusammengesetzte Interdisziplinarität sowie 5) ergänzende Interdisziplinarität und 6) vereinigende Interdisziplinarität

<sup>15</sup> Typen interdisziplinärer Beziehungen: a) interdisziplinäre Beziehungen im Hinblick auf den Gegenstandsbereich, b) auf die Methode oder c) auf die Kooperation.

<sup>16</sup> Beziehungsmodelle: Monistisches Modell (das Modell der Einheitswissenschaft), plurale Modelle (eine Vielzahl von Disziplinen als eine notwendige Bedingung für Beziehungen zwischen den Disziplinen), Kontaktmodelle

Nach der Definition des **Kooperativen-Kontakt-Modells** vollzieht sich interdisziplinäres wissenschaftliches Arbeiten als solches jeweils als Kooperation und ist eine Ergänzung von Wissenschaften mit der Erweiterung von Gegenstandsbereichen und Methoden. Interdisziplinäre Kooperation bzw. Interdisziplinarität gilt somit als konstitutiv für Wissenschaft. Aufgrund der Offenheit gegenüber Gegenstandsbereichen und Methoden lässt sich das Kooperative-Kontakt-Modell vielfältig anwenden und gilt als das favorisierte Modell interdisziplinärer Beziehungen. Es wird als eine Möglichkeit zur theoretischen Erschließung des Forschungsgegenstandes Interdisziplinarität betrachtet (Voigt 2010).

### **Transdisziplinarität**

In der Wissenschaftstheorie gilt der Untersuchungsgegenstand „Gesundheit“ als problemzentriertes Forschungsgebiet (Jahn 2008; Mainzer 2009). Problemorientierte Forschung wird dem Konstrukt Transdisziplinärer Forschung zugeordnet. „**Transdisziplinarität**“ gilt als der stärkste der geläufigen Kooperationsbegriffe und wird als weiterentwickelte Interdisziplinarität definiert. Mittels Transdisziplinarität werden wissenschaftliche Wahrnehmungsfähigkeiten und Problemlösekompetenzen erweitert. Die Bestimmung von Gesundheitszuständen wird in der Literatur in dem Konzept der (methodischen) Transdisziplinarität verortet (Mittelstraß 2005; Jahn 2008; Jungert 2010; Sukopp 2010).

Der Begriff Transdisziplinarität wurde von Jantsch in den 1970er Jahren im Rahmen des OECD-Zentrums für Bildungsforschung und Innovation geprägt (Jahn 2008) und 1987 am Bielefelder Zentrum für interdisziplinäre Forschung (ZiF) von Mittelstraß als ein Wissenschaftskonzept zur Weiterentwicklung von Interdisziplinarität eingeführt. Transdisziplinarität ist kein Theorieprinzip, sondern ein forschungsleitendes Prinzip und gilt als eine Organisationsform von Wissenschaft. In Abgrenzung zur Interdisziplinarität im Sinne von Zusammenarbeit auf Zeit wird Transdisziplinarität als fortdauernde und die fachlichen Disziplinen verändernde Kooperation definiert. Das Forschungs- und Wissenschaftsprinzip der Transdisziplinarität wird z. B. zur Lösung von Gesundheits- oder Umweltproblemen angewandt, weil eine alleinige fachliche oder disziplinäre Definition von Problemlagen und Problemlösungen für das Forschungsgebiet Gesundheit nicht möglich ist.

Einem solchen Forschungs- und Wissenschaftsprinzip liegt keine eigene Methodologie, sondern vielmehr eine methodische Orientierung zugrunde (methodische Transdisziplinarität). Zur Lösung praktischer Probleme soll ein Forschungsvorhaben, z. B. Bildung, Begründung und Etablierung von Gesundheitsstandards, aus den disziplinären Bestimmungen heraustreten und eigene Arbeitsformen entwickeln. Mit diesen und ihren



zugrunde liegenden Problemkonstellationen werden die methodischen und theoretischen Orientierungen der involvierten Disziplinen, z. B. Soziologie, Psychologie, Medizin und Ökonomie, verändert (Mittelstraß 2005).

### 3.2. Kritik an den Konzepten zur Interdisziplinarität

Die theoretische Bestimmung von Interdisziplinarität ist durch zahlreiche Limitationen des Konstruktes bislang kaum möglich. Einigkeit herrscht über eine Mangellage in der theoretischen Bestimmung des Konstruktes Interdisziplinarität. Es besteht sowohl ein Mangel an begrifflicher Präzision als auch ein Mangel an empirischen Studien explizit zum Thema „Interdisziplinarität“. Auch sind bildungstheoretische Abhandlungen im Kontext von Interdisziplinarität selten. Weiterhin wird das Fehlen einer Wissenschaftstheorie interdisziplinärer Wissens- und Erkenntnistypen mit Kriterien für interdisziplinäres Wissen konstatiert. Eingefordert werden die Identifizierung interdisziplinären Wissens mit einer strukturellen Unterscheidung von disziplinärem Wissen und die Bewertung, Qualitätssicherung und Monitoring von Interdisziplinarität (Sukopp 2010; Voigt 2010; Jungert 2010; Ortenburger 2013).

Auch die Charakterisierung von Public Health als interdisziplinär wird kontrovers geführt. Für Razum / Dockweiler (2015) ist Interdisziplinarität für Public Health das konstituierende Moment. Schnabel (2015) hingegen versteht Public Health nicht als interdisziplinär, sondern als zwei wissenschaftsübergreifende Formen der Zusammenarbeit, wonach bei der hilfswissenschaftlichen Variante Ergänzungswissenschaften (z. B. Soziologie, Psychologie, Pädagogik) einer theoretisch und methodisch dominierenden Leitdisziplin wie der Medizin zu arbeiten, während die multidisziplinäre Variante durch das theoretisch, methodisch und inhaltlich weitgehend unverbundene Nebeneinander verschiedener Einzelwissenschaften gekennzeichnet ist (Schnabel 2015). Für die (Weiter-) Entwicklung des interdisziplinären Lehr- und Forschungsverständnisses von Public Health fordert Schnabel (2015) eine identitätsbildende Theoriebildung (Schnabel 2015).

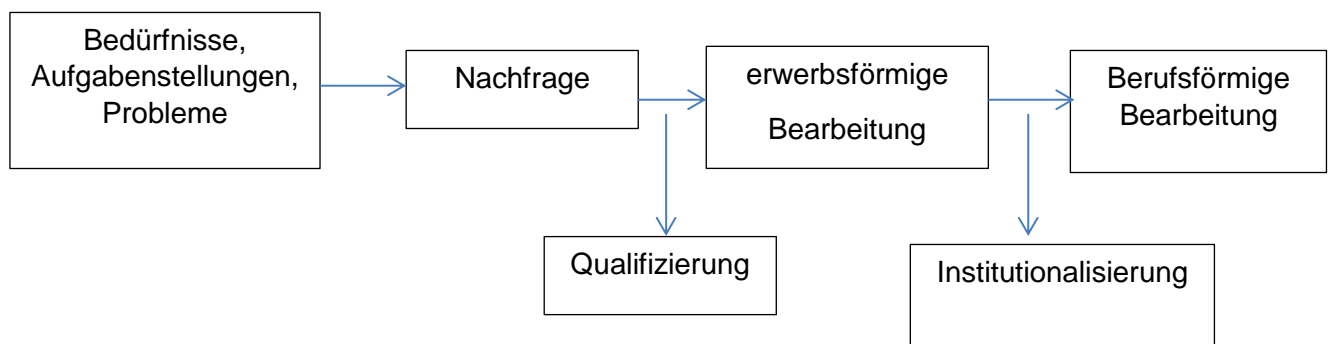
### 3.3 Entwicklung eines eigenen Modells

Bei der Frage nach der Implementierung von interprofessioneller Ausbildung und Praxis ist vor allem der Nutzen der Interprofessionalität als auch die Nachfrage nach interprofessionell ausgebildeten Absolvent/innen empirisch noch nicht belegt und gesichert (Firnkorn et al. 2011).

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde für die Gesundheitsberufe der ‚Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen‘ gegründet. Darin vertreten sind Expert/innen aus der Humanmedizin, der Pflege, der therapeutischen und diagnostischen Berufe aus Deutschland, Österreich und der Schweiz (Walkenhorst et al. 2015).

Für die Public Health-Ausbildung will die vorliegende Dissertation diesen Beitrag leisten und die Anschlussfähigkeit der interdisziplinären Public Health-Ausbildung als neues berufliches Tätigkeitsfeld an die interprofessionellen Ausbildungsentwicklungen und Neuausrichtungen der Gesundheitsberufe überprüfen. Dafür erfolgte eine eigenständige Erweiterung des Modells neuer beruflicher Tätigkeitsfelder nach Bals (2011) für den Bereich Public Health:

Abbildung 2 Public Health als neues berufliches Tätigkeitsfeld



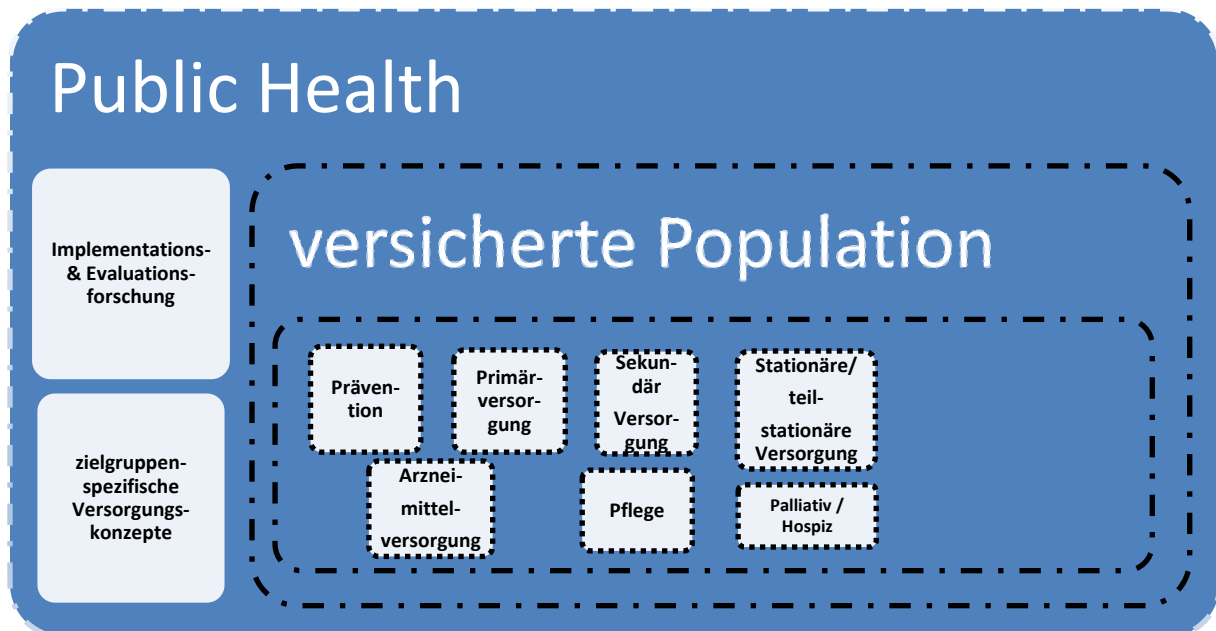
(eigene Darstellung, modifiziert nach: Bals 2011, S. 70)

Von der ASPHER wird dieser Forschungsbedarf untermauert, indem sie aufzeigt, dass “there still is a lack of consensus in Europe regarding the nature and limits of public health, both as science and as sphere of health professional activity“ (Birt et al. 2011, S.143).

Von Public Health wird neben Grundlagen- auch anwendungsbezogenes Wissen mittels Kooperation unterschiedlicher Disziplinen generiert (Gerlinger et al. 2012). Wenn also auf europäischer Ebene ein ‚Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen‘ gegründet wurde, ist die Frage zu stellen, warum Public Health als traditionelle interdisziplinäre Wissenschafts- und Anwendungsdisziplin nicht berücksichtigt

wurde, welchen Beitrag Public Health hier leisten kann, welche Synergieeffekte und inwiefern mit der Neuausrichtungen der Gesundheitsberufe Parallelstrukturen geschaffen werden.

Abbildung 3 Eigenes Modell zur Anschlussfähigkeit von Public Health in einem populationsorientierten und sektorenübergreifenden Zukunftskonzept



Quelle: Sachverständigenrat 2009, S.165, eigene Darstellung modifiziert um die Ebene Public Health

Interdisziplinarität ist ein unklares wissenschaftstheoretisches Konstrukt. Das Konstrukt Interdisziplinarität wird zwar in der Wissenschaftstheorie, in der Hochschulforschung, in der Soziologie, in den Erziehungswissenschaften und in der Bildungswissenschaft seit mehreren Jahrzehnten diskutiert. Nach wie vor liegt jedoch keine allgemein anerkannte Theorie vor (Laitko 2011; Jungert 2010; Sukopp 2010; Voigt 2010; Wessel 2010; Euler 2005; Schmidt 2005; Kocka 1991). Aktuell ist Interdisziplinarität im Hochschulkontext (z. B. der immer lauter werdende Ruf nach Verbundforschung) und im Gesundheitswesen, hier unter dem Stichwort Interprofessionalität, in aller Munde. Die Gesundheitswissenschaften / Public Health bspw. bezeichnen sich sogar per definitionem als interdisziplinäre Wissenschaft.

Interdisziplinarität gilt für Public Health sogar als konstituierendes Element. Nur mittels fächerübergreifender Disziplinen können komplexe gesundheitsbezogene Problemlagen analysiert, zielgruppenspezifische Interventionen abgeleitet und evaluiert werden (Razum / Dockweiler 2015). Interdisziplinäre Kompetenz ist bislang aber noch eine relativ ungeklärte Kategorie. Für das Konstrukt Interdisziplinarität wird sowohl aus wissenschaftstheoretischer Perspektive und im Besonderen für Public Health eine tiefgreifende Analyse für Wissenschaft, Praxis und Theorie eingefordert (Razum / Dockweiler 2015; Lerch 2014).

Gleichzeitig wird in den bzw. für die Gesundheitsfachberufe über Möglichkeiten und Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Berufsfeldes diskutiert. Im Vordergrund dabei steht die These der Interdisziplinarität und Interprofessionalität als Lösungsinstrument für die komplexen gesellschaftlich-gesundheitlichen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung.

Für das vorliegende Forschungsprojekt wird das Konstrukt der Interdisziplinarität bzw. der Interprofessionalität als Synopse zwischen den Gesundheitswissenschaften und den Gesundheitsberufen betrachtet. Die Empfehlungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe, wie z. B. Modelle zur Interdisziplinarität und Interprofessionalität, sind weder nachhaltig in Forschung, Ausbildung / Lehre und Berufsfeldpraxis implementiert noch wissenschaftlich abgesichert. In den Diskussionen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe wird die Anschlussfähigkeit von Public Health als langjährige interdisziplinäre Forschungstradition bislang nicht berücksichtigt oder sogar explizit nicht als erforderlich angesehen.

Mit dem vorliegenden Forschungsprojekt wird erstmals empirisch untersucht, inwiefern Interdisziplinarität / Interprofessionalität in der gesundheitsbezogenen Forschung und Praxis ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen ist und welche Anforderungen und Erwartungen an Public Health aus Akteursperspektive gestellt werden. In Kapitel 7 erfolgt die Ableitung einer eigenen Theorie von Interdisziplinarität von Public Health.

## 4. Vorgehensweise und angewandte Methoden

### **Forschungslogische Grundlagen**

Das vorliegende Forschungsprojekt zielt darauf ab, Wissen über typische Deutungsmuster und Handlungsorientierungen von Akteuren der Qualifikations-Vermittlung immer stärker ausdifferenzierten Wissens zur Bewältigung komplexer, sich wandelnder Anforderungen für Handlungsfelder von Public Health im Berufsfeld Gesundheit zu rekonstruieren.

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist die Beschreibung, Analyse und Erklärung der Phänomene von Public Health als Ausbildungsfeld und von Handlungsfeldern auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit.

Nach dem Modell der Abduktion bzw. hypothetischen Schlussfolgerung nach Charles Sanders Peirce werden neue Handlungsfelder und Theorien der komplexen Wissensvermittlung für Public Health konstruiert. Bei dem Konzept der Abduktion handelt es sich um „eine formale Darstellung, wie die Entwicklung neuer Erklärungen angesichts überraschender Fakten vor sich geht“ (Kelle / Kluge 2010, S. 25). „Abduktionen erfordern eine Revision bisheriger Annahmen, Elemente bisheriger für sicher gehaltener Wissensbestände werden aufgegeben, modifiziert, voneinander getrennt und neu kombiniert“ (Kelle / Kluge 2010, S. 25).

Die Entwicklung von Kategorien und Konzepten erfolgt auf der Basis des erhobenen Interviewmaterials. Im Rahmen des qualitativen Feldforschungsprozesses werden verschiedene theoretische Begriffe (Interprofessionalität, Interdisziplinarität, Transdisziplinarität, Gesundheitskommunikation) aus der Wissenschaftstheorie und Lehr-Lernforschung als sensibilisierende Konzepte (positive Heuristiken) verwendet. In der Auseinandersetzung mit dem empirischen Forschungsmaterial werden diese konkretisiert und definitive Konzepte generiert (Kelle / Kluge 2010). Die Begriffe Interprofessionalität, Interdisziplinarität, Transdisziplinarität, Gesundheitskommunikation werden verwendet, um durch Experteninterviews zu erfahren, ob und inwieweit der Gedanke der komplexen Wissensvermittlung am Beispiel Public Health in der Arbeitswelt der Experten eine Rolle spielt, welche Konzepte der Wissensvermittlung sie haben und in welcher Weise sie sich zu ihnen verhalten (Kelle / Kluge 2010). Die Verwendung heuristischer Theoriekonzepte dient dazu, die untersuchten Deutungsmuster der Experten theoretisch zu verstehen, einzuordnen und zu erklären. „Das Ziel des qualitativen Forschungsprozesses ist erreicht, wenn durch eine Verbindung von heuristischen Theoriekonzepten und [Arbeitswissen der Experten] empirisch gehaltvolle soziologische Kategorien und Aussagen über das untersuchte Handlungsfeld formuliert werden konnten (Kelle / Kluge 2010, S. 39).

## **Methodologie**

Die vorliegende Forschungsarbeit will einen Beitrag zur Beschreibung, Analyse und Erklärung der Phänomene von Public Health als Ausbildungsfeld und von Handlungsfeldern auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit leisten. Dafür wird ein qualitatives Forschungsdesign gewählt.

Die qualitative Befragung umfasst Experten aus der (Gesundheits-) Wissenschaft / Public Health-Professionals, aus Berufsverbänden, aus Bildungs-, Hochschul- und Gesundheitspolitik sowie aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden und Gewerkschaften.

Zentraler Ausgangspunkt der eigenen Erhebung sind die **theoretischen Annahmen** ‚Public Health kann geeignete Interventionen für die Lösung komplexer Probleme des Gegenstandes Gesundheit liefern‘ sowie ‚Interdisziplinarität ist ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen‘ und ‚Public Health ist geeignet für die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe am Beispiel der Pflege‘. Diese Annahmen bilden die Grundlagen zur Konstruktion von Typologien von Handlungsfeldern von Public Health in dem Berufsfeld Gesundheit und dienen der Theorieweiterentwicklung zur Vermittlung komplexer Wissensvermittlung (Interdisziplinarität).

**Ziel** der eigenen qualitativen Befragung ist es, die subjektive Einschätzung von Public Health aus unterschiedlichen Perspektiven von Experten in Bezug auf den Gegenstand „Public Health als Ausbildungsfeld und auf dem Arbeitsmarkt“ zu erfassen und daraus Handlungsempfehlungen zur Schärfung des Public Health-Profiles und zur Anschlussfähigkeit von Public Health im Berufsfeld Gesundheit abzuleiten.

Zur Generierung der subjektiven Einschätzung von „Public Health als Ausbildungsfeld und auf dem Arbeitsmarkt“ aus Perspektive der beteiligten Akteure am Untersuchungsgegenstand ‚Berufsfeld Gesundheit‘ ist ein qualitativer Forschungsansatz geeignet. Die wesentliche Stärke qualitativer Forschung liegt in ihrer hypothesengenerierenden und explorativen Funktion (Kluge / Kelle 2010). Anhand dieses Forschungsansatzes wird es möglich, die sozialen Wirklichkeiten aus Sicht der Arbeitswelten der unterschiedlichen Akteure sowie Strukturmerkmale von „Public Health“ zu beschreiben.

**Erkenntnisinteresse** des vorliegenden Forschungsprozesses ist das Expertenwissen zur Qualifikations-Vermittlung immer stärker ausdifferenzierten Wissens, zu Modellen zur Bewältigung komplexer, sich wandelnder Anforderungen, zu Formen der Zusammenarbeit unterschiedlicher Perspektiven in Bezug auf den Gegenstand „Gesundheit“ sowie zu Ausmaßen, Inhalten und Handlungsfeldern von Interdisziplinarität und Interprofessionalität als auch zum Selbstverständnis und zur Bewertung von Public Health als Ausbildungsfeld und auf dem Arbeitsmarkt und zu Public Health Kompetenzen und Berufsfeldern am Gesundheitsmarkt.

Die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen „liefert gegenstandsbezogene inhaltliche Informationen über subjektiv bedeutsame (...) Auffassungen zur [Qualifikationsvermittlung, Kompetenzen und Berufsfeldern von Public Health]“ (Flick / v.Kardoff / Steinke 2008, S. 22). Aus diesem Grund wird den Experten „die Möglichkeit [gegeben], Sachverhalte und Problemstellungen innerhalb ihres Relevanzsystems in der ihnen eigenen Sprache darzustellen“ (Przyborski / Wohlrab-Sahr 2008, S. 31). Auf der Grundlage von Interview-Leitfäden werden Situationsdeutungen der Akteure erfragt. Mittels der Antworten aus den leitfadengestützten Experteninterviews wird so die Perspektive auf Public Health von den am Gegenstand Berufsfeld Gesundheit beteiligten Akteure verdeutlicht. **Zentrale Fragestellungen** der Untersuchung sind: 1) *Was will / soll kann / Public Health für wen mit welchen Kompetenzen und Qualifikationen, Wissen und Können in welchen Handlungsfeldern leisten?* und 2) *Welche Trends zeichnen sich für das Berufsfeld Gesundheit ab?*

## Heuristische Theoriekonzepte

**Interdisziplinarität** gilt für Public Health als konstituierendes Element, ist aber bislang noch eine relativ ungeklärte Kategorie. Für das Konstrukt Interdisziplinarität wird sowohl aus wissenschaftstheoretischer Perspektive und im Besonderen für Public Health eine tiefgreifende Analyse für Wissenschaft, Praxis und Theorie eingefordert (Razum / Dockweiler 2015; Lerch 2014).

Der Forschungsgegenstand von Public Health sind gesundheitsbezogene Problemlagen. **Transdisziplinäre Forschung** richtet sich auf Problemstellungen, die außerhalb der Wissenschaften entstanden sind und von der Öffentlichkeit als relevant angesehen werden. Diese Art von Problemen wird über Forschungsaufträge und Projektfinanzierung an die Wissenschaft herangetragen. Die Lösungen müssen in einem gesellschaftlich-politischen Rahmen verhandelt werden (Sukopp 2010).

**Das Kooperative Kontakt-Modell** geht von Beziehungen zwischen den Wissenschaften aus. In Public Health werden gesundheitsbezogene Fragestellungen aus unterschiedlichen Disziplinen wie z. B. Soziologie, Medizin, Psychologie und Ökonomie analysiert. Das Wissenschaftsverständnis des Kooperativen-Kontakt-Modells ist der Wissensgewinn aus unterschiedlichen Perspektiven mit dem Ziel, ein bestimmtes Forschungsfeld um Gegenstandsbereiche und Methoden zu erweitern (Voigt 2010).

**Das nicht-hierarchische Gegenstands-Kontakt-Modell** versteht Interdisziplinarität als einen gleichberechtigten Austausch verschiedener Disziplinen mit der Entstehung umfassenden wissenschaftlichen Verständnisses. Dieses Modell geht davon aus, dass die interdisziplinären Beziehungen durch den gemeinsamen Untersuchungsgegenstand bestimmt werden, d. h. Kontakte zwischen den Disziplinen werden über den Forschungsgegenstand vermittelt (Voigt 2010).

Mittels der Experteninterviews wird überprüft, welchem Konstrukt Public Health von relevanten Akteuren zugeordnet wird. Aus den Ergebnissen wird eine empirisch gestützte Theorie von Interdisziplinarität von Public Health im Berufsfeld Gesundheit generiert.



## 4.1 Methodik

Zentraler Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist die These, dass ‚die fächerübergreifende Public- Health- Ausbildung einen Beitrag zur Problemfähigkeit und Effektivität des Gesundheitssystems liefert‘. Die zentrale Fragestellung nach den Erwartungen von Public- Health- Professionals und Gesundheits- Akteuren an Public Health für den Arbeitsmarkt Gesundheit wird anhand einer Dokumentenanalyse sowie mittels qualitativer Experteninterviews beantwortet. Diese Markt-und Potenzialanalyse zur (Weiter-) Entwicklung interdisziplinärer hochschulischer Public- Health- Ausbildungskonzepte umfasst:

1.) Eine Dokumentenanalyse von:

- Positionspapieren von Public- Health- und Gesundheitsakteuren aus den Feldern Wissenschaft, Hochschule, Arbeitsmarkt, berufliche Bildung und Verbänden,

2.) Qualitative Befragungen von Vertreter/innen aus:

- Wissenschaft und Forschung ,
- Bildungs- und Gesundheitspolitik
- Verbände (Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Gewerkschaften).

Die Dokumentenanalyse wird zur Vorbereitung der qualitativen Erhebung (Leitfadenerstellung) und als ergänzende Information innerhalb der Beurteilung von Chancen, Anforderungen und Perspektiven der Public- Health- Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit herangezogen. Kern dieses Forschungsdesigns ist die Analyse der qualitativen Befragungen.

Für die Grundlagenforschung zur Generierung eines idealtypischen Public- Health- Ausbildungskonzeptes ist ein qualitativer Forschungsansatz geeignet, da dieser es ermöglicht, die sozialen Wirklichkeiten aus Public- Health- Forschung und der Berufswelt Gesundheit zu beschreiben. Es sollen die vielfältigen Perspektiven von Akteuren aus der Public- Health- Forschung und von Akteuren aus dem Berufsfeld Gesundheit abgebildet werden. Dabei sind insbesondere die Ermittlung individueller Bedarfslagen und die Beantwortung der Frage, inwieweit ein interdisziplinäres hochschulisches Public- Health- Lehrkonzept den Bedarfen zur erfolgreichen Integration von Public Health in die Berufsfelder Gesundheit entsprechen kann, durch die gewählten Erhebungsmethoden möglich.

#### 4.1.1 Literaturrecherche

Mittels einer systematischen Literaturrecherche nach dem PICO-Schema wurden in einem ersten Schritt empirische Studien und Positionspapiere zu dem Forschungsfeld „Public Health Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit“ und im Anschluss daran empirische Studien und Positionspapiere zu dem Forschungsfeld „Arbeitsmarkt Gesundheit und Public Health“ ermittelt.

Als Problems (P) wurden Public-Health-Kompetenzen für das Berufsfeld Gesundheit, Synopse von Public-Health-Kompetenzen mit der Akademisierung der Gesundheitsberufe sowie Interdisziplinarität und Arbeitsmarktorientierung von Hochschulen festgelegt. Als Items of Interest (I) wurden relevante empirische Studien definiert. Als Vergleich (Comparison = C) wurde die internationale Public Health-Kompetenz- und Berufsfeldforschung bestimmt. Als Outcome (O) wurden die Kompetenzen von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit definiert.

Für das erstgenannte Forschungsfeld wurden als Suchwörter „Public Health Praxis“, „Kompetenzen Public Health“, Beruf\* Public Health“ und Arbeit\* Public Health und deren englischen Übersetzungen herangezogen.

Für den zweiten Untersuchungskomplex wurden als Suchwörter „Berufsfeld Gesundheit“, „Beruf\* und Gesundheit\*“, „Akademisierung und Gesundheitsberufe“ sowie „Gesundheitsberufe“ herangezogen.

In die Auswahl sind 18 Quellen aufgenommen worden, davon zwei empirische Arbeiten.

Für den dritten Untersuchungsgegenstand „Interdisziplinarität“ wurden die Begriffe „Interdisziplinarität“, „Transdisziplinarität“, „Interprofessionalität“, „Hochschuldidaktik“ sowie „Kommunikation und Gesundheit“ herangezogen. In die Auswahl wurden 20 Fachartikel aufgenommen.

Die Suche erfolgte in dem Bibliothekskatalog der Universität Bielefeld, in den Fachdatenbank pubmed, sowiport und FIS, in google scholar, in einschlägigen Fachorganisationen (WHO, BMG, BMAS, MGEPA, BIBB, Bertelsmann Stiftung, DGPH) und nach dem Schneeballsystem.

Mit den Suchbegriffen „Studium und Arbeitsmarktorientierung“, „Studiengänge und Arbeitsmarkt“, „Universität und Arbeitsmarkt“ sowie „Universität und Arbeitsmarktorientierung“ und „Universität und Beruf“ wurde nach empirischen Befunden zur Arbeitsmarktorientierung von allen Hochschultypen in einem ersten Suchverfahren in dem

Bibliothekskatalog der Universität Bielefeld sowie einschlägigen Fachorganisationen (BMAS, BIBB, Bertelsmann Stiftung) recherchiert.

Für den Themenkomplex „Public Health Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit“ sind in die Auswahl fünf Studien und drei Positionspapiere jeweils aus Deutschland, zwei aus Europa und zwei aus den USA sowie eine Review zu Global Public Health aufgenommen worden.

Die Literatur wurde unter folgenden Fragestellungen analysiert:

- ✓ Welche Fragen wurden behandelt?
- ✓ Welche Antworten wurden worauf gegeben?
- ✓ Mit welcher Methodik wurden die Antworten ermittelt?
- ✓ Welche Fragen sind offen?

#### 4.1.2 Dokumentenanalyse

Im Anschluss an die Literaturrecherche erfolgte eine Dokumentenanalyse. Dokumente gelten als standardisierte Artefakte und fungieren als institutionalisierte Spuren. Aus ihnen können Schlussfolgerungen über Aktivitäten, Absichten und Erwägungen ihrer Verfasser bzw. der von ihnen repräsentierten Organisationen gezogen werden. Dokumente werden „als Quellen [mit exegetischem Charakter] angesehen, die auf (...) hinter ihnen liegende Phänomene und Absichten verweisen“ (Wolff 2008, S. 504).

„Die qualitative Dokumentenanalyse zielt auf die Erforschung der strukturellen Probleme und des methodischen Instrumentariums, mit denen sich Dokumentenersteller und ihre Rezipienten auseinanderzusetzen haben, und versucht, die Implikationen unterschiedlicher Gestaltungsformen und Darstellungsstrategien zu explizieren“ (Wolff 2008, S. 513).

Zur Durchführung werden die von Public-Health-Akteuren (z. B. Gerlinger, Blättner, Dierks, Pundt), von Berufsverbänden (z. B. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., DBfK e.V.) und aus der Bildungspolitik (z. B. Wissenschaftsrat) verfassten Positionspapiere systematisch ausgewertet. Zur Analyse wurde ein sozialwissenschaftlich-hermeneutisches Deutungsverfahren gewählt.

Relevante Themenkomplexe dabei sind

- Erwartungen an Public Health,
- Kompetenzen von GesundheitswissenschaftlerInnen,
- Qualifikationsprofil von akademisierten Gesundheitsberufen,
- Unterschiede zwischen Public Health und akademisierten Gesundheitsberufen,
- Berufsfelder Gesundheit,
- Mehrwert einer interdisziplinären Ausbildung.

Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse wurden als erste Instrumente des Erkenntnisgewinnes herangezogen und dienten der Generierung erster Antworten. Mittels der Dokumentenanalyse wurden Leitfäden exploriert, um Aspekte, die bei der Dokumentenanalyse unklar blieben, in vertiefenden Experteninterviews zu beantworten.

## 4.2 Qualitative Befragung von Entscheidungstragenden von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit

Qualitative Interviews sind in der Sozialforschung bspw. in Studien zum Berufszugang gebräuchlich. Sie geben die Möglichkeit, Situationsdeutungen oder Handlungsmotive in offener Form zu erfragen und Selbstinterpretationen differenziert zu erheben. Teilstandardisierte Interviews bieten mittels Leitfäden viele Spielräume in den Frageformulierungen, Nachfragestrategien und in der Abfolge der Fragen. Sie dienen der Aufforderung zum Erzählen und dem aktiven Zuhören (Hopf 2008).

In Leitfadeninterviews werden die Situationsdeutungen und Erwartungen der InterviewteilnehmerInnen erfragt. Den Public-Health-Akteuren und Kernakteuren aus den Berufsfeldern Gesundheit werden anhand der Interviews die Möglichkeit gegeben, „Sachverhalte und Problemstellungen innerhalb ihres Relevanzsystems (...) darzustellen“ (Przyborski / Wohlrab-Sahr 2008, S. 31). Mittels der Antworten aus den leitfadengestützten Interviews werden die Perspektiven aller Akteure zu den Bedarfen an Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit verdeutlicht.

Für die vorliegende Arbeit soll der Leitfaden neben der Funktion des Interviewpartners, den Arbeitsbereich der Organisation, fachspezifische sowie übergeordnete Kompetenzen von GesundheitswissenschaftlerInnen und akademisierten Gesundheitsprofessionen, in erster Linie die Erwartungen an Public Health für das Berufsfeld Gesundheit abbilden. Auf Grundlage der qualitativen Experteninterviews sollen Public-Health-Kompetenzen mit dem Qualifikationsprofil von akademisierten Gesundheitsberufen kontrastiert werden. Ziel ist es, so die Spezifika der Public-Health-Ausbildung hervorzuheben. Daraus sollen Bedarfe und Einsatzmöglichkeiten von Public Health im Berufsfeld Gesundheit generiert werden.

#### 4.2.1 Sampling

##### **Beschreibung des Samples**

Die ausgewählten Fälle (Sampling) der vorliegenden Untersuchung repräsentieren 15 - 20 Akteure aus der Kompetenzvermittlung von Public Health und des Berufsfeldes Gesundheit auf der Makro- und Mesoebene. Ausgewählt wurden die einzelnen Fälle anhand einer systematischen Dokumentenanalyse mit der Methode der qualitativen Stichprobenpläne. Diese Methode findet Anwendung, wenn vor der Datenerhebung Vorwissen über relevante strukturelle Einflussgrößen im Untersuchungsfeld vorliegen (Kluge / Kelle 2010). Vor der Datenerhebung werden die Kriterien relevante Merkmale für die Fallauswahl, Merkmalsausprägungen und die Größe des qualitativen Samples festgelegt. Das zentrale Kriterium für die Konstruktion des qualitativen Stichprobenplanes ist die Erfassung relevanter Heterogenität der Fälle (Kelle / Kluge 2010, S. 55). Mit dem Stichprobenplan des vorliegenden Forschungsprojektes soll untersucht werden, wie die Akteure Public Health als Ausbildungsfeld auf dem Arbeitsmarkt wahrnehmen und deuten, welche Bedarfe sie auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit sehen und welche Potenziale sie zur Erreichung dieser Ziele Public Health zuschreiben (Kelle / Kluge 2010, S. 55).

Für die vorliegende Untersuchung über Public Health Kompetenzen und Berufsfelder auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit wurden die Merkmale (Mit-) Gestaltung von Public Health als Ausbildungsfeld und des Arbeitsmarktes Gesundheit (hier: Pflege) als Kriterien für die Fallauswahl herangezogen. Auf diese Weise sollten typische Einflussgrößen miteinander kontrastiert werden.

In dem vorliegenden Dissertationsprojekt wurde bei der Konstruktion des Stichprobenplanes auf theoretisches Hintergrundwissen darüber zurückgegriffen, 1) welches die Akteure mit den größten Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung von Ausbildungs- und Arbeitsmarktprozesse der Gesundheit (swissenschaft) sind, 2.) welche Akteure eher hohen Einfluss haben und 3.) wie sich in diesen Ebenen die Proportionen von Einfluss gestalten. Auf diese Weise konnten typische Akteure in den Bereichen Einfluss und Beurteilung von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit mit Gestaltungsmöglichkeiten des Ausbildungs- und Berufsfeldes Gesundheit kontrastiert werden. Pro Merkmal wurden ein bis drei InterviewpartnerInnen ausgewählt. Das theoretische Sample wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

## Geplantes Sample

Das Sample setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 1 Theoretisches Sample

Akteursgruppe	Aktuelle Berufstätigkeit	Status
(Gesundheits)Wissenschaft / PH-Professionals	Universität (Professur)	Pretest durchgeführt
	Universität (Professur / Mitglied im Sachverständigenrat)	Telefoninterview durchgeführt
	DGPH: (Professur)	abgebrochen
FH	Münster (Professur)	Interview durchgeführt
	Bielefeld (Professur)	Interview durchgeführt
Berufsverbände:	DBfK: Regionalleitung und Referent	Interviews durchgeführt
	Verein zur Förderung eines nationalen Gesundheitsberufes: (Vorstand)	Telefoninterview durchgeführt
Bildungs- und Hochschulpolitik:	dghd (Deutsche Gesellschaft für Hochschuldidaktik): AG Gesundheitswissenschaft: (Vorstandsmitglied)	Interview durchgeführt
KMK	Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen	Angefragt 15.02.17 Zuständigkeit wird nicht gesehen, Verweis an MGEPA; Anfrage nach alternativer Kontaktpersonen am 22.02.17
	Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-	Angefragt 15.02.17 Steht für Interview nicht zur Verfügung; Auskünfte

	Westfalen	werden nur an die Presse erteilt; Aufgabe sei Entwicklung von Studiengängen der Hochschulen; keine Eingriffe in Forschung und Lehre
HRK	Medizin und Gesundheitswissenschaften Referent Medizin und Gesundheitswissenschaften	Interview durchgeführt
	Referent Medizin und Gesundheitswissenschaften	Interview durchgeführt
Ministerien:	MGEPA (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW):	Keine Teilnahme aus terminlichen Gründen Alternative Personen angefragt am 17.02.17
	Landeszentrum für Gesundheit: (Direktion des Landeszentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen)	Telefoninterview durchgeführt
	Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesministerium für Gesundheit:	Angefragt am 15.02.17
Berufsvertreter/	Arbeitgeberverband Pflege:	Interview durchgeführt



Arbeitgeber:	(Geschäftsführung)	
Berufsverteter Arbeitgeber	/ Landesärztekammer: (Vorstand)	Telefoninterview durchgeführt
Gewerkschaften:	Verdi (Gewerkschaftssekretariat Berufspolitik)	Interview durchgeführt

Quelle: eigene Darstellung

Das Sample wurde um das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), um die Fachhochschule Fulda, die Universität Bremen und den Gesundheitsforschungsrat – Arbeitsgruppe Gesundheitsberufe erweitert. Der Gegenstandskatalog Public Health fällt nicht in den Zuständigkeitsbereich des BIBB. Mit dem Gesundheitsforschungsrat konnte ein Interview durchgeführt werden. Mit den Standorten Fulda und Bremen kamen keine (vollständigen) Termine zustande.

## Datenschutz und Ethik

Vor die Akquise wurde eine Prüfung des Forschungsprojektes durch die Datenschutzbeauftragte der Universität Bielefeld und durch die Ethikkommission der Universität Bielefeld geschaltet. Das Forschungsvorhaben wurde durch beide Gremien positiv bewertet (siehe Anhang).

### 4.2.2 Erhebungsmethode

Zur Durchführung der Experteninterviews wird ein Leitfaden für die relevanten Akteure konzipiert. Dafür werden mit dem Ziel, „beim Gegenüber (...) relativ freie, selbstläufige Darstellung[en] in Gang zu setzen“, systematische Fragen entwickelt (Przyborski / Wohlrab-Sahr 2008, S. 142). Die Leitfäden dienen als Orientierungshilfe sowie zur Durchführung der Interviews und ermöglichen die Initiierung eines zielgerichteten Redeflusses seitens der Interviewpartner/innen. Sie folgen einem einheitlichen Aufbauschema: Einem Eingangsstimulus folgen die jeweiligen Themenbereiche mit offener Einleitung und spezifischen Fragen. **Interessierende Themenkomplexe** dabei sind die Bedeutung von Public Health (Verständnis, Kompetenzen, Handlungsfelder), Komplexität von Wissen (Können, interdisziplinäre Handlungsfelder, Qualifikationen, Formen des akademischen Qualifikationserwerbs, gesundheitsbezogene Didaktik) sowie Arbeitsmarkt Gesundheit (Verständnis und Definition, Herausforderungen und Probleme, Bedarfe) und Synopse von Gesundheitswissenschaft und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe am Beispiel der Pflege (Schnittmengen, Anteil von Public Health an der Akademisierung in der Pflege, Anknüpfungspunkte interprofessionellen Handelns und Arbeiten in multiprofessionellen Teams). Abschließend sollen sozio-demografische Daten erfasst werden. Auf der Grundlage der Leitfäden wird es möglich, „bestimmte Sachverhalte und Problemsichten (...) zu verstehen bzw. zu rekonstruieren“ (Przyborski / Wohlrab-Sahr 2008, S. 143). Anhand der Leitfäden sollen ca. 15 Interviews geführt werden.

#### 4.2.3 Akquise- Strategie

Vor die Durchführung der Interviews wurde eine intensive Phase der Felderschließung geschaltet. Ausgehend von der systematischen Literaturrecherche und Dokumentenanalyse wurden zur Einschätzung von Public Health-Kompetenzen auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit Experten eruiert und erste Kontakte hergestellt. Die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen erfolgte in einem ersten Schritt über die Kommission Lehre der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH), über den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) sowie über die Pre-Conference der deutschen Gesellschaft für Hochschuldidaktik (dghd) AG ‚gesundheitsbezogene Didaktik‘.

In einem nächsten Schritt wurden von der Leitung der Arbeitsgruppe „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie“ relevante Akteure mittels eines Empfehlungsschreibens per E-Mail kontaktiert (siehe Anhang). Basierend auf dem theoretischen Sample konnten aus den Akteursgruppen (Gesundheits-) Wissenschaft / PH-Professionals, Berufsverbände, Bildungs- und Hochschulpolitik, Hochschulrektorenkonferenz, Ministerien, Arbeitgeber und Gewerkschaften Interviewtermine vereinbart werden. In dem Zeitraum September 2016 bis Februar 2017 erfolgten 15 Interviews inklusive eines Pre-Tests. Befragt wurden Personen aus der oberen Führungsebene (Vorstände, Geschäftsführung, Referenten, Professoren). Die Interviews wurden mit Public Health-Professionals unterschiedlicher Standorte an Universitäten und Fachhochschulen geführt. Aus der Akteursgruppe der Berufsverbände erfolgten Interviews mit Vertreter\*innen aus dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Regionalleitung, Referent Geschäftsstelle) und mit einem Vorstandsmitglied des Vereins zur Förderung eines nationalen Gesundheitsberufes. Aus der Akteursgruppe der Bildungs- und Hochschulpolitik konnten Interviews mit einem Vorstandsmitglied der deutschen Gesellschaft für Hochschuldidaktik (dghd) sowie zwei Referenten für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) geführt werden. Aus der Akteursgruppe der Ministerien erfolgte ein Interview mit einem Vertreter des Landesentrums für Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Direktion). Aus der Akteursgruppe der Arbeitgeber konnten Interviewtermine mit der Landesärztekammer (Telefoninterview Vorstandsreferenz) und mit dem Arbeitgeberverband Pflege vereinbart werden. Für die Akteursgruppe der Gewerkschaften konnte ein Interview durchgeführt werden (Gewerkschaftssekretariat Berufspolitik verdi). Mit dem Mitglied im Sachverständigenrat konnte ein Telefoninterview durchgeführt werden. Aus dem theoretischen Sample konnten der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit nicht erreicht werden. Des Weiteren erfolgte kein Rücklauf für die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Sektion Hochschullehre / Sektion Bildung). Für die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen (Bundesvorsitz Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V) kann ebenfalls kein Rücklauf

verzeichnet werden. Zum Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), zur Kultusministerkonferenz (KMK), zum Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) und zum Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgten Nachrecherchen. Ein Interview mit der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) (Vorstand) wurde von der befragten Person abgebrochen, weil die Interviewfragen nicht verstanden worden sind. Eine Nachrecherche hat stattgefunden.

## 4.3 Auswertung

### 4.3.1 Aufbereitung der Interviewdaten

Nach Genehmigung durch die Gesprächspartner/innen erfolgte eine Tonbandaufzeichnung der Interviews. Unmittelbar nach Beendigung eines jeden Interviews wurde ein Kurz- und Beobachtungsprotokoll zur Dokumentation des Interviewfokus und der Gesprächsatmosphäre erstellt. Auf dieser Grundlage erfolgte eine vollständige, anonymisierte Transkription der Tonbandaufnahmen. Die Auswertung der Interviews erfolgt anhand von Beobachtungsprotokollen und Transkripten nach vorab festgelegten Transkriptionsregeln (Vgl. Kapitel 5).

Zur Auswertung und Analyse soll das Verfahren des Fallvergleichs und der Fallkontrastierung nach Kelle und Kluge (2010) gewählt werden. Kelle und Kluge (2010) liefern eine methodologische Rahmung für Methoden und Modelle der Typenbildung. Ausgangspunkt dieser systematischen Analyse nach expliziten Regeln ist das Einmalige / Individuelle. Dabei wird ein verstehendes-geisteswissenschaftliches Wissenschaftsverständnis verfolgt, um sich in die Zusammenhänge und Prozesse von Public Health- Ausbildung und den Erfordernissen des Arbeitsmarktes Gesundheit hinein zu versetzen.

Dieses Vorgehen gilt als besonders geeignet für typenbildende Verfahren in interdisziplinären Kontexten zur Deskription und Hypothesengenerierung (Kelle / Kluge 2010). In einem ersten Schritt werden sie zur Beschreibung sozialer Realitäten (Public Health als Ausbildungs- und Berufsfeld) eingesetzt. In einem zweiten Schritt können Typologien zur Weiterentwicklung von Theorien (Kompetenzvermittlung von komplexen, sich wandelnden Wissens für Handlungsfelder auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit) gebildet werden.

Mittels **qualitativer Kodierung** wird das Datenmaterial strukturiert und kategorisiert. Die qualitative Kodierung ist zentrale Voraussetzung für den kontinuierlichen Vergleich und bildet

die Grundlage für die Theoriebildung. Anhand des Interviewmaterials und durch Kontrastierung der Fälle wird als Grundlage für die Konstruktion einer empirisch begründeten Typologie stufenweise ein Kategorienschema aufgebaut. Alle relevanten Fundstellen aus dem Datenmaterial der Interviews zu einem bestimmten Sachverhalt werden zusammengetragen. Die Analyse des Interviewmaterials erfolgt durch eine synoptische interpretative Analyse der kodierten Textstellen (Kelle / Kluge 2010):

„Die Kodierung beginnt mit der Zuordnung von Textsegmenten zu Kategorien<sup>17</sup>, die der Interpret ad hoc entwickelt, wobei zeilenweise vorgegangen wird und jedes in den Daten auftauchende Ereignis so vielen Kodierkategorien wie möglich zugeordnet wird. Gleichzeitig soll jedes neu kodierte Ereignis mit jenen Ereignissen verglichen werden, die bereits kodiert wurden, um auf diese Weise die „Eigenschaften“ der Kategorien bzw. ihre Subkategorien anhand des Datenmaterials zu entwickeln. Diese Entwicklung von Subkategorien geschieht anhand einer Synopse von Textstellen“ (Kelle / Kluge, S. 58).

### **Ableitung eines Kategoriensystems**

Die Zuordnung einer Kategorie zu einer Textpassage wird als „hypothetisches Schlussfolgern“ bezeichnet:

„Ein empirisches Phänomen, repräsentiert durch eine Textstelle, wird begrifflich ‚auf den Punkt gebracht‘ und durch die Zuordnung zu einer Klasse von Begriffen beschrieben, verstanden und ggf. auch erklärt“ (Kelle / Kluge 2010, S. 61).

Für das vorliegende Forschungsprojekt wird als Form der hypothetischen Schlussfolgerung die Zuordnung eines Phänomens zu einer bereits bekannten Klasse von Phänomen („qualitative Induktion“ oder „Subsumption“) gewählt. Diese Form der hypothetischen Schlussfolgerung entspricht der subsumptiven Indizierung bzw. Kodierung anhand eines vorbereiteten Kategorienschemas auf der Grundlage der Forschungsfragen und des theoretischen Vorwissens (Kelle / Kluge 2010).

Bei dem vorliegenden Forschungsprozess wird auf empirisches Theoriewissen (allgemeine theoretische Konzepte zur theoretischen Einordnung von empirischen Sachverhalten) zurückgegriffen. Hierzu zählen in dem vorliegenden Forschungsprojekt die wissenschaftstheoretischen Großkonzepte „Interdisziplinarität“ und „Transdisziplinarität“

---

<sup>17</sup> Kategorie: Begriff, der zu einer Klassifizierung von beliebigen Objekten dient. Im qualitativen Forschungsprozess jeder Begriff, der zur Kennzeichnung und Unterscheidung von Phänomenen (z. B. Personen, Gruppen, Vorgängen, Ereignissen) und damit zur Erschließung, Beschreibung und Erklärung der Daten genutzt werden kann (Kelle / Kluge 2010, S. 60).

sowie Großkonzepte aus der gesundheitsbezogenen Hochschuldidaktik (z. B. Fallbasiertes oder Problemorientiertes Lernen). Aus dieser Art des theoretischen Vorwissens werden für das vorliegende Forschungsprojekt diese abstrakten Konzepte als theoretische Heuristiken abgeleitet und bei der Konstruktion eines Kategorienschemas zur Aufbereitung und Indizierung des Interviewmaterials verwendet. Die Analyse beginnt mit empirisch nur wenig gehaltvollen, allgemeinen und abstrakten Konzepten und wird im Laufe der Auswertung „empirisch aufgefüllt“ (Kelle / Kluge 2010, S. 71), d. h. während der Kodierung besteht die Möglichkeit, dass bestimmte Kategorien aufgegeben werden oder dass das Kategorienschema um andere Kategorien ergänzt wird.

In der vorliegenden Untersuchung wird die Frage gestellt, welche Konstrukte der komplexen Wissensvermittlung von Bedeutung sind und welche Qualifikationen für welche Handlungsfelder im Arbeitsmarkt Gesundheit damit verbunden sind. Damit wird ein Zugang zu den Relevanzen, Deutungen und Sichtweisen der Akteure ermöglicht und ein Beitrag zur Hypothesengenerierung und Theoriebildung geleistet (Kelle / Kluge 2010; Kleemann et al. 2009). Anschließend wird festgelegt, welche Typen von Interdisziplinarität / Transdisziplinarität / Hochschuldidaktik Gesundheit und welche Typen von Handlungsfeldern von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit stets gemeinsam auftreten.

### **Konstruktion von Subkategorien und Dimensionen**

Bei dem Prozess der Bildung von Subkategorien werden für die Kategorien theoretisch relevante Merkmale und deren Dimensionen identifiziert (Dimensionalisierung). Dabei werden die anfänglich festgelegten Kodierkategorien mittels des Interviewmaterials konkretisiert (empirisch angereichert).

„Das entscheidende Ziel der Dimensionalisierung ist es (...), Kategorien und deren Subkategorien bzw. Dimensionen zu identifizieren, anhand derer sich die Fälle möglichst deutlich unterscheiden lassen, d. h. solche Kategorien und Subkategorien zu konstruieren, die zu einer guten Beschreibung von Heterogenität und Varianz im Datenmaterial führen“ (Kelle / Kluge 2010, S. 73).

Im Auswertungsprozess wird das Interviewmaterial für eine empirisch begründete Konstruktion von Subkategorien und Dimensionen herangezogen. Mittels einer synoptischen Analyse des Datenmaterials werden für alle Kategorien Textstellen zugeordnet und thematisch vergleichend und fallübergreifend analysiert. Für die qualitative Theoriebildung erfolgt nach der fallbezogenen Entwicklung von Kategorien und Subkategorien der Vergleich der verschiedenen einzelfallbezogenen Kategoriensysteme (Fallkontrastierung). Diese Übersicht über Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen trägt zur Entstehung der

Entwicklung einer Typologie oder Theorie bei (Kelle / Kluge 2010). Für die Indizierung, Kodierung von Textdaten und die textbezogene Synopse wird in dem vorliegenden Forschungsprojekt in einem ersten Schritt die Forschungslogik nach Kelle und Kluge (2010) und in einem zweiten Schritt die des Analyseprogramms MAXQDA herangezogen. Diese Forschungslogiken basieren auf Verfahren zur interpretativen Sozialforschung und empirisch begründeter Theoriebildung (z.B. Flick et al. 2008, Klemann et al. 2009).

#### 4.3.2 Empirisch begründete Typenbildung

Auf der Grundlage der Kategorien und ihrer Dimensionalisierung (theoretisch geleitete und empirisch begründete Bildung von Subkategorien) erfolgt die Konstruktion von mehrdimensionalen Typen.

#### **Typenbildung in der empirischen Sozialforschung**

Der Typenbegriff geht auf Max Weber<sup>18</sup> zurück. Danach „steht der Idealtypus zwischen Theorie und Empirie, bezieht sich auf reale empirische Phänomene und übersteigert einige der Merkmale, um zu einem Modell sozialer Wirklichkeit zu gelangen“ (Kelle / Kluge 2010, S.83). Die Funktion des Idealtypus bestehe laut Weber in „der Hypothesenbildung die Richtung weisen“ (Kelle / Kluge 2010, S.83). Von Uta Gerhardt wurde der Prozess der Typenbildung erstmals methodologisch beschrieben:

„Das zentrale Ziel des methodischen Vorgehens (ist es), durch Fallvergleich und Fallkontrastierung einen Überblick über Ähnlichkeiten und Unterschiede im Datenmaterial „sowohl auf Einzelfalebene wie über ein Gesamt zahlreicher Fälle“ (Gerhardt 1986, S. 91; zitiert nach Kelle / Kluge 2010, S.84) zu erhalten, so dass (möglichst) ähnliche Fälle zu Gruppen zusammengefasst und von (möglichst) differenten Fällen getrennt werden können. Durch die Kontrastierung der Fälle sollen Begrifflichkeiten entstehen, mit deren Hilfe die entdeckten Ähnlichkeiten und Unterschiede sowie „ihre übergreifende Struktur“ beschrieben werden können (Gerhardt 1986, S. 90 f.; zitiert nach Kelle / Kluge 2010, S. 85).

---

<sup>18</sup> Nach einer Originalquelle wurde im Universitätskatalog der Universität Bielefeld mit den Suchbegriffen „Typ\*“, „Typenbildung“ und „Weber, M“ recherchiert. Es wurden keine Treffer erzielt. [letzte Recherche am 19.08.2018 ]



## Begriffsbestimmung

Einer allgemeinen, formalen und logischen Definition folgend, die für alle Wissenschaften Bestand hat, ist eine **Typologie** „das Ergebnis eines Gruppierungsprozesses, bei dem ein Objektbereich anhand eines oder mehrerer Merkmale in Gruppen bzw. Typen eingeteilt wird, so dass sich die Elemente innerhalb eines Typus möglichst ähnlich sind und sich die Typen voneinander möglichst stark unterscheiden“ (Kelle / Kluge 2010, S. 85). Als **Typus** werden „die gebildeten Teil- oder Untergruppen bezeichnet, die gemeinsame Eigenschaften aufweisen und anhand der spezifischen Konstellation dieser Eigenschaften beschrieben und charakterisiert werden können“ (Kelle / Kluge 2010, S. 85). Als **Fälle** (Elemente von Typen) werden die Interviewpartner/innen, größere soziale Einheiten (bspw. Familien), Organisationen oder Gesellschaften bezeichnet und zu Typen geordnet. Mittels Eigenschaften wird eine Unterscheidung der Typen vorgenommen. In der quantitativen Forschung werden hierfür die Begriffe Merkmal oder Variable und Merkmalsausprägung verwandt. Die qualitative Forschung bedient sich für „Merkmal“ des Begriffes „**Kategorie**“ und für „Merkmalsausprägung“ des Begriffes „**Subkategorie**“ (Kelle / Kluge 2010):

„Alle Ausprägungen eines Merkmals bzw. einer Variablen bilden zusammen eine „**Dimension**“ oder einen „Merkmalsraum“. „**Dimensionalisierung**“ ist also der Vorgang, bei dem man Ausprägungen für Merkmale oder Subkategorien für Kategorien sucht“ (Kelle / Kluge 2010, S. 87).

Eine Typologie wird aus einer Kombination von Kategorien (Merkmalen) entwickelt. Der **Prozess der Typenbildung** erfolgt daher in vier Schritten 1.) Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen, 2.) Gruppierung der Fälle und Analyse empirischer Regelmäßigkeiten, 3.) Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge und 4.) Charakterisierung der gebildeten Typen (Kelle / Kluge 2010, S.91).

Zur **Bestimmung relevanter Vergleichsdimensionen** werden die Formen der kriteriengeleiteten Fallauswahl (vgl. Kapitel Sampling), die Entwicklung eines Interviewleitfadens und die Konzepte der komplexen Wissensvermittlung und erforderlichen Qualifikationen für das interdisziplinäre Handlungsfeld Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit herangezogen. Auf dieser Grundlage werden Kategorien und Subkategorien definiert, „mit deren Hilfe die im Untersuchungsfeld tatsächlich bestehenden Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Untersuchungselementen (Personen, sozialen Gruppen, Verhaltensweisen, Handlungen, Ereignissen, Normen, Organisationen etc.) möglichst gut beschrieben und anhand derer die ermittelten Gruppen oder Typen charakterisiert werden können“ (Kelle / Kluge 2010, S. 93).

In einem nächsten Schritt erfolgen die **Gruppierung der Fälle und die Analyse empirischer Regelmäßigkeiten**. Das bedeutet, dass die Fälle anhand einer Kombination der Subkategorien (Merkmalsausprägungen) verschiedener Kategorien (Merkmale) gruppiert und die ermittelten Gruppen hinsichtlich empirischer Regelmäßigkeiten untersucht werden. Mittels des Konzeptes des Merkmalsraumes werden die Kategorien und ihre Subkategorien in einer (mehrdimensionalen) Kreuztabelle dargestellt (Kelle / Kluge 2010, S. 96 f.).

In einem dritten Schritt werden die **Erklärung und das Verstehen von Sinnzusammenhängen** vorgenommen. Hierbei werden mittels des heuristischen Werkzeugs des Idealtypus nach Weber soziale Strukturen aufgedeckt, „die durch die betrachteten Merkmalskombinationen repräsentiert werden“ (Kelle / Kluge 2010, S. 101) und Regeln bestimmter idealisierter Handlungstypen aufgestellt. Durch erneute Vergleiche und Kontrastierungen der Fälle innerhalb der Merkmalsausprägungen und zwischen den Gruppen werden die inhaltlichen Sinnzusammenhänge zwischen den Kategorien analysiert:

„In dieser Phase der Analyse wird (...) der Merkmalsraum reduziert und damit die Anzahl der Merkmalskombinationen auf wenige Typen verringert“ (Kelle / Kluge 2010, S.102).

Auf der Grundlage der Vergleichsdimensionen, Merkmalskombinationen und der rekonstruierten Sinnzusammenhänge erfolgt abschließend eine „umfassende und möglichst genaue **Charakterisierung der gebildeten Typen**“ (Kelle / Kluge 2010, S. 105). Dafür werden anhand eines Falles, der die betreffende Gruppe besonders gut repräsentiert, Idealtypen konstruiert:

„Den Idealtypen kommen aufgrund ihres „reinen“ Charakters eine heuristische bzw. hypothesengenerierende Funktion zu“ (Kelle / Kluge 2010, S. 106).

## 5. Entwicklungstrends der Public Health-Ausbildung zwischen Wissenschaft und Arbeitsmarkt Gesundheit

Vor der Ergebnisdarstellung erfolgt eine Beschreibung der Eindrücke aus dem Feld. Von den 15 Interviews konnten zehn face-to-face geführt werden, vier erfolgten nach vorheriger Rücksprache in telefonischer Aufzeichnung<sup>19</sup>. Hierfür wurden konkrete Termine vereinbart. Mögliche Störquellen (z. B. Straßenlärm, Telefonklingel, Tür-Klopfen) wurden durch die Wahl eines ruhigen Interviewortes (Büro der Forscherin oder ruhig gelegener Raum) und durch entsprechende Informationen (z. B. Türschild) reduziert.

Die **Gesprächsatmosphäre** ist für alle Interviews als ruhig, wertschätzend, interessiert-offen und unterstützend zu charakterisieren. Von Akteuren aus der Bildungs- und Hochschulpolitik (dghd) sowie von Akteuren der Berufsverbände (Verein zur Förderung eines nationalen Gesundheitsberufes) wurde Interesse an Studienergebnissen bekundet.

Die **Interviewdauer** betrug etwa 30 - 60 Minuten. Im Anschluss an alle Interviews haben zusätzliche Nachgespräche zu den erwartbaren Zielen des Forschungsvorhabens und zur Anschlussfähigkeit von Public Health stattgefunden. Fokussiert wurden weitere Akteure, Formen des Austauschs Gesellschaft-Universität und Formen der Employabilität in der Curriculumentwicklung.

Der **Leitfaden** hat für alle Akteursgruppen gut funktioniert. Die offen formulierten Fragen haben bei allen Teilnehmenden den Gesprächsfluss initiiert. Die präzisierenden Nachfragen sind größtenteils im Rahmen der offenen Eingangsfragen beantwortet worden. Nachfragen im Sinne von nicht verstandenen Fragen war selten erforderlich. Gesprächspausen sind im Sinne des Nachdenkens und nicht im Sinne des drohenden Gesprächsendes zu werten.

Für jedes Interview liegen vollständige **Transkripte** vor. Die Transkripte umfassen acht Seiten bis 19 Seiten. Die Transkription erfolgte nach den modifizierten Regeln nach Przborski / Wohlrab-Sahr 2008, Kuckartz et al. 2008 und Knoblauch 2006. Auf dieser Grundlage wurde eine dialogische Transkription mit dem Programm F4 erstellt. Es erfolgte die vollständige und wörtliche Transkription des ganzen Interviews mit der Anpassung an Standardorthografie und Interpunktion. Jeder Sprecherwechsel wurde durch eine Leerzeile gekennzeichnet. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf die befragte Person erlauben, sollen noch anonymisiert werden.

---

<sup>19</sup> Ein Interview wurde durch die befragte Person abgebrochen.

