

**Mit Public Health- und Pflegestudiengängen
zu einer besseren Gesundheitsvorsorge
und Gesundheitsversorgung?**

Eine Darstellung neuer
gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge

Sigrid Gensch

Seit den 90er Jahren werden bundesweit an einzelnen Hochschulen die gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge Public Health und Pflege angeboten. Mit ihrer Abgrenzung von der Schulmedizin wollen sie einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation leisten. Dieser Aufsatz gibt Auskunft über die geschichtliche Entwicklung, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten und den Bedarf an Absolventen dieser neuen Studiengänge.

Einleitung

Bis Anfang der neunziger Jahre bestand an den Hochschulen in Deutschland nicht die Möglichkeit für ein grundständiges Pflegestudium bzw. ein Postgraduiertenstudium in Public Health. Mittlerweile bieten neun Universitäten ein Public-Health-Studium an. Pflegestudiengänge werden bereits an 26 Fachhochschulen/Universitäten angeboten, weitere sind geplant.

Was waren die Gründe für die Entstehung dieser Studiengänge? Zum einen sicherlich die demographische Entwicklung in Deutschland, die gekennzeichnet ist durch einen kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung, verbunden mit einer zunehmenden Anzahl betagter und hochbetagter Menschen. Die Zunahme an Lebenszeit ist aber nicht zwangsläufig eine Verlängerung des Lebens in Gesundheit, sondern bedeutet vielmehr einen quantitativen Anstieg an physischen und psychischen Erkrankungen. Dies wiederum induziert einen höheren Pflegebedarf und damit ungleich höhere Ausgaben im Gesundheitswesen. Neben der quantitativen Zunahme an Erkrankungen aufgrund der demographischen Entwicklung deuten auch Schlagworte wie "verändertes Krankheitsspektrum", "soziale Ungleichheit in bezug auf Krankheit und Tod", "Präventions- und Gesundheitsförderung" auf Probleme im Gesundheitsbereich und damit auf einen wachsenden Bedarf an Experten hin.

Die Problematik im stationären wie auch im ambulanten Pflegebereich wird durch die eingeführte Pflegeversicherung, aber auch durch Begriffe wie z.B. "Pflegenotstand" etc. angedeutet. Hier gilt, daß einer steigenden Nachfrage ein immer geringer werdendes Pflegepotential gegenübersteht. Der wachsende Anteil an Kleinfamilien und Ein-Personen-Haushalten, aber auch die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen führten zu einer Reduzierung des Potentials an "naturwüchsiger Hilfe" (Moers 1994, S. 164) in der häuslichen Pflege. Zugleich tragen physisch und psychisch belastende Arbeitsbedingungen zum Attraktivitätsverlust dieses Berufes bei. Damit wieder verstärkt junge Menschen Pflegeberufe¹ ergreifen, sind konkrete Veränderungen in der Ausbildung und der Weiterqualifikation vonnöten.

¹ Krankenschwester/Krankenpfleger, Altenpflegerin/Altenhelfer, Hebamme/Entbindungshelfer

1. Zielsetzung und historische Entwicklung

1 Zielsetzung von Public-Health- und Pflegestudiengängen

Welche Dimensionen und Ziele liegen den Public-Health- bzw. Pflegestudiengängen zugrunde?

Die Definition von Schaeffer u.a. zeigt, daß **Public Health** und damit auch die Zielkonzeption der Studiengänge mehr ist als "Öffentliche Gesundheit", die meist dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, vertreten durch Gesundheitsämter und Amtsärzte, zugeordnet wird: "Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Risiken und Stärkung von Ressourcen. Public Health **analysiert** und **beeinflusst** hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch faßbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Dazu gehört auch die Steuerung der Krankenversorgung" (*Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994, S. 10*). Aus diesem Verständnis von Public Health heraus leiten sich die Schwerpunkte und Aufgabenstellungen der Studiengänge ab, auf die im Abschnitt III.3 eingegangen wird.

Welche Ziele führten zu der Errichtung von **Pflegestudiengängen**?

Die Hoffnungen, die mit der Akademisierung der Pflege verbunden sind, werden in folgenden Bereichen deutlich:

1. Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes durch ein erweitertes Berufsfeld, z.B. Pflegemanagement,
2. eine verbesserte Grund- und Weiterbildung durch qualifizierte Pflegepädagogen,
3. ein wesentlicher Beitrag zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung im Pflegebereich,
4. und schließlich, was für den Patienten sehr wichtig ist, ein verändertes Pflegeverständnis.

Inhalt des veränderten Pflegeverständnisses ist die Abkehr von der Funktions- und Behandlungspflege hin zu einer **patientenorientierten** Pflege: "Patientenorientiert (synonym gebraucht als ganzheitliche Pflege, ganzheitliches Pflegeverständnis) besagt, daß die Pflegenden sich in ihrem Entscheiden und Handeln

am einzelnen Patienten in seiner krankheitsbedingten, körperlichen, psychosozialen und individuellen Situation orientieren" (*Robert-Bosch-Stiftung 1992, S. 62*).

Das veränderte Pflegeverständnis führte zu der Erkenntnis, daß ähnlich wie in den USA oder in Großbritannien ein wissenschaftliches Fundament für die Pflegeberufe gefunden werden mußte, von dem aus sowohl eine qualifizierte Ausbildung der Pflegenden als auch des Leitungspersonals im Pflege- und Verwaltungsbereich in Krankenhäusern etc. erfolgen könnte.

