

## Professionalisierung durch Public Health – Eine Verbleibsanalyse Berliner Public Health-Absolventen

### 1. *Einführung*

Erst seit 1989 besteht an deutschen Universitäten die Möglichkeit, Public Health/Gesundheitswissenschaften zu studieren, im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine nachholende Entwicklung. Die bis heute neun universitären, postgradualen Studiengänge Gesundheitswissenschaften/Public Health<sup>1</sup> sind vom Anspruch her berufsqualifizierend, multidisziplinär und praxisorientiert ausgerichtet. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die Studiengänge gleichzeitig mit Public Health-Forschungsverbänden durch die Bundesregierung gefördert wurden, wobei erstere dem Transfer der Forschung in die Praxis dienen sollten. Die Studierenden sollten befähigt werden, auf Basis wissenschaftlichen Know-hows die gesundheitsbezogene Praxis mitzugestalten und zu verändern. Insofern fällt der Aus- und Weiterbildung in Public Health (PH) eine besondere Multiplikatoren- und Vermittlungsfunktion zu.

Die gesamte Ausbildungskapazität der genannten neun Studiengänge beträgt rund 300 Absolventen pro Jahr. Diese Anzahl wird jedoch nicht erreicht. Zahlreiche Studienabbrecher – darunter auch Studierende, die während des Studiums eine anspruchsvolle, aber vom Zeitumfang her mit dem Studium nicht kompatible Tätigkeit aufnehmen – sowie die Regelstudienzeit überschreitende Studierende reduzieren diesen theoretischen Höchstwert. Hinzu kommt ein seit 1999 zunehmender Bewerberrückgang u.a. aufgrund weiterer Aus- und Weiterbildungsangebote an Fachhochschulen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, neuer Fernstudienangebote sowie gestufter Bachelor- und Masterprogramme (u.a. an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld) (vgl. Kälble 2001).

Ziel des Berliner PH-Studiengangs, der 1992/93 den Studienbetrieb aufnahm, war die Entwicklung, Erprobung und Evaluierung eines viersemestrigen Aufbaustudiengangs Gesundheitswissenschaften/PH für Hochschulabsolventen unterschiedlicher Fachrichtungen. Schwerpunkt-

mäßig sollten akademische Zusatzqualifikationen für eine qualifizierte und praxisnahe Tätigkeit in den Berufsfeldern »Gesundheitsförderung in der Gemeinde und am Arbeitsplatz«, »Planung und Management im Gesundheitswesen« sowie »Epidemiologie und Methoden« vermittelt werden. Ein über die Medizin hinausreichendes, breites Spektrum an Fachdisziplinen für die Qualifizierung auf dem Gebiet der Gesundheitswissenschaften anzusprechen, bildete dabei von Anfang an ein zentrales Anliegen.

Ob die Professionalisierung von Gesundheitswissenschaftlern durch ein postgraduales Ergänzungsstudium gelingt, kann durch Verbleibsanalysen in Form von Befragungen der Absolventen untersucht werden. Solche Analysen liefern zugleich Anhaltspunkte für die Evaluation und das Qualitätsmanagement dieser aufwendigen Weiterbildungsmaßnahme. Professionalität wird verstanden als Voraussetzung für das Hervorbringen einer besonderen Handlungsstruktur, die es ermöglicht, in der Alltagspraxis auftretende Handlungsprobleme wissenschaftlich reflektiert zu deuten und zu bearbeiten (vgl. Schaeffer 1994: 106). Der Begriff der Professionalisierung kann sich sowohl auf den Prozess der Verberuflichung im Sinne einer Neukonstitution eines Berufsbildes als auch auf den Vorgang der Aufwertung eines bereits existierenden Berufs im Sinne von Akademisierung und Verwissenschaftlichung beziehen (vgl. Nittel 2000). Charakteristische Elemente der Professionalisierung sind: Höherqualifizierung, Formalisierung und Akademisierung der Ausbildung, Kontrolle des Berufszugangs und der Qualifikation durch Fachprüfungen, Organisation der Berufsangehörigen in Berufsverbänden, Kodifizierung berufsethischer Normen, Zunahme universeller Leistungsorientierung und beruflicher Autonomie.

Die bisherigen Untersuchungen, die sich mit Professionalisierungs- und Arbeitsmarktchancen von PH-Absolventen in Deutschland beschäftigen, können in folgende Gruppen unterteilt werden: Bedarfsschätzungen (vgl. Rosenbrock et al. 1993; Noack/Noack 1995), Analysen des Stellenmarktes (vgl. Rübiger et al. 1993; Lorenz/Pundt 1996b) und des Berufsbildes von Gesundheitswissenschaftlern (vgl. Schnabel 1995), Befragungen (potenzieller) Arbeitgeber (vgl. DVGE 1993; Schienkiewitz et al. 2001) sowie Verbleibsanalysen von MPH-Absolventen und -Studierenden (Dierks et al. 1995, 1996; Flaschka/Schnabel 1996; Lorenz/Pundt 1996a; PHAD 2000). Die größten Unsicherheiten in diesem multidisziplinären Berufsfeld existieren hinsichtlich der in der Zukunft konkret benötigten Qualifikationen, der Arbeitsmarktchancen verschiedener Berufsgruppen sowie des Wandels von Berufsbildern. Dazu werden empirisch fundierte Studien benötigt.

Wir haben deshalb im Jahr 1999/2000 Absolventen zu ihrem beruflichen Verbleib, ihrer aktuellen beruflichen Situation, ihrer rückblickenden Einschätzung des Studiums, ihrer Berufsrolle und zu den Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen ihrer Tätigkeiten befragt. Einige ausgewählte Ergebnisse sollen hier vorgestellt werden. Im Mittelpunkt der empirischen Erhebungen standen Telefoninterviews mit 145 der insgesamt 154 Absolventen aus den ersten fünf Jahrgängen (= 94 % Responserate). Die Befragung fand im Sommer 1999 statt und erfolgte damit je nach Absolventenjahrgang zwischen einem halben Jahr und viereinhalb Jahren nach Erlangung des MPH-Abschlusses.

Ergänzend wurden 14 PH-Absolventen unterschiedlicher Herkunftsdisziplinen, welche in hoch relevanten PH-Arbeitsfeldern arbeiten, mittels leitfadengestützter Interviews zu ihrer professionellen Identität und zu ihrem Handeln als Gesundheitswissenschaftler befragt.

Auf diese Weise erfolgte eine umfassende Bestandsaufnahme zum Thema »Beschäftigungsfelder und Tätigkeitsbereiche von Berliner Public Health-Absolventen« unter Einbeziehung der Haltungen und Einstellungen der Befragten zum Professionsfeld Gesundheitswissenschaften und zu ihrer diesbezüglichen beruflichen Identität.