Tabelle 2 stellt die verwandten Transkriptionsregeln dar:

Tabelle 2 Transkriptionsregeln

I:	interviewende Person spricht
B:	befragte Person spricht
(seufzt) (lächelt)	Lautäußerungen oder Angaben zur nonverbalen Kommunikation von „B“
LAUT	Erhöhung der Lautstärke
`leise´	Senkung der Lautstärke
<b>Betonungen</b>	Betonungen werden hervorgehoben
(Pause)	kurze, mittlere und lange Pausen
...	Unvollständige Sätze enden mit drei Punkten
(...)	unsicher transkribierte Wörter in runden Klammern
(?)	Wort unverständlich

Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach Przborski / Wohlrab-Sahr 2008, Kuckartz et al. 2008 und Knoblauch 2006

Für die Typenbildung wurden in Schritt 1 a) Unterschiede, b) Ähnlichkeiten und c) Zusammenhänge des Datenmaterials identifiziert und beschrieben. In einem zweiten Schritt werden Gruppen (Typen) von Fällen gebildet, die sich in möglichst vielen Merkmalen ähnlich sind. In einem dritten Schritt erfolgt der Rückbezug auf ein theoretisches Dach. Hierfür wird das Datenmaterial auf die Thesen zurückbezogen: These 1 *„Interdisziplinarität in der gesundheitsbezogenen Forschung und Praxis ist ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen“*, These 2 *„Interdisziplinarität lässt sich aufgrund ungelöster Konflikte zwischen den an Gesundheit beteiligten Fächern, Disziplinen, Professionen nicht zu einem allgemeingültigen methodischen und theoretischen Konzept herstellen“*, These 3 *„Wenn es Bedarfe in der Gesundheitsversorgungspraxis nach einer eng aufeinander abgestimmten Anwendung von Strategien und Interventionen unterschiedlicher Professionen zur Beantwortung zunehmend komplexer Problem- und Bedarfslagen gibt, dann kann Public Health geeignete Forschungsmethoden und –erkenntnisse sowie bedarfsgerechte Interventionen liefern“*, These 4 *„Public Health ist für die interprofessionale Weiterentwicklung des Berufsfeldes Gesundheit geeignet“* sowie These 5 *„Wenn in einem stark arbeitsteiligen System zu klären ist, welcher Gesundheitsberuf für welche Aufgaben mit welchen Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung zuständig ist“*

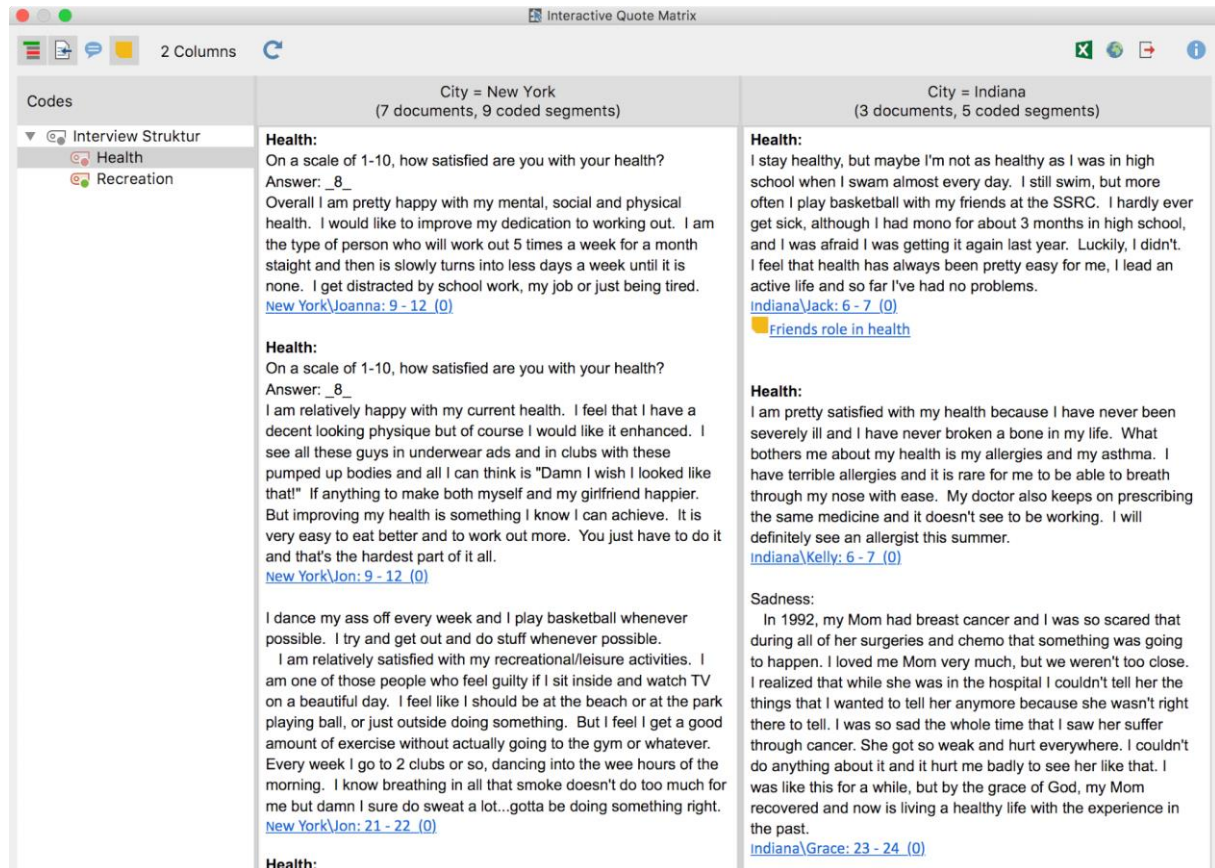
*oder in der Zukunft zuständig sein sollte, dann ist die Anschlussfähigkeit von Public Health für Handlungsfelder im Berufsfeld Gesundheit zu klären‘ und These 6 ‚Wenn der Begriff Gesundheitsberuf einen Oberbegriff für die im Gesundheitsversorgungssystem tätigen Berufsgruppen darstellt, dann sind Public Health Professionals ein Teil davon‘.*

Um größtmögliche Gemeinsamkeiten, Zusammenhänge und Unterschiede abbilden zu können, erfolgt die Typenbildung zunächst fallvergleichend mittels einer Kombination von Merkmalen. Darauffolgend erfolgt die Typenbildung fallübergreifend, indem Zusammenhänge zwischen den Fällen und Kategorien mittels Kreuztabellen herausgearbeitet werden. Die Typologie wird aus einer Kombination von Merkmalen entwickelt. Auf Grundlage der Subkategorien werden die Unterschiede (externe Heterogenität) und Ähnlichkeiten (interne Homogenität) des Untersuchungsfeldes zwischen den untersuchten sozialen Gruppen (Public Health-Professionals, Berufsverbände, Politik und Arbeitgeberverbände) beschrieben und anhand der ermittelten Typen charakterisiert (Kelle / Kluge 2010, S. 93).

In einem zweiten Schritt wird das Analyseverfahren des Programms MAXQDA angewendet, um größtmögliche Gemeinsamkeiten und Zusammenhänge über alle Fälle hinweg abzubilden. In dem zweiten Auswertungsprozess werden die Auswertungsverfahren Code-Matrix-Browser und interaktive Segmentmatrix des Analyseprogramms MAXQDA herangezogen. Die Verfahren beruhen auf der interpretativen Sozialforschung und dienen der empirischen Theoriebildung. Das Verfahren des Code-Matrix-Browser dient dazu, Verbindungen zwischen Dokumenten und zugewiesenen Codes darzustellen und ermöglicht Aussagen über die Häufigkeit der Codes je Fall (MAXQDA 2018).

Mit dem Verfahren der interaktiven Segmentmatrix wird ein Codebaum der gewählten Codes erstellt. In dem Codebaum werden die jeweiligen Segmente in Spalten aufgelistet (MAXQDA 2018). Abbildung vier zeigt ein Beispiel aus dem MAXQDA-Programm:

Abbildung 4: Verfahren der interaktiven Segmentmatrix



Quelle: [https://www.maxqda.de/wp/wp-content/uploads/Mixed-Methods\\_07\\_DE\\_interaktive-Segmentmatrix.png](https://www.maxqda.de/wp/wp-content/uploads/Mixed-Methods_07_DE_interaktive-Segmentmatrix.png)

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Kategorien „Bedeutung von Public Health“, „Kompetenzen“, „Anforderungsprofil“, „Synopsis Gesundheitswissenschaften und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege)“ sowie „Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit“ und „Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen“ dargestellt. In Kapitel 5.7 erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Fragen nach Chancen, Perspektiven und Anforderungen von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit.

## 5.1 Bedeutung von Public Health

Nachdem in Kapitel 4.3.1 die Methodologie der qualitativen Kodierung und in Kapitel 4.3.2 die empirisch begründete Typenbildung dargestellt worden sind, wird in Kapitel 5.1 das sukzessive Auswertungsverfahren zum Fallvergleich, zur Fallkontrastierung und zur Typenbildung nach der Methodologie von Kelle und Kluge (2010) für die Hauptkategorie „Bedeutung von Public Health“ vorgestellt.

Der Hauptkategorie „Bedeutung von Public Health“ liegt die Hauptfrage des Interviewleitfadens „Was bedeutet für Sie Public Health?“ zugrunde. Als erstes wurden die Interviews zu den Fällen Public Health Professionals, Politik, Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände und Berufsverbände gruppiert.

Für den Fallvergleich wurden der Kategorie „Bedeutung von Public Health“ pro Fall jeweils relevante Textsegmente zugeordnet und kodiert. Daraus wurden Subkategorien abgeleitet, welche als Aspekte eines Verständnisses von Public Health für den Arbeitsmarkt Gesundheit dienen können. In einem dritten Analyseschritt wurden diese Subkategorien auf Unterschiede, Ähnlichkeiten und Zusammenhänge hin untersucht und ein Rückbezug zu den dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsthese hergestellt. Als erstes Auswertungsergebnis wurden zunächst numerische Typen generiert (z. B. Typ 2, Typ 7). Als zweites Ergebnis wurden Vergleichsdimensionen aufgrund der Forschungsfrage (z. B. Verständnis von Public Health aus Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände Pflege und Medizin) generiert. Die hieraus entstandenen Merkmale (z. B. Verständnis von Public Health als breites Feld und öffentliche Gesundheitsversorgung) sind als Vergleichsdimensionen aufgrund der Datenanalyse (z. B. Verständnistyp Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände Pflege und Medizin) in die Bildung der Typen eingeflossen.

An das Verfahren des Fallvergleichs schloss sich die Methodik der Fallkontrastierung nach der Methodologie von Kelle und Kluge (2010) an. Hierzu wurden die Fälle (bspw. Medizin und Pflege) in die Kategorien „A“ und „B“ kodiert. Die Merkmalsausprägungen (Subkategorien) dieser Kategorien wurden in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle gruppiert und zu einem Fall mit der Merkmalskombination A1, B1 generiert. Am Beispiel der Fallkontrastierung konnte ein fallübergreifender Typus generiert werden.

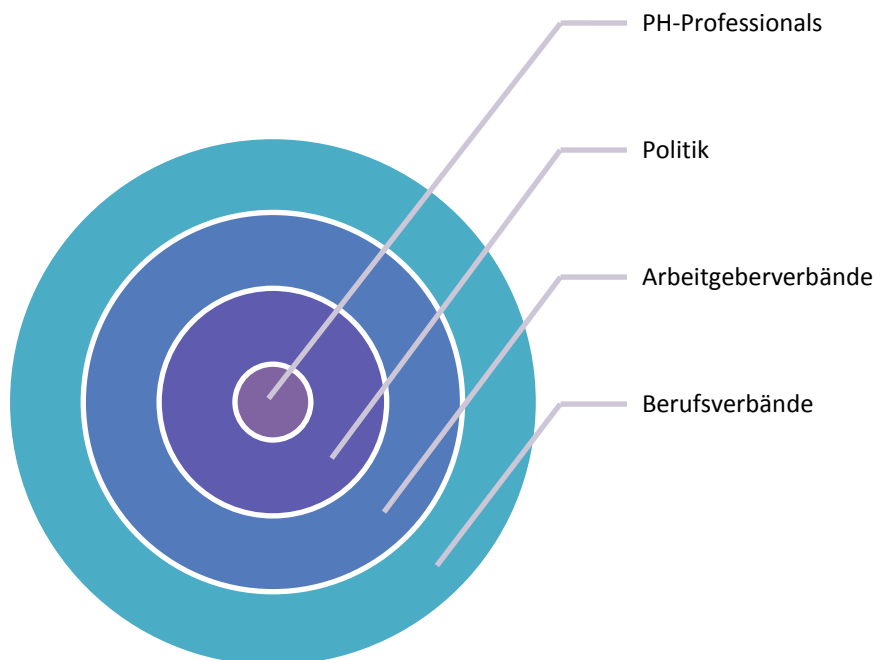
In dem nächsten Abschnitt wird anhand des Beispiels der Hauptkategorie Bedeutung von Public Health aus Sicht Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände Pflege und Medizin exemplarisch die Typenbildung dargestellt. Die vollständigen Auswertungsstränge über die Fälle Public Health Professionals, Politik, Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände sowie

Berufsverbände und für die Kategorien „Kompetenz“ und Anforderungsprofil“ sind dem Anhang dieser Arbeit zu entnehmen.

### **Exemplarische Auswertung Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände der Hauptkategorie Bedeutung von Public Health**

Als Fälle wurden die Untersuchungseinheiten Public Health-Professionals, Politik, Arbeitgeberverbände und Berufsverbände bestimmt: Abbildung vier zeigt das Verständnis, welches dieser Arbeit zugrunde liegt. Im Mittelpunkt der Arbeit steht das Fach Public Health. Danach ist Public Health stark politisch ausgerichtet. Deshalb steht die Befragungsgruppe „Politik“ in unmittelbarer Nähe. Untersucht wird die Anschlussfähigkeit zur Berufsfeldpraxis. Public Health ist weniger praxisorientiert. Deshalb sind die Arbeitgeber- und Berufsverbände in den äußeren Kreisen dargestellt (Abbildung 5):

Abbildung 5 Fallvergleich



Quelle: Eigene Darstellung



## Aufbereitung der Interviewdaten

Die Aufbereitung der Interviewdaten für die Kategorie Bedeutung und Verständnis von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit aus der Sicht von Arbeitgeberverbänden (Pflege und Medizin) erfolgte durch die Bestimmung der interessierenden Fälle (Fall 3 und 15).

In einem zweiten Schritt wurden relevante Textstellen bestimmt und kodiert (vgl. Tabelle drei):

Tabelle 3 Kodierung

	Fall 3		Fall 15
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
Das ist natürlich ein unglaublich großes Feld (S. 2, Z. 46-50).	<b>Großes Feld</b>	Für die Ärzteschaft ist das Thema Public Health einfach ein ganz wichtiger Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen. Ganz Allgemein und auch wenn das natürlich sozusagen in der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung sozusagen in diesem Mikrokosmos vielleicht erstmal gar nicht auftauch[t], aber nichts desto trotz ist das ja eingebettet in unser ganzes letztendlich Gesundheitswesen und in unsere Gesellschaft (S. 1, Z. 33-55)	<b>Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung</b>  <b>Eingebettet in das ganze Gesundheitswesen und in die Gesellschaft</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Auf Grundlage der Kodierung wurden mittels des Verfahrens der Dimensionalisierung die Subkategorien abgeleitet (vgl. Tabelle vier):

Tabelle 4 Dimensionalisierung

---

**Subkategorien (Varianten):**

- 1) **Großes Feld**
- 2) **Öffentliche Gesundheit**
- 3) **Breit gefächert**
- 4) **Bekämpfung von Krankheiten und Gesundheitsmanagement**
- 5) **Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung**
- 6) **Eingebettet in das ganze Gesundheitswesen und in die Gesellschaft**
- 7) **Versorgung der Bevölkerung**
- 8) **Weiterentwicklung des Gesundheitswesens & (patientenorientierter) Versorgung**
- 9) **Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe**
- 10) **Gesundheitliche Chancengleichheit**
- 11) **Öffentlicher Gesundheitsdienst**
- 12) **Lange unterbelichtet**
- 13) **Unklares Verständnis von Public Health**

Quelle: Eigene Darstellung

In dem darauffolgenden Schritt wurde die Typenbildung Bedeutung von PH für Arbeitgeberverbände (Pflege und Medizin) vorgenommen. Dafür wurden für die Identifikation und Beschreibung von „Verständnis / Bedeutung von Public Health“ Unterschiede, Ähnlichkeiten, Zusammenhänge aus dem Textmaterial herausgearbeitet, einem Typus zugeordnet und der theoretischer Rückbezug zu den Forschungsthese hergestellt (vgl. Tabelle fünf).

Tabelle 5 Identifikation und Beschreibung von "Verständnis / Bedeutung von PH"

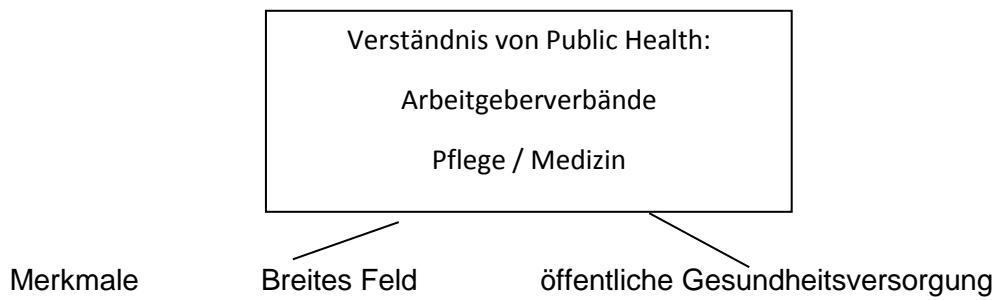
Unterschiede	Ähnlichkeiten	Zusammenhänge	Typ	Theoretischer Rückbezug
<b>Unklares Verständnis von PH</b>	Bekämpfung von Krankheiten und Gesundheitsmanagement Weiterentwicklung des Gesundheitswesens / patientenorientierte Versorgung / Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe Gesundheitliche Chancengleichheit	Großes Feld Breit gefächert	<b>2</b>	These 4 Public Health ist für die interprofessionale Weiterentwicklung des Berufsfeldes Gesundheit geeignet
<b>Lange unterbelichtet</b>	Öffentliche Gesundheit Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung Eingebettet in das ganze Gesundheitswesen und in die Gesellschaft Versorgung der Bevölkerung Öffentlicher Gesundheitsdienst	Öffentliche Gesundheitsversorgung	<b>7</b>	These 3 Wenn es Bedarfe in der Gesundheitsversorgungspraxis nach einer eng aufeinander abgestimmten Anwendung von Strategien und Interventionen unterschiedlicher Professionen zur Beantwortung zunehmend komplexer Problem- und Bedarfslagen gibt, dann kann Public Health geeignete Forschungsmethoden und –erkenntnisse sowie bedarfsgerechte Interventionen liefern‘

Quelle: Eigene Darstellung

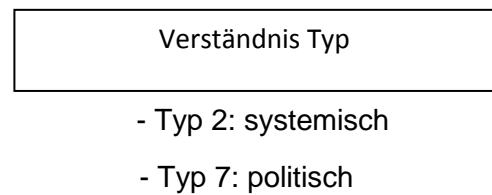
Daran schloss sich die Dimensionalisierung der Kategorie „Bedeutung von Public Health“ und Reduktion der Subkategorien an (vgl. Abbildung sechs):

Abbildung 6 Dimensionalisierung der Kategorie "Bedeutung von Public Health" und Reduktion der Subkategorien

Vergleichsdimension aufgrund der Forschungsfrage

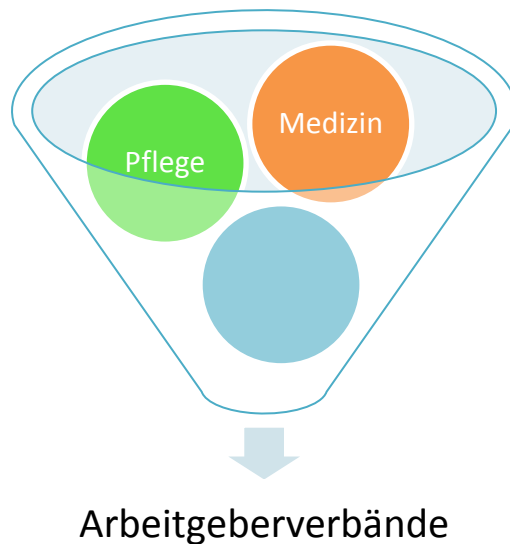


Vergleichsdimension aufgrund der Datenanalyse



Im Anschluss daran wurden zur Analyse empirischer Regelmäßigkeiten die Fälle Arbeitgeberverband Pflege und Arbeitgeberverband Medizin kontrastiert (Abbildung sieben):

Abbildung 7 Fallkontrastierung Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände (Pflege / Medizin)



Quelle: Eigene Darstellung

Mittels des Verfahrens des Fallvergleichs wurden die Gruppen: „systemisch“ und „politisch“ ermittelt. Die Fälle drei und 15 wurden vergleichend analysiert. Dafür wurden die Fälle aus der Pflege mit der Kategorie „A“ kodiert und die Fälle aus der Medizin mit der Kategorie „B“.

Es erfolgte eine Darstellung der Kategorien (Merkmale) und ihrer Subkategorien (Merkmalsausprägungen) in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle (vgl. Tabelle sechs):

Tabelle 6 mehrdimensionale Kreuztabelle Fallkontrastierung Arbeitgeberverbände

Kategorie A	Kategorie B
	Subkategorie B1  Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung Eingebettet in das ganze Gesundheitswesen und in die Gesellschaft
Subkategorie A 1  Großes Feld Öffentliche Gesundheit Breit gefächert Bekämpfung von Krankheiten bis Gesundheitsmanagement	Fälle mit der Merkmalskombination A1, B1:  <b>systemisch-politisch</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Die Fälle wurden anhand der definierten Vergleichsdimensionen (Kategorien) und ihrer Ausprägungen gruppiert und die ermittelten Gruppen hinsichtlich empirischer Regelmäßigkeiten untersucht und Zusammenhänge zwischen den Fällen Pflege und Medizin analysiert (Kelle / Kluge 2010, S. 91).

Die beiden Untersuchungsmerkmale „Pflege“ und „Medizin“ wurden zweifach dimensionalisiert: In einem ersten Schritt a priori mittels des Vorwissens und in einem zweiten Schritt basierend auf der Analyse des empirischen Datenmaterials. Mittels Konstruktion und Reduktion der Merkmalsräume entstand eine erste Typologie (vgl. Kelle / Kluge 2010; S. 98 f.).

Verglichen wurden die Gruppen ‚Pflege‘ und ‚Medizin‘. Es konnten übergeordnete Zusammenhänge erfasst werden. Als Zusammenhänge zwischen den Fällen Pflege und Medizin wurden das Charakteristikum ‚systemisch-politisch‘ analysiert.

Nachdem die Auswertungsschritte beschrieben worden sind, erfolgt in Kapitel 5.1.1 eine detaillierte Beschreibung und Charakterisierung der Aspekte, wie Public Health für das Berufsfeld Gesundheit von den Berufsvertretern / Arbeitgeberverbänden Pflege und Medizin verstanden wird.

### 5.1.1 Die Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände Pflege und Medizin

Den Fällen „Pflege“ und „Medizin“ wurden fallvergleichend relevante Textstellen zugeordnet und kodiert. Daraus wurden Subkategorien abgeleitet. Diese Subkategorien sind erste Aspekte dazu, wie die befragten Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände aus Medizin und Pflege Public Health für das Berufsfeld Gesundheit wahrnehmen. Public Health ist für Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände Pflege und Medizin (Tabelle sieben):

Tabelle 7: Public Health aus Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände

Großes Feld, breit gefächert von Bekämpfung von Krankheiten bis hin zu Gesundheitsmanagement
Öffentliche Gesundheit
Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung
Eingebettet in das ganze Gesundheitswesen und in die Gesellschaft
Versorgung der Bevölkerung
Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und patientenorientierter Versorgung
Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe
Lange unterbelichtet
unklar

Quelle: Eigene Darstellung

Diese Subkategorien wurden hinsichtlich Unterschieden, Ähnlichkeiten und Zusammenhänge untersucht, auf die Untersuchungsthese der vorliegenden Arbeit zurückbezogen und zunächst numerisch einem Typen zugeordnet. Die Überprüfung, inwiefern diese Thesen mit den Ergebnissen bestätigt werden können, erfolgt in dem Diskussionskapitel der vorliegenden Arbeit.

Als Zusammenhänge wurden als Merkmale eines Verständnisses von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit aus Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände die Merkmale „großes Feld“, „breit gefächert“ und „öffentliche Gesundheitsversorgung“ generiert. Diese Merkmale sind als Vergleichsdimensionen in die Generierung der Verständnistypen eingeflossen. Das Verständnis der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände Pflege und Medizin von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit ist „systemisch“ und „politisch“.

Der systemische Typ wird über die Merkmale „großes Feld“ und „breit gefächert“ begründet. In diesen Typen sind alle Merkmale zur Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten sowie zur Identifikation eines Verständnisses von Public Health eingeflossen (Tabelle acht):

Tabelle 8: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten „systemischer Typ“

Unterschiede	Ähnlichkeiten
Unklares Verständnis von Public Health	<b>Bekämpfung von Krankheiten und Gesundheitsmanagement</b>
	<b>Weiterentwicklung des Gesundheitswesens</b>
	<b>Patientenorientierte Versorgung</b>
	<b>Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe</b>
	<b>Gesundheitliche Chancengleichheit</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Für den „systemischen“ Typ bedeutet Public Health für das Berufsfeld Gesundheit vor allem Systementwicklung. Public Health kann aus Sicht der Arbeitgeberverbände (Pflege und Medizin) sowohl einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, patientenorientierter Versorgung als auch der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe leisten. Den Befragten ist gemeinsam, dass Public Health als ein großes und breit gefächertes Feld betrachtet wird, womit ein unklares Verständnis von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit einhergeht:

*„Ich weiß ja jetzt nicht genau, was Sie unter Gesundheitswissenschaften verstehen“ (S. 6, Z. 240).*

*„So speziell verbinden wir damit eher den öffentlichen Gesundheitssektor, der eben, wo verschiedene Themen, sei es eben von Bekämpfung von Infektionskrankheiten über, aber auch betriebswirtschaftliche Themen wie Gesundheitsmanagement, ja, dieser Bereich sehr breit gefächert ist“ (S. 2, Z. 46-50).*

*„Für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der Versorgung und der Patientenorientierten Versorgung und insofern ist es auch ganz wichtig für die Ärzteschaft selber das Thema Public Health. Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ist hier sicher ein Stichwort“ (S. 1, Z. 33-55).*



Begründendes Merkmal des „politischen“ Typs ist die Zuschreibung „öffentliche Gesundheitsversorgung“. Merkmale zur Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten sowie zur Identifikation eines Verständnisses von Public Health sind (Tabelle 9):

Tabelle 9: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten "politischer Typ"

Unterschiede	Ähnlichkeiten
Lange unterbelichtet	Öffentliche Gesundheit /öffentlicher Gesundheitsdienst Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung Eingebettet in das ganze Gesundheitswesen und in die Gesellschaft Versorgung der Bevölkerung

Quelle: Eigene Darstellung

Der Typ „politisch“ fasst Public Health als Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit auf. Die Interviewten stufen Public Health als „öffentlichen Gesundheitsdienst mit einem Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung zur Versorgung der Bevölkerung, eingebettet in das ganze Gesundheitswesen und in die Gesellschaft" ein. Allerdings kennzeichnen sie diesen Bereich als „lange unterbelichtet“:

*„Ein anderer großer Bereich aus Sicht der Ärzteschaft, wenn es um Public Health geht, da geht es natürlich auch immer um den öffentlichen Gesundheitsdienst, ein ganz wichtiger Bereich vielleicht lange ein bisschen unterbelichtet aber trotzdem wieder jetzt im Aufwind und auch aus unserer Sicht ein wichtiger Versorgungsbereich und der ist denke ich mal sozusagen der Public Health immanent“ (S. 1, Z. 33-55).*

Mittels der Analyse empirischer Regelmäßigkeiten (Fallkontrastierung) wurden die Gruppen ‚Pfleger‘ und ‚Mediziner‘ verglichen. Danach hat Public Health für Pflege und Medizin für das Berufsfeld Gesundheit eine ‚systemisch-politische‘ Bedeutung. Merkmale dieses Typs sind (Tabelle 10):

Tabelle 10: Fallkontrastierung Pflege und Medizin

breit gefächert von der Bekämpfung von Krankheiten bis hin zu Gesundheitsmanagement	Eingebettet in das ganze Gesundheitswesen und in die Gesellschaft
Öffentliche Gesundheit	Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung

Quelle: Eigene Darstellung

In Kapitel 5.1.2 erfolgt die Beschreibung und Charakterisierung wie Public Health Professionals an Universitäten und Fachhochschulen Public Health für das Berufsfeld Gesundheit typisieren.

## 5.1.2 Die Sicht der Public Health Professionals Fachhochschule und Universität

Mittels der Kodierung relevanter Textstellen wurden folgende Aspekte fallvergleichend zur Wahrnehmung von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit durch Public Health Professionals (Universität und Fachhochschule) ermittelt (Tabelle 11):

Tabelle 11: Fallvergleich Public Health Professionals

Technischer Begriff / Theoretischer Begriff / theoretisches Gerüst
Perspektiverweiterung / Bevölkerungsgesundheit / Gesundheit in Gesellschaften / Gesellschaftliche und systemische Dimension von Gesundheit / Ganzheitlichkeit / Bevölkerungspolitik / Bedarfsgerechte Systementwicklung / Multidisziplin
Geringe Bedeutung / Keine eigene Wissenschaftsdisziplin / Kein eigenes Berufs- und Handlungsfeld / Spannungsfeld / Echte Public Health Professionals oder Hilfskonstruktion / Rahmen, Sammelbecken / Unspezifität / Strittige Zuordnung
Geringe Berücksichtigung / Diffuse Praxis / Anschlussfähigkeit

Quelle: Eigene Darstellung

Diese Subkategorien sind in Unterschiede, Ähnlichkeiten und Zusammenhänge gruppiert worden. Es erfolgte eine Rückbezug auf die Untersuchungsthese der vorliegenden Arbeit und eine numerische Zuordnung zu einem Typ.

Die ermittelten Zusammenhänge sind als Vergleichsdimension in die Merkmale zur Beschreibung des Verständnisses von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit durch Public Health Professionals eingeflossen. Folgende Merkmale wurden generiert: 1) „technische Definition / Lehrbuchmeinung“, 2) „Maßnahmen / Interventionen / Strukturentwicklung“ sowie 3) „Bedeutung / Zuordnung / Praxistauglichkeit“. Daraus wurde das Verständnis von Public Health Professionals für das Berufsfeld Gesundheit als „theoretisch“, „systemisch“ und „pragmatisch“ abgeleitet.

Das „theoretische“ Verständnis ist durch die Vergleichsdimension „technische Definition / Lehrbuchmeinung“ begründet. Diese wurde über die Beschreibung der Unterschiede und Ähnlichkeiten entwickelt (Tabelle 12):

Tabelle 12: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten "theoretischer Typ"

Unterschiede	Ähnlichkeiten
Rahmen über die Gesundheitsberufe und Handlungsfelder	<b>Technischer Begriff</b> <b>Theoretisches Gerüst</b> <b>Theoretischer Begriff</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Für den Typ „theoretisch“ bedeutet Public Health für das Berufsfeld Gesundheit eine technische Definition und wird als Lehrbuchmeinung betrachtet: Die Interviewten sehen die Bedeutung von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit als technisch- theoretischen Begriff, welcher ein theoretisches Gerüst liefern kann. Damit gilt Public Health für das Berufsfeld Gesundheit als technische Definition oder Lehrbuchmeinung, welche als Rahmen über die Gesundheitsberufe und Handlungsfelder betrachtet wird:

*„Public Health ist da für mich ein Rahmen, der sich über die verschiedenen Gesundheitsberufe spannt, weil das ein Stück unser theoretisches Gerüst liefert , Informationen aber auch zu dem Handlungsfeld liefert, in dem sich dann alle Gesundheitsberufe tummeln“ (S. 1, Z. 10-13).*

Begründungszusammenhang für das „systemische“ Verständnis von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit ist die Vergleichsdimension „Maßnahmen / Interventionen / Strukturentwicklung“. Die Entwicklung erfolgte mittels der Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten (Tabelle 13):

Tabelle 13: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten "systemischer Typ"

Unterschiede	Ähnlichkeiten
Aussagen / Perspektive	<b>Bevölkerungsgesundheit</b> <b>Gesundheit in Gesellschaften</b> <b>Gesellschaftliche und systemische Dimension von Gesundheit</b> <b>Bevölkerungspolitik</b> <b>Bedarfsgerechte Systementwicklung</b>
Denken in Bevölkerungsgruppen	<b>Perspektiverweiterung</b> <b>Ganzheitlichkeit</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Die Interviewten des „systemischen“ Typs verstehen Public Health für das Berufsfeld Gesundheit als „Gesundheit in Gesellschaften mit einer gesellschaftlichen und systemischen Dimension von Gesundheit“. Public Health ist für die Befragten „Bevölkerungspolitik für eine bedarfsgerechte Systementwicklung“. Danach ist Public Health „Denken in Bevölkerungsgruppen“. Aufgrund der von den Interviewten zugeschriebenen „Perspektiverweiterung“ und „Ganzheitlichkeit“ kann Public Health „konkrete Interventionen und Maßnahmen zur Strukturentwicklung“ bieten:

*„Dabei geht es natürlich darum zu gucken, welche Bevölkerungsgruppen sind es, die pflege bedürftig sind und da natürlich auch nach den sozialen Determinanten von Pflegebedarf, wie Gesellschaft darauf reagiert, wie die Versorgung strukturiert ist, wie das System organisiert ist. Ist es bedarfsgerecht, wird es den vulnerablen Bevölkerungsgruppen gerecht. Das sind für mich die zentralen Fragen im Bereich Public Health [Nursing] und wie muss sich Pflege in Deutschland eigentlich entwickeln, um so etwas leisten zu können“ (S. 2, Zeile 39-42).*

Die Vergleichsdimensionen „Bedeutung / Zuordnung / Praxistauglichkeit“ führen zu der Bildung des „pragmatischen“ Verständnisses von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit. Für diese Beschreibung des Verständnisses von Public Health wurden folgende Ähnlichkeiten ermittelt (Tabelle 14):

Tabelle 14: Beschreibung der Ähnlichkeiten "pragmatischer Typ"

Ähnlichkeiten	Zusammenhänge
Geringe Bedeutung	Bedeutung
Geringe Berücksichtigung	
Unspezifität	
Geringe Berücksichtigung	
	Zuordnung
<b>Strittige Zuordnung</b>	
<b>Echte Public Health Professionals oder Hilfskonstruktion</b>	
<b>Sammelbecken</b>	

---

## Keine eigene Wissenschaftsdisziplin

Diffuse Praxis

Praxistauglichkeit

(fragliche) Anschlussfähigkeit

(fragliche) Public-Health-Praxis

Praxistauglichkeit

Kein eigenes Berufs- und Handlungsfeld

---

Quelle: Eigene Darstellung

Der Typ „pragmatisch“ versteht Public Health für das Berufsfeld Gesundheit als Hilfskonstruktion und betrachtet Public Health weder als eigene Wissenschaftsdisziplin noch als eigenes Berufs- und Handlungsfeld mit diffuser Praxis und Anschlussfähigkeit. Aufgrund seiner „Unspezifität“ hat für diese Interviewten Public Health für das Berufsfeld Gesundheit eine „geringe Bedeutung“ und wird entsprechend „gering berücksichtigt“. Danach bewegt sich Public Health in einem „Spannungsfeld mit strittiger Zuordnung“. Public Health wird anstelle einer eigenen Wissenschaftsdisziplin vielmehr als „Sammelbecken und Hilfskonstruktion“ eingestuft. Public Health wird eine „diffuse Praxis mit fraglicher Anschlussfähigkeit“ im Berufsfeld Gesundheit ohne eigene Berufs- und Handlungsfelder zugeschrieben. Eine Public-Health-Praxistauglichkeit wird nicht gesehen:

*„Wenn man Public Health als eigenständige wissenschaftliche Disziplin und mehr noch als ein eigenes Berufs- und Handlungsfeld wahrnimmt, spielt Public Health in den ganzen Diskursen eine eher untergeordnete Rolle (...). Der Auftrag der Professionen innerhalb des Arbeitsfeldes Public Health ist bis heute nicht wirklich spezifiziert (...). Vieles ist in die Forschung gegangen, aber in der Praxis bleibt, glaube ich, die Erwartung an Public Health Absolventen im eigentlichen Sinne immer noch sehr diffus (...). Wir brauchen vielleicht weniger Experten für Public Health als Praktiker im Feld (...)“ (S.1, Z-14-16).*

*Die Frage der Anschlussfähigkeit des Wissens, das da produziert wird, ist immer wieder schwierig, weil mir auffällt, gerade vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen, das vieles von dem, was wir an Erkenntnissen produzieren, also aus dem Bereich der Epidemiologie, aus dem Bereich generell der Gesundheitsberichterstattung noch viel zu wenig von den Praktikern genutzt wird, um ihre Praxis zu gestalten, es wird zwar produziert, es wird auch publiziert, es wird von der Wissenschaft wiederum auch zitiert, aber ich glaube nicht, das in der Praxis*

tatsächlich genutzt wird, in dem Umfang, in dem man es nutzen könnte, um eigene Strategien zu begründen, eigene Konzepte zu entwickeln“ (S.7, Z.301-309).

Die Analyse empirischer Regelmäßigkeiten (Fallkontrastierung) erfolgte über die Darstellung der Kategorien (Merkmale) und ihrer Subkategorien (Merkmalsausprägungen) in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle und der Bildung von Fällen mit den Merkmalskombinationen. Der Vergleich der Gruppen ‚Universität‘ und ‚Fachhochschule‘ ergab, dass Public Health für das Berufsfeld eine theoretische Bedeutung (theoretisch) hat. Charakteristika dieser Fälle sind die Merkmalskombinationen A1, B1 und A2, B1, wobei die Kategorie „A“ die Fälle „Fachhochschule“ repräsentiert und die Kategorie „B“ die Fälle „Universität“ (Tabelle 15):

Tabelle 15: Fallkontrastierung Universität und Fachhochschule

<b>Theoretisches Gerüst</b>	<b>Public Health als technischer Begriff</b>
<b>Gesundheit in Gesellschaften</b>	<b>Bevölkerungsgesundheit</b>
	<b>Ganzheitlichkeit</b>
<b>Theoretischer Begriff</b>	Public Health als technischer Begriff
<b>Bevölkerungspolitik</b>	Bevölkerungsgesundheit
	Ganzheitlichkeit

Quelle: Eigene Darstellung

Als theoretisches Gerüst kann Public Health einen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Systementwicklung leisten (theoretisch-systemisch): Diese Fälle werden über die Merkmalskombinationen A1, B2 und A2, B2 charakterisiert (Tabelle 16):

Tabelle 16: Merkmale „theoretisch-systemischer Typ“

<b>Theoretisches Gerüst</b>	<b>Perspektiverweiterung</b>
<b>Gesundheit in Gesellschaften</b>	<b>Gesellschaftliche und systemische Dimension von Gesundheit</b>
	<b>Bedarfsgerechte Systementwicklung</b>
<b>Theoretischer Begriff</b>	Perspektiverweiterung
<b>Bevölkerungspolitik</b>	Gesellschaftliche und systemische Dimension von Gesundheit
	Bedarfsgerechte Systementwicklung

Quelle: Eigene Darstellung

Die Public Health-Praxistauglichkeit für das Berufsfeld Gesundheit wird bemängelt (pragmatisch): Diese Zuschreibung wird über die Fälle mit der Merkmalskombination A1, B3 und A2, B3 begründet (Tabelle 17):

Tabelle 17: Merkmale "pragmatischer Typ"

---

<b>Theoretischer Begriff</b>	<b>Geringe Bedeutung</b>
<b>Bevölkerungspolitik</b>	<b>Keine eigene Wissenschaftsdisziplin-kein eigenes Berufs- und Handlungsfeld-unspezifisch-Hilfskonstrukt</b>
	<b>Sammelbecken</b>

---

Quelle: Eigene Darstellung

In Kapitel 5.1.3 wird beschrieben, wie Berufsverbände (Pflege und Gesundheitsberufe) Public Health für das Berufsfeld Gesundheit charakterisieren und typisieren.



### 5.1.3 Die Sicht der Berufsverbände Pflege und Gesundheitsberufe

Fallvergleichend wurden den relevanten Fällen Berufsverband Pflege und Berufsverband Gesundheitsberufe entsprechende Textstellen aus den Interviews zugeordnet und zu Subkategorien (Varianten) dimensionalisiert. Diese geben erste Hinweise darauf, wie die Befragten der Berufsverbände aus Pflege und Gesundheitsberufen Public Health für das Berufsfeld Gesundheit einschätzen (Tabelle 18):

Tabelle 18: Fallvergleich Pflege und Gesundheitsberufe

---

#### **Im Zuge von Generalistik sehr weite Sichtform von Pflege**

Annäherung durch die Generalistik an Public Health

PH Inhalt der pflegerischen Ausbildung

Generalistische Ausbildung richtungsweisend

#### **Paradigmenwechsel durch PH**

Gesellschaftlicher Anspruch

Öffentlicher Gesundheitsdienst als Kümmerer

Wichtig für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

Umfangreiche Pflege über Sektorengrenzen hinweg

Aufweichen der Sektorengrenzen

Gesundheitsversorgung / professionelle Pflege über alle Sektoren hinweg

Ausrichtung der Gesundheitsversorgung

#### **Kein nennenswerter Einfluss in generalistische Ausbildung**

Geringer Zusammenhang PH und Generalistik

---

Quelle: Eigene Darstellung

Zu Identifizierung und Beschreibung des Verständnisses von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit aus Sicht der Berufsverbände wurden Unterschiede, Ähnlichkeiten und Zusammenhänge der Subkategorien (Varianten) herausgearbeitet, auf die Untersuchungsthesen bezogen und einem numerischen Typ zugeordnet. Anhand der ermittelten Zusammenhänge kann abgeleitet werden, dass die befragten Vertreter/innen aus den Berufsverbänden Pflege / Gesundheitsberufe Public Health eine Bedeutung für das Berufsfeld Gesundheit zuschreiben. Diese macht sich anhand dieser Merkmale fest (Tabelle 19):

Tabelle 19: Beschreibung der Zusammenhänge Berufsverbände Pflege / Gesundheitsberufe

**Wichtig für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung**

**gesellschaftlicher Anspruch**

**Ausrichtung der Gesundheitsversorgung**

**Paradigmenwechsel durch Public Health**

**öffentlicher Gesundheitsdienst als Kümmerer**

Quelle: eigene Darstellung

Daraus wurde das Verständnis von Berufsverbänden für das Berufsfeld Gesundheit als „systemisch“ abgeleitet. Das „systemische“ Verständnis wurde über die Beschreibung der Unterschiede und Ähnlichkeiten und die Analyse empirischer Regelmäßigkeiten (Fallkontrastierung) entwickelt. Es konnte ein Zusammenhang zwischen den untersuchten Fällen ‚Pflege‘ und ‚Gesundheitsberufe‘ ermittelt werden, wonach Public Health eine systemische Bedeutung für das Berufsfeld Gesundheit hat (Tabelle 20).

Tabelle 20: Beschreibung der Unterschiede und Ähnlichkeiten Pflege und Gesundheitsberufe

<b>Unterschiede</b>	<b>Ähnlichkeiten</b>
Geringer Zusammenhang PH und Generalistik	<b>Sehr weite Sichtform von Pflege (Stichwort Generalistik)</b>
Kein nennenswerter Einfluss in der generalistischen Ausbildung	<b>Umfangreiche Pflege über Sektorengrenzen hinweg</b>
Annäherung an PH durch die Generalistik	<b>Aufweichen der Sektorengrenzen</b>
Generalistische Ausbildung richtungsweisend	<b>Gesundheitsversorgung / professionelle Pflege über alle Sektoren hinweg</b> <b>Inhalt der pflegerischen Ausbildung</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Mit Public Health geht für die Befragten ein „gesellschaftlicher Anspruch“ einher, welche eine „sehr weite Sichtform von Pflege“ einnimmt. Mit Public Health ist den Befragten zufolge eine Form der „Ausrichtung der Gesundheitsversorgung“ verbunden, die „umfangreiche und professionelle Pflege über Sektorengrenzen hinweg“ möglich machen kann. Durch Public Health könne ein „Paradigmenwechsel“ hin zu einem „Aufweichen der Sektorengrenzen“ möglich werden. Weiter wird Public Health als „öffentlicher Gesundheitsdienst als Kümmerer“ betrachtet. Public Health ist „Inhalt der pflegerischen Ausbildung“ und ist „wichtig für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“:

*„Mit dem Thema Generalistik hängt natürlich ein bisschen der Ansatz von Public Health mit dran. Eine umfangreiche Pflege über die Sektorengrenzen hinweg zu gewährleisten. Was ja letztlich auch den Ansatz von Public Health ist, eben diese Sektorengrenzen irgendwie auch aufzuweichen, ist mein Verständnis von Public Health und letztlich über alle Sektoren hinweg eine Gesundheitsversorgung aus der Perspektive der professionellen Pflege zu gewährleisten und da ist natürlich die generalistische Ausbildung, die wir jetzt gerade fordern, ganz elementar in diese Richtung weisend“ (S. 1, Z. 12-19).*

In Kapitel 5.1.4 wird beschrieben, wie Politik Public Health für das Berufsfeld Gesundheit wahrnimmt.

### 5.1.4 Die Sicht der Politik (Berufspolitik/ Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheitspolitik)

In einem ersten Auswertungsschritt erfolgte der Fallvergleich. Den Fällen aus Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik und Gesundheitspolitik wurden relevante Interviewpassagen zugeordnet. Diese wurden kodiert und zu Subkategorien bzw. Varianten dimensionalisiert, welche als erste Aspekte dienen können, wie Public Health von Politik wahrgenommen wird (Tabelle 21):

Tabelle 21: Wahrnehmung von Public Health durch Politik

---

#### **Public Health ist nicht so bekannt**

PH nicht bekannt  
Unwissen über PH  
Konzept zu wenig bekannt  
Public Health unbekannt  
Geringe Präsenz

#### **Gesundheitswissenschaften als strittiger Überbegriff**

Unspezifische Definition  
Differenzierung unklar  
Alles, was mit Gesundheit zu tun hat  
Medizin und Lebensberatung  
Schlüsselkompetenzen gesunder Lebensführung  
Work-Life-Balance  
Gesundheit als umfassendes Konzept  
Sehr heterogenes Feld  
Großer Bereich  
Breite Vielfalt

#### **Versuch, verschiedene Disziplinen zu vereinen**

Gesundheitspolitik  
Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit  
Vermeidung und Bewältigung von Krankheiten  
Einbezug anderer Sichtweisen  
Kombination aus Politik, Ökonomie, Recht und Medizin, Sozialwissenschaften und Versorgungsforschung  
Keine eigene Wissenschaftsdisziplin  
Verschiedene Disziplinen stehen getrennt nebeneinander

#### **Unklares Tätigkeitsbild**

Berufsbefähigung ist nicht gegeben  
Übergang Studium-Arbeitsmarkt

#### **PH als zentrales Aufgabengebiet**

Öffentliche Gesundheit

---

---

## Spannender Ansatz

### **Spannungsfeld zwischen PH-Gesundheitswissenschaften-Pflegewissenschaften**

Pflegewissenschaften etabliert

Gesundheits- und Pflegewissenschaften bekannter als PH

PH als Teildisziplin im Kontext vom Medizin, Pflege und den Therapieberufen

Zu wenig Studiengänge

Zu unterschiedliche Studiengänge

Quelle: Eigene Darstellung

Zur Identifikation und Beschreibung des Verständnisses von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit aus Sicht der Politik wurden diese Subkategorien nach Unterschieden, Ähnlichkeiten und Zusammenhängen gruppiert, auf die Untersuchungsthemen bezogen und numerisch einem Typ zugeordnet (Tabelle 22):

Tabelle 22: Beschreibung der Unterschiede und Ähnlichkeiten aus Sicht der Politik

<b>Unterschiede</b>	<b>Ähnlichkeiten</b>
PH als zentrales Aufgabengebiet	<b>Public Health ist nicht so bekannt</b> <b>PH nicht bekannt</b> <b>Unwissen über PH</b> <b>Konzept zu wenig bekannt</b> <b>Public Health unbekannt</b> <b>geringe Präsenz</b>
Versuch, verschiedene Disziplinen zu vereinen Einbezug anderer Sichtweisen Kombination aus Politik, Ökonomie, Recht und Medizin	<b>Gesundheitswissenschaften als strittiger Überbegriff</b> <b>Unspezifische Definition</b> <b>Differenzierung unklar</b> <b>Sehr heterogenes Feld</b> <b>Keine eigene Wissenschaftsdisziplin</b> <b>Verschiedene Disziplinen nebeneinander</b>
Alles, was mit Gesundheit zu tun hat Gesundheit als umfassendes Konzept Medizin und Lebensberatung Schlüsselkompetenzen gesunde Lebensführung Work-Life-Balance	<b>Großer Bereich</b> <b>Breite Vielfalt</b>
PH als Teildisziplin im Kontext von Medizin, Pflege und Therapieberufen	<b>Gesundheits- und Pflegewissenschaften bekannter als PH</b>  <b>Pflegewissenschaften etabliert</b>  <b>Spannungsfeld PH-Gesundheitswissenschaften-Pflegewissenschaften</b>

---

	<b>Zu wenig Studiengänge</b>
	<b>Zu unterschiedliche Studiengänge</b>
	<b>Berufsbefähigung nicht gegeben</b>
	<b>Unklares Tätigkeitsbild</b>
<b>Unterstützung des Gesundheitsministeriums</b>	<b>Öffentliche Gesundheit</b>
	<b>Gesundheitspolitik</b>
	<b>Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit</b>
	<b>Vermeidung und Bewältigung von Krankheit</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Daraus wurden Zusammenhänge definiert und die Merkmale ‚Bekanntheitsgrad‘, ‚Wissenschaftsdisziplin‘, ‚Mehrdimensionalität von Gesundheit‘ sowie ‚Ausbildung‘ und ‚Bevölkerungsgesundheit‘ ermittelt und die vier Verständnis-Typen „unwissend“, „umstritten“ sowie „unklar“ und „politisch“ abgeleitet.

Für die Politik (Berufspolitik / Gewerkschaften, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheit) ist Public Health für das Berufsfeld Gesundheit kaum bekannt und präsent: Die Interviewten diesen Typs bemängeln den unzureichenden Bekanntheitsgrad von Public Health und stufen Public Health als „nicht bekannt“ ein und verweisen auf die geringe Präsenz (unwissender Typ):

*„Public Health, ich muss ehrlich gestehen, ich musste erstmal nachgucken, das ist vielleicht so ein erstes Ergebnis für diese Studie, weil das ist mir nicht so bekannt“ (S. 1, Z. 19-21).*

Public Health ist für das Berufsfeld Gesundheit als eigene Wissenschaftsdisziplin umstritten. Der Versuch, verschiedene Disziplinen zu vereinen, wird kritisch betrachtet, weil die Differenzierungen unklar bleiben. Gesundheitswissenschaften / Public Health wird als „strittiger Überbegriff mit unspezifischer Definition“ eingestuft. Die „Differenzierung bleibe [aufgrund] des sehr heterogenen Feldes zu unklar“. Die Interviewten verstehen Public Health als „verschiedene Disziplinen nebeneinander“, so dass die Beurteilung als „keine eigene Wissenschaftsdisziplin“ erfolgt (Typ umstritten):

*„Also man hat eher so den Eindruck, dass die verschiedenen Bereiche, einzeln arbeiten, also es gibt die Gesundheitspolitiker, die Gesundheitsökonomiker und dann die Juristen die versuchen zu verstehen, was es alles in unserem Bereich läuft und deshalb finde ich das mal einen guter Ansatz das zu versuchen, das alles zu kombinieren“ (S.2, Z.45-49).*

Public Health wird für das Berufsfeld Gesundheit als mehrdimensionales, umfassendes Konzept von Gesundheit mit breiter Vielfalt betrachtet. Aufgrund der Größe ist für diesen Bereich die Anschlussfähigkeit für Handlungsfelder im Berufsfeld Gesundheit zu klären. Die Public Health Ausbildung wird als Teildisziplin zwischen Medizin, Pflege und den Therapieberufen wahrgenommen. Im Gegensatz zu den etablierten Pflegewissenschaften jedoch mit unklarem Tätigkeitsbild: Es wird ein Spannungsfeld zwischen Public Health – Gesundheitswissenschaften - Pflegewissenschaften erlebt. Der Public Health- Ausbildung werden zu wenige und zu unterschiedliche Studiengänge zugeschrieben, deren Tätigkeitsbilder und Berufsbefähigung unklar bleiben (Typ unklar):

*„Die berufspolitischen Probleme, die die Pflege jetzt hat, z. B. hat man im Public Health nicht in der Art und Weise, die Berufsbefähigung ist ja in dem Sinne nicht gegeben“ (S. 1, Z. 28-30).*

Public Health wird als Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit aufgefasst. Die Interdisziplinarität von Public Health als Unterstützung des Gesundheitsministeriums kann ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer Bedarfslagen sein, weil Public Health als „öffentliche Gesundheit“ betrachtet wird und dadurch einen Beitrag zur Vermeidung und Bewältigung von Krankheiten liefern kann (politischer Typ).

*„Public Health bedeutet erstmal für mich öffentliche Gesundheit, wenn man das auf Deutsch übersetzten würde und ich würde das eher verstehen, also klar ist das es mit Gesundheit zu tun hat mit Gesundheitspolitik, aber ich komme schon in die politische Richtung“ (...) (S. 2, Z. 26-34).*

Zur Analyse empirischer Regelmäßigkeiten (Fallkontrastierung) erfolgte die Darstellung der Kategorien (Merkmale) und ihrer Subkategorien (Merkmalsausprägungen) in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle und der Bildung von Fällen mit den jeweiligen Merkmalskombinationen. Als Zusammenhänge zwischen den Fällen Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik und Gesundheit wurden die Charakteristika von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit als ‚umstritten- unklar‘ und ‚politisch-unwissend‘ analysiert:

Charakteristika der Fälle „umstritten- unklar“ sind die Merkmalskombinationen A1, B1 und A1, B2, wobei die Kategorie „A“ die Fälle „Berufspolitik / Gewerkschaft“ repräsentiert und die Kategorie „B“ die Fälle „Bildungs- / Hochschulpolitik“ (Tabelle 23):

Tabelle 23: Charakteristika der Fälle "umstritten-unklar"

<b>PH nicht so bekannt</b>	<b>Gesundheitswiss. strittiger Oberbegriff</b>
<b>Öffentliche Gesundheit</b>	<b>PH als Teildisziplin</b>
<b>Versuch, verschiedene Disziplinen zu vereinen</b>	<b>Keine Berufsbefähigung</b>
<b>Keine eigene Wissenschaftsdisziplin</b>	
<b>Spannungsfeld PH- Gesundheitswissenschaft - Pflegerwissenschaft</b>	

Quelle: Eigene Darstellung

Die Fälle „politisch-unwissend“ weisen die Merkmalskombination A1 und C1 auf, wobei mit C die Fälle der Gesundheitspolitik kodiert sind. Diese werden wie folgt charakterisiert (Tabelle 24):

Tabelle 24: Charakteristika der Fälle "politisch-unwissend"

<b>PH nicht so bekannt</b>	<b>PH zentrales Aufgabengebiet</b>
<b>Öffentliche Gesundheit</b>	<b>Unterstützung des Gesundheitsministeriums</b>
<b>Versuch, verschiedene Disziplinen zu vereinen</b>	<b>Gesundheit als umfassendes Konzept</b>
<b>Keine eigene Wissenschaftsdisziplin</b>	<b>Konzept zu wenig bekannt</b>
<b>Spannungsfeld PH- Gesundheitswissenschaft - Pflegerwissenschaft</b>	

Quelle: Eigene Darstellung

Danach wird Public Health als „strittiger Oberbegriff“ mit „unklarem Tätigkeitsbild“ und als „zu wenig bekanntes Konzept“ wahrgenommen.



## Zwischenfazit

Nachdem die Kategorie „Bedeutung von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit“ aus Sicht der Fälle Public-Health Professionals, Berufsverbände, Arbeitgeberverbände und Politik ausgewertet worden ist, erfolgt ein erstes Zwischenfazit. Beleuchtet werden Übereinstimmungen und Unterscheidungen zwischen den Fällen.

### **Worin stimmen die Befragten in ihrer Wahrnehmung von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit überein?**

Allen Befragten ist gemeinsam, dass Public Health als öffentliche Gesundheit wahrgenommen wird, der eine Bedeutung in der Bekämpfung von Krankheiten zukommt. Public Health wird gesundheitspolitische Einflussnahme mit Möglichkeiten zur Systementwicklung zugeschrieben. Alle Interviewten stufen Public Health als großes und breites Feld ein und kritisieren damit einhergehend das unklare Verständnis. Public Health wird zumeist als theoretischer Begriff eingestuft.

### **Worin unterscheiden sich die Antworten der Interviewten?**

Zwar sind sich alle Befragten grundsätzlich darüber einig, dass mit Public Health Möglichkeiten zur Systementwicklung einhergehen. Public Health wird als unzureichend bekannt wahrgenommen und Public Health als strittiger Oberbegriff eingeordnet. Demzufolge werden Public Health auch keine eigenen Berufs- und Handlungsfelder zugeschrieben. Der Grad variiert jedoch: Die Einen sehen in Public Health eine Bedeutung zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der Ausrichtung der Gesundheitsversorgung (bspw. durch patientenorientierte Versorgung, ein Aufweichen der Sektorengrenzen und der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe). Demgegenüber stehen die Interviewten, die Public Health lediglich als theoretisches Gerüst wahrnehmen.

In Kapitel 5.2 werden die Auswertungsergebnisse der Kategorie „Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern“ vorgestellt.

## 5.2 Grundsätzliche Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern

Bei der Frage nach den grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern handelt es sich um eine Subkategorie der Hauptkategorie Komplexität von Wissen / Inter- und Transdisziplinarität. Ermittelt wurden die Antworten mit der Hauptfrage „Was sind die grundsätzlichen Kompetenzen eines Gesundheitswissenschaftlers?“ In den Kapitel 5.2.1 bis 5.2.4 werden die Einschätzungen jeweils aus Sicht der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter, der Public Health Professionals, der Berufsverbände und der Politik dargestellt.

### 5.2.1 Die Sicht der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter Pflege und Medizin

In einem ersten Schritt erfolgte der Fallvergleich. Dafür wurden für die Fälle aus Pflege und Medizin relevante Interviewpassagen kodiert. Die Dimensionalisierung der Subkategorien ergab erste Varianten (Aspekte) dazu, wie Arbeitgeber / Berufsvertreter aus Pflege und Medizin die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern einschätzen (Tabelle 25):

Tabelle 25: Einschätzung der grundsätzlichen Kompetenzen aus Sicht von Arbeitgebern / Berufsvertretern

---

#### **Anwendung von Fachwissen auf aktuelle Kontexte**

Fachspezifität als Voraussetzung jeder Profession  
Verhandlung mit öffentlichen Akteuren und Institutionen  
Fachübergreifende Qualifizierung zum Verstehen von internationalen Gesundheitssystemen und gesundheitspolitischen Entscheidungen  
Denken und Handeln über Sektoren hinweg (ambulant-stationär-Altenpflege-Krankenhaus) aber Unterrepräsentanz von Public Health im Bereich Pflege  
Steigende Bedarfe an fachübergreifenden Kompetenzen durch die Pflegeberufereform

#### **Fachübergreifendes Denken und Handeln im Sinne von Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation**

Fachübergreifende Kompetenzen  
Zusammenarbeit in Untersuchungen und Forschungsprojekten  
Zielgruppenspezifische Kommunikation  
Interdisziplinarität als Antwort der Herausforderungen des Gesundheitssystems  
Analytischer Blick auf Entwicklungen  
Ableitung von Handlungsempfehlungen

#### **Enger Zusammenhang von fachübergreifenden und fachspezifischen Skills**

Weiterentwicklung von fachspezifischen und fachübergreifenden Skills

---

Quelle: Eigene Darstellung

Daran anschließend wurden diese Aspekte bzw. Subkategorien zur Identifizierung und Beschreibung der grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern nach Unterschieden, Ähnlichkeiten und Zusammenhängen sortiert, einem numerischen Typ zugeordnet und auf die Forschungsthesen zurückbezogen (Tabelle 26):

Tabelle 26: Identifizierung und Beschreibung der grundsätzlichen Kompetenzen

<b>Unterschiede</b>	<b>Ähnlichkeiten</b>
Untersuchungen und Forschungsprojekte Öffentliche Akteure Zielgruppen Schnittstellenkommunikation	<b>Zusammenarbeit in Untersuchungen und Forschungsprojekten</b> <b>Verhandlungen mit öffentlichen Akteuren</b> <b>zielgruppenspezifische Kommunikation</b> <b>Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation</b>
Anwendung Analyse Ableitung Voraussetzung	<b>Anwendung von Fachwissen auf aktuelle Kontexte</b> <b>analytischer Blick auf Entwicklungen</b> <b>Ableitung von Handlungsempfehlungen</b> <b>Fachspezifität als Voraussetzung jeder Profession</b>
Überschreiten von Sektorengrenzen Unterrepräsentanz von Public Health in der Pflege Pflegeberufereform	<b>Denken und Handeln über Sektoren hinweg (ambulant-stationär-Altenpflege-Krankenhaus) aber Unterrepräsentanz von Public Health im Bereich Pflege</b> <b>Steigende Bedarfe an fachübergreifenden Kompetenzen durch die Pflegeberufereform</b>
Kompetenzen Qualifizierung Verstehen von Systemen und Entscheidungen Antwort auf Herausforderungen des Gesundheitssystems	<b>fachübergreifende Kompetenzen</b> <b>Fachübergreifende Qualifizierung zum Verstehen von internationalen Gesundheitssystemen und gesundheitspolitischen Entscheidungen</b> <b>Interdisziplinarität als Antwort der Herausforderungen des Gesundheitssystems</b>
Zusammenhang Weiterentwicklung	<b>Weiterentwicklung von fachspezifischen und fachübergreifenden Skills</b> <b>Enger Zusammenhang von fachübergreifenden und fachspezifischen Skills</b>

Quelle: Eigene Darstellung

In einem nächsten Schritt erfolgte die Dimensionalisierung dieser Subkategorien (Aspekte). Aus den Unterschieden und Ähnlichkeiten wurden Zusammenhänge bestimmt, die als Merkmale in die Vergleichsdimension aufgrund der Forschungsfrage (grundsätzliche Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern) eingeflossen sind. Folgende Merkmale wurden generiert:

- Zusammenarbeit und zielgruppenspezifische Kommunikation
- Anwendung von Fachwissen
- Fachübergreifende Kompetenzen

Diese Merkmale wurden zur Bildung der Vergleichsdimensionen aufgrund der Datenlage herangezogen. Ermittelt werden konnten die drei Kompetenzen-Typen a) kommunikativ, b) transferierend und c) interdisziplinär:

Der kommunikative Typ versteht ‚Zusammenarbeit‘, ‚Verhandlungen‘ und ‚zielgruppenspezifische Kommunikation‘ als grundsätzliche Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern, die in den unterschiedlichen Feldern von Untersuchungen und Forschungsprojekten, mit Öffentlichen Akteuren, unterschiedlichen Zielgruppen oder Schnittstellen zum Tragen kommen.

*„Die Entwicklungen, die sich ergeben im Gesundheitswesen zu erklären und so aufzubereiten, dass das vielleicht auch breiten tauglich ist, dass man Probleme und Entwicklungen erkennen kann (S. 2, 60-68)“.*

Die Kompetenzen ‚Anwendung von Fachwissen auf aktuelle Kontexte‘, ‚analytischer Blick auf Entwicklungen‘ und ‚Ableitung‘ von Handlungsempfehlungen‘ werden dem Transfer-Typ zugeschrieben. Fachspezifität wird hier als Voraussetzung jeder Profession betrachtet:

*„Das Fachwissen auf den aktuellen Kontext des Pflegeunternehmens anwenden können, [zum Beispiel im Bereich] Fallmanagement (S. 2, Z.72-81)“.*

*„Der wissenschaftliche Blick, wie sich Gesundheit verändert und welche Stellschrauben und Ausgangspunkte es gibt (S.2, Z. 60-68)“.*

Der interdisziplinäre Typ sieht die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern in fachübergreifenden Kompetenzen. Public Health wird als fachübergreifende Qualifizierung zum Verstehen von internationalen Gesundheitssystemen und gesundheitspolitischen Entscheidungen und Interdisziplinarität als Antwort auf die Herausforderungen des Gesundheitssystems gesehen. Aus Sicht der Arbeitgeberverbände Pflege werde ‚Denken und Handeln über Sektoren hinweg‘ immer wichtiger. Durch die Pflegeberufereform steigen die Bedarfe an fachübergreifenden Kompetenzen. Bemängelt wird eine Unterrepräsentanz von Public Health im Bereich Pflege, wobei ein ‚enger Zusammenhang von fachübergreifenden und fachspezifischen Skills‘ gesehen wird:

*„Gerade der Bereich Pflege ist im Bereich Public Health unterrepräsentiert. Dadurch dass es aber immer komplexer wird im Bereich der Pflege, werden die Sektorengrenzen immer mehr verschwimmen, nicht nur zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, sondern auch in den Sektoren Altenpflege und Krankenhaus (S. 2, Z. 87-113)“.*

Um Zusammenhänge zwischen den Fällen herzustellen, wurden empirische Regelmäßigkeiten zwischen den ermittelten Gruppen (Typen) „kommunikativ“, „transfer“ und „interdisziplinär“ analysiert. Dafür wurden die Fälle „Pflege“ mit „A“ und die Fälle „Medizin“ mit „B“ kodiert. Die Kategorien (Merkmale) und ihre Subkategorien (Merkmalsausprägungen) wurden in einer Kreuztabelle dargestellt und Fälle mit der Merkmalskombination A1, B1 gebildet. Verglichen wurden die Gruppen ‚Pflege‘ und ‚Medizin‘. Es konnten übergeordnete Zusammenhänge erfasst werden. Danach werden von den befragten Vertreter/innen der Arbeitgeberverbände aus Medizin und Pflege die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern verstanden als:

- Anwendung von Fachwissen auf aktuelle Kontexte – Ableitung von Handlungsempfehlungen = Anwendung von Transferwissen
- Analytischer Blick auf Entwicklungen – Fachübergreifende Qualifizierung zum Verstehen von internationalen Gesundheitssystemen und gesundheitspolitischen Entscheidungen = Analyse und Verstehen
- Zusammenarbeit in Untersuchungen und Forschungsprojekten – Denken und Handeln über Sektoren hinweg (ambulant-stationär-Altenpflege-Krankenhaus), aber Unterrepräsentanz von Public Health im Bereich Pflege – Fachübergreifendes Denken und Handeln im Sinne von = Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation

- Verhandlung mit öffentlichen Akteuren und Instituten / = Zielgruppenspezifische Kommunikation
- Steigende Bedarfe fachübergreifenden Kompetenzen durch die Pflege- Berufereform – Interdisziplinarität als Antwort der Herausforderungen des Gesundheitssystems = Bedarf

Daraus lässt sich der grundsätzliche Typus eines Verständnisses der Grundkompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern über alle Fälle der Arbeitgeberverbände hinweg generieren, mit dem die Kompetenzen ‚Anwendung von Transferwissen‘, ‚Analyse und Verstehen‘, ‚Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation‘ als auch ‚zielgruppenspezifische Kommunikation‘ identifiziert worden sind.