2 Historische Entwicklung der Studiengänge

Betrachtet man die **historische Entwicklung** von Public Health, so wird deutlich, daß die praktische Bewältigung von Problemen, die den Gesundheitszustand ganzer Populationen betreffen, nicht neu ist. Schon "die **medizinische Polizei** des 18. Jahrhunderts, die **soziale Medizin** der Zeit um 1884, die städtische Hygiene der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die **Sozialhygiene** sowie die **Rassenhygiene** der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts enthalten sämtlich eine Reihe von Momenten des modernen Public-Health-Begriffs" (*Stollberg 1994, S. 41*). So bemühte sich die Rassenhygiene um den Gesundheitszustand einer als Ganzheit definierten Bevölkerungsgruppe. Allerdings führten die Prävention und Gesundheitsförderung dieser Gruppe zu Auslesemethoden in Form von Eheverboten, Eheberatung, Änderung des Erbrechts und Umsiedlungsmaßnahmen bei den Gruppen, die als erblich schwach definiert wurden. So war es nur ein kleiner Schritt, daß dieses Gedankengut der Rassenhygiene, das bereits in der Weimarer Republik Verbreitung fand, später den Nationalsozialisten als Anknüpfungspunkt diente, ihre innere und äußere Politik des Dritten Reiches zu rechtfertigen (vgl. *Stollberg 1994, S. 40*) und Millionen von Menschen auszurotten. Die belastende Vergangenheit und die fehlenden Professoren in den Fächern Sozialmedizin und Epidemiologie trugen dazu bei, daß Public-Health-Forschung und -Umsetzung nach dem 2. Weltkrieg in Deutschland bis in die 70er Jahre brachlagen. Die Medizinsoziologen leisteten ab diesem Zeitpunkt zunehmend wichtige Forschungsbeiträge. Viel später entdeckten auch die Wirtschaftswissenschaften ihr Interesse an den ökonomischen Aspekten des Gesundheitswesens (vgl. *Häfner 1996, S. 315*).

Interessant ist die Tatsache, daß durch die Emigration deutscher Sozialmediziner, wie z.B. der Schüler Grotjahns, die Ideen der Volksgesundheitspflege nach Amerika kamen und dort in den Schools of Public Health Wurzeln faßten. Die Ansätze der Public-Health-Bewegung zum Ende der 80er Jahre in der Bundesrepublik, aus denen sich die jetzigen Studiengänge rekrutieren, wurden ihrerseits stark durch diese Schools beeinflusst.

Die Entwicklung zum **Pflegeberuf** in unserer heutigen Zeit war durch zwei Faktoren gekennzeichnet, welche für die Organisation und Durchführung von Pflege außerhalb der Familie bestimmend waren: Die christliche Caritas und die öffentliche Ordnung (vgl. *Steppe 1994, S. 43*). Diese hatten zur Folge, daß zwei unterschiedliche Organisationsformen und Werterahmen, d.h. der staatliche und der christliche, für die Pflege relativ unabhängig voneinander im 19. Jahrhundert bestanden. Durch die sozialen und gesellschaftlichen Umwälzungen des 19. Jahrhunderts wurde es jedoch nötig, die Pflege einheitlich zu organisieren.

Die Differenzierung von Kompetenz und Verantwortung im Gesundheitswesen zugunsten der Medizin und zur Unterordnung der Pflege unter dieselbe hat sich noch bis in unsere Tage erhalten. So wurde Pflege als selbstloser Dienst bzw. als Berufung der Frauen gesehen und weniger als Beruf. Durch diese geschlechts-spezifische Zuweisung und Unterordnung unter die Medizin sollte "Pflege all das garantieren, was die Struktur des Gesundheitswesens schon länger nicht mehr zuläßt, nämlich Menschlichkeit, Wärme, Nähe - kurz weibliche Fürsorge" (*Steppe 1994, S. 49*).

Die Dominanz der Medizin für die berufliche Ausbildung nichtärztlicher Gesundheitsberufe hat zur Folge, daß auch die Lernziele dieser Berufe inhaltlich und qualitativ durch sie bestimmt werden. Dies führt dazu, daß "der gesamte Anteil der Beziehungsarbeit, der in der Pflege geleistet wird und der ein integrierter Bestandteil jeder pflegerischen Intervention ist, nicht als Element angesehen wird, das gelehrt und gelernt werden muß" (*Steppe 1994, S. 50*).

Die Erkenntnis, daß Pflege nicht intuitiv ausgeübt werden kann, sondern gelernt bzw. gelehrt werden soll bzw. muß, führte in Deutschland erst in den 90er Jahren zu einem Umdenken darüber, was Pflege ist und sein soll. Die Erarbeitung einer eigenständigen Pflegekonzeption mit eigenen Theorien und Methoden hatte dann schließlich zur Folge, daß Pflegestudiengänge mit den Studienrichtungen Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik ins Leben gerufen wurden.

II. Unterschiede zwischen Public-Health- und Pflegestudiengängen

I Vorbemerkung

Obleich beide Studiengänge viele Gemeinsamkeiten haben (auf die in Punkt III. noch ausführlich eingegangen wird), durch die sie sich von der traditionellen Schulmedizin abgrenzen und um ein eigenes Profil bemühen, und obwohl ihre Konzeption an der Gesundheit bzw. Gesunderhaltung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ausgerichtet ist, gibt es doch einige wesentliche Unterschiede.

2 Hochschultyp, Träger, Studiengangstruktur und Abschluß

Der **Studiengang Public Health** wird ausschließlich an staatlichen Universitäten und als Postgraduiertenstudiengang angeboten, den man, mit Ausnahme der Universität Hannover¹, in vier Semestern absolviert. Als Abschluß erhalten die Studierenden einen Magistertitel. Eine Ausnahme bildet die Universität Bielefeld, die einen Diplomabschluß anbietet, der es den Absolventen ermöglicht, ein Promotionsstudium aufzunehmen.

Pflegestudiengänge² sind dagegen als grundständiges Vollzeitstudium (acht Semester) konzipiert und schließen mit dem Diplom³ ab. Die genaue Diplombezeichnung variiert von Hochschule zu Hochschule. Die **Träger** der Pflegestudiengänge sind entweder staatliche Fachhochschulen / Universitäten, konfessionelle (evangelische/katholische) Fachhochschulen oder private Hochschulen wie die Universität Witten-Herdecke.

Anders als an konfessionellen Hochschulen, die häufig die beiden Studiengänge Pflegepädagogik und -management anbieten, wird an den staatlichen Fachhochschulen/Universitäten nur jeweils ein Studiengang angeboten.

