



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2013

Pflegevorsorge für die Älteren - Probleme der Systemintegration

Amann, Anton ; Estermann, Josef

Abstract: Gegenstand des Beitrags ist die gesellschaftliche Entwicklung und Perspektive der Pflege von älteren Personen. Dabei wird nicht in erster Linie berufs- oder professionssoziologisch argumentiert, sondern auf Basis einer die Sozialpolitik und die Soziale Arbeit einschließenden Gesamtsicht des Feldes der Pflegevorsorge, welches interprofessionell bzw. interdisziplinär strukturiert ist.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-90605>

Book Section

Published Version

Originally published at:

Amann, Anton; Estermann, Josef (2013). Pflegevorsorge für die Älteren - Probleme der Systemintegration. In: Estermann, Josef; Page, Julie; Streckeisen, Ursula. Alte und neue Gesundheitsberufe. Luzern und Münster: LIT Verlag, 199-217.

INHALT

<i>Ursula Streckeisen, Josef Estermann, Julie Page</i>	
Alte und neue Gesundheitsberufe: Eine Einführung	7
<i>Jonathan Gabe</i>	
Challenging the Power of the Medical Profession	20
<i>François-Xavier Schweyer</i>	
Die französischen Krankenhausdirektoren im Spannungsfeld von Pflege, Management und Normen	37
<i>Manuela Grimm</i>	
Im Dienste der Pflege oder im Dienste der Ökonomie? Zur neuen Rolle der Pflegeleitungen in deutschen Krankenhäusern	52
<i>Michael Gemperle, Andreas Pfeuffer</i>	
Die Ökonomien der Dokumentationskritik	74
<i>Andreas Pfeuffer, Michael Gemperle</i>	
Die Kodierfachkräfte. Eine Beschäftigtengruppe des Krankenhauses im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen	95
<i>Claudia Peter</i>	
„Handeln unter Ungewissheit“ als heute typische Konstellation medizinischen Handelns	115
<i>Bernhard Borgetto</i>	
Ausbildung, Akademisierung und Professionalisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe in Deutschland	138
<i>Karl Kälble</i>	
Durchlässigkeit zwischen beruflicher Bildung und Hochschulbildung im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen – Chancen und Risiken für eine weitergehende Professionalisierung der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie in Deutschland	161

<i>Katja Königstein-Lüdersdorff, Andrea Warnke</i>	
Förderung von Kompetenzen für die Zusammenarbeit von Gesundheitsfachberufen am Beispiel der Entwicklung eines interdisziplinären Behandlungsalgorithmus	185
<i>Anton Amann, Josef Estermann</i>	
Pflegevorsorge für die Älteren – Probleme der Systemintegration	199
<i>Christine Dörge</i>	
Gesundheitsförderung im beruflichen Selbstverständnis ambulant tätiger HausärztInnen und Pflegekräfte – Ergebnisse einer qualitativen Studie	218
<i>Ursula Streckeisen</i>	
Gesundheitsförderung als Beruf? Aspekte der Ausbildung, Beschäftigung und Berufspolitik hinsichtlich Public Health	240
Autorinnen und Autoren	262

ANTON AMANN, JOSEF ESTERMANN

PFLEGEVORSORGE FÜR DIE ÄLTEREN – PROBLEME DER SYSTEMINTEGRATION

Abstract

Gegenstand des Beitrags ist die gesellschaftliche Entwicklung und Perspektive der Pflege von älteren Personen. Dabei wird nicht in erster Linie berufs- oder professionssoziologisch argumentiert, sondern auf Basis einer die Sozialpolitik und die Soziale Arbeit einschließenden Gesamtsicht des Feldes der Pflegevorsorge, welches interprofessionell bzw. interdisziplinär strukturiert ist.

1. Einführung

Das Ziel unseres Beitrages ist die Analyse der Entwicklung und des Status der mobilen, stationären und teilstationären Betreuung und Pflege für ältere Menschen. Wir berühren die Themen der Pflege in Spitälern sowie die Betreuung von Menschen mit Behinderungen nicht. Es geht um die Thematisierung einer theoretischen und strukturellen Unterbestimmtheit der Pflegevorsorge, die sich aus verschiedenen Bedingungen ergibt wie z. B. zu wenig reflektierten neuen Herausforderungen, entstanden aus einer enormen Veränderung von Bedürfnislagen der Klientel, unterschiedlich weit fortgeschrittenen Verberuflichungs- und Professionalisierungsprozessen in den verschiedenen Subfeldern der Pflege, oder aus der Entwicklung einer „gemischten Wohlfahrtsproduktion“ (Kaufmann 1997) und ihren Folgen für die Angebotsstrukturen. Es wird daher eine Perspektive angelegt, die das System der Sozialpolitik im Auge hat, innerhalb dessen die Pflegevorsorge einen bestimmten Platz einnimmt. Unter Pflegevorsorge verstehen wir die gesetzlich geregelte und institutionell organisierte Gesamtheit an Angebotsformen für betreuungs- und pflegebedürftige Ältere, die sich in den europäischen Wohlfahrtsstaaten herausgebildet hat und von unterschiedlichen Berufsgruppen realisiert wird. Den Begriff Pflegevorsorge verwenden wir als Generalbegriff, auch wenn er sonst, wie z. B. in Deutschland, eher mit Blick auf die Versicherungsstrategien innerhalb des Systems der Sozialen Sicherheit eingesetzt wird. Notwendigerweise kommen dabei verschiedene Felder in den Blick, in

denen ganz verschiedene Gruppen, von pflegerischen Hilfsberufen bis zu medizinischen Spezialprofessionen, institutionell vertreten sind.¹ Im Anschluss an die Überlegungen zur Unterbestimmtheit der Pflegevorsorge stellen wir einen Vorschlag zur Diskussion, auf welche Weise die genannte theoretische und strukturelle Unterbestimmtheit und der Status ungleich weit fortgeschrittener Professionalisierung bzw. Verberuflichung verändert werden könnten.

2. Pflege und Betreuung unter neuen Entwicklungsbedingungen

2.1 Allgemeine Ausgangslage

Die demokratischen politischen Systeme der europäischen Gesellschaften haben sich in den letzten Jahrzehnten aufgrund der verschiedensten rechtlichen Regelungen dazu entschieden und sich damit auch verpflichtet, eine menschenwürdige und für alle zugängliche Versorgung und Pflege mit zeitgemäßen sozialen und medizinischen Einrichtungen auf einem ebenfalls zeitgemäßen Qualitätsniveau zu schaffen (Amann 1998: 137). Dieser Selbstverpflichtung nachzukommen, wird als Kern einer auf Integration und sozialen Frieden bedachten Sozialpolitik angesehen. Obwohl Leistungsumfang und Leistungsniveau vieler Bereiche gekürzt und beschnitten worden sind, dürfte diese Selbstverpflichtung als Prinzip weiterhin Gültigkeit behalten. Obwohl – nach einem Wort C. Offes – der Wohlfahrtsstaat als die „wichtigste Friedensformel fortgeschrittener kapitalistischer Demokratien“ gelten muss, ist dieser inzwischen selbst zum Gegenstand heftiger Kritik und fundamentalen Zweifels geworden. Dabei ist bisher der Wohlfahrtsstaat nicht als Konstruktion selbst in Frage gestellt, sondern hauptsächlich aus neoliberaler Perspektive als (zu) große Belastung für die Wirtschaft kritisiert worden – übrigens in völliger Verkennung der Tatsache, dass eine kapitalistische Wirtschaft ohne diese Staatsfunktion wahrscheinlich gar nicht funktionieren könnte (Polanyi 1978).

Die Staaten stehen vor der Notwendigkeit, wegen Knappheitsbedingungen von der versprochenen Zielerfüllung laufend abweichen zu müssen, dies aber nur soweit tun zu können, wie die Akzeptanz des Volkes reicht. Es geht um die paradoxe Situation, dass ein System, das „Wohlfahrt“ schafft oder schaffen will, zugleich um seine Legitimität bangen muss (Amann 1998: 138). Der in ihren Absichten durchaus großzügigen wohlfahrtsstaatlichen Programmatik stehen zur Erfüllung immer mehr und immer größere Hindernisse entgegen. Analysen der

¹ Den Feldbegriff verwenden wir in der Fassung, wie sie von Schroeter (2006) für die Pflege Älterer entwickelt worden ist.

Versorgungssysteme lassen Defizite zutage treten, die sofort beseitigt werden sollten; sie lassen aber auch in der Zukunft erheblich wachsende Zusatzbedarfe absehen, die schrittweise immer weitere und neue Anstrengungen erfordern werden, um mindestens das bisher erreichte Versorgungsniveau halten zu können.

Nun sind nicht wenige Länder in einer Situation, in der Mittel im Sozialbereich gekürzt werden, und in der sich wegen wachsender Ungleichheit erhebliche Unzufriedenheit bemerkbar macht. Kürzung von Arbeitslosengeld und Sozialhilfeleistungen, zeitliche Limitation der Notstandshilfe, Abbau der Rehabilitationsleistungen und der Kurkostenerstattungen durch die Krankenversicherungen, rigidere Auslegung der Gesetze zur Beurteilung von Krankheit und Gebrechen, Kürzung der Pensionen etc. zählen in vielen Ländern zu den Abbaustrategien. Solchen Entwicklungen muss, darin sind sich viele einig, gezielt gegengesteuert werden. Die Problematik liegt allerdings darin, dass alle auftauchenden Fragen geradezu magisch unter die Perspektive fiskalischer Betrachtung rücken, während sie angemessenerweise zugleich auch aus jener eines gewaltigen strukturellen Wandels zu betrachten wären, der überkommene soziale und kulturelle Strukturen auf entscheidende Weise verändert und nach ganz neuen, auch außerhalb der bisherigen wohlfahrtsstaatlichen Programmatik liegenden Lösungen verlangt.

Ganze Regionen in europäischen Ländern sehen sich diesen Veränderungen gegenüber, die einerseits zur Auflösung alter, z. T. jahrzehntelang funktionierender sozialer Netze und andererseits zur unausweichlichen Notwendigkeit führen, völlig neuen, aber sinnvollen Ersatz oder passende Ergänzungen zu schaffen. Sinkende Kinderzahlen und Alterungsprozess, Rückgang der bäuerlichen Bevölkerung, Pendlerprobleme, Zunahme der intergenerationellen Mobilität, Zunahme der (älteren) Ein- und Zweipersonenhaushalte bei gleichzeitig rapidem Rückgang der Großhaushalte, Arbeitslosigkeit und Produktivitätseinbrüche – diese und ähnliche Entwicklungen bedeuten, dass traditionelle Strukturen der Unterstützung, Hilfe und sozialen Integration verschwinden bzw. in ihrer Leistungsfähigkeit abnehmen werden (Amann 1998: 139).

Es wäre fatal, unter dem Druck der knappen Mittel sich nun verstärkt darauf zu verlassen, dass „die Familie“ und „die Nachbarschaft“ weiterhin die Bedürfnisse so abfangen können, wie sie es bisher getan haben. Es braucht vielmehr eine gezielte und energische Ergänzung und Unterstützung der familialen und nachbarschaftlichen Netze, wenn sie in Zukunft die Rolle weiter spielen können sollen, die ihnen aus bestätigter Gewohnheit zgedacht wird. Es bedarf auch einer Umorientierung im institutionellen Gefüge der professionellen Rekrutierung und der ihr zugrunde liegenden Wissenskontexte, aus denen heraus Ausbildungs- und Allokationsstrategien zu entwickeln sind. Es wäre aber auch fatal, die Möglichkeiten der Bewältigung all der absehbaren Probleme und Belastungen

nur unter fiskalischen Gesichtspunkten zu betrachten, wie es häufig geschieht. Neben den traditionellen Säulen der familialen und nachbarschaftlichen Hilfe und der staatlichen Versorgung und Pflege wird es gemischter, womöglich aber auch ganz neuer, oder zumindest ungewohnter, Formen und Wege der Bewältigung der Problemlagen bedürfen.

Jedenfalls müsste einmal der gesamte normative Hintergrund, gewissermaßen das System der Grundsätze der Sozialpolitik überdacht werden. Es wären dann, in Kontrast zu jetzigen Organisationsformen und Einrichtungen, ergänzende oder überhaupt neue Wege und Möglichkeiten zu formulieren. Die Gesundheits- und Sozialpolitik ist in den letzten Jahren zunehmend unter systemgefährdende Belastungen geraten. Die Finanzierbarkeit der Maßnahmen scheint ihre Grenzen erreicht zu haben, aber es entstehen immer wieder neue Ansprüche und Probleme. Mit Einzelsparmaßnahmen an Einzelposten ist das Problem nicht zu bewältigen. Neue und umfassende Änderungen sind notwendig. In einer Welt der Ziffern, Regeln und Programme bedarf das Humane besonderer Aufmerksamkeit (Amann 1998: 139).

Es existieren aber auch Bereiche, in denen Soziale Arbeit und der „Versorgungsstaat“ einen Zuwachs erfahren. Ein Beispiel dafür ist der stetige Anstieg der Zahl der vormundschaftlichen Maßnahmen, welcher sich nicht ausschließlich durch die demografischen Gegebenheiten erklärt. In den vergangenen zehn Jahren wurden in Deutschland, Österreich und der Schweiz die gesetzlichen Bestimmungen geändert. Dabei wurden die alten, als paternalistisch und unzeitgemäß wahrgenommenen Normen und Begriffe gestrichen und der Gedanke der Hilfe und Unterstützung in den Vordergrund gerückt (anstatt Vormundschaft: in Österreich Sachwalterschaft, in Deutschland Rechtliche Betreuung, in der Schweiz Allgemeine Beistandschaft). Die Verrechtlichung führt tendenziell zu einem erhöhten Arbeitsaufwand und zu neuen Stellen für Sozialarbeiter und Juristinnen, allerdings nicht im Bereich der physischen Pflege und Versorgung, sondern im Bereich der Verwaltung und der Betreuung des *Citizen by Proxy*. Diese Bereiche sind insgesamt viel weniger von dem erwähnten Abbau betroffen (vgl. Kreissl u.a. 2009, Pilgram 2009).

Wir gehen bei unseren Überlegungen von einigen der bekannten Defizitbefunde in der Pflegevorsorge aus: Es gebe, heißt es, einen quantitativen und qualitativen Personalmangel, die Pflegearbeit sei zu stark vom medizinisch-naturwissenschaftlichen Code – krank/nicht krank – geprägt, und die Soziale Arbeit habe sich bisher zu wenig für Alters- und Altersbetreuungsfragen geöffnet. Doch allein darauf sind die Problemlagen nicht beschränkt. Lange Zeit hat sich die Pflege im Halbschatten der Medizin bewegt (Schroeter 2006: 69), doch inzwischen drängt sie zunehmend ins Licht einer neuen Konstellation. Die fortschrei-

tende demografische Alterung zieht einen steigenden Bedarf an sozialen Diensten und Spezialeinrichtungen im stationären Bereich für die Älteren nach sich, die steigende Langlebigkeit und die zahlenmäßige Zunahme der Hochaltrigen bedeutet auch eine Zunahme der chronischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen, die direkt auf das Feld der Pflegevorsorge durchschlagen. Im Zentrum stehen gegenwärtig demenzielle Veränderungen (vor allem vom Typ Alzheimer), auf die hier aber nicht eigens eingegangen wird. Vor zehn Jahren schon wurde der „Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland“ zum Schwerpunktthema der Hochaltrigkeit vorgelegt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002) und auch an Spezialpublikationen mangelt es nicht (als Beispiel: Aldebert 2006). Konnte lange und weithin davon ausgegangen werden, dass die Orientierungslinie Krankheit/Gesundheit (bzw. Krankheit/nicht-Krankheit) hieß und die daraus abgeleitete kausale Krankheitsbeseitigung den unmittelbaren Handlungserfolg darstellte, so stellt sich heute die Situation anders dar: Im Vordergrund steht die Restitution noch vorhandener Gesundheitsressourcen mit den entsprechenden präventiven, aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen (Schroeter 2006: 70) – *rehabilitatio ad optimum* wird also die Devise lauten müssen. Mit einiger Sicherheit ist zu erwarten, dass sich aus diesen Gründen Pflege und Betreuung in Zukunft verschiedene Perspektiven werden offen halten müssen.

2.2 Verberuflichung und Professionalisierung – Prämissen

Die Startmaschine für die ganze Betrachtung heißt Differenzierung des Feldes der Pflegevorsorge. Der Begriff aus dem Leistungssport ist angemessen, denn tatsächlich dreht es sich in den letzten Jahren um ein Rennen, in dem ständig neue Tätigkeitsfelder entworfen, neue Ausbildungsgänge und Spezialqualifikationen etabliert und Abgrenzungsstrategien zwischen Subfeldern entwickelt werden, wobei der ganze Prozess zuweilen höchst wirr und schillernd anmutet. In vielen Fällen ist dieses verwirrende Bild einfach der Tatsache geschuldet, dass ungeheurer Handlungsdruck besteht, aber aus Mangel an übergreifenden Regelungen Einzelaktivitäten ohne gegenseitige Abstimmung gesetzt werden (müssen). Wenn ein Tätigkeitsfeld eine bestimmte Form der Praxis bedeutet, zu der ein Zugang nur über Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Erfahrung in spezieller Kombination möglich ist, und die Tätigkeit selbst auf Gelderwerb und Dauer gerichtet ist, so wird von einem Beruf gesprochen werden können (vgl. Blaschke, Stegmann 1989: 65). Berufliche Qualifikationen sind jedoch noch keine Garantie für Professionalität. Berufe können als eine besondere Form von Arbeit verstanden werden, Professionen aber als eine besondere Form von Beru-

fen. Worin liegt der entscheidende Unterschied? Wir greifen hier einige Bestimmungstücke heraus, ohne auf eine Übersicht über die unterschiedlichen theoretischen Ansätze einzugehen. In der Literatur zur Berufssoziologie werden mit einiger Übereinstimmung seit Jahrzehnten solche Berufsgruppen als Professionen geführt, denen besondere Merkmale zukommen wie Verbandsbildung, professionelle Selbstkontrolle, Spezialwissen, ausgeprägte Sozialorientierung etc. Die jeweiligen Zuordnungen sind aber nie einheitlich gewesen, H. A. Hesse hat das in seinem Standardwerk schon vor langer Zeit angemerkt (Hesse 1972). Gegenüber und zusätzlich zu älteren Merkmalszuweisungen wie Kollektivorientierung (Parsons 1954), Wissenssystematik und Sozialorientierung (Hartmann 1972), oder Zentralwertorientierung (Rüschemeyer 1972), sind in jüngerer Zeit etwas geänderte Kennungen in den Vordergrund getreten wie z. B. Berufsorganisation mit entsprechender Autonomie für die Kontrolle über die eigene Arbeit (Daheim 1992). Ein relativ neues Argument ist, dass professionelles Handeln sowohl in der Wissenschaft als auch in der Alltagspraxis verankert sei und damit unmittelbar in die Lebenswelt der Klienten einwirke (Dewe 1992). Nicht jedes wissenschaftlich begründete berufliche Handeln aber ist professionelles Handeln; erst, wenn zur wissenschaftlich fundierten Kompetenz noch eine therapeutische Kompetenz des Fallverstehens (Oevermann 1996) als eine spezifische Form des Fremdverstehens nach A. Schütz (1974) hinzukommt, übernehmen Professionen gewissermaßen eine Vermittlungsfunktion zwischen allgemeiner Theorie und konkreter Lebenspraxis (Schroeter 2006: 51).²

Wenn wir nun diese Überlegungen auf das Feld der Pflegevorsorge direkt anwenden wollen, müssen wir zuerst die einschlägigen Merkmale für eine Profession benennen und dann die Entscheidung fällen, wie weit sie empirisch zutreffen. Professionen können als eine besondere Form von Berufen definiert werden, wenn sie

1. allgemeinen gesellschaftlichen Werten verpflichtet sind und diesen Werten zentral entsprechende Leistungen erbringen,
2. über ein systematisches und institutionalisiertes Wissen verfügen,
3. in einer fallorientierten Deutung wissenschaftliches Expertentum mit alltäglicher Praxis verbinden und
4. organisatorisch bzw. institutionell gestützt, ihre beruflichen Leistungen selbst standardisieren, kontrollieren und beurteilen und sowohl über Klienten- als auch Organisationsautonomie verfügen (Schroeter 2006: 59).

Die erste Prämisse trifft auf das Feld der Pflegevorsorge ohne Zweifel zu; allerdings dürfte das pflegerische Paradigma (Person-, Umwelt-, Gesundheit-

² Diese Überlegungen rechtfertigen es, dass wir in unserem theoretischen Begründungsver-such weiter unten der Lebensweltorientierung zentrale Bedeutung beimessen.

und Pflegeorientierung) noch einer Stütze durch eine allgemein anerkannte und verbindlich kodifizierte Pflegeethik bedürfen (Remmers 2000). Gemäß der zweiten Prämisse hat sich pflegerisches Wissen in den letzten Jahren erheblich ausgeweitet, teilweise befindet es sich in einem Prozess der Akademisierung. Die dritte Prämisse ist wahrscheinlich weniger erfüllt. Es geht ja nicht nur um spezialisiertes Expertentum, sondern vor allem auch darum, dass ein durch Wissenschaft und Forschung fundiertes Theorie- und Problemlösungswissen mit einer fallverstehenden therapeutischen Kompetenz verbunden wird. Die vierte Prämisse dürfte am wenigsten zutreffen, denn eine alle Betreuungs- und Pflegeberufe übergreifende Berufsorganisation mit Klienten- und Organisationsautonomie existiert in der Pflegevorsorge in keinem europäischen Land. Ein Feld umfasst verschiedene Berufe. Nötig wäre also eine berufsübergreifende Organisation in der Pflegevorsorge, sozusagen eine trans- und interdisziplinäre Organisation.

Der Weg zur „Profession“ ist weit, weshalb wir, vor allem im Sinne der dritten Prämisse, für eine grundlagentheoretische Reorientierung plädieren. Mithin stellt sich die Frage, ob „Professionalisierung“ im Feld der Pflegevorsorge überhaupt eine wirklich zutreffende und zielführende analytische Kategorie sein kann. Eine grundlagentheoretische Reorientierung kann dann einen Prozess in der Praxis initiieren, wenn sich die Gesundheitsberufe unter Einschluss der Sozialen Arbeit als Einheit im Sinne eines Feldes verstehen.

3. Der Kontext der Pflegevorsorge – Einige Vorklärungen

Wie schon erwähnt, verstehen wir unter *Pflegevorsorge* die Gesamtheit der institutionalisierten Angebotsstrukturen, die sich in den europäischen Wohlfahrtsstaaten im Rahmen ihrer sachlichen Organisationsprogramme für die Betreuung und Pflege älterer Menschen herausgebildet haben. Das gängige Konzept der *Professionalisierung* umfasst zunehmend auch das, es sei nochmals hervorgehoben, was meistens *Akademisierung* genannt wird. Damit ist auf der einen Seite die Etablierung von Ausbildung auf tertiärem Niveau gemeint, auf der anderen Seite aber auch, dass das Berufswissen akademisch wird und dass die Tätigkeit einer Profession erforschbar und wissenschaftlich erfassbar wird.

Nun wird es notwendig, die relevanten *Tätigkeitsfelder* grob zu umreißen, die in der Pflegevorsorge einen Professionalisierungsprozess erleben (oder eventuell erleben werden). Zu ihnen zählen, gewissermaßen im Kernbereich, die medizinisch-pflegerischen Berufe, dann die psycho-sozial ausgerichteten Berufe der sozialen Dienste sowie die hauswirtschaftlichen Dienste, und schließlich, im eher noch peripheren Bereich, die Soziale Arbeit. Das strukturelle Moment liegt vor allem in den disziplininternen Autonomisierungsbestrebungen. In einer noch gro-

ben Vorüberlegung zählen wir alle beruflichen Tätigkeiten in der Pflegevorsorge zur *Praktischen Sozialpolitik*. Mit dieser Setzung erfolgt notwendigerweise ein Perspektivenwechsel von den handelnden Personen im Feld der Pflegevorsorge zu den Gestaltungs-, Steuerungs- und Kontrollfunktionen der Sozialpolitik. Um einige Hinweise struktureller Art zu geben: Die von den Handelnden im Feld Pflegevorsorge gelieferten Problemdefinitionen und Handlungsansprüche, die Eingang in Gesetzesmaterien finden, werden dadurch ebenso autorisiert und zu Steuerungsinstrumenten der Sozialpolitik wie die über Gesetz und Verordnung anerkannten Ausbildungen, Zertifizierungen und Beschäftigungsvoraussetzungen, die ja häufig im Feld selbst vorher thematisiert werden. Es ließen sich noch viele Beispiele der Verflechtung zwischen dem Feld Pflegevorsorge und der Sozialpolitik nennen, wir gehen hier von der These aus, dass jede Professionalisierungsdebatte über die Pflegevorsorge ohne Bezug zur Sozialpolitik einseitig bleibt. Umgekehrt kann die „Professionalisierungsfrage“ selbstverständlich nicht nur auf eine sozialpolitische Frage reduziert werden. Der analytische Ausschluss des Sozialpolitischen führt jedoch notwendigerweise zu einem Ausschluss der Betrachtung des Gebrauchswertes der Arbeitsleistung der Pflegevorsorge für die Bedürftigen zu Gunsten einer bloßen Betrachtung des Tauschwertes dieser Arbeit. Er führt zu einer wahrscheinlich fruchtlosen, von den Statusinteressen bestehender und entstehender Berufsverbänden geprägten Debatte.

