

Peter Hensen
Maren Stamer *Hrsg.*

Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen

Gestaltungsansätze, Handlungsfelder
und Querschnittsbereiche



Springer VS

Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen

Peter Hensen · Maren Stamer
(Hrsg.)

Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen

Gestaltungsansätze, Handlungsfelder
und Querschnittsbereiche

 Springer VS

Herausgeber und Herausgeberin

Peter Hensen
Alice Salomon Hochschule Berlin
Berlin, Deutschland

Maren Stamer
Alice Salomon Hochschule Berlin
Berlin, Deutschland

ISBN 978-3-658-17852-9 ISBN 978-3-658-17853-6 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-17853-6

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Jede Auseinandersetzung mit dem Thema „Qualität im Gesundheitswesen“ berührt nicht nur die Frage nach ihrem Modus, also was eine solche Qualität ausmacht, wie sie beschrieben, sichtbar und für Einzelne erfahrbar werden kann. Sie fordert zwangsläufig auch die Frage, wer diese Qualität verantwortet und an ihrem Gelingen beteiligt ist. Eine wichtige Rolle kommt naturgemäß den Akteuren und Akteurinnen von Gesundheitsberufen zu, die mit ihrem beruflichen und professionsbezogenen „Können“ und „Wollen“ in der Logik ihrer eigenen professionsgebundenen Handlungspraxis ebendiese Qualität bestimmen und durch ihr „Tun“ maßgeblich gestalten.

Vor diesem Hintergrund steht im Mittelpunkt des vorliegenden Sammelbandes die Frage, in welcher Art und Weise eine solche Qualitätsbestimmung und Qualitätsgestaltung durch die Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen und Professionen im Gesundheitswesen erfolgt (oder erfolgen kann) und wie sich das Verhältnis einer gesellschaftlich mandatierten und fachwissenschaftlich begründeten „Qualitätsverantwortung“ mit den Voraussetzungen und Anforderungen alltäglicher Versorgungs- und Betreuungspraxis darstellt. Die Bestimmung, Gestaltung und Weiterentwicklung von Qualität (bzw. der hierfür notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten) *durch* die „professionsbezogenen Institutionen“ und *in* der „professionsbezogenen Handlungspraxis“ ist vielerorts mit dem modernen Handlungsbegriff der Qualitätsentwicklung belegt.

Eine solche Qualitätsentwicklung ist *professionsbezogen*, wenn sie sich an den Sinnzusammenhängen professionellen Handelns und am Leitbild beruflicher Professionalität orientiert. Sie ist *professionsbezogen*, weil sie in einem übergeordneten, berufsgruppenüberspannenden Professionsverständnis ihren Bezugspunkt sucht, wohl wissend, dass ein solcher aufgrund der Pluralität von „Berufflichkeit“ und einer heterogen ausgebildeten „Professionenlandschaft“ im

Gesundheitswesen nur stark konstruiert und näherungsweise vorstellbar ist. Mit diesem Anspruch setzt sie sich hingegen von einer bürokratisch und rein zweckrational dominierten Organisationslogik ab.

Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen trägt aber auch den Anspruch, dem *Interdisziplinären* in der Gesundheitsversorgung als Erfordernis wie auch Handlungsauftrag Rechnung tragen zu wollen. Das Gesundheitswesen ist *interdisziplinär*, weil sich in ihm auf vielfältige Weise wissenschaftliche Disziplinen, Fächer und (Sub-)Spezialisierungen als Bezugs- und Referenzpunkte ausdifferenzieren. Diese wiederum materialisieren sich im Rahmen der Leistungserbringung in ihrer jeweiligen Beruflichkeit und verdichten sich in der konkreten Handlungspraxis. Das Gesundheitswesen ist *interdisziplinär*, weil sich berufliches Handeln nicht nebeneinander oder vor- und nachgelagert im Sinne eines multidisziplinären Vorgehens vollzieht, sondern mit Blick auf eine gemeinsame Zielsetzung das Zusammenspiel, d. h. die Einbindung und Nutzbarmachung der Wissensräume und Handlungsmuster der Akteure und Akteurinnen der unterschiedlichen Berufsgruppen notwendig macht; berufliches Handeln nach einem *Dazwischen* der jeweiligen fachwissenschaftlichen Bezugspunkte und Beruflichkeiten geradezu verlangt.

In welcher Weise wir uns dem Begriff der Qualitätsentwicklung auch nähern, ein geschlossenes Konzept hält es für uns nicht bereit; wohl aber Denkansätze und Prinzipien, an denen sich professionsbezogenes Qualitätshandeln orientieren kann. So lassen sich die ganz unterschiedlichsten Ansätze, Verfahren und Methoden der Qualitätsgestaltung oder „aktiven Qualitätsarbeit“ unter der Überschrift Qualitätsentwicklung subsumieren, die mehr oder weniger professionseigen oder auch in mitwirkender Weise sowie mehr oder weniger zwecksetzend oder auch zweckorientiert ausgerichtet sind.

Zu möglichst vielen dieser inhaltlichen Zugänge und methodischen Ansätzen der Qualitätsentwicklung soll auf den nächsten Seiten Orientierungswissen angeboten und damit eine möglichst breite Leserschaft erreicht werden. Dementsprechend wird auch der Versuch einer diskursiven Annäherung an die Gestaltungs- und Anforderungsvielfalt der Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Kontext des Gesundheitswesens unternommen. In einem ersten Teil des Buches werden zunächst Grundlagen und Prinzipien einer professionsbezogenen Qualitätsentwicklung herausgearbeitet. Darauf aufbauend werden institutionelle und organisationale Gestaltungsansätze beleuchtet, vor deren Hintergrund dann interaktionellen und interdisziplinären Handlungsfeldern sowie partizipativen und diversitätsbezogenen Querschnittsthemen der Qualitätsentwicklung Raum

gegeben wird, welche gleichsam auch den sprichwörtlichen Blick „über den Tellerrand“ bereithalten.

Allen Autorinnen und Autoren aus den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens sei an dieser Stelle für ihre interdisziplinär-konstruktiven Sichtweisen und Einsichten im Rahmen ihrer Mitarbeit an diesem Sammelband gedankt. Wir hoffen, mit dem Sammelband dazu beizutragen, den Gedanken einer professionsgeleiteten Qualitätsarbeit weiter zu vertiefen und dabei den Blick für den und die Menschen und die Zusammenarbeit aller Beteiligten an und in der Gesundheitsversorgung wieder neu zu betonen.

Berlin
im März 2017

Peter Hensen
Maren Stamer

Inhaltsverzeichnis

Teil I Grundlagen und thematische Rahmung

- 1 Qualitätsentwicklung zwischen Institution und Interaktion – Eine Standortbestimmung aus professionstheoretischer Sicht 3**
Peter Hensen

Teil II Institutionelle und organisationale Gestaltungsansätze

- 2 Das Konzept der Evidence-based Health Care – Das Methodenrepertoire zur Qualitätsbestimmung aus Sicht der Gesundheitsberufe. 71**
Stefan Dietsche
- 3 Nationale Expertenstandards in der Pflege – Standortbestimmung und künftige Herausforderungen 93**
Andreas Büscher und Petra Blumenberg
- 4 Qualitätsentwicklung in Gesundheitsorganisationen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation mit einem besonderen Blick auf Ergebnisqualität und die Rolle der Professionen. 119**
Margret Xyländer und Thorsten Meyer
- 5 Die Formung professionellen Handelns in Zeiten entschiedener Qualitätspolitik 141**
Norbert Schmacke

Teil III Interaktionelle und interdisziplinäre Handlungsfelder

- 6 Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit** 157
Jutta Rübiger und Eva-Maria Beck
- 7 Case Management: Interprofessionelle Fachlichkeit in der fallbezogenen Versorgungssteuerung** 171
Wolf Rainer Wendt
- 8 Das Konzept der Selbstevaluation - Qualitätsentwicklung durch Selbstorganisation im Alltagshandeln** 189
Joachim König und Monika Chilla
- 9 Assessmentverfahren zur Qualitätsentwicklung professionsbezogener Handlungspraxis** 209
Bernd Reuschenbach