## *2. Ergebnisse der Telefoninterviews*

Bei der Zulassung zum Studium waren die befragten Studierenden im Mittel 34 Jahre alt und verfügten über durchschnittlich fünf Jahre praktischer Berufserfahrungen. Der Berliner Studiengang bildete bisher deutlich mehr Frauen als Männer zum MPH aus: Mehr als zwei Drittel (= 69 %) der befragten Absolventen wie auch der Studierenden waren Frauen. Insgesamt konnten 100 Frauen (von insgesamt 107) und 45 Männer (von insgesamt 47) aus 28 unterschiedlichen Erstqualifikationen/Berufen mit MPH-Abschluss telefonisch befragt werden. Von den 145 befragten Absolventen gehörten 40 der Berufsgruppe der »Mediziner« an, das entspricht einem Anteil von 28 %. 58 (= 40 %) hatten einen im weiteren Sinne sozialwissenschaftlichen Studienabschluss (u.a. Politologen, Soziologen, Psychologen, Ethnologen, Pädagogen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen), 47 (= 32 %) gehörten zur Gruppe der »Sonstigen Berufe« (u.a. Ingenieure, Pharmazeuten, Biologen, Betriebswirte). 22 % aller PH-Absolventen verfügten über einen Fachhochschulabschluß, 78 % über einen Hochschulabschluß. Die Herkunftsdisziplinen der befragten Berliner Absolventen und deren Anteil zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 1: Erstqualifikationen der befragten PH-Absolventen (Nges. = 145)

Erstqualifikation	Häufigkeit (abs.)	Prozent
Medizin	40	27,6
Sozialarbeit	25	17,2
Psychologie	10	6,9
Ingenieurwissenschaften.(Informatik, Maschinenbau u.a.)	10	6,9
Soziologie/Sozialwissenschaften	9	6,2
Pharmazie	9	6,2
Politologie	7	4,8
BWL-VWL	5	3,4
Biologie	5	3,4
Ethnologie	4	2,8
Ernährungswissenschaften/Ökotoxikologie	4	2,8
Pädagogen/Lehramt	4	2,8
Pflegewissenschaften	3	2,1
Erziehungswissenschaften/Dipl. Päd.	3	2,1
Rechtswissenschaft	2	1,4
Andere Qualifikationen	5	3,4
Gesamt	145	100,0

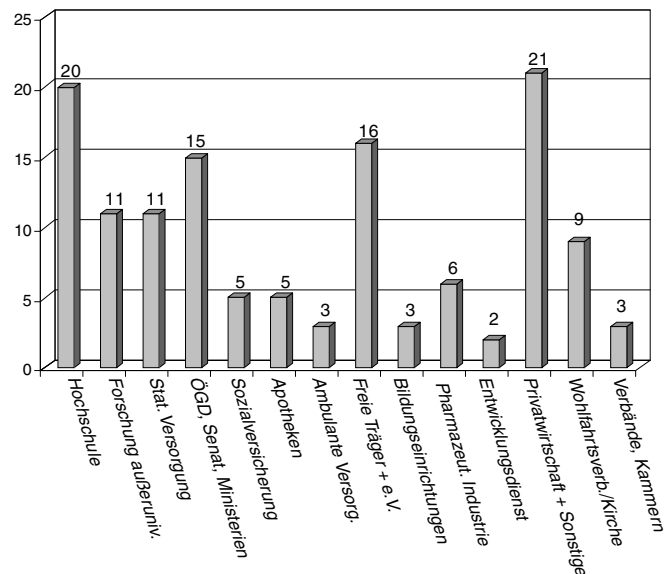
### 2.1 Aktuelle Beschäftigung

Zur Analyse der beruflichen Orientierung haben wir die Aussagen der Absolventen bezüglich ihrer aktuellen Beschäftigungssituation dokumentiert. Von den 145 befragten Absolventen arbeiteten 113 (= 78%) als Angestellte, 13 (= 9%) als Freiberufler und 4 (= 3%) als Beamte. 15 Absolventen waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht beschäftigt, hiervon jeweils sechs arbeitssuchend bzw. im Erziehungsurlaub und drei in einer Weiter- oder Fortbildungsmaßnahme. Abbildung 1 zeigt, in welchen Institutionen und Einrichtungen die Befragten beschäftigt waren.

15% der Absolventen arbeiten an Hochschulen, an denen wissenschaftsorientierte Tätigkeiten in Forschung und Lehre angesiedelt sind. Der Bereich der außeruniversitären Forschung ist mit 9% ebenfalls relativ häufig vertreten. Auf Arbeitgeber aus der Privatwirtschaft entfallen 15% der Nennungen. Es folgen die freien Träger mit 12% und der Öffentliche Gesundheitsdienst, Senatsstellen und Ministerien mit zusammen ebenfalls 12%. Verbände und kirchliche Träger fungieren in 7% der Fälle als Arbeitgeber (insbesondere für Absolventen mit sozialwissenschaftlichen Erstqualifikationen). Der Anteil der Absolventen, die bei Sozialversicherungen einer Beschäftigung nachgehen, war 1999 noch gering (n = 5).

Entsprechende Tätigkeiten sind vor allem im Berufsfeld der »Neuen Versorgungsformen« angesiedelt und werden überwiegend erst seit 1996 ausgeübt.

Abbildung 1: Beschäftigungsträger in der aktuellen Berufstätigkeit 1999  
(Nges. = 130)



Die vorwiegenden beruflichen Tätigkeitsfelder der MPH-Absolventen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Dabei sind mögliche Überschneidungen zu berücksichtigen. So können z.B. in der Versorgung auch forschungsbezogene oder managementbezogene Tätigkeitsfelder eine Rolle spielen.

Hiernach überwiegen – besonders bei Sozialarbeitern/Sozialpädagogen und Medizinern – versorgungsnahe Tätigkeiten im psychosozialen und sozialpsychiatrischen Bereich. Es folgen Tätigkeiten in der Forschung und im Bildungsbereich. Die Bereiche Krankenhausmanagement und Beratung/Consulting (jeweils: n = 4) sind 1999 noch wenig verbreitet; Tätigkeiten in diesen Bereichen wurden in den meisten Fällen erst nach Abschluss des Studiums neu aufgenommen. Auch International Health ist nur gering vertreten, da dieser Bereich kein Schwerpunkt des Berliner PH-Studiengangs ist und seit dem Jahr 2000 an der Humboldt Universität zu Berlin als eigener Studiengang angeboten wird.

Tabelle 2: Tätigkeitsfelder von berufstätigen PH-Absolventen 1999 (Nges. = 130)

Tätigkeitsfelde	Häufigkeit (abs.)
Psychosoziale u. sozialpsychiatrische Versorgung	32
Bildungsbereich	13
Epidemiologische Forschung	9
(Neue) Versorgungsformen u. Versorgungsmanagement	8
PH-Forschung allgemein	8
Ambulante u. stationäre Versorgung	8
Pharmaindustrie	7
Pflege(management)	7
Apothekentätigkeit	5
Öffentlichkeitsarbeit/Journalismus	5
Krankenhausmanagement	4
Beratung/Consulting	4
Wiss. Mitarbeiter in Forschung und Lehre	3
International Health	2
Andere Felder/Bereiche	15
Gesamt	130

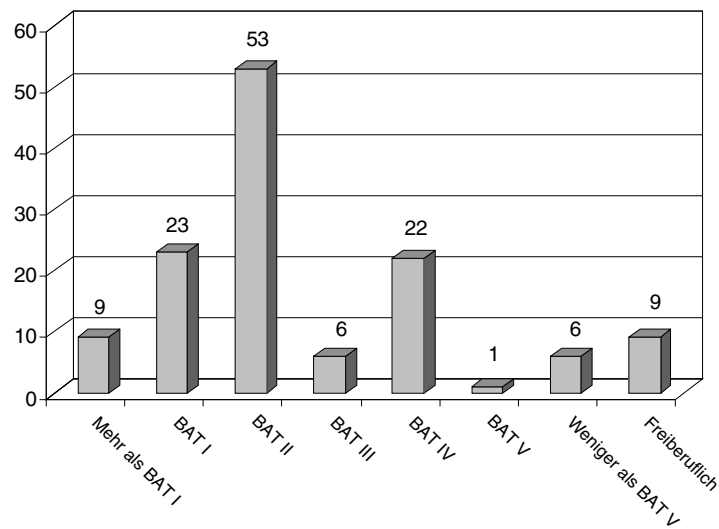
In einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung 44 % aller Befragten (n = 64). 21 % der Absolventen (n = 31) hatten eine befristete Vertragsdauer von 2-5 Jahren, bei 10 % (n = 6) war die Beschäftigung auf 1-2 Jahre und bei 2 % (n = 3) auf 6-12 Monate befristet. Neun Absolventen (7%) gaben an, freiberuflichen Tätigkeiten nachzugehen. Unbefristete Beschäftigungsverhältnisse finden sich besonders häufig in den Bereichen »Psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung« (19 Absolventen, 66 % der in diesem Berufsfeld Beschäftigten), »Neue Versorgungsformen« (6 Absolventen, 75 % der in diesem Feld Beschäftigten) und bei fortgeführten klassischen »Apothekentätigkeiten« (5 Absolventen, 100 % der dort Beschäftigten).