In Kapitel 5.2.2 wird die Sicht der Public Health Professionals auf die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern dargestellt.

## 5.2.2 Die Sicht von Public Health Professionals

Die Sicht der Public Health Professionals wird über ein Sample durch Vertreter/innen aus Fachhochschulen und Universitäten abgebildet. Den Fällen wurden relevante Textstellen aus den Interviews zugeordnet. Diese wurden kodiert. Mittels der Dimensionalisierung lagen 64 Subkategorien (Varianten oder Aspekte) zur Einschätzung der grundsätzlichen Kompetenzen aus hochschulischer Sicht vor (Tabelle 27):

Tabelle 27: Einschätzung der grundsätzlichen Kompetenzen aus hochschulischer Sicht

---

<b>Spezifische Kompetenzen</b>
Inhaltlich-fachliche Stärke
Wellenförmige Fachspezifität
Generischer Public Health Action Cycle (PHAC)
Diagnostische Kompetenz auf Bevölkerungsebene
Diagnostik von Zuständen
Kenntnis von Determinanten
Bedürfnisgerechte Versorgung
Populationsorientiertes Monitoring und Screening
Populationsorientierte Interventionen (international: z. B. Public Health Nursing)
Durchführung von Interventionen und Leitung von Kampagnen (international)
Vorbereitung populationsorientierter Interventionen (Datensammlung und Durchführung)
Schwerpunkt Epidemiologie und Ökonomie
Überleitungsmanagement / Casemanagement
<b>Vom fachspezifischen zum Gesamtzusammenhang</b>
Lernen und Versehen am Beispiel
Informationen beschaffen, aufbereiten und schlussfolgern
Innovative Themen erkennen und erschließen
Analyse und Diagnostik
Kenntnis von Interventionsmaßnahmen
Data to Konzept <sup>20</sup>
Datenproduzent zur Konzeptentwicklung
<b>Kommunikation von Kenntnissen</b>
Edukative Kompetenz
Informationslieferant (z. B. für Behörden)
<b>Problemlösevermögen</b>
Schwerpunkt Problemlösevermögen
Wissenstransfer
Lösung komplexer gesundheitlicher Problemlagen
<b>Interdisziplinäres Denken als „Heimatdisziplin“ von PH-Professionals</b>
Interdisziplinär
Interdisziplinarität als wissenschaftliche Dimension
Interdisziplinäres Denken (PH Professionals)
Interprofessionelles Agieren (PH Professionals)

---

<sup>20</sup> Data to Konzept: Datenproduktion / Datensammlung

---

Zusammenführung verschiedener Disziplinen (international)  
Zusammenführung von Perspektiven und Wissensbeständen  
Zusammenarbeit im Alltag mit unterschiedlichen Akteuren (interprofessionelle Dimension)  
Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (Interprofessionalität und Interdisziplinarität)  
Sprachbeherrschung der unterschiedlichen Akteure (Ökonomie, Medizin)

**Multidisziplinär**

Nebeneinander von Disziplinen (DL)  
Nutzung wissenschaftlicher Perspektiven unterschiedlicher Akteure  
Keine eigene wissenschaftliche Heimatdisziplin

**Unterscheidung nach Gesundheitswissenschaftler und PH-Professional**

PH-Professionals als Praktiker (international)  
Gesundheitswissenschaften als wissenschaftliche Disziplin  
Public Health als Anwendung

**Systemisches Denken**

Umfassende Perspektive  
Blick für das große Ganze  
Gesellschaftliches Denken  
Systemkompetenz  
Breites Wissen  
Übergeordnetes Wissen  
Systemwissen  
Verstehen von politischen Zusammenhängen  
Denken um das System des zu Behandelnden herum  
Von der Prävention bis zur Nachsorge

**Geringe Praxisorientierung**

Geringe Kompetenzen zur Umsetzung von Interventionen  
Geringe Health for all Strategy auf der Handlungsebene  
Geringe didaktische Skills zur Umsetzung von Interventionen

**PH als gesellschaftliches Korrektiv**

Kritische Reflektionskompetenz

---

Quelle: Eigene Darstellung



Um daraus grundsätzliche Kompetenzen zu identifizieren und zu beschreiben, wurden die Subkategorien zu Unterschieden und Ähnlichkeiten gruppiert (Tabelle 28):

Tabelle 28: Gruppierung von Unterschieden und Ähnlichkeiten

<b>Unterschiede</b>	<b>Ähnlichkeiten</b>
Innovationen Erkennen & erschließen Analyse & Diagnostik Kommunikation Transfer Kenntnis von Interventionsmaßnahmen	<b>Problemlösevermögen</b>  <b>Diagnostische Kompetenz auf Bevölkerungsebene</b>
Lernen & Verstehen am Beispiel Schwerpunkt Epidemiologie & Ökonomie Kenntnis von Determinanten Wellenförmige Fachspezifität Monitoring & Screening Informationslieferant / Data to Konzept / Datenproduzent / Datensammlung Durchführung von Interventionen Leitung von Kampagnen Vorbereitung von Interventionen Sprachbeherrschung unterschiedlicher Akteure Edukative Kompetenzen Bedürfnisgerechte Versorgung PH als gesellschaftliches Korrektiv Kritische Reflektionskompetenz	<b>Spezifische Kompetenzen</b>
Breites –übergeordnetes Wissen Politisches Verständnis Prävention bis Nachsorge	<b>Systemwissen</b>  <b>Vom fachspezifischen zum Gesamtzusammenhang</b>  <b>Von der Prävention bis zur Nachsorge</b>  <b>Denken um das System des zu Behandelnden herum</b>  <b>Systemkompetenz</b>  <b>Systemisches Denken</b>  <b>Gesellschaftliches Denken</b>  <b>Umfassende Perspektive</b>  <b>Blick für das große Ganze</b>
Zusammenarbeit mit anderen Akteuren Überleitungsmanagement / Casemanagement	<b>Zusammenarbeit</b>  <b>Interprofessionelles Agieren (PH)</b>

<p>Multidisziplinär  Zusammenführung verschiedener Disziplinen (international)  Nebeneinanderher von Disziplinen (DL)  Nutzung wissenschaftlicher Perspektiven unterschiedlicher Akteure  Zusammenführung von Perspektiven und Wissensbeständen  Interdisziplinarität als wissenschaftliche Dimension  Interdisziplinäres Denken als „Heimatdisziplin“ von PH-Professionals</p>	<p><b>Professionals)<sup>21</sup></b>  <b>Interdisziplinäres Denken</b></p>
<p>Geringe Kompetenz zur Umsetzung von Interventionen  Geringe didaktische Skills zur Umsetzung von Interventionen  Geringe Health for all Strategy auf der Handlungsebene</p>	<p><b>Geringe Praxisorientierung</b></p>
<p>Gesundheitswissenschaftler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissenschaftliche Disziplin</li> <li>- Keine eigene wissenschaftliche Heimatdisziplin Public Health Professionals:</li> <li>- PH-Professionals als Praktiker (international)</li> <li>- Public Health als Anwendung</li> </ul>	<p><b>Unterscheidung nach Gesundheitswissenschaftlern und PH-Professionals</b></p>

Quelle: Eigene Darstellung

<sup>21</sup> Bezieht sich auf die Unterscheidung zwischen PH-Professionals nach internationalem Vorbild und Gesundheitswissenschaftlern im Gegensatz zum theoretischen Sample (PH Professionals als FH oder Universitätsvertreter).

Daraus wurden Zusammenhänge hergestellt, welche als Merkmale in die Dimensionalisierung eingeflossen sind. Als Merkmale grundsätzlicher Kompetenzen konnten eruiert werden:

- Zusammenhang zwischen Gesundheitswissenschaften und Public Health?
- Umsetzungsgrad
- Problemlösevermögen
- Spezifische Kompetenzen
- Systemwissen
- Interdisziplinarität

Diese begründen die Typen-Zuordnung der Kompetenz-Typen a) Gesundheitswissenschaftler oder Public Health Professional?, b) Praxisorientierung, c) Problemlöser, d) fachlich-inhaltlich stark, e) Systemiker und f) interdisziplinär.

Der Gesundheitswissenschaftler oder Public Health Professional Typ unterscheidet die grundsätzlichen Kompetenzen zwischen Gesundheitswissenschaftlern und Public Health-Professionals. Die Gesundheitswissenschaften werden demzufolge als Wissenschaftsdisziplin, jedoch ohne eigene wissenschaftliche Heimatdisziplin verstanden. Public Health Professionals werden (international) als Praktiker verstanden, die das Wissen aus den Gesundheitswissenschaften anwenden.

Der Praxisorientierung-Typ bescheinigt der Public Health-Ausbildung in Deutschland eine geringe Praxisorientierung mit geringen Kompetenzen zur Umsetzung von Interventionen und stellt den Umsetzungsgrad der Health for all Strategy in Frage.

Der Problemlöser-Typ gibt die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern als ‚diagnostische Kompetenz auf Bevölkerungsebene‘ an. Danach zeichnen sich Gesundheitswissenschaftler durch Problemlösevermögen, Informationsbeschaffung, -aufbereitung und Schlussfolgerung (generischer Public Health Action Cycle) auf Bevölkerungsebene aus. Diese Kompetenz variiert von ‚Innovationen erkennen und erschließen‘ zu ‚Analyse und Diagnostik‘ sowie ‚Kommunikation‘, ‚Transfer‘ oder ‚Kenntnis von Interventionsmaßnahmen‘. Dieser Typ zeigt Ähnlichkeiten zu dem in Kapitel 5.2.1 generierten Transfer-Typ.

Der fachlich-inhaltlich starke Typ schreibt Gesundheitswissenschaftlern spezifische Kompetenzen mit populationsbezug zu. Grundsätzlich erfolge die Fachspezifität von Public Health wellenförmig. Die Konkretisierung dieser Fachspezifität unterscheidet sich erheblich. Für die einen machen sich die spezifischen Kompetenzen im ‚Lernen und Verstehen am Beispiel‘ fest. Andere sehen Epidemiologie & Ökonomie als Hauptcharakteristikum der Public Health Ausbildung an. Weitere Public Health spezifische Kompetenzen werden mit

‚Kenntnis von Determinanten‘ bzw. ‚Monitoring und Screening‘ beschrieben. Public Health Kompetenzen liegen in der Informationslieferung, also im ‚Data to Konzept‘ (Datenproduktion / Datensammlung) als Vorbereitung von Interventionen für eine bedürfnisgerechte Versorgung begründet. Mittels der zugeschriebenen Reflektionskompetenz wird Public Health als gesellschaftliches Korrektiv angesehen. In Einzelfällen werden auch die ‚Leitung von Kampagnen‘, die ‚Sprachbeherrschung unterschiedlicher Akteure‘, sowie ‚Edukative Kompetenzen‘ genannt. Die grundsätzlichen Kompetenzen eines Gesundheitswissenschaftlers sind inhaltlich-fachlich stark, die Fachspezifität jedoch komplex. Bei diesem Typen fällt eine Ähnlichkeit zu dem in Kapitel 5.2.1 vorgestellten Transfer-Typen auf.

Dem Systemiker-Typ liegt die Zuschreibung von Systemwissen zugrunde. Danach sind die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern als ‚systemisch-gesellschaftlich‘ und ‚ganzheitlich‘ zu charakterisieren. Systemwissen, oder auch ‚Systemkompetenz / Systemisches Denken / Gesellschaftliches Denken‘ wird als ‚umfassende Perspektive‘ und ‚Blick für das große Ganze‘ beschrieben. Gesundheitswissenschaftler ‚Denken um das System des zu Behandelnden herum‘, also ‚von der Prävention bis zur Nachsorge‘ oder ‚vom fachspezifischen zum Gesamtzusammenhang‘. Dieser Typ zeigt Ähnlichkeiten mit dem „systemischen“ Typ auf (vgl. Kapitel 5.1.3).

Die Befragten des interdisziplinären Typs geben als grundsätzliche Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern ‚Zusammenarbeit‘ bzw. ‚Interprofessionelles Agieren‘ (PH Professionals<sup>22</sup>) und ‚Interdisziplinäres Denken‘ an, welches als „Heimatdisziplin“ von PH-Professionals beschrieben wird. Interdisziplinarität wird als wissenschaftliche Dimension verstanden.

Innerhalb dieses Typs werden darunter unterschiedliche Definitionen von den Interviewten subsumiert. ‚Zusammenarbeit‘ wird sowohl als ‚Zusammenarbeit mit anderen Akteuren‘ als auch als ‚Überleitungsmanagement / Casemangement‘ verstanden. International wird ‚interdisziplinäres Denken‘ als die Kompetenz, verschiedene Disziplinen zusammenführen zu können, betrachtet. Für Deutschland bestehe diese Kompetenz in der ‚Nutzung wissenschaftlicher Perspektiven unterschiedlicher Akteure sowie der Zusammenführung von Perspektiven und Wissensbeständen‘, so dass für Deutschland eher von Multidisziplinarität, also einem ‚Nebeneinanderher von Disziplinen‘ von den Interviewten gesprochen wird. Für diesen Typ gilt, eine Abgrenzung zu den in Kapitel 5.2.1 herausgearbeiteten Typen „interdisziplinär“ und „kommunikativ“ zu diskutieren.

---

<sup>22</sup> Hier ist die Unterscheidung nach dem Gesundheitswissenschaftler oder Public Health Professional –Typ gemeint.

Die Frage nach Überschneidungen, Trennschärfen und Kompatibilitäten der Typen wird im Diskussionskapitel vertiefend aufgegriffen.

Zur Ableitung von Zusammenhängen und empirischen Regelmäßigkeiten zwischen den Fällen (Fachhochschule und Universität) und ermittelten Gruppen („Gesundheitswissenschaftler oder Public Health Professional?“, „Praxisorientierung“, „Problemlöser“, „fachlich-inhaltlich stark“, „Systemiker“, „interdisziplinär“) erfolgte die Fallkontrastierung. Die Fälle „Fachhochschule“ wurden mit „A“, die Fälle „Universität“ mit „B“ kodiert. Über die Darstellung der Kategorien (Merkmale) und ihrer Subkategorien (Merkmalsausprägungen) in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle wurden Merkmalskombinationen gebildet. Verglichen wurden die Gruppen ‚Universität‘ und ‚Fachhochschule‘. Es konnten übergeordnete Zusammenhänge erfasst werden. Als Zusammenhänge zwischen den Fällen Universität und Fachhochschule wurde der Typus „Problemlösend auf der systemisch-gesellschaftlichen Ebene“ generiert, dem als Voraussetzung dafür anhand der Public Health-Ausbildung ein breites Spektrum an Instrumentarien zur Verfügung gestellt wird:

*„Man muss auf der Systemebene Kompetenzen haben, auf der Systemebene über gesundheitspolitische Zusammenhänge aber auch Verbindung zu verschiedenen Bereichen innerhalb der gesundheitlichen Versorgung oder im Kontext Krankheit, wenn es darum geht, die Rolle der verschiedenen Stakeholder im Gesundheitswesen einzuschätzen (S. 2, Z. 74-96)“.*

*„Ich glaube, dass es vor dem Hintergrund der Stärkung von Autonomie, der Stärkung von Selbstbestimmung, der Stärkung auch von Teilhabe, für die Gesundheitsprofession künftig mehr darum gehen wird von diesem starken Funktionsbezug weg zu gehen, hin stärker zu den Aktivitäten, zu den Kontextfaktoren, das bedeutet, viel stärker über Handlungen, über Aktivitäten zu gehen, über das System um den Behandelnden herum zu denken (S. 2, Z. 44-76)“.*

*„Problemlösen steht im Vordergrund, einzelne Techniken gehören exemplarisch dazu (S. 2, Z. 41-57)“.*

Als zweiter Haupttypus wurde der Typ „Gesundheitswissenschaftler oder Public Health Professional“ herausgearbeitet. International wenden Public Health Professionals das Wissen und die Instrumente, welche aus den Gesundheitswissenschaften generiert wurden, auf der Handlungsebene an. Als ein Beispiel hierfür wird das Konzept des Public Health Nursing benannt. Die Heimatdisziplinen von Public Health Professionals sind Interprofessionelles Agieren und Interdisziplinäres Denken (PH-Professionals). In Deutschland ist eher von Gesundheitswissenschaftlern zu sprechen, da die Befragten der Public Health-Ausbildung in Deutschland eine eher geringe Praxisorientierung mit geringen Interventionskompetenzen zusprechen und eher ein Nebeneinanderher von Disziplinen (Multidisziplinarität) erleben:

*„Wir haben das mal mit dieser Formel von Data to Konzept deutlich gemacht. Der Public Health Professional produziert diese Daten, die notwendig sind für die Konzeptentwicklung, der aber auch populationsorientiert interveniert. Beispiel Public Health Nursing. Das sind international Public Health Professionals, die in der Regel basierend auf einer anderen Qualifikation eines Gesundheits- oder Sozialberufes mit soliden gesundheitswissenschaftlichen Kenntnissen in diesem Feld tatsächlich auch Interventionen durchführen, Kampagnen leiten. Das ist ja das, was wir hier in unserem Land eher nicht so sehen (S. 1, Z. 38-50)“.*

*„Die Gesundheitswissenschaften als die wissenschaftliche Disziplin und Public Health ist für mich die Anwendung des Ganzen im Sinne des Public Health Professionals, der dann tatsächlich Populations- oder Gemeindeorientiert Interventionen vorbereitet durch Datensammlung oder tatsächlich verantwortet und die dann durchführt (S. 2, Z. 62-66)“.*

In Kapitel 5.2.3 erfolgt die Ergebnisdarstellung grundsätzlicher Kompetenzen aus Sicht der Berufsverbände.

### 5.2.3 Die Sicht der Berufsverbände

Das Sample der Berufsverbände setzt sich aus den Fällen Pflege Kommune / Land und Gesundheitsberufe zusammen. Den Fällen wurden relevante Textstellen aus den Interviews zugeordnet und kodiert. Als erstes Ergebnis lassen sich mittels der Subkategorien oder Varianten erste Aussagen darüber treffen, wie die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern von den Berufsverbänden eingestuft werden (Tabelle 29):

Tabelle 29: Wahrnehmung grundsätzlicher Kompetenzen durch Berufsverbände

---

<b>Umfassendes Bild von Gesundheit</b> Gesunderhaltungsverständnis Spagat zwischen Spezialisierung und dem Gesamtbild Eine bestimmte Fachrichtung als Grundlage
<b>Networking</b> Akteure zusammenbringen Kenntnis der Akteure & Abläufe im Gesundheitswesen
<b>Gesundheitsversorgung in Kommunen</b> Management von Gesundheitskonferenzen Case Management Kleinräumige Statistik Kleinräumige Gesundheitsplanung
<b>Generierung von Wissen</b> Valide Daten Versorgungsplanung Diagnostik von gesellschaftlichen Vorkommnissen Evidenzbasierte Ableitung von Handlungen

---

Quelle: Eigene Darstellung

Aus diesen Subkategorien wurden Unterschiede und Ähnlichkeiten hergestellt und Zusammenhänge abgeleitet. Dieses Vorgehen diente der Identifikation und Beschreibung der grundsätzlichen Kompetenzen. Zusätzlich wurde untersucht, inwiefern sich die Untersuchungsthemen in diesem Auswertungsschritt wiederfinden (vgl. Diskussionskapitel). Eine erste Typenzuordnung erfolgte numerisch. Zu diesem Auswertungszeitpunkt lagen der Forscherin über dieses Verfahren 19 Typen vor. Es stellte sich die Frage, inwiefern es sich mit diesem Vorgehen um immer neue Typen handelt oder ob schon vergleichbare Typen hergeleitet worden sind. Diese Fragen werden im Diskussionskapitel wieder aufgenommen.

Folgende Unterschiede und Ähnlichkeiten wurden erarbeitet (Tabelle 30):

Tabelle 30: Darstellung von Unterschieden und Ähnlichkeiten

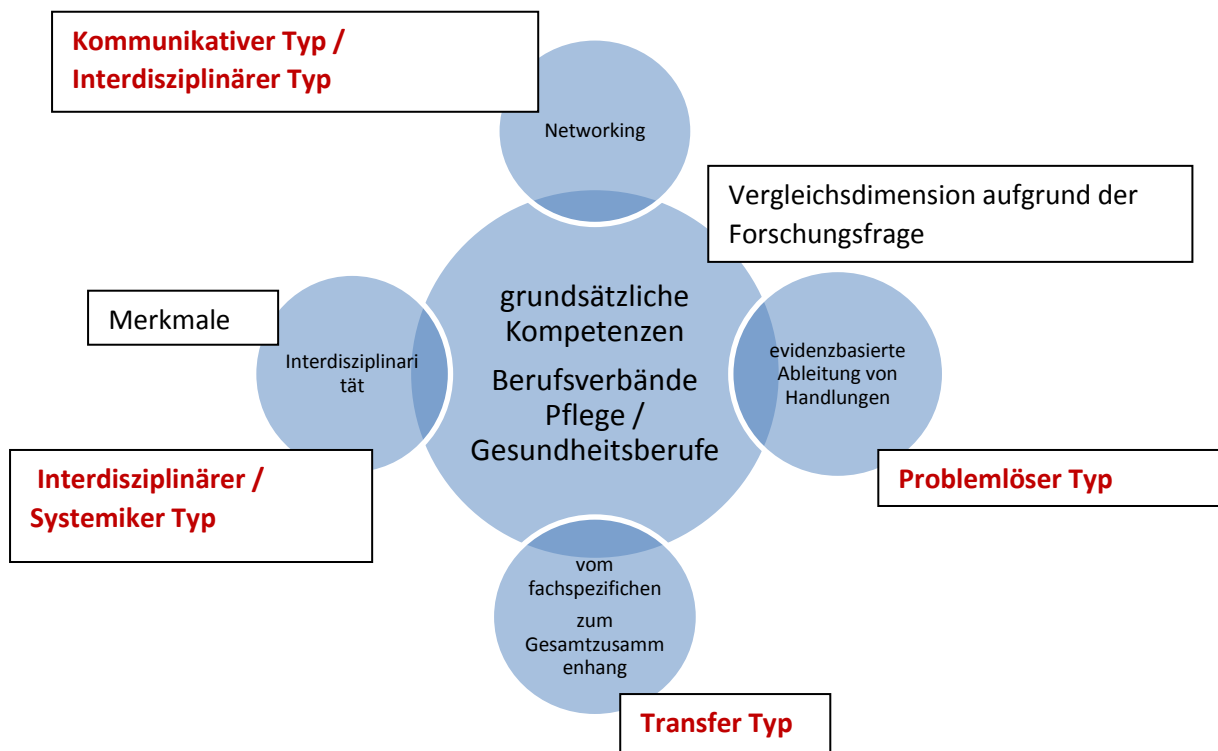
<b>Unterschiede</b>	<b>Ähnlichkeiten</b>
Kenntnis der Akteure und Abläufe im Gesundheitswesen Management von Gesundheitskonferenzen Case Management	<b>Akteure zusammenbringen</b>
Diagnostik von gesellschaftlichen Vorkommnissen Valide Daten Kleinräumige Statistik Kleinräumige Gesundheitsplanung Versorgungsplanung Gesundheitsversorgung in Kommunen	<b>Generierung von Wissen</b>
Eine bestimmte Fachrichtung als Grundlage	<b>Spagat zwischen Spezialisierung und dem Gesamtbild</b>
Gesunderhaltungsverständnis	<b>Umfassendes Bild von Gesundheit</b>

Quelle: Eigene Darstellung



Die Zusammenhänge sind in die Dimensionalisierung eingeflossen und begründen die Kompetenz-Typen der Berufsverbände. Abbildung acht stellt dar, wie die Dimensionalisierung erstmalig auf die bisher bestehenden Typen zurückbezogen wird:

Abbildung 8: Dimensionalisierung der Kompetenz-Typen der Berufsverbände



Quelle: Eigene Darstellung

Aufgrund der Datenanalyse wurden die Kompetenz-Typen a) Kommunikativ / interdisziplinär, b) Problemlöser, c) Transfer und d) interdisziplinär-systemiker abgeleitet:

Der Kommunikative- / Interdisziplinäre- Typ schreibt Gesundheitswissenschaftlern die grundlegende Kompetenz des Networkings zu. Aus Sicht der Berufsverbände ist damit die Fähigkeit verbunden ‚Akteure zusammenzubringen‘. Aufgrund der Public Health immanenten ‚Kenntnisse der Akteure und Abläufe im Gesundheitswesen‘ werden als Ziele ‚Management von Gesundheitskonferenzen‘ und ‚Case Management‘ angegeben. Diese Zuschreibung weist Ähnlichkeiten mit der Einschätzung der Arbeitgeberverbände auf: Für den Kommunikativen Typ liegen die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern in ‚Zusammenarbeit‘, ‚Verhandlungen‘ und ‚Zielgruppenspezifischer Kommunikation‘. Der Interdisziplinäre Typ der Arbeitgeberverbände schreibt Gesundheitswissenschaftlern im Wesentlichen fachübergreifende Kompetenz zu und sieht diese im ‚Verstehen von Gesundheitssystemen und Gesundheitspolitik‘. Die Interdisziplinarität von Public Health wird als Antwort auf die

Herausforderungen des Gesundheitssystems betrachtet. Es wird die Unterrepräsentanz von Public Health in der Pflege trotz steigender Bedarfe bemängelt. Für die befragten Public Health Professionals konnte ebenfalls ein interdisziplinärer Typ generiert werden. Wesentliche Kompetenzzuschreibungen sind hier die ‚Zusammenarbeit‘, ‚Interprofessionelles Agieren‘ und ‚Interdisziplinäres Denken‘.

Einen Subtyp bildet der Typus Interdisziplinärer- Systemiker-Typ. Das Hauptmerkmal ist hier die Zuschreibung von Interdisziplinarität. Diese wird von den Berufsverbänden als ‚umfassendes Bild von Gesundheit‘ und einem ‚Gesunderhaltungsverständnis‘ charakterisiert. Dieser Typ kann mit dem Systemiker-Typ der Public Health-Professionals (Systemisches Denken) verglichen werden.

Der Problemlöser Typ sieht als wesentliche Kompetenzen ‚Evidenzbasierte Ableitung von Handlungen‘. Die Public Health-Ausbildung in Deutschland befähigt zur ‚Generierung von Wissen‘. Die Befragten geben unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten an: ‚Diagnostik von gesellschaftlichen Vorkommnissen‘, ‚Valide Daten‘ sowie ‚Kleinräumige Statistik und Gesundheitsplanung‘ und Versorgungsplanung und Gesundheitsversorgung in Kommunen‘. Zu einer vergleichbaren Einschätzung kommen die befragten Public Health-Professionals. Diese sehen als grundsätzliche Kompetenzen im Wesentlichen die ‚diagnostische Kompetenz auf Bevölkerungsebene mit Problemlösevermögen und Schlussfolgerungen‘. Dieser Typ kann mit dem Transfer-Typ der Arbeitgeber verglichen werden. Hier werden als wesentliche Kompetenzen die ‚Anwendung von Fachwissen zur Analyse und Ableitung‘ angegeben.

Laut des Transfer Typen ist die Grundkompetenz, die Fähigkeit ‚vom fachspezifischen auf den Gesamtzusammenhang zu schließen‘. Wichtig hierbei sei der ‚Spagat zwischen Spezialisierung und dem Gesamtbild‘. Voraussetzung dafür sei ‚eine bestimmte Fachrichtung als Grundlage‘. Zu diesem Typen wird ein enger Vergleich zum Transfer-Typen der Arbeitgeber gezogen (Anwendung von Fachwissen, Analyse, Ableitung, Fachspezifität als Voraussetzung theoretisches Dach: These drei). Dieser Typ ähnelt auch dem Systemiker-Typ der Public Health-Professionals. Diese sehen als Grundkompetenz das ‚Systemwissen‘ und ‚systemische Denken‘.

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse der Fallkontrastierung vorgestellt. Diese dient dazu, empirische Regelmäßigkeiten zwischen den ermittelten Gruppen, hier „kommunikativ-interdisziplinär“, „interdisziplinär-systemisch“ sowie „Problemlöser“ und „Transfer“ herzustellen. Dafür wurden die Fälle Pflege mit „A“ und die der Gesundheitsberufe mit „B“ kodiert. Über die Darstellung in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle wurden Merkmalskombinationen gebildet. Als übergeordneter Zusammenhang der Untersuchungsmerkmale der Berufsverbände Pflege und Gesundheitsberufe konnte der Kompetenz-Typus „Fachlich-inhaltlich-starker – Transfer Typ“ erfasst werden. Dieser ist gekennzeichnet durch spezifische Kompetenzen mit populationsbezug und die Anwendung von Fachwissen zur Analyse und Ableitung (Data-to-Konzept). Diese Einschätzung findet sich auch bei den Arbeitgeber-Verbänden (Transfer-Typ) sowie den Public Health Professionals (fachlich-inhaltlich starker Typ):

*„Generierung von Wissen im Gesundheitsbereich anhand von validen Daten, Studien dazu, sei es die Versorgungsforschung, dass man schaut, welche Phänomene wiederholen sich und wie können wir vielleicht für die Forschung hier Schlüsse daraus ableiten, die ein gesünderes Leben in Richtung Prävention oder ähnliches für die Gesellschaft erlauben (S. 1, Z. 33-41)“.*

Das Kapitel 5.2.4 spiegelt die empirische Einschätzung der Politik wider.

## 5.2.4 Die Sicht der Politik

Die Sicht der Politik wurde zunächst fallvergleichend erhoben. Das Sample setzt sich zusammen aus Fällen aus der Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik sowie der Gesundheitspolitik. Mittels Zuordnung von Interviewpassagen und Kodierung wurden erste Ansichten über grundsätzliche Kompetenzen erhoben (Tabelle 31):

Tabelle 31: Fallvergleich Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheitspolitik

---

### **Grundsätzliche Kompetenzen unbekannt**

Studienausrichtung richtungslos

Studium ziellos

Einschätzung der Kompetenzen schwierig

### **Keine konkreten Tätigkeitsfelder in der Praxis**

Problematische Frage nach Tätigkeitsfeldern in der Praxis

Keine Passgenauigkeit in der Praxis

### **Fehlende Berufsfeldanalyse**

Bedarf nach einer Ableitung von geforderten Qualifikationsanforderungen

Bedarf nach Analyse der Kompetenzen in der Praxis

### **Zusammensetzung der Disziplin aus verschiedenen Disziplinen**

Nutzung von Synergieeffekten aus den verschiedenen Disziplinen

Denken über verschiedene Areale hinweg

Verständnis für die anderen Bereiche

Offenheit für andere Disziplinen

Empathie

Einordnung von Spezialwissen

Bedienung bestimmter Einflüsse

Wissen und Verstehen um das Zusammenwirken verschiedener Perspektiven

Zusammenspiel aus eigener Expertise und offenem Blick auf benachbarte Disziplinen

Evidenzbasiertes und wissenschaftliches Arbeiten

Beratung von der Theorie zur Praxis

### **Gesamtbetrachtung**

Gesamtbild

Fachübergreifende Kompetenzen

### **Schlüsselkompetenzen als Voraussetzung**

Fachspezifität als Fundament

Eine Fachdisziplin als Voraussetzung

Fachliche Expertise Voraussetzung

---

Quelle: Eigene Darstellung

Für die tiefere Beschreibung der grundsätzlichen Kompetenzen wurden die Subkategorien nach Unterschieden und Ähnlichkeiten gruppiert (siehe Tabelle 32). Anstatt einer weiteren numerischen Zuordnung (bisher 19 Typen) erfolgte eine Zuordnung zu den bis hierher generierten Typen. Die Darstellung des theoretischen Rückbezugs wird im Diskussionskapitel wieder aufgenommen.

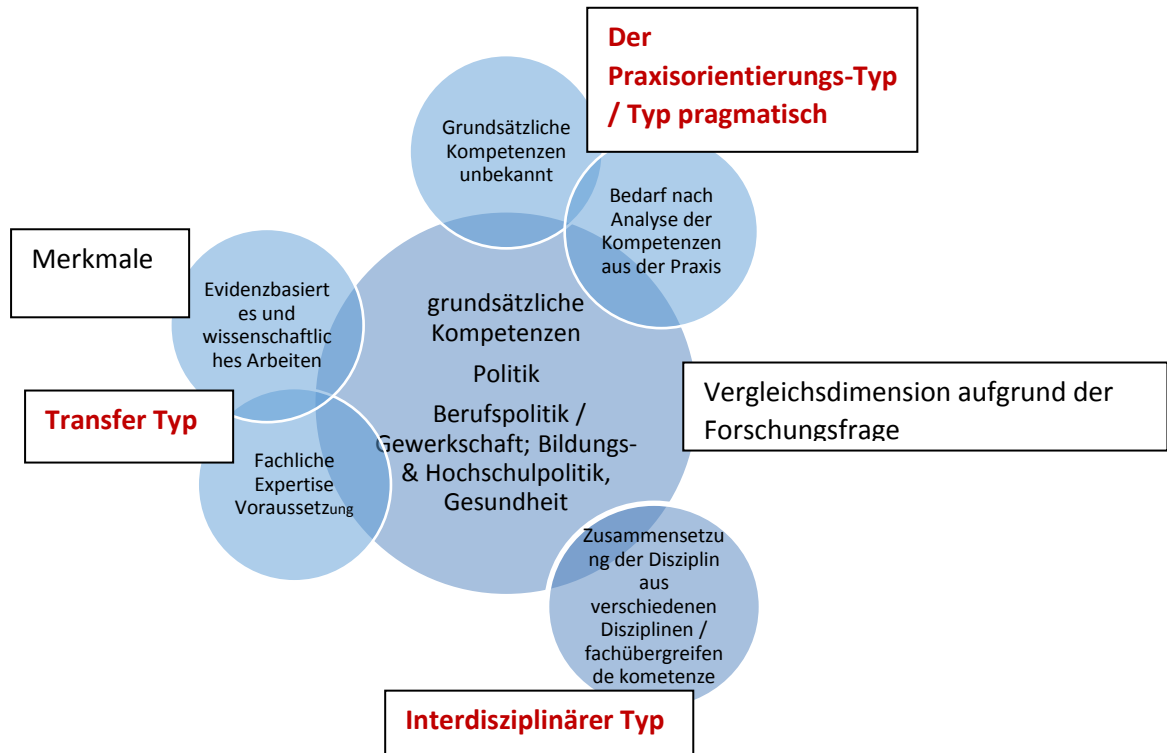
Tabelle 32: Gruppierung von Unterschieden und Ähnlichkeiten

<b>Unterschiede</b>	<b>Ähnlichkeiten</b>
Studienausrichtung richtungslos Studium ziellos Keine Passgenauigkeit in der Praxis Fehlende Berufsfeldanalyse	<b>Keine konkreten Tätigkeitsfelder in der Praxis</b>  <b>Einschätzung der Kompetenzen schwierig</b>
	<b>Bedarf nach einer Ableitung von geforderten Qualifikationsanforderungen</b>
Nutzung von Synergieeffekten aus verschiedenen Disziplinen Denken über verschiedene Areale hinweg Verständnis für die anderen Bereiche Zusammenspiel aus eigener Expertise und offenem Blick auf benachbarte Disziplinen Wissen und Verstehen um das Zusammenwirken verschiedener Perspektiven	<b>Gesamtbetrachtung</b> <b>Gesamtbild</b> <b>Offenheit für andere Disziplinen</b>
Fachspezifität als Fundament Schlüsselkompetenzen als Voraussetzung Einordnung von Spezialwissen Verwendung bestimmter Einflüsse Beratung von der Theorie zur Praxis	<b>Eine Fachdisziplin als Voraussetzung</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Daraus wurden Zusammenhänge abgeleitet. Diese sind als Merkmale in die Dimensionalisierung eingeflossen:

Abbildung 9: Dimensionalisierung der grundsätzlichen Kompetenzen der Politik



Quelle: Eigene Darstellung

Durch die Generierung der Merkmale werden die Kompetenz-Typen a) Praxisorientierungs-Typ / pragmatisch, b) interdisziplinärer Typ sowie c) Transfer Typ begründet:

Der Praxisorientierungs-Typ schreibt den grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern in Deutschland eine geringe Praxisorientierung mit geringen Kompetenzen zur Umsetzung von Interventionen zu. Desweiteren wird die Health-for-All-Strategy auf der Handlungsebene vermisst. Diese Einschätzung findet sich im Typ „pragmatisch“ wieder. Dieser Typ betrachtet Public Health als Hilfskonstruktion ohne eigene Wissenschaftsdisziplin und ohne eigenes Berufs- und Handlungsfeld mit diffuser Praxis und Anschlussfähigkeit. Aus Sicht der Politik (Berufspolitik / Gewerkschaften, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheit) diesen Typs sind die grundsätzlichen Kompetenzen unbekannt und besteht Bedarf an einer Analyse der Kompetenzen in der Praxis. Die Befragten sehen keine konkreten Tätigkeitsfelder in der Praxis und haben Schwierigkeiten, die Kompetenzen einzuschätzen. Gefordert wird eine Ableitung an in der Praxis erforderlichen Qualifikationsanforderungen. Diese Interviewten kommen zu dem Schluss,

dass die ‚Studienausrichtung richtungslos‘ und ‚das Studium ziellos‘ sei. Bemängelt werden die ‚fehlende Passgenauigkeit in der Praxis‘ als auch die ‚fehlende Berufsfeldanalyse‘.

Der Interdisziplinäre Typ sieht als grundsätzliche Kompetenzen ‚Zusammenarbeit‘, ‚Interprofessionelles Agieren‘ und ‚Interdisziplinäres Denken‘. Kern hierfür ist danach die Zuschreibung ‚fachübergreifender Kompetenzen‘. Wesentlich hierbei ist das ‚Verstehen des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik‘. Die Interdisziplinarität der Gesundheitswissenschaften wird als Antwort auf die Herausforderungen des Gesundheitssystems anerkannt. Die befragten Vertreter/innen aus der Politik dieses Typs geben ebenfalls als grundsätzliche Kompetenzen die ‚Zusammensetzung der Disziplin aus verschiedenen Disziplinen‘ und ‚fachübergreifende Kompetenzen‘ an. Für diese gehen damit die ‚Gesamtbetrachtung‘ bzw. das ‚Gesamtbild‘ sowie die ‚Offenheit für andere Disziplinen‘ einher. Weitere Zuschreibungen sind:

- Nutzung von Synergieeffekten aus verschiedenen Disziplinen,
- Denken über verschiedene Areale hinweg,
- Verständnis für die anderen Bereiche,
- Zusammenspiel aus eigener Expertise und offenem Blick auf benachbarte Disziplinen,
- Wissen und Verstehen um das Zusammenwirken verschiedener Perspektiven.

‚Anwendung von Fachwissen‘, ‚Analyse‘ und ‚Ableitung‘ unter der Voraussetzung von Fachspezifität sind die grundsätzlichen Kompetenzen, die die Befragten des Transfer-Typs Gesundheitswissenschaftlern zuschreiben. Die Interviewten aus der Politik beschreiben die grundsätzlichen Kompetenzen mit ‚evidenzbasiertes und wissenschaftliches Arbeiten‘ und sehen dafür eine ‚fachliche Expertise sowie Schlüsselkompetenzen als Voraussetzung‘. Die ‚Fachspezifität [gilt] als Fundament‘. Mittels dessen erfolgt die ‚Einordnung von Spezialwissen‘ unter der ‚Verwendung bestimmter Einflüsse‘ zur ‚Beratung von der Theorie zur Praxis‘.

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse der Fallkontrastierung dargestellt.

Die Fallkontrastierung dient dazu, Zusammenhänge und empirische Regelmäßigkeiten zwischen den Fällen Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- / Hochschulpolitik und Gesundheit sowie der ermittelten Gruppen (Praxisorientierungs-Typ / pragmatisch, Interdisziplinärer-Typ und Transfer-Typ) herzustellen.

Die Fälle Berufspolitik / Gewerkschaft wurden mit „A“, die Fälle Bildungs- und Hochschulpolitik mit „B“ und die Gesundheitspolitik mit „C“ kodiert. Die Merkmale und ihre Merkmalsausprägungen wurden in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle dargestellt und Fälle mit Merkmalskombinationen abgeleitet: Mittels der Kontrastierung der Gruppen ‚Berufspolitik / Gewerkschaft‘, ‚Bildungs- und Hochschulpolitik‘ und ‚Gesundheit‘ wurden die Kompetenz-Typen ‚unklar- interdisziplinär‘ und ‚Transfer-unklar‘ generiert, d. h. konkrete Tätigkeitsfelder in der Praxis werden nicht gesehen (Tabelle 33):

**Tabelle 33: Kontrastierung der Gruppen Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik und Gesundheit**

Kategorie A	Kategorie B		Kategorie C
	<b>Subkategorie B1</b> Zusammensetzung der Disziplin aus verschiedenen Disziplinen Nutzung von Synergieeffekten aus den verschiedenen Disziplinen Denken über verschiedene Areale hinweg Evidenzbasiertes und wissenschaftliches Arbeiten Bedienung bestimmter Einflüsse Offenheit für andere Disziplinen	<b>Subkategorie B 2</b> Empathie Beratung von der Theorie zur Praxis Gesamtbetrachtung Gesamtbild Fachübergreifende Kompetenzen Schlüsselkompetenzen als Voraussetzung	<b>Subkategorie C1</b> Fachspezifität als Fundament Eine Fachdisziplin als Voraussetzung Fachliche Expertise Voraussetzung Verständnis für die anderen Bereiche Einordnung von Spezialwissen Wissen und Verstehen um das Zusammenwirken verschiedener Perspektiven Zusammenspiel aus eigener Expertise und offenem Blick auf benachbarte Disziplinen
<b>Subkategorie A 1</b> Grundsätzliche Kompetenzen unbekannt Studienausrichtung richtungslos Studium ziellos Keine konkreten Tätigkeitsfelder in der Praxis Problematische Frage nach Tätigkeitsfeldern in der Praxis Keine Passgenauigkeit in der Praxis Fehlende Berufsfeldanalyse	Fälle mit der Merkmalskombination A1, B1: <b>Unklar-interdisziplinär</b>	A1, B2 <b>Transfer unklar</b>	A1, C1 <b>Transfer unklar</b>



Bedarf nach einer Ableitung von geforderten Qualifikationsanforderungen Einschätzung der Kompetenzen schwierig Bedarf nach Analyse der Kompetenzen in der Praxis			
---	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung

Die Interviewten des interdisziplinären Typs geben zwar ‚Interprofessionelles Agieren‘ und ‚Interdisziplinäres Denken‘ als Grundkompetenzen an, kritisieren aber eine gewisse Ziellosigkeit der Studienausrichtung:

*„Das fände ich so mit den Grundgedanken, dass nicht nur der Mediziner nur seine Medizin Sachen macht und der Pflegende nur die Pflegesachen macht. Dadurch haben wir genau die Probleme, die wir haben, weil die Areale so abgeschottet sind, dass man vermisst, dass man auch Synergieeffekte nutzen kann. Das ist für mich so der Dreh- und Angelpunkt von Public Health (S. 2, Z. 60-71)“.*

*„Das Problem in dem Bereich der Gesundheitswissenschaften und auch in den Pflegewissenschaften ist, dass sich diese Studiengänge entwickelt haben ohne dass man richtig weiß, in welche Richtung es gehen soll, mit welchen Zielen und welche Tätigkeitsfelder würde es dann auch in der Praxis geben für diese Absolventen (S. 2, Z. 73-115)“.*

„Anwendung von Fachwissen“, „Analyse“ und „Ableitung“ unter der Voraussetzung von Fachspezifität sind die grundsätzlichen Kompetenzen, die die Befragten des Transfer-Typs Gesundheitswissenschaftlern zuschreiben. Die Interviewten aus der Politik beschreiben die grundsätzlichen Kompetenzen mit „evidenzbasiertes und wissenschaftliches Arbeiten“ und sehen dafür eine „fachliche Expertise sowie Schlüsselkompetenzen als Voraussetzung“. Die „Fachspezifität [gilt] als Fundament“. Mittels dessen erfolgt die „Einordnung von Spezialwissen“ unter der „Verwendung bestimmter Einflüsse“ zur „Beratung von der Theorie zur Praxis“:

*„Deshalb brauchen sie beides. Ohne eigene Expertise sind sie verloren, ohne einen offenen Blick auf die anderen benachbarten Disziplinen ihrer jeweiligen Spezialdisziplin sind sie verloren (S. 2, Z. 51-68)“.*

*„Fachspezifisch ist für mich ganz klar, dass man als Public Health Professional evidenzbasiert und wissenschaftlich Arbeiten muss und auch kann. Das finde ich ist einfach Kern der Sache. (S. 2, Z. 74-81)“.*

Im nächsten Abschnitt wird ein Zwischenfazit gezogen.

## Zwischenfazit

Im Folgenden werden die bisher eruierten Typen zusammengefasst und Zusammenhänge und Trennschärfen beleuchtet.

### **Bedeutung von Public Health**

Die Auswertungsmethode des Fallvergleichs (Kelle und Kluge 2010) ergab für die Hauptkategorie Bedeutung von Public Health sieben Typen: Der erste Typ wird als theoretisch bezeichnet. Public Health für das Berufsfeld Gesundheit wird als ‚technische Definition‘ oder ‚Lehrbuchmeinung‘ verstanden. Die Interdisziplinarität von Public Health wird als geeignetes Konstrukt zur Lösung komplexer Problemlagen angesehen.

Der als systemisch gekennzeichnete Typ betrachtet Public Health als Systementwicklung. Die Interdisziplinarität dieses Faches wird als Lieferant geeigneter Strategien zur Beantwortung komplexer Bedarfslagen anerkannt und schreibt diesen Potenzialen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe zu.

Der pragmatische Typ versteht Public Health als Hilfskonstruktion ohne eigenes Berufs- und Handlungsfeld mit diffuser Praxis und Anschlussfähigkeit. Public Health als Gesundheitsberuf wird kritisch gesehen.

Für den Typ unwissend ist Public Health zwar grundsätzlich geeignet für Forschungsmethoden, -erkenntnisse und Interventionen. Diese Disziplin ist jedoch kaum bekannt und präsent.

Der umstrittene Typus sieht Public Health als eigene Wissenschaftsdisziplin als strittig an. Kritisch betrachtet wird es, verschiedene Disziplinen zu vereinen. Interdisziplinarität kann demnach kein allgemeingültiges Konzept sein.

Von dem unklaren Typen wird Public Health als mehrdimensionales-umfassendes Konzept mit breiter Vielfalt verstanden. Die Anschlussfähigkeit und Tätigkeitsfelder gilt es zu definieren.

Public Health ist nach dem Verständnis des Typs politischer Typs Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Mittels der Interdisziplinarität kann es gelingen, komplexe Bedarfslagen zu beantworten.

## Grundsätzliche Kompetenzen

Für die Subkategorie grundsätzliche Kompetenzen (Hauptkategorie Komplexität von Wissen / Inter- und Transdisziplinarität) wurden neun Typen ermittelt:

Der kommunikative Typ schreibt Gesundheitswissenschaftlern Zusammenarbeit, Verhandlungen und zielgruppenspezifische Kommunikation als grundsätzliche Kompetenzen zu.

Für den Transfer Typ sind die grundsätzlichen Kompetenzen, unter der Voraussetzung von Fachspezifität, Anwendung von Fachwissen, Analyse und Ableitung.

Von dem interdisziplinären Typen werden fachübergreifende Kompetenzen als grundsätzliche Kompetenzen wahrgenommen. Gesundheitswissenschaftler verstehen Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Die interdisziplinäre Ausbildung liefert Antworten auf die Herausforderungen des Gesundheitssystems. Trotz steigender Bedarfe wird die Unterrepräsentanz von Public Health in der Pflege bemängelt.

Der Gesundheitswissenschaftler- oder Public Health-Professional-Typ unterscheidet die Kompetenzen nach Gesundheitswissenschaften und Public Health Professionals: Gesundheitswissenschaften sind eine Wissenschaftsdisziplin ohne eigene Heimatdisziplin. Public Health-Professionals sind international Praktiker, die das von den Gesundheitswissenschaftlern generierte Wissen anwenden.

Von dem Praxisorientierungs-Typen werden die geringe Praxisorientierung und die geringen Kompetenzen zur Umsetzung von Interventionen bemängelt. Vermisst wird eine Health-for-All-Strategy auf der Handlungsebene.

Diagnostische Kompetenzen auf der Bevölkerungsebene, Problemlösevermögen und Schlussfolgerungen sind die grundsätzlichen Kompetenzen, die der Problemlöse-Typ Gesundheitswissenschaftlern zuschreiben.

Von dem fachlich-inhaltlich starken Typ werden insbesondere die spezifischen Kompetenzen mit populationsbezug, vom Data-to-Konzept, hervorgehoben.

Systemwissen bzw. systemisches Denken stehen für den Systemiker-Typen im Vordergrund.

Der interdisziplinäre Typ gibt insbesondere die Kompetenzen Zusammenarbeit, interprofessionelles Agieren und interdisziplinäres Denken an.

Über die Typen hinweg lassen sich folgende grundsätzliche Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern ableiten:

- Anwendung von Transferwissen
- Analyse und Verstehen
- Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation
- Zielgruppenspezifische Kommunikation
- Problemlösung auf der systemisch-gesellschaftlichen Ebene

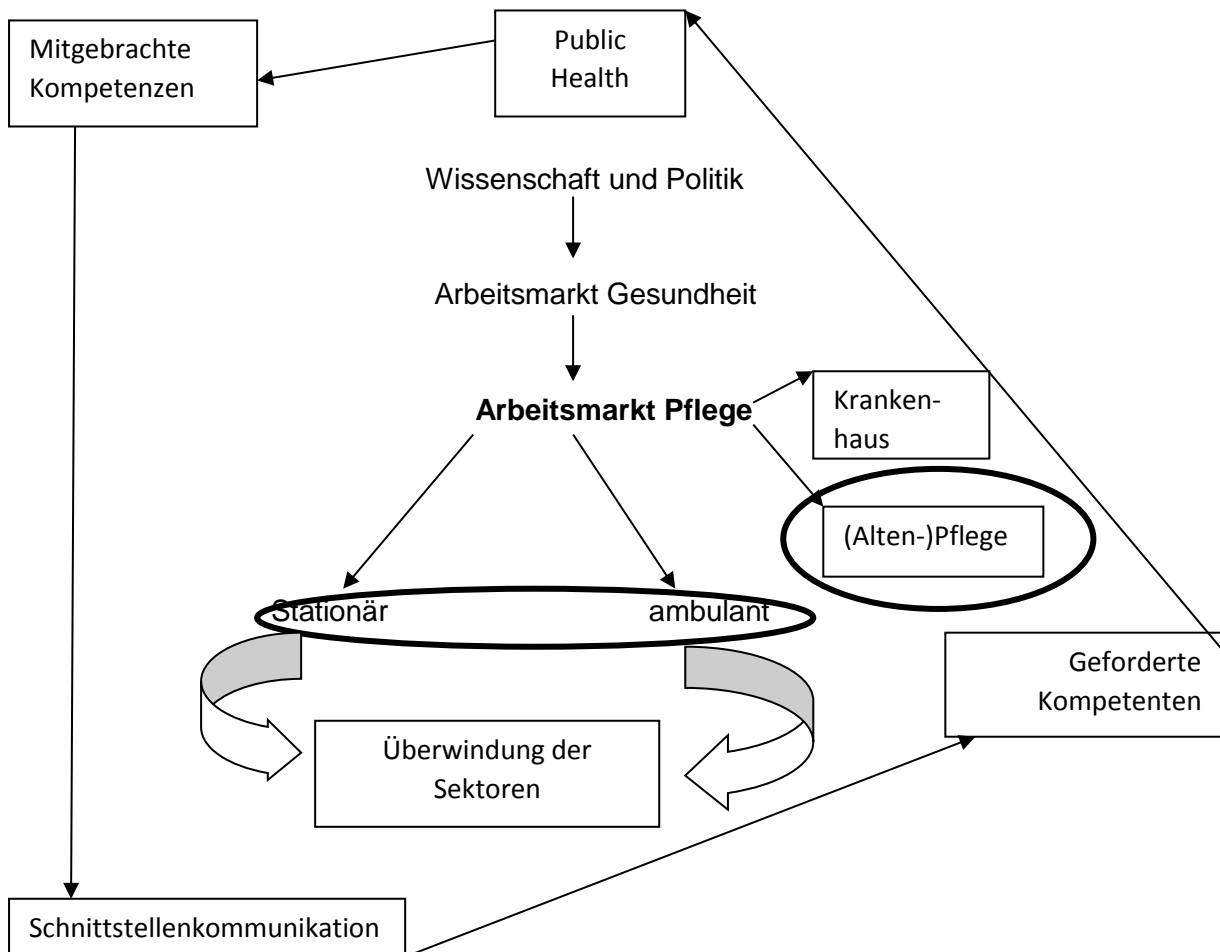
Den meisten Typen gemeinsam ist es, dass sie die Public Health immanenten Forschungsmethoden und -erkenntnissen mittels der ihr zugrundeliegenden Interdisziplinarität als Lieferant geeigneter Strategien zur Beantwortung komplexer Bedarfslagen sehen. Jedoch ohne eigene Berufs- und Handlungsfelder mit diffuser Praxis und Anschlussfähigkeit. Public Health wird zumeist als theoretisch und kaum bekannt und präsent eingestuft.

### **Zwischenfazit**

Die bisherige Auswertung der jeweiligen Befragungseinheiten (PH-Professionals, Berufsverbände, Arbeitgeberverbände, Politik) ergaben Ähnlichkeiten in den Typologien. Verglichen werden können der „Praxisorientierungs-Typ“ mit Typ „pragmatisch“. Ein weiterer Vergleich kann zwischen dem Problemlöser-Typ und dem Transfer-Typ gezogen werden. Dieser ähnelt auch dem fachlich-inhaltlich starken Typen. Der interdisziplinäre Typ weist Ähnlichkeiten mit dem kommunikativen Typen auf. Der Methodologie nach Kelle und Kluge (2010) folgend, lassen sich Typen für die Fälle und Kategorien generieren. Diese weisen teilweise Überschneidungen untereinander auf. Eine Trennschärfe zwischen den Fällen lässt sich nicht durchgängig herstellen. Zu diskutieren gilt, inwiefern über die Generierung dieser Typen nach der Methodologie von Kelle und Kluge eine trennscharfe Typologie herstellbar ist oder ob es sich um unterschiedliche Aspekte in der Einschätzung der jeweiligen Befragungskategorie handelt. Diese Frage wird im Diskussionskapitel aufgegriffen.

Die vorliegende Forschungsarbeit wird sich im weiteren Auswertungsverlauf auf die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege und die Entwicklungen in Public Health mit der Frage ‚Was braucht der Arbeitsmarkt Pflege und was kann und könnte Public Health leisten‘ konzentrieren und in der Auswertung und Ergebnisdarstellung geforderte versus wahrgenommene Kompetenzen fokussieren. Die Ergebnisse sollen auf Schlussfolgerungen zu Möglichkeiten von Public Health zur Überwindung der Sektorengrenzen stationärer und ambulanter (Alten) Pflege zugespitzt werden (Abbildung 10):

Abbildung 10 Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege und Entwicklungen in Public Health



Quelle: Eigene Darstellung

Aufgrund aktueller Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege (PSG III, Einführung der generalistischen Ausbildung, Reformansätze der Pflegeversicherung, Fach- und Führungskräfemangel) werden im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit die Subkategorie ‚Anforderungsprofil‘ (Hauptkategorie Interdisziplinarität), die Subkategorie ‚Handlungsfelder‘ (Hauptkategorie Arbeitsmarkt Gesundheit), die Hauptkategorien ‚Synopsis Gesundheitswissenschaft und Weiterentwicklung der Pflege‘ und ‚Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen‘ fokussiert.

### 5.3 Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen

Das Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer Problem- und Bedarfslagen wurde mittels der Hauptfrage „Wie würden Sie das Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfs-lagen beschreiben“ erhoben. Bei dieser Kategorie handelt es sich um eine Subkategorie. Diese ist im Interviewleitfaden der Hauptkategorie „Komplexität von Wissen / Inter- und Transdisziplinarität“ zugeordnet. In Kapitel 5.3.1 bis 5.3.4 erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus den Sichtweisen von Public Health Professionals, Berufsverbänden sowie von Berufsvertretern / Arbeitgeberverbänden und der Politik.

### 5.3.1 Die Sicht der Public Health Professionals

In einem ersten Schritt wurde das Interviewmaterial fallvergleichend ausgewertet. Den Fällen aus Fachhochschule und Universität wurden relevante Textpassagen zugeordnet. Diese wurden kodiert. Anschließend erfolgte die Dimensionalisierung, d.h. Subkategorien bzw. Varianten wurden abgeleitet. Diese vermitteln einen ersten Eindruck, welches Anforderungsprofil aus Sicht von Public Health Professionals erforderlich ist, um komplexe Problemlagen bearbeiten zu können (Tabelle 34):

Tabelle 34: Anforderungsprofil aus Sicht der Public Health Professionals

---

Spagat zwischen Berufsspezifischem und Interdisziplinarität
Reflektion von Verbindungselementen
Offenheit für andere Perspektiven
Zielgruppen / Patientenorientierung
Einbeziehung des Umfeldes
Berücksichtigung von Kontextfaktoren
Kernkompetenzen: gesundheitssystembezogene Kenntnisse, forschungsmethodische Kenntnisse, Kenntnisse um Forschungsergebnisse bewerten zu können, sich aktuellen Wissensstand aneignen können
Kommunikative Kompetenzen, Didaktik, Zielgruppenspezifische Kommunikation
Aneignung von spezifischen Kompetenzen je Handlungsfeld
Systemisches Denken
Umfassende Perspektive, Blick für das große Ganze

---

Quelle: Eigene Darstellung



In einem zweiten Schritt wurden Unterschiede und Ähnlichkeiten der Subkategorien analysiert, um das Anforderungsprofil weiterführend beschreiben und identifizieren zu können (siehe Tabelle 35). In diesem Auswertungsschritt konnten keine Unterschiede herausgearbeitet werden. Zusätzlich erfolgte eine Zuordnung in die bereits eruierten Typen aus den vorangegangenen Auswertungsschritten. Der theoretische Rückbezug erfolgt im Diskussionskapitel.

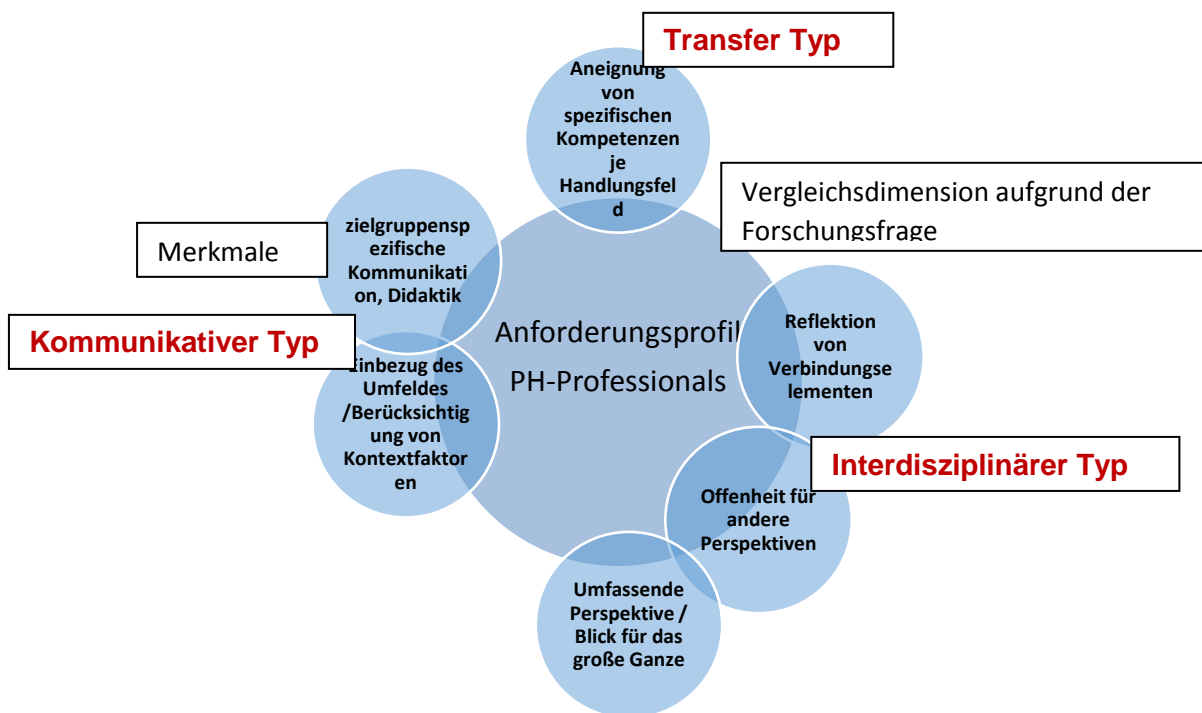
Tabelle 35: Unterschiede und Ähnlichkeiten zur Beschreibung des Anforderungsprofils

Ähnlichkeiten	Zusammenhänge
Spagat zwischen berufsspezifischem und Interdisziplinarität	Aneignung von spezifischen Kompetenzen je Handlungsfeld
Systemisches Denken	Reflektion von Verbindungselementen Offenheit für andere Perspektiven Umfassende Perspektive / Blick für das große Ganze
Zielgruppen- /Patientenorientierung	Einbezug des Umfeldes Berücksichtigung von Kontextfaktoren
Kernkompetenzen: zielgruppenspezifische Kommunikation, Didaktik	zielgruppenspezifische Kommunikation, Didaktik

Quelle: Eigene Darstellung

Aus den Ähnlichkeiten wurden Zusammenhänge abgeleitet, die in die weitere Dimensionalisierung eingeflossen sind und die Anforderungsprofil-Typen begründen (Abbildung 11):

Abbildung 11: Dimensionalisierung der Anforderungs-Typen



Quelle: Eigene Darstellung

Der Vergleich der Fälle der Public Health-Professionals aus Universität und Fachhochschule ergab eine Typologie für ein Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen, welche sich aus den drei Typen Transfer, Interdisziplinär und Kommunikativ zusammensetzt.

Die wesentlichen Merkmale des Transfer-Typs sind ‚Anwendung von Fachwissen‘, ‚Analyse‘ und ‚Ableitung‘ unter der Voraussetzung von Fachspezifität. Für die Interviewten PH-Professionals besteht das Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen aus einem Spagat zwischen Berufsspezifischem und Interdisziplinarität sowie der Aneignung von spezifischen Kompetenzen je Handlungsfeld:

*„Das Eine wird sein, diesen Spagat hinzubekommen zwischen dem Berufsspezifischen, als ein gewisses Alleinstellungsmerkmal. Da denke ich jetzt an die Berufspolitik, die Sorgen, die Studierenden immer berichten, wenn es um über den Tellerrand blicken lassen geht: Immer die Sorge, die anderen Berufe nehmen einem die Berufsplätze weg, die Arbeitsplätze weg. Da wird eine Herausforderung sein, auf der einen Seite die Berufsspezifika für sich klarer abzugrenzen und trotz dieser Abgrenzung, trotz dieses Klarmachens von Kernkompetenzen, diese Hand in Hand arbeiten trotzdem zu leisten (S. 2, Z.81-109)“.*

*„Das Problem besteht darin, dass es so vielfältig ist und so viele Fachbereiche, so viele Disziplinen, so viele Professionen umfasst, die alle kompetent bedient werden müssen, dass es immer nur spezifische Anforderungsprofile gibt. Für einen Gesundheitswissenschaftler, der in Themenfeld A arbeitet z. B. betrieblichen Gesundheitsmanagement oder für Gesundheitswissenschaftler B eher auf der Verbandsebene oder auf Krankenkassenebene arbeitet (S.4, Z.152-176)“.*

Der Interdisziplinäre Typ ist gekennzeichnet durch ‚Zusammenarbeit‘, ‚Interprofessionelles Agieren‘ und ‚Interdisziplinäres Denken‘. Kern hierfür ist die Zuschreibung ‚fachübergreifenden Kompetenzen‘. Wesentlich hierbei ist das ‚Verstehen des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik‘. Die befragten Vertreter/Innen der PH-Professionals diesen Typs charakterisieren das Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen als:

- Systemischem Denken
- Reflektion von Verbindungselementen
- Offenheit für andere Perspektiven
- Umfassende Perspektive / Blick für das große Ganze

*„Das heißt, sich öffnen für andere Fragestellungen, das unterscheidet die Akademisierung von den Ausbildungswegen, dass man sich auch dieser Reflektion, was ist das eigene Berufsfeld, was ist das andere Berufsfeld, wo sind Verbindungselemente, wo grenzen wir uns aber auch ab, wo können wir komplementär arbeiten, wo hilft es vielleicht auch, wenn ich Teile von Aufgaben der anderen übernehmen kann. Diese Reflektion und diese Offenheit zu haben, das ist für mich ein Teil der Kompetenz (S.2, Z81-109)“.*

*„Ich halte es für wichtig, dass diese umfassende Perspektive weiter sichtbar wird, weil in der Forschung sehen wir, dass die immer größere Spezialisierung uns eigentlich zu einem Flickenteppich an Erkenntnissen bringt, indem immer der Blick für das große Ganze verloren geht“ (S.3, Z.80-88)“.*

Die Charakteristika des kommunikativen Typs sind ‚Zusammenarbeit‘, ‚Verhandlungen‘ und ‚zielgruppenspezifische Kommunikation‘, die in den unterschiedlichen Feldern von Untersuchungen und Forschungsprojekten, mit Öffentlichen Akteuren, unterschiedlichen Zielgruppen oder Schnittstellen zum Tragen kommen. Für diesen Typ besteht das Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen in:

- Einbeziehung des Umfeldes
- Berücksichtigung von Kontextfaktoren
- zielgruppenspezifischer Kommunikation, Didaktik
- Zielgruppen- / Patientenorientierung

*„Was bei allen Gesundheitswissenschaftlern vorhanden sein sollte, ist so etwas wie kommunikative Kompetenz, das heißt, die Didaktik und Kommunikation spielt eine große Rolle, wenn ich mit bestimmten Zielgruppen arbeite, entsprechend der Zielgruppe mit diesen Menschen sprechen kann. Dass man auf der einen Seite wissenschaftlich mit Kollegen kommunizieren kann und auf der anderen Seite eher nicht wissenschaftlich in einer Laiensprache (S.4, Z.152-176)“.*

„Dann so etwas Stichwort Nutzerorientierung, Stichwort Zielgruppenorientierung, Stichwort Patientenorientierung stärker sich darauf einzulassen, wie ich die unterschiedlichen Ansprachen leisten muss, um aus der Profession Pflege, aus der Profession der Therapeuten die Ansprache an zu Behandelnden zu leisten, aber dann auch am Umfeld. Einmal wie leiste ich überhaupt die Ansprache und dann aber auch wie die verschiedenen Zielgruppen anzusprechen sind (S.2, Z.81-109)“.