Teil IV Diversitätsbewusste und partizipative Querschnittsbereiche

- 10 Gendergerechte Gesundheitsversorgung** 233
Maren Stamer und Corinna Schach
- 11 Geteilte Entscheidungsprozesse? Konkurrierende Wissensordnungen in der Arzt-Patienten-Beziehung** 253
Peter Alheit und Heidrun Herzberg
- 12 Interprofessionelle Teamarbeit und Qualitätsentwicklung in der rehabilitativen Gesundheitsversorgung** 271
Sonja Becker und Mirjam Körner
- 13 Perspektiven einer dialogischen und reflexiven Qualitätsentwicklung in sozialpädagogischen Handlungsfeldern** 289
Joachim Merchel
- 14 Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen als Qualitätsmerkmal professioneller Handlungspraxis** 311
Matthias Leufgen

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Alheit, Peter, Prof. Dr. Dr. Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Pädagogik mit dem Schwerpunkt außerschulische Pädagogik an der Georg-August-Universität Göttingen (i. R.). Arbeitsschwerpunkte: International vergleichende Bildungsforschung, Biographie- und Mentalitätsforschung, Theorien Lebenslangen Lernens, Zivilisationsprozesse in Transformationsgesellschaften, Qualitative Gesundheitsforschung. Kontakt: E-Mail: palheit@gwdg.de

Beck, Eva-Maria, Dr. rer. medic. Dipl. Soz.Wiss., studierte als Pflegemanagerin und Lehrerin für Pflege Sozialwissenschaften mit Schwerpunkt Soziologie an der Universität Duisburg-Essen und promovierte dort am Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie im Rahmen der großangelegten Heinz Nixdorf Recall Studie. Seit 2011 arbeitet sie als Gastdozentin für Forschungsmethoden und seit 2014 als Changemanagerin im Modellstudiengang Physio-/Ergotherapie an der Alice Salomon Hochschule in Berlin. Im Forschungsprojekt Health Care Professionals übernahm sie 2014 die Koordinatorinnenstelle. Kontakt: Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, E-Mail: eva-maria.beck@ash-berlin.eu

Becker, Sonja, Psychologin (M.Sc.), seit 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät. Arbeitsschwerpunkte: interprofessionelle Teamarbeit in der Rehabilitation, Teamentwicklung. Kontakt: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Hebelstr. 29, 79104 Freiburg, E-Mail: sonja.becker@mps.uni-freiburg.de

Blumenberg, Petra, Diplom-Pflegewirtin, Mitglied im wissenschaftlichen Team des DNQP. Kontakt: Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück, E-Mail: P.blumenberg@hs-osnabrueck.de

Büscher, Andreas, Dr. Professor für Pflegewissenschaft, Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Kontakt: Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück, E-Mail: A.buescher@hs-osnabrueck.de

Chilla, Monika, Sozialpädagogin, Master Evaluation, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Praxisforschung und Evaluation an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Kontakt: E-Mail: monika.chilla@evhn.de

Dietsche, Stefan, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych., Professor für Gesundheits- und Sozialmanagement am Fachbereich Gesundheit und Pflege an der Hamburger Fern-Hochschule; zuvor von 2011 bis 2016 Professor für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Interdisziplinarität im Gesundheits- und Sozialwesen, Versorgungsforschung, Evidenzbasierung, Forschungsmethoden. Kontakt: Hamburger Fern-Hochschule, Alter Teichweg 19, 22081 Hamburg, E-Mail: Stefan.Dietsche@hamburger-fh.de

Hensen, Peter, Prof. Dr. med. M.A., MBA, Professor für Qualitätsentwicklung und -management im Gesundheits- und Sozialwesen an der Alice Salomon Hochschule Berlin, Privatdozent an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Arbeitsschwerpunkte: Management im Gesundheitswesen, insbesondere Theorie und Methoden des Qualitätsmanagement. Kontakt: Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, E-Mail: hensen@ash-berlin.eu

Herzberg, Heidrun, Prof. Dr. Professur für Bildungswissenschaften und Berufspädagogik in Gesundheitsberufen an der BTU Cottbus-Senftenberg. Arbeitsschwerpunkte: Biographieforschung, Qualitative Gesundheitsforschung, Versorgungsforschung im ländlichen Raum, Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen. Kontakt: E-Mail: heidrunherzberg@web.de

König, Joachim, Dr. phil. Professor für Pädagogik und Empirische Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Nürnberg, Leiter des Instituts für Praxisforschung und Evaluation, Kontakt: E-Mail: joachim.koenig@evhn.de

Körner, Mirjam, Privatdozentin, Dr. Dipl.-Psych., Dipl.-Bw. (BA), seit 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät. Arbeitsschwerpunkte: Teamarbeit, Teaminterventionen, Interprofessionalität, partizipative Entscheidungsfindung, Organisationales Verhalten, Organisationsentwicklung. Kontakt: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Hebelstr. 29, 79104 Freiburg, E-Mail: mirjam.koerner@mps.uni-freiburg.de

Leufgen, Matthias, Dr. phil. Gesundheits- und Krankenpfleger, mit berufspraktischer Expertise in Arbeitsfeldern der Akuteinrichtungen, der Rehabilitation, der ambulanten Pflege und der Seniorenbetreuung und Seniorenpflege (Gerontologie) und weiterhin in Kooperation mit praktischen Berufsfeldern; Lehramt Sek. II, b F, mit 1. und 2. Staatsexamen; Dipl. Berufspädagoge; Master of Arts (M.A.); Tätigkeitsfeld: Lehrveranstaltungen im Aus-, Fortbildungs- und Weiterbildungsbereich sowie wissenschaftliche Projekte in der Gesundheitswissenschaft, Pflege- und Rehabilitationswissenschaft, Arbeits- und Organisationswissenschaft, Arbeits- und Organisationspsychologie unter Berücksichtigung rechtlicher und ethischer Grundlagen samt Berufsbildungswissenschaften einschließlich Berufspädagogik. Kontakt: E-Mail: Dr.Leufgen@gmx.net

Merchel, Joachim, Prof. Dr. phil. Diplom-Pädagoge; Professor für das Lehrgebiet „Organisation und Management in der Sozialen Arbeit“ an der Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen; dort Leiter des weiterbildenden Master-Studiengangs Sozialmanagement; Arbeitsschwerpunkte: Sozialmanagement, Qualitätsmanagement, Evaluation, Kinder- und Jugendhilfe, Sozialplanung/Jugendhilfeplanung. Kontakt: E-Mail: jmerchel@fh-muenster.de

Meyer, Thorsten, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psychologe; Professur für Rehabilitationsforschung am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung. Kontakt: Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, E-Mail: Meyer.Thorsten@mh-hannover.de

Räbiger, Jutta, Prof. Dr. rer. oec. (Gesundheitsökonomin); ehem. Professur für Gesundheitsökonomie und -politik und Leiterin der Bachelor-Studiengänge ‚Gesundheits- und Pflegemanagement‘, ‚Physiotherapie/Ergotherapie‘ und des Masterstudiengangs ‚Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen‘ an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Derzeitige Tätigkeiten und Funktionen: Beratung von Hochschulen, Begutachtung von Forschungsanträgen für Wissenschaftsministerien; 2.Vorsitzende des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe (HVG) e. V., Redaktionsmitglied der Zeitschrift Public Health Forum.