Ein Indikator für die ausbildungsadäquate Beschäftigung ist die Gehaltseinstufung in der gegenwärtigen Berufstätigkeit (siehe Abbildung 2).

Angegeben wurde, in welcher Vergütungsgruppe nach BAT (bzw. analog hierzu) die Absolventen 1999 angesiedelt waren. Bemerkenswert ist, dass insgesamt 59 % der 145 befragten Absolventen ein der Ausbildung adäquates Gehalt von mindestens BAT II verdienten, 22 % aller Absolventen verdienen sogar BAT I oder mehr. Ein Gehalt auf BAT III- und BAT IV-Niveau erzielten 19 %. Freiberuflich tätig und damit nicht kategorisierbar waren 6 % der Absolventen. 5 % der Absolventen mussten

sich mit einem eindeutig nicht ausbildungsadäquaten Verdienst nach BAT V und weniger begnügen.<sup>2</sup>

Abbildung 2: Gehalt in der aktuellen Berufstätigkeit 1999 (Nges. = 130)



Interessanterweise war das Gehaltsniveau bei den PH-Absolventen mit Erstabschluss FH keineswegs generell geringer als bei denjenigen, die über einen Universitätsabschluss verfügen. So verdienten 29% der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit MPH in ihrer aktuellen Berufstätigkeit mindestens BAT II. Andererseits finden sich in der Gruppe mit einem Gehalt von BAT V und weniger ausschließlich Befragte mit universitärer Erstausbildung, darunter drei Politologen, die es in der Regel relativ schwer haben, adäquate Beschäftigungspositionen im Gesundheitssektor zu erlangen.

Die zentrale Frage der Untersuchung lautete: Lohnt sich die MPH-Weiterbildung für die Studierenden und den PH-relevanten Arbeitsmarkt? Konkret:

- In welchem Maße sind die beruflichen Tätigkeiten tatsächlich PH-relevant?
- Werden diese Tätigkeiten ausbildungsadäquat entlohnt?
- Lassen sich PH-Ansätze in der beruflichen Praxis verwirklichen?

Diesbezüglich ist zunächst einmal auf die hohe Zahl ausbildungsadäquat beschäftigter – und bezahlter! – PH-Absolventen zu verweisen. Allerdings ist diese Tatsache auch darauf zurückzuführen, dass viele Absolventen bereits vor ihrem PH-Studium einer qualifikationsadäquaten Beschäftigung nachgegangen waren und diese im Anschluss an das PH-Studium zu einem beträchtlichen Teil (36 %) fortgeführt haben.

Profitieren können MPH-Absolventen von der Weiterqualifizierung auf vielfältige Weise. Entscheidend ist dabei aber, mit welcher Motivation die Studierenden diese zweijährige Weiterbildung gewählt haben und mit welchen Erstqualifikationen und beruflichen Vorerfahrungen das Studium aufgenommen wurde. Zusammenfassend lassen sich hier folgende Aussagen treffen:

- *Fortgesetzte Berufstätigkeiten* finden sich besonders häufig in der Versorgungspraxis und im öffentlichen Gesundheitsdienst, vor allem in der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung. Beschäftigte dieser Kategorie haben zu einem hohen Anteil (82 %) unbefristete Arbeitsverträge und befinden sich zu 83 % im Angestelltenverhältnis. 56 % von ihnen verdienen mindestens BAT II, 30 % BAT IV und BAT III (die meisten davon mit FH-Erstqualifikation Sozialarbeit/Sozialpädagogik). Bei 60 % aller fortgeführten Tätigkeiten hatten sich allerdings Veränderungen im Sinne von Erweiterungen der Verantwortungsbereiche und Entscheidungskompetenzen, eines Zuwachses PH-bezogener Aufgaben, einer höheren tariflichen Einstufung und eines Aufstiegs in der Hierarchieebene ergeben. Diese Veränderungen führen zu einer höheren Zufriedenheit in den ausgeübten Berufstätigkeiten.
- *Neu aufgenommene Berufstätigkeiten* finden sich nicht nur in den klassischen Versorgungsbereichen, sondern gerade auch in »jungen« Berufsfeldern wie der PH-Forschung, den neuen Versorgungsformen, dem Krankenhausmanagement und dem Bereich Beratung/Consulting. Allerdings sind Tätigkeiten in der PH-Forschung in der Regel befristet. Die Aufnahme neuer PH-relevanter Tätigkeiten führt zu einer erhöhten beruflichen Zufriedenheit der betreffenden Personen. Diese betonen auch in besonderem Maße die Umsetzung von PH-Aspekten in der Berufspraxis. 73 % der neu aufgenommenen Berufstätigkeiten werden mindestens gemäß BAT II – und damit ausbildungsadäquat – entlohnt.

Gesundheitswissenschaftliche Qualifikationen werden zunehmend benötigt, da sich durch Umstrukturierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen klassische Aufgabenbereiche in der Versorgung erweitern und zur gleichen Zeit neue Tätigkeitsfelder (etwa in den Bereichen Beratung/



Consulting, Versorgungsmanagement, PH-Forschung) mit neuartigen Qualifikationsanforderungen entstehen. Betrachtet man die Beweggründe der PH-Absolventen für die Aufnahme neuer beruflicher Tätigkeiten, stehen besonders Wünsche nach mehr PH-Relevanz und nach verbesserten Verdienstmöglichkeiten sowie die Befristung der vorangegangenen Beschäftigung im Vordergrund.

Ein Großteil der befragten PH-Absolventen nimmt berufliche Positionen ein, die direkt unterhalb der Führungsebene angesiedelt sind. Die Einkommensverhältnisse entsprechen überwiegend BAT I und II, bei FH-Erstqualifikation im Bereich Sozialarbeit/Sozialpädagogik häufig BAT IV und BAT III. Damit bewegen sie sich auch auf dem ausbildungsadäquaten Niveau der Erstqualifikation. Die besten Verdienstmöglichkeiten mit einer Entlohnung von mindestens BAT II bieten die Arbeitsfelder »Neue Versorgungsformen« (100%), »Tätigkeiten in der Pharmaindustrie« (100%), »PH Forschung« (88%) und »Tätigkeiten in der ambulanten und stationären Versorgung« (88%). Im Bereich »Psycho-soziale und sozialpsychiatrische Versorgung« verdienen dagegen nur 52% ein Gehalt, das mindestens BAT II entspricht, da dieser Bereich zu einem hohen Anteil von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen besetzt wird. Unter denjenigen »neuen« Tätigkeitsfeldern, in denen relativ wenig verdient wird, sticht der Bereich »Beratung/Consulting« hervor; hier werden besonders häufig Verdienste entsprechend BAT IV und BAT III genannt. Einrichtungen in diesem Bereich befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung überwiegend noch in der Gründungs- und Akquirierungsphase.

Auf die Entwicklung des Gesundheitswesens in Richtung PH nehmen die Absolventen nach eigenen Angaben vor allem durch vernetzungs- und strukturbezogene Tätigkeiten, durch Evaluation und Qualitätssicherung, durch Gesundheitsförderung, zukunftsorientierte Planung und Management sowie durch Forschungstätigkeiten und wissenschaftliche Studien Einfluß. Die größte Zustimmung, was den Beitrag zur Entwicklung des Gesundheitswesens in Richtung PH betrifft, erzielten innovative PH-Tätigkeitsfelder wie die neuen Versorgungsformen, die PH-Forschung, das Krankenhausmanagement, die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Bereiche Consulting/Beratung und International Health. Eine eher geringe PH-Relevanz wurde Tätigkeiten in der Pharmaindustrie, in Apotheken und im Pflegebereich zugeschrieben.