Im nächsten Abschnitt wird das Verfahren der Fallkontrastierung dargestellt. Damit wurden Zusammenhänge und empirische Regelmäßigkeiten zwischen den Fällen Fachhochschule und Universität und den ermittelten Gruppen (Transfer-Typ, Interdisziplinärer-Typ und Kommunikativer Typ) analysiert.

Die Fälle der Fachhochschule wurden mit „A“, die Fälle der Universität mit „B“ kodiert. Die Merkmale (Kategorien) und ihre Subkategorien (Merkmalsausprägungen) wurden in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle dargestellt:

Tabelle 36: Fallkontrastierung Fachhochschule und Universität

Kategorie A	Kategorie B
	Subkategorie B1 Systemisches Denken Umfassende Perspektive Blick für das große Ganze
Subkategorie A 1 Spagat zwischen Berufsspezifischem und Interdisziplinarität Reflektion von Verbindungselementen Offenheit für andere Perspektiven Zielgruppen / Patientenorientierung Einbeziehung des Umfeldes Berücksichtigung von Kontextfaktoren	Fälle mit der Merkmalskombination A1, B1:  <b>Interdisziplinär-kommunikativ</b>
Subkategorie A 2 gesundheitssystembezogene Kenntnisse, forschungsmethodische Kenntnisse, Kenntnisse um Forschungsergebnisse bewerten zu können, sich aktuellen Wissensstand aneignen können Kommunikative Kompetenzen Didaktik Zielgruppenspezifische Kommunikation	Fälle mit der Merkmalskombination A2, B1 <b>Kommunikativ-interdisziplinär</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Die Analyse empirischer Regelmäßigkeiten zwischen den Fällen PH-Professionals Universität und Fachhochschule ergab das interdisziplinäre-kommunikative Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen.

In Kapitel 5.3.2 erfolgt die Darstellung der Sichtweise der Berufsverbände.

### 5.3.2 Die Sicht der Berufsverbände

Wie das Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen von Berufsverbänden beurteilt wird, wurde aus der Perspektive der Pflege (Kommune und Land) und der Gesundheitsberufe mittels dreier Fälle erhoben.

Zunächst sind die Interviewpassagen kodiert worden. Diese Codes sind zu Subkodes dimensionalisiert worden (Tabelle 37). Über diesen Schritt lagen erste Einschätzungen vor:

Tabelle 37: Dimensionalisierung der Subkodes zur Einschätzung des Anforderungsprofils aus Sicht von Berufsverbänden

---

#### **Verarbeitung großer Informationsmengen**

Sich tief in komplexe Sachverhalte eindenken

Ständiges Monitoring

Praxistransfer

#### **(Internationale) Recherchefähigkeit**

Geeigenter Bildungshintergrund

Ressourcenzugang zu Literatur

#### **Managementkompetenzen**

Wissen um relevante Akteure

Empathie

Überzeugungsfähigkeit / Verhandlungsgeschick

Viefalt vereinbaren

---

Quelle: Eigene Darstellung

Damit diese erste Einschätzung tiefer gehend beschrieben werden konnte, wurden die Subkodes zu Unterschieden und Ähnlichkeiten gruppiert. Zusätzlich wurden die Subkodes dem bis hierher erarbeiteten Typen-System sowie zu den Forschungsthesen (siehe Diskussionskapitel) zugeordnet (Tabelle 38). Die Pfeile zeigen die gemeinsamen Unterschiede und Zusammenhänge an:

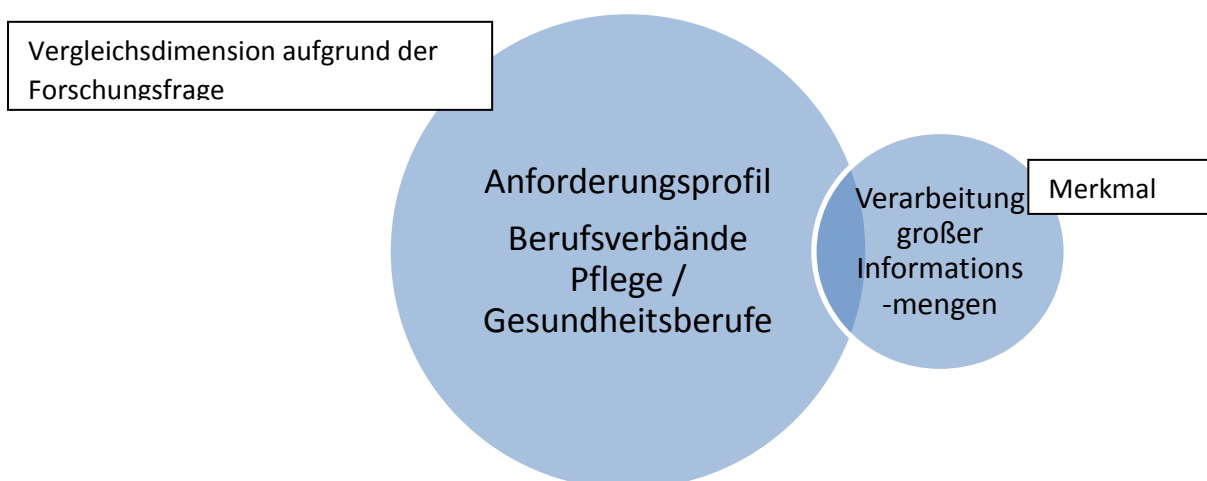
Tabelle 38: Beschreibung von Unterschieden und Ähnlichkeiten und Zuordnung zum Typen-System

Unterschiede	Ähnlichkeiten	Zusammenhänge	Typ
Sich tief in komplexe Sachverhalte eindenken	(internationale) Recherchefähigkeit Geeigneter Bildungshintergrund Ressourcenzugang zu Literatur Wissen um relevante Akteure	Verarbeitung großer Informationsmengen	<b>Problemlöser-Typ</b>
	Managementkompetenz Ständiges Monitoring Empathie Überzeugungsfähigkeit / Verhandlungsgeschick Vielfalt vereinbaren Praxistransfer		<b>Problemlöser-Typ</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Die sich daraus ergebenden Zusammenhänge bildeten die Grundlage für den nächsten Auswertungsschritt (Abbildung 12):

Abbildung 12: Dimensionalisierung von Merkmalen



Quelle: Eigene Darstellung

Über das Merkmal „Verarbeitung großer Informationsmengen“ wird der Typus „Anforderungsprofil“ begründet: Das Anforderungsprofil zur Lösung komplexer Problem- und Bedarfslagen macht aus der Perspektive der Berufsverbände den Problemlöser-Typus erforderlich. Darin finden sich die im Zwischenfazit des Kapitels 5.2 vorgestellten fünf grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern wieder<sup>23</sup> (Vgl. S.149 der vorliegenden Arbeit). Dieser Typus weist das zentrale Merkmal der ‚Verarbeitung großer Informationsmengen‘ auf:

*„Er sollte bereit und in der Lage sein, große Informationsmengen zu verarbeiten, die natürlich sehr in die Tiefe gehen können. Da muss man schon in der Lage sein, sich in komplexe Sachverhalte sehr tief einzudenken. Ganz im Gegensatz wieder zum Generalisten, der irgendwie schaffen muss in die Vogelperspektive zu kommen und alles wenigstens grob auch in einen Kontext zu bringen. Dafür braucht er natürlich verschiedene Anforderungen, die ihm auch ermöglichen, in internationaler Literatur oder im internationalen Kontext zu recherchieren. Er braucht überhaupt Recherchefähigkeiten. Er braucht Zeit und einen geeigneten Bildungshintergrund und Resourcenzugang zu Literatur, um wirklich diese Spezialisierung dann zu können (S. 2, Z. 58-70)“.*

Nach der Auswertungslogik nach Kelle und Kuge (2010) schliesst sich hier das Verfahren der Fallkontrastierung an. Hierfür müssten die Fälle der Pflege mit „A“ und die der Gesundheitsberufe mit „B“ kodiert werden und deren Merkmale mit ihren Merkmalsausprägungen in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle dargestellt werden, um empirische Regelmäßigkeiten und Zusammenhänge zwischen den ermittelten Gruppen (Typen) zu analysieren. Es können keine Gruppen kontrastiert werden, da mittels des Fallvergleichs ein Typus ermittelt wurde (Problemlöser Typ mit den generierten fünf Grundkompetenzen).

In Kapitel 5.3.3 werden die Auswertungsschritte und die Ergebnisse für die Fälle der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter vorgestellt.

---

<sup>23</sup> Über die Typen hinweg lassen sich folgende grundsätzliche Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern ableiten:

- Anwendung von Transferwissen
- Analyse und Verstehen
- Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation
- Zielgruppenspezifische Kommunikation
- Problemlösung auf der systemisch-gesellschaftlichen Ebene



### 5.3.3 Die Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände

Um die Perspektive von Berufsvertretern bzw Arbeitgeberverbänden abbilden zu können, wurden Fälle aus der Pflege und der Medizin befragt. In einem ersten Schritt wurden die Textstellen kodiert. Daran schloss sich die Dimensionalisierung an. Als erstes Ergebnis lagen Subkategorien oder Varianten zur Einschätzung des Anforderungsprofils zur Bearbeitung komplexer Problem- und Bedarfslagen auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit vor (Tabelle 39):

Tabelle 39: Einschätzung des Anforderungsprofils aus Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände

---

#### **Großes Fachwissen**

Übergreifendes Pflegeverständnis

---

#### **Kommunikation und Kooperation**

Wissen um relevante Akteure

Verstehen von Prozessen

**Kernkompetenzen: Umgang mit Menschen, Empathie, internationale Erfahrungen, interkulturelle Kompetenz**

---

#### **Analysekenntnisse und –fertigkeiten**

---

Quelle: Eigene Darstellung

In einem dritten Auswertungsschritt schloßen sich die Gruppierung der Subkategorien zu Unterschieden, Ähnlichkeiten und Zusammenhängen sowie die Zuordnung zum bestehenden Typen-System als auch den Forschungsthesen (Vgl. Diskussionskapitel) an (Tabelle 40):

Tabelle 40: Gruppierung von Unterschieden, Ähnlichkeiten und Zusammenhängen und Zuordnung zum Typen-System

Unterschiede	Ähnlichkeiten	Zusammenhänge	Typ
Übergreifendes Pflegeverständnis	<b>Großes Fachwissen</b>	Interdisziplinär-Transfer	<b>Interdisziplinär-kommunikativ</b>
Verstehen von Prozessen	<b>Wissen um relevante Akteure</b>	Kernkompetenzen /fachübergreifende Kompetenzen: Umgang mit Menschen, Analyse, Kommunikation & Kooperation	<b>Interdisziplinär-kommunikativ</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Die Subkategorien „großes Fachwissen“ und „Wissen um relevante Akteure“ sind als Merkmale in den Typen des Anforderungsprofils aus Perspektive der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter eingeflossen:

Der Fallvergleich und die Fallkonstruierung der Arbeitgeberverbände (Pflege und Medizin) ergab das Anforderungsprofil des interdisziplinär-kommunikativen Typs, welcher sich aus den Kompetenzen

- Systemischem Denken,
- Reflektion von Verbindungselementen,
- Offenheit für andere Perspektiven,
- Umfassende Perspektive / Blick für das große Ganze,
- Einbeziehung des Umfeldes,
- Berücksichtigung von Kontextfaktoren,
- zielgruppenspezifischer Kommunikation, Didaktik sowie
- Zielgruppen- / Patientenorientierung

zusammensetzt.

Wesentliches Charakteristikum ist die Zusammenarbeit („Wissen um relevante Akteure (Vgl. Kapitel 5.3.1). Die zweite zentrale Säule ist ein großes Fachwissen:

*„Ein großes Fachwissen sollte man haben. Ein übergreifendes Pflegeverständnis. (S. 3, Z. 120-149)“*

*„Analytischer Ansatz gepaart mit Fachkompetenz, statistisch und epidemiologisch darin aufgehend aber genauso mit anderen sich ins Benehmen zu setzen, also Kommunikation und Kooperation (S. 3, Z.84-87)“.*

Zur Analyse von empirischen Regelmäßigkeiten und Zusammenhängen zwischen den Fällen wurden die Fälle Pflege mit „A“, die der Medizin mit „B“ kodiert. Ihre Merkmale und Merkmalsausprägungen sind in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle dargestellt worden:

**Tabelle 41: Analyse empirischer Regelmäßigkeiten zwischen den Fällen Pflege und Medizin**

<b>Kategorie A</b>	<b>Kategorie B</b>	<b>Fälle mit der Merkmalskombination A1, B1</b>
Subkategorie A 1	Subkategorie B1	
Großes Fachwissen	Analysekenntnisse und -fertigkeiten	Großes Fachwissen – Analysekenntnisse und -fertigkeiten
Übergreifendes Pflegeverständnis	Kommunikation und Kooperation	Übergreifendes Pflegeverständnis – Kommunikation und Kooperation
Wissen um relevante Akteure		Wissen um relevante Akteure,
Verstehen von Prozessen		Verstehen von Prozessen,
Kernkompetenzen: Umgang mit Menschen, Empathie, internationale Erfahrungen, interkulturelle Kompetenz		Kernkompetenzen: Umgang mit Menschen, Empathie, internationale Erfahrungen, interkulturelle Kompetenz – Kommunikation und Kooperation

Quelle: Eigene Darstellung

Die Zusammenhänge zwischen den Fällen Pflege und Medizin können als ein Mischtypus aus den Elementen des Transfer-Typen (Anwendung von Fachwissen, Analyse und Ableitung unter der Voraussetzung von Fachspezifität) und des interdisziplinär-kommunikativen Typen (Zusammenarbeit, interprofessionelles Agieren und Denken, fachübergreifende Kompetenzen) beschrieben werden. So wird der Fall mit den Merkmalskombinationen ‚großes Fachwissen – Analysekenntnisse und -fertigkeiten‘ dem Transfer Typen zugeordnet und die Fälle mit den Merkmalskombinationen ‚Übergreifendes Pflegeverständnis – Kommunikation und Kooperation‘ und ‚Wissen um relevante Akteure, Verstehen von Prozessen, Kernkompetenzen: Umgang mit Menschen, Empathie, internationale Erfahrungen, interkulturelle Kompetenz – Kommunikation und Kooperation‘ dem interdisziplinär-kommunikativen Typen.

Daraus lässt sich der grundsätzliche Typus eines Verständnisses an ein Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen über alle Fälle hinweg generieren, der die Kompetenzen ‚Anwendung von Transferwissen‘, ‚Analyse und Verstehen‘, ‚Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation‘ als auch ‚zielgruppenspezifische Kommunikation‘ umfasst. Dieser Typus ist nicht nur vergleichbar mit dem der Public Health-Professionals, sondern auch deckungsgleich mit dem grundsätzlichen Typus eines Verständnisses der Grundkompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern, d.h. aus Sicht der Arbeitgeberverbände Pflege und Medizin bringen Gesundheitswissenschaftler die Kompetenzen mit, die zur Bearbeitung komplexer Problemlagen gefordert werden.

In Kapitel 5.3.4 erfolgt die Darstellung der Perspektive der Politik.

### 5.3.4 Die Sicht der Politik

Die Sicht der Politik wurde über die Fälle Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik sowie Gesundheitspolitik erhoben. Den Fällen wurden entsprechende Textstellen aus den Interviews zugeordnet. Diese wurden kodiert. Über die Dimensionalisierung dieser Subkategorien lagen erste Varianten zur Einschätzung des Anforderungsprofils zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen vor (Tabelle 42):

Tabelle 42: Dimensionalisierung der Subkategorien zur Einschätzung des Anforderungsprofils aus Sicht der Politik

<b>Public Halth muss sich erst richtig und gut aufstellen</b>
<b>Systematische Recherche, Analyse und Ableitung</b>
Analysefähigkeiten
<b>Kommunikationsfähigkeit</b>
Politische Kommunikation
Europäische Gesundheitspolitik
<b>Systemisches und interdisziplinäres Denken</b>
verschiedene Faktoren sehen, sortieren und fokussieren
Auffassungsgabe über das bisherige Wissen hinaus
Ableitung von Interventionen vor dem Hintergrund zunehmender Ökonomisierung
Ableitungen von Interventionen bei Arbeitsverdichtung und Belastungen
<b>Strategien und Konzepte zur gelingenden Interdisziplinarität in der Praxis</b>
Konzeptionierung von Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen und Berufsfeldern und Berufsprofilen
Strategien und Konzeption zur Rahmung von Delegation (Ärzte->Pflege, Pflegekräfte -> Pflegehilfskräfte)
<b>Fachspezifität</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Zur tiefer gehenden Identifikation und Beschreibung des Anforderungsprofils wurden die ermittelten Subkategorien zu Unterschieden, Ähnlichkeiten und Zusammenhängen gruppiert, dem bestehenden Typen-System und den Forschungsthesen zugeordnet (vgl. Diskussionskapitel):

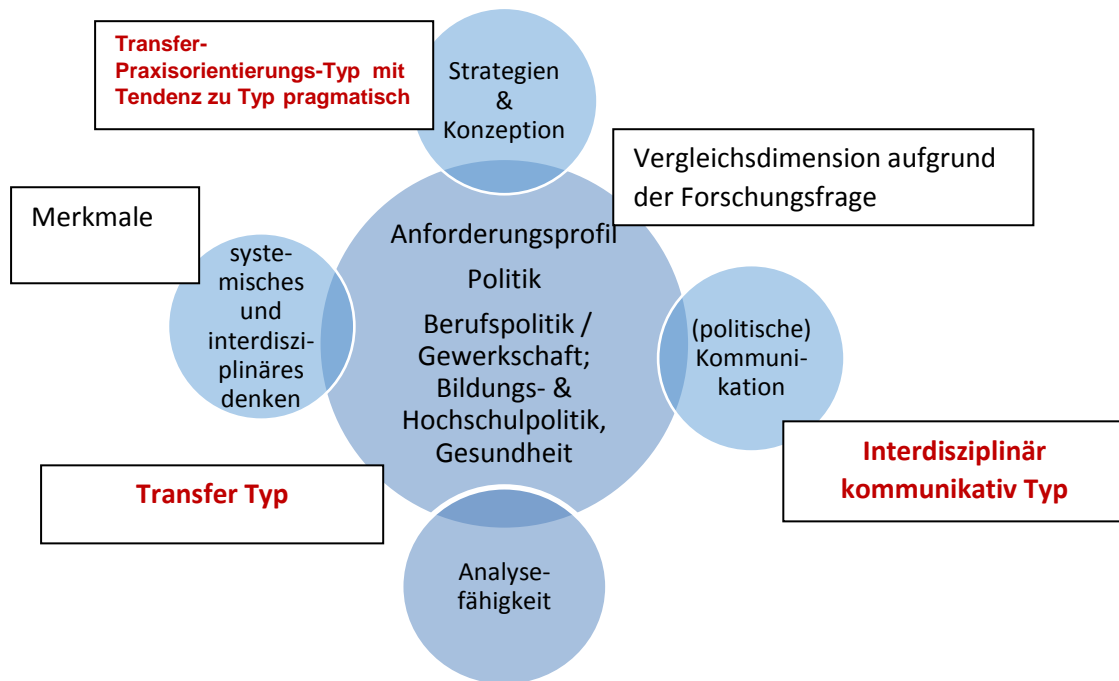
Tabelle 43: Gruppierung von Unterschieden, Ähnlichkeiten und Zusammenhängen und Zuordnung zum Typen-System

Unterschiede	Ähnlichkeiten
PH muss sich erst richtig und gut aufstellen	Ableitung von Interventionen <ol style="list-style-type: none"> <li>1. z.B vor dem Hintergrund zunehmender Ökonomisierung</li> <li>2. bei Arbeitsverdichtung und Belastungen</li> </ol>
	Europäische Gesundheitspolitik
Fachspezifität	Systematische Recherche, Analyse, Ableitung Verschiedene Faktoren sehen, sortieren und fokussieren Auffassungsgabe über das bisherige Wissen hinaus

Quelle: Eigene Darstellung

Als Zusammenhänge wurden a) Strategien und Konzeption zur gelingenden Interdisziplinarität in der Praxis, von Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen und Berufsfeldern und Berufsprofilen sowie zur Rahmung von Delegation (Ärzte->Pflege, Pflegekräfte-> Pflegehilfskräfte), b) (Politische) Kommunikation / Kommunikationsfähigkeit und c) Analysefähigkeit / Systemisches und interdisziplinäres Denken abgeleitet. Diese sind als Merkmale in die Typenbildung eingeflossen (Abbildung 13):

Abbildung 13: Merkmale der Typenbildung



Quelle: Eigene Darstellung

Mit der Methode des Fallvergleichs wurden für die Politik Anforderungsprofile der Typen Transfer- Praxisorientierung mit Tendenz zu Typ pragmatisch, der Transfer Typ sowie der interdisziplinär-kommunikative Typ ermittelt:

Die Charakteristika des Praxisorientierungs-Typen sind die geringe Praxisorientierung von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit und geringe Kompetenzen zur Umsetzung von Interventionen. Kritisiert wird die fehlende Health-for-All-Strategy auf der Handlungsebene. Der Typ pragmatisch findet in Public Health keine eigenen Berufs- und Handlungsfelder und schreibt Public Health für den Arbeitsmarkt Gesundheit eine diffuse Praxis und Anschlussfähigkeit zu. Die Befragten aus der Politik dieses Typs kennzeichnen das Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen mit Strategien und Konzeption. Sie sehen für Gesundheitswissenschaftler hier die Bereiche ‚gelingende Interdisziplinarität in der Praxis‘, ‚Ausbildungs- und

Arbeitsbedingungen' sowie ‚Berufsfelder und Berufsprofile‘ und ‚Rahmung von Delegation (Ärzte->Pflege, Pflegekräfte-> Pflegehilfskräfte)‘. Des Weiteren wird Ableitung von Intervention für die Bereiche ‚zunehmende Ökonomisierung‘ und ‚Arbeitsverdichtung und Belastungen‘ angegeben. Allerdings müsse sich Public Health hierfür erst „richtig und gut aufstellen“ aufstellen. In diesen Zuschreibungen findet sich auch der Transfer Typ wieder, der gekennzeichnet ist durch ‚Anwendung von Fachwissen, Analyse und Ableitung‘:

*„Ich denke, dass da das Feld Public Health auf jeden Fall was dazu beitragen könnte, wenn es da dann richtig und gut aufgestellt ist“ (S. 3, Z. 120-159).*

*„Bei uns ist Arbeitsteilung ein großes Thema. Und dann diese Zusammenarbeit zwischen den Berufen, also Interdisziplinarität in der Praxis passiert schon, aber nicht immer wie wir uns das wünschen würden. Deshalb müsste man auf jeden Fall in diesem Feld aktiv werden und diese Dimensionen betrachten“ (S. 3, Z. 120-159).*

Dem Transfer Typen werden die Eigenschaften ‚Anwendung von Fachwissen, Analyse und Ableitung unter der Voraussetzung von Fachspezifität‘ zugeschrieben. Die Vertreter/innen aus der Politik beschreiben das Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen mit Analysefähigkeit, Systemischem und interdisziplinären Denken. Setzen dafür aber eine Fachspezifität voraus:

*„Ich muss eine Auffassungsgabe haben, die auch über mein bisheriges Wissen hinausgeht und ich brauche wiederum das eigene Wissen. Egal welches Problem wir haben, es hat immer einen gewissen Schwerpunkt in irgendeinem Bereich“ (S. 3, Z. 104-111).*

*„Analysefähigkeiten, was kann ich von meinem fachdidaktischen Hintergrund her mit einbringen und auch die Handlungsalternativen“ (S. 2, Z. 72-77).*

*„Komplex heißt, ich muss verschiedene Faktoren sehen, ich muss sie sortieren können. Ich muss gleichzeitig präzise sein. Ich muss darauf die wesentlichen Faktoren begrenzen können“ (S. 3, Z. 104-111).*

In dem interdisziplinär-kommunikativen Typen finden sich die Elemente ‚Zusammenarbeit‘, ‚Interprofessionelles Agieren und Denken‘ sowie ‚fachübergreifende Kompetenzen‘ wider. Bei dem kommunikativen Typen kommen ergänzend noch die Eigenschaften ‚Verhandlungen‘ und ‚zielgruppenspezifische Kommunikation‘ hinzu. Die Interviewten aus der Politik diesen Typs sehen das Anforderungsprofil im wesentlichen in (politischer) Kommunikation:



„Die ökonomischen Dimensionen müssten sich natürlich im politischen Bereich widerspiegeln (...). Was ich auch sehe bei dem Public Health ist diese politische Dimension. Für mich hat es auch eine Dimension übergreifender, ich denk da an europäische Gesundheitspolitik“ (S. 3, Z. 120-159).

„Eine Schlüsselqualifikation, die ich brauche, ich muss kommunikationsfähig sein“ (S. 3, Z. 104-111).

Um empirische Regelmäßigkeiten und Zusammenhänge zwischen den ermittelten Gruppen (Transfer-Praxisorientierungs-Typ mit Tendenz zu Typ pragmatisch, Transfer-Typ und interdisziplinär-kommunikativ) zu analysieren, wurde das Verfahren der Fallkontrastierung angewendet. Hierfür wurden die Fälle der Berufspolitik / Gewerkschaft mit „A“, die Fälle der Bildungs- / Hochschulpolitik mit „B“ und die Fälle der Gesundheitspolitik mit „C“ kodiert. Deren Merkmale und Merkmalsausprägungen wurden in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle dargestellt:

**Tabelle 44: Fallkontrastierung der Fälle Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik und Gesundheitspolitik**

Kategorie A	Kategorie B		Kategorie C
	<b>Subkategorie B1</b> Systematische Recherche, Analyse und Ableitung	<b>Subkategorie B 2</b> Analysefähigkeiten	<b>Subkategorie C1</b>  Systemisches und interdisziplinäres Denken Verschiedene Faktoren sehen und sortieren, fokussieren Kommunikationsfähigkeit Auffassungsgabe über das bisherige Wissen hinaus Fachspezifität
<b>Subkategorie A 1</b> Public Health muss sich erst richtig und gut aufstellen Ableitung von Interventionen vor dem Hintergrund zunehmender Ökonomisierung Ableitungen von Interventionen bei Arbeitsverdichtung und Belastungen Strategien und Konzepte zur gelingenden Interdisziplinarität in der Praxis Politische Kommunikation Konzeptionierung von Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen Konzeptionierung von Berufsfeldern und Berufsprofilen Strategien und Konzeption zur Rahmung von Delegation (Ärzte->Pflege, Pflegekräfte-> Pflegehilfskräfte) Europäische Gesundheitspolitik	Fälle mit der Merkmalskombination <b>A1, B1:</b> <b>Recherche, Ableitung von Interventionen, Strategien und Konzepten</b> <hr/> <b>B 1, C1</b> <b>Plus Kommunikation, Fachwissen</b>	<b>A1, B2 / B1, C2</b> <b>Analyse zur Strategie- und Konzeptentwicklung, zur (politischen) Kommunikation</b>	<b>A1, C1</b> <b>(Politische) Kommunikation,</b> europäische Gesundheitspolitik, verschiedenen Faktoren über das eigen Wissen hinaus sehen, sortieren, fokussieren zur <b>Strategie- und Konzeptentwicklung</b>
<b>Transfer-interdisziplinär-kommunikativ</b>			

Quelle: Eigene Darstellung

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen den Fällen Berufspolitik / Gewerkschaft mit Bildungs- und Hochschulpolitik ergab einen Typus, der sich aus den Elementen transfer, interdisziplinär und kommunikativ zusammensetzt<sup>24</sup>. Das Anforderungsprofil über die Fälle hinweg kann wie folgt beschrieben werden: Analyse zur Strategie- und Konzeptentwicklung und zur (politischen) Kommunikation.

Nachdem im Kapitel 5.2 aufgezeigt worden ist, welche Kompetenzen Gesundheitswissenschaftler für den Arbeitsmarkt Gesundheit mitbringen und Kapitel 5.3 dargestellt worden ist, welche Kompetenzen auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit erforderlich ist, wird in Kapitel 5.4 herausgearbeitet, was Gesundheitswissenschaftler im Feld Pflege leisten könnten.

---

<sup>24</sup> Transfer = Anwendung von Fachwissen, Analyse, Ableitung. Fachspezifität als Voraussetzung  
Interdisziplinär= Zusammenarbeit, Interprofessionales Agieren und Denken, fachübergreifende Kompetenzen  
Kommunikativ = Zusammenarbeit, Verhandlungen, zielgruppenspezifische Kommunikation

## 5.4 Synopse Gesundheitswissenschaft und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege)

Mittels der Auswertungsmethode nach Kelle und Kluge (2010) konnte bislang keine einheitliche Typologie hergeleitet werden oder eine klare Differenzierung nach den befragten Fällen hergestellt werden. Bei den bislang generierten Ergebnissen handelt es sich jeweils um Mischformen bzw. vielmehr unterschiedliche Aspekte einer Kategorie. Im weiteren Auswertungsverlauf wird das Ziel verfolgt, größtmögliche Gemeinsamkeiten und Zusammenhänge über alle Fälle hinweg abzubilden. Deshalb werden im weiteren Auswertungsprozess die Auswertungsverfahren Code-Matrix-Browser und interaktive Segmentmatrix des Analyseprogramms MAXQDA herangezogen:

Die Hauptkategorie „Synopse von Gesundheitswissenschaften und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege)“ besteht aus den Hauptfragen: „Wo erleben Sie Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften“, „Wie würden Sie den Anteil von Public Health an der Akademisierung (Pflege) beschreiben?“ sowie „Wie würden Sie in diesem Zusammenhang interprofessionelles Handeln definieren und Arbeiten in multiprofessionellen Teams beschreiben?“. Daraus wurden in MAXQDA die Codes „interprofessionelles Handeln“, „Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften“ als auch „Arbeiten in multiprofessionellen Teams“ und „Anteil von Public Health an der Akademisierung“ abgeleitet. In MAXQDA erfolgte die Gewichtung dieser Codes. Der Code „interprofessionelles Handeln“ wurde über alle Fälle hinweg mit der Gesamtsumme 108 gewichtet, der Code „Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften“ mit der Summe 11 und die beiden Codes „Arbeiten in multiprofessionellen Teams“ und „Anteil von Public Health an der Akademisierung“ jeweils mit der Summe 10.:

**Tabelle 45: Code-Matrix-Browser zur Darstellung der Häufigkeit der Codes Synopse von Gesundheitswissenschaften und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege)**

	interprofessionelles Handeln	Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften	Arbeiten in multiprofessionellen Teams	Anteil von Public Health an der akademisierung (Pflege)	SUMME
Bildungs/Hochschulpolitik	20	1	0	0	21
Gesundheitspolitik	4	1	2	2	9
Berufspolitik	10	0	0	0	10
Berufsverband Gesundheitsberufe	7	0	0	3	10
AG/Berufsvertreter Pflege	8	1	0	0	9
AG/Berufsvertreter Medizin	8	1	2	1	12
Berufsverband Pflege	10	2	0	1	13
PH-Professionals	41	5	6	3	55
SUMME	108	11	10	10	139

Quelle: Code-Matrix Browser des Analyseprogramms MAXQDA

### 5.4.1 Interprofessionelles Handeln

Aufgrund der höchsten Gewichtung des Codes „**interprofessionelles Handeln**“ wird dieser im Folgenden tiefergehend ausgewertet: Hierbei liegt die höchste Gewichtung mit der Summe 41 bei der Untersuchungsgruppe der Public-Health-Professionals, wovon die etwas höhere Gewichtung bei den Public-Health-Professionals an Universitäten zu finden ist:

**Tabelle 46 Code-Matrix-Browser zur Darstellung der Häufigkeit Interprofessionelles Handeln**

	<b>interprofessionelles Handeln</b>	<b>SUMME</b>
PH-FH	14	14
PH-Uni	27	27
SUMME	41	41

Quelle: Code-Matrix Browser des Analyseprogramms MAXQDA

Dem Code „interprofessionelles Handeln“ wurden die Subcodes „Beharrungsvermögen der Medizin aufheben“, „neue produktive, bedarfsgerechte Kooperationsformen“, „Gestaltung von Lehrprozessen und bildungswissenschaftlicher Forschung“ und „Anerkennung von Handlungskompetenzen von Public Health weiterdenken“ zugeordnet. Die Verteilung der Gewichtung stellt sich wie folgt dar:

**Tabelle 47 Gewichtung der Subcodes interprofessionelles Handeln**

<b>Subcode</b>	<b>Gewichtung</b>
„Beharrungsvermögen der Medizin aufheben“	6
„neue produktive, bedarfsgerechte Kooperationsformen“	45
„Gestaltung von Lehrprozessen und bildungswissenschaftlicher Forschung“	13
„Anerkennung von Handlungskompetenzen Public Health weiterdenken“	15

Quelle: Eigene Darstellung

Die höchste Gewichtung liegt mit 45 bei neuen Kooperationsformen und mit 15 bei der Anerkennung von Handlungskompetenzen von Public Health. Das geringste Gewicht erhielt der Subcode Beharrungsvermögen der Medizin.

## Beharrungsvermögen der Medizin

Merkmale des Subcodes „Beharrungsvermögen der Medizin“ sind: „klare Rollenverteilung“ mit der „Gesamt-Verantwortung bei den Ärzten“, „Brücken bilden zur besseren Zusammenarbeit“ sowie „Auflösung von Dominanzansprüchen“ bzw. „Abbau der Medizin-Dominanz“:

Tabelle 48 Beharrungsvermögen der Medizin

Textsegment	Gruppe
Beharrungsvermögen der Medizin in Deutschland	PH-Professionals
klassischerweise sind da ja die Rollen irgendwie, ähm, ziemlich klar verteilt, aus Sicht der Ärzteschaft	AG/Berufsvertreter Medizin
Gesamtverantwortung, für den gesamten, äh, Behandlungsverlauf, ja bei der Ärzteschaft liegt	AG/Berufsvertreter Medizin
Brücken bilden können, damit z. B. ärztliche und nicht ärztliche Berufe da besser zusammenarbeiten	Gesundheitspolitik
Dominanzansprüche	PH-Professionals
Medizinzentriertes Gesundheitssystem	PH-Professionals

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Aus Sicht der Berufsvertreter / Arbeitgeber Medizin wird das Beharrungsvermögen wie folgt geschildert:

*„Das ist natürlich ein Thema was auch die Ärzteschaft, relativ beschäftigt und klassischerweise sind da ja die Rollen irgendwie ziemlich klar verteilt aus Sicht der Ärzteschaft. Das aber auch irgendwie klar ist, dass jeder sozusagen seine Kompetenz, einbringen muss ins Team. Ist es natürlich aus Sicht der so, das Alleinstellungsmerkmal aus Sicht der Ärzteschaft für die Zusammenarbeit, der Professionen ist schon das letztendlich die Gesamtverantwortung, für den gesamten Behandlungsverlauf, ja bei der Ärzteschaft liegt und auch die auch was die rechtliche und haftungsrechtliche Verantwortung angeht“ (Arbeitgeberverband / Berufsvertreter Medizin).*

Die Einschätzung der Public Health-Professionals Universität hierzu ist folgendermaßen:

*„Ich hatte jetzt gerade zum Schluss von einem Medizinzentrierten Gesundheitssystem gesprochen, das man sehr aufpassen muss, welche Rolle spielt die Medizin in der künftigen Debatte über die Gesundheitswissenschaften und Public Health, erleben wir eine Medikalisierung dieses Feldes derzeit, weil anderen zu schwach sind, weil die Utopien die man mal hatte (..) ich glaub dieser Spirit ist heute verloren gegangen“.*

Die Gesundheitspolitische Sichtweise wird wie folgt dargestellt:

*„Auf die Tätigkeiten zu konzentrieren, wo man diese Expertise wirklich umfangreich braucht und eben abgestufte Leistung zu bringen die auch erstens Brücken bilden können, damit z. B. ärztliche und nicht ärztliche Berufe da besser zusammenarbeiten können, die Blickwinkel ein bisschen verschmelzen und eben die Tätigkeiten auch, ähm, besser sagen mal Arbeitsteiliger bewältigt werden können“.*

Mit dieser Arbeit wurden Interprofessionalitätstendenzen der Gesundheitsberufe / Pflege und Ansatzpunkte für Public Health in den Blick genommen. Parallel dazu entwickelt sich eine neue medizinische Fakultät an der Universität Bielefeld. Hier gilt es die Ausrichtung der neuen Mediziner Ausbildung abzuwarten.

### **Neue produktive, bedarfsgerechte Kooperationsformen**

„Neue produktive, bedarfsgerechte Kooperationsformen“ können mit diesen Merkmalen charakterisiert werden:

- Interprofessionelle Gesundheitszentren
- Glied einer großen Gesundheitsversorgung
- Innovative Konzepte
- Verknüpfung verschiedener Professionen / Verzahnung verschiedener Professionen in der Altenpflege / Zusammenführung von verschiedenen Berufsgruppen
- Enge Zusammenarbeit zwischen Allen an der Versorgung Beteiligten
- Verknüpfung der Professionen Versorgung / Medizin / Sozialwissenschaft / Praxis
- Ineinandergreifen / Schaffung von Synergieeffekten / Zusammenfügen
- Gemeinsame Identitätsbildung
- Gemeinsame Strategien für komplexe Gesundheitsprobleme
- Outcome für den Patienten verbessern
- Zusammenführung durch Kommune / Stadt / Land
- Einbezug der Praxis
- Tatsächliche Anwendung in der Versorgung
- Arbeitsgemeinschaften mit konkreten Projekten / Teams aus verschiedenen Disziplinen
- Annäherung der einzelnen Fachexpertisen
- Gut abgestimmte Zusammenarbeit / Organisation
- Voraussetzung: koordinative Funktion und Moderation
- Ziele und Entwicklungschancen definieren
- Aushandeln multiprofessioneller Prozesse

- viel Aufholbedarf in Sachen Kommunikation und gemeinsame Projekte
- Tätigkeiten fokussieren zur Anwendung umfangreicher Expertise
- Kriterien für gelingendes interprofessionelles Handeln definieren / professionelle Kommunikation und Handeln / gemeinsame Sprache finden und verstehen / Verständnis über andere Professionen
- Analyse und Evaluation der Kommunikation und des gemeinsamen Handelns

Die Befragten argumentieren so:

Public-Health-Professional: *„(Bei den) Patienten kommt noch relativ wenig an, an diesem gemeinsamen Zusammenarbeiten“.*

Bildungs-/Hochschulpolitik: *„(...) Ziele oder was soll rauskommen und geht mehr in die Richtung Entwicklungsplanung, Entwicklungschancen“.*

Public-Health-Professional: *„(...) worüber wir nachdenken müssen, wie wir das integrieren, ich bin nicht sehr glücklich mit dem was wir da so heute tun. Wir haben heute eher symbolische Veranstaltungen, wir haben noch immer ein sehr strenges Hierarchiegefüge, wenig Teambasierung in unserem Gesundheitssystem und das muss eigentlich durchaus verändert werden“.*

Public-Health-Professional: *„ (...) Gesundheitssystem verändern, das wir unser Sozialsystem verändern und diese unterschiedlichen Rollen tatsächlich auch fest etablieren, dass wir uns bewusstwerden, die ärztliche Einzelpraxis ist auf dauern nicht überlebensfähig, wir brauchen multiprofessionelle Zentren. Vielleicht sogar interprofessionelle Gesundheitszentren“.*

Im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes drei entstehen derzeit neue kooperative Modellprojekte. Hier gilt es, die Ergebnisse der Arbeit mit Fachpraktikern unter der Perspektive von Organisationsentwicklung zu diskutieren.

## **Gestaltung von Lehrprozessen und bildungswissenschaftlicher Forschung**

Mit „interprofessionellem Handeln“ hin zu „interprofessionellen Gesundheitszentren“ geht nicht nur eine Veränderung des Gesundheits- und Sozialsystems, sondern auch Veränderungen bei der Gestaltung von Lehrprozessen und bildungswissenschaftlicher Forschung einher. Diese werden über folgende Merkmale beschrieben:

- Interdisziplinär mit fachspezifischer Vertiefung
- Abbrüche und Verbleib im Beruf (Alten/Pflege) analysieren
- Entwicklung von Gesundheitscampi Medizin / (Alten) Pflege / Gesundheitswissenschaften in gleichen Räumlichkeiten und Kursen / Einbeziehung von Hilfskräften
- Gemeinsame Ausbildungsinhalte für Pflegende und Gesundheitswissenschaftler
- Ausbau der dualen Ausbildung und darauf aufbauend Studiengänge
- Ausbau der Kompetenzorientierung und Weiterentwicklung der Didaktik zur Umsetzung / Anwendung von Interprofessionalität
- Weiterentwicklung von Hochschulen und Fakultäten
- Bewältigung der curricularen, strukturellen und logistischen Herausforderungen
- Interprofessionalität als zentraler Baustein der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen



In Tabelle 49 werden relevante Ankerzitate den Fällen gegenübergestellt:

**Tabelle 49 Gestaltung von Lehrprozessen und bildungswissenschaftlicher Forschung**

<b>Textsegment</b>	<b>Gruppe</b>
Lehrprozesse gestaltet sein, damit ich Interprofessionalität lernen	PH-Professionals
interdisziplinär ja aber nicht oberflächlich und es muss schon, ähm, gewisse Vertiefung	Berufspolitik
Abbrüche aus verschiedenen Gründe oder danach der Verbleib im Beruf	Berufspolitik
Gesundheitscampus und da studiert man eigentlich, ähm, gemeinsam Medizin / Gesundheitswissenschaften / Pflege in den gleichen Räumlichkeiten in einzelnen Kursen.	Berufsverband Pflege
dualen Ausbildung und die müsste man deshalb aufbauen und dann darauf, äh, nochmal, äh, Studiengänge	Berufspolitik
Ausbildungsinhalte, ähm, gemeinsam	Berufsverband Pflege
von Hilfskräften	Berufspolitik
Altenpflegeausbildung,	Berufspolitik
Kompetenzorientierung	Bildungs/Hochschulpolitik
Fakultäten, wie die Hochschulen sich weiterentwickeln,	PH-Professionals
Curricularen und strukturellen oder logistischen Herausforderungen zu bewältigen	PH-Professionals
das didaktische und wie man das rüberbringt und gerade in Zeiten der Kompetenzentwicklung	Bildungs/Hochschulpolitik
Interprofessionalität muss ein zentraler Bestandteil der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen sein	PH-Professionals

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

### **Anerkennung von Handlungskompetenzen Public Health weiterdenken**

Im Zuge der Definition interprofessionellen Handelns war eine Nachfrage: Welche neuen Aufgaben und Berufsgruppen sollten dazu gehören? Aus dem Antwortverhalten hat sich der Subcode „Anerkennung von Handlungskompetenzen Public Health weiterdenken“ ergeben. Dieser zeigt folgende Bereiche auf:

- Einstiegsgebiet öffentlicher Gesundheitsdienst
- Stabsstellen in Einrichtungen der Versorgungspraxis, z. B. Evidenzbasierung
- Entlastung von Spizentätigkeiten
- Übertragung gesundheitswissenschaftlicher Konzepte in der Praxis
- Diskurs zwischen Politik, Hochschulen und Praxis herstellen
- Verstehen und verzahnen von Betriebswirtschaft und pflegerischem Hintergrund
- Wissenschaftliche Unternehmensentwicklung in der Altenpflege
- Begleitung von Gesetzesvorgaben in der Praxis

- Koordination komplexer Versorgungskonzepte und Verknüpfung der verschiedenen Professionen
- Analyse und Steuerung von Pflegeprozessen und Hilfskräften
- Koordination von Gesundheitszentren der Zukunft
- Leitung und Steuerung interprofessioneller Teams

Tabelle 50 greift bedeutende Ankerzitate der Fälle auf:

Tabelle 50 Anerkennung von Handlungskompetenzen Public Health weiterdenken

Textsegment	Gruppe
gesundheitswissenschaftliche Konzepte in die Praxis übertragen	Berufsverband Pflege
jemand, der im Pflegebereich, ähm, sowohl, sage ich mal den Betriebswirtschaftlichen als aber auch den pflegerischen Hintergrund versteht und mit einander verzahnen	AG/Berufsvertreter Pflege
was eben definitiv in der Altenpflege noch fehlt ist eben, sind Menschen in der Unternehmensentwicklung,	AG/Berufsvertreter Pflege
die Umsetzung von Gesetzesvorhaben in die tatsächliche Pflege zu begleiten	AG/Berufsvertreter Pflege
immer komplexere Anforderungen, auch im Bereich der Pflege, gerade, wenn es eben darum geht, Versorgungskonzepte umzusetzen, da muss es eben auf jeden Fall auch eine Begleitung geben in der Zukunft und das wird auch eine Anforderung sein, da die verschiedenen Professionen mit einander zu verknüpfen	AG/Berufsvertreter Pflege
dass man, fast wie so eine Art wissenschaftliche Komponente eben in den Unternehmen hat, ähm, die sich dann, ähm, mit wissenschaftlichen Fragestellungen oder pflegewissenschaftlichen Fragestellungen beschäftigen, die dann einerseits auch wieder zur Weiterentwicklung des eigenen Unternehmens dienen oder zur Kooperationsmöglichkeit mit anderen Unternehmen, also, das haben teilweise auch schon die Krankenhäuser erkannt, die haben ja teilweise eben Abteilungen, wo es eben darum geht, auch eigene Forschung zu betreiben, ähm, das denke ich mal, wird auch im Bereich der Pflege und in anderen Gesundheitsbereichen noch stärker in Zukunft gefragt sein	AG/Berufsvertreter Pflege
analysiert wird und gesteuert wird aber (Pause) die vielleicht nicht genau wissen wir das auch in der Praxis genau, ähm, ähm, stattfindet und dann, ähm, einen große ein großer Teil von Hilfskräften,	Berufspolitik
Versorgungszentren der Zukunft	Berufsverband Gesundheitsberufe
multiprofessionellen Teams. Und für Leitungsebenen und Steuerungsaufgaben	PH-Professionals
weiter denken muss, äh, für den Bereich Public Health, ähm, und da ist sicherlich das Einstiegsgebiet, äh, der öffentliche Gesundheitsdienst	PH-Professionals

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

## Fallvergleiche Interprofessionelles Handeln

Nachdem die Ergebnisse fallkontrastierend (über alle Fälle hinweg) dargestellt wurden, erfolgt die Unterscheidung der Ergebnisse nach Fallgruppen (Fallvergleich):

Die Verteilung der Gewichtung des Codes „Interprofessionelles Handeln“ nach Fällen verteilt sich wie folgt:

Tabelle 51 Verteilung der Gewichtung des Codes Interprofessionelles Handeln fallvergleichend

Fall	Gewichtung
Berufsverband Gesundheitsberufe	3
Berufsverband Pflege	7
Public Health-Professionals Universität	22
Public Health-Professionals Fachhochschule	9
Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter Medizin	3
Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter Pflege	7
Politik / Bildung & Hochschule	15
Politik / Gesundheit	3
Politik / Beruf / Gewerkschaft	10

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Der Code „Interprofessionelles Handeln“ wird durch die Fälle Public Health Professionals Universität mit 22 am höchsten, daran anschließend durch die Fälle Politik / Bildung und Hochschule mit 15 und die Fälle Politik Beruf / Gewerkschaft mit 10 gewichtet. Am niedrigsten gewichtet wird dieser Code durch die Fälle Berufsverband Gesundheitsberufe (3), Arbeitgeberverbände bzw. Berufsvertreter Medizin (3) und die Fälle Politik / Gesundheit (3).

Interprofessionelles Handeln ist für Public Health Professionals-Universität vor allem mit den Potenzialen interprofessioneller Gesundheitszentren, Weiterentwicklung der Gesundheitsprofessionen und des sektoralen Gesundheitssystems verbunden:

*„ (...) Gesundheitssystem verändern, das wir unser Sozialsystem verändern und diese unterschiedlichen Rollen tatsächlich auch fest etablieren, dass wir uns bewusstwerden, die ärztliche Einzelpraxis ist auf dauern nicht überlebensfähig, wir brauchen multiprofessionelle Zentren. Vielleicht sogar interprofessionelle Gesundheitszentren“.*

Tabell 52 zeigt zentrale Textsegmente aus den Interviews:

**Tabelle 52 Interprofessionelles Handeln für Public Health Professionals**

<b>Textsegment</b>	<b>Fälle</b>
multiprofessionellen Teams. Und für Leitungsebenen und Steuerungsaufgaben	PH-Professionals
produktive und bedarfsgerechte Kooperationsformen	PH-Professionals
Medizinzentrierten Gesundheitssystem	PH-Professionals
interprofessionelle Gesundheitszentren.	PH-Professionals
Vorurteile zu überwinden ist eine der zentralen Herausforderungen	PH-Professionals
Interprofessionalität muss ein zentraler Bestandteil der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen sein	PH-Professionals
Lehrprozesse gestaltet sein, damit ich Interprofessionalität lernen	PH-Professionals
Patienten kommt noch relativ wenig an, an diesem gemeinsamen Zusammenarbeiten.	PH-Professionals
Entwicklung von Gesundheitscampi, ähm, die die Berufe strukturelle enger zusammenführen.	PH-Professionals
Fakultäten, wie die Hochschulen sich weiterentwickeln,	PH-Professionals
Curricularen und strukturellen oder logistischen Herausforderungen zu bewältigen	PH-Professionals
worüber wir nachdenken müssen, wie wir das integrieren, ich bin nicht sehr glücklich mit dem was wir da so heute tun. Wir haben heute eher symbolische Veranstaltungen, ähm, wir haben noch immer ein sehr strenges Hierarchiegefüge, ähm, wenig Teambasierung in unserem Gesundheitssystem und das muss eigentlich durchaus verändert werden	PH-Professionals
Gesundheitsprobleme so komplex sind, das ich immer, wenn ich Patienten begegne mit anderen Professionen gemeinsam nach Strategien suchen muss.	PH-Professionals
Notwendigkeit der Zusammenarbeit über Fächergrenzen hinweg und auch über frühere Status-, ähm, grenzen hinweg	PH-Professionals

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Im Mittelpunkt der Einschätzung der Fälle Politik / Bildung und Hochschule stehen kompetenzorientierte Anforderungen an die Lehre und Ausbildung von Interprofessionellem Handeln.

*„Also nicht nur macht mal, sondern tatsächlich was ist denn jetzt passiert und warum ist das nicht so gelaufen wie es sollte oder das ist gut gelaufen weil, dass man die Kriterien rausarbeitet, was so ein interprofessionelles Handeln auch ausmacht“.*

In Tabelle 53 werden hierzu zentrale Textsegmente dargestellt:

**Tabelle 53 Interprofessionelles Handeln für Politik / Bildung und Hochschule**

<b>Textsegment</b>	<b>Fälle</b>
Zusammenarbeiten (Pause) zwischen zwischen allen an der Versorgung beteiligten Institutionen	Bildungs/Hochschulpolitik
Synergieeffekte	Bildungs/Hochschulpolitik
das didaktische und wie man das rüberbringt und gerade in Zeiten der Kompetenzentwicklung	Bildungs/Hochschulpolitik
innovative Konzepte	Bildungs/Hochschulpolitik
Ziele oder was soll rauskommen und geht mehr in die Richtung Entwicklungs-, äh, planung, Entwicklungschancen	Bildungs/Hochschulpolitik
die Leute tatsächlich in den einzelnen Fachdisziplinen miteinander reden und nicht nur miteinander reden, sondern auch tatsächlich professionell miteinander handeln	Bildungs/Hochschulpolitik
Teams zusammenstellt aus verschiedenen Disziplinen,	Bildungs/Hochschulpolitik
Kommunikation untereinander und das Handeln untereinander auch analysiert wird hinterher.	Bildungs/Hochschulpolitik
Kriterien rausarbeitet, was so ein interprofessionelles Handeln	Bildungs/Hochschulpolitik
Kompetenzorientierung	Bildungs/Hochschulpolitik
viel Aufholbedarf, gerade in Sachen Kommunikation in Sachen gemeinsame Projekte,	Bildungs/Hochschulpolitik

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Am drittstärksten wurde der Code „Interprofessionelles Handeln“ von den Fällen Politik Beruf / Gewerkschaft gewichtet: Hier steht im Vordergrund vor allem die Verbesserung der Versorgungsqualität:

*„Und man müsste immer im Blick haben, äh, dass das wichtigste ist eigentlich die Versorgungsqualität und die Versorgungsqualität zu verbessern und das sollte meiner Meinung nach auch das größte Ziel von Public Health Studiengänge oder von allen Studiengängen sein, äh, dass man die Versorgungsqualität wirklich im Blick hat“.*

In Tabelle 54 sind die zentralen Textsegmente aufgeführt:

**Tabelle 54 Interprofessionelles Handeln für Politik / Beruf und Gewerkschaft**

Segment	Dokumentgruppe
interdisziplinär ja aber nicht oberflächlich und es muss schon, ähm, gewisse Vertiefung	Berufspolitik
nicht nur, ähm, guckt, ähm, also mit dem Versorgungsblick sozusagen und medizinischer Blick auch, aber das man das versucht wirklich, ähm, in einem größeren Rahmen zu sehen, ähm, den Sozialwissenschaftlichen Entwicklungen und gesundheitspolitischen Entwicklungen, ähm, aber man sollte trotzdem den Blick aus der Praxis	Berufspolitik
Blick aus der Praxis sollte nicht vergessen werden	Berufspolitik
Versorgungsqualität zu verbessern	Berufspolitik
Berufsgruppen, also diese Gremien dann auch zusammenzuführen, also	Berufspolitik
dualen Ausbildung und die müsste man deshalb aufbauen und dann darauf, äh, nochmal, äh, Studiengänge	Berufspolitik

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Nachdem in Kapitel 5.4.1 Interprofessionelles Handeln als ein Anteil von Gesundheitswissenschaftlern in der Weiterentwicklung der Pflege herausgearbeitet worden ist, werden in Kapitel 5.4.2 die Ergebnisse des Subcodes „Arbeiten in multiprofessionellen Teams“ dargestellt.

#### 5.4.2 Arbeiten in multiprofessionellen Teams

Der Code Synopse von Gesundheitswissenschaften und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege) setzt sich wie oben beschrieben u.a. aus den Subcodes „Interprofessionelles Handeln“ und „Arbeiten in multiprofessionellen Teams“ zusammen. Der Subcode „Interprofessionelles Handeln“ ist auf die Frage „Wie würden Sie in diesem Zusammenhang interprofessionelles Handeln“ definieren und Arbeiten in multiprofessionellen Teams beschreiben?“ zurückzuführen. Daraus ergibt sich der Subcode „Arbeiten in multiprofessionellen Teams“. Nachfragen hierzu waren „Wer sollte dazu gehören?“ und „Welche neuen Aufgaben und Berufsrollen sollten dazu gehören?“. Dieser Subcode wurde mit der Summe 20 am geringsten von den Subcodes des Codes „Synopse von Gesundheitswissenschaften und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege) gewichtet. Deshalb erfolgt die Auswertung überblicksartig über alle Fälle hinweg. Dem Subcode „Arbeiten in Multiprofessionellen Teams“ wird überwiegend von den Fällen Berufsvertreter Medizin, Gesundheitspolitik und dominierend von Public-Health Professionals eine Bedeutung zugeschrieben. Über alle Fälle hinweg können folgende Merkmale diesem Subcode zugeordnet werden:

- Organisation von Quartiersarbeit zum Abbau von Singularisierungstendenzen älterer Menschen
- Settingspezifische lebenslaufbezogene Versorgungsangebote
- Gesundheitsbezogene Ausgestaltung in kleinräumigen Kontexten (Kommune, Kreis, Gemeinde, Quartier)
- Prominente Verankerung der erweiterten bevölkerungsbezogenen Sichtweisen von Gesundheit
- Haltung, Bereitschaft, Ressourcen, Zeit, Leitung des Wissens
- Beantwortung der Frage nach der Nutzbarkeit
- Berücksichtigung des Marktes
- Implementierung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen
- Leitung und Steuerung durch Public Health Experten

Im Mittelpunkt hierbei steht die Gestaltung von Gesundheit im Quartier:

*„Die Hoffnung ist, dass diese Berufsrollen sich eben auch gerade in kleineren kleinräumigen Kontexten kommunale und teilkommunale Rollen entwickeln werden. Weil eigentlich die, auch da allerdings ähnlich wie bei der Akademisierung der Pflege, ähm, die normative Vorstellung ist das Gesundheitsbezogene Gestaltung auch einerseits eben auf den großen nationalen internationalen Ebenen passieren muss, andererseits aber real eben Gestaltung in kleineren Strukturen braucht. Bestenfalls kommunal, also höchsten kommunal aber eigentlich schon in Kreise sind die Keisangehörigen Gemeinden, in großen Städte sind es die Quartiere, ähm, äh, da ist dieses Wissen noch nicht ausreichend drin. Das wird... Gesundheit wird da im Wesentlichen von Disziplinen betrieben, die eben nicht Gesundheitsamt sind. Da haben sie es am ehesten mit Stadtplaner zu tun, manchmal haben sie es mit Ökonomen zu tun, während das Gesundheitsamt im Wesentlichen dann doch, ähm, impft, um es ganz böse zu sagen“.*

In Tabelle 55 sind die wichtigsten Textsegmente aus den Interviews den Fällen gegenübergestellt:

**Tabelle 55 Arbeiten in multiprofessionellen Teams**

<b>Textsegment</b>	<b>Gruppe</b>
ich glaube das es, äh, drum gehen muss sozusagen, äh, wirklich den Menschen da abzuholen wo er steht und ihn auch zu begleiten wo er steht, grad auch aufgrund dieser Singularisierungstendenzen, wenn man jetzt so den Blick auch die ältere Bevölkerung hat. Ich glaub schon das, äh, das sich sozusagen, mh, im Quartier das man das so organisieren kann z. B. über Regionalplaner usw., dass man ganz viele verschiedenen Professionen, äh, sozusagen, äh, die verschiedenen Blickwinkel zusammentut, um nen gutes ganzes raus zu bekommen und auch irgendwie was Stimmiges, was für den Menschen dann auch stimmig ist der das leben muss.	AG/Berufsvertreter Medizin
kann man den ganzen Bogen sozusagen über einen Lebenslauf spannen, ne was man da so zu tun und zu lassen hat. Angefangen vom Kindergarten bis irgendwie ins Altenheim ne, also ich glaube da da (Pause), wüsste ich gar nicht... Also wie gesagt viel mit mit Mediziner, (mit) der Regionalplaner mit den unterschiedlichsten (Pause), äh, therapeutischen, pflegerischen Berufen, Psychologen, äh, usw.	AG/Berufsvertreter Medizin
Und da ist eben genau... da sind diese ganzen erweiterten bevölkerungsbezogenen Sichtweisen von Gesundheit noch nicht sehr prominent verankert würde ich behaupten	Gesundheitspolitik
dem Rechnung zu tragen und multiprofessionelle Versorgungsstrukturen z. B. zu implementieren	PH-Professionals



Da gehören aus meiner Sicht Public Health Experten nicht rein, PH-Professionals  
die gehören auf die Steuerungsebene, auf die Leitungsebene.  
In die Teams gehören die ganzen kurativen Berufe und  
natürlich auch Präventionsberufe, in Anführungsstrichen sind  
sie falsch bezeichnet, aber da gehören rein Ärzte,  
Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Pflege, also  
die Rehabilitativen Berufe, die Pflegeberufe, ähm, das gehören  
Sozialarbeiter rein die Beratung machen, da gehören, äh,  
Präventologen, so könnte man sie vielleicht bezeichnen rein.  
Ähm, die gehören alle in diese multiprofessionellen Teams.  
Und für Leitungsebenen und Steuerungsaufgaben, da das ist  
sozusagen eine Ebene von Public Health, würde ich sagen und  
das trifft man international übrigens auch ziemlich viel (Pause)  
an. (?) stolz sagen oh arme Public Health Nurse und dann sind  
sie immer auf der Leitungsebe

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Kapitel 5.4.3 zeigt Schnittmengen von Gesundheitswissenschaften an der Weiterentwicklung der Pflege auf.

### 5.4.3 Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften

Der Subcode Schnittmenge mit Gesundheitswissenschaften wurde neben „Interprofessionellem Handeln“ mit der Summe 43 am zweitstärksten gewichtet. Aussagen hierzu wurden von den Berufsvertretern (Arbeitgeberverband) Pflege und Medizin, Gesundheitspolitik, Bildungs- und Hochschulpolitik und am meisten durch Public Health Professionals getätigt. Eine Schnittmenge von Gesundheitswissenschaften zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege) wird insbesondere an folgenden Merkmalen festgemacht:

- Gemeinsame Arbeitsgruppen aus Pflegeunternehmen (Krankenhaus / Altenpflege) mit (Gesundheits) Wissenschaftlern und Experten, z. B. DNQP (Expertenstandards Pflege)
- Gemeinsame Modellprojekte zur Verzahnung von medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Versorgung
- Konzeptentwicklung durch Gesundheitswissenschaftler zum Transfer in die Praxis (Verzahnung von stationärer mit ambulanter Versorgung und fachmedizinischer Beraterung in der Häuslichkeit)
- Management der eigenen Professionen Pflege und Gesundheitswissenschaft
- Gesundheitswissenschaften als theoretischer Background
- Gemeinsamer Austausch über die Versorgungsforschung und –praxis
- Gesundheitsförderung und Beratung von Stakeholdern oder von Planungseinrichtungen
- Schnittmenge zum Bachelor Gesundheitswissenschaften
- wissenschaftlicher Zugang zum Gesundheitsfeld, zum Gesundheitswesen oder zu Handlungsfeldern der Gesundheit
- Steuerungsaufgaben im Bereich Gesundheit

In Tabelle 56 werden ausgewählte Textpassagen aus den Interviews den Fällen zugeordnet:

Tabelle 56 Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften

Textsegment	Gruppe
<p>Hmhm. Häufig ist es ja eben so, gerade wenn, was ich schon gesagt hatte, wenn Leitlinien entwickelt werden, ähm, im Pflegebereich, ähm, gibt es eben verschiedene Arbeitsgruppen, äh, in den verschiedenen Institutionen, wie eben in dem DMQP, ähm, wo dann tatsächlich die Unternehmen, also jetzt Pflegeunternehmen, sei es Krankenhaus oder Altenpflege, äh, Mitarbeiter benennen können, die in diesen Arbeitsgruppen mitwirken gemeinsam mit Wissenschaftlern, mit Gesundheitswissenschaftlern und Experten. Ansonsten gibt es natürlich die Schnittmenge auch in den verschiedenen Projekten. Also es gibt Modellprojekte hier in Berlin, das berliner Projekt, was die medizinische und therapeutische Versorgung verzahnt mit der pflegerischen Versorgung. Es ist ein Projekt, was ziemlich lange existiert, seit 1998 und schon mehrere Nachahmer in anderen Bundesländern auch bekommen hat und, was denke ich mal, auch spannend wird und eine Herausforderung ist, wie man auch die Fachmedizin verzahnen kann mit der Pflege, also nicht jetzt mit der Pflege im Krankenhaus, da sind ja häufig die Fachmediziner schon vor Ort. Aber eben gerade auch im Bereich der Pflege, also in der stationären und ambulanten Altenpflege, da ist es ja eben unheimlich schwierig, gerade, wenn man eben, ich sag mal, häuslich gepflegt wird, dass man tatsächlich auch Fachmediziner findet, die dann beispielsweise zu einem nach Hause kommen, wenn man nicht mehr die Möglichkeit hat, selber die Fachmediziner aufzusuchen, da, denke ich mal, sind Gesundheitswissenschaftler auch gefragt, künftig Konzepte zu entwickeln, die man dann da entsprechend aber in die Praxis umsetzt. Aber eben auch gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium entsprechende, nicht nur Projekte, aber auch Programme zu entwickeln, die dort eben auch den Pflegebedürftigen dann wieder weiterhelfen.</p>	<p>AG/Berufsvertreter Pflege</p>
<p>Ich glaube das, äh, der Bereich der Akademisierung, äh, der Pflegeberufe, ähm, eine Schnittmenge in Richtung dessen hat was wir im Bachelorstudium anbieten. Ähm und (Pause) da sozusagen bei der aka ... Akademisierung der Pflegeberufe eine noch stärkere Praxisorientierung als im Bachelor, äh, bei uns ist aber sozusagen eine, ähm, teilweise Überlappung.</p>	<p>PH-Professionals</p>
<p>Also wie gesagt im Bereich Gesundheit überall da wo es um Steuerungsaufgaben geht</p>	<p>PH-Professionals</p>

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Kapitel 5.4.4 beleuchtet den Anteil von Public Health an der Akademisierung der Pflege.