Arbeitsschwerpunkte: Qualitätssicherung in der integrierten Versorgung, Akademisierung, berufliche Emanzipierung und interprofessionelle Kooperation der Gesundheitsfachberufe, Blankoverordnung- und Direktzugang in der Physiotherapie, pflegerische Versorgung onkologischer Patienten. Kontakt: Alice Salomon Hochschule, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, E-Mail: raebiger@ash-berlin.eu

Reuschenbach, Bernd, Prof. Dr. Professor für gerontologische Pflegewissenschaft und Qualitätsmanagement; Leitung des Masterstudiengangs „Pflegewissenschaft - Innovative Versorgungskonzepte“. Arbeitsschwerpunkte: Assessmentmethoden, innovative Versorgungskonzepte, Methodenentwicklungen. Kontakt: Katholische Stiftungsfachhochschule München, Fachbereich Pflege, Preysingstr. 83, D-81667 München, E-Mail: reuschenbach@pflgewissenschaft.org

Schach, Corinna, Dr. PH Freie Dozentin für Erwachsenenbildung im Gesundheitsbereich, Gesundheitswissenschaftlerin, Ärztin für Frauenheilkunde. Arbeitsschwerpunkte: Gynäkologisch-geburtsmedizinische Versorgungsforschung, Gesundheitsbildung. Kontakt: E-Mail: cschach@uni-bremen.de

Schmacke, Norbert, Prof. Dr. med. Habilitation Gesundheitswissenschaften, Hochschullehrer am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Arbeitsschwerpunkte: Patientenzentrierte Versorgung, Palliative Care, Gesundheitspolitik. Stellvertretendes Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss. Mitgliedschaften: Netzwerk evidenzbasierte Medizin, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Kontakt: Universität Bremen, Marsse 48, 28719 Bremen, E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

Stamer, Maren, Prof. Dr. PH Dipl.-Pädagogin, Krankenschwester, Professorin für Methoden der Qualitativen Forschung im Gesundheits- und Sozialwesen an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Qualitative Gesundheits- und Versorgungsforschung, Kommunikation, Interaktion und Partizipation im Kontext von Versorgungsprozessen, Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Kontakt: Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, E-Mail: stamer@ash-berlin.eu

Wendt, Wolf Rainer, Prof. Dr. phil. Hon.-Prof. Uni Tübingen, Dipl.-Psychologe, Case Manager Ausbilder. Bis 2004 Leiter des Ausbildungsbereichs Sozialwesen der Berufsakademie Stuttgart (jetzt Duale Hochschule BW). Bis 2015 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. Arbeitsschwerpunkte: Case Management, Sozialwirtschaftslehre, Theorie

und Geschichte der Sozialen Arbeit. Kontakt: Knödlerstr. 5, 70597 Stuttgart, E-Mail: prof.dr.wendt@gmail.com

Xyländer, Margret, Dr. phil. Soziologin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung. Arbeitsschwerpunkte: Qualitative Gesundheits- und Versorgungsforschung, Teilhabe- und Patientenorientierung in der medizinischen Rehabilitation. Kontakt: Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, E-Mail: Xylaender.Margret@mh-hannover.de

Teil I

Grundlagen und thematische Rahmung

Qualitätsentwicklung zwischen Institution und Interaktion – Eine Standortbestimmung aus professionstheoretischer Sicht

1

Peter Hensen

Zusammenfassung

Qualität im Gesundheitswesen wird maßgebend von den Gesundheitsberufen bzw. Professionen, in ihren Institutionen und Gemeinschaften wie auch im Rahmen der von ihnen gestalteten Handlungspraxis, verantwortet. Die fachlich bzw. fachwissenschaftlich grundgelegten Anforderungen an eine „gute Qualität“ (professionsbezogene Qualitätsperspektive) sind jedoch stets eingebettet in einen multiperspektivischen Qualitätsbegriff, der von gesellschaftlichen, politischen und institutionellen Vorstellungen und Festlegungen ebenso getragen wird wie von individuellen und interaktionellen Anforderungen des konkreten Versorgungs- und Leistungsgeschehens. Im Kontext der Gestaltung dieser Qualität ist die Fokussierung und Schwerpunktlegung auf die Professionsbezüge häufig mit dem Begriff der Qualitätsentwicklung belegt. Eine solche professionsbezogene Qualitätsentwicklung ergänzt die systembezogenen Konzepte der Qualitätsgestaltung, betont jedoch stets professionstypische Handlungsprinzipien, die einen Zugang zur berufseigenen Selbstbestimmung im Umgang mit dem Qualitätsbegriff und zu dessen Gestaltungsmacht eröffnen.

P. Hensen (✉)
Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland
E-Mail: hensen@ash-berlin.eu

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018
P. Hensen und M. Stamer (Hrsg.), *Professionsbezogene
Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen*,
DOI 10.1007/978-3-658-17853-6_1

3

1.1 Hintergrund und thematische Annäherung

Jede Auseinandersetzung mit dem Thema *Qualität* im Gesundheitswesen führt zwangsläufig zu der Frage, welche Rolle den professionell handelnden Akteuren zukommt und wie diese Rolle von den unterschiedlichen Berufsgruppen sowohl institutionalisiert, d. h. innerhalb der berufspolitischen Rahmung und ihrer fachwissenschaftlichen Verankerung, als auch im Kontext der täglichen Versorgungspraxis, d. h. innerhalb des organisationalen Leistungsrahmens und der interaktionellen Leistungserbringung wahrgenommen und ausgefüllt wird. Nehmen die Prinzipien und Methoden des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung mittlerweile wie selbstverständlich einen festen Platz im fachlichen bzw. fachwissenschaftlich geprägten Anwendungsrahmen der professionell Handelnden ein, schließt der damit eröffnete Betrachtungsgegenstand einer wie auch immer beschaffenen „professionsbezogenen Qualität“ ebenfalls Fragen nach der *Genese* und der *Geltung* des ihr zugehörigen Ziel- und Methodenraums für die Handlungspraxis im Konkreten und das Versorgungssystem im Allgemeinen ein.

Qualität ist bekanntermaßen keine Beobachtungsgröße, die allgemeingültig, absolut und vorhersehbar in Erscheinung tritt; auch wenn dies aus Sicht der Gesundheitssystemgestaltung und Versorgungsplanung bisweilen wünschenswert wäre. Sie ist vielmehr ein Konstrukt, das sich unter dem Einfluss wandelbarer Ansprüche, sachlicher Erfordernisse und individueller Erwartungen im Rahmen von gesellschaftlich, sozialpolitisch und fachwissenschaftlich breit geführten Auseinandersetzungen unterschiedlich formt und gedeutet wird. Im Gesundheitswesen ist sie mit Begriffen wie Versorgungs-, Betreuungs- oder Behandlungsqualität belegt; „im Großen“ auf Ebene der gesundheitspolitischen Steuerung (Makroqualität), wie „im Kleinen“ im Kontext der unmittelbaren Leistungserstellung (Mikroqualität).

Innerhalb der *Gesellschaft* findet das Qualitätsthema Aufmerksamkeit und Gestaltungswillen im Kontext zivilgesellschaftlicher Beteiligung (Kommunale Ansätze der Gesundheitsförderung, Selbsthilfebewegung, Bürgerinitiativen), durch institutionelle Vertreter und Vertreterorganisationen (z. B. Patientenbeauftragte, Verbraucherzentralen, Selbsthilfeorganisationen) wie auch im Verbände- und Fachgesellschaftswesen (z. B. Berufs- und Fachverbände, Interessenvereinigungen, Stiftungswesen). Auf *politischer Ebene* ist Qualität vielgestaltig in der Sozialgesetzgebung als Element strukturgebender Mindestanforderungen, als Element der Legitimitätsprüfung und Legitimationsbildung, teilweise aber auch als Element einer ver- bis geordneten fachlichen Entwicklung medizinisch-pflegerischer Leistungsstandards verankert. Im *fachwissenschaftlichen Kontext* der Gesundheitsberufe

steht sie symbolhaft für eine „Gute Praxis“ beruflichen bzw. professionellen Handelns, die sich allerdings nicht bedingungslos mit unbegrenzten Möglichkeiten und Freiheitsgraden vollzieht, sondern in einen institutionellen Leistungsrahmen eingebunden ist, der wechselseitig von gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen wie von einrichtungsinternen bzw. einzelbetrieblichen Anforderungen und Erfordernissen einer sachgerechten Mittelerschließung und -verwendung geprägt wird. Die Durchlässigkeit, aber auch die gegenseitige Verbundenheit dieser Betrachtungsebenen spiegelt sich in der wechselseitigen Auftrags- und Beziehungsgestaltung zwischen Anbietern, Nachfragern, sozialrechtlichen Körperschaften und staatlicher Regulation (sozialrechtliches Leistungsvieleck), in dessen Zentrum die Gesundheitsberufe bzw. Berufsinhaber Aufgaben der *fachlichen Steuerung* dieses Leistungs- bzw. Versorgungsgeschehens übernehmen.¹ Steuerungsgröße ist der soziale, im engeren Sinne gesundheitsbezogene Bedarf, der individuell und im Gemeinwesen unterschiedlich ausfallen kann.