Vor allem Befragte, die aufgrund ihrer Erstqualifikation über ein weniger klar profiliertes Berufsbild verfügen und deshalb bereits vor dem MPH-Studium Probleme hatten, sich beruflich zu verwirklichen, gaben in der Untersuchung an, arbeitssuchend zu sein. Zu dieser Gruppe gehören

insbesondere Politologen und Ethnologen, aber auch ein Teil der Soziologen bzw. Sozialwissenschaftler. Eine Reihe von PH-Absolventen mit diesen Erstqualifikationen nahm Berufstätigkeiten auf, die zwar einen fachlichen Bezug zum PH-Studium aufweisen, aber nicht die erwünschte qualifikationsadäquate Position als PH-Professional bringen. Fachhochschulabsolventen dagegen hatten zumeist schon in ihrer ersten Beschäftigung nach der Erstqualifikation ein Einkommen von mindestens BAT IV und erreichten im Anschluss an die MPH-Ausbildung (und teilweise durch zusätzliche Fort- und Weiterbildungen) zu einem Anteil von 39% Beschäftigungspositionen mit einer Entlohnung von mindestens BAT II.

### *2.2 Positiv- und Negativerfahrungen im Studium*

Im Rückblick auf die Erfahrungen im Studium betonen PH-Absolventen besonders die Strukturqualität des Studiengangs (u.a. die Multidisziplinarität, die Theorie-Praxis-Integration, Kontaktmöglichkeiten). Kritisiert werden lediglich einzelne Bestandteile bzw. Aspekte des Ausbildungsprogramms. Dazu gehören insbesondere einige Lehrveranstaltungen und Dozenten sowie die unzureichende Motivation einzelner Kommilitonen. Insbesondere von Frauen wurde auch die hohe zeitliche Beanspruchung durch das PH-Studium angemerkt. Zur strukturellen Qualität des Studiums trug nach Meinung der MPH-Absolventen die Betreuung seitens der Studiengangskoordination und der im Studiengang lehrenden Dozenten maßgeblich bei. Als besonders positiv hervorgehoben wurden außerdem die Lehrveranstaltungen, in denen »soft skills« (Moderation, Rhetorik, Präsentation) Berücksichtigung fanden sowie die methodisch orientierten Studienfächer (u.a. Epidemiologie, quantitative und qualitative Methoden, Forschungsmethoden).

### *3. Kurzergebnisse der Intensivinterviews*

Im Rahmen der Verbleibsuntersuchung wurden zur Vertiefung ergänzende, leitfadengestützte Interviews mit 14 PH-Absolventen durchgeführt, die unterschiedliche Erstqualifikationen aufweisen und alle in PH-relevanten Berufsfeldern tätig waren. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Ziel dieses Teils der Untersuchung war unter anderem, ein differenzierteres Bild von der Berufsrollenidentität, dem beruflichen Selbstverständnis und der Zufriedenheit der Absolventen zu gewinnen. Ferner ging es auch darum, deren Sicht auf die spezifische Qualität PH-bezogenen Wissens herauszuarbeiten.

### 3.1 Berufsrollenidentität, berufliches Selbstverständnis und Zufriedenheit der Absolventen

PH-Absolventen sehen sich in ihrer Berufsrolle vorrangig als Angehörige der Berufsdisziplin behandelt, zu der sie durch ihre Erstqualifikation gelangt sind. PH erscheint insofern eher als ergänzendes Qualifikationselement, das zwar für die Berufstätigkeit durchaus bedeutsam ist, bislang aber keine eigenständige professionelle Rollenidentität begründet. Als entscheidend für die berufliche Positionierung und die möglichen Tätigkeitsfelder erweist sich vielmehr die Erstqualifikation. In der Reflexion der beruflichen Aufgaben und Tätigkeiten gewinnt die Erstqualifikation auch deshalb eine dominierende Bedeutung, weil auf dem Stellenmarkt kaum universelle Gesundheitswissenschaftler gesucht werden und keiner der Absolventen als originärer Gesundheitswissenschaftler seine berufliche Tätigkeit gefunden hat.

Dennoch betonen die PH-Absolventen, dass sich ihr beruflicher Handlungshorizont durch PH-bezogene Kompetenzen erweitert hat. Eine solche Erweiterung sehen sie nicht zuletzt in der Übernahme einer professionellen Funktion, deren Spezifik darin liege, als »verändernder Akteur«, »Integrationsagent« oder »change agent« innerhalb von Strukturen der Gesundheitsversorgung zu wirken. Die Realisierung des mit dem Leitbild des »Change agent« (vgl. Noack/Rosenbrock 1994) verbundenen Anspruchs »gegendentenzieller« Arbeit erweist sich nach Angaben der PH-Absolventen in der alltäglichen Berufspraxis aufgrund struktureller und finanzieller Barrieren jedoch als sehr anstrengend und mühsam:

»Also auch die Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen und zu versuchen, diese für Patienten zu verbessern, zu optimieren, zu verändern im Sinne von »change agent«. Das ist eigentlich mein Anliegen und das auch wirklich konsequent gegen alle diesen Widerstände, mit denen ich da auch konfrontiert bin, weiterhin zu machen.«

»Wenn überhaupt Berufsbild, dann »change agent«, trotz der Basiswissenschaft Epidemiologie für PH. Aber für mich im Rahmen von Versorgungsmanagement und Versorgungsgestaltung kommt diese eher visionäre Anforderung an einen »change agent« heran. Der Gesundheitswissenschaftler in Form eines »change agent« ist sehr mühsam zu verwirklichen.«

Ein Problem der »Gesundheitswissenschaften« als »Multidisziplin« (Rosenbrock 1997: 3) besteht sicherlich in einer gewissen Unschärfe ihres Profils nach außen hin. Dies führt dazu, dass die Absolventen ihre

Rolle als Gesundheitswissenschaftler in ihrem beruflichen Umfeld immer wieder definieren und erklären müssen. Von mehreren Absolventen wird hervorgehoben, dass sie zuweilen in Rollenkonflikte geraten, die ihren Ursprung in der Breite und Komplexität des von ihnen vertretenen PH-Ansatzes haben. Die komplexe Orientierung von PH scheint für die beruflichen Kooperationspartner der Absolventen oftmals schwer »handhabbar« zu sein; die ursprünglichen Herkunftsdisziplinen sind – auch weil sie über eine längere Tradition verfügen – im allgemeinen besser bekannt und leichter einzuordnen.