Unsere Überlegungen werden wir anhand von vier Thesen und einer Schlussdiskussion darzustellen versuchen. Der Angelpunkt ist die *Koppelung grundlagentheoretischer Konzepte* in den pflegenden Berufen und die Öffnung der Sozialen Arbeit für das Alter.

4. Die Thesen

These 1:

Eine historische Analyse der Praktischen Sozialpolitik zeigt uns, dass seit mehr als einhundert Jahren Pflege und Soziale Arbeit, diese einen spezifischen Entwicklungsweg genommen haben, auf dem sich neben anderen Formen der Vergesellschaftung der Pflege auch die „Professionalisierung“ als Reaktion auf *sozialpolitische Aufgaben* ausgebildet hat. Die konkrete Ausgestaltung ist so erfolgt, dass in Hinsicht auf die gestellten Aufgaben *Tätigkeitsziele* ausformuliert worden sind, zu deren Erreichung vor allem Wissen eingesetzt wird, das in praktischer Absicht die Tätigkeit anleitet, also spezifische *Interventionsformen* gebiert (zur detaillierten Begründung s. Amann 2000).

Das heißt also: Die Praktische Sozialpolitik in ihren Segmenten der Pflege und der Sozialen Arbeit ist der gezielte Eingriff des Staates und privater Institu-

tionen über die beruflich (und, wenn man will, professionell) Handelnden in die Lebenslagen bzw. Lebensverhältnisse von Menschen, die *unter erschwerten Bedingungen* leben (Amann 1983). Die Eingriffe beziehen sich auf die Produktion und die Reproduktion in ihren materiellen, sozialen und kulturellen Dimensionen im Falle von körperlichen, seelisch-geistigen und materiellen Defiziten. Sie betreffen wegen der strukturellen Fremdbestimmtheit der Eingriffe auch die Autonomie und Eigenkompetenz der Adressaten von fürsorglichen Maßnahmen. Die Ziele und auch Folgen der Eingriffe betreffen immer die Gestaltung der *Lebenslagen* von Gruppen oder einzelnen Menschen (Amann 2010: 142). Zunächst sind die Lebenslagen selbst einer wissenschaftlichen Betrachtung zu unterziehen, etwa mittels Versuchen, die Lebensqualität unter erschwerten Bedingungen zu messen, wie dies z. B. in Studien über die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen geschieht (Estermann/Kneubühler 2006, 2008).

These 2:

Die gegenwärtige Kritik in der Pflegevorsorge ist explizit: Es zeige sich, so heißt es, dass im Verhältnis zum Betreuungsbedarf einerseits gewaltige personelle Defizite und andererseits qualitative Passungsungenauigkeiten zwischen Leistungsanforderung und Leistungserbringung bestünden. Der so genannte Personalmangel äußere sich primär als Mangel an praktisch pflegenden Personen, die funktionalen Defizite äußerten sich in nicht passungsgenauem Wissen. Außerdem habe sich die Soziale Arbeit gegenüber dem Thema Alter bisher nicht entscheidend geöffnet. Dabei spielten vor allem die inhaltlich und berufsständisch motivierten Abgrenzungen zwischen den einzelnen Berufsfeldern eine wesentliche Rolle, die im Laufe der Zeit spezifische Undurchlässigkeiten und Abschottungen selbst innerhalb der Berufsfelder geschaffen hätten. Diese Einschätzung teilen wir.

Der „Professionalisierungsprozess“ in der Pflegevorsorge der letzten Jahre hat es also nur unvollständig geschafft, an den Tätigkeiten der Pflegevorsorge Interessierte zu rekrutieren, und er hat es auch nur unvollständig geschafft, die Definition und die Vermittlung des notwendigen beruflichen Wissens den sich ändernden Anforderungen in den unterschiedlichen Praxisfeldern anzupassen. Dabei sind vor allem die Diversität der Praxisfelder und die rapiden Veränderungen des Älterwerdens selbst von Bedeutung. Im Bereich rechtlicher Maßnahmen hingegen (Beistandschaften, Sachwalterschaften, Vermögens- und Finanzverwaltung, in der alten Begrifflichkeit die mit dem Entzug bürgerlicher Rechte und Kompetenzen verbundene Vormundschaft) geht die Professionalisierung inzwischen mit einer erfolgreichen Rekrutierung von Sozialer Arbeit und juristischer Fachkompetenz einher (Fuchs, 2010).

These 3:

Wir haben eingangs erwähnt, dass zu den Kernberufsfeldern die medizinisch-pflegerischen und die psycho-sozialen Tätigkeiten der Sozialdienste sowie die hauswirtschaftlichen Dienste zählen, jene der Sozialen Arbeit sich aber an der Peripherie der Pflegevorsorge befänden. Die Soziale Arbeit in ihrem Professionalisierungsprozess hat sich, obwohl sie sich auf die gesamte Lebensspanne bezieht, der Arbeit mit älteren Menschen bisher nicht in dem Maße geöffnet, wie das für andere Zielgruppen der Fall gewesen ist. Vor allem ist keine systematische Erschließung des Alters über die Zugrundelegung sozialpädagogischer Erkenntnisinteressen und Konzepte erfolgt. Im institutionellen Bereich der Pflegevorsorge selbst ist aber bisher auch kein Sogeffekt in Richtung Sozialer Arbeit entstanden. Dabei hätten die verschiedenen Felder begründungstheoretisch viele Argumente gemeinsam, die ihnen die *Pflegevorsorge als gemeinsamen Gegenstand* definieren könnten. Tatsächlich haben die entsprechenden Felder in ihren wissenschaftlichen Begründungszusammenhängen inhaltliche und methodische Abgrenzungslogiken gegeneinander entwickelt. Diese Entwicklung betrifft gerade die Berufe und Professionen, deren Charakteristikum ja darin besteht, dass sie sich im Prozess gegenseitig abschotten und nach Monopolisierung ihrer Zuständigkeiten trachten. Demgegenüber bleibt die Sinnhaftigkeit einer gemeinsamen Gegenstandsdefinition in der Pflegevorsorge im Sinne der zweiten und dritten Prämisse (Kap. 2.2) aufrecht.

These 4:

Gegenwärtig scheint es so zu sein, dass beide Felder, die Pflegeberufe und die Soziale Arbeit, sich auf ihrem Professionalisierungsweg zu akademisieren versuchen, was neben anderen Strategien eine Chance bieten kann, sich auf die Gemeinsamkeiten in einer möglichen Begründungslogik zu besinnen. Systematisches und institutionalisiertes Wissen wird letztlich über Wissenschaft und Forschung produziert, wobei sich Forschung verlässlich auch auf das Feld selbst richten muss, das der Akademisierung unterliegt. Wir richten unser Augenmerk auf die Frage, von welchen Bezugspunkten aus ein gemeinsamer Gegenstandsbe- reich zu finden wäre.

Im Begründungszusammenhang ist das Konzept der *Lebensweltorientierung*, abgeleitet aus der dritten Prämisse, sowohl für die Soziale Arbeit als auch für die Pflegeberufe ein theoretisch vielfach argumentierter Ausgangspunkt. Das Konzept der Lebensweltorientierung bietet überzeugende Anschlussmöglichkeiten an weitere Konzepte, die ebenfalls für beide Felder enorme Bedeutung haben. Auf der einen Seite ist es das Konzept der *Lebenslage*, auf der anderen Seite das der *Lebensbewältigung*. In der Lebenslage sehen wir die Möglichkeit, den Bezug Gesellschaft-Individuum von der Strukturseite her zu fassen, ohne das Individu-

um aus den Augen zu verlieren; in der Lebensbewältigung sehen wir die Möglichkeit, den Bezug Individuum–Gesellschaft vom Individuum her zu fassen, ohne die Strukturen aus dem Auge zu verlieren. Die *differentia specifica* für die Zielgruppen der Pflegevorsorge liegt in der Kennzeichnung: *unter erschwerten Bedingungen*.

5. Mögliche Hindernisse durch die Ökonomisierung

Es ist üblich geworden, von einem Pflegemarkt zu sprechen bzw. von einem Markt der Dienste für Ältere. Schon Ende der 1990er Jahre konnte gesagt werden, dass dieser Markt ein größeres Wachstum erzielt habe als manch klassischer Industriezweig (Schroeter und Prahl 1999: 50). Allerdings hat dieser Markt eine besondere Form. Die einzelnen Pflege- und Betreuungsdienste involvieren einen zunehmend größeren Anteil am Arbeitskräftepotenzial und am Sozialprodukt, die Verteilung erfolgt aber nicht über den „freien Markt“, sondern unter der Regie von sozialpolitischen Regulierungen. Andererseits unterliegen die Dienste dem Uno-Actu-Prinzip, indem Produktion und Konsumtion zusammenfallen. Soziale Dienstleistungen können weder beliebig standardisiert, noch auf Vorrat produziert werden (Amann, Ehgartner, Felder 2010). Trotzdem scheint uns, dass auch dieser ganze Bereich dem Einfluss einer Entwicklung unterliegt, die wir hier kurz skizzieren wollen. Damit führen wir nicht vom Thema weg, sondern wollen eine Hintergrundproblematik benennen, die allzu oft eben nur im Hintergrund belassen wird.

Die soziale Logik der leitenden Begriffe einer Epoche ist durch die gesellschaftliche Praxis bestimmt. Das gilt auch für Pflege und Sozialarbeit. Eine Geschichte des Helfens z. B. könnte zeigen, dass die soziale Motivierung und zugleich Verankerung helfenden Handelns – idealtypisch argumentiert – sich vom einfachen Gesetz absoluter Gegenseitigkeit in weniger entwickelten Gesellschaften, über religiös-ethisch begründete Pflichten in traditionellen Gesellschaften, bis zum rechtlich verankerten und geldwirtschaftlich administrierten Dienstleistungssystem in modernen Gesellschaften entwickelt hat. Diese Entwicklungslinie macht zugleich anschaulich, dass die Logik des Helfens vom ethischen zum planologischen Prinzip gewandert ist.

In archaischen Gesellschaften ist Hilfe existenziell verankert, sie gilt als Gabe, für die eine Gegengabe erwartet werden kann, und zwar aufgrund des Prinzips absoluter Gegenseitigkeit. Die Dankespflicht ist unspezifisch, sie kann jede Form und oft unverhältnismäßige Größe annehmen. Die Geschichte des persischen Feldherrn, der in stürmischer Nacht von einem Hirten einen Mantel erhielt, und nach errungenem Sieg und großer Beute sich mit der Forderung des Hirten nach

einer ganzen Insel als Gegengabe konfrontiert sah, ist bekannt. Hilfe und Gegengabe aber erfolgt nach Maßgabe des „Überflusses“ an Mitteln, Zeit und Energie. Auch für das Almosenwesen sagte Thomas von Aquin, dass beim Empfänger *extrema necessitas* (außerordentliche Bedürftigkeit) und beim Geber *superfluum* (Überfluss) die Voraussetzungen des Helfens seien.

In Hochkulturen verschwindet diese absolute Gegenseitigkeit des Helfens. An ihre Stelle tritt eine Umwegmotivation, vermittelt auf religiöser Basis; Freigebigkeit wird zur Tugend des Gebens von oben nach unten, und schließlich übernehmen Professionen das Helfen, das Geld wird zum universalen Hilfsmittel. Die Geschichte des Almosens birgt bereits den Gedanken des Erkaufens jenseitiger Belohnung durch diesseitiges Geben, das sich im monetären Transfer erschöpft. Es entsteht eine ganz eigene Konstellation: Im extremen Fall entschwindet der Arme als berechtigtes Subjekt, als Zielpunkt des Interesses vollständig. Das Motiv, der „Wert“ des Helfens liegt in der Bedeutung der Hilfe für den, der sie leistet. Die ungemeine Steigerung des Wertes des Gebens wird durch das (von Luther falsch übersetzte) Bibelwort herbeigeführt, dass eher ein Kamel durch das Nadelöhr als ein Reicher ins Himmelreich eingehe.

In modernen Gesellschaften entwickeln sich spezialisierte Organisationen, Leistungssysteme, für höchst unterschiedliche Risiken. Nun stellt sich die Frage, in welchem Rahmen ein solches Leistungssystem zu verankern ist. In modernen Gesellschaften ist Hilfe in nie zuvor erreichter Weise eine zuverlässig erwartbare Leistung, gleichsam Sicherheitshorizont des täglichen Lebens auf unbegrenzte Zeit in den sachlichen Grenzen der materiellen, organisatorischen und rechtlichen Gegebenheiten. Zuverlässig erwartbare Leistungen, Sicherheit im Sozial- und Gesundheitsbereich und Organisationsprogramme (Luhmann 1973), alle unter der Perspektive des Helfens, haben in modernen Gesellschaften ihren Ort im Rahmen des Sozialstaats. Expertensysteme, die im Zusammenhang mit Helfen interessieren, sind im Sozialstaat verankerte Systeme. Innerhalb der Expertensysteme des Helfens ist der Bedürftige aber nicht mehr ausschließliches Ziel des Handelns. Ebenso bedeutsam ist der Selbstschutz der Gesellschaft durch organisiertes professionelles Helfen, die Gesellschaft hat in der Form der helfenden Institutionen auch ein Interesse an sich selbst. Dies betrifft nicht nur die Pflegevorsorge, sondern sämtliche Strukturen der Sozialen Sicherung, ihre Verrechtlichung und deren Anpassung an die sich verändernde Gesellschaft.

Das individuelle Handeln bleibt nun, bei aller Plastizität und Variationsbreite, die ja auch die interindividuellen Unterschiede bedingt, immer an die Rationalität der Institutionen gebunden. Im Falle der archaischen Gesellschaften ist diese Rationalität jene der Vergemeinschaftung in kleinen Gruppen, in der die Tradition bestimmt, worin der Erfolg des Handelns bestehen kann bzw. muss; es gibt

für den einzelnen keine wie immer geartete völlige Unabhängigkeit vom kollektiven Bewusstsein. In den traditionellen Gesellschaften – insbesondere vom Typus der europäischen feudalen – trat an die Stelle der Vergemeinschaftung durch Gegenseitigkeit ein komplexes System religiös-ethischer und politisch-praktischer Imperative. Hier bestimmte die Philosophie im Verein mit einem religiös durchdrungenen Wertesystem das „richtige“ Handeln. In modernen Gesellschaften ist schließlich als Steuerungsinstrument für das individuelle Handeln an die Stelle der Gegenseitigkeit und an die Stelle eines normativen Systems religiös-philosophischer Herkunft das Prinzip des universellen Tausches getreten, in dem richtiges Handeln vor allem materiell, technisch und taktisch erfolgreiches Handeln ist. Nicht umsonst bemisst sich die „Richtigkeit“ pflegerischer Leistung an als notwendig erachteten Tätigkeiten, die in Minutenquanten definiert und monetär abgegolten werden. Deren qualitativ bestimmter Gebrauchswert verschwindet hinter dem quantitativ bestimmten Tauschwert (vgl. MEW 1961: 99f).

Die Veränderungen in den Werten des helfenden Handelns verweisen noch auf ein Weiteres, das für unser Thema bedeutsam ist. Um handeln zu können, muss man, wie V. Flusser (1998) sagt, voraussetzen, dass die Welt nicht so ist, wie sie sein soll, und dass man sie ändern kann. Die Ontologie befasst sich mit der Frage, wie die Welt ist; die Deontologie beschäftigt sich damit, wie die Welt sein soll; die Methodologie schließlich sucht nach Regeln, wie die Welt verändert werden kann. Diese drei Weisen eines Verhältnisses zur Welt bezeichnen gleichzeitig so etwas wie eine geschichtliche Stufenfolge, in der sich diese Dreiteilung entfaltet hat. In der Antike und im Mittelalter betonte der Mensch das Sein-Sollen der Welt: ethisch, religiös, politisch; in der Neuzeit betonte er die Entdeckung des Seins der Welt: wissenschaftlich, experimentell, theoretisch; in der Gegenwart aber betont er die Methode: das Verhältnis zur Welt ist technisch, funktional, strategisch, effizient.

In dieser Entwicklung hat der Mensch das Wozu? – die Werte – vom Warum? – den Gegebenheiten – getrennt. Das Dilemma, in das er damit geraten ist, hat unwiderruflichen Charakter: Das Interesse hat sich auf die Methodologie verlagert, die Frage nach den Werten ist „metaphysisch“ im abwertenden Sinn, in Umkehrung der Begriffsbedeutung ist nun wertvoll, was effizient ist: Je besser (effizienter) eine Methode, desto „wertvoller“ ist sie. Ist Erfolg Selbstzweck und äußerster Wert?

Ethik und sittliche Werte sind weithin beliebig geworden. Das schwierige Verhältnis zwischen Gleichheit und Gerechtigkeit hat die Menschen in Europa seit der frühen Antike in Atem gehalten. Kern der Gerechtigkeitsvorstellungen war über Jahrhunderte eine religiös gestützte, kollektive Moral, die absichtsvolle Benachteiligung einzelner Gruppen zugunsten anderer ausschloss. Diese kollek-

tive Moral kannte in allen Gesellschaften das Gebot, für die Bedürftigen zu sorgen. Der Prozess der Säkularisierung und das Heraufkommen der wissenschaftlich-technischen Zivilisation haben an diesem altehrwürdigen Konsens zu mindestens zwei fundamentalen Veränderungen geführt. Zum einen begann eine individualistische und damit höchst variable Moral, Oberhand über die kollektive zu gewinnen, zum anderen wurde das ökonomische Postulat des Nutzens bzw. des Profits selbst zu einer moralischen Prämisse. Am Beispiel des menschlichen Alterns begegnen uns heute die Begleiterscheinungen dieses Wandels auf Schritt und Tritt. Die Folge ist eine endemische Konzentration der Diskurse der Öffentlichkeit auf Nutzen, Kosten und Finanzierbarkeit. Probleme der Zukunft werden aber nicht nur in monetären Größen bestimmt werden können. Im Gesundheits- und Sozialbereich wird zunehmend das Erkennen und Anerkennen sozialer und kultureller sowie politischer Beiträge gesellschaftlicher Gruppen zur Entwicklung des Ganzen, auch durch die Älteren, die Arbeitslosen, die Menschen mit Behinderungen, die „Ausländer“, eine humanitäre und zugleich gesellschaftlich erfolgreiche Strategie der Gestaltung der Verhältnisse kennzeichnen müssen.

Wir leben in einem Zeitalter gefährlicher Täuschungen. Das Diktat der Ökonomie und die Heilslehre des Profits durchziehen die gesamte Zivilisation mit der unbedingten Forderung nach messbarem Nutzen jedweder Lebenstätigkeit. Einer gigantischen Invasion gleich hat die Forderung nach wirtschaftlicher Verwertbarkeit aller Entäußerungen der Menschen unser ganzes Weltbild kolonialisiert. Im Zentrum steht die Verwertung der Arbeitskraft um jeden Preis und also zu immer schlechteren Preisen. Wer nicht produziert, ist draußen. In subtiler Weise äußert sich das Prinzip selbst in den gängigen kurativen und rehabilitativen Programmen. Immer noch hat in der Finanzierungslogik die Wiederherstellung der beschädigten Gesundheit zum Zweck der Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit oberste Priorität, während um Prävention und allgemeine Rehabilitation, insbesondere die geriatrische, gekämpft werden muss.

Dem Gedanken, dass die ökonomische Produktion einen gewissen Vorrang habe, kann leicht nachgefolgt werden. Bei ihm stehen zu bleiben, zeugt von halbierter Vernunft. Dass Menschen arbeitsam, fleißig, pünktlich und diszipliniert sind, dass sie konsumieren auf Teufel komm ´raus und sich notorisch in die Konkurrenz um äußeres Ansehen stürzen, hat mit Erziehung und Kultur zu tun. Solche Charakterzüge und Haltungen bringt die Wirtschaft nicht hervor, sie ist auf jene angewiesen. Sind sie aber vorhanden, so verstärkt sie diese. Dass die Alten, gar die Hilfebedürftigen, in diesem Spiel in einer verhältnismäßig schlechten Lage sind, hat seinen Grund auch in einer Sichtweise, die alles, selbst Soziales und Kultur, nur in Geldrechnung aufgehen lässt. Dass die Alten zur Weiterexistenz der Gesellschaft dauernd beitragen, selbst wenn sie in Pflegebetten liegen, ist

eine fremde Vorstellung geworden. Schon Mitte der Neunzigerjahre des vorigen Jahrhunderts boten die Ambulanten Dienste in Österreich Arbeitsmöglichkeiten im Ausmaß von 6.700 Vollzeitstellen. Kostenwahrheit in der Diskussion über die finanziellen Belastungen im Gesundheitssystem, zeitgemäße Vorstellungen über Produktivität und Nutzen nicht bezahlter gesellschaftlicher Arbeit, die sich von den Leitideen der Nutzenfunktion industrieller Arbeit lösen und den Logiken einer Dienstleistungsgesellschaft angepasst werden, aufklärende Ideen über ein soziales Nationalprodukt, über die desintegrativen Effekte einer kurzfristiger Interessenpolitik böten zumindest Reflexionshilfen für die Probleme, die ein ökonomistisches Weltverständnis schafft (Amann 2006).

6. Schlussdiskussion

Wir schicken voraus, dass wir unter den seit den späten 1990er Jahren diskutierten konzeptuellen Strängen für die helfenden Berufe den der *Sozialpolitik* bevorzugen. Aus dieser Sicht zählen die Tätigkeitsfelder der Pflegevorsorge zur Praktischen Sozialpolitik, das gilt dann auch für die Soziale Arbeit (Amann, Brandstetter, Vyslouzil 2010: 18). Heute dominieren in der Ausbildung für die Soziale Arbeit, vor allem als eine Folge des Bologna-Prozesses, eine Ökonomisierung und Psychologisierung der einst aussichtsreichen Konzeptologien (Merten 2008; Fürst 2010), was zu einer spezifischen Einschränkung des Erkenntnisgegenstandes führen kann.

In der Ausbildung im Pflegebereich ist es zwar in den letzten Jahren zu einer verstärkten Berücksichtigung psycho-sozialer Inhalte gekommen, auch geriatrischer selbstverständlich, doch weit weniger als in der Sozialen Arbeit gilt dort die Grundstrategie der Lebensweltorientierung. Die Leitstrategie ist nach wie vor naturwissenschaftlich-medizinisch orientiert.

Es geht daher um eine Reorientierung im Konzeptediskurs. Unser Vorschlag zielt einerseits auf eine stärkere Öffnung der Sozialen Arbeit für das Alter und seine Fragen, andererseits auf eine stärkere Annäherung zwischen Pflegeberufen und Sozialer Arbeit auf Grundlage ihrer theoretischen Grundstrategien.

Systematisch macht es Sinn, den Gegenstandsbereich der Pflegevorsorge (1) über das Konzept der *Lebenslage* (Amann 1983) zu bestimmen. Sie fungiert als die sozialstrukturelle Einbettung für die (2) *Lebensbewältigung* (Schweppe 2010: 59). Wie schon angemerkt, spielt die Bestimmung „unter erschwerten Bedingungen“ eine wesentliche Rolle. Sie lässt sich über die Pflegeanforderungen der älteren Menschen eingrenzen. Hier besteht der Nachholbedarf der Sozialen Arbeit. Lebensbewältigung bedeutet dann die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit und sozialer Integration in den verschiedenen Lebens-

phasen (Bönisch, Schröer, Thiersch 2005). Mit der Rückbindung an die (3) *Biographie* wird dadurch zugleich ein dynamisches Moment gewonnen. Sowohl in der Pflegearbeit als auch in der Sozialen Arbeit ist der biographische Zugang ein wichtiges Element. Als Brückenkonzept zwischen Struktur und Individuum lässt sich schließlich das der (4) *sozialen Netzwerke* hereinholen, und zwar im Sinn des *Unterstützungsnetzwerks*, das seinerseits wieder eine gewisse Attraktivität für die Pflegewissenschaft unter der Perspektive des (5) *public health* haben könnte (Otto 2010: 479).

Wiewohl diese Überlegungen hier sehr knapp ausfallen müssen, hoffen wir, dass eines klar geworden ist: Eine *gemeinsame* konzeptuelle Umorientierung in der Begründung des beruflichen Wissens, und zwar unter strikter Berücksichtigung des Fallverstehens als Leitprinzip in der theoretischen Grundlegung, könnte für die pflegenden Berufe, die sozialen Dienste und die Soziale Arbeit eine gemeinsame strategische Perspektive eröffnen, die allen Feldern einer gezielten Qualitätsverbesserung zugunsten der Pflegevorsorge dienen würde. Dabei müssen auch die Auswirkungen der Verrechtlichung von Versorgung, Betreuung und Pflege einer kritischen Betrachtung unterzogen werden.

