

**Universitätslehrgang Public Health
Medizinische Universität Graz**

**Public Health-ExpertInnen im Beruf –
Eine empirische Studie über den beruflichen
Verbleib von AbsolventInnen österreichischer
Universitätslehrgänge Public Health**

Mag. Richard Birgmann
[9720432]

Betreuer: Dr. Alfred Grausgruber
Institut für Soziologie
Abteilung für Empirische Sozialforschung
Johannes Kepler Universität Linz

Master's-Arbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Public Health

Graz, September 2012

Kurzfassung

Hintergrund

Am Ende der 1990er Jahre konstatierten Bedarfsanalysen für Österreich einen deutlichen Mangel an personellen Ressourcen im Public Health-Sektor. Der erste postgraduelle Universitätslehrgang Public Health wurde 2002 an der Medizinischen Universität Graz ins Leben gerufen, drei weitere Universitätslehrgänge an den Standorten Linz (2004), Wien (2005) und Lochau/Schloss Hofen (2006) sollten folgen. Bisher gibt es in Österreich keine quantitative Untersuchung über den beruflichen Verbleib von Public Health-AbsolventInnen.

Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist, den beruflichen Verbleib und die Anwendbarkeit von Public Health-Fähigkeiten/-Wissen zu erforschen. Inwiefern gelingt es den AbsolventInnen der österreichischen Universitätslehrgänge Public Health ihre erworbene Expertise in Public Health-Berufsfeldern anzuwenden?

Methode

Für die empirische Studie wurden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden eingesetzt. 118 AbsolventInnen haben sich an der standardisierten Online-Befragung beteiligt. Ergänzend dazu wurden mit 4 Public Health-AbsolventInnen leitfadengestützte ExpertInneninterviews durchgeführt.

Ergebnisse

Fast alle Befragten sind erwerbstätig und überwiegend mit ihrer beruflichen Position zufrieden. Ein beachtlicher Anteil der AbsolventInnen übt eine Führungsfunktion bzw. eine Vorgesetztenrolle aus. Die meistgenannten Tätigkeitsschwerpunkte sind Organisations- und Managementaufgaben, Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung/Prävention sowie Gesundheitspolitik/-strategie. Viele Erwerbstätige sind der Meinung, dass die Public Health-Ausbildung zu einer Verbreiterung ihrer beruflichen Aufgaben geführt hat. Insgesamt hat sich der Anteil der Public Health-Tätigkeiten im aktuellen Beruf im Vergleich zur beruflichen Situation am Beginn der Public Health-Ausbildung substantiell erhöht.

Abstract

Background

Needs assessments at the end of the nineties have verified a lack of human resources for Austria's public health sector. The first postgraduate studies in public health was established in the year 2002 at the Medical University of Graz. Accordingly some other postgraduate studies were established in Linz (2004), Vienna (2005) and Lochau/Schloss Hofen (2006). Thus far there has been no research about the professional background of public health graduates in Austria.

Objective

The main objective of this study is to analyse the professional background of public health graduates. Furthermore it is an objective of the study to analyse the applicability of skills and knowledge in professional practice.

Methods

The research is based on quantitative and qualitative methods. 118 graduates participated in the online-survey. Additional 4 guided interviews were conducted with graduates.

Results

Almost all respondents are employed and mostly happy with their professional responsibilities. A considerable number of graduates have a management job. The most frequently mentioned work contents are management tasks, quality management, health promotion and disease prevention as well as health policy. Many employees believe that the public health training led to job enrichment. All in all the public health activities on the job have increased in comparison to the professional situation at the beginning of the public health training.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen anderer Autorinnen und Autoren als solche kenntlich gemacht habe.

Ort/Datum

Unterschrift

Inhalt

1	Einleitung und Problemstellung	13
2	Theoretischer Hintergrund	15
2.1	Die Disziplin Public Health.....	15
2.1.1	Das Prinzip Bevölkerungsbezug.....	15
2.1.2	Das Prinzip Multidisziplinarität.....	16
2.1.3	Das Prinzip Anwendungsorientierung.....	16
2.1.4	Determinanten der Gesundheit	17
2.1.5	Der Public Health Action Cycle.....	18
2.2	Anforderungsprofil für Public Health-ExpertInnen.....	19
2.2.1	Methoden in Public Health	20
2.2.2	Soziales Umfeld und Gesundheit	22
2.2.3	Physische, chemische und biologische Umwelt und Gesundheit.....	23
2.2.4	Gesundheitspolitik, Management und Ökonomie	24
2.2.5	Gesundheitsförderung und Prävention	25
2.2.6	Querschnittsthemen, Strategieentwicklung, Ethik und andere Themen ..	27
2.3	Public Health Ausbildung in Österreich.....	28
2.3.1	Universitätslehrgang Public Health der Medizinischen Universität Graz ..	29
2.3.2	Universitätslehrgänge der Universität Linz (in Kooperation mit der Akademie für Gesundheit und Bildung der Kreuzschwestern GesmbH)	30
2.3.3	Universitätslehrgang Public Health der Medizinischen Universität Wien und der Universität Wien	32
2.3.4	Der Universitätslehrgang Public Health der Fachhochschule Vorarlberg – University of Applied Sciences in Schloss Hofen	33
2.4	Workforce Capacity Building	34
2.5	Stand der Forschung.....	36
3	Forschungsfragen und Hypothesen.....	37
3.1	Forschungsfragen	37
3.2	Analysemodell und Hypothesen	38
4	Methodisches Vorgehen.....	40
4.1	Standardisierte Online-Befragung	40
4.1.1	Untersuchungsdimensionen und Operationalisierung.....	41
4.1.2	Durchführung der Erhebung und Datengrundlage	54
4.1.3	Datenauswertung und Testverfahren	55
4.2	ExpertInneninterviews	56
4.2.1	Leitfaden	56
4.2.2	Durchführung der ExpertInneninterviews.....	57
5	Ergebnisse der Online-Befragung	58
5.1	Beschreibung der Datengrundlage	58
5.2	Deskriptive Ergebnisse.....	61
5.2.1	Individuelle Ausgangsbasis	61
5.2.2	Motive	67
5.2.3	Berufliche Situation	69
5.2.4	Tätigkeitsschwerpunkte.....	75
5.2.5	Public Health-Ausbildung	81
5.2.6	Arbeitsmarktchancen.....	85
5.3	Hypothesen geleitete Ergebnisse	87
5.3.1	Vorqualifikation und Motive	87
5.3.2	Public Health-Anteil im Beruf.....	91
5.3.3	Berufliche Stellung und Tätigkeitsschwerpunkte.....	92
5.3.4	Tätigkeitsschwerpunkte und Arbeitsmarktchancen	93
5.3.5	Tätigkeitsschwerpunkte und Bewertung der Ausbildung.....	93
6	Ergebnisse der ExpertInneninterviews	94
6.1	Motive	94

6.2	Neuigkeitswert des Gelernten	96
6.3	Anwendung	98
6.4	Hypothetische Studienwiederwahl.....	99
6.5	Potenzielle Arbeitgeber	99
6.6	Aufgabengebiete	101
6.7	Voraussetzungen für ein Public Health-Studium.....	103
6.8	Arbeitsmarktchancen (allgemein)	104
6.9	Bedarf an Public Health-ExpertInnen	105
6.10	Standing.....	106
6.11	Prognose für Public Health in Österreich.....	108
7	Zusammenfassung und Diskussion.....	111
8	Literatur.....	115
Anhang	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whithead	17
Abbildung 2: Der Public Health Action Cycle (nach Rosenbrock).....	18
Abbildung 3: Capacity Building Framework.....	35
Abbildung 4: Gedankliches Analysemodell	39
Abbildung 5: Untersuchungsdimensionen.....	41
Abbildung 6: Operationalisierung der Dimension „Individuelle Ausgangsbasis“	44
Abbildung 7: Operationalisierung der Dimension „Motive“	46
Abbildung 8: Operationalisierung der Dimension „Berufliche Situation“	48
Abbildung 9: Operationalisierung der Dimension „Tätigkeitsschwerpunkte“.....	50
Abbildung 10: Operationalisierung der Dimension „Public Health-Ausbildung“	52
Abbildung 11: Operationalisierung der Dimension „Arbeitsmarktchancen“	53
Abbildung 12: Alter der Befragten	58
Abbildung 13: Belegter ULG Public Health der Befragten	59
Abbildung 14: Jahr der Graduierung	59
Abbildung 15: Finanzierung der Ausbildung.....	60
Abbildung 16: Qualifikationen vor Public Health-Ausbildung	61
Abbildung 17: Vorqualifikation	62
Abbildung 18: Status am Beginn der Public Health-Ausbildung	63
Abbildung 19: Berufliche Stellung am Beginn der Public Health-Ausbildung	64
Abbildung 20: Anzahl der angeleiteten MitarbeiterInnen am Beginn der Public Health- Ausbildung	64
Abbildung 21: Institution, in der die berufliche Tätigkeit am Beginn der Public Health-Ausbildung ausgeübt wurde	65
Abbildung 22: Berufliche Aufgaben am Beginn der Public Health-Ausbildung.....	66
Abbildung 23: Motive für die Fortbildung.....	68
Abbildung 24: Aktueller beruflicher Status (im Vergleich mit Status zu Beginn der Ausbildung).....	69
Abbildung 25: Aktuelle berufliche Stellung (im Vergleich mit Stellung am Beginn der – Ausbildung).....	70
Abbildung 26: aktuell leitende Tätigkeit (im Vergleich mit leitender Tätigkeit am Beginn der Public Health Ausbildung)	70
Abbildung 27: Anzahl der angeleiteten MitarbeiterInnen (im Vergleich mit Anzahl zu Beginn der Public Health-Ausbildung)	71
Abbildung 28: Institution der beruflichen Tätigkeit (im Vergleich mit Institution zu Beginn der Public Health-Ausbildung)	73
Abbildung 29: Arbeitgeberwechsel nach Arbeitgeber zu Beginn der Public Health-Ausbildung	74
Abbildung 30: Faktoren für berufliche Position.....	75
Abbildung 31: Berufliche Aufgaben (im Vergleich mit jenen zu Beginn der Public Health- Ausbildung).....	76
Abbildung 32: Relevanz an Kompetenzen im beruflichen Alltag.....	77
Abbildung 33: Relevanz an Kompetenzen (nach Faktoren).....	80
Abbildung 34: Inhalte und Themen der Public Health-Ausbildung.....	81
Abbildung 35: Neuigkeitswert der Studieninhalte.....	82
Abbildung 36: Zufriedenheit mit dem ULG Public Health	83
Abbildung 37: Konsequenzen der Ausbildung	84
Abbildung 38: Bedarf und Jobchancen	85
Abbildung 39: vermutete Arbeitsmarktchancen in unterschiedlichen Bereichen/Institutionen....	86
Abbildung 40: Motiv: Erschließung eines neuen Berufsfeldes	88
Abbildung 41: Motiv: Beruflicher Neuanfang/Umstieg.....	89
Abbildung 42: Motiv: Einkommensverbesserung	90
Abbildung 43: Motiv: Empfehlung/Wunsch des Dienstgebers	90
Abbildung 44: Berufliche Stellung und Tätigkeitsschwerpunkte.....	92

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kompetenzen im Bereich „Methoden in Public Health“	20
Tabelle 2: Kompetenzen im Bereich „Soziales Umfeld und Gesundheit“	22
Tabelle 3: Kompetenzen im Bereich „Physische, chemische und biologische Umwelt und Gesundheit“	23
Tabelle 4: Kompetenzen im Bereich „Gesundheitspolitik, Management und Ökonomie“	24
Tabelle 5: Kompetenzen im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“	26
Tabelle 6: Kompetenzen im Bereich „Querschnittsthemen, Strategieentwicklung, Ethik und andere Themen“	27
Tabelle 7: Eckdaten der Befragung.....	55
Tabelle 8: Faktorenanalyse - rotierte Komponentenmatrix	78
Tabelle 9: Ausbildungshintergrund und Motive	87
Tabelle 10: Public Health-Anteil im Beruf - Mittelwertvergleich bei gepaarten Stichproben	91
Tabelle 11: Korrelation Public Health-Anteil der Tätigkeit und vermutete Arbeitsmarktchancen	93

1 Einleitung und Problemstellung

Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Public Health

„...a social and political concept aimed at the improving health, prolonging life and improving the quality of life among whole populations through health promotion, disease prevention and other forms of health intervention.“¹

Public Health gilt als wissenschaftliche Multidisziplin, in die Erkenntnisse aus mehreren Disziplinen einfließen. Dazu zählen z.B. Sozialepidemiologie, Politikwissenschaften, Ökonomie, Soziologie, Medizin, Pädagogik und Psychologie.² Aufgrund der Komplexität der Problemlagen, mit der sich Public Health auseinandersetzt, wäre jede Einzeldisziplin für sich mit der Analyse und Lösung von bevölkerungs- und systembezogenen Gesundheitsproblemen überfordert. Public Health versucht daher die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen voranzutreiben. Neben dem Prinzip der Multidisziplinarität verfolgt Public Health die Prinzipien des Bevölkerungs- und Systembezugs und der Anwendungsorientierung.³

Eine postgraduale Public Health Ausbildung soll AbsolventInnen für vielfältige Aufgaben vorbereiten. AbsolventInnen sollen befähigt sein Planungs- und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen mitzugestalten. Außerdem sollen sie mit der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von gesundheitsfördernden, präventiven und rehabilitativen Programmen vertraut sein und Beratungstätigkeiten im Bereich der Gesundheitsplanung und Gesundheitspolitik zu leisten im Stande sein. Nicht zuletzt soll die Ausbildung für die Bereiche Forschung und Lehre qualifizieren.⁴ Um der oben angesprochenen Multidisziplinarität von Public Health gerecht zu werden, richtet sich die postgraduale Ausbildung folgerichtig an AbsolventInnen all jener Studienrichtungen, denen ein direkter oder indirekter Einfluss auf die Gesundheit zugeschrieben wird. Dazu zählen MedizinerInnen, Natur- und SozialwissenschaftlerInnen, Betriebs- und VolkswirtschaftlerInnen, PädagogInnen und SozialpädagogInnen oder JuristInnen.⁵

Am Ende der 1990er Jahre konstatierten Bedarfsanalysen für Österreich einen deutlichen Mangel an personellen Ressourcen im Public-Health-Sektor. Insbesondere in den Bereichen Management in der Krankenversorgung und Management in der Gesundheitsförderung und Prävention wurden große Defizite aufgezeigt.⁶ Dies ist nicht verwunderlich, denn Public Health Ausbildungen haben in Österreich keine lange Ge-

¹ World Health Organization 1998, S. 3

² Rosenbrock, Geene, S. 1

³ Kolip 2002, S. 16

⁴ Dierks 2003, S. 772

⁵ Dierks 2003, S. 772

⁶ Püringer 2005 S. 205-206

schichte. Der erste postgraduelle Universitätslehrgang mit dem Abschluss „Master of Public Health“ wurde erst im Wintersemester 2002/03 an der Medizinischen Universität Graz gestartet. Später folgten vergleichbare⁷ Universitätslehrgänge an der Johannes Kepler Universität Linz (in Kooperation mit der Akademie für Gesundheit und Bildung der Kreuzschwestern in Wels) im Jahr 2004⁸ sowie der Medizinischen Universität Wien (in Kooperation mit der Universität Wien) im Jahr 2005. Im Jahr 2006 wurde das Curriculum des Grazer Universitätslehrgangs erstmals auch an der Fachhochschule Vorarlberg – University of Applied Sciences in Schloss Hofen unterrichtet.⁹

In Österreich gibt es bisher noch keine systematische Untersuchung über den beruflichen Verbleib von AbsolventInnen österreichischer Public Health-Universitätslehrgänge. Diese Lücke möchte ich mit dieser empirischen Studie schließen. Die Ergebnisse der Untersuchung sollten für die Anbieter von postgradualen Public Health-Ausbildungen in Österreich, die österreichische Public Health-Community, potenzielle ArbeitgeberInnen und für alle Public Health-Interessierten von großer Bedeutung sein.

⁷ vergleichbar im Sinne des Abschlusses mit einem Master of Public Health (MPH) oder Professional Master of Public Health (PMPH).

⁸ In Linz gibt es zwei Lehrgänge: 2004 gab es erstmals das Aufbaustudium „Public Health and Hospital Management“ mit dem Abschluss „Professional Master of Public Health“ (PMPH); seit 2007 gibt es das postgraduale Studium „Public Health and Health System Management“ mit dem Abschluss „Master of Public Health“ (MPH).

⁹ Ladurner et al. 2010, S. 218-222

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Die Disziplin Public Health

Public Health bedeutet wörtlich übersetzt „öffentliche Gesundheit“. Doch was ist darunter zu verstehen? Zahlreiche Definitionen versuchen den Gegenstand der Disziplin zu beschreiben.

Eine der bekanntesten und häufig zitierten Definitionen stammt vom amerikanischen Bakteriologen und Public Health Experten Charles-Edward Amory WINSLOW. Bereits im Jahr 1920 definierte WINSLOW Public Health wie folgt:

„Public Health is the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health.“¹⁰

Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Public Health

„...a social and political concept aimed at the improving health, prolonging life and improving the quality of life among whole populations through health promotion, disease prevention and other forms of health intervention.“¹¹

Aus beiden Definitionen können wesentliche Prinzipien von Public Health abgeleitet werden: Der Bevölkerungsbezug, die Multidisziplinarität und die Anwendungsorientierung.¹²

2.1.1 Das Prinzip Bevölkerungsbezug

Public Health orientiert sich an Bevölkerungsgruppen und setzt sich – im Gegensatz zur Medizin, die sich am Individuum orientiert – mit der Lösung bzw. dem Management von kollektiven Gesundheitsproblemen auseinander. Public Health-Maßnahmen wirken auf die ganze Bevölkerung oder größere Bevölkerungsteile ein und können inhaltlich gesundheitsfördernden, Krankheit verhütenden oder Krankheit bekämpfenden Charakter haben.¹³

¹⁰ Winslow 1920, S. 30

¹¹ World Health Organization 1998, S. 3

¹² Kolip 2002, S. 16

¹³ Schwartz 2003 S. 4

2.1.2 Das Prinzip Multidisziplinarität

Heute sieht sich Public Health mit zwei großen Herausforderungen konfrontiert: Zum einen eine weitere Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung und zum anderen mehr Effizienz beim Einsatz von begrenzten Mitteln im Gesundheitssektor zu erreichen.¹⁴ Die Komplexität der Herausforderungen ist so groß, dass die vielen Einzeldisziplinen, die sich mit der Problembeschreibung und der Erarbeitung von Lösungsansätzen im Gesundheitswesen auseinandersetzen, auf sich alleine gestellt mit der Bearbeitung der Probleme überfordert wären. Daher versucht Public Health die Zusammenarbeit von verschiedenen Disziplinen wie z.B. Epidemiologie, Medizin, Sozialwissenschaften, Ökonomie, Ethik oder Rechtswissenschaften zu forcieren. Durch die fächerspezifischen Zugänge können in der interdisziplinären Zusammenarbeit neue Perspektiven entstehen, die zur Problemlösung beitragen können.¹⁵

2.1.3 Das Prinzip Anwendungsorientierung

Public Health arbeitet interdisziplinär und problembezogen.¹⁶ Im Vordergrund steht nicht die Grundlagenforschung, sondern die konkrete Lösung von Problemlagen. Durch die Verbindung von wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Anstrengungen verfolgt Public Health das Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und die Gesundheitssysteme bedarfsgerechter und wirtschaftlicher zu gestalten.¹⁷ Die politische Aufgabe umfasst die Erfüllung der Gesundheitsbedürfnisse der Gesamtbevölkerung durch Bereitstellung wirksamer Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung.¹⁸ Die wissenschaftliche Aufgabe besteht darin, relevante Gesundheitsinformationen und Gesundheitswissen zur Verfügung zu stellen. Adressaten dieser Informationen und Erkenntnisse sind Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind bzw. die Öffentlichkeit. Die organisatorische Aufgabe umfasst das Management in der Krankenversorgung, der Gesundheitsförderung und der Versorgung mit gesundheitsbezogenen Diensten bzw. Gütern. Public Health versucht ein wirksames Funktionieren und eine angemessene Organisation dieser drei genannten hauptsächlich Gesundheitssektoren zu gewährleisten.¹⁹

¹⁴ Schwartz 2003, S. 3

¹⁵ Kolip 2002, S. 16

¹⁶ Badura et al. 2001, S. 5

¹⁷ Noack 2003, S. 757

¹⁸ Noack o.J.

¹⁹ Noack o.J.

2.1.4 Determinanten der Gesundheit

Die Gesundheit von Individuen und der Bevölkerung wird von verschiedenen Politikbereichen bzw. Sektoren beeinflusst. Denn je nachdem wie die Rahmenbedingungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen gestaltet werden, sind Einflüsse auf die Gesundheit zu erwarten.²⁰ In diesem Zusammenhang wird in der nationalen und internationalen gesundheitspolitischen Diskussion – insbesondere von der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) forciert – seit einigen Jahren von der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit gesprochen. Alternierend werden auch Begrifflichkeiten wie „Health in All Policies“ oder „Gesundheit in allen Politikfeldern (-bereichen)“ oder „Intersektoraler Ansatz“ verwendet.²¹ Politik bzw. Politiken beeinflussen beispielsweise die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung, welche positive oder negative Konsequenzen für die Gesundheit von Individuen und Bevölkerung haben. Faktoren, denen ein großer Einfluss auf die Gesundheit zugeschrieben wird, werden Gesundheitsdeterminanten genannt.

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whithead



Quelle: Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010, Institut für Gesundheitsplanung, Linz 2012, S.207

Nach dem Determinantenmodell von Dahlgren und Whithead können (Abbildung 1) Gesundheitsdeterminanten auf insgesamt 5 Ebenen unterschieden werden. Neben den unveränderbaren Merkmalen Alter, Geschlecht und Erbanlagen im innersten Teil des Modells gibt es vier weitere Ebenen, die prinzipiell veränderbar sind. Dazu zählen die individuellen Lebensweisen (z.B. Bewegungsverhalten), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z.B. soziales Kapital), die Lebens- und Arbeitsbedingungen

²⁰ Stahl et al. 2006, S. xxvi

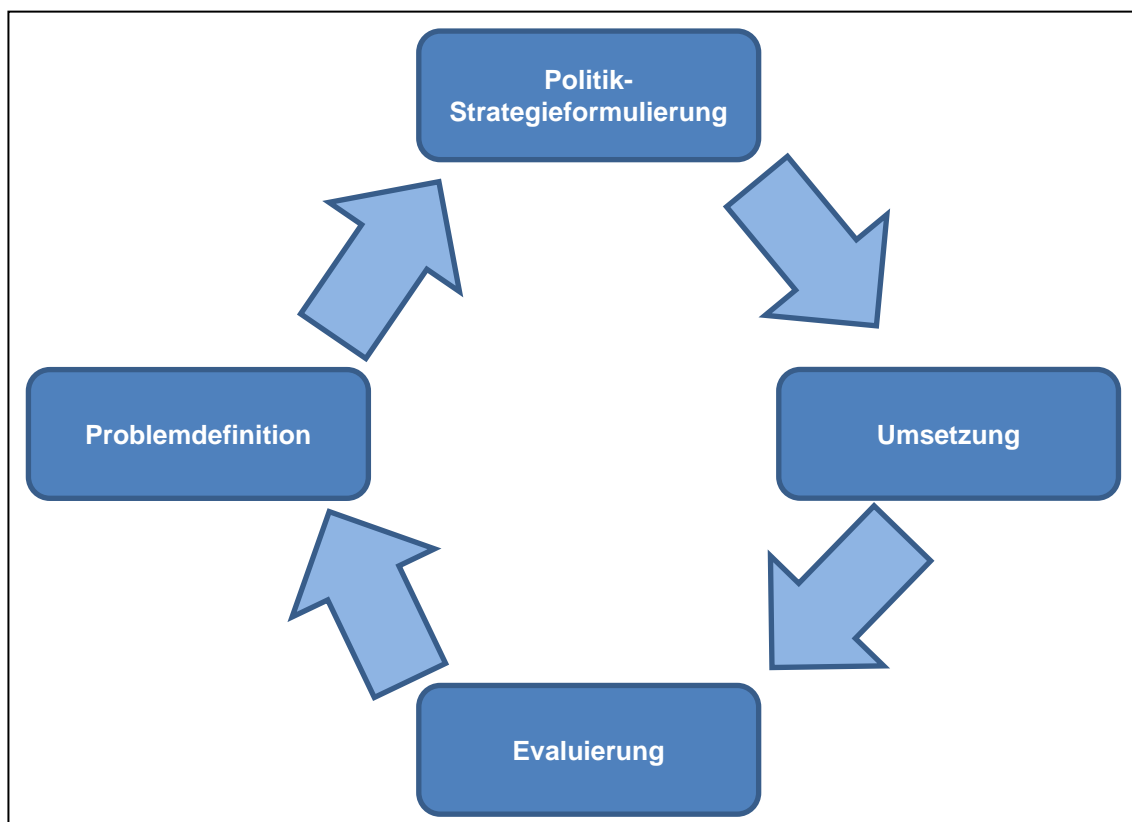
²¹ Peböck 2012, S. 207

(z.B. Einkommenssituation) und auf äußerster Ebene allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umweltfaktoren (z.B. sauberes Trinkwasser oder auch Friedenszeiten). Zwischen den einzelnen Ebenen bzw. Gesundheitsdeterminanten gibt es auch Wechselwirkungen. So können beispielsweise die bereits erwähnten Lebens- und Arbeitsbedingungen einen unmittelbaren Einfluss auf die individuellen Lebensweisen haben²², in dem sich zum Beispiel Arbeitslosigkeit negativ auf den Tagesrhythmus von Menschen auswirkt. Aufgrund der Bedeutung der Gesundheitsdeterminanten für die Gesundheit von Bevölkerungen müssen sich Ausbildungen im Bereich Public Health verstärkt an diesen orientieren. Dies wiederum erfordert Kompetenzen und Fähigkeiten aus vielen unterschiedlichen Disziplinen.²³

2.1.5 Der Public Health Action Cycle

Der Public Health Action Cycle ist eine sich permanent weiterentwickelnde Lernspirale, auf der sich gesundheitspolitische Problemlagen und Prozesse modellhaft abbilden lassen (Abbildung 2).²⁴

Abbildung 2: Der Public Health Action Cycle (nach Rosenbrock)



Quelle: Rosenbrock R., Gerlinger T., *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, 2004, S. 26

²² Stahl et al. 2006, S. xxvi

²³ Birt, Foldspang 2009, S. 233

²⁴ Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 26

Der Public Health Action Cycle eignet sich als Grundlage der Gesundheitsplanung.²⁵
Das Modell lässt sich in vier Arbeitsschritte unterteilen:

1. Schritt: Die Problemdefinition. Ausgangsbasis hierfür ist die Gesundheitsberichterstattung, die Befunde über gesundheitspolitische Problemlagen liefert und unter deren Einbeziehung entschieden wird, welche Probleme angegangen werden sollen.
2. Schritt: Politik- Strategieformulierung. In diesem Schritt werden die Ziele formuliert und die dazugehörigen Instrumente definiert, mit denen die Zielerreichung gelingen bzw. die Problemlage gelindert/gelöst werden soll.
3. Schritt: Umsetzung. In der Umsetzungsphase sollen die Maßnahmen zur Zielerreichung sowie die dazu notwendigen Instrumente dazu sichergestellt werden (z.B. personelle Ressourcen, gesicherte Finanzierung etc.).
4. Schritt: Evaluierung. Die gesetzten Maßnahmen werden evaluiert.²⁶

Am Public Health Action Cycle lassen sich hervorragend Fähigkeiten abbilden, über die Public Health-ExpertInnen verfügen sollten. Für alle 4 Schritte braucht man Public Health-Expertise. Public Health-ExpertInnen sollten in der Lage sein, eine gesundheitliche bzw. gesundheitspolitische Problemlage zu identifizieren, eine geeignete (Gegen-)Strategie anhand von Gesundheitszielen zu entwickeln, zur Umsetzung der Maßnahmen beitragen zu können sowie Kenntnisse in der Evaluation von Maßnahmen anzuwenden.

2.2 Anforderungsprofil für Public Health-ExpertInnen

Eine postgraduale Ausbildung in Public Health soll für Managementaufgaben in der Gesundheitsförderung und Krankenversorgung, Finanzierung und Qualitätssicherung, Forschung, Evaluation, Ausbildung oder aber auch im Bereich der politischen Planung qualifizieren.²⁷ Abhängig vom jeweiligen Aufgabengebiet, in dem Public-Health AbsolventInnen tätig sind, sind laut NOACK Kombinationen aus folgenden Kompetenzen notwendig:

- ❖ Selbstkompetenz (wie z.B. Selbstvertrauen, Reflexionsfähigkeit und eine angemessene Bewältigungsfähigkeit),
- ❖ Soziale Kompetenz (wie z.B. eine gute Kommunikationsfähigkeit, Kritikfähigkeit und die Kompetenz, zwischen Konfliktparteien zu vermitteln und zu lösen),
- ❖ Strategische Kompetenz (wie z.B. die Fähigkeit Probleme zu lösen, die Fähigkeit Programme zu managen und die Bereitschaft lebenslang zu lernen),

²⁵ Meusbürger, Peböck 2012, S. 15

²⁶ Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 25

²⁷ Noack o.J.

- ❖ Fachkompetenz in den bevölkerungsbezogenen Gesundheitswissenschaften (Epidemiologie, Gesundheitssoziologie, Gesundheitsökonomie, Gesundheitsrecht, Gesundheitspsychologie etc.) und
- ❖ Fachkompetenz in den Organisations- oder Managementwissenschaften (Organisationssoziologie, Managementtheorie, Gesundheitssystemforschung, Gesundheits- und Versorgungsmanagement, Gesundheitspolitik und Planung, Finanzierung politische Planung, Finanzierung und Controlling).²⁸

Die Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) wiederum sieht im Rahmen des „European Public Health Core Competencies Programme (EPHCC) for Public Health Education“ 6 Kompetenzbereiche, in denen Public Health-AbsolventInnen sowohl praktische als auch intellektuelle Fähigkeiten haben sollten.²⁹ In den nachfolgenden Tabellen werden die Kernkompetenzen aus ASPHER's EPHCC samt Beispielen näher erläutert.

2.2.1 Methoden in Public Health

In Tabelle 1 sind exemplarisch ausgewählte Kompetenzen aufgelistet, die Public Health-AbsolventInnen aus dem Bereich „Methoden in Public Health“ aufweisen sollen. Dazu zählen Fähigkeiten und Kenntnisse aus den Teilbereichen epidemiologische Studiendesigns, Erhebungsmethoden, Datenanalyse, Evaluation, Monitoring und populationsbezogene Gesundheit sowie Kommunikation.

Tabelle 1: Kompetenzen im Bereich „Methoden in Public Health“

Kompetenzbereich 1: Methoden in Public Health		
Teilbereich	Praktische Fähigkeiten/ Umsetzung	Intellektuelle Fähigkeiten/ Verständnis
Epidemiologische Studiendesigns	<ul style="list-style-type: none">• Vor- und Nachteile von diversen Studiendesigns erläutern• Entwicklung von Studiendesigns• ...	<ul style="list-style-type: none">• Bias, Störvariable, externe/interne Validität und Generalisierbarkeit von Ergebnissen• Deduktive und induktive Methoden• Beurteilungskriterien für Forschungsgüte• ...

²⁸ Noack o.J.

²⁹ ASPHER 2008

Erhebungsmethoden	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsmethoden entwickeln und anwenden • Entwicklung, Validierung und Anwendung unterschiedlicher Methoden (Fragebogen) • Kritische Beurteilung von Erhebungsmethoden • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenerfassung und Ethik • Relevante Skalen und Kennziffern für Gesundheit, die in der epidemiologischen Forschung zur Anwendung kommen • ...
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative und quantitative Datenanalysen (deskriptiv) • Interpretation • Identifizieren, beschreiben und evaluieren von unterschiedlichen Verzerrungseffekten (Bias) in epidemiologischen Studien • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Datensammlungsmethoden in europäischen Ländern • Bedeutung von Maßzahlen einer Verteilung (Punktschätzer, Varianz) • ...
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftliche Publikationen aus dem Bereich Public Health anhand von epidemiologischen und statistischen Methoden evaluieren • Risikoabschätzungen durchführen (Verifizieren, ob ein Public Health Problem gegeben ist und das Ausmaß beschreiben) • Definieren eines Screeningkonzepts und beschreiben der unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten eines Tests • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • SMART-Regel • Existierende standardisierte Erhebungsinstrumente (z.B. SF36, QOL etc.) • ...
Monitoring und populationsbezogene Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleich von Gesundheitsdaten europäischer Länder bezüglich Qualität und Quantität • Recherchieren, abfragen und analysieren von Gesundheitsdaten • Identifizieren von neuen gesundheitsbezogenen Herausforderungen für die Länder Europas • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Die wichtigsten europäischen Forschungsprogramme mit dem Schwerpunkt populationsbezogene Gesundheit • Die wichtigsten Gesundheitsdatenregister in Europa • ...
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse aus empirischen, epidemiologischen Studien sowohl einem Laienpublikum als auch ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene zu vermitteln • Wissenschaftliche Beiträge für Public Health Fachzeitschriften schreiben • ... 	<p>-</p>

Biostatistik	<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße • Zusammenhangsanalysen • Signifikanztests • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Störvariablen kontrollieren • Teststärke • ...
Qualitative Methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendung von unterschiedlichen Instrumenten (z.B. Leitfadeninterviews, teilnehmende Beobachtung usw.) • Textanalyse anhand entsprechender Software • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Den Beitrag von qualitativer Forschung zur Erklärung/ Stützung von Ergebnissen aus epidemiologischen oder ökonomischen Studien • Vor- und Nachteile unterschiedlicher qualitativer Methoden • ...

2.2.2 Soziales Umfeld und Gesundheit

Public Health-AbsolventInnen sollten über die Bedeutung des sozialen Umfelds für die Gesundheit Bescheid wissen und z.B. anhand von empirischer Evidenz auf notwendige Public Health-Interventionen hinweisen können. Außerdem sollen Public Health-AbsolventInnen mit den Grundbegriffen der Sozialwissenschaften ebenso vertraut sein, wie z.B. mit der Bedeutung von Kernbereichen für die Gesundheit wie Wohngegend oder Arbeitsplatz (Tabelle 2).

Tabelle 2: Kompetenzen im Bereich „Soziales Umfeld und Gesundheit“

Kompetenzbereich 2: Soziales Umfeld und Gesundheit		
Teilbereich	Praktische Fähigkeiten/ Umsetzung	Intellektuelle Fähigkeiten/ Verständnis
	<ul style="list-style-type: none"> • Methoden der empirischen Sozialforschung anwenden • Aufzeigen von notwendigen Public Health Interventionen, die auf empirischer Evidenz basieren • Anhand von aktuellen Gesundheits- und Sozialindikatoren aus der amtlichen Statistik die Auswirkungen der sozialen Determinanten auf die Gesundheit abschätzen • Aufspüren von Bevölkerungsgruppen mit erhöhten Gesundheitsrisiken und erkennen der gesundheitlichen Bedürfnisse im Rahmen des Gesundheitsmonitorings • Aufspüren von Bereichen mit mangelhafter, verfügbarer Information über den Einfluss der sozialen Umgebung auf die Gesundheit und den Bedarf an Weiterentwicklung • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundbegriffe der Sozialwissenschaften • Soziologische Konzepte, Hypothesen und Definitionen bzgl. Individuum und Gesellschaft, sozioökonomischer Status, soziale Ungleichheit usw. • Grundbegriffe jener Wissenschaftsdisziplinen, die sich mit der Analyse bzgl. der Auswirkungen der sozialen Umwelt auf Gesundheit auseinandersetzen • Gesundheitsrelevante Kernbereiche: Wohngegend/Stadtteil, Wohnen, Arbeitsplatz usw. • ...

2.2.3 Physische, chemische und biologische Umwelt und Gesundheit

Die physische, chemische und biologische Umwelt ist eine der wesentlichen Einflussgrößen auf die Gesundheit. Daher sollen Public Health-AbsolventInnen in diesem Bereich Kompetenzen aufweisen. Dieser Bereich umfasst Kompetenzen in den Teilbereichen Abschätzung von Gesundheitsgefahren, Management von Gesundheitsgefahren sowie der Kommunikation von Gesundheitsgefahren (Tabelle 3).

Tabelle 3: Kompetenzen im Bereich „Physische, chemische und biologische Umwelt und Gesundheit“

Kompetenzbereich 3: Physische, chemische und biologische Umwelt und Gesundheit		
Teilbereich	Praktische Fähigkeiten/ Umsetzung	Intellektuelle Fähigkeiten/ Verständnis
Abschätzung von Gesundheitsgefahren	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoabschätzung bzgl. der gesundheitlichen Auswirkung von Umweltverschmutzung • Erkennen und prognostizieren von Risiken neuer Technologien • Durchführen von Health Impact Assessments (HIA) für diverse Maßnahmen (inkl. Gesetzgebung) • Aufspüren von einschlägigen Forschungslücken bzw. Forschungsbedarf • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausmaß und Entwicklungen aktueller Gesundheitsprobleme in Europa, die in Zusammenhang mit Umweltverschmutzung stehen • Kombinierte Wirkungen auf die Gesundheit durch physische, chemische, biologische und psychosoziale Faktoren • Auswirkungen auf die Gesundheit durch schlechte oder unpassende Wohn- und Lebensbedingungen, unhygienische Wohnbedingungen, Wohnungspolitik und Stadtplanung • Psychosoziale Expositionen und Auswirkungen auf die Gesundheit • ...
Management von Gesundheitsgefahren	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring und Interpretation von Umweltexpositionen • Relevante Public Health-Interventionen vorschlagen (basierend auf der Evidenz von empirischen Umweltstudien) • Umsetzen von europäischen Strategien und Bestimmungen (z.B. im Bereich Wohnbau oder Stadtplanung) • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale und internationale Frühwarnsysteme und Datenbanken umweltbezogener Expositionen und Gesundheitsrisiken • Arbeitsmedizinische Standards und gesundheitsfördernde Arbeitsplatzgestaltung auf Basis von wissenschaftlicher Risikobeurteilung • Gesundheitssysteme der EU und der jeweilige Umgang mit physischen, chemischen und biologischen Faktoren im Zusammenhang mit Gesundheitseffekten • ...

Kommunikation von Gesundheitsgefahren	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse aus empirischen Umweltstudien sowohl einem Laienpublikum als auch ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene zu vermitteln • Im Sinne der Prävention für strukturelle Interventionen eintreten (Verhältnisebene) • Kommunikation mit Massenmedien • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Intersektorale Kommunikation unter Berufung auf die Leitlinien Umwelt bezogener Gesundheit • ...
--	---	---

2.2.4 Gesundheitspolitik, Management und Ökonomie

Public Health-AbsolventInnen sollen mit Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik, des Managements und der Ökonomie ausgestattet sein. Konkret geht es um die Fähigkeiten zur Anwendung von Theorien und Modellen aus den einschlägigen Disziplinen, dem Prozessmonitoring und Evaluation, Fähigkeiten in der Kommunikation und Zusammenarbeit sowie klassischen Managementfähigkeiten wie z.B. Ressourcenmanagement (Tabelle 4).