Die PH-Absolventen sind von daher mit einem doppelten Problem konfrontiert: Einerseits lässt sich eine berufliche Rollenidentität *als Gesundheitswissenschaftler* nicht umstandslos durch den Bezug auf einen festgefügtten und allgemein akzeptierten »Kanon« professionellen Wissens und Handelns herstellen. Andererseits kann sich ihre berufliche Rollenidentität auch nicht mehr ausschließlich aus Elementen des in der Erstqualifikation angeeigneten Berufsbildes »speisen« – die PH-Absolventen sind (auch vom subjektiven Anspruch her) eben »mehr« (bzw. etwas »anderes«) als Mediziner, Sozialarbeiter usw. Vor diesem Hintergrund gewinnen die Problembezüge und Funktionen der *realen Berufspraxis* für die Identifikation der eigenen Berufsrolle eine zentrale Bedeutung. Die Erstausbildung und die zusätzlich erworbene PH-Qualifikation sind somit zwar wichtige Voraussetzungen für das berufliche Handeln, eine neue berufliche Identität bildet sich aber wesentlich über die Verarbeitung von Erfahrungen in der konkret ausgeübten Tätigkeit heraus. Beispielfhaft sei hier die Aussage eines befragten Psychologen angeführt:

»Eines ist schon wahr, dass jetzt die Identifikation mit einem bestimmten Beruf oder mit einem bestimmten Image eines Berufes durch diese Qualifikation schon ein bisschen verwässert wurde. Also, dass die Qualifikation so breit angelegt ist, ist ein Vorteil. (...) Dass es eigentlich nicht mehr darauf ankommt, was ist man, oder welchen Beruf hat man, sondern viel stärker, welche Funktion übt man aus. Und das ist bei mir extrem so, dass ich mich über die Funktion definiere, die ich ausübe. Und dass das Berufsbild, das eigentliche Image weitgehend auf der Strecke bleibt.«

Wie stark sich eine neue berufliche Rollenidentität ausbilden kann, hängt jedoch nicht nur von inhaltlichen, sondern auch von statusbezogenen Aspekten dessen ab, »was man real tut«. Vor allem Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit FH-Abschluss knüpfen an das PH-Studium die Erwartung eines beruflichen Aufstiegs mit erweiterten Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten (und entsprechend höherer Bezahlung). Wird diese Erwartung nicht oder nur in sehr beschränktem Maße erfüllt, so kann dies – auch wenn man die PH-Qualifikation durchaus als Bereicherung

des eigenen Handlungsrepertoires erfährt – zur Quelle von Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation führen:

»Mein berufliches Selbstverständnis hat sich schon sehr geändert. Es ist ja auch so, dass ich für viele Gremien, wo sonst Sozialarbeiter nicht drinsitzen, eben auch verlangt werde. Da habe ich natürlich schon ein anderes Selbstverständnis. Mit dem PH-Gedanken schätze ich mich auch anders ein. Aber mir fehlt doch manchmal die Gratifikation für das, was ich tue. Und da entsteht auch Unzufriedenheit. Und dass es ungemein schwer ist, von unteren Hierarchieebenen ausgehend etwas zu verändern. (...) Dieses ›Gesundheitswissenschaftler‹ geht mir immer noch schwer über die Lippen, weil ich finde, wenn man sagt, ›ich bin Gesundheitswissenschaftler‹, wird ja eigentlich auch erwartet, dass man jetzt auch wissenschaftlich arbeitet. Ich arbeite aber praktisch und nicht wissenschaftlich. Ich arbeite in der Versorgungssteuerung. (...) Doch ich denke schon, dass Public Health für mich eine riesengroße Rolle spielt, dass ich mich jetzt einfach an viele Bereiche heranwage, an die ich mich früher nicht getraut habe, und dass ich in der Praxis eine ganze Menge bewirke und bewirkt habe.«

Wie dieses Beispiel zeigt, kann PH – verstanden im Sinne eines »Ansatzes«, einer bestimmten Sichtweise auf bzw. Herangehensweise an Probleme der Gesundheitssicherung – den Absolventen durchaus zu einer anspruchsvolleren und als wirksamer erfahrenen Tätigkeit verhelfen. Auch zeigt sich, dass im Sinne von PH erweiterte Kompetenzen in den Institutionen des Gesundheitssystems – etwa bei der Planung und dem Management von Versorgungsstrukturen – tatsächlich gebraucht und »nachgefragt« werden. Um PH-Orientierungen den eigenen Vorstellungen und qualifikatorischen Kompetenzen entsprechend umsetzen zu können, bedarf es aus Befragtensicht allerdings beruflicher Statuspositionen, die weiter reichende Entscheidungsbefugnisse und Einflussmöglichkeiten (sowie entsprechend höhere Gratifikationen) beinhalten als jene, die PH-Absolventen (insbesondere solche mit FH-Erstabschluss) häufig einnehmen.

Auch im Falle der befragten Mediziner kann gesagt werden, dass das professionelle Selbstverständnis durch PH eine Erweiterung und Stärkung erfahren hat. Einige unterstreichen, dass sie durch die Erfahrungen multidisziplinärer Zusammenarbeit im Studium nun umsichtiger und sorgfältiger, aber auch offener mit unterschiedlichen Meinungen umgehen können. Durch die Verinnerlichung der multidisziplinären Betrachtungsweisen von PH bewegt sich ihr eigenes berufliches Rollenverständnis weg vom traditionellen Bild der Ursprungsdisziplin. Ein zum Zeitpunkt der Befragung in der epidemiologischen Forschung tätiger Zahnmediziner meint hierzu:

»Na, mein Selbstverständnis hat sich verändert. Ich war nie der typische Zahnarzt, der Klischee-Zahnarzt. Aber das, was ich an Klischees erfüllt habe, denke ich, ist noch weiter abgebaut worden. Also ich bin schon bestrebt, mir auch Informationen zu verschaffen, andere Meinungen, andere Tendenzen aufzunehmen und nicht gleich zu bewerten, oder vielleicht sogar ablehnend zu bewerten.«

Allerdings fällt es auch der – traditionell mit einem hohen Status versehenen – Berufsgruppe der Mediziner immer wieder schwer, die eigene Qualifikation als Gesundheitswissenschaftler nach außen hin zu verdeutlichen, da dieses Tätigkeitsfeld gegenüber klassischen medizinischen Aufgaben als wesentlich breiter und damit auch eher als diffus erscheint. Auch wenn sie sich in ihrem Beruf gerne als originäre Gesundheitswissenschaftler wahrgenommen sähen, akzeptieren sie notgedrungen, dass sie primär doch als Mediziner gelten und ihre Besonderheit lediglich mit einer Art »Zusatzbezeichnung« demonstrieren können:

»Ich höre am liebsten Gesundheitswissenschaftlerin. Das wäre mein Traum. Aber ich bin eine Medizinerin mit Qualifikationen in Richtung Public Health, das muss man realistischerweise sagen.«

### *3.2 Wissensbezug/Problemlösungswissen durch PH*

Wir wollten von den Absolventen erfahren, welches Wissen sie sich im PH-Studium angeeignet haben und wie sie dieses Wissen charakterisieren. Im Mittelpunkt der diesbezüglichen Interviewaussagen steht der Erwerb von problemlösungsorientiertem Wissen sowie von Fähigkeiten, dieses Wissen praxisorientiert anzuwenden und umzusetzen. Gleichzeitig wird auf die Vielgestaltigkeit von PH-Problemen und die Differenziertheit darauf bezogener Lösungsansätze hingewiesen. Nun zeichnen sich PH-Qualifikationen nach Auffassung der Absolventen zwar besonders durch die Kompetenz zur Integration unterschiedlicher einzeldisziplinärer Perspektiven aus. Ein die Multidisziplin PH charakterisierendes übergreifendes Theorie- und Problemlösungswissen wird indes nicht gesehen, angesichts der Heterogenität PH-relevanter Problem- und Handlungsfelder wird auch bezweifelt, ob eine besondere, systematische »PH-Theorie« überhaupt möglich und erforderlich ist. Die Synthese unterschiedlicher Theorie- und Methodenansätze erscheint vielmehr als eine Aufgabe, die in spezifischem Bezug auf konkrete Problemlösungsbedarfe immer wieder aufs Neue von den PH-Experten geleistet werden muss (wobei nicht ausgeschlossen wird, dass der sukzessive reichhaltiger werdende Erfahrungs- und Wissenbestand auch vermehrt Ansatzpunkte für Verallgemeinerungen und Systematisierungen bietet):

»Wir haben unheimlich viel Wissen erworben, wir haben uns auch viele Methoden und Instrumente angeeignet und davon ist, glaube ich, wenig bis gar nichts systematisiert. Also es ist bei mir nicht so angekommen und ich arbeite auch nicht so. Ich muss es mir ja auch immer wieder neu zusammenholen. Also das würde ich zurückgeben: Ich glaube, dazu tragen Studierende und Absolventen der unterschiedlichen Disziplinen direkt bei, dass es umfassend und vielleicht auch systematisch wird. (...) Davon lebt Public Health ja.«

Die Bedeutung des PH-Studiums ist zum einen darin zu sehen, dass es Anschluss an unterschiedliche wissenschaftliche Theorieperspektiven, Methodenansätze und Erkenntnisse liefert und dazu befähigt, diese für den Entwurf und die Umsetzung von Handlungsprogrammen zur Lösung struktureller sowie populationsbezogener Probleme der Gesundheits-sicherung zu nutzen. Zum anderen erleichtert es – gerade durch die konzeptionelle Vielfalt des vermittelten Wissens – die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsrolle und -praxis und trägt damit zu einem reflektierteren Handeln im Berufsalltag bei.