Das konkrete Versorgungs- und Leistungsgeschehen konstituiert sich als eine in vielen Punkten kaum vorherbestimmbare Momentaufnahme situationsabhängiger, interpersonaler Interaktion, die sich in verschiedentlich ausgestatteten Settings vollzieht und begrifflich gemeinhin als *personenbezogene Dienstleistung* gefasst wird. Personenbezogene Dienstleistungen² richten sich grundsätzlich an den individuellen Bedürfnissen und Interessen ihrer Interaktionspartner aus; sie werden in Art und Umfang sowie Dauer und Intensität aber auch von Rechtsansprüchen

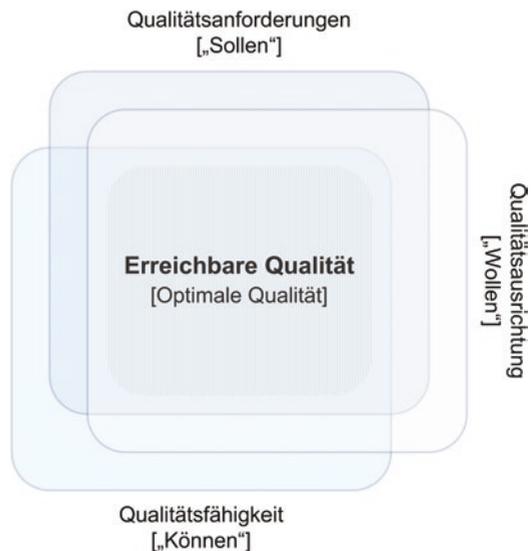
¹„Fachliche Steuerung“ umfasst nach Merchel die *Strukturierung* und *Reflexion* des fachlichen Handelns im Zusammenspiel mit anderen einrichtungsinternen Steuerungsaufgaben (z. B. betriebswirtschaftliche oder organisationsbezogene Steuerung) mit dem Ziel einer „möglichst guten“ Leistungserbringung (Merkel 2015, S. 86 ff.). Merkel betont gleichsam die Grenzen einer solchen Steuerbarkeit, warnt vor unrealistischen Steuerungserwartungen, die insbesondere durch unreflektierte Konzepte des Qualitätsmanagements geschürt werden, und propagiert einen reflexiven Steuerungs-begriff (Merkel 2015, S. 201 f.).

²Bauer (2001, S. 76 ff.) unterscheidet in seinen Analysen „Dienstleistungen im Sozialwesen“ als personenbezogene Dienstleistungen (Handlungsebene der Interaktion) und „soziale Dienstleistungen“ als bereitgestellte professionelle Kompetenz (Berufliche Handlungsebene der Funktionsgewährleistung). Diese Unterscheidung betont die Bedeutung des Fachlichen (professionelle Kompetenz) als notwendige Bedingung (Potenzialität) für die Qualität des interaktionellen Leistungsgeschehens (Performanz). Aus produktionstheoretischer Sicht konstituieren sich Dienstleistungen jedoch erst durch das Zusammentreten von Potenzialität, Performanz und Produkt (vgl. Kleinaltenkamp 2001, S. 40), auch wenn jedes dieser Elemente bzw. deren Qualität getrennt voneinander betrachtet und bestimmt werden kann.

der Beteiligten und den Möglichkeiten des zur Verfügung stehenden Leistungsrahmens vor- und mitbestimmt. Die Qualität eines solchen Versorgungs- und Leistungsgeschehenes muss daher immer als Gegenstand und Ergebnis einer fortwährenden *Aushandlung* zwischen unterscheidbaren Ansprüchen und Erfordernissen („Sollen“), der zugrunde liegenden Vorstellung und Bereitschaft, diesen Anforderungen zu entsprechen („Wollen“) und den vorhandenen Fähigkeiten bzw. dem zugrunde liegenden Machbarem („Können“) verstanden werden, die viele Perspektiven und Anforderungsebenen, insbesondere das Expertenwissen und die Expertenkultur der darin handelnden Berufsgruppen und Professionsangehörigen wie auch die organisatorischen und überorganisatorischen Belange komplexer Leistungssysteme umschließt (Abb. 1.1).

Die Verantwortung für die Inhalte des Versorgungs- und Leistungsgeschehens bzw. für die Strukturen und Regeln der Fachlichkeit liegt weitgehend bei den Gesundheitsberufen bzw. den Berufsinhabern selbst. Diese besondere *Eigenständigkeit* der Berufsausübung wird durch den Staat unterstützt und korrespondiert innerhalb professionssoziologischer Diskurse mit dem Prinzip des gesellschaftlichen Mandats (vgl. Kälble 2014). Dieses Mandat wird institutionalisiert durch berufsständische Körperschaften, berufspolitisch agierende Vereinigungen und wissenschaftliche Fachgesellschaften wahrgenommen.

Abb. 1.1 Qualität in der Gesundheitsversorgung als Aushandlungskonzept



Die Eigenständigkeit der Berufsausübung fordert sodann Aussagen und Festlegungen hinsichtlich der Ziele („Zweckbestimmung“) und der methodischen Rahmung („Wege- und Mittelbestimmung“) der eigenen Leistungen. An die Grundlegung einer solchen Zweck- bzw. Wege- und Mittelbestimmung sind zwangsläufig auch Fragen des Zielausmaßes und des zu erbringenden Leistungsniveaus (Qualitätsbestimmung) sowie der Art und Weise, wie diese Leistungen gestaltet und gesteuert werden können (Qualitätsgestaltung), geknüpft. Dies gilt sowohl für die unmittelbare, interaktionell geprägte Berufsausübung (Ebene der personenbezogenen Dienstleistung), für die Gestaltung und Entwicklung des dafür notwendigen organisationalen Leistungsrahmens (Einrichtungs- und Organisationsebene) als auch für die Vorbereitung, Festlegung und Mitbestimmung eines angemessenen Handlungsrahmens durch die Institutionen der Gesundheitsberufe (berufspolitische und fachwissenschaftliche Vertretungen).

Für die nachfolgenden Auseinandersetzungen mit dem Konzept und den Gestaltungsmöglichkeiten einer durch die Angehörigen der Gesundheitsberufe verantworteten Qualität und der ihr zugehörigen Qualitätsentwicklung wird auf verschiedene Strukturierungshilfen zurückgegriffen: die in der sozialwissenschaftlichen Theoriebildung gebräuchliche Gliederung aggregierter Gestaltungs- und Handlungsebenen, ebenso wie die System- und Institutionenlogik zur Betrachtung und Unterscheidung der verschiedenen Strukturorte sozialen Handelns. Ausgehend von einer ersten Standortbestimmung von Beruflichkeit, Professionalität und professionellem Handeln im Gesundheitswesen soll nachfolgend das Konstrukt der *professionsbezogenen Qualität* hinsichtlich seiner Gestalt, Systematik und Organisation in ihren Grundzügen analysiert und eingeordnet werden. Darauf aufbauend erfolgt eine Charakterisierung und Systematisierung des mit Professionsbezügen belegten Handlungsbegriffs der *professionsbezogenen Qualitätsentwicklung*.