Eine gemeinsame Konzeptualisierung hätte allerdings folgendes zu berücksichtigen: Weder einzelne Methodenprogramme, nicht so genannte quantitative und nicht so genannte qualitative, noch einzelne Theorieprogramme können der Beantwortung der Frage dienen, wie in wissenschaftlicher Erkenntnis gemeinsame Programme zustande kommen. Es geht vielmehr um das Problem, wie Gegenstand, Wahrnehmung und Erkenntnis überhaupt zusammenhängen. Schon (und gerade) auf dieser fundamentalen Ebene gibt es in den Sozialwissenschaften konkurrierende, ja höchst widersprüchliche Auffassungen. Auch ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass so manche „Grundlagen“ aus anderen Wissenschaften bzw. aus der Philosophie stammen und in den Sozialwissenschaften Adaptierungen erfahren haben. Dass über die Voraussetzungen für die Möglichkeiten des Erkennens und der Erkenntnis radikal unterschiedliche Auffassungen bestehen, ist eine der Grundeinsichten, die es zu verstehen gilt. Die erkenntnistheoretische Bestimmung des Gegenstandsbereichs ist ein allen weiteren Schritten vorgelagertes Programm. Neben den erkenntnistheoretischen Grundlagen ist auch den „methodologischen“ Programmen Rechnung zu tragen, die „hinter“ den Theorien stehen.

Es ist offensichtlich, dass alle Wissenschaften den Zweck verfolgen, begründete Aussagen über ihren Gegenstand zu machen. Als Begründung gilt aber nicht jede Art und jeder Inhalt von Aussagen; so werden dogmatische, ideologische, mystische und andere nicht rationale Aussagen ausgeschlossen. Worin liegen dann die Beurteilungskriterien für „Wissenschaftlichkeit“?

Unser Vorschlag einer gemeinsamen Konzeptualisierung auf der Linie: Praktische Sozialpolitik, Lebensweltorientierung, Lebensbewältigung, Lebenslage, Biographie und Soziale Netzwerke muss auf der Ebene der Wissenschaftstheorien beginnen und Schritt für Schritt über diese Felder die Methodologien und Forschungsmethoden bestimmen.

Literatur

- Aldebert, Heiner (Hrsg.) (2006): Demenz verändert. Hintergründe erfassen, Deutungen finden, Leben gestalten. Schenefeld.
- Amann, Anton (2010): Alternde Gesellschaft, Soziale Arbeit und Pflege, in: Knapp, G., Spitzer, H. (Hrsg.), Altern, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich. Klagenfurt-Ljubljana, 136-157.
- Amann, Anton (2006): Gesellschaftlicher Wandel, erfolgreiches Handeln und der Wert des Helfens, in: Sprengseis, G., Lang, G. (Hrsg.), Vom Wissen zum Können. Forschung für NPOs im Gesundheits- und Sozialbereich. Wien, 26-37.
- Amann, Anton (2000): Sozialpolitik und Lebenslagen älterer Menschen, in: Backes, G., Clemens, W. (Hrsg.), Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen, 53-74.
- Amann, Anton (1998): Altwerden: Übergänge oder Brüche? in: Clemens, W., Backes, G. (Hrsg.), Alter und Gesellschaft. Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel. Opladen, 121-144.
- Amann, Anton (1983): Lebenslage und Sozialarbeit. Elemente zu einer Soziologie von Hilfe und Kontrolle. Berlin.
- Amann, Anton, Brandstetter, Monika, Vyslouzil, Monika (2010): Soziale Arbeit zwischen Wissenschaft und Praxis. Versuch einer Positionsbestimmung, in: Brandstetter, M., Vyslouzil, M. (Hrsg.), Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem – von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl. Wiesbaden, 16-43.
- Amann, Anton., Ehgartner, Günther, Felder, David (2010): Sozialprodukt des Alters. Über Produktivitätswahn, Alter und Lebensqualität. Wien.
- Blaschke, Dieter, Stegmann, Heinz (1989): Berufssoziologie, in: Endruweit, G., Trommsdorf, G. (Hrsg.), Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart, Bd. 1, 65-71.
- Bönisch, Lothar, Schröer, Wolfgang., Thiersch, Hans (2005): Sozialpädagogisches Denken. Wege zu einer Neubestimmung. Weinheim-München.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bonn.
- Daheim, Hansjürgen (1992): Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machtheoretischer Modelle der Profession, in: Dewe, B., Ferchhoff, W., Radtka, F.-O. (Hrsg.), Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen, 21-35.
- Dewe, Bernd, Ferchhoff, Wilfried, Radtka, Frank-Olaf (Hrsg.) (1992): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opla-

den.

- Estermann, Josef, Kneubühler, Hans-Ulrich (2008): Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann, in: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 34 (1): 187-210.
- Estermann, Josef, Kneubühler, Hans-Ulrich (2006): How to measure quality of life in nursing homes, in: European Journal of Public Health, Vol. 16: S1, 39.
- Flusser, Vilém (1998): Vom Subjekt zum Projekt. Menschwerdung. Frankfurt a/M.
- Fuchs, Walter (2010): Lokale Rechtskulturen im Sachwalterrecht. Eine multivariate Analyse, in: iFamZ, Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 5 (6): 318-323.
- Fürst, Roland (2010): Sozialarbeit – Ausbildung an den Fachhochschulen in Österreich und Auswirkungen auf Identität und Berufsbild. Eine kritische Analyse zur Gegenwart und Forderungen zur Zukunft, in: Brandstetter, M., Vyslouzil, M. (Hrsg.), Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem – von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl. Wiesbaden, 243-260.
- Hesse, Hans Albrecht (1972): Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts. Stuttgart, 2. Aufl.
- Hartmann, Heinz (1972): Arbeit, Beruf, Profession, in: Luckmann, Thomas, Sprondel, Walter (Hrsg.), Berufssoziologie. Köln, 36-52.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1997): Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt a/M 1997.
- Kreissl, Reinhard, Pilgram, Arno, Hanak, Gerhard, Neumann, Alexander (2009): Auswirkungen des Sachwalterrechtsänderungsgesetzes 2006 (SWRÄG) unter Berücksichtigung der neueren Alternativen zur Sachwalterschaft auf die Betroffenen und ihr Umfeld, auf die Praxis der Gerichte und den Bedarf an Sachwalterschaft - Abschlussbericht. IRKS Wien.
- Luhmann, Niklas (1973): Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen, in: Otto, Hans-Uwe, Schneider, Siegfried (Hrsg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Zweiter Halbband. Neuwied-Berlin, 21-43.
- Merten, Roland (2008): Sozialarbeitswissenschaft. Vom Verschwinden eines Phantoms, in: Bielefelder Arbeitsgruppe (Hrsg.), Soziale Arbeit in Gesellschaft. Wiesbaden, 128-136.
- MEW (Marx Engels Werke, Bd. 23, 1961 [1890, 4.A.]), Das Kapital, Erster Band, Berlin: Dietz Verlag.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: Combe, A., Helsper, W. (Hrsg.), Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a/M, 70-182.
- Offe, Carl (1984): Arbeit als soziologische Schlüsselkategorie?, in: Offe, C., Arbeitsgesellschaft. Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven. Frankfurt a/M-New York, 13-42.
- Otto, Ulrich (2010): Altern und lebensweltorientierte Soziale Arbeit – aktuelle Herausforderungen, in: Knapp, G., Spitzer, H. (Hrsg.), Altern, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich. Klagenfurt-Ljubljana, 476-503.
- Parsons, Talcott (1954): The professions and social structure, in: Parsons, Talcott, Essays in sociological theory. New York, 34-49.

- Pilgram, Anton (2009): Sachwalterrecht lokal – Variablen der Anregung rechtlichen Stellvertretung und gerichtlicher Entscheidung darüber, in Kreissl, R. (Hrsg.), *Citizens by Proxy und Individualrechte. Über das Rechtssubjekt und seine Stellvertreter*. Wien, 87 ff.
- Polanyi, Karl (1978): *The Great Transformation. Politische und ökonomische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen*. Frankfurt a/M.
- Rüschmeyer, Dietrich (1972): *Ärzte und Anwälte. Bemerkungen zur Theorie der Professionen*, in: Luckmann, Thomas, Sprondel, Walter (Hrsg.), *Berufssoziologie*. Köln, 169-181.
- Schroeter, Klaus R. (2006): *Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen*. Weinheim-München.
- Schroeter, Klaus R., Prah, Hans-Werner (1999): *Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe*. Weinheim-Basel.
- Schütz, Alfred (1974): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einführung in die verstehende Soziologie*. Frankfurt a/M.
- Schwepe, Cornelia (2010): *Alter und Soziale Arbeit: Theoretische Perspektiven*, in: Knapp, G., Spitzer, H. (Hrsg.), *Altern, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich*. Klagenfurt-Ljubljana, 57-68.

CHRISTINE DÖRGE

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM BERUFLICHEN SELBSTVERSTÄNDNIS AMBULANT TÄTIGER HAUSÄRZTLINNEN UND PFLEGEKRÄFTE – ERGEBNISSE EINER QUALITATIVEN STUDIE

Abstract

Eine patientenorientierte Gesundheitsförderung leistet in der ambulanten Krankenversorgung einen wichtigen Beitrag zur Verringerung der Krankheits- und Pflegelast und zur Verbesserung bzw. zum Erhalt der Lebensqualität von Menschen mit bedingter Gesundheit. Wie aber stellt sich Gesundheitsförderung im beruflichen Selbstverständnis der professionellen Hauptakteurinnen und Hauptakteure dar? Eine gesundheitsfördernde Alltagspraxis ist bei den Befragten, von denen im Folgenden berichtet wird, Konsens. Gleichzeitig zeigt sich eine von gravierender Sprachlosigkeit begleitete Heterogenität gesundheitsfördernder Vorstellungen und Handlungskonzepte.

1. Einleitung

Der gegenwärtig zu beobachtende Wandel von herkömmlichen nebst der Entstehung von neuen Gesundheitsberufen, Aufgaben und Arbeitsfeldern ist notwendige wie überfällige Reaktion auf die soziodemografischen und epidemiologischen Veränderungen unserer Gesellschaft. Nicht zuletzt für HausärztInnen und ambulante Pflegekräfte, zwei klassische Berufsgruppen des medizinischen Akutbereichs, heißt dies in Konsequenz, ihr berufliches Selbstverständnis und ihre berufliche Identität zu überdenken. Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen als Aufgaben an Bedeutung.

Die hier auszugsweise vorgestellten Ergebnisse eines vor kurzem abgeschlossenen Forschungsprojektes¹ beziehen sich auf die subjektiven Vorstellungen und Handlungskonzepte ambulant tätiger HausärztInnen und Pflegekräfte zur Praxis einer patienten- bzw. klientenorientierten ärztlichen bzw. pflegerischen Gesund-

¹ Die vollständige Forschungsarbeit ist nachzulesen in: Dörge, Christine (2013): Gesundheitsförderung in der ambulanten Krankenversorgung. Subjektive Vorstellungen und Handlungskonzepte in der pflegerischen und ärztlichen Praxis. Mabuse: Frankfurt a.M.

heitsförderung im Kontext ihres alltäglichen beruflichen Wirkens. Die Exploration der subjektiven Vorstellungen und Handlungskonzepte gab Aufschluss über das berufliche Selbst- bzw. Gesundheitsförderungsverständnis der InhaberInnen dieser Gesundheitsdienstberufe und deren derzeit wahrgenommene Handlungsspielräume salutogener Arbeit. Aus gesundheits- und professionssoziologischer Sicht ermöglichen die Studienergebnisse Rückschlüsse auf den Qualifizierungsstand bzw. den möglichen Qualifizierungsbedarf.

2. Hintergrund

Die Sicherstellung der professionellen Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen mit Gesundheitsdienstleistungen ist eine historisch gewachsene Aufgabe des Gesundheitswesens und seiner Angehörigen. Die Funktionalität des in der Vergangenheit vornehmlich auf Heilung und Therapie ausgerichteten „Krankenversorgungssystem“ steht heute jedoch mehr und mehr in Frage. Die herkömmliche Gewichtung und Vernetzung der einzelnen Versorgungsaufgaben (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) wird den aus epidemiologischen wie soziodemografischen Entwicklungstrends erwachsenden und mit einem veränderten Versorgungsbedarf einhergehenden Anforderungen nicht länger gerecht (u.a. SVR 2002, 2008, 2009).

Die sich unter dem Schlagwort der „Krise(n) des Gesundheitswesens“ subsumierenden Entwicklungen und Problemlagen forcieren u.a. eine „Neuorientierung der Gesundheitsdienste“ (WHO 1986). Dies schließt die Entwicklung und Ausschöpfung von in der Vergangenheit brachliegenden Potenzialen einer salutogenetisch orientierten, ihrer Klientel „ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit [ermöglichenden] und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit [befähigenden]“ (WHO 1986) beruflichen Praxis der Angehörigen der Gesundheitsdienstberufe mit ein.

Im Sinne der Ottawa-Charta (WHO 1986) versteht sich Gesundheitsförderung als positiver, ressourcenorientierter Ansatz mit der Betonung von Selbstbestimmung und Partizipation. Zentrale methodische Ansätze der Gesundheitsförderung sind:

1. die Befähigung Einzelner oder Gruppen durch Kompetenzentwicklung und -förderung (u.a. Kardorff 2006; Pfaff 2007; Schnabel 2007),
2. Partizipation (u.a. Stark/Wright 2011; Wright/Block/Unger 2007) und
3. Empowerment (u.a. Stark 2002; Fillies 2004; Dietscher u.a. 2003).

Zu den professionellen Rollen für die Arbeit in der Gesundheitsförderung zählen der „Expert“, der „Enabler“, der „Advocat“, der „Mediator“ und der „Change Facilitator“ (u.a. WHO 1986; Grossman/Scala 2006). Für die konkrete Berufs-

praxis der in den einzelnen Institutionen der Gesundheits- und Krankenversorgung beschäftigten AkteurInnen verlangt dies in Konsequenz eine kritische Reflexion ihres bisherigen Alltagshandelns und das Gebot einer sich den (veränderten) Erfordernissen anpassenden Schwerpunktverlagerung oder -erweiterung.

Mit dem gesundheitspolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ kommt vor allem den HausärztInnen und ambulant tätigen Pflegekräften eine Schlüsselrolle bei der Wahrnehmung gesundheitsfördernder Aufgaben zu. Innerhalb des Gesundheitswesens wird diesen, von den Auswirkungen und Konsequenzen der die Gesundheitskrise ausmachenden Faktoren überproportional betroffenen Berufsgruppen eine entscheidende Rolle bei der Lösung des bestehenden bzw. sich abzeichnenden Versorgungsdilemmas zugeschrieben (u.a. WHO 2000; SVR 2008, 2009; BMG/BÄK 2010). Von Gesundheitsförderung, speziell auch von ärztlicher und pflegerischer Gesundheitsförderung, erhoffen sich die Entscheidungsträger in der Gesundheitsversorgung nicht nur Kosteneinsparungen, sondern auch eine Verringerung der Krankheits- und Pflegelast auf individueller Ebene, eine Verbesserung der Lebensqualität der BürgerInnen sowie eine Erhöhung „der Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen für ein gesundes Leben“ (Hasseler 2011: 11; Rosenbrock/Gerlinger 2009).

Auch in den Ausbildungs- und Studienordnungen (ÄApprO 2002; KrPflG 2003; KrPflAPrV 2003) wird Gesundheitsförderung neuerdings explizit als bedeutsame Teilaufgabe und richtungweisende Zielorientierung des ärztlichen bzw. pflegerischen Handelns benannt und hervorgehoben. Der ärztliche bzw. pflegerische Beitrag zur Gesundheitsförderung stellt dabei im Verständnis der jeweiligen Professionen durchaus keine neue Aufgabe und Verantwortlichkeit dar – er wurde bereits in der Vergangenheit als berufsimmanent mitgedacht (WHO 1995, DEGAM 2002; ICN 2006; WONCA EUROPE 2002). Angesichts der Tatsache, dass ihnen einerseits gesundheitspolitisch und berufsethisch das Mandat der Gesundheitsförderung angetragen wird, andererseits bislang weder ein formal geklärt Handlungsauftrags seitens der Leistungsträger, noch systematisch, theoretisch bzw. konzeptionell ausgereifte Handlungsmodelle und -hilfen zur Verfügung stehen, die in der konkreten Alltagssituation als entlastende und orientierende Deutungsmuster sowie reflexive Entscheidungs- und Begründungsfolie genutzt werden könnten, stehen die HausärztInnen und Pflegekräfte vor einem handfesten Dilemma. Die (angemessene) Interpretation bzw. Auslegung gesundheitsfördernden Handelns liegt in hohem Maße in der individuellen Verantwortung der einzelnen AkteurInnen. Die explorierende Forschungsfrage nach der Binnenperspektive der Berufsgruppenangehörigen erhält vor diesem Hintergrund ihre Relevanz.

Fragestellungen zur Umsetzung der konzeptionellen Ideen des Gesundheitsförderungsansatzes im konkreten Berufsalltag der Gesundheitsdienstberufe sind bislang im Rahmen von Forschungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung zwar vereinzelt aufgegriffen worden – nicht aber in einem der gesundheitswissenschaftlichen Relevanz angemessenen Ausmaß. Die weitgehende Vernachlässigung von Fragen wie etwa „Wie wird Gesundheitsförderung von den Angehörigen dieser Berufsgruppen verstanden und praktiziert?“, „In wie weit sind die Gesundheitsdienstberufe derzeit in der Lage, dem veränderten Versorgungsbedarf ihrer Klientel mit den hieraus resultierenden Erwartungen an gesundheitsförderliches Handeln im Rahmen ihrer Berufsausübung inhaltlich gerecht zu werden?“ überrascht. Neben Erkenntnissen zum beruflichen Alltag patientenorientierter Gesundheitsförderung im Allgemeinen, fehlt es hierzu im Besonderen an gesicherten Erkenntnissen zu den subjektiven Vorstellungen und Handlungskonzepten der Professionellen selbst.²

Legt man die theoretischen Annahmen des symbolischen Interaktionismus zugrunde, konstruiert sich soziale Wirklichkeit, und damit auch die des gesundheitsfördernden Handelns, wesentlich durch die subjektiven Interpretationsleistungen der beteiligten Akteure. Weder formal hinterlegte Handlungsabsichtserklärungen noch eine von den Angehörigen der Gesundheitsdienstberufe generell geäußerte Zustimmung zu den Prinzipien der Gesundheitsförderung bedeuten in der Konsequenz deren praktische Umsetzung. Eine Klärung der Frage des beruflichen Selbst- und Aufgabenverständnisses von HausärztInnen und Pflegekräften hinsichtlich der neuen „alten“ Aufgabe Gesundheitsförderung sowie ein Blick auf die Umsetzung in der alltäglichen Berufspraxis dieser AkteurInnen scheint vor diesem Hintergrund nicht nur unverzichtbar sondern auch überfällig.

3. Zielsetzung und methodisches Vorgehen der Untersuchung

Die Untersuchung noch unbekannter Phänomene oder kaum erforschter Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen – der Binnenperspektive der Betroffenen – gehört zu den Stärken einer dem interpretativen Paradigma verpflichteten qualitativen Sozialforschung. Diese versucht „soziale Erscheinungen

² Lediglich die Untersuchungen von Weidner (1995), Jacob (2004), Flick u.a. (2004) oder Bahrs/Matthiessen (2007) gehen in der Vergangenheit auf die Sichtweise der Professionellen ein. In den Arbeiten von Weidner und Jacob wird jeweils die Binnenperspektive von Pflegekräften zur Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext untersucht. Flick u.a. setzen sich primär mit den subjektiven Gesundheitsvorstellungen von HausärztInnen und Pflegekräften in der ambulanten Krankenversorgung auseinander. Und das Forschungsprojekt von Bahrs/Matthiessen fokussiert die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis.

in ihrem Kontext, in ihrer Komplexität und in ihrer Individualität zu erfassen, zu beschreiben und zu verstehen“ (Lamnek 2005: 247). Angesichts des Erkenntnisinteresses der Arbeit, aus der hier berichtet wird, war ein induktives, das Untersuchungsfeld möglichst unvoreingenommen explorierendes Vorgehen erforderlich.

Die zentralen Forschungsfragen, die im Folgenden behandelt werden sollen, lauten:

1. Welche subjektiven Vorstellungen und Handlungskonzepte verbinden in der direkten Patientenversorgung tätige HausärztInnen und ambulante Pflegekräfte mit einer patientenorientierten ärztlichen bzw. pflegerischen Gesundheitsförderung?
2. Wie praktizieren sie Gesundheitsförderung in ihrem beruflichen Alltag? Welche Handlungsstrategien pflegerischer bzw. ärztlicher Gesundheitsförderung lassen sich im Handlungsfeld der ambulanten Krankenversorgung identifizieren?

Über die Beantwortung dieser Fragen sollte exploriert werden, ob und wie die Aufgabe einer patientenorientierten Gesundheitsförderung in das berufliche Denken und Handeln der Angehörigen der klassischen Gesundheitsdienstberufe eingeflossen ist. Gleichzeitig sollte ermöglicht werden, Ressourcen und Risiken für die Wahrnehmung einer patientenorientierten Gesundheitsförderung zu identifizieren und entsprechende Handlungsempfehlungen für Theorie und Praxis abzuleiten.

Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte methodologisch in Anlehnung an die Grounded Theory (Strauss/Corbin 2010). Die Untersuchung fokussierte dabei auf die beruflichen Hauptakteure in der ambulanten Krankenversorgung: HausärztInnen und Pflegekräfte. Um beide Gruppen besser miteinander vergleichen zu können, beschränkte sich die Auswahl der Pflegekräfte auf die Gruppe der examinierten Krankenpflegekräfte bzw. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die analog zu den HausärztInnen ihre berufliche „Primärsozialisation“ hauptsächlich in der stationären Akutversorgung erfahren haben. Mit Hilfe episodischer Interviews (Flick 1996) wurden alles in allem 12 HausärztInnen und 14 Pflegekräfte befragt.

Als samplegenerierende Kriterien der vergleichenden und gegenüberstellenden Minimal- und Maximalkontrastierung wurden im Voraus mehrere Kriterien festgelegt:

1. Verschiedene ländliche Versorgungsräume: Im Gegensatz bzw. in Ergänzung zu den Untersuchungen von Bahrs/Matthiessen (2007) und Flick u.a. (2004) wurden in der vorliegenden Studie die beiden ländlichen Settings bzw. Versorgungsräume Dorf und Kleinstadt berücksichtigt. Einbezogen wurden zwei

benachbarte Landkreise im Grenzgebiet von Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie ein Landkreis in Baden-Württemberg. Die Möglichkeit des kontrastierenden regionalen Vergleichs sollte die Aufdeckung eventuell spezifisch regionaler „Besonder- bzw. Bedingtheiten“ von Phänomenen erleichtern.

2. Zeitpunkt der beruflichen Erstqualifikation: Explizit berücksichtigt wurde ferner der Erwerb der beruflichen Erstqualifikation im Geltungsbereich unterschiedlicher Ausbildungs- und Prüfungsordnungen.
3. Dauer der Berufstätigkeit in der ambulanten Krankenversorgung.
4. Geschlecht.

Um „so viel wie möglich von der Komplexität und der Bewegung in der wirklichen Welt einzufangen, wobei wir wissen, dass wir niemals in der Lage sind, alles zu erfassen“ (Strauss/Corbin 2010: 89), wurde dann im Verlauf des Forschungsprozesses auch weiterhin sich im Rahmen der Datenauswertung ergebenden Hinweisen und Auswahlkriterien für die Gewinnung von Interviewpartnern zielgerichtet nachgegangen und die Kriterien der Fallauswahl sukzessive erweitert.

Die Gewinnung der HausärztInnen zur Teilnahme an der Untersuchung erwies sich als besondere Herausforderung – hier überwog eine skeptische, wenn nicht sogar auffallend ablehnende Haltung gegenüber dem Forschungsanliegen. Die Ablehnung wurde von den angefragten HausärztInnen vor allem mit den Argumenten mangelnder Zeit und/oder einem aus ihrer Sicht auf den ersten Blick nicht erkennbaren persönlichen(Eigen-)Nutzen bei einer Mitwirkung an der Studie gerechtfertigt.

Die Interviews mit den Pflegekräften und HausärztInnen wurden durch leitfadengestützte Experteninterviews mit in den spezifischen Handlungskontext der ambulanten Krankenversorgung unmittelbar involvierten PatientInnen bzw. sie pflegenden Angehörigen ergänzt. Die Einbeziehung dieser Personengruppe in die Untersuchung zielte primär auf eine perspektivische Ergänzung der Aussagen der Professionellen, beinhaltete aber zugleich auch ein kontrollierendes Moment. Ihren im Forschungsprojekt zugewiesenen Expertenstatus verdankten die Pflegebedürftigen keiner formal ausgewiesenen „sozial institutionalisierten Expertise“ (Sprondel 1979: 141; zitiert in Meuser/Nagel 2009: 38), sondern ihrem privilegierten Insider- bzw. Sonderwissen in der exklusiven Stellung als aktive Partizipanten im forschungsrelevanten Handlungsfeld (vgl. Meuser/Nagel 2009; Gläser/Laudel 2009). Bei der Rekrutierung der PatientInnen bzw. ihrer pflegenden Angehörigen (n=12) wurde darauf geachtet, insbesondere auch Personen einzubeziehen, die von den in die Studie inkludierten Professionellen ärztlich bzw. pflegerisch versorgt werden. Dieses Vorgehen zielte auf vertiefende Erkenntnisse

über den zur Bearbeitung anstehenden Forschungsgegenstand, erfasste es doch das berufliche Handeln der Professionellen aus den beiden Blickwinkeln der Selbst- und Fremdbeschreibung bzw. -reflexion.