3 Aktuelle Zielrichtung und historischer Wissenschafts- und Berufsbezug

Obgleich beide Studiengänge Gesundheit, Gesundheitserhaltung und -förderung als Ziel ihres Handelns definieren, geschieht dies von unterschiedlicher **Ebene** und **Perspektive** aus. Die Untersuchungsebene und die Intervention von Public Health gehen von der **Bevölkerungsgruppe** aus; bei der Pflege steht das **Individuum im Zentrum**. Die Pflege nähert sich sozusagen aus mikrostruktureller Perspektive dem Menschen, während Public Health die lebensweltlichen Bedingungen der Gesundheit von sozialen Gruppen, also eher aus makrostruktureller Perspektive analysiert (vgl. *Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994, S. 20*).

Unterschiede lassen sich auch erkennen, betrachtet man die historische Entwicklung des **Wissenschafts-** und des **Berufsbildes** der beiden Disziplinen. Public Health kann auf eine lange Tradition zurückblicken, hat sich aber außer dem öffentlichen Gesundheitsdienst bislang wenige Berufsfelder erschlossen. "Hingegen verkörpert die Pflege einen traditionsreichen Beruf mit entsprechend aus-

¹ Es ist möglich, die Magisterprüfung auch nach einem Studienjahr abzulegen.

² Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, Pflegemanagement

³ An den Fachhochschulen Diplom (FH)

differenzierten Aufgabengebieten, dessen Verwissenschaftlichung jedoch erst in den Anfängen steckt" (*Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994, S. 19*).

4 Adressatenkreis der Studiengänge

Die historisch unterschiedliche Entwicklung hat immer noch Bedeutung, betrachtet man die Adressatengruppe der Studierenden beider Studiengänge. So wenden sich die Pflegestudiengänge ausschließlich an Berufspraktiker aus den Pflegeberufen und sprechen damit eine eingeschränkte Klientel an. Anders ist dies bei den Public-Health-Studiengängen. Mit Ausnahme Düsseldorfs sprechen die Universitäten Hochschulabsolventen (z.T. auch von Fachhochschulen) aus "Public-Health-relevanten" Studienfächern¹ an. Erwünscht, aber nicht unbedingt immer Voraussetzung sind Berufserfahrungen im Gesundheitsbereich.

III. Gemeinsamkeiten der beiden Studiengänge

1 Abgrenzung zur Medizin - Suche nach neuem Forschungsbezug

In den USA hatten sich beide Disziplinen von der Medizin bereits zu Anfang des Jahrhunderts so weit losgelöst, daß sie sowohl in eigenen "Schools of Public Health" als auch in eigenen Pflegestudiengängen angeboten wurden. In Deutschland dagegen kämpften und kämpfen die beiden Studiengänge bei ihrer konzeptionellen Gestaltung und ihrer Strukturgebung noch immer damit, daß ihre Entstehung zum großen Teil als Antwort auf ein Medizinsystem zu verstehen ist, das die neuen gesundheitlichen Probleme nicht lösen kann. So bildete sich in Deutschland eher ein Gegeneinander als ein Miteinander zur Medizin aus und die Einsicht hat sich bisher noch nicht durchgesetzt, daß Pflege und Public Health "nicht kleinere Versorgungslücken im Rahmen der Allkompetenz der Medizin füllen, sondern eigenständige und gleichberechtigte Problemzugänge repräsentieren" (*Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994, S. 17*).

Ähnlich problematisch gestalten sich auch die bisher nicht definierten **wissenschaftssystematischen Bezüge** beider Disziplinen. So gibt es zwar in Public Health einen Minimalkonsens über die wesentlichen zentralen Bezugsdisziplinen, aber die Gestaltung der Schwerpunkte und der Umfang in der Einbeziehung anderer Disziplinen sind kaum festgelegt.

¹ Siehe dazu Tabelle 1, Spalte: Zugangsvoraussetzungen, auf S. 9

Auch das Verhältnis der beteiligten Disziplinen untereinander und die Integration bzw. Adaption ihrer Theorien ist bei beiden Studiengängen ungeklärt. Darüber hinaus ist offen, inwieweit beide Disziplinen von ihrem Anwendungsbezug her systematisierbar sind oder eigene Basisdisziplinen brauchen (vgl. *Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994, S. 20*) wie z.B. die Epidemiologie/Biometrie bzw. die Sozialwissenschaften.

Das nicht starre Festgelegtsein ermöglicht auf der einen Seite eine eigene Profilbildung, auf der anderen Seite ist "bei kaum vergleichbaren Curricula und Prüfungsanforderungen ein Studienortwechsel unter Anrechnung der erbrachten Leistungsnachweise nur schwer möglich" (*Markuzzi u.a. 1996, S. 25*). Durch die Heterogenität des Studienangebotes werden gleichzeitig eine internationale Anerkennung und eine Transparenz der Studienleistungen bei potentiellen Arbeitgebern erschwert.

Diese Überlegungen führten im Sommer letzten Jahres dazu, daß die Vertreter der Public-Health-Studiengänge und der Koordinierungsstelle Public Health sich in München trafen, um für alle Studiengänge einen verbindlichen Mindestumfang an epidemiologischer und biometrischer Ausbildung festzulegen (vgl. *Markuzzi u.a. 1996, S. 25*). Im Herbst erfolgte in Düsseldorf eine Abstimmung der Lehrinhalte im Fach "Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Grundlagen".