Tabelle 4: Kompetenzen im Bereich „Gesundheitspolitik, Management und Ökonomie“

Kompetenzbereich 4: Gesundheitspolitik, Management und Ökonomie		
Teilbereich	Praktische Fähigkeiten/ Umsetzung	Intellektuelle Fähigkeiten/ Verständnis
Anwendung von Theorien und Modellen	<ul style="list-style-type: none"> • Anwenden der Erkenntnisse aus den relevanten Paradigmen und Theorien der Gesundheitsökonomie auf aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung • Zusammenhänge zwischen Theorien, Modellen und Fachwissen aus den Bereichen Gesundheitsökonomie, Politik, Rechtswissenschaften und Ethik herstellen • Stärken- und Schwächenanalyse von Theorien und Politikprogrammen aus den Perspektiven unterschiedlicher Disziplinen • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptentwicklungen des Gesundheits- und Sozialwesens in europäischen Ländern seit Mitte des 19. Jahrhunderts (inklusive wichtiger Gesundheitsreformen) • Kenntnisse über unterschiedliche Sozialversicherungssysteme in europäischen Ländern • Grundprinzipien für ein effektives Organisationsmanagement • ...

Prozessmonitoring und Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Monitoring-systemen • Daten aus dem Monitoring in den Managementprozess einfließen lassen • Angemessene Evaluation der Qualität von Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Pflege. • ... 	<p>-</p>
Kommunikation und Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Erfolgreiche Kommunikation in Belangen von Logistikmanagement und Produktionsmanagement in der Gesundheitsversorgung • Überzeugen, erklären und vorwegnehmen • Kollaborationen mit Individuen und Organisationen bilden • ... 	<p>-</p>
Management	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcenmanagement, Finanzhaushalt, Förderanträge stellen • ... 	<p>-</p>

2.2.5 Gesundheitsförderung und Prävention

Ein weiterer Kompetenzbereich von Public Health-AbsolventInnen ist die Gesundheitsförderung und Prävention. Public Health-AbsolventInnen sollten mit Gesundheitsdeterminanten und Risikofaktoren vertraut sein. Weiters sind Fähigkeiten in den Theorien und Prinzipien der Gesundheitsförderung gefragt. Strategieentwicklung, Programm-entwicklung, Management und Evaluation sind weitere Kompetenzen, die Public Health-AbsolventInnen mitbringen sollten. Außerdem ist gute Kommunikation (z.B. mit Stakeholdern bei der Programmentwicklung) eine wesentliche Teilkompetenz (Tabelle 5).

Tabelle 5: Kompetenzen im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“

Kompetenzbereich 5: Gesundheitsförderung und Prävention		
Teilbereich	Praktische Fähigkeiten/ Umsetzung	Intellektuelle Fähigkeiten/ Verständnis
Gesundheitsdeterminanten und Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreiben der großen Herausforderungen für Public Health und kritische Beurteilung dieser Herausforderungen im Zusammenhang mit Prinzipien/Modellen von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung • Durchführen einer Bevölkerungsbefragung zum Thema Lebensstil • Biologische, physische, chemische, soziale und sozialpsychologische Prinzipien und Bestandteile von Gesundheitsförderung und Prävention benennen • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Mechanismen und Prinzipien eines schlechten Gesundheitszustands (Rauchen, Alkoholkonsum, Inaktivität, Fehlernährung usw.) • Gesundheitsmodelle • Einfluss der Industrie auf Gesundheit • ...
Theorien und Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Konzepte und unterschiedliche Formen von Prävention und Gesundheitsförderung beschreiben, erkennen, diskutieren und evaluieren • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Wesentliche Prinzipien: Empowerment, Partizipation, Sozialkapital etc. • Salutogenese • Prinzipien der primären, sekundären und tertiären Prävention • ...
Strategieentwicklung, Programmentwicklung, Management und Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Die Spannweite an Faktoren, welche Public Health Politik im Land beeinflussen, ausfindig machen • Bestehende Gesundheits- und Gesundheitsförderungsprogramme beschreiben und diskutieren • Gesundheitsförderungsprogramme planen, implementieren und evaluieren • Planung eines multinationalen/multisektoralen Gesundheitsförderungsprojektes (mit unterschiedlichen Zugängen) • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenzbasierte Gesundheitsförderung • Qualitätsstandards • Prinzipien der Entscheidungsfindung auf lokaler, regionaler, nationaler und europäischer Ebene • Setting-Ansatz und dessen nationalen und internationalen Netzwerke • ...
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse aus empirischen Studien zu Prävention und Gesundheitsförderung sowohl einem Laienpublikum als auch ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene zu vermitteln • Gute Kommunikationsfähigkeiten mit sämtlichen Stakeholdern • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundprinzipien und Theorien der Kommunikation • ...

2.2.6 Querschnittsthemen, Strategieentwicklung, Ethik und andere Themen

Im Kompetenzbereich „Querschnittsthemen, Strategieentwicklung, Ethik und andere Themen“ geht es u.a. um Fähigkeiten aus den Teilbereichen Strategieentwicklung, Kommunikation, Projektentwicklung. Aber auch im Teilbereich Philosophie und Ethik sollen Public Health-Absolventinnen Fähigkeiten aufweisen. Zum Beispiel sollen ethische Aspekte der quantitativen und qualitativen Forschung präsent sein (Tabelle 6).

Tabelle 6: Kompetenzen im Bereich „Querschnittsthemen, Strategieentwicklung, Ethik und andere Themen“

Kompetenzbereich 6: Querschnittsthemen, Strategieentwicklung, Ethik und andere Themen		
Teilbereich	Praktische Fähigkeiten/ Umsetzung	Intellektuelle Fähigkeiten/ Verständnis
Strategieentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Strategien der WHO (z.B. Gesundheit 21) und ausgewählter europäischer Länder beschreiben und diskutieren • Anfertigen eines strategischen Rahmenaktionsplan zur Lösung eines Public Health-Problems • Kritische Beurteilung von Public Health-Strategien • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategien nach ihrer geografischen Reichweite klassifizieren • Public Health-Strategien als Entwicklungstool (Best practice-Besispiele auf europäischer, nationaler, regionaler und lokaler Ebene) • ...
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Fachwissen und Erkenntnisse aus der Public Health-Ausbildung schriftlich und mündlich auf akademischem Niveau wiedergeben • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundprinzipien von Lernprozessen, strategischer Kommunikation und Marketing • Basiswissen über andere Professionen und deren Selbstverständnis • ...
Philosophie und Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Aspekte von quantitativer und qualitativer Forschung diskutieren • Wissenschaftliche Forschung als interaktiven Prozess verstehen • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche und ethische Aspekte von Gesundheit • ...
Literaturrecherche und Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen der wichtigsten internationalen Literaturlisten • Literaturrecherche anhand konstruierter Suchprofile in den wichtigsten Datenbanken • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Prinzipien und Methoden der Literaturrecherche, Beurteilung von Literatur und Metaanalysen • ...

Projektentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Anhand eines Public Health-Problems Projektziele formulieren und Hypothesen aus der Perspektive unterschiedlicher Disziplinen ableiten • Kritische und konstruktive Diskussion von anderen Public Health-Projekten • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundstruktur eines wissenschaftlichen Manuskripts und der Projektdokumentation • ...
IT-Anwendungen	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendung von den üblich verwendeten Programmen in Public Health • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit elektronischen Datensystemen und diesbezüglichem Anleitungsmaterial • ...
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsweise als lebenslanger Lerner • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundbegriffe menschlicher Gesundheit (inklusive Anatomie, Biochemie und Physiologie) • ...

2.3 Public Health Ausbildung in Österreich

Wie bereits eingangs erwähnt, wurde am Ende der 1990er Jahre ein deutlicher Mangel an personellen Ressourcen im Public Health Sektor Österreichs festgestellt. Dieser Mangel war anhand einer Bedarfsanalyse sowohl für das Management in der Krankenversorgung als auch im Bereich Management in der Gesundheitsförderung und Prävention konstatiert worden.³⁰

Während zu jener Zeit in den meisten anderen europäischen Ländern Ausbildungen in Public Health bzw. verwandte gesundheitswissenschaftliche Ausbildungen angeboten wurden, war Österreich diesbezüglich ein weißer Fleck.³¹

Public Health Ausbildungen haben in Österreich also keine lange Geschichte. Der erste postgraduelle Universitätslehrgang mit dem Abschluss „Master of Public Health“ wurde erst im Wintersemester 2002/03 an der Medizinischen Universität Graz gestartet. Später folgten vergleichbare³² Universitätslehrgänge an der Johannes Kepler Universität Linz (in Kooperation mit der Akademie für Gesundheit und Bildung der Kreuzschwestern in Wels) im Jahr 2004³³ sowie der Medizinischen Universität Wien (in Kooperation mit der Universität Wien) im Jahr 2005. Im Jahr 2006 wurde das Curriculum des Grazer Universitätslehrgangs erstmals auch an der Fachhochschule Vorarlberg – University of Applied Sciences in Schloss Hofen unterrichtet.³⁴

³⁰ Püringer 2005, S. 205-206

³¹ Püringer 2005, S. 206

³² vergleichbar im Sinne des Abschlusses mit einem Master of Public Health (MPH) oder Professional Master of Public Health (PMPH).

³³ In Linz gibt es zwei Lehrgänge: 2004 gab es erstmals das Aufbaustudium „Public Health and Hospital Management“ mit dem Abschluss „Professional Master of Public Health“ (PMPH); seit 2007 gibt es das postgraduale Studium „Public Health and Health System Management“ mit dem Abschluss „Master of Public Health“ (MPH).

³⁴ Ladurner et al. 2010, S. 218-222

Die österreichischen Universitätslehrgänge Public Health unterscheiden sich teilweise hinsichtlich verschiedener Merkmale wie Gebühren, Lehrgangsdauer, inhaltliche Schwerpunkte oder auch der ECTS-Punkte.³⁵ LADURNER et al. (2011) haben in ihrem Bericht „Public Health in Austria“ die österreichischen Universitätslehrgänge Public Health miteinander eingehend verglichen. Nachfolgende Beschreibungen der vier Masterstudiengänge Public Health stützen sich im Wesentlichen auf die Ergebnisse von LADURNER et al. (2011).

2.3.1 Universitätslehrgang Public Health der Medizinischen Universität Graz

Der ULG Public Health der Medizinischen Universität Graz ist am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie angesiedelt. Die genaue Bezeichnung des Lehrgangs ist „Universitätslehrgang Public Health – Management in der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung“. Der erste Lehrgang wurde im Wintersemester 2002/03 gestartet. Der postgraduale Lehrgang ist berufsbegleitend und wird mit einem Master of Public Health abgeschlossen. Die Dauer des Lehrgangs besteht aus 4 Semestern Präsenzzeit und zusätzlichen 2 Semestern für die Erstellung der Master Thesis. Die Master Thesis ist längstens 4 Semester nach der Präsenzzeit einzureichen. Für den Lehrgang erhält man 120 ECTS-Punkte. Die Lehrgangssprache ist Deutsch. Einige Einheiten werden jedoch in Englisch abgehalten.³⁶ Für den Lehrgang sind Studiengebühren in Höhe von 12.000 Euro zu entrichten.³⁷ Für die Zulassung zum ULG Public Health sind gemäß Homepage des Lehrgangs folgende Kriterien zu erfüllen: TeilnehmerInnen müssen einen Abschluss eines in Österreich anerkannten, mindestens dreijährigen Hochschulstudiums (Doktorat, Magisterium, Bakkalaureat) oder eine gleichgestellte ausländische Graduierung und mindestens zweijährige Berufserfahrung im Gesundheitsbereich vorweisen können. Außerdem können hoch qualifizierten Personen ohne Hochschulabschluss mit einer wenigstens dreijährigen Berufserfahrung in der Krankenpflege, in therapeutischen, medizinisch-technischen oder sozialen Bereichen in begrenztem Umfang aufgenommen werden. Voraussetzung hierfür ist die erfolgreich abgelegte Studienberechtigungsprüfung (Matura-Äquivalent) und der Nachweis von mindestens 180 ECTS-Punkten aus Teilstudien, Weiterbildungen oder Kursen. Eine Aufnahme von hoch qualifizierten Personen mit langjähriger Berufserfahrung im Gesundheitsbereich, die diese Kriterien nicht erfüllen, ist nur in Ausnahmefällen möglich und erfolgt gemäß internationalem Standard und erfordert die Zustimmung des

³⁵ Ladurner et al. 2010, S. 219

³⁶ Ladurner et al. 2010, S. 221

³⁷ Medizinische Universität Graz

Rektorats.³⁸ Außerdem ist ein Nachweis für hinreichende Englischkenntnisse zu erbringen und ein Aufnahmegespräch mit der Lehrgangssleitung zu führen.³⁹

Im Curriculum werden folgende Inhalte vermittelt: Konzepte und Methoden der Gesundheitswissenschaften; Sozial- und Selbstkompetenz; Informations- und Wissensmanagement; Grundlagen der Gesundheitswissenschaften und Public Health; Grundlagen der Statistik, Demografie und Epidemiologie; Grundlagen der Organisations- und Managementwissenschaften; Grundlagen des Gesundheits-, Sozial- und Krankenversorgungssystems, Management in der Gesundheitsförderung oder Management in der Krankenversorgung (optional); Steuerung des Gesundheitssystems.⁴⁰

Die inhaltlichen Schwerpunkte des ULG Public Health sind Management im Bereich Gesundheitsförderung, Management im Bereich Gesundheitsversorgung, Gesundheits- und Sozialwissenschaften.

Im Lehrgang tragen nationale und internationale ExpertInnen vor. Dabei handelt es sich sowohl um ForscherInnen als auch um PraktikerInnen. Die internationalen LektorInnen kommen aus England, Australien, Deutschland, Schweiz, Schweden und den Niederlanden.⁴¹

2.3.2 Universitätslehrgänge der Universität Linz (in Kooperation mit der Akademie für Gesundheit und Bildung der Kreuzschwestern GesmbH)

In Linz gibt es zwei ULG Public Health⁴²: Das Aufbaustudium „Public Health and Hospital Management“ und das postgraduale Studium „Public Health and Health Systems Management“.

2.3.2.1 Aufbaustudium „Public Health and Hospital Management“

Das Aufbaustudium „Public Health and Hospital Management“ ist Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Abteilung Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz angesiedelt und wurde erstmals im Jahr 2004 gestartet. Das Aufbaustudium ist berufsbegleitend und wird mit einem Professional Master in Public Health (PMPH) abgeschlossen. Die Dauer des Aufbaustudiums beträgt 4 Semester, wobei die Master Thesis in dieser Zeit inkludiert ist. AbsolventInnen erhalten für den Studienabschluss 65 ECTS-Punkte. Die Lehrgangssprache ist Deutsch. Manche Lehrveranstaltungen werden jedoch in Englisch abgehalten. Für das Aufbaustudium ist ein Beitrag von 12.400 Euro zu entrichten.⁴³ Für die Zulassung sind laut Folder des Aufbaustudiums folgende Voraussetzungen zu erfüllen: Abschluss eines Bakkalau-

³⁸ Medizinische Universität Graz

³⁹ Ladurner et al. 2010, S. 222

⁴⁰ Medizinische Universität Graz

⁴¹ Ladurner et al. 2010, S. 223

⁴² beide werden laut Homepage (<http://www.ph-cr.jku.at/>) derzeit nicht angeboten; zuletzt geprüft am 29.04.2012

⁴³ Ladurner et al. 2010, 221

reates-, Magister-, Diplom-, Doktorrats- oder eines gleichwertigen Studiums sowie entsprechende Berufserfahrung bzw. eine vergleichbare Qualifikation (Universitätsreife und Berufserfahrung). Der Anteil letzterer ist jedoch mit 50 Prozent der GesamtteilnehmerInnenzahl begrenzt.⁴⁴

Im Curriculum werden folgende Inhalte vermittelt: Systeme und Instrumente im Gesundheitsmanagement/Unternehmensführung; Gesundheitssysteme und Public Health (Einführung in die Gesundheitswissenschaften und Public Health; das österreichische Gesundheitssystem und internationale Gesundheitssysteme; Schnittstellen im Gesundheitswesen; Gesundheit und Gender); Organisations- und Personalmanagement; Ökonomie und Controlling; Qualitätsmanagement; Krankenhausmanagement.

Die inhaltlichen Schwerpunkte des Aufbaustudiums sind Management in der österreichischen Gesundheits- und Krankenversorgung sowie im Krankenhausmanagement.

Das Lehrpersonal setzt sich aus ExpertInnen von nationalen und internationalen Universitäten, nationalen Gesundheitseinrichtungen, internationalen Organisationen (WHO, EU) und nationalen Forschungseinrichtungen zusammen. Die ExpertInnen kommen aus den unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen wie Rechtswissenschaft, Betriebswirtschaft, Volkswirtschaft, Medizin, Soziologie, Statistik, Kommunikationswissenschaft, Sprachwissenschaft etc;

2.3.2.2 Postgraduales Studium „Public Health and Health Systems Management“

Das postgraduale Studium „Public Health and Health Systems Management“ ist ebenfalls am Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Abteilung Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz angesiedelt und besteht seit dem Jahr 2007. Auch dieser Lehrgang ist berufsbegleitend und wird allerdings nach 5 Semestern (inklusive Master Thesis oder Summer School) mit 80 ECTS-Punkten und einem Master of Public Health abgeschlossen.⁴⁵ Für die Teilnahme an dem Universitätslehrgang sind 12.000 Euro zu entrichten. Für die Zulassung wird ein Abschluss eines Bakkalaureats-, Magister-, Diplom-, Doktorrats- oder eines gleichwertigen Studiums vorausgesetzt.⁴⁶ Das Curriculum entspricht inhaltlich im Wesentlichen jenem des Aufbaustudiums „Public Health and Hospital Management“, allerdings mit unterschiedlicher ECTS-Bepunktung: Für das Modul Gesundheitssysteme und Public Health gibt es 22 ECTS-Punkte (gegenüber 17 ECTS-Punkten im Aufbaustudium „Public Health and Hospital Management“), für das Modul Ökonomie und Controlling (erweitert um Gesundheitsökonomie) 12 ECTS-Punkte (gegenüber 6 ECTS-Punkten) und für das Modul Qualitätsmanagement 10 ECTS-Punkte (gegenüber 5 ECTS-Punkten im ande-

⁴⁴ Johannes Kepler Universität Linz, S. 9

⁴⁵ Ladurner et al. 2010, S. 221

⁴⁶ Johannes Kepler Universität Linz, S. 9

ren Lehrgang).⁴⁷ Die inhaltlichen Schwerpunkte des postgradualen Lehrgangs sind Krankenversorgungs- und Gesundheitssystemmanagement.⁴⁸ Die Zusammensetzung des Lehrpersonals entspricht im Wesentlichen jener des Aufbaustudiums „Public Health and Hospital Management.“⁴⁹

2.3.3 Universitätslehrgang Public Health der Medizinischen Universität Wien und der Universität Wien

Der ULG Public Health der Medizinischen Universität Wien und der Universität Wien ist am Zentrum für Sportwissenschaft und Universitätssport der Universität Wien angesiedelt. Die genaue Bezeichnung des Lehrgangs lautet „Universitätslehrgang Master of Public Health“. Der erste Lehrgang begann im Jahr 2005. Der postgraduale Lehrgang ist berufsbegleitend und wird mit einem Master of Public Health abgeschlossen. Der Lehrgang dauert 4 Semester, wobei die Master Thesis in dieser Zeit inkludiert ist. Für den Lehrgang erhält man 120 ECTS-Punkte. Die Lehrgangssprache ist Deutsch. Einige Einheiten werden jedoch in Englisch abgehalten. Für den Lehrgang ist ein Beitrag von 11.500 Euro zu leisten.⁵⁰ Um für den Lehrgang zugelassen zu werden, müssen laut Homepage des Lehrgangs folgende Kriterien erfüllt werden: Entweder ein Abschluss einer in Österreich anerkannten Ausbildung zum Dr. med. univ., Dr. med. dent., Dr. scient. med., oder eine gleichgestellte ausländische Graduierung beziehungsweise der Abschluss eines facheinschlägigen naturwissenschaftlichen, wirtschaftswissenschaftlichen, rechtswissenschaftlichen oder geistes- und sozialwissenschaftlichen Diplomstudiums oder ein Abschluss eines Studiums an einer anerkannten in- oder ausländischen postsekundären Bildungseinrichtung (z.B. Fachhochschule), das den oben genannten Diplomstudien gleichwertig ist. Personen ohne Studienabschluss müssen eine erfolgreiche Studienberechtigungsprüfung (Matura) vorweisen und mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in den Bereichen Public Health, Krankenpflege, medizinisch-technische Berufe, soziale Berufe und entsprechende fachverwandte Berufe oder mindestens 3 Jahre Praxis in verantwortlicher Führungsposition im Gesundheitsbereich vorweisen können. Außerdem besteht beim Nachweis von mindestens 120 ECTS-Punkten in einem in Österreich anerkannten facheinschlägigen medizinischen, naturwissenschaftlichen, wirtschaftswissenschaftlichen, rechtswissenschaftlichen oder geistes- und sozialwissenschaftlichen Diplom- oder Bakkalaureatstudium und mindestens 2 Jahre Berufserfahrung in den Bereichen Public Health, Krankenpflege, medizinisch-technische Berufe, soziale Berufe und entspre-

⁴⁷ Ladurner et al. 2010, S. 222

⁴⁸ Ladurner et al. 2010, S. 222

⁴⁹ Ladurner et al. 2010, S. 223

⁵⁰ Ladurner et al. 2010, S. 221

chende fachverwandte Berufe ebenfalls die Möglichkeit den Universitätslehrgang zu belegen.⁵¹

Die Lehrgangsleitung verlangt von den TeilnehmerInnen ein nachweisbares Interesse zu den Themen Prävention und Gesundheitsförderung. Dies ist in einem Aufnahmegespräch mit der Lehrgangsleitung und/oder auf dem Anmeldeformular ersichtlich zu machen. Über die Zulassung entscheidet schlussendlich das Leitungsgremium.⁵² Pro Lehrgang werden maximal 30 TeilnehmerInnen aufgenommen. Im Basisstudium werden die Themen Biostatistik, Epidemiologie, Umweltwissenschaften, Administration und Management von Gesundheitseinrichtungen, Sozial- und Verhaltenswissenschaften und Ethik vermittelt. Weitere Inhalte des Curriculums sind unter anderem: Gesundheitswissenschaften und Public Health, Grundlagen der Organisations- und Managementwissenschaften, Physiologie, Sportmedizin, Ernährung, Anatomie, Biomechanik, Psychologie, Betriebliche Gesundheitsförderung, Lebensstilfaktoren, Lifestylemanagement, Gesundheitskommunikation, spezielle Zielgruppen.⁵³ Die inhaltlichen Schwerpunkte des ULG Public Health sind Lebensstilmedizin, Prävention, Gesundheitsförderung, Sportmedizin, Bewegung und Ernährung.⁵⁴

Neben Lehrenden der Medizinischen Universität Wien und der Universität Wien tragen auch internationale LektorInnen von den Partneruniversitäten Ottawa, Freiburg, Hannover und Rom vor. Aber auch ExpertInnen von internationalen Organisationen wie z.B. der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder der Weltbank geben ihr Wissen an die TeilnehmerInnen weiter. Außerdem unterrichten auch VertreterInnen von nationalen Organisationen wie z.B. Statistik Austria oder Fonds Gesundes Österreich. Im Gegensatz zu den anderen österreichische Universitätslehrgängen Public Health ist auch ein Praktikum in unterschiedlichen Bereichen im Umfang von 12 ECTS-Punkten zu absolvieren.⁵⁵

2.3.4 Der Universitätslehrgang Public Health der Fachhochschule Vorarlberg – University of Applied Sciences in Schloss Hofen

Der Universitätslehrgang „Public Health MPH - Management in der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung“ an der Fachhochschule Vorarlberg – University of Applied Sciences in Schloss Hofen wurde erstmals im Jahr 2006 gestartet. Das Curriculum entspricht jenem des Universitätslehrgangs Public Health der der Medizinischen Universität Graz. (siehe Kapitel 3.3.1).

⁵¹ Medizinische Universität Wien und Universität Wien

⁵² Medizinische Universität Wien und Universität Wien

⁵³ Ladurner et al. 2010, S. 222

⁵⁴ Ladurner et al. 2010, S. 222

⁵⁵ Ladurner et al. 2010, S. 223

2.4 Workforce Capacity Building

Unter Capacity Building bzw. Kapazitätenentwicklung/-aufbau versteht man ein Konzept, das seinen Ursprung in der Entwicklungshilfearbeit der 1950/60er Jahre hat und welches in den 1990er Jahren Eingang in den Bereich der Gesundheitsförderung gefunden hat.⁵⁶ Aber das Konzept, welches als entwicklungsorientierte Herangehensweise charakterisiert werden kann, bleibt in seiner Anwendung nicht auf die Gesundheitsförderung beschränkt, sondern kann auf den Bereich Public Health ausgeweitet werden.⁵⁷

Im vielfach zitierten „A Framework for Building Capacity to Improve Health“ des New South Wales Health Departments wird Capacity Building als

“...approach to the development of sustainable skills, organisational structures, resources and commitment to health improvement in health and other sectors, to prolong and multiply health gains many times over.”⁵⁸

definiert.

Das Konzept besteht aus fünf Handlungssträngen: Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Ressourcenallokation, Partnerschaften und Leadership (Abbildung 3).

Mit Aktivitäten in diesen fünf Handlungssträngen werden folgende Ziele verfolgt:

- Infrastrukturaufbau zur Umsetzung von Programmen/Strategien,
- Nachhaltigkeit durch Vernetzung/Kooperation und dem Aufbau von organisationalen Rahmenbedingungen und
- Aufbau von Problemlösungskompetenz.⁵⁹

Mit der universitären Etablierung der postgradualen Ausbildung in Public Health wurde in Österreich eine wichtige Voraussetzung in Sachen Personalentwicklung (workforce development) geschaffen. Die Entwicklung im Bereich der Ausbildung von Public Health-ExpertInnen wurde durch das Engagement ausgewählter Regionen (Bundesländer), dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und der Sozialversicherung vorangetrieben.⁶⁰ Denn in den letzten Jahren haben wichtige Stakeholder im österreichischen Gesundheitssystem damit begonnen, insbesondere in die Public Health-Personalentwicklung zu investieren.⁶¹ Die Sozialversicherung hat einschlägige Ausbildungen gefördert und unterstützt. Zum Zeitpunkt 2009 gab es in der Sozialversicherung 17 MitarbeiterInnen mit einem abgeschlossenen Public Health-Studium und 15 weitere Personen, die sich zu diesem Zeitpunkt noch in der Ausbildung befunden ha-

⁵⁶ Flaschberger, Gugglberger 27. Mai 2010

⁵⁷ Soffried et al. 2011, S. 438

⁵⁸ NSW Health Department 2001, S. 3

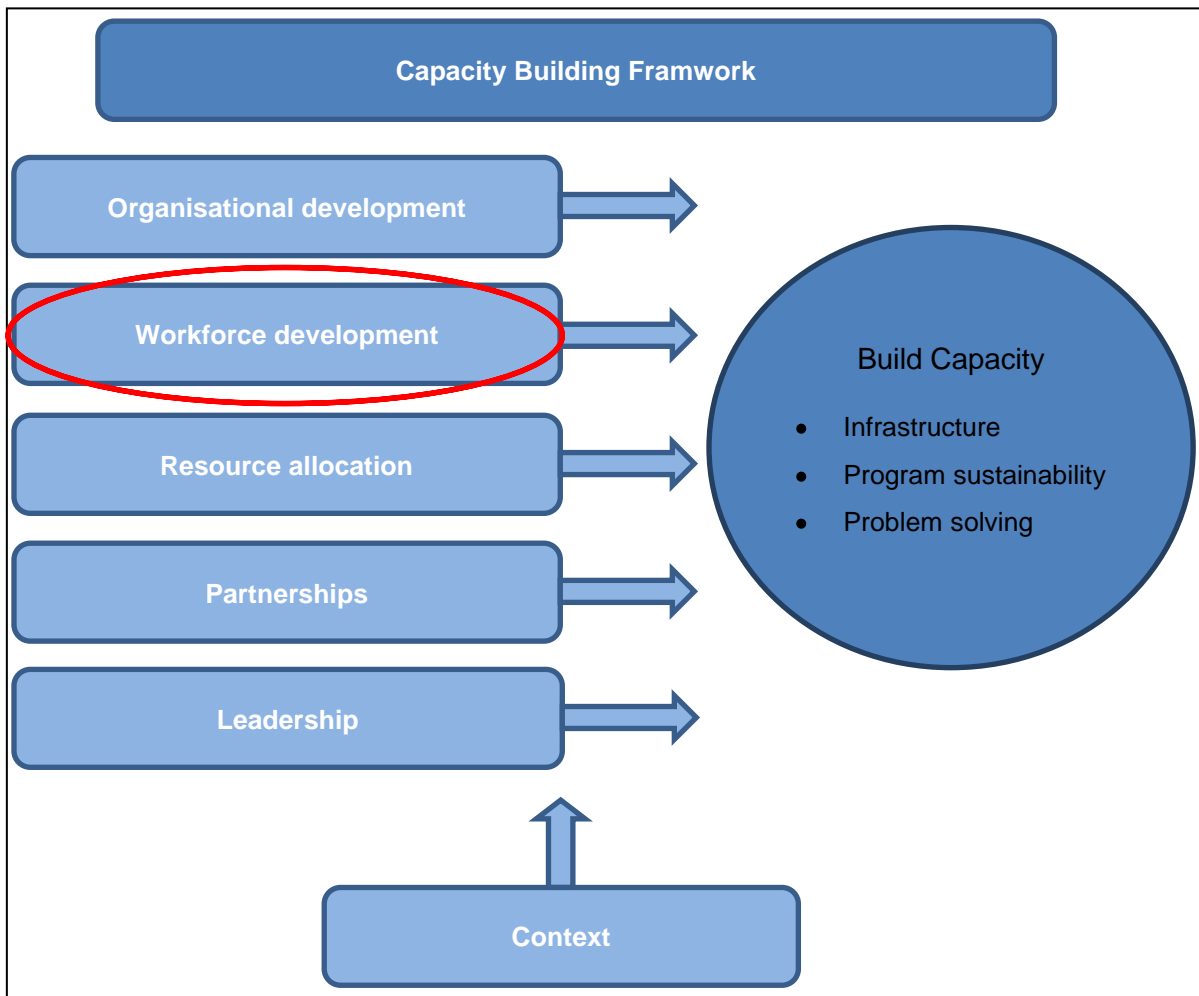
⁵⁹ Hawe et al. 2000, S. 1

⁶⁰ Ladurner et al. 2011, S. 105

⁶¹ Ladurner et al. 2011, S. 42

ben.⁶² Der Fonds Gesundes Österreich begünstigt und fördert das Workforce Capacity Building in Österreich durch die Vergabe von Stipendien.⁶³

Abbildung 3: Capacity Building Framework



Quelle: A Framework for Building Capacity to Improve Health, NSW Health Department, 2001, S. 2

In Österreich wird Capacity Building häufig mit Personalentwicklung/-ausbildung gleichgesetzt bzw. darauf reduziert. Die anderen Dimensionen des Konzepts finden nur wenig Berücksichtigung.⁶⁴ Eine Ausnahme stellt diesbezüglich die Österreichische Sozialversicherung dar, die mittlerweile einen Capacity Building-Prozess unter Berücksichtigung all seiner Dimensionen in Gang gesetzt hat.⁶⁵ LADURNER et al. (2011) empfehlen für Österreich eine Fortführung bzw. einen Ausbau in der Personalentwicklung im Bereich Public Health mit dem Ziel eine „kritische Masse“ an Public Health-ExpertInnen auszubilden. Jedoch sollte dabei nicht auf die mindestens ebenso wichtigen Handlungsstränge des Capacity Buildings-Konzepts, die bisher in Österreich eher vernachlässigt wurden, vergessen werden.⁶⁶

⁶² Soffried et al. 2011, S. 443

⁶³ Ladurner et al. 2011, S. 42

⁶⁴ Ladurner et al. 2011, S. 305

⁶⁵ Soffried et al. 2011, S. 438

⁶⁶ Ladurner et al. 2011, S. 305

2.5 Stand der Forschung

In Österreich gibt es bisher noch keine quantitative Untersuchung über den beruflichen Verbleib von AbsolventInnen österreichischer Public Health-Universitätslehrgänge. Anders ist die Situation in Deutschland, wo es bereits seit dem Jahr 1989 möglich ist ein Public Health-Studium zu belegen: Hier wurden bereits mehrere Untersuchungen über den Verbleib von AbsolventInnen eines Public Health-Studiums durchgeführt.⁶⁷

Im Jahr 1996 wurden erstmals alle bis dahin in Deutschland ausgebildeten AbsolventInnen eines Public Health-Studiums systematisch befragt. Dabei stellte sich unter anderem heraus, dass die bedeutendsten Berufsfelder von Public Health-AbsolventInnen in Deutschland die universitäre und außeruniversitäre Public Health-Forschung, der Öffentliche Gesundheitsdienst, Institutionen der stationären Versorgung und Rehabilitation, Selbstverwaltungseinrichtungen und Verbände sowie die ambulante Versorgung darstellten. 84 Prozent der Befragten waren zum Erhebungszeitpunkt berufstätig. 20 Prozent der berufstätigen Befragten arbeiteten beim selben Arbeitgeber wie zu Beginn des Public Health-Studiums, 80 Prozent befanden sich in einem neuen Beschäftigungsverhältnis. Trotz des hohen Anteils an befristeten Arbeitsverhältnissen (70 Prozent) erwies sich die berufliche Zufriedenheit als hoch (83 Prozent waren „(sehr) zufrieden“).⁶⁸ Standortbezogene Untersuchungen (Berlin, Hannover) aus dem Jahr 2000 bestätigten die hohe Arbeitsplatzzufriedenheit der ersten, bundesweiten Erhebung. Vor allem mit den Arbeitsbedingungen, den Entscheidungskompetenzen und den Gestaltungsmöglichkeiten waren die AbsolventInnen eines Public Health-Studiums sehr zufrieden, während bei der Bezahlung und den Aufstiegsmöglichkeiten gewisse Defizite festgestellt wurden.⁶⁹ Eine Untersuchung aus dem Jahr 2004 kam zu dem Ergebnis, dass nur wenige AbsolventInnen in Führungspositionen tätig sind, obwohl dies einst (zum Teil) ein Motiv für die Etablierung von Public Health-Studiengängen in Deutschland darstellte. Die meisten AbsolventInnen hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung Positionen inne, die (direkt) unter der Führungsebene angesiedelt waren.⁷⁰ Die aktuellste AbsolventInnenbefragung für Deutschland datiert aus dem Jahr 2009. Als häufigste Tätigkeitsfelder von Public Health-AbsolventInnen konnten die Hochschule, der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die stationäre Versorgung eruiert werden. Deutsche Public Health-AbsolventInnen sind mit ihrer aktuellen Arbeitsplatzsituation überwiegend zufrieden und geben zu 87 Prozent an, dass sie noch einmal Public Health studieren würden. 79 Prozent würden das Studium auch anderen empfehlen.⁷¹

⁶⁷ Pundt, Lorenz 2004, S. 2

⁶⁸ Dierks 2003, S. 777

⁶⁹ Dierks 2003 S. 777

⁷⁰ Pundt, Lorenz 2004, S. 18

⁷¹ Nitzschke, Dierks 2009, S. 10-11

3 Forschungsfragen und Hypothesen

Das Ziel der empirischen Arbeit ist, den beruflichen Verbleib sowie die Anwendbarkeit des erworbenen Wissens bzw. der Fähigkeiten der postgradualen Ausbildung in Public Health zu erforschen. Inwiefern gelingt es den AbsolventInnen der österreichischen Universitätslehrgänge Public Health ihre erworbene Expertise in Public Health Berufsfeldern anzuwenden?

3.1 Forschungsfragen

Bei der Entwicklung der Forschungsfragen wurde vor allem auf bereits realisierte Public Health-AbsolventInnenbefragungen aus Deutschland zurückgegriffen.⁷²

Forschungsfrage 1: Welche Vorqualifikation(en) bzw. welchen beruflichen Hintergrund haben Public Health-StudentInnen?

Public Health gilt als Multidisziplin. Daher ist es von Interesse, ob sich diese Multidisziplinarität bei den AbsolventInnen widerspiegelt, d.h. es soll erhoben werden, welche Ausbildung(en) vor dem Universitätslehrgang Public Health bereits absolviert wurden. Darüber hinaus ist es von Interesse, in welcher Institution bzw. bei welchem Arbeitgeber die AbsolventInnen zu Beginn der Public Health Ausbildung beruflich tätig waren und welche berufliche Position sie zu diesem Zeitpunkt innehatten.

Forschungsfrage 2: Welche Motive haben die TeilnehmerInnen für eine Public Health-Ausbildung?

Die Frage nach den Motiven für die Absolvierung eines Public Health-Studiums ist von großem Interesse. Welche Beweggründe gab es für die Entscheidung, einen Universitätslehrgang in Public Health zu belegen? Außerdem soll geklärt werden, inwiefern AbsolventInnen von ihren Arbeitgebern zu der Ausbildung in Public Health motiviert/unterstützt wurden.

Forschungsfrage 3: Welche Berufsfelder und welche Positionen erschließen sich die Public Health- AbsolventInnen?

Welche berufliche Position in welchen Institutionen haben Public Health-AbsolventInnen derzeit inne? Es soll darüber hinaus untersucht werden, ob und wie sich die berufliche Laufbahn von AbsolventInnen (bisher) verändert hat. Dabei sind vor allem Aspekte wie ein beruflicher Auf- oder Umstieg von Bedeutung.

⁷² Nitzschke, Dierks 2009, Pundt, Lorenz 2004

Forschungsfrage 4: Welche Public Health-Aufgaben/Fähigkeiten finden in der beruflichen Praxis Anwendung?

Wie viele AbsolventInnen arbeiten im Public Health-Bereich bzw. in welchem Ausmaß hat die derzeitige Tätigkeit mit Public Health zu tun?

Forschungsfrage 5: Wie beurteilen die Public Health-AbsolventInnen das Public Health-Studium generell und hinsichtlich der Chancen am Arbeitsmarkt?

Im Rahmen der Untersuchung soll geklärt werden, ob das Public Health-Studium bzw. die Studieninhalte aus AbsolventInnensicht einen Neuigkeitswert darstellten und welche Fähigkeiten erworben werden konnten. Ein zentraler Punkt ist, ob das Vermittelte/Gelernte auch im beruflichen Alltag umgesetzt werden kann. Weiters ist zu klären, ob durch das Studium nachhaltige fachliche/berufliche Kontakte entstanden sind.