1.2 Professionsbezogenes Handeln

Im Gesundheits- wie im Sozialwesen wird in Diskussionen zur Rolle, Stellung und Aufgabe der Gesundheitsberufe immer dann von Profession gesprochen, wenn eine besondere Seite der Beruflichkeit betont werden soll, die über die alleinige Verrichtungsarbeit von Erlerntem und Gezeigtem hinausgeht. Der Begriff *Profession* ist in soziologischen bzw. sozialwissenschaftlichen Diskursen breit beheimatet; zugleich ist er Inhalt von berufspolitisch geführten Auseinandersetzungen über Rang und Funktion der verschiedenen Berufe innerhalb der Leistungssysteme. Auch wenn er in seiner Deutung niemals einheitlich gefasst

werden wird, geht von seinem begrifflichen Gebrauch stets eine grundsätzlich „Stellung beziehende“ Wirkung aus, die den Gesundheitsberufen eine besondere Verantwortung und ein besonderes (Mit-)Bestimmungsrecht im Versorgungs- und Leistungsgeschehen zuschreibt.

Die besondere Verantwortung ist begründet in der eigenständigen *Fachlichkeit*, die in abstrakter Weise durch die Entwicklung und Systematisierung von spezifischem Expertenwissen und in der Ausbildung einer entsprechenden Expertenkultur in Erscheinung tritt. Auf der Handlungsebene fordert eine solche eigenständige Fachlichkeit in konkreter Weise ihre situations- und sachgerechte Ausübung, was wiederum die Übernahme von persönlicher Verantwortung im Zusammenwirken mit den jeweils anvertrauten Menschen impliziert. Mit der Verantwortung stets verbunden sind ein gesteigerter Begründungszwang für die getroffenen Entscheidungen wie auch ein rechtlich wie ethisch begründbares Einstehenmüssen für die Folgen des eigenen Handelns.

Die Auseinandersetzung mit dem soziologischen Konstrukt der Profession ist begleitet von Fragen der *Professionalisierung*, mit der das Umfeld und die Bedingungen des „Professionswerdens und –seins“ der Gesundheitsberufe beschrieben und untersucht werden; gleichzeitig aber auch von Fragen einer gesundheitsberuflich spezifisch geprägten *Professionalität*, mit der Anforderungen und Merkmale des professionellen bzw. „professionsbezogenen Handelns“ zum Ausdruck gebracht werden.

1.2.1 Berufe und Professionen im Gesundheitswesen

Eine einheitliche, konsensfähige Definition des Begriffs „Gesundheitsberufe“ gibt es nicht, wengleich als definitorischer Orientierungspunkt die Ausführungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) herangezogen werden können, in denen *Gesundheitsberufe* als „Berufe innerhalb des Versorgungssystems“ bezeichnet werden, „deren Tätigkeitsinhalte unmittelbar darauf abzielen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten“ (SVR 2008). Nach dieser Definition ist Gesundheitsberuf ein breit gefasster Oberbegriff für alle Berufe, die im weitesten Sinne etwas mit „Gesundheit“ zu tun haben und alle im Gesundheitsversorgungssystem tätigen, patientennahen Berufsgruppen umschließt (Kälble und Borgetto 2016, S. 384).

Aufgrund der vielfältigen Übergangsbereiche von Gesundheitswesen zum Sozialwesen, insbesondere der wechselseitigen und inhaltlich überschneidenden Tätigkeitsprofile der darin tätigen Berufsgruppen, ist eine Abgrenzung von

Gesundheitsberufen gegenüber sozialen und pädagogischen Berufen auf diesem Weg nicht immer eindeutig möglich – man denke an das auf die Behindertenhilfe zugeschnittene Aufgabenprofil der Heilerziehungspflege oder die Unterstützung von Patienten bei der Krankheitsbewältigung durch die Sozialarbeit (vgl. Höppner 2010) – andererseits auch wenig hilfreich, wenn es darum geht, Gemeinsamkeiten in einem handlungstheoretischen Sinne betonen zu wollen.

Ein wichtiges (und gemeinsames) Ordnungskriterium ist die *staatliche Anerkennung*, mit der das eingangs geschilderte gesellschaftliche Mandat und im besten Wortsinn die „Anerkennung“ von spezialisiertem und systematisch erworbenem Expertenwissen zum Ausdruck kommt.³ Mit einer staatlichen Anerkennung wird ein gewisser Berufsschutz (geschütztes Aufgaben- und Tätigkeitsprofil) ausgesprochen, aber auch Sonderstellungen (Erlaubnis zur Ausübung von Aufgaben im öffentlichen Interesse) und damit bestimmte Rechte (z. B. Vergütungs- und Honoraranspruch) und Pflichten (z. B. Garantienpflicht, Schweigepflicht) der Berufsausübung verliehen.

Die staatlich anerkannten Gesundheitsberufe gelten taxonomisch der Gruppe der *geregelten Gesundheitsberufe* zugehörig. Diese unterstehen entweder dem Bundesrecht (Heilberufe⁴, Berufe nach Berufsbildungsgesetz⁵, Berufe nach der Handwerksordnung, sog. Gesundheitshandwerke⁶) oder werden in den Bundesländern nach Landesrecht geregelt, sofern der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz keinen Gebrauch macht (z. B. Operationstechnische Assistenz, Krankenpflegehilfe, Familienpflege). Bundesrechtlich ist aber stets

³Ein weiteres Ordnungskriterium wäre eine Gliederung nach Tätigkeiten, wie sie das Statistische Bundesamt vornimmt. Zum *Gesundheitspersonal* werden alle Berufe gezählt, die Tätigkeiten aus dem Gesundheits-, Sozial- oder Umweltbereich ausüben, die primär der Sicherung, der Vorbeugung oder der Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Als *Beschäftigte im Gesundheitswesen* gelten dort alle im Gesundheitswesen tätigen Personen, unabhängig davon, welchen Beruf sie ausüben (StaBu 2016).

⁴Zu den *Heilberufen* können diejenigen Berufe gezählt werden, deren „Tätigkeit durch die Arbeit am und mit dem Patienten“ (Bundesministerium für Gesundheit, BMG) geprägt ist (z. B. ärztliche Berufe, psychologische Therapieberufe, Pflege- und Therapieberufe, medizinische Assistenzberufe).

⁵Die Berufe nach Berufsausbildungsgesetz (z. B. Medizinische Fachangestellte, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte) werden nicht den Heilberufen zugeordnet, da ihre Tätigkeiten zu einem großen Teil gewerblich-kaufmännisch geprägt sind (BMG).

⁶Zu den *Gesundheitshandwerken* zählen die Augenoptiker, Hörgeräteakustiker, Orthopädienschuhtechniker, Orthopädiemechaniker und Bandagisten sowie die Zahntechniker. Diese Berufe unterliegen der Handwerksordnung und sind staatlich anerkannt.

nur die Ausbildung der Gesundheitsberufe (Primärqualifikation) geregelt; die berufliche Weiterbildung ist grundsätzlich Aufgabe der Länder, die diese in der Regel auf berufsständische Körperschaften (z. B. Ärztekammern) übertragen. Die staatlich anerkannten Sozialberufe unterstehen im Wesentlichen landesrechtlichen Bestimmungen (z. B. Soziale Arbeit, Heilpädagogik, Heilerziehungspflege). Zu den *nicht geregelten Gesundheitsberufen* gehören alle Berufe, die nicht bundes- und landesrechtlich geregelt sind und folglich keine staatliche Anerkennung haben. Diese sind vor allem im Bereich der Fitness, Wellness und Körperpflege angesiedelt (Kälble und Pundt 2015, S. 19). In diesem Sinne gleichermaßen „nicht geregelt“ gelten aber auch die zahlreichen hochschulischen Ausbildungen (z. B. Gesundheits- und Pflegewissenschaften) oder Studiengänge der Aufbau- und Nachqualifizierung mit Bezug zum Gesundheitswesen (z. B. Gesundheits- und Sozialmanagement), die sich seit den 1990er Jahren expansiv entwickelten.⁷