Tabelle 1: *Universitäre Postgraduierten-Studiengänge Gesundheitswissenschaft/Public Health in Deutschland*

Ort, Träger, Studiengang	Studienschwerpunkte	Zugangsvoraussetzungen
<p>Berlin Technische Universität Berlin</p> <p>Institut für Gesundheitswissenschaften/ Public Health</p> <p>Ergänzungsstudiengang Gesundheitswissenschaften/ Public Health</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderung in der Gemeinde und am Arbeitsplatz • Planung und Management im Gesundheitswesen • Epidemiologie und Methoden 	<p>abgeschlossenes Hoch- oder Fachhochschulstudium in einem Public-Health-relevanten Studienfach sowie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis gesundheitsrelevanter Studienleistungen und/oder praktische Erfahrungen in einem gesundheitsbezogenen Beruf • Für Fachhochschulstudenten/innen: 2-jährige gesundheitswissenschaftlich relevante Berufstätigkeit
<p>Bielefeld Universität Bielefeld</p> <p>Fakultät für Gesundheitswissenschaften</p> <p>Zusatzstudiengang Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angewandte Epidemiologie • Management im Gesundheitswesen/ Gesundheitsökonomie und -politik • Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung • Gesundheit in Arbeit und Umwelt • Rehabilitation und Soziale Gerontologie • Soziale Psychiatrie und psychosoziale Dienste • Pflege • Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich/Europäische Gesundheitspolitik 	<p>abgeschlossenes Hoch- oder Fachhochschulstudium in einem Public-Health-relevanten Studienfach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis über gesundheitswissenschaftlich relevante praktische Tätigkeiten von insgesamt einem Jahr • Für Fachhochschulstudenten /innen: Nachweis über gesundheitswissenschaftlich relevante Tätigkeit von insgesamt zwei Jahren

Ort, Träger, Studiengang	Studienschwerpunkte	Zugangsvoraussetzungen
<p>Bremen Universität Bremen</p> <p>Zentrum für Sozialpolitik</p> <p>Aufbaustudium Öffentl. Gesundheit/Gesundheitswiss.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sozial- bzw. Krankenversicherungssystem als Institution von Öffentlicher Gesundheit/Public Health ("Sozialversicherungen") • Epidemiologie 	<p>abgeschlossenes Hoch- oder Fachhochschulstudium in einem Public-Health-relevanten Studienfach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Fachhochschulstudenten/innen: 2-jährige gesundheitswissenschaftlich relevante Berufstätigkeit
<p>Dresden Technische Universität Dresden</p> <p>Medizinische Fakultät</p> <p>Aufbaustudiengang Gesundheitswiss.-Public Health</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angewandte Epidemiologie • Chronisch Kranke • Soziale Psychiatrie • Rehabilitation und Betreuung alter Menschen • Managementwissenschaften • Umwelt- und Arbeitsmedizin • Pharmakoepidemiologie und Arzneimittelanwendung 	<p>abgeschlossenes Hochschulstudium in einem Public-Health-relevanten Studienfach</p> <ul style="list-style-type: none"> • schriftlicher Nachweis über Art, Umfang und Ergebnis einer praktischen Tätigkeit in einem Public-Health-relevanten Bereich
<p>Düsseldorf Universität Düsseldorf</p> <p>Institut für Medizin.Sozio-logie</p> <p>Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationsanalyse und -management im Gesundheitswesen • Methoden der Gesundheitswissenschaften • Umwelt, Arbeit und Gesundheit • Familie, Gemeinde und Gesundheit • Verhaltensmedizinische Prävention und Rehabilitation 	<p>Staatsexamen in den Fächern Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder Pharmazie mit zweijähriger Berufstätigkeit oder Diplom in Biologie oder naturwissenschaftlich ausgerichteter Psychologie mit dreijähriger Berufstätigkeit</p>

Ort, Träger, Studiengang	Studienschwerpunkte	Zugangsvoraussetzungen
<p>Hannover Medizinische Hochschule Hannover</p> <p>Zentrum Öffentliche Gesundheitspflege</p> <p>Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen/ Public Health</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Management im Gesundheitswesen • Gesundheitsförderung und präventive Dienste • Epidemiologie 	<p>abgeschlossenes Hochschulstudium</p>
<p>Heidelberg Universität Heidelberg</p> <p>Hygiene-Inst., Abt. Tropenhygiene und Öffentl. Gesundheitswesen</p> <p>Community Health and Health Management in Developing Countries</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung, Einführung in das Gesundheitswesen • Beurteilung von kommunalen Bedürfnissen, Informationsanalyse, Epidemiologie, Statistik, qualitative Methoden • Gesundheitsmanagement I: Analyse und Planung von Gesundheitsfürsorgesystemen • Gesundheitsmanagement II: Einrichtung und Ermöglichung von Veränderungen, Erprobung von Kommunikationsfähigkeiten im Management 	<p>Abgeschlossenes Hochschulstudium, insbesondere der Fachrichtung Medizin bzw. der Sozialwissenschaften. Die Bewerber sollten mindestens über eine zweijährige Berufserfahrung in kommunaler Gesundheitsvorsorge bzw. -management in Gesundheitseinrichtungen in Entwicklungsländern verfügen. Sehr gute Englischkenntnisse sowohl in Wort als auch in Schrift sind Voraussetzung.</p>

Ort, Träger, Studiengang	Studienschwerpunkte	Zugangsvoraussetzungen
<p>München Universität München</p> <p>Inst. für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie</p> <p>Postgraduierten-Studiengang Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Methodik der Epidemiologie und Biometrie • Methodik der Prävention und Sozialwissenschaften • Gesundheitsökonomie und Management • Gesundheit und Umwelt • Epidemiologie und präventivmedizinische Anwendungsfelder 	<p>abgeschlossenes Hochschulstudium in einem Public-Health-relevanten Studienfach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufserfahrung in einem relevanten Bereich ist erwünscht
<p>Ulm Universität Ulm</p> <p>Fakultät für Medizin</p> <p>Aufbaustudiengang Gesundheitswissenschaften</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biostatistik, Medizinische Dokumentation, Epidemiologie • Allgemeine Hygiene, Humanökologie, Toxikologie, Arbeitsmedizin, Umwelthygiene und Umweltmedizin • Sozialmedizin, einschl. Präventiv- und Rehabilitationsmedizin, Verhaltensmedizin/Gesundheitserziehung, Gesundheitssystemforschung, Gesundheitsökonomie 	<p>Nachweis über die ärztliche Prüfung im Geltungsbereich der Approbationsordnung für Ärzte oder ein als gleichwertig anerkannter Abschluß mit überdurchschnittlichem Ergebnis oder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einschlägige Berufspraxis auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens oder in den genannten Schwerpunktgebieten • besondere wissenschaftliche Leistung

Quelle: Public Health Forum 1995, Nr. 10, S. 54

2 Studienstruktur der Pflege- und Public-Health-Studiengänge

Wesentliche gemeinsame Ziele in der Gestaltung der Studiengänge sind

- die Interdisziplinarität,
- der Praxisbezug
- und der Erwerb von Schlüsselqualifikationen/-kompetenzen.