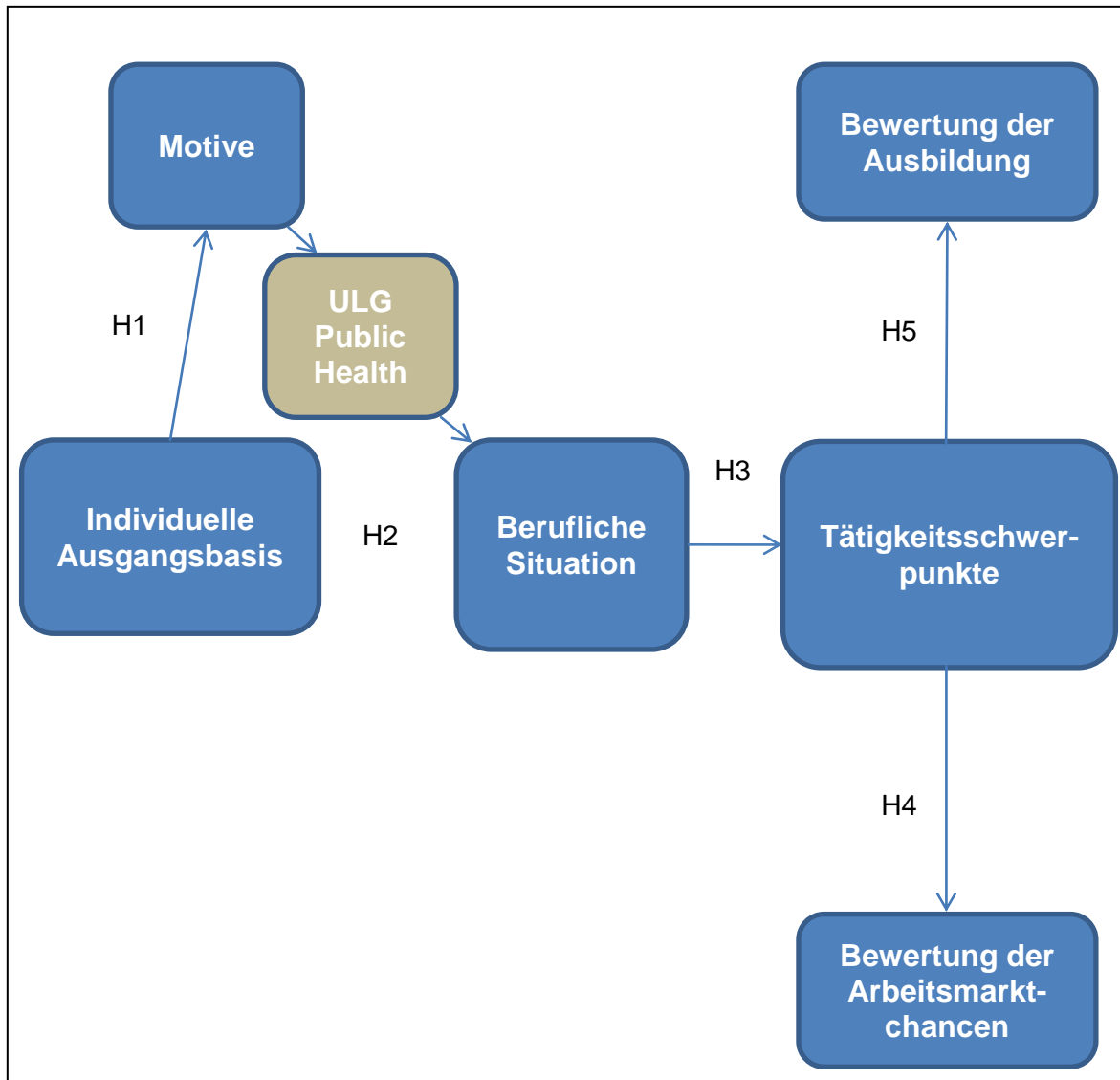
Schlussendlich soll erhoben werden, ob AbsolventInnen eines Universitätslehrganges Public Health das Studium noch einmal belegen würden und wie sie den Bedarf und die Chancen von Public Health-AbsolventInnen am Arbeitsmarkt einschätzen.

3.2 Analysemodell und Hypothesen

Anhand eines gedanklichen Analysemodells (Abbildung 4) werden an dieser Stelle Hypothesen über Zusammenhänge generiert. Grundsätzlich ist anzunehmen, dass Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund, wie zum Beispiel der Vorqualifikation, unterschiedliche Motive für eine Fortbildung im Bereich Public Health haben. Weiters kann auch vermutet werden, dass die postgraduale Ausbildung nicht ohne Folgen bzw. Auswirkung für die berufliche Situation bleibt. So müsste sich der Anteil der Public Health-Aufgaben im Beruf erhöhen.

Vermutlich haben Personen, die in einer leitenden Position sind, eher mit Management- und strategischen Aufgaben zu tun. Daher wird ein Zusammenhang zwischen der beruflichen Position und den Tätigkeitsschwerpunkten vermutet. Wer wiederum viele Public Health-Aufgaben tätigt, wird einerseits die Ausbildung besser bewerten und vermutlich auch die Arbeitsmarktchancen höher einschätzen.

Abbildung 4: Gedankliches Analysemodell



Hypothese 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Vorqualifikation und den Motiven.

Hypothese 2: Der Public Health-Anteil der aktuellen beruflichen Tätigkeit ist höher als zu Beginn der Ausbildung.

Hypothese 3: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der beruflichen Situation und den Tätigkeitsschwerpunkten

Hypothese 4: Je höher der Public Health-Anteil der Tätigkeiten im Beruf, desto besser werden die Arbeitsmarktchancen beurteilt.

Hypothese 5: Je höher der Public Health-Anteil der Tätigkeiten im Beruf, desto besser wird die Ausbildung beurteilt.

4 Methodisches Vorgehen

Für die empirische Studie wurden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden eingesetzt. Als quantitative Methode wurde eine standardisierte Online-Befragung angewendet. Ergänzend wurden qualitative ExpertInneninterviews geführt.

4.1 Standardisierte Online-Befragung

Ausgehend von der Tatsache, dass es sich bei der Zielgruppe um einen hochgebildeten Personenkreis handelt, von dem angenommen werden darf, dass er mit dem Umgang des Internets vertraut ist bzw. dieses auch sehr häufig nutzt, wurde für den Hauptteil der empirischen Studie eine Online-Befragung als Erhebungsinstrument genutzt. Während die Erhebungsmethode auf Ebene der Gesamtbevölkerung aufgrund von verschiedenen Problematiken (z.B. mangelnde Repräsentativität) – noch – gewisse Nachteile hat, ist sie für die Befragung von speziellen Gruppen (wie im vorliegenden Fall) sehr gut geeignet und z.B. einer postalischen Befragung in vielen Punkten überlegen. Die Vorteile einer Online-Befragung sind zuallererst in den kaum anfallenden Kosten begründet. Denn weder für den Druck, noch für den Versand oder die Kodierung von Fragebögen fallen Kosten an.⁷³ Hinzu kommen Zeitvorteile, da z.B. die Dateneingabe wegfällt und mit den Auswertungen unmittelbar nach der Erhebung begonnen werden kann. Außerdem ist die Befragung rund um die Uhr möglich. In diesem Zusammenhang ist auch von einer erhöhten Akzeptanz bei den Befragten auszugehen. Denn sie können selbst bestimmen, wann und wo sie an der Befragung teilnehmen. Darüber hinaus bietet die Methode diverse technische Vorteile. So können flexibel Filter gesetzt werden, die einerseits die Befragten gut und zeitökonomisch durch den Fragebogen navigieren und andererseits fehlerhafte Angaben minimieren. Ein weiterer Vorteil ist in der kontinuierlichen Feldstatistik zu sehen. Die Rücklaufquote kann jederzeit überprüft werden und macht ein etwaiges Reagieren durch Erinnerungsschreiben und/oder Ausdehnung des Erhebungszeitraums möglich. Etwaige Nachteile der Methode könnten u.a. aus der geringen Kontrolle der Situation, in welcher der Fragebogen ausgefüllt wird oder aber aufgrund technischer Probleme durch z.B. veraltete Browser entstehen. Der größte Nachteil ist durch den längeren Befragungsvorlauf zu sehen. Die Programmierung des Online-Fragebogens kann sich mitunter sehr zeitintensiv gestalten. Aus dem Nachteil wird bei akribischer Programmierung und vielfachen Testdurchläufen aber schlussendlich wieder ein Vorteil, da die Feldphase dann in optimierter Weise durchgeführt werden kann.⁷⁴

⁷³ Birgmann 2010, S. 6-7

⁷⁴ Fischer 2005, S. 8

4.1.1 Untersuchungsdimensionen und Operationalisierung

Noch vor der Fragebogenentwicklung wurde unter Berücksichtigung der Forschungsfragen, des gedanklichen Analysemodells und der Hypothesen eine dimensionale Analyse durchgeführt. Eine dimensionale Analyse dient in der empirischen Sozialforschung als Orientierungsrahmen. Dabei werden sämtliche für die Untersuchung relevanten Dimensionen benannt. Mit dem Abschluss einer dimensional Analyse soll ein Begriffssystem aller für die Studie relevanten Dimensionen des Untersuchungsgegenstandes vorliegen.⁷⁵

Ausgehend von den Überlegungen in Kapitel 3 lassen sich folgende Untersuchungsdimensionen benennen (Abbildung 5):

Abbildung 5: Untersuchungsdimensionen

Untersuchungsdimensionen						
Unter-suchungs-dimensionen	Indivi-duelle Ausgangs-basis	Motive	Berufliche Situation	Tätigkeits-schwer-punkte	Public Health-Aus-bildung	Arbeits-markt-chancen
Subdimensionen	Vorqualifi-kation			Public Health-Relevanz	Inhalte der Ausbildung	
	Berufliche Herkunft			Aufgaben	Bewertung der Ausbildung	
				Public Health-Fähigkei-ten/Wissen		

Um den Operationalisierungsvorgang abzuschließen, müssen den in Abbildung 5 beschriebenen Untersuchungsdimensionen die jeweiligen Variablen bzw. Indikatoren zugeordnet werden. Denn „unter Operationalisierung versteht man die Schritte der Zuordnung von empirisch erfassbaren, zu beobachtenden oder zu erfragenden Indikatoren zu einem theoretischen Begriff. Durch Operationalisierung werden Messungen der durch einen Begriff bezeichneten empirischen Erscheinung möglich.“⁷⁶

⁷⁵ Kromrey 2006, S. 119

⁷⁶ Atteslander 2000, S. 50

4.1.1.1 Individuelle Ausgangsbasis

Aus der Forschungsfrage 1 (siehe 3.1) kann die Untersuchungsdimension *Individuelle Ausgangsbasis* abgeleitet werden. Die Untersuchungsdimension *Individuelle Ausgangsbasis* setzt sich aus den Subdimensionen *Vorqualifikation* und *Berufliche Herkunft* zusammen. Mit *Vorqualifikation* sind jene Qualifikationen gemeint, die bereits vor dem Besuch des ULG Public Health absolviert wurden. Public Health folgt dem Prinzip der Multidisziplinarität (siehe 2.1.2). Es gilt zu überprüfen, inwiefern sich diese Multidisziplinarität unter AbsolventInnen österreichischer Universitätslehrgänge Public Health widerspiegelt. Da die Universitätslehrgänge postgradualen Charakter haben, gilt der Fokus den akademischen Ausbildungen. Aber auch nicht-akademische Ausbildungen aus dem Bereich der „klassischen“ Gesundheitsberufe, wie dem Medizinisch-Technischen Dienst (MTD) oder dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKS/DGKP) werden berücksichtigt.

Mit der zweiten Subdimension – der beruflichen Herkunft – sind die beruflichen Umstände am Beginn der Public Health-Ausbildung gemeint. Dazu zählen z.B. der Erwerbsstatus, die berufliche Stellung oder die Institution/Einrichtung der beruflichen Tätigkeit zu Beginn des ULG Public Health. Die zweite Subdimension *Berufliche Herkunft* ist aber auch für die Forschungsfrage 3 (siehe 3.1) von Bedeutung: Schließlich soll analysiert werden, ob und in welcher Form sich die berufliche Situation von AbsolventInnen der Public Health-Ausbildung im Vergleich zur beruflichen Situation zu Beginn der Ausbildung verändert hat.

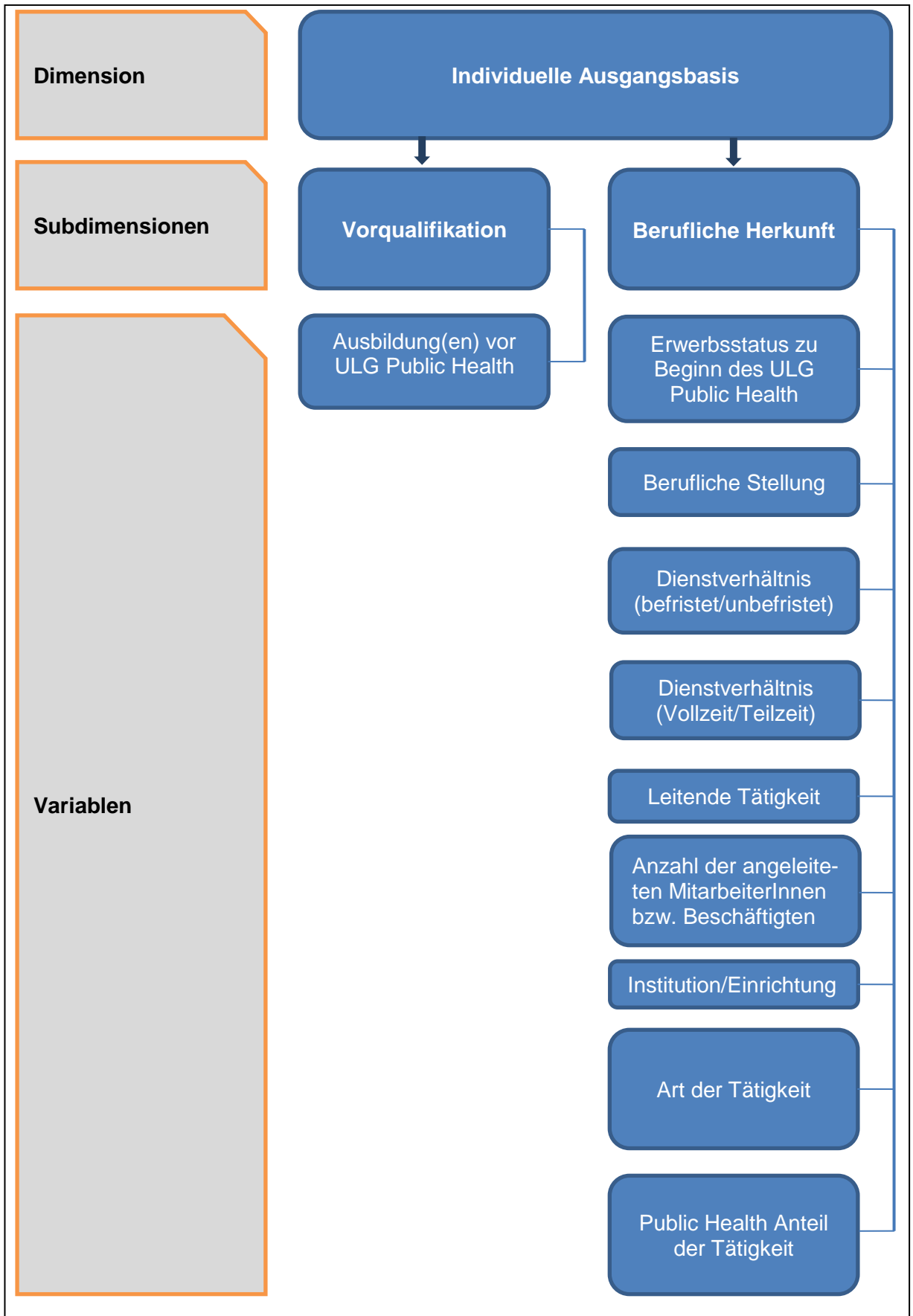
Die Variable *Ausbildung(en) vor ULG Public Health* ist die einzige Variable der Subdimension *Vorqualifikation* umfasst wie bereits erwähnt sowohl eine Reihe von Studienrichtungen als auch nicht-akademische Ausbildungen aus dem Bereich der „klassischen“ Gesundheitsberufe. Darüber hinaus wird den Befragten die Möglichkeit gegeben sonstige Qualifikationen einzutragen. Diese werden nachcodiert. Da die Möglichkeit mehrerer Vorqualifikationen besteht sind Mehrfachantworten möglich.

Die zweite Subdimension *Berufliche Herkunft* setzt sich aus insgesamt 9 Variablen zusammen. Die Fragen zum Erwerbsstatus, der beruflichen Stellung sowie die Fragen nach weiteren Details (Befristung, Voll-/Teilzeit, leitende Tätigkeit, Anzahl der angeleiteten MitarbeiterInnen bzw. Beschäftigten) der damaligen beruflichen Situation entsprechen der konventionellen Form vieler anderer Erhebungen (z.B. durch Statistik Austria). Bei der Variable Institution/Einrichtung wird nach dem damaligen Dienstgeber gefragt, wobei Mehrfachantworten nicht möglich sind. Anhand der Frage „In welchem Ausmaß hatte Ihre berufliche Tätigkeit damals mit folgenden Aufgaben zu tun?“ und

einer Auflistung von zwölf Tätigkeitsbereichen, die wiederum je mit einer fünfstufigen Skala mit den Intensitätsangaben 1 („in sehr hohem Ausmaß“) bis 5 („gar nicht“) zu beantworten sind, wird die Art der Tätigkeit erhoben. Der Public Health-Anteil der Tätigkeit wird anhand der Frage: „Gemessen an Ihren beruflichen Aufgaben, die Sie damals zu erledigen hatten: Wie viel hatte Ihre berufliche Tätigkeit damals mit Public Health zu tun?“ erhoben. Die Beantwortung erfolgt auf einer Skala von 1 („hatte nichts mit Public Health zu tun“) bis 10 („hatte sehr viel mit Public Health zu tun“).

Eine Übersicht zur Operationalisierung der Untersuchungsdimension liefert die Abbildung 6.

Abbildung 6: Operationalisierung der Dimension „Individuelle Ausgangsbasis“



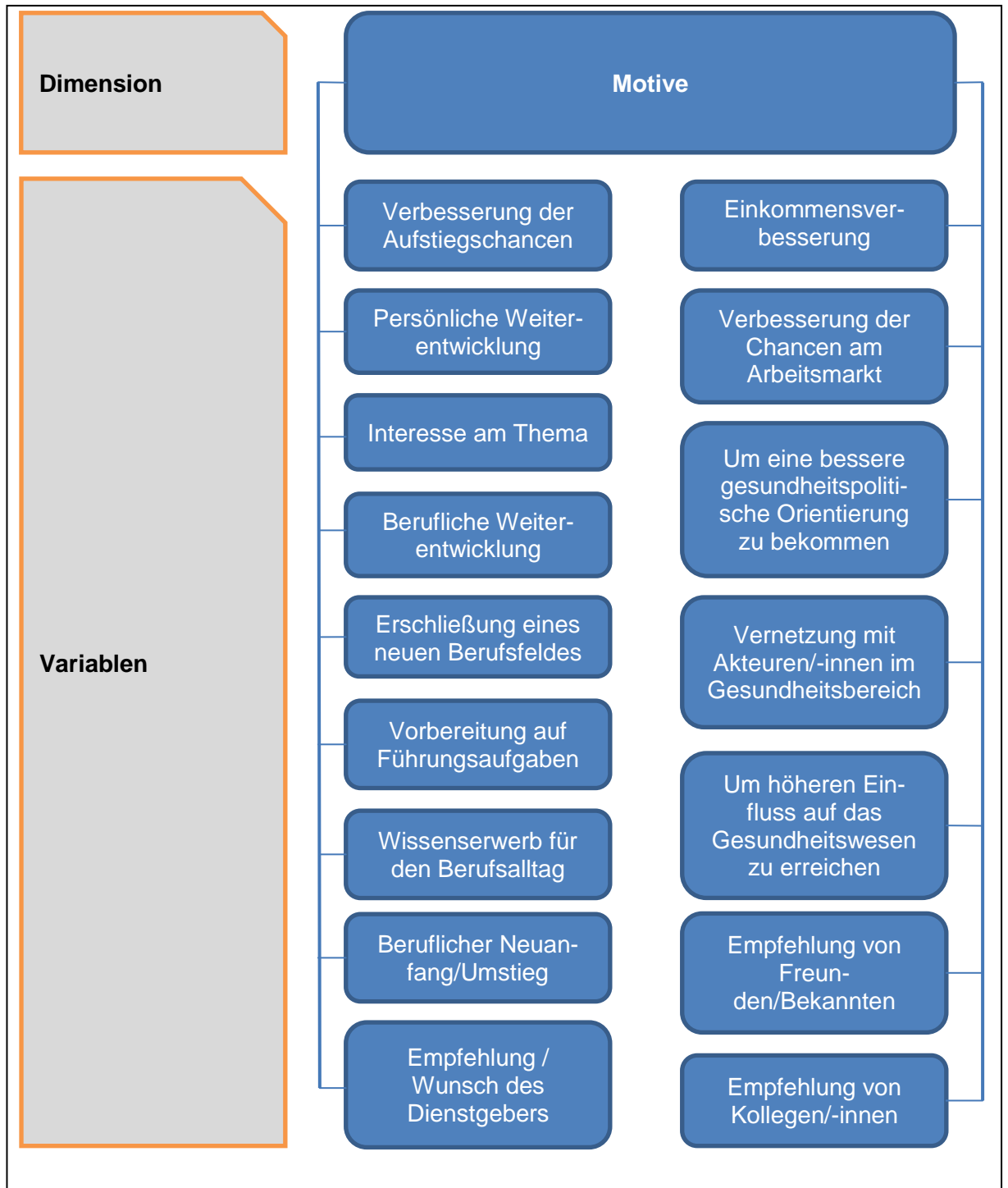
4.1.1.2 Motive

Aus der Forschungsfrage 2 (siehe 3.1) ergibt sich die Untersuchungsdimension *Motive*. Es gibt eine große Bandbreite an möglichen Motiven für eine postgraduale Ausbildung in Public Health. Die Untersuchungsdimension umfasst diverse Motive, die für die Entscheidung, einen ULG Public Health zu belegen, von Bedeutung sein können. Berücksichtigt werden in erster Linie Motive, die mit der Berufskarriere im Zusammenhang stehen (z.B. berufliche Weiterentwicklung), aber auch persönlichkeitsorientierte Motive (z.B. persönliche Weiterentwicklung). Die Auswahl der Motive erfolgte insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse der AbsolventInnenbefragung von NIETZSCHKE & DIERKS (2009).

Die konkrete Messung der Motivlagen erfolgt mit der Frage: „Welche Beweggründe bzw. welche Erwartungen führten Sie zur Entscheidung, den Universitätslehrgang Public Health zu belegen? Warum haben Sie sich für den ULG Public Health entschieden?“ Die Beantwortung erfolgt auf einer vierstufigen Skala mit den Intensitätsangaben „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“.

Eine Übersicht zur Operationalisierung der Untersuchungsdimension liefert die Abbildung 7.

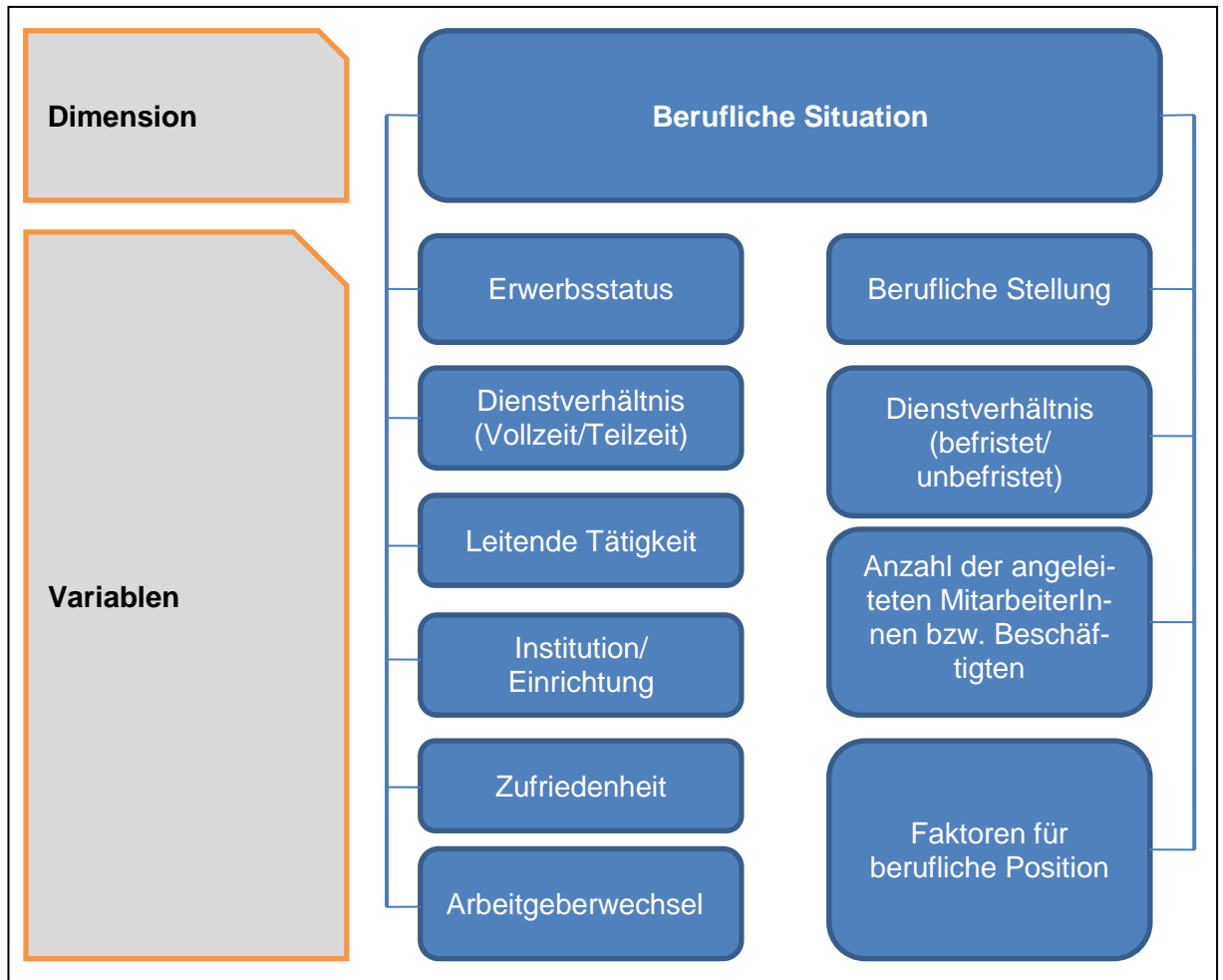
Abbildung 7: Operationalisierung der Dimension „Motive“



4.1.1.3 Berufliche Situation

Aus der Forschungsfrage 3 (siehe 3.1) – der zentralen Forschungsfrage nach den Berufsfeldern und Positionen, die sich den AbsolventInnen einer Public Health-Ausbildung erschließen - kann die Untersuchungsdimension *Berufliche Situation* abgeleitet werden. Die Untersuchungsdimension *Berufliche Situation* ist im Zusammenhang mit der Subdimension *Berufliche Herkunft* aus der Untersuchungsdimension *Individuelle Ausgangsbasis* zu sehen (ausgenommen ist die Variable Art der Tätigkeit, die zur Untersuchungsdimension *Tätigkeitsschwerpunkte* (neue Bezeichnung: Aufgaben) in Kapitel 3.1. zugeordnet wird). Der Unterschied ist, dass in dieser Dimension die aktuelle berufliche Situation der AbsolventInnen Gegenstand des Interesses ist. Die diesbezüglichen Fragen sind inhaltlich gleich gestaltet – lediglich der zeitliche Bezugsrahmen wird angepasst. Zusätzliches Element der Dimension sind berufliche Veränderungen (Arbeitgeberwechsel) seit dem Abschluss der Public Health-Ausbildung. Diese werden mit der Frage: „Haben Sie seit dem Abschluss der Public Health-Ausbildung mindestens einmal den Arbeitgeber gewechselt?“ gemessen. Im Fall einer Bejahung wird die Anzahl der Arbeitgeberwechsel erhoben. Weiters wird die allgemeine Zufriedenheit mit der derzeitigen beruflichen Position erhoben. Welche Rolle verschiedene Faktoren für die aktuelle berufliche Position gespielt haben (z.B. persönliches Engagement, Public Health-Ausbildung usw.) wird mit folgender Frage geklärt: „Wenn Sie an Ihre derzeitige berufliche Position denken: Wie wichtig waren folgende Faktoren, um in diese Position zu kommen?“. Eine Übersicht zur Operationalisierung der Untersuchungsdimension liefert die Abbildung 8.

Abbildung 8: Operationalisierung der Dimension „Berufliche Situation“



4.1.1.4 Tätigkeitsschwerpunkte

Die Forschungsfrage 4 (siehe 3.1) beschäftigt sich mit der praktischen Anwendung von Public Health-Aufgaben und Public Health-Fähigkeiten in der beruflichen Praxis. Wie bereits in Kapitel 2.2 erläutert, gibt es unterschiedliche praktische und intellektuelle Fähigkeiten, die von Public Health-ExpertInnen angewendet werden können sollten. Die Untersuchungsdimension *Tätigkeitsschwerpunkte* setzt sich aus den drei Subdimensionen *Public Health-Relevanz*, *Aufgaben* und *Public Health-Fähigkeiten/Wissen* zusammen. Unter *Public Health-Relevanz* ist das allgemeine Ausmaß an Public Health Tätigkeiten bzw. Aufgaben, die sich im beruflichen Alltag stellen, zu verstehen. Die zweite Subdimension *Aufgaben* umfasst das Ausmaß unterschiedlicher Aufgabenbereiche in der Arbeitsroutine (z.B. Verwaltung, Gesundheitsförderung und Prävention, Organisation/Management usw.). Die dritte Subdimension *Public Health-Fähigkeiten/Wissen* ist als weitere Spezifikation der beiden anderen Subdimensionen zu verstehen. Dabei geht es um die konkrete Anwendung von typischen Public Health-Fähigkeiten und Wissen wie z.B. populationsbezogenem Denken, den Einfluss von

sozialen Determinanten auf die Gesundheit oder die Interpretation epidemiologischer Kennzahlen.

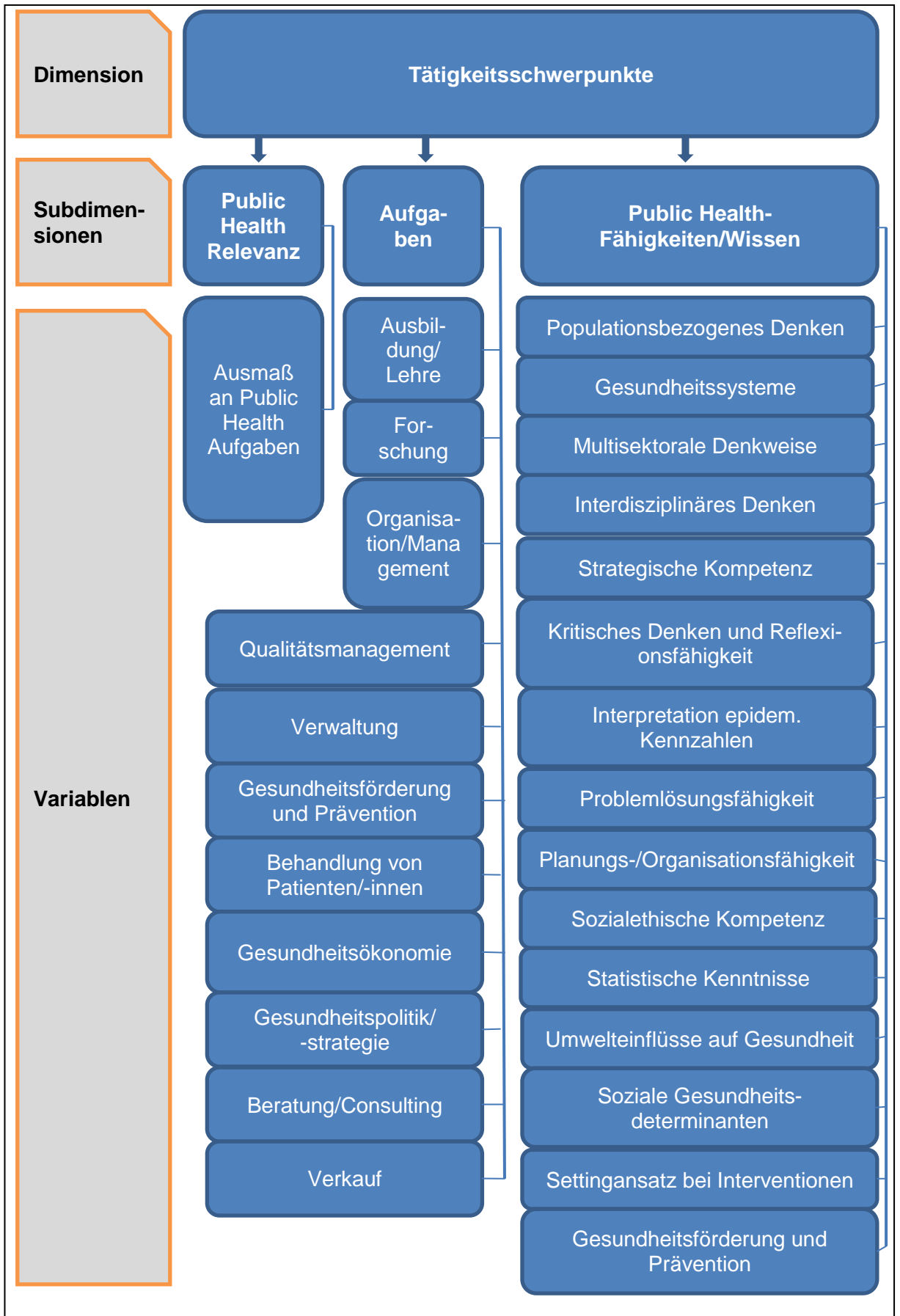
Die Messung der *Public Health-Relevanz* erfolgt mit der Frage: „Gemessen an Ihren beruflichen Aufgaben, die Sie derzeit zu erledigen haben: Wie viel hat Ihre berufliche Tätigkeit mit Public Health zu tun?“ Die Beantwortung der Frage erfolgt auf einer zehnstufigen Skala mit den Polen 1 („hat nichts mit Public zu tun“) bis 10 („hat sehr viel mit Public Health zu tun“).

Die Operationalisierung der Subdimension *Aufgaben* erfolgt anhand von 12 Variablen zu beruflichen Aufgaben. Die diesbezügliche Frage lautet: „In welchem Ausmaß hat Ihre berufliche Tätigkeit mit folgenden Aufgaben zu tun?“ Die Beantwortung jeder der 12 Variablen erfolgt mittels einer fünfstufigen Skala mit Intensitätsangaben von 1 („in sehr hohem Ausmaß“) bis 5 („gar nicht“).

Die Messung der Subdimension *Public Health-Fähigkeiten/Wissen* erfolgt über 15 Items und basiert auf der Frage: „Wie beurteilen Sie die Relevanz der folgenden Themen im beruflichen Alltag?“ Die Beantwortung der Frage erfolgt auf einer fünfstufigen Skala mit den Intensitätsangaben 1 („hohe Relevanz“) bis 5 („keine Relevanz“).

Eine Übersicht zur Operationalisierung der Untersuchungsdimension liefert die Abbildung 9.

Abbildung 9: Operationalisierung der Dimension „Tätigkeitsschwerpunkte“

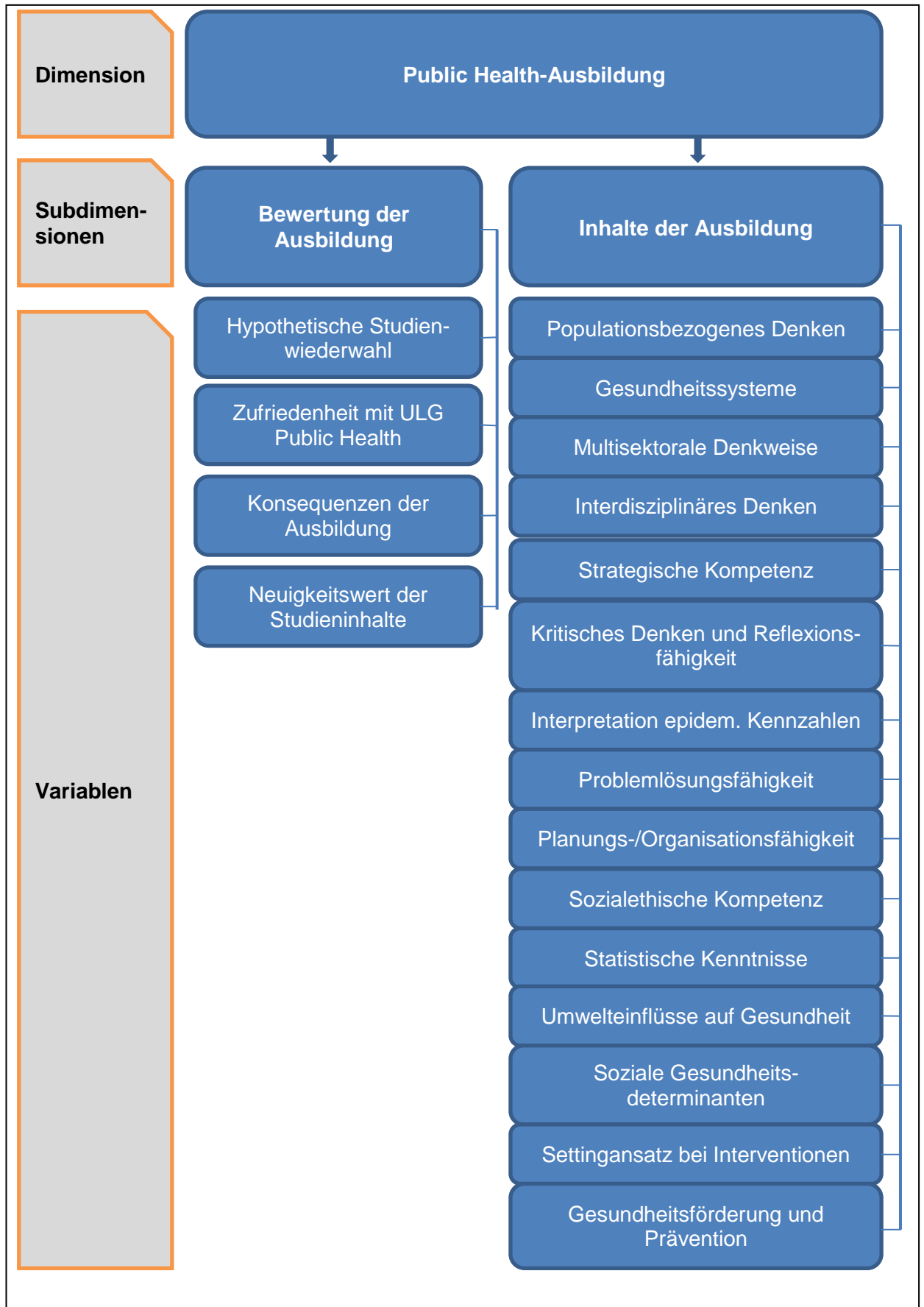


4.1.1.5 Public Health-Ausbildung

Die Forschungsfrage 5 (siehe 3.1) setzt sich mit der Beurteilung der Public Health-Ausbildung aus der Sicht der AbsolventInnen auseinander. Die Untersuchungsdimension *Public Health-Ausbildung* besteht aus den Subdimensionen *Inhalte der Ausbildung* und *Bewertung der Ausbildung*. Die Subdimension *Inhalte der Ausbildung* ist im Zusammenhang mit der Subdimension *Public Health-Fähigkeiten/Wissen* (Untersuchungsdimension *Tätigkeitsschwerpunkte*) zu sehen und beinhaltet die Vermittlung von Public Health-Fähigkeiten/Wissen im ULG Public Health. Die Subdimension *Bewertung der Ausbildung* umfasst die allgemeine Zufriedenheit mit der Ausbildung genauso wie die beruflichen und persönlichen Konsequenzen, die der Public Health-Ausbildung zugeschrieben werden. Außerdem sind der subjektive Neuigkeitswert der Studieninhalte und die Frage nach der hypothetischen Studienwiederwahl ebenfalls Bestandteil der Subdimension.

Eine Übersicht zur Operationalisierung der Untersuchungsdimension liefert die Abbildung 10.