Der Methodologie der Grounded Theory folgend, erfolgte die Auswertung der episodischen Interviews in einem mehrschrittigen Kodierverfahren (vgl. Strauss/Corbin 2010). Hierfür wurden die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und in übergeordnete Kategorien zusammengeführt, welche wiederum mit Hilfe des Kodierparadigmas auf ihre systematische Beziehungen zueinander untersucht und validiert wurden. Im Verlauf des iterativen Forschungsprozesses kristallisierte sich dabei die Kernkategorie ‚Sprachlosigkeit‘ heraus, welche in Bezug auf die interessierende Fragestellung analytisch das Hauptphänomen der Untersuchung darstellt und die wesentlichen Kategorien der Untersuchung angemessen integriert.

4. Ausgewählte Ergebnisse

4.1 Sprachlosigkeit

Die an die GesundheitsdienstleisterInnen gerichtete Erzählaufforderung, die mit Gesundheitsförderung in ihrem beruflichen Denken und Handeln verbundenen subjektiven Assoziationen im Gesprächsverlauf zu präsentieren, stellte für das Gros der Befragten eine echte Herausforderung dar: „Oh Mensch, also, (...) das ist ja eine ganz schwierige Frage“ (HA 1/2). Schnell verfestigte sich der Eindruck einer auffälligen und umfassenden „Sprachlosigkeit“. Warum aber ist die Thematik für die Untersuchungsgruppe so schwierig?

Im Datenmaterial finden sich mehrere Erklärungsansätze.

Einige der Befragten suchen verunsichert nach einer von außen gesetzten „fachlich korrekten“ Antwortvorgabe:

Ich würde jetzt gerne mal, mal ins Lexikon gucken, was unter Gesundheits-, Gesundheitsförderung steht (lacht). Das interessiert mich die ganze Zeit schon (lacht) (PK 5/94).

Gesundheitsförderung (...)? Ja, das ist ja das, was ich Sie eigentlich vorher fragen wollte. Was Sie drunter verstehen? (PK 3/84)

Diese Versuche der Vergewisserung, welche die Verantwortlichkeit – entlastend – verschieben und sich dem Expertenwissen unterordnen, verweisen auf Aspekte tiefer Unsicherheit und Zweifel. Den eigenen Vorstellungen wird nicht so recht vertraut. Wenn vorhanden, werden sie bereitwillig zugunsten einer externen Setzung zurückgestellt. Zumindest aber sollen sie mit einer solchen Setzung

auf den Grad der Übereinstimmung verglichen werden können. Das Bedürfnis nach Erlangung objektiver Richtlinien als normativ-regulativem Bewertungsmaßstab der eigenen gegenstandsspezifischen subjektiven Sinn- und Deutungsmuster, die Suche nach der „richtigen Antwort“, lässt sich unter funktionalen Gesichtspunkten aber auch als Suche nach einem Ausweg aus der vorhandenen Sprachlosigkeit interpretieren, als Appell um konkrete Hilfestellung beim Ringen um Worte. „Ich weiß es alles, (lacht) – nur nicht, wie ich das ausdrücken soll. Ich bin da vielleicht so fixiert. Genau“ (PK 3/48).

Das „verzweifelte“ Ringen um Worte wird auch an weiteren Interviewstellen deutlich. Je stärker sich der Gesprächsfokus thematisch dem komplexen Gegenstandsbereich der Gesundheitsförderung annähert, desto häufiger gerät der an anderen Stellen so freie Redefluss ins Stocken. Es entstehen kurze Sprechpausen oder die Interviewteilnehmer verwenden überbrückende, vom spezifischen Gegenstand der Gesundheitsförderung abstrahierende „Füllwörter“. Eine Besonderheit ist auch die Tendenz, konkrete Fragen einfach zu überhören, unter gegebenen Umständen hartnäckig zu anderen Themen zu wechseln und sich damit der interessierenden Frage nicht zu stellen. Erst auf den zweiten Blick wird der hinter diesem Verhalten steckende Sinn verstehbar. Die „Ausweichtechniken“, die in besonderem Maße von den befragten HausärztInnen eingesetzt werden, ermöglichen es den Interviewten, ihr Gesicht in einer Situation zu wahren, in der ihnen die konkreten Worte fehlen. Angesichts der spezifischen Qualität des ihnen gesellschaftlich zugewiesenen Expertenstatus – der ärztlichen Profession wird althergebracht eine umfassende Sachkunde in Fragen von Gesundheit und Krankheit zugeschrieben – könnte das Eingeständnis von Sprachlosigkeit und Unsicherheit gleichermaßen als professionelle wie persönliche Schwäche ausgelegt werden, als individuelle Blamage bzw. drohender Imageschaden, dem es – zumindest in der Außendarstellung – vorzubeugen gilt.

Den Befragten fällt es schwer, den Begriff Gesundheitsförderung von anderen Begriffen abzugrenzen: „Gesundheitsförderung, Gesundheitsfürsorge, [...], Wohlfahrt und Gesundheitspflege. Nee, Gesundheitspflege ist wieder etwas anderes. Ja, so richtig kriege ich den noch nicht gepackt, den, den Begriff“ (HA 3/24). Das im Rahmen der Interviews an sie herangetragene Ansinnen einer definitiven Explikation und inhaltlichen Konkretisierung von Gesundheitsförderung wird – auch angesichts der erlebten Komplexität medizinisch-pflegerischen Handelns – als „ein bisschen so eine Wortklauberei“ (PK 10/83) in Frage gestellt. Die Vertauschung mit bzw. synonyme Nutzung von anderen Begriffen, das in den Interviews immer wieder deutlich werdende sprachliche Unvermögen, Gesundheitsförderung von anderen Handlungsfeldern klar abzugrenzen, erfährt im Alltag der Befragten keine besondere Beachtung: „Ja, aber (...). Das ist mir

auch ein Punkt, da mache ich mir auch gar nicht so viele Gedanken drum“ (HA 3/26).

Ein mehr oder weniger starkes Ringen um substanzielle Begrifflichkeiten steht nicht zwangsläufig im Widerspruch zur Existenz entsprechender subjektiver Vorstellungen und Handlungskonzepte. Im Gegenteil: Mit Vehemenz und Nachdruck bekundet das Gros der befragten HausärztInnen und Pflegekräfte eine patientenorientierte gesundheitsfördernde Haltung als Richtmaß des alltäglichen eigenen beruflichen Denkens und Handelns. Die nachfolgenden Textpassagen veranschaulichen die zum Ausdruck gebrachte innere Haltung:

Also ich denke eigentlich, dass wir – oder ich, ich sag jetzt mal ich. Ich weiß nicht, was meine KollegInnen machen –, dass ich immer versuche, gesundheitsfördernd zu arbeiten. Weil alles, was ich tue, ist gesundheitsfördernd. Also wenn ich [...] eine Pflegesituation übernehme, egal welcher Natur, versuche ich da eine Verbesserung. Nicht, dass ich jemanden vom Sterben abhalten kann. Aber ich versuche (...), ich kann auch in einer Situation [...] denke ich, häufig trotzdem eine Entlastung bringen. Also, und wenn ich nur bei ihm sitze. Oder wenn nur, wenn ich nur einen Anruf vom Hospizdienst mache. Dann denke ich, [...] ist das eben auch gesundheitsfördernd. Deshalb denke ich (...). Also ich erlebe meine Arbeit insgesamt als gesundheitsfördernd. Ich kann jetzt nicht speziell sagen: dieses oder jenes ist das. Sondern, äh, (4), also, so wie ich herangehe, meine ich, ist das gesundheitsfördernd (PK 7/40).

Ich hoffe, dass alles, was ich tue, dem dient. Ja, und da jetzt was rauszufinden, wo ich sage, das hat definitiv nicht der Gesundheitsförderung gedient, ist schon (...) ein bisschen heikel. Nicht. Weiß ich nicht, ob da etwas dabei war, was dem entgegengestanden hat. Das will ich nicht hoffen (HA 1/1).

Gesundheitsförderung fließt demnach in einer so universellen Art und Weise in den beruflichen Alltag ein, dass in der Wahrnehmung der Befragten das ihr Besondere integrativ verschmelzend im Allgemeinen aufgeht und nicht mehr zu identifizieren, geschweige denn zu benennen ist. Wie soll das Spezifische von Gesundheitsförderung herausgefiltert werden, wenn alles, was man tut – die Arbeit in ihrer Gesamtheit – als gesundheitsfördernd erlebt wird? Als illustrierendes Bild für die aus den Folgen derartiger Grenzenlosigkeit und der diffusen Komplexität von Gesundheitsförderung resultierenden Sprachlosigkeit mag hier der nebulöse Schleier dienen, der dem Individuum die Sicht ein Stück weit verstellt und dafür sorgt, dass etwas, dessen Bestimmbarkeit im Grunde angenommen wird, in der Metareflexion nicht klar erkannt wird, sondern schemenhaft verschwommen bleibt. Wegen des Unvermögens, ihre gegenstandsbezogenen subjektiven Vorstellungen und Handlungskonzepte zu präzisieren, sprechen die Interviewten demzufolge abstrahierend und pauschalisierend von Gesundheitsförderung als dem „das“, „etwas“ oder „alles“ (u.a. PK 3; PK 4; HA 3; HA 4).

Hinter diesen „Füllwörtern“ verbirgt sich aller Sprachlosigkeit zum Trotz ein facetten- und nuancenreicher Reigen persönlicher Vorstellungen, Auffassungen und Praktiken von all dem, „was wir jetzt nicht direkt als Gesundheitsförderung irgendwie, irgendwo benennen“ (PK 10/33).

Bei Vorstellungen und Handlungskonzepten, die nicht in Worte gekleidet werden (können), tritt in erhöhtem Maße das Problem auf, dass sie sich Anderen, manchmal aber auch den Betroffenen selbst, nicht ohne weiteres in ihrer vollen Reichweite und Tiefe erschließen. Sprache ist ein zentrales Medium, um Wissensbestände und Einstellungen in der Interaktion mit anderen oder sich selbst bewusst zu reflektieren. Sprache hilft, soziale Wirklichkeit zu konstruieren und in ihrer Sinnhaftigkeit nachvollziehend zu verstehen. Eine der interviewten Pflegekräfte versucht, die Sprachlosigkeit mit der langjährigen Berufserfahrung zu erklären:

Also ich glaube, dass wir da ganz viel nebenbei, [...] ganz automatisch dafür sorgen. Was uns vielleicht selber auch schon gar nicht mehr auffällt. Glaube ich. Weil, ich glaube, wenn man den Beruf ein paar Jahre dann macht, hat man irgendwann auch so einen Blick dafür (PK 12/76).

Die sich im Datenmaterial allgemein offenbarende „Schwierigkeit“ der Verbalisierung der subjektiven Vorstellungen und Handlungskonzepte lässt sich jedoch nicht einfach ohne Weiteres unter Bezug auf Dreyfus/Dreyfus 2000 und Benner 2000 mit einer in Richtung Expertenstatus erreichten Kompetenzstufe der jeweiligen Akteure und einem damit zusammenhängenden Verlust der Explikationsfähigkeit impliziten Wissens erklären. Die in den Interviews zum Ausdruck kommende vorhandene Bandbreite und inhärente Beliebigkeit etwaiger Bezugspunkte für das berufliche Denken und Handeln, die im Übrigen im deutlichen Widerspruch zu den inhaltlichen Charakteristika professionellen Handelns (vgl. Oevermann 2009) steht, widerspricht dem klar:

Da macht man sich dann gar keine Gedanken drüber. Mache ich das jetzt (...) gesundheitsfördernd? Oder aus Lust und Laune? Aus Liebe am Schaffen? Oder aus was auch immer? (PK 8/78). Und ich glaube, dass wir da auch ganz arg viel unbewusst machen [...] Und manchmal auch einfach aus einem, so einem Menschenverstand heraus (PK 3/2).

Deutlich zeigen sich Unsicherheiten bzgl. der sinnstiftenden Prämissen und Begründungsfolien für das eigene, im Berufsalltag zum Einsatz gelangende gesundheitsfördernde Handeln. Neben dem mehr oder minder reflektierten Rückgriff auf berufliches Fach- und Erfahrungswissen stützen sich die gesundheitsfördernden Konzepte und Handlungen der professionellen AkteurInnen gleichermaßen (auch) auf behelfsmäßige Alltagstheorien und intuitives Wissen.

Gesundheitsförderndes Denken und Handeln ist nach Ansicht der interviewten HausärztInnen und Pflegekräfte auch deshalb schwer in Worte zu fassen, „weil man das eigentlich tagtäglich praktiziert! Da macht man sich dann gar keine Gedanken drüber“ (PK 8/78). Auch wenn Gesundheitsförderung in der Einschätzung der Befragten einen „ziemlich großen Part“ (PK 11/44) von der Arbeit ausmacht, handelt es sich dabei jedoch meistens um „Dinge, die nicht, die oftmals nicht explizit ausgewiesen sind“ (PK 7/18). Im Rahmen von Alltäglichkeit und Normalität sowie fehlender expliziter Benennung entgeht Gesundheitsförderung einer spezifischen Beachtung, ist keiner besonderen Rede mehr wert. Das pragmatische Motto lautet vielmehr: „Ich tu’s einfach!“ (PK 9/22).

Viele der Interviewten geben an, sich im Rahmen ihrer beruflichen Aufgaben überwiegend „unbewusst“ und „ganz automatisch“ (siehe oben) um die Gesundheitsförderung ihrer Klientel zu sorgen. Der ins Bewusstsein dringende Aufmerksamkeitsfokus der AkteurInnen liegt fraglos woanders. Bestätigt wird diese Annahme in dem wiederholten Verweis der Befragten darauf, dass Gesundheitsförderung im beruflichen Alltag „halt so nebenher läuft“ (PK 10/33) bzw. „ganz arg viel so nebenher“ (PK 12/68) gemacht wird. Die auf diese Weise formulierte „Beiläufigkeit“ lässt dabei offen, ob Gesundheitsförderung von den Einzelnen als integrative oder additive Aufgabe, als berufsimmanente Pflicht oder optionales „Add-on“ betrachtet und praktiziert wird. „Nebenher“ kann als Hinweis auf eine untergeordnete Gewichtung der Gesundheitsförderung im komplexen Aufgabebereich hausärztlicher bzw. pflegerischer Versorgung verstanden werden. Zugleich lässt ein „Nebenher“ von Gesundheitsförderung aber ebenso den (optimistischen) Schluss zu, dass Gesundheitsförderung als normativer Wert eine eskortierende Steuerungsfunktion für das gesamte berufliche Handlungsportfolio übernimmt.

4.2 Arbeiten unter restriktiven Rahmenbedingungen

Die strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen sie ihrer gesundheitsfördernden Arbeit nachgehen müssen, bewerten viele der befragten Gesundheitsakteure als „äußerst schwierig“ und „hinderlich“ (u.a. HA 2/42). Ein Hausarzt geht in der Artikulation seiner Unzufriedenheit noch deutlich weiter:

Also, das Positive sind die Patienten und die Menschen. Das Negative ist alles, was von außen rum kommt. Und das ist inzwischen so viel, dass man keine Lust mehr hat. [...] Diese ständigen Beschränkungen. Was man darf und was man nicht darf. Also diese Reglements, die von außen kommen, machen inzwischen den Beruf eigentlich unerträglich (HA 10/50).

Während die Pflegekräfte auf ihrer Suche nach einer halbwegs zufrieden stellenden Lösung vornehmlich auf die Bereitstellung privater Ressourcen verwiesen sind, d.h. sich den von ihnen als notwendig erachteten Spielraum für eine patientenorientierte Gesundheitsförderung teilweise erst über die Verschmelzung von Privat- und Arbeitszeit zu verschaffen in der Lage sehen, erwägen einige der befragten HausärztInnen ernsthaft die Alternative, ob sie sich den wahrgenommenen Reglementierungen der „Kassenmedizin“ (HA 10/50) über die Rückgabe der Kassenzulassung entziehen sollten, um künftig nur noch Privatpatienten zu behandeln. „Wo ich nicht auf mein Budget dauernd gucken muss [...], wo ich also in meiner Therapie frei bin [...] und wo ich einfach auch nicht so diesen ganzen bürokratischen Kram habe“ (HA 4/55). Insgesamt findet sich im Datenerhebungsmaterial eine Vielzahl solcher mit den im Alltag vorgefundenen (widrigen) Bedingungen der Praxis hadernden Äußerungen wider.

In den Augen der PatientInnen gehen die sie mit Gesundheitsdienstleistungen versorgenden HausärztInnen und Pflegekräfte indes gut mit den schwierigen Bedingungen um.

Die haben bestimmt Zeitdruck, aber ich kriege den nicht mit. Ich muss sagen (...), das muss ich sagen, dass lassen sie sich nicht anmerken. Das ist eigentlich toll. Sie sind immer ganz ruhig dabei und versorgen mich auch immer ganz ruhig und ohne Hast. [...] Und da habe ich schon manchmal gedacht: Gott, jetzt geht ihnen die Zeit davon, nicht. Aber das machen die ganz toll. Die warten dann ganz ruhig und souverän ab. Bis ich fertig bin (Pat. 9/50).

Statt wie man erwarten könnte, zu behaupten, die Professionellen würden in ihrer Versorgung in Ermangelung von Zeit „ausgebremst“ werden, bescheinigt dieser Patient den HausärztInnen und Pflegekräften ein ausgesprochen souveränes und patientenorientiertes Zeitmanagement. Mit der nachdrücklich zum Ausdruck gebrachten Feststellung: „Die machen das nicht bloß „null-acht-fünfzehn“!“ (Pat. 3/66) wird den HausärztInnen und Pflegekräften darüber hinaus in ihrer Arbeit eine sehr individuelle und engagierte berufliche Praxis quittiert. Das positive Erleben der PatientInnen wird von Angehörigenseite bestätigt: „Man hat nicht dieses Gefühl von: ja, ich muss sie jetzt hier abhandeln (...) so ungefähr. Das finde ich persönlich ganz wichtig. Eigentlich bei jedem Patienten, aber bei älteren ganz besonders“ (Pat.-Ang. 8/91).

Für die positive Situationseinschätzung seitens der PatientInnen und ihrer pflegenden Angehörigen sind hypothetisch zumindest zwei Erklärungen denkbar. Entweder gelingt den HausärztInnen und Pflegekräften – unbeirrt von den als widrig skizzierten Umständen – der unglaubliche Spagat, ihre beruflichen Kompetenzen praktisch ohne für andere erkennbaren Verlust in den Berufsalltag einzubringen. Oder die Erwartungshaltungen der AdressatInnen sind relativ

anspruchlos. Möglicherweise arrangieren sich die auf häusliche Versorgung angewiesenen PatientInnen mangels ihnen attraktiv erscheinender Versorgungsalternativen (z.B. Heimunterbringung) leichter mit den eine salutogene Praxis insgesamt eher beschränkenden denn ermöglichenden Gegebenheiten, sind sie in ihren häuslichen Versorgungsansprüchen „genügsamer“ und „weniger kritisch“ als man erwarten könnte.

Fragt man die HausärztInnen und Pflegekräfte, wie sie sich ihre Arbeit unter idealen Bedingungen vorstellen und was sie dann gerne machen würden, ist der Wunsch nach mehr Zeit für jede einzelne Patientin bzw. jeden einzelnen Patienten der wichtigste und am häufigsten genannte Aspekt: „Um auch noch Gespräche führen zu können, mit den Betroffenen. Und auch mit den Angehörigen“ (PK 9/74). Offenbar richtet sich der Gesprächswunsch inhaltlich weniger auf mehr Gelegenheit zur schlichten Weitergabe verrichtungstechnischer Sachinformationen, als vielmehr auf angemessene Muße zum „richtigen Zuhören“, für persönliche Gespräche und umfassende, individuelle (Gesundheits-)Beratung.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die organisatorisch-strukturell ausstehende Klärung eines formalen, und somit auch finanziell und zeitlich als Gesundheitsdienstleistung anrechenbaren Handlungsmandats von Seiten der Leistungsträger eine gesundheitsfördernde Praxis der Professionellen erschwert, aber nicht unmöglich macht. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die prekären Rahmenbedingungen, unter denen HausärztInnen und Pflegekräfte derzeit gesundheitsfördernd tätig werden (können), zu der in den Interviews vorgefundenen Sprachlosigkeit beitragen.

4.3 Strategien gesundheitsfördernden Handelns

Die in den einzelnen Interviews geschilderten Methoden und Ansätze gesundheitsfördernder Praxis lassen idealtypisch drei verschiedene Handlungsstrategien erkennen. Die Analyse der in den geführten Interviews erhobenen Selbst- und Fremdwahrnehmungen ergab drei verschiedene Typen: „Den „traditionellen Macher“, den „empathischen Promoter“ und den „selbstbezogenen Helfer“.

4.3.1 Die traditionellen Macher

Mit der Erwartungshaltung, dass ihre Patienten ihren „Anordnungen Folge leisten“, spiegelt der Typus des „traditionellen Machers“ (n=14) die bei den befragten HausärztInnen wie Pflegekräften im erhobenen Datenmaterial gleichermaßen dominierende Vorstellung einer patientenorientierten Gesundheitsförderungspraxis wider. In einer asymmetrisch definierten Experten-Laien-Beziehung – „in der

Regel gebe ich die Anordnung“ und „handle mit ihm [den Patienten] an sich nichts aus“ (HA 8/46 u. 16) – treffen die „Macher“ die (Gesundheits-)Entscheidungen und werden als „Gesundheitsproduzenten“ aktiv. In der zugewiesenen Rolle des vornehmlich passiven Empfängers professioneller (Gesundheitsdienst-)Leistungen beschränkt sich der potenzielle Beitrag der PatientInnen auf ein reaktives Nachkommen etwaiger an sie gerichteter Aufforderungen und Erwartungen. In den Augen der „traditionellen Macher“ sind die PatientInnen allenfalls „auf Weisung Mithelfende“.

Das gesundheitliche „Outcome“ ihrer (auch im Kontext von Gesundheitsförderung) vorgehaltenen Dienstleistungen hängt, so das Verständnis dieser Interviewten, wesentlich von dem Maß vorhandener oder „mangelnder [Patienten] Compliance“ ab (HA8/14; PK6/6). Wenn ein Patient/eine Patientin „mitmachen kann, also folgen kann, was der Therapeut macht [...], dann ist das dann schon (...), ich denke, dass da schon was rauskommt. Aber es hängt eben vom Patienten ab, wie er das aufnimmt“ (HA 8/56 u. 22). Patienten, die ihren „eigenen Kopf [haben]“, gesundheitliche Verhaltensnotwendigkeiten „einfach [...] nicht einsehen“, bzw. sich nicht „dran [...] halten“, auf ihre Rechte „poch[en]“ etc. (PK 11/4; PK 6/30; PK 10/43 u. 10), werden als „schwierige Patienten“ wahrgenommen.

Die Aufmerksamkeit dieses Typus von HausärztInnen und Pflegekräften richtet sich auf „objektive“ Handlungsanlässe wie Krankheitsbefunde – „wir haben da eben gerade diese vielen Ulcus-cruris-Geschichten“ (PK 10/8) oder vorgehaltene Dienstleistungspakete aus den Leistungskatalogen der Sozialversicherungen. Der Patient wird zum biomedizinisch-defizitären „Fall“, dessen Krankheit es „rauszukitzeln“ (HA 8/6), „irgendwie zu bestätigen“ (ebenda) und anschließend fachgerecht zu behandeln gilt. Die Wahrnehmung der einzelnen PatientInnen gerät bei ihnen deutlich in den Hintergrund. Die in den Interviews geschilderten ärztlichen und pflegerischen Handlungsabläufe sind in hohem Maße standardisiert. Gesundheitsdienstleistungen werden auf Basis fachlicher Standards und Vorgaben am und für den Patienten/die Patientin erbracht. Viele Tätigkeiten sind in stabile Routinen eingebettet, die mit ihrer zeitlichen und inhaltlichen Orientierung an den diversen direkten und indirekten Vorgaben der Leistungsträger eine spezifisch außengesteuerte Charakteristik aufweisen. „Das legt die Richtung fest. [...] Da halten wir uns im Wesentlichen auch dran“ (HA 3/16). Die sachgemäße Erbringung der in den Leistungskatalogen der Sozialversicherungen definierten Auftragsarbeit hat Vorrang vor einer etwaigen (Mit-)Berücksichtigung individueller Patientenwünsche und -bedürfnisse.

In Bezug auf Gesundheitsförderung dominieren folgerichtig somatisch-defizitäre Betrachtungsweisen und Schwerpunktsetzungen. „Es geht meistens – fällt

mir jetzt erst auf, eigentlich – um rein körperliche Dinge. Ganz klar, stimmt“ (HA 3/16). Einer dem paradigmatischen Anliegen von Gesundheitsförderung gemäß angestrebten Selbstermächtigung und -befähigung der PatientInnen wird diese Handlungsstrategie damit nicht gerecht. Dennoch beinhaltet sie zahlreiche (Teil-)Elemente gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen. Gezielt danach befragt, welche Tätigkeiten sie in ihrem beruflichen Alltag als gesundheitsfördernd verstehen, fokussieren die HausärztInnen sehr stark auf die Durchführung regelmäßiger Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, die Pflegekräfte auf Prophylaxen und Hygienemaßnahmen. Bei aller Unterschiedlichkeit dieser Maßnahmen: das Gemeinsame ist ihr primär auf die Früherkennung, Vorbeugung und Vermeidung von Krankheit ausgerichteter medizinisch-präventiver Charakter. Bei den Pflegekräften fällt zudem ein erweiterter Blick (auch) auf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen auf. Da diesen – in den Augen der Befragten – für die Aufrechterhaltung des häuslichen Pflegearrangements eine zentrale Rolle zukommt, investieren die Pflegekräfte bis zu einem gewissen Maß auch in deren Gesunderhaltung.