Interdisziplinarität

Die Bemühungen, der Komplexität des Bereichs Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden, kommen in der **interdisziplinären Ausrichtung** des Fächerangebots bzw. der Schwerpunktsetzung bei den Studiengängen zum Ausdruck (vgl. Tabellen 1 und 2).

Das Fächerspektrum der **Public-Health-Studiengänge** ist auf das Basiswissen der **amerikanischen Schools of Public Health** und auf die Empfehlungen der **Konsensuskonferenz** der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Aufbaustudiengänge Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften (Public Health) zurückzuführen, die 1989 in Berlin stattfand. Die Auflistung der in Tabelle 2¹ aufgeführten Kernfächer orientiert sich an Problem- und Aufgabenfeldern, als deren wichtigste sich in den industrialisierten Nationen die Bereiche "Gesundheitsförderung und Prävention" sowie "Gesundheitssystemanalyse, Planung und Management im Gesundheitswesen" benennen lassen (vgl. *Schott/Kolip 1994, S. 211*). Ein weiterer, sehr wichtiger Schwerpunkt ist der in Deutschland bisher vernachlässigte Bereich der Epidemiologie.

Das Fächerangebot der **Pflegestudiengänge** an den Fachhochschulen/Universitäten entspricht weitgehend den Empfehlungen der Robert-Bosch-Stiftung und ist Tabelle 2 zu entnehmen. Auf den Studiengang Pflegewissenschaft wird in Tabelle 2 nicht gesondert eingegangen, da seine Studienschwerpunkte bzw. -bereiche in Spalte 1 unter der Rubrik Pflegemanagement aufgeführt sind und über seine sonstigen Bezugsdisziplinen (Sozialwissenschaften, Ökonomie etc.) denen der anderen beiden Studiengänge entsprechen.

¹ Im Rahmen dieses Aufsatzes wurde darauf verzichtet, alle Hochschulen (insgesamt 25), die Pflegestudiengänge anbieten, nach Adresse, Studienschwerpunkten und Zugangsvoraussetzungen, wie dies in Tabelle 1 für die Public-Health-Studiengänge geschehen ist, aufzulisten. Eine differenzierte Auflistung nach o.g. Kriterien ist bei Gensch (1996) nachzulesen.

Tabelle 2: Fächerangebot der Studiengänge Public Health und Pflege

Public Health	Pflegestudiengänge	
	Pflegemanagement	Pflegepädagogik
<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiologie, Biometrie, Informatik, Demographie; Sozialmedizin, Umweltmedizin, Hygiene, Arbeitsmedizin, Arbeitswissenschaft (nur wenn entspr. Einrichtungen vorhanden sind) - Sozialwissenschaften, Verhaltenswissenschaften; Ethik, Geschichte des Gesundheitswesens - Ökonomie, Management, Verwaltung u. Recht im Gesundheitswesen; Gesundheitspolitik 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegewissenschaft¹ (philosophische, gesellschaftspolitische etc. Grundlagen der Pflege; Pflegekonzepte; Planung globaler Pflegebedarfe; Pflegestandards, Methoden und Instrumente etc.) - Betriebswirtschaftslehre (Allgemeine Betriebswirtschaftslehre; Rechnungswesen; Planung, Organisation, Controlling, Unternehmenspolitik; Unternehmensführung; Statistik; Grundlagen der Informatik, elektronische Datenverarbeitung, Einführung in Operations Research; Betriebswirtschaftslehre der öffentlichen Betriebe; Medizin- und Krankenhausbetriebslehre) - Volkswirtschaftslehre (Allgemeine Volkswirtschaftslehre; Wirtschaftspolitik; Finanzwissenschaft; Geldtheorie und Geldpolitik; Einführung soziale Sicherheit; Umweltökonomie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegewissenschaft (s. Spalte Pflegemanagement) - Sozialwissenschaften (Einblick in gesellschaftliche Zusammenhänge, in denen das Gesundheitssystem und die Pflegeberufe stehen und damit Erkenntnis der eigenen Handlungsmöglichkeiten) - Kommunikationswissenschaft (Reflexion des beziehungsorientierten Aspekts der Pflege: Lehrer-Schüler-Verhältnis in der Ausbildung, aber auch Pfleger-Patient-Beziehung) - Medizin, Naturwissenschaften (Biologie, Anatomie, Physiologie, Pharmakologie, Chemie, Physik) - Gesundheitswissenschaften (Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie, Gesundheits- und Krankheitsverständnis, sozialmedizinische Fragen)

¹ Diese Auflistung entspricht auch den Studienschwerpunkten bzw. -bereichen des Studiengangs Pflegewissenschaft.