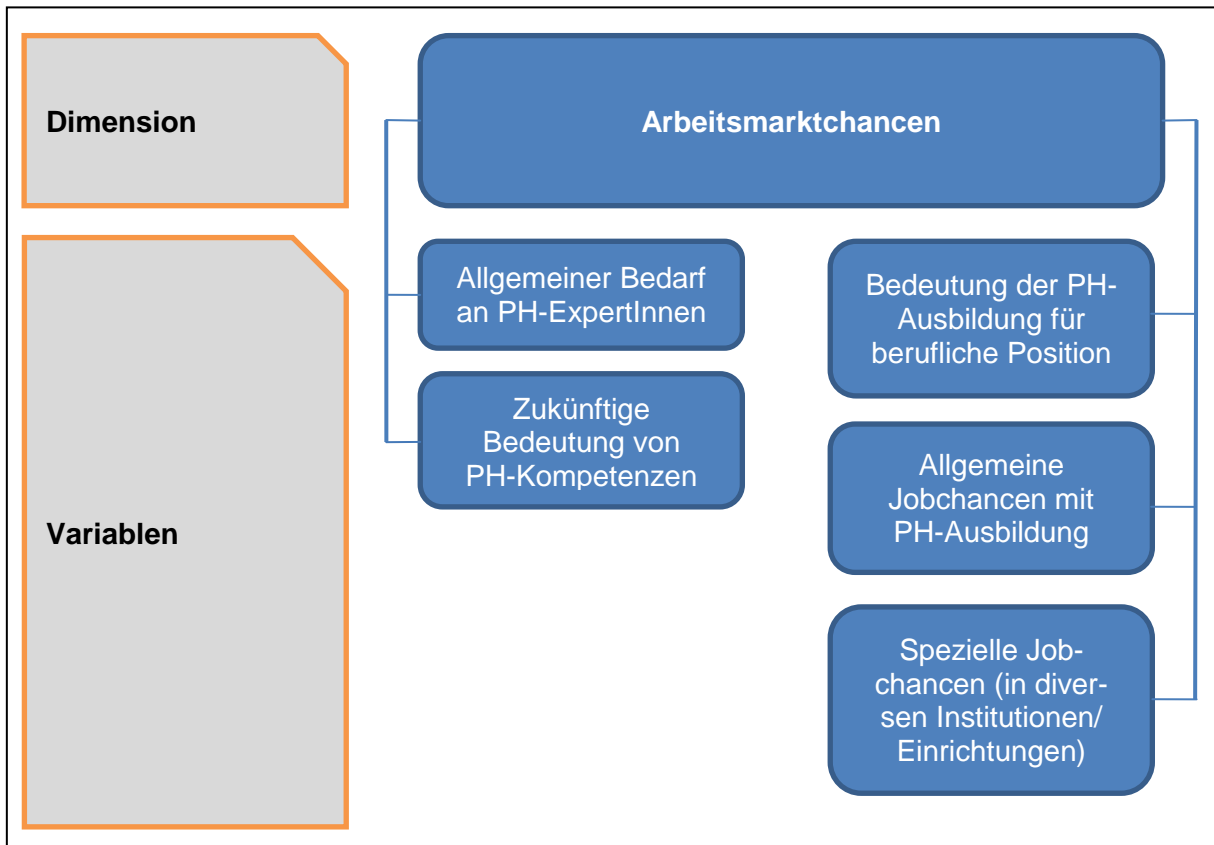
Abbildung 10: Operationalisierung der Dimension „Public Health-Ausbildung“



4.1.1.6 Arbeitsmarktchancen

Aus der Forschungsfrage 5 (siehe 3.1) kann die Untersuchungsdimension *Arbeitsmarktchancen* abgeleitet werden. Die Untersuchungsdimension *Arbeitsmarktchancen* umfasst die allgemeine Einschätzung der Arbeitsmarktchancen für Public Health-AbsolventInnen sowie die Beurteilung der Jobchancen in diversen Institutionen/Einrichtungen. Ein weiterer Aspekt der Untersuchungsdimension ist die Bedeutung der Public Health-Ausbildung für die individuelle berufliche Situation. Darüber hinaus komplettiert die Einschätzung des allgemeinen Bedarfs an Public Health-ExpertInnen sowie die Einschätzung der zukünftigen Bedeutung von Public Health-Kompetenzen im österreichischen Gesundheitswesen die Spannweite der Untersuchungsdimension. Eine Übersicht zur Operationalisierung der Untersuchungsdimension liefert die Abbildung 11.

Abbildung 11: Operationalisierung der Dimension „Arbeitsmarktchancen“



4.1.2 Durchführung der Erhebung und Datengrundlage

Die Grundgesamtheit der Online-Befragung bilden alle bisherigen AbsolventInnen eines österreichischen Universitätslehrganges Public Health an den Standorten Graz, Wien, Linz und Lochau/Schloss Hofen. Es werden all jene Personen miteingeschlossen, die zwischen Juni 2004 und April 2012 zumindest die Präsenzzeit des jeweiligen Universitätslehrgangs abgeschlossen haben. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist die formale Graduierung keine Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der Befragung. Wegen des unterschiedlichen Aufbaus der 4 Curricula der österreichischen Universitätslehrgänge Public Health ist diese Vorgehensweise insbesondere den Lehrgängen in Graz und Lochau/Schloss Hofen geschuldet. An diesen Standorten ist die Masterthesis – im Gegensatz zu den Lehrgängen an den Standorten Linz und Wien – nicht innerhalb der Präsenzzeit zu erstellen, sondern wird erst im Anschluss daran angefertigt.

Die AbsolventInnen erhielten eine e-Mail, in der sie über das Forschungsvorhaben unterrichtet und um rege Teilnahme gebeten wurden. Die Aussendung dieser e-Mail erfolgte bei den AbsolventInnen der Universitätslehrgänge der Standorte Graz und Linz unmittelbar durch den Studienautor, während die Universitätslehrgänge der Standorte Wien und Lochau/Schloss Hofen die Aussendung mittelbar für den Studienautor übernahmen. Der e-Mail war ein Link beigefügt, der die AbsolventInnen direkt zum Online-Fragebogen weiterleitete. Die Online-Befragung wurde mit dem Programm LimeSurvey (open source) durchgeführt.

Im Mai 2012 wurden über die e-Mail-Verteiler der 4 Universitätslehrgänge insgesamt 212 AbsolventInnen eingeladen, sich an der Umfrage zu beteiligen. Nach 2 Wochen erhielten die AbsolventInnen ein Erinnerungsschreiben⁷⁷ – unabhängig davon, ob sie sich bereits beteiligt haben oder nicht. 10 e-Mails waren nicht zustellbar. Daraus ergibt sich eine bereinigte Grundgesamtheit von 202 AbsolventInnen. Insgesamt haben sich 118 Personen an der Umfrage beteiligt. Dies entspricht einer bereinigten Beteiligungsquote von 58 Prozent.

⁷⁷ bei einer Lehrgangsguppe (19 Personen) musste auf ein Erinnerungsschreiben verzichtet werden

Tabelle 7: Eckdaten der Befragung

Erhebungsmethode	Online-Befragung
Zielgruppe	Alle bisherigen AbsolventInnen eines österreichischen Universitätslehrganges Public Health an den Standorten Graz, Wien, Linz und Lochau/Schloss Hofen
Grundgesamtheit	212
Standort Graz	85
Standort Wien	61
Standort Linz	32
Standort Lochau/Schloss Hofen	34
Erhebungszeitraum	09.05.2012 bis 06.06.2012
Mailversand: Einladung	09.05.2012 und 10.05.2012
Mailversand: Erinnerung	22.05.2012
Nicht zustellbar	10
Standort Graz	5
Standort Wien	4
Standort Linz	1
Standort Lochau/Schloss Hofen	-
Erreichte AbsolventInnen	202
An der Befragung beteiligt (Rücklauf)	118
Beteiligungsquote bezogen auf Grundgesamtheit	56%
Beteiligungsquote bezogen auf erreichte AbsolventInnen	58%
Beteiligungsquote nach erreichten AbsolventInnen je Standort	
Graz	69%
Wien	47%
Linz	45%
Schloss/Hofen	65%

4.1.3 Datenauswertung und Testverfahren

Der Großteil der Auswertungen erfolgt über einfache Häufigkeitsauszählungen. Die Überprüfung von Zusammenhängen erfolgt in der Regel mit dem Chi-Quadrat-Test mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq 0,05$. Je nach Skalenniveau werden unterschiedliche Maße für die Stärke von eruierten Zusammenhängen berechnet. Weiters kommt eine Faktorenanalyse als Verfahren zur Dimensionsreduktion zur Anwendung. Das detaillierte Vorgehen (Extraktionsmethode, Rotation, Indexbildung) wird dabei direkt an der Stelle der Anwendung in der vorliegenden Arbeit beschrieben. Zur Überprüfung der Hypothesen kommen – neben dem Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest – ein t-Test bei gepaarten Stichproben (Mittelwertvergleich) sowie Korrelationsanalysen zum Einsatz.

Vorgenommene Umcodierungen von Variablen werden an der jeweiligen Stelle der Arbeit beschrieben. Weiters ist darauf hinzuweisen, dass auf Auswertungen nach Public HealthLehrgang (Standort) in Absprache mit den jeweiligen Lehrgangsverantwortlichen verzichtet wird.

4.2 ExpertInneninterviews

Die qualitative Befragung erfolgt in Form von vier leitfadengestützten Interviews mit Public Health-AbsolventInnen. Die Erkenntnisse aus diesen ExpertInneninterviews sind als Ergänzung zu den Ergebnissen der quantitativen Online-Befragung gedacht und sollen exemplarische Einblicke in ausgewählte Untersuchungsdimensionen ermöglichen. Das ExpertInneninterview gilt als informatorische Interviewform, bei dem ExpertInnen als Wissensübermittler für den/die Forschende/n fungieren. Der Zweck besteht in der „deskriptiven Erfassung von Tatsachen aus den Wissensbeständen der Befragten.“⁷⁸ ExpertInneninterviews eignen sich als Form der Befragung besonders dann, wenn „nicht die Gesamtperson den Gegenstand der Analyse, d.h. die Person mit ihren Orientierungen und Einstellungen im Kontext des individuellen oder kollektiven Lebenszusammenhangs“⁷⁹ bildet. Vielmehr ist der Kontext „ein organisatorischer oder institutioneller Zusammenhang, der, mit dem Lebenszusammenhang der darin agierenden Personen gerade nicht identisch ist und in dem sie nur einen „Faktor“ darstellen.“⁸⁰ Zwar zielen einige der Untersuchungsdimensionen auf individuelle Aspekte (z.B. Motive) ab, insgesamt stehen aber mehrheitlich die Kompetenzen, das Wissen und die Erfahrung der ExpertInnen im Vordergrund. Daher erscheint aus Sicht des Autors das ExpertInneninterview als geeignetes Erhebungsinstrument.

4.2.1 Leitfaden

Für die ExpertInneninterviews wurde ein Leitfaden erstellt. Ein Interviewleitfaden dient ForscherInnen als Orientierung während des Gesprächs. Ein solcher Leitfaden erlaubt grundsätzlich diverse Spielräume bezüglich der Fragformulierungen, Nachfragestrategien oder aber auch in der Fragenabfolge.⁸¹ Der Leitfaden ist so zusammengestellt, dass er eine chronologische Abfolge der Fragen begünstigt. Dennoch bleibt eine flexible Gestaltung der Fragenabfolge - je nach Interviewverlauf - erhalten. Der Leitfaden ist in zwei Teile gegliedert: Im ersten Teil geht es um persönliche Erfahrungen im Zusammenhang mit der Public Health-Ausbildung und der individuellen beruflichen Situation. Dabei werden die Aspekte Motive für die Public Health-Ausbildung, Neuigkeitswert des Gelernten, die praktische Anwendung des Gelernten im beruflichen Alltag sowie die hypothetische Studienwiederwahl thematisiert. Im zweiten Teil geht es um allgemeine Einschätzungen und Bewertungen aus ExpertInnensicht. Dabei geht es um die Arbeitsmarktchancen von Public Health-AbsolventInnen in diversen Institutionen (potenzielle Arbeitgeber), um geeignete Aufgabengebiete für Public Health-AbsolventInnen, um die persönlichen und beruflichen Voraussetzungen für ein Public

⁷⁸ Lamnek 2005, S. 333

⁷⁹ Meuser, Nagel 2005, S. 73

⁸⁰ Meuser, Nagel 2005, S. 73

⁸¹ Hopf 2003, S. 351

Health-Studium, die allgemeinen Arbeitsmarktchancen, den Bedarf an Public Health-AbsolventInnen in Österreich sowie das „Standing“ von Public Health als Wissenschaftsdisziplin und das „Standing“ von Public Health-ExpertInnen in Österreich. Außerdem werden die ExpertInnen um eine Prognose für Public Health in Österreich gebeten. Der vollständige Interviewleitfaden ist dem Anhang beigelegt.

4.2.2 Durchführung der ExpertInneninterviews

Bei der Auswahl der ExpertInnen wurde darauf geachtet, dass je zwei „frühe“ und zwei „späte“ AbsolventInnen vertreten sind. Zwei befragte ExpertInnen haben die Public Health-Ausbildung im Jahr 2002 und zwei ExpertInnen erst 2008 begonnen. Alle vier ExpertInnen absolvierten ihre Ausbildung am Standort Graz. Die Kontaktaufnahme gestaltete sich unkompliziert, da dem Autor alle GesprächspartnerInnen persönlich bekannt waren. Die Interviews dauerten jeweils zwischen 30 und 40 Minuten und wurden an unterschiedlichen Orten durchgeführt. Zwei Interviews fanden jeweils im Büro der Befragten statt, eines am Arbeitsplatz des Autors (im Besprechungsraum des Instituts für Gesundheitsplanung) sowie eines in einer öffentlichen Gaststätte.

Interview	Datum	Dauer	Ort
1	21.06.2012	38min	Linz
2	22.06.2012	25min	Graz
3	22.06.2012	36min	Graz
4	22.06.2012	36min	Graz

Die Interviews wurden mit einem Netbook digital aufgezeichnet und in einem weiteren Arbeitsschritt wortwörtlich transkribiert. Im Falle eines völligen Abschweifens des Gesprächs wurden die für die Untersuchung nicht relevanten Passagen jedoch ausgespart. Diese Stellen wurden in den Transkripten gekennzeichnet.

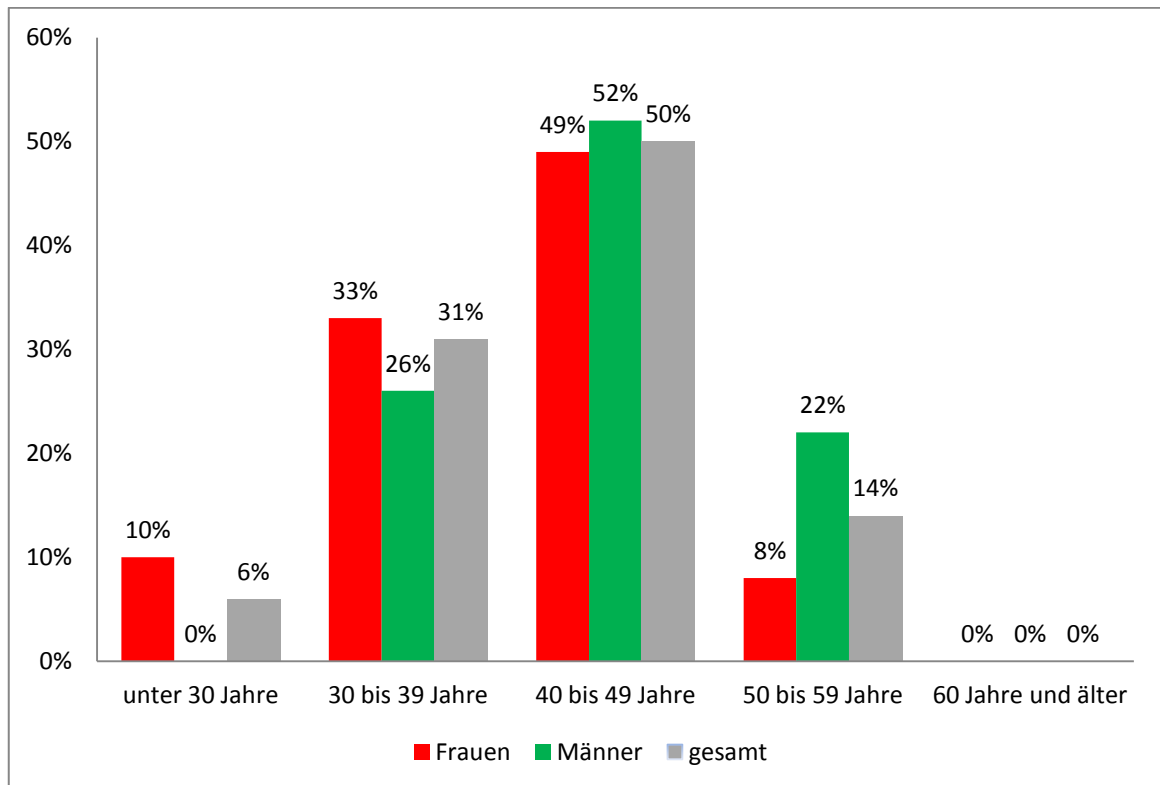
5 Ergebnisse der Online-Befragung

5.1 Beschreibung der Datengrundlage

Im Erhebungszeitraum vom 09.05.2012 bis 06.06.2012 haben 118 Personen den Online-Fragebogen vollständig ausgefüllt. 61 Prozent der Befragten sind weiblich und 39 Prozent männlich.

Der Großteil der Befragten (81%) ist zwischen 30 und 49 Jahre alt. 14 Prozent sind zwischen 50 und 59 Jahre und nur 6 Prozent unter 30 Jahre alt. Niemand der Befragten ist 60 Jahre oder älter. Die Altersverteilung nach Geschlecht zeigt, dass die weiblichen Befragten etwas jünger sind als die männlichen Befragten (Abbildung 12).

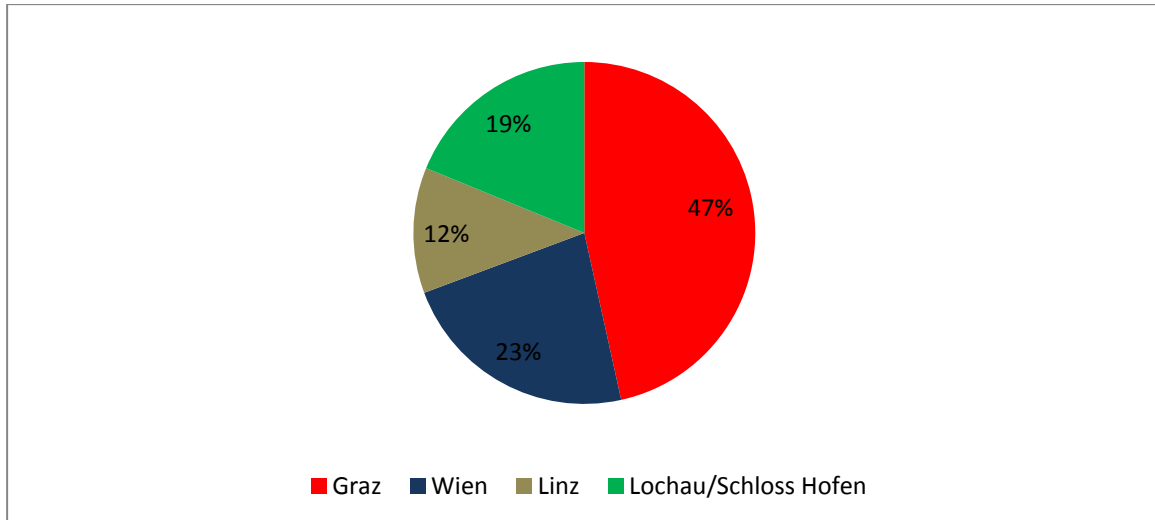
Abbildung 12: Alter der Befragten



N=118; Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

Die Zusammensetzung hinsichtlich des belegten ULG Public Health gestaltet sich folgendermaßen (Abbildung 13): Die relative Mehrheit der Befragten (47%) hat den Universitätslehrgang in Graz belegt, gefolgt von Wien (23%), Lochau/Schloss Hofen (19%) und Linz (12%).

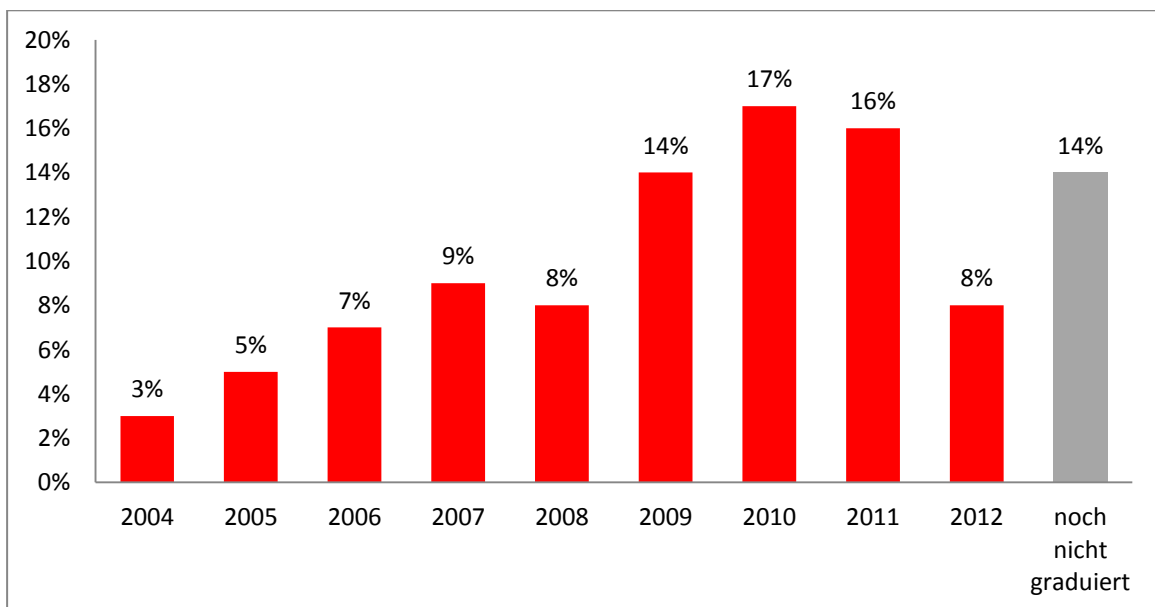
Abbildung 13: Belegter ULG Public Health der Befragten



N=118; Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

46 Prozent der Befragten haben bis einschließlich dem Jahr 2009 graduiert und 54 Prozent später oder sind noch nicht graduiert (Abbildung 14). Jene 14 Prozent bzw. 16 Befragte, die noch nicht graduiert haben, setzen sich hinsichtlich der belegten Lehrgänge wie folgt zusammen: 7 Personen haben den Lehrgang am Standort Graz belegt, 6 Personen den Lehrgang am Standort Lochau/Schloss Hofen und 3 Personen besuchten den Lehrgang in Wien.

Abbildung 14: Jahr der Graduierung

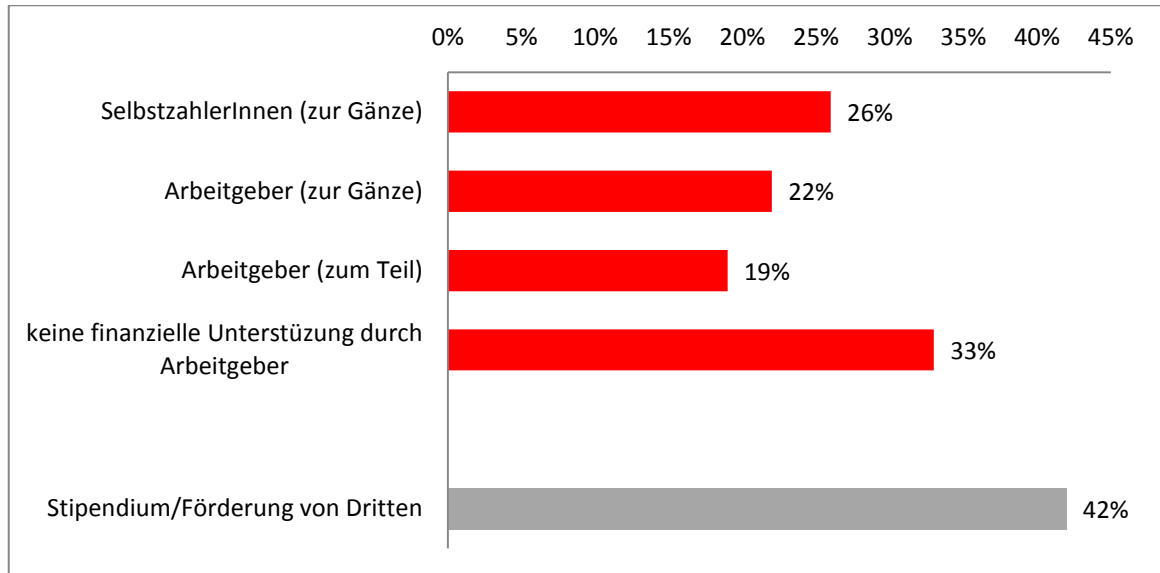


N=118; Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

26 Prozent der Befragten haben den Lehrgang gänzlich aus eigenen Mitteln finanziert. In 22 Prozent der Fälle wurden die Kosten zur Gänze vom Arbeitgeber übernommen. Bei weiteren 19 Prozent hat sich der Arbeitgeber an den Kosten der Ausbildung beteiligt. Ein Drittel der Befragten (33%) hat die Ausbildung weder zur Gänze aus eigenen

Mitteln finanziert, noch gab es eine Unterstützung seitens des Arbeitgebers. Diese Personen haben Unterstützung durch ein Stipendium bzw. eine Förderung von Dritten erhalten. Insgesamt wurden 42 Prozent der Befragten mittels Stipendium bzw. Förderung von Dritten in ihrer Ausbildung finanziell unterstützt (Abbildung 15).

Abbildung 15: Finanzierung der Ausbildung



N=118

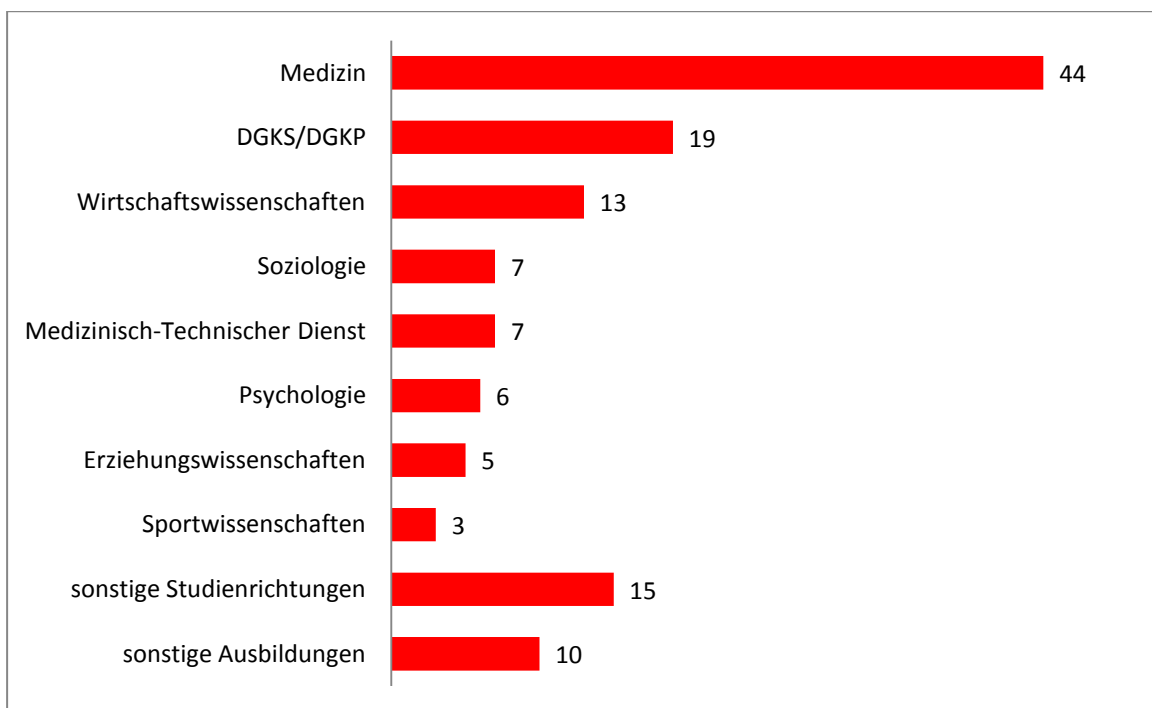
5.2 Deskriptive Ergebnisse

5.2.1 Individuelle Ausgangsbasis

In diesem Kapitel soll beschrieben werden, welche Qualifikationen die AbsolventInnen bereits vor dem Universitätslehrgang Public Health aufzuweisen hatten und ob sich anhand der Ausbildungen und Qualifikationen das Public Health-Prinzip der Multidisziplinarität abbilden lässt. Außerdem wird der berufliche Hintergrund am Beginn der Ausbildung beleuchtet.

5.2.1.1 Vorqualifikation von TeilnehmerInnen eines ULG Public Health

Abbildung 16: Qualifikationen vor Public Health-Ausbildung



N=118; Mehrfachnennungen möglich

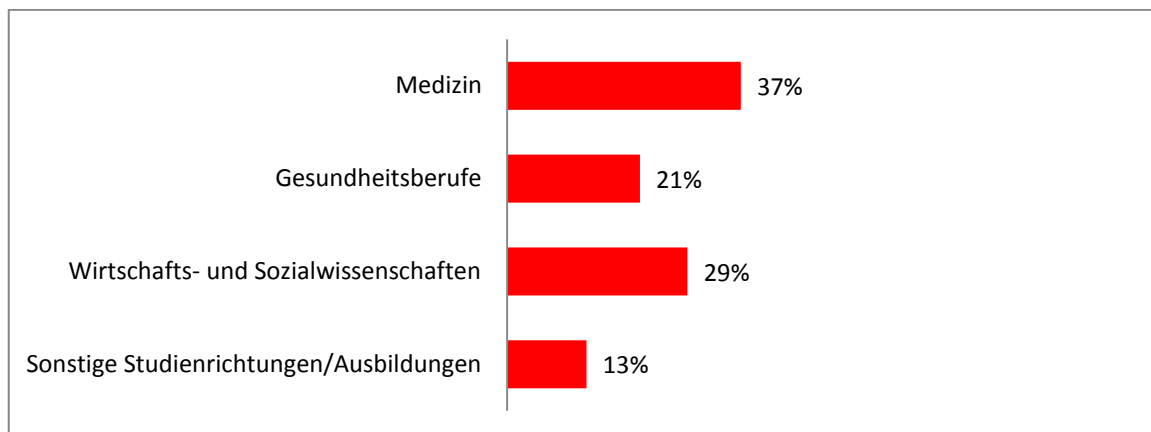
44 Personen oder mehr als ein Drittel (37%) aller befragten AbsolventInnen einer Public Health-Ausbildung haben zuvor ein Medizinstudium abgeschlossen. Weitere 19 Personen (16%) haben eine Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS) bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP)) absolviert. Es folgen Ausbildungen in den Disziplinen Wirtschaftswissenschaften (13 Personen bzw. 11%) und Soziologie (7 Personen bzw. 6%). Ebenfalls 7 Personen (6%) haben eine Ausbildung, die der Kategorie Medizinisch-Technischer Dienst⁸² zuzuordnen ist. 6 AbsolventInnen (5%) haben ein Psychologiestudium abgeschlossen. Fünf Personen (4%) sind

⁸² zum Medizinisch-Technischen Dienst gehören folgende Berufsgruppen: biomedizinische AnalytikerInnen, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen, PhysiotherapeutInnen und RadiologietechnologInnen

ErziehungswissenschaftlerInnen und drei Personen (3%) haben Sportwissenschaften studiert. Außerdem weist der Personenkreis 15 Abschlüsse aus anderen Disziplinen⁸³ und 10 sonstige Ausbildungen⁸⁴ auf.

Um die Ausbildungshintergründe personenbezogen abbilden zu können, wurden vier „Qualifikationsgruppen“ gebildet: Medizin, Gesundheitsberufe, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften und sonstige Studienrichtungen/Ausbildungen. Die Gruppe „Medizin“ setzt sich aus Personen mit abgeschlossenem Medizinstudium zusammen. Der Gruppe „Gesundheitsberufe“ wurden Personen mit den Ausbildungen DGKS/DGKP, Medizinisch-Technischer Dienst und Hebamme zugeteilt. Die Gruppe „Wirtschafts- und Sozialwissenschaften“ besteht aus Personen mit abgeschlossenem Studium aus diesem Bereich (z.B. Soziologie, Wirtschaftswissenschaften, Erziehungswissenschaften, Psychologie usw.) In der Gruppe „sonstige Studienrichtungen/Ausbildungen“ finden sich all jene wieder, die keiner der anderen Gruppen zuzuteilen waren. Dies sind zum Beispiel Personen mit einem Abschluss in Rechtswissenschaften, Sportwissenschaften oder Personen mit einer nichtakademischen Ausbildung, die nicht den Gesundheitsberufen zuzuordnen ist. Hat eine Person mehrere Ausbildungen/Qualifikationen wird sie nach der formal höheren Ausbildung der jeweiligen Gruppe zugeteilt.⁸⁵

Abbildung 17: Vorqualifikation



N=118

⁸³ sonstige Studienrichtungen: Ernährungswissenschaften, Rechtswissenschaften (je 2), Pharmazie, Informatik, Internationale Beziehungen, Marketing, Bildungswissenschaft, Sozialarbeit, Philosophie, Sozialwirtschaft, Betriebliches Prozess- und Projektmanagement (FH), Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung (FH), Lehramt Sport & Englisch (je 1)

⁸⁴ sonstige Ausbildungen: HTL-Matura, HAK-Matura, AHS-Matura, Matura, Fachausbildung in der Sozialversicherung, Ausbildung in der öffentlichen Verwaltung, Health Care Management, Lebens- und SozialberaterIn, ärztlich geprüfte DiplomkosmetikerIn, Hebamme

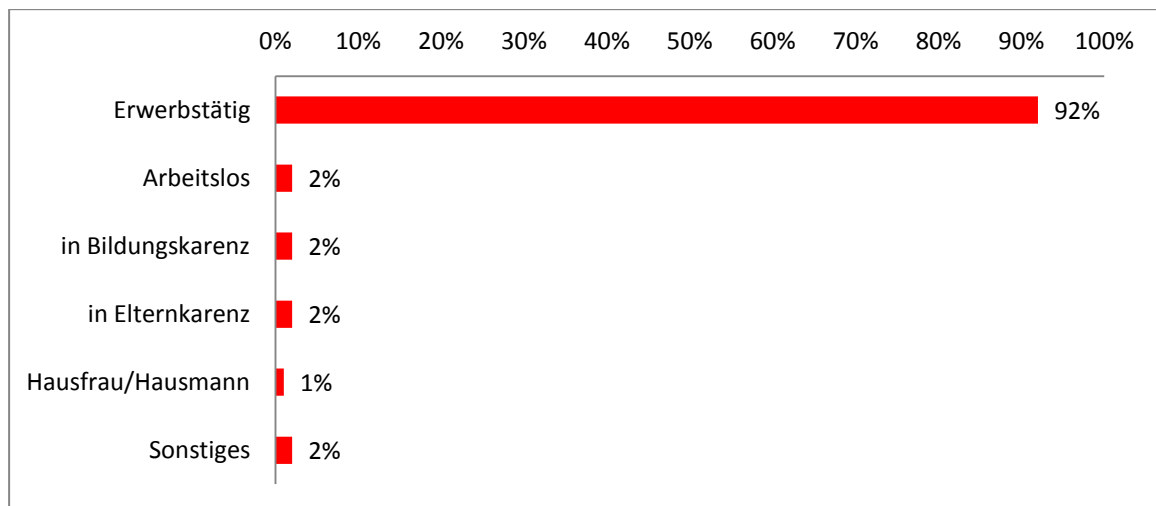
⁸⁵ z.B. eine Person hat sowohl eine Ausbildung in Erziehungswissenschaften als auch eine DGKS/DGKP-Ausbildung. Sie wurde aufgrund der formal höheren Ausbildung „Erziehungswissenschaften“ der Gruppe „Wirtschafts- und Sozialwissenschaften“ zugeteilt. Hat eine Person zwei oder mehrere formal gleichrangige Ausbildungen wird sie nur dann der Kategorie „Sonstige Studienrichtungen/Ausbildungen“ zugeteilt, wenn keine der gleichrangigen Ausbildungen in eine der anderen 3 Kategorien fällt. Z.B. hat eine Person einen Abschluss in Informatik und in Soziologie. Die Person wurde aufgrund des Abschlusses in Soziologie der Gruppe „Wirtschafts- und Sozialwissenschaften“ zugeteilt.

Betrachtet man die Befragten nach personenbezogenen Qualifikationsgruppen (Abbildung 17) ergibt sich folgende Verteilung: 37 Prozent der befragten Personen sind MedizinerInnen und 29 Prozent sind der Kategorie Wirtschafts- und SozialwissenschaftlerInnen zuzuordnen. Gut ein Fünftel (21%) gehört zur Gruppe der Gesundheitsberufe und 13 Prozent können der Kategorie der sonstigen Studienrichtungen/Ausbildungen zugeordnet werden.

5.2.1.2 Berufliche Herkunft

Der Großteil der Personen (92%) war am Beginn der Public Health-Ausbildung erwerbstätig (Abbildung 18). 4 Prozent waren in Bildungs- bzw. Elternkarenz und 2 Prozent arbeitslos. 1 Prozent (entspricht 1 Person) waren der Kategorie Hausfrau/Hausmann zuzuordnen, 2 Prozent der Kategorie Sonstiges.

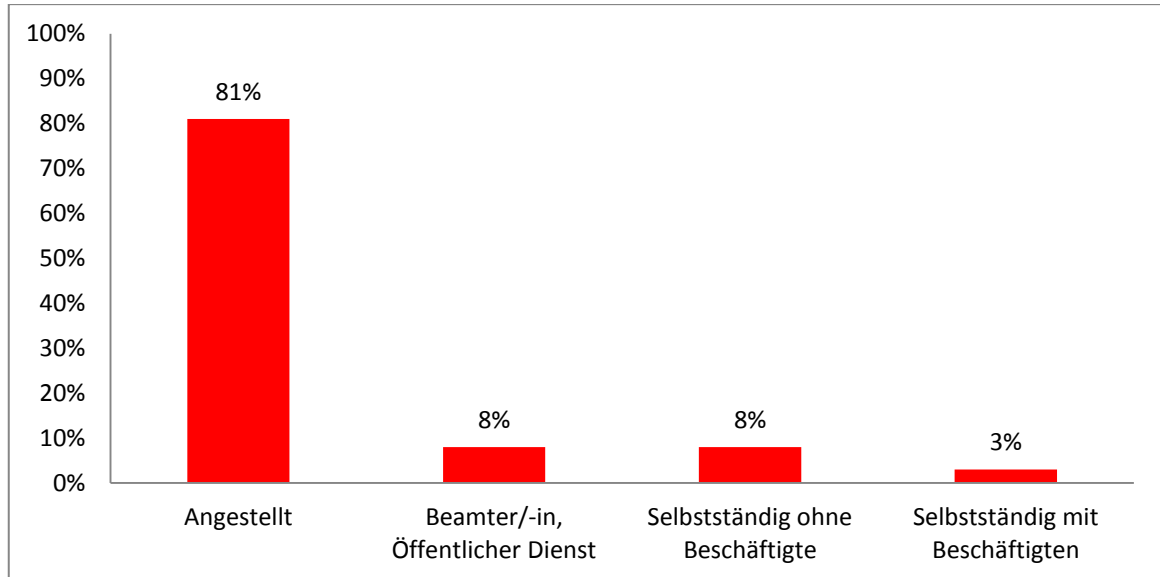
Abbildung 18: Status am Beginn der Public Health-Ausbildung



N=118; Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

Die überwiegende Mehrheit - 81 Prozent der Erwerbstätigen - war zu Beginn der Public Health-Ausbildung angestellt (Abbildung 19). Insgesamt 11 Prozent waren selbstständig – 8 Prozent ohne und 3 Prozent mit Beschäftigten. Weitere 8 Prozent sind waren zu Beginn der Public Health-Ausbildung der Kategorie Beamter/-in, Öffentlicher Dienst zuzuordnen. Von den unselbständigen Erwerbstätigen waren zu diesem Zeitpunkt 88 Prozent in einem unbefristeten und 12 Prozent in einem befristeten Dienstverhältnis. 81 Prozent der Erwerbstätigen arbeiteten damals Vollzeit und 19 Prozent Teilzeit.