4.3.2 Die emphatischen Promoter

Am zweithäufigsten (n=5), aber mit deutlichem Abstand zum Vorkommen der „traditionellen Macher“, findet sich im Datenmaterial die unter dem Motto „auf dem Weg zu mehr Eigenständigkeit begleiten“ stehende Strategie der „empathischen Promoter“. Im Kontrast zu der gesundheitsfördernden Handlungsstrategie der „traditionellen Macher“ dominiert bei den „empathischen Promotern“ eine subjektorientierte Betrachtungsweise ihrer Klientel. Die PatientInnen (und ihre Angehörigen) sind hier keine auf ihre objektiven Defizite reduzierten „Werkstücke der Behandlung“ (Dietscher u.a. 2003), denen pflegerische oder ärztliche Gesundheitsförderung mehr oder weniger „übergestülpt“ (PK 6/86) wird.

Unabdingbare Voraussetzung und wichtiger Ansatz gesundheitsfördernder Arbeit sind nach Überzeugung dieser Gruppe von HausärztInnen und Pflegekräften die Herausarbeitung und Beachtung der individuellen subjektiven und objektiven (Gesundheits-)Bedürfnisse der AdressatInnen. Dabei geht es ihnen zum einen um eine sensibilisierende Selbstbesinnung der PatientInnen:

Ich glaub', dass man [der Patient/ die Patientin] überlegen muss, was für einen, was für einen selbst wichtig ist. Dass der Patient überhaupt überlegt: ‚Was, was wünsche ich mir?‘ Das nimmt oft wenig Raum ein. Und von dem, und von da aus können sie im Grunde Gesundheitsförderung immer organisier[en], ja [...] (HA 9/56)

Zum anderen handelt es sich darum, auf der Basis hermeneutischen Fallver-

stehens (und des eigenen Expertenwissens) zu erkennen, welche gesundheitsfördernde Unterstützung der Andere benötigt:

Ich denk', man muss sehr genau [gucken], ähm (6), ja, wen hab ich vor mir. Und was bietet der mir an? [...] Dass man die, ähm, die Ressourcen richtig erkennt. Dass man auch die Probleme richtig einschätzt. Also, da sehe ich gesundheitsförderndes, ähm, Handeln (PK 7/10 u. 20).

Dem Anliegen einer patientenorientierten Gesundheitsförderung wird von den „empathischen Promotern“ in der Rolle des – ihre Klientel mit ihrer spezifischen Expertise „ein Stück weit“ (PK 12/74) in der gesundheitlichen Krise unterstützenden – „Begleiters“, „Motivators“ und „Enablers“ nachgekommen. Die Arbeitsbeziehung zwischen den Professionellen und ihren PatientInnen wird von diesen Professionellen als den PatientInnen gegenüber empathisch-wertschätzend beschrieben. Die Zusammenarbeit mit den PatientInnen gestaltet sich aus ihrer Sicht vornehmlich partnerschaftlich-kooperativ und beinhaltet partizipative Entscheidungsfindungsprozesse. Die PatientInnen werden als (Ko-)Produzenten ihrer Gesundheit verstanden. Die Aufmerksamkeit beider Berufsgruppen beschränkt sich nicht nur auf die bestmögliche Bewältigung der aktuellen Krankheitsepisode. Unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustandes, der Lebensgeschichte, Lebensumstände und Gesundheitsressourcen ihrer PatientInnen zielt die salutogene Aufmerksamkeit der gesundheitsfördernden Arbeit der „empathischen Promoter“ immer auch auf ein „Mehr“ an gesundheitlicher Selbst- und Eigenständigkeit ihrer PatientInnen.

Das Verständnis von Gesundheitsförderung erweist sich als sehr facettenreich. Vor dem Hintergrund der „ganzheitlichen“ Sichtweise der StudienteilnehmerInnen lässt sich ihr gesundheitsförderndes Augenmerk, so die übereinstimmende Auslegung der Befragten, nicht auf einige wenige thematische Schwerpunkte beschränken:

Also (3), ich finde, da kann man nicht irgendein Schema aufstellen und sagen: Das ist jetzt Gesundheits[förderung]. Sondern man muss wirklich immer den Einzelnen angucken und sehen, was für ihn gut ist, (...) für seine Gesundheit. Was seine Gesundheit fördert. Ob das jetzt vom Essen her ist, von der Bewegung her, von der Pflege her, vom sozialen Umfeld, von (...). Es, es sind so viele Aspekte, die zur Gesundheit beitragen. Und, da muss ich dann einfach berücksichtigen, was für den jetzt wichtig ist (PK 6/66).

Im Gegensatz zu den beiden anderen im Datenmaterial gefundenen Strategien schließt das gesundheitsfördernde Denken und Handeln der Befragten den Blick auf das sozioökologische Umfeld der PatientInnen explizit mit ein. Dies äußert sich in der Einbeziehung verhältnispräventiver Interventionen, aber auch im spezifischen Umgang mit den Angehörigen. Von diesen wird zwar weiterhin instru-

mentell-technische „Zuarbeit“ erwartet, gleichzeitig jedoch begegnen ihnen die Professionellen mit einer Haltung, die sie partizipativ und wertschätzend in die ambulante Krankenversorgung mit einbindet. Da ihre kontextgebundenen subjektiven wie objektiven (Gesundheits-)Belastungen nicht ignoriert werden, erhalten die Angehörigen von den nach der Strategie „auf dem Weg zu mehr Eigenständigkeit begleiten“ verfahrenen HausärztInnen und Pflegekräften verstärkt emotionalen wie instrumentellen Rückhalt.

4.3.3 Die selbstbezogenen Helfer

Bei diesem letzten, durch die Spannung zwischen zwei Polen charakterisierten Typus gesundheitsfördernden Denkens und Handelns (n = 4) wird das (gesundheitsfördernde) Engagement für die PatientInnen maßgeblich von persönlicher Sympathie und Antipathie sowie eigennützigen Präferenzsetzungen beeinflusst.³ Auf der einen Seite umfasst er das Extrem einer primär selbstbezogenen, von „Gleichgültigkeit gegenüber den Patientenbedürfnissen“ gekennzeichneten „Selbstsorge“ und auf der anderen Seite das Extrem eines die Mündigkeit und Selbstkompetenz der PatientInnen regelrecht ignorierenden, wenn nicht sogar negierenden, von den „selbstbezogenen Helfern“ selber aber als „mütterlich/väterlich fürsorgend“ verstandenen Gesundheitsförderungsverständnisses.

Im ersten Fall kreist das Denken und Handeln der Berufsgruppenangehörigen stärker um das eigene gesundheitliche Wohl als um das der zu versorgenden PatientInnen. Subjektiven, aber auch objektiven Bedürfnissen der PatientInnen wird in erster Linie dann entsprochen, wenn sie dem eigenen Bedürfnis nach Entlastung von einer „einfach kräftezehrenden“ und „schon sehr mühseligen“ (PK 10/8) Berufstätigkeit entgegenkommen. Hochgradig auf die eigene „Selbstsorge“ fokussiert, trachten diese Personen danach, ihre Arbeit „irgendwie“ zu bewältigen, sie dabei aber immer auch „für mich (betont) so angenehm wie möglich zu gestalten“ (PK 10/25).

Im zweiten Fall der in ihrer Interpretation eher „mütterlich/väterlich fürsorgend“ handelnden „selbstbezogenen Helfer“ weist das in den Interviews dieser HausärztInnen und Pflegekräfte zum Ausdruck kommende Selbstverständnis ihres gesundheitsfördernden Mandats eine große Nähe zu in der Neuzeit aus der Mode gekommenen Rollenmustern der klassischen bürgerlichen Familie auf. In paternalistischer Manier neigen die männlichen Vertreter zu dem „Prinzip von Zuckerbrot und Peitsche“. Mit der Intention gesundheitserzieherischer Einfluss-

³ Mit den handlungstheoretischen Ansprüchen an berufliche oder professionelle (Gesundheits-)Arbeit (u.a. Hartmann 1972; Oevermann 2009) lassen sich die in den Interviews dieser Berufsgruppenangehörigen getätigten Aussagen nur schwer vereinbaren.

nahme und unter Inanspruchnahme der alleinigen Deutungs- und Definitionsmacht über die Situation – „wir müssen nicht [die] Wahrheit [sagen], sondern [das], was, was für die Menschen günstig ist“ (HA 5/4) –, wird versucht, PatientInnen über die Schilderung drastischer Schreckensszenarien aufzurütteln und zum „richtigen“ Gesundheitsverhalten zu motivieren:

Und dann erschrickt der Patient [die Patientin] und sagt: ‚Oh, schwarze Zehen. [...] Sag mir jetzt endlich, was ich essen soll!‘ [...] Und er kann sich nicht beklagen. Ich sage es eher zu oft als zu wenig. Und ich sag’ ihm, wenn der schwarze Zeh erst mal da ist, dann ist das in dem ganzen Körper. Dann kann man den ganzen Fuß abdrehen. Das ist auch dann in den Augen. [...] Also ich tu das dann immer so [...] krass (HA 8/14).

Mit deutlichen Parallelen zu einem „Helfersyndrom“, agieren die weiblichen Vertreterinnen dagegen nach dem „Prinzip der überfürsorglichen Glücke“:

Dass ich halt (...) ja, doch auf die Patient[Inn]en doch sehr eingehe und gucke, ob denen (...), ob es ihnen wirklich gut geht. Und auch später noch, noch mal nach Dienstschluss oder wie auch immer. Ist auch wirklich alles okay? Oder, ja, geht es den Patienten gut? Also, wenn ich wegfahr’ von den Patient[Inn]en, fahre ich noch lange nicht weg. So innerlich. Sondern, ja irgendwo sind sie immer bei mir (lacht). Das Gesundheitsfördernde? (...) Ja, dass ich dann halt eben in jedem Moment da bin (...). Wenn ich dann da bin, dass ich dann halt irgendwas für die Patient[Inn]en tun kann (PK 3/108).

Beiden Geschlechtern gemeinsam ist der dem jeweiligen gesundheitsfördernden Gebaren wesensimmanente, Abhängigkeiten produzierende und festigende Führungs- und Machtanspruch gegenüber den Patienten – ein wesentlicher Grund dafür, dass für das Denken und Handeln dieser AkteurInnen die Kategorie der „selbstbezogenen Helfer“ gebildet wurde.

5. Fazit

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass HausärztInnen und Pflegekräfte im Kontext berufsmäßiger Gesundheits- und Krankenversorgung über äußerst vielfältige Ressourcen und Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention verfügen. Eine primär salutogenen Prinzipien folgende Praxis patientenorientierter Gesundheitsförderung (vgl. Antonovsky 1997) ist bisher allerdings nur bedingt in der Praxis angekommen.

Viele Ergebnisse sind überraschend und unerwartet. Hierzu zählen beispielsweise das Ausmaß der bei den StudienteilnehmerInnen angetroffenen Sprachlosigkeit, die Entdeckung, dass subjektive (Gesundheitsförderungs-)Vorstellungen und Handlungskonzepte den HausärztInnen und Pflegekräften gemeinsam sind,

aber auch die wertschätzende, bejahende und offene Haltung der Gesundheitsförderung als konstitutivem Bestandteil der eigenen Praxis gegenüber. Vor der Tatsache, dass die Angehörigen der klassischen Gesundheitsdienstberufe stark von „Krankheitsproblemen“ in Anspruch genommen werden und der Blick auf die Gesundheit im Berufsalltag immer wieder verloren zu gehen droht (s. auch Heidecker 2007), ist die bei den StudienteilnehmerInnen vorgefundene Aufgeschlossenheit gegenüber einer patientenorientierten Gesundheitsförderung besonders bemerkenswert.

Viele der in den Interviews geschilderten (gesundheitsfördernden) Interventionen verdanken sich der „Gunst der Situation“, begründen und vollziehen sich intuitiv. Eine selbstkritische Reflexion der eigenen beruflichen Praxis bleibt in aller Regel aus. Obwohl damit das inhärente Potenzial einer patientenorientierten Gesundheitsförderung im gegenwärtigen ärztlichen wie pflegerischen Berufsalltag zwangsläufig unausgeschöpft bleibt, erweisen sich die in den Interviews geschilderten, von den Studienteilnehmern als „integrales Beiwerk“ oder „Automatismus“ ärztlicher oder pflegerischer Tätigkeiten verstandenen Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention bereits heute als in ihren Möglichkeiten und Konsequenzen nicht zu unterschätzendes Kapital gesundheitlicher Arbeit.

Das Phänomen der Sprachlosigkeit birgt das Gefahrenmoment einer gewissen Beliebigkeit und einer dem subjektiven Gutdünken unterliegenden „Personenabhängigkeit“ gesundheitsfördernder Vorstellungen und Handlungskonzepte. Die im Datenmaterial vorgefundene Bandbreite von subjektiven Vorstellungen patientenorientierter ärztlicher bzw. pflegerischer Gesundheitsförderung dürfte zudem immer auch einer mehr oder weniger (un-)bewussten Vermischung von „implizitem Wunsch bzw. innerer Haltung, theoretischem Wissen und unter den gegebenen Bedingungen praktizierter Wirklichkeit“ (mit-)geschuldet sein. Von einer verstärkten kritisch-reflektierten Auseinandersetzung mit der Theorie und Praxis ärztlicher und pflegerischer Gesundheitsförderung in Aus-, Fort- und Weiterbildung, wie sie auch in den neueren Ausbildungs- und Studienordnungen gefordert wird, sollte mittel- bis langfristig ein wichtiger Beitrag zur Herausbildung eines „versprachlichten“ professionellen Gesundheitsförderungsverständnisses erwartet werden können.

Die in den Interviews bei HausärztInnen und Pflegekräften vorgefundene Kongruenz des beruflichen Gesundheitsförderungsverständnisses kann durch eine bis 2004 sehr ähnliche, an den primär kurativen Geboten des medizinischen Akutbereichs ausgerichteten „Sozialisation in und durch den Beruf“ erklärt werden. Zugleich weist die Unterschiedlichkeit der Handlungsstrategien darauf hin, dass die berufliche Sozialisation alleine nur eines, offensichtlich aber nicht

das einzige Erklärungsmoment für die Herausbildung der vorgefundenen Vorstellungen patientenorientierter Gesundheitsförderung ist.

Zusammengefasst verweisen die präsentierten Ergebnisse auf eine einvernehmliche Aufgeschlossenheit und Zuwendung der Angehörigen der klassischen Gesundheitsdienstberufe zu Aufgaben einer patientenorientierten Gesundheitsförderung im Rahmen des beruflichen Alltags. Es liegt nun in der Hand der BerufsakteurInnen, aber auch der PatientInnen, der Leistungs- und Entscheidungsträger etc., die vor 25 Jahren in der Ottawa-Charta bekräftigte Vision einer salutogenen Wende im Gesundheitswesen (weitere) Wirklichkeit werden zu lassen.

Literatur

- ÄApprO (Approbationsordnung für Ärzte) vom 27. Juni 2002, in: BGBl Teil I, Nr. 44, S. 2405-2435.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke, Dgvt: Tübingen.
- Bahrs, Ottomar; Matthiessen, Peter F. (Hg.) (2007): Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis, Huber: Bern.
- Benner, Patricia (2000): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert, Huber: Bern.
- Blättner, Beate; Waller, Heiko (2011): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung, Kohlhammer: Stuttgart.
- BMG/BÄK (2010): Gemeinsame Pressemitteilung. Für eine gerechte und zukunftsfeste Gesundheitsversorgung, Berlin, URL: http://bundgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_pressemeldungen/2010/pm-10-08-27-gesundheitsversorgung.pdf [letzter Zugriff am 30.01.2013].
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin) (2002): Fachdefinition. Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002, URL: <http://www.degam.de/index.php?id=303> [Letzter Zugriff am 05.04.2012].
- Dietscher, Christina u.a. (2003): Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem internationalen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser, BMSG: Wien.
- Dörge, Christine (2013): Gesundheitsförderung in der ambulanten Krankenversorgung. Subjektive Vorstellungen und Handlungskonzepte in der pflegerischen und ärztlichen Praxis, Mabuse: Frankfurt a.M.
- Dreyfus, Hubert L.; Dreyfus, Stuart E. (2000): Kompetenzerwerb im Wechselspiel von Theorie und Praxis, in: Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chelsa, Catherine A.: Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen, alltägliche Ethik, aus dem Amerikanischen von Villwock, Ute, Huber: Bern, S. 45-68.
- Fillies, Corinna (2004): Gesundheitsförderung in der Krankenpflege, in: Pflege Aktu-

- ell. 58(11), S. 590-594.
- Flick, Uwe (1996): *Psychologie des technisierten Alltags*, VS-Verlag: Wiesbaden.
- Flick, Uwe u.a. (2004): *Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften*, Huber: Bern.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2009): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*, VS-Verlag: Wiesbaden.
- Grossmann, Ralph; Scala, Klaus (2006): *Gesundheit durch Projekte fördern*, Juventa: Weinheim.
- Hartmann, Heinz (1972): *Arbeit, Beruf, Profession*, in: Luckmann, Thomas; Sprondel, Walter M. (Hrsg.): *Berufssoziologie*, Kiepenheuer & Witsch: Köln, S. 36-52.
- Hasseler, Martina (2011): *Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein konzeptioneller Ansatz*, Beltz Juventa: Weinheim.
- Heidecker, Barbara (2007): *Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Das Bewusstsein der Pflegenden für deren Notwendigkeit und die erforderlichen Kompetenzen zur Umsetzung*, URL: dbfk.de/download/download/ArtikelHeideckerPraeventionPflege2007-05-07.pdf. [Letzter Zugriff am 30.01.2013].
- ICN (International Council of Nurses) (2006): *The ICN Code of Nurses for Ethics*, ICN: Geneva.
- Jacob, Christina (2004): *Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext. Eine deskriptive Studie zur Selbsteinschätzung gesundheitsfördernder Kompetenzen von Pflegenden*, Huber: Bern.
- Kardorff, Ernst v. (2006): *Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung*, in: BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*, Sabo: Schwabenheim a.d.Selz, S. 134-137.
- KrPflAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege) vom 10. November 2003, Bundesgesetzblatt I, S. 2263, zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom 02. Dezember 2007, Bundesgesetzblatt. I, S. 2686.
- KrPflG (Krankenpflegegesetz) vom 16. Juli 2003, Bundesgesetzblatt I, S. 1442, zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom 06.12.2011, Bundesgesetzblatt BGBl. I, S. 2515.
- Lamnek, Siegfried (2005): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*, Beltz PVU: Weinheim.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): *Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion*, in: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, W. (Hg.): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*, VS-Verlag: Wiesbaden, S. 35-60.
- Oevermann, Ulrich (2009): *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*, in: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Suhrkamp: Frankfurt a.M., S. 70-182.
- Pfaff, Holger (2007): *Wer ist verantwortlich für meine Gesundheit?*, in: Kowalski, Heinz (Hg.): *Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz im Betrieb. Bis 67 fit im Job*, Institut für BGF: Themenband VI, Haarfeld: Essen, S. 95-108.
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2009): *Gesundheitspolitik. Eine systematische*

- Einführung, Huber: Bern.
- Schnabel, Peter E. (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potenziale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns, Juventa: Weinheim.
- Stark, Wolfgang (2002): Gemeinsam Kräfte entdecken. Empowerment als kompetenzorientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit, in: Lenz, Albert; Stark, Wolfgang (Hg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation, Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 10, Dgvt: Tübingen, S. 55-76.
- Stark, Wolfgang; Wright, Michael T. (2011) Partizipation. Mitwirkung und Mitgestaltung der Bürgerinnen und Bürger, in: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Verlag für Gesundheitsförderung: Hamburg, S. 404-408.
- Strauss, Anselm L.; Corbin, Juliet (2010): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Beltz: Weinheim.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001, Nomos: Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2008): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Nomos: Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf> [Letzter Zugriff am 30.01.2013].
- Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Mabuse: Frankfurt a.M.
- WHO 1986: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Letzter Zugriff am 30.01.2013].
- WHO Europa (1995) (Hrsg.): Pflege im Aufbruch und Wandel. Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens zur Unterstützung der "Gesundheit für alle", aus dem Englischen übersetzt von Wesemann, Monika, Quintessenz: München.
- WHO Europa (2000): Erklärung von München. Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit, EUR/00/5019309/6 00602 -17. Juni 2000.
- WONCA EUROPE (2002): Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin, WONCA EUROPE, Onlineversion unter ÖGAM [<http://www.oegam.at>].
- Wright, Michael T.; Block, Martina; Unger, Hella v. (2007): Stufen der Partizipation. Ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung, in: Info_Dienst für Gesundheitsförderung, 7/(3), S. 4-5.

URSULA STRECKEISEN

GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS BERUF? ASPEKTE DER AUSBILDUNG, BESCHÄFTIGUNG UND BERUFSPOLITIK HINSICHTLICH PUBLIC HEALTH

Abstract

Gründerväter der Soziologie erblickten im Beruf ein zentrales Vergesellschaftungsprinzip. Der Beitrag fragt danach, inwieweit Aktivitäten im entgrenzten Bereich der Gesundheitsförderung Berufscharakter haben. Vor dem Hintergrund referierter Forschungsergebnisse wird die These vorgelegt, dass Gesundheitsförderung kein Beruf ist, aber indirekt zur berufsbezogenen Vergesellschaftung beiträgt: Über die Anbindung an Gesundheitsförderung kultivieren Träger(innen) von *bereits bestehenden* Berufen ihre Individualberuflichkeit und versuchen zugehörige Kollektivakteure (Verbände), ihr Berufsbild erfolgversprechend anzureichern.

1. Einleitung

Mit der Verbreitung chronischer, degenerativer und psychosomatischer Beschwerden kommen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts jene neuen gesellschaftlichen Leitbilder auf, die das gesundheitliche Subjekt im Auge haben und dessen Selbstverantwortung betonen. Im gesellschaftlichen Selbstverständnis gewinnen damit die *Krankheitsprävention* und die *Gesundheitsförderung* an Bedeutung. Insbesondere mit dem Aufkommen der Gesundheitsförderung verbindet sich eine *Überlagerung* der pathogenetischen durch die salutogenetische Perspektive, was etwa im Konzept des gesundheitsfördernden Krankenhauses (Kickbusch 2006: 128) klar zutage tritt. Jenseits oder am Rand von Feldern, in denen therapeutisch und klinisch ausgerichtete Berufe wirken (Arztberuf, Pflegeberuf, Physiotherapie u. Ä.), bilden sich vor diesem Hintergrund historisch neue Gesundheitsberufe heraus, die typischerweise einer Public-Health-Perspektive verpflichtet sind. Diesen Berufen gilt das Interesse des vorliegenden Beitrags, vor allem auch jenen unter ihnen, die explizit die Aufgaben der Gesundheitsförderung bearbeiten und – anders als die Krankheitsprävention – keinen Krank-

heitsbezug mehr kennen. Im Anschluss an Bollinger (2005: 16) lässt sich die Frage stellen, ob und inwieweit den neu entstehenden Gesundheitsaktivitäten ein *Berufscharakter* zugesprochen werden kann. Nimmt die Arbeit jenseits der therapiebezogenen Gesundheitsversorgung herkömmliche Berufsförmigkeit an? Entstehen Berufe eines historisch neuen Typs? Oder zeichnen sich andere, bisher unbekannte Grenzziehungen und Identitätsformationen im Prozess der Teilung qualifizierter Arbeit ab?

Bezugspunkt dieser Ausgangsfrage ist die berufssoziologische Diskussion über das (postulierte) ‚Ende des Berufs‘ bzw. die ‚Entberuflichung der Arbeitswelt‘. Während Gründerväter der Soziologie wie etwa Durkheim dem Beruf eine sozialintegrative Kraft zusprachen und in ihm ein Vergesellschaftungsprinzip erblickten⁴ (vgl. Durkheims Ausführungen über „groupements professionnels“, 1893/1967: 41ff.), wird diese Sicht von heutigen Soziolog(inn)en nicht mehr durchwegs geteilt. Auf die ‚große‘ Frage, wie Gesellschaft möglich ist, hat die jüngere Berufssoziologie andere Antwortversuche formuliert. So sah die „Subjektbezogene Theorie der Berufe“ von Münchner Soziolog(inn)en in Berufen ursprünglich gesellschaftlich normierte Muster von qualifizierter Arbeitskraft, die sich im gesellschaftlich organisierten Arbeitsprozess einsetzen lässt; über Beruf findet aus dieser Sicht ein Vergesellschaftungsprozess statt (Beck/Brater/Daheim 1980). Doch dringen Soziolog(inn)en, die der *jüngeren* Münchner Generation angehören, seit den 1990er Jahren in eine neue Denkrichtung vor. Zentral ist die These, der „Individualberuf“ (Voß 2001) sei an die Stelle des herkömmlichen Berufs getreten. Infrage steht eine neue Art von ‚Beruf‘, im Rahmen dessen der Selbstverantwortlichkeit des Berufsträgers, der Berufsträgerin hohe Bedeutung zukommt. Teilweise wird aber auch eine Entberuflichung oder Erosion von Beruflichkeit diagnostiziert und das Berufskonzept als gesellschaftserklärende Größe relativiert (Daheim 2001). Vor diesem – hier vorerst nur angedeuteten – Hintergrund sollen im vorliegenden Beitrag Überlegungen angestellt und Forschungsergebnisse kommentiert werden, die sich auf die neuen Gesundheitsaktivitäten im Public-Health-Bereich beziehen.