Fortsetzung Tabelle 2

Public Health	Pflegestudiengänge	
	Pflegemanagement	Pflegepädagogik
<p>- für Absolventen ohne medizinische bzw. biologische Ausbildung gehören auch biologisch-medizinische Grundlagenfächer zum Kernbereich des Studienganges</p>	<p>- Rechtswissenschaft (Bürgerliches Recht; Arbeitsrecht; Handelsrecht; Privatrecht; Öffentliches Recht; Recht der Europäischen Gemeinschaft und der internationalen Wirtschaftsorganisationen)</p> <p>- Sozialwissenschaften und Kommunikationswissenschaften (Grundzüge der Organisationssoziologie und Betriebspsychologie; Kommunikationswissenschaften; Mitarbeiterführung)</p> <p>- Medizinische Themen (Kenntnisse über die medizinische Entwicklung, bezogen auf die Zusammenarbeit mit naturwissenschaftlich ausgebildeten Berufsgruppen, wo ein Maß an gemeinsamem Wissen Voraussetzung ist)</p> <p>- Gesundheitswissenschaften (Geschichte und Strukturen des Gesundheitswesens; Grundlagen epidemiologischer Forschung; Gesundheitsförderung und Prävention; Rehabilitation, Gerontologie, Psychosoziale Dienste; Arbeit und Gesundheit)</p>	<p>- Erziehungswissenschaften (Fachdidaktik; Ziel: Pflegepädagogik zu entwickeln)</p>
<p>Quelle: Schott/Kolip 1994, S. 211</p>	<p>Quelle: Robert-Bosch-Stiftung 1992, S. 116-119</p>	<p>Quelle: Robert-Bosch-Stiftung 1992, S. 122-125</p>

Praxisbezug

Da sich ein Großteil der Public-Health- und Pflegestudiengänge noch in der Aufbauphase befindet, sind geplante Professuren teilweise noch nicht besetzt. Um dennoch die Curricula der einzelnen Studienschwerpunkte anbieten zu können, wird ein Großteil der Veranstaltungen durch Lehrbeauftragte aus der Praxis durchgeführt. Obwohl dies in einzelnen Studiengängen zu hoher Fluktuation führt, hat das Verfahren auch positive Seiten:

- Flexibilität und Aktualität im Hinblick auf das Studienangebot sind möglich;
- die Dozenten gewährleisten Bezüge und Kontakte zur Praxis.

Ansonsten wird der **Praxisbezug** folgendermaßen hergestellt:

- Die Studierenden haben selbst Praxiserfahrungen, da sie im Gesundheitsbereich bereits tätig waren und ihre Erfahrungen in das Studium mit einbringen können und sollen.
- Im Studium sind Praxissemester (bei den Fachhochschulen) bzw. Praktikumstätigkeiten (bei den Public-Health-Studierenden) vorgesehen.

Eine wichtige Bedeutung für den Praxisbezug der Public-Health-Studiengänge haben außerdem die fünf Forschungsverbände¹, die in enger Zusammenarbeit mit den Studiengängen Public-Health-relevante Themen bearbeiten.

Kompetenzen

Eine weitere Zielsetzung der beiden Studiengänge ist der Erwerb bestimmter **Kompetenzen/Fähigkeiten**:

Für die **Pflegestudiengänge** sieht Zander (1994, S. 122) dabei folgende Bereiche:

"1. **Pflegekompetenz**, die auf pflegkundlichem Wissen und Können beruht und insbesondere die Fähigkeit zur methodengeleiteten Umsetzung unterschiedlicher Pflegekonzepte in personenbezogenen Pflegesituationen beinhaltet.

¹ Berliner Forschungsverbund Public Health, Norddeutscher Forschungsverbund Public Health, Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health, Münchner Forschungsverbund Public Health - Öffentliche Gesundheit, Forschungsverbund Public Health Sachsen.

2. **Psychosoziale Kompetenz**, die auf der grundlegenden Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung beruht und besonders auszubildende Fähigkeiten der Beratung, Prozeßbegleitung, Konflikt- und Krisenbewältigung, der pädagogisch-didaktischen Vermittlung und interdisziplinären Kooperation einschließt.

3. **Management-Kompetenz**, die sich in einem umfassenden Sinne auf die Prozesse bei der Leistungserbringung und Qualitätssicherung sowie die damit verbundenen Gestaltungs- und Führungsfragen in Einrichtungen des Gesundheits- bzw. Pflegewesens bezieht.

4. **Forschungs- und Planungskompetenz**, welche die Antizipation von Innovationen sowie die Fähigkeit, neue Erkenntnisse, Einstellungen und Rollen zu übernehmen, einschließt."

In den **Public-Health-Studiengängen** sollen Kompetenzen bzw. Fähigkeiten erworben werden, die es den Studierenden ermöglichen, in Forschung, Management, Administration und Industrie eine Tätigkeit auf dem Gebiet Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung kompetent ausüben zu können. Darüber hinaus sollen **soziale** und **kommunikative** Kompetenzen erworben werden, durch die ein interdisziplinärer Austausch im späteren Beruf ermöglicht wird.

IV. Die Studierenden der beiden Studiengänge

Wie bereits erwähnt, waren die Studierenden beider Disziplinen im Gesundheitsbereich i.d.R. berufstätig. Gibt es für die Public-Health-Studierenden als Zulassungskriterium keine einheitliche Definition dessen, was unter "Gesundheitsbereich" zu verstehen ist (vgl. Tabelle 1), sind die Studierenden der Pflegestudiengänge eine klar definierte Gruppe¹, da hier nur Personen aus den Pflegeberufen zugelassen werden. Dennoch ist auch diese Gruppe heterogen, was ihre schulische Vorbildung, ihre Berufserfahrungen und ihre Alters- und Familienstruktur betrifft.

Die Studierenden² von Public Health sind in ihrer Bildungsbiografie zwar etwas homogener, da ein Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluß die Voraussetzung ist. Dafür gibt es aber große Abweichungen in ihren fachlichen Vorkenntnissen.

¹ Die Jahrgangsgröße variiert zwischen 25 und 40 Studierenden.

² Die Jahrgangsgröße variiert zwischen 20 und 75 Studierenden.

Die Heterogenität der Berufserfahrungen der Studierenden bereichert zwar einerseits die Kommunikation und die Lehre, andererseits sind Brückenkurse etc. nötig, um gleiche Ausgangsvoraussetzungen zur Bewältigung des Studiums zu schaffen: Für die medizinischen und naturwissenschaftlichen Fächer bieten einzelne Public-Health-Studiengänge den Nichtmedizinerinnen zusätzliche Brückenkurse an. Den Medizinerinnen hingegen fehlen z.T. Kenntnisse in der empirischen Sozialforschung und in wissenschaftlichen Arbeitstechniken, die ebenfalls für das Studium wichtig sind.