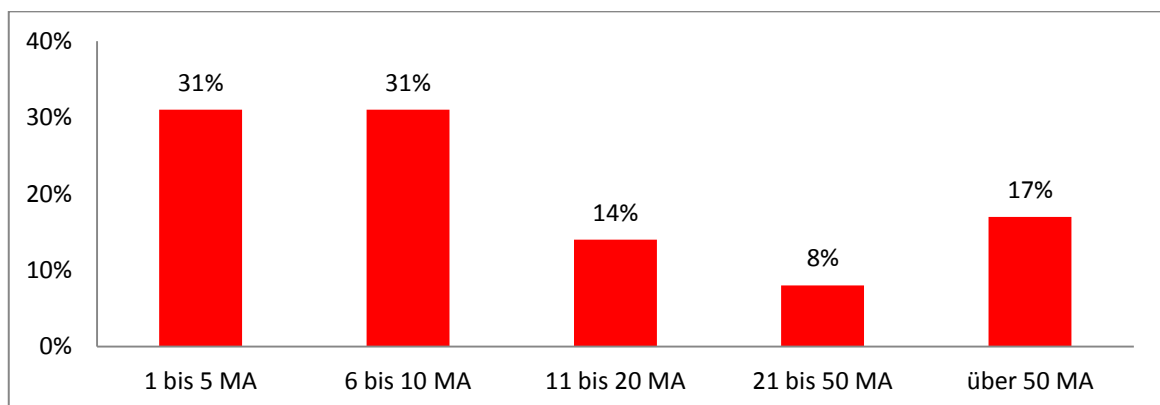
Abbildung 19: Berufliche Stellung am Beginn der Public Health-Ausbildung



N=109; nur Erwerbstätige

Ein gutes Drittel (37%) der unselbstständig Erwerbstätigen war zu Beginn der Public Health-Ausbildung in einer leitenden Funktion tätig. Von diesen leiteten jeweils 31 Prozent bis zu 5 MitarbeiterInnen bzw. zwischen 6 und 10 MitarbeiterInnen an. 14 Prozent übten für 11 bis 20 MitarbeiterInnen eine Vorgesetztenrolle aus. Ein Viertel der leitenden, unselbstständigen Erwerbstätigen können als Beschäftigte mit großer Führungsverantwortung bezeichnet werden: Sie leiten über 20 MitarbeiterInnen an, 17 Prozent sogar über 50 MitarbeiterInnen (Abbildung 20).

Abbildung 20: Anzahl der angeleiteten MitarbeiterInnen am Beginn der Public Health-Ausbildung



N=36; nur unselbständige Erwerbstätige mit leitender Tätigkeit, Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

All jene Personen (3% aller Erwerbstätigen), die die am Beginn der Public Health-Ausbildung der Kategorie Selbstständig mit Beschäftigten zuzuordnen waren, hatten damals zwischen 3 und 5 Beschäftigte.

38 Prozent der Befragten waren am Beginn der Public Health-Ausbildung in einem Krankenhaus beschäftigt (Abbildung 21). An zweiter Stelle rangieren mit 16 Prozent Personen, die bei einem Sozialversicherungsträger beschäftigt waren. 12 Prozent waren bei Non-Profit-Organisationen (NPO) bzw. bei Non-Governmental-Organisationen (NGO) beschäftigt. Jeweils 9 Prozent arbeiteten damals, als sie mit der Public Health-Ausbildung begonnen haben, an einer Hochschule/Universität oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. der Öffentlichen Verwaltung. 7 Prozent waren in einem privatwirtschaftlichen Unternehmen tätig.

Abbildung 21: Institution, in der die berufliche Tätigkeit am Beginn der Public Health-Ausbildung ausgeübt wurde



N=109; nur Erwerbstätige, Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

Gut die Hälfte der Befragten (52%) gibt an, dass sie im Rahmen ihrer damaligen beruflichen Tätigkeit in sehr bzw. eher hohem Ausmaß Organisations- bzw. Managementaufgaben zu erfüllen hatten (Abbildung 22). Bei 45 Prozent der Befragten hatte die damalige berufliche Tätigkeit viel mit der Behandlung von PatientInnen zu tun. 38 Prozent sahen sich in hohem Ausmaß mit Verwaltungstätigkeiten konfrontiert. Für etwa ein Drittel der Befragten (32%) hatte die berufliche Tätigkeit damals viel mit Gesundheitsförderung und Prävention zu tun. In etwa gleich viele Personen (31%) waren in hohem Ausmaß mit Aufgaben des Qualitätsmanagements beschäftigt.

Abbildung 22: Berufliche Aufgaben am Beginn der Public Health-Ausbildung



N=109; nur Erwerbstätige, Frage: „In welchem Ausmaß hatte Ihre berufliche Tätigkeit damals mit folgenden Aufgaben zu tun?“, Antwortkategorien 1 („in sehr hohem Ausmaß“) bis 5 („gar nicht“), Antwortkategorien 1 und 2 wurden zusammengefasst

Um zu erfahren, wie hoch die Public Health-Relevanz der beruflichen Tätigkeit am Beginn der Ausbildung war, wurde den AbsolventInnen folgende Frage gestellt: „Gemessen an Ihren beruflichen Aufgaben, die Sie damals zu erledigen hatten: Wie viel hatte Ihre berufliche Tätigkeit damals mit Public Health zu tun?“. Auf einer Skala von 1 („hatte nichts mit Public Health zu tun“) bis 10 („hatte sehr viel mit Public Health zu tun“) ergibt sich für die damals Erwerbstätigen ein Mittelwert von 4,78 (Median = 4). Den Randkategorien haben sich 14 Prozent („hatte nichts mit Public Health zu tun“) bzw. 10 Prozent („hatte sehr viel mit Public Health zu tun“) zugeordnet.

5.2.2 Motive

Um die Motive für die Absolvierung einer Public Health-Ausbildung zu eruieren, wurden die TeilnehmerInnen befragt, welche Beweggründe sie zur Entscheidung führten, einen Universitätslehrgang in Public Health zu belegen. Für fast alle Befragten (99%) war das grundsätzliche Interesse am Thema Public Health ein Beweggrund eine diesbezügliche Ausbildung zu absolvieren. Auch der Weiterentwicklungsgedanke spielte eine Rolle: Sowohl die berufliche Weiterentwicklung (95%) als auch die persönliche Weiterentwicklung waren wesentliche Entscheidungsgründe für die Ausbildung. Im Zusammenhang mit dem hochkomplexen österreichischen Gesundheitssystem ist wohl das Ergebnis zu sehen, dass 80 Prozent der Befragten auch deswegen einen ULG Public Health belegt haben, um eine bessere gesundheitspolitische Orientierung zu bekommen. Für beinahe drei Viertel der Befragten (72%) war der Wissenserwerb für den Berufsalltag ein ausschlaggebendes Argument. Für ähnlich viele Befragte war der Vernetzungsgedanke ein entscheidendes Element: 69 Prozent erhofften sich durch die Teilnahme am Universitätslehrgang eine bessere Vernetzung mit AkteurInnen des Gesundheitswesens. Weitere Motive, die von der Mehrheit der Befragten genannt wurden, sind die Erschließung eines neuen Berufsfelds (64%) und die Verbesserung der Aufstiegschancen (52%). Alle anderen abgefragten Motive waren für weniger als die Hälfte der Befragten entscheidend. Als am seltensten genanntes Motiv scheint – neben der Empfehlung von Freunden/Bekanntem – auf Empfehlung/Wunsch des Dienstgebers auf. Dennoch spielte dies für knapp jede/n Fünfte/n eine Rolle, die Ausbildung zu machen (Abbildung 23).

Abbildung 23: Motive für die Fortbildung



N=118

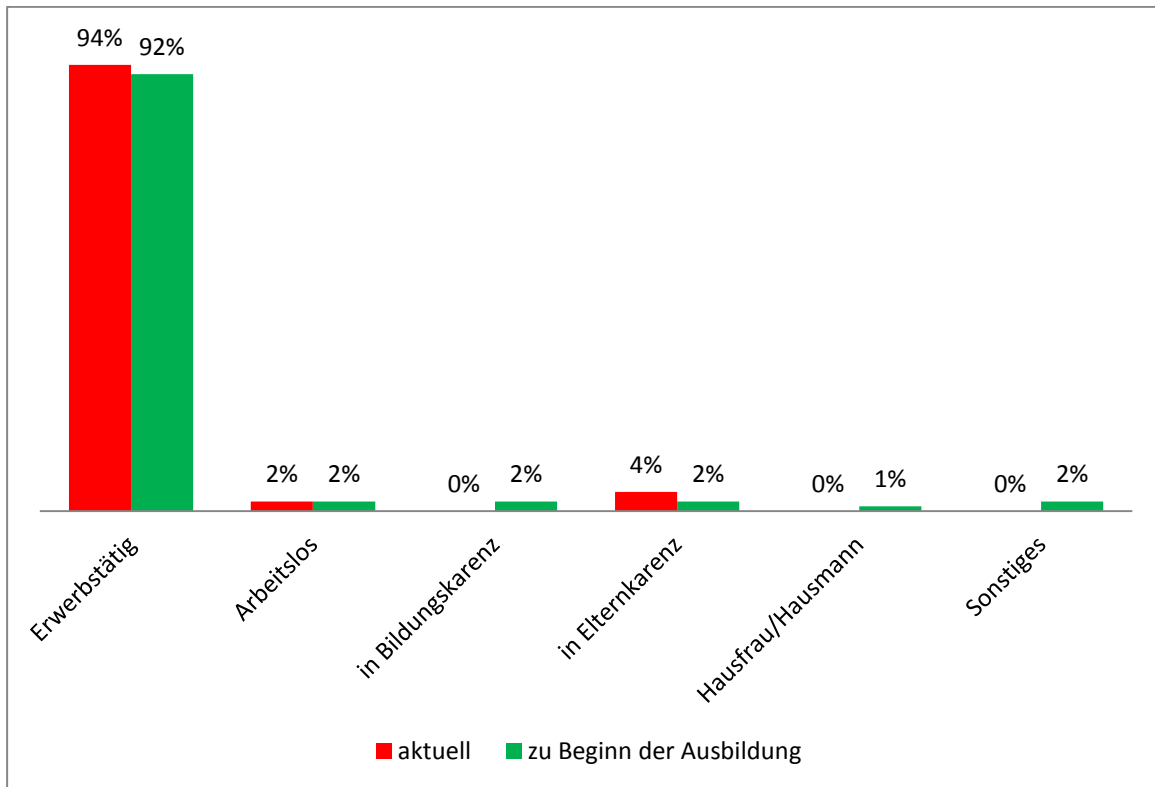
5.2.3 Berufliche Situation

In diesem Kapitel wird die aktuelle berufliche Situation von Public Health-AbsolventInnen beleuchtet. Dabei geht es sowohl um formale Aspekte, wie z.B. den beruflichen Status und die berufliche Stellung als auch um den Arbeitgeber und die Aufgabenbereiche.

5.2.3.1 Formale Aspekte der beruflichen Situation

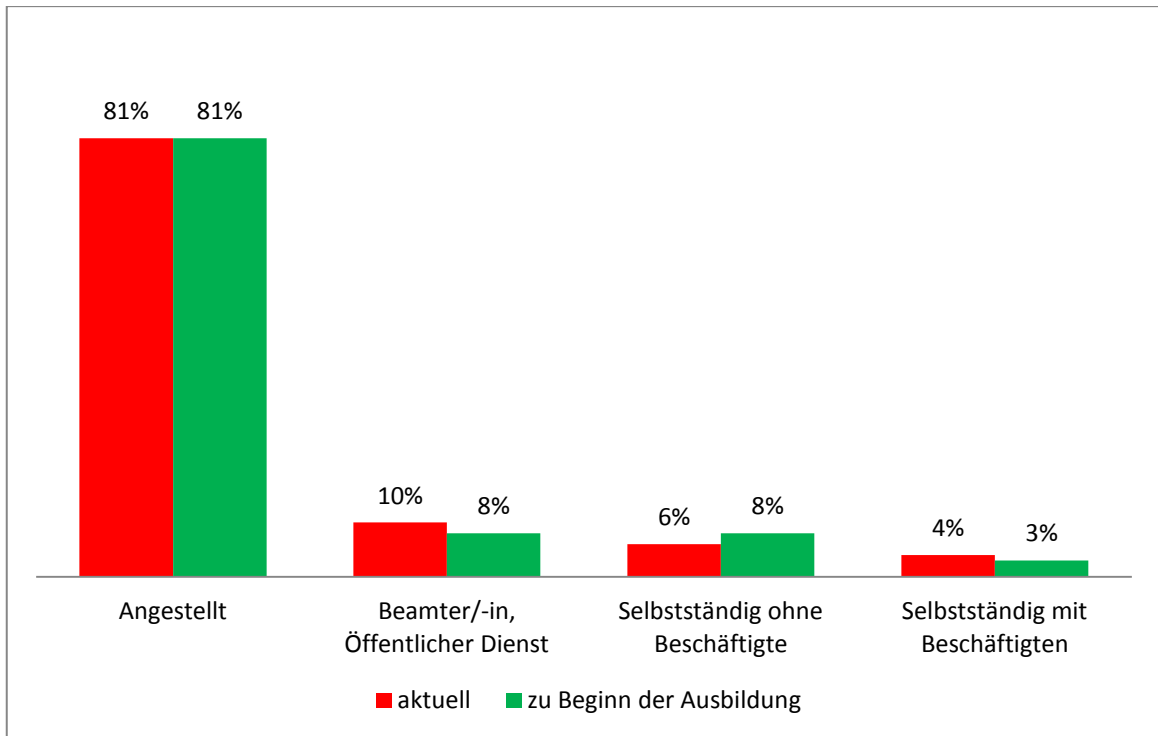
Fast alle AbsolventInnen eines Universitätslehrgangs Public Health (94%) sind erwerbstätig. 4 Prozent sind derzeit in Elternkarenz und 2 Prozent sind arbeitslos. Verglichen mit dem beruflichen Status zu Beginn der Public Health-Ausbildung sind nur marginale Veränderungen festzustellen (Abbildung 24).

Abbildung 24: Aktueller beruflicher Status (im Vergleich mit Status zu Beginn der Ausbildung)



N=117 (N₁₀=118); Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

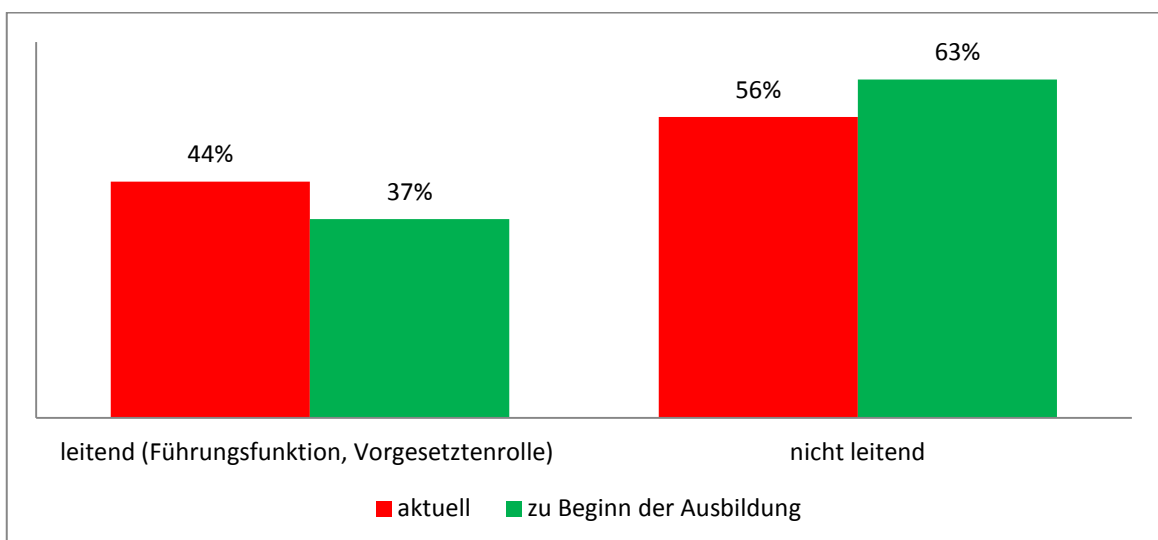
Abbildung 25: Aktuelle berufliche Stellung (im Vergleich mit Stellung am Beginn der –Ausbildung)



N=109 (N₁₀=109); nur Erwerbstätige; Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

Die überwiegende Mehrheit der AbsolventInnen hat aktuell ein Angestelltenverhältnis (81%). Insgesamt 10 Prozent sind derzeit selbständig – 6 Prozent ohne und 4 Prozent mit Beschäftigten. Weitere 10 Prozent sind der Kategorie Beamter/-in, Öffentlicher Dienst zuzuordnen (Abbildung 25). Von den unselbständigen Erwerbstätigen sind aktuell 89 Prozent in einem unbefristeten und 11 Prozent in einem befristeten Dienstverhältnis. 74 Prozent der Erwerbstätigen arbeiten Vollzeit und 26 Prozent Teilzeit.

Abbildung 26: aktuell leitende Tätigkeit (im Vergleich mit leitender Tätigkeit am Beginn der Public Health Ausbildung)

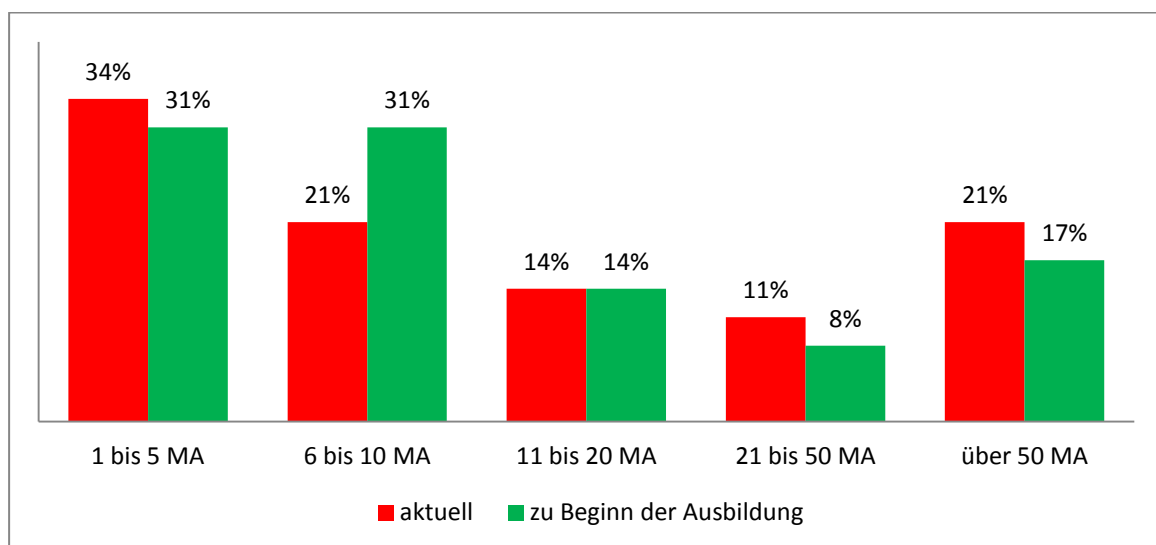


N=99 (N₁₀=97); nur unselbständige Erwerbstätige; Unterschiede nicht signifikant

44 Prozent der unselbstständig Erwerbstätigen sind derzeit in einer leitenden Funktion tätig. Dies sind um sieben Prozent mehr als zu Beginn des ULG Public Health (Abbildung 26).

9 unselbstständig Erwerbstätige, die zum Beginn des ULG Public Health eine leitende Funktion innehatten, sind nun nicht mehr leitend tätig – d.h. rund ein Viertel dieser Personengruppe (27%) hat die Vorgesetztenrolle abgegeben oder verloren. Umgekehrt haben 18 Personen, die zu Beginn des Lehrganges keine Vorgesetztenrolle hatten, nun einen Aufstieg in eine Führungsfunktion geschafft – das ist jeder Dritte dieser Gruppe (33%).

Abbildung 27: Anzahl der angeleiteten MitarbeiterInnen (im Vergleich mit Anzahl zu Beginn der Public Health-Ausbildung)



N=44 (N₁₀=36); nur unselbstständige Erwerbstätige mit leitender Tätigkeit, Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

Von den derzeit 44 unselbstständigen Erwerbstätigen mit leitender Tätigkeit üben 34 Prozent für bis zu 5 MitarbeiterInnen eine Vorgesetztenrolle aus. Weitere 21 Prozent leiten zwischen 6 und 10 MitarbeiterInnen und 14 Prozent zwischen 11 und 20 MitarbeiterInnen an. 32 Prozent der leitenden, unselbstständigen Erwerbstätigen können als Beschäftigte mit großer Führungsverantwortung bezeichnet werden: Sie leiten über 20 MitarbeiterInnen an, 21 Prozent sogar über 50 MitarbeiterInnen (Abbildung 27).

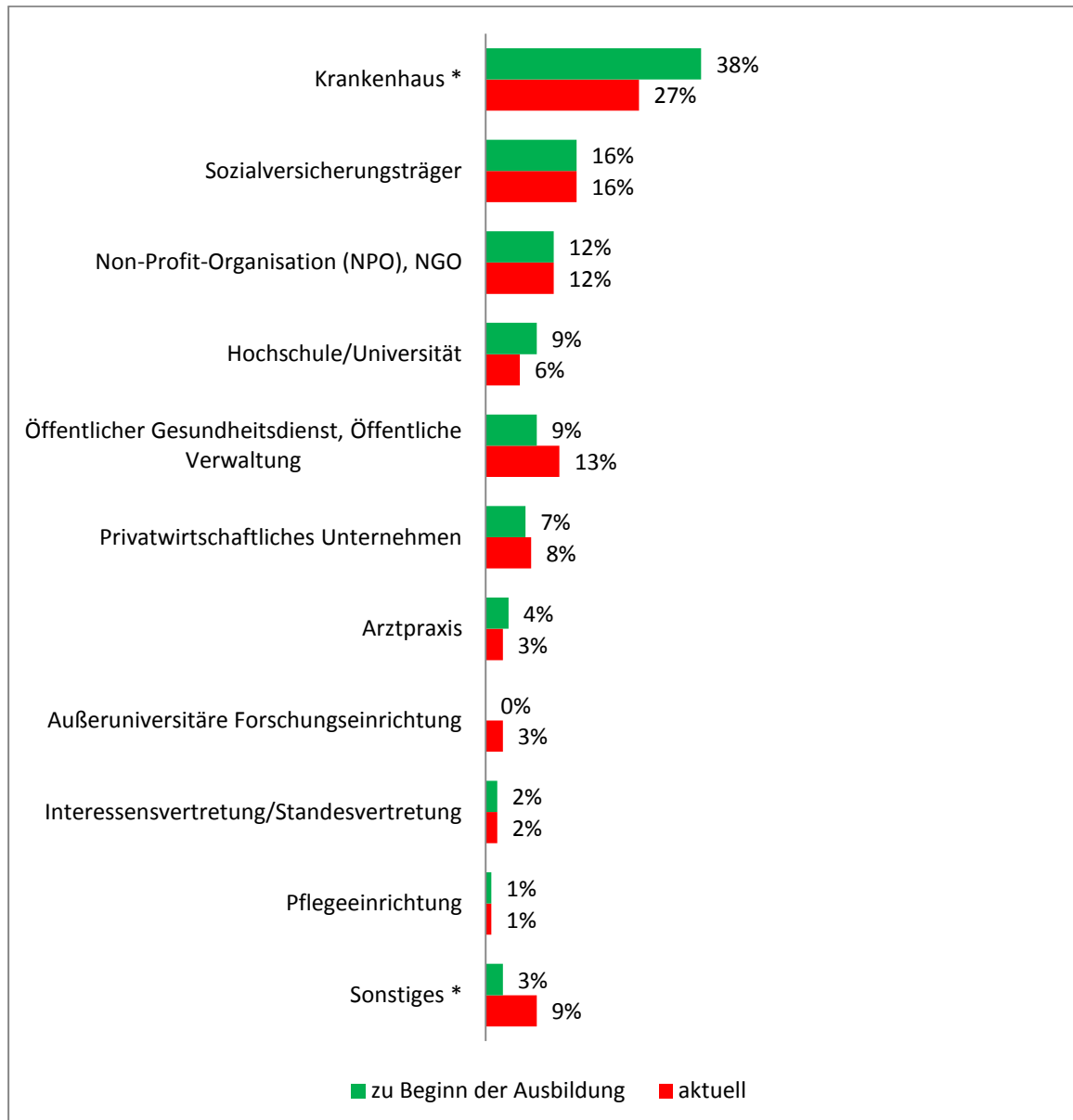
Von jenen AbsolventInnen, die sich der Kategorie Selbstständig mit Beschäftigten zuordnen (4% der Erwerbstätigen bzw. 4 Personen), haben 3 AbsolventInnen zwischen 3 und 5 Beschäftigte und ein/e AbsolventIn zwischen 11 und 20 Beschäftigte.

5.2.3.2 Arbeitgeber und Arbeitgeberwechsel

Derzeit sind gut ein Viertel aller AbsolventInnen (27%) in einem Krankenhaus tätig (Abbildung 28). Weitere 16 Prozent arbeiten für einen Sozialversicherungsträger und 13 Prozent sind in der Öffentlichen Verwaltung bzw. im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig. 12 Prozent arbeiten für eine Non-Profit-Organisation (NPO) bzw. eine NGO. 8 Prozent sind in einem privatwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt. An einer Universität bzw. Hochschule sind 6 Prozent tätig und weitere 3 Prozent an einer außeruniversitären Forschungseinrichtung. Ebenfalls 3 Prozent haben ihren Arbeitsplatz in einer Arztpraxis. 2 Prozent sind für eine Interessensvertretung bzw. Standesvertretung und 1 Prozent in einer Pflegeeinrichtung tätig. Von den Personen, die sich der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet haben, sind drei Personen in Ausbildung/Fortbildung, vier Personen sind in mehreren Institutionen gleichzeitig tätig und konnten sich im Fragebogen nicht für eine Institution entscheiden, in der sie überwiegend tätig sind. Zwei Personen sind in Bereichen tätig, die sich nicht in der Fragebatterie wiederfanden.

Verglichen mit der beruflichen Tätigkeit zu Beginn der Public Health-Ausbildung hat das Krankenhaus als Arbeitgeber etwas an Bedeutung verloren und der Anteil der Personen, die im Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. der Öffentlichen Verwaltung tätig sind, marginal zugenommen (Abbildung 28).

Abbildung 28: Institution der beruflichen Tätigkeit (im Vergleich mit Institution zu Beginn der Public Health-Ausbildung)



N=110 (N₁₀=109); nur Erwerbstätige; Abweichung von 100 Prozent durch Rundung; * Unterschiede signifikant ($p < 0,05$)

Da die Bedeutung des Krankenhauses als Arbeitgeber für Public Health-AbsolventInnen offenbar abgenommen hat, ist es von Interesse, in welche Institutionen/Bereiche diese Personen, die zuvor im Krankenhaus gearbeitet haben, gewechselt sind. Knapp zwei Drittel der Personen (64%), die zu Beginn der Public Health-Ausbildung in einem Krankenhaus beschäftigt waren, sind dies auch aktuell noch. Gut ein Drittel (36 Prozent oder 14 Personen) sind in einen anderen Bereich bzw. eine andere Institution gewechselt: 4 Personen arbeiten nun für einen Sozialversicherungsträger, 3 Personen im öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. der öffentlichen Verwaltung, 2 Personen an einer Hochschule/Universität. Jeweils eine Person, die zu Beginn der Public Health-Ausbildung in einem Krankenhaus gearbeitet hat, ist in eine Pflegeein-

richtung, eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule, eine Arztpraxis sowie ein privatwirtschaftliches Unternehmen gewechselt. Eine weitere Person ist nun sowohl an einer Hochschule als auch bei einem Sozialversicherungsträger beschäftigt.

Seit dem Abschluss der Public Health-Ausbildung haben 36 Prozent der derzeit Erwerbstätigen mindestens einmal den Arbeitgeber gewechselt. Von jenen Erwerbstätigen, die den Arbeitgeber gewechselt haben, haben 71 Prozent einmal, 27 Prozent zweimal und 3 Prozent dreimal den Arbeitgeber seit dem Abschluss der Public Health-Ausbildung gewechselt.⁸⁶

Betrachtet man nur jene Personen, die zu Beginn der Ausbildung und aktuell erwerbstätig waren bzw. sind, können 31 Personen als „WechslerInnen“ identifiziert werden. In Abbildung 29 ist die absolute Anzahl an WechslerInnen nach Arbeitgeber zu Beginn der Public Health-Ausbildung angeführt. Demnach haben 16 von 37 Personen (Wechselquote 43%), die zu Beginn der Public Health-Ausbildung in einem Krankenhaus beschäftigt waren, den Arbeitgeber seither mindestens einmal gewechselt. Jeweils 5 Personen mit ursprünglichem Beschäftigungsverhältnis an einer Hochschule/Universität (Wechselquote 63%) bzw. einem Sozialversicherungsträger (Wechselquote 33%) taten selbiges (Abbildung 29).

Abbildung 29: Arbeitgeberwechsel nach Arbeitgeber zu Beginn der Public Health-Ausbildung

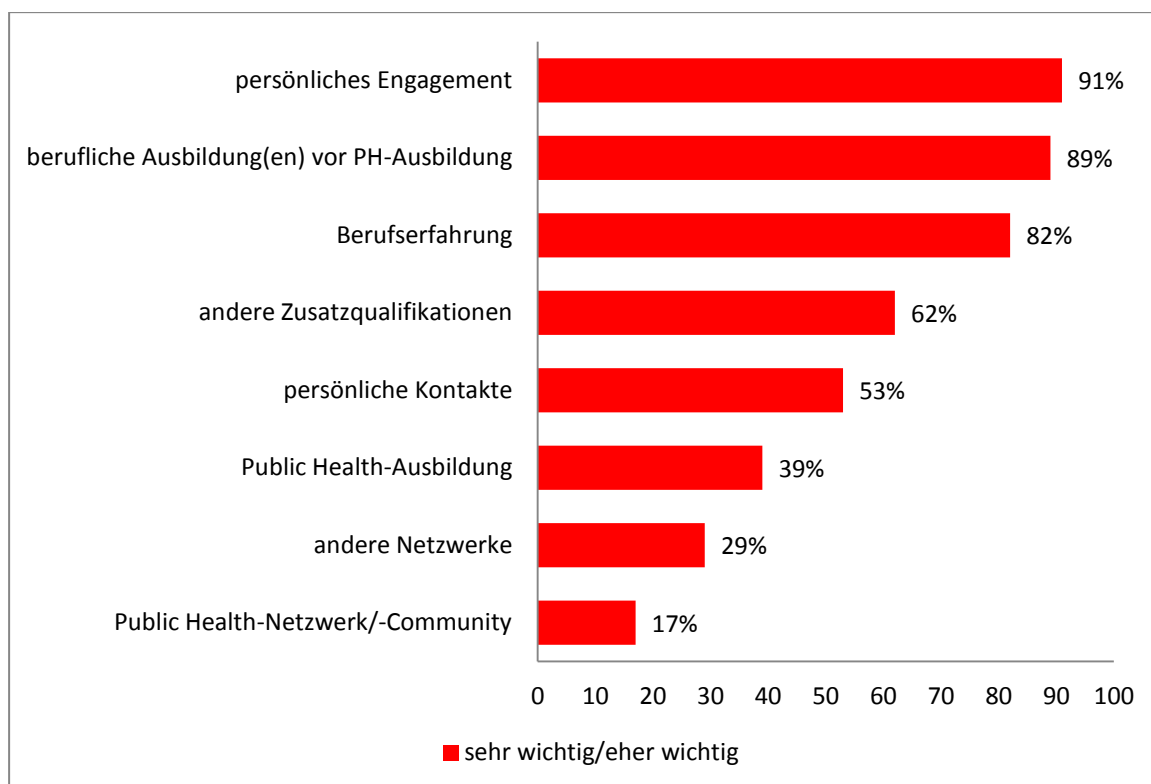


N=85; nur Personen, die zu Beginn der Public Health-Ausbildung und aktuell erwerbstätig waren/sind

⁸⁶ Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

Persönliches Engagement (91%) ist der am häufigsten genannte Faktor, der wichtig war, in die aktuelle berufliche Position zu kommen. Danach folgen berufliche Ausbildung(en) vor der Public Health-Ausbildung (89%), Berufserfahrung (82%), andere Zusatzqualifikationen (62%) und persönliche Kontakte (53%). Die Public Health-Ausbildung halten immerhin 39 Prozent für einen wichtigen Faktor. 17 Prozent sind der Ansicht, dass das Public Health-Netzwerk bzw. die Fachcommunity wichtig war, in die aktuelle berufliche Position zu kommen (Abbildung 30).

Abbildung 30: Faktoren für berufliche Position



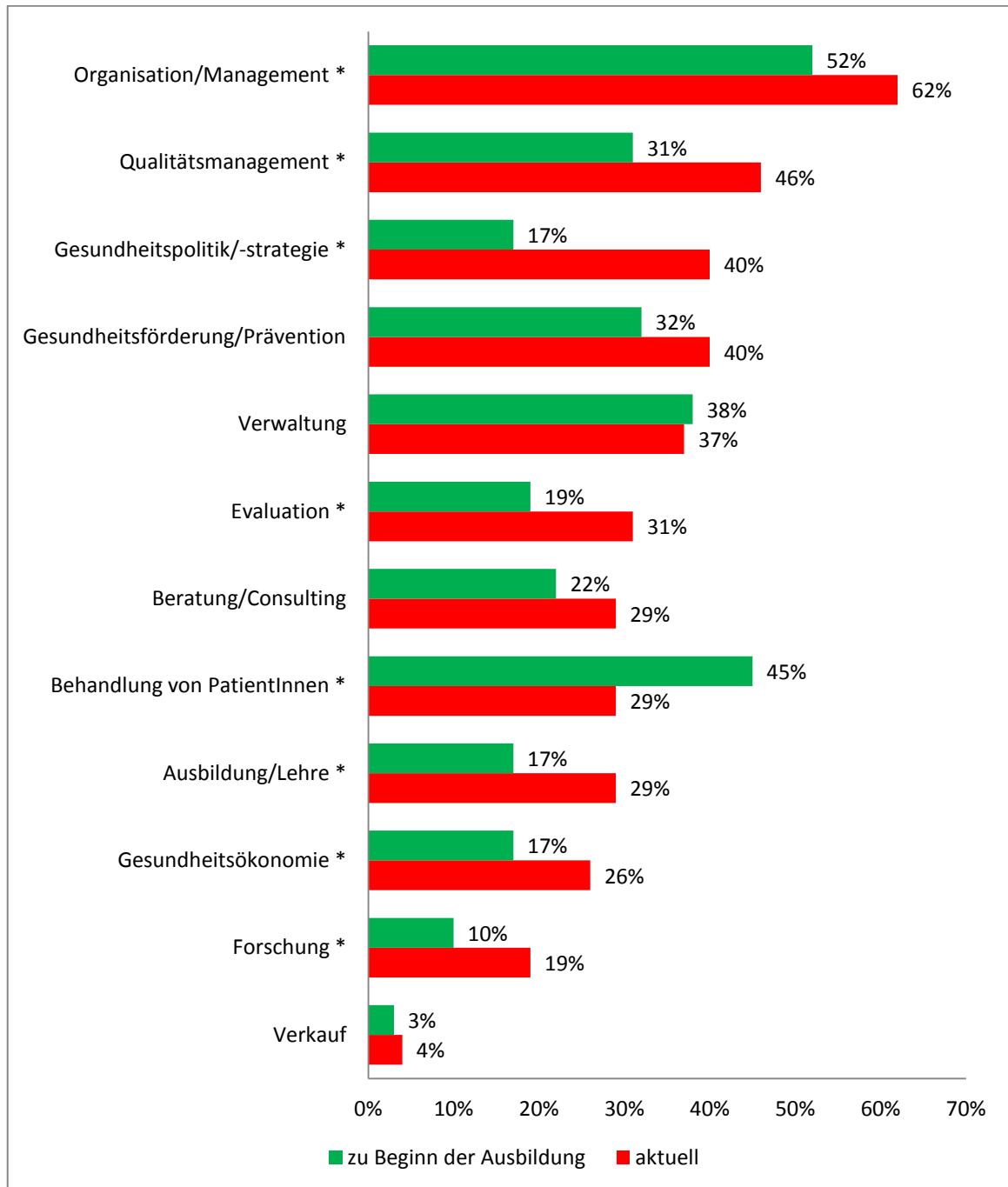
N=110; nur Erwerbstätige; Frage: „Wenn Sie an Ihre derzeitige berufliche Position denken: Wie wichtig waren folgende Faktoren, um in diese Position zu kommen?“

Mit der derzeitigen beruflichen Position sind 44 Prozent sehr zufrieden, 46 Prozent eher zufrieden, 7 Prozent eher nicht zufrieden und 3 Prozent überhaupt nicht zufrieden.

5.2.4 Tätigkeitsschwerpunkte

Für fast zwei Drittel aller AbsolventInnen (62%) hat die aktuelle berufliche Tätigkeit in hohem Ausmaß mit Organisation/Management zu tun (Abbildung 31). An zweiter Stelle rangiert das Qualitätsmanagement mit 46 Prozent. Für jeweils 40 Prozent der AbsolventInnen hat die aktuelle Tätigkeit in hohem Ausmaß mit Gesundheitspolitik/-strategie bzw. mit Gesundheitsförderung und Prävention zu tun.

Abbildung 31: Berufliche Aufgaben (im Vergleich mit jenen zu Beginn der Public Health-Ausbildung)



N=110 (N₁₀=109); nur Erwerbstätige, Frage: „In welchem Ausmaß hat Ihre berufliche Tätigkeit mit folgenden Aufgaben zu tun?“, Antwortkategorien 1 („in sehr hohem Ausmaß“) bis 5 („gar nicht“), Antwortkategorien 1 und 2 wurden zusammengefasst; * Unterschiede signifikant: (p<0,05)

Verglichen mit den beruflichen Aufgaben zu Beginn der Public Health-Ausbildung fällt vor allem die zunehmende Bedeutung des Tätigkeitsschwerpunktes Gesundheitspolitik/-strategie auf. Aber auch andere Aufgabenbereiche haben sich deutlich verschoben. So hat die aktuelle Arbeit der AbsolventInnen deutlich seltener mit der Behandlung von PatientInnen zu tun als zu Beginn der Public Health-Ausbildung (Abbildung 31).

Abbildung 32: Relevanz an Kompetenzen im beruflichen Alltag



N=110; nur Erwerbstätige, Frage: „Wie beurteilen Sie die Relevanz der folgenden Themen in Ihrem beruflichen Alltag?“, Antwortkategorien 1 („hohe Relevanz“) bis 5 („keine Relevanz“), Antwortkategorien 1 und 2 wurden zusammengefasst

Betrachtet man die Relevanz der einzelnen abgefragten Themen im beruflichen Alltag (Abbildung 32), so zeigt sich, dass Problemlösungsfähigkeit (91%), Planungs- und Organisationsfähigkeit (88%) sowie kritisches Denken und Reflexionsfähigkeit (88%) für die überwiegende Mehrheit eine zentrale Rolle im Beruf darstellen. Bereits an vierter Stelle rangiert mit dem Thema interdisziplinäres Denken eine der zentralen Public Health-Kompetenzen. Für weniger als die Hälfte sind Kenntnisse über den

Settingansatz bei Interventionen (48%), Interpretation epidemiologischer Kennzahlen (48%), statistische Kenntnisse (45%), Kenntnisse über unterschiedliche Gesundheitssysteme (44%) und Kenntnisse über bauliche, chemische und biologische Umwelteinflüsse auf Gesundheit (27%) im beruflichen Alltag von hoher Relevanz.