In Abschnitt 2 werden konzeptuelle Überlegungen präsentiert, um die interessierende Problematik berufstheoretisch gesättigt reformulieren zu können. Anschließend werden in Abschnitt 3 und 4 Informationen zusammengetragen und empirische Forschungsergebnisse (inkl. eigene Ergebnisse) referiert, die es erlauben, die Fragestellung zu bearbeiten. Es folgt ein Schlusskapitel, das Folgerungen zum Verhältnis von Gesundheitsförderung und berufsbezogener Vergesellschaftung zieht.

⁴ Für einen Überblick zu dieser Frage bei Durkheim, Simmel, Weber und Parsons vgl. Bühler 2005: 25-38.

2. Konzeptuelle Überlegungen

Aus der Sicht der subjektorientierten Berufssoziologie sind Berufe Bündel von Arbeitsfähigkeiten, genauer: „Zusammensetzungen und Abgrenzungen von spezialisierten, standardisierten und institutionell fixierten Mustern von Arbeitskraft“ (Beck/Brater/Daheim 1980: 20). Die individuelle Person, die ihr Arbeitsvermögen entsprechend gebündelt hat, kann dieses zur Lösung gesellschaftlicher Probleme und gleichzeitig als Subsistenzquelle einsetzen. Ihre Arbeit genügt demnach – wie jede Erwerbsarbeit – einer doppelten Rationalität (Beck/Brater/Daheim 1980: 243 ff.): Dem inhaltlichen Interesse an der Problembearbeitung (Gebrauchswertbezug) steht ein instrumentelles Interesse an der Beschaffung von Subsistenzmitteln (Tauschwertbezug) gegenüber. Zu Letzterem lässt sich auch das Interesse an Macht, Status und Prestige zählen, das bei Beck et al. nicht im Vordergrund steht. Wer einen Beruf und nicht nur eine gewöhnliche Erwerbstätigkeit ausübt, erbringt – so der Münchner Ansatz weiter – in einer arbeitsteiligen Gesellschaft spezialisierte Leistungen, geht also einer Arbeit nach, die ein Mindestmaß an fachlicher Ausbildung voraussetzt. Über die Ausbildung hinaus entwickelt sich im Rahmen der beruflichen Sozialisation aber auch ein beruflicher Habitus, zu welchem eine Haltung gehört, die hohe Ansprüche an die eigene Arbeit stellt und entsprechende Arbeitsbedingungen sowie Arbeitsinstrumente für unabdingbar hält. Der Beruf wird denn auch mit einer gewissen Leidenschaft ausgeübt, stiftet Identität, bringt Anerkennung und ist Quelle von Befriedigung (Beck/Brater/Daheim 1980: 199ff, vgl. auch die Ausführungen in der Einleitung des vorliegenden Bandes).

Die historische Entstehung von Berufen verbindet sich mit Prozessen der sozialen Schließung. In Fortführung von Max Webers Konzept der offenen und geschlossenen sozialen Beziehungen (Weber 1922/1985: 23ff.) geht die Theorie sozialer Schließung davon aus, dass gesellschaftliche Ordnung durch Akteurhandlungen strukturell festgelegt wird, die auf die Monopolisierung von Ressourcen, Privilegien, Macht oder Prestige ausgerichtet sind und andere von der Teilhabe ausschließen wollen (Mackert 2004, Murphy 1988). So etwa durchlaufen berufliche Kollektivakteure, die erfolgreich sind, gesellschaftlich einen Aufstiegsprozess, um mit der Zeit ein Monopol auf das Erbringen bestimmter Leistungen zu erwerben. Dass ein Monopol errichtet wird, verdankt sich nicht zuletzt der Politik von Berufsverbänden, die strategisch Interessen verfolgen und in machtpolitischen Durchsetzungsprozessen für ihren (entstehenden) Beruf eine entsprechende Position in der Berufshierarchie erobern (Torstendahl 1990, Larson 1977). Als Garant für die Qualität der Arbeit, die angeboten wird, figurieren bei Berufen eine etablierte Ausbildung und das Berufsethos.

Mit Bezug auf die Bedeutung der Ausbildung für die Entstehung eines Berufs lässt sich zusätzlich der Absorptionsansatz heranziehen, der in der Diskussion über das Verhältnis von Bildung und Beschäftigung seine Wurzeln hat (Streckeisen 1981: 75ff.). Dieser Ansatz geht davon aus, dass das Beschäftigungssystem Absolvent(inn)en einer Ausbildung absorbieren kann, für die es zunächst keinen artikulierten Bedarf gibt, d.h. dass auf der Gebrauchswertseite sozusagen eine Leerstelle gegeben ist. In der Politologenstudie von Hartung et al. (1970) zum Beispiel ist für die 1960er Jahre empirisch festgestellt worden, dass sich eine Nachfrage nach Politolog(inn)en entwickelte, obwohl außerhalb der Universität lange Zeit nicht bekannt war, über welche Qualifikationen die Absolvent(inn)en dieses historisch neuen Studienfachs verfügten. Das Beschäftigungssystem ‚absorbierte‘ demnach die Politolog(inn)en immer mehr, ja es entwickelte sich eine explizite Nachfrage nach ihnen. Der Bedarf, so kann man folgern, lässt sich als Ergebnis bildungspolitischer Entscheidungen betrachten. Denkbar ist allerdings auch, dass die neuen Qualifikationen die Befriedigung einer bereits vorhandenen, aber latenten Nachfrage ermöglichen, welche in den Bedarfsvorstellungen der Arbeitgeber(innen) (noch) nicht präsent ist. Berufssoziologisch formuliert: Probleme, deren Bearbeitung ein bestimmtes gebündeltes, berufliches Arbeitsvermögen voraussetzt, können durch das *Vorhandensein* dieses Arbeitsvermögens erzeugt oder zumindest gesellschaftlich sichtbar gemacht werden.

Die Berufsform von Arbeitskraft, die hier zur Diskussion steht, ist historisch entstanden, unterliegt Wandlungsprozessen und kann ihre sozialintegrative Kraft einbüßen. Schon in den frühen Schriften der Münchner Berufssoziologen wird über die Grenze von Beruflichkeit nachgedacht, etwa in Hinweisen auf die „Starrheit und Rigidität beruflicher Strukturen“, welche die Vergesellschaftung qua Beruf erschweren würden (Beck/Brater 1977: 8). Voß baut diese Überlegungen später aus und gelangt zur Diagnose, als Folge des sozialen Wandels, der seit Ende der 1970er Jahre stattfindet, stelle der Beruf kein zentraler Ort der Vergesellschaftung mehr dar, Prozesse der Deregulierung und Individualisierung würden „starre und großformatige Sozialvorgaben immer problematischer werden“ lassen (1997: 216). Als vorherrschender Typus der Erwerbsarbeit bilde sich der „Arbeitskraftunternehmer“ heraus, der neue Beruf sei der „Individualberuf“ (Voß 2001: 300). Max Weber, so hebt Voß hervor (2001: 305), verweist in seiner Definition von Beruf als „jene Spezifizierung, Spezialisierung und Kombination von Leistungen einer Person, welcher für sie die Grundlage einer kontinuierlichen Versorgungs- und Erwerbschance ist“ (Weber 1922/1985: 80) zuerst auf die fachliche Seite des Berufs und erst in zweiter Linie auf dessen ökonomische Funktion. Voß selber schlägt eine „umgekehrte“ (305) Definition von Beruf vor: „Beruf soll jene aktiv individuell zu entwickelnde und kontinuierlich zu entfaltende For-

mierung von spezialisierten fachlichen und vielfältigen überfachlichen Fähigkeiten und Leistungen einer Person heißen, welche für sie Grundlage einer potentiell diskontinuierlichen Erwerbchance ist, wozu eine den jeweiligen persönlichen und sozialen Bedingungen laufend anzupassende individuelle Entwicklung, Spezifizierung, Spezialisierung und Kombination der Arbeitsvermögen und ihrer Anwendungen erforderlich ist“ (Voß 2001: 305). Was von Voß als Bedeutungszunahme des ‚Individualberufs‘ betrachtet wird, stellt für andere Soziologen einen Entberuflichungsprozess in dem Sinne dar, dass die Koppelung von Beruf und Erwerbstätigkeit als solcher eine Lockerung erfährt, sei es, dass die Erwerbsarbeit sich wandelt und bestimmte erlernte Berufe obsolet bzw. gar nie ausgeübt werden, sei es, dass Erwerbsbereiche weiter existieren oder neu entstehen, die nicht eigentlich beruflich organisiert sind, oder sei es schließlich, dass sich die Bindung von Berufsinhaber(innen) an ihren Beruf zugunsten der Bindung an den Betrieb, in dem sie tätig sind, zurückentwickelt (Daheim 2001: 25 ff. u.a.).

Vor dem Hintergrund dieser konzeptuellen Erörterungen lässt sich die Problemstellung des vorliegenden Beitrags reformulieren. Das Interesse gilt der Frage, ob und inwieweit sich im Public-Health-bezogenen Gesundheitsbereich berufliche Monopolisierungstendenzen mit Blick auf abgrenzbare Bündel von spezialisierten institutionalisierten Fähigkeiten ausmachen lassen, die – nicht zuletzt dank berufspolitischen Initiativen – im gesellschaftlichen Arbeitsprozess ihren Einsatz finden. Die infrage stehenden Arbeitsleistungen setzen eine qualifizierte Ausbildung voraus und bringen Subsistenzmittel ein. Falls sich das herkömmliche Berufsprinzip durchzusetzen beginnen sollte, würden entsprechende Akteurinnen und Akteure zudem einen beruflichen Habitus sowie eine berufliche Identität entwickeln und ihre Tätigkeit mit hoher innerer Beteiligung ausüben. Falls dem nicht so ist, stellt sich, ob und inwieweit sich neue Formen von Beruflichkeit oder auch ganz andere Typen von arbeitsteilungsbezogenen Grenzbeziehungen und Vergesellschaftungsformen herausbilden.

3. Objektive und subjektbezogene Charakteristiken der Arbeit von Gesundheitsförderer(innen) bzw. Public-Health-Absolvent(innen)

Es lassen sich zahlreiche Bemühungen ausmachen, Gesundheitsförderung um einen inhaltlichen Aufgabenkern herum zu zentrieren, der sie von anderen abgrenzt. Göpel (2006: 168) etwa sieht in der Gesundheitsförderung eines von mehreren „abgrenzbaren Tätigkeitsfeldern“ der Gesundheitsberufe. Neben der Gesundheitsförderung nennt er die Felder Krankheitsprävention und Diagnostik, Therapie, Pflege, Rehabilitation und Verwaltung, also sehr große Bereiche, in-

nerhalb derer je verschiedene herkömmliche Berufsinhaber(innen) tätig sind. Der Autor plädiert für eine „Professionalisierung der Gesundheitsförderung“ (Göpel, 2006: 159) und übernimmt dabei den Gesundheitsförderungsbegriff der Ottawa Charta der WHO mit den dort unterschiedenen Ebenen und Handlungsformen.

Um der Frage nachzugehen, inwieweit die Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung herkömmliche Berufsförmigkeit oder aber andere Formen annimmt, wird im Folgenden primär auf gesundheitswissenschaftliche Literatur zurückgegriffen. Da über Gesundheitsförderung die erforderlichen Informationen oder Studien teilweise nicht vorliegen, wird der Blick, soweit nötig, erweitert und auf Public Health gerichtet. Zunächst werden Aus- und Weiterbildungen im Public-Health-Bereich beleuchtet und die Frage der Aufnahme von Public-Health-Absolvent(inn)en ins Beschäftigungssystem untersucht (Abschnitt 3.1 und 3.2). Es folgen Erörterungen zu den Tätigkeitsbereichen dieser Akteurinnen und Akteure (3.3) und zur Identität von Public-Health-Absolvent(inn)en (3.4). Die Informationen und Studien, auf welche zurückgegriffen wird, entsprechen den Anforderungen an so etwas wie eine Operationalisierung der berufssoziologischen Konzepte, mit denen bis hierher gearbeitet wurde, natürlich nicht. Muster von Arbeitskraft lassen sich durch erworbene Bildungszertifikate nicht erfassen. Oder: Über die real eingesetzte Arbeitskraft geben Tätigkeitsbereiche, die in einer Befragung angekreuzt werden, nicht wirklich Auskunft. Dennoch wird versucht, auf der Basis von zur Verfügung stehenden Untersuchungsergebnissen vorsichtige Aussagen zur Frage der Berufsförmigkeit von Gesundheitsförderung bzw. Public-Health-Arbeit zu formulieren.

3.1 Aus- und Weiterbildung im Public-Health-Bereich

Seit zwei, drei Jahrzehnten entstehen im Bereich Public Health zahlreiche Aus- und Weiterbildungsangebote (vgl. Matzick 2008, Borgetto/Kälble 2007: 143ff.; für die Schweiz vgl. Zimmermann-Acklin 2009: 7ff.). So etwa werden Qualifikationen zur Besetzung von Positionen in den Bereichen Prävention, Beratung, „Schnittstellen Management“, Supervision, Patienteninformation oder Gesundheitskommunikation vermittelt (Matzick 2008). In jüngerer Zeit verbreiten sich insbesondere Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge im Bereich Management und Ökonomie (Borgetto/Kälble 2007: 147). Die Qualifikationen haben relativ berufs-unspezifischen Charakter und weisen erhebliche Überschneidungen auf. In der Literatur ist vielfach von neuen „Kompetenzen“ (z.B. Walter/Badura 2006: 137) oder „Aufgaben“ (z.B. Ehrhard et al. 2011: 113) die Rede und nicht von „Berufen“, auf welche sich die Aus- bzw. Weiterbildungen beziehen. Die

„Berufsbilder“ sind denn auch nicht klar begrenzt und ebenso wenig konzeptuell abgesichert, wie Borgetto/Kälble beobachten (2007: 147).

Institutionell werden diese Qualifikationen zum Teil in Studiengängen der multidisziplinären, praxis- und politikbezogenen Gesundheitswissenschaften erworben, die sich im weitesten Sinn mit der als ‚Public Health‘ bezeichneten Querschnittsdisziplin gleichsetzen lassen, die im Spannungsfeld zwischen medizinischen und sozialwissenschaftlichen Herangehensweisen das Themenfeld ‚Öffentliche Gesundheit‘ bearbeitet (Zimmermann-Acklin 2009: 3). In Deutschland haben sich diese seit den 1980er Jahren zu etablieren begonnen, zum Teil als Abteilungen von Medizinische Fakultäten, zum Teil als selbständige Institute oder Fakultäten wie in Bielefeld oder Bremen. Dreistufige Studiengänge mit Bachelor, Master und PhD werden angeboten (Hurrelmann et al. 2006: 34). In der Schweiz sind die Gesundheitswissenschaften schwächer institutionalisiert. Die Zentren markieren die Sozial- und Präventivmedizinischen Institute an den Medizinischen Fakultäten. Daneben sind die PhD- bzw. Doktoratsprogramme zu nennen, welche die Stiftung ‚Swiss School of Public Healthplus‘, ein Zusammenschluss von sieben Universitäten, anbietet. Ab Herbst 2013 gibt es an der Universität Luzern zudem die Möglichkeit, einen Master in Gesundheitswissenschaften zu erwerben. Ferner existieren verschiedene Master-of-Advanced-Studies-Angebote, und im Fachhochschulbereich sowie im privaten Sektor sind verschiedenste Angebote aufgebaut worden. Der Public-Health-Bereich charakterisiert sich durch regen persönlicher Austausch und verschiedenste Formen institutioneller Zusammenarbeit zwischen medizinischen und geistes-, kultur- sowie sozialwissenschaftlichen Fakultäten bzw. Instituten, Fachhochschulen für Gesundheit, privaten Stiftungen u.a.m. (Zimmermann-Acklin 2009)

Für viele dieser Studiengänge existieren keine bereits konturierten Einsatzbereiche (Bollinger 2005: 16). Ob ein „Bedarf“ an entsprechenden Arbeitskräften existiert, gilt als unentschieden (Schnabel 2006: 127). Zwar diagnostizieren Gesundheitswissenschaftler(innen) seit längerer Zeit einen hohen Bedarf an Public-Health-Expert(inn)en, einen Bedarf an fächerübergreifenden, selbstreflexions- und interprofessionell-zusammenarbeitsbezogenen Qualifikationen in diesem Bereich, einen Bedarf an Managementkompetenzen und an ökonomischer Kompetenz vor allem bei Führungskräften. Tatsache aber ist, dass sich die Entwicklung im Bildungswesen weitgehend unabhängig von den Debatten über den Bedarf am Arbeitsmarkt vollzogen hat (Borgetto/Kälble 2007: 147). In vielen Hinsichten entspricht sie aber einem politischen Willen. Ausgebildet wird für Berufsfelder, von denen angenommen wird, dass sie im Entstehen begriffen sind: Leitungspositionen in Prävention und Gesundheitsförderung auf internationaler (WHO), europäischer (EU), nationaler und regionaler Ebene im öffentlichen Ge-

sundheitssektor, aber auch Positionen bei Nichtregierungsorganisationen; zusätzlich wird mit Anstellungen in der staatlichen und privaten Gesundheitsforschung und im gesundheitswirtschaftlichen Bereich von Wellness und Fitness gerechnet (Borgetto 2010: 205). Ein Grund für den Ausbau im Bildungswesen mag – wie auch Borgetto/Kälble erwähnen (2007: 147) – das Vertrauen der Politiker(innen) in die Prognose jener Expert(inn)en sein, die den ‚Wirtschaftszweig Gesundheitswesen‘ als eine der größten Wachstumsbranchen betrachten (vgl. z.B. Evans/Hilbert 2006, Mühlbacher/Pflüger 2008 u.a.).

3.2 Aufnahme ins Beschäftigungssystem von Public-Health-Absolvent(inn)en

Gesundheitswissenschaftler(innen) weisen teilweise auf unkontrollierbare Einflüsse am Arbeitsmarkt hin und machen – ganz im Sinne des Absorptionsansatzes – geltend, Arbeitgeber(innen) müssen zuerst einmal erfahren, was die Absolvent(inn)en eines neuen Studienganges überhaupt können und was sie von anderen Absolvent(inn)en unterscheidet (Schnabel 2006: 133). Vor dem Hintergrund des Absorptionsansatzes ist durchaus denkbar, dass sich für Public-Health-Absolvent(inn)en dereinst klare Einsatzbereiche herausbilden. Wichtig dabei ist vor allem auch der politische Wille, mit dem sich der Aufschwung von Public Health verbindet, vor allem die Initiativen der WHO seit den 1970er Jahren (Göpel 2006: 165ff.). Wenn sich salutogenetisch ausgerichtete Überzeugungen gesundheitspolitisch durchsetzen, kann damit gerechnet werden, dass im öffentlichen Bereich entsprechende Stellen geschaffen werden, und dies umso eher, je besser die finanzielle Lage und je breiter die staatlichen Aufgaben definiert sind. Zu vermuten ist aber auch, dass Arbeitsplätze für Public-Health-Absolvent(inn)en beim Staat deswegen entstehen, weil die Förderung der Volksgesundheit für die Politik zunehmend legitimatorischen Charakter hat. Nicht von ungefähr werden Präventions- und Screeningprogramme zum Teil auch dann gefördert, wenn deren Wirksamkeit noch nicht erwiesen ist (Meyer 2012).

Mit dem Absorptionsansatz lässt sich auch vermuten, dass eine Nachfrage nach Public-Health-Expert(inn)en sehr wohl latent existieren kann, aber zunächst unartikuliert bleibt und erst manifest wird, wenn entsprechende Absolvent(inn)en *absorbiert* werden. In ihrer Arbeitgeberbefragung kommen Schienkewitz et al. (2001) zum Schluss, dass Public-Health-Arbeitsfelder gerade auch in Institutionen existieren, die von Public Health nichts wissen. In Krankenhäusern oder der Pharmaindustrie gibt es, so die Autor(inn)en, entsprechende Felder, doch werden die Stellen möglicherweise mit Absolvent(inn)en anderer Studiengänge besetzt, weil die Public-Health-Ausbildung unbekannt ist. Die Autor(inn)en sehen Ein-

satzfelder mit wachsendem Bedarf exakt in jenen der befragten Institutionen, die den Studiengang *nicht* kannten. Diese Felder liegen Schienkewitz et al. zufolge eher im Bereich von „New Public Health“ als in den klassischen Bereichen von Prävention und Epidemiologie.

Rudimentäre Informationen zur realen Erwerbstätigkeit von Gesundheitsförderer(innen) lassen sich aus Absolventenstudien gewinnen. Für Deutschland lässt sich generell festhalten, dass Absolvent(inn)en von Universitäten und Fachhochschulen, die Public-Health-Expert(inn)en ausbilden, keine Arbeitslosigkeitsprobleme haben, jedenfalls wird kaum über Situationen berichtet, die Subsistenzschwierigkeiten mit sich bringen könnten, ebenso wenig über Einkommen, die als inadäquat betrachtet werden (Lorenz/Pundt 2002: 99f., Pundt 2006, Schnabel 2006, Schienkewitz et al. 2001).

Lorenz und Pundt (2002) haben die Absolvent(inn)en der ersten fünf Jahrgänge des viersemestrigen Berliner Aufbaustudienganges ‚Gesundheitswissenschaften/Public Health‘ im Jahr 1999/2000 telefonisch (N = 145) und mit Leitfadenterviews (N = 14) befragt. Zunächst ist festzuhalten, dass ein Teil der Befragten nach Ausbildungsabschluss weiterhin an derselben Stelle wie vorher arbeitete. Zu 60% berichteten sie von einem Zuwachs an neuen, Public-Health-bezogenen Aufgaben in ihrer Tätigkeit.⁵ Von den Befragten waren am ehesten jene arbeitslos (Angabe der Befragten selbst), die aufgrund ihrer Erstqualifikation über ein wenig klares Berufsprofil verfügten und bereits vor dem Public-Health-Studium Probleme gehabt hatten, „sich beruflich zu verwirklichen“ (Lorenz/Pundt 2002: 104). Zu ihnen gehörten Politolog(inn)en und Ethnolog(inn)en, aber auch Soziolog(inn)en bzw. Sozialwissenschaftler(innen). Die Initialqualifikation hat also mehr als die Public-Health-Ausbildung darauf Einfluss, ob eine Aufnahme ins Beschäftigungssystem gelingt oder nicht.

Was die nicht arbeitslosen Befragten anbelangt, so zeigt sich bei Lorenz/Pundt (2002) wie erwartet, dass die öffentliche Hand als Arbeitgeber eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt. Arbeitgeber waren im Zeitpunkt der Erhebung vor allem die Hochschulen (universitäre Lehre und Forschung, 15%), die Privatwirtschaft (15%), „Freie Träger“ (12%) und öffentliche Einrichtungen wie das Gesundheitswesen sowie die Ministerien (12%). Außeruniversitäre Forschung (11%) und Wohlfahrtsverbände/Kirche (9%) waren ebenfalls stark vertreten. Ähnliches gilt für eine Gruppe von befragten promovierten Bielefelder Gesundheitswissenschaftler(innen): 40 % arbeiteten in Forschungseinrichtungen und

⁵ Auch ein Großteil (zwei Drittel) der promovierten Gesundheitswissenschaftler(innen), die Pundt befragte (Pundt 2006), trat nach dem Abschluss keine neue Stelle an, aber das Aufgabenspektrum an der alten Arbeitsstelle erfuhr eine Erweiterung um Public-Health-bezogene Aufgaben.

Hochschulen, die übrigen in der Privatwirtschaft, bei Verbänden oder Behörden (Pundt 2006: 240)

Aufgrund der Analyse der Leitfadeninterviews kommen Lorenz und Pundt (2002) zum Schluss, dass ein Berufsbild des Gesundheitswissenschaftlers, der Gesundheitswissenschaftlerin auf dem Arbeitsmarkt nicht existiert (Fremdwahrnehmung der Befragten). Keine(r) der Absolvent(inn)en hatte seine (ihre) Arbeitsstelle denn auch als originärer Gesundheitswissenschaftler, Gesundheitswissenschaftlerin gefunden. Den Ausschlag gab vielmehr die Erstqualifikationen. Diese verhalf allerdings nur dann zu einer Einstellung im Public-Health-Bereich, wenn sie sich mit einem klaren Profil verband⁶. Lorenz und Pundt deuten ihre Ergebnisse dahingehend, dass Absolvent(inn)en der Gesundheitswissenschaften ihre Rolle immer wieder definieren und erklären müssen, da die Multidisziplin ‚Gesundheitswissenschaften‘ kein scharfes Profil „nach außen“ zu erzeugen vermöge (Lorenz/Pundt 2002: 106f.).