Interessant an diesen Studiengängen ist der **hohe Frauenanteil**. Bei den Pflegestudiengängen ist dies nicht weiter verwunderlich, da die Studierenden eine Grundausbildung als Krankenschwester, Altenpflegerin bzw. Hebamme absolviert haben, Berufe also, die traditionsgemäß von Frauen ergriffen werden.

Aber auch bei den Public-Health-Studierenden zeichnet sich ein Trend zum "Frauenstudium" ab (vgl. *Dierks, 1995, S. 23ff* und *Gensch u.a., 1997, im Druck*). Dies liegt u.a. daran, daß an einzelnen Studienorten auch für Fachhochschulabsolventen der Zugang möglich ist. Vor allem Studentinnen aus stark nachgefragten Fachhochschulstudiengängen, wie z.B. der Sozialpädagogik mit einem immer enger werdenden Arbeitsmarkt, haben Interesse an diesem neuen Berufsfeld. Aber auch ganz generell scheint bei Frauen mit Universitätsabschluß die Hauptmotivation für die Aufnahme des Public-Health-Studiums die Erschließung eines neuen Berufsfeldes zu sein, gefolgt vom Wunsch nach interdisziplinärem Austausch (vgl. *Dierks 1995, S. 24*). Bei Männern liegt die Hauptmotivation in ihrer Weiterqualifikation.

V. Tätigkeitsfelder und Bedarf an Absolventen der Public-Health- und Pflegestudiengänge

Inwieweit die beiden Studiengänge zur Verbesserung des Gesundheitssystems, der Gesundheitsvorsorge bzw. -versorgung beitragen können, hängt wesentlich davon ab, in welchem Umfang und in welchen Bereichen die Absolventen ihren Arbeitsplatz finden werden.

Über den bundesweiten Bedarf an **Public-Health-Absolventen** gibt es keine genauen Daten. Dies ist auch schwierig, da sich einerseits der Public-Health-Arbeitsmarkt in Entwicklung befindet, andererseits "Ziele, Organisationsstruktur sowie Inhalt und Umfang professioneller Aufgaben von vielen schwer kontrollierbaren Einflußfaktoren abhängen" (*Noack u.a., 1996, S. 40*). Um dennoch etwaige Vorstellungen über einen möglichen Bedarf und die Einsatzbereiche zu haben, sind die Daten einer Untersuchung für das Land Nordrhein-Westfalen interessant. In ihr wurden Institutionen befragt, die derzeit Public-Health-Auf-

gaben wahrnehmen und, wie die Ergebnisse in Tabelle 3 zeigen, dies voraussichtlich in noch größerem Umfang in der Zukunft tun werden.

Tabelle 3: Bedarfseinschätzung im Public-Health-Bereich für Nordrhein-Westfalen

Public-Health-Institution	kurz- und mittelfristig geschätzter Bedarf	langfristig geschätzter Bedarf
Öffentliche Verwaltung	200	700
Sozialversicherungsträger	200	650
Forschung und Lehre	50	100
Sozialparteien und Verbände	50	150
Kranken- und Altenversorgung	200	700
Bildung	40	450
Justizvollzug	10	50
Private und öffentliche Wirtschaft	150	1200
Gesamt	900	4000

Quelle: Noack, H./ Noack, G. 1996, S. 42

Nach Noack u.a. ergibt dies einen langfristigen Bedarf für Nordrhein-Westfalen von einer Public Health Fachkraft auf 4.000 Einwohner (in den USA war das Verhältnis 1980 1 : 5.000 Einwohner) und einen kurz- bzw. mittelfristigen Bedarf von einer Fachkraft auf 19.000 Einwohner. Leider ist der Studie nicht zu entnehmen, welche Zeitspanne die Dimension kurz-, mittel- und langfristiger Bedarf umschließt.

Aktuelle Befragungen über die Absolventen der Public-Health-Studien liegen nicht vor. Eine Erhebung (vgl. *Dierks u.a., 1995, S. 53*) von 1995 zeigt, daß von den befragten Absolventen zwischen 75 % und 95 % zum Befragungszeitpunkt berufstätig waren, zu etwa 30 % allerdings wieder in ihren alten Berufen. Diesem Ergebnis ist nicht anzusehen, inwieweit dieses Faktum auf eine geplante Entscheidung zurückzuführen ist, bzw. inwieweit dies in Ermangelung eines

adäquaten anderen Arbeitsplatzes geschah. Darüber hinaus müssen die Ergebnisse relativiert werden, da die einzelnen Studiengänge unterschiedlich lang bereits angeboten und die Absolventen zu unterschiedlichen Zeitpunkten befragt wurden.

Ein immer wichtigerer Bereich wird die **Qualitätsfestsetzung** und **-messung** in der gesundheitlichen Versorgung werden. Dieser umfaßt sowohl die Nachfrage-seite (Patienten/Klienten), wie z.B. die Patientenzufriedenheit, als auch die Angebotsseite (private/staatliche gesundheitsbezogene Einrichtungen), wie z.B. die Erstellung eines Konzeptes für ein wirksames Qualitätsmanagement und eine Qualitätsverbesserung in Angebot und Leistung (vgl. hierzu *Public Health Forum 1996, Nr. 11*).