Anhand einer Faktorenanalyse soll die Vielzahl der Variablen bezüglich der relevanten Kompetenzen im beruflichen Alltag auf eine kleinere Anzahl unabhängiger Einflussgrößen (Faktoren) reduziert werden. Als Extraktionsmethode wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation gewählt. Mittels der Faktorenanalyse konnten aus den Items vier Faktoren extrahiert werden, die jeweils sinnvoll zu einem Index zusammengefasst werden können. Die vier Faktoren erklären insgesamt 76 Prozent der Varianz.

Tabelle 8: Faktorenanalyse - rotierte Komponentenmatrix

Item	Komponente 1	Komponente 2	Komponente 3	Komponente 4
Planungs- und Organisationsfähigkeit	0,851	0,087	0,085	0,076
Problemlösungsfähigkeit	0,819	0,080	0,090	0,169
Strategische Kompetenz	0,762	0,389	0,109	0,066
Kritisches Denken und Reflexionsfähigkeit	0,674	0,526	0,120	0,102
Interdisziplinäres Denken	0,591	0,585	0,193	0,095
Sozialethische Kompetenz	0,590	0,029	0,350	0,179
Populationsbezogenes Denken	0,093	0,769	0,358	0,293
Kenntnisse über unterschiedliche Gesundheitssysteme	0,109	0,768	0,184	0,260
Multisektorale Denkweise	0,415	0,724	0,237	0,163
Kenntnisse im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention	0,130	0,180	0,889	0,029
Kenntnisse über Settingansatz bei Interventionen	0,175	0,291	0,851	0,093
Kenntnisse über soziale Determinanten der Gesundheit	0,130	0,336	0,815	0,224
Kenntnisse über bauliche, chemische und biologische Umwelteinflüsse auf Gesundheit	0,362	-0,178	0,517	0,529
Statistische Kenntnisse	0,108	0,321	0,060	0,830
Interpretation epidemiologischer Kennzahlen	0,193	0,357	0,180	0,810

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Faktor 1: Management und Strategie

Folgende Items können zum Index Management und Strategie zusammengefasst werden:

- Planungs- und Organisationsfähigkeit
- Problemlösungsfähigkeit
- Strategische Kompetenz
- Interdisziplinäres Denken
- Kritisches Denken und Reflexionsfähigkeit
- Sozialethische Kompetenz

Faktor 2: Systemebene

Folgende Items können zum Index Systemebene zusammengefasst werden:

- Populationsbezogenes Denken
- Kenntnisse über unterschiedliche Gesundheitssysteme
- Multisektorale Denkweise
- Interdisziplinäres Denken⁸⁷

Faktor 3: Gesundheitsförderung

Folgende Items können zum Index Gesundheitsförderung zusammengefasst werden:

- Kenntnisse im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention
- Kenntnisse über Settingansatz bei Interventionen
- Kenntnisse über soziale Determinanten der Gesundheit
- Umwelteinflüsse auf Gesundheit

Faktor 4: Epidemiologie und Statistik

Folgende Items können zum Index Epidemiologie und Statistik zusammengefasst werden:

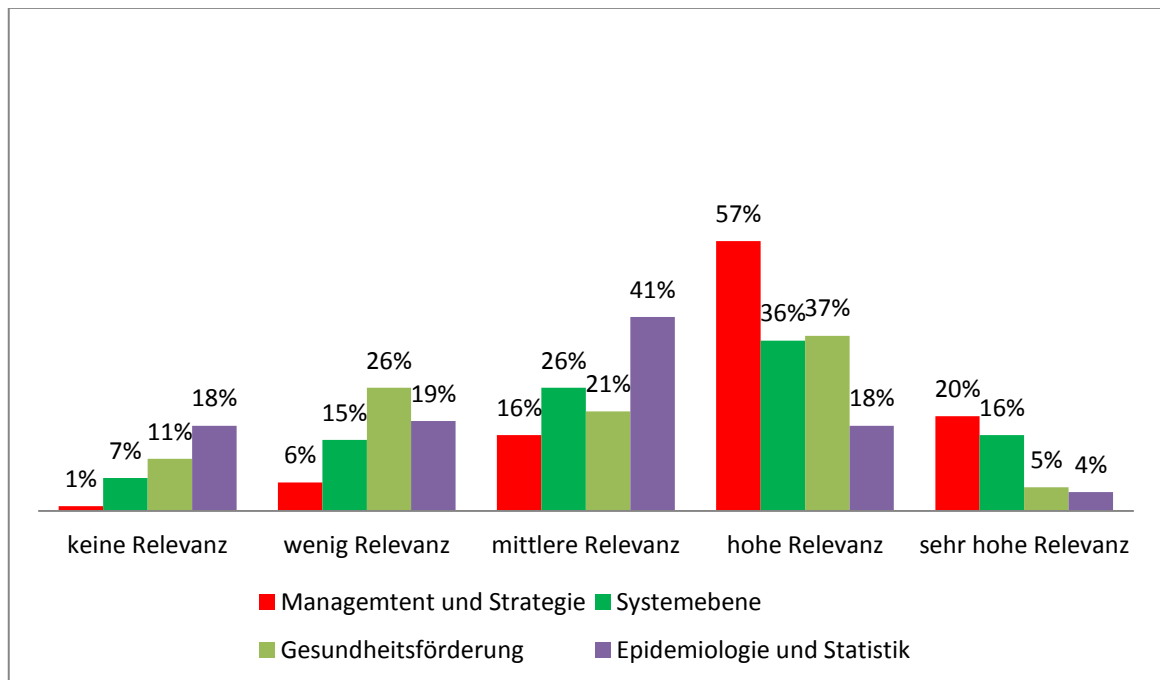
- Statistische Kenntnisse
- Interpretation epidemiologischer Kennzahlen
- Umwelteinflüsse auf Gesundheit⁸⁸

⁸⁷ Wegen fast gleich hoher Ladung wie bei Faktor 1 wird das Item auch in Faktor 2 aufgenommen

⁸⁸ Wegen fast gleich hoher Ladung wie bei Faktor 3 wird das Item auch in Faktor 4 aufgenommen

In einem weiteren Schritt wurde anhand der Rohwerte für jeden Faktor ein Index zwischen 1 („keine Relevanz“) und 5 („sehr hohe Relevanz“) gebildet. Hierfür wurden die Werte der einzelnen Items pro Faktor summiert und durch die Anzahl der Items dividiert. Nach der erfolgreichen Dimensionsreduktion sind folgende Ergebnisse festzuhalten (Abbildung 33):

Abbildung 33: Relevanz an Kompetenzen (nach Faktoren)



N=110; nur Erwerbstätige; Abweichung von 100 Prozent durch Rundung

Für 77 Prozent der erwerbstätigen AbsolventInnen ist der Faktor Management und Strategie von zumindest hoher Relevanz im beruflichen Alltag. Für gut die Hälfte (52%) der befragten AbsolventInnen trifft dies auf den Faktor Systemebene zu, der sich aus den Items populationsbezogenes Denken, Kenntnisse über unterschiedliche Gesundheitssysteme, multisektorale Denkweise und interdisziplinäres Denken zusammensetzt. Der Faktor Gesundheitsförderung hat bei 42 Prozent hohe Relevanz im beruflichen Alltag. Hingegen hat der Themenbereich Epidemiologie und Statistik nur für gut jede/n fünfte/n AbsolventIn eine hohe Bedeutung im Beruf.

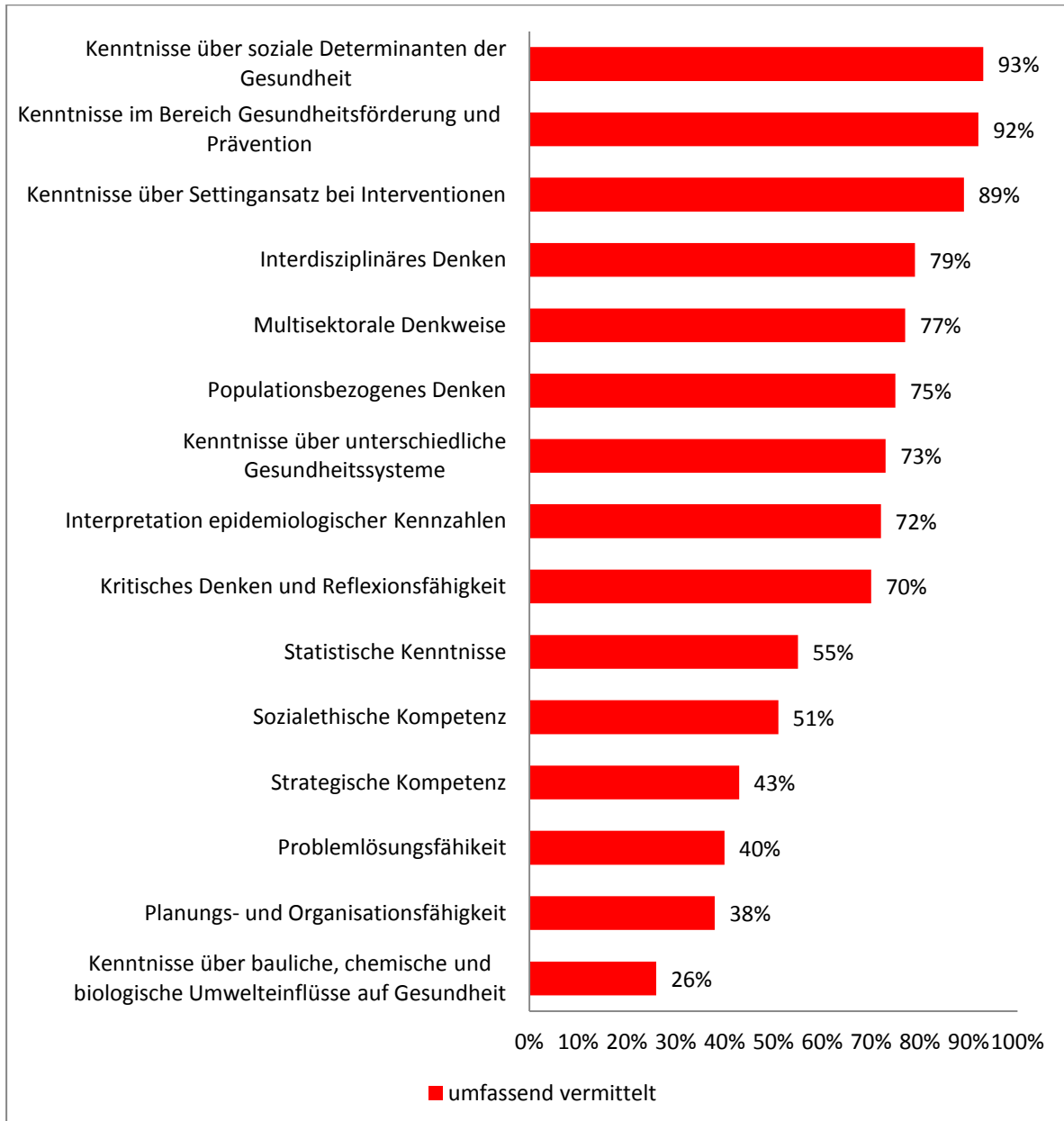
Die Public Health-Relevanz im Beruf wurde mit folgender Frage erhoben: „Gemessen an Ihren beruflichen Aufgaben, die Sie derzeit zu erledigen haben: Wie viel hat Ihre berufliche Tätigkeit mit Public Health zu tun?“. Auf einer Skala von 1 („hat nichts mit Public Health zu tun“) bis 10 („hat sehr viel mit Public Health zu tun“) ergibt sich für die Erwerbstätigen ein Mittelwert von 5,93 (Median = 6,5). Den Randkategorien haben sich 9 Prozent („hat nichts mit Public Health zu tun“) bzw. 17 Prozent („hat sehr viel mit Public Health zu tun“) zugeordnet.

5.2.5 Public Health-Ausbildung

5.2.5.1 Inhalte der Ausbildung

Die überwiegende Mehrheit der AbsolventInnen berichtet, dass Kenntnisse über soziale Determinanten der Gesundheit (93%), Kenntnisse im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (92%) und Kenntnisse über den Settingansatz bei Interventionen in umfassender Weise vermittelt wurden.

Abbildung 34: Inhalte und Themen der Public Health-Ausbildung

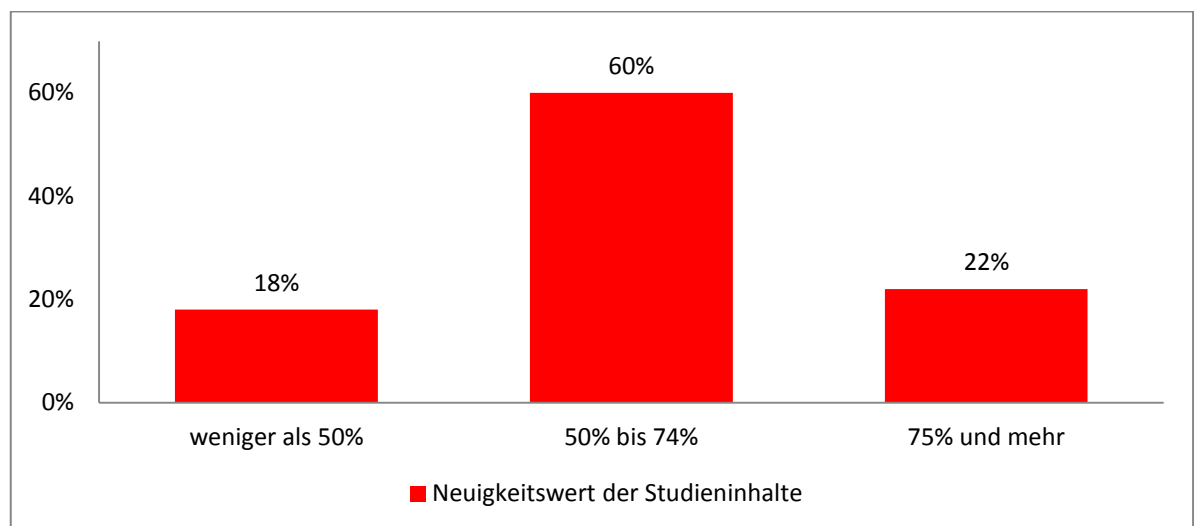


N=118; Frage: „In welchem Umfang wurden im Universitätslehrgang Public Health folgende Themen vermittelt?“, Antwortkategorien 1 („wurde umfassend vermittelt“) bis 5 („wurde nicht vermittelt“), Antwortkategorien 1 und 2 wurden zusammengefasst

Auch interdisziplinäres Denken (79%), multisektorale Denkweise (77%) und populationsbezogenes Denken (75%) waren für (über) drei Viertel der Befragten wesentliche Bestandteile der Public Health-Ausbildung. Weniger als die Hälfte der Befragten hatten den Eindruck, dass strategische Kompetenz (43%), Problemlösungsfähigkeit (40%) sowie Planungs- und Organisationsfähigkeit (38%) umfassend behandelt wurde. Gar nur ein Viertel (26%) vermochte eine umfassende Vermittlung von Kenntnissen über die baulichen, chemischen und biologischen Umwelteinflüsse auf die Gesundheit wahrzunehmen (Abbildung 34).

Sehr viel Neuigkeitswert hatten die Studieninhalte für 22 Prozent der AbsolventInnen: Für sie waren 75 Prozent oder mehr des Gelernten/Vermittelten völlig neu. Weiters gaben 60 Prozent der AbsolventInnen an, zwischen der Hälfte und drei Viertel der Studieninhalte vorher nicht gekannt zu haben. Für knapp ein Fünftel war weniger als die Hälfte neu (Abbildung 35).

Abbildung 35: Neuigkeitswert der Studieninhalte

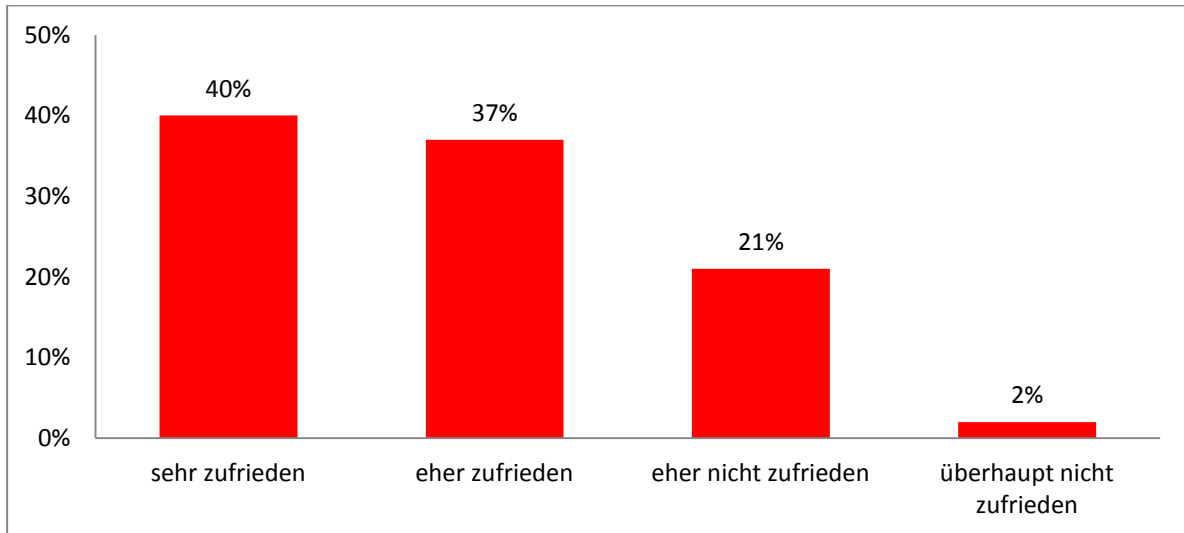


N=118; Frage: „Was würden Sie sagen: Wie viel Prozent der Studieninhalte, die im Universitätslehrgang vermittelt wurden, hatten für Sie persönlich Neuigkeitscharakter?“, Antwort: Prozentwert konnte angegeben werden; Antworten wurden im Nachhinein kategorisiert

5.2.5.2 Bewertung der Ausbildung

Über drei Viertel der AbsolventInnen (77%) sind mit dem belegten ULG Public Health sehr bzw. eher zufrieden. Knapp ein Viertel aller Befragten (23%) können sich dem positiven Urteil nicht anschließen: Sie sind mit dem ULG Public Health eher nicht zufrieden (21%) bzw. überhaupt nicht zufrieden (2%) (Abbildung 36).

Abbildung 36: Zufriedenheit mit dem ULG Public Health



N=118

Für die überwiegende Mehrheit der AbsolventInnen (94%) hat die Public Health-Ausbildung zur persönlichen Weiterentwicklung beigetragen. Außerdem führte sie für drei Viertel (75%) der Befragten zu einer Erweiterung der beruflichen Kontakte und damit einhergehend für 69 Prozent zu einer besseren Vernetzung mit ExpertInnen im österreichischen Gesundheitswesen. Eine berufliche Verbreiterung der Aufgaben führen 60 Prozent der AbsolventInnen auf die Public Health-Ausbildung zurück (Abbildung 37).

Abbildung 37: Konsequenzen der Ausbildung



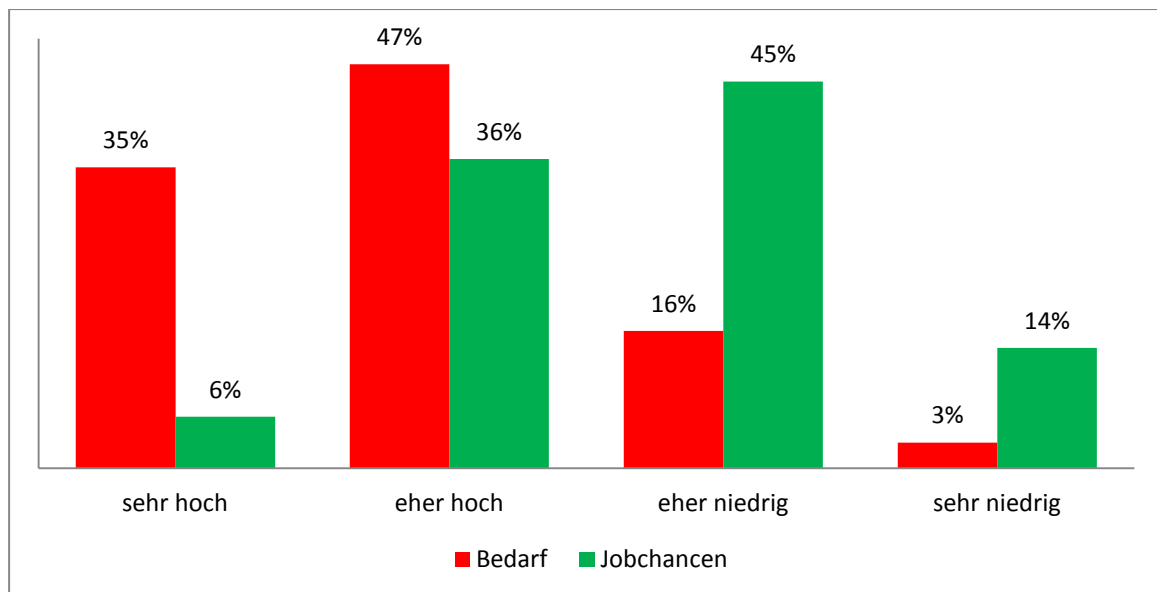
N=118; Frage: „Auswirkungen der Public Health-Ausbildung auf die berufliche Situation: Wie beurteilen Sie folgende Aussagen? Meine Public Health-Ausbildung hat...“; Antwortkategorien „trifft zu“ und „trifft eher zu“ wurden zusammengefasst

Auf die Fragen, ob man den Universitätslehrgang Public Health noch einmal belegen würde, wenn man noch einmal vor der Wahl stünde, eine Public Health-Ausbildung zu machen, antworteten 40 Prozent mit „ja, sicher“, 38 Prozent mit „ja, wahrscheinlich“. 22 Prozent würden die Ausbildung (wahrscheinlich) nicht mehr machen, davon nur 3 Prozent „sicher nicht“.

5.2.6 Arbeitsmarktchancen

Arbeitsmarktchancen für bestimmte Professionen bzw. Qualifikationen müssen immer auch unter Berücksichtigung des Bedarfs beurteilt werden. Wie bereits in Kapitel 2.3 angeführt, wurde in Österreich kurz vor der Jahrtausendwende ein deutlicher Mangel an personellen Ressourcen im Public Health-Sektor festgestellt. Wie aber sehen die Public Health-AbsolventInnen diesen Bedarf? Um dies zu erfahren, wurde folgende Frage gestellt: „Wie schätzen Sie den Bedarf an Public Health-Experten/-innen für das österreichische Gesundheitswesen ein?“ Insgesamt sehen über 80 Prozent einen zumindest eher hohen Bedarf (35% „sehr hoch“, 47% „eher hoch“). Man könnte nun vermuten, dass ein hoher Bedarf auch eine starke Nachfrage nach sich ziehen würde. Den Public Health-AbsolventInnen wurde dazu folgende Frage gestellt: „Wie schätzen Sie die Jobchancen für Personen mit einer Public Health-Ausbildung am österreichischen Arbeitsmarkt ein?“. 42 Prozent (6% „sehr hoch“, 36% „eher hoch“) sehen zumindest eher hohe Jobchancen für Personen mit einer Public Health-Ausbildung, während die Mehrheit die Arbeitsmarktchancen als (eher) niedrig einschätzt (Abbildung 38). Auf die Frage „Wie wichtig werden in Zukunft Public Health-Kompetenzen in Österreich sein?“ antworten 48 Prozent mit „sehr wichtig“ und weitere 43 Prozent mit „wichtig“. In diesem Zusammenhang ist auch noch interessant, dass für immerhin 39 Prozent der Erwerbstätigen die Public Health-Ausbildung wichtig war, um in die aktuelle berufliche Situation zu kommen.

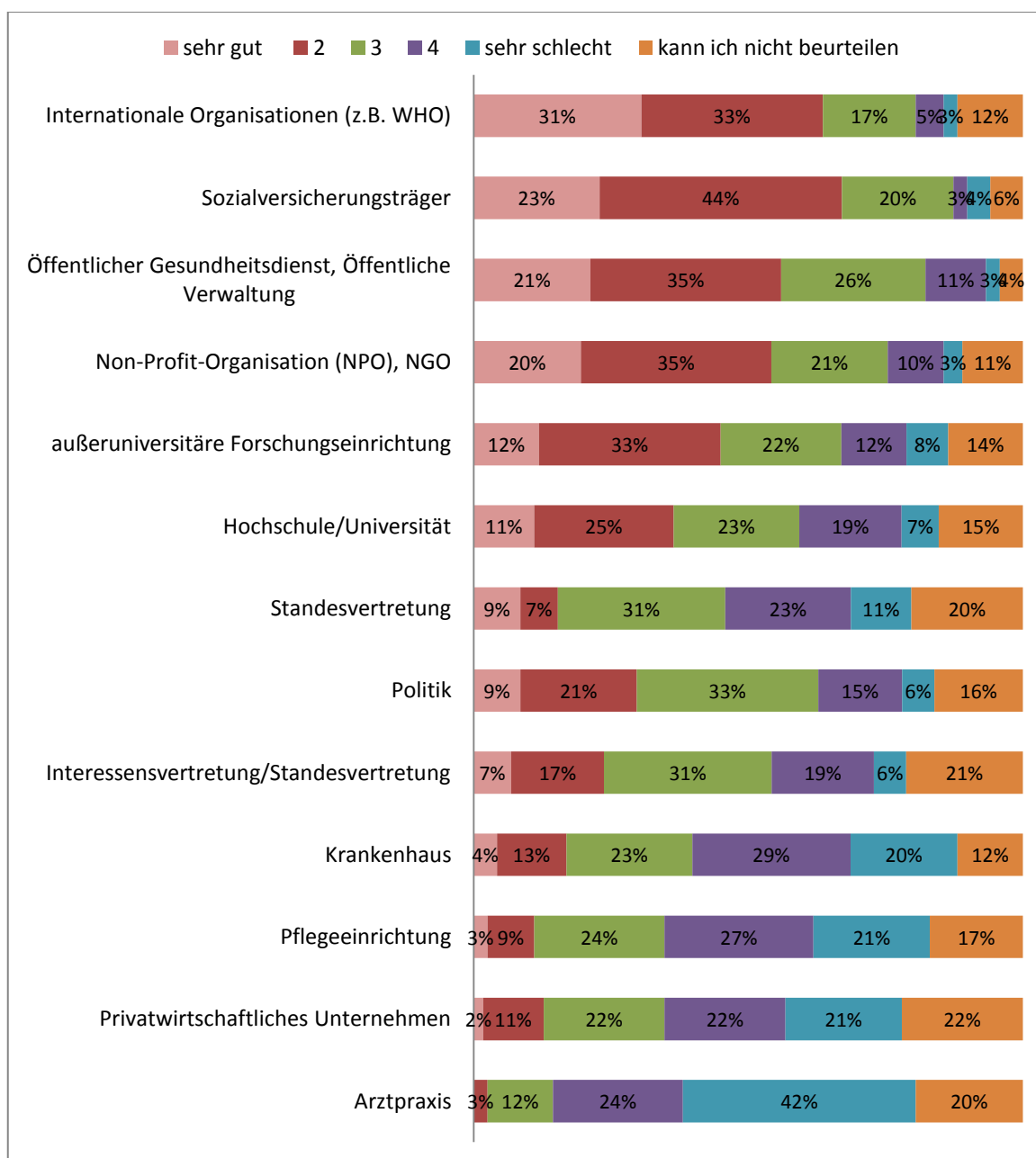
Abbildung 38: Bedarf und Jobchancen



N=118

Mehrheitlich gute Arbeitsmarktchancen gibt es aus der Sicht der AbsolventInnen im Bereich der Sozialversicherungsträger (67%), in internationalen Organisationen wie z.B. der WHO (64%), im öffentlichen Gesundheitsdienst oder der öffentliche Verwaltung (57%) sowie in NPOs oder NGOs (55%). Besonders ungünstig werden die Arbeitsmarktchancen in der Krankenversorgung (Arztpraxis, Pflegeeinrichtung und Krankenhaus) und im privatwirtschaftlichen Bereich gesehen. Im Hochschulbereich (36%) und vor allem auch in außeruniversitären Forschungseinrichtungen (45%) sind die Arbeitsmarktchancen wiederum etwas besser (Abbildung 39).

Abbildung 39: vermutete Arbeitsmarktchancen in unterschiedlichen Bereichen/Institutionen



N=118

5.3 Hypothesen geleitete Ergebnisse

5.3.1 Vorqualifikation und Motive

Hypothese 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Vorqualifikation und den Motiven für die Belegung eines ULG Public Health

Die Hypothese wurde wie folgt operationalisiert: Für die Vorqualifikation wurde die, wie in Kapitel 5.2.1.1 bereits detailliert erläutert, berechnete Variable der personenbezogenen Ausbildungshintergründe mit den Kategorien Medizin, Gesundheitsberufe, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften und sonstige Studienrichtungen/Ausbildungen herangezogen. Die 16 Motivvariablen wurden dichotomisiert, indem die Ausprägungen „trifft zu“ und „trifft eher zu“ sowie die Ausprägungen „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ zu „trifft zu“ bzw. „trifft nicht zu“ zusammengefasst wurden. Unter Einsatz der Kreuztabellenanalyse wird anhand des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests jeweils die Sicherheit des Zusammenhangs zwischen der unabhängigen Variable Ausbildungshintergrund und der jeweiligen Motivvariable berechnet. In jenen Fällen, in denen die Unabhängigkeitshypothese zu verwerfen ist ($p \leq 0,05$), wird die Stärke des Zusammenhangs mit dem Korrelationskoeffizienten Cramer's V ausgewiesen (Tabelle 9).

Tabelle 9: Ausbildungshintergrund und Motive

Motiv	Chi-Quadrat nach Pearson	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Cramer's V
Verb. Aufstiegschancen	3,074	3	,380	-
Pers. Weiterentwicklung	3,155	3	,368	-
Interesse am Thema	1,696	3	,638	-
Beruf. Weiterentwicklung	3,204	3	,361	-
Erschl. neu. Berufsfeld	14,942	3	,002	,356
Vorb. auf. Führungsaufg.	6,509	3	,089	-
Wissen f. Berufsalltag	4,012	3	,260	-
Berufl. Neuanf./Umstieg	20,774	3	,000	,420
Einkommensverb.	15,337	3	,002	,361
Arbeitsmarktchancen Verb.	7,055	3	,070	-
Gesundheitspol. Orient.	4,078	3	,253	-
Vernetzung mit AkteurInnen	,856	3	,836	-
Einfluss im Gesundheitsw.	1,846	3	,605	-
Empfehlung v. Freunden	7,240	3	,065	-
Empfehlung v. KollegInnen	7,247	3	,064	-
Wunsch d. Dienstgebers	17,230	3	,001	,382

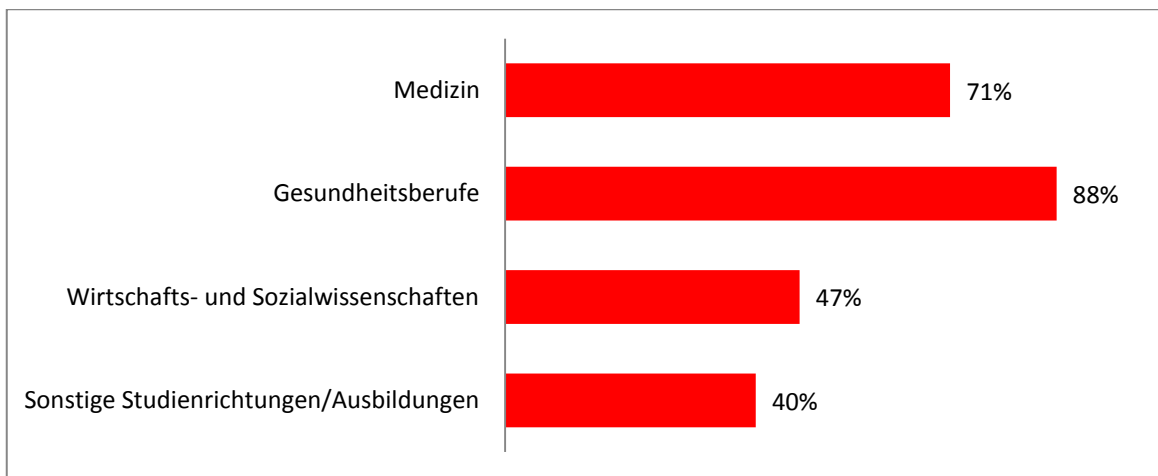
Wie aus der Tabelle 9 hervorgeht, lässt sich die für jede Motivvariable aufgestellte Nullhypothese, dass es keinen Zusammenhang zwischen Ausbildungshintergrund und Motiv gibt, in vier Fällen verwerfen: Dies sind die Motive Erschließung eines neuen Berufsfeldes, Beruflicher Neuanfang/Umstieg, Einkommensverbesserung sowie Wunsch des Dienstgebers. Bei allen anderen Motiven konnten keine signifikanten Unterschiede im Zusammenhang mit dem Ausbildungshintergrund eruiert werden. In diesen Fällen bleibt die Nullhypothese bestehen.

Jene vier Fälle, in denen signifikante Unterschiede zwischen dem Ausbildungshintergrund und Motiven festgestellt wurden, werden in weiterer Folge näher betrachtet.

5.3.1.1 *Erschließung eines neuen Berufsfeldes*

Der Einfluss des Ausbildungshintergrundes auf das Motiv Erschließung eines neuen Berufsfeldes zeigt sich dahingehend, dass Personen aus den Bereichen Gesundheitsberufe (88%) sowie Medizin (71%) deutlich häufiger das Motiv als Grund für den Besuch des Public Health-Lehrganges angeben als Personen mit dem Ausbildungshintergrund Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (47%) bzw. sonstige Studienrichtungen/Ausbildungen (40%).

Abbildung 40: Motiv: Erschließung eines neuen Berufsfeldes



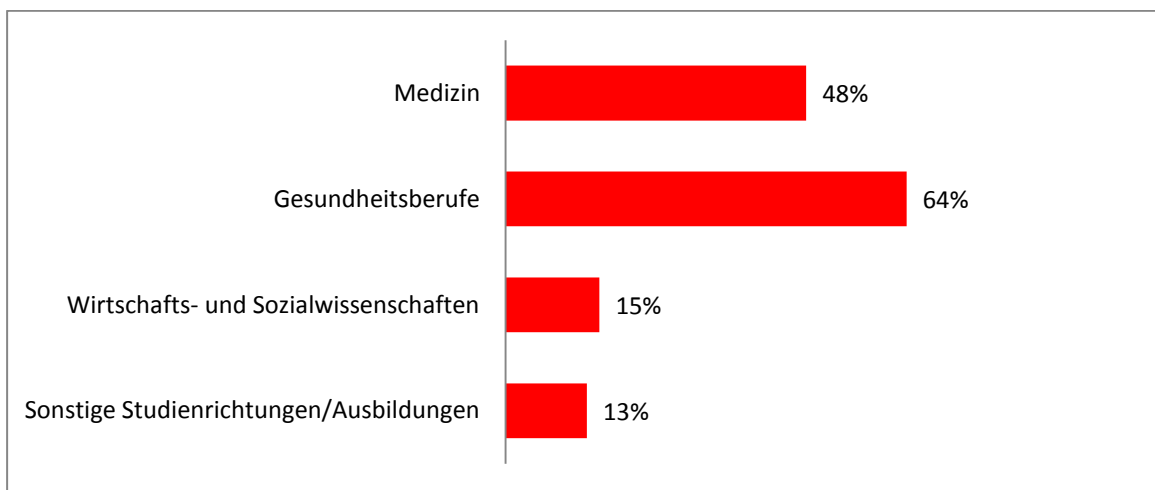
N=118; Cramer's V = 0,356; p<0,01; Lesehilfe: Für 71 Prozent der MedizinerInnen war „Erschließung eines neuen Berufsfeldes“ ein Motiv für die Teilnahme am ULG Public Health

Die Unabhängigkeitshypothese kann mit einer Sicherheit von 99 Prozent verworfen werden. Cramer's V mit einem Wert von 0,365 lässt sich dahingehend interpretieren, dass zwischen den beiden Variablen ein Zusammenhang mittlerer Stärke besteht.

5.3.1.2 Beruflicher Neuanfang/Umstieg

Einhergehend mit dem Ergebnis bezüglich des Motivs Erschließung eines neuen Berufsfeldes gestaltet sich das Ergebnis zum Motiv beruflicher Neuanfang/Umstieg in ähnlicher Weise. So hat dieses Motiv für 64 Prozent der Personen mit Ausbildungshintergrund Gesundheitsberufe und 48 Prozent der MedizinerInnen bei der Entscheidung für die Absolvierung einer Public Health-Ausbildung eine Rolle gespielt, während dies nur bei 15 Prozent der Personen mit einer Ausbildung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften bzw. 13 Prozent der Personen mit sonstigen Studienrichtungen/Ausbildungen der Fall war.

Abbildung 41: Motiv: Beruflicher Neuanfang/Umstieg



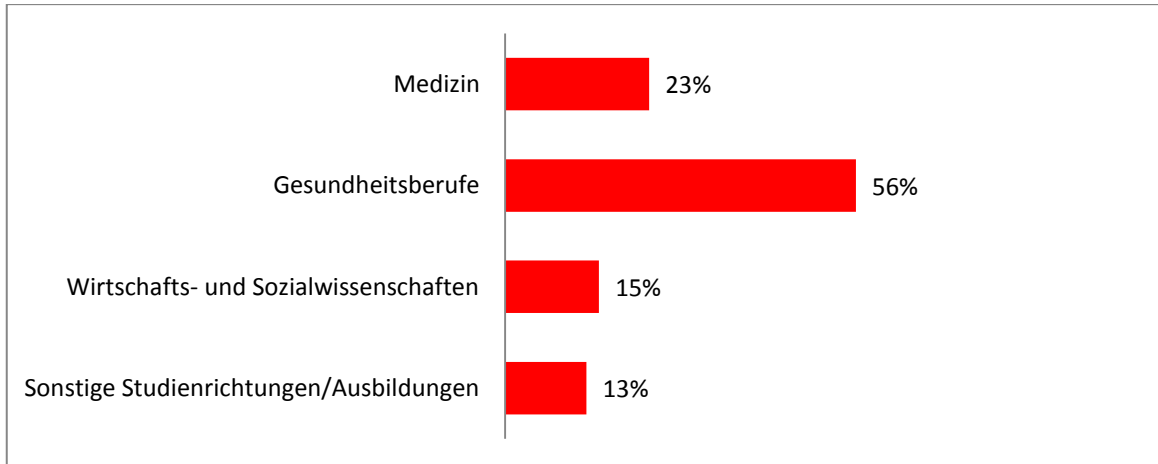
N=118; Cramer's V = 0,420; $p < 0,001$; Lesehilfe: Für 48 Prozent der MedizinerInnen war „Beruflicher Neuanfang/Umstieg“ ein Motiv für die Teilnahme am ULG Public Health

Die Nullhypothese wird mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,001$ verworfen. Zwischen den beiden Variablen besteht ein Zusammenhang mittlerer Stärke (Cramer's V = 0,420).