### *3.3 Charakterisierung des Studiums aus der Sicht der Absolventen*

Die Interviewpartner charakterisieren das PH-Studium als empfehlenswert und bereichernd für die Berufspraxis und heben hervor, dass es die Ursprungsqualifikationen sinnvoll ergänzt hat. Unter den befragten *Medizinern* wird auch die Auffassung geäußert, dass sich die im PH-Studium erfolgte Beschäftigung mit den gesellschaftlichen, ökonomischen und Managementaspekten von Gesundheit und Krankheit für sie letztlich als interessanter und wichtiger erwiesen habe als es eine fortgesetzte Beschäftigung mit herkömmlicher biomedizinischer Forschung oder Krankenbehandlung gewesen wäre. Das PH-Studium wird besonders solchen *Medizinern* empfohlen, die den Handlungsrahmen ihrer Herkunftsdisziplin als zu eng empfinden und sich daher alternative Berufsfelder erschließen wollen:

»Ich würde es empfehlen, sowohl für die berufliche wissenschaftliche Weiterentwicklung, als auch für die persönliche Weiterentwicklung. (...) Ich würde immer darauf abheben, dass es eigentlich nur für solche Leute in Frage kommt, die eben nicht scheuklappenmäßig ihren Bereich versuchen abzustecken und zu verteidigen gegenüber anderen, sondern im Gegenteil auch Althergebrachtes zur Diskussion bringen. (...) Und eben die Dinge von verschiedenen Seiten zu beleuchten und auch die anderen maßgeblichen Beweggründe derer, die sonst im Bereich des Gesundheitswesens eine Rolle spielen, kennen zu lernen und in die eigenen Entscheidungen und einzelnen Ansichten mit einzubauen.«

Die sozialwissenschaftlich ausgebildeten PH-Absolventen geben zu bedenken, dass angesichts des breiten Fächerangebotes genaue Zielvorstellungen vorhanden sein sollten, um sich im Studium orientieren und den recht breit angelegten sozialwissenschaftlichen Erstqualifikationen ein beruflich verwertbares Profil geben zu können:

»Man versucht sich etwas Gemeinsames zu erarbeiten, man braucht dafür ein bisschen Geduld, und man sollte dieses Studium eigentlich nicht wählen, wenn man völlig orientierungslos ist, nur um die Zeit zu überbrücken, zu parken oder was auch immer. Ja, ich würde das Studium vor allen Dingen auch so charakterisieren, dass es absolut Interessen ausbilden muss. (...) Vier Semester sind sehr schnell vorbei, wenn man in der Zeit nicht irgendwie einen roten Faden gefunden hat und sich um etwas Besonderes gekümmert hat, dann ist das verschenkte Zeit. Es ist so ein großer bunter Blumenstrauß, den man angeboten bekommt, aber er ist noch nicht so richtig gebunden.«

### *3.4 Mitgliedschaft/Organisation in Berufsverbänden*

In unserer Erhebung ging es auch um die professionstheoretisch relevanten Fragen nach der Selbstorganisation der neuen Gruppe von PH-Experten in Berufsverbänden und nach deren Fähigkeit zur Besetzung eines »exklusiven« Berufsfeldes in Verbindung mit der Kontrolle über den Qualifizierungsprozess. Die Bedeutung von Berufsverbänden liegt darin, dass sie einerseits »nach außen« eine Funktion als politisches Artikulations- und Durchsetzungsinstrument haben, ihnen andererseits aber auch eine homogenisierende und solidarisierende Funktion »nach innen« zukommt. In welchem Maße sie diese Funktionen tatsächlich erfüllen, hängt allerdings vom institutionalisierten Zugang zu politischen Entscheidungsprozessen, von der internen Bindungswirkung und nicht zuletzt vom Organisationsgrad ab. Von den befragten Absolventen waren nur wenige in einem der existierenden PH-Berufsverbände (DVGE – Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften [Public Health] e.V., PHAD – Public Health Absolventen Deutschlands) oder dem Fachverband DGSMP (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention) organisiert<sup>3</sup>, obwohl die Notwendigkeit einer Interessenvertretung durch einen selbstverwalteten Berufsverband in den Interviews mehrfach betont wurde. Berufspolitisch sind die genannten Verbände nach Wahrnehmung der PH-Absolventen bislang nur wenig bzw. gar nicht in Erscheinung getreten. Es ist zu vermuten, dass der berufsverbandliche Organisationsgrad bei Gesundheitswissenschaftlern u.a. deshalb so gering ist, weil PH bislang kein klar abgegrenztes Qualifikationsprofil, kein homogenes Berufsbild und damit auch keine spezifische



professionelle Gruppenidentität begründet. Nach wie vor hat PH lediglich den Status einer – überdies noch nicht einmal einheitlich strukturierten – Zusatzqualifikation für ein ansonsten sehr heterogenes Spektrum an Berufsdiziplinen. Es ist zur Zeit auch nicht absehbar, dass bestimmte berufliche Tätigkeiten ausschließlich ausgebildeten (postgradualen) Gesundheitswissenschaftlern vorbehalten sein könnten. Angesichts der Breite von möglichen Berufsfeldern scheint es eher ungewiss zu sein, ob es zu einer Ausdifferenzierung eines spezifischen PH-Berufsbildes jenseits forschungsbezogener Tätigkeitsbereiche kommt.

### *3.5 Arbeitsmarktchancen*

Von allen Befragten wird hervorgehoben, dass die für das PH-Studium charakteristische Theorie-Praxis-Integration eine gute qualifikatorische Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt darstelle und dementsprechend die Vermittlungschancen der Absolventen erhöhe. Zudem biete das PH-Studium einen günstigen institutionellen Rahmen für Kontakte, die bei der Suche nach Beschäftigungsmöglichkeiten hilfreich seien. Die interviewten Mediziner betonen ihre besonders guten Arbeitsmarktchancen in den Tätigkeitsfeldern des Versorgungsmanagements und der PH- bzw. der Versorgungsforschung. Auch die PH-Absolventen der sonstigen Berufe sehen eine Verbesserung ihrer Arbeitsmarktchancen, v.a. in Tätigkeitsfeldern, die eine Nähe zu ihrer Erstqualifikation aufweisen. PH-Absolventen mit sozialwissenschaftlicher Erstausbildung stufen ihre Arbeitsmarktchancen generell schlechter ein, da für diese Berufe in Verbindung mit gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen kaum Stellen ausgeschrieben würden. Die PH-Qualifikation sei zudem in Bereichen jenseits der Medizin wenig bekannt.

### *3.6 Bekanntheitsgrad von PH-Qualifikationen*

Den interviewten PH-Absolventen zufolge (die alle über langjährige PH-relevante Berufserfahrungen verfügen) ist PH vor allem bei den Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht hinreichend bekannt. An Hochschulen und in einigen Institutionen der Gesundheitsversorgung seien Gesundheitswissenschaften zwar als Begriff schon geläufig, etliche Entscheidungsträger im Versorgungsmanagement – so die wiederholt berichtete Erfahrung – hätten aber offenbar keine konkreten Vorstellungen darüber, wozu PH praktisch beitragen könne.