Die Bedarfsschätzungen für Absolventen aus den **Pflegestudiengängen** basieren auf Berechnungen der Robert-Bosch-Stiftung (vgl. *Robert-Bosch-Stiftung 1992, S. 166*) von 1992 und ergeben einen Bedarf an **akademisch** Ausgebildeten im Leitungs- bzw. Managementbereich und in der Lehre, verstanden als die schulische Berufsausbildung im Pflegebereich, von etwa 20.000 Stellen. Dabei handelt es sich nicht um neue Stellen, sondern um bereits existierende, die mit höher qualifiziertem Personal besetzt und dann auch höher dotiert werden müßten. Die errechneten 20.000 Stellen setzen sich wie folgt zusammen:

- 4.000 akademisch ausgebildete Kräfte für das Spitzenmanagement im Krankenhausbereich, d.h. mindestens je eine Spitzenkraft in allen 3.500 Krankenhäusern in den alten und neuen Bundesländern;
- 8.000 bis 10.000 Arbeitskräfte im oberen und mittleren Management und in der Stabsfunktion in Krankenhäusern, ambulanten Pflegeeinrichtungen, im gesamten Gesundheitssystem, in der Pflege- und Gesundheitsberatung, im sozialen Bereich, bei Krankenkassen, Berufsverbänden etc.,
- 5.500 Lehrerstellen für die Pflegeberufe; hierbei liegt eine Lehrer-Schüler-Relation nach den EU-Richtlinien von 1 : 15 zugrunde.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (vgl. *UNI 1996, S. 15f*) in Berlin rechnet damit, daß in absehbarer Zukunft mindestens zehn Prozent aller in der Pflege Tätigen ein Hochschulexamen vorweisen können. Durch die Pflegeversicherung ist ein Bedarf an Experten entstanden, der sich im ambulanten Pflegedienst in Form von Beratung bei Existenzgründungen, aber auch bei der Erstellung von Qualitätszertifikaten für diese Einrichtungen ergibt.

Ein ebenso wichtiges Einsatzfeld für die Absolventen der Studienrichtungen Pflegewissenschaft und Pflegemanagement im Hinblick auf die Pflegeversi-

cherung ist die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ganz allgemein und speziell im Hinblick auf die Übergangsbetreuung von der stationären zur ambulanten Pflege.

Aus den Ausführungen zur Bedarfseinschätzung wird ersichtlich, wie bedeutsam diese Studiengänge für unser Gesundheitssystem sein können. Inwieweit es zu positiven Veränderungen kommt, wird einerseits davon abhängen, in welchem Umfang der Gesundheitsmarkt auf das neue Angebot reagiert, andererseits aber auch davon, ob es den neuen Studiengängen gelingt, klare Konturen zu entwickeln und im Fall von Public Health, inwieweit ein Konsens über Aufgaben, Probleme und Art der Problemlösung hergestellt werden kann.

Für die Pflege, die sich im Laufe der Zeit "zum medizinischen Delegationsberuf" (Schaeffer 1994, S. 112) entwickelte, ist die Abgrenzung zur Medizin, hin zur Eigenständigkeit und Professionalisierung, ebenfalls erst im Gange. Wichtig ist zu sehen, "daß die gegenwärtigen Akademisierungsbemühungen, die als erster Schritt in Richtung Professionalisierung aufgefaßt werden könnten, auf Teilbereiche des Pflegehandelns beschränkt sind" (Schaeffer 1994, S. 112), und damit ist noch unklar, ob die Pflege einem partiellen Akademisierungsprozeß unterliegt oder ob sie wirklich in einen Professionalisierungsprozeß eingetreten ist.

Literaturverzeichnis

Dierks, M.L. (1995): Postgraduiertenstudiengänge Public Health. Ein Studium und neue berufliche Perspektiven (besonders) für Frauen? In: Public Health Forum 1995, Nr. 7, S. 23 - 25

Dierks, M.L.; Rübiger, J.; Wolters, P. (1995): Lehre und Berufsfelder Public Health. In: Public Health Forum 1995, Nr. 10, S. 51 - 53

Gensch, S.; Länge-Soppa, R.; Schindler, G. (1997): Evaluierung des Aufbaustudienganges "Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie" an der Universität München. Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung, München (Erscheint 1997)

Gensch, S. (1996): Die neuen Pflegestudiengänge in Deutschland. München. (Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung. Monographien: Neue Folge 43)

Häfner, H. (1996): Public Health in Geschichte und Gegenwart. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1996, Nr. 4, S. 303 - 317

Markuzzi, A. u.a. (1996): Abstimmung der Lehrinhalte in Epidemiologie und Biometrie. In: Public Health Forum 1996, S. 25

Moers, M. (1994): Anforderungs- und Berufsprofil der Pflege im Wandel. In: Schaeffer, D. u.a. (Hrsg.) 1994, S. 159-174

Noack, R.-H.; Noack, G. (1995): Das Sonderprogramm Epidemiologie/ Gesundheitswissenschaften des DAAD. Bonn (Dokumentationen & Materialien Bd. 29)

Robert-Bosch-Stiftung (1992): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen (Schriftenreihe der Robert-Bosch-Stiftung, Beitrag zur Gesundheitsökonomie 28)

Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D. u.a. (Hrsg.) 1994, S. 103 - 128

Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin (herausgegeben vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung)

Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (1994): Zum Verhältnis von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D. u.a. (Hrsg.) 1994, S. 7 - 28

Schott, T.; Kolp, P. (1994): Qualifizierungsziele der Public-Health-Studiengänge an deutschen Universitäten. In: Schaeffer, D. u.a. (Hrsg.), 1994, S. 203 - 225

Steppe, H. (1994): Caritas oder öffentliche Ordnung? Zur historischen Entwicklung der Pflege. In: Schaeffer, D. u.a. (Hrsg.) 1994, S. 43 - 54

Stollberg, G. (1994): Aspekte einer Geschichte von Public Health-Konzeptionen in Deutschland. In: Schaeffer, D. u.a. (Hrsg.) 1994, S. 29 - 42

UNI (1996): Managementstrukturen entstehen. In: UNI 1996, Nr. 5, S. 15 -18

Zander, C. (1994): Curriculumentwurf für einen Diplomstudiengang Pflege in der Fachrichtung Sozialwesen an einer Fachhochschule. In: Bartholomeczyk, S. u.a. (Hrsg.): Pflege als Studium. Beiträge zu einem Fachhochschul-Curriculum. Bochum, S. 113 - 162

Anschrift der Verfasserin:

Sigrid Gensch
Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung
Prinzregentenstraße 24
80538 München