Die Unschärfe des Profils dürfte unter anderem im Gesundheitsbegriff der Sinnwelt von Public Health selber liegen, die unter starkem Einfluss der WHO steht. Man kann wohl behaupten, der WHO-Gesundheitsbegriff (1946) bleibe ohne ‚klares Profil‘. Dieser Begriff hat multidimensionalen Charakter (physisch, psychisch, sozial) und kennt Grade von Gesundheit. Was die Multidimensionalität betrifft, so sind mit der Einbeziehung des Sozialen, das die WHO vor allem in der Ottawa Charta (1986/1992) weiter ausführt, neben Individuen und Gruppen auch Institutionen bzw. Organisationen und schließlich die Gesamtgesellschaft gemeint, was dem Begriff entgrenzten Charakter verleiht. Bezüglich Gradation sei daran erinnert, dass Gesundheit in der Ottawa Charta explizit als steigerbar gedacht wird, ist doch von der Entwicklung „gesünderer Lebensweisen“ (1986/1992: 86) die Rede. Gemessen am Konzept der Gesundheit-als-Abwesenheit-von-Krankheit, verleiht der positiviert, neue Begriff der Gesundheit auch hier tendenziell uneingegrenzte Gestalt. In dem Maße, in dem der Bedeutungsumfang des Begriffs an Weite gewinnt, verringert sich dessen Aussagekraft, und er wird tendenziell „inhaltsleer“ (Luhmann 1990: 187, vgl. auch Gerhardt 1993). Daher dürfte nicht allein „nach außen“ kein scharfes Profil der Gesundheitswissenschaften erzeugbar sein, wie Lorenz und Pundt (2002) annehmen, vielmehr dürfte schon ‚innen‘ kein solches Profil existieren.

⁶ 40% der 145 Befragten kamen aus den Sozialwissenschaften inkl. Sozialarbeit, 28% aus der Medizin und 32% aus anderen Bereichen. 78% verfügten vor dem Beginn des Aufbaustudiums über einen Hochschulabschluss und 22% über einen Fachhochschulabschluss.

3.3 Tätigkeitsbereiche von Public-Health-Absolvent(inn)en

Was die Tätigkeitsbereiche von Public-Health-Absolvent(inn)en betrifft, so dominierten bei den Befragten von Lorenz/Pundt (2002) – besonders bei ehemaligen Sozialarbeiter(innen)/Sozialpädagog(inn)en und bei Mediziner(innen), die zusammen zwei Drittel der Befragten ausmachten – versorgungsnahe Tätigkeiten im psychosozialen und sozialpsychiatrischen Bereich. Es folgten Tätigkeiten im Bildungs- und Forschungsbereich. Eine andere Untersuchung wurde von Pundt (2006) bei promovierten Bielefelder postgraduate Gesundheitswissenschaftler(inn)en durchgeführt, die den akademischen Grad DrPH bzw. Doktor in Public Health erworben hatten (Pundt 2006). Die im Jahr 2004 durchgeführte, standardisierte schriftliche Befragung bei neunzig Absolvent(inn)en zeigt auf, dass bei den konkreten Tätigkeitsbereichen – Mehrfachnennungen waren möglich – Public-Health-Forschung / epidemiologische Forschung im Vordergrund stand (24%); es folgte die wissenschaftliche Lehrtätigkeit (20%) und die Beratungstätigkeit (12%). Die Aufgabenfelder erweisen sich der Autorin zufolge als „so bunt wie die des gesundheitswissenschaftlichen Berufsspektrums insgesamt und weisen hauptsächlich übergreifende Tätigkeitsbereiche auf“ (240). Trotzdem schließt Pundt ihren Beitrag mit dem – wohl primär vom politisch *Gewünschten* inspirierten – Gedanken ab, ein „Grundstock für ein eigenes Profil“ (241) sei gegeben, doch verdiene das Ziel des eigenen Profils mehr Beachtung.

Schließlich sei eine 2009 durchgeführte Online-Befragung bei Absolvent(inn)en von postgraduate Public-Health-Studiengängen auf Masterniveau genannt (Nitzschke/Dierks 2009), die in Hannover, München, Berlin, Fulda und Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven ihr Diplom erworben haben (N = 477). Den Befragten wurde eine Liste von Public-Health-Aufgaben vorgelegt. Besonders oft kreuzten sie die folgenden Bereiche an (Mehrfachantworten waren möglich):

- Planung/Management/Organisation (33%)
- Prävention/Gesundheitsförderung (33%)
- Forschung (32%)
- Epidemiologie (32%)
- Lehre (26%)
- Gesundheitspolitik (23%)
- Beratung (23%)
- Qualitätsmanagement (21%)

Die referierten Untersuchungsergebnisse erlauben es natürlich nicht, Aussagen zu den konkreten Tätigkeiten von Public-Health-Absolvent(inn)en, geschweige denn zum eingesetzten Arbeitsvermögen zu machen. Immerhin kann

festgehalten werden, dass das Spektrum der Tätigkeitsbereiche sehr breit ist und dass Lehre und Forschung, verschiedene Versorgungstätigkeiten sowie Management/Organisation hohe Bedeutung haben. Klar abgrenzbare Leistungsbündel lassen sich nicht identifizieren, noch weniger Monopolisierungstendenzen, die auf einen exklusiven Zugang zu bestimmten Tätigkeitsfeldern hinweisen würden.⁷

3.4 Zur beruflichen Identität von Public-Health-Absolvent(inn)en

In der referierten Studie von Lorenz und Pundt (2002) werden vor dem Hintergrund der Leitfadeninterviews auch Ergebnisse zur Frage vorgelegt, als was sich die Absolvent(inn)en von anderen wahrgenommen fühlen und was ihre eigene berufliche Identität ausmacht. Da die Erstqualifikation für das Finden ihrer Stelle den Ausschlag gegeben hat, sehen sich die Absolvent(inn)en durch ihre Umgebung am Arbeitsplatz primär als Angehörige der Berufsgruppe behandelt, deren Mitglied sie durch ihre Erstqualifikation geworden sind. Ihre berufliche Identität erfährt im biografischen Fortgang aber eine Weiterentwicklung. Nach Abschluss der Public-Health-Ausbildung fühlen sie sich „mehr“ als vorher (107), mehr als nur Mediziner(in) oder mehr als nur Sozialarbeiter(in). Die Identifikation mit dem früheren Beruf sei sogar „verwässert“ (107), macht ein Befragter geltend. Positiv wird zudem betont, der berufliche Handlungshorizont habe sich erweitert, nicht zuletzt durch die Übernahme von Funktionen wie jener des „Change Agent“, die im Public-Health-Milieu als Leitbild fungieren. In den Augen der Autor(inn)en bewegt sich das berufliche Rollenverständnis der Befragten vom „traditionellen Bild der Ursprungsdisziplin“ weg, auch gerade im Falle der ehemaligen Mediziner(innen). Diese würden sich gerne als Gesundheitswissenschaftler(innen) wahrgenommen sehen, gelten aber primär als Mediziner(innen) mit Zusatzqualifikationen. Es fragt sich natürlich – so lässt sich einwenden –, wie stark diese Erstidentität gewesen ist. Ein ehemaliger Zahnarzt meint, er sei

⁷ Die Informationen zu „professionellen Rollen“ die in einer Befragung von Göpel (2006) unterschieden und den Befragten vorgelegt wurden, helfen in diesem Zusammenhang kaum weiter. Sie sollen aber nicht unerwähnt bleiben. Der Autor befragte im Jahr 2004 Diplom-Gesundheitswirtinnen und Gesundheitswirte der Universität Magdeburg-Stendal (N = 99) und bat diese, sich einer oder mehreren von vier angegebenen „professionellen Rollen“ zuzuordnen, die in Anlehnung an die Ottawa-Charta unterschieden wurden. Die Absolvent(inn)en nannten als „professionelle Rolle“, die ihrer Tätigkeit entspreche, zu 58% „Change Facilitator“, zu 36% „Enabler“, zu 35% „Advocate“ und zu 24% „Expert“ (Mehrfachantworten waren möglich), 4% antworteten nicht.

gar „nie der typische Zahnarzt“ gewesen (Lorenz/Pundt 2002: 109) – was von den Autor(inn)en unkommentiert bleibt.

Zur Frage der Identität lässt sich ein nicht standardisiertes Interview heranziehen, das die Schreibende im Rahmen einer Schweizer Explorationsstudie über den Wandel des Schularztberufs durchführte. Erstes Sichten von empirischem Material lässt eine hohe Komplexität der Identitätsfrage vermuten. Ein Fall, der die Ergebnisse von Lorenz und Pundt relativiert, ist der folgende:

Liselotte Müller hat früher in der Inneren Medizin, der Pädiatrie und auch in der Anästhesie gearbeitet. Später erwarb sie den Master of Public Health. Als Schulärztin identifiziert sie sich wenig mit dem bevölkerungsmedizinisch orientierten Bereich, auf den Schulärztinnen und -ärzten ein Monopol haben (die Reihenuntersuchungen). Sie betont die individualmedizinische Perspektive: „Wir schauen alle an, jeden einzelnen Schüler“. Ja sie legitimiert die Reihenuntersuchungen sogar mit dem Wohl des Einzelnen: In der Reihe gehe der Einzelne, falls er ein Problem hat, unter, und werde dadurch nicht „pathologisiert“. Identitätsstiftend ist vor allem ein bestimmter Bereich innerhalb der Gesundheitsförderung, über den sie eine Nähe zur klinischen Medizin, aus der sie kommt, herstellen kann. Es geht um die individuelle „Beratung“, die Jugendliche freiwillig in Anspruch nehmen können. – Der Satz, sie sei „nie die typische Ärztin gewesen“, ist bei Liselotte Müller undenkbar. Anders als die Mediziner(innen), die Lorenz und Pundt (2002) untersuchten, ist es nicht ihr Wunsch, primär als Gesundheitswissenschaftlerin wahrgenommen zu werden. Sie handelt denn auch gewissermaßen als individualmedizinisch orientierte Ärztin im Rahmen einer bevölkerungsmedizinisch organisierten Primärprävention (Reihenuntersuchungen) und Gesundheitsförderung.

4. Interessenpolitik von Public-Health-Absolvent(inn)en und von angestammten Gesundheitsberufen

Es fragt sich, inwieweit Public-Health-Absolvent(inn)en daran interessiert sind, für ihren Platz in der Arbeitswelt zu kämpfen, d.h. Strategien zu entwerfen und zu verfolgen, welche der Verberuflichung dienen könnten. Vor dem Hintergrund der bisher referierten Untersuchungsergebnisse sind solche Initiativen kaum zu erwarten. Schnabel (2006), der sich mit „Gesundheitskommunikatoren“ beschäftigt hat, bezeichnet diese als „eine Berufsgruppe, die sich anschickt, das kommunikative Herstellen und Aufrechterhalten von Gesundheit zum Beruf zu machen“ (127). Es geht um einen Studiengang, der an der Universität Bielefeld seit 2002/2003 einen Bachelor in „Health Communication“ vermittelt, der – vor dem Hintergrund der Ebenenunterscheidung der WHO – verschiedene Qualifikations-

profile mit Blick auf verschiedene Tätigkeitsfelder unterscheidet. Als Reaktion auf das Desinteresse, mit dem gemäß Schnabel auf dem Arbeitsmarkt teilweise zu rechnen ist, empfehlen „Implementationsexperten“, das Von-außen-Kommen „zum Beruf zu machen“ (Schnabel 2006: 143), eine Empfehlung, der sich der Autor anschließt, die aber – so ist zu vermuten – bei den Ausbildungsabsolvent(inn)en auf kein Gehör gestoßen ist.

Lorenz und Pundt (2002) interessieren sich in der bereits erwähnten Befragung von Berliner Public-Health-Absolvent(inn)en auch für die Frage von Berufsverbänden. Sie stellen fest, dass sich nur wenige Absolvent(inn)en organisieren, auch wenn die Notwendigkeit der Interessendurchsetzung durch einen selbstverwalteten Verband in den Gesprächen mehrfach betont worden sei. Den geringen Organisationsgrad erklären sie damit, dass Public Health bislang kein abgrenzbares Qualifikationsprofil aufweise und dass kein homogenes Arbeitsfeld existiere, aufgrund dessen eine berufliche Gruppenidentität entstehen könnte. Sie zweifeln sogar daran, dass sich in der *Zukunft* ein spezifisches „Public-Health-Berufsbild“ ausdifferenziert, mit der Begründung, die Einsatzfelder (Forschung ausgenommen) seien zu breit.

Anderes aber gilt für die Gesundheitswirte, mit denen sich Göpel (2006) beschäftigt. Diese scheinen nicht allein nach einer Aufnahme im Beschäftigungssystem zu streben, sondern sich als Beruf etablieren zu wollen. An der Hochschule Magdeburg-Stendal werden in der Ausbildung von Gesundheitswirten Qualifikationen vermittelt, welche die WHO-Ebenen jenseits der Individualebene im Fokus haben, vor allem gesundheitsfördernde Arbeit in Settings wie Schule und Betrieb, aber auch Programmentwicklung für partizipative Formen der Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Kontexten des öffentlichen Lebens. Im Mittelpunkt steht die Qualifizierung für ein gesundheitsförderndes „Change Management“ sowie die Planung und Realisierung entsprechender Projekte und Programme (171). Diese Ausbildung, so der Autor, wird vom „Berufsverband für Gesundheitsförderung“ explizit unterstützt. Der Verband ist eine berufspolitische Interessenvertretung von Gesundheitswirten, die am 15. Mai 2004 in Magdeburg gegründet worden ist. Als Hauptanliegen wird auf der Homepage die Schaffung von Transparenz hinsichtlich der Qualifikation der Akteurinnen und Akteure im Feld von Gesundheit und Prävention genannt; dabei konzentrierte sich die Arbeit auf die „Etablierung eines einheitlichen Leitbildes für das Berufsfeld eines Gesundheitswirts“ (<http://wikipedia.org/wiki/Gesundheitsförderung>, 16. April 2013). Dem Anspruch nach, so lässt sich vermuten, soll also auf verbandspolitischem Weg für einen Beruf ‚Gesundheitswirt‘ gekämpft werden, der auf dem Arbeitsmarkt eine gewisse Monopolstellung einnimmt.

Im Public-Health-Bereich lassen sich aber auch andere Sorten von Verbandspolitiken beobachten. Neben dem Interesse, als Public-Health-Expert(inn)en mit einer bestimmten Expertise einen eigenständigen Beruf zu bilden, lässt sich aufgrund der Literatur auch die Existenz einer Strategie vermuten, die darauf zielt, den eigenen, *bereits bestehenden* Gesundheitsberuf durch die Erweiterung um Public-Health-Elemente anzureichern und attraktiver zu machen. Im Bereich paramedizinischer Berufe gibt es entsprechende Anstrengungen. Borgetto (2010) zufolge strebt der Verband der Ergotherapeut(inn)en in Deutschland an, sich im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln und im Sinne der Ottawa-Charta der WHO neu zu orientieren. Ziel ist die „Verankerung der Ergotherapie in der Gesundheitsförderung und Prävention wie auch der Gesundheitsförderung und Prävention in der Ergotherapie“ (208).

Die (angestrebte) Entwicklung der Ergotherapie entspricht dem, was Göpel (2006: 167ff.) für sämtliche bisherigen Gesundheitsberufe für wünschenswert hält und teilweise auch beobachtet. Nachdem in der technisch ausgerichteten bisherigen Medizin, so der Autor, der Aspekt der Unterstützung salutogenetischer Prozesse in der Heiltätigkeit und die Hinwendung zu den sozialökologischen Determinanten der gesundheitlichen Entwicklung „verloren“ gegangen sei, erblicken Angehörige medizinischer Berufe zunehmend eine Chance darin, der salutogenetischen Perspektive Raum zu geben, indem sie die eigene Berufstätigkeit entsprechend ausbauen und damit auch eine „erweiterte berufliche Handlungsperspektive und Verantwortung“ gewinnen. Mit der gesetzlichen Umbenennung der Pflegetätigkeit in „Gesundheits- und Krankenpflege“ (in Deutschland) sei ein erster Schritt in diese Richtung getan. Göpel plädiert – in Anlehnung an seine Deutung der Ottawa Charta – für eine solche Ergänzung in allen Tätigkeitsbereichen, die krankheits- und „defizitorientiert“ ausgerichtet und mit „entsprechend einseitigen Ausbildungen“ der Akteurinnen und Akteure verbunden seien, vom Arzt bzw. der Ärztin bis zum Sachbearbeiter der Krankenkasse (170).

Auch für die Sozialarbeit lässt sich von einer Art Erweiterung um Public-Health-Elemente sprechen. Sozialarbeit ist ein Beruf, der in den letzten Jahrzehnten einen gesellschaftlichen Aufstiegsprozess von der Fürsorge zur Sozialarbeit vollzogen hat. Teilweise und immer häufiger wird dieser im gesellschaftlichen Teilbereich ‚Gesundheitswesen‘ ausgeübt. Mühlum (2006), ein Interessensvertreter der Sozialarbeit, schließt diese an den Gesundheitsdiskurs an, indem er unter anderem festhält, Sozialarbeit sei „Gesundheitsarbeit“, „sofern sie das Zutrinkommen von Menschen auch unter erschwerten oder limitierenden Bedingungen unterstützt, Wohlbefinden erhöht und ganz allgemein zum gelingenden Leben beiträgt“ (Mühlum 2006: 95). Eine solche Neudefinierung und Anbindung an den Gesundheitsdiskurs – vor allem die Anbindung über das Beitragen zum

gelingenden Leben – ließe sich für sehr viele andere Berufe ebenfalls machen, denn die Referenz (die Gesundheit) ist unspezifisch und entgrenzt.

Dass der neue Bereich der Gesundheitsförderung spezielle Aufmerksamkeit genießt und eine Verbindung zu ihm gesucht wird, zeigt sich auch außerhalb von Gesundheitsberufen (schon die Sozialarbeit ist ein Grenzfall) und außerhalb des Gesundheitssektors, etwa im Bildungswesen: Zahlreiche Disziplinen und Fächer, die eine gewisse Distanz zum Gesundheitssektor aufweisen und bisher für keinerlei gesundheitsbezogene Tätigkeiten ausgebildet haben, machen neu entsprechende Vertiefungsangebote, etwa das Angebot ‚Gesundheitssport‘ als Spezialisierungsmöglichkeit im Rahmen der Sportwissenschaften, oder das Angebot ‚Gesundheitspädagogik‘ als Spezialisierung im Rahmen der Erziehungswissenschaften (Borgetto/Kälble 2007: 145).

5. Gesundheitsförderung und berufsbezogene Vergesellschaftung: Zusammenfassende Folgerungen

Im vorliegenden Beitrag wurde danach gefragt, ob überhaupt und inwieweit es soziologisch angemessen ist, im Falle der Gesundheitsförderung bzw. bei Public-Health-Arbeit von ‚Berufen‘ zu sprechen. Dabei wurde die Gesundheitsförderung als eine Form der Bewältigung gesellschaftlicher Aufgaben mit Gesundheitsversorgungsbezug betrachtet, die den Bereich der herkömmlichen Medizin überlagert. Nimmt diese Arbeit jenseits der therapiebezogenen Gesundheitsversorgung *Berufsförmigkeit* an? Oder entstehen Berufe eines historisch neuen Typs? Zeichnen sich vielleicht auch andere Entwicklungen ab? Die Bedeutung dieser Frage ergibt sich daraus, dass im Beruf lange Zeit ein zentrales Vergesellschaftungsprinzip der modernen Gesellschaft erblickt werden konnte, sich dies aber seit den 1970er Jahren teilweise zu ändern scheint.

Im Rahmen von konzeptuellen Überlegungen wurde dargelegt, was in der Perspektive einer subjektbezogenen und schließungstheoretisch inspirierten Berufssoziologie unter ‚Beruf‘ verstanden werden kann, ebenso wurde ein Blick auf die soziologische Debatte über das ‚Ende des Berufs‘ geworfen. Vor diesem Hintergrund wurde die Problemstellung des vorliegenden Beitrags reformuliert. Es geht um die Frage, ob und inwieweit sich im Gesundheitsförderungs- bzw. Public-Health-bezogenen Bereich berufliche Monopolisierungstendenzen mit Blick auf abgrenzbare Bündel von ausbildungsbasierten, spezialisierten institutionalisierten Fähigkeiten ausmachen lassen, die – nicht zuletzt dank berufspolitischen Initiativen – im gesellschaftlichen Arbeitsprozess ihren Einsatz finden. Falls ja, würden entsprechende Akteurinnen und Akteure zudem einen beruflichen Habitus sowie eine berufliche Identität entwickeln und ihre Tätigkeit mit hoher inne-

rer Beteiligung ausüben. Falls nein, fragt sich, welche andere Entwicklungen sich anbahnen.

Ausgehend von Hinweisen auf die Vielfalt an bereits bestehenden Ausbildungs- und Weiterbildungsangeboten im Public-Health- bzw. gesundheitswissenschaftlichen Bereich in Deutschland und der Schweiz wurden verschiedene Studien zu Public-Health-Absolvent(inn)en in Deutschland referiert und um weitere Befunde aus der Literatur ergänzt. Von den Ergebnissen her fällt zunächst auf, dass nicht nur gesundheitswissenschaftliche *Weiterbildungen*, sondern auch entsprechende *Ausbildungen* bis hin zur Promotion von solchen Akteurinnen und Akteuren durchlaufen werden, die bereits über eine Erstqualifikation verfügen. Dies jedenfalls gilt für alle Befragten, zu denen Untersuchungen gefunden und hier referiert werden konnten. Public Health kommt unter diesen Bedingungen entweder als Erweiterung im angestammten Gebiet oder als Zweitberuf in Frage (vgl. Streckeisen/Borkowsky 1999). Die Erweiterung im angestammten Gebiet scheint verbreitet zu sein, denn ein Teil der Absolvent(inn)en, über welche Wissen vorliegt, tritt nach Abschluss des Studienganges gar keine neue Stelle an. Falls aber doch ein neuer Arbeitsplatz gesucht wird, lässt sich dieser typischerweise dank der Erstqualifikation finden, jedenfalls sofern sich diese im Denken von Arbeitgebern mit einem definierbaren Profil verbindet (was im Falle der Medizin zum Beispiel gegeben ist, nicht aber im Falle der Soziologie). Eine artikuliert Nachfrage nach Public-Health-Absolvent(inn)en gibt es daher selbst dort nicht, wo diese – so das aus einer Arbeitgeberbefragung gezogene Fazit – latent existiert. Die Arbeit, welche die Absolvent(inn)en leisten, lässt sich schwer charakterisieren, geht es doch um ein breites Feld mit Schwerpunkten in Forschung/Lehre, in diversen Versorgungsbereichen und in Management/Organisation. Dass die öffentliche Hand oftmals als Arbeitgeber auftritt, kann nicht erstaunen, denn der Aufschwung der Gesundheitsförderung ist wesentlich politischem Willen zu verdanken.

Forschungsergebnisse aus Absolventenstudien, welche die Identitätsproblematik fokussieren, lassen vieles offen. Ob sich die berufliche Identität von Public-Health-Absolvent(inn)en vom Ursprungsberuf wegbewegt, wie in einer Studie geltend gemacht wird, scheint eher fraglich. Corsten (1999) der „Mythen über die Krise des Berufsprinzips“ kritisiert, formuliert die These, dass berufliche Initialisierungen Anschlusspotenziale für alternative berufliche Handlungsfelder enthalten. Er postuliert aufgrund eigener Untersuchungen, dass eine „Elastizität“ (303) und biografische Reflexivität zu einem tragenden Element von Beruflichkeit geworden sei, womit er meint, dass berufliche Initialkompetenzen und Handlungsschemata reflexiv umgearbeitet werden können. Ob und inwieweit bei

Public-Health-Absolvent(inn)en so etwas der Fall ist, bleibt bisher offen und müsste tiefergehend untersucht werden.

Festzuhalten ist, dass Public Health als ‚erweiternde‘ Aus- oder Weiterbildung verbreitet ist, dass ein gesellschaftlich institutionalisiertes Bild davon, was eine Gesundheitswissenschaftlerin, einen Gesundheitswissenschaftler qualifikatorisch ausmacht, nicht existiert, dass ausgeübte Public-Health-Arbeit breit gefächert ist und dass sie für die Arbeitenden eine berufliche Erweiterung, nicht aber so etwas wie einen Berufswechsel mit sich bringt.

Angesichts dieser Befunde kann nicht erwartet werden, dass Public-Health-Absolvent(inn)en eine Gruppenidentität entwickeln und gemeinsame berufspolitische Interessen verfolgen. Entsprechende Bemühungen scheint es auch tatsächlich nicht zu geben. Dass die Magdeburger Gesundheitswirte 2004 einen Berufsverband gegründet haben und ein einheitliches Berufsbild aufbauen wollen, erstaunt zunächst, weist aber auch darauf hin, dass Berufspolitik, wenn überhaupt, dann höchstens *unterhalb* der Ebene von ‚Gesundheitsförderer(innen)-an-sich‘ in einem spezifischen Bereich, etwa dem der Gesundheitswirte, denkbar ist.