### 3.7 PH-Relevanz der aktuellen Berufstätigkeiten

Die PH-Relevanz der aktuell ausgeübten Berufstätigkeiten wird von den PH-Absolventen generell als hoch eingestuft. 12 der 14 befragten Absolventen haben nach dem Studium neue berufliche Tätigkeiten aufgenommen und geben an, dass die PH-Zusatzqualifikation mitentscheidend für ihre Einstellung gewesen sei. Das bisherige berufliche Wirkungsfeld hat sich bei den interviewten PH-Absolventen durch forschungs- und/oder managementbezogene Aktivitäten erweitert. In den ausgeübten Berufstätigkeiten – so die überwiegend geäußerte Auffassung – kämen PH-Qualifikationen zunehmend zum Einsatz. Die PH-Relevanz bemisst sich dabei besonders an den Kenntnissen und Fähigkeiten, die in den Kernfächern und Schwerpunktbereichen des PH-Studiums gelehrt wurden und in der aktuellen Berufspraxis der PH-Absolventen Anwendung finden. Einfluss- und Vernetzungsmöglichkeiten nehmen im Vergleich zu früheren, vor dem Studium liegenden Tätigkeiten zu.

### 3.8 Weiterbildung: Bedürfnis nach zusätzlichen Qualifikationen für die Berufstätigkeit

Fast alle Befragten formulieren aus ihrer aktuellen Berufstätigkeit heraus den Wunsch nach zusätzlichen managementbezogenen Weiterbildungsangeboten in den Bereichen Projektsteuerung, Moderations-, Rhetorik- und Konfliktlösungskompetenzen sowie Organisationsentwicklung. Vertiefte Kenntnisse insbesondere im letztgenannten Bereich werden als sinnvoll angesehen, um Strukturen und Abläufe in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens besser verstehen und Veränderungen in diesen Institutionen herbeizuführen zu können.

Die Hälfte der befragten PH-Absolventen würde sich gerne durch eine Promotion in Gesundheitswissenschaften wissenschaftlich weiterqualifizieren. Bei den Sozialwissenschaftlern (Psychologen, Soziologen, Ethnologen, Pädagogen) war der Anteil derjenigen, die sich in diesem Sinne äußerten, überdurchschnittlich hoch (75%), wohl wegen der Hoffnung, sich durch die PH-Promotion ein gegenüber der Erstqualifikation attraktiveres, die Arbeitsmarktchancen verbesserndes wissenschaftliches Profil geben zu können. Schwächer ausgeprägt war der Promotionswunsch bei FH-Absolventen der Sozialarbeit/Sozialpädagogik (40%), die zu rund zwei Dritteln ihre bisherigen Berufstätigkeiten ohne beruflichen Aufstieg nach dem Studium fortgeführt haben. Auch Mediziner zeigten sich in geringerem Maße zu einer Promotion in Gesundheitswissenschaften motiviert; hierbei mag die Tatsache eine Rolle spielen, dass einige von ihnen bereits in der Medizin promoviert sind.

### *3.9 Zukünftige PH-Aufgaben aus der Sicht der Absolventen*

Um den Bekanntheitsgrad und das Akzeptanzniveau von PH zu erhöhen, müssen dessen Ausrichtung und Profil nach Meinung der befragten Absolventen klarer konturiert und damit eindeutiger identifizierbar werden. Zentrale Zukunftsaufgaben von PH werden übereinstimmend darin gesehen, zu einer sozial gerechten bzw. chancengleichen Gesundheitsversorgung beizutragen, an der Weiterentwicklung des Sozialversicherungssystems mitzuwirken, qualitätssichernde Elemente in die Versorgung einzuführen und die Transparenz von Entscheidungsprozessen in der Institutionen des Gesundheitswesens zu erhöhen. Eine erfolgreiche Bewältigung dieser Herausforderungen setze aber Bemühungen um einen intensivierten Transfer von PH-Erkenntnissen in Praxisfelder der Gesundheitssicherung voraus. Überdies müsse sich PH weit mehr als bisher in politische und gesundheitsökonomische Debatten einmischen.

## *4. Fazit*

Wie an den Stellenausschreibungen und den darin formulierten Anforderungsprofilen abgelesen werden kann, sind PH-Zusatzqualifikationen auf dem Arbeitsmarkt zunehmend gefragt. Auch unsere 1999/2000 durchgeführte Befragung hat gezeigt, dass PH-Qualifikationen in den beruflichen Wirkungsbereichen der Absolventen zunehmend eingesetzt werden. Die erworbenen PH-Qualifikationen ermöglichen den Absolventen eine differenziertere und zugleich integrativere Sicht auf die Probleme im Gesundheitswesen sowie einen insgesamt souveräneren Umgang damit. Hierdurch erweitern sich auch deren berufliche Handlungsspielräume. Nach Auffassung der Befragten führt das postgraduale PH-Studium zur Beherrschung funktionaler Fertigkeiten, Techniken und Methoden, die es erlauben, wissenschaftliche Erkenntnisse problembezogen, situationsangemessen und flexibel in die Praxis zu übertragen.

Der überwiegende Teil der befragten Absolventen ist in PH-relevanten Tätigkeitsbereichen ausbildungsadäquat beschäftigt. Neue PH-Berufsfelder (z.B. im Krankenhausmanagement, Versorgungsmanagement, Consulting/Beratung) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in einer Phase des Aufbaus, wurden aber bereits von einigen Absolventen »besetzt« und scheinen seither an Bedeutung zu gewinnen. Auch in traditionellen Feldern der Gesundheitsversorgung werden PH-bezogene Qualifikationen zunehmend nachgefragt.

Der von Rosenbrock et al. (1993) prognostizierte hohe Bedarf der Sozialversicherungsträger an PH-Experten hatte sich zum Zeitpunkt

unserer Untersuchung noch nicht eingestellt. Lediglich fünf Absolventen gaben an, bei Sozialversicherungsträgern eine Beschäftigung gefunden zu haben, überwiegend im Tätigkeitsfeld des Versorgungsmanagements. Ein Grund hierfür liegt möglicherweise darin, dass es zu der im Jahre 1993 noch erwartbaren starken Expansion der krankenkassen-getragenen Gesundheitsförderung als Beschäftigungsfeld für PH-Absolventen aufgrund restriktiver gesetzlicher Regelungen im Jahre 1996 (»Seehofer-Reform«) nicht kam. Eine ebenfalls wichtige Rolle dürfte die Tatsache kürzeren und in der Regel mit der Berufstätigkeit leichter zu vereinbarenden Qualifizierungsmaßnahmen für spezifische Themen intern und extern weiterzubilden.<sup>4</sup>

Alles in allem zeigt unsere Untersuchung, dass die traditionell anerkannten Gesundheitsberufe (z.B. Mediziner, Psychologen) in der Kombination mit PH bessere Arbeitsmarktchancen haben, ein höheres Gehalt erzielen und gehobene berufliche Positionen erlangen. Die mit der Gründung von PH-Studiengängen z.T. verbundene Erwartung, ausschließlich für Führungspositionen im Gesundheitswesen auszubilden, haben sich indes nicht erfüllt. Ein Großteil der interviewten Absolventen nimmt berufliche Positionen ein, die (direkt) unterhalb der Führungsebene angesiedelt sind. Angehörige weniger etablierter Berufe mit vergleichsweise unklaren Qualifikationsprofilen (z.B. Ethnologen, Politologen) betrachten das PH-Studium als Mittel zur Profilbildung und Verbesserung ihrer beruflichen Chancen.