Den Begriffen *Beruf* und *Profession* liegen in sozialwissenschaftlichen und berufssoziologischen Diskursen Bedeutungen auf, die – verkürzt gesprochen – Professionen als „besondere Berufe“⁸ ausweisen, die mit spezifischen und eigenen Kompetenzen ausgestattet gesellschaftlich relevante Probleme bearbeiten (vgl. Hesse 1972; Freidson 2001; Dewe 2006). Beruf und Beruflichkeit orientiert sich zunächst an objektivierbaren (berufstypischen) Tätigkeiten, die vom Berufsinhaber beherrscht werden (Qualifikation), um Aufgaben in definierten Arbeitsbereichen zu übernehmen. Der Qualifikationsbedarf geht dabei von den sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen der Berufspraxis aus, ist also primär geleitet von Organisations- und Strukturansforderungen (vgl. Bollinger 2004). Gegenüber einem „tätigkeitsorientierten“ Beruf konstituiert sich Profession als ein „handlungsorientiertes“ Konzept, das eine bestimmte Wertorientierung, subjektive Motivlagen, Entscheidungsräume oder die Generierung und Entwicklung

⁷Die Gründe sind vielfältig: Anshub oder Unterstützung der Professionalisierung einzelner Gesundheitsberufe, Ausdifferenzierung gesundheitsbezogener Fachrichtungen in Fächern und Disziplinen, die bisher noch nicht in das Gesundheitswesen eingebunden waren, Nachholbedarf bei der akademischen Repräsentanz gesundheitsbezogener Forschungszweige oder Suche nach neuen Betätigungsfeldern für die Hochschulen (ausführlich hierzu: Kälble 2006; Borgetto und Kälble 2007).

⁸Heubel (2014) bringt „das Besondere“ bzw. das gemeinsame Merkmal aller Professionen im Gesundheitswesen auf eine einfache Formel: „Das Spezifische der Professionen besteht darin, dass ihr Handlungsgegenstand nicht die Dinge sind, die von Menschen produziert, besessen, benutzt, verteidigt, geformt werden, sondern die Menschen selbst“ (Heubel 2014, S. 559).

von Methoden⁹ mit einschließt. Wirk- und Strukturort der professionstypischen Berufsausübung sind in der Regel personenbezogene Dienstleistungen; handlungsleitend die jeweiligen Bedürfnisse der Interaktionspartner.

Die Frage nach dem Wesen einer Profession bzw. nach dem Übergang von Beruf zur Profession wurde lange Zeit überwiegend merkmaltheorietisch beantwortet (Siepmann und Groneberg 2011). Der Medizinsoziologe Siegrist (2005) hat am Beispiel des Arztberufes fünf Merkmalsgruppen identifiziert, die als professionstypisch angesehen werden können: Die „Tätigkeit beruht auf spezialisiertem, in der Hochschule erworbenen und danach systematisch weiterentwickeltem Expertenwissen (Lizenz)“; die „Leistungen werden weitgehend als Monopol angeboten, darin wird die Profession vom Staat unterstützt (gesellschaftliches Mandat)“; die „Tätigkeit unterwirft sie einer normativen kollegialen Eigenkontrolle (z. B. anhand von Berufsgerichten); damit entzieht sie sich tendenziell sozialer Kontrolle durch Nicht-Experten“; die „Tätigkeit ist durch ein hohes Maß an beruflicher Autonomie gekennzeichnet (z. B. Ideal der Freiberuflichkeit)“ sowie „häufig, aber nicht immer, sind mit der Zugehörigkeit zu einer Profession hohes Sozialprestige (Ansehen, gesellschaftliche Wertschätzung) und hohes Einkommen verbunden“ (Siegrist 2005, S. 226).

Diese Merkmalsgruppen bieten sich durchaus als Orientierungspunkte an; sie sind allerdings nur bedingt für eine exakte Analyse geeignet, da Umschlagpunkte oder Kriterien fehlen, mit denen trennscharf zwischen „Profession“ und „Nicht-Profession“ unterschieden werden kann. Im Rahmen einer merkmaltheorietischen Analyse würde beispielsweise bei einigen Gesundheitsberufen das geforderte hochschulisch erworbene Expertenwissen oder eine institutionalisierte Berufsgerechtigbarkeit als fehlend oder unausgereift gewertet werden müssen. In solchen Fällen der unvollständigen Merkmalserfüllung wird bei einigen Gesundheitsberufen dann von „Semi-Professionen“ oder „schwachen Professionen“ gesprochen, womit allerdings – auch wenn er unvollständig bleibt – ein grundsätzlich *professionstypischer Charakter* des betrachteten Gesundheitsberufs zum Ausdruck kommt bzw. der (erreichte oder eben noch nicht erreichte) Entwicklungsstand eines Professionalisierungsprozesses angedeutet wird.¹⁰ Als professionstypisch

⁹Nach Hartmann (1968) zeichnen sich Professionen gegenüber Berufen durch ein höheres Maß an systematisiertem Wissen und eine höhere soziale Orientierung aus.

¹⁰Mit Begriffen wie „Semi-Profession“ wird allerdings auch eine Wertbestimmung vorgenommen, mit der Gesundheitsberufe gegeneinander abgestuft werden können, und die geeignet ist, berufs- und machtpolitische Interessen zu unterstützen. Daher sollte der Begriff (und ähnliche) vermieden werden und besser von „Berufen mit professionstypischem Charakter“ oder „Berufen mit Professionsbezüge“ gesprochen werden.

wird hier die Idee einer eigenständigen, von jeder Berufsgruppe und den einzelnen Berufsangehörigen zu verantwortenden und – auch wenn es sich in frühen Stadien der Professionalisierung überwiegend um Bezugswissenschaften handeln kann – wissenschaftlich verankerten *Fachlichkeit* vertreten, die dem Berufsinhaber einen Expertenstatus verleiht.

Eine solche eigenständige Fachlichkeit korrespondiert mit dem professionstypischen *Autonomieprinzip*¹¹, nach dem Ziele und Inhalte, Methoden und Vorgehensweisen aber auch Maßnahmen zur Ermittlung und Bewertung der eigenen Arbeit im Sinne einer Kontrollmacht selbstständig vor- und mitbestimmt werden und das unter anderem durch die staatliche Anerkennung geschützt und unterstützt wird. Mit der Verantwortung für die Ziele und die methodische Rahmung der Leistungen tragen die Berufsgruppen und Professionen auch eine besondere Verantwortung für die Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen.

Wie groß die Kontrolle bzw. die Kontrollmacht über Inhalt und Ausübung der eigenen Tätigkeit im Einzelnen ausfällt, also wie sich das Zusammenspiel von Professionsangehörigen untereinander oder in Abstimmung mit organisationalen oder unternehmerischen Anforderungen und Bedingungen vor Ort darstellt, und wie stark diese durch eine rechtliche und politische Vorzugsstellung unterstützt wird, relativiert in der Einzelfallbetrachtung nicht die grundsätzliche Eigenständigkeit dieser Berufe hinsichtlich ihrer *fachlichen Kompetenz*, die grundsätzlich auf höherwertigem Wissen und Können aufbaut (Lizenz), und ihrer *exklusiven Zuständigkeit*, die sie qua staatlicher Anerkennung und gesellschaftlichem Handlungsauftrag zugewiesen bekommen (Mandat).¹² Ein solches Mandat wird institutionalisiert durch berufsständische bzw. berufspolitisch agierende Vereinigungen sowie wissenschaftlich ausgerichtete Fachgesellschaften wahrgenommen.

Mit dem Autonomieprinzip verbunden ist gleichermaßen auch eine eigene *ethische Normierung*, die kodifiziert in Berufsordnungen sowie Normen- oder

¹¹Autonomie darf auch in professionssoziologischen Betrachtungen nicht mit Autarkie verwechselt werden. Die Wahrnehmung beruflicher Handlungsautonomie bedeutet nicht Unabhängigkeit; sie ist im Gegenteil in hohem Maße von externer Ressourcenzufuhr abhängig. Sie beansprucht und erhält vielfältige Leistungen von „außerhalb“ des jeweiligen Interaktions- und Leistungssystems.

¹²Beckmann (2009) räumt mit Verweis auf Freidson (2001) und White (2000) ein, dass das Autonomieprinzip hinsichtlich der Autonomie in der Zielbestimmung umstritten sei: Mandat und Lizenz seien „gebunden an einen gesellschaftlichen Zentralwert, der Interventionen von Professionen erst rechtfertigt. Auf dieser grundsätzlichen Ebene sind Professionen nicht autonom in ihrer Zielbestimmung, allerdings obliegt in der idealtypischen Konzeptualisierung den Professionen die Spezifizierung dieses Ziels“ (Beckmann 2009, S. 82).