Aus dem Gesagten lässt sich die – zu prüfende – These eruieren, dass Gesundheitsförderung in keiner Hinsicht Berufscharakter hat, aber dazu beiträgt, dass Träger(innen) von *bereits bestehenden* Berufen, insbesondere von herkömmlichen pathogenetisch orientierten Gesundheitsberufen, gleichsam ihren „Individualberuf“ (Voß 2001) gestalten können, indem sie ihr Arbeitsvermögen um einen Gesundheitsförderungsaspekt anreichern. Der Initialberuf mag an Bedeutung verlieren, das Prinzip Beruflichkeit aber insoweit kaum, als der Berufsinhaber, die Berufsinhaberin eine anspruchsvolle Tätigkeit anstrebt, die innere wie äußere Perspektiven bietet. Wenn die ‚äußere‘, instrumentelle Seite sich allerdings verselbständigt, mutiert die Individualberuflichkeit zur Selbstvermarktungsstrategie.

Nicht allein bei Individualakteuren mit einem (gesundheitlichen) Erstberuf, sondern auch bei berufspolitischen Kollektivakteuren lässt sich eine Annäherung an die Gesundheitsförderung beobachten. Interessanterweise haben sich im herkömmlichen ‚Zentrum‘ der Gesundheitsversorgung, den therapeutisch ausgerichteten Berufen, Strategien entwickelt, den eigenen, bereits bestehenden, typischerweise als ‚Erstberuf‘ erlernten Beruf durch eine Verbindung mit Public-Health-Aufgaben anzureichern und attraktiver zu machen. Der deutsche Berufsverband für Ergotherapie will die Ergotherapie in der Gesundheitsförderung und die Gesundheitsförderung in der Ergotherapie verankern, Sozialarbeiter(innen) verstehen ihre Arbeit auch als „Gesundheitsarbeit“, oder: Die Pflęgetätigkeit in Deutschland ist in „Gesundheits- und Krankenpflęge“ umbenannt worden ist. Da die Referenz (Gesundheit, Gesundheitsförderung) unspezifisch und tendenziell entgrenzt ist, lassen sich – dies eine weitere These – Anbindungen an den Ge-

sundheitsförderungstrend für viele bisherige Gesundheitsberufe relativ problemlos herstellen. Sollte diese Entwicklung ihren Fortgang nehmen, wäre die eingangs erwähnte Vermutung bestätigt, wonach mit dem Aufschwung der Gesundheitsförderung nicht etwa der viel behauptete Paradigmawechsel passiert ist, sondern die herkömmliche Medizin durch salutogenetische Initiativen *überlagert* worden ist und wird, und dies auch auf der Ebene einzelner Gesundheitsberufe. Die Erweiterung der Ergotherapie um Public-Health-Elemente zum Beispiel entspricht dem Muster des gesundheitsfördernden Krankenhauses, im Rahmen dessen die Überlagerung auf *Organisationsebene* stattfindet.

Man kann schlussendlich fragen, ob Gesundheitsförderung zu einer Vergesellschaftung qua Beruf beiträgt. Indirekt dürfte dies der Fall sein: Über die Anbindung an Gesundheitsförderung können Träger(innen) von *bereits bestehenden* Berufen ihre Individualberuflichkeit kultivieren und zugehörige Kollektivakteure (Verbände) ihr Berufsbild erfolgversprechend anreichern.

Literatur

- Beck, Ulrich; Brater, Michael (1977): Problemstellungen und Ansatzpunkte einer subjektbezogenen Theorie der Berufe (Einleitung). In: Dies. (Hrsg.): Die soziale Konstitution der Berufe. Materialien zu einer subjektbezogenen Theorie der Berufe. Band 1, Frankfurt/M. und München: Aspekte Verlag, 5-62.
- Beck, Ulrich; Brater, Michael; Daheim, Hansjürgen (1980): Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Bollinger, Heinrich (2005): Profession, Dienst, Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In: Bollinger, Heinrich; Garlach, Anke; Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Stuttgart: Mabuse-Verlag, 13-30.
- Borgetto, Bernhard (2010): Primärprävention und Gesundheitsförderung – Zukunftsperspektiven für die Ergotherapie. In: Thapa-Görder, Nicola; Voigt-Radloff, Sebastian (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Aufgaben der Ergotherapie, Stuttgart: Thieme, 199-209.
- Borgetto, Bernhard; Kälble, Karl (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim/München: Juventa.
- Bühler, Caroline (2005): Vom Verblässen beruflicher Identität. Fallanalysen zu Selbstbildern und Arbeitstechniken junger Erwerbstätiger. Zürich: Seismo.
- Corsten, Michael (1999): Treulose Arbeitsindividuen ohne berufliche Bindung – Mythen und Anti-Mythen zur Krise der beruflichen Sozialisation. In: Honegger, Claudia; Hradil, Stefan; Traxler, Franz (Hrsg.): Grenzenlose Gesellschaft? Verhandlungen des 29. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, des 16. Kongresses der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, des 11. Kongresses der

- Schweizerischen Soziologischen Gesellschaft in Freiburg i. Br. 1998, Teil 1. Opladen: Leske und Budrich, 290-306.
- Daheim, Jürgen (2001): Berufliche Arbeit im Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft. In: Kurtz, Thomas (Hrsg.): Aspekte des Berufs in der Moderne. Opladen: Leske und Budrich, 21-38.
- Durkheim, Emile (1893/1967): *De la division du travail social*. Paris: Presses universitaires de France.
- Ehrhard, Tobias; Ostwald, Dennis A.; Franz, Peter (2011): Neue Berufe und Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Stand und Perspektiven. In: Hensen, Peter; Kölzer, Christian (Hrsg.): *Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialethische Herausforderung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 105-120.
- Evans, Michaela; Hilbert, Josef (2006): Die Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung: Schlüsselherausforderung und Achillesferse für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. In: Pundt, Johanne (Hrsg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*. Bern: Huber, 193-212.
- Gerhardt, Uta (1993): Gesundheit – ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health. In: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Beitrag P93-206.
- Göpel, Eberhard (2006): Professionalisierung der Gesundheitsförderung und mögliche Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. In: Pundt, Johanne (Hrsg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*. Bern: Huber, 159-174.
- Hartung, Dirk; Nuthmann, Reinhard; Winterhager, Wolfgang Dietrich (1970): *Politologen im Beruf. Zur Aufnahme und Durchsetzung neuer Qualifikationen im Beschäftigungssystem*. Stuttgart. Klett.
- Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich; Razum, Oliver (2006): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Dies. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 4. vollst. überarbeitete Auflage. Weinheim/München: Juventa, 11-46.
- Kickbusch, Illona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Lorenz, Hans-Jürgen; Pundt, Johanne (2002): Professionalisierung durch Public Health. Eine Verbleibsanalyse Berliner Public Health Absolventen. In: *Jahrbuch Kritische Medizin* 37, 96-118.
- Larson, Magali S. (1977): *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Luhmann, Niklas (1990): Der medizinisch Code. In: Ders., *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag (2. Aufl.), 183-195.
- Mackert, Jürgen (2004): Die Theorie sozialer Schließung. In: Ders. (Hrsg.) (2004): *Theorie sozialer Schließung. Tradition, Analysen, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9-26.
- Matzick, Sigrid (Hrsg.) (2008): *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen*. Heraus-

- forderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim und München.
- Meyer, Peter C. (2012): Formen und Analysen von Medikalierungsprozessen. In: Murer, Erwin (Hrsg.): Gesellschaft und Krankheit. Medikalierung im Spannungsfeld von Recht und Medizin. Bern: Stämpfli, 21-35.
- Murphy, Raymond (1988): *Social Closure. The Theory of Monopolization and Exclusion*. Oxford: Clarendon Press.
- Mühlbacher, Axel; Pflügel, Rajko (2008): Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft: Management in der Berufspraxis. In: Matzick, Sigrid (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim und München: Juventa, 49-68.
- Mühlum, Albert (2006): Sozialarbeit im Gesundheitswesen oder Gesundheitsarbeit im Sozialwesen? Professionalisierung sozialer Arbeit auf schwierigem Terrain. In: Pundt, Johanne (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Huber, 93-105.
- Nietzschke, Petra; Dierks, Mari-Luise (2009): Beruflicher Verbleib von Absolventen der Masterstudiengänge Public Health: Ergebnisse einer Online-Absolvent/innenbefragung. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Dokumentation 15. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin. 1-12.
- Pundt, Johanne (2006): Public Health Absolventen mit Doktorhut? In: Dies. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Huber, 234-245.
- Schienkewitz, Anja; Lotz, Eckehard; Martin, Sabine; Dierks, Marie-Luise (2001): Die Berufliche Situation von Public Health-Absolventen in Deutschland aus der Sicht von Arbeitgebern. In: Public Health Forum 30, S. 22.
- Schnabel, Peter (2006): Gesundheitskommunikation auf dem Weg zum Beruf? In: Pundt, Johanne (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Huber, 127-145.
- Streckeisen, Ursula (1981): Zum Verhältnis von Bildung und Beschäftigung. Ansätze, Konzepte, Strategien. In: Schweizerischer Wissenschaftsrat, Arbeitsgruppe Hochschulabsolventen-Arbeitsmarkt (Hrsg.): Studien zum Problemfeld Bildung-Beschäftigung. Wissenschaftspolitik Beiheft 26, 31-114.
- Streckeisen, Ursula (2001): Die Medizin und der Tod. Berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie. Opladen: Leske und Budrich.
- Streckeisen, Ursula; Borkowsky, Anna (1999): Ende des Berufs? In: Neue Zürcher Zeitung. Sonderbeilage Studium und Beruf, 9, 9. November 1999.
- Stichweh, Rudolf (1987), Professionen und Disziplinen: Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften. In: Stichweh, Rudolf, Wissenschaft, Universität, Professionen, Frankfurt/M: Suhrkamp 1994, 278-336.
- Torstendahl, Rolf (1990): Essentials Properties, Strategic Aims and Historical Development: Three Approaches to Theories of Professionalism. In: Burrage, Michael; Torstendahl, Rolf (Hrsg.): Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions. London: Sage Publications, 44-61.
- Voß, Günter G. (1997): Beruf und alltägliche Lebensführung – zwei subjektnahe Instanzen der Vermittlung von Individuum und Gesellschaft. In: Voß, Günter G.,

- Pongraz, Hans J. (Hrsg.): Subjektorientierte Soziologie. Opladen: Leske und Budrich, 201-222.
- Voß, Günter G. (2001): Auf dem Wege zum Individualberuf? Zur Beruflichkeit des Arbeitskraftunternehmers. In: Kurtz, Thomas (Hrsg.): Aspekte des Berufs in der Moderne. Opladen: Leske und Budrich, 287-314.
- Walter, Uta; Badura, Bernhard (2006): Betriebliche Gesundheitspolitik: Neue Aufgaben und Kompetenzen für Führungskräfte und Experten. In: Pundt, Johanne (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Huber, 146-158.
- Weber, Max (1922/1985): Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen: J.C.B. Mohr, 1985.
- World Health Organization WHO (1946), Constitution. Genf 1946: WHO.
- World Health Organization WHO (1986/1992): Die Ottawa-Charta. In: Trojan, Alf, Brigitte Stumm (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt/M.: Fischer, 84-92.
- Zimmermann-Acklin, Markus (2009): Gesundheitswissenschaften im Kontext sozial-, human- und kulturwissenschaftlicher Lehre und Forschung. Bericht zuhanden des Rektorats der Universität Luzern. Universität Luzern, 31.7.2009. Unveröffentlichter Bericht.

AUTORINNEN UND AUTOREN

Anton Amann, Univ. Prof. i. R., Mag. Dr., übernahm die Professur für Soziologie und Sozialgerontologie am Institut für Soziologie der Universität Wien 1982. Die hauptsächlichen Forschungsschwerpunkte waren im Laufe der Zeit: Sozialgerontologie, Sozialpolitik, Altenpolitik, Pflegevorsorge, Genossenschaftswesen, Siedlungs- und Stadtsoziologie, Bildung und Beruf, Wissenschaftssoziologie und Geschichte sozialer Ideen. In diesen Themenzusammenhängen entstanden zahlreiche Bücher und weit über 200 wissenschaftliche Artikel. Prof. A. Amann ist Geschäftsführer des Paul F. Lazarsfeld-Archivs an der Universität Wien sowie Obmann des Vereins/Instituts WISDOM (Wiener Institut für sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik).

anton.amann@univie.ac.at

Bernhard Borgetto, Prof. Dr. (*1963) studierte an den Universitäten Frankfurt und Jerusalem, Israel, Soziologie, Volkswirtschaftslehre und Pädagogik. Anschließend arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Gießen (1992-1997). Er promovierte an der Universität Heidelberg bei Prof. Uta Gerhardt 1997 in Soziologie mit Schwerpunkt Medizinsoziologie. Von 1997 bis 1999 war er als Referent für Gesundheits- und Sozialpolitik bei dem Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga tätig, danach als wissenschaftlicher Assistent an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg (1999-2006). Seit 2001 leitet er zudem das Institut für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beratung e.V. (IFB). Er habilitierte sich 2004 bei Prof. Bernhard Badura an der Universität Bielefeld im Lehrgebiet Gesundheitswissenschaften. Seit 2006 ist Bernhard Borgetto Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst in Hildesheim. Von 1999-2012 war er stellvertretender Sprecher der Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie.

Borgetto@hawk-hhg.de

Christine Dörge, Prof. Dr. MPH (*1962) war über viele Jahre tätig als Krankenschwester, Fachpflegekraft für Anästhesie- und Intensivmedizin sowie Lehrerin für Pflegeberufe. Nach einem Magisterstudium der Erziehungswissenschaft und Soziologie an der FernUniversität Hagen absolvierte sie zusätzlich ein Mas-

terstudium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Anschließend arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Humanwissenschaften, Abt. Soziologie, an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd (2007-2013). Dort wirkte sie u.a. am Aufbau und der Entwicklung der Studiengänge Gesundheitsförderung mit. 2012 promovierte sie bei Prof. Stefan Immerfall in Soziologie mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung. Seit 2013 nimmt Christine Dörge eine Professur für Pflege an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (HTW Saar) wahr.

christine.doerge@web.de

Josef Estermann, PD Dr. phil., Dr. iur. (*1955) promovierte in Fribourg (Schweiz) und Berlin, Habilitationen an der Freien Universität Berlin und an der Universität Zürich, Lehrtätigkeit an den Universitäten Bern, Luzern, Zürich und der Freien Universität Berlin an philosophischen, juristischen und sozialwissenschaftlichen Fakultäten. Langjährige Tätigkeit im wissenschaftlichen Dienst in deutschen und schweizerischen Bundesämtern und in der außeruniversitären Forschung. Er ist Präsident des Forschungsausschusses Rechtssoziologie und Rechtswirklichkeitsforschung der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie (SGS), Mitglied des Vorstandes des Forschungsausschusses Sociology of Health der SGS sowie Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMMP).

josef.ester mann@uzh.ch

Jonathan Gabe, Prof. Dr. (*1950) studied sociology as an undergraduate and postgraduate at the University of Birmingham, UK. Subsequently, he worked as a Researcher at the Social Research Unit, Bedford College, University of London (1979-83) and at the Institute of Psychiatry, University of London (1983-90). From 1991-3, he taught sociology at South Bank University, London. Since 1993, he has been Senior Lecturer, then Reader and from 2005, Professor of Sociology at Royal Holloway, University of London. He has co-edited the international journal *Sociology of Health and Illness* twice (1994-2000; 2006-12) and is currently President of RC 15, Sociology of Health, International Sociological Association.

J.Gabe@rhul.ac.uk

Michael Gemperle, Dr., Soziologe (*1972) Visiting Fellow am Department of Sociology der London School of Economics and Political Science im Rahmen eines Advanced Postdoc.Mobility-SNF-Stipendiums für das Projekt „Das pflegerische Berufsethos im Wandel“. Koordinator des internationalen Korresponden-

tennetzwerks der Fondation Pierre Bourdieu (St. Gallen) und Mitglied des Forschungskomitees Gesundheitssoziologie der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie. Von 2010 bis 2013 Koordinator des SNF/DACH-Projekts „Im Dienste öffentlicher Güter“ (Leitung: Prof. Dr. Franz Schultheis, PD Dr. Berthold Vogel, Prof. Dr. Jörg Flecker), von 2012 bis 2013 Lehrbeauftragter für Wirtschaftssoziologie an der Universität St. Gallen. Arbeitsschwerpunkte u.a.: Arbeitsorientierung und berufliche Wertvorstellungen, Sozialisation und Qualifikation in der Arbeitswelt, Politische Ökonomie der stationären Gesundheitsversorgung.

m.gemperle@lse.ac.uk

Manuela Grimm, Diplomsoziologin, Krankenschwester (*1973), Doktorandin am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Universität Kassel; bis Dezember 2012 Stipendiatin der Hamburger Stiftung zur Förderung von Wissenschaft und Kultur; Studium der Soziologie, Psychologie, Erziehungswissenschaft und Sozial- und Wirtschaftsgeschichte an der Universität Hamburg; Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- und Berufssoziologie, politische Soziologie des Wohlfahrtsstaates, Gesundheitssoziologie.

Manuela.Grimm@his-online.de Grimm.Manuela@gmx.net

Karl Kälble, Dr. phil., MA (*1957) studierte an der Universität Freiburg Soziologie, Politik- und Erziehungswissenschaft (1989 Magisterabschluss). Anschließend arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg in diversen Forschungsprojekten (1989-1994). 1996 promovierte er in Freiburg bei Prof. Dr. Günter Dux in Soziologie mit einer Arbeit zur Entwicklung der Kausalvorstellung im Kulturvergleich. Von 1996 bis 2001 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg beschäftigt. 2002 erhielt er ein DFG-Forschungsstipendium zum Thema „Wandel und Professionalisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland“ und mit Prof. Kaba-Schönstein (Fachhochschule Esslingen) und Dr. Stöbel (Universität Freiburg) den Landeslehrpreis Baden-Württemberg (Fachhochschulen) für ein gemeinsam entwickeltes und erprobtes Unterrichtsprojekt zur interdisziplinären Kooperation im Gesundheitswesen. Von Oktober 2003 bis April 2004 war er Fellow der Kooperationsgruppe „Public Health Genetics“ am Zentrum für interdisziplinäre Forschung (ZiF) der Universität Bielefeld. Seit 2004 ist er Mitarbeiter der AHPGS Akkreditierung gGmbH.

karl.kaelble@ahpgs.de

Katja Königstein-Lüdersdorff, Dipl.-Pflegerin FH (*1962, zwei Kinder) hat 20 Jahre im klinischen Bereich der pädiatrischen Onkologie gearbeitet, zunächst in Funktion als Kinderkrankenschwester und, nach einer zweijährigen Weiterbildung zur Leitung einer Station und Funktionseinheit, in Funktion der Stationsleitung. Sie studierte an der Hamburger Hochschule für angewandte Wissenschaften Pflege mit dem Schwerpunkt Edukation und Beratung (1998-2002). Sie arbeitete als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege an der Hamburger Hochschule für angewandte Wissenschaften (2002-2004) sowie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2005-2006) und ist seit Ende 2006 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hamburger Fern-Hochschule am Fachbereich Gesundheit und Pflege tätig. Im Jahr 2010 absolvierte sie eine wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Hamburg zur „E-Learning-Moderatorin und -Gestalterin“.

Katja.Koenigstein-Luedersdorff@hamburger-fh.de

Julie Page; Prof. Dr. (*1969) studierte an der Universität Zürich Pädagogik, Soziologie sowie Wirtschafts- und Sozialgeschichte. Anschließend arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1997-2005). Von 2005 bis 2006 war sie an der Koordinationsstelle des Interuniversitären Weiterbildungsprogramms Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich tätig, zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin, ab 2006 in der Programmleitung. Sie promovierte bei Prof. Peter C. Meyer in 2005 in Soziologie mit Schwerpunkt Gesundheitssoziologie. Seit 2007 hält Julie Page die Leitung von Forschungsstelle am Institut Ergotherapie am Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften inne. Seit 2005 ist sie Präsidentin des Forschungskomitees Gesundheitssoziologie der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie. Sie trug die Hauptverantwortung für die Organisation des Kongresses „Gesundheitsberufe im Wandel“, aus dem dieser Tagungsband entstanden ist.

julie.page@zhaw.ch

Claudia Peter; Dr. (*1971) studierte an der Schiller-Universität Jena Ernährungswissenschaft und promovierte anschließend in Soziologie bei Prof. Dr. B. Hildenbrand. Sie arbeitete als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie der Schiller-Universität Jena (1998-2003). Von 2004 bis 2010 war sie wissenschaftliche Assistentin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seit 2010 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung Frankfurt am Main und seit 2012 Projektleiterin des DFG-Projektes „Sozialisierungstheoretische Untersuchung zur sozialisationstheoretischen

Wirkung von Krankheitserfahrungen bei chronisch schwer kranken Kindern und ihren Eltern“.

Andreas Pfeuffer, M.A. (*1967), studierte an den Universitäten Würzburg und Konstanz Geschichte, Soziologie und Latinistik. Er arbeitete mehrere Jahre als Assistent und wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Neuchâtel und Konstanz sowie als Lehrbeauftragter für Geschichte und Soziologie am Studienzentrum Brig. In der Folge war er als Gewerkschaftssekretär beim Landesbezirk Baden-Württemberg des Deutschen Gewerkschaftsbunds für den Bereich Transnationale Kooperation zuständig und als EURES-Berater im Rahmen der Arbeitsmarktpartnerschaft EURES-Bodensee tätig. Anschließend lehrte er Latein und Geschichte an einem Gymnasium in Konstanz. Seit 2010 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter im Arbeitsbereich Geschichte und Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland am Hamburger Institut für Sozialforschung. In diesem Rahmen arbeitete er an dem von Franz Schultheis (Universität St. Gallen), Jörg Flecker (Universität Wien, FORBA) und Berthold Vogel (Hamburger Institut für Sozialforschung) geleiteten Drei-Länder-Projekt „Im Dienste öffentlicher Güter“ mit.

Er ist Übersetzer von sozialwissenschaftlichen Werken aus dem Französischen, unter anderem von Robert Castel, Luc Boltanski, Laurent Thévenot und Pierre Bourdieu.

Zuletzt erschienen: zus. mit Lisa Grabe, Berthold Vogel: „Ein wenig erforschter Kontinent“? Perspektiven einer Soziologie öffentlicher Dienstleistungen. In: Arbeits- und Industriesoziologische Studien, 5 (2012), 2; S. 35-53.

andreas.pfeuffer@his-online.de

François-Xavier Schweyer ist Doktor der Soziologie, Professor an der École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP Sorbonne Paris Cité) und Mitglied des Forschungszentrums Centre Maurice Halbwachs (Arbeitsgruppe Soziale Ungleichheiten). Er arbeitet über die Beziehungen zwischen Gesundheitsberufen und öffentlicher Gesundheitspolitik sowie über die neuen Gesundheitsberufe in Frankreich. Sein Forschungsgebiet umfasst das Krankenhaus, die hausärztliche Versorgung und staatliche Gesundheitsstrukturen. Er ist Redaktionsmitglied der Zeitschrift *Sciences sociales et santé* und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Francois-Xavier.Schweyer@ehesp.fr

Ursula Streckeisen (*1948), Prof. Dr., Soziologin, studierte an der J.W. Goethe-Universität Frankfurt/M. und an der Université René Descartes/Sorbonne

Paris; sie promovierte und habilitierte an der Universität Bern. Nach langjähriger Beschäftigung in der universitären Forschung und Lehre und in der Ressortforschung der Schweizerischen Bundesverwaltung hatte sie 2001 eine Professurvertretung an der Freien Universität Berlin inne. Anschliessend lehrte und forschte sie bis zur Altersgrenze (Juli 2013) an der Pädagogischen Hochschule Bern. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Professions- und Berufssoziologie, Medizin- und Gesundheitssoziologie, kultursoziologisch orientierte Bildungsforschung sowie Thanatosoziologie. Sie ist Mitglied der Leitungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms ‚Lebensende‘ (NFP 67) des Schweizerischen Nationalfonds, beschäftigt sich als assoziierte Forscherin der PH Bern mit der Pädagogisierung der Gesundheitsversorgung, ist Lehrbeauftragte an der Fachhochschule Nordwestschweiz und Redaktionsmitglied beim Journal für LehrerInnenbildung.

Ursula.Streckeisen@phbern.ch

Andrea Warnke, Prof. Dr. (*1965) ist Berufspädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin. Nach ihrer Ausbildung zur Arzthelferin hat sie das Studium Lehramt Oberstufe/Berufliche Schulen mit den Fächern Gesundheit, Soziologie und Erziehungswissenschaften (Erstes Staatsexamen) absolviert. Sie war als Mitarbeiterin „Gesundheitsförderung und Sozialberatung“ bei einer Krankenkasse tätig sowie als medizinisch-wissenschaftliche Mitarbeiterin bei einer Firma für Medizinprodukte. Andrea Warnke hat an der Universität Hamburg, MIN Fakultät, Fachwissenschaft Gesundheit eine Studie zur Frakturprävention in Hamburger Alten- und Pflegeheimen durchgeführt (Promotion 2002 bei Prof. Ingrid Mühlhauser). Seit 2009 ist sie Professorin für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften an der Hamburger Fern-Hochschule.

Andrea.Warnke@hamburger-fh.de