5.3.1.3 Einkommensverbesserung

Das Motiv der Einkommensverbesserung hat für 56 Prozent der Personen, die ihren Ausbildungshintergrund in den Gesundheitsberufen haben, bei der Entscheidung für die Public Health-Ausbildung eine Rolle gespielt. Weiters geben dieses Motive je nach Ausbildungshintergrund an: Medizin (23%), Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (15%) und sonstige Studienrichtungen/Ausbildungen (13%).

Abbildung 42: Motiv: Einkommensverbesserung



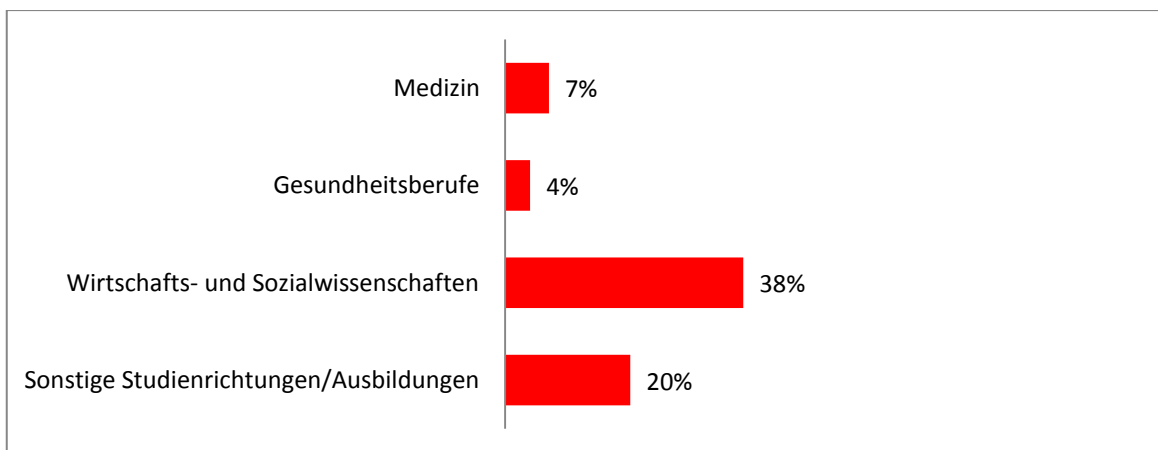
N=118; Cramer's V = 0,361; $p < 0,01$; Lesehilfe: Für 23 Prozent der MedizinerInnen war „Einkommensverbesserung“ ein Motiv für die Teilnahme am ULG Public Health

Die Unabhängigkeitshypothese kann mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,01$ verworfen werden. Cramer's V mit einem Wert von 0,361 lässt sich dahingehend interpretieren, dass zwischen den beiden Variablen ein Zusammenhang mittlerer Stärke besteht.

5.3.1.4 Empfehlung/Wunsch des Dienstgebers

Das Motiv Empfehlung/Wunsch des Dienstgebers ist insgesamt – gemeinsam mit dem Motiv Empfehlung von Freunden/Bekanntem – mit 17 Prozent das am seltensten geäußerte Motiv (siehe 5.2.2). Allerdings wird dieses Motiv von AbsolventInnen mit dem Ausbildungshintergrund Wirtschafts- und Sozialwissenschaften deutlich häufiger als erwartet (38% statt erwartete 18% bei Unabhängigkeit) genannt, während es bei Personen mit dem Hintergrund Medizin (7% statt erwartete 17% bei Unabhängigkeit) bzw. Gesundheitsberufe (4% statt erwartete 17% bei Unabhängigkeit) seltener ein Motiv war.

Abbildung 43: Motiv: Empfehlung/Wunsch des Dienstgebers



N=118; Cramer's V = 0,382; $p < 0,01$; Lesehilfe: Für 7 Prozent der MedizinerInnen war „Empfehlung/Wunsch des Dienstgebers“ ein Motiv für die Teilnahme am ULG Public Health

Die Nullhypothese wird mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,01$ verworfen. Zwischen den beiden Variablen besteht ebenfalls ein Zusammenhang mittlerer Stärke (Cramer's $V = 0,382$).

5.3.2 Public Health-Anteil im Beruf

Hypothese 2: Der Public Health-Anteil der aktuellen beruflichen Tätigkeit ist höher als zu Beginn der Ausbildung.

Um zu erfahren, wie hoch die Public Health-Anteil der beruflichen Tätigkeit am Beginn der Ausbildung war bzw. wie hoch dieser Anteil aktuell ist, wurden den AbsolventInnen folgende Fragen gestellt: „Gemessen an Ihren beruflichen Aufgaben, die Sie damals zu erledigen hatten: Wie viel hatte Ihre berufliche Tätigkeit damals mit Public Health zu tun?“ bzw. „Gemessen an Ihren beruflichen Aufgaben, die Sie derzeit zu erledigen haben: Wie viel hat Ihre berufliche Tätigkeit mit Public Health zu tun?“. Die Beantwortung erfolgte auf einer Skala von 1 („hat(te) nichts mit Public Health zu tun“) bis 10 („hat(te) sehr viel mit Public Health zu tun“).

Anhand eines t-Tests bei gepaarten Stichproben wurden die Mittelwerte verglichen. Es wurden nur Personen berücksichtigt, die zu beiden Zeitpunkten erwerbstätig waren (N=104).

Tabelle 10: Public Health-Anteil im Beruf - Mittelwertvergleich bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	PH_Wert_t 0	4,8173	104	3,00086	,29426
	PH_wert_t 1	5,8462	104	3,08384	,30240

Test bei gepaarten Stichproben

Gepaarte Differenzen				T	df	Sig. (2-seitig)	
Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
			Untere	Obere			
-1,02885	3,21241	,31500	-1,65358	-,40411	-3,266	103	,001

Wie aus Tabelle 10 hervorgeht, ist der Mittelwert, der den Public Health-Anteil der aktuellen beruflichen Tätigkeit ausweist, mit 5,85 signifikant höher als der Vergleichswert (4,82). Die Hypothese kann bestätigt werden. Der Public Health-Anteil im Beruf hat statistische signifikant zugenommen.

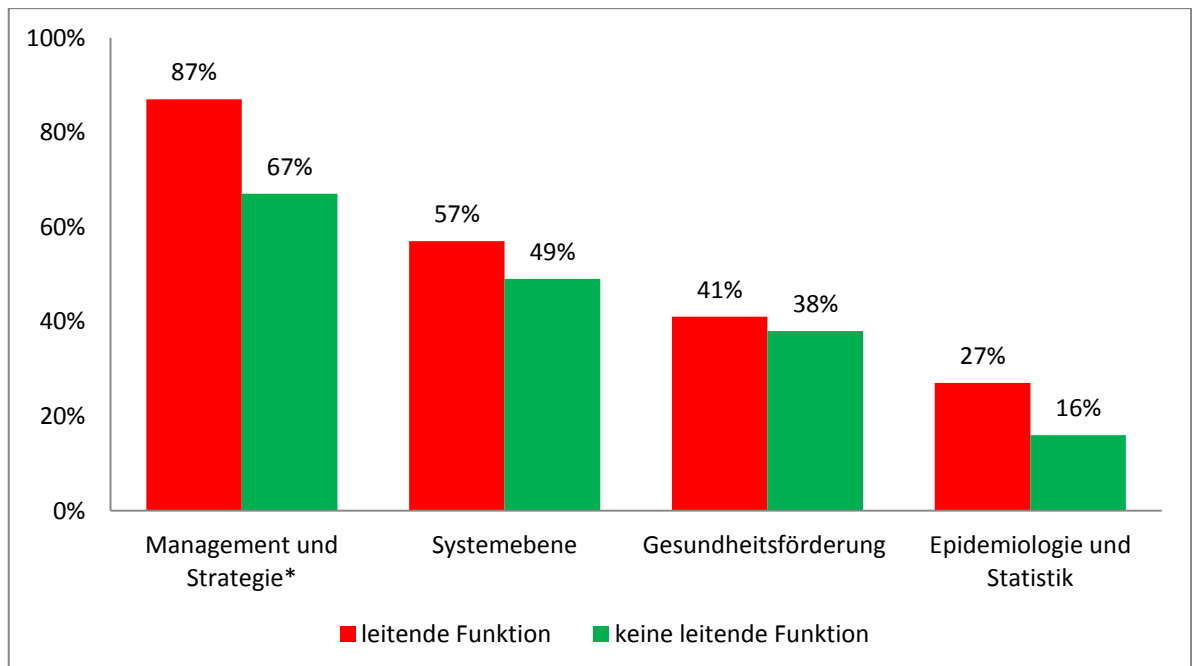
5.3.3 Berufliche Stellung und Tätigkeitsschwerpunkte

Hypothese 3: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der beruflichen Situation und den Tätigkeitsschwerpunkten.

Die Hypothese wurde wie folgt operationalisiert: Für die Tätigkeitsschwerpunkte werden die in Kapitel 5.2.4 mittels Faktorenanalyse berechneten Variablen „Management und Strategie“, „Systemebene“, „Gesundheitsförderung“ und „Epidemiologie und Statistik“ herangezogen und dichotomisiert. Dazu wurden die Werte 4 und 5 zu „hohe Relevanz“ und 1 bis 3 zu „geringe Relevanz“ zusammengefasst. Unter Einsatz der Kreuztabelleanalyse wird anhand des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests jeweils die Sicherheit des Zusammenhangs zwischen der unabhängigen Variable „Leitende Tätigkeit“, die für die berufliche Stellung herangezogen wird, und der jeweiligen Tätigkeitsschwerpunktvariable berechnet. In jenen Fällen, in denen die Unabhängigkeitshypothese zu verwerfen ist ($p \leq 0,05$), wird die Stärke des Zusammenhangs mit Phi-Koeffizienten ausgewiesen.

Wie aus Abbildung 44 hervorgeht, weisen Personen mit leitender Tätigkeit bei allen Tätigkeitsschwerpunkten tendenziell höhere Werte bezüglich der Relevanz im Beruf aus. Signifikant sind diese Unterschiede jedoch nur beim Tätigkeitsschwerpunkt Management und Strategie. Der Phi-Koeffizient weist mit einem Wert von -0,251 auf einen eher schwachen Zusammenhang hin. Die Hypothese kann zum Teil bestätigt werden.

Abbildung 44: Berufliche Stellung und Tätigkeitsschwerpunkte



N=99; Anteile „hohe Relevanz“; nur unselbstständig Erwerbstätige; * signifikant $p < 0,05$, Phi = -0,251

5.3.4 Tätigkeitsschwerpunkte und Arbeitsmarktchancen

Hypothese 4: Je höher der Public Health-Anteil der Tätigkeiten im Beruf, desto besser werden die Arbeitsmarktchancen beurteilt.

Die Hypothese wurde wie folgt operationalisiert: Zum einen wurde die Variable zum Public Health-Anteil der aktuellen beruflichen Tätigkeit mit den Ausprägungen auf einer 10-stufigen Skala von 1 („hat nichts mit Public Health zu tun“) bis 10 („sehr viel mit Public Health zu tun“) herangezogen. Die zweite Variable zu den allgemeinen Arbeitsmarktchancen von Public Health-AbsolventInnen wurde dichotomisiert, indem die Ausprägungen 1 und 2 zu „hoch“ und 3 und 4 zu „niedrig“ zusammengefasst wurden. Anschließend wurde eine Korrelation nach Pearson gerechnet.

Tabelle 11: Korrelation Public Health-Anteil der Tätigkeit und vermutete Arbeitsmarktchancen

Variablen	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
<ul style="list-style-type: none"> • Public Health-Anteil der Tätigkeit • Arbeitsmarktchancen 	-,435***	,000

N=110

Die Korrelation weist auf einen hochsignifikanten Zusammenhang mittlerer Stärke hin. Die Hypothese gilt als bestätigt.

5.3.5 Tätigkeitsschwerpunkte und Bewertung der Ausbildung

Hypothese 5: Je höher der Public Health-Anteil der Tätigkeiten im Beruf, desto besser wird die Ausbildung beurteilt.

Die Hypothese wurde wie folgt operationalisiert: Zum einen wurde wiederum die Variable zum Public Health-Anteil der aktuellen beruflichen Tätigkeit mit den Ausprägungen auf einer 10-stufigen Skala von 1 („hat nichts mit Public Health zu tun“) bis 10 („sehr viel mit Public Health zu tun“) herangezogen. Die zweite Variable zur Bewertung der Public Health-Ausbildung wurde dichotomisiert, indem die Ausprägungen 1 und 2 zu „zufrieden“ und 3 und 4 zu „unzufrieden“ zusammengefasst wurden. Anschließend wurde eine Korrelation nach Pearson gerechnet.

Variablen	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)
<ul style="list-style-type: none"> • Public Health-Anteil der Tätigkeit • Zufriedenheit mit Public Health-Ausbildung 	-,242*	,011

N=110

Die Korrelation weist auf einen signifikanten, eher schwachen Zusammenhang hin. Die Hypothese gilt dennoch als bestätigt.

6 Ergebnisse der ExpertInneninterviews

6.1 Motive

Aus der inhaltlichen Analyse der ExpertInneninterviews gehen drei Motivdimensionen für die Belegung eines ULG Public Health hervor: Qualifizierung, Wissen und beruflicher Aufstieg/Umstieg.

Die Qualifizierung kann als Erfordernis aus der beruflichen Tätigkeit heraus interpretiert werden. Für eine Person gestaltete sich dies z.B. als vom Dienstgeber gewünschte und für einen neuen Tätigkeitsbereich benötigte Qualifizierungsmaßnahme. Aber auch der aus der beruflichen Tätigkeit subjektiv wahrgenommene (Nach-) Qualifizierungsbedarf wurde in einem der ExpertInneninterviews genannt. Die Motivdimension Wissen setzt sich aus Aussagen zur Wissens- und Horzonterweiterung zusammen. Die Motivdimension beruflicher Aufstieg/Umstieg beinhaltet sowohl Aussagen zu Karriereambitionen als auch zur beruflichen Neu- bzw. Umorientierung.

Qualifizierung

„Mir wurde das von meinem damaligen Dienstvorgesetzten [...] empfohlen, dass ich das Public Health-Studium machen soll, weil ich ja kurz davor eine Tätigkeit [...] begonnen habe, die eigentlich so eine Public Health-Ausbildung erfordert. [...].“⁸⁹

„Die Rahmenbedingungen waren da und vom Interesse her war es sowohl von früher her so als auch da noch einmal wie ich da zu arbeiten begonnen habe, dass es auch interessant wäre noch einmal draufzuschauen, mich noch einmal auch wissenschaftlich zu vertiefen. Einen Austausch mit anderen Experten, einen Input zu bekommen und die Rahmenbedingungen waren halt da. [...] Es war eher, dass es ermöglicht worden wäre [...]. Es war auch sicher auch erwünscht, das hat sicher auch [...] mein Chef, ganz klar geäußert. [...] ich glaube es war beides.“⁹⁰

„Ich war auf der Suche nach einer zusätzlichen Ausbildung bzw. nach einer Ausbildung, die meine offenen Fragen im Gesundheitswesen abdeckt. Nachdem ich damals fast 20 Jahre im Gesundheitswesen tätig war - was sich später herausgestellt hat, dass es eigentlich das Krankheitswesen war – war ich auf der Suche, was ich machen könnte und ich eigentlich draufgekommen bin, dass meine Ausbildung viel zu wenig den Überbau des Gesundheitswesens behandelt hat. Man ist sehr spezialisiert [...] ausgebildet worden - aber das Drumherum des Gesundheitswesens war nie Thema. Sitzt man dann aber in irgendwelchen Besprechungen wird dann mit allen möglichen Wörtern herum geworfen und da weiß man, dass man zu wenig sattelfest ist das Gesamtsystem zu überschauen und von daher war es mir wichtig da etwas zu

⁸⁹ PHA1

⁹⁰ PHA2

finden und das hat es eigentlich in einer Punktlandung 100% getroffen, dass das was für mich offen war damit abgedeckt war“.⁹¹

Wissen

„[...] inhaltlich hat es mich einfach interessiert, weil für mich noch einmal abseits meines Studiums klar war, wir haben zwar Public Health gestreift, aber ich glaube, dass viele Dinge schon in meiner Ausbildung drinnen waren, aber irgendwie habe ich das Gefühl gehabt diese Vogelperspektive, dieser Blick drüber, der fehlt mir noch.“⁹²

„[...] weil ich damit gehofft habe auch mein Wissen zu erweitern, meine Perspektiven zu erweitern und ich bin ja nach wie vor ein wissensdurstiger Mensch [...]“⁹³

„Wie ich gesehen habe was angeboten wird (Anm. im ULG Public Health), welche Themen behandelt werden, habe ich mir gedacht: Das ist eigentlich das, was ich gesucht habe.“⁹⁴

„[...] aber mir fehlte die „Drüberschau“ oder diese Übersicht über das Gesundheitswesen und damit war es mir dann klar [...]“⁹⁵

Beruflicher Aufstieg/Umstieg

„Sicherlich erwartet man sich dann sage ich mal jetzt vielleicht nicht unmittelbar in weiterer Folge schon irgendwie einen Mehrwert durch dieses Studium im Sinne der Berufskarriere. Dass man sagt, OK, man hat durch die Ausbildung vielleicht eher die Chance irgendwo eine leitende Funktion zu kriegen oder vielleicht in Projekte einbezogen zu werden, die man halt mit nur einem normalen Studienabschluss, der jetzt nicht Public Health spezifisch ist, nicht bekommen hätte.“⁹⁶

„Im Krankenhaus kann ich nicht bleiben. Ich war da ziemlich verzweifelt, weil ich nicht wusste, was ich tun soll, weil für eine Tätigkeit in einer Ordination habe ich mich auch nicht wirklich vorbereitet gefühlt. Ich habe nur gewusst, dass ich weg will vom Krankenhaus und da war diese Möglichkeit der PH Ausbildung die richtige zum richtigen Zeitpunkt und ich war am richtigen Ort.“⁹⁷

„Es war schon der Gedanke eine persönliche Horizonterweiterung zu machen, aber mit dem schon, dass man sich offen lasst...es war nicht so, dass für mich klar war, ich würde niemals etwas anderes machen [...].würde sich daraus was ergeben, wäre das für mich immer klar gewesen mir auch das anzuschauen.[...]“⁹⁸

⁹¹ PHA3

⁹² PHA2

⁹³ PHA1

⁹⁴ PHA3

⁹⁵ PHA3

⁹⁶ PHA2

⁹⁷ PHA4

⁹⁸ PHA3

„Meine berufliche Situation – mit der war ich nicht unzufrieden – aber ich wollte irgendwie noch etwas Zusätzliches machen, weil ich mir gedacht haben: Noch einmal 20 Jahre Tag ein Tag aus das Gleiche: das kann's nicht sein.“⁹⁹

6.2 Neuigkeitswert des Gelernten

Bezügliche des Neuigkeitswerts des Gelernten lassen sich aus der inhaltlichen Analyse der ExpertInneninterviews drei wesentliche Bereiche benennen: Multidisziplinarität, Perspektive und spezifische Inhalte. Von ExpertInnenseite werden die Vorteile, die aus der Multisziplinarität von Public Health hervorgehen, betont. Diese Erkenntnis sei im Zuge der Ausbildung entstanden. Außerdem haben sich laut Interviews auch zum Teil die Perspektiven verändert. Unter dem Bereich spezifische Inhalte können verschiedene gelernte Inhalte, wie zum Beispiel das Interpretieren von klinischen Studien oder die Bedeutung von sozialen Determinanten subsumiert werden.

Multidisziplinarität

„Das war ziemlich alles neu, ja. [...] Was ich bestimmt gelernt habe und was heute sehr wertvoll ist, ist interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das war etwas, was sich durch die 2 Jahre durchgezogen hat. [...] auf einmal waren da alle möglichen Berufsgruppen. Wir waren zwar damals in dem Lehrgang schon auch Mediziner-lastig [...], aber ich habe auch geschaut, dass ich immer mit anderen zusammen komme. Wir haben Pädagogen gehabt, aus dem Pflegebereich, Pharmakologen, was wir nicht hatten waren Wirtschaftler oder Juristen – das ist uns vielleicht etwas abgegangen. Aber es waren immer sehr viele unterschiedliche Sichtweisen und dieses Aufeinanderprallen am Anfang war ziemlich schmerzhaft und sehr konfliktreich. Aber es hat sich dann herausgestellt, dass dieses Akzeptieren und Wertschätzen der anderen Sichtweisen auf jeden Fall zu besseren Ergebnissen führt. [...]. Das würde ich fast sagen ist das Allerwichtigste, was ich mitgenommen habe aus den 2 Jahren. Natürlich die eine oder andere Fertigkeit. Aber das war in der Regel doch immer ein so ein Hineinschnuppern und wenn du da wirklich gut werden willst musst du dich selber noch vertiefen.“¹⁰⁰

„[...] dass mir die Ausbildung gezeigt hat, dass da verschiedenste wissenschaftliche Disziplinen, verschiedenste wissenschaftliche Methoden in einem sinnvollen Konzept durch unglaublich viele Fragestellungen zu Gesundheit und Krankheit durchgeführt werden können und auch sollen.“¹⁰¹

„Der größte Lernprozess für mich ist einfach in der Gruppe entstanden, dadurch, dass Menschen Erfahrungen aus einem Umfeld haben, aus ihrem Berufsalltag und in Diskussionen dann man einfach sieht so wie ein „a ha“ – mein Gott, ich bin da in meiner Welt so eingekastelt, wir

⁹⁹ PHA3

¹⁰⁰ PHA4

¹⁰¹ PHA1

machen das immer so und haben uns das rechts und links außen noch nie überlegt gehabt. [...] dass die interdisziplinäre Gruppe ein Hauptgrund ist, den Lehrgang zu besuchen.“¹⁰²

Perspektive

„Ich habe auf jeden Fall einmal diesen breiten Blick, was alles was mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängt gelernt. [...] das war der wichtigste Aspekt, dass mir Public Health den Blick geweitet hat [...] weil ich mich früher mit Krankenbehandlung und Krankenversorgung beschäftigt habe und die Themen sind die gleichen geblieben nur die Perspektive ist eine andere geworden.“¹⁰³

„[...] und einfach vielmehr auch diese sage ich mal Bevölkerungsperspektive einzunehmen [...]“¹⁰⁴

„Die größte Erkenntnis für mich war, das was ich Eingangs schon erwähnt haben, dass man sich immer gedacht hat: Man arbeitet so großartig im Gesundheitswesen. Das ist für mich so etwas wie ein Schlag ins Gesicht gewesen. Man hat sich gedacht, man ist so großartig tätig und eigentlich hat man es nur mit Krankheit zu tun. [...] Man hat sich so gefühlt als würd man alles sehr gut und wunderbar organisiert machen. Wenn man dann aber ein bisschen den Weitblick bekommt dann sieht man, dass vieles absolut unlogisch ist und man kriegt einen anderen Zugang auch zu diesen Dingen. [...] und da muss ich sagen, das war eigentlich die Haupteckkenntnis.“¹⁰⁵

Spezifische Inhalte

„[...] ich habe natürlich dann in den einzelnen Methoden viel gelernt. [...] gelernt, wie ich Ergebnisse von klinischen Studien besser interpretieren kann [...] Statistiken deuten zu können.“¹⁰⁶

„[...] natürlich auch die Definition und das Wesen einer Gesundheitsförderung, die Einteilung der gesundheitspolitischen Welt in Prävention bis Rehabilitation. Diese Breite an verschiedenen Perspektiven und verschiedenen Dimensionen – das war das Wesentliche, was ich gelernt habe. Klinische Epidemiologie auch noch.“¹⁰⁷

„Naja, das Neue war sicher der verstärkt medizinische, „versorgungstechnische“ Blick. Medizinisch verstärkt auch was Krankenbehandlung usw. betrifft oder Versorgungsforschung oder all diese Dinge [...] weil die Gesundheitsförderung war mir ja gut bekannt, das war für mich nichts Neues. Aber die anderen Dinge. Es war sicher eine Vertiefung in Epidemiologie [...] und einfach vielmehr auch diese sage ich mal Bevölkerungsperspektive einzunehmen, auch diese ganzen Forschungen und Studien die es dazu gibt. Das war mir so in dem Ausmaß zwar bekannt, aber mit dem habe ich mich nie so beschäftigt. Von dem her waren das sicher wesentliche Punkte,

¹⁰² PHA3

¹⁰³ PHA1

¹⁰⁴ PHA2

¹⁰⁵ PHA3

¹⁰⁶ PHA1

¹⁰⁷ PHA1

die für mich neu waren und eine Erweiterung für meinen Wissensbereich einfach bedeutet haben.“¹⁰⁸

„[...] dass der ganze große psychosoziale Bereich wahnsinnig große Auswirkungen auf die Gesundheit hat, das ist schon etwas gewesen, was mir so bewusst und auch so belegt erst durch den Lehrgang klar geworden ist. [...] Auch diese ganzen sozialen Determinanten, Armut und Gesundheit, all diese Dinge: das hat mir in meinem Denken eigentlich schon neue Wege geöffnet. Das war meine Hauptidee aus dem Universitätslehrgang.“¹⁰⁹

6.3 Anwendung

Die Anwendungen der erworbenen Fähigkeiten bzw. des Wissens lässt sich nicht kategorisieren – dafür sind die einzelnen Tätigkeitsbereiche der befragten ExpertInnen vermutlich zu heterogen. Genannt wurden unter anderem Aspekte wie beratende Funktionen als Public Health-ExpertIn unter Berücksichtigung von Gesundheitsdeterminanten oder das Einbringen der Public Health-Perspektive zu diversen Fragestellungen in Form von Statements.

„Public Health ist eigentlich mein Hauptthema in meiner Arbeit, daher kann ich diese Public Health-Ausbildung 1:1 zur Anwendung bringen. Außer in administrativen Fragen oder so.“¹¹⁰

„[...] jetzt kommt mir das PH Gedankengut sehr zu Gute, weil ich erlebe das als extrem bereichernd diese Zusammenarbeit mit den anderen Grundausbildungen [...]“¹¹¹

„Ich meine klar, die Gesundheitsförderung ist natürlich mein Schwerpunkt. Den hatte ich auch schon zuvor. Aber was es sicher ist, ist dieser Weitblick auch zum Teil was sicher immer wieder kommt, diese ganzen epidemiologischen Dinge. Die sind auch in der Gesundheitsförderung wichtig, einfach mit Daten gut umgehen zu können. Studien lesen und interpretieren zu können, also das ist sicher etwas das wichtig ist. Ich denke mir auch diese Vernetzung und das mit einem anderen Blick noch einmal draufschauen [...] und diese verschiedenen Berufsgruppen vielleicht ein bisschen besser einschätzen zu können und auch ihre Rolle irgendwie anders zu interpretieren, das ist sicher etwas was ich auch jetzt sehr gut brauchen kann“¹¹²

„Also jetzt [...] ist es gut anwendbar [...] weil ich zumindest hin und wieder die Möglichkeit habe auch bei strategischen Fragestellungen zumindest einmal ein Statement dazu zu geben oder zu sagen aus einer Public Health-Perspektive sollte man jetzt noch das und das berücksichtigen. Also es wird zumindest gehört oder es gibt Projekte, wo man das einbringen kann.“¹¹³

„Ich habe schon so eine gewisse beratende Funktion in gesundheitspolitischen Fragen, wo ich die Entscheidungsträgerebene unseres Hauses immer wieder berate. Da fließen natürlich im-

¹⁰⁸ PHA2

¹⁰⁹ PHA3

¹¹⁰ PHA1

¹¹¹ PHA4

¹¹² PHA2

¹¹³ PHA4

*mer wieder die Fragen ein, nach der sozialen Ungleichheit von gesundheitspolitischen Entscheidungen oder nach der Rolle von Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheit oder Krankheit [...]. Oder die Rolle der Partizipation und des Empowerments [...].*¹¹⁴

6.4 Hypothetische Studienwiederwahl

Hypothetisch betrachtet würden – wenn man die individuelle Lebenssituation/-planung ausblendet – alle befragten ExpertInnen die Public Health-Ausbildung noch einmal machen.

*„Auf jeden Fall. Es war für mich die Eintrittskarte in eine komplett andere Welt und die erlebe ich als viel bereichernder als die in der ich mich zuvor aufgehalten habe.“*¹¹⁵

*„Ich ganz hundertprozentig, ganz sicher. Weil es gab nichts, wo ich mir gedacht hätte, wenn ich das gewusst hätte, dann sicher nicht. Oder dass sehr viele Inhalte so gewesen wären, dass ich mir gedacht hätte: jetzt waren zwei interessant aber fünf waren eigentlich für mich jetzt [...]. gar nicht eigentlich. [...] Es war für mich hundertprozentig das Richtige.“*¹¹⁶

*„Abgesehen, dass ich jetzt in einem Alter bin und in einer Lebenssituation bin wo ich wahrscheinlich aus hedonistischen Gründen überhaupt keine Ausbildung mehr machen würde, meine Wochenenden nur mehr genießen würd [...] wenn ich die Auswahl hätte irgendwas zu studieren und da wäre Public Health dabei würde ich sicher nicht „nein“ sagen.“*¹¹⁷

*„Ja. Ja bestimmt. Die Frage ist, wenn ich mir meine Lebenskarriere anschau, ob ich’s jetzt auf der Stelle wieder machen würde aber grundsätzlich ja.“*¹¹⁸

6.5 Potenzielle Arbeitgeber

Die befragten ExpertInnen sehen die Sozialversicherung als Institution, in der Public Health-AbsolventInnen gute Chancen auf einen Arbeitsplatz haben. Begründet wurde dies auf Nachfragen von einer befragten Person damit, dass durch engagierte Promotoren in der Sozialversicherung „das Thema Public Health so gut Eingang gefunden hat“¹¹⁹ und „das zumindest in einem Sozialversicherungsträger zunächst einmal Public Health ganz prominent zum Thema gemacht wurde“.¹²⁰ Außerdem werde Public Health auch vom bzw. im Hauptverband der Sozialversicherungsträger sehr wirkungsvoll gefördert und „das hat dann Schule gemacht.“¹²¹ Es sei an Personen gelegen „dass Public Health so stark implementiert werden konnte und dann ist es natürlich ein altes Thema von Public Health ein

¹¹⁴ PHA1

¹¹⁵ PHA4

¹¹⁶ PHA3

¹¹⁷ PHA1

¹¹⁸ PHA2

¹¹⁹ PHA1

¹²⁰ PHA1

¹²¹ PHA1

*Thema das der Sozialversicherung durchaus gut ansteht, weil sie ja die Solidarität zwischen den Armen und den Reichen, zwischen den Schwachen und den Starken und den Gesunden und den Kranken als eines ihrer großen Prinzipien ja immer wieder auch auf die Fahnen schreibt.*¹²² Neben der Sozialversicherung werden auch noch Arbeitsmarktchancen für Public Health-AbsolventInnen u.a. im öffentlichen Bereich verortet. Aber auch in einschlägigen Vereinen und Institutionen, die sich Public Health-Thematiken verschrieben haben. Eine Person merkt an, dass die Arbeitsmarktchancen in diversen Institutionen auch wesentlich von der Vorqualifikation abhängen, da Public Health als Zusatzausbildung zu verstehen sei.

*„In Österreich also derzeit leider aus meiner Sicht fast nur in der Sozialversicherung.“*¹²³

*„Bereiche sind für mich jetzt einmal klar die Sozialversicherung, egal ob Kranken-, Pensions- oder Unfallversicherung. Ich glaube, dass es in allen Sparten Einsatzbereiche gibt. Dann ist es natürlich der ganze Bereich, wo es um strategische Entscheidungen geht – egal ob das politische Themenfelder sind oder ob es Ministerien sind. Oder die Landesabteilungen oder die Fachabteilungen des Landes. Natürlich auch z.B. in einem Kabinett von einem Minister als beratendes Organ tätig zu sein. Ich denke mir einfach, wo Entscheidungen und Rahmenbedingungen geschaffen werden. Sicher auch in Vereinen und Institutionen die sich mit diesen Themen beschäftigen, also ich denke mir [...] so wie Styria vitalis oder [...] in Richtung Gesundheitsplanung oder Gesundheitsziele tätig sind. Ich denke mir, das sind auf jeden Fall potentielle Institutionen und Felder.“*¹²⁴

„Ich glaube überall dort, so wie in den Krankenkassen, die einfach Abteilung für Public Health haben [...] Und ich glaube über kurz oder lang, das ist einfach fast meine sichere Meinung, in den großen Trägern der Krankenanstalten [...] weil man dort über kurz oder lang auch umdenken wird müssen und auch aus dem Tunnelblick wegkommen wird. Universitär, wie weit man da gut mitarbeiten kann wird sehr stark davon abhängig sein [...] welchen Teil der Public Health-Ausbildung man da gut nutzen möchte oder in welches Feld man in die Uni kommt. Und was sicher der Hauptgrund ist wo Leute unterkommen, das ja die Public Health-Ausbildung nicht eine Primärausbildung ist. Die Menschen haben ja irgendeine Ausbildung. Also was mache ich jetzt mit der noch dazu, wenn ich vorher BWL studiere und nachher Public Health kann ich was anderes damit machen, wie wenn ich vorher Soziologie studiere und dann Public Health. Und da glaube ich, dass es schon Felder gibt, wobei viele Felder erschlossen werden durch das, was die Menschen mit der Ausbildung machen. Ich glaube nicht, dass es die Felder geben wird und man wird die Menschen hinsetzen. Sondern es macht jemand etwas, hat diese Public Health Ausbildung und man kommt dann drauf: hey der hat aber geniale Ideen, gute Ansichten oder bringt uns etwas in der Gruppe, in der Diskussion, in der Firma – wo auch immer. Ich glaub, dass es in die Richtung gehen wird. Man wird nicht Mengen von Arbeitsplätzen schaffen

¹²² PHA1

¹²³ PHA1

¹²⁴ PHA2

„Der Public Health-Experte“. Das ist auch dadurch bedingt, weil es keine Primärausbildung ist.“¹²⁵

„[...] kommt mir vor, dass die Sozialversicherung schon ein Bereich ist, wo Public Health-Absolventen unterkommen können, und die Sozialversicherung hätte aus meiner Sicht noch mehr Potenzial bzw. könnte noch mehr Leute aufnehmen, aber es ist halt so, dass nicht bei allen Trägern diese Perspektive sich schon so weit durchgesetzt hat oder dass die Verantwortlichen dort kapiert haben, dass sie einen Nutzen davon haben, wenn sie auf solche Experten zurückgreifen. Das ist wahrscheinlich ein sehr langwieriger Prozess, aber ich könnte mir schon vorstellen, dass da noch mehr unterkommen in nächster Zeit. Grundsätzlich würde ich vermuten, dass der öffentliche Bereich, ob das jetzt die Sozialversicherung ist, oder Länder oder Ministerien eher geeignet ist Public Health-Wissen anzuwenden, weil in der Privatwirtschaft stelle ich es mir schwierig vor. Ich muss aber einschränkend dazu sagen, ich kenne selber Leute, die in der Pharmaindustrie untergekommen sind oder die aus der Pharmaindustrie heraus den Lehrgang gemacht [...] Also in der Privatwirtschaft, da weiß ich nicht wie gut das gebraucht wird dieses Wissen, weil's ja in der Regel nicht ausgerichtet ist auf irgendeine Gewinnmaximierung. Und der öffentliche Bereich hat einfach andere Aufgabenstellungen und Rahmenbedingungen und dort passt dieses Denken und Wissen glaube ich besser hin.“¹²⁶

6.6 Aufgabengebiete

Auf die Frage nach Aufgabengebieten, für die Public Health-AbsolventInnen gut ausgebildet sind, wurden u.a. Fähigkeiten genannt, die entlang des „Public Health Action Cycle“ vonnöten sind. Entscheidend sei in jedem Fall auch die Vorqualifikation, denn Public Health ist eher als Zusatzqualifikation einzuordnen. Die Funktion betreffend sei man mit einer Public Health-Ausbildung in einer Beraterrolle von Entscheidungsträgern gut aufgehoben. Im Sinne von „Health in All Policies“ wären auch Aufgabengebiete außerhalb des Gesundheitssektors denkbar und wünschenswert.

„Ich denke, dass man den „Public Health Action Cycle“ hernehmen kann und sagen kann für alle Stationen die da drinnen sind: Ob das jetzt die Problembeschreibung ist, die Diagnose, das Finden von Zielen auf Basis dieser Diagnose, oder das Entwickeln von einer Strategie – wie kann ich die Ziele erreichen, die Umsetzung von Maßnahmen als auch die Evaluation. Natürlich hat das auch immer viel zu tun mit dem primären Ausbildungshintergrund. [...] z.B. Psychologen, die jetzt viel Wissen über qualitative und quantitative Methoden, das dann noch kombiniert mit Public Health-Expertise ist ein super Rüstzeug um Krankenversorgungs-, Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme zu evaluieren. Und da lassen sich sicher auch andere Kombinationen genauso finden oder Beispiele. Ja, ich sehe das so. Und entlang des „Public Health Action Cycle“ kann man diese ExpertInnen überall gut einsetzen.“¹²⁷

¹²⁵ PHA3

¹²⁶ PHA4

¹²⁷ PHA4

„Ich glaube mittlerweile, dass Public Health einmal primär eine gesundheitspolitische Angelegenheit ist und davon ausgehend glaube ich auch, dass vor allem die Policy-Ebene das ist, wo die Public Health-Leute die beste Ausbildung haben sollten oder die primäre Ausbildung haben sollten. Public Health-Leute über Entscheidungsfindung, über Managementkreisläufe im Gesundheitswesen gut Bescheid wissen. Nämlich [...] durchaus auch auf der Policy-Ebene und sollten mit Gesundheitsberichten vertraut sein, sollten wissen wie Gesundheitsziele entwickelt werden sollen, sollten wissen wie Gesundheitsinterventionen zu kategorisieren und zu beurteilen sind. [...]“¹²⁸

„Ich glaube, dass es sehr davon abhängig ist, was man vorher macht [...] jetzt für wirklich hochwissenschaftliches Arbeiten in Evaluationsgeschichten, würde ich schon glauben, dass ich noch etwas brauche. Das wäre vermessen zu sagen, ich würde in der Biostatistik arbeiten. [...] Aber wenn man vorher schon irgendwo war [...] festigt das die ganze Sache. [...] Unterrichtstätigkeit ist sicher was [...] das muss einem natürlich auch liegen, sonst macht man es eh nicht. Aber das ist sicher was, wo man einen Benefit aus dem Lehrgang zieht, weil man einfach auch ein großes „Drumrumwissen“ hat. Auch noch zusätzlich zu dem Fach, das man unterrichtet. Ansonsten glaube ich für die wissenschaftliche Karriere ist das sicher auch möglich, aber immer abhängig von der Vorausbildung.“¹²⁹

„[...] Es gibt Bereiche wo es einfach einmal um Disease Management und ähnliche Themen geht – ich denke mir, da hat man einen guten Einblick. Ja, wo es ein Stück auch sicher auch um ökonomische Entscheidungen geht, um Planung, um eine strategische Ausrichtung – egal ob das jetzt Beratung von einer Geschäftsführung oder Assistenz von irgendeiner Direktion oder so ist – oder ob das Mitarbeit in einer Fachabteilung ist, die sich mit diesen Themen beschäftigt. Ich meine gut wäre es, wenn man nicht nur immer im Gesundheitsbereich im Sinne von „Health in All Policies“ diesen Ansatz finden könnte, auch von mir aus in anderen Politikbereichen, in anderen Abteilungen von Ministerien, die jetzt gerade nicht Gesundheit implizieren - im Namen, in der Überschrift, der Fachabteilung oder sonstiges. Dort würde ich sie schon sehen. Nur glaube ich, dass sie bis dato dort weniger zu finden sind und wenig gibt.“¹³⁰

„Also ich glaube, dass die Public Health-Experten in der Zukunft eine Beratungsfunktion für Entscheidungsträger haben sollten. Ich kann mir nicht vorstellen, dass Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, sei es in der Sozialversicherung oder in den Gebietskörperschaften oder im Ministerium [...], dass die das Topmanagement oder die politische Ebene in diesen Organisationen, dass die dann eine Public Health-Ausbildung haben werden. Aber ich glaube, dass sie zunehmend starke Public Health- Expertise zur Beratung in Anspruch nehmen werden zum Teil, und ich glaube, viele werden es nicht so gleich in Anspruch nehmen aber sie sollten es in Anspruch nehmen. [...] ich glaube in Zukunft sollten Public Health-Experten mehr Beratungsfunktionen auf der politischen Ebene ausüben.“¹³¹

¹²⁸ PHA1

¹²⁹ PHA3

¹³⁰ PHA2

¹³¹ PHA1

6.7 Voraussetzungen für ein Public Health-Studium

Auf die Frage, welchen Menschen man zu einer Public Health-Ausbildung raten würde, sei aus ExpertInnensicht ein gewisses Maß an einschlägiger Berufserfahrung kein Nachteil. Eine befragte Person argumentiert auch gegen den Besuch eines Public Health-Lehrganges unmittelbar nach Abschluss eines Primärstudiums: „[...] die haben dann natürlich ein gutes theoretisches Rüstzeug, aber oft [...] wissen sie nicht richtig, von was sie reden, weil ihnen der Praxisbezug einfach fehlt [...]“¹³² Hinsichtlich der beruflichen Position empfinden es zwei befragte Personen als sinnvoll, zumindest in einem Umfeld zu arbeiten, wo Entscheidungen getroffen werden bzw. wo man beratend tätig ist. Auf der persönlichen Ebene werden von den ExpertInnen u.a. Offenheit, breites Interesse, soziale Kompetenz, Leidenschaft oder auch Sachlichkeit gepaart mit Emotionalität genannt.