#### 5.4.4 Anteil von Public Health an der Akademisierung Pflege

Dieser Subcode wurde von allen Fällen insgesamt mit einer Summe von 32 und damit als drittstärkster Subcode als „Synopsis mit Gesundheitswissenschaften“ gewichtet. Dieser Code setzt sich aus den Fragen „Wie könnte dieser in Zukunft aussehen?“ und „Gibt es Ihrer Meinung nach Anknüpfungspunkte für Gesundheitswissenschaften? Können Sie sich vorstellen, welche?“ zusammen. Aussagen liegen hierzu vornehmlich von den Fällen Berufsvertreter (Arbeitgeberverbände) Medizin, Berufsverband Gesundheitsberufe und Pflege, Gesundheitspolitik und Public Health Professionals vor. Der Anteil von Public Health an der Akademisierung der Pflege wird folgendermaßen beschrieben:

- Inanspruchnahmen von Public Health (Ausbildung und Forschungsstrukturen) durch Pflegefachleute
- Überschneidungen durch Case Management, Prävention und Beratung
- Public Health Bestandteil von Pflegeforschung
- Stärkere Einbeziehung der Gesamtbevölkerung erforderlich
- Stärkere Rückkopplung an den Arbeitsmarkt notwendig
- Normative Konstruktion
- Gesundheitsförderliche Gestaltung von Stadt / Gemeinde über alle Lebensphasen
- Gesundheitswissenschaften als Klammer und „Nährboden“ über alle Gesundheitsprofessionen
- Boden für Public Health Nursing und community Health Nursing
- Public Health als sehr gute Schlüsselqualifikation um Professionen miteinander zu verbinden

Tabelle 57 stellt die Verteilung der Fälle zu den Textsegmenten dar:

Tabelle 57 Anteil von PH an Akademisierung Pflege

Textsegment	Gruppe
ich glaube man tut gut daran, das man da auch miteinander, die Interdisziplinarität lässt grüßen, dass man da äh, das bespricht und überlegt was ist jetzt das Spezifikum von Public Health und was ist das Spezifikum, ich sag jetzt mal von Pflege von Pflege oder von Pflegeforschung oder von Hochschulstudiengängen in der Pflege	Berufsverband Gesundheitsberufe
Viele Argumente überschneiden sich. Dass, das nen Mehrwert hat, das, Gesamtkosten reduzieren kann. Ähm gleichzeitig dabei die Situation verbessern kann. ist wenig in die Gesamtbevölkerung gegangen. Also ich glaube wo es da Anknüpfungspunkte gibt ist, äh, daraus zu lernen und es anders zu machen. Also wesentlich mehr die Gesamtbevölkerung mitzunehmen	Berufsverband Pflege
Naja sie müssen Gesundheit gestalten wollen, sie müssen nicht nur individuelle Gesundheit schützen wollen im infektologischen Sinne. Sie müssen nicht nur Schuleingangsuntersuchungen machen wollen, sie müssen eben versuchen die (Pause) ihre Stadt, ihr Gemeinwesen gesundheitsförderlich zu gestalten. Ähm, in allen Stufen eben in der Primären, äh, Prävention, um zu sagen wir müssen gucken, dass die Menschen möglichst Gesund von vorne rein hier leben können auch gesund bleiben und wenn sie schon erkrankt sind müssen wir gucken, dass sie diese Erkrankung möglichst gut überwinden und wenigstens (sich) nicht (verschlechtert). Also die ganzen Stufen, das kann man gerade oder muss man in den konkreten Lebenswelten der Menschen bewirken und die sind nun mal kleinräumig. Die sind eben örtlich und nicht landesbezogen, sie sind auch nicht bundesbezogen und das ist das eben z. B. was hier im Kontext des Präventionsgesetzes beweisen muss	Gesundheitspolitik
Die stärkere Klammerung, der verschiedenen Gesundheitsprofessionen, ein (Pause) sich vielleicht darzustellen als einen gemeinsamen Nährboden für diese unterschiedlichen Disziplinen und dann tatsächlich auch ein Fundament für Interdisziplinarität zu liefern. Und dieses Verständnis vielleicht auch insofern voran zu treiben, dass wir für die..., das sich Interdisziplinarität wie selbstverständlich auch daraus entwickelt, also wenn wir uns begreiflich machen, das die Gesundheitswissenschaften die Klammer sein könnten, dass wir auf dieser Grundlage und wenn wir da dann auch alle Studiengänge drin haben	PH-Professionals
Public Health Nursing da sind dann natürlich große Schnittmengen, das gilt auch für das Thema community Health nursing, weil das ist dann eine Public Health Perspektive auf das Feld der pflegerischen Versorgung der Pflege	PH-Professionals
ich glaube das Public Health ne sehr gute Schlüsselqualifikation ist, um Professionen miteinander zu verbinden	PH-Professionals

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

## 5.5 Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit

Nachdem in Kapitel 5.4.4 der Anteil von Public Health an der Akademisierung der Pflege aufgezeigt worden ist, werden im folgenden die Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt gesundheit vorgestellt.

Die Subkategorie „Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit“ ist der Hauptkategorie „Arbeitsmarkt Gesundheit“ subsumiert und rekurriert auf die Frage nach der Beschreibung von Public Health relevanten Handlungsfeldern. Die Auswertung erfolgte mittels des Analyseprogramms MAXQDA. Daraus wurde in MAXQDA der Code „Handlungsfelder“ generiert. Dieser wurde über alle Fälle hinweg mit einer Summe von 63 gewichtet. Die höchste Gewichtung wurden von den Arbeitgeber- bzw Berufsvertretern Pflege mit einer Summe von 15 und von dem Berufsverband Pflege mit einer Summe von 14 vergeben. Die wenigsten Handlungsfelder wurden von der Politik / Gesundheit (3), den Arbeitgeber- bzw. Berufsvertretern Medizin (2) und dem Berufsverband Gesundheitsberufe (1) genannt. Public Health Professionals äußern sich insgesamt 17-mal zu Handlungsfeldern: Public Health Professionals Fachhochschule mit einer Summe von 8 und Public Health Professional Universität mit einer Summe von 9. Im Folgenden werden die Einschätzungen mit den größten Gewichtungen dargestellt:

*„ (...) für die Zukunft wird es auch wichtig sein, dass da man da entsprechend die Gesundheitsversorgung auch im Alter sicherstellt (...) wie eben die Sozialversicherung dann tatsächlich dann auch weiterentwickelt werden kann oder auch angepasst werden muss. (...) kann auch wichtigen Input geben wie jetzt beispielsweise die Pflegeversicherung weiterentwickelt werden müsste, um sie eben tragbar zu machen auch für die Zukunft. Und das sind dann wieder eben so die Schnittstellen mit diesen verschiedenen anderen Bereichen wie Sozialwissenschaftler oder auch Mediziner oder eben Betriebswirt, Fachvolkswirt, die man da auch in interdisziplinären Arbeitsgruppen gut miteinander integrieren kann“.*

Die Arbeitgeber- bzw. Berufsvertreter Pflege sehen für Public Health folgende Handlungsfelder:

Tabelle 58 Handlungsfelder aus Sicht der Pflege

---

### Schnittstellenmanagement und Entwicklung von Schnittstellenfunktionen

#### Weiterentwicklung des Finanzierungssystems (Pflege- und Sozialversicherung)

#### Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

#### Effektivere Ausgestaltung des Gesundheitssystems

#### Zielgruppenspezifische Gesundheitsversorgung

#### Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Alter

#### Öffentliche Daseinsfürsorge

#### Epidemiologie

---

Quelle: Eigene Darstellung

Von dem Berufsverband Pflege werden die Perspektiven und Handlungsfelder von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit so eingeschätzt:

*„(...) Schnittstellenbereiche, die gar nicht explizit als Public Health Beauftragte in Erscheinung treten in meinen Augen. Also es ist ein sehr unsichtbarer Bereich, der andockt an, ja eben Institutionen, seien es Krankenkassen oder öffentliche Einrichtungen, die ebend in entfernterer oder näher/näherem Kontext etwas mit öffentlicher Gesundheit zu tun haben, an Schnittstellen in Erscheinung treten aber der Arbeitsmarkt Public Health oder das Arbeitsfeld Public Health das ist wirklich sehr unsichtbar, wenn es denn überhaupt existiert“.*

Tabelle 59 stellt die Perspektiven und Handlungsfelder von Public Health dar:

Tabelle 59 Perspektiven und Handlungsfelder aus Sicht Berufsverband Pflege

---

### Unsichtbarer Bereich

#### Noch nicht gelebt und verankert im Gesundheitssystem

#### Arbeitsmarkt Public Health unsichtbar / existiert einer?

#### Arbeitsfelder Public Health sind rar

#### Brotlose Kunst? Visionärsträumerei?

#### Wenig Praxisangebote

#### Wenig konkrete Beschäftigungsfelder

#### Andockt an Institutionen und öffentliche Einrichtungen

#### Ankopplung an Versorgungsforschungsbereiche

#### Schnittstellenbereiche

#### Bedarfsplanung und Case Management

---

Quelle: Eigene Darstellung

Die Public Health Professionals Universität geben als Handlungsfelder und Perspektiven an:

Tabelle 60 Handlungsfelder und Perspektiven aus Sicht von Public Health Professionals Universität

---

### Vermittler zwischen den Professionen

### Stabstelle Public Health in großen Organisationen

### Übergeordnete Verantwortungsebenen (Ministerien, Krankenkassen)

### Schnittstellenmanagement

### Gestaltung von Gesundheit

### Verbände, Ministerien

### Reform des ÖGD

### Sprungbrett für wissenschaftliche Karriere

### Interdisziplinäre Problemlösestrategien

---

Quelle: Eigene Darstellung

*(...) z. B. die spannende Frage der Schnittstellen zwischen der Schulgesundheitspflege oder der Schulsozialarbeit, der Gesundheitsarbeit im Kiez/ im Quartier mit im Blick hat und hier auf einer übergeordneten Ebene Programmentwicklung, Steuerung auch Erkenntnisgewinnung, Zusammenarbeiten mit Wissenschaftlern, mit Universitäten und Forschungseinrichtungen realisiert oder neue Programme auflegt. Das wäre für mich der Public Health Absolvent eines Masterprogrammes. Und das wäre ein ganz wichtiges Aufgabenfeld. Schon heute finden wir ja viele Absolventen der Masterstudiengänge in Ministerien, bei KK auf übergeordneten Verantwortungsebenen. Da gehören sie meines Erachtens auch hin. In vielen Feldern sehen wir sie noch nicht so richtig. Ich denke mir manchmal so: eine Organisation so ein riesen Krankenhaus (...) könnte sich vielleicht auch einen Public Health Absolventen als Stabstelle leisten, der sich mit den Gesundheitswissenschaften, den gesundheitlichen Voraussetzungen generell auseinandersetzt. Dann sowas wie betriebliche Gesundheitsförderung genauso koordiniert, wie Öffentlichkeitsmaßnahmen in Richtung des gesunden Krankenhauses, das ist relativ selten das haben wir in Deutschland nicht“.*



Werden Public Health Professionals Fachhochschule zu Handlungsfeldern und Perspektiven gefragt, setzen sich diese aus unterschiedlichen Aspekten zusammen:

Tabelle 61 Handlungsfelder und Perspektiven aus Sicht von Public Health Professionals Fachhochschule

---

### Hervorragende berufliche Perspektiven individuumbezogen

#### Gesundheitswissenschaften am Markt nicht bekannt

#### Prozessuale Fragestellungen zur Überwindung der Sektorengrenzen

---

Quelle: Eigene Darstellung

*„Insgesamt würde ich behaupten oder würde ich glauben, dass die beruflichen Perspektiven für Gesundheitswissenschaftler insgesamt sehr sehr gut sind, sehr also hervorragend. Also ich glaube das ist nach wie vor ein absolut relevantes Feld, man muss sich nur immer sagen wir mal in diesen Settings zurechtfinden und gleichzeitig auch lernen das man erklären muss warum das an der Stelle so wichtig ist“.*

*„(...) prozessuale Fragestellung, die Betrachtung von von sektoralen Bereichen, also gerade auch so diese Überwindung von unserem sehr sektoralen System, Gesundheitssystemforschung“.*

Nachdem Handlungsfelder und Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit herausgearbeitet wurden, werden im letzten Schritt der Ergebnisdarstellung Wünsche an die Zukunft von Public Health generiert.

## 5.6 Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen

Die Kategorie „Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen“ wurde durch die Fragen „Was wünschen Sie sich für die Zukunft von Public Health“ und „Was würden Sie verändern“ erhoben. Die Analyse dieser Kategorie erfolgt mittels des Programms MAXQDA. Insgesamt wurde diese Kategorie mit einer Summe von 52 gewichtet. Die Verteilung der Gewichtung nach Fällen stellt sich folgendermaßen dar (Tabelle 62):

**Tabelle 62: Verteilung der Gewichtung nach Fällen**

<b>Fall</b>	<b>Gewichtung</b>
Public Health Professional Universität	12
Public Health Professional Fachhochschule	8
Berufsverband Pflege	6
Berufsverband Gesundheitsberufe	4
Arbeitgeber / Berufsvertreter Medizin	2
Arbeitgeber / Berufsvertreter Pflege	5
Politik / Gesundheit	4
Politik / Bildung	5
Politik / Beruf	6

Quelle: Eigene Darstellung

Die meisten Aussagen wurden von den Public Health Professionals getroffen, die wenigsten von den Berufsvertretern Medizin. Von den Fällen Berufsverband Pflege und Politik / Beruf wurde diese Kategorie jeweils mit einer Summe von 6 gewichtet. Mit einer Summe von 5 bzw. 4 erfolgte die Gewichtung durch die Arbeitgeber / Berufsvertreter Pflege und Politik / Beruf sowie Politik / Gesundheit. Die hoch gewichteten Fälle werden im Folgenden tiefer gehend analysiert.

Die befragten Public Health Professionals Universität rekurren auf die Wünsche an Public Health: Sie geben zum einen den Aspekt „Stärkung von Public Health“ an (Tabelle 63):

Tabelle 63: Aspekte zur Stärkung von Public Health

<b>Stärkung von Public Health</b>
<b>Ausbau von Public Health</b>
<b>Bessere Studiengangkonturierung</b>
<b>Stärkere Differenzierung Public Health und Gesundheitswissenschaft</b>
<b>Stärkung des Pionierbewusstseins</b>
<b>Innovationsmut</b>
<b>Stärkere Internationalisierung</b>
<b>Passigkeitsprobleme</b>
<b>Wissenschaftspolitisch mehr Klarheit</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Ein weiterer Aspekt ist die „Veränderung des Gesundheitssystems“(Tabelle 64):

Tabelle 64: Aspekte zur Veränderung des Gesundheitssystems

<b>Veränderung des Gesundheitssystems</b>
<b>Miteinander der Gesundheitsprofessionen</b>
<b>Gesellschaftspolitisch mehr Freiräume</b>

Quelle: Eigene Darstellung

In der folgenden Tabelle werden den Merkmalen bzw Aspekten (Codes) die Textsegmente aus den Interviews gegenübergestellt:

Tabelle 65: Gegenüberstellung von Aspekten / Codes mit Textsegmenten

Code	Textsegment	Fälle
Stärkung von Public Health	um Public Health zu stärken,	PH-Professionals
Ausbau von Schools of Public Health	Schools of Public Health	PH-Professionals
Passigkeitsprobleme	wenn ich sehe wie stark der Fokus, ähm, vieler Studierender auf zukünftige Arbeitsmarkt, ähm, Chancen ist, dann frage ich mich das gleich doppelt, denn dann müsste ja eigentlich spätestens äh zu Beginn des Studiums eine Glühbirne aufblitzen die da heißt, au wenn ich jetzt, äh, Statistik bis zu umfallen machen dann werde ich Arbeitsplatzprobleme, ähm wahrscheinlich nicht haben. Da sind noch so Passigkeitsprobleme	PH-Professionals
stärkere Konturierung	ne stärkere Konturierung	PH-Professionals
stärkere Differenzierung PH und Gesundheitswissenschaft	Was ist eigentlich Gesundheitswissenschaften, was ist Public Health? ähm, nochmal etwas sauberer ziehen und auch öffentlich, äh, anders kommunizieren.	PH-Professionals
bessere Studiengangskonturierung	tatsächlich dass wir im Kontext von Gesundheitswissenschaften oder Public Health, weniger die Menschen finden die das eigentlich gar nicht studieren wollen	PH-Professionals
Veränderung des Gesundheitssystems	Gesundheitssystem verändern, das wir unser Sozialsystem verändern und diese unterschiedlichen Rollen tatsächlich auch fest etablieren,	PH-Professionals
Miteinander der Gesundheitsprofessionen	ein anderes Miteinander der Gesundheitsprofessionen auch in den etablierten Krankenversorgeneinrichtung.	PH-Professionals
wissenschaftspolitisch Klarheit-gesellschaftspolitisch Freir	Wissenschaftspolitisch mehr Klarheit, gesellschaftspolitisch mehr Freiräume	PH-Professionals
Stärkung des Pionierbewusstseins	ich finde sozusagen in dem Bereich Public Health ist ein bisschen, äh, sozusagen, aus dem ist ein bisschen die das Pionierbewusstsein,	PH-Professionals
Zurückhaltung ggü Innovationen	Und wie ich finde auch eine gewisse Trägheit und, ähm, (Pause) man kann nicht sagen mh ab... mh, äh, Zurückhaltung Innovationen gegenüber,	PH-Professionals
stärkere Internationalisierung	Public Health in Deutschland zu wenig internationalisiert ist.	PH-Professionals

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Die interviewten Public Health Professionals Fachhochschule äußern schwerpunktmäßig Empfehlungen an das Fach Public Health (Tabelle 66):

Tabelle 66: Empfehlungen an das Fach Public Health

<b>stärkere gesellschaftliche Erfolge</b>
<b>Anwaltschaftliches Denken</b>
<b>Politisches Agieren</b>
<b>Abstinenz von wirtschaftlicher Nähe</b>
<b>Unabhängigkeit von Wissenschaft</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Ein weiterer Aspekt ist die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Tabelle 67):

Tabelle 67: Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe

<b>Klammer über die verschiedenen Gesundheitsprofessionen</b>
<b>gemeinsamer Nährboden für die unterschiedlichen Disziplinen</b>
<b>Fundament für Interdisziplinarität</b>

Quelle: Eigene Darstellung

*„Die stärkere Klammerung der verschiedenen Gesundheitsprofessionen, sich vielleicht darzustellen als ein gemeinsamen Nährboden für diese unterschiedlichen Disziplinen und dann tatsächlich auch ein Fundament für Interdisziplinarität zu liefern“.*

In Tabelle 68 sind die verschiedenen Aspekte den Textsegmenten aus den Interviews zugeordnet:

Tabelle 68: Zuordnung der Aspekte / Codes zu Textsegmenten aus den Interviews

Code	Segment	Dokumentgruppe
stärkere gesellschaftliche Erfolge	wir könnten da erfolgreicher sein	PH-Professionals
Anwaltschaftliches Denken	anwaltschaftlich, äh, in Public Health denkt und, ähm, also sowas wie ne klare, nen klares Bekenntnis dazu Public Health setzt sich dafür ein das Ungleichheiten in der Gesundheit aufgelöst werden	PH-Professionals
Politisches Agieren	Ich finde Public Health sollte auch politisch agieren	PH-Professionals
Abstinenz von wirtschaftlicher Nähe	hohes Maß an Abstinenz, von sagen wir mal von wirtschaftlicher Näh.	PH-Professionals
Unabhängigkeit von Wissenschaft	klares Bekenntnis zu Unabhängigkeit von Wissenschaft.	PH-Professionals
Klammer über die verschiedenen Gesundheitsprofessionen	stärkere Klammerung, der verschiedenen Gesundheitsprofessionen	PH-Professionals
gemeinsamer Nährboden für die unterschiedlichen Disziplinen	gemeinsamen Nährboden für diese unterschiedlichen Disziplinen	PH-Professionals
Fundament für Interdisziplinarität	Fundament für Interdisziplinarität	PH-Professionals

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Wünsche an die Zukunft von Public Health aus Sicht der Berufsverbände Pflege beziehen sich hauptsächlich auf einen stärkeren normativen Diskurs über Gesundheit:

*„(...) dass Gesundheit oder das Verständnis von Gesundheit weggeht von Krankheit.  
 (...) Ansatz zu schauen okay wie halten wir Leute gesund, wo setzten wir an“.*

Des Weiteren wünschen sie Public Health einen gesellschaftlichen Diskurs:

Tabelle 69: gesellschaftlicher Diskurs über Public Health

Code	Textsegment	Fälle
Public Health als Leitgedanke sichtbarer	das es einfach sichtbarer wird und, ähm, wirklich auch als solches benannt wird. Vielleicht auch mit 'nem deutschen Begriff, aber mit ist es halt zu unsichtbar und das ebend diese Public Health Perspektive, so nen bisschen vielleicht auch als Leitgedanke wirklich in Deutschland sichtbarer wird	Berufsverband Pflege
gesellschaftliche Diskussion was Gesundheit ist	Diskussion in der Gesellschaft auch, ähm, überhaupt zu ermöglichen was ebend Gesundheit für uns ist.	Berufsverband Pflege
gesellschaftlicher Diskurs über öffentliche Gesundheit	Was ist öffentliche Gesundheit, wohin soll öffentliche Gesundheit gehen und was ist es uns wert dafür zu tun.	Berufsverband Pflege

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA

Als einen weiteren Aspekt empfehlen sie die Einbindung der verschiedenen Berufsgruppen:

*„(...) und auch verschiedene Berufsgruppen wirklich mit in die Diskussion einbindet, das läuft mir einfach ein bisschen zu isoliert teilweise“.*

Die Interviewten aus der Berufspolitik sprechen Empfehlungen zur Studiengangweiterentwicklung in Richtung stärkerer berufsbildungspolitischer Konzeption aus:

Tabelle 70: Empfehlungen zur Studiengangweiterentwicklung

Code	Textsegment	Gruppe
Koordinierter Austausch und Entwicklung von Studiengänge	das es nen bisschen koordinierter, ähm, läuft, ähm, das, da also das nicht die Universitäten und die Hochschulen alleine entscheiden was für Studiengänge sie entwickeln und, äh, also nicht nur aus ihrer Perspektive und vielleicht der Perspektive der interessierten Menschen, die dahinter stehen wo wir nicht wissen wer sie sind genau	Berufspolitik
Durchlässigkeit	Durchlässigkeit gegeben wird, wirklich so ein sehr wichtiger Punkt, äh, also von der Ausbildung bis zum Studium, also eigentlich ab der Helferausbildung bis zum Studium, das wäre natürlich so ein Traum.	Berufspolitik
Berufsbildungspolitisches Konzept	Konzept, ähm, gebe also en Berufsbildungspolitisches Konzept, äh, einheitliches, ähm, (Pause) also mit der Frage der Durchlässigkeit auch verbunden aber das man (Pause) weniger Vielfalt, weniger Untransparenz	Berufspolitik
transparente Kriterien	Weiterbildung, das ist auch ein, äh, Feld wo sich wissenschaftliche, also hochschulische Angebote, ähm, anbieten gerade. Also das ist zunehmend so und natürlich steht auch wirtschaftliche Interesse der Hochschule dahinter, weil sie, äh, Angebote anbieten wollen und dann hat man überhaupt kein Überblick mehr, also mh und ich glaube das wär auch wichtig für die Studierende, also für die Interessierte auch zu wissen, ähm, (Pause) ok was hab ich für mögliche Angebote, wie kann ich mich entscheiden, also welche Kriterien sollte ich da beachten und nicht gucken, weil erstmal als ich als ich das Thema gesehen habe Public Health habe ich gedacht: ach wieder etwas anderes. Also wirklich so, äh, weil es gibt so viele Angeboteschon in dem Bereich und, äh, da müsste man ein bisschen mehr Klarheit haben und wirklich mehr den Unterschied machen zwischen was ist eine Ausbildung, was ist ein Studium, was ist eine Weiterbildung. Wo sind da die Unterschiede. Genau also das man da ein Konzept hätte, ähm, und dass man sich nicht in allen Richtungen entwickelt ohne wirklich zu überlegen (Pause) Ja was sind die Folgen, was es dann bedeuten würde	Berufspolitik

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach dem Analyseprogramm MAXQDA



## 5.7 Chancen, Herausforderungen und Perspektiven der Public Health Ausbildung im Berufsfeld Gesundheit – Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Kategorien wurden in einem zweistufigen Verfahren ausgewertet. In einem ersten Schritt erfolgte die Auswertung nach der Methodologie von Kelle und Kluge. Hier wurden die Fälle verglichen, kontrastiert und Typen gebildet. Nach diesem Verfahren lässt sich eine Vielzahl von Typen mit unklarer Trennschärfe aber einer facettenreichen Betrachtung von Public Health generieren. In einem zweiten Schritt wurden die Analyseverfahren Code-Matrix-Browser und interaktive Segmentmatrix des Analyseprogramms MaXQda herangezogen.

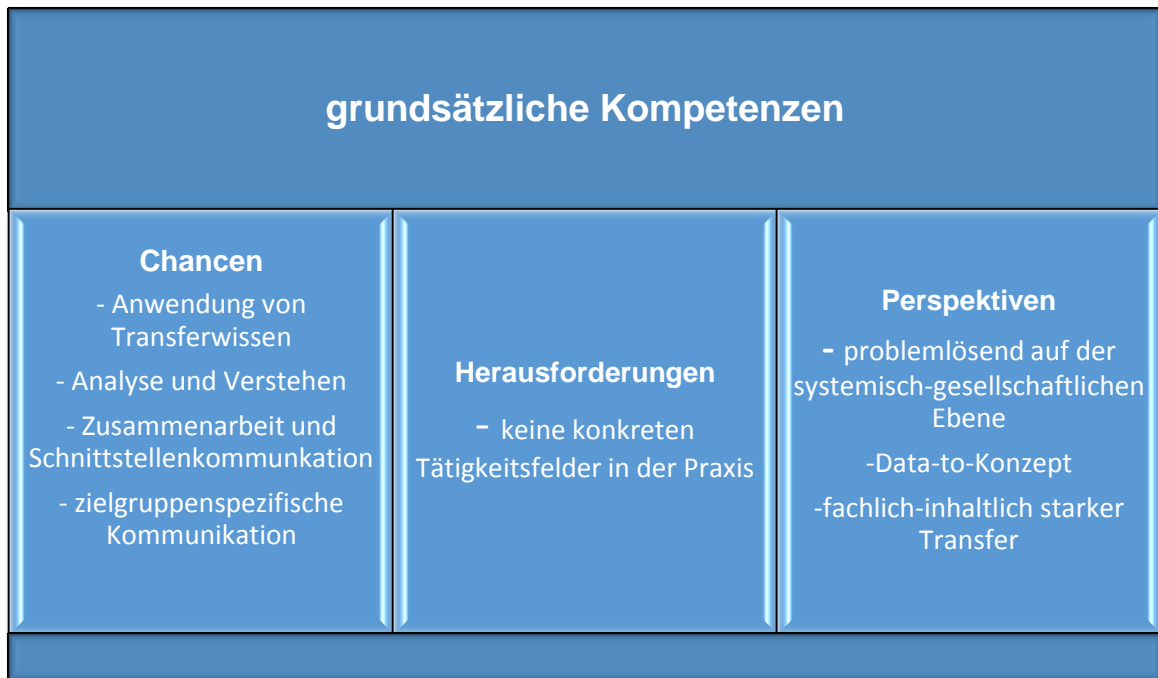
In diesem Kapitel erfolgt die Zuspitzung der Ergebnisse zu Chancen, Anforderungen und Perspektiven der Public Health-Ausbildung im Berufsfeld Gesundheit in grafischer Darstellung. Die Abbildungen 13 folgende zeigen die entsprechenden Chancen, Anforderungen und Perspektiven auf:

Abbildung 14: Bedeutung von Public Health

<b>Bedeutung von Public Health</b>		
<b>Chancen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit</li><li>- Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung</li><li>- Versorgung über Sektorengrenzen hinweg</li></ul>	<b>Herausforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wenig bekannt</li><li>- Keine eigene Wissenschaftsdisziplin</li><li>- Anschlussfähigkeit zu klären</li><li>- Strittiger Oberbegriff</li><li>- Unklares Tätigkeitsbild</li><li>- Mangelnde Praxistauglichkeit</li></ul>	<b>Perspektiven</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Breit gefächert</li><li>- Öffentliche Gesundheit</li><li>- Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung</li><li>- Theoretisches Gerüst zur bedarfsgerechten Systementwicklung</li><li>- Gesellschaftlicher Anspruch</li><li>- Paradigmenwechsel: Aufweichen der Sektorengrenzen</li></ul>

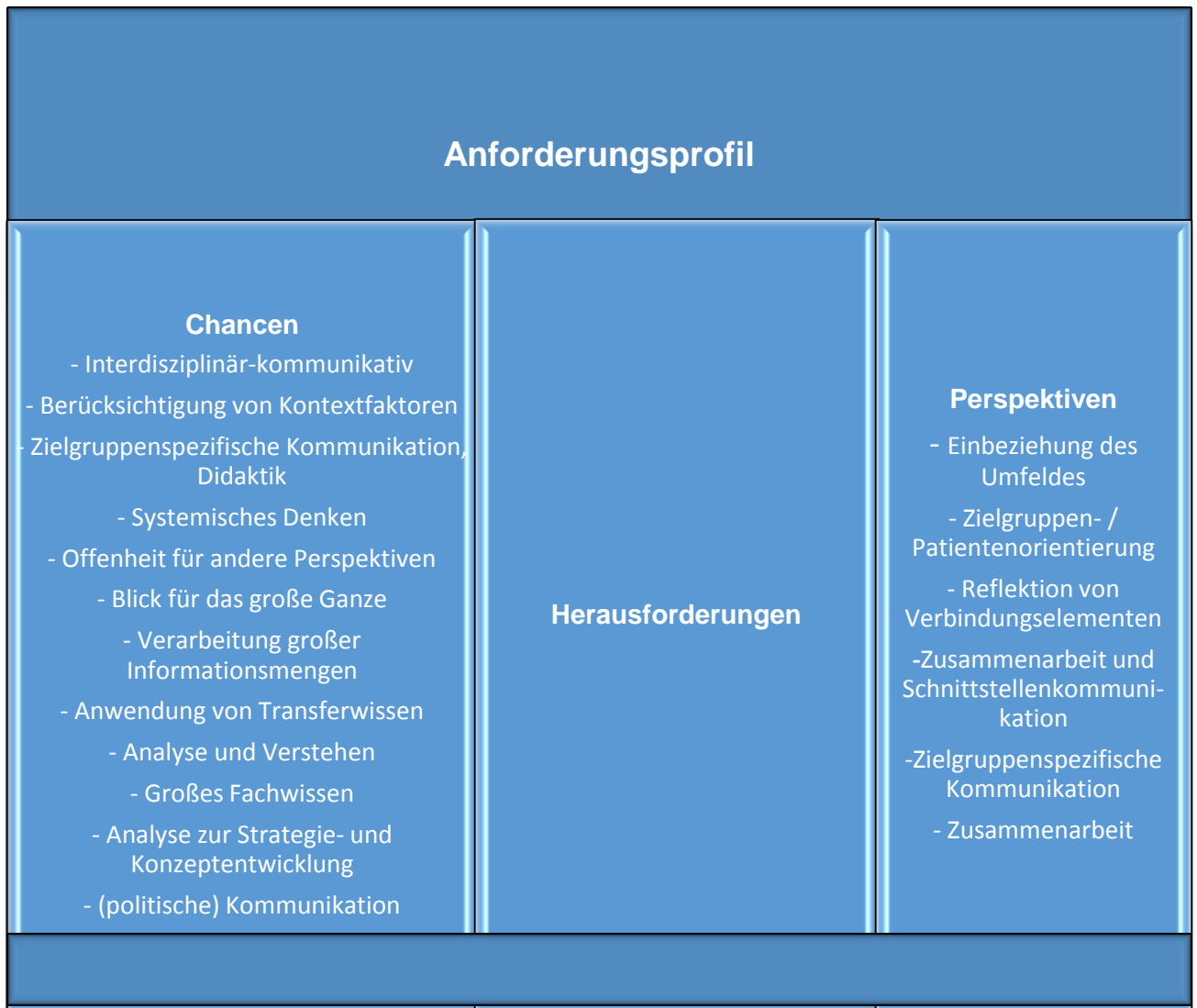
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 15: grundsätzliche Kompetenzen



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 16: Anforderungsprofil



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 17: Interprofessionelles Handeln



Quelle: Eigene Darstellung

**Beharrungsvermögen der Medizin aufheben:**

- Brücken bilden zur beseren Zusammenarbeit
- Auflösung von Dominanzansprüchen

**Neue produktive, bedarfsgerechte Kooperationsformen:**

- Interprofessionelle Gesundheitszentren
- Verzahnung verschiedener Professionen in der (Alten)Pflege
- Gemeinsame Strategien für komplexe Gesundheitsprobleme
- Outcome für den Patienten verbessern
- Zusammenführung durch Kommune / Stadt / Land
- Voraussetzung: koordinative Funktion und Moderation

### **Gestaltung von Lehrprozessen und bildungswissenschaftlicher Forschung:**

- Interdisziplinär mit fachspezifischer Vertiefung
- Abbrüche und Verbleib im Beruf (Alten/Pflege) analysieren
- Entwicklung von Gesundheitscampi Medizin / (Alten) Pflege / Gesundheitswissenschaften in gleichen Räumlichkeiten und Kursen / Einbeziehung von Hilfskräften
- Gemeinsame Ausbildungsinhalte für Pflegende und Gesundheitswissenschaftler
- Ausbau der dualen Ausbildung und darauf aufbauend Studiengänge
- Ausbau der Kompetenzorientierung und Weiterentwicklung der Didaktik zur Umsetzung / Anwendung von Interprofessionalität
- Weiterentwicklung von Hochschulen und Fakultäten
- Bewältigung der curricularen, strukturellen und logistischen Herausforderungen
- Interprofessionalität als zentraler Baustein der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen

### **Anerkennung von Handlungskompetenzen Public Health weiterdenken:**

- Einstiegsgebiet öffentlicher Gesundheitsdienst
- Stabsstellen in Einrichtungen der Versorgungspraxis, z. B. Evidenzbasierung
- Entlastung von Spizentätigkeiten
- Übertragung gesundheitswissenschaftlicher Konzepte in der Praxis
- Diskurs zwischen Politik, Hochschulen und Praxis herstellen
- Verstehen und verzahnen von Betriebswirtschaft und pflegerischem Hintergrund
- Wissenschaftliche Unternehmensentwicklung in der Altenpflege
- Begleitung von Gesetzesvorgaben in der Praxis
- Koordination komplexer Versorgungskonzepte und Verknüpfung der verschiedenen Professionen
- Analse und Steuerung von Pflegeprozessen und Hilfskräften
- Koordination von Gesundheitszentren der Zukunft
- Leitung und Steuerung interprofessioneller Teams

Abbildung 18: Arbeiten in multiprofessionellen Teams

<b>Arbeiten in multiprofessionellen Teams</b>		
<b>Chancen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Haltung, Bereitschaft, Ressourcen, Zeit, Leitung des Wissens</li><li>- Implementierung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen</li><li>- Leitung und Steuerung durch Public Health Experten</li></ul>	<b>Herausforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Prominente Verankerung der erweiterten bevölkerungsbezogenen Sichtweisen von Gesundheit</li><li>- Beantwortung der Frage nach der Nutzbarkeit</li><li>- Berücksichtigung des Marktes</li></ul>	<b>Perspektiven</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Organisation von Quartiersarbeit zum Abbau von Singularisierungstendenzen älterer Menschen</li><li>- Settingspezifische lebenslaufbezogene Versorgungsangebote</li><li>- Gesundheitsbezogene Ausgestaltung in kleinräumigen Kontexten (Kommune, Kreis,</li></ul>

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 19: Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften

Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften		
<p><b>Chancen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gemeinsame Arbeitsgruppen aus Pflegeunternehmen (Krankenhaus / Altenpflege) mit (Gesundheits) Wissenschaftlern und Experten, z.B. DNQP (Expertenstandards Pflege)</li> <li>-Gesundheitswissenschaften als theoretischer Background</li> <li>-Gesundheitsförderung und Beratung von Stakeholdern oder von Planungseinrichtungen</li> <li>-wissenschaftlicher Zugang zum Gesundheitsfeld, zum Gesundheitswesen oder zu Handlungsfeldern der Gesundheit</li> </ul>	<p><b>Herausforderungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Schnittmenge zum Bachelor Gesundheitswissenschaften</li> <li>-Management der eigenen Professionen Pflege und Gesundheitswissenschaft</li> <li>-Gemeinsamer Austausch über die Versorgungsforschung und –praxis</li> </ul>	<p><b>Perspektiven</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemeinsame Modellprojekte zur Verzahnung von medizinischer, therapeutischer und pflegereicher Versorgung</li> <li>- Konzeptentwicklung durch Gesundheitswissenschaftler zum Transfer in die Praxis (Verzahnung von stationärer mit ambulanter Versorgung und fachmedizinischer Berterung in der Häuslichkeit)</li> <li>- Steuerungsaufgaben im Bereich Gesundheit</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 20: Anteil von Public Health an der Akademisierung Pflege

<b>Anteil von Public Health an der Akademisierung Pflege</b>		
<b>Chancen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Boden für Public Health Nursing und community Health Nursing</li><li>- Public Health als sehr gute Schlüsselqualifikation um Professionen miteinander zu verbinden</li><li>- Normative Konstruktion</li><li>- Inanspruchnahmen von Public Health (Ausbildung und Forschungsstrukturen) durch Pflegefachleute</li></ul>	<b>Herausforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Stärkere Einbeziehung der Gesamtbevölkerung erforderlich</li><li>- Stärkere Rückkopplung an den Arbeitsmarkt notwendig</li><li>- Überschneidungen durch Case Management, Prävention und Beratung</li><li>- Public Health Bestandteil von Pflegeforschung</li></ul>	<b>Perspektiven</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gesundheitsförderliche Gestaltung von Stadt / Gemeinde über alle Lebensphasen</li><li>- Gesundheitswissenschaften als Klammer und „Nährboden“ über alle Gesundheitsprofessionen</li></ul>

Quelle: Eigene Darstellung



## Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit

Tabelle 71: Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt

<b>Chancen</b>
Öffentliche Daseinsfürsorge
Epidemiologie
Übergeordnete Verantwortungsebenen (Ministerien, Krankenkassen)
Gestaltung von Gesundheit
Verbände, Ministerien
Sprungbrett für wissenschaftliche Karriere
Interdisziplinäre Problemlösestrategien
<b>Perspektiven</b>
Schnittstellenmanagement und Entwicklung von Schnittstellenfunktionen
Stabstelle Public Health in großen Organisationen
Weiterentwicklung des Finanzierungssystems (Pflege- und Sozialversicherung)
Weiterentwicklung des Gesundheitssystems
Effektivere Ausgestaltung des Gesundheitssystems
Zielgruppenspezifische Gesundheitsversorgung
Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Alter
Vermittler zwischen den Professionen
Schnittstellenmanagement
Reform des ÖGD
Bedarfsplanung und Case Management
Prozessuale Fragestellungen zur Überwindung der Sektorengrenzen
<b>Herausforderungen</b>
Unsichtbarer Bereich
Noch nicht gelebt und verankert im Gesundheitssystem
Arbeitsmarkt Public Health unsichtbar / existiert einer?
Arbeitsfelder Public Health sind rar
Brotlose Kunst? Visionärsträumerei?
Wenig Praxisangebote
Wenig konkrete Beschäftigungsfelder
Angedockt an Institutionen und öffentliche Einrichtungen
Ankopplung an Versorgungsforschungsbereiche
Schnittstellenbereiche
Gesundheitswissenschaften am Markt nicht bekannt

---

## Hervorragende berufliche Perspektiven individuumbezogen

---

Quelle: Eigene Darstellung

### Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen

Table 72: Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit

<b>Stärkung von Public Health</b>
<b>Ausbau von Public Health</b>
<b>Bessere Studiengangkonturierung</b>
<b>Stärkere Differenzierung Public Health und Gesundheitswissenschaft</b>
<b>Stärkung des Pionierbewusstseins</b>
<b>Innovationsmut</b>
<b>Stärkere Internationalisierung</b>
<b>Passigkeitsprobleme</b>
<b>Wissenschaftspolitisch mehr Klarheit</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Table 73: Empfehlungen an das Fach Public Health

<b>Empfehlungen an das Fach Public Health</b>
<b>stärkere gesellschaftliche Erfolge</b>
<b>Anwaltschaftliches Denken</b>
<b>Politisches Agieren</b>
<b>Abstinenz von wirtschaftlicher Nähe</b>
<b>Unabhängigkeit von Wissenschaft</b>
<b>Empfehlungen zur Studiengangsentwicklung in Richtung stärkerer berufsbildungspolitische Konzeption</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 74: Veränderung des Gesundheitssystems

<b>Veränderung des Gesundheitssystems</b>
<b>Miteinander der Gesundheitsprofessionen</b>
<b>Gesellschaftspolitisch mehr Freiräume</b>
<b>Normativer Diskurs über Gesundheit</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 75: Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe

<b>Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe</b>
<b>Klammer über die verschiedenen Gesundheitsprofessionen</b>
<b>gemeinsamer Nährboden für die unterschiedlichen Disziplinen</b>
<b>Fundament für Interdisziplinarität</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Diese Ergebnisse werden in Kapitel 6 diskutiert. In Kapitel 7 werden daraus Schlussfolgerungen gezogen.

## 6. Diskussion

Das vorliegende Forschungsprojekt mit dem Titel „Akademisierung von Gesundheit (-sberufen) – Chancen, Herausforderungen und Perspektiven der Public Health-Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit. Eine Markt- und Potenzialanalyse“ ist im Rahmen des Promotionsstudienganges Doktor of Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität im Wintersemester 2015 / 2016 begonnen worden.

Untersuchungsziele der Arbeit waren 1.) die Schärfung des Public Health Profils und 2.) die Überprüfung der Anschlussfähigkeit von Public Health im Berufsfeld Gesundheit / Pflege. Die zugrunde liegenden zentralen Fragestellungen waren: a) Was will / soll / kann Public Health für wen mit welchen Kompetenzen und Qualifikationen, Wissen und Können in welchen Handlungsfeldern leisten? und b) Welche Trends zeigen sich für das Berufsfeld Gesundheit. Als erwartbare Ergebnisse wurden formuliert: (Weiter) Entwicklung der Public Health Ausbildung, Handlungsempfehlungen interdisziplinärer Lehre sowie Erwartungen und Anforderungen an Public Health.

Bevor in Kapitel 6.2 die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse und der qualitativen Befragung diskutiert werden, werden in Kapitel 6.1 die Methodologie und Methodik reflektiert.

### 6.1 Reflexion der Methodologie und Methodik

Forschungslogische Grundlage war die Rekonstruktion von Wissen über typische Deutungsmuster zur Bewältigung komplexer Anforderungen von Public Health im Berufsfeld Gesundheit. Hierfür wurde das Konzept der Abduktion bzw. hypothetischen Schlussfolgerung gewählt. Verschiedene theoretische Begriffe (Interprofessionalität, Interdisziplinarität, Transdisziplinarität) aus der Wissenschaftstheorie und Lehr-Lernforschung dienten als sensibilisierende Konzepte (positive Heuristiken).

Ausgangspunkt der Erhebung waren die theoretischen Annahmen ‚Public Health kann geeignete Interventionen für die Lösung komplexer Probleme des Gegenstandes Gesundheit liefern‘ sowie ‚Interdisziplinarität ist ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen‘ und ‚Public Health ist geeignet für die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe am Beispiel der Pflege‘. Diese Annahmen bildeten die Grundlagen zur Konstruktion von Typologien von Handlungsfeldern von Public Health in dem Berufsfeld Gesundheit.

Nach Abschluss der Dokumentenanalyse von Positionspapieren von Public Health- und Gesundheitsakteuren aus den Feldern Wissenschaft, Hochschule, Arbeitsmarkt, berufliche Bildung und Verbänden wurden die Begriffe Interprofessionalität, Interdisziplinarität, und Transdisziplinarität in einem Interviewleitfaden mit den Kategorien a) Bedeutung von Public Health, b) Komplexität von Wissen / Inter- und Transdisziplinarität, c) Arbeitsmarkt Gesundheit, d) Arbeitsmarktfähigkeit von Gesundheitswissenschaftlern, e) Synopse von Gesundheitswissenschaft und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege) sowie f) wahrgenommene Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit und g) Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen konkretisiert, um durch Experteninterviews mit Vertreter/innen aus Wissenschaft / Forschung, Bildungs- und Gesundheitspolitik sowie Verbänden (Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Gewerkschaften) zu erfahren, ob und inwieweit der Gedanke der komplexen Wissensvermittlung am Beispiel Public Health in der Arbeitswelt der Experten eine Rolle spielt, welche Konzepte der Wissensvermittlung sie haben und in welcher Weise sie sich zu ihnen verhalten.

Die ausgewählten Fälle (Sampling) der vorliegenden Untersuchung sollten 15-20 Akteure aus der Kompetenzvermittlung von Public Health und des Berufsfeldes Gesundheit auf der Makro- und Mesoebene repräsentieren. Für die vorliegende Untersuchung über Public Health Kompetenzen und Berufsfelder auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit wurden die Merkmale (Mit) Gestaltung von Public Health als Ausbildungsfeld und des Arbeitsmarktes Gesundheit (Pflege) als Kriterien für die Fallauswahl herangezogen. Auf diese Weise sollten typische Einflussgrößen miteinander kontrastiert werden.

Für die Experteninterviews wurde ein Sample zugrundegelegt, welches sich aus (Gesundheits-) Wissenschaft / Public Health Professionals an Universitäten und Fachhochschulen, Berufsverbänden (DBfK und Verein zur Förderung eines nationalen Gesundheitsberufes), Bildungs- und Hochschulpolitik (Deutsche Gesellschaft für Hochschuldidaktik / Arbeitsgruppe Gesundheitswissenschaft, Kultusministerkonferenz<sup>25</sup>, Hochschulrektorenkonferenz), Ministerien (Ministerium für Gesundheit, Emazipation, Pflege und Alter des Landes NRW, Landeszentrum für Gesundheit, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesministerium für Gesundheit), Berufsvertreter / Arbeitgeber (Arbeitgeberverband Pflege, Landesärztekammer) und Gewerkschaften (verdi Gewerkschaftssekretariat Berufspolitik) zusammensetzte. Das Sample wurde während der Feldphase um das Bundesinstitut für Berufsbildung, um die Fachhochschule Fulda, die

---

<sup>25</sup> Für die Kultusministerkonferenz wurden angefragt: Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen

Universität Bremen und den Gesundheitsforschungsrat / Arbeitsgruppe Gesundheitsberufe erweitert.

Befragt wurden Personen aus der oberen Führungsebene (Vorstände, Geschäftsführung, Referenten, Professoren). Von der Leitung der Arbeitsgruppe „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie“ an der Universität Bielfeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften wurden relevante Akteure mittels eines Empfehlungsschreibens per E-Mail kontaktiert (siehe Anhang). In dem Zeitraum September 2016 bis Februar 2017 konnten 15 Interviews inklusive eines Pre-Tests durchgeführt werden.

Das tatsächliche Sample umfasste ein Public Health Professional Universität, zwei Public Health Professionals Fachhochschule, ein Mitglied des Sachverständigenrates (PH Professional Universität), ein Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Public Health (PH-Professional), ein Mitglied Gesundheitsforschungsrat (PH-Professional), zwei Mitglieder Berufsverband Pflege, ein Mitglied Arbeitgeberverband Pflege, ein Mitglied Berufsvertreter / Arbeitgeberverband Medizin, ein Mitglied Berufsverband nationaler Gesundheitsberuferrat, zwei Mitglieder Bildungs- und Hochschulpolitik, ein Mitglied Berufspolitik / Gewerkschaft und ein Mitglied Ministerium. Daraus wurden die Untersuchungsgruppen Public Health-Professionals, Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände, Berufsverbände und Politik gebildet. In die Gruppe der Berufsvertreter / Arbeitgeberverbände wurden polarisierende Fälle aufgenommen. Die Ärztekammer als Interessensvertretung der ärztlichen Vorherrschaft und kontrastierend hierzu die Arbeitgebervertretung Pflege.

Aus dem geplanten Sample konnte der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit nicht erreicht werden. Des Weiteren erfolgte kein Rücklauf für die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Sektion Hochschullehre / Sektion Bildung). Für die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen: (Bundesvorsitz Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V) konnte ebenfalls kein Rücklauf verzeichnet werden.

Zum Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), zur Kultusministerkonferenz (KMK), zum Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) und zum Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgten Nachrecherchen. Der Gegenstandskatalog Public Health fällt nicht in den Zuständigkeitsbereich des BIBB. Ein Interview mit dem MGEPA hat aus terminlichen Gründen seitens der angefragten Experten nicht stattgefunden. Rückmeldung des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen (angefragt als Mitglied der KMK) war, dass dieses nicht für Interviews zur Verfügung steht und Auskünfte nur an die Presse erteilt werden. Ebenso konnte kein Interview mit dem Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (angefragt als Mitglied der KMK) durchgeführt werden, weil dieses die Zuständigkeit nicht gesehen hat. Die Forscherin wurde an das MGEPA verwiesen.

Ein Interview mit der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) wurde durch die interviewte Person abgebrochen, weil die Interviewfragen durch diese nicht verstanden worden sind. Eine Nachrecherche hat stattgefunden. Ein Termin mit der Fachhochschule Fulda musste aus terminlichen Gründen der Forscherin abgesagt werden. Ein alternativer Termin kam nicht zustande.

Für eine weitere Erhebungsschleife waren angedacht: Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen, Gesundheitskonferenzen, Deutscher Gewerkschaftsbund (Bildungspolitik und Bildungsarbeit / Hochschul- und Wissenspolitik), Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA), Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hochschule und Forschung). Die qualitative Sozialforschung sieht sukzessive Nacherhebungen vor. Aus Ressourcengründen der Forscherin hat diese Verfahren nicht stattfinden können, womit ein erster Hinweis für weiteren Forschungsbedarf vorliegt.

Im Laufe des Forschungsprozesses wurde der Fokus weg von der Theorieentwicklung zur Vermittlung komplexer Wissensvermittlung (Interdisziplinarität) hin zu Typologien von Handlungsfeldern von Public Health im Berufsfeld Weiterentwicklung der Pflege modifiziert. Ausgewertet wurden die Kategorien zur Konstruktion von Typologien von Handlungsfeldern von Public Health. Die Kategorien zur Theorieweiterentwicklung von Interdisziplinarität von Public Health wurden anteilig in die Analyse mitaufgenommen. Ansätze einer Theorie von Interdisziplinarität von Public Health liegen vor. Offen geblieben ist ein Rückbezug zu den in Kapitel drei dargestellten Modellen.

Die Auswertung erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. Die Kategorien „Bedeutung von Public Health“, „grundsätzliche Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern“ und „Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen“ sind fallvergleichend und fallkontrastierend nach Kelle und Kluge (2010) ausgewertet worden. Damit wurde das Ziel verfolgt, für die Fälle immanente Typologien zu entwickeln. Mittels dieser Auswertungslogik liessen sich zusammenhängende Typen über die Fälle hinweg entwickeln. Diese sind nicht immer trennscharf und sind teilweise deckungsgleich. Das Ergebnis ist eine facettenreiche Einschätzung der Aspekte Bedeutung, Kompetenzen und Anforderungsprofil von Public Health.

Um größtmögliche Gemeinsamkeiten und Zusammenhänge über alle Fälle hinweg abzubilden, erfolgte im weiteren Studienverlauf eine Anpassung der Auswertungsmethode. Sowohl für die Kategorien „Interprofessionelles Handeln“, „Arbeiten in multiprofessionellen Teams“, „Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften“ und „Anteil von Public Health an der Akademisierung der Pflege“ als auch für die Kategorien „Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit“ sowie „Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen“ wurde das Auswertungsprogramm MAXQDA herangezogen.

## **Abschliessende Bewertung der Methodologie und Methodik mittels der Gütekriterien qualitativer Sozialforschung**

Im Folgenden wird die Methodik auf die Kernkriterien qualitativer Forschung nach Steinke (2008) bezogen und abschließend bewertet: „Für die Bewertung einer Studie ist die Anwendung von nur einem oder zwei der vorgeschlagenen Kriterien nicht ausreichend. Auf der Grundlage mehrerer Kriterien sollte entscheidbar sein, ob das bestmögliche Ergebnis erzielt wurde“ (Steinke 2008, S. 331).

Der Kriterienkatalog umfasst die Gütekriterien Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Indikation des Forschungsprozesses, empirische Verankerung, Limitation, Kohärenz sowie Relevanz und reflektierte Subjektivität. Im Folgenden wird die Anwendung jedes einzelnen Kriteriums auf die vorliegende Arbeit kritisch geprüft:

Mit Intersubjektiver Nachvollziehbarkeit ist gemeint, dass für qualitative Sozialforschung kein Anspruch auf intersubjektive Überprüfbarkeit aufgrund der begrenzten Standardisierbarkeit des Vorgehns erhoben werden kann. Deshalb besteht das erste Gütekriterium in der Sicherung und Prüfung der Nachvollziehbarkeit. Dieses wird durch die Dokumentation des Forschungsprozesses sichergestellt. Dazu gehören die Darstellung des Vorverständnisses des Forschenden, der Erhebungsmethoden und Erhebungskontexte, die Transkriptionsregeln, der Daten, der Auswertungsmethode, der Informationsquellen und von Entscheidungen und Problemen (Steinke 2008). Diese Kriterien wurden in den Kapiteln vier und fünf ausführlich beschrieben. Ein weiteres Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit ist die Interpretation in Gruppen. Diese wird insbesondere für die objektive Hermeneutik und für die Grounded Theory empfohlen. Bei dem vorliegenden Forschungsprojekt handelt es sich um die Methode des Fallvergleichs und der Fallkontrastierung. Aus diesem Grund wurde auf die Interpretation in Gruppen verzichtet. Als drittes Kriterium der Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit nennt Steinke (2008) die Anwendung kodifizierter Verfahren. Als kodifizierende Verfahren wurde in der vorliegenden Arbeit das Verfahren des Fallvergleichs und der Fallkontrastierung nach Kelle und Kluge (2010) verwendet bzw. der Code-Matrix-Browser des Auswertungsprogramms MAXQDA (Vgl. Kapitel 4 und 5).

Die Indikation des Forschungsprozesses steht 1.) für die Indikation des qualitativen Vorgehens angesichts der Fragestellung. Da mit der vorliegenden Arbeit ein Beitrag zur Beschreibung, Analyse und Erklärung der Phänomene von Public Health als Ausbildungsfeld und von Handlungsfeldern auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit geleistet wird, konnte hierfür nicht auf quantitative Methoden zurückgegriffen werden. Zur Überprüfung der Repräsentativität der erhobenen Ergebnisse müsste sich in einer weiteren Forschungsarbeit ein quantitatives Forschungsverfahren anschliessen. Die zweite Indikation des



Forschungsprozesses ist die Indikation der Methodenwahl. Untersuchungsgegenstand war die subjektive Einschätzung von Public Health aus unterschiedlichen Perspektiven von Experten in Bezug auf den Gegenstand „Public Health als Ausbildungsfeld und auf dem Arbeitsmarkt“. Hierfür ist ein qualitativer Forschungsansatz geeignet, weil hierüber hypothesengenerierend und explorativ die sozialen Wirklichkeiten aus Sicht der Arbeitswelten der unterschiedlichen Akteure sowie Strukturmerkmale von „Public Health“ erfolgreich beschrieben werden konnten. Mittels der Interviews wurde es möglich, Situationsdeutungen oder Handlungsmotive in offener Form zu erfragen und Selbstinterpretationen differenziert zu erheben. Die teilstandardisierten Interviews boten mittels des Leitfadens viele Spielräume in den Frageformulierungen, Nachfragestrategien und in der Abfolge der Fragen. In den Leitfadeninterviews wurden die Situationsdeutungen und Erwartungen der Interviewteilnehmer/innen erfragt. Somit wurde den Äußerungen und Bedeutungen der Untersuchten ausreichend Spielraum eingeräumt, Überraschungen und Irritationen des Vorverständnisses der Forscherin wurden durch den Einstieg und die abschließende Frage des Leitfadens ermöglicht. Zur Indikation der Methodenwahl zieht Steinke (2008) die Länge des Zeitraums der Feldphase heran. Da das Forschungsprojekt von der Forscherin allein durchgeführt wurde und für drei Jahre ausgerichtet war, umfasste die Feldphase 6 Monate. Als dritten Punkt zur Beurteilung des Forschungsprozesses sieht Steinke (2008) die Indikation der Transkriptionsregeln. Dafür wurden die Regeln nach Przborski / Wohlrab-Sahr (2008), Kuckartz et al. (2008) und Knoblauch (2006) so modifiziert, dass diese einfach schreib- und lesbar waren. Der vierte Punkt zur Indikation des Forschungsprozesses bezieht sich auf die Samplingstrategie. Diese Frage rekurriert auf die Untersuchungsfälle. Das geplante Sample umfasste wesentlich mehr Akteure als das tatsächliche. Nicht alle eingeplanten und angefragten Akteure standen für diese Interviewstudie zur Verfügung. Hier liegt ein Indiz für weiteren Forschungsbedarf vor. Ein weiterer Aspekt zur Beurteilung des Forschungsprozesses sind methodische Einzelentscheidungen im Kontext der gesamten Untersuchung. Als Erhebungsmethode wurden die Dokumentenanalyse und qualitative Interviews gewählt. Für die Auswertung der Interviews wurde in einem ersten Schritt das typenbildende Verfahren nach Kelle und Kluge (2010) angewendet. Mit diesem Verfahren konnte keine eindeutige und trennscharfe Typologie, sondern vielmehr Strukturmerkmale von „Public Health“ erhoben werden. Um größtmögliche Gemeinsamkeiten über die Fälle hinweg abbilden zu können, wurde das Auswertungsverfahren geändert und die Instrumente des Analyseprogrammes MAXQDA genutzt. Zusätzlich fragt Steinke (2008) „inwiefern das Untersuchungsdesign angesichts der verfügbaren Ressourcen (Zeit, Anzahl der Projektmitarbeiter) indiziert ist“ (S.328). In das geplante Sample waren 15-20 Akteure eingeplant. Davon konnten 15 Akteure befragt werden. Hier liegt ein weiterer Hinweis für weiteren Forschungsbedarf vor.

Das Gütekriterium der empirischen Verankerung umfasst die Theoriebildung und die Theorieprüfung. „Die Theoriebildung ist so anzulegen, (...) dass theoretische Vorannahmen des Forschers in Frage [gestellt] bzw [modifiziert werden]. Die Theorien sollten dicht an den subjektiven Sicht- und Handlungsweisen der untersuchten Subjekte und auf der Basis systematischer Datenanalyse entwickelt werden“ (Steinke 2008, S.328). Der Arbeit liegen theoretische Vorannahmen zugrunde (Vgl. Kapitel 4). Die Diskussion der Bestätigung oder Falsifizierung dieser Annahmen erfolgt in Kapitel 6.2. In Kapitel 7.1.1 wird eine Theorie auf der Basis der systematischen Datenanalyse entwickelt, die sich an den subjektiven Sicht- und Handlungsweisen der Untersuchungsfälle orientiert. Für die Theorieprüfung werden in Kapitel 8.1 und 8.2 Folgen und Prognosen abgeleitet. Durch die Verwendung der kodifizierten Methode nach Kelle und Kluge (2010) und durch Ankerzitate ist die empirische Verankerung überprüft. Die Menge und Gewichtung der jeweiligen Codes spiegelt das Vorwissen der Untersuchungseinheiten über Public Health wider.

Die Limitation als Gütekriterium dient dazu, „Grenzen des Geltungsbereichs, d.h. der Verallgemeinerbarkeit einer im Forschungsprozess entwickelten Theorie, herauszufinden und zu prüfen“ (Steinke 2008, S.329). Hierfür wird die Technik der Fallkontrastierung empfohlen. Mit dieser Technik wurden in dem vorliegenden Forschungsprojekt maximal und minimal verschiedene Fälle ausgesucht und analysiert. Dieses kontrastierende Vergleichen der Fälle ermöglichte die Identifizierung und Beschreibung von Elementen, die gleiche Fälle miteinander teilen. Diese sind in das theoretische Phänomen aus Kapitel 7.1.1 eingeflossen.

Die Überprüfung des Gütekriteriums der Kohärenz prüft, inwiefern die entwickelte Theorie in sich konsistent ist. Widersprüche in den Daten werden in Kapitel 6.2 diskutiert. Ungelöste Fragen werden in Kapitel 8.3 benannt.

Mittels des Gütekriteriums der Relevanz werden „an den Forschungsprozess und die darin generierte Theorie“ (Steinke 2008, S.330) Fragen nach der Relevanz der Fragestellung und dem Beitrag der Theorie gestellt. Die Relevanz der Fragestellung wird in Kapitel 1 beschrieben. Durch die Theorie werden Lösungen zur Überwindung der Sektorengrenzen in der Pflege und zur Anerkennung der Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit / Pflege sowie zu Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung interdisziplinärer Lehre geliefert.

Das Gütekriterium der reflektierten Subjektivität „prüft, inwiefern die konstituierende Rolle des Forschers als Subjekt und als Teil der sozialen Welt, die er erforscht, möglichst weitgehend methodisch reflektiert in die Theoriebildung einbezogen wird“ (Steinke 2008, S.330-331). Hierbei wird überprüft, inwiefern der Forschungsprozess durch Selbstbeobachtung begleitet wird, die persönlichen Voraussetzungen reflektiert werden und ob Reflexionen während des Feldeinstiegs erfolgten. Während des gesamten

Forschungsprozesses sind Beobachtungsprotokolle angefertigt worden und erfolgte eine regelmäßige Reflektion des Prozesses durch eine Doktorandengruppe. Das methodische Vorgehen ist der Person der Forscherin angemessen, weil diese als Dozentin für Methoden qualitativer Sozialforschung tätig war. Während des Feldeinstiegs lagen keine Unbehaglichkeiten oder Irritationen vor.

Nachdem die Methodologie und Methodik diskutiert worden ist, erfolgt in Kapitel 6.2 die Diskussion der Ergebnisse.

## 6.2 Potenziale und Limitationen von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit und Konsequenzen für die Ausbildung von Public Health – Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse und der qualitativen Befragung vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege, aktueller Entwicklungen in Public Health Fachbereich Lehre sowie des aktuellen Standes von Kooperation im Gesundheitswesen diskutiert. Abschließend erfolgt ein Rückbezug zur zentralen Fragestellung, zu den Untersuchungszielen und den erwartbaren Ergebnissen. Ferner wird die Frage beantwortet, inwiefern die theoretischen Annahmen bestätigt, widersprüchlich, nicht einzuordnen oder neu sind.

Problemhintergrund der vorliegenden Forschungsarbeit ist, dass das Forschungsfeld Public Health Praxis- und Kompetenzforschung mit wenigen empirischen Studien kaum besetzt ist und vor allem die Fragen nach Kernkompetenzen von Public Health, Fragen nach Public Health spezifischem theoretischen und praktischem Wissen, der Umsetzbarkeit von theoretischem Wissen in die Praxis und Fragen nach dem Mehrwert der Interdisziplin / Multidisziplin Public Health bislang nicht beantwortet werden konnten.

Die Analyse der Datenlage machte deutlich, dass international Forschungsbedarf besteht, um die Frage nach den Kernkompetenzen von Public Health Professionals für relevante Berufsfelder zu klären. Mittels der Dokumentenanalyse wurden als drängende Forschungsbedarfe herausgearbeitet: die Zusammenführung der Forschungsaktivitäten unterschiedlicher gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen mit dem Abbau von Konflikten zwischen den an ‚Gesundheit‘ beteiligten Fächern, Disziplinen und Professionen (Ewers et al. 2012), die Notwendigkeit der systematischen Weiterentwicklung, Erprobung und Evaluation von Verfahrensweisen zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit (Ewers et al. 2012), Bedarfe nach interdisziplinären, sektoren- und berufsübergreifenden Versorgungskonzepten (Hasseler 2012) und erforderliche Studien zu a) zukunftsweisenden und international anschlussfähigen Qualifikationskonzepten auf allen Stufen (von der beruflichen Bildung bis zur Hochschulqualifizierung), b) Outcomes unterschiedlicher Qualifikationen und deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, c) Vereinheitlichung der gegenwärtig in Deutschland äußerst heterogenen Landschaft an [gesundheitswissenschaftlichen] Studiengängen an Fachhochschulen und Universitäten einschließlich der Fort- und Weiterbildung, d) Entwicklung, Erprobung und Evaluation tragfähiger Strategien des Theorie-Praxis-Transfers und e) Bedarf an Fachkräften, an Qualifikationen und an Ausbildungsstrukturen auf beruflicher und akademischer Ebene (Behrens et al. 2012).