Pflichtkatalogen auch zur Ausbildung einer gemeinsamen Identität und Rol-
lendifinition einer Berufsgruppe oder Professionsgemeinschaft („Community“) beitragen kann (Goode 1957). Eine professionsbezogene Dienst- oder
Berufsethik korrespondiert eng mit dem Prinzip der *Kollektivitätsorientierung*
(oder: Sozialorientierung), wonach sich die Anwendung von Wissen und Fer-
tigkeiten der Professionsangehörigen am Gemeinwohl und nicht an eigennüt-
zigen Interessen orientiert (Parsons 1958; Klatetzki 1993, S. 38). Dazu gehört
auch, dass wirtschaftliche Gewinninteressen (des Einzelnen oder von professi-
onsgeführten Leistungssystemen) grundsätzlich dem Gemeinwohl untergeord-
net werden.

Gesundheitsberufe lassen sich zusammenfassend entlang des ihnen zuerkann-
ten Autonomieprinzips und ihrer Gemeinwohlorientierung als Berufe mit pro-
fessionstypischen Charakter oder Berufe mit Professionsbezügen (im weitesten
Sinne als unabhängige Professionen) fassen, die mit eigenständiger, selbst ent-
wickelter Fachlichkeit auf dem Boden eigener ethischer sowie mehr oder weniger
berufsrechtlicher Normierung gesellschaftlich relevante und individuell konkrete
Problemlagen innerhalb ihrer Arbeitskontexte selbstständig bearbeiten und dafür
adäquate und anspruchsvolle Lösungen bereitstellen.

Professionen gelten jedoch nicht als zeitunabhängige, stabile Größen. Sie
unterliegen einem stetigen Wandlungsprozess, der gesellschaftlichen Verände-
rungen und Deutungen unterworfen ist. *Professionalisierung* – als Prozess oder
Betrachtungsrahmen verstanden – kann daher niemals als abgeschlossen oder
vollständig gelten, sondern orientiert sich immer auch an Rahmenbedingungen
und den Spezifika eines Berufsbildes (vgl. Kälble und Borgetto 2016, S. 385).
Unterschiede in den professionstypischen Ausprägungen lassen sich zumeist
über eine zeitliche Dimension verstehen. Einige Professionen blicken auf längere
(z. B. ärztliche Berufe), andere wiederum auf kürzere (z. B. Pflegeberufe) Zeiten
und Wege ihres Professionalisierungsprozesses zurück. Unterschiede lassen sich
aber auch auf das „Anstrengungsniveau“ der berufspolitischen Behauptung, auf
normative Allokations- und Entscheidungsfragen oder auf eine grundsätzliche
„gesellschaftliche Bereitschaft“, die Professionalisierung von Berufsgruppen zu
unterstützen, zurückführen. In gleicher Weise wie Professionalisierung als Pro-
zess des „Professionswerdens“ verstanden werden kann, können auch Ent-
wicklungen in eine gegenläufige Richtung diagnostiziert werden, die mit dem
Begriff der *Deprofessionalisierung* belegt sind. Mit diesem Begriff wird nicht nur
prozesshaft eine Tendenz oder Entwicklungsrichtung angezeigt; er hat als merk-
malstheoretischer Analysebegriff auch eine Warnfunktion in der diskursgeleiteten
Gefahrenabwehr von professionsfremden Überformungen.

1.2.2 Professionalität und Professionsbezogenes Handeln

Merkmalstheoretische Modelle und strukturfunktionalistische Zugänge gelten in der professionssoziologischen Auseinandersetzung vielfach als zu formalistisch und nicht ausreichend, das Wesen „professionenstypischen Handelns“ und seine Kontextbedingungen erfassen zu können (Pfadenhauer 2003; Dewe und Otto 2010). Als Ausgangspunkt sind derart „klassische“ Zugänge aber durchaus hilfreich, grob orientierend eine Vorstellung darüber zu geben, was „Professionsarbeit“ („handlungsorientierte Expertenarbeit“) von „Nicht-Professionsarbeit“ im Sinne von Bereitstellungs- und Erhaltungsarbeit („tätigkeitsorientierte Verrichtungsarbeit“) im Grundsatz unterscheiden könnte. Auch bieten strukturfunktionalistische Betrachtungen die Möglichkeit, Professionen systemtheoretisch hinsichtlich ihrer Stellung, Aufgabenwahrnehmung und Wechselbeziehungen mit anderen sozialen Systemen und Institutionen (z. B. Gesundheitssystem, lokale Versorgungssysteme), aber auch hinsichtlich der Institutionalisierung ihrer elementaren Grundzüge „Wissenssystematik“ (professionsbezogenes Wissen) und „Sozialorientierung“ (professionsbezogene Ethik) zu verorten.

In den Professions- und Professionalisierungsdiskursen haben sich in jüngerer Zeit interaktions- oder handlungstheoretische Zugänge herausgebildet, welche die Strukturprobleme bei der Bestimmung von Professionen aus den Blick nehmen und die Qualität der interaktionellen Handlungen für die Analyse und Deutung professionellen bzw. professionsbezogenen Handelns heranziehen. Nach weitläufigem Verständnis sind *professionelle Handlungen* „eine besondere Form planvoller und damit selbstbewusster Handlungen im Hinblick auf ein explizites Ziel, das unter Anwendung professioneller Verfahren der Problembearbeitung zu erreichen versucht wird“ (Obrecht 2013, S. 63). Weiter lassen sich *professionell Handelnde* als „Handelnde ...“, die im Hinblick auf die Lösung praktischer Probleme über professionelles Wissen und Können verfügen und dieses Wissen zur Bearbeitung solcher Probleme nutzen“ (Obrecht 2013, S. 63) fassen.

Als konstitutiv für professionelles Handeln in personenbezogenen bzw. interaktionellen Kontexten gilt gemeinhin die Relationierung von systematisch erworbenen, in der Regel wissenschaftlich begründetem Fachwissen und den alltagspraktischen Anforderungen und Herausforderungen eines konkreten „Einzelfallverstehens“ (Oevermann 1999, S. 124 f.). An diesem Übergang materialisiert sich nach Dewe und Otto (2001) ein Professionsverständnis, das sich nicht allein aus einem expertokratisch-zweckrationalen Fachwissen begründet, sondern sich vielmehr an einem *diskursiven Wissen* und *Verstehen* orientiert, welches nicht

nur akademisch, sondern an den Lebenswelten der Interaktionspersonen und den vorgefundenen Bedingungen ansetzt und gleichsam vorgefundenes „Nicht-Wissen“ mit einschließt. Einem solchen Professionsverständnis liegt eine Differenz von wissenschaftlichem Wissen und praktischen Können auf, gleichzeitig aber auch die Vorstellung einer erzeugbaren Einheit von Theorie (Professionswissen) und Praxis (Handlungswissen). Ein in dieser Form handlungstheoretisch ausgerichteter Zugang zu Profession und Professionalisierung über die tatsächlich stattfindende Berufswirklichkeit entspricht der Vorstellung einer „gekonnten Beruflichkeit“ bzw. dem Konzept von *beruflicher Professionalität*.

Professionalität in diesem Sinne gilt als die Fähigkeit – naturgemäß niemals losgelöst von der dazugehörigen individuellen Bereitschaft – zur diskursiven Auslegung von Handlungsproblemen im Sinne einer „stellvertretenden Interpretation“ (Dewe und Otto 2010) und der damit verbundenen Bewältigung von komplexen Aufgaben in konkreten Situationen unter Nutzung wissenschaftlicher und abstrahierter Kenntnisse (Perkhofer-Czapek und Potzmann 2016, S. 50). Sie gilt als ein *Handlungsmodus*, der zwar auf wissenschaftsbasierter Kompetenz aufbaut, sich im Kern aber durch Selbstreflexivität konstituiert, die es dem Berufsinhaber bzw. Professionsangehörigen in der Alltagspraxis unter Hinzuziehung von beruflichem Erfahrungswissen, praktischem Handlungswissen und Alltagswissen ermöglicht, nicht nur zu wissen, was er tut, sondern auch zu wissen, wie er es tut (Dewe 2006, S. 32); auch verstanden als Steigerung eines abstrakt-formalen deklarativen Wissens zum jederzeit verfügbaren, anwendungsbezogenen prozeduralen Wissen (Dewe 2006, S. 32), die als „berufliches Können“ sichtbar wird.