Nach wie vor ist festzustellen, dass PH-Absolventen auf dem für sie relevanten Stellenmarkt höchst selten als »Gesundheitswissenschaftler«, sondern vielmehr als Vertreter ihrer ursprünglichen beruflichen Disziplin (v.a. Mediziner) mit spezifischen Kenntnissen in meist mehreren gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationsfeldern nachgefragt werden. Von einer generellen Anerkanntheit der Gesundheitswissenschaften als eigenständige Berufsdiziplin kann somit nicht gesprochen werden, geschweige denn davon, dass sie einen exklusiven Zugang zu bestimmten Tätigkeitsfeldern begründen. Dies ist auch wenig überraschend, da es die neuen gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge mit Bachelor- oder Master-Abschluss bislang nicht geschafft haben, ihre zweifellos sinnvolle multidisziplinäre Ausrichtung mit der Orientierung auf ein klar definiertes und konzeptionell hinreichend abgesichertes Berufsbild zu verbinden (vgl. Kälble/v. Troschke 2001). Angesichts dessen drängt sich die Frage auf, worauf sich bei den Absolventen solcher Studiengänge eine veränderte berufliche Rollenidentität oder gar ein Verständnis von PH-spezifischer Professionalität überhaupt stützen kann.

Die Heterogenität gesundheitswissenschaftlicher Qualifikationen und die mangelnde Abgrenzbarkeit zu anderen Berufen und Tätigkeiten scheint einer Entwicklung von PH in Richtung Professionalisierung deutlich entgegen zu stehen. Kaum eines der Merkmale, die für eine Profession gängigerweise als wesentlich betrachtet werden (z.B. Profession als Trägerin eines allgemein anerkannten Expertenwissens, relativ geschlossene verbandliche Organisation, hohe Autonomie bei der Kontrolle über die Zulassung zur Profession<sup>3</sup>), ist im Falle von PH mehr als nur ansatzweise entwickelt. Die 1994 von Schaeffer geäußerte Auffassung, dass sich PH noch in der Etablierungsphase befindet, ist im Grundsatz sicherlich auch heute noch zutreffend, wengleich unsere Untersuchungsergebnisse auf einige seither erzielte Fortschritte und künftig noch erschließbare Entwicklungspotenziale hindeuten. Ob ein Voranschreiten des fachlich-qualifikatorischen, (interessen)politischen und praxisbezogenen Konsolidierungsprozesses von PH in der Professionalisierung dieser Disziplin münden wird, kann jedoch bestenfalls als offene Frage gelten.

Korrespondenzadressen:

Hans-Jürgen Lorenz  
Rheinstr. 29  
12161 Berlin  
E-mail: Lorenz@firemail.de

Johanne Pundt  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Weiterbildendes Fernstudium Angewandte Gesundheitswissenschaften  
Postfach 10 01 31  
33501 Bielefeld  
E-mail: Johanne.Pundt@uni-bielefeld.de

*Anmerkungen*

- 1 Standorte der postgradualen PH-Ausbildung: Berlin, Bielefeld, Bremen, Düsseldorf, Dresden, Hannover, Heidelberg, München, Ulm.
- 2 10% der Befragten (n=15) waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht berufstätig. Für diese Absolventen liegen keine Angaben zum Gehaltsniveau vor.
- 3 Im Jahr 2000 ist als weiterer Berufsverband die »Gesellschaft zur Förderung der Public Health in Deutschland« hinzugekommen, die das Ziel hat, Voraussetzungen

- für eine gemeinsame, politisch wirksame Interessensvertretung in Fragen der Praxis, der Forschung und der Lehre zu schaffen.
- 4 Ergänzend sei allerdings darauf hingewiesen, dass seit dem Jahr 2000 eine Zunahme der Zahl an PH-Absolventen zu verzeichnen ist, die bei Sozialversicherungsträgern beschäftigt sind.
  - 5 Die seit Ende 2001 anerkannte Akkreditierungsagentur für Studiengänge im Bereich Heilpädagogik, Pflege, Gesundheit und Soziale Arbeit (AHPGS) soll Qualitätsstandards für die hier existierenden vielfältigen Studienangebote festlegen.

### Literatur

- Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften (DVGE) (Hrsg.) (1993): Professionalisierungschancen von GesundheitswissenschaftlerInnen. Ergebnisse einer Expertentagung 1992. Bielefeld: IDIS
- Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften (DVGE) (Hrsg.) (1996): Professionalisierungschancen von GesundheitswissenschaftlerInnen. Bewährt sich die gesundheitswissenschaftliche Zusatzausbildung in der Berufspraxis? Bielefeld: DVGE
- Dierks, M.-L.; Rübiger, J.; Wolters, P. (1995): Lehre und Berufsfelder Public Health. *Public Health Forum* 3, 10: 51-54
- Dierks, M.-L.; Flaschka, C.; Frühbuß, J.; Hagedorn, C., Weitkunat, R. (1996): Public-Health-Studiengänge in Deutschland – was wird aus den Absolventen? In: DVGE (1996), 38-52
- Flaschka C.; Schnabel, P.-E. (1996): Die Absolventen der Gesundheitswissenschaften in Bielefeld: Wo sind sie geblieben? In: DVGE (1996), 66-73
- Kälble, K. (2001): Bachelor und Master für gesundheitsbezogene Berufe. Neue Entwicklungen und Akkreditierung. *Prävention* 24: 67-73
- Kälble, K.; Troschke, J. v. (2001): Gesundheitswissenschaftliche Aus- und Weiterbildung in Deutschland: Entwicklung, Entwicklungsstand, die europäische Perspektive und die Herausforderungen durch das neue Graduierungssystem. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 4. Beiheft: Public Health – Entwicklungen und Potentiale: 39-53
- Lorenz, H.-J.; Pundt, J. (1996a): Bewerbungssituation und beruflicher Verbleib Berliner Absolventen des postgradualen Studiengangs Gesundheitswissenschaften/Public Health. In: DVGE (1996), 53-59
- Lorenz, H.-J.; Pundt, J. (1996b): Analyse des Stellenmarktes für gesundheitswissenschaftliche Berufe. In: DVGE (1996), 60-65
- Nittel, D. (2000): Von der Mission zur Profession? Stand und Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung. Bielefeld: W. Bertelsmann
- Noack, R.H.; Noack, G. (1995): Das Sonderprogramm Epidemiologie/Gesundheitswissenschaften des DAAD. *Dok & Mat*, Bd. 29. Bonn: Köllen-Druck
- Public Health Absolventen Deutschland (PHAD) (2000): Beschäftigungssituation von Public Health Absolventen. Stand der Untersuchungsergebnisse vom 24.1.2000. <http://www.phad.de/results.htm> (13.7.2000)
- Rübiger, J.; Kolip, P.; Thönnessen, J. (1993): Gesundheitswissenschaftler/-in – ein Beruf mit vielen Facetten. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 1: 85-89
- Rosenbrock, R. (1997): Gemeindefnahe Pflege aus Sicht von Public Health. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P97-203. Berlin: WZB.

- Rosenbrock, R.; Noack, H.; Moers, M. (1993): Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Rosenbrock, R. Noack, H. (1994): Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health. In: Schaeffer/Moers/Rosenbrock (1994), 129-158
- Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer/Moers/Rosenbrock (1994), 103-126
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hrsg.) (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Edition Sigma
- Schienkiewitz, A.; Lotz, E.; Martin, S.; Dierks, M.-L. (2001): Die berufliche Situation von Public-Health-Absolventen in Deutschland aus der Sicht von Arbeitgebern. Public Health Forum 9, 30: 22
- Schnabel, P.-E. (1995): Gesundheitswissenschaftlerin/Gesundheitswissenschaftler (Master of Public Health). Blätter zur Berufskunde 3 – II A 10. Hrsg.: Bundesanstalt für Arbeit im Einvernehmen mit dem Deutschen Verband für Gesundheitswissenschaften/Public Health. Bielefeld: W. Bertelsmann