Mit den qualitativen Befragungen dieser Forschungsarbeit liegen zentrale Ergebnisse zu Chancen und Perspektiven von Public Health vor dem Hintergrund ungeklärter Kernkompetenzen von Public Health Professionals für relevante Berufsfelder, Antworten zu Outcomes der Qualifikation von Gesundheitswissenschaftler und deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und einer Strategie des Theorie-Praxis-Transfers von Public Health in das Berufsfeld Pflege vor.

Diese Arbeit belegt empirisch, dass Public Health einen Beitrag zur Versorgung über die Sektorengrenzen und zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung leisten kann, weil die grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern in der Zusammenarbeit, in der Schnittstellenkommunikation und zielgruppenspezifischen Kommunikation empirisch belegbar sind. Mit Public Health gehen Chancen für ein Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer, gesundheitlicher Problemlagen einher, welche in der Berücksichtigung von Kontextfaktoren, zielgruppenspezifischer Kommunikation / Didaktik, systemischem Denken, der Reflektion von Verbindungselementen, Verarbeitung großer Informationsmengen, Anwendung von Transferwissen als auch der Analyse zur Strategie- und Konzeptentwicklung und (politischer) Kommunikation gesehen wird. In dem Berufsfeld Pflege werden Public Health Chancen in der Gestaltung neuer bedarfsgerechter Kooperationsformen und in der Implementierung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen zugeschrieben. Als Aufgaben werden die Verzahnung verschiedener Professionen in der (Alten) Pflege, gemeinsame Strategien für komplexe Gesundheitsprobleme und die koordinative Funktion und Moderation interprofessioneller Gesundheitszentren benannt. Hierbei werden für Public Health Handlungsfelder in der Konzeptentwicklung, Leitung und Steuerung in der Verzahnung settingspezifischer und lebenslaufbezogener medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Versorgungsangebote in kleinräumigen Kontexten gesehen.

Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit liegen in: 1.) Schnittstellenmanagement und Entwicklung von Schnittstellenfunktionen, 2.) Stabstellen Public Health in großen Organisationen, 3.) Weiterentwicklung des Finanzierungssystems (Pflege- und Sozialversicherung), 4.) Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, 5.) Effektivere Ausgestaltung des Gesundheitssystems, 6.) Zielgruppenspezifischer Gesundheitsversorgung, 7.) Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Alter, 8.) Vermittler zwischen den Professionen, 9.) Schnittstellenmanagement, 10.) Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), 11.) Bedarfsplanung und Case Management und in 12.) prozessualen Fragestellungen zur Überwindung der Sektorengrenzen.

Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege gewinnen interprofessionelles Handeln und Arbeiten in multiprofessionellen Teams immer stärkere Bedeutung. Am 13. Juni 2018 ist die neue generalistische Ausbildung (Ausbildungs- und

Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe zum Pflegeberufegesetz) vom Bundeskabinett verabschiedet worden. Diese bildet zukünftig Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege gemeinsam aus. Im Mittelpunkt hierbei steht die Kompetenzvermittlung „Umsetzung evidenzbasierter und / oder interprofessioneller Leitlinien und Standards als Beitrag zur Qualitätsentwicklung“. Kritisch zu betrachten ist die unterschiedliche Gewichtung der Kompetenzniveaus: Für den Ausbildungsstrang „Altenpflege“ ist die Kompetenz „evaluieren“ durch „bewerten“ und „reflektieren“ durch „überdenken“ ersetzt worden. In dem Kabinettsentwurf zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe vom Juni 2018 ist die Aufgabe „Umsetzung evidenzbasierter und / oder interprofessioneller Leitlinien und Standards als Beitrag zur Qualitätsentwicklung“ für professionell Altenpflegende nicht vorgesehen und ist die Gestaltung des Pflegeprozesses auf das bloße Erkennen von Pflegebedarfen reduziert (Diakonie Deutschland / Caritas 2018). Durch diese Entwicklungen, die durch den Fachkräftemangel in der (Alten) Pflege und ein fehlendes Care- und Case-Management (Rothgang et al. 2018) besonders verstärkt werden, werden die Leitung und Steuerung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen immer wichtiger. Zudem steigen die Bedarfe an Unternehmensentwicklung der (Alten) Pflege hin zu prozessualen Fragestellungen zur Überwindung der Sektorengrenzen. Vor dem Hintergrund der Akademisierung der Pflege ist es unumstritten, dass die Anforderungen an die (pflegerische) Versorgung immer komplexer werden. Krüger (2017) belegt, dass hierfür ein Skill- und Grademix erforderlich ist, der einer „gezielten Prozessbegleitung“ auf der Führungs- und [Steuerungs]ebene bedarf (Krüger 2017, S.116). Erfahrungen erster Modellprojekte zur Entwicklung von Pflege- und Gesundheitszentren liegen vor. Von Hämel et al. (2017) werden Versorgungsschieflagen und eine unübersichtliche Angebotsdichte aufgezeigt. Eine deutliche Empfehlung lautet: Koordination der multiprofessionellen Akteure und Kommunikation der interprofessionellen Angebote. „Solche Lösungen zeigen sich bisher nur in wenigen regionalen Verbänden“ (Brandhorst 2017, S.608). Aus Sicht des Berufsfeldes Pflege liegt in der Prozesssteuerung von Versorgungsketten die Zukunft des Versorgungssystems (DBfK 2018, Hämel et al. 2017). Brandhorst et al. (2017) zeigen auf, dass „[sich das Gesundheitssystem] in einer Umbruchsituation [befindet], in der die Leistungserbringer durchaus nach Geschäftsmodellen suchen, die ihrem Anspruch an Lebensqualität und Berufszufriedenheit mehr entgegenkommen als das bisherige Modell“ (S.608). Weiter werden von Brandhorst et al. (2017) die Einführung von Forschungs- und Entwicklungsbudgets zur Förderung von neuen Versorgungsformen, die Einrichtung einer Enquete-Kommission zur „Zukunft der Gesundheitsberufe und ihrer Integration durch den deutschen Bundestag und Ermöglichung gemeinsamer Ausbildungsgänge für Studierende und Auszubildende aller Gesundheitsberufe“ (S. 609) sowie die Regionalisierung der Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung empfohlen.

Vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit empirisch erhobenen Chancen, Perspektiven und Herausforderungen von Public Health liegt hier Entwicklungspotenzial für die Anschlussfähigkeit des Faches Public Health im Feld Pflege / Gesundheit.

An Ausbildungsstrukturen auf beruflicher und akademischer Ebene wurde durch das vorliegende Forschungsprojekt die Gestaltung von Lehrprozessen und bildungswissenschaftlicher Forschung empirisch erhoben. Hierbei wird Public Health als Klammer und „Nährboden“ über alle Gesundheitsprofessionen betrachtet. Zentrale Ergebnisse hierfür sind:

- Interdisziplinär mit fachspezifischer Vertiefung
- Abbrüche und Verbleib im Beruf (Alten/Pflege) analysieren
- Entwicklung von Gesundheitscampi Medizin / (Alten) Pflege / Gesundheitswissenschaften in gleichen Räumlichkeiten und Kursen / Einbeziehung von Hilfskräften
- Gemeinsame Ausbildungsinhalte für Pflegenden und Gesundheitswissenschaftler
- Ausbau der dualen Ausbildung und darauf aufbauend Studiengänge
- Ausbau der Kompetenzorientierung und Weiterentwicklung der Didaktik zur Umsetzung / Anwendung von Interprofessionalität
- Weiterentwicklung von Hochschulen und Fakultäten
- Bewältigung der curricularen, strukturellen und logistischen Herausforderungen
- Interprofessionalität als zentraler Baustein der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen.

Damit das Gelingen kann, werden der Ausbildung in Public Health eine bessere Studiengangskonturierung und eine Studiengangsentwicklung in Richtung stärkerer berufsbildungspolitischer Konzeption empfohlen. Diese Ergebnisse können einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Deutschen Gesellschaft für Public Health / Fachbereich Lehre liefern. Dieser ist seit 2017 neu organisiert und befindet sich im Aufbau. Im Mittelpunkt steht derzeit die Vernetzung mit und die Bedarfsermittlung von Studierenden an die Verbesserung der Lehre von Public Health (DGPH 2018). Die durch die vorliegende Forschungsarbeit erhobenen Kompetenzen und Anforderungsprofile könnten in die Weiterentwicklung der Didaktik von Public Health einfließen.

Mit den Ergebnissen dieser Arbeit kann Public Health einen bedeutsamen Beitrag zum Wandel der Versorgungsstrukturen leisten. Über die vorliegende Forschungsarbeit liegen konkrete und empirisch gestützte Hinweise und Empfehlungen vor, wie „ein intergriertes Versorgungskonzept (...) indikationsübergreifend und populationsbezogen organisiert [werden kann] und wie Versorgende über Sektoren und Versorgungsbereiche hinweg miteinander vernetzt“ (Koch, Schmiemann, Gerhardus 2017, S.135) und gesteuert werden können.

Im Folgenden werden die theoretischen Annahmen den Ergebnissen dieser Arbeit gegenübergestellt. Tabelle 76 zeigt, welche These bestätigt wurden und welche nicht:

**Tabelle 76: Bestätigung der Forschungsthesen**

These	Bestätigt	Nicht bestätigt
Interdisziplinarität in der gesundheitsbezogenen Forschung und Praxis ist ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen.	bestätigt	
Interdisziplinarität lässt sich aufgrund ungelöster Konflikte zwischen den an Gesundheit beteiligten Fächern, Disziplinen, Professionen nicht in ein allgemeingültiges methodisches und theoretisches Konzept fassen.		widerlegt
Wenn es Bedarfe in der Gesundheitsversorgungspraxis nach einer eng aufeinander abgestimmten Anwendung von Strategien und Interventionen unterschiedlicher Professionen zur Beantwortung zunehmend komplexer Problem- und Bedarfslagen gibt, dann kann Public Health geeignete Forschungsmethoden und -erkenntnisse sowie bedarfsgerechte Interventionen liefern.	bestätigt	
Public Health ist für die interprofessionelle Weiterentwicklung des Berufsfeldes Gesundheit geeignet.	bestätigt	
Wenn in einem stark arbeitsteiligen System zu klären ist, welcher Gesundheitsberuf für welche Aufgaben mit	bestätigt	



welchen Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung zuständig ist oder in der Zukunft zuständig sein sollte, dann ist die Anschlussfähigkeit von Public Health für Handlungsfelder im Berufsfeld Gesundheit zu klären.

Wenn der Begriff „Gesundheitsberuf“ einen Oberbegriff für die im Gesundheitsversorgungssystem tätigen Berufsgruppen darstellt, dann sind Public Health Professionals ein Teil davon.

widersprüchlich

Quelle: Eigene Darstellung

**These eins:** Interdisziplinarität in der gesundheitsbezogenen Forschung und Praxis ist ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen.

In der Identifikation und Beschreibung des „Verständnisses / Bedeutung von Public Health“ werden die Subkategorien in der fallvergleichenden Auswertung der Public Health Professionals, der Politik und der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter auf diese These zurückbezogen, weil Public Health als Rahmung und konsituierend für die Strukturentwicklung sowie zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit als auch die fachübergreifenden Kompetenzen zum Verstehen von (internationalen) Gesundheitssystemen und gesundheitspolitischen Entscheidungen eingestuft wird.

Im Zuge der Auswertung und Analyse der „grundsätzlichen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern“ aus Sicht der Public Health Professionals, aus Sicht der Berufsverbände und aus Sicht der Politik werden die Subkategorien „Systemwissen / Denken um das System des zu Behandelnden herum“, „Umfassendes Bild von Gesundheit / Spagat zwischen Spezialisierung und dem Gesamtbild“ und „Gesamtbetrachtung / Offenheit für andere Disziplinen“ auf diese These bezogen, weil nur mit dem Public Health zugeschriebenen ganzheitlich-gesellschaftlichen Blick auf die Herausforderungen des Versorgungssystems komplexe gesundheitliche Problem- und Bedarfslagen gelöst werden können.

Während der fallvergleichenden Auswertung des „Anforderungsprofils“ aus Sicht der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter wurden die Subkategorien „großes Fachwissen / Wissen um relevante Akteure“ dieser These zugeordnet, weil die Kernkompetenzen Kommunikation und Kooperation wesentliche Voraussetzung zur Lösung komplexer

Bedarflagen sind. Aufgrund der Datenlage wird These eins bestätigt. Inwiefern These zwei bestätigt, widersprüchlich, nicht einzuordnen oder neu ist, wird im Folgenden analysiert.

**These zwei:** Interdisziplinarität lässt sich aufgrund ungelöster Konflikte zwischen den an Gesundheit beteiligten Fächern, Disziplinen, Professionen nicht in ein allgemeingültiges methodisches und theoretisches Konzept fassen.

Aufgrund der fallvergleichenden Analyse der „Bedeutung von Public Health“ werden aus Sicht der Politik die Subkategorien “Gesundheitswissenschaften als strittiger Überbegriff“ / „keine eigene Wissenschaftsdiziplin“ / „unspezifische Definition“ dieser These zugeschrieben.

Aus den empirischen Ergebnissen lassen sich Hinweise zur gelingenden Interdisziplinarität ableiten. Beispielsweise liefern die zugeschriebenen Kompetenzen Hinweise für Gelingensfaktoren. In Kapitel sieben wird ein Modell gelingender Interdisziplinarität entwickelt, deshalb wird diese These widerlegt. Der nächste Abschnitt beinhaltet die Analyse der These drei.

**These drei:** Wenn es Bedarfe in der Gesundheitsversorgungspraxis nach einer eng aufeinander abgestimmten Anwendung von Strategien und Interventionen unterschiedlicher Professionen zur Beantwortung zunehmend komplexer Problem- und Bedarfslagen gibt, dann kann Public Health geeignete Forschungsmethoden und -erkenntnisse sowie bedarfsgerechte Interventionen liefern.

Dieser These werden mittels der Fallvergleiche zur Bedeutung von Public Health Subkategorien aus den Fällen Berufsverbände und Politik zu sortiert. Der Sichtweisen der Berufsverbände und Arbeitgeber / Berufsvertreter mit der Einschätzung von Public Health als “sehr weite Sichtform von Pflege“ / gesellschaftlicher Anspruch“ bzw. „eingebettet in das ganze Gesundheitswesen und in die Gesellschaft“ folgend, liesse sich ein Hinweis zur Bestätigung dieser These begründen. Die Perspektive der Politik von Public Health als „Unwissen über Public Health / Konzept nicht bekannt / geringe Präsenz“ gegenüberstellend, wird diese These aufgrund der Datenlage zunächst als widersprüchlich eingestuft.

Den Fallvergeich zu grundsätzlichen Kompetenzen der Fälle Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter, Public Health Professionals, Berufsverbänden und Politik folgend, lassen sich Subkatgeorien bestimmen, die dieser These zugeordnet werden: Aus den Fällen der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter werden hierfür die Subkategorien Zusammenarbeit / zielgruppenspezifische Kommunikation / Schnittstellenkommunikation / Verhandlungen mit

öffentlichen Akteuren / analytischer Blick auf Entwicklungen herangezogen. Für die Fälle der Public Health Professionals werden die Subkategorien Kenntnis von Determinaten / Informationslieferant / kritische Reflektionskompetenz / Vorbereitung von Interventionen / Monitoring und Screening der These drei zugeordnet. Aus Sicht der Berufsverbände werden die Subkategorien Kenntnis von Abläufen im Gesundheitswesen / Management von Gesundheitskonferenzen und Case Management / Akteure zusammenbringen dieser These subsumiert. Mit Blick auf die Fallvergleiche aus der Politik kommen die Subkategorien Nutzung von Synergieeffekten aus verschiedenen Disziplinen / Offenheit für andere Disziplinen / Einordnung von Fachwissen / Beratung von der Theorie zur Praxis in Betracht.

Mittels des Fallvergleichs zum Anforderungsprofil der Fälle der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter werden die Subkategorien übergreifendes Pflegeverständnis / großes Fachwissen / Verstehen von Prozessen / Wissen um relevante Akteure dieser These zugeschrieben. Darüber liegen in Rückbezug zu den grundsätzlichen Kompetenzen und zur Bedeutung von Public Health Hinweise dafür vor, dass Public Health das erforderliche Anforderungsprofil abdecken kann.

Aufgrund der Datenlage wird die These drei bestätigt. Die Analyse der These vier erfolgt im nächsten Abschnitt.

**These vier:** Public Health ist für die interprofessionelle Weiterentwicklung des Berufsfeldes Gesundheit geeignet.

Die Fallvergleiche der Kategorien Bedeutung von Public Health, grundsätzlicher Kompetenzen und Anforderungsprofil hat Subkategorien ermittelt, die dieser These zugeordnet werden können. Aus der Bedeutung von Public Health können für die Fälle der Public Health Professionals die Subkategorien Perspektiverweiterung / Denken in Bevölkerungsgruppen / Maßnahmen und Interventionen angeführt werden. Für die Berufsverbände die Subkategorien umfangreiche Pflege über Sektorengrenzen hinweg / Ausrichtung der Gesundheitsversorgung / Aufweichen der Sektorengrenzen / Paradigmenwechse durch Public Health / professionelle Pflege über alle Sektoren hinweg / öffentlicher Gesundheitsdienst als Kümmerer / Inhalt der pflegereichen Ausbildung. Für die Arbeitgeber / Berufsvertreter die Subkategorien Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe / Weiterentwicklung der patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Subkategorien aus der Bewertung der grundsätzlichen Kompetenzen sind die Perspektive der Arbeitgeberverbände / Berufsvertreter mit der Einschätzung „Denken und Handeln über Sektoren hinweg / Bedeutung von fachübergreifenden Kompetenzen in der Pflege durch die generalistische Ausbildungsreform / Bedarfe in der Pflege“.

Die Inhaltsanalyse der Kategorie Interprofessionelles Handeln ergab die Subkategorien „Koordination und Steuerung der Verzahnung der verschiedenen Professionen in der (Alten) Pflege und gemeinsame Strategien für komplexe Gesundheitsprobleme“. Unter Berücksichtigung der erhobenen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern, wird diese Einschätzung der These vier zugeordnet.

Mittels der Inhaltsanalyse der Kategorie Arbeiten in multiprofessionellen Teams konnten Chancen für Public Health in Form der Implementierung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen und der Leitung und Steuerung durch Public Health Experten eruiert werden. Als Perspektiven wurden die Konzeptionierung von settingspezifischen lebenslaufbezogenen Versorgungsangeboten und die gesundheitsbezogene Ausgestaltung in kleinräumigen Kontexten erhoben, die unter der These vier zu subsumieren sind.

Im Hinblick auf Schnittmengen von Gesundheitswissenschaften mit der Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege) lassen sich die inhaltsanalytisch erhobenen Perspektiven der gemeinsamen Modellprojekte zur Verzahnung von medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Versorgung, der Konzeptentwicklung durch Gesundheitswissenschaftler zum Transfer in die Praxis (Verzahnung von stationärer mit ambulanter Versorgung und fachmedizinischer Betreuung in der Häuslichkeit) und der Steuerungsaufgaben im Bereich Gesundheit sowie die ermittelten Chancen von Public Health im Bereich „Gesundheitsförderung und Beratung von Stakeholdern oder von Planungseinrichtungen“ dieser These zuordnen.

Das Ergebnis der Inhaltsanalyse der Kategorie „Anteil von Public Health an der Akademisierung der Pflege“ sieht Public Health als sehr gute Schlüsselqualifikation um Professionen miteinander zu verbinden und in der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Stadt / Gemeinde über alle Lebensphasen hinweg. Beides wichtige Komponenten zur Weiterentwicklung des Berufsfeldes Pflege. Damit kann These vier mittels der Datenlage als bestätigt eingestuft werden. Im folgenden Abschnitt wird These fünf analysiert.

**These fünf:** Wenn in einem stark arbeitsteiligen System zu klären ist, welcher Gesundheitsberuf für welche Aufgaben mit welchen Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung zuständig ist oder in der Zukunft zuständig sein sollte, dann ist die Anschlussfähigkeit von Public Health für Handlungsfelder im Berufsfeld Gesundheit zu klären.

Mittels der Fallvergleiche, Fallkontrastierungen und Inhaltsanalysen der ausgewerteten Kategorien konnte herausgearbeitet werden, dass mit Public Health Chancen und Perspektiven zur Anschlussfähigkeit im Berufsfeld Gesundheit verknüpft werden. Zu nennen hierbei sind die Felder:

- Neue bedarfsgerechte Kooperationsformen,
- Organisation von Quartiersarbeit zum Abbau von Singularisierungstendenzen älterer Menschen,
- Gemeinsame Modellprojekte zur Verzahnung von medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Versorgung,
- Gesundheitsförderliche Gestaltung von Stadt / Gemeinde über alle Lebensphasen,
- Gesundheitswissenschaften als Klammer und „Nährboden“ über alle Gesundheitsprofessionen,
- Schnittstellenmanagement und Entwicklung von Schnittstellenfunktionen,
- Prozessuale Fragestellungen zur Überwindung der Sektorengrenzen.

Demgegenüber steht die inhaltsanalytische Einschätzung der Kategorie „Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt“ als „noch nicht gelebt und verankert im Gesundheitssystem“, „weniger konkreter Beschäftigungsfelder“ und „Gesundheitswissenschaften am Markt nicht bekannt“.

In Verbindung mit der Kategorie „Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen“ wird die These fünf bestätigt. Voraussetzungen hierfür sind sowohl die Stärkung des Faches durch eine bessere Studiengangskonturierung und durch stärkere berufsbildungspolitische Konzeption als auch ein normativer Diskurs über Gesundheit. Dann kann es gelingen, Public Health zur „Klammer über die verschiedenen Gesundheitsprofessionen“ werden zu lassen. Abschliessend wird These sechs analysiert.

**These sechs:** Wenn der Begriff „Gesundheitsberuf“ einen Oberbegriff für die im Gesundheitsversorgungssystem tätigen Berufsgruppen darstellt, dann sind Public Health Professionals ein Teil davon.

Die Fallvergleiche und Fallkontrastierungen der Fälle Public Health Professionals und Politik schreiben Public Health keine Bedeutung als relevante Berufsgruppe im System der Gesundheitsversorgung zu. Diese Einschätzung erfolgt aufgrund der ermittelten Subkategorien der Bedeutung von Public Health mit geringer Bedeutung / geringer Berücksichtigung / als Hilfskonstruktion / als keiner eigenen Wissenschaftsdisziplin / als fraglicher Public Health Praxistauglichkeit und keinem eigenen Berufs- und Handlungsfeld bzw. einer nicht gegebenen Berufsbefähigung / unkarem Tätigkeitsbild.

Demgegenüber werden Schnittmengen von Gesundheitswissenschaft zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege) anhand der folgenden ermittelten Aspekte (Subkategorien) gesehen: Schnittmengen zum Bachelor Gesundheitswissenschaften, wissenschaftlicher Zugang zum Gesundheitsfeld, zum Gesundheitswesen oder zu Handlungsfeldern der Gesundheit sowie einem gemeinsamen Austausch über die Versorgungsforschung und -praxis.

Es konnte ein Anteil von Public Health an der Akademisierung der Pflege erhoben werden. Als Anknüpfungspunkte von Gesundheitswissenschaften wird Public Health als Bodenbereiter für Public Health Nursing und community Health Nursing, die Überschneidungen durch Case Management, Prävention und Beratung sowie Public Health als Bestandteil von Pflegeforschung angeführt. Eine stärkere Rückkopplung an den Arbeitsmarkt wird als notwendig angegeben.

Chancen und Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit werden über die Gestaltung von Gesundheit und interdisziplinären Problemlösestrategien zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Sicherstellung der zielgruppenspezifischen Versorgung im Alter über Schnittstellenfunktionen gesehen. Anforderungen liegen in der besseren Sichtbarkeit und Vermarktung von Public Health für den Arbeitsmarkt Gesundheit, weil der Arbeitsmarkt Public Health als unsichtbar eingeschätzt wird.

Die Ergebnisse der Kategorie Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit / Empfehlungen verstärken die bisher widersprüchliche Beantwortung der These sechs. Folgende Aspekte / Subkategorien konnten inhaltsanalytisch ermittelt werden:

- Bessere Studiengangskonturierung,
- Stärkere Differenzierung Public Health und Gesundheitswissenschaft nach internationalen Vorbildern,
- Lösung der Passigkeitsprobleme,

- Empfehlungen zur Studiengangsentwicklung in Richtung stärkerer berufsbildungspolitischer Konzeption,
- Klammer über die verschiedenen Gesundheitsprofessionen,
- Fundament für Interdisziplinarität.

Public Health als (Gesundheits) Beruf ist widersprüchlich zu betrachten.

Im nächsten Schritt der Diskussion der Ergebnisse erfolgt der Rückbezug zu der zentralen Fragestellung des vorliegenden Forschungsprojektes.

Der Dissertation lagen folgende zentralen Fragestellungen zugrunde:

1. Welche Chancen und Perspektiven hat Public Health für den Gesundheitsmarkt?,
2. Gibt es einen Mehrwert von Interdisziplinarität?,
3. Worin besteht der Mehrwert von Interdisziplinarität gegenüber Spezialisierung?,
4. Inwiefern gibt es eine Diskrepanz zwischen den Bedarfen an Public Health aus der Perspektive von Arbeitsmarkt-Akteuren und eines gesellschaftlichen Bedarfes an Public Health aus Wissenschaftsperspektive? und
5. dominiert der Trend zur Spezialisierung oder zur interdisziplinären Ausbildung im Zeichen Lebenslangen Lernens als Fundament gelungener Spezialisierung?

Zu 1.

Auf Basis der eruierten Ergebnisse liegen die Chancen und Perspektiven für Public Health für den Gesundheitsmarkt in der Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg. Public Health bringt dafür die grundsätzlichen Kompetenzen der Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation mit und kann einen Beitrag zur Verzahnung verschiedener Professionen leisten. Darüber hinaus gilt Public Health als geeignet zur Entwicklung gemeinsamer Strategien für komplexe Gesundheitsprobleme. Public Health Experten werden in der Koordination, Moderation und Steuerung multiprofessioneller Teams gesehen, insbesondere in den Feldern Abbau von Singularisierungstendenzen von älteren Menschen und in kleinräumigen settingspezifischen lebenslaufbezogenen Kontexten.

Zu 2. und zu 3.

Insbesondere die Ergebnisse der Kategorie Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen zeigen den Mehrwert und die wachsende Bedeutung von Interdisziplinarität für den Gesundheitsmarkt auf. Der Mehrwert von Interdisziplinarität liegt in der Überwindung von Versorgungsbrüchen an Schnittstellen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit durch die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Der Mehrwert gilt als unumstritten. Dafür kann die Interdisziplinarität von Public Health einen Beitrag zu einem Paradigmenwechsel hin zum Aufweichen der Sektorengrenzen liefern. An Kompetenzen kann Public Health die zentralen Skills Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation beisteuern. Die Chancen liegen in der Steuerung und Koordination neuer produktiver, bedarfsgerechter Kooperationsformen und der Implementierung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen.

Zu 4.

Es kann eine Diskrepanz zwischen den Bedarfen des Arbeitsmarktes Gesundheit an Public Health und den Bedarfen aus Wissenschaftsperspektive festgestellt werden. Diese äußert sich vornehmlich in der Unabhängigkeit von Wissenschaft und wirtschaftlicher Nähe. Deckungsgleichheit besteht in der Stärkung des Faches Public Health, in der Bedeutung der Interdisziplinarität von Public Health zur Veränderung des Gesundheitssystems.

Die Diskrepanzen lassen sich über die ermittelten Anforderungen an Public Health abbilden.

Diese werden über die folgende Übersicht dargestellt:

Wenig bekannt
Keine eigene Wissenschaftsdisziplin
Anschlussfähigkeit zu klären
Strittiger Oberbegriff
Unklares Tätigkeitsbild
Mangelnde Praxisnähe
Gestaltung von Lehrprozessen und bildungswissenschaftlicher Forschung
Anerkennung von Handlungskompetenzen von Public Health weiterdenken
Beharrungsvermögen der Medizin aufheben
Prominente Verankerung der erweiterten bevölkerungsbezogenen Sichtweisen von Gesundheit
Beantwortung der Frage nach der Nutzbarkeit
Berücksichtigung des Marktes



Stärkere Einbeziehung der Gesamtbevölkerung erforderlich
Stärkere Rückkopplung an den Arbeitsmarkt notwendig
Unsichtbarer Bereich

Zu 5.

Die Fragestellung 5.) kann aufgrund der ausgewerteten Daten nicht vollständig beantwortet werden. Aus dem Datenmaterial geht hervor, dass eine interdisziplinäre Ausbildung immer bedeutsamer wird, um den komplexen Herausforderungen im Gesundheits- und Versorgungssystem gerecht zu werden. Deutlich wird aber auch, dass hierfür entsprechendes Fachwissen und curriculare und didaktische Konturierungen der hochschulischen Ausbildungen im Bereich Gesundheit unerlässlich sind.

Die Diskussion der Ergebnisse abschliessend, wird im Folgenden untersucht, inwiefern die Untersuchungsziele und erwartbaren Ergebnisse erreicht werden konnten.

Mit der vorliegenden Arbeit wurden die Untersuchungsziele 1) Schärfung des Public Health Profils und 2) Anschlussfähigkeit von Public Health im Berufsfeld Gesundheit verfolgt. Die gewählte Methodik (Sample, qualitative Erhebung, Fallvergleiche, Fallkontrastierung und Inhaltsanalyse) konnten Aussagen zur Notwendigkeit und Anforderungen zur Schärfung des Public Health Profils für das Berufsfeld Gesundheit liefern. Ebenso liegen mit dieser Arbeit Hinweise zur Anschlussfähigkeit von Public Health im Berufsfeld Gesundheit vor. Als erwartbare Ergebnisse wurden a) die (Weiter) Entwicklung der Public Health-Ausbildung, b) Handlungsempfehlungen interdisziplinärer Lehre und c) Erwartungen und Anforderungen an Public Health formuliert. Unter Berücksichtigung der Fokussierung auf den Arbeitsmarkt Gesundheit liegen hierzu Ergebnisse vor.

In Kapitel sieben werden daraus Schlussfolgerungen über die Akzeptanz von Public Health im Berufsfeld Gesundheit gezogen.

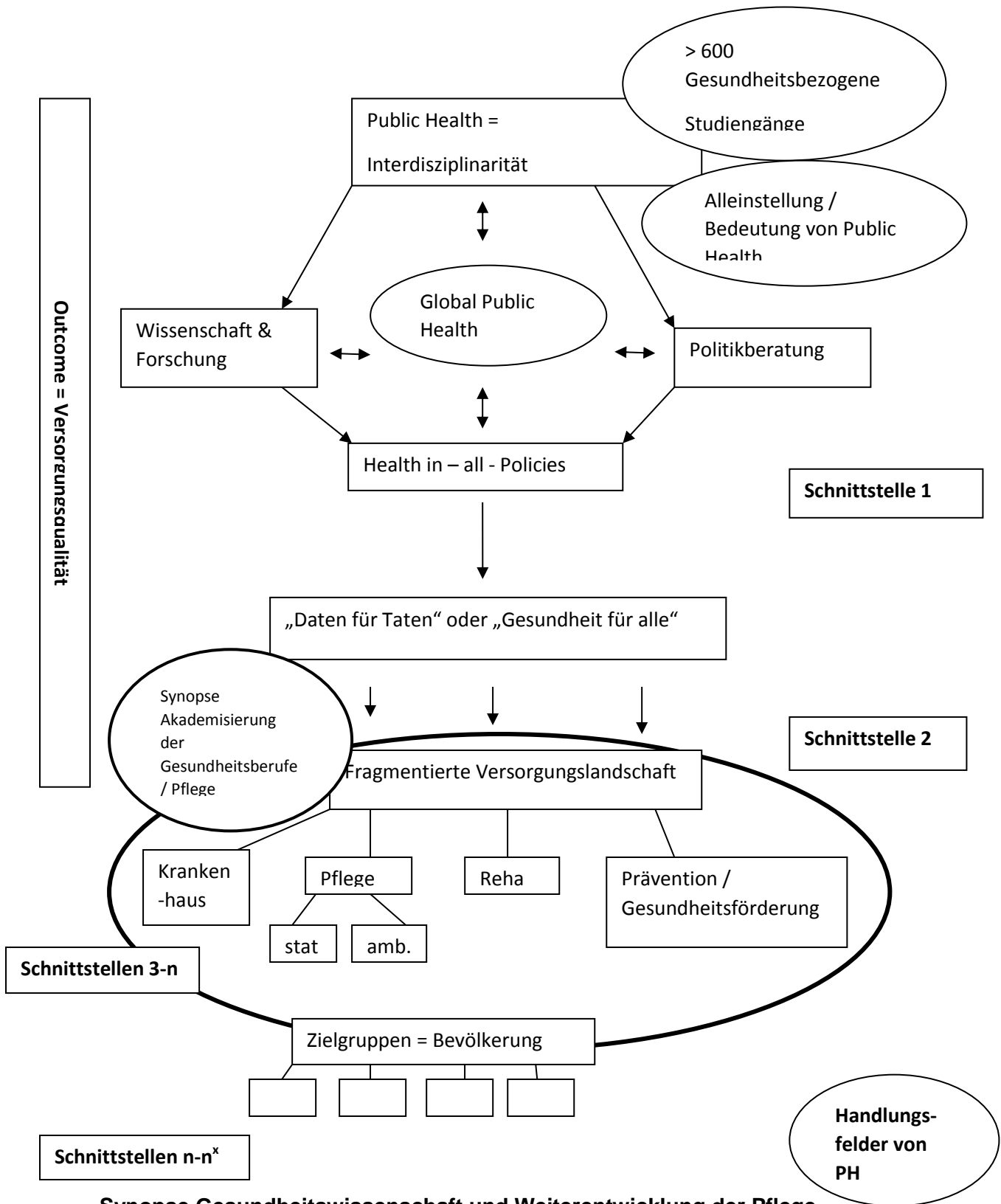
## 7. Akzeptanz von Public Health im Berufsfeld Gesundheit – Schlussfolgerungen

Bestehende Netzwerke funktionieren aufgrund der unterschiedlichen Interessen und Konkurrenzen der Stakeholder nicht. Im Folgenden werden der Aufbau eines funktionalen Netzwerkes und Regelungen neuer Formen der Zusammenarbeit abgeleitet, um die Versorgungsbrüche an den Schnittstellen im Handlungsfeld Pflege zu schliessen. Gebraucht werden „Entscheidungsträger, die nicht nur ihr Alltagsgeschäft beherrschen, sondern in der Lage sind, die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems immer wieder und grundsätzlich in Frage zu stellen“ (Baas 2017, S. 315). Public Health liefert hierfür bereits wertvolle Daten und Forschungsergebnisse vornehmlich für Wissenschaft, Forschung und Politikberatung. Public Health ist interdisziplinär und verfolgt eine Health in – all – Policies-Strategie. Durch Daten sollen Taten oder Gesundheit für alle geschaffen werden. Dies sind gute Voraussetzungen aus Schnitt- Nahtstellen werden zu lassen:

*„Ein ganz wichtiges Thema der Zukunft [ist] wirklich dieses Networking, dieses Akteure zusammenbringen, z.B. Gesundheitskonferenzen: wer ist eigentlich der Kümmerer des Ganzen? Wer bringt es zusammen? Oder Case Management, Gesundheitsversorgung in Kommunen, dann ist das eigentlich vor allen Dingen die Kompetenz, die Akteure zusammenzubringen (S.3, Z.84-97)“.*

Abbildung acht zeigt ein in Zukunft immer wichtiger werdendes Handlungsfeld auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit. Konstantiert wurden Brüche zwischen Forschungsergebnissen, Politikberatung und der fragmentierten Versorgungslandschaft bis hin zur Bevölkerung. Mit einer verbesserten Kommunikation an den Schnittstellen von der Makro- bis hin zur Bevölkerungsebene kann Public Health durch ein gelingendes Schnittstellenmanagement zu einem verbesserten Outcome in der Versorgungsqualität beitragen.

Abbildung 21 Handlungsfelder von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit



Synopse Gesundheitswissenschaft und Weiterentwicklung der Pflege –

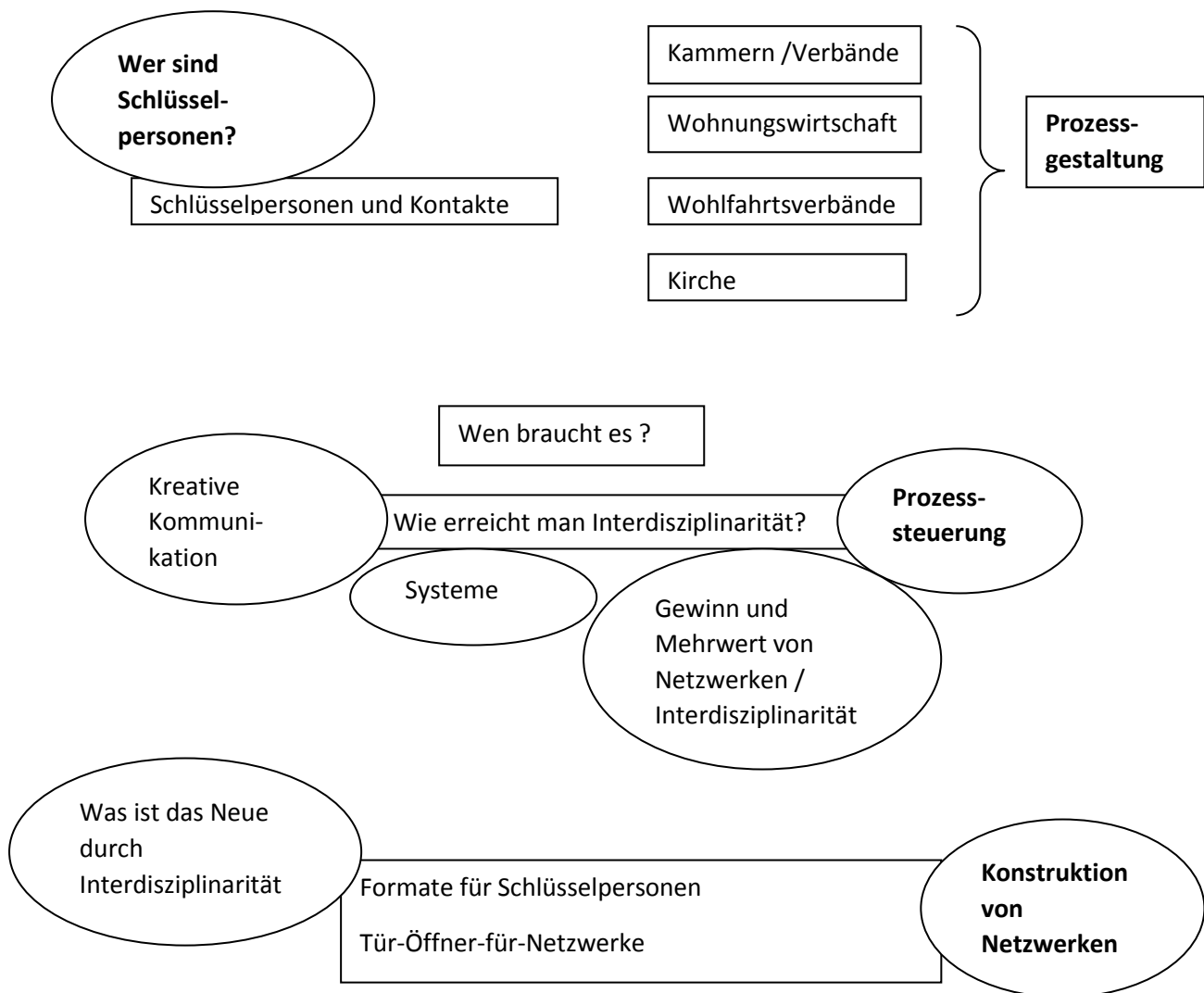
Schnittstellenkommunikation von der Makro- zur Bevölkerungsebene – ein Kreislauf von Top-Down zu Bottom-up und zurück

Quelle: Eigene Darstellung

Aus Anbietersicht liegen die Vorteile solch eines Schnittstellenmanagements in Wettbewerbsvorteilen. Aus Nutzerperspektive wird dieser verstärkt in den Mittelpunkt des Versorgungssystems gerückt (Knieps 2017 / Baas 2017). Hierfür sind politische Veränderungen unerlässlich. Anzuführen sind die Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes, Reformen in der Neuordnung von Versorgungsstrukturen und –prozessen wie z. B. der gezielte Ausbau kooperativer Organisations- und Betriebsformen, die Verbesserung der Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen oder die Einbindung neuer Player im Gesundheitswesen mit Managementkompetenzen (Knieps 2017).

Für das Handlungsfeld „Zusammenbringen von Akteuren“ im Feld Gesundheit bringt Public Health eine Reihe an Chancen und Potenzialen mit. Zur Herstellung eines gelingenden Netzwerkes ist das Wissen um die Stakeholder unerlässlich. In Abbildung 22 werden die wesentlichen Schlüsselprozesse der Prozessgestaltung und –steuerung aufgezeigt. Public Health bringt wesentliche Kompetenzen zur Konstruktion von Netzwerken mit (vgl. Kapitel 5.7):

Abbildung 22 Handlungsfeld Zusammenbringen von Akteuren



Quelle: Eigene Darstellung

In Kapitel 7.1 werden die Public Health Expertisen auf die Überwindung der Sektorengrenzen im Bereich Pflege übertragen.

## 7.1 Steuerung von Sorgenetzwerken und erforderliche Kompetenzen im Handlungsfeld Interdisziplinarität - Überwindung von Sektorengrenzen im Bereich Pflege. Ein Beitrag zum fehlenden Care- und Case-Management

Der Netzwerkforschung und dem aktuellen Forschungsstand zu Kooperations- und Integrationsformen im Gesundheitssystem folgend, lässt sich gelingende Interdisziplinarität über Settings und Prozesse herstellen. Voraussetzung hierfür sind theoretische und praktische Kenntnisse von Akteuren. Wichtig ist es, eine gemeinsame Haltung und Selbstverständnis zu erzeugen. Dafür ist es unerlässlich, Grenzen von Sektoren zu erkennen. Wichtige Kompetenzen hierfür sind das Aushandeln von politischen Prozessen bzw. politische Kommunikation und nicht zuletzt Kenntnisse und Fertigkeiten des Projektmanagements und der Koordination. Hierfür wird Public Health im Folgenden in das Konzept der sorgenden Gemeinschaft nach Klie (2018) eingebettet. Danach besteht der Wohlfahrtsauftrag in der sorgenden Gemeinschaft. Dieser wird über den Welfare-Mix aus Markt, Staat, Kommune und Zivilgesellschaft gewährleistet. Public Health wird als öffentliche Gesundheitsfürsorge definiert. Damit liegt Public Health ein Wohlfahrtsauftrag im Segment Staat / Kommune inne (Vgl. Klie 2018). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit werden auf Netzwerke, Stakeholder und Empfehlungen für Träger von Pflegeeinrichtungen sowie für die Politikberatung zur Aufhebung der Versäulung und Entwicklung zukunftsfähiger Strukturen übertragen. Ausgangspunkt ist eine stationäre Einrichtung als Säule im Quartier, die verschiedene Angebote zu den Bausteinen Freizeit und Kulturarbeit, Beratung, Versorgung / Pflege und Betreuung, Gesundheit und Technik vorhält. Public Health eignet sich zur bereichsübergreifenden Dienstleistungsentwicklung von Netzwerken und Kooperationen der o.g. Bausteine für das Quartier. Der Auftrag erfolgt aus der Wohlfahrt heraus als intermittierender Dienstleister:

## **Empirische Ableitung einer exemplarischen Stellenbeschreibung für einen Public Health Experten zur Überwindung der Sektorengrenzen im Bereich Pflege als Beitrag zum fehlenden Care- und Case-Management**

Versorgungsbrüche im Gesundheitssystem sind unumstritten. Bedarfe nach gelingender Kooperation und Integration sind formuliert (Brandhorst et al. 2017, BMFSFJ 2017). Handlungsfelder von Public Health im Gesundheitsmarkt sind unklar – die Potenziale dafür sind da (vorliegende Arbeit). Auf der Grundlage der Ansätze der sorgenden Gemeinschaft und des Welfare-Mixes (Klie 2018, Büscher 2018) werden die erhobenen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern geclustert und ein Netzwerkbaustein Versorgung / Pflege und Betreuung abgeleitet. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit werden auf den Standardprozess von Netzwerkphasen von Howaldt / Ellerkmann (2011) übertragen. Für einen idealtypischen Netzwerkprozess legen Howaldt / Ellerkmann (2011) die sechs Phasen Idee, Aufbau, Konstituierung, Arbeitsphase sowie Controlling / Evaluation als auch Metamorphosen zugrunde. Entwickelt wird ein Netzwerk bereichsübergreifender Dienstleistungen am Beispiel Pflege. Ziel ist der Aufbau eines Netzwerkes Pflege durch einen Public Health Experten. Hierbei wird Public Health als Stabstelle zur Unternehmensentwicklung eines Wohlfahrtsträgers gedacht. Damit wird ein eigener Beitrag zur Beantwortung der Kritik an den Modellen der Interdisziplinarität aus Kapitel drei der vorliegenden Arbeit geleistet. Berücksichtigt werden die von Dietrich / Znotka (2017) und Schulte et al. (2017) formulieren Herausforderungen zur Gestaltung eines tragfähigen „Geschäftsmodells von Versorgungsinnovationen“ (S.162): Vertrauensvolle und enge Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, Aufbau einer entsprechenden Vernetzunginfrastruktur, rechtliche Aspekte und Aspekte wie Kooperationen zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Sektoren aufgebaut werden können sowie des „Managements und die Verknüpfung der Interessen der verschiedenen Stakeholder von den Professionen über Anbieterorganisationen bis zu Bevölkerungsgruppen“ (Schulte et al. 2017, S. 548). Mit der Public Health Expertise können den von Schulte et al. (2017) formulierten „generalisierbaren Empfehlungen der Accountable Care- Bewegung [nach] einer stärkeren Fokussierung auf eine sektoren- bzw. systemübergreifenden Populationsorientierung in der Gesundheitsversorgung, der kontinuierlichen Verbesserung der Datenanalytik und Erfolgsmessung, einer Verpflichtung zur Evaluation und Transparenz von Ergebnissen sowie der Schaffung von Anreizen zu verstärkter Kooperation im Behandlungsprozess“ (S.547) begegnet werden:

## **Exemplarischer Netzwerkbaustein Versorgung / Pflege mit exemplarischen Aufgaben eines Public Health Experten:**

In einem ersten Schritt wird die Phase mit dazu gehörenden Unterpunkten benannt und daran anschließend die Aufgaben des Public Health Experten exemplarisch beschrieben.

### **Phase 1 Idee:**

- a) Klärungsprozess: Grundlagen / Leitlinien des Motors (z.B. Wohlfahrtsträger) benennen, Problemlage erkennen, Mangel: Versorgung in der Pflege vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels verbessern, Herausforderungen aus dem demografischen Wandel (Multimorbidität, Singularisierung), Public Health Experten als Systemiker: gesellschaftlichen Auftrag herleiten bezogen auf das Quartier und auf den Sozialraum. Legitimation: Strategie. Refinanzierung von Steuergeldern: Da-Seins-Vorsorge, Wohlfahrtsauftrag.
- b) Ziele: vulnerable Zielgruppen im Sozialraum benennen: z. B. multimorbide, alleinlebende Frauen und deren besondere Merkmale benennen:  
Sicherheit, einfache Wege, Ansprechpartner, regelm. Kontakt, personelle Kontinuität in der pflegerischen Versorgung, Erkennen von Risiken, Sorge- und Verantwortungsteilung, gute ärztliche Versorgung, Empowerment und Partizipation, tragfähiges Netz zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, frühzeitige Sicherstellung und Evaluation der Versorgungsanlässe
- c) Stakeholder / Akteure des Netzwerkes benennen: z.B. Kirchengemeinde, Anbieter von Versorgungs- und Betreuungsleistungen (ambulant, stationär, Überleitung, Hausnotruf, Ehemamtliches Netzwerk, Pflegeberatung), Nachbarschaft, Vereine (Soziales Kapital, soziale, infrastrukturelle und persönliche Ressourcen)
- d) Vorüberlegungen Struktur / Arbeitsweise: Steuerungsgruppen (Metagruppe bestehend aus den Entscheidern) und Arbeitsgruppen aus c), Sprecher / Moderator, evtl externer Berater, Experten
- e) Arbeitsweise: Kick-Off, Jahresplanung, Projektmanagement, Steuerung und Moderation
- f) Chancen / Risiko: Konkurrenzen analysieren, Alleinstellungsmerkmal definieren, Mehrwert bestimmen, Erreichbarkeit der Zielgruppe (Präventionsdilemma), Nachhaltigkeit und Verbindlichkeit des Netzwerkes, Verbindlichkeiten aufrechterhalten, Stärken-Schwächen analysieren, Mileuspezifische Zugänge, Mangel an Strategischem Denken, Verstrickungen in operativen Alltagsfragen, wer ist das zivile gesellschaftliche Gegenüber: im ländlichen Raum: genügend Sozialkapital vorhanden, städtisch: Kenntnisse vorhanden?



## **Phase zwei Aufbau:**

a) Vorgespräche mit Multiplikatoren / Leitpartnern (Konkretisierung der Idee):

Vorstellung des Grundkonzeptes bei den (genderspezifischen) Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen, Kranken- und Pflegekassen, Pflegeberatung, Stadt / Kommune / Land, der Zielgruppe / Selbsthilfegruppe und Frauennetzwerken sowie zielgruppenspezifische Stiftungen, Verständigung auf gemeinsame Ziele und Ableitung von Aufgaben, Haltung und Selbstverständnis

b) Partnersuche: Schneeballsystem aus a), persönliche Gespräche, Aushandeln von politischen Prozessen

c) Finanzierung (Eigenmittel, Beiträge Partner, Fördermittel):

Anschub aus der Wohlfahrt heraus als intermittierender Dienstleister,

Bei den gewonnenen Krankenkassen Forschungs- und Entwicklungs-Budget zur Förderung der neuen Versorgungsform beantragen (Vgl. Brandhorst / Hildebrandt 2017, S.610-611)

Beantragung von „Health Impact Bonds“, um privates Kapital für die gesamt-gesellschaftliche Wohlfahrt nutzbar zu machen (Vgl. Brandhorst / Hildebrandt 2017, S.610-611)

Beantragung einer direkten Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds bei erweiterten Befugnissen des „Gemeinsamen Landesgremiums“ für sektorenübergreifende Versorgungsfragen (§90a SGB V) (Vgl. Brandhorst / Hildebrandt 2017, S.611)

„Übergabe von definierten Regiefunktionen für Kommunen für Teilbereiche der Gesundheitsversorgung unbd der Langzeitpflege sowie der geriatrischen rehabilitation“ (Brandhorst / Hildebrandt 2017, S.610-611)

d) Weiterentwicklung der Konzeption: Konkretisierung aus a), Anwendung von Fachwissen auf aktuelle Kontexte und Ableitung von Handlungsempfehlungen

### **Phase drei Konstituierung:**

- a) Gründungsakt: die aus 2 a) und b) gewonnenen Netzwerkpartner leiten aus der kleinräumigen Sozialraumanalyse in einem Kick-Off-Workshop Determinanten zur Versorgungssituation alleinlebender multimorbiden Frauen und deren Versorgungsbedarfe ab, verständigen sich auf Interventionsmaßnahmen und vereinbaren Aufgaben und Angebote zur bedürfnisgerechten Versorgung
- b) Zielvereinbarung: die Netzwerkpartner vereinbaren eine Regelkommunikation und deren Evaluation, Ziel ist die Verbesserung der Versorgungssituation und die Übernahme in das Regelsystem
- c) Aufbau organisatorischer Strukturen: einen Moderator / Koordinator und eine Steuerungsgruppe aus je einem Vertreter der jeweiligen Akteure und der Zielgruppe bestimmen, Projektleiter und Multiplikatoren benennen, Bearbeitungsinhalte auf den Ebenen Steuerung, Angebot und Evaluation bestimmen, regelmäßige politische Kommunikation definieren
- d) Spielregeln der Kooperation: Meilensteine und Zeitleiste bestimmen, Form der Zusammenarbeit festlegen, Vereinbarungs-, Kommunikations- und Eskalationsmatrix bestimmen
- e) Leitbildentwicklung: gemeinsame Ziele und Strategien, Nachhaltigkeit, Fehlerkultur, Haltung und Selbstverständnis, Grenzen
- f) Außendarstellung: Neue bedürfnisgerechte Versorgungsform, Versorgung aus einer Hand, Darstellung im Sozialraum, Darstellung zur Kundenaquise, Darstellung als politischer Beitrag zur Überwindung der Sektorengrenzen, Marketing-Mix

#### **Phase vier Arbeitsphase:**

- a) Arbeitsteilige Bearbeitung der Ziele: Mitarbeiter für die Durchführung der Angebote festlegen, einen Sprecher für die Steuerungsgruppe bestimmen, einen politischen Akteur benennen, Wirksamkeits- und Bedarfsanalysen regeln. Durchführen, auswerten und Arbeitspakete anpassen
- b) Entwicklung geeigneter Arbeitsformen: innerhalb des Angebotsbaustein, zwischen den Bausteinen, mit dem Sozialraum, mit den Netzwerkpartnern, mit Kostenträgern und politischen Entscheidungsträgern
- c) Aufbau von Beratungs- und Dienstleistungsbeziehungen: Koordination, Moderation und Steuerung durch den Public Health Experten, Steuerungsberatungen implementieren, Formen der Prozessbegleitung bestimmen
- d) Durchführung von Veranstaltungen, Workshops, Qualifizierungsmaßnahmen: in den Bausteinen, zwischen den Bausteinen, Fachthemen, Skilltraining
- e) Entwicklung gemeinsamer Produkte: Ausgestaltung der Module der neuen Pflegeversicherung nach Rothgang et al. (2018)
- f) Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, Marketing: im Sozialraum, in den lokalen und überregionalen Medien, in politischen Gremien, in Fachzeitschriften

#### **Phase fünf Controlling / Evaluation:**

- a) Begleitendes Controlling / Evaluation: mittels des Public Health Action Cycle (PHAC) führt der Public Health Experte regelmäßige Netzwerk- und Sozialraumanalysen durch und evaluiert die Angebote, um daraus kontinuierlich Handlungsempfehlungen abzuleiten. Voraussetzung: Berichterstattung, Datenerfassung und Monitoring. Die dazugehörigen Instrumente werden von dem Public Health Experten entwickelt, getestet, durchgeführt und ausgewertet.

### **Phase sechs Metamorphosen:**

- a) Überprüfung und Anpassung der Verbundziele und b) kontinuierliche Weiterentwicklung der Struktur und Spielregeln: auf der Grundlage von fünf a) moderiert und steuert der Public Health Experte diese Prozesse.
- b) Überführung zeitlich befristeter in dauerhafte Netzwerke: Aus den Ergebnissen von sechs a) entwickelt der Public Health Experte zusammen mit juristischer Beratung und unter Beobachtung politischer Entwicklungen c) den Aufbau rechtlicher Strukturen (Vereinsgründung, GmbH, etc.).

### **Kompetenzen zum Aufbau und zum Erhalt von Netzwerken**

Die Schnittstellenfunktion liegt im Management der sektoren-/ bereichsübergreifenden Dienstleistungen. Hierfür werden spezifische Kompetenzen benötigt. Diese werden von Nolte (2017) wie folgt benannt: „wirksame Strategien müssen viele Sektoren, von der Primärprävention und der kurativen Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung bis hin zur Langzeitpflege mit ihren verschiedenen Organisationsebenen, spezifischen Interessen- und Akteurskonstellationen sowie Finanzierungsmodalitäten zusammenführen“ (S.564), spezifische politische, wirtschaftliche und kulturelle Kontexte analysieren, verstehen und Handlungskonzepte zur erfolgreichen Implementierung übergreifender Strategien ableiten, regulatorische Rahmenbedingungen [schaffen], die Innovationen auf den verschiedenen Ebenen fördern“ (S.564), zur Übertragbarkeit neuer Formen der Leistungsvergütung auf das deutsche Gesundheitssystem, z.B. zur Einführung von bundled payments für ein definiertes Leistungspaket für die Versorgung chronisch Kranker aus den Niederlanden [forschen], kontinuierliche Evaluation neuartiger und innovativer Versorgungsmodelle und systematische Anwendung vorhandener Evidenz (Nolte 2017, S.564-565).

Das Verständnis, Wissen und Können von Public Health trägt kann zum Gelingen von Kooperation und Integration im Gesundheitssystem beitragen. Dafür werden die in dieser Arbeit erhobenen Kompetenzen von Gesundheitswissenschaftlern auf die Netzwerkphasen und Instrumente nach Howaldt / Ellerkmann (2011) übertragen (Tabelle 77):

**Tabelle 77: Übertragung der erhobenen Kompetenzen auf Netzwerkphasen / Instrumente**

<b>Phase</b>	<b>Instrumente</b>	<b>Erhobene Public Health Kompetenzen</b>	<b>Erhobene Anforderungen zur Bearbeitung komplexer Problemlagen</b>
1	Internes Brainstorming	Analytischer Blick auf Entwicklungen Fachübergreifendes Verstehen von (internationalen) Gesundheitssystemen und gesundheitspolitischen Entscheidungen	Einbeziehung des Umfeldes
	Kontaktgespräche	Zielgruppenspezifische Kommunikation	Offenheit für andere Perspektiven
	Netzwerkrecherche	Fachübergreifendes Denken und Handeln im Sinne von Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation	Systemisches Denken
	Potenzialanalyse	Anwendung von Fachwissen auf aktuelle Kontexte Ableitung von Handlungsempfehlungen	Reflektion von Verbindungselementen
2	Persönliche Gespräche	Verhandlung mit öffentlichen Akteuren und Institutionen	Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation
	Gründungsteam	Innovative Themen erkennen und erschließen Schwerpunkt	Berücksichtigung von Kontextfaktoren

		Problemlösevermögen	Zielgruppenspezifische Kommunikation, Didaktik
	Partnerprofil	Überleitungsmanagement / Casemanagement Denken um das System des zu Behandelnden herum	Systemisches Denken Offenheit für andere Perspektiven
	Öffentliche Veranstaltungen / Flyer	Systemkompetenz Verstehen von politischen Zusammenhängen Inhaltlich-fachliche Stärke	(politische) Kommunikation
3	Kick-Off-Workshop	Analyse und Diagnostik Kenntnis von Determinanten Kenntnis von Interventionsmaßnahmen	Zielgruppenspezifische Kommunikation, Didaktik
	Öffentlichkeitswirksamer Gründungsakt	Kommunikation von Kenntnissen Bedürfnisgerechte Versorgung	Kommunikation und Kooperation
4	Workshops	Generischer PHAC Informationen beschaffen, aufbereiten, schlussfolgern Lernen und Verstehen am Beispiel	Anwendung von Transferwissen Analyse und Verstehen Großes Fachwissen Analyse zur Strategie- und Konzeptentwicklung
	Erfahrungsaustausch	Lösung komplexer Problemlagen Kritische Reflektionskompetenz Umfassende Perspektive Populationorientiertes Monitoring und Screening Informationslieferant	Zielgruppen- / Patientenorientierung
	Kontinuierliche Arbeitskreise	Datenproduzent zur Konzeptentwicklung	Kernkompetenzen: gesundheitssystembezogene Kenntnisse,

			forschungsmethodische Kenntnisse, Kenntnisse um Forschungsergebnisse bewerten zu können, sich aktuellen Wissensstand aneignen können
	Personaltransfer	Zusammenführung verschiedener Disziplinen Durchführung von Interventionen und Leitung von Kampagnen	
	Medialer Informationsaustausch	Zusammenführung von Perspektiven und Wissensbeständen Sprachbeherrschung der unterschiedlichen Akteure	
	Beratung vor Ort	Generischer PHAC Edukative Kompetenz Problemlösevermögen	Aneignung von spezifischen Kompetenzen je Handlungsfeld
	Qualifizierung vor Ort	Lernen und Versehen am Beispiel	Verarbeitung großer Informationsmengen Sich tief in komplexe Sachverhalte eindenken
	Überbetriebliche Qualifizierung	Generischer PHAC Edukative Kompetenz Problemlösevermögen Vom fachspezifischen zum Gesamtzusammenhang	Praxistransfer
	Geschäftsbezogene Kooperation	Zusammenarbeit im Alltag mit unterschiedlichen Akteuren	Wissen um relevante Akteure
	Beratung / Coaching	Edukative Kompetenz	Überzeugungsfähigkeit / Verhandlungsgeschick
	Broschüren, öffentliche	Zusammenführung von	

	Veranstaltungen	Perspektiven und Wissensbeständen Sprachbeherrschung der unterschiedlichen Akteure	
5	Reflexiv monitoring	Generischer Public Health Action Cycle	Ständiges Monitoring
	Nutzwertanalyse	Wissen und Verstehen um das Zusammenwirken verschiedener Perspektiven Einordnung von Spezialwissen	Analysekenntnisse und –fertigkeiten
	Netzwerkcontrolling	Interdisziplinäres Denken als „Heimatdisziplin“ von PH-Professionals	Analysekenntnisse und –fertigkeiten
	Kollegiale Fallberatung	Kenntnis der Akteure & Abläufe im Gesundheitswesen Diagnostik von gesellschaftlichen Vorkommnissen Evidenzbasierte Ableitung von Handlungen	Empathie Vielfalt vereinbaren
	Scope	Generischer Public Health Action Cycle	Systematische Recherche, Analyse und Ableitung
6	Ideenwerkstatt	Kleinräumige Statistik Gesundheitsversorgung in Kommunen	Ableitung von Interventionen vor dem Hintergrund zunehmender Ökonomisierung Ableitungen von Interventionen bei Arbeitsverdichtung und Belastungen Strategien und Konzepte zur gelingenden Interdisziplinarität in der



			Praxis
	Steuerkreise Beratung	Management von Gesundheitskonferenzen	Managementkompetenzen
	Austausch in Networkern	Kleinräumige Gesundheitsplanung	Praxistransfer

Quelle: Eigene Darstellung

Hier schließt sich ein Transfer in die Organisationsentwicklung und -beratung der Praxis an, welcher im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht abschließend bearbeitet werden kann.

In Kapitel 7.2 werden Schlussfolgerungen für Ausbildung, Lehre und Didaktik gezogen.

## 7.2 Public Health in Ausbildung, Lehre und Didaktik

Der Wissenschaftsrat fordert Universitäten zum Umdenken auf. Von der Hochschulpolitik wird in Zukunft Empirie zum Mehrwert des Studiums eingefordert (Interview-Memo). Universitäten werden vor die Herausforderung gestellt werden, das Alleinstellungsmerkmal ihrer Studiengänge verstärkt belegen zu müssen. Zukünftig werden über die Schlüsselqualifikationen eines Faches die Fachkultur und somit die Fachkompetenzen bestimmt. Die fachkulturelle Ausprägung im Fach Public Health besteht in den Fächern Statistik, Epidemiologie und Evidenzbasierung. Diese Kompetenzen seien „*nötig für viele Berufsrollen*“ (Interview-Memo). Empfohlen wird deshalb, die Curricula besonders unter der Berücksichtigung beruflicher Qualifikationen weiter zu entwickeln. Deshalb sollte die Frage nach *Wie können Universitäten für duale Studiengänge gewonnen werden* (Interview-Memo) verstärkt in den Blickwinkel der Hochschulpolitik genommen werden.

Aus Sicht der befragten Akteure aus Bildungs- und Hochschulpolitik habe die bisherige Public Health-Ausbildung „*größte Schwierigkeiten in der Employability*“. Für das Fach Public Health wird von den Befragten die Frage formuliert: „*Wo kommen die Leute mit dem Bachelor unter?*“

Mit dem Blick auf die Akademisierung der Gesundheitsberufe werde „*Public Health von den Entwicklungen in der Pflege abgehängt, weil diese viel, viel breiter aufgestellt sei*“, so die Einschätzung von befragten Akteuren aus der Bildungs- und Hochschulpolitik. Auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit „*spielt Public Health kaum eine Rolle. Das sind die Pflegenden. Das wird immer deutlicher*“. Nach Einschätzung der Befragten seien „*in der Public Health-Ausbildung Berufsrollendefizite*“ zu verzeichnen. Eine Herausforderung für Public Health sei die Entwicklung von „*Beschäftigungsrezepten*“. Die befragten Akteure aus Bildungs- und Hochschulpolitik nehmen für Public Health ein Fehlen des Einübens von Theorie-Praxis-Transfer wahr. Es sei notwendig, „*Aufgaben aus der Praxis in die Lehre und Methoden in die Praxis zu bringen*“.

Aus Sicht der befragten Akteure aus Bildungs- und Hochschulpolitik sei Public Health ideal für die Entwicklung dualer Studiengänge, weil Public Health in erster Linie als Methodenausbildung wahrgenommen werde.

Der Umgang mit Evidenzbasierung innerhalb des Fachs Public Health wird als Beispiel für gelingende Theorie-Praxis-Schnittstelle angeführt. Mittels Fragen nach Evidenzbasierung könnten aktiv und passiv die Kompetenzen ‚Erlernen‘, ‚Interpretieren‘ und ‚Ableiten‘ eingeübt werden. In diesem Vorschlag des didaktischen Vorgehens spiegelt sich das Verständnis der Befragten von Interdisziplinarität wider. „*Interdisziplinarität in der Lehre steckt noch in der*

*Kinderschuh*“. Nach Einschätzung der befragten Akteure aus dem Bereich der Bildungs- und Hochschulpolitik sei es für das Fach Public Health wichtig, die unterschiedlichen Profile stärker herauszustellen.

Für die Studiengangsentwicklung der Bachelorausbildung wird das Erlernen von Basis-Fach-Kompetenzen und Transfer mittels exemplarischen Lernens als *„Denken in guten Beispielen“* vorgeschlagen. Deshalb wird für das Fach Public Health empfohlen, *„den Methodenmix exemplarisch einzuüben“*. Dafür eignen sich besonders Methoden zur ‚Aneignung der Selbstlernkompetenzen‘ und ‚Arbeiten mit Fallbeispielen‘. Als gute Beispiele hierfür werden aktivierende Lehrformen (z.B. Problem Based Learning / PBL) und Projektstudium angeführt. Als Vorbilder werden Maastricht und Bochum genannt. Das *„akademische Studium und der Umgang mit Fachmethodik und Kernkompetenzen ist zu überdenken“*.

Ziel sollte unter Berücksichtigung von Evidenzbasierung und Rollenlernen die Entwicklung neuer Berufe sein. Nach Einschätzung der befragten Akteure aus dem Bereich Bildungs- und Hochschulpolitik eigne sich Public Health aufgrund seiner Methodenausbildung und der politischen Kenntnisse für die neu zu entwickelnden Berufsfelder ‚Beauftragte an Krankenhäusern oder Universitäten‘ oder ‚Hospital Practitioners‘. Voraussetzung zur curricularen Entwicklung solcher neuen Berufe seien enge Abstimmungsprozesse zwischen Arbeitgebern und Universität. Als Vorbild hierfür wird der Kompetenzrahmen für die Medizinausbildung angeführt, der sieben Berufsrollen definiert und 300 Kompetenzen ableitet: *„da kann Public Health von den Medizinerinnen die Entwicklung von Berufsbildern lernen“*.

Für das Berufsfeld Gesundheit sind die Kompetenzen und die Anschlussfähigkeit für die Grade Bachelor, Master und Doctor der Public Health Ausbildung in Deutschland noch relativ unspezifisch. Die Frage nach Public Health originären Arbeitsplätzen ist ungeklärt – Public Health als Arbeitsfeld über Wissenschaft und Forschung hinweg ist unbekannt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Verbreitung von Public Health von der Makro- auf die Bevölkerungsebene und in die Praxis des Versorgungssystems. Dafür ist eine Public Health spezifische Bildungsberichterstattung und eine Differenzierung nach Public Health-Professionals und Gesundheitswissenschaftlern nach internationalem Vorbild in Deutschland erforderlich. Dem kann durch systematische Absolventen- und Verbleibstudien und einer konsequenten Studiengangsentwicklung begegnet werden. Um den Anforderungen der Employability gerecht zu werden und anschlussfähig für das im Berufsfeld Gesundheit immer stärker nachgefragtem Anforderungsprofil „Reflektion von Verbindungselementen, Zusammenarbeit und Schnittstellenkommunikation, Zielgruppenspezifische Kommunikation, Zusammenarbeit“ zu sein, sollte der Fokus verstärkt auf Handlungsfeldern und Kompetenzen gerichtet und die Methoden und Didaktiken des Faches kontinuierlich weiterentwickelt werden. Insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräfte- und Führungskräfemangels im Gesundheitssektor wird interdisziplinäres Handeln heute und in Zukunft immer bedeutsamer. Größere Bedeutung erhält der Umgang mit komplexen, verschiedenen Sachverhalten im (Case) Managementbereich. Deshalb sollte das Verhältnis von Wissenschaft zu universitärer Ausbildung zukünftig durch einen stärkeren Austausch mit der Zielgruppe, einen organisierten Austausch mit Berufsverbänden und weiteren Praktikern sowie einem Ausbau von Austauschprogrammen gekennzeichnet sein, um besser zu erkennen, welche Probleme die Zielgruppe hat. Zu denken hierbei ist an einen frühen Theorie-Praxis-Austausch, eine stärkere Einbindung von Wissenschaft in die Praxis und Hospitationen in der Praxis.

In Kapitel acht wird ein Fazit gezogen, indem die Ergebnisse in die Kontexte von Public Health an Universitäten und Hochschulen sowie in die Weiterentwicklung des Berufsfeldes Pflege eingebettet werden. Abschliessend werden weitere Forschungsbedarfe aufgezeigt.

## 8. Fazit und Ausblick

Im Mittelpunkt der Untersuchung lag die Frage nach der Employability der Interdisziplinarität von Public Health für das Handlungsfeld Pflege. Festgehalten werden kann, dass interdisziplinäres und interprofessionelles Handeln immer wichtiger werden. Aufgrund des Fachkräfte- und Führungskräftemangels liegen für Public Health große Chancen zur Anschlussfähigkeit in diesem Segment des Gesundheitsmarktes.

### 8.1 Die Ergebnisse der Untersuchung im Kontext von Public Health an Universitäten und Hochschulen

Werden Fragen nach der Employability im Kontext von Hochschulen und Universitäten von Pflege und Public Health beleuchtet, müssen diese in die historischen Entwicklungen beider Fächer eingebettet werden. Die wissenschaftliche Ausbildung des Faches Pflege hat ihren Ursprung vornehmlich an (konfessionellen) Fachhochschulen und ist per se eher praxisorientiert ausgerichtet. Die Ausbildung in Public Health ist genuin an Univeritäten angesiedelt und weist eine theoretische Orientierung auf. Darin liegen unterschiedliche Didaktiken begründet. In dieser Arbeit werden Public Health und Pflege zusammen gedacht. Die hier vorgestellten Theorien haben Einfluss auf die Bestimmung der Ausbildungsinhalte und rekurrieren auf eine gemeinsame hochschulische Ausbildung. Die Kernkompetenzen und Kernfächer für das Fach Public Health werden über einen internationalen Diskurs in Lernzielkatalogen festgehalten (Vgl. Kapitel zwei). Diese stoßen in der aktuellen Studiengangsentwicklung auf Skepsis, weil sie eine Tendenz haben, Dinge festzuschreiben, die später überholt sind. Zum zweiten wird damit der Anspruch einer Priorisierung umgesetzt, die ebenso Fluktuationen unterliegt. Diese Kataloge erscheinen nicht zielführend, weil sie sehr umfangreich sind. Zudem weisen sie keine Übereinstimmung mit gesellschaftlichen Entwicklungen auf. Eine Systematisierung in Form von regelmäßiger Bildungsberichterstattung und kontinuierlichem Monitoring erfolgt in Deutschland nicht. Im Kontext von stärkerer Gestaltung der Versorgungspraxis muss die universitäre Public Health Ausbildung verstärkt auf die Vermittlung übergreifender Kompetenzen und Problemlösekompetenzen setzen. Kernkompetenzen im Bereich der Versorgungssteuerung und im Bereich edukativer Aufgaben sollten sich konturierter in der Lehre widerspiegeln. Die universitäre Ausbildung sollte verstärkt zum Change Agency für die Versorgungspraxis mit einer deutlicheren Selbstreflektion über die Ausbildungswege Wissenschaftler oder Gestalter der Versorgungspraxis werden.

## 8.2 Die Ergebnisse der Untersuchung im Kontext der Weiterentwicklung des Berufsfeldes Pflege

Mit Einführung des Pflegestärkungsgesetzes drei (PSG III) vom Januar 2017 wird u. a. die Rolle der Kommune in der Steuerung neu geregelt. Kern ist eine umfassende, individuelle und neutrale Pflegeberatung. Von 2.626.206 Pflegebedürftigen im Jahr 2013 nutzten ca. vier Prozent aller Pflegebedürftigen die Pflegeberatung (Heiber 2017, S.18-19). Trotz gesetzlicher Verpflichtungen (PNG, PSG II) nimmt die Zahl der Beratungen ab (Stand 2015: 78.130) (Heiber 2017, S.19). Mit dem PSG III sollen die Kommunen verstärkt die Verantwortung in der Pflege übernehmen. Da Public Health als „öffentlicher Gesundheitversorger und Kümmerer“ verstanden wird, bieten folgende gesetzlich beschlossenen Punkte Anschluss:

- Optionale Einrichtung regionaler Pflegeausschüsse (§8a gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung),
- Ermöglichung sektoren- und bereichsübergreifender Gremien (§8a gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung),
- Stärkung der Kommune bei der Steuerung der sozialräumlichen Versorgungsstruktur,
- Verfügbarkeit von Daten (§7 Aufklärung, Auskunft, §109 Pflegestatistiken, §115 ergebnisse der Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung),
- Kontinuierliches Monitoring (§13, Abs. 4b, §125).

Mit Einführung des Pflegeberufgesetzes vom Juli 2017 erhält die Generalistik in den Gesundheitsberufen Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege Einzug. Ergänzend hierzu wurde ein Pflegestudium eingeführt. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe vom Juni 2018 werden die Ausbildungsinhalte geregelt (BMG 2018). In den Kompetenzkatalogen sind u.a. Aufgaben zur „Umsetzung evidenzbasierter und / oder interprofessioneller Leitlinien und Standards als Beitrag zur Qualitätsentwicklung“ und „Kommunikation mit den zu pflegenden Menschen und dessen Bezugsfeld“ festgeschrieben (Stellungnahme Diakonie und Caritas 2018). Unter Berücksichtigung der Kompetenz „Evaluation“ und der im PSG III geforderten sektoren- und bereichsübergreifender, sozialräumlicher Versorgung werden hier Bedarfe nach komplexer Steuerung verschiedener an der Versorgung beteiligter Institutionen, Organisationen und Akteure sichtbar, die eines professionellen Case- und Care-Managements nach dem in Kapitel 7.1 entwickelten Modell bedürfen, für welches Chancen und Perspektiven für Public Health bestehen.

Für die Pflegeversicherung werden vor dem Hintergrund intergenerationaler Versorgung und einem Wandel in der Altenarbeit und Pflege Reformszenarien diskutiert, die die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung beinhalten: Die Versorgungsformen (stationär / ambulant) sollen durch „sektoral entgrenzte (wohntort-) unabhängige Pflegearrangements ersetzt werden, die eine arbeitsteilige Pflege und Betreuung durch professionelle Pflegekräfte, Familien und Ehrenamt ermöglichen“ (DEVAP / VKAD 2018, S.1). Hierfür sind „neue Ideen für die Einbindung der Zivilgesellschaft und die damit einhergehende Aufteilung der Verantwortung zwischen (Pflege-) Markt, Staat und Wohlfahrtsproduktion“ (ebd.) erforderlich. Die Überwindung der sektoralen Pflegelandschaft würde den Reformszenarien folgend darin bestehen, dass die Maßnahmen der Pflege und Betreuung (Care) sich an Modulen und Einzelleistungen orientiert. Diese neuen Leistungspakete sollen im Sinne eines Case Managements von der Pflegekasse bewilligt und in einer individuellen Leistungsplanung vereinbart werden. Voraussetzung hierfür ist die Entwicklung einer von den Pflegekassen unabhängigen, fachlichen Prüfungs- und Steuerungsinstanz (ebd., S.6). Mit der vorliegenden Arbeit kann hierzu ein Beitrag in der Steuerung von Sorgenetzwerken geleistet werden.

Zur Finanzierung von Kooperation und Koordination im Gesundheitssystem wurden zwischen den Jahren 2002 bis 2015 mehrere Gesetzgebungsmaßnahmen auf den Weg gebracht (z.B. GKV-RSA-Reform, GKV-WSG, die Pflegeweiterentwicklungsgesetze, GKV-VstG). Alle diese Initiativen sind durch eine Arzzentriertheit gekennzeichnet. Davon unberührt sind die sektoralen Finanzierungs- und Vergütungssysteme (Brandhorst 2017, S. 28-29). Für eine gelingende Überwindung der sektoralen Trennung sind andere Player als der Gesetzesgeber aufgefordert, wichtige Reformimpulse zu setzen. Neben Ärzten, Krankenhäusern, Verbänden oder Krankenkassen liegt hier eine Chance für Public Health.

### 8.3 Ausblick und Forschungsbedarfe

Die vorliegenden Ergebnisse können zur Diskussion in relevanten Fachforen genutzt werden. Denkbar hierfür wären Workshops des Fachbereichs Lehre der Deutschen Gesellschaft für Public Health oder Fachtage relevanter Verbände (z.B. dghd, DBfK, Pflegekammern, DEVAP).

Für die vorliegende Arbeit wurde ein qualitatives Verfahren gewählt. Das theoretische Sample umfasste wesentlich mehr Akteure als erreicht werden konnten. Weiterer Forschungsbedarf zur Beantwortung der Erwartungen und Anforderungen an Public Health im Berufsfeld Gesundheit wird in einer Erweiterung des Samples bzw. in einer Nacherhebung der nicht erreichten Akteure gesehen. Im Anschluss daran empfehlen sich systematische Arbeitsmarktanalysen und Studierenden- und Absolventenbefragungen. Daraus liesse sich ein systematisches Review über Methoden und Didaktiken der Gesundheitswissenschaften mit Handlungsempfehlungen für die Kompetenzorientierung ableiten.

Im Laufe der Arbeit wurde der Fokus auf Fragen der Anschlussfähigkeit von Public Health im Arbeitsmarkt Pflege gelenkt. Kategorien zum Mehrwert von Interdisziplinarität sind mittels der qualitativen Interviews erhoben und anteilig ausgewertet worden. Für eine Theorientwicklung von Interdisziplinarität und für weiterreichende Handlungsempfehlungen interdisziplinärer Lehre besteht unter Berücksichtigung der Forschungsperspektive zur integrierten Gesundheitsberichterstattung aus internationaler Perspektive weiterer Forschungsbedarf. Ein Rückbezug zu den in Kapitel drei dargestellten Modellen sollte sich anschliessen.

Noch ist Public Health genauso fragmentiert wie das Versorgungssystem. Mit einer stärkeren Konturierung des Faches, der Studienausrichtung und wieder mehr Innovationsmut kann es gelingen, zum Motor der Defragmentierung zu werden. Public Health bringt dafür auf allen Ebenen Wissen, Können und Potenziale mit. Dieses sollte dafür wie ein Quilt zusammengenäht werden.



## 9. Literaturverzeichnis

**Abelin, Theodor / Schwartz, F.W. (Hrsg.) (2012):** Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier, Urban & Fischer, 3.Auflage

**Aday, Lu Ann (Hrsg.) (2005):** Reinventing public health: policies and practices for a healthy nation. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

**Alscher, Dominik / Büscher, Andreas / Dielmann, Gerd / Hopfeld, Manfred / Höppner, Heidi / Igl, Gerhard / Kuhlmeier, Adelheid / Matzke, Ursula / Schill-Satrapa, Almut (2011):** Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung

**Bals, Thomas (2011):** Gewinnung neuer Kompetenzprofile für die Berufe des Gesundheitswesens. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Die Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer. S. 68-75

**Baas, Jens (2017):** Kooperation und Integration – aus Sicht einer Krankenkasse (II). In: Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. S. 285-302.

**Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.) (2017):** Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS.

**Brandhorst, Andreas (2017):** Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1999. In: Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. S.13-30.

**Baumgarten Kerstin / Blättner, B. / Dadaczynski, K. / Hartmann, T. (2015):** Entwicklung eines Fachqualifikationsrahmens für die Studienbereiche Gesundheitswissenschaften / Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung.4 (10). S.320-327. DOI 10.1007/s11553-015-0507-0

**Behrens, Johann / Görres, Stefan / Schaeffer, Doris / Bartholomeyczik, Sabine / Stemmer, Renate (2012):** Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Halle (Saale): Geschäftsstelle Agenda Pflegeforschung. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Abrufbar unter: [www.agenda-pflegeforschung.de](http://www.agenda-pflegeforschung.de). Letzter Zugriff am 19.02.2016.

**Birt Christopher / Foldspang Anders (2011):** The Developing Role of Systems of Competences in Public Health Education and Practice. Public Health Reviews. 33. S.134-47

**Bjegovic-Mikanovic, Vesna et al.. (2012):** Education and training of public health professionals in the European Region: variation and convergence. In: Int J Public Health (2013) 58:801-810 DOI: 10.1007/s00038-012-0425-2.

**Bjegovic-Mikanovic, Vesna / Vukovic, Dejana / Otok, Robert / Czabanowska, Katarazyna / Laaser, Ulrich (2013):** Education and training of public health professionals in the European region: variation and convergence. Int J Public Health 58: S. 801-810. DOI 10.1007/s00038-012-0425-2

**Blättner, Beate (2012):** Fachqualifikationsrahmen Public Health. Public Health Forum 20 (77). <http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2012.10.010>

**Blättner, Beate / Dierks, Marie-Luise (2015):** Die Zukunft der Lehre in Public Health. Public Health Forum 23 (1). S. 9-11. DOI 10.1515/pubhef-2015-0005

**Bollinger, Heinrich / Gerlach, Anke (2015):** Profession und Professionalisierung im Gesundheitswesen Deutschlands – zur Reifikation soziologischer Kategorien. In: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen: APOLLON. S.83-103.

**Bosch, Gerhard (2014):** Facharbeit, Berufe und berufliche Arbeitsmärkte. In: Zukunft der Facharbeit. Zeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans Böckler-Stiftung. Frankfurt am Main: S. 5-13.

**Brosi, Walter et al. (2003):** Delphi-Erhebung zur Identifikation von Forschungs- und Entwicklungsaufgaben in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

**Büscher, Andreas (2011):** Internationale Modelle interdisziplinärer Praxis. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer. S.63-68.

**Büscher, Andreas (2013):** Regionalisierung und Gesundheitsberufe. In: Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung. Stuttgart. S. 50-62. Verfügbar unter: [www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013\\_Gesundheitsberufe\\_Online\\_Einzelseiten.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf).

**Büscher, Andreas (2018):** Pflegewissenschaftliche Begründungslinien von sorgenden Gemeinschaften. Fachvortrag im Rahmen der Veranstaltung „Sorgende Gemeinschaften: Herausforderungen und Perspektiven für Pflege und Gesellschaft“. Vallendar: Philosophisch-Theologische Hochschule am 15./ 16. 02.2018.

**Bundesministerium für Bildung und Forschung (o.A.):** Bericht der Bundesregierung über die Umsetzung des Bologna-Prozesses 2012-2015 in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.bmbf.de/de/der-bologna-prozess-die-europaeische-studienreform-1038.html>., S. 4-12 lt. Ausdruck. [Letzter Zugriff am 04.03.2016]

**Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012):** Berufliche Kompetenzen sichtbar machen. Die Forschungsinitiative ASCOT. Bonn, Berlin.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017):** Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichtes. Verfügbar unter: [https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Broschuere\\_Siebter\\_Altenbericht.pdf](https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Broschuere_Siebter_Altenbericht.pdf). [Letzter Zugriff am 21.07.2018]

**Bundesministerium für Gesundheit (2018):** Pflegeberufegesetz. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeberufegesetz.html>. [Letzter Zugriff am 17.08.2018]

**Bundesagentur für Arbeit (2011):** Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt-Nav.html>

**Bundesagentur für Arbeit (2015):** Statistik / Arbeitsmarktberichterstattung. Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraeftebedarf-Stellen-Nav.html>.

**Calhoun, Judith C. / Ramiah, Kalpana / McGean Weist, Elizabeth / Shortell, Stephen (2008):** Development of a Core Competency Model for the Master of Public Health Degree. American Journal of Public Health 98 (9). S 1598-1607.

**Cendon, Eva (2010):** Was ist der genuine Beitrag von Hochschulen zu berufsbezogener Weiterbildung? In: Schlögl / Dér (Hrsg.): Berufsbildungsforschung. Alte und neue Fragen eines Forschungsfeldes. Bielefeld: transcript. S.170-179.

**Czwikla, Jonas (2015):** Berufsfeld Gesundheit – Bin ich kompetent? Ergebnisse der Befragung von an akademischer Lehre im Bereich Public Health beteiligten Professor/innen. Vortrag. Gesundheit gemeinsam verantworten. Kongress Armut und Gesundheit – der Public Health-Kongress in Deutschland, Technische Universität Berlin. Kongressdokumentation. Abrufbar unter: [http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/Kongress\\_A\\_G/A\\_G\\_15/Doku\\_A\\_G\\_2015/Beitraege\\_neu/Czwikla\\_J\\_Kohls\\_A\\_Sachs\\_I\\_Berufsfeld\\_Gesundheit\\_2\\_.pdf](http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_15/Doku_A_G_2015/Beitraege_neu/Czwikla_J_Kohls_A_Sachs_I_Berufsfeld_Gesundheit_2_.pdf). Letzter Zugriff am 12.01.2016.

**Darmann-Finck, Ingrid / Muths, Sabine / Görres, Stefan / Adrian, Christin / Bomball, Jaqueline (2014):** Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsberufe in NRW. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. S. II-XV. Abrufbar unter: [http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528\\_NRW-Abschlussbericht-End-26\\_05\\_2015.pdf](http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf). Letzter Zugriff am 22.02.16

**Deutsche Forschungsgemeinschaft (1990):** Berufsbildungsforschung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DbfK) (2018):** Weiterentwicklung der Pflege. Abrufbar unter: <https://www.dbfk.de/de/themen/Weiterentwicklung-der-Pflege.php>. Letzter Zugriff am 18.07.2018.

**Deutsche Gesellschaft für Public Health (2018):** Fachbereich Lehre. Abrufbar unter: <http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fachbereiche/lehre/>. Letzter Zugriff 18.07.2018.

**Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) / Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD) (2018):** Diskussionsimpuls zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Reformvorschläge für eine solidarisch bezahlbare, zivilgesellschaftlich verortete Pflege. DEVAP Fachtagung – Revolution in der Pflegeversicherung? Echtes Teilkaskoprinzip – Neustart bei der Finanzierung. Kassel: haus der Kirche. 06.07.2018

**Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. / Deutscher Caritasverband e.V. (2018):** Stellungnahme Kabinettsentwurf zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV). Anhörung de Vries vor dem Gesundheitsausschuss am 25.Juni 2018

**Dierks, Marie-Luise / Koppelin, Frauke (Hg.) (2004):** Public Health Ausbildungsprofile und Berufsperspektiven in Deutschland. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.

**Dietrich, Martin / Znotka, Matti (2017):** „Ideas are easys. Implementation is hard.“ – Kooperation und Vernetzung aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht unter besonderer Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos: ein geschäftsmodellbasierter Ansatz. In: Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. S.161-162.

**Erkens, Elmar (2012):** AAL verändert Berufsfelder - spezifische Anforderungen an eine akademische Ausbildung in: Public Health Forum 20 Heft 77

**Ewers, Michael / Grewe, T. / Höppner, H. / Huber, W. / Sayn-Wittgenstein, F. / Stemmer, R. / Voigt-Radloff, S. / Walkenhorst, U. (2012):** Forschung in den Gesundheitsberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift 137. S.33-74.

**Euler, Peter (2005):** Interdisziplinarität als kritisches „Bildungsprinzip“ der Forschung: methodologische Konsequenzen. In: Technologieabschätzung – Theorie und Praxis Nr. 2, 14. Jg. S.63-68

**Ewers, Michael (2015):** Forschung in den Gesundheitsberufen – Bedeutung, Umsetzung und Perspektiven. In: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen: APOLLON. S. 431-455.

**Firnkorn, Hans-Jürgen / Gaidys, Uta / Hahn, Eckhart / Heimpel, Herman / Klüter, Harald / Müller, Brigitte / Satrapa-Schill, Almut (2011):** Executive Summary. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Die Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer. S.1-11.

**Flick, Uwe / Kardoff von, Ernst / Steinke, Ines (Hrsg.) (2008):** Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie.

**Frenk, J. / Chen, L. et al.. (2010):** Health professions for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. In: The Lancet, Nov 29, 2010. Deutsche Übersetzung. Online: [http:// www.careum.ch/lancet-report](http://www.careum.ch/lancet-report).

**Friedrichs, Anne / Schaub, Heinz-Alex (2011):** Interprofessionalität. Aktuelle Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Studium. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: S. 98-101.

**Gerhardus, A. / Blättner, B. / Bolte, G. / Dierks M.-L. / Dockweiler, C. / Faller, G. / Gusy, B. (2015):** Public und Global Public Health in Deutschland stärken – Eine Einordnung der Stellungnahme „Public Health in Deutschland“ der wissenschaftlichen Akademien vom 16.06.2015. Stuttgart, New York: Thieme: Gesundheitswesen 2015. 77. S.596-599. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1559692>.

**Gerlinger, Thomas / Schmucker, Rolf (2011):** 20 Jahre Public Health – 20 Jahre Politik für eine gesunde Gesellschaft? In: Schott, Thomas / Hornberg, Claudia (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit.: Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien. DOI 10.1007/978-3-531-92790-9\_3

**Gerlinger, Thomas / Babitsch, B. / Blättner, B. / Bolte, G. / Brandes, I. / Dierks, M.-L. / Faller, G. / Gerhardus, A. / Gusy, B. (2012):** Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V. Stuttgart, New York: Thieme. Gesundheitswesen 74: S. 762-766. DOI <http:// dx.doi.org/10.1055/s-0032-1330011>

**GFR (Gesundheitsforschungsrat) (2011):** Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland, Sitzung am 8.12.2011, abrufbar unter <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/empfehlungen.php>.

**Grausgruber, Alfred / Penz, Holger (Hrsg.) (2014):** Aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen aus der Perspektive engagierter junger GesundheitswissenschaftlerInnen. Linz : Oberöstrerr. Gebietskrankenkasse, 2014

**Hämel, Kerstin / Kafczyk, Tom Manuel / Vorderwülbecke, Jonas / Schaeffer, Doris (2017):** Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

**Hahn, Eckhart (2011):** Neue Versorgungsaufgaben und die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Die Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer. S.41-44

**Hasseler, Martina (2012):** Strukturwandel im Gesundheitswesen – Neue Bedarfskonstellationen in der Pflegepraxis. Public Health Forum 20 (77). S.12-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2012.09.011>

**Heiber, Andreas (2017):** Das Pflege-Stärkungsgesetz 3. Die neuen Schnittstellen. Hannover: Vincentz.

**Heidenreich, Kevin (2012):** Zehn Jahre Bachelor und Master – DIHK zieht Bilanz. Die Hochschulen vergessen ihr Kerngeschäft. In: <http://www.tagesschau.de/inland/bologna-prozess100html>.

**Hensen, Peter (2012):** Gesundheitsbezogene Masterstudiengänge an deutschen Hochschulen in: Public Health Forum 20 Heft 77



**Hilbert, Josef et al. (2014):** Berufsbildung im Gesundheitswesen: Ein Sonderweg mit Fragezeichen. In: Zukunft der Facharbeit. Zeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans Böckler-Stiftung. Frankfurt am Main: S.43-51.

**Hinz, Julia / Marquardt, Luisa (2014):** Arbeitgeberbefragung - Erhebung von Methoden / Skills / Kompetenzen & Evaluation der Praktikumsbörse. Unveröffentlichter Zwischenbericht im Programm „richtig einsteigen!“. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

**Hinz, Julia (2015):** Arbeitgeberbefragung - Erhebung von Kompetenzen von Absolventen der Health Communication. Unveröffentlichter Zwischenbericht im Programm „richtig einsteigen!“. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

**Höppner, Heidi (2012):** Forschung in den Gesundheitsberufen – Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Public Health Forum 20 (77). S.24-25. <http://dx.doi.org/10.1016./j.phf.2012.10.001>

**Holst, J. / Razum, O. (2015):** Public Health als Weg zur Optimierung des Menschen im Sinne besserer Resilienz? Die Stellungnahme der Leopoldina zu Public Health in Deutschland. Stuttgart, New York: Thieme. Gesundheitswesen 77.S. 593-595. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1559655>.

**Hopf, Christel (2008):** Qualitative Interviews – Ein Überblick. In: Flick et al.. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: rowolth. S.349-360.

**Howaldt, Jürgen / Ellerkmann, Frank (2011):** Entwicklungsphasen von Netzwerken und Unternehmenskooperationen. Berlin, Heidelberg: Springer

**Hülksen-Giesler, Manfred (2017):** Dynamiken im Berufsfeld Pflege und Folgen für die Fachkräftequalifizierung. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis. Pflegeberufe. 46. Jahrgang. 1/ 2017. S. 6-9.

**Hurrelmann, Klaus (2012)** (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim [u.a.] : Beltz Juventa. 5. Auflage

**Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich / Razum, Oliver (2012):** Entwicklungen und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Hurrelmann / Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und Basel: Beltz Juventa: S. 15-51

**Igl, Gerhard (2015):** Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. In: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen: APOLLON. S.107-139.

**Jahn, Thomas (2008):** Transdisziplinarität in der Forschungspraxis. In: Bergmann, Matthias / Schramm, Engelbert (Hrsg.) (2008): Transdisziplinäre Forschung. Integrative Forschungsprozesse verstehen und bewerten. Frankfurt / New York: Campus Verlag. S. 21-37.

**Jungert, Michael / Romfeld, Elsa / Sukopp, Thomas / Voigt, Uwe (Hrsg.) (2010):** Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: WBG.

**Jungert, Michael (2010):** Was zwischen wem und warum eigentlich? Grundsätzliche Fragen der Interdisziplinarität. In: Jungert, Michael / Romfeld, Elsa / Sukopp, Thomas / Voigt, Uwe (Hrsg.) (2010): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: WBG. S.1-13.

**Kälble, Karl (2006):** Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In: Pundt, Johanne (Hrsg.) (2006): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen-Potenziale-Perspektiven. Bern: Huber. S.213-233.

**Kälble, Karl (2012):** Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Wandel der Gesundheitsberufe. Public Health Forum 20 (77). S. 2-4.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2012.10.003>

**Kälble, K. et al. (2004):** Das Studienfeld Gesundheit – Neue Rahmenbedingungen durch Hochschulreformen und den sog. Bologna-Prozess. In: Dierks / Koppelin (Hrsg.): Public Health Ausbildungsprofile und Berufsperspektiven in Deutschland. Schriftenreihe der 'Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften' an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg. Freiburg. S.87-110.

**Kelle, Udo / Kluge, Susann (2010):** Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Kleemann, Frank / Krähnke, Uwe / Matuschek, Ingo (2009):** Interpretative Sozialforschung. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Klemperer, David (2014):** Sozialmedizin - public health - Gesundheitswissenschaften: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern : Huber. 2. Auflage

**Klie, Thomas (2018):** Elementare Begründungslinien von sorgenden Gemeinschaften. Fachvortrag im Rahmen der Veranstaltung „Sorgende Gemeinschaften: Herausforderungen und Perspektiven für Pflege und Gesellschaft“. Vallendar: Philosophisch-Theologische Hochschule am 15./ 16.02.2018.

**KMK (o.J.):** Qualitätsentwicklung, Akkreditierung und Exzellenzförderung in: [www.kmk.de](http://www.kmk.de)  
[letzter Zugriff am 18.08.2014]

**Knieps, Franz (2017):** Kooperation und Integration – aus Sicht der Krankenkassen (I). In: Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation imd Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. S. 285-302.

**Knoblauch, H. (2006):** Transkription. In: Bohnsack, R./Marotzki, W./Meuser, M. (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen: Budrich, 159-160.

**Koch, Jennifer / Schmiemann, Guido / Gerhardus, Ansgar (2017):** Integration und Kooperation aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. In: Brandhorts, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. S. 121-138.

**Kocka, Jürgen (1991) :** Realität und Ideologie der Interdisziplinarität: Erfahrungen am Zentrum für interdisziplinäre Forschung Bielefeld, In: Akademie der Wissenschaften zu Berlin (Ed.): Einheit der Wissenschaften: internationales Kolloquium der Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Bonn, 25.-27. Juni 1990, ISBN 3-11-012905-1, de Gruyter, Berlin ; New York, NY, S.. 127-144

**Krampe, Eva-Maria (2015):** Zwischenbilanz und aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Pflegeberufe. In: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen: APOLLON. S. 139-163.

**Krüger, Alexandra (2017):** Diskussion. Die Akademisierung der Pflegeausbildung: Pro und Contra. In: Knopp, Lothar / Jürgens, Olaf / Krüger, Alexandra: Pflegestudiengänge auf dem Prüfstand. Stand und Perspektiven der akademischen Pflegeausbildung. Hungen: hpsmedia. Reihe Pflegewissenschaft. S. 105-120.

**Kuckartz, U./Dresing, T./Rädiker, S./Stefer, C. (2008):** Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2.Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Laitko, Hubert (2011):** Interdisziplinarität als Thema der Wissenschaftsforschung. In: LIFIS Online. [www.leibniz-institut.de](http://www.leibniz-institut.de). ISSN 1864-6972. S. 1-21. [Zugriff über sowiport am 22.04.16]

**Lehmann, Yvonne / Ayerle, Gertrud M. / Beutner, Katrin / Karge, Kathleen / Behrens, Johann / Landenberger, Margarete (2015):** Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Studie zur Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Europa (GesinE). In: Pundt, Johanne, Kälble, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen: APOLLON. S.339-359.

**Lerch, Sebastian (2014):** Sprechen Sie interdisziplinär? Zur Besonderheit interdisziplinärer Kompetenzen. In: Schier, Carmen / Schwinger, Elke (Hrsg.): Interdisziplinarität als Herausforderung akademischer Bildung. Innovative Konzepte für die Lehre an Hochschulen und Universitäten. Bielefeld: transcript. S.79-93.

**Lorenz, Hans-Jürgen / Pundt, Johanne (2002):** Professionalisierung durch Public Health – Eine Verbleibsanalyse Berliner Public Health –Absolventen. In: Jahrbuch für Kritische Medien 37. Berlin: Argument Verlag. S. 96-118.

**Lorenz, Hans-Jürgen / Pundt, Johanne (2004):** Berufliche Entwicklungen und Perspektiven durch das Public Health Studium: Lohnt sich die postgraduale gesundheitswissenschaftliche Ausbildung? Berlin: BZPH.

**Martin-Moreno, J.M. / Harris, M. / Jakubowski, E. / Kluge, Hans (2016):** Defining and Assessing Public Health Functions: A Global Analysis. Ohne Ort: Annual Review of Public Health. 37. S. 12.1-12-21. DOI: <http://10.1146/annurev-publhealth-032315-021429>

**Matzick, Sigrid (2008):** Einleitung: Weiterbildung – ein Beitrag zur Qualifizierung im Berufsfeld Gesundheit! In: Matzick, Sigrid (Hrsg.) (2008): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die Wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim und München: Juventa. S.7-27.

**MAXQDA (2018):** Code Matrix Browser. Verfügbar unter: <https://www.maxqda.de/max12-tutorial/f-erweiterte-visual-tools/f-1-code-matrix-browser>. [Letzter Zugriff am 20.08.2018].

**MAXQDA (2018):** Interaktive Segmentmatrix. Verfügbar unter: <https://www.maxqda.de/hilfe-max18/mixed-methods/interaktive-segmentmatrix>. [Letzter Zugriff am 20.08.2018]

**Michel, Brigitte (2015):** Die Entwicklung von Public Health in Westdeutschland seit dem 2. Weltkrieg. Public Health Forum 23 (1). S. 4-5. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0003.

**Mittelstraß, Jürgen (2005):** Methodische Transdisziplinarität. In: Technologieabschätzung – Theorie und Praxis Nr. 2, 14. Jg. ISSN: 1864-6972. S.18-23

**Nickolaus, Reinhold / Gschwendtner, Tobias / Abele, Stephan (2013):** Bringt uns eine genauere Vermessung der erreichten Kompetenzen weiter? Kompetenzmessung, Kompetenzmodelle, Kompetenzstrukturen und erreichte Kompetenzniveaus in der beruflichen Bildung. In: Die berufsbildende Schule (BbSch) 65 (2013) 2; S.40-45.

**Nietzschke, Petra / Dierks, Marie-Luise (2009):** Beruflicher Verbleib von Absolventen der Masterstudiengänge Public Health: Ergebnisse der Online Absolvent/innenbefragung. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Dokumentation 15. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit: Berlin. S.1-12.

**Nolte, Ellen (2017):** Kooperation und Integration im Ländervergleich. In: Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthé, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. S. 564-566.

**Ortenburger, Andreas (2013):** Grenzen überschreiten – Zur Interdisziplinarität in neuen Studienstrukturen. In: Das Hochschulwesen. Nr. 1+2, 61. 61.Jg. ISSN: 0018-2974. S.17-24.

**Otok, Robert / Levin, Iljana / Stojniew, Sitko / Flahault, Antoine (2011):** European Accreditation of Public Health Education. Public Health Reviews. 33 (30): S.30-38

**Paccaud, Fred / Weihofen, Alison / Nocera, Sandra (2011):** Public Health Education in Europe: Old and New Challenges. Public Health Reviews, 33 (1): S. 66-86

**Przyborski, Aglaja / Wohlrab-Sahr (2008):** Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg.

**Pundt, Johanne / Lorenz H.-J. (2004):** Professionalisierungserfahrungen und berufliche Perspektiven durch Public Health: Lohnt sich die postgraduale Qualifizierung für die Studierenden?. In: Dierks, Marie-Luise / Koppelin, Frauke (Hg.) (2004): Public Health Ausbildungsprofile und Berufsperspektiven in Deutschland. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften. S.110-131.

**Pundt, Johanne (2006):** Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema. In: Pundt (Hrsg.) (2006): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen-Potenziale-Perspektiven. Bern: Huber, S.7-23

**Pundt, Johanne (2006):** Public Health Absolventen mit Doktorhut? In: Dies. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven.. Bern: Huber. S.234-245.

**Pundt, Johanne / Kälble Karl (Hg.) (2015):** Gesundheitsberufe und gesundheitliche Bildungskonzepte. Bremen: Apollon University Press.

**Pundt, Johanne / Kälble, Karl (2015):** Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Einleitung. In: Pundt, Johanne / Kälble, Karl (Hrsg): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. APOLLON: Bremen. S.15-36.

**Räbiger, Jutta (2012):** Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitswesen – Reaktionen auf die Empfehlungen des Wissenschaftsrates. Public Health Forum. 20 (4), S. 6–7. ISSN (Online) 1876-4851, ISSN (Print) 0944-5587, DOI:[10.1016/j.phf.2012.10.005](https://doi.org/10.1016/j.phf.2012.10.005).

**Räbiger, Jutta / Borde, Thea (2015):** Was wir für Public Health haben und was uns noch fehlt. Public Health Forum 23 (1): S.6-8. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0004.

**Rattay, Petra / Jäger, Doreen (2005):** Beruflicher Verbleib und Studierendenzufriedenheit von berliner Public Health-Absolventinnen und –Absolventen mit sozialwissenschaftlicher Erstqualifikation. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 28 (1), S.67-79. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de.0168-ssoar-38497>.

**Rauner, Felix (2010):** Qualifikation, Kompetenz und berufliches Wissen – ein aufklärungsbedürftiger Zusammenhang. In: Schlögl / Dér (Hrsg.): Berufsbildungsforschung. Alte und neue Fragen eines Forschungsfeldes. Bielefeld: transcript. S.86-102.

**Razum, Oliver / Dockweiler, Christoph (2015):** GeneralistInnen oder SpezialistInnen? Interdisziplinarität und fachliche Differenzierung innerhalb von Public Health in Deutschland. Gesundheitswesen: Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG. ISSN 0941-3790. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1395629>.

**Razum, Oliver / Holst, J (2015):** Public Health als Weg zur Optimierung des Menschen im Sinne besserer Resilienz? Die Stellungnahme der Leopoldina zu Public Health in Deutschland. Gesundheitswesen; 77: S. 593-595. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1559655>

**Reiber, Karin (2012):** Hochschuldidaktik für gesundheitsbezogene Studiengänge. Eine theoretische Grundsteinlegung. In: Baatz, Christine / Richter, Regine (Hrsg): Tübinger Beiträge zur Hochschuldidaktik. Band 8 / 1. Verfügbar unter: <http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2012/6290/>. ISSN:1861-213X

**Reiber, Karin (2017):** Die neuen Formen der pflegeberuflichen bildung im Spiegel zukünftiger Herausforderungen. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis. Pflegeberufe. 46. Jahrgang. 1/ 2017. S.11-15.

**Röbbecke, Martina (2005):** Bedingungen von Interdisziplinarität. In: Technologieabschätzung – Theorie und Praxis Nr. 2, 14. Jg. S.39-44.

**Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2018):** Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und Bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Online verfügbar unter: <https://www.pro-pflegereform.de/gutachten/>. [letzter Zugriff: 18.07.2018]

**Rosenstock, Linda / Helsing, Karen / Rimer, Barbara (2011):** Public health Education in the United States: Then and Now. Public Health Reviews. 33 (1): S. 39-65

**Sachs, Ilsabe / Kohls, Annika (2011):** Berufsfeld Gesundheit – Bin ich kompetent? Ausgewählte Ergebnisse der Befragung der Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge „Gesundheitswissenschaften“ und „Gesundheitsförderung und –management“ der Hochschulen Neubrandenburg und Magdeburg-Stendal im Jahr 2011. Vortrag.. Kongress Armut und Gesundheit – der Public Health-Kongress in Deutschland, Technische Universität Berlin. Kongressdokumentation. Abrufbar unter: [http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/Kongress\\_A\\_G/A\\_G\\_15/Doku\\_A\\_G\\_2015/Beitraege\\_neu/Czwikla\\_J\\_Kohls\\_A\\_Sachs\\_I\\_Berufsfeld\\_Gesundheit\\_2\\_.pdf](http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_15/Doku_A_G_2015/Beitraege_neu/Czwikla_J_Kohls_A_Sachs_I_Berufsfeld_Gesundheit_2_.pdf). [Letzter Zugriff am 12.01.2016]. Ausgewählte Ergebnisse abrufbar unter: [www.hs-nb.de/fachbereich-gpm/beiunsstudieren/absolventinnenbefragung/](http://www.hs-nb.de/fachbereich-gpm/beiunsstudieren/absolventinnenbefragung/). [Letzter Zugriff am 12.01.2016]



**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009):** Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Kurzfassung. S.13-29. S.163-165.

**Schier, Carmen / Schwinger, Elke (Hrsg. (2014):** Interdisziplinarität als Herausforderung akademischer Bildung. Innovative Konzepte für die Lehre an Hochschulen und Universitäten. Bielefeld: transcript.

**Schmidt, Jan C. (2005):** Dimensionen der Interdisziplinarität. Wege zu einer Wissenschaftstheorie der Interdisziplinarität. In: Technologieabschätzung – Theorie und Praxis Nr. 2, 14. Jg. S.12-17.

**Schnabel, Peter-Ernst (2015):** Einladung zur Theoriearbeit in den Gesundheitswissenschaften. Wege, Anschlussstellen, Kompatibilitäten. Weinheim und Basel. Beltz Juventa.

**Schott, Thomas / Hornberg, Claudia (2011):** Vorwort. In: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag. Gesundheit und Gesellschaft. S.13-23.

**Schulte, Timo / Pimperl, Alexander / Hildebrandt, Helmut / Bohnet-Joschko, Sabine (2017):** USA: Accountable Care Organizations als neue Form der cooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. S. 547-548.

**Scutchfield Douglas / Ingram Richard (2013):** Public Health systems and services research: building the evidence base to improve public health practice. Public Health reviews. 35 (1): epub ahead of print

**Schienkewitz, Anja / Lotz, Eckehard / Martin, Sabine / Dierks, Marie-Luise (2001):** Die Berufliche Situation von Public Health Absolventen in Deutschland aus der Sicht von Arbeitgebern. In: Public Health Forum 30. S.22.

**Schüle, Klaus (2013):** Gesundheitsberufe gestern – heute – morgen. Bewegungstherapie und Gesundheitssport 29. S. 117-121. <http://dx.doi.org/10-1055/s-0033-1345453>

**Selinger, Yvonne et al. (2012):** GesinE – ein Beitrag zur Gesundheitsberufsbildungsforschung in Europa in: Public Health Forum 20 Heft 77

**Simon, Michael (2012):** Entwicklung der Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen in: Public Health Forum 20 Heft 77

**Sottas, B. (2015):** Perspektiven der Berufsbildungsforschung in einer intersektoralen Gesundheitspolitik. In: V. Weyland, U. / Kaufhold, M. / Nauerth, A. / Rosowski, E. (Hrsg.): bpw@Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich.1-18. Online: [http://www.bwpat.de/spezial/10/sottas\\_gesundheitsbereich-2015.pdf](http://www.bwpat.de/spezial/10/sottas_gesundheitsbereich-2015.pdf).

**Steinke, Ines (2008):** Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U. / v. Kardoff, E. / Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg. S.319-331.

**Streckeisen, Ursula (2013):** Gesundheitsförderung als Beruf? Aspekte der Ausbildung, Beschäftigung und Berufspolitik hinsichtlich Public Health. In: Estermann, Josef / Page, Julie / Streckeisen, Ursula (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winterthur 2012. Wien, Luzern: LIT-Orlux Verlag. S.240-261.

**Sukopp, Thomas (2010):** Interdisziplinarität und Transdisziplinarität. Definition und Konzepte. In: Jungert, Michael / Romfeld, Elsa / Sukopp, Thomas / Voigt, Uwe (Hrsg.) (2010): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: WBG. S. 13-31.

**Tilson, Hugh / Gebbie, Kristine (2004):** The Public Health Workforce: In: Annuals Reviews. Public Health 25. S. 341-356. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124357

**Troschke v. Jürgen (1993):** Entwicklung der Gesundheitswissenschaften - Public Health in Deutschland. Sachstandsbericht. Freiburg : Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Abt. für Med. Soziologie der Albert-Ludwigs-Univ. Freiburg.

**Voigt, Uwe (2010):** Interdisziplinarität: Ein Modell der Modelle. In: Jungert, Michael / Romfeld, Elsa / Sukopp, Thomas / Voigt, Uwe (Hrsg.) (2010): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: WBG. S.31-47.

**Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2015):** Ohne Differenzierung keine Innovation – Positionspapier des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) zur Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgungspraxis durch primärqualifizierende hochschulische Bildung. verfügbar unter: [www.dg-pflegewissenschaft.de](http://www.dg-pflegewissenschaft.de) [letzter Zugriff am 15.03.16]

**Vukovic, Dejana / Bjegovic-Mikanovic, Vesna / Otok, Robert / Czabanowska, Katarzyna / Nikolic, Zeljka / Laaser, Ulrich (2014):** Which level of competence and performance is expected? A survey among European employers of public health professionals. Int J Public Health. 59: S. 15-30. DOI 10.1007/s00038-013-0514-x

**Walkenhorst, Ursula (2012):** Akkreditierung im Dienste der Qualitätssicherung von Studiengängen in: Public Health Forum 20 Heft 77

**Waller, Heiko (2006):** Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart : Kohlhammer. 4. Auflage

**Wessel, Karl-Friedrich (2010):** Disziplinarität und Interdisziplinarität in der Bildung. In: LIFIS Online. [www.leibnitz-institut.de](http://www.leibnitz-institut.de). ISSN:1864-6972. S. 1-6. [Zugriff über sowiport am 22.04.16]

**Weyland, Ulrike / Kaufhold, Marisa (2017):** Qualifizierung des betrieblichen Bildungspersonals in der Pflege. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis. Pflegeberufe. 46. Jahrgang. 1/ 2017. S.30-33.

**Wissenschaftsrat (2012):** Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen Drs. 2411-12 vom 13.7. 2012

**Wissenschaftsrat (2014):** Arbeitsprogramm des Wissenschaftsrates Juli 2014-Januar 2015.

**Wolff, Stephan (2008):** Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick et al.. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: rowolth. S.502-513.

## 10. Anhang

### 10.1 Interviewleitfaden

#### **Chancen, Anforderungen und Perspektiven der Public Health-Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit**

**- Experten-Interviews –**

**Berufsverbände**

Stand: 13.10.16

**Julia Hinz**

**Universität Bielefeld**

**Fakultät für Gesundheitswissenschaften**

Im Interview geht es um Ihre Einschätzung von Public Health

(Stichworte: Qualifikationen, Kompetenzen, Handlungsfelder von Public Health auf dem  
Arbeitsmarkt Gesundheit)

Ziel ist es, die subjektive Einschätzung von Public Health als Ausbildungsfeld und von  
Handlungsfeldern auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit aus Akteursperspektive kennenzulernen

#### **Einstieg**

Sie sind ja als <Regionalleiter des DBfK> engagiert, das ist ja ein spannendes Arbeitsfeld.

#### **Bedeutung von Public Health**

Ich weiß, dass der <DBfK> an Fragen zur Weiterentwicklung des Ausbildungs- und  
Arbeitsmarktes Gesundheit(swissenschaft) beteiligt ist. Stichwort Generalistik.

<b>Hauptfrage (n)</b>	<b>Präzision / Nachfrage (n)</b>
<b>Was bedeutet für Sie dabei Public Health?</b>	Welche Themen wurden aufgenommen, welche nicht? Von wem? Von wem nicht? Warum?

## Komplexität von Wissen / Inter- und Transdisziplinarität

Hauptfrage (n)	Präzision / Nachfrage (n)
Was sind die grundsätzlichen Kompetenzen <eines Gesundheitswissenschaftlers>?	Welche Kompetenzen sind in Zukunft besonders wichtig? Stichwort. Fachspezifisch vs fachübergreifende Skills.
Wie würden Sie das Anforderungsprofil zur Bearbeitung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen beschreiben?	
Was ist der Mehrwert von Interdisziplinarität?	Wie würden Sie den Mehrwert einer interdisziplinären Ausbildung gegenüber einer fachspezifischen Ausbildung mit Gesundheitsbezug beschreiben?
Welche Rolle spielt Expertenwissen?	Welche Teilgebiete sind dafür besonders wichtig. Stichwort Pflegewissenschaft/Versorgungsforschung/beratung/Gesundheitsförderung etc. Warum werden nicht Experten eines jeweiligen Gebietes zur Bearbeitung eines Problems zusammengeführt? Stichwort Generalisten vs Spezialisten
Wo ist interdisziplinäres Handeln von Gesundheitswissenschaftlern heute und in Zukunft gefragt?	Was sollten Absolventen der Gesundheitswissenschaften Ihrer Meinung nach können, um erfolgreich beruflich handeln zu können? Was erwarten Sie von jemandem, der sich in Ihrem Haus mit dem Thema „Gesundheit“ beschäftigt? Stichwort Zusammenarbeit verschiedener Experten

## Arbeitsmarkt Gesundheit

Hauptfrage (n)	Präzision / Nachfrage (n)
<b>Was ist Ihr Verständnis von einem Arbeitsmarkt Gesundheit?</b>	Welche Herausforderungen sehen Sie? Können Sie die drängendsten Probleme beschreiben?
<b>Welche Bedarfe sehen Sie auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit?</b>	
<b>Wie würden Sie die Perspektiven von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit beschreiben?</b>	Bitte beschreiben Sie Public Health relevante Handlungsfelder.
<b>Wie würden Sie das Verhältnis von Wissenschaft / universitärer Ausbildung zu gesellschaftlichen Bedarfen beschreiben?</b>	Wie könnte ein organisierter Austausch aussehen?
<b>Woher weiß Gesundheitswissenschaft, was auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit gebraucht wird?</b>	Wie erfolgt die Rückkopplung universitärer Ausbildung an gesellschaftliche Bedarfe? Wie könnte universitäre Ausbildung in Zukunft aussehen?
<b>Inwiefern darf / kann / soll die Arbeitsmarktfähigkeit Leitlinie universitärer Bildung sein?</b>	

## Arbeitsmarktfähigkeit von Gesundheitswissenschaftlern

Hauptfrage (n)	Präzision / Nachfrage (n)
<p><b>Wie würden Sie Arbeitsfelder von Gesundheitswissenschaftlern auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit beschreiben?</b></p>	<p>Wer braucht was auf dem Arbeitsmarkt?            Was braucht z.B. jemand der einen Pflegedienst leitet?            Können solche Anforderungen übergreifend formuliert werden oder muss man spezifisch sehen, was so jemand braucht?            Was bedeutet das für die Organisation eines Studiums?</p>
<p><b>Wie werden die allgemeinen und spezifischen Ausbildungsinhalte von Gesundheitswissenschaftlern bestimmt?</b></p>	<p>Woher kommt das Wissen über den Bedarf an Generalisten oder Spezialisten?            Wie und von wem wird das Wissen über Gesundheitswissenschaften formuliert?</p>
<p><b>Was kann und muss universitäre Ausbildung leisten?</b></p>	



**Synapse von Gesundheitswissenschaft und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe (Pflege)**

Wenn Sie sich an die Debatten zur Akademisierung der Gesundheitsberufe erinnern...

Hauptfrage (n)	Präzision / Nachfrage (n)
<b>Wo erleben Sie Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaft?</b>	
<b>Wie würden Sie den Anteil von Public Health an der Akademisierung (Pflege) beschreiben?</b>	Warum? Warum nicht? Wie könnte dieser in Zukunft aussehen? Gibt es Ihrer Meinung nach Anknüpfungspunkte für Gesundheitswissenschaften? Können Sie sich vorstellen, welche?
<b>Wie würden Sie in diesem Zusammenhang interprofessionelles Handeln definieren und Arbeiten in multiprofessionellen Teams beschreiben?</b>	Wer sollte dazu gehören? Welche neuen Aufgaben und Berufsrollen sollten dazu gehören? Was ist dafür nötig?

**Wahrgenommene Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit**

Hauptfrage (n)	Präzision / Nachfrage (n)
<b>Hat sich durch Ihre &lt;Tätigkeiten als Berufsverband&gt; etwas auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit verändert?</b>	Haben sich dadurch neue Qualifikationen ergeben?

**Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes Gesundheit und Empfehlungen**

Hauptfrage (n)	Präzision / Nachfrage (n)
<b>Was wünschen Sie sich für die Zukunft von Public Health...</b>	Was würden Sie verändern?

### **Sozio-demografische Daten**

Wer hat teilgenommen?

- aktuelle Berufstätigkeit

### **Abschließende Fragen**

Gibt es etwas, was wir noch nicht angesprochen haben – was Sie für wichtig halten?

Ich habe jetzt ganz viel von Ihrer Arbeit und auch von Ihnen erfahren. Haben Sie Fragen an mich?

## 10.2 Datenschutz

### **Teilnehmerinformation an der gesundheitswissenschaftlichen Studie „Chancen, Anforderungen und Perspektiven der Public Health-Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit“**

**Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,**

an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 1 erfolgt das Promotionsprojekt von Frau Julia Hinz unter der Betreuung von Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger. Hierzu werden mittels Experteninterviews Aspekte zur Einschätzung von Public Health als Ausbildungsfeld und Handlungsfeldern auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit ermittelt. Ziele sind die Schärfung des Public Health Profils und die Anschlussfähigkeit von Public Health im Berufsfeld Gesundheit.

Das Sample der Dissertationsstudie umfasst Public Health-Professionals, Vertreter\*innen aus Gesundheitswissenschaft, Gesundheits- und Bildungspolitik sowie aus Gewerkschaften, Berufs- und Arbeitgeberverbänden.

Erkenntnisinteresse sind die Ausmaße, Inhalte und Handlungsfelder von Interdisziplinarität und Interprofessionalität für das Berufsfeld Gesundheit sowie das Selbstverständnis von Public Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit.

Erwartbares Ergebnis ist eine empirisch gestützte Theorie-Entwicklung von Interdisziplinarität für Public Health.

Die Ergebnisse können einerseits einen Beitrag für die Weiterentwicklung der universitären gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung und andererseits für die Weiterentwicklung von neuen Berufsrollen und Handlungsfeldern auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit leisten.

Im Zuge dieser Gespräche werden ExpertInnen durch Frau Julia Hinz interviewt. **Diese Experteninterviews sollen dabei auf Tonband aufgezeichnet und von Frau Julia Hinz verschriftlicht werden. Am Ende der Projektlaufzeit werden die Aufnahmen gelöscht.**

#### **Vertraulichkeit**

Frau Julia Hinz verpflichtet sich, die im Zusammenhang mit diesem Vorhaben erhobenen Daten (jegliche Information in Form von Ton und Abbildungen) ausschließlich für die wissenschaftliche Arbeit im Rahmen des o.g. Projektes zu verwenden und vertraulich zu behandeln. **Die erhobenen Daten werden bei der Verschriftlichung größtmöglich anonymisiert, indem alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen können, verändert oder aus dem Text entfernt werden. Rückschlüsse auf Personen sind daher ausgeschlossen. Rückschlüsse auf Institutionen sind weitestgehend ausgeschlossen.** Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

#### **Präsentation der Daten**

Im Rahmen der Dissertation von Frau Julia Hinz können exemplarisch wörtlich verschriftlichte Ausschnitte aus den Audioaufzeichnungen **anonymisiert** als Zitate verwendet werden.

#### **Freiwilligkeit und Widerrufbarkeit**

Ihre Einwilligung und Teilnahme an den Experteninterviews ist selbstverständlich freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit das Interview abubrechen und / oder Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Personenbezogene Daten werden dann gelöscht, soweit diese nicht bereits anonymisiert sind. Sollten Sie nicht teilnehmen, entstehen Ihnen selbstverständlich **keine** Nachteile. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen, die Aufnahmen und sonstiges Material werden dann umgehend vernichtet.

---

Ich bin über das in dem Promotionsprojekt von Frau Julia Hinz an der Universität Bielefeld beabsichtigte Vorhaben unter der Betreuung von Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger informiert worden und habe die o.g. Informationen zur Kenntnis genommen. Ich nehme an dem Experteninterview teil und bin mit der Durchführung der oben beschriebenen Datenerhebung und ihrer Verwendung für die beschriebenen Zwecke einverstanden. Mir wurde die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zu stellen.

Name der teilnehmenden Person: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Julia Hinz

\_\_\_\_\_  
Datum



**Ethik-Kommission der Universität Bielefeld**  
**Basisfragebogen für die Antragstellung**

Mit der Einreichung dieses Antrags bestätigen die Antragstellerinnen bzw. Antragsteller, dass sie die für ihr Forschungsvorhaben einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien (z.B. Ethische Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und des Berufsverbandes deutscher Psychologinnen und Psychologen oder andere fachlich einschlägige Ethikrichtlinien) in den aktuell gültigen Fassungen kennen und bei der Planung ihrer Studie(n) sowie der Antragstellung berücksichtigt haben.

Sie bestätigen ferner, dass sie, sofern personenbezogene Daten erhoben werden sollen, die einen Rückschluss auf bestimmte Personen zulassen, oder Video- oder Audioaufzeichnungen erfolgen sollen, alle Bestimmungen des Datenschutzes beachten und ihr Vorgehen mit dem Büro der Datenschutzbeauftragten der Universität Bielefeld abgestimmt haben.

Die Antragstellerinnen bzw. Antragsteller bestätigen ferner, dass alle Angaben in diesem Basisfragebogen und im ggf. beigefügten ausführlichen Fragebogen nach ihrem besten Wissen zutreffend sind. (Bewusst falsche Angaben im Zusammenhang mit einer studentischen Arbeit können als Täuschungsversuch gewertet werden und zur Aberkennung von Prüfungsleistungen führen.)

Kurzbezeichnung der Studie(n) (max. 10 Wörter):

Chancen, Anforderungen und Perspektiven der Public Health-Ausbildung für das Berufsfeld  
Gesundheit

---

Datum der Antragstellung :15.09.2016

**Bitte ankreuzen:**

Neuer Antrag       Wiedervorlage nach Überarbeitung des Antrags Nr. EUB \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

Es handelt sich um eine Studie / Studien im Rahmen einer / eines

Lehrveranstaltung     Bachelorarbeit     Masterarbeit     Promotion   

Drittmittelantrags.

Sonstiges, nämlich:

---

Die Begutachtung erfolgt, sofern unten nichts anders gewünscht wird, nach den **Ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BdP)**.

Ich wünsche eine Begutachtung nach anderen Richtlinien, nämlich:

---

Durchführende/r Forscher/in (Hauptansprechpartner/in)

Name, Vorname: Hinz, Julia

Fakultät/Einrichtung / Gebäude+Raum: Fakultät für Gesundheitswissenschaften / Hauptgebäude U6-101

E-Mail-Adresse: [julia.hinz@uni-bielefeld.de](mailto:julia.hinz@uni-bielefeld.de)

Status (bitte ankreuzen):  Student/in x  Doktorand/in x  Mitglied des wissenschaftlichen Personals

Ggf. weitere/r durchführende/r Forscher/innen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Ggf. verantwortliche Betreuerin bzw. verantwortlicher Betreuer:

Name, Vorname: Prof. Dr.Dr. Gerlinger, Thomas

Fakultät/Einrichtung / Gebäude+Raum: Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 1;  
Hauptgebäude, L6-122

E-Mail-Adresse: [thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de](mailto:thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de)

Bitte beachten Sie:

Der Bescheid der Kommission wird normalerweise in Papierform per Hauspost an den/die Hauptansprechpartner/-in bzw. den/die verantwortliche/-n Betreuer/-in gesendet. Gleichzeitig erhalten Hauptantragsteller/-in und ggf. Betreuer/-in eine E-Mail mit dem Ergebnis der Begutachtung.

Bitte beantworten Sie alle 11 Fragen durch Ankreuzen:	DGPs*	ja	nein
1. Werden an der Studie Personen teilnehmen, die einer besonders verletzlichem Gruppe angehören oder die nicht selbst ihre Zustimmung zur Teilnahme geben können (z.B. Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren, Menschen mit Lernschwäche, Menschen in psychotherapeutischer Behandlung)?	3 (b)		x
2. Ist es erforderlich, dass Personen an der Studie teilnehmen, ohne zu diesem Zeitpunkt hierüber informiert zu sein oder ihre Einwilligung gegeben zu haben (z.B. bei verdeckter Beobachtung)?	6		x
3. Wird in der Studie verdeckte Beobachtung oder eine andere Methode eingesetzt, bei der informierte Einwilligung, lückenlose Aufklärung der TeilnehmerInnen und/oder die Möglichkeit einer anschließenden Datenlöschung nicht gewährleistet ist?	3 / 9		x
4. Wird die Studie Fragen zu Themen beinhalten, die für die Befragten von intimer Natur sind oder deren Beantwortung als stigmatisierend wahrgenommen werden kann (z.B. zu illegalem oder deviantem Verhalten oder zu sexuellen Präferenzen)?	3 (d)		x
5. Beinhaltet die Studie eine aktive Täuschung der TeilnehmerInnen oder wird den TeilnehmerInnen gezielt Information vorenthalten? (Das Vorenthalten der Hypothese fällt nicht in diese Kategorie.)	8		x
6. Besteht das Risiko, dass die Studie bei den TeilnehmerInnen psychischen Stress, Furcht, Erschöpfung oder andere negative Effekte hervorruft, die über das im Alltag zu erwartende Maß hinausgehen?	3 (d) 9		x
7. Besteht das Risiko, dass die Studie bei den TeilnehmerInnen Schmerzen oder mehr als nur mildes Unbehagen hervorruft?	3 (d) 9		x
8. Werden den TeilnehmerInnen in der Studie Medikamente, Placebos oder andere Substanzen (z.B. Nahrungsmittel, Getränke, Vitaminpräparate) verabreicht oder werden die TeilnehmerInnen irgendwelchen invasiven oder potenziell schädlichen Prozeduren unterzogen?	3 (d) 3 (e) 8 9		x
9. Werden Video- bzw. Audioaufnahmen von TeilnehmerInnen gemacht, <b>ohne dass die TeilnehmerInnen vorab ihre Einwilligung hierzu gegeben haben?</b>	3 / 4		x
10. Werden den TeilnehmerInnen Körpersubstanzen entnommen (Blut, Speichel, etc.)?	3 / 4		x
11. Wird den TeilnehmerInnen eine finanzielle Vergütung gezahlt, die den Betrag von 10 Euro <i>pro Stunde</i> überschreitet?	7		x

Anm.: \* In dieser Spalte sind besonders relevante Abschnitte aus dem Dokument "Revision der auf die Forschung bezogenen ethischen Richtlinien" der DGPs aufgelistet. Siehe <http://www.dgps.de/dgps/kommissionen/ethik/>

Wenn oben alle 11 Fragen mit "nein" beantwortet wurden, genügt die Einreichung dieses Dokuments (vorzugsweise als PDF-Datei im Anhang einer E-Mail an [ethikkommission@uni-bielefeld.de](mailto:ethikkommission@uni-bielefeld.de)).

Wenn oben mindestens eine Frage mit "ja" beantwortet wurde, beantworten Sie bitte zusätzlich den ausführlichen Fragebogen und reichen Sie auch diesen ggf. zusammen mit weiteren Unterlagen (z.B. Auszüge aus den Untersuchungsmaterialien) ein (vorzugsweise alles gebündelt in **einer** PDF-Datei).

## 10.4 Akquise-Schreiben

Sehr geehrte Damen und Herren,

in unserer Arbeitsgruppe wird unter meiner Betreuung zurzeit eine Dissertation „Chancen, Anforderungen und Perspektiven der Public Health Ausbildung für das Berufsfeld Gesundheit“ erstellt. Als Gesundheitswissenschaftlerin (BSc Health Communication, MSc Public Health, Doktorandin Public Health) forscht und promoviert Frau Julia Hinz bei mir.

Das Sample der Dissertation umfasst Public Health-Professionals, Vertreter\*innen aus Gesundheitswissenschaft, Gesundheits- und Bildungspolitik sowie aus Gewerkschaften, Berufs- und Arbeitgeberverbänden. Zum Erkenntnisinteresse zählen die Ausmaße, Inhalte und Handlungsfelder von Interdisziplinarität und Interprofessionalität für das Berufsfeld Gesundheit sowie das Selbstverständnis von Public Health auf dem Arbeitsmarkt.

Erwartbares Ergebnis ist eine empirisch gestützte Theorie-Entwicklung von Interdisziplinarität für Public Health.

Im Zuge dieser Gespräche werden ExpertInnen durch Frau Julia Hinz interviewt. Die Interviews dauern ca. 45-60 Minuten. Die Interviews können an einem Ort Ihrer Wahl oder alternativ telefonisch durchgeführt werden.

Frau Julia Hinz verpflichtet sich, die im Zusammenhang mit diesem Vorhaben erhobenen Daten (jegliche Information in Form von Ton und Abbildungen) ausschließlich für die wissenschaftliche Arbeit im Rahmen des o.g. Projektes zu verwenden und vertraulich zu behandeln. **Die erhobenen Daten werden bei der Verschriftlichung anonymisiert, indem alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen können, verändert oder aus dem Text entfernt werden. Rückschlüsse (z.B. Personen, Institutionen) sind daher ausgeschlossen.** Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Im Rahmen der Dissertation von Frau Julia Hinz können exemplarisch wörtlich verschriftlichte Ausschnitte aus den Audioaufzeichnungen **anonymisiert** als Zitate verwendet werden.

Ihre Einwilligung und Teilnahme an den Experteninterviews ist selbstverständlich freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit das Interview abzubrechen und / oder Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Personenbezogene Daten werden dann gelöscht, soweit diese nicht bereits anonymisiert sind. Sollten Sie nicht teilnehmen, entstehen Ihnen selbstverständlich **keine** Nachteile. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen, die Aufnahmen und sonstiges Material werden dann umgehend vernichtet.

Ich würde mich sehr darüber freuen, wenn ich Ihr Interesse an dem Forschungsprojekt wecken konnte und ich Sie für die Interviewstudie von Frau Julia Hinz gewinnen konnte.

Bitte wenden Sie sich für etwaige Rückfragen an Frau Hinz. Bitte teilen Sie ihr auch mit, ob Sie für ein solches Interview zur Verfügung stehen. Sie wird sich dann zwecks einer Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung setzen. Hier sind ihre Kontaktdaten:

Julia Hinz (Msc Public Health)  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Stabsstelle Lehre  
Dekanat  
Telefon: 0521 106 3885  
E-Mail: [Julia.Hinz@uni-bielefeld.de](mailto:Julia.Hinz@uni-bielefeld.de)



Mit freundlichen Grüßen

Arbeitsgruppe 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und  
Gesundheitssoziologie

## 10.5 Beispieltranskript

### Interview

Datum	
Interviewdauer	28:15 Minuten
Aktuelle Berufstätigkeit	
Institution	

1 I: Ja nochmal offiziell herzlich willkommen und vielen Dank das Sie sich die Zeit nehmen für  
2 meine Interviewstudie. Es geht ja um Chancen, Anforderungen, Perspektiven von Public  
3 Health auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit. Genau. Es geht also ganz, um ihre Einschätzung  
4 von Public Health unter den Stichworten: Kompetenzen, Qualifikation aber auch von  
5 Handlungsfeldern von Public Health auf dem Arbeitsmarkt. Die subjektive Einschätzung  
6 interessiert, aus Sicht unterschiedlicher Akteure. Sie sind ja sehr engagiert, als Regionalleiter  
7 des DBFK. Das ist ja ein sehr spannendes Arbeitsfeld. Ähm, ich weiß, dass der DBFK, äh,  
8 an Fragen zur Weiterentwicklung des Ausbildungs- und Arbeitsmarktes  
9 Gesundheit/Gesundheitswissenschaften beteiligt ist. Hier das Stichwort: Generalistik. In  
10 diesem Zusammenhang: Was bedeutet für Sie dabei Public Health? #0:00:59.9#

11 B: Ähm, Erstmal zur Klärung nochmal. Also im DBFK bin ich ja Delegierter also nicht  
12 Regionalleiter, das heißt ehrenamtlich tätig ne. Ähm, die Hauptamtlichen sind ja alle in  
13 Hannover. Ähm, im Zuge Generalistik und Public Health ... Public Health ist natürlich ne sehr  
14 weitere Sichtform von Pflege als wir sie im Moment verstehen in Deutschland. Also wir  
15 fixieren das ja sehr auf, ähm, die Krankenpflege in den Krankenhäusern, ne, dann ambulante  
16 Pflegedienste und die auch die Langzeitpflegeplätze. Ähm, Public Health, ähm, hat ja eher  
17 einen gesellschaftlichen Anspruch würde ich fast, ähm, schon sagen. Ne also eher  
18 Gesundheitserhaltung von ganzen Bevölkerungsgruppen, ähm, Präventionskampagne etc.  
19 Ähm, (Pause) das ist natürlich auch Inhalt der pflegerischen Ausbildung aber natürlich nicht  
20 in der Tiefe, wahrscheinlicherweise aufgrund von Zeit und auch dem Arbeitsfeld nachher,  
21 ähm, als es in der Pflegeausbildung gegeben ist und, ähm, auch Public Health findet  
22 (Pause), ähm, meines Erachtens nach keinen nennenswerten Einfluss in die in die  
23 Generalistische Ausbildung. #0:02:01.2#

24 I: Hm. Ähm, jetzt noch einmal zurück zu dem Stichwort Public Health und  
25 bevölkerungsbezogene Ansätze. Was sind für Sie die grundsätzlichen Kompetenzen, jetzt  
26 auch im Rückbezug auf Ihren Erfahrung, Ihren Expertisen eines  
27 Gesundheitswissenschaftlers? #0:02:19.3#

28 B: (Pause) Zwei zentrale Kompetenzen (Pause) von Gesundheitswissenschaften sind ähm  
29 sehr gen... genereller Ansatz, ähm, von Gesundheit oder ein ganz anderes Verständnis.  
30 Ähm, also eher ne Gesundheitserhaltungsverständnis, vermutlich. Ähm, was halt  
31 verschiedene Aspekte mit einbezieht, also, ähm, auf der einen Seite, (Pause), ähm, können  
32 Gesundheitswissenschaftler natürlich, ähm, in Arbeits- ... bei Arbeitgebern arbeiten. Also in  
33 ganz normalen Firmen arbeiten aber natürlich auch im, ähm, (Pause) auf der politischen  
34 Ebene, ähm, aber natürlich auch in in Krankenkassen etc. Das heißt von zentralen  
35 Kompetenzen her würde ich, ähm, sagen, dass sie ein sehr umfassendes Bild von  
36 Gesundheit verstehen, dass sie, ähm, die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen  
37 kennen auch die Abläufe kennen und auch nen generelles Grundwissen haben, wie z.B.  
38 Finanzierung funktioniert, und halt auch ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wie

39 das entsteht und natürlich auch gut ökonomische Aspekte, ich glaube das gehört auch auf  
40 jeden Fall dazu. #0:03:18.7#

41 I: Hm. Wie würden Sie das Anforderungsprofil zur Bearbeitung von komplexen  
42 gesundheitlichen Problem- und Bedarfslagen beschreiben? #0:03:29.4#

43 B: Meine Sie jetzt auf individueller Ebene oder zu Bevölkerungsgruppen? #0:03:32.9#

44 I: Genau, generell jetzt im Hinblick auf den ich sag mal weiten Arbeitsmarkt Gesundheit und  
45 auf die Weiterentwicklungen. #0:03:40.3#

46 B: (Pause) das müssen sie nochmal kurz ein bisschen näher ausführen. #0:03:43.8#

47 I: Hm. Der Gesundheitsmarkt/ Pflegemarkt/ Versorgungsmarkt steht ja vor vielen Bedarfen,  
48 vor vielen Herausforderungen, damit aber auch Veränderung (Pause) an Qualifikationen.  
49 Ähm, wo würden Sie oder wie würden Sie da das Anforderungsprofil sehen, wenn, ähm, die  
50 Bedarfe komplex sind. Wer wird wo, mit welchen Kompetenzen, für was gebraucht?  
51 #0:04:12.7#

52 B: Also generell im Gesundheitsmarkt? #0:04:15.4#

53 I: Hmhm #0:04:16.2#

54 B: Okay das ist natürlich eine sehr umfassende Frage. Ähm, (Pause) (Schmatzer) Generell  
55 wird es auf jeden Fall ne weiterhin ne Aufteilung geben, die aber immer mehr verschmilzt  
56 zwischen den Institutionen die ich gerade schon genannt haben. Ne also Krankenhaus,  
57 Langzeitpflege und auch ner ambulanten Versorgung im Quartier oder bzw. im eigenen  
58 Zuhause. Ähm, das heißt man wird die klassischen Berufsfelder auf jeden Fall weiter  
59 brauchen. Also ähm mit klassische Berufsbilder meine ich die Mediziner, die Pflegekräfte,  
60 Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Zahnärzte, Augenärzte... Ähm, natürlich weiterhin viel  
61 Finanzierungs-, ähm, institutionen d.h. weiterhin Krankenkassen, Sozialämter etc. Ähm, ich  
62 glaub des mehr, ähm, in Vordergrund gehen wird, ähm, sind Pflegeberatungsstellen, ähm,  
63 die sich zu... zum Case Management entwickeln werden, um halt einfach nen, ähm, diesen  
64 ganz großen Aspekt von (?) und auch von (?), ähm, der Patienten einfach zu Hause, ähm,  
65 versorgen zu können. Ähm, (Pause) und, äh, ich glaube das wird das wird größer  
66 Veränderung sein. Ähm, dass man im Prinzip komplexe Patienten nicht mehr als Hausarzt  
67 und dann (?) Angehöriger organisiert ja wirklich, sondern dass es zentrale Fachstellen dafür  
68 geben wird, ähm, die man ja als Case Manager bezeichnet, ähm, und ich glaube da (Pause)  
69 ist der größte Entwicklungsbedarf und die Kompetenzen die dazu nötig sind, sind, ähm, (?)  
70 eine Einschätzung welche Sachen nötig sind (Pause), äh, das heißt ne ne fachliche  
71 Ausbildung, ähm, wahrscheinlich auch in nem in nem eher klassischen Feld. Ähm, dann aber  
72 auch weitergehend ne größere, ähm, größere Erfahrung oder Kenntnisse im  
73 Gesundheitswesen an sich. Aber auch gleichzeitig nen Verständnis für die Abläufe des  
74 Gesundheitssystems und der Versorgung, ähm, einschließlich psychologischer Faktoren und  
75 der Familie. #0:06:16.2#

76 I: Hm. In diesem Zusammenhang, wo sehen Sie da den Mehrwert von Interdisziplinarität?  
77 Konkretisiert: wie würden Sie den Mehrwert einer interdisziplinären Ausbildung gegenüber  
78 einer fachspezifischen Ausbildung mit Gesundheitsbezug beschreiben? #0:06:33.9#

79 B: Ähm. Ich glaube ganz konkret das Vermeidung von, ähm, z.B. (?) Patienten, das heißt,  
80 ähm, wenn ich nur mein Fach habe, nur meiner Fach, ähm, Sache spezifiziert ausgebildet  
81 bin und dann auch tätig bin, ähm, ist es manchmal schwer zu erkennen welche Probleme die  
82 Leute noch haben. Das heißt z.B. soziale Aspekte nicht mit einbezogen werden, was dazu  
83 führt das Leute zu Hause nicht versorgt werden können oder Zuhause vereinsamen. Äh und  
84 ich glaube ne interdisziplinäre Ausbildung ähm auf dem Gesundheitsmarkt komplett, ähm,

85 kann das nen Stück weit abschaffen und äh Verständnis natürlich für andere Bereiche, äh,  
86 zum einen erschaffen und auf der anderen Seite, ähm, auch gleichzeitig die Qualität einfach  
87 steigern in der Versorgung. Das entweder Termine zeitnah, ähm, (Pause) ja wahrgenommen  
88 werden, das z.B. Fachärzte näher konsultiert werden. Ähm oder das halt auch, ähm, ja  
89 gewissen Probleme natürlich mehr so in dem Maße auftreten wie sie jetzt auftreten.  
90 #0:07:33.2#

91 I: Hm. Welche Rolle spielt dabei Expertenwissen? Und hier nochmal konkretisiert welche  
92 Teilgebiete sind dafür besonders wichtig. Stichwort in Ihrem Fall Pflegewissenschaft,  
93 Versorgungsforschung und in dem Zusammenhang Beratung und Gesundheitsförderung.  
94 #0:07:70.4#

95 B: Hm, ähm, also Experten wird man immer brauchen, weil es immer fachspezifische Fragen  
96 geben wird die Generalisten nicht klären können. Ähm, (Pause) das ist, ähm, das sind  
97 entweder sehr komplexe Fälle, wo man dann mit mehreren Experten zusammenarbeiten  
98 muss, was ja auch ne Form von Interdisziplinarität dann darstellt. Ähm, und die einzelnen  
99 Bereiche ist natürlich, ähm, so der Vorteil von z.B. Pflegewissenschaften durch Pflegekräfte  
100 oder auch medizinische Forschung durch Ärzte natürlich den Vorteil, dass man das eigene  
101 Berufsbild kennt. Dass man eventuell auch Probleme hat, dass man ne gewisse Akzeptanz  
102 hat, ähm, wenn man die Forschung auch durchführt. Ähm, und, ähm, im Prinzip auch gerade  
103 wenn man von Berufsverbänden ausgeht die dann die Beratung machen, ähm, dass man  
104 einfach ne ganz größeren Rückhalt hat und im Prinzip so auch Probleme aus der  
105 Berufsgruppe, ähm, formulieren kann. Also wenn man z.B. sagt okay, ähm, wir nehmen  
106 vermehrt die und die Problematik wahr, ähm, da müssen wir was dran ändern, ähm, da kann  
107 man das halt wesentlich besser kommunizieren, wenn man das auf die wissenschaftliche  
108 Ebene stellt, weil, ähm, wenn ne Person, ähm, subjektive Aussagen trifft ist es mitunter nicht  
109 Richtungsweisen für Politik. #0:09:05.9#

110 I: Sie haben schon eben gewisse Faktoren (Räuspern), tschuldigung, angesprochen wo  
111 Interdisziplinarität von Nutzen ist. Wenn Sie jetzt nochmal konkret überlegen, wo ist  
112 interdisziplinäres Handeln von Gesundheitswissenschaften heute und in Zukunft gefragt?  
113 Ähm, genau was erwarten Sie, also ja so konkreter jetzt, was erwarten Sie z.B. von  
114 jemanden der in Ihrem Haus, in Ihrer Einrichtung zum Thema Gesundheit beschäftigt ist?  
115 #0:09:37.7#

116 B: Hmm. Ähm, ich glaub das heute auch in unserem Betrieb interessant sind, sind ähm  
117 Gesunderhaltung von Arbeitskräften. Ähm, ich glaube das wird in allen Bereichen gerade im  
118 medizinischen Bereich haben wir Personalmangel, ähm, und zwar durch weg durch alle,  
119 ähm, Personen, ähm, das wird eine größere Rolle spielen, das, ähm, ist auch heute schon  
120 schon der Fall viel in, äh, in, ähm, Arbeitsgesundheit oder Gesundheit am Arbeitsplatz, so  
121 heißt es richtig genau, im Prinzip investiert wird. Und, ähm, das wird glaube ich so eine  
122 klassische Aufgabe die ich nem Gesundheitswissenschaftler, ähm, gebe würde im  
123 Unternehmen. Ähm, generell, ähm, auf der auf der politischen Ebene wäre es glaube ich  
124 eher so das die Bedarfserhebung und -planung durchführen würden. Ähm, um mal zu  
125 schauen sowohl regional wie national, ähm, sind wir in gewissen Bereichen gut aufgestellt,  
126 wie ist die Entwicklung, müssen wir etwas anpassen, müssen wir andere Anreize setzen.  
127 Ähm, gleichzeitig glaub ich auch das in den, ähm, Krankenkassen und Pflegekassen genau  
128 das gleiche auch getan wird durch Gesundheitswissenschaftler. Ähm, und halt der große  
129 Aspekt auch der Entwicklung von Präventionskampagnen z.B., ähm, sei es im BMG oder in  
130 in in anderen Institutionen, ähm, natürlich der Wissenschaft selber auch. Ich glaub das sind  
131 Sachen wo die, ähm, wo Gesundheitswissenschaftler heute schon, ähm, sehr aktiv sind.  
132 Ähm, ich glaub in Zukunft wird das auch sich noch stärker in die Richtung entwickeln, ähm,  
133 gerade, ähm, Bevölkerungs-, ähm, gesundheit wird glaube ich immer mehr in den  
134 Vordergrund gehen. Ähm, es gibt auch schon erste Überlegungen, ähm, wie man, äh, die

135 Versorgung von z.B. ländlicher Bevölkerung sicherstellen kann aber auch wie man, ähm,  
136 (Pause) ja wie man gewisse Krankheitsaspekte, ähm, vorbeugen kann, äh, und natürlich  
137 auch Umweltfaktoren spielen auch eine Rolle. Und ich glaube das wird sich mehr entwickeln.  
138 #0:11:32.6#

139 I: Hm ja. Ähm, Sie hatten ja eingangs auf meine Frage reagiert: Oh der Arbeitsmarkt  
140 Gesundheit. Was ist genau Ihr Verständnis von einem Arbeitsmarkt Gesundheit, welche  
141 Herausforderungen sehen Sie konkret und wie können Sie die drängendsten Probleme  
142 beschreiben? #0:11:48.3#

143 B: Hm. (Pause), ähm, (Pause) also die erste Frage war wie ich den im Moment sehe oder?  
144 #0:11:55.6#

145 I: Hm

146 B: Ähm, im Bezug auf Arbeitnehmer oder? #0:12:00.4#

147 I: Generell was ist Ihr Verständnis von dem Arbeitsmarkt Gesundheit, was gehört dazu.  
148 Genau. Welche Felder würden Sie da subsummieren. Genau. #12:10.7#

149 B: Okay. Ähm, (Pause) Ja im Prinzip gehören ja alle, ähm, ... zum Gesundheitsmarkt an sich  
150 gehört natürlich also, wenn sie es in mehreren Ebenen betrachten würden, natürlich die erste  
151 direkte Versorgung. Also alle Institutionen die man kennt ne. Also, ähm, sowohl also hatten  
152 wir jetzt grad schon eben stationär blablabla, ähm, dann halt natürlich noch Arztpraxen etc.,  
153 ähm, die ganzen (Pause) alles was direkt arbeitet: Physiotherapie, Ergotherapie, die Gruppe  
154 die wie auch immer... Ähm, dann natürlich, ähm, alle Hintergrundorganisationen, die mit der  
155 Finanzierung beschäftigt sind, aber auch die Leute die mit der Planung beschäftigt sind, das  
156 heißt, ähm, auch das Bundesministerium für Gesundheit z.B. gehört da zum  
157 Gesundheitsmarkt. Äh, find ich auch jeden Fall, plus natürlich die Forschungseinrichtungen,  
158 ähm, plus natürlich auch Pharmazieunternehmen, ähm, gehören natürlich auch dazu, im  
159 Prinzip alles, ähm, was unterstützend tätig ist plus was plant. Ähm, ich glaube das im  
160 Moment, ähm, so wie ich den Gesundheitsmarkt beschreiben würde, ähm, wobei natürlich  
161 auch noch die Unternehmen oder Unternehmensteilen dazu kommen können, die sich mit  
162 Gesundheit im Unternehmen beschäftigen also z.B. bei VW, ähm, auch die haben ja  
163 Interesse an gesunden Mitarbeitern, auch die haben ja Gesundheitsförderung am  
164 Arbeitsplatz, auch die gehören natürlich zum Gesundheitsmarkt. #0:13:27.0#

165 I: Hm #0:13:28.8#

166 B: Genau. Was war die zweite Frage? #0:13:30.0#

167 I: Die zweite Frage, war wo Sie die Herausforderungen sehen. Oder was für Sie bestimmte  
168 Herausforderungen sind und daran anschließend können Sie damit auch die drängendsten  
169 Probleme beschreiben? #0:13:42.5#

170 B: Hm (Pause) Ähm, ich glaub ne Herausforderung äh ist die Zukunftsfähigkeit, des  
171 Gesundheitssystems, ähm, (Pause) ich mein die meisten Argumente kennen wir, ähm, sei es  
172 demografischer Wandel aber auch die Gesundheits... oder die Gesundheitsstatus der  
173 arbeitenden Bevölkerung ja also Adipositas äh nimmt immer mehr zu oder, ähm, also sowohl  
174 im Kindesalter als im Erwachsenenalter z.B. Zunahme von chronischen Erkrankungen etc.  
175 Ähm, das auf der einen Seite ne Zunahme an, ähm, ja Bedarfen im im Gesundheitswesen,  
176 direkten Bedarfen aber natürlich auch auf der anderen Seite nen Abfall, ähm, von  
177 Arbeitskraft in anderen Bereichen, d.h., ähm, über lange Sicht gesehen wird die Pflegekasse  
178 und die Krankenkasse, ähm, sich nen anderes Finanzierungssystem überlegen müssen. Äh,  
179 darauf sind wir, habe ich das Gefühl, nicht vorbereitet auf der anderen Seite haben wir aber  
180 auch den Anspruch, äh, müssen wir den Anspruch haben, ähm, die praktische Versorgung

181 von (versicherten) Gruppen zu verbessern. Ähm, wie z.B., ähm, von demenziell Erkrankten,  
182 ähm, die auch immer weiter immer mehr werden im Prinzip, wo es auch ne Steigerung gibt.  
183 Ähm, da gibt's ja im Prinzip kaum Konzepte die in Deutschland umgesetzt werden. Ähm, was  
184 natürlich zu erhöhten ökonomischen Kosten führt aber auch zu ner schlechten Versorgung  
185 der Person an sich. Ähm, d.h. äh die dringendsten Probleme sind, ähm, die Finanzierung  
186 (Pause), die fachliche Ausrichtung auf bestimmte Personengruppen und damit auch  
187 verbunden, ähm, die Mitarbeiter, also die Personen die im Prinzip im Gesundheitswesen  
188 arbeiten wollen, ähm, vornehmlich in der direkten Versorgung. Ich glaube Krankenkassen  
189 haben nicht so das Problem Personal zu finden oder hem Pharmazieunternehmen etc. aber,  
190 ähm, Krankenhäuser, Pflegedienste und halt, ähm, lang, ähm, institutionelle stationäre  
191 Langzeitpflege äh da erleben wir das jetzt schon, ganz ganz kritische Zustände und das wird  
192 massiv so weitergehen. Und, ähm, da Lösungen zu finden, zu erarbeiten, ähm, (Pause) ist  
193 dringen notwendig. War schon von 5 Jahren notwendig und war schon vor 10 Jahren  
194 notwendig. Äh und die Entwicklung ist seit längerem bekannt und, ähm, ja da gibt's jetzt  
195 einfach die Notwendigkeit steigt immer weiter da Lösungen zu entwickeln oder umzusetzen.  
196 Wie die genau aussehen äh ist halt ne Gestaltungsfrage. #0:16:07.4#

197 I: Haben Sie da Vorstellungen wo dort die Perspektiven von Public Health; auf dem von  
198 Ihnen skizzierten Arbeitsmarkt Gesundheit; sein können? #0:16:17.6#

199 B: Ich habe ja vorhin schon angesprochen die, ähm, die Case Manager. Ich glaube das  
200 wäre; ähm, (Pause) nen gutes Arbeitsfeld wie ich Public Health im Moment einschätze. Ähm  
201 (Pause) ohne ohne selber natürlich eine Public Health Ausbildung zu haben, aber so wie ich  
202 es bisher erlebt habe. Ähm das finde ich persönlich ne sehr sehr gute Entwicklung. Ähm,  
203 genauso wie natürlich bei der bei der Bedarfsplanung, äh wo natürlich noch viel  
204 Nachholbedarf ist und bei der Anpassung des des ähm (Pause) ja der der Entwicklung der  
205 Maßnahmen. #0:16:51.3#

206 I: Hm hm... mh. Haben Sie Ideen oder Vorstellung woher  
207 Wissenschaft/Gesundheitswissenschaft weiß was auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit  
208 gebraucht wird? #0:17:06.9#

209 B: (Pause) Woher Gesundheitswissenschaft weiß auf dem Arbeitsmarkt gebraucht wird?  
210 #0:17:12.4#

211 I: Oder anders rum, wenn Sie wenn es ... Sie haben ja eben die gesellschaftlichen Bedarfe  
212 beschrieben. Wie würden Sie da das Verhältnis von Wissenschaft bzw. der universitären  
213 Ausbildung zu diesen gesellschaftlichen Bedarfen beschreiben? #0:17:28.9#

214 B: (Pause) Also das Verhältnis von universitärer Ausbildung und Arbeitsmarkt? #0:17:36.8#

215 I: Hm #0:17:37.1#

216 B: Wie man das im Prinzip anpassen kann oder? #0:17:38.7#

217 I: Hm

218 B: Ähm, (Pause) Gut also das ist ja die Kommunikation zwischen Arbeitgebern und der  
219 Universität, ähm, als forschende Einrichtung, ähm, ganz entscheidend. Ähm, um halt einmal  
220 zu kommunizieren, ok was braucht das Unternehmen im Moment, wo sieht es sich im  
221 Moment. Wobei das natürlich auch die Gefahr birgt, dass, ähm, gewisse Bereiche nicht  
222 erkannt werden, weil sie von Unternehmen selber nicht erkannt werden und nicht in der  
223 Weise kommuniziert werden. Das heißt, ähm, im Prinzip, dass was Sie jetzt machen mit  
224 Leuten zu reden, ähm, Daten zu analysieren, zu schauen ok wo entwickeln sich das hin.  
225 Ähm, z.B. mit Zunahme von chronischen Erkrankungen, ähm, (Pause) werde ich eher durch  
226 ne Quantitative Erhebung feststellen können als wenn ich frage hast du das Gefühl, das, äh,

227 mehr Demenz aufgetreten ist. Ähm, das ist in dem Bereich wie gesagt bei quantitativer und  
228 qualitativer Methodik, ähm, sollten Studiengänge entwickelt werden, auf Basis dieser Daten.  
229 #0:18:32.0#

230 I: Hm Ja. Genau dann ganz konkret, ähm, (räuspern), ähm, wer... was braucht z.B. jemand  
231 der einen Pflegedienst leitet? Welche Kompetenzen, welche Ausbildung? #0:18:45.1#

232 B: (Pause) Ähm, (Pause) Ne fachliche Expertise in der Pflege, ähm, ist dringend notwendig,  
233 ähm, einfach um die fachliche Anleitung zu gewährleisten und auch die Institutionen auch  
234 richtig einschätzen zu können. Ähm, gleichzeitig aber natürlich noch, ähm, ganz ganz  
235 (Pause) ganz ganz viele Kenntnisse in dem im Management, der Mitarbeiterführung. Ähm,  
236 und natürlich, ähm, auch, ähm, gewiss... gewisse Organisationsfähigkeit, die man ja auch  
237 erlernen kann also wie z.B. baue ich ne Tour auf, wie äh entwickle ich meine  
238 Marketingstrategie, wenn dass der Fall ist oder, ähm, natürlich auch Buchhaltung,  
239 Rechnungstellung etc., das sind auch alles, ähm, (Pause) Kompetenzen die man erwerben  
240 muss in der Entwicklung auch in der ... deswegen ist ja auch ne Weiterbildung oder ne  
241 Studium zur ... im Pflegemanagement oder in irgendeinem Bereich, ähm, der Pflege  
242 durchaus sinnvoll. Ähm, gleichzeitig aber natürlich neben den, ähm, diesen Kenntnissen,  
243 ähm, auch nen erweitertes Verständnis, ähm, über diesen Bereich hinaus glaube ich nicht  
244 verkehrt, also, ähm, wie gesagt, ähm, auch ich bin ja persönliche ne Befürworter der  
245 generalistischen Ausbildung, ich glaube damit, ähm, erwirbt man mehre also mehr  
246 Kenntnisse in anderen Bereichen. Ähm, was auch dann bei der Leitung von, ähm,  
247 Institutionen zugutekommt. (Pause) Und, ähm, was natürlich auch noch ein ganz wichtiger  
248 Faktor ist, ist Nachhaltigkeit von Wissen. Ähm, und wenn man ne Einrichtung leitet und  
249 selber keine Ahnung hat, ähm, (Pause) wie man, ähm, selber an neues Wissen kommt, wie  
250 man sich Themen erarbeitet, ähm, ist es nicht nicht positiv (Pause) für... dann wird sich das  
251 nicht positiv ein... auswirken äh auf die direkte Pflege und auch auf den Verlauf von nem von  
252 der Institution. #0:20:26.1#

253 I: Hm. In diesem Zusammenhang, was kann hierbei, was kann und muss hierbei universitäre  
254 Ausbildung leisten? #0:20:32.5#

255 B: (Pause) Ähm, ich glaube universitäre Ausbildung bietet ganz viele (Pause), ähm,  
256 Techniken und vermittelt ganz viele Methoden, um, ähm, Probleme die man vorher nicht,  
257 ähm, hatte einfach zu lösen. Ich glaube universitäre Ausbildung kann nicht leisten auf, ähm,  
258 alle Bereiche vorzubereiten. Ähm, das kann ne pflegerische Ausbildung nicht, das kann  
259 keine Ausbildung, das würde Jahre wahrscheinlich ein Jahrzehnt dauern um auf alle  
260 Bereiche irgendwie ein bisschen vorzubereiten. Ähm, die in nem Verlauf von nem  
261 Pflegedienst halt irgendwie auftreten, gerade wenn man von der Neugründung bis hin bis hin  
262 zu nem laufenden Betrieb geht oder denkt. Ähm, deswegen ist glaube ich die Vermittlung  
263 von Methodenkenntnissen das was ne universitäre Ausbildung leisten muss, weil das ne  
264 praktische Ausbildung nicht leisten kann. #0:21:15.3#

265 I: Hm #0:21:16.1#

266 B: Ne also, ähm, weil es ja auch ganz klar der der Teil, ähm, zur Universität hin, ähm,  
267 (Pause) und welche Bereiche es denn sind... Ähm, es sind halt die die besonders (?) sind  
268 also, ähm, ne Marketingstrategie auszubauen ist glaube ich relativ, ähm, eindeutig. Ähm,  
269 diese Grundschrte, ob das universitär sein muss (Pause) glaube ich nicht. #0:21:46.3#

270 I: Hm. Wenn Sie sich jetzt an die Debatte zur Akademisierung der Gesundheitsberufe  
271 erinnern. Wo erleben Sie hier Schnittmengen mit Gesundheitswissenschaften? #0:21:58.0#

272 B: (Pause) Ähm, (Pause) Ich glaube für Beide ist auf jeden Fall ein Bedarf da, der von, ähm,  
273 (Pause) den meisten Institutionen gesehen wird. Ähm, erstmal fallen mir grundlegende

274 Unterschiede ein, glaube ich, ähm, Schnittmengen sind glaube ich auch in teilweise im  
275 Berufsbild, ähm, gegeben. Ähm, Gesundheitsförderung, ähm, oder die Beratung auch von,  
276 ähm, (Pause), ähm, ja Stakeholdern oder von Planungseinrichtungen. (Pause) Ähm, sind  
277 glaube... also das Berufsbild ist relativ gleich (Pause) äh und ich glaub auch ein Teil der  
278 Ausbildung ist durchaus gleich. Aber sonst fallen mir hauptsächlich Unterschiede ein.  
279 #0:22:41.1#

280 I: Hm. Wie würden Sie den Anteil von Public Health an der Akademisierung, speziell der  
281 Pflege, beschreiben? #0:22:49.6#

282 B: (Pause) Die Frage habe ich nicht verstanden. #022:53.4#

283 I: Ja, ähm, gibt es Ihrer Meinung nach Anknüpfungspunkte in diesem Zusammenhang für  
284 Gesundheitswissenschaften und wenn ja welche könnten das sein. #0:23:02.7#

285 B: Innerhalb der Diskussion, äh, um die Akademisierung der Pflege? #0:23:05.5#

286 I: Hm #0:23:06.4#

287 B: (Pause) Ähm, Viele Argumente sind... überschneiden sich glaube ich. Das über... ja das  
288 äh (?) genau ein, ähm, das halt einfach der Bedarf da ist, ähm, das nen Mehrwert hat, das,  
289 ähm, Kosten/Gesamtkosten reduzieren kann. Ähm gleichzeitig dabei die Situation  
290 verbessern kann. Äh zweiteres ist es ja meist gewollt. Ähm, (Pause) ansonsten war die,  
291 ähm, Debatte über die Akademisierung der Pflege ja sehr subjektiv geprägt. Geprägt von  
292 anderen Berufsgruppen. Ähm, (Pause) und, äh, ist wenig (Pause) wenig in die  
293 Gesamtbevölkerung gegangen. Also ich glaube wo es da Anknüpfungspunkte gibt ist, äh,  
294 daraus zu lernen und es anders zu machen. Also wesentlich mehr die Gesamtbevölkerung  
295 mitzunehmen. #0:23:55.8#

296 I: Hmm. Wenn wir jetzt noch mal bei der Entwicklung von Aufgaben und Berufsrollen sind.  
297 Wie würden Sie hier in diesem Zusammenhang interprofessionelles Handeln definieren und  
298 Arbeiten in multiprofessionellen Teams beschreiben? Als wer sollte in Zukunft dazu gehören,  
299 und welche neuen Aufgaben und Berufsrollen könnten dazu gehören? Was ist hier nötig?  
300 #0:24:20.2#

301 B: Ich glaub das kommt ganz aufs Thema an. Ähm, also die Interprofessionalität auf der  
302 praktischen Ebene, wo es um die Versorgung von nem Patienten geht wird ganz anders  
303 zusammengesetzt sein als ne Planungs... Planungsteam. Ähm, also grundsätzlich da jetzt  
304 eine Aussage zu treffen würde wahrscheinlich zu lange dauern. Haben Sie ein Beispiel  
305 oder?? #0:24:37.3#

306 I: Ne mich interessiert genau... #0:24:39.5#

307 B: Okay #0:24:40.1#

308 I: ihr Antwortverhalten. #0:24:42.3#

309 B: Okay (Lachen) Ähm, also, äh, wie gesagt, das kommt halt darauf an äh, wenn Sie  
310 überlegen, äh ist hier im Raum Bielefeld, ähm, die ärztliche Versorgung gegeben, ähm, wird  
311 ne Person, ähm, die, also wird nen Internist, ähm, der hauptsächlich praktisch tätig ist wenig  
312 weiterhelfen. Wenn Sie auf der anderen Seite darüber überlegen wie sie den kardiologischen  
313 Patienten jetzt weiter versorgen und der multimorbide ist und wieder nach Hause wi... soll  
314 oder will wird, ähm, jemand der ne Professur besetzt wenig hilfreich sein. Also, ähm, (Pause)  
315 da kommt es wirklich auf das, ähm, auf die auf die Aufgabenstellung drauf an. #0:25:22.1#

316 I: Hm ok. Ähm, haben sich durch die Tätigkeiten/ das Engagement der Berufsverband etwas  
317 auf dem Arbeitsmarkt Gesundheit verändert? #0:25:33.1#



318 B: (Pause) Durch die Tätigkeit am DBFK? Ob sich was verändert hat? Ähm, ja der DBFK war  
319 ja ziemlich entscheidend auch, ähm, mit in der Diskussion um, ähm, zum einen die  
320 Pflegekammer was große Auswirkungen auf die, ähm, praktische Pflege haben wird. Aber  
321 auch die Diskussionen die geführt werden im Gesundheitsbereich selbst. Also, ähm, wenn  
322 die Pflegekammern in den Bereichen kommen werden in den Ländern und dann hoffentlich  
323 auch auf dem auf Bundesebene, ähm, wenn Diskussionen anders geführt werden ne durch,  
324 ähm, ja durch die gesetzlichen Regelungen, das Mitsprachrecht einfach dann gesetzlich  
325 gegeben ist. Ähm, aber auch in der Generalistik natürlich und, ähm, auch dadurch das man  
326 nen gewisses Selbstverständnis glaube ich ja in den Pflegenden hervorruft und, ähm, man  
327 weg kommt von dieser christlichcharaktativen Einstellung, ähm, das Pflege ein Liebesdienst  
328 ist, ähm, wenn man da über Jahre/Jahrzehnt hinweg im Prinzip arbeitet was der DBFK ja ja  
329 schon macht, ähm, (Pause) entwickeln sich daraus auch ganz andere Ansprüche und ein  
330 ganz anderes Standing in den in den praktischen Bereichen. #0:26:40.7#

331 I: Hm. Ja was wünschen Sie sich für die Zukunft von Public Health? #0:26:46.1#

332 B: Zukunft von Public Health? Ähm, (Pause) das, ähm, Gesundheit oder der... das  
333 Verständnis von von Gesundheits äh weggeht von Krankheit. Ähm, im Moment wenn wir von  
334 Gesundheitssystemen reden, reden wir immer über solche Sachen wie Krankenhäuser, äh,  
335 als dann das mache ich ja selber auch. Äh ich habe das Gefühl das, ähm, der Großteil, ähm,  
336 aller Personen oder Institutionen das macht. Ähm, das wäre glaube ich ein guter Ansatz zu  
337 schauen okay wie, ähm, halten wir Leute gesund, ähm, wo setzten wir an und das ist, ähm,  
338 gehört dann in die Schulen, das gehört in die Ausbildungsbetriebe, ähm, ich meine School  
339 Nurses z.B., ähm, aus England, ähm, sind nen interessantes Konzept. Ähm, gehört z.B.  
340 dazu und, ähm, ich glaube das wird nochmal, ähm, einen erheblichen Vorteil einfach in der  
341 Versorgung bringen. #0:27:38.7#

342 I: Hm ja herzlichen Dank, mit meinen Fragen bin ich soweit am Ende. Gibt es etwas was wir  
343 noch nicht angesprochen haben, was Sie aber in diesem Zusammenhang für wichtig halten.  
344 #0:27:49.2#

345 B: Mir fällt jetzt spontan nichts ein. #0:27:53.8#

346 I: Hm. Ich habe jetzt ganz viel von Ihnen und Ihrer Arbeit erfahren haben Sie Fragen an  
347 mich? #0:28:00.8#

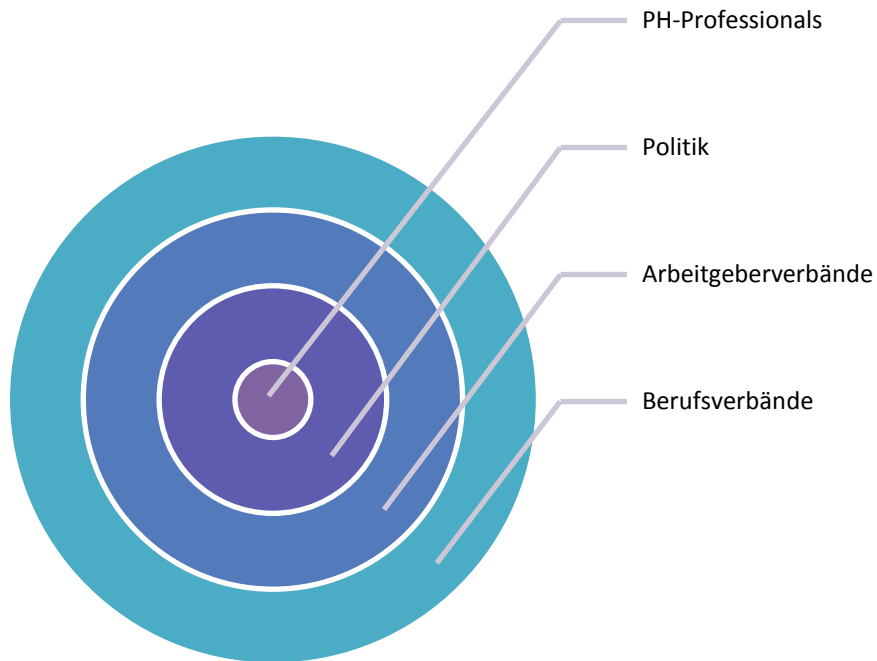
348 B: Ähm, ich bin sicher, dass wir uns auf nem Stand falls es nochmal dazu kommt  
349 austauschen können und, ähm, ja #0:28:08.3#

350 I: Ja dann vielen Dank.

## 10.6 Beispiel tabellarischer Verlauf der Auswertung

### Auswertung Politik der Hauptkategorie Bedeutung von Public Health

#### Fallvergleich



#### Aufbereitung der Interviewdaten

Fälle: 4, 12, 13, 5

Kategorie: Bedeutung und Verständnis von Public Health für das Berufsfeld Gesundheit aus der Sicht der Politik (Berufspolitik/ Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheitspolitik)

## Kodierung

Fall 4		Fall 12		Fall13		Fall 5	
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
Public Health, ich muss ehrlich gestehen, ich musste erstmal nachgucken, das ist vielleicht so ein erstes Ergebnis für diese Studie, weil das ist mir nicht so bekannt (Z.19-21)	<b>Public Health ist nicht so bekannt</b>	Der Überbegriff Gesundheitswissenschaften, da haben wir uns ja eingangs drüber gestritten, das kann man auch tun, aber wir wollen halt möglichst alles abbilden. [In diesem Zusammenhang betreue ich] den Runden Tisch Medizin und Gesundheitswissenschaften. Die Rolle [von Public Health] in dem Kontext ist einfach die, das es mit dazu gehört, also das ist eine der Disziplinen, die in dem Kontext mit aufgenom	<b>Gesundheitswissenschaften als strittiger Überbegriff</b>  <b>PH als Teildisziplinen im Kontext vom Medizin, Pflege und Therapieberufen</b>	Ja da muss ich ja auch nachdenken weil der Bereich kann ja ziemlich groß sein, so, von wegen alles was mit Gesundheit zu tun hat von was weiß ich ner Zeitschrift die über öffentlich über Gesundheit überhaupt berichtet, nicht nur das medizinische, das ist ja eigentlich ein ganz kleiner Teil, sondern eher so, von Beratung wie ich mein Leben einteile, was ich gut oder schlecht machen kann. So Bereiche wie Schlüsselk	<b>PH nicht bekannt</b>  <b>Großer Bereich</b>  <b>Unspezifische Definition</b>  <b>Unklares Tätigkeitsbild</b>  <b>Alls, was mit Gesundheit zu tun hat</b>  <b>Medizin und Lebensberatung</b>  <b>Schlüsselkompetenze</b>	wir sind natürlich als Landesregierung in Unterstützung der Landesregierung, des Gesundheitsministeriums in allen Fragen der öffentlichen Gesundheit natürlich zwangsläufig auf Public Health (Gebiet) tätig. Wenn Sie so wollen. Insofern ist das unser zentrales Aufgabengebiet.(Z.35-37)	<b>PH als zentrale Aufgabengebiet</b>  <b>Unterstützung des Gesundheitsministeriums</b>

Fall 4		Fall 12		Fall 13		Fall 5	
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
		men werden müssen. Also Medizin, natürlich ist gesetzt, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, die kompletten Therapieberufe, Hebammenkunde und natürlich auch Public Health gehört dann auch mit dazu.		ompetenzen die im Prinzip ja auch keine Work Life Balance und sowas streifen	<b>n gesunder Lebensführung</b>  <b>Work-Life-Balance</b>		
Was mir bekannt ist, aber auch nicht in den Details, muss ich ehrlich sagen, sind die Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Also da haben wir schon, ja mehrere Studiengänge die sich etabliert haben. (Z. 21-24)	<b>Gesundheits- und Pflegewissenschaften bekannter als PH</b>  <b>Unwissen über PH</b>  <b>Differenzierung unklar</b>  <b>Pflegewissenschaften etabliert</b>	Die berufspolitischen Probleme, die die Pflege jetzt hat, z.B. hat man im Public Health nicht in der Art und Weise, die Berufsbefähigung ist ja in dem Sinne nicht gegeben	<b>Berufsbefähigung ist nicht gegeben</b>	das kann also von klein auf bis Alter alles betreffen was in Richtung gesundes Leben geht.		Aber es ist ja ein insgesamt ein sehr breites, ein heterogenes Feld, also je mehr es gelingt Gesundheit eben als sehr umfassen des Konzept verständlich zu machen. (Z.43-45)	<b>Sehr heterogenes Feld</b>  <b>Gesundheit als umfassendes Konzept</b>  <b>Konzept zu wenig bekannt</b>

Fall 4		Fall 12		Fall13		Fall 5	
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
Aber Public Health, insbesondere hatte ich noch nicht so richtig im Blick gehabt, muss ich ehrlich sagen. (Z.24-25)	<b>Public Health unbekannt</b>	Im Projektplan sind die Themen Übergang Studium in den Arbeitsmarkt	<b>Übergang Studium-Arbeitsmarkt</b>				
Es ist schon sehr breiter gefasst als nur Pflegewissenschaften oder auch Gesundheitswissenschaften, also zumindest so ist es meine Wahrnehmung geworden und Public Health ja bedeutet erstmal für mich öffentliche Gesundheit, wenn man das auf Deutsch übersetzen würde und ich würde das eher verstehen	<b>Spannungsfeld zwischen PH-Gesundheitswissenschaftlichen-Pflegewissenschaften</b>  <b>Öffentliche Gesundheit</b>						

Fall 4		Fall 12		Fall13		Fall 5	
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
, also klar ist das es mit Gesundheit zu tun hat mit Gesundheitspolitik, aber ich komme schon in die politische Richtung, das wäre für mich (der Versuch) aus verschiedenen Disziplinen dann eine eigene zu machen und dann diese verschiedenen Disziplinen zu nutzen, um eine gute Gesundheitspolitik zu machen.( Z.26-34)	<b>Gesundheitspolitik</b>						
Vereinfacht gesagt, damit es der Bevölkerung in einem Land oder auch in Europa oder in der	<b>Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit</b>						

Fall 4		Fall 12		Fall13		Fall 5	
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
ganzen Welt dann bessere ht.(Z.34-35)							
Damit es keine Krankheit en gibt oder wenn große Krankheit en kommen, dass man sie vermeide n kann und bewältige n kann.(Z.35-37)	<b>Vermeidun g und Bewältigun g von Krankheite n</b>						
Also aus einer politische n Sicht müssen andere Sichtweis en einbezoge n werden,ic h denke erstmal an die Wirtschaft und so ökonomis che Rahmenb edingung en würden für mich auch dazu gehören. (Z.37-39)	<b>Einbezug anderer Sichtweise n</b>						

Fall 4	Fall 12	Fall 13	Fall 5
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
<p>Was die Frage Finanzierung der Gesundheitssysteme angeht z.B. würde ich auch darunter verstehen aber auch so rechtliche Rahmen in dem sich das entwickelt und so eine Kombi von Medizinwissenschaften klar, weil man muss erstmal kennen worum es geht, also Versorgungsstrukturen und so weiter uns sofort, aber auch wirklich diese politische Ebene und Einbeziehung von Sozialwissenschaften, was ich eigentlich ganz spannend finde und</p>	<p><b>Kombination aus Politik, Ökonomie, Recht und Medizin, Sozialwissenschaften und Versorgungsforschung</b></p> <p><b>Spannender Ansatz</b></p>		



Fall 4		Fall 12		Fall13		Fall 5	
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
was jetzt bisher, finde ich, es zu wenig gibt. (Z.40-45)	<b>Geringe Präsenz</b>						
Also man hat eher so den Eindruck, dass die verschied enen Bereiche, einzeln arbeiten, also es gibt die Gesundhe itspolitiker , die Gesundhe itsökonom iker und dann die Juristen die versuchen zu verstehen , was es alles in unserem Bereich läuft und deshalb finde ich das mal einen guter Ansatz das zu versuchen , das alles zu kombinier en.(Z.45- 49)	<b>Keine eigene Wissensch aftsdiszipli n  Verschiede ne Disziplinen stehen getrennt nebeneina nder</b>						
Also ich	<b>Zu wenig</b>						

Fall 4		Fall 12		Fall13		Fall 5	
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
fand das wirklich ganz spannend aber wie gesagt, bisher hatte ich das nicht wirklich im Blick gehabt und ich hatte auch den Eindruck, das es wirklich viele... also es gibt nicht so viele Studiengä nge, die die es gibt sind auch, sehr unterschie dlich ausgestalt et, auch was die Inhalte angeht. Also manche sind eher medizinis ch, orientiert und andere eher eben (Pause) ja sozialwiss enschaftli ch, orientiert, also (Pause) ja also diese breite Vielfalt die	<b>Studiengän ge</b>  <b>Zu unterschie dliche Studiengän ge</b>  <b>Breite Vielfalt</b>						

Fall 4		Fall 12		Fall13		Fall 5	
Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung	Textstelle	Kodierung
eigentlich unsere Ausbildun gen / Studiengä nge charakteri siert. (Lachen)( Z.63-69)							

### Dimensionalisierung:

Subkategorien (Varianten):

- 1) Public Health ist nicht so bekannt
- 2) Gesundheitswissenschaften als strittiger Überbegriff
- 3) PH nicht bekannt
- 4) Großer Bereich
- 5) Unspezifische Definition
- 6) Unklares Tätigkeitsbild
- 7) Alles, was mit Gesundheit zu tun hat
- 8) Medizin und Lebensberatung
- 9) Schlüsselkompetenzen gesunder Lebensführung
- 10) Work-Life-Balance
- 11) PH als zentrales Aufgabengebiet
- 12) Unterstützung des Gesundheitsministeriums
- 13) PH als Teildisziplin im Kontext vom Medizin, Pflege und den Therapieberufen
- 14) Gesundheits- und Pflegewissenschaften bekannter als PH
- 15) Unwissen über PH
- 16) Differenzierung unklar
- 17) Pflegewissenschaften etabliert
- 18) Berufsbefähigung ist nicht gegeben
- 19) Sehr heterogenes Feld
- 20) Gesundheit als umfassendes Konzept
- 21) Konzept zu wenig bekannt
- 22) Public Health unbekannt
- 23) Übergang Studium-Arbeitsmarkt (andere Hauptkategorie?)
- 24) Spannungsfeld zwischen PH-Gesundheitswissenschaften-Pflegewissenschaften
- 25) Öffentliche Gesundheit
- 26) Gesundheitspolitik
- 27) Versuch, verschiedene Disziplinen zu vereinen
- 28) Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit
- 29) Vermeidung und Bewältigung von Krankheiten
- 30) Einbezug anderer Sichtweisen

- 31) Kombination aus Politik, Ökonomie, Recht und Medizin, Sozialwissenschaften und Versorgungsforschung
- 32) Spannender Ansatz
- 33) Geringe Präsenz
- 34) Keine eigene Wissenschaftsdisziplin
- 35) Verschiedene Disziplinen stehen getrennt nebeneinander
- 36) Zu wenig Studiengänge
- 37) Zu unterschiedliche Studiengänge
- 38) Breite Vielfalt

## **empirisch begründete Typenbildung**

### **Typenbildung Bedeutung von PH für die Politik (Berufspolitik / Gewerkschaften, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheit)**

Ziel ist die Typenbildung. Dafür werden in Schritt 1 a) Unterschiede, b) Ähnlichkeiten und c) Zusammenhänge des Datenmaterials identifiziert und beschrieben. In einem zweiten Schritt werden Gruppen (Typen) von Fällen gebildet, die sich in möglichst vielen Merkmalen ähnlich sind. In einem dritten Schritt erfolgt der Rückbezug auf ein theoretisches Dach. Hierfür wird das Datenmaterial auf die Thesen 1 *„Interdisziplinarität in der gesundheitsbezogenen Forschung und Praxis ist ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen“*, These 2 *„Interdisziplinarität lässt sich aufgrund ungelöster Konflikte zwischen den an Gesundheit beteiligten Fächern, Disziplinen, Professionen nicht zu einem allgemeingültigen methodischen und theoretischen Konzept herstellen“*, These 3 *„Wenn es Bedarfe in der Gesundheitsversorgungspraxis nach einer eng aufeinander abgestimmten Anwendung von Strategien und Interventionen unterschiedlicher Professionen zur Beantwortung zunehmend komplexer Problem- und Bedarfslagen gibt, dann kann Public Health geeignete Forschungsmethoden und –erkenntnisse sowie bedarfsgerechte Interventionen liefern“*, These 4 *„Public Health ist für die interprofessionale Weiterentwicklung des Berufsfeldes Gesundheit geeignet“* sowie These 5 *„Wenn in einem stark arbeitsteiligen System zu klären ist, welcher Gesundheitsberuf für welche Aufgaben mit welchen Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung zuständig ist oder in der Zukunft zuständig sein sollte, dann ist die Anschlussfähigkeit von Public Health für Handlungsfelder im Berufsfeld Gesundheit zu klären“* und These 6 *„Wenn der Begriff Gesundheitsberuf einen Oberbegriff für die im Gesundheitsversorgungssystem tätigen Berufsgruppen darstellt, dann sind Public Health Professionals ein Teil davon“* zurückbezogen.

Die Typenbildung erfolgt zunächst Fallvergleichend mittels einer Kombination von Merkmalen. Darauffolgend erfolgt die Typenbildung fallübergreifend, indem

Zusammenhänge zwischen den Fällen und Kategorien mittels Kreuztabellen herausgearbeitet werden.

Die Typologie wird aus einer Kombination von Merkmalen entwickelt. Auf Grundlage der Subkategorien werden die Unterschiede (externe Heterogenität) und Ähnlichkeiten (interne Homogenität) des Untersuchungsfeldes zwischen den untersuchten sozialen Gruppen (PH-Professionals, Berufsverbände, Politik und Arbeitgeberverbände) beschrieben und anhand der ermittelten Typen charakterisiert (Kelle / Kluge 2010, S.93).

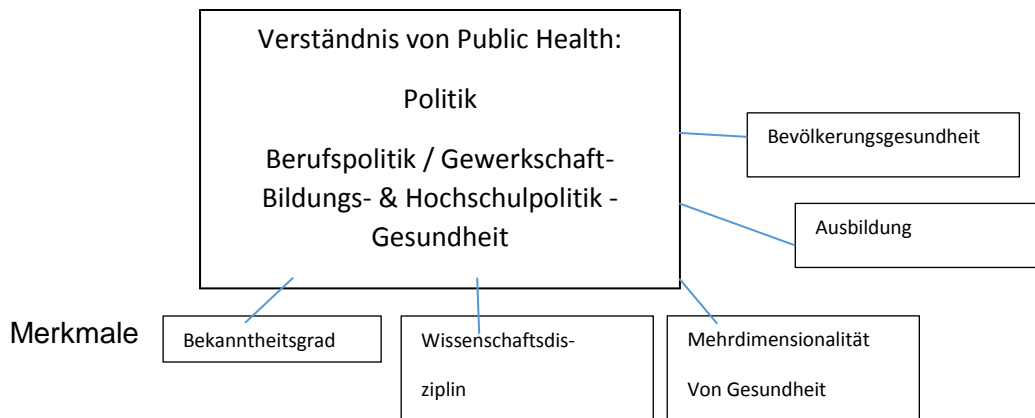
### Identifikation und Beschreibung von „Verständnis / Bedeutung von PH“

Unterschiede	Ähnlichkeiten	Zusammenhänge	Typ	Theoretischer Rückbezug
<b>PH als zentrales Aufgabengebiet</b>	Public Health ist nicht so bekannt PH nicht bekannt Unwissen über PH Konzept zu wenig bekannt Public Health unbekannt geringe Präsenz	Bekanntheitsgrad	<b>4</b>	These 3 PH kann geeignete Forschungsmethoden, -erkenntnisse und Interventionen liefern
<b>Versuch, verschiedene Disziplinen zu vereinen Einbezug anderer Sichtweisen Kombination aus Politik, Ökonomie, Recht und Medizin</b>	Gesundheitswissenschaften als strittiger Überbegriff Unspezifische Definition Differenzierung unklar Sehr heterogenes Feld Keine eigene Wissenschaftsdisziplin Verschiedene Disziplinen nebeneinander	PH eigene Wissenschaftsdisziplin?!	<b>5</b>	These 2 Interdisziplinarität lässt sich nicht zu einem allgemein gültigen Konzept herstellen
<b>Alles, was mit Gesundheit zu tun hat Gesundheit als umfassendes Konzept Medizin und Lebensberatung g Schlüsselkompetenzen</b>	Großer Bereich Breite Vielfalt	Mehrdimensionalität von Gesundheit	<b>6</b>	These 5 Anschlussfähigkeit von PH für Handlungsfelder im Berufsfeld Gesundheit ist zu klären

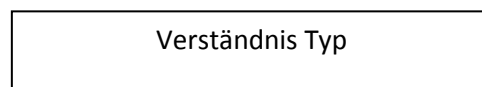
<b>gesunde Lebensführung Work-Life-Balance</b>				
<b>PH als Teildisziplin im Kontext von Medizin, Pflege und Therapieberufen</b>	<p>Gesundheits- und Pflegewissenschaften bekannter als PH  Pflegerwissenschaften etabliert  Spannungsfeld PH-Gesundheitswissenschaften-  Pflegerwissenschaften  Zu wenig Studiengänge  Zu unterschiedliche Studiengänge  Berufsbefähigung nicht gegeben  Unklares Tätigkeitsbild</p>	PH-Ausbildung	<b>6</b>	These 5 Anschlussfähigkeit von PH für Handlungsfelder im Berufsfeld Gesundheit ist zu klären
<b>Unterstützung des Gesundheitsministeriums</b>	<p>Öffentliche Gesundheit  Gesundheitspolitik  Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit  Vermeidung und Bewältigung von Krankheit</p>	Bevölkerungsgesundheit	<b>7</b>	These 1 Interdisziplinarität geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer gesundheitlicher Problem- und Bedarfslagen

## Dimensionalisierung der Kategorie „Bedeutung von Public Health“ und Reduktion der Subkategorien

Vergleichsdimension aufgrund der Forschungsfrage



Vergleichsdimension aufgrund der Datenanalyse



- Typ 4: unwissend

- Typ 5: umstritten

- Typ 6: unklar

- Typ 7: politisch

### Typ 4

Der Typ 4 wird von der Forscherin als „unwissend“ gekennzeichnet. Für die Politik (Berufspolitik / Gewerkschaften, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheit) wird PH für das Berufsfeld Gesundheit als geeignet für Forschungsmethoden, -erkenntnisse und Interventionen betrachtet, im Einzelfall sogar zentrales Aufgabengebiet, ist jedoch kaum bekannt und präsent.

### **Typ 5**

Der Typ 5 wird von der Forscherin als „umstritten“ bezeichnet. Für die Politik (Berufspolitik / Gewerkschaften, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheit) ist Public Health für das Berufsfeld Gesundheit als eigene Wissenschaftsdisziplin umstritten. Der Versuch, verschiedene Disziplinen zu vereinen, wird kritisch betrachtet, weil die Differenzierungen unklar bleiben. Die Interdisziplinarität von Public Health wird nicht als allgemeingültiges Konzept wahrgenommen.

### **Typ 6**

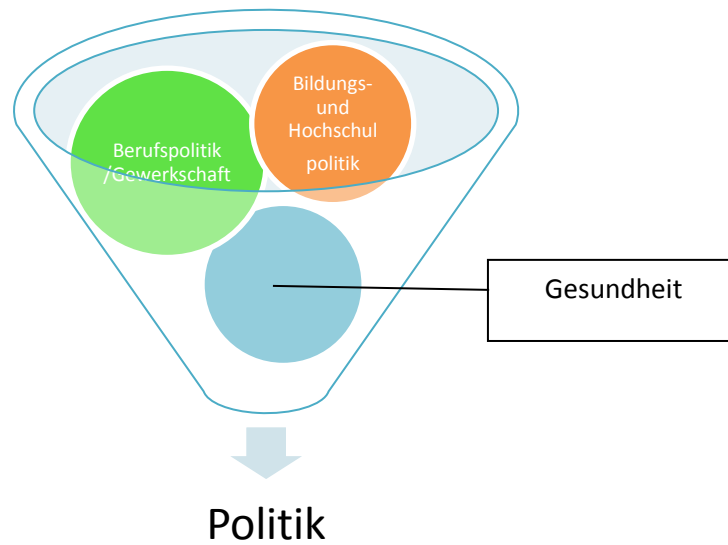
Der Typ 6 wird von der Forscherin als „unklar“ charakterisiert. Die Politik (Berufspolitik / Gewerkschaften, Bildungs- und Hochschulpolitik, Gesundheit) betrachtet Public Health für das Berufsfeld Gesundheit als mehrdimensionales, umfassendes Konzept von Gesundheit mit breiter Vielfalt. Aufgrund der Größe ist für diesen Bereich die Anschlussfähigkeit für Handlungsfelder im Berufsfeld Gesundheit zu klären. Die Public Health Ausbildung wird als Teildisziplin zwischen Medizin, Pflege und den Therapieberufen wahrgenommen. Im Gegensatz zu den etablierten Pflegewissenschaften jedoch mit unklarem Tätigkeitsbild.

### **Typ 7**

Der Typ 7 wird von der Forscherin als „politisch“ definiert. Hier wird Public Health als Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit aufgefasst. Die Interdisziplinarität von Public Health als Unterstützung des Gesundheitsministeriums kann ein geeignetes Konstrukt zur Beantwortung komplexer Bedarfslagen sein.



## Fallkontrastierung Politik (Berufspolitik / Gewerkschaft mit Bildungs- und Hochschulpolitik und Gesundheit)



---

Ziel: Analyse empirischer Regelmäßigkeiten

Ermittelte Gruppen: „unwissend“, „umstritten“, „unklar“, „politisch“

Vergleichende Analyse der Fälle: 4, 5, 12 und 13

Kodierung: Kategorie A = Berufspolitik / Gewerkschaft

Kategorie B= Bildungs- / Hochschulpolitik

Kategorie C = Gesundheit

Vorgehen: Darstellung der Kategorien (Merkmale) und ihrer Subkategorien (Merkmalsausprägungen) in einer mehrdimensionalen Kreuztabelle

Kategorie A	Kategorie B		Kategorie C
	Subkategorie B1 Gesundheitswiss. strittiger Oberbegriff PH als Teildisziplin Keine Berufsbefähigung	Subkategorie B 2 PH nicht bekannt Unklares Tätigkeitsbild Alles, was mit Gesundheit zu tun hat	Subkategorie C1 PH zentrales Aufgabengebiet Unterstützung des Gesundheitsministeriums Gesundheit als umfassendes Konzept Konzept zu wenig bekannt
Subkategorie A 1  PH nicht so bekannt Öffentliche Gesundheit Versuch, verschiedene Disziplinen zu vereinen Keine eigene Wissenschaftsdisziplin Spannungsfeld PH- Gesundheitswissenschaft - Pflegewissenschaft	Fälle mit der Merkmalskombination A1, B1:  <b>umstritten-unklar</b>	A1, B2  <b>umstritten- unklar</b>	A1, C1  <b>politisch-unwissend</b>

Die Fälle werden anhand der definierten Vergleichsdimensionen (Kategorien) und ihrer Ausprägungen gruppiert und die ermittelten Gruppen hinsichtlich empirischer Regelmäßigkeiten untersucht und Zusammenhänge zwischen den Fällen Berufspolitik / Gewerkschaft mit Bildungs- und Hochschulpolitik und Gesundheit analysiert (Kelle / Kluge 2010, S.91).

Die Untersuchungsmerkmale „Berufspolitik / Gewerkschaft, „Bildungs- und Hochschulpolitik“ und Gesundheit wurden zweifach dimensionalisiert: In einem ersten Schritt a priori mittels des Vorwissens und in einem zweiten Schritt basierend auf der Analyse des empirischen Datenmaterials. Mittels Konstruktion und Reduktion der Merkmalsräume entstand eine drei Typen umfassende erste Typologie (vgl. Kelle / Kluge 2010; S.98 f.). Verglichen wurden die Gruppen ‚Berufspolitik / Gewerkschaft‘, ‚Bildungs- und Hochschulpolitik‘ und Gesundheit. Es konnten übergeordnete Zusammenhänge erfasst werden. Als Zusammenhänge zwischen den Fällen Berufspolitik / Gewerkschaft, Bildungs- und Hochschulpolitik und Gesundheit wurden die Charakteristika ‚umstritten-unklar‘ und ‚politisch-unwissend‘ analysiert.

## 10.7 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt, sowie Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind, unter Angabe der Quellen als Entlehnung kenntlich gemacht habe. Das gilt auch für die verwendeten Abbildungen.

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit nicht anderweitig in dieser Form als Dissertation eingereicht wurde und ich bisher auch keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen habe.

Bielefeld, September 2018

Julia Hinz