Die jüngere Theoriebildung zur Selbstreflexivität und Relationierung von Theorie- und Handlungswissen in Form einer „Reflexiven Professionalität“ (Dewe und Otto 2010) hat ihren Ursprung vor allem in sozialpädagogischen Berufs- und Arbeitsfeldern und prägt wesentlich das Professionsverständnis der sozialen und pädagogischen Berufe.¹³ *Reflexivität* als Kompetenz zur Bewältigung „unsicheren Handelns“ in Interaktionskontexten ist ein überfachliches Qualitätsmerkmal jeglichen professionellen Handelns; es lässt sich aber niemals losgelöst von den

¹³Der Modus der *reflexiven Professionalität* betrachtet nicht allein und isoliert dyadische Austauschbeziehungen zwischen Professionsangehörigen und Adressaten sondern berücksichtigt auch komplexere Arbeitsbündnisse (z. B. triadische Beziehungsstrukturen in der Kinderheilkunde), insbesondere auch die vorzufindenden Strukturmerkmale und Besonderheiten des jeweiligen Handlungsfeldes.

fachlichen, berufsspezifischen Kompetenzen verstehen.¹⁴ Sie ist nur sinn- und wirkungsvoll im Zusammenspiel und im Zugriff auf das zugrunde liegende *Professionswissen*. Entsprechungen eines professionellen reflexiven Handlungstyps finden sich auch im Leitbild des „Reflektierten Praktikers“, das sowohl als Ausbildungsziel ebenso wie als Kompetenzanspruch der neu akademisierten Gesundheitsberufe, insbesondere der Therapieberufe, formuliert wird.

Professionswissen gilt neben der beschriebenen Reflexivität als notwendige, wenngleich nicht als hinreichende Bedingung einer beruflichen oder „professionstheoretisch abgeleiteten“ Professionalität¹⁵, woran sich die Frage anschließt, was Professionswissen als Referenzgröße eigenständiger Fachlichkeit ausmacht. Sie ist als eine *Wissensstruktur* zu verstehen, die innerhalb und durch die mit Aufgaben der Versorgung und Betreuung im Gesundheitswesen vertrauten Profession (oder Berufskultur) konstruiert, tradiert und verändert wird. Eine solche Wissensstruktur besteht nicht nur aus wissenschaftlich abgesichertem Fachwissen sondern auch aus persönlichem Erfahrungs- und Routinewissen, „vor Ort“ erworbenem Organisationswissen und intuitiven Wissensformen (Nittel 2000); sie kann aber gleichermaßen auch vorgeprägte Deutungsmuster zur Legitimation der berufs- bzw. professionsspezifischen Handlungen beinhalten. Mayer (2015) ergänzt eine solche Wissensstruktur noch um Ethikwissen als Referenzfolie für die Wert- und Normorientierung in der Wissensanwendung und -entwicklung (Mayer 2015, S. 30).

Zum Professionswissen gehört vor allem das *Methodenwissen*, das sich vielfältig und variantenreich in den Handlungsmodi der jeweiligen Gesundheitsberufe spiegelt. Die Wahl der methodischen Vorgehensweisen und der dazugehörigen Arbeitsmittel sowie die Entscheidung, wie diese sach- und

¹⁴Eine solche professionelle Reflexion dient auch „der Begründbarkeit von Entscheidungen, der Überprüfung ihrer Folgen, der Erweiterung des persönlichen Handlungsrepertoires und dem Aufbau von Wissen durch Verknüpfung wissenschaftlicher Erkenntnis mit Erfahrung“ (Dick 2016, S. 16).

¹⁵Von einer professionstheoretisch verorteten *beruflichen Professionalität* lässt sich eine *organisatorische Professionalität* abgrenzen, die rahmengebend und institutionell der Gewährleistung von beruflicher Professionalität verpflichtet ist und eigenständigen „nicht-professionsbezogenen“ Rationalitäten und Handlungslogiken folgt (Evetts 2008). Diskursiv spiegeln sich die beiden Konzepte oft als Spannungsfeld von Fachebene (Experten) und Führungsebene (Management) wider, symbolisieren aber auch die organisationssoziologische Differenz von „Profession“ und „Bürokratie“. Trotz vielfältiger wissenschaftlicher Zugänge und Deutungen steht Professionalität als normatives Konzept aber stets für „gute Arbeit“ (Brenner et al. 2016).

adressatengerecht zum Einsatz kommen, obliegt grundsätzlich den Professionen im Gesundheitswesen (Prinzip der „technischen Autonomie“), auch wenn die Frage, ob diese zum Einsatz gebracht werden dürfen, normativen Zulassungs- und Finanzierungsvorbehalten unterliegen kann oder innerhalb der Berufsgruppen bzw. des Professionsystems beispielsweise durch Empfehlungen, Leitlinien oder Richtlinien vorgeklärt wurde. Methodenwissen wird in seiner Anwendung aber stets durch die Individualität und Singularität der beruflichen Handlung moduliert.

Ein mittlerweile das Berufs- und Professionsverständnis sämtlicher Gesundheitsberufe prägender Ansatz der Entwicklung und Systematisierung, aber auch der handlungsorientierten Anwendbarmachung professionellen bzw. professionsbezogenen Fach- und Methodenwissens ist das Prinzip (bzw. Konzept) des *evidenzbasierten Handelns*, das in gleicher Weise anschlussfähig ist an das Prinzip der Reflexivität.¹⁶ Die in den ärztlichen Berufen seit Mitte der 1990er Jahre etablierten Grundsätze und methodischen Ansätze der evidenzbasierten Medizin (EbM) finden ihre Entsprechungen in den Therapieberufen als Evidence-based Practice (EbP) sowie in der Pflege als Evidence-based Nursing (EbN), in der Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention mittlerweile auch als Evidence-based Public Health (EbPH). Methodisch tragen die „evidenzbasierten“ Strategien grundsätzlich zur Steigerung der Rationalität in der Gesundheitsversorgung bei. Sie unterstützen die Problemlösung in Fragestellungen der konkreten Versorgungspraxis unter Einbeziehung der verfügbaren, in der Regel empirisch abgesicherten Wissensbasis. Dabei greifen sie unter anderem auch auf das Methodenspektrum der Epidemiologie, der Biometrie oder Statistik zurück, um eine Bewertung der besten Evidenz vornehmen zu können. Diese ersetzt aber nicht die Beurteilung des individuellen Handlungsfalls.

Zu den *Grundsätzen der evidenzbasierten Praxis* gehört vor allem, dass sie im Rahmen der personenbezogenen Interaktion eine „Dreierbeziehung“ (Hensen 2016, S. 368) zwischen dem Anwender (Angehöriger eines Gesundheitsberufs), dem Adressaten der Leistung (z. B. Patient) und der ermittelten Kenntnis der besten, verfügbaren wissenschaftlichen Datenlage eingeht. Abstraktes Wissen fließt in

¹⁶Die Anschlussfähigkeit des Konzepts einer evidenzbasierten Praxis an das Prinzip der reflexiven Professionalität stellt Dewe (2013) aufgrund der Dominanz eines vorgängigen positiven Wissens über die relative Wirksamkeit bestimmter Interventionen und des damit grundsätzlich nicht ausreichend berücksichtigten Umgangs mit dem Phänomen professionellen „Nicht-Wissens“ sozialer Handlungspraxis vor allem für beziehungsorientierte Leistungen und sozialpädagogische Berufsfelder infrage (Dewe 2013, S. 110).