Vorqualifikation/berufliche Position

„Also als Vorqualifikation glaube ich schon, dass es wesentlich ist, dass man im Umfeld Gesundheit/Krankheit etwas zu tun hat. [...] Also man soll sich mit den Grundproblematiken oder der Grundsituation Krankheit/Gesundheit einmal global beschäftigt haben. Von der Position her, glaube ich, muss das auf keinen Fall schon primär eine Führungsposition sein, [...] ich glaube nur, dass es jemand ist, der [...] eine Zeit Berufserfahrung hat. [...] Also von dem her glaube ich, dass es durchaus ideal ist, wenn er eine Zeit lang [...] gearbeitet hat. Ich sage 3-5 Jahre. Der muss keine 10 bis 15 Jahre haben. [...]“¹³³

„Mir kommt schon vor, dass die LehrgansteilnehmerInnen, die Berufserfahrung schon hatten, mehr gehabt haben von dem Lehrgang. [...] Und mir kommt vor, dass die Leute, die was auch immer sie vorher gemacht haben, medizinisch, pharmazeutisch, egal – im Gesundheitswesen vorher schon einmal tätig waren einfach schon mit einer anderen Erwartungshaltung in so einen Lehrgang hineingehen, die Motivation ist würde ich vermuten eine ziemlich konkrete und würde ich eher begrüßen, wenn mehr so Leute eben mit Berufserfahrung in die Ausbildung gehen.“¹³⁴

„[...] eine Ausbildung, eine universitäre oder eine Hochschulausbildung vorab absolviert zu haben, glaube ich, ist hilfreich, wenngleich es nicht unbedingt sein muss. Die zweite Sache war die berufliche Position [...] ich glaube dass es sicher besser ist, wenn man schon irgendwo ein gewisses Standing hat, wenn man irgendwo eine nicht unbedingt leitende Funktion hat aber zumindest für einen Fachbereich inhaltlich verantwortlich ist, weil ich glaube, dass man sonst nicht gehört wird irgendwie. Von dem her glaube ich, dass es viele interessierte Leute gibt, aber wenn man nicht irgendwo einen Zugang hat zu jemanden, der Entscheidungen trifft oder selber treffen kann, die auch eine Auswirkung haben, dann wird es wahrscheinlich schwierig werden.

¹³² PHA4

¹³³ PHA3

¹³⁴ PHA1

Von dem her denke ich ist es sicher besser, wenn man schon in solchen Positionen sitzt, egal ob jetzt irgendeine beratende Sache [...] oder halt selbst diese Funktion wahrnimmt.“¹³⁵

„Vorqualifikation ist, dass man sich einigermaßen im Gesundheitssystem auskennt. Die Funktion würde durchaus als eine beratende Funktion oder Referentenfunktion [...] einordnen. So eine Stabsfunktion für eine beratende Funktion im Stab der Entscheidungsträger.

Persönlichkeit

„[...] Von den persönlichen, individuellen Voraussetzungen her würde ich sagen: großes Interesse und sehr breites und offenes Interesse für die sehr breite, das sehr breite Spektrum an Fragen um die sich Public Health kümmert“¹³⁶

„[...] Von den Fähigkeiten her muss es jemand sein mit: soziale Kompetenz soll er mitbringen, weil dann profitierst du am meisten in dem Lehrgang, weil dann kannst du am besten diese anderen Meinungen [...] auch am besten dieses „A-HA-Erlebnis“ aufnehmen. [...] Und natürlich musst du interessiert sein. [...] Leute die Interesse an den Dingen haben und auch an Neuem Interesse haben – das sind immer die, die im Vorteil sind [...]“¹³⁷

„[...] Ich glaube es müssen sicher Leute sein, die irgendwie offen sind, auch ein Stück weit anderen Berufsfeldern, anderen Berufsgruppen gegenüber. Die einfach kommunikativ sind, die sich auf andere einlassen können, die ein Stück weit ins kalte Wasser springen können und wollen – weil manche Dinge vielleicht noch nicht so klar sind oder man erst entwickeln muss oder halt auch noch Pionierarbeit zu leisten ist, ich glaube es braucht halt einfach ein gewisses Engagement, ein Interesse für das Thema, eine gewisse Leidenschaft dahinter. Ja.“¹³⁸

„[...] Man sollte irgendwie eine altruistische Denke haben und nicht irgendwie Selbstoptimierung oder Gewinnoptimierung – weil da wird man mit Public Health wahrscheinlich nicht glücklich werden. Möglicherweise ist es gut, wenn man für den Tätigkeitsbereich eine ziemlich hohe Frustrationstoleranz mitbringt [...] und es braucht eine gesunde Mischung aus Sachlichkeit mit einer Emotionalität, die aber andere nicht überfordert. [...]“¹³⁹

6.8 Arbeitsmarktchancen (allgemein)

Aus Sicht der Befragten sind die allgemeinen Arbeitsmarktchancen eng an die Vorqualifikation und die berufliche Herkunft gekoppelt. Eine Person weist (nochmals) darauf hin, dass es jemand, der direkt im Anschluss an ein Primärstudium einen Universitätslehrgang Public Health absolviert es bei der Jobsuche nicht einfach haben wird. „ [...] Hingegen wenn du vorher 10 Jahre Krankenschwester warst oder Erfahrung hast in der Psy-

¹³⁵ PHA2

¹³⁶ PHA1

¹³⁷ PHA3

¹³⁸ PHA2

¹³⁹ PHA4

chologie - was auch immer - wird es leichter sein einen konkreten Anknüpfungspunkt zu finden.“¹⁴⁰

„Ich glaube, wenn man wirklich in den Bereich einsteigen möchte, ist es gut ein anderes Studium vorab zu haben oder einen akademischen Abschluss. [...] Und wenn sie da irgendeine universitäre Ausbildung haben plus den Lehrgang machen, dann glaube ich, dass die Berufschancen besser sind, als wenn jene, die jetzt z.B. diplomiertes Gesundheits- oder Krankenpflegepersonal – wenn die eine Ausbildung machen glaube ich, dass es für die schwieriger sein wird – [...] zumindest wenn sie den Beruf wechseln möchten. Wenn sie dort bleiben, wo sie sind und vielleicht eine Aufstiegschance sehen, die eine oder andere Position in einem Krankenhaus anstreben, ist es vielleicht leichter. Aber wenn man wechseln will und mit dem Public Health-Lehrgang einen neuen Berufszweig erkunden oder einen neuen Lebensweg einschlagen will bzw. Berufslaufbahn, dann ist es sicher leichter, wenn man ein bestimmtes Grundstudium mitbringt.“¹⁴¹

„Ich glaube, dass sich die Public Health-Expertise als Zusatzausbildung hauptsächlich manifestieren wird in Zukunft, wo bestehende akademisch-qualifizierte Mitarbeiter von einschlägigen Organisationen im Gesundheitswesen als zweite Zusatzausbildung eine Public Health-Ausbildung machen. Insofern ist es gut, dass die Public Health-Ausbildung berufsbegleitend ist. [...] Ich glaube nicht, dass die Organisationen in Österreich schon so weit sind, dass sie in der Aufnahme von jungen Akademikern so unkonventionell auf einmal sein könnten, dass sie einen Public Health-Experten aufnehmen, der einfach ein Public Health Epidemiologische Expertise aufweist. Das kann ich mehr derzeit nicht vorstellen.“¹⁴²

6.9 Bedarf an Public Health-ExpertInnen

Aus Sicht der Befragten ist der Bedarf an Public Health-ExpertInnen in Österreich zweifelsohne vorhanden. Sei es u.a. bei den Krankenversicherungsträgern, bei den Ländern, im Gesundheitsministerium oder auch in der Krankenversorgung.

„Ich glaube, dass man in den rund 20 größeren Krankenversicherungsträgern durchaus im Schnitt drei, vier Public Health-Experten brauchen könnten. Und wenn ich die Zahlen richtig in Erinnerung habe, nähern wir uns da schon in der Sozialversicherung durchaus einer gewissen Sättigung an. Das ist zwar ungleich verteilt [...] aber im Schnitt glaube ich würde ich sagen haben wir den Bedarf nach 60 bis 80 Public Health-ExpertInnen in der österreichischen Sozialversicherung. Ich glaube, dass in jedem der neun Bundesländer auch mindestens 3 Public Health-Experten an wesentlichen Stellen zum Einsatz kommen sollten. D.h. da wären wir wieder auf knapp 30. Ich glaube, dass es im Gesundheitsministerium mindestens 10 Public Health-Experten eingesetzt werden sollten. Ich glaube, dass in größeren Krankenanstaltenverbänden ein paar Public Health-Experten eingesetzt werden sollten. Vielleicht auch in Interessensvertre-

¹⁴⁰ PHA4

¹⁴¹ PHA2

¹⁴² PHA1

tungen. Also ich schätze den Bedarf in Österreich größenordnungsmäßig auf zunächst einmal 200 oder 300 Public Health-Experten. Wenn man vielleicht noch jene mitrechnet, die so als freiberufliche Ein-Personen-Unternehmen irgendwelche größere Firmen beraten zu Gesundheitsfragen und ausgelagerte Fragestellungen eines Ministeriums bearbeiten oder in der Forschung tätig sind, oder in der Lehre. Also 200 oder 300 werden es wahrscheinlich sein, die man in Österreich auf Dauer braucht.“¹⁴³

„Ich glaube schon, dass es mehr geben sollte. Wenn man sich das Feld und was da ist objektiv anschaut, dann glaube ich dass einfach noch zu wenige Menschen mit Expertise Entscheidungen treffen oder beeinflussen können. Von dem her sollte es, das ist meine Meinung, mehr geben. Aber man muss sie auch einsetzen und dass ist sicher ein Punkt wo glaube ich noch Handlungsbedarf besteht: Dass sie dort eingesetzt werden oder dass jene Personen ausgebildet werden, die eben was bewegen können. Da gibt es sicher noch Bedarf und da hoffe ich, dass es mehr wird.“¹⁴⁴

„Ich würde sagen, qualitativ ist ein Riesenbedarf. [...] Ich würde aber trotzdem behaupten es ist noch ein großer Bedarf. Woran mache ich das fest. Ich war vor ein paar Jahren in Schweden [...] und da habe ich erfahren, dass die insgesamt 11 Ausbildungsstätten haben, hatten das damals aber schon 15 oder 20 Jahre, also die haben schon viele Leute durchgeschleust und die hatten damals schon eine kritische Masse und haben zu mir auch damals gesagt, es ist ein Erfolgsfaktor, den sie selber sehen, weil sie damals ja nationale Gesundheitsziele verabschiedet haben, das war 2003, und das steht jetzt nicht irgendwie abstrakt im Raum und niemand kann damit was anfangen, sondern es gibt in v.a. den öffentlichen Einrichtungen schon genug die jetzt genau wissen, was das heißt und was sie damit machen sollen. Also das war jetzt etwas, mit dem man wirklich arbeiten konnte – zumindest konzeptionell. Was das dann ressourcenmäßig heißt, ist immer noch etwas anderes, aber ...das haben mir die so berichtet. Und wenn ich das jetzt so auf Österreich umlege – Österreich hat ungefähr dieselbe Einwohnerzahl wie Schweden, halt eine Million weniger, [...] wir haben vor 10 Jahren angefangen, wir haben 4 Ausbildungsstätten - da sind wir sicher noch weit von der kritischen Masse entfernt, die die Schweden haben. Daher behaupte ich jetzt wir haben noch zu wenig.“¹⁴⁵

„Einen groben Mangel gibt es sicher im Bereich der Krankenversorgung [...]“¹⁴⁶

6.10 Standing

Das Standing der Disziplin Public Health in Österreich wird von den befragten ExpertInnen als – vorsichtig ausgedrückt – eher bescheiden beschrieben. Vor allem im internationalen Vergleich hinke man zum Teil deutlich hinterher. Die Ursache wird unter anderem in der korporatistisch geprägten Systemorganisation Österreichs oder auch mir der mangelhaften universitären Verankerung gesehen. Auch historische Entwick-

¹⁴³ PHA1

¹⁴⁴ PHA2

¹⁴⁵ PHA4

¹⁴⁶ PHA3

lungen spielen eine Rolle. Aus dem bescheidenen Standing resultiert auch aus Sicht der Befragten die Tatsache, dass Public Health-ExpertInnen in Österreich nur schwer Gehör finden.

Disziplin Public Health

„[...] es hat bei uns sehr lange gedauert, bis aus der Sozialmedizin die irgendwie nach dem 2.WK übergeblieben ist, dass aus der Sozialmedizin bei uns Public Health geworden ist. Aber ich würde trotzdem behaupten auch die Sozialmedizin hat bei uns als wissenschaftliches Fach keinen hohen Stellenwert gehabt. Es ist ja nicht so, dass bei uns nichts war, es war halt eine andere Entwicklung und es hat ein anderes Wording gehabt, aber eigentlich hat es da schon Überschneidungen gegeben auch wenn man sicher einen Rückstand gehabt hat, aber es ist nicht so, dass wir im Jahr 2000 bei null angefangen hätten.“¹⁴⁷

„In Österreich ist das nicht vorhanden. Weil man wird angeschaut wie nur irgendwas wenn man sagt [...] „Was hast du da gemacht? Und was soll das sein?“ Und das wird man jetzt nicht gefragt von Menschen, die sehr, sehr, sehr entfernt sind von solchen Themenbereichen, sondern z.B. im Krankenhaus [...] Man weiß darüber nichts. Und da glaube ich dass das in Österreich natürlich schlechter ist wie in angloamerikanischen Ländern oder Skandinavien [...] die Klassiker eben. [...] Weil es sehr wenige Menschen gibt mit der Ausbildung [...] Wenn ich natürlich irgendwo ein Institut habe, ein Public Health Institut, ich sage mal wo z.B. 100 Menschen arbeiten oder sind es 50, dann habe ich einen anderen Output, kann anders auftreten bei Veranstaltungen [...] und ich bin omnipräsent [...] das geht halt nicht, wenn kleine Anzahlen sind.“¹⁴⁸

„[...] International glaube ich, dass das Thema Public Health sehr gut etabliert ist. Public Health als Wissenschaft ist bei uns schlecht etabliert bzw. es müsste mehr etabliert werden. Ich denke es gibt zwar Lehrgänge dazu, aber es gibt keinen eigenen Lehrstuhl. Ich denke Bielefeld hat was Gesundheitswissenschaften und Public Health betrifft einen eigenen Lehrstuhl. Also da glaube ich schon, dass auf Hochschul- und Universitätsebene sicher noch einiges möglich ist. Und notwendig wäre, damit man es auch gut etablieren kann.“¹⁴⁹

„Das Thema Public Health hat – es gibt natürlich international nach meinen Einschätzungen sehr stark Public Health tendierte Staaten wie Australien oder Großbritannien oder die skandinavischen Staaten oder Kanada. Und es gibt Staaten, wo Public Health einen sehr untergeordneten Stellenwert einnimmt. Das sind interessanterweise die Sozialversicherungs-Staaten Österreich, Deutschland, Frankreich. Und interessanterweise sind die staatlichen Gesundheitssysteme Australien, Großbritannien wo Public Health einen höheren Stellenwert hat. Ich glaube, dass Public Health es spezifisch in Österreich [...] noch einmal schwerer hat, weil Österreich halt durch diese starke korporatistische Systemorganisation mit unglaublich starker Ärztekammer, unglaublich starker Wirtschaftskammer, Arbeiterkammer, Sozialversicherung – dass es da so starke Stakeholder gibt die sehr viel auf der interessenspolitischen Ebene aushandeln und

¹⁴⁷ PHA4

¹⁴⁸ PHA3

¹⁴⁹ PHA2

*wo die inhaltliche Ebene von Gesundheitszielen oder von festgestellten Mängeln oder Optionen in Gesundheitsberichten festgestellte Mängel oder Optionen – die werden so zweit, drittrangig bearbeitet, da muss schon irgendwo ein Listerienskandal passieren, wo zwei drei Leute sterben – so schlimm das jetzt klingt, damit die Gesundheitspolitik einmal Fragen der Hygiene der Bevölkerungsgesundheit aufmerksam wird. Vieles der österreichischen Gesundheitspolitik ist eigentlich eine Politik der Macht- und Interessensaufteilung. Da spielen neben den korporatistischen Verbänden noch die Länder versus Bund eine Rolle, versus Sozialversicherung [...] also gerade in Österreich, wo diese korporatistische Organisation zusätzlich mit den Ebenen Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherung so dominiert, dort hat es Public Health noch einmal schwerer. [...] das ist eigentlich der Hauptgrund, dass der Durchgriff in diesen staatlichen Systemen viel einfacher ist und auch dadurch, dass [...] die ganzen Prozesse weniger von Interessensausgleich als vom Verhandlungsthema dominiert sind, kommt auch das eigentliche Thema in der Gesundheitswelt, das Public Health-Thema mehr zur Geltung.[...]*¹⁵⁰

*„[...] Und ob Public Health als wissenschaftliche Disziplin ein Standing hat? Ich weiß nicht, woran ich es festmachen sollte, dass es ein Standing gibt? [...] Ich glaube es gibt kein Generalrezept, wie man Public Health zu mehr, wie man es schaffen kann, das Public Health-Expertise mehr wahrgenommen, mehr gehört wird mehr Bedeutung erlangt. Das muss wahrscheinlich jedes Land für sich selber den Weg gehen.“*¹⁵¹

Public Health ExpertInnen

*„Bei den Experten bildet sich halt diese schwierige Rolle von Public Health in Österreich auch noch einmal ab. Die Public Health-Experten in Österreich tun sich immens schwer ihre Analyseergebnisse, ihre Vorschläge einzubringen, weil die Entscheidungsträger ganz andere Verhandlungsinteressen haben in ihren Verhandlungen in denen sie täglich drinnen sind.“*¹⁵²

*„Ich glaube schon, dass man gewisse Personen und Organisationen als Experten ansieht und das sicher etabliert ist, aber sicher nicht so wie in anderen Ländern.“*¹⁵³

*„Ich würde sagen man hat noch nie gehört, also ich halt nicht, dass man gesagt hat zu irgendeinem Thema wird dann noch ein Public Health-Experte befragt. Also ich habe das noch nie gehört. „Dieses Thema wird jetzt noch politisch [...] mit einem Public Health-Experten oder in der Public Health-Community“ - wie auch immer [...].“*¹⁵⁴

6.11 Prognose für Public Health in Österreich

Die Prognose für Public Health in Österreich fällt seitens der befragten ExpertInnen zumindest vorsichtig optimistisch aus, wobei sich der Optimismus vor allem aus einer konstatierten „Gesundheitssystemkrise“ heraus zu bilden scheint. Der finanzielle Druck im Zusammenhang mit z.B. der demographischen Entwicklung seien Faktoren, die

¹⁵⁰ PHA1

¹⁵¹ PHA4

¹⁵² PHA1

¹⁵³ PHA2

¹⁵⁴ PHA3

irgendwann zu einem Umdenken in der (Gesundheits-)Politik führen müssten. Auch die stetig steigende Anzahl an Public Health-AbsolventInnen dürften für Public Health in Österreich als optimistisches Vorzeichen gedeutet werden.

„Da die Bedeutung jetzt noch keine große ist, gehe ich davon aus, dass sie in jedem Fall noch zunehmen wird. Wie viel das allerdings sein wird [...] ich hoffe natürlich viel. Weil im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bestimmt noch viel, viel, viel mehr getan werden kann wie jetzt, aber auch in der Krankenversorgung könnte man viel verbessern mit diesem Wissen und wahrscheinlich wird es wie so oft an finanziellen Rahmenbedingungen liegen. Solange wir das Geld haben, das System so zu finanzieren wie es jetzt ist, also keine Not ist, wird sich wahrscheinlich wenig ändern. Aber ich hoffe, dass dieses System bald an die Wand fährt und man wirklich einschneidende Änderungen machen muss und dann auch will und das wird dann unser „Window of Opportunity“ sein.“¹⁵⁵

„Ich denke mir, wenn es zu diesen großen Reformen kommt, zu denen ich glaube es ja irgendwann kommen wird müssen - siehe Finanzierungsproblem, demographische Situation mit vielen Dingen die da dazu gehören - glaube ich ist es die Chance von Public Health, dass man irgendwann nicht mehr sagen kann: Was die meinen kann schon recht gut und schön sein, aber [...] man wird halt jemanden mit Public Health-Expertise anhören müssen. Das wird glaube ich unsere Chance. Wenn man die Chance versäumt, dann kommt man wieder in eine Schublade und das was da die große Chance für Public Health gewesen wäre hat man damit vertan. Wenn man da schaut, dass man da Menschen so gut in Österreich und an den Schaltzentralen verteilt hat, dass überall jemand sitzt, der da mit Public Health-Argumenten kommen kann [...] dann ist das glaube ich die größte Chance, weil man wird irgendwie um diverse Dinge nicht ganz herumkommen um das irgendwie neu zu gestalten. Was auch immer das heißt, es hängt ja nicht nur von Public Health-Expertise ab, da sind ja auch mehrere Dinge die eine Rolle spielen. Aber ich glaube die Zukunft könnte die ganz große Chance werden von Public Health.“¹⁵⁶

„Naja, ich sage jetzt auch einmal, da hat es den Horst Noack gegeben, der in Österreich den ersten Public Health-Lehrgang vor 10 Jahren begründet hat und der ist auch so eine Einzelperson, der als Einzelperson unglaublich viel erreicht hat durch seine Überzeugungskraft und seine Hartnäckigkeit und Konsequenz und seine sympathische Ausstrahlung und durch sein Wissen. Der hat wirklich viel geleistet. Der hat einmal so einen Grundstein gelegt für eine Public Health-Szene in Österreich. Und vor allen aus dem Public Health-Lehrgang in Graz sind Absolventen herausgekommen, die man jetzt, wenn man im Gesundheitswesen tätig ist, immer wieder allerorten wieder trifft. Und aus dem entwickelt sich schon ein Netzwerk heraus, wo man sagen kann, dass Public Health sicherlich zumindest einmal eine mittelfristige Nachhaltigkeit in Österreich entwickelt hat. Die Public Health-Stimmen, die da mittlerweile sich Gehör verschaffen, sind gut vernetzt und da sind geschickte Leute dabei. Ich glaube daher, dass es möglich sein wird, [...] mit beständigem Bohren des dicken Brettes, des berühmten dicken Brettes, doch

¹⁵⁵ PHA4

¹⁵⁶ PHA3

Public Health einen Stellenwert zu verschaffen, der im Vergleich zu der Situation noch vor 20, 30 Jahren eindeutig einer breiten Public Health-Perspektive mit der Berücksichtigung der sozialen Umstände und anderen Gesundheitsdeterminanten einen breiteren Platz geben wird. Und gleichzeitig merkt man ja, dass der gesamte medizinindustrielle Komplex, die Ärztekammern, die Pharmaindustrie aus verschiedensten Gründen doch deutlich an Bedeutung abnehmen. Also insofern ist meine Prognose vorsichtig optimistisch für Public Health.“¹⁵⁷

„Ich glaube schon, dass es etwas Aufstrebendes ist. Im Sinne von: Da kommen mehr Leute, da wird dem Thema auch mehr Gewicht verliehen. Es reden auch immer mehr von Public Health – das ist ja schon mal gut. Man muss sie halt jetzt noch dazu kriegen, damit sie auch wissen, was hinter Public Health steckt und was eigentlich damit gemeint ist. Aber ich bin positiv und optimistisch und bin eigentlich sicher, dass sich der Public Health-Bereich weiter entwickeln wird. Ich denke, wir alle sind letztendlich kleine Steinchen in der Landschaft, die hoffentlich irgendwann einmal eine schön asphaltierte Straße zu Public Health haben.“¹⁵⁸

¹⁵⁷ PHA1

¹⁵⁸ PHA2

7 Zusammenfassung und Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit sollte erstmals der berufliche Verbleib von AbsolventInnen österreichischer Universitätslehrgänge Public Health systematisch mittels Online-Befragung untersucht werden. Das dazu eingesetzte Instrument hat sich als durchaus geeignet erwiesen. Für den Autor war die Durchführung der Online-Befragung völliges Neuland und mit einigen Mühen aber umso gehaltvolleren Erkenntnissen verbunden. Die bereinigte Rücklaufquote von 58 Prozent ist durchaus zufriedenstellend. Eine vergleichbare Untersuchung von NITZSCHKE & DIERKS (2009) unter Public Health-AbsolventInnen in Deutschland kam auf eine Rücklaufquote von 46%. Insgesamt ist anzumerken, dass ein leichter Selektionsbias nicht gänzlich auszuschließen ist. So könnten AbsolventInnen, die z.B. mittlerweile nichts mehr mit Public Health zu tun haben, in geringerem Ausmaß teilgenommen haben. Eine weitere Schwäche ist, dass von einer Differenzierung der Ergebnisse nach jeweiligem Lehrgang in Absprache mit den Lehrgangsleitungen ausblieb. Dies wäre aber aufgrund von teilweiser Unterrepräsentation ohnehin nicht sehr gehaltvoll gewesen. Trotz unterschiedlicher inhaltlicher Schwerpunktsetzung in den Lehrgängen ist davon auszugehen, dass ein gewisses Maß von gemeinsamem Verständnis von Public Health vorhanden ist. Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews sind selbstverständlich nicht generalisierbar. Dennoch sind sie ein wertvoller Bestandteil der Arbeit, da sie exemplarische Einblicke zu manchen Untersuchungsdimensionen liefern.

Bezüglich der Vorqualifikationen der befragten AbsolventInnen kann man durchaus von einer multidisziplinären Zusammensetzung sprechen. Komplexe Herausforderungen und Problemlagen im Gesundheitswesen bedürfen interdisziplinärer Zugänge in der Erarbeitung von Problemlösungsstrategien. So gesehen kann festgehalten werden, dass die Universitätslehrgänge Public Health diesem Bedarf entsprechend besetzt sind. Eine vergleichbare Studie von NITZSCHKE & DIERKS (2009) weist für AbsolventInnen deutscher Masterstudiengänge Public Health einen MedizinerInnenanteil (Vorqualifikation) von 55 Prozent aus.¹⁵⁹ In der vorliegenden Studie ist dieser Anteil mit 37 Prozent deutlich niedriger.

Hinsichtlich der Motive für die Absolvierung einer Public Health-Ausbildung sind neben dem – von fast allen bekundeten - Interesse am Thema und der beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung vor allem die Aneignung einer besseren gesundheitspolitischen Orientierung (80%) sowie der Wunsch nach Vernetzung mit AkteurInnen im Gesundheitswesen (69%) wichtige Beweggründe. Hinzu kommt, dass für knapp zwei

¹⁵⁹ Nitzschke, Dierks 2009, S. 2

Drittelp die Erschließung eines neuen Berufsfeldes ein wichtiges Motiv darstellt. Dies ist ein Motiv, das insbesondere von Personen mit Gesundheitsberufen bzw. MedizinerInnen deutlich häufiger genannt wird. In diesem Zusammenhang könnte auch die abnehmende Bedeutung des Krankenhauses als Arbeitgeber gesehen werden. Immerhin hat gut ein Drittel jener Personen, die zu Beginn der Ausbildung in einem Krankenhaus beschäftigt war, nun eine Tätigkeit in einem anderen Bereich. Freilich bleibt das Krankenhaus für viele AbsolventInnen ein wichtiger Arbeitgeber – immerhin arbeitet eine relative Mehrheit der Public Health-AbsolventInnen in einem Krankenhaus (27%). Bereits an zweiter Stelle rangiert jedoch die Sozialversicherung. Dies ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass die Sozialversicherung bereits seit mehreren Jahren Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Public Health forciert und mittlerweile einen breiten Public Health Capacity Building-Prozess verfolgt.¹⁶⁰ Die Bedeutung der Sozialversicherung als (potenzieller) Arbeitgeber für Public Health-AbsolventInnen wird auch von den Aussagen in den ExpertInneninterviews unterstrichen. Weitere bedeutende Arbeitgeber sind der Öffentliche Gesundheitsdienst bzw. die Öffentliche Verwaltung sowie Non-Profit-Organisationen. Im Gegensatz zu Deutschland, wo die Hochschule als bedeutendster Arbeitgeber gilt¹⁶¹, sind nur wenige AbsolventInnen an einer Universität/Hochschule beschäftigt. Dies dürfte der längeren und besseren Verankerung der Disziplin Public Health an deutschen Hochschulen geschuldet sein.¹⁶²

Fast alle befragten Public Health-AbsolventInnen sind erwerbstätig, von Arbeitslosigkeit ist kaum jemand betroffen und besonders wichtig: Der Großteil (90%) ist mit der individuellen beruflichen Situation auch zufrieden. Die überwiegende Mehrheit der Befragten hat aktuell ein Angestelltenverhältnis. Ein beachtlicher Anteil (44%) der unselbstständig Erwerbstätigen übt eine Führungsfunktion bzw. eine Vorgesetztenrolle aus. Gut ein Drittel aller derzeit Erwerbstätigen hat seit dem Abschluss der Public Health-Ausbildung mindestens einmal den Arbeitgeber gewechselt – ein Indiz für eine durchaus vorhandene Mobilität/Veränderungsbereitschaft der Untersuchungspopulation. Zwar führen die meisten Befragten persönliches Engagement und die berufliche Ausbildung vor der Public Health-Ausbildung als wichtigste Faktoren für das Erreichen der aktuellen beruflichen Position an – aber immerhin 39 Prozent sehen auch in der Public Health-Ausbildung einen dafür zumindest eher wichtigen Grund.

¹⁶⁰ Soffried et al. 2011, S. 443

¹⁶¹ Nitzschke, Dierks 2009, S. 3

¹⁶² Nitzschke, Dierks 2009, S. 1

Die wichtigsten beruflichen Aufgaben der befragten AbsolventInnen sind Tätigkeiten im Bereich Organisation/Management, Qualitätsmanagement und bereits an dritter Stelle Gesundheitspolitik/-strategie. Vergleicht man die häufigsten Tätigkeitsschwerpunkte von erwerbstätigen Personen zu Beginn der Ausbildung und aktuell, so sticht vor allem die Zunahme beim Tätigkeitsschwerpunkt Gesundheitspolitik/-strategie von 17% auf 40% ins Auge. Im beruflichen Alltag sind für die AbsolventInnen insbesondere Kompetenzen hinsichtlich Problemlösungsfähigkeit, Planungs- und Organisationsfähigkeit und kritisches Denken und Reflexionsfähigkeit von großer Relevanz. Aber auch noch „typischere“ Public Health-Kompetenzen wie interdisziplinäre und multisektorale Denkweisen, Kenntnisse über soziale Determinanten der Gesundheit sowie in der Gesundheitsförderung/Prävention und auch populationsbezogenes Denken sind mehrheitlich im beruflichen Alltag von Relevanz.

Letztere Kompetenzen wurden aus Sicht von einem Großteil der Befragten im Rahmen der Ausbildung besonders umfassend vermittelt. Für die überwiegende Mehrheit der AbsolventInnen hatten mehr als die Hälfte der vermittelten Inhalte einen Neuigkeitswert. Als eine positive Folge der Public Health-Ausbildung darf auch das Ergebnis interpretiert werden, dass sich die Public Health-Tätigkeiten im aktuellen Beruf im Vergleich zur beruflichen Situation am Beginn des Studiums substantiell erhöht haben.

Bei drei Viertel der Befragten hat die Public Health-Ausbildung zu einer Erweiterung der beruflichen Kontakte geführt. Für fast ebenso viele hat sich als persönliche Konsequenz des Lehrgangs eine bessere Vernetzung mit ExpertInnen im österreichischen Gesundheitswesen ergeben. HEPPNER (2011) konnte in einer Untersuchung unter TeilnehmerInnen und AbsolventInnen des Universitätslehrganges Public Health Graz ein relativ großes Netzwerk in der Untersuchungspopulation nachweisen.¹⁶³

Insgesamt waren drei Viertel der Befragten mit der Public Health-Ausbildung zufrieden. Wenig verwunderlich: Je höher der Public Health-Anteil der Tätigkeiten im Beruf, desto besser wird die Ausbildung beurteilt. Die Einschätzung der allgemeinen Arbeitsmarktchancen hängen ebenfalls stark mit den beruflichen Tätigkeiten zusammen. Auch hier gilt: Je höher der Public Health-Anteil der Tätigkeiten im Beruf desto besser werden die Arbeitsmarktchancen beurteilt. Insgesamt muss jedoch darauf verwiesen werden, dass eine Mehrheit der Befragten die allgemeinen Arbeitsmarktchancen als eher niedrig einstuft – und das, obwohl der Bedarf an Public Health-ExpertInnen für das österreichische Gesundheitswesen als hoch eingeschätzt wird. Eventuell hängt dies – wie in den

¹⁶³ Heppner 2011, S. 66

ExpertInneninterviews geäußert wurde – mit der geringen Bekanntheit der Disziplin zusammen. Dennoch würden über drei Viertel der Befragten die Ausbildung noch einmal belegen, wenn sie noch einmal vor der Wahl stünden.

Die Studie hat gezeigt, dass bereits in vielen Bereichen und Institutionen Public Health-Expertise in Form von AbsolventInnen österreichischer Universitätslehrgänge Public Health vorhanden ist. Nicht wenige davon sind sogar in Führungspositionen. Obwohl das Standing von Public Health in Österreich sicher (noch) als gering bezeichnet werden muss, so denke ich, wird die Bedeutung nicht zuletzt durch eine stetig steigende Anzahl an AbsolventInnen und dem engagierten Wirken der bereits ausgebildeten Public Health-ExpertInnen zunehmen.

8 Literatur

- ASPHER (2008): Provisional Lists of Public Health Core Competencies. European Health Core Competencies Programme (EPHCC) for Public Health Education. Phase 2. Herausgegeben von Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER). Online verfügbar unter http://folkesundhed.au.dk/fileadmin/www.folkesundhed.au.dk/master_of_publ__health/afdelingen/forside/aspher_2.pdf, zuletzt geprüft am 31.07.2012.
- Atteslander, Peter (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. 9. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin; New York: de Gruyter.
- Badura, B.; Kirch, W.; Troschke, J.v.; Gostomzyk, J.G.; Maschewsky-Schneider, U.; Walter, U. (2001): Public Health/Gesundheitswissenschaften - Ziele, Aufgaben, Erkenntnisse. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 9, H. 1, S. 5–7.
- Birgmann, Richard (2010): Web-Befragungen in der Gesundheitsberichterstattung. Herausgegeben von Institut für Gesundheitsplanung. (Newsletter des Instituts für Gesundheitsplanung, Ausgabe 4 - Dezember 2010). Online verfügbar unter http://www.gesundheitsplanung.at/images/pdfs/igp_newsletter_1004.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2012.
- Birt, Christopher A.; Foldspang, Anders (2009): Public health capacity building - not only the property of the medical profession. In: European Journal of Public Health, H. 19, S. 232–235.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dierks, Marie-Luise (2003): Public-Health-Ausbildung in Deutschland. Postgraduierte Public-Health-Ausbildung und Berufsfelder im Bereich von Public Health. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Abelin, Theodor (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 772–779.
- Fischer, Melanie (2005): Möglichkeiten sozialwissenschaftlicher Surveys im Internet. Stand und Folgerungen für Online-Befragungen. In: Hefte zur Bildungs- und Hochschulforschung, H. 46, S. 1–48. Online verfügbar unter http://kops.ub.uni-konstanz.de/bitstream/handle/urn:nbn:de:bsz:352-opus-116919/Heft46_OnlineBefragung.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2012.
- Flaschberger, Edith; Gugglberger, Lisa (27. Mai 2010): Capacity Building für Gesundheitsförderung an Schulen - die Rolle von Weiterbildung und anderen unterstützenden Strukturen. Veranstaltung vom 27. Mai 2010, aus der Reihe "Gesundheit macht Schule". Veranstalter: Fonds Gesundes Österreich. Online verfügbar unter http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/gesundheitsforderung-macht-schule/FGO_Lisa%20Gugglberger.pdf, zuletzt geprüft am 28.05.2012.
- Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.) (2003): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2. Aufl. Reinbeck bei Hamburg: Rohwolt Taschenbuch Verlag.
- Hawe, Penelope; King, Lesley; Noort, Michelle; Jordens, Christopher; Lloyd, Beverley (2000): Indicators to Help with Capacity Building in Health Promotion. Herausgegeben von NSW Health Department. North Sydney.
- Heppner, Bianca (2011): Vernetzung in der Praxis der Gesundheitsförderung: Die Nutzung von Wissensgemeinschaften. Masterarbeit. Betreut von Martin Sprenger. Graz. Medizinische Universität Graz.
- Hopf, Christel (2003): Qualitative Interviews. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2. Aufl. Reinbeck bei Hamburg: Rohwolt Taschenbuch Verlag, S. 349–360.

- Institut für Gesundheitsplanung (Hg.) (2012): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010. Linz.
- Johannes Kepler Universität Linz (Hg.): Aufbaustudium Public Health and Hospital Management. Informationsfolder. Online verfügbar unter <http://www.ph-cr.jku.at/FolderPH/>, zuletzt geprüft am 29.04.2012.
- Johannes Kepler Universität Linz (Hg.): Postgraduate-Studium Public Health and Health Systems Management. Informationsfolder. Online verfügbar unter <http://www.ph-cr.jku.at/FolderMPH/>, zuletzt geprüft am 30.04.2012.
- Kolip, Petra (2002): Entwicklungen der Gesundheitswissenschaften in Deutschland: Ausgangspunkte, Definitionen und Prinzipien. In: Kolip, Petra (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften), S. 7–22.
- Kolip, Petra (Hg.) (2002): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
- Kromrey, Helmut (2006): Empirische Sozialforschung. 11. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Ladurner, Joy; Gerger, Marlene; Holland, Walter W; Mossialos, Elias; Merkur, Sherry; Irwin, Rachel; Soffried, Jürgen (2010): Public Health in Austria. Report for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. Vienna.
- Ladurner, Joy; Gerger, Marlene; Holland, Walter W; Mossialos, Elias; Merkur, Sherry; Irwin, Rachel; Soffried, Jürgen (2