

Doris Schaeffer
Martin Moers
Klaus Hurrelmann

Public Health und Pflegewissenschaft
– zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen.
Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren

Discussion Paper SP I 2010-301

August 2010

**Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
(WZB)**

Forschungsschwerpunkt:
Bildung, Arbeit und Lebenschancen

Forschungsgruppe
Public Health

<http://www.wzb.eu/bal/ph/>

E-Mail: doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) •
Reichpietschufer 50 • D-10785 Berlin • www.wzb.eu

ZITIERWEISE/CITATION

Schaeffer, Doris/Moers, Martin/Hurrelmann, Klaus. Public Health und Pflegewissenschaft – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren. *WZB Discussion Paper SP I 2010–301*
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2010)

**Wissenschaftszentrum Berlin für Sozial-
forschung gGmbH (WZB)**

**Social Science Research Center Berlin
(WZB)**

Schwerpunkt:
Bildung, Arbeit und Lebenschancen

Research Area:
Education, Work, and Life Chances

Forschungsgruppe:
Public Health

Research Group:
Public Health Policy

Reichpietschufer 50, D-10785 Berlin
Telefon: +49 30 25491-0, Fax: +49 30 25491-684
<http://www.wzb.eu>

Abstract

In 1992, an expert workshop on Public Health and Nursing was held at the Social Science Research Center Berlin, WZB, Research Group 'Health Risks and the Politics of Prevention' (see: *Doris Schaeffer, Martin Moers, Rolf Rosenbrock (Hg.): Public Health und Pflege - Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*, Berlin: edition sigma 1994, 297 S., 2. Auflage 2004). Government grants for research and development of teaching programs at German universities just had started at that time. Now, 18 years later, the authors – who were protagonists of the events back then – investigate, what has become of the aspirations, fears, and predictions concerning these two research fields and the respective professions. The authors outline developments that occurred since then in research, education, structural developments, and professional experience. They find remarkable outcomes to some extent, though they find obstacles to progression and disappointments as well. For instance, the fact that Nursing Sciences is part of the curricula at universities of applied sciences (*Fachhochschulen*) – and not at universities – is regarded as hampering the process of Nursing becoming more academic. Public Health as a 'multiple discipline' has some problems associated with acceptance within the scientific community. Furthermore, Public Health could not fully emancipate itself from Medical Science. The authors argue for a coalition of Nursing Sciences and Public Health Sciences as a new Health Sciences and Health Professions discipline.

Another (shorter) version of this paper was published in: Thomas Gerlinger, Susanne Kümpers, Uwe Lenhardt (Hg.): *Politik für Gesundheit, Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock*, Huber Verlag, Bern 2010.

Zusammenfassung

Im Herbst 1992 wurde im WZB ein Expertenworkshop zum Thema ‚Public Health und Pflege – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen‘ durchgeführt (vgl. *Doris Schaeffer, Martin Moers, Rolf Rosenbrock (Hg.): Public Health und Pflege - Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*, Berlin: edition sigma 1994, 297 S., 2. Auflage 2004). Zu diesem Zeitpunkt hatte die staatliche Förderung der Forschung und des Aufbaus von Studiengängen an deutschen Hochschulen gerade begonnen. Knapp 18 Jahre später untersuchen die Autoren – Protagonisten des damaligen Aufbruchs – , was aus den Hoffnungen, Befürchtungen und Prognosen geworden ist. Sie skizzieren die seither eingetretenen Entwicklungen im Hinblick auf Forschung, Ausbildung, Strukturentwicklung und Berufspraxis. Im Ergebnis konstatieren sie zum Teil bemerkenswerte Erfolge, aber auch Enttäuschungen und Entwicklungshemmnisse. So hat die Ansiedlung der Pflegewissenschaften überwiegend

an Fachhochschulen den Akademisierungsprozess der Pflege behindert. Public Health stößt als Multidisziplin auf Akzeptanzprobleme im Wissenschaftssystem und konnte sich auch nicht hinreichend von der Medizin emanzipieren. Die Autoren sprechen sich für ein Bündnis von Pflegewissenschaft und Public Health unter einem gemeinsamen Dach als neue *health sciences and health professions* aus.

Eine kürzere Fassung des vorliegenden *discussion papers* wurde zunächst in dem Buch: Thomas Gerlinger, Susanne Kümpers, Uwe Lenhardt (Hg.): Politik für Gesundheit, Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock, Huber Verlag, Bern 2010, veröffentlicht.

Inhalt

1	Vorwort	1
2	Etablierung als wissenschaftliche Disziplin	1
2.1	Bilanz der Etablierung bei der Studiengangsentwicklung	5
2.2	Forschungsentwicklung	7
2.3	Theorieentwicklung	10
3	Verhältnis von Wissenschaft und Praxisentwicklung	11
3.1	Public Health – Aufbau neuer Berufsfelder?	12
3.2	Pflegepraxis – Veränderung durch Wissenschaft	16
4	Resümee	21
5	Literatur	26

Anhang

Public Health und Pflegewissenschaft – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren

Doris Schaeffer, Martin Moers und Klaus Hurrelmann

Es ist etliche Jahre her, dass wir – Martin Moers und Doris Schaeffer – zusammen mit Rolf Rosenbrock im Herbst 1992 einen Expertenworkshop zum Thema „Public Health und Pflege – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen“ durchführten. Der Workshop war ein Erfolg: interessant, aktuell und zukunftsweisend, fand er doch in der Gründungsphase beider Disziplinen statt, in der die Bereitschaft zur Auseinandersetzung hoch war. Kurz darauf erschien das viel beachtete Buch zum Thema (Schaeffer et al. 1994a/2004). Auch das ist mittlerweile eineinhalb Jahrzehnte her – Zeit für eine erste bilanzierende Rückschau, aber auch für einen Blick auf die aktuelle Situation beider Disziplinen. Denn heute lassen sich beide nicht mehr als „neu“ bezeichnen und haben inzwischen mit dem zu kämpfen, was Bert Brecht die „Mühen der Ebene“ nannte. Bei der Etablierung beider Disziplinen war das nicht abzusehen, es herrschte große Aufbruchstimmung. Wie haben sich beide Disziplinen entwickelt? Wie ist die Beziehung von *science and art*, also von Wissenschaft und Praxis und wie stellt sich heute das Verhältnis beider Disziplinen zueinander dar? Zur Beantwortung dieser Fragen haben wir Klaus Hurrelmann als früheren Gründungsdekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld eingeladen, an dieser Zwischenbilanz mitzuwirken, bei der wir uns auch auf unsere damaligen Prognosen beziehen.

Etablierung als wissenschaftliche Disziplin

Die Etablierung beider Disziplinen kam einem Projekt nachholender Modernisierung gleich, für das anglo-amerikanische Vorbilder Pate standen (Rosenbrock et al. 1996). Denn in den USA sind Public Health und Pflegewissenschaft bereits seit vielen Jahrzehnten existent. In Deutschland hielten sie nach langen wissenschaftspolitischen Debatten erst Anfang der 1990er Jahre Einkehr in die Hochschullandschaft. Die Etablierung folgte unterschiedlichen Mustern: Public Health entstand zunächst in Universitäten mit der Vision, eigenständige *Schools of Public Health* mit allen dazu nötigen Teildisziplinen aufbauen zu wollen. Denn nach US-amerikanischem Vorbild versteht sich Public Health als Multidisziplin und bedarf ergo der für sie nötigen Teildisziplinen, um sich wissenschaftlich entfalten zu können. Pflegewissenschaft hingegen versteht sich als Monodisziplin mit spezialisierten Ausdifferenzierungen, was bei der Etablierung allerdings keine Rolle spielte.

Anders als Public Health hielt Pflegewissenschaft vorwiegend in Fachhochschulen Einzug, das jedoch mit großer Schubkraft: Innerhalb weniger Jahre entstanden

in rascher Folge mehr als 50 Pflegestudiengänge an ähnlich vielen Standorten. Daneben konnte sich Pflegewissenschaft an zunächst fünf, dann sechs Universitäten etablieren, zur Hälfte im Rahmen von Lehramtsstudiengängen. Damit war Pflegewissenschaft von Beginn an anders als Public Health in der Hochschullandschaft verankert: einerseits reichhaltiger, zugleich aber mit schwierigen Ausgangsbedingungen für die Wissenschaftsentwicklung versehen, weil sie – auf Fachhochschulen konzentriert – universitär nur schwach und zudem mit unterschiedlicher Ausprägung angebunden war. Ursache dafür ist, dass die Etablierung von Pflegewissenschaft noch umstrittener als die von Public Health war und wissenschaftspolitisch lange unklar blieb, ob Pflegewissenschaft überhaupt einen gleichberechtigten Part im Konzert der Wissenschaften spielen sollte oder ob es nicht mit einer bloßen Akademisierung, einer Anhebung des Qualifikationsniveaus in Teilbereichen der Pflege getan wäre (Wolters 1998). Public Health hingegen konnte alsbald auf ein Dutzend universitäre Standorte und hier jeweils mehrere Lehrstühle schauen und dehnte sich erst später auch auf die Fachhochschulen aus. Für die Wissenschaftsentwicklung von Public Health waren damit bessere Ausgangsbedingungen geschaffen, wie noch zu sehen sein wird.

Bei beiden Disziplinen war zu Beginn um die Frage der *Verortung* eine heftige und strittige Auseinandersetzung geführt worden. Beide Disziplinen hatten den Anspruch, ähnlich wie in den USA, eigenständige *Schools* unter dem Dach der *Health Sciences* bilden zu wollen, unter dem analog zum anglo-amerikanischen Vorbild die Medizin, Pharmakologie, Zahnmedizin aber eben auch Public Health und Pflegewissenschaft etc. in eigenständigen *Schools* organisiert sind – ein Ansinnen, das rasch auf Schwierigkeiten stieß, da hierzulande keine Gesundheitswissenschaften als Dachfakultät existierten, sondern einzig medizinische Fakultäten mit spezifischem paradigmatischen Anspruch. In beiden Disziplinen wurde daher anfangs heftig über die Frage Etablierung in oder außerhalb der Medizin debattiert. Die Befürworter des „in“ übersahen, dass Public Health oder Pflege bei einer Verortung innerhalb der Medizin allzu leicht das Schicksal einer Subdisziplin der Medizin und der paradigmatischen Überformung durch diese droht. Die Befürworter des „außerhalb“ hatten wiederum das Problem, dass die Etablierung beider Disziplinen schrittweise und nicht mit sofort verfügbarer ausreichend großer personeller Ressourcenausstattung erfolgte, um sogleich eigenständige *Schools* oder Fakultäten bilden zu können. Sie mussten also nach Subsumtionsmöglichkeiten unter ein weniger überformungsbedrohendes Dach suchen und sahen sich dabei großem Legitimationsdruck ausgesetzt, eine gesundheitswissenschaftliche Disziplin ohne Medizin etablieren zu wollen.

Der Ausgang der Auseinandersetzung ist bekannt: Public Health – in Deutschland meist als Gesundheitswissenschaften bezeichnet – etablierte sich von zwei Ausnahmen abgesehen innerhalb der Medizin, was sich später als folgenreich er-

weisen sollte. Pflegewissenschaft war an drei universitären Standorten ebenfalls in der Medizin angesiedelt, verfügte dort aber über eigene Institute. Nur an einem, später an zwei Standorten (Bielefeld, Bremen) ging Pflegewissenschaft ein Bündnis mit Public Health ein. An den Fachhochschulen wiederum schloss Pflegewissenschaft sich meist der Sozialpädagogik an; an einigen Standorten entstanden sogar eigenständige Fachbereiche für Pflegewissenschaft.

Beides ist wichtig zu wissen, weil es zum Verständnis der aktuellen Situation beiträgt: Denn seit geraumer Zeit ist die Entwicklung im Bereich Public Health rückläufig – speziell dort, wo Public Health innerhalb der Medizin etabliert wurde. An einigen dieser Standorte wurde das Fachgebiet aufgegeben, an anderen wurde es bis zur Unkenntlichkeit zusammen geschrumpft. Von eigenständigen *Schools of Public Health* mit allen dazu nötigen Teildisziplinen kann dort schon gar nicht die Rede sein. Nahezu zwei Jahrzehnte nach Beginn der Etablierung von Public Health existiert in Deutschland nur *eine* eigenständige Fakultät – vergleichbar mit einer voll ausgebauten *School of Public Health* – an der Universität Bielefeld. Mit der Universität Bremen bemüht sich ein zweiter Standort, es zu werden. Beide Standorte haben bemerkenswerterweise von Beginn an auf Etablierung *außerhalb* der Medizin gesetzt. Welche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen sind, liegt auf der Hand¹.

Das universitäre Schwächeln von Public Health wird heute von den Fachhochschulen ausgeglichen – sie haben im Lauf der Zeit eine Reihe von gesundheitsbezogenen Studiengängen eingerichtet und reklamieren das Fach mehr und mehr für sich. Ob dies zur Realisierung der ursprünglichen Vision – Etablierung von eigenständigen *Schools of Public Health* mit allen dazugehörigen Teildisziplinen – führt, ist fraglich. Oft werden dort nach dem Prinzip des „Rosinenpickens“ nur einige der Teilgebiete etabliert: Meist solche, die für die Etablierung zugkräftiger oder – um es im aktuellen Jargon ausdrücken – marktgängiger Studiengänge sinnvoll erscheinen und mehrheitlich liegt deren Schwerpunkt im Bereich (Gesundheits-)Management, was keineswegs identisch mit Public Health ist.

In der Pflegewissenschaft wiederum ist die einst proklamierte Vision autonomer *Schools of Nursing*, wie sie in den USA – dem Land mit größtem Professionalisierungsvorsprung – etwa seit den 1960/70er-Jahren an nahezu jeder Universität zu finden sind, in den vergangenen Jahren mehr und mehr in Vergessenheit gera-

¹ Sie werden durch die Entwicklung in Berlin bestätigt. Auch dort war Public Health zunächst außerhalb der Medizin etabliert mit dem Ziel, den Status einer eigenständigen *School* mit allen dazu nötigen Teildisziplinen zu erlangen. Nach dem Wechsel in die Universitätsmedizin erfolgte eine personelle wie auch inhaltliche Abspeckung: seither ist Public Health dort weitgehend auf Epidemiologie reduziert und damit medizinisch passungsfähig.

ten: An den Universitäten wurden sie erst gar nicht eingerichtet und an den Fachhochschulen wurden einige der ehemals eigenständigen pflegewissenschaftlichen Fachbereiche inzwischen aufgelöst und anderen Facheinheiten zugeschlagen. War Pflegewissenschaft unter fachfremdem Dach angesiedelt, ist sie dort verblieben. Ihrem heute vielerorts vergessenen Autonomieansinnen laufen an den Fachhochschulen zudem ungewollt die berechtigten Akademisierungsbemühungen anderer Gesundheitsberufe – der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie – zuwider, in deren Folge an vielen Standorten auch die einst mit großer Mühe geschaffenen Pflegestudiengänge wieder aufgelöst und zu interdisziplinären, alle Gesundheitsfachberufe adressierenden Studiengängen zusammengefasst wurden. Dennoch, rein quantitativ sind in der Pflegewissenschaft im Gegensatz zu Public Health/Gesundheitswissenschaften keine rückläufigen Trends auszumachen, wohl aber Erosionstendenzen.

Diese Erosionstendenzen werden durch den um sich greifenden Ruf nach Interdisziplinarität befördert, bei dem pragmatisch verkürzt „integrierende“ – gemeint ist: auf alle Gesundheitsfachberufe zielende – Studiengänge eingerichtet werden (Robert-Bosch-Stiftung 2009), von denen, wie ein Blick ins Ausland, vor allem in die USA, zeigt schon heute absehbar ist, dass sie nur kurzfristig tragfähig sind und als bald wieder revidiert werden müssen. Denn auch die anderen Gesundheits“fach“berufe – allein der Begriff zeigt, dass sie den Facharbeiterstatus in Deutschland noch keineswegs überwunden haben – sind dort in eigenständigen *Schools* organisiert, worin organisatorisch zum Ausdruck gebracht wird, dass sie auf der Basis eigenständiger Wissensgrundlagen und einem jeweils eigenen professionellen Problemzugriff und eigener Identität zu agieren und freilich auch zu kooperieren beanspruchen und damit Interdisziplinarität gewährleisten. Hierzulande hingegen wird – wie wir seinerzeit schon kritisiert haben – der zweite Schritt vor dem ersten getan und mit dem Ruf nach Interdisziplinarität eine Studiengangsstruktur hergestellt, die die Ausbildung eigener Wissensgrundlagen und Identitäten verhindert und im Ergebnis auf Eklektizismus und gravierender noch: auf halbherzige Akademisierung statt Professionalisierung dieser Gesundheitsprofessionen in statu nascendi hinausläuft. Professionalisierung setzt – darüber herrschte seinerzeit Einigkeit – die Entwicklung einer eigenständigen Wissensbasis und eigener Instrumente (Rosenbrock et al. 1993; Schaeffer 1994/2004) voraus, ebenso akademische Ausbildungen, die nicht einzig auf Teilbereiche zielen, sondern den gesamten Beruf umfassen, sonst reicht das Potenzial bestenfalls zur *mimic profession* (Etzioni 1969; Freidson 1986).

Bilanz der Etablierung bei der Studiengangsentwicklung

Rückläufigkeit und Erosionstendenzen – so also das nicht eben ermutigende Fazit für beide Disziplinen bei der Standort- und der Verortungsfrage nach eineinhalb Jahrzehnten. Fragt sich, wie sich das erklärt? Dies um so mehr, nachdem seinerzeit die zahlreichen Hürden überwunden waren und die Etablierung beider neuer gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen international mit großer zeitlicher Verzögerung auch in Deutschland endlich angegangen werden konnte, der öffentliche Rückhalt und das Tempo der Entwicklung sehr groß waren. Vielleicht zu groß, so steht aus heutiger Sicht zu vermuten, so dass infolge der sich überstürzenden Entwicklung in beiden Disziplinen Professionalisierungs-, aber vor allem auch Strukturfragen für nachrangig erachtet wurden. Denn in beiden Bereichen wurde der *strukturellen Absicherung* des Erreichten und Gewollten zu wenig Beachtung geschenkt mit dem Ergebnis, dass in vielen Hochschulen wieder beigestrichelt wurde und es, wie erwähnt, nur an einem Standort gelang, eine vollständige institutionell abgesicherte *School of Public Health* zu gründen und damit eigenständige Strukturen zu schaffen. Für die Pflege wiederum muss außerdem die über das Kranken- und Altenpflegegesetz gegebene Abhängigkeit von gesundheitspolitischen Instanzen erwähnt werden, die sich als hinderlich dabei erwies, der Pflege nicht nur zur Modernisierung – verstanden als Statusanhebung durch partielle Akademisierung – zu verhelfen, sondern international verspätet einen Professionalisierungsprozess anzustoßen.

Nicht weniger gravierend kommt hinzu, dass in beiden Disziplinen ein *blue print* – so haben wir es seinerzeit genannt (Schaeffer et al. 1994a/2004), fehlte und jeder der beteiligten Akteure das realisierte, was er situativ für sinnvoll und richtig hielt, ohne die Gesamtentwicklung vor Augen zu haben und ohne die Entwicklung in Ländern mit Etablierungs- und Professionalisierungsvorsprung zu beachten.

Das zeigt sich besonders bei der Studiengangsentwicklung. Folgte sie etwa im Bereich Public Health zu Beginn noch den anglo-amerikanischen Vorbildern, so verblassten diese zusehends im Laufe der Zeit. Dies ist nicht ohne Auswirkungen auf die Studiengänge bzw. die ihnen zugrunde liegenden Curricula geblieben. So wurden zu Beginn postgraduale Studiengänge präferiert, weil Public Health sich als Multidisziplin versteht und auf bereits vorhandene Expertise, ausgewiesen durch Studienabschlüsse in anderen Disziplinen, aufsetzt, während heute – den Bologna Forderungen nach einer dreiteiligen konsekutiven Studiengangsstruktur folgend – primärqualifizierende Public Health- bzw. gesundheitswissenschaftliche Studiengänge mit Bachelorabschluss zunehmen. Sie mögen sich als Erfolg erweisen – die darin zum Ausdruck kommende paradigmatische Wende des Selbstverständnisses von Public Health wurde nicht diskutiert, ebenso wie der innerdisziplinären Reflexion insgesamt relativ wenig Beachtung geschenkt wurde. Dies mag der turbulenten

ten Entwicklung in der Aufbauphase geschuldet sein, und doch bahnte dieser Mangel wie auch das Fehlen eines *blue prints* zwiespältigen Entwicklungen den Weg – im Bereich Public Health ebenso wie in der Pflege.

Denn in der Pflege stellt sich die Situation ähnlich schwierig dar. Dort entstanden unterschiedliche Studiengangsmodelle, die mehrheitlich auf bloße Akademisierung von Teilbereichen des Pflegehandelns zielten, insbesondere Pflegemanagement und -pädagogik. An einigen Standorten wurden auch Studiengänge für Pflegeexperten etabliert, die mit Fortbildungs- und Entwicklungsaufgaben befasst sind und damit ebenfalls herausgehobene Funktionen betreffen. Damit wurde am viele Jahrzehnte zurückliegenden Ausgangspunkt der Entwicklung in anderen Ländern angeknüpft, ohne deren Endpunkt zu beachten. International gehören grundständige Pflegestudiengänge längst zum Standard. Anders formuliert: international haben sich ausbildungsintegrierende Studiengänge durchgesetzt, die berufliche Ausbildung und pflegewissenschaftliches Studium zusammenführen (Moers/Schaeffer 1993). Hierzulande sind ausbildungsintegrierende pflegewissenschaftliche BSc-Studiengänge bislang extrem selten. Daran anschließende konsekutive MSc-Programme mit klinischen Inhalten fehlen bislang völlig, womit Deutschland sich mehr und mehr von der internationalen Entwicklung abzukoppeln droht. Zwar bemühen sich einige Fachhochschulen neuerlich vermehrt, ausbildungsintegrierende pflegewissenschaftliche BSc-Studiengänge oder zumindest als zweitbeste Variante duale Ausbildungsmöglichkeiten zu etablieren und wissenschaftlich ausgewiesene Pflegepraktiker auszubilden, doch noch steht die Entwicklung ganz am Anfang. Hinzu kommt, dass jeder der entstehenden Studiengänge einem Solitär gleicht, weil noch immer jeder Standort realisiert, was er für sinnvoll hält. Insgesamt gleicht die heute existente Studiengangsstruktur in der Pflege dadurch eher einem bunten Mix als einem einheitlichen, in sich stimmigen Ganzen und lässt eine sinnvolle international anschlussfähige Gesamtkontur vermissen.

Auf der Ebene der Studiengangsentwicklung fällt die Bilanz also zwiespältig aus: Einerseits ist viel geschehen, ein *blue print* ist hier aber dringlicher denn je. Zugleich mangelt es an verbindlichen Standards für die Studiengangsentwicklung, die die internationale Anschlussfähigkeit sicherstellen und die Wissenschaftsentwicklung in beiden Disziplinen befördern und nicht ungewollt behindern (siehe auch Kälble 2009). Denn für diese erweist sich mehr und mehr als misslich, dass Studiengänge inzwischen eher marktgängig bzw. nachfrageorientiert konzipiert werden, also vornehmlich auf die gewachsenen, aber für veränderungsbedürftig erachteten Strukturen aufsetzen und übersehen, dass ursprünglich intendiert war, über die Studiengänge Modernisierungen bzw. Innovationen der gewachsenen Strukturen einzuleiten und gegentendenzielles Handeln zu ermöglichen – ein Aspekt, auf den zurückzukommen sein wird.

Der Erwähnung bedarf auch die *Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses*, die in beiden Disziplinen neuerlich vermehrt Beachtung findet, aber noch keineswegs hinreichend ist. In der Pflege ist dies der Tatsache geschuldet, dass Pflegewissenschaft vornehmlich an Fachhochschulen angesiedelt wurde, an denen es zwar vermehrt Masterangebote gibt, aber nach wie vor keine Promotionsmöglichkeiten bestehen. Bei Public Health wiederum ist als Ursache anzuführen, dass sich die Aufmerksamkeit lange Zeit auf die postgradualen Studiengängen konzentrierte. Erst seit auch hier die Aufgabe ansteht, eine konsekutive Studiengangsstruktur entwickeln zu müssen, fallen die auf der Promotionsebene harrenden Herausforderungen ins Auge, wurden aber in der Breite noch keineswegs systematisch genug angegangen. So existiert erst ein strukturierter Promotionsstudiengang (Universität Bielefeld), ebenso wurden drei Graduiertenkollegs gefördert, mündeten aber bislang nicht in eine Graduiertenschule. Hier bestehen also noch etliche Herausforderungen, deren Bewältigung für die Kontinuierung des Fachs essentiell ist.

Forschungsentwicklung

Betrachtet man die Forschungsentwicklung, ist die Bilanz positiver. Beide Disziplinen sind mit Fug und Recht als forschungsintensiv zu bezeichnen, wobei der Schwerpunkt vornehmlich auf dem Gebiet der anwendungsorientierten Forschung liegt. Die Grundlagenforschung ist demgegenüber tendenziell unterentwickelt, und das hat seine Ursache schlicht darin, dass beide Disziplinen mit ihren Themengebieten noch nicht hinreichend in den entsprechenden Förderinstanzen für Forschung verankert sind. Ähnliches gilt auch für die Gutachtersysteme in der Forschungsförderung: vor allem bei den hochrangigen Instanzen wie der DFG ist Public Health erst ansatzweise, Pflegewissenschaft bislang gar nicht vertreten.

Im Bereich der anwendungsorientierten Forschung ist jedoch enorm viel geschehen. Hier lässt sich heute von einer im Vergleich zu der Zeit vor 15 Jahren prosperierenden Gesundheitsforschungslandschaft sprechen, die ein breites bis dahin fast brachliegendes Themenspektrum umfasst. Im Public Health-Bereich hat dazu u. a. die BMBF-Forschungsförderung beigetragen, die von Beginn an für neun Jahre den Aufbau von Public Health begleitete und explizit auf Strukturförderung dieser neuen gesundheitswissenschaftlichen Disziplin zielte. Die Ausgangsbedingungen für Pflegeforschung nahmen sich demgegenüber bescheidener aus – Resultat der schwierigen Verankerung in der Hochschullandschaft, allerdings auch zahlreicher nach wie vor existenter Vorbehalte. Eine ähnliche staatliche Förderung von Pflegeforschung musste daher hart und mit viel Missionstätigkeit erarbeitet werden. Erst 2004 nahmen die ersten seinerzeit vier, heute drei geförderten Pflegeforschungsverbände ihre Arbeit auf und werden sie 2010 beenden.

Die sich in der Pflege stellenden Herausforderungen auf dem Gebiet der Forschung werden bis dahin allerdings erst ansatzweise angegangen sein, nicht zuletzt,

weil die gegenwärtige Forschungsförderung durch das BMBF ausschließlich auf den Aufbau *klinischer* Pflegeforschung zielte und andere für die Pflege unverzichtbare Forschungstraditionen, wie die der Versorgungs- oder der theoriebildenden Forschung, hierzulande erst rudimentär entwickelt sind (Schaeffer 2002), aber auch, weil die Anforderungen auf dem Gebiet der Pflegeforschung infolge des weiter vorschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandels nicht weniger, sondern mehr geworden sind. Wie sich die Zukunft der Pflegeforschung ausnimmt, ist momentan offen. Doch bleibt zu hoffen, dass ihr nicht ein ähnliches Schicksal blüht wie der Public Health Forschung.

Denn dort ist es nicht gelungen, das Gebiet während der vom BMBF geförderten Verbundlaufzeit parallel bei anderen Förderern/Stiftungen ausreichend zu etablieren. Allerdings gelang, einige der für Public Health konstitutiven Teilgebiete anschließend mit staatlichen Forschungsgeldern zu versehen, indes mit dem unerwünschten Nebeneffekt, dass sich viele der einstigen Public Health-Wissenschaftler – getreu dem Motto: Leistung folgt der Finanzierung – nach Auslaufen der Public Health-Forschungsförderung diesen Themen zuwandten und sich fortan auf andere thematische Schwerpunktsetzungen konzentrierten.

Ganz in diesem Sinn zeigt eine retrospektive Bestandsaufnahme, dass im Gefolge der Etablierung von Public Health in Deutschland zwar eine breite und nach wie vor expandierende Gesundheitsforschungslandschaft entstanden ist, Public Health aber vornehmlich die Funktion eines Einstiegsvehikels zukam. Um viele der Gebiete, für die später Fördermittel bereit gestellt wurden, bildeten sich eigene *scientific communities* mit eigenen organisatorischen Strukturen heraus, die oft nur noch in losem Zusammenhang zu Public Health stehen und zudem personelle Ausdünnungen nach sich gezogen haben. Als Beispiel sei die Versorgungsforschung angeführt. Um dieses zentrale Teilgebiet von Public Health herum haben sich eigene organisatorische Strukturen gebildet mit dem Ergebnis, dass Versorgungsforschung in Deutschland nicht mehr als Teilgebiet von Public Health, sondern der Medizin wahrgenommen wird. Vergleichbar ist es mit der (Sozial-)Epidemiologie. Für die Präventionsforschung ist eine ähnliche Entwicklung zu befürchten.

Bilanzierend lässt sich daher feststellen, dass die Gesundheitsforschung, ausgelöst durch die Etablierung von Public Health, einen enormen Aufschwung erfahren hat, sich dagegen die Entwicklung von Public Health als wissenschaftliches Fachgebiet nach kurzer Blütezeit heute eher bescheiden ausnimmt, u. a. weil ungewollt durch die Art der Forschungsförderung eine Separierung vieler für Public Health konstitutiver Teilgebiete erfolgte, die sich inzwischen als nicht mehr zu Public Health gehörig definieren.

Ähnliche Tendenzen stehen für die Pflegeforschung nicht zu befürchten. Diese wird aber auch in Zukunft weiter damit zu kämpfen haben, dass sich eine Kontinuisierung der Forschungsförderung nach wie vor an ideologischen Vorbehalten reibt und auch, dass die vorrangige Verankerung von Pflegewissenschaft an Fachhochschulen sich mittlerweile für die Forschungsentwicklung mehr als hinderlich erweist, weil dort noch weitgehend die für Forschung erforderlichen Strukturbedingungen fehlen. Zwar zeichnet sich neuerlich eine Trendwende ab. So ist die Forschungsentwicklung und -förderung an Fachhochschulen inzwischen zu einem wissenschaftspolitisch relevanten Thema geworden. Die Umsetzung trägt mancherorts erste Früchte, langfristig und nachhaltig wirksame Effekte sind aber nur dann zu erwarten, wenn dort auch die bislang forschungsunfreundlichen Strukturbedingungen (hohe Lehrdeputate, fehlender Mittelbau etc.) verändert werden.

Betrachtet man die entstandene Forschungslandschaft unter inhaltlichen Gesichtspunkten, fallen andere Aspekte ins Auge. Beiden Disziplinen ist es gelungen, binnen Kürze eine sehr breite Palette an Forschungsthemen zu erschließen. Mag sie – wie etwa in der Pflege – noch einige Engführungen und Leerstellen aufweisen oder mag sie – wie im Public Health Bereich – stark durch die Spezifik der Forschungsförderung geprägt sein – Fakt ist, dass das in der Forschung in beiden Disziplinen erschlossene Themenspektrum beachtlich ist und das, obschon auch für die Forschungsentwicklung ein *blue print* fehlte. Eine Vision davon, welche Forschung benötigt wird, um einerseits die Wissenschafts- und Praxisentwicklung in beiden Disziplinen voranzutreiben und zugleich den gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung zu tragen, die ausschlaggebend für die Etablierung beider Disziplinen war, existierte weder zu Beginn noch heute. Auch dies ist Folge des nur schwach ausgebildeten innerdisziplinären Diskurses – besonders abzulesen an dem Fehlen schlagkräftiger Fachgesellschaften. Bis heute sind viele der gesetzten thematischen Schwerpunkte in der Forschung daher mehr oder minder von außen gesteuert: folgen aktuellen thematischen Trends oder aber durch neu eröffnete Fördermöglichkeiten gesetzten Akzenten. In der Pflegeforschung macht sich das Fehlen eines auf Modernisierung und Professionalisierung zielenden *blue prints* auch aus anderem Grund bemerkbar, denn viel an Forschung zielt dort darauf, das hiesige weitgehend auf *hands-on-nursing* reduzierte Pflegehandeln auf eine empirisch gesicherte Basis zu stellen und übersieht, dass professionelles Pflegehandeln weitaus mehr ist und sehr stark durch präventive, edukative und versorgungssteuernde Funktionen geprägt ist. Damit diese auch im hiesigen Pflegehandeln verankert werden können, bedarf es einer zur gegenwärtigen Pflegepraxis gewissermaßen gegenläufigen bzw. über sie hinausgehenden Forschung, die noch nicht die ihr gebührende Aufmerksamkeit erfährt.

Um die Forschungsentwicklung systematisch zu steuern und gezielten Erkenntniszuwachs zu ermöglichen, werden etwa in der US-amerikanischen Pflege-

forschung in regelmäßigen Abständen innerprofessionell abgestimmte *research agendas* mit programmatisch wichtigen Forschungsthemen festgelegt. Ein solches Vorgehen mag in Deutschland befremdlich erscheinen, weil es mit dem Gebot der Freiheit von Forschung und Lehre kollidieren könnte; und doch werden beide Disziplinen künftig auch hierzulande nicht umhin kommen, die Forschung stärker programmatisch auszurichten, weil sonst die Gefahr besteht, in der thematischen Breite die analytische Tiefe zu verlieren und keinen zielführenden Erkenntniszuwachs zu erreichen. Für beide Disziplinen wäre das prekär, zumal es infolge der verspäteten Etablierung zu den noch keineswegs befriedigend gelösten Aufgaben gehört, beiden im hiesigen Konzert der Wissenschaften die nötige Akzeptanz zu verschaffen und auch in der Forschung die internationale Anschlussfähigkeit sicherzustellen.

Theorieentwicklung

Die Einschätzung der Theorieentwicklung fällt nicht ganz leicht. Die bundesdeutsche Pflegewissenschaft konnte hier von Beginn an auf einem guten internationalen Fundus aufbauen – vor allem auf die US-amerikanischen Pflege-theorien (Schaeffer/Moers 2003; Schaeffer et al. 2008b). Ähnliches kann auch für Public Health geltend gemacht werden, wo zudem ein reichhaltiges Theorierepertoire aus den für sie konstitutiven Subdisziplinen (etwa den Verhaltens- und Sozialwissenschaften) zur Verfügung stand und steht. In der deutschen Pflegewissenschaft zeichnet sich nach einer anfänglichen Phase großer Theorieeuphorie und intensiver Rezeption der Pflege-theorien mittlerweile jedoch eine gewisse Theoriemüdigkeit ab, im Zuge derer die Theoriebildung heute tendenziell vernachlässigt wird. Auch die theoretische Generalisierung von Forschungsbefunden, um zu induktiver Theoriebildung zu gelangen – wie sie in der Pflegewissenschaft international als Programm postuliert wurde (Meleis 1999; Moers/Schaeffer 2003) – steht noch am Anfang, trotz mittlerweile reichhaltiger vorliegender empirischer Befunde, etwa aus den Pflegeforschungsverbänden (Schaeffer 2009; Schaeffer et al. 2008a). Für Public Health gilt ähnliches. Darüber vermögen auch die beeindruckenden Publikationsaktivitäten nicht hinwegzutäuschen. Beide Disziplinen und besonders Public Health können zwar auf eine Vielzahl an bemerkenswerten Publikationen und auf einen boomenden Buchmarkt schauen. Und doch zeigt eine genauere Betrachtung, dass theoretisch-konzeptionelle Beiträge eher die Ausnahme darstellen und zusehends mehr von eher empirisch ausgerichteter Literatur abgelöst werden.

Begünstigt wird die sich hier andeutende Entwicklung durch den zusehends lauter werdenden Ruf nach Evidenzbasierung. Durch ihn ausgelöst greift in der Forschung mehr und mehr eine Tendenz zum kleinteiligen Empirizismus um sich, im Zuge dessen zwar eine große Zahl von empirischen Befunden zu Tage gefördert wird, die Generalisierung und die Frage des theoretischen Erkenntnisgewinns jedoch auf der Strecke zu bleiben droht. Gleichwohl darf die Theoriebildung im Inte-

resse der Wissenschaftsentwicklung nicht vernachlässigt werden, auch wenn sie weder dazu beiträgt, aktuell in der Wissenschaft an Bedeutung gewinnende Qualitätsindikatoren (wie statushohe Drittmittel, empirisch ausgerichtete Publikationen in internationalen *peer reviewed journals*) zu bedienen, noch die Erwartungen der Praxis nach handhabbaren Problemlösungen zu erfüllen.

Als Zwischenfazit lässt sich somit festhalten, dass beide Disziplinen auf eine überaus dynamische und auch erfolgreiche Entwicklung zurückschauen können. Doch fehlt es beiden Disziplinen an Stabilität und nachhaltigen Strukturen. Das überrascht nicht, denn beide Disziplinen sind zwar heute nicht mehr als neu, aber immer noch als jung zu bezeichnen. Zugleich bedarf die strukturelle Absicherung hoher Aufmerksamkeit, wenn beide Disziplinen die Wissenschaftsentwicklung weiter vorantreiben und im System der etablierten Wissenschaftsdisziplinen bestehen wollen – eine nicht zu unterschätzende doppelte Herausforderung.

Verhältnis von Wissenschaft und Praxisentwicklung

Nachdem Public Health und Pflege als Projekte nachholender Modernisierung bisher vornehmlich in den damit einhergehenden Implikationen auf wissenschaftlicher Ebene betrachtet wurden, soll es nun um die Praxisentwicklung gehen. Wie weit ist es beiden Disziplinen gelungen, neue Impulse zu setzen, die zur Innovation und Modernisierung des Gesundheitssystems und der Pflege beitragen? Erinnern wir uns dazu daran, dass beide Disziplinen sich als *science and art*, also Wissenschaft und Praxis verstehen und deshalb – so die damalige Vorstellung (Schaeffer et al. 1994b) – Absolventen ausbilden wollten, die als *change agents* tätig werden und neue, zur herkömmlichen, stark durch die dominante Stellung der Medizin in Deutschland geprägten Praxis gegenläufige Ideen und Konzepte in die Praxis tragen sollten, um auf diese Weise Veränderungen zu initiieren. *Change agents* – damit war in der Pflege etwa gemeint, über die Absolventen die Transformation dieses traditionsreichen Gesundheitsberufs vom vor-modernen funktions- und ablauforientierten Helferberuf im Schatten des Arztes hin zu einer modernen eigenständigen Gesundheitsprofession zu befördern (Steppe 2004). Im Bereich Public Health wiederum war daran gedacht, den inzwischen bedeutungsarmen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) aufzuwerten bzw. mit modernen, zukunftsweisenden thematischen Akzenten zu versehen. Beide Disziplinen wollten zudem der Tendenz zur Medikalisierung von Gesundheitsproblemen entgegenwirken, anderen, nichtmedizinischen Problemzugängen den Weg bahnen und damit die Monopolstellung der Medizin brechen. Wichtiger noch: beide intendierten, die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung nicht länger somatisch verkürzt, sondern auch in ihren gesellschaftlichen und sozialen Dimensionen und unter der Prämisse der Verbesserung von Chancengleichheit (Schaeffer et al. 1994a/2004, S. 21) zu betrachten. Wurde das erreicht?

Um diese Frage zu beantworten, ist zunächst an die ungleichen Ausgangsvoraussetzungen zu erinnern, denn Public Health verfügte seinerzeit zwar über eine lange Wissenschaftsgeschichte, aber kaum Berufsfelder (ebenda, S. 19). Die Pflege wiederum konnte auf eine sehr lange berufliche Tradition zurückschauen und trat mit der Verwissenschaftlichung faktisch in einen Professionalisierungsprozess ein, dessen Chancen allerdings ungewiss waren. Auch hier fällt eine Einschätzung nicht leicht und fördert gegenläufige Tendenzen zu Tage.

Public Health – Aufbau neuer Berufsfelder?

Seit 1989 an der Universität Bielefeld der bundesweit erste Studiengang mit dem Abschluss Master of Public Health (MPH) eingerichtet wurde, sind nach überschlägigen Schätzungen bundesweit bis heute etwa 2500 Absolventen aus den verschiedenen Studiengängen in diesem Bereich hervorgegangen. Bei den meisten handelt es sich um Absolventen der zunächst etablierten zweijährigen postgradualen Diplomstudiengänge, die nach der Einführung von Bachelor- und Masterstrukturen an deutschen Universitäten und Fachhochschulen zu konsekutiven Masterstudiengängen weiterentwickelt wurden.

In den letzten Jahren sind weiterbildende Masterstudiengänge mit spezieller Schwerpunktsetzung hinzugekommen, die sich gezielt an Berufstätige richten. Hier zeigt sich ein Dilemma, denn der Abschlusstitel "Master of Public Health" kann inzwischen sowohl in konsekutiven Masterstudiengängen mit der vollen Summe von 120 Studien-Leistungspunkten als auch in den weiterbildenden Masterstudiengängen mit einer Leistungspunktezahl von nur 60 oder 90 absolviert werden. Hinzu kommt ein weiterer Störfaktor, der sich aus den Regeln für die Akkreditierung von Studiengängen in Deutschland ergibt. Lediglich die weiterbildenden Masterstudiengänge dürfen den Abschluss Master of Public Health tragen, die konsekutiven umfangreicheren Masterstudiengänge müssen sich entweder als Master of Art mit dem Abschlusstitel M.A. oder als Master of Science mit dem Abschlusstitel MSc bezeichnen. Daher wird es in den nächsten Jahren schwierig werden, den eingeführten und akzeptierten Markenartikel „MPH“ zu halten, denn er ist nunmehr den weiterbildenden Studiengängen vorbehalten und im deutschen Rechtsraum kein anerkannter akademischer Abschlusstitel.

In welchen Bereichen sind die MPH-Absolventen tätig? Leider verfügen wir nur über die ersten zehn Jahre seit Etablierung dieser Studiengänge über Absolventenbefragungen. Für die Zeit seit etwa 2000 sind wir auf Hochrechnungen und Schätzungen angewiesen. Demnach ist ein erheblicher Anteil von etwa 25% der Absolventen in den Bereichen Forschung und Lehre tätig, hat also Positionen in Universitäten und Fachhochschulen, in gemeinnützigen und auch gewinnorientierten Forschungseinrichtungen und nicht zuletzt auch als Professoren an Fachhochschulen

und Universitäten eingenommen. Weitere Einsatzbereiche liegen im öffentlichen Sektor – etwa in Ministerien, Behörden und Gebietskörperschaften, ebenso auch in Verbänden und Nichtregierungsorganisationen verschiedenster Art, darunter sehr viele im internationalen Bereich. Die Krankenkassen und in geringerem Maße der ÖGD sind ebenfalls anzuführen. Ca. 20% weitere Absolventen dürften in diesem Segment tätig sein. Zählen wir auch Referententätigkeiten in Stiftungen und Koordinationstätigkeiten in öffentlich-privaten Einrichtungen dazu, könnte der Anteil sogar noch etwas darüber liegen. Ein dritter, etwas weniger umfangreicher Anteil an Absolventen dürfte auf den privatwirtschaftlichen Bereich entfallen, wozu Referententätigkeiten bei Pharmafirmen, medizintechnischen und gesundheitswirtschaftlichen Unternehmen ebenso gehören wie Referententätigkeiten in Dachverbänden. Die restlichen Absolventen sind vor allem in den Sektoren Selbsthilfe, Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung, Leitungsfunktionen in der Gesundheitsversorgung, in Parteien und parlamentarischen Gremien sowie nicht zuletzt auch in verschiedenen kommunalen Einrichtungen tätig.

Es ist schwer abzuschätzen, welchen impulsgebenden Einfluss die Absolventen in der Praxis ausüben konnten und können. Sind sie wirklich als *change agents* tätig, die die für Public Health typische paradigmatische Denk- und Arbeitsweise in ihre Tätigkeitsfelder hineinbringen, also eine bevölkerungsbezogene, salutogen ausgerichtete Akzentsetzung vorantreiben? Oder sind sie gezwungen, sich den existierenden traditionellen Mustern einer pathogen-personenorientierten Problemwahrnehmung und Zugriffsweise unterzuordnen? Diese Frage lässt sich nicht eindeutig beantworten. Zwar lässt sich beobachten, dass sich das anfängliche Zögern in der Praxis gegenüber Public Health-Absolventen mehr und mehr abgebaut hat. Die Zeiten sind vorbei, in denen ein MPH-Absolvent bei einer Vorstellung erst einmal erläutern muss, was unter Public Health oder Gesundheitswissenschaften eigentlich zu verstehen ist und welche Themenschwerpunkte darunter fallen. Mehr und mehr wird das Etikett „Gesundheitswissenschaftler“ als Suchkategorie in Anzeigen für freie Positionen eingesetzt, es hat sich zu einer Art Markenartikel entwickelt. Dennoch ist es in Deutschland bislang nicht gelungen, feste Berufsfelder für die Absolventen zu etablieren, denn – dies zur Erinnerung – Public Health verfügte bei der Re-Etablierung Anfang der 90er Jahre in Deutschland, vom ÖGD abgesehen, über keine etablierten Berufsfelder.

Diese Entwicklung hatte zunächst zur Konsequenz, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der MPH-Absolventen in seine angestammten Berufsfelder (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen, Schulen) zurückkehrte und hier aber, wie Erfahrungsberichte zeigen, vielerorts Schwierigkeiten bei dem Unterfangen hatte, andere und paradigmatisch gegenläufige Denk- und Arbeitsweisen zu verankern. Oft rieben und zerrieben sie sich an bestehenden Routinen. Nicht zufriedenstellend verlief auch die Vernetzung und Kooperation mit dem ÖGD. Die zentralen Themen

des ÖGD fanden nur wenig Resonanz an den Public Health-Hochschul- und Forschungsstandorten (Hurrelmann et al. 2006), und umgekehrt fürchtete der medizinisch orientierte ÖGD, durch die interdisziplinäre Orientierung der Gesundheitswissenschaften an den Rand gedrängt zu werden (Müller 2005). Es mag dieser Gemengelage geschuldet sein, dass dieses traditionell wichtige Berufsfeld von Public Health in Deutschland kaum von Absolventen erschlossen werden konnte, und auch, dass der ÖGD in der ihm schon zu Beginn der Etablierung von Public Health attestierten Bedeutungsarmut verblieb. Was auch immer an Gründen dazu beigetragen hat - insgesamt liegt hier eine der sich bis heute als misslich erweisenden Schattenseiten der Etablierungsgeschichte von Public Health.

Gleichwohl – im Lauf der Zeit ist es gelungen, mehr und mehr neue Praxisfelder für die Absolventen zu erschließen, vor allem im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch, wie die vorangegangene Auflistung gezeigt hat, im Gesundheitswesen bzw. der Krankenversorgung, dem Krankenkassensektor, Verbänden, der Gesundheitspolitik etc.

Begünstigend dürfte sich dabei die Gesundheitspolitik ausgewirkt haben, in der in den letzten Jahren zahlreiche Akzente gesetzt wurden, deren Umsetzung gesundheitswissenschaftlicher Expertise bedarf, so dass wir heute in der Summe betrachtet konstatieren können, dass die für Public Health typischen Teildisziplinen mittlerweile auch in der Praxis vertreten sind. Sie sind aber noch nicht als klar identifizierbare Berufsfelder verankert und verfügen noch über keine feststehende institutionell jeweils abgesicherte *professionelle Identität*.

Ein Beispiel: In dem von seiner Absolventenzahl sehr großen Bereich Prävention/Gesundheitsförderung mit vielen Absolventen in öffentlichen, privaten und verbandlichen Institutionen ist es bis heute nur in wenigen Ansätzen gelungen, die geschätzten 200-300 Public Health-/Gesundheitswissenschaftler im Berufssektor Prävention zusammenzuführen und zu einer gemeinsamen beruflichen Interessenartikulation zu bewegen. Es gibt zwar einige Ansätze, über Vereinsstrukturen den Titel „Gesundheitsförderer“ oder auch „Präventologe“ als Berufsbezeichnung durchzusetzen, doch steht dahinter jeweils nur ein kleiner Kreis von engagierten Praktikern, die bislang nicht vermochten, eine breitenwirksame strukturgebende berufliche Identität und Interessenartikulation für diesen gesundheitswissenschaftlichen Praxisbereich herzustellen. An den Beispielen anderer europäischer Länder und besonders den USA lässt sich jedoch ablesen, welchen Gewinn an Prestige und Durchsetzungsfähigkeit, welche Stärkung der professionellen Identität und auch des Selbstbewusstseins und welche Bestätigung des spezifischen Arbeitsauftrages sich dann ergeben, wenn eine solche „berufsständische“ Unterfütterung der Arbeit möglich wird. Solche Strukturen haben sich in Deutschland nicht hinreichend etabliert.

Neben den MPH-Absolventen sind seit ca. 2003 in Deutschland auch bereits mehrere Jahrgänge von Absolventen aus dem Bachelor-Studiengang berufstätig geworden. Zwar lässt sich an allen Ausbildungsstandorten mit gesundheitswissenschaftlich orientierter Bachelorausbildung beobachten, dass nach Beendigung des Bachelorstudiums etwa 70 Prozent in Masterstudiengänge wechseln, doch ca. 30 Prozent der Absolventen dürften inzwischen praktisch tätig sein. Schätzen lässt sich, dass es sich um etwa 200 bis 300 Absolventen von Universitäten und Fachhochschulen handelt. Über ihre Berufsfelder ist bislang noch wenig bekannt. Angesichts der Schwierigkeiten der Absolventen von Masterstudiengängen, beruflich als *change agents* wirksam zu werden, ist aber davon auszugehen, dass die bisherigen Absolventen mit Bachelorabschluss – von Ausnahmen abgesehen – wenige spezifisch gesundheitswissenschaftliche Spuren in der Praxis hinterlassen können. So lange es für diese Absolventen – ebenso wie bei den Masterabsolventen diskutiert – keine berufsfeldorientierenden Verbände und Organisationen gibt, wird sich hieran vermutlich wenig ändern.

Eine dritte Gruppe von Absolventen ist inzwischen zahlenmäßig und von ihren Einflussmöglichkeiten nicht mehr zu vernachlässigen: die Absolventen mit einem Doktorgrad, vor allem dem „Doctor of Public Health“ (DrPH). Gesundheitswissenschaftlich orientierte Dokortitel dürften in Deutschland inzwischen schätzungsweise an etwa 600 bis 700 Absolventen vergeben worden sein. Ungefähr die Hälfte davon stammen inzwischen aus den Studiengängen mit dem Abschluss Master of Public Health, mit wachsender Tendenz. Welche genauen Positionen sie einnehmen und welche Möglichkeiten sie haben, um als *change agents* in ihren jeweiligen Berufsfeldern tätig zu werden, ist bisher nicht untersucht. Geschätzt werden kann aber, dass in etwa die gleichen Chancen und Hürden zu verzeichnen sind, die bei den Masterabsolventen diskutiert wurden. Das heißt, auch für die Absolventen mit einem gesundheitswissenschaftlichen Dokortitel dürfte sich die für Deutschland charakteristische schwache Berufsfeldorientierung und das Fehlen bzw. die geringe Bindungskraft entsprechender Berufsverbände/Fachgesellschaften nicht eben förderlich auswirken. Nebenbei gilt dies auch auf wissenschaftlicher Ebene. Die 1997 gegründete Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) wurde als Dachverband etabliert, zu dessen Mitgliedern im Wesentlichen die Gesellschaften der für Public Health konstitutiven Teildisziplinen und die Hochschulstandorte mit entsprechenden Studiengängen gehören. Doch zeigen die Mitgliedsgesellschaften bislang spürbar wenig Interesse, ihre unmittelbaren fachlichen Bezüge zugunsten der Programmatik der Dachgesellschaft Public Health aufzugeben, was die Dachgesellschaft erkennbar schwächt. Eine „Deutsche Gesellschaft für Public Health/Gesundheitswissenschaften“ mit Einzelmitgliedschaften aus den Universitäten, Fachhochschulen und Forschungseinrichtungen existiert bis heute nicht.

Festzuhalten bleibt in einem Zwischenfazit, dass rein quantitativ gesehen die Zahl an Public Health Absolventen aus den verschiedenen Ausbildungsstufen inzwischen beachtlich ist. Die Absolventen sind in der Regel rasch in berufliche Positionen hineingekommen und konnten in ihren jeweiligen Praxisfeldern ganz offensichtlich ein attraktives berufliches Kompetenzprofil anbieten, sich individuell jeweils gut verankern und die Praxisentwicklung befördern. Dennoch ist es bisher nicht oder nur in einigen Bereichen gelungen, eine eigenständige gesundheitswissenschaftliche Identität zu entwickeln, klar identifizierbare Public Health-Berufsfelder zu etablieren und nennenswerten professionellen Einfluss auf die Gestaltung ihres jeweiligen Berufsfelds zu gewinnen. Einer der aus unserer Sicht entscheidenden Gründe dafür liegt in dem geringen professionellen Organisationsgrad, der jeden einzelnen der Absolventen gewissermaßen zu einem Einzelkämpfer macht, der die sich ihm stellenden Aufgaben ohne den Rückhalt einer beruflichen Solidargemeinschaft zu bewältigen hat und deshalb schnell in die im jeweiligen Praxisfeld wirksamen Druck- und Sogzwänge gerät.

Dies dürfte vermutlich auch behindern, dass sich die Absolventen als *change agents* betätigen können. Möglicherweise zeichnet sich durch die wiederaufflammende Diskussion über soziale und gesundheitliche Ungleichheit hier eine Trendwende ab. Chancengleichheit war stets ein Leitgedanke von Public Health, dennoch hat sich die Etablierung zu einer Zeit vollzogen, „in der die makro-ökonomischen und -politischen Variablen Strategien der Individualisierung von Gesundheitsproblemen sowie der Problemzuweisung an den Marktmechanismus begünstigen“ (Schaeffer et al. 1994b: 21). Chancengleichheit, Bedarfs-, Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit und andere für Public Health zentrale Leitgedanken haben in solchen Zeiten schlechte Konjunktur (ebenda). Public Health-Wissenschaftler und Public Health-Absolventen tragen aber in den letzten Jahren verstärkt zur Thematisierung der wachsenden sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit bei, wobei alle Felder von Public Health angesprochen werden (Bauer et al. 2008; Mielck 2000; Richter/Hurrelmann 2009; Rosenbrock/Gerlinger 2006; Siegrist/Marmot 2008; Tiesmeyer et al. 2008).

Pflegepraxis – Veränderung durch Wissenschaft

Die Entwicklung der Pflegepraxis nimmt sich ähnlich gegenläufig und doch anders aus. Aus den Pflegestudiengängen wurden mittlerweile zahlreiche Absolventen entlassen, mehr noch als bei Public Health. Nach überschlägigen Schätzungen handelt es sich um ca. 10.000 – 15.000 Absolventen, die in der Regel in herausgehobenen Funktionen der Pflege tätig sind, vor allem in Lehre, Leitung, Fortbildung und Qualitätsentwicklung. Die ca. 100 pflegewissenschaftlich promovierten Absolventen der Studiengänge sind hingegen meist im Wissenschaftssystem verblieben. Sie sind entweder in der Forschung tätig oder haben Professuren besetzt.

Die wissenschaftliche Durchdringung der Praxis ist angesichts der Größe des Berufs – in allen Feldern der Pflege sind insgesamt geschätzt mehr als 1 Million Menschen tätig, viele davon in Teilzeit – allerdings immer noch als gering zu bezeichnen. Die beispielsweise vom NRW-Ministerpräsidenten Jürgen Rüttgers im Jahre 2008 als Ziel ausgegebene Quote von 20% akademisch ausgebildeten Pflegekräften ist bislang noch weit von der Realisierung entfernt.

Die Absolventen der Pflegestudiengänge trafen auf eine andere berufliche Situation als die Public Health-Professionals, nämlich auf traditionsreiche Berufsfelder mit langjährig gewachsenen Strukturen und Routinen, in denen allerdings großer und unterschiedlich gelagerter Problem- und Veränderungsdruck herrschte. Dennoch war das Beharrungsvermögen in vielen Bereichen der Pflege beachtlich. Nicht alle Praktiker waren von der Akademisierung überzeugt und begegneten den Absolventen der Pflegestudiengänge vielerorts mit Skepsis, auch stillschweigender Abwehr. Dies dürfte einer der wesentlichen Gründe sein, weshalb es nicht – wie seinerzeit angenommen – mit den immerhin rasch entstehenden 50 Pflegestudiengängen zu einer sprunghaften Verwissenschaftlichung der Praxis gekommen ist, sondern sich ein eher schleichend und zuweilen auch schleppend verlaufender Prozess vollzogen hat. Gleichwohl ist die Verwissenschaftlichung in Gang gekommen, denn die herausgehobenen Funktionen in der Pflegepraxis wurden in den letzten Jahren insgesamt stark ausgebaut, oft als Stabs- oder Projektstellen, und in diese wachsende Schicht sind die Absolventen der Pflegestudiengänge vermehrt eingemündet und versuchen, ihren Aufgaben als *change agents* gerecht zu werden.

Ist es dabei zu dem von Dirk Axmacher prophezeiten „Heimatverlust der Krankenpflege“ gekommen (Axmacher 1991)? Die Antwort ist: Nein, eine Spaltung der Pflege hat sich nicht vollzogen. Pflegewissenschaft hat sich – insbesondere aufgrund ihrer überwiegenden Ansiedlung an den anwendungsorientierten Fachhochschulen, aber auch aus programmatischen Gründen – nicht derart von der Praxis entfernt, wie Axmacher dies befürchtet hatte. Im Gegenteil: Von der Pflegewissenschaft sind viele Initiativen zur Erweiterung, Fundierung und auch Innovation der Pflegepraxis ausgegangen. Genannt seien hier die erweiterten Aufgaben der Pflege bei der Versorgungsgestaltung und -steuerung (Beratung, Case Management, Prozessmanagement, Entlassungsmanagement etc.) oder im Bereich der klinischen Pflege (Schmerzmanagement, Wundversorgung oder Kontinenzförderung). Gleichwohl darf nicht übersehen werden, dass auch die Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge mit Identitätsproblemen zu kämpfen hatten und haben. Vor allem diejenigen, die in die Praxis und hier in ihre angestammten Berufsfelder zurückgegangen sind, waren vor etliche Herausforderungen gestellt, weil ihre noch keineswegs stabile neue pflegewissenschaftliche Identität mit der als Pflegepraktiker kollidierte. Zudem rieb sie sich wie bei den Public Health Absolventen an den in der Praxis bestehenden Routinen der Problemwahrnehmung und -bearbeitung, die

von den Absolventen nur sehr viel langsamer als gedacht verändert werden können.

Einhergehend mit der Einkehr von Pflegewissenschaftlern in die Praxis hat sich eine *Differenzierung* des Berufsfelds vollzogen. Es ist nunmehr hierarchisch vielschichtiger aufgebaut. Nach unten hin gibt es vermehrt Assistenz- und Hilfskräfte für bislang pflegerische Arbeit, die keineswegs immer dem Pflegedienst zugeordnet sind. Über der Ebene der Pflegefachkräfte findet sich inzwischen eine wachsende Schicht von Akademikern, die vermehrt die Leitungsaufgaben wahrnehmen oder in der Pflegeausbildung tätig sind. Hinzu kommen die Pflegeexperten, die sich meist der Weiterentwicklung der Pflegepraxis widmen. Meist tun sie das als Projektmanager oder -mitarbeiter, zum Beispiel in Qualitätsprojekten, in Modellprojekten zur Erprobung neuer Pflegekonzepte. Inzwischen sind auch erste Pflegeexperten klinisch tätig, meist in Nischen wie Patientenedukationszentren, Ambulanzen oder in spezialisierten Feldern wie dem Wundmanagement.

Die Tätigkeit dieser neuen Pflegeexperten findet jedoch in einem spannungsreichen Umfeld statt. Einerseits wurde und wird sie durch von oben gesetzte gesetzliche Anreize gefördert, andererseits wird sie durch immer restriktivere personelle und finanzielle Ressourcen behindert.

Die ambulante und stationäre Langzeitpflege beispielsweise profitierte von den Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes, zunächst vor allem durch quantitativen Ausbau, dann setzte eine spürbare qualitative Aufwertung der Pflege ein: die Medizinischen Dienste der Krankenkassen stellten vermehrt (auch akademisch qualifizierte) Pflegekräfte als Gutachter ein, in der ambulanten und stationären (Langzeit-)Pflege wurden Absolventen der Pflegestudiengänge mit Management- oder anderen Leitungsfunktionen betraut. Auch in den Krankenhäusern wurde Pflegeentwicklung zum Thema, meist im Rahmen der von der Gesundheitsministerkonferenz formulierten Qualitätsziele (Gruhl 2004). Damit einhergehend hielten ebenfalls Pflegewissenschaftler zusehends Einzug in das Krankenhaus. Die Zunahme wissenschaftlich gestützter Pflegeentwicklung in den letzten Jahren ist gut am Beispiel der nationalen Expertenstandards des DNQP zu verfolgen. Inzwischen sind sieben Standards zu unterschiedlichen Themen erarbeitet worden, und die Diskussion um die Umsetzung des geforderten Leistungsniveaus hat sich von Thema zu Thema intensiviert. In der Berufsgruppe ist durchaus die Überzeugung gewachsen, dass es sinnvoll ist, sich selbst um die Inhalte der Pflege zu kümmern und sich dabei auf die Pflegewissenschaft zu stützen. Dieser positive Trend hat im Pflegeweiterentwicklungsgesetz des Jahres 2008 zu einer vorläufigen Institutionalisierung geführt, wonach der § 113a des SGB XI die weitere Entwicklung von Expertenstandards fest schreibt und deren Finanzierung sichert. Professionspolitisch ist allerdings einschränkend festzuhalten, dass durch die Ansiedlung des entsprechenden Verfah-

rens beim GKV-Spitzenverband und den Leistungserbringern die Stellung der Pflege die eines Projektnehmers wird, was die in der Qualitätslehre geforderte professionelle Selbstbestimmung bei der Festlegung eigener Standards relativiert.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz hat außerdem weitere Anreize zum Ausbau neuer Aufgabenfelder gesetzt: so wurde die Einrichtung von Pflegestützpunkten und damit einhergehend von Pflegeberatung und Case Management beschlossen. Neben einer Stärkung der Patienten- und Bewohnerrechte sieht es zudem die Förderung der Eigenständigkeit der Pflege vor: Die Rolle der Pflege bei der Verordnung von Pflegehilfsmitteln wurde gestärkt, Öffnungsklauseln der Ausbildungsgesetze ermöglichen nunmehr auch hochschulgestützte Pflegeausbildungen.

Demgegenüber stehen jedoch starke *Deprofessionalisierungstendenzen*. Diese sind überwiegend auf den steigenden ökonomischen Druck zurückzuführen, unter dem die Gesundheitseinrichtungen stehen. Der vermehrte Wettbewerb lässt das Management der Gesundheitseinrichtungen durch die Bank zu der Strategie greifen, Personalkosten zu sparen. Dies trifft in allen Versorgungsbereichen vor allem die größte Personalgruppe, die Pflege, die personell stark ausgedünnt und wo immer möglich durch Assistenz- und Hilfskräfte ersetzt wurde. Im Krankenhaus vollzog sich die Reduzierung von Pflegepersonalstellen in mehreren Wellen, die noch immer nicht beendet sind. Zunächst wurde Mitte der 1990er Jahre die Pflegepersonal-Regelung aufgehoben. Dann wurden im Rahmen der DRG-Einführung massive Stellenstreichungen vorgenommen. Jüngst wurden die Kosten der von den Ärzten erzwungenen Tarifierhöhungen wiederum überwiegend auf das Pflegepersonal abgewälzt, das überdies seit Jahren mit sinkenden Löhnen konfrontiert wird. Der Deutsche Pflegerat spricht inzwischen von dem zynischen Feldversuch des pflegefreien Krankenhauses.

Wie ließ sich unter diesen Bedingungen der Anspruch realisieren, als *change agents* für den Umbau der Pflege weg von einem funktions- und ablauforientierten Helferberuf im Schatten des Arztes hin zu einer eigenständigen modernen Gesundheitsprofession zu wirken? Generell lässt sich feststellen, dass die Tätigkeit der *change agents* meist *kleinteilig und systemkonform* geworden und vielerorts unter das Primat der Ökonomie geraten ist – vor allem im Pflegemanagement. Hier steht in der Praxis oft vorrangig die Effizienzsteigerung, weniger die Weiterentwicklung oder Professionalisierung der Pflege im Vordergrund. Das gilt beispielsweise für die vielen Projekte, die sich mit der Verbesserung der Dokumentation sowie der Einführung EDV-gestützter Dokumentationssysteme beschäftigen. Vieles dient dabei gewiss der besseren Kommunikation und Kooperation, aber vor allem ist die Beschleunigung der Abläufe in Diagnostik, Therapie und unterstützenden Diensten sowie die verbesserte Abrechenbarkeit erbrachter Leistungen das erklärte Ziel des Managements. Aufgrund des ökonomischen Drucks in den Einrichtungen betreibt

das betriebliche Management zudem vielfach massiven Personalabbau in der Pflege, den das Pflegemanagement alsdann umzusetzen hat. Dies wiederum bedient sich bei der allfälligen Zusammenlegung von Stationen usw. dann der Unterstützung der Pflegeexperten. Ketten wie diese sind keine Seltenheit und deuten an, dass die *change agents* vielerorts eher systemkonform, denn gegenläufig im Interesse der patientenorientierten Optimierung der Pflege agieren (können).

Ähnliches lässt sich bei den Initiativen zur Etablierung von *primary nursing beobachten*, also der Verantwortungsübernahme einer – im Ausland meist akademisch qualifizierten – Pflegekraft für eine begrenzte Zahl von Patienten (in den USA spricht man bei 5-6 Fällen von einem angemessenen *case-load*), mit der die Abkehr von der Funktionspflege und die Realisierung einer patientenorientierten Arbeitsorganisation der Pflege erfolgen sollte. Auch diese Initiativen haben mit erheblichen Umsetzungsproblemen aufgrund ausgedünnter Personalressourcen zu kämpfen und auch hier lässt sich eine ökonomisch inspirierte Umwandlung des ursprünglich als Umsetzung konsequenter Patientenorientierung gedachten Konzepts erkennen. Ähnlich ist die Entwicklung im Bereich des klinischen Case Managements. Vermehrt werden Pflegeexperten unter der Bezeichnung Case Manager für die Prozessgestaltung eingesetzt, um durch Schaffung optimierter *clinical pathways* kurze Verweildauern zu garantieren. Diese Case Manager sind entgegen der ursprünglichen Konzeptidee nicht für die direkte Pflege dieser Patienten verantwortlich. Hier wird also ein Teilaspekt eines Konzepts herausgelöst, der der Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung dient, während der Pflegepraxis weitere Inhalte entzogen werden – ein weiteres Beispiel für kleinteiliges und systemkonformes Arbeiten von ursprünglich als *change agents* gedachten Pflegeexperten.

Der Befund fällt also sehr gemischt aus: Einer allmählich steigenden gesundheitspolitischen Akzeptanz und Aufwertung der Pflege als eigenständiger Gesundheitsprofession steht ein wachsender ökonomischer Druck mit der Folge enormer Belastung der Pflegepraxis durch massiv erhöhte Fallzahlen bei gleichzeitig sinkenden Personalressourcen gegenüber. Pointiert könnte man formulieren, dass die Pflegepraxis ihre traditionellen professionellen Elemente verliert, die nunmehr durch die Pflegewissenschaft an anderer Stelle wieder hereingeholt werden müssten. Zu diesen traditionellen Elementen gehört beispielsweise die Vertretung der Pflege im obersten Leitungsgremium eines Krankenhauses, dem Dreierdirektorium aus Medizin, Pflege und Verwaltung, das weitgehend durch Geschäftsführer- und Vorstandsmodelle ersetzt wurde, in denen die Pflege nicht mehr vertreten ist. Ähnliches gilt für die schleichende Auflösung der Berufssäule Pflege, die in ihrer fachlichen Identität durch immer neue Assistenz- und Hilfsberufe ausgehöhlt wird. Die Etablierung der Operationstechnischen Assistenten (OTA) ist ein Beispiel für den Bedeutungsverlust der Pflege im Operationsbereich. Umgekehrt versuchen Pflegewissenschaft und Pflegeexperten, neue auf Erweiterung des Pflegehandelns setzende

de evidenzbasierte Konzepte in die Pflegepraxis zu transferieren, durch die der eigenständige Beitrag der Pflege zur Versorgung betont und ihre Rolle potentiell gestärkt wird. Dabei zeigen sich jedoch erhebliche Umsetzungsprobleme. Denn nach wie vor sind in der Pflegepraxis große strukturelle und qualifikatorische Defizite zu verzeichnen, die einer Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Wege stehen.

Die für diese Aufgaben notwendige berufliche Organisation, wie sie sich in professionellen Kammern findet, ist in der Pflege nur in geringem Maße ausgeprägt. Der in den 1990er Jahren erfolgte Zusammenschluss zahlreicher beruflicher Verbände aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Strömungen zum Deutschen Pflegeerrat (DPR), der ca. 50.000 Pflegekräfte vertritt, war sicher ein wichtiger pflegepolitischer Schritt. Die gesellschaftliche Durchsetzungskraft ist angesichts des minimalen Organisationsgrades der Pflege gleichwohl gering geblieben. Versuche zur Bildung einer Pflegekammer sind über eine Kampagne zur freiwilligen Registrierung nicht hinausgekommen. Ähnliches ist für die wissenschaftliche Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, zu konstatieren, die mit ihren ca. 700 Mitgliedern zwar eine Stimme hat, deren Breitenwirkung jedoch begrenzt ist.

Resümee

Versuchen wir eine Gesamtbilanz. Als Projekte nachholender Modernisierung waren Public Health und Pflegewissenschaft zunächst damit konfrontiert, zwei neue wissenschaftliche Disziplinen inklusive der damit einhergehenden Aufgaben auf der Ebene der Studiengangs-, Forschungs- und Theorieentwicklung aufbauen und sich parallel der Praxiserschließung und -innovation widmen zu müssen – ein überaus umfangreiches und ein komplexes Programm. Die schwungvoll angegangene Umsetzung weist in der Summe viele bemerkenswerte Entwicklungen und unbestreitbare Erfolge auf – vor allem auf der Ebene der Forschung und der Publikationsaktivitäten. Gleichwohl leiden beide Disziplinen vor allem auf struktureller Ebene noch unter Fragilitätserscheinungen und auch Schief lagen. Das ist nicht erstaunlich, denn beide Disziplinen befinden sich zwar nicht mehr in der Anfangs-, wohl aber der Konsolidierungsphase, für die typisch ist, dass die Anfangseuphorie verraucht ist und in der nun – wie eingangs bemerkt – die Mühen der Ebenen und auch der Normalisierung (Rosenbrock/Schaeffer 2004) anstehen. Dennoch ist wenig sinnvoll, die bestehenden Schief lagen einfach wegzuwischen oder aber sie anzuprangern, vielmehr bedürfen sie gezielter Intervention, um zu verhindern, dass das hoffnungsfroh begonnene Projekt nachholender Modernisierung nicht unversehens ins Stocken gerät, sondern die Weiterentwicklung beider Disziplinen befördert werden kann.

In der Pflege sind die Schief lagen vor allem darauf zurückzuführen, dass anfänglich unklar war, ob die eingeleitete Akademisierung lediglich der Status- und Imageaufwertung dienen oder zur Professionalisierung führen sollte. In der Konsequenz wurde faktisch eine halbherzige Akademisierung eingeleitet und dabei auf eine Studiengangsfigur gesetzt, bei der der Jahrzehnte zurückliegende Ausgangspunkt, nicht aber der Endpunkt der Entwicklung in Ländern mit langjähriger Professionalisierungstradition in der Pflege Modell stand. Bis heute hat dies zahlreiche und zeitraubende Turbulenzen zur Folge und führt dazu, dass manches Entwicklungsland bei der Studiengangsentwicklung inzwischen besser aufgestellt ist als Deutschland. Als hemmend erwies sich ebenso, dass die gewählte Verortungsstrategie nicht eben geeignet war, die Wissenschaftsentwicklung zu beschleunigen, denn die vornehmliche Verankerung an Fachhochschulen und die nur geringe universitäre Präsenz hat bis heute zur Konsequenz, dass sich die Nachwuchsförderung und auch die Pflegeforschung – trotz aller Erfolge – nicht wie erhofft und erforderlich entwickeln können. Befördert wird dies dadurch, dass der Aufbau der neuen Disziplin in Ermangelung einer akademischen Tradition vielerorts relativ praxiserfahrenen, aber wissenschaftsunerfahrenen Wissenschaftlern oblag. Sie haben es andererseits geschafft – und dieser Erfolg ist nicht gering einzuschätzen – ein Auseinanderdriften von Wissenschaft und Praxis weitgehend zu vermeiden.

Im Bereich Public Health waren die Ausgangsbedingungen günstiger: hier erfolgte der Aufbau der neuen Disziplin durch wissenschaftserfahrene Protagonisten, die in das neue Wissenschaftsgebiet wechselten und über reichhaltige Erfahrung mit dem Wissenschaftssystem verfügten. Allerdings zog auch dies im Lauf der Zeit fragwürdige Erscheinungen nach sich, denn etliche von ihnen entpuppten sich als bald mehr oder minder als Konvertiten und verließen Public Health rasch wieder, als sich andere Gebiete erschließen ließen oder kehrten – und sei es mental – in ihr schlussendlich doch prestigereicherer Ursprungsgebiet zurück. Zudem erwies sich die hier gewählte Rekrutierungsstrategie als hemmend für die Bildung einer eigenen fachwissenschaftlichen Identität, die entscheidend auf die Identifikation mit dem Wissenschaftsgebiet, der für sie typischen paradigmatischen Zugriffsweise und den ihr unterliegenden Leitgedanken angewiesen ist. Etliche der Erosionstendenzen im Bereich Public Health haben hier ihre Ursache, andere in der auch hier vielerorts misslichen Verortung (in der Medizin) sowie der unzureichenden Struktursicherung bei dem Bemühen um Bildung eigenständiger *Schools of Public Health*.

Zugleich sind andere Gründe anzuführen. Betrachtet man die Etablierung von Public Health und Pflegewissenschaft aus wissenschaftshistorischer Perspektive, zeigt sich einmal mehr, wie schwierig es ist, in einem traditionsreichen Wissenschaftssystem, in dem die Terrains besetzt und die Ressourcen verteilt sind, neue wissenschaftliche Disziplinen etablieren zu wollen. Vorhaben dieser Art stoßen immer – wie Innovationsansinnen generell (Zapf 1994) – auf zahlreiche Widerstän-

de, die oft länger anhalten und sich subtilerer Abwehrmechanismen bedienen als vermutet. Das gilt umso mehr, als für beide Disziplinen Modelle Pate standen, die einer fremdem – der US-amerikanischen – Wissenschaftskultur entstammten. Erst seit der unter der Maßgabe Internationalisierung eingeleiteten Hochschul- und Studiengangsreform werden sie anschlussfähig, kollidierten bis dahin aber mit den gewachsenen Strukturen und Routinen – auch dies erklärt manche der Widerstände und der entstandenen Schief lagen.

Hinzu kommt, dass neue, auf Modernisierung und zudem gegenläufige Perspektiven setzende Entwicklungen auf das in vielerlei Hinsicht verminte Praxisfeld Gesundheitswesen anstoßen. In diesem werden bestehende Macht- und Domänebereiche sorgfältig bewacht und verteidigt. In Deutschland beansprucht die Medizin diejenige Gesundheitsprofession zu sein „*who wrote the rules*“ (Light 1988) und erhebt nach wie vor Alleinvertretungsanspruch, was nicht minder schwierig ist, wie zu sehen war. Dies erklärt, warum etwa der Anspruch, der Medikalisierung von Gesundheitsproblemen entgegen treten zu wollen, nicht so wie erhofft gelungen ist und auch, warum die Praxis- bzw. Berufsentwicklung in beiden Disziplinen eher zögerlich verläuft. Denn sie ist – werden nicht einzig Nischen gesucht – darauf verwiesen, dass bereits besetzte Terrains betreten und Professionsgrenzen in Frage gestellt werden. Beides ist nicht leicht und zudem kräftezehrend, vor allem wenn rückhaltstiftende Strukturen, wie Berufsorganisationen und Fachgesellschaften fehlen oder nur schwach ausgeprägt sind oder aber – nicht minder bedeutsam – die fachwissenschaftliche Identität (inklusive des fachtypischen paradigmatischen Zugriffs) noch unklar und daher irritierbar ist.²

² Für Public Health kommt hinzu, dass besonders schwierig war, in einem lange Zeit eher monodisziplinär ausgerichteten Wissenschaftssystem eine dem Charakter nach interdisziplinäre Fachidentität auszubilden.

Gleichwohl werden beide Disziplinen samt ihrer Praxis- bzw. Berufsfelder auch künftig nicht umhin kommen, sich behaupten zu müssen – auch und noch immer gegenüber der zwischen Abwehr- und Vereinnahmungstendenzen hin und her jonglierenden Medizin. Denn die Medizin hat sich in Deutschland unter der Hand in den vergangenen 15 Jahren enorm ausgeweitet und neu positioniert. Heute umfasst sie 472.000 Mediziner und damit existiert eine Ärztedichte, wie sie in anderen Ländern kaum zu finden ist. Die Expansion und die damit einhergehende Ausweitung der Domäneansprüche befördert, dass auch zunächst als medizinfremd angesehene Gebiete subsumiert, dabei allerdings meist auch kleingearbeitet werden.

Angesichts dessen wird eine Positionierung und Behauptung beider neuer Disziplinen gegenüber der erstarkten Medizin und damit auch im professionellen Komplex der Gesellschaft (Parsons 1963) auch weiterhin auf der Agenda beider Disziplinen stehen müssen – dies um so mehr, als die traditionelle Statushierarchie wie auch die Definitions- und Machtansprüche im Gefüge der Gesundheitsprofessionen (und auch der Wissenschaftsdisziplinen) bislang nicht durchbrochen wurden. Die sich durchsetzende Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit ihrer Wettbewerbsorientierung und Ressourcenverknappung verschärft diese Verteilungskämpfe.

Wie ist angesichts dessen nun aber das Entwicklungspotenzial beider Disziplinen heute – ca. 15 Jahre nach Beginn des Projekts nachholender Modernisierung einzuschätzen? Optimistisch besehen können beiden – allen aufgezeigten Widrigkeiten zum Trotz – gute Weiterentwicklungschancen attestiert werden, denn infolge des rasch voranschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandels ist Gesundheit ein überaus relevantes gesellschaftliches Thema geworden und wird es bleiben. Zugleich steht zu befürchten, dass die aufgezeigten Widrigkeiten den Entwicklungschancen beider Disziplinen Grenzen setzen: das Potential der Pflege bestenfalls zur *mimic profession* gereicht, das von Public Health zum ideenreichen und innovative thematische Akzente setzenden Expertenberuf – vor allem dann, wenn die in den zurückliegenden Ausführungen skizzierten Herausforderungen nicht angegangen werden und auch, wenn das Verhältnis beider Disziplinen zueinander (wie auch zu den anderen mittlerweile um Professionalisierung bemühten Gesundheitsprofessionen) nicht neu auf die Tagesordnung gesetzt wird. Denn das Verhältnis beider Disziplinen ist zwar mancherorts relativ eng, vielerorts aber ein tendenzielles Nicht-Verhältnis geblieben. Das dürfte einerseits daran liegen, dass die jeweils typischen paradigmatischen Sicht- und Zugriffsweisen, wie sich im Lauf der Zeit gezeigt hat, doch weiter auseinander liegen als zunächst vermutet. Es hat seine Ursache aber auch darin, dass beide, auf die eigenen Etablierungs- und Profilie-

rungsaufgaben konzentriert, streckenweise in Konkurrenz zueinander geraten und die Bündnispartner neuerlich – besonders im universitären Bereich – eher wieder entlang der traditionellen Statushierarchie (und möglichst an deren oberen Ende), anstatt untereinander suchen. Wie die noch kurze Geschichte beider Wissenschaftsdisziplinen in Deutschland mehrfach gezeigt hat, ist diese Strategie allerdings wenig fruchtbar, weil sie dann immer wieder Gefahr läuft, vereinnahmt und dabei zerrieben zu werden. Sinnvoller scheint uns, an der seinerzeit – 1992 – proklamierten Idee festzuhalten und ein Bündnis *miteinander* einzugehen: sich als neue *health sciences and health professions* unter einem eigenen Dach zusammenzufügen, dort Strukturen auszubilden, die die jeweiligen Autonomieansprüche wahren, aber es auch ermöglichen, ein Gegengewicht zu den alten Professionen, so auch zur Medizin mit ihrem Monopolanspruch zu bilden.

Literatur

- Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg, U./Krüger, H./Karsten, M.E./Bals, T. (Hg.): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person. Bielefeld: Luchterhand, 120-138
- Bauer, U./Bittlingmayer, U.H./Richter, M. (Hg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS
- Etzioni, A. (Hg.) (1969): The semi-professions and their organization. New York: The Free Press
- Freidson, E. (1986): Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago: Chicago University Press
- Gruhl, M. (2004): Strategien für ein Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. In: DNGP (Hg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage. Osnabrück, 17-22
- Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (2006): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa, 11-46
- Kälble, K. (2009): Neue Studiengänge im Gesundheitswesen – Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 9, Nr. 2, 15-22
- Light, D.W. (1988): Turf battles and the theory of professional dominance. Research in the Sociology of Health Care 7, 203-225
- Meleis, A. (1999): Pflgetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern: Huber
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsmöglichkeiten und Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber
- Moers, M./Schaeffer, D. (1993): Pflegestudiengänge und Pflegewissenschaften. Erfahrungen aus den USA. Pflege 6, Nr. 1, 52-64
- Moers, M./Schaeffer, D. (2003): Pflgetheorien. In: Rennen-Allhoff, B. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. München: Juventa, 35-66
- Müller, W. (2005): Haben ÖGD und Public Health getrennt eine Zukunft? Bundesgesundheitsblatt 30, 520-534
- Parsons, T. (1963): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychiatrie 3, Nr. 3 (Sonderheft: Probleme der Medizinsoziologie), 10-57
- Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: VS
- Robert-Bosch-Stiftung (2009): Memorandum: Für eine Verankerung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland.

- Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hg.) (2004): Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Berlin: sigma
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2., vollst. überarb. und erw. Auflage. Bern: Huber
- Rosenbrock, R./Noack, H./Moers, M. (1993): Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Rosenbrock, R./Schaeffer, D./Moers, M. (1996): Pflege und Public Health. In: Walter, U./Paris, W. (Hg.): Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt. Meran: Alfred & Söhne, 304-309
- Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. 2. Auflage 2004. Berlin: sigma, 103-126
- Schaeffer, D. (2002): Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. Pflege & Gesellschaft 7, Nr. 3, 73-79
- Schaeffer, D. (Hg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Weinheim: Juventa, 447-483
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1994a): Public Health und Pflege. Zwei gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. 2. Auflage 2004. Berlin: sigma
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (1994b): Zum Verhältnis von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: sigma, 7-25
- Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.) (2008a): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. München: Juventa
- Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hg.) (2008b): Pflege-theorien. Beispiele aus den USA. 2. ergänzte Auflage. Freiburg: Huber
- Siegrist, J./Marmot, M. (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber
- Steppe, H. (2004): Caritas oder öffentliche Ordnung? – Zur historischen Entwicklung der Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. 2., unveränderte Auflage. Berlin: sigma, 43-51
- Tiesmeyer, K./Brause, M./Lierse, M./Lukas-Nülle, M./Hehlmann, T. (Hg.) (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber
- Wolters, P. (1998): Pflegewissenschaft: Gegenstände, Fragestellung, Methoden, Zukunftsperspektiven. Zur Einführung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e. V. (Hg.): Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege. Dokumenta-

tion einer Fachtagung. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P08-102, 55-70

Zapf, W. (1994): Sozialer Wandel. In: Zapf, W. (Hg.): Modernisierung, Wohlfahrtsentwicklung und Transformation: Soziologische Aufsätze 1987 bis 1994. Berlin: sigma, 11-22

Forschungsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch fassbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Wahrnehmungsmuster, Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Forschungsgruppe untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Unter diesem Gesichtswinkel konzentrieren sich die überwiegend qualitativ ansetzenden und zum Teil international vergleichenden Arbeiten der Gruppe gegenwärtig auf Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Organisationslernen (z. B. in Betrieben Stadtteilen und Institutionen) sowie durch zielgruppenspezifische Kampagnen (v. a. HIV/Aids) und auf Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung (an den Beispielen Integrierte Versorgung und Krankenhaussteuerung).

Homepage: <http://www.wzb.eu>

Wissenschaftliche Mitglieder der Forschungsgruppe:

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Leiter)	Dr. Michael Noweski
Dr. Michael Bochow	Dr. Hella von Unger
Dr. med. Anja Dieterich, MPH	Barbara Weigl, Dipl.-Päd./Dipl.-Geront.
Katrin Falk, M. A.	Prof. Dr. Michael T. Wright LICSW, MS
Susanne Hartung, Dipl.-Soz.	
Meggi Khan-Zvorničanin, Dipl.-Pflegepäd.	
Dr. Susanne Kümpers, MPH	
Jeannette Zsusza Madarász, PhD	

Papers der Forschungsgruppe Public Health

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Reichpietschufer 50

10785 Berlin

Tel: 030 25491-577 Fax: 030 25491-556

WZB Public Health Homepage: <http://www.wzb.eu/bal/ph/publikationen.de.htm>

Auf der Homepage sind Abstracts für die Papers ab 1995 einzusehen.

2009

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2009-301	Michael Bochow/ Axel J. Schmidt/ Stefanie Grote	„Das schnelle Date“ – Internetgestützte Sexualkontakte und HIV-Infektionsrisiko. Ergebnisse einer 2006 durchgeführten Internetbefragung
SP I 2009-302	Michael Noweski	Policy Learning im Politikfeld Primärprävention
SP I 2009-303	Axel J. Schmidt/ Michael Bochow	Trends in Risk Taking ad Risk Reduction Among German MSM. Results of Follow-Up Surveys „Gay Men and AIDS“ 1991-2007
SP I 2009-304	Michael Noweski	Primärprävention bei Kindern in Deutschland – Bestandsaufnahme und Kritik

2008

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2008-301	Susanne Kümpers	Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention
SP I 2008-302	Fabian Engelmann/ Anja Halkow	Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung
SP I 2008-303	Rolf Rosenbrock	Primärprävention – Was ist das und was soll das?
SP I 2008-304	Michael Noweski	Ausreifung von Politikfeldern – Metapher oder Theorie?
SP I 2008-305	Jens Holst	Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Überarbeitete und aktualisierte Fassung des WZB Discussion Papers SP I 2007-304
SP I 2008-306	Lars E. Kroll/ Thomas Lampert/ Cornelia Lange/ Thomas Ziese	Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung
SP I 2008-307	Hella von Unger/ Michael T. Wright (Hg.)	„An der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis“ – Dokumentation einer Tagung zu partizipativer Forschung in Public Health

2007

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2007-301	Sebastian Klinke	Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern, Teil II
SP I 2007-302	Marc Suhrcke / Dieter Urban /Kim Moesgaard Iburg/David Schwappach/ Till Boluarte /Martin McKee	The economic benefits of health and prevention in a high-income country: the example of Germany
SP I 2007-303	Hella von Unger/ Martina Block/ Michael T. Wright	Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht
SP I 2007-304	Jens Holst	Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz!
SP I 2007-305	Susanne Kümpers	Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: Die Steuerung integrierter Versorgung. Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz
SP I 2007-306	Edward Velasco	Behavioural surveillance and HIV prevention in men who have sex with men. Reports from Australia, Belgium, Canada, France, Germany, Switzerland, the United Kingdom, and the United States

2006

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2006-301	Martina Block	Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus. Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der Aids-Hilfen in Deutschland
SP I 2006-302	James I. Martin	Jenseits der Homosexualität? Zur Zukunft der HIV-Prävention für schwule Männer Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock und einer Republik von Michael T. Wright
SP I 2006-303	Hagen Kühn	Der Ethikbetrieb in der Medizin Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung
SP I 2006-304	Werner Maschewsky	„Healthy public policy“ – am Beispiel der Politik zu Umweltgerechtigkeit in Schottland
SP I 2006-305	Hartmut Reiners	Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen
SP I 2006-306	Eva Barlösius/ Regine Rehaag (Hg.)	Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock
SP I 2006-307	Michael Noweski/	Was ist Gesundheitspolitik? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen

	Fabian Engelmann	Beitrag zur Gesundheitssystemforschung
SPI 2006-308	Zsofia Nemeth	HIV-Primärprävention in Osteuropa. Ein Vergleich der HIV-Primärpräventionsstrategien von Estland, Polen und Ungarn. Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock
SPI 2006-309	Sebastian Klinke/ Hagen Kühn	Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004
SPI 2006-310	Anja Dieterich	Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht
SPI 2006-311	Petra Buhr/ Sebastian Klinke	Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien
SPI 2006-312	Michael T. Wright/ Michael Noweski	Internetstricher. Eine Bestandsaufnahme der mann-männlichen Prostitution im Internet
SPI 2006-313	Michael Noweski/ Michael T. Wright	Aids-Forschung im Internet. Erfahrungen aus einer Studie zur mann-männlichen Prostitution.

2005

Nr.	Verfasser	Titel
SPI 2005-301	Hildegard Theobald	Social exclusion and social care for the elderly. Theoretical concepts and changing realities in European welfare states
SPI 2005-302	Verena Mörath	Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994 – "So ein Wurf wie der Trimmy gelingt nur einmal im Leben"
SPI 2005-303	Sebastian Klinke	Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischem Wandel im Gesundheitswesen – Auswirkungen der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefärzten im Bundesland Bremen
SPI 2005-304	Michael T. Wright/ Martina Block	Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention
SPI 2005-305	Jens-Uwe Niehoff	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb

2004

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2004-301	Werner Maschewsky	Umweltgerechtigkeit. Gesundheitsrelevanz und empirische Erfassung
SP I 2004-302	Hildegard Theobald	Care services for the elderly in Germany. Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups
SP I 204-303	Klaus Priester	Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Anforderungen an die Pflegeversicherung
SP I 204-304	Michael Noweski	Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens

2003

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2003-301	Thomas Gerlinger	Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996
SP I 2003-302	David Klemperer	Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen – Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation
SP I 2003-303	Hans-Jürgen Urban	Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System

2002

Nr.	Verfasser	Titel
P02-201	Nicola Wolf	Krankheitsursachen Gene. Neue Genetik und Public Health
P02-202	Christa Brunswicker	Information und Dokumentation für New Public Health. Informationsströme, Akteure und Institutionen am Beispiel BSE (Bovine Spongiforme Enzephalopathie) und vCJK (Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit)
P02-203	David Klemperer	„Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten“ – Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada
P02-204	Thomas Gerlinger	Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel

2001

Nr.	Verfasser	Titel
P01-208	Uwe Lenhardt	Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege? Dokumentation eines Workshops am 5.4.01 in Magdeburg
P01-207	Susanne Jordan	Violence and Adolescence in Urban Settings: A Public Health Approach Based on the MLIVEA Framework
P01-206	Hans-Jürgen Urban	Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit – Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende
P01-205	Michael Simon	Die Ökonomisierung des Krankenhauses – Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen
P01-204	Hagen Kühn	Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung
P01-203	Uwe Lenhardt	Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit
P01-202	Hagen Kühn	Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimension und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses
P01-201	John Harrington	A contingent Value? The Changing Role of Autonomy in Law on AIDS

2000

Nr.	Verfasser	Titel
P00-202	Uwe Lenhardt	Betriebliche Prävention im Umbruch –Stand und Perspektiven des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom WZB und dem MAFGS Sachsen-Anhalt am 11. Februar 2000 in Magdeburg
P00-201	Michael Simon	Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem

1999

Nr.	Verfasser	Titel
P99-205	Rolf Rosenbrock	Neue Wege zu alten Zielen? Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung
P99-204	Birgit Lampe	Die Bedeutung von ‚Gender‘ in latein-amerikanischen HIV/Aids-Programmen – eine Befragung von Nicht-Regierungsorganisationen
P99-203	Rainer Herrn	„Vereinigung ist nicht Vereinheitlichung“. Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern: Befunde, Erfordernisse, Vorschläge

P99-202	Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Françoise Du-bois-Arber, Martin Moers, Patrick Pinell, Michel Setbon with Assistance by Norbert Brömme, Anne Gröger	The Aids Policy Cycle in Western Europe – From Exceptionalism to Normalization
P99-201	Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Martin Moers, Françoise Du-bois-Arber, Patrice Pinell, Michel Setbon unter Mitarbeit von Norbert Brömme und Anne Gröger	Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit

1998

Nr.	Verfasser	Titel
P98-206	Rolf Rosenbrock (ed.)	Politics behind Aids Policies. Case Studies from India, Russia and South Africa
P98-205	Rolf Rosenbrock/ Werner Maschewsky	Präventionspolitische Bewertungskontroversen im Bereich 'Umwelt und Gesundheit'
P98-204	Lisa Luger	HIV/AIDS prevention and 'class' and socio-economic related factors of risk of HIV infection
P98-203	Rolf Rosenbrock	Gesundheitspolitik – Einführung und Überblick
P98-202	Andreas Mielck Kathrin Backett-Milburn Stephen Pavis	Perception in Health Inequalities in Different Social Inequalities, by Health Professionals and Health Policy Makers in Germany and in the United Kingdom
P98-201	Rolf Rosenbrock	Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit

1997

Nr.	Verfasser	Titel
P97-205	Joyce Dreezens-Fuhrke	Soziokulturelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für ein frauenspezifisches HIV/Aids-Präventionsprogramm in Indonesien
P97-204	Michael Simon	Das Krankenhaus im Umbruch – Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem
P97-203	Rolf Rosenbrock	Gemeindenaher Pflege aus Sicht von Public Health
P97-202	Hagen Kühn	Managed Care- Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA
P97-201	Uwe Lenhardt	Zehn Jahre "Betriebliche Gesundheitsförderung" – Eine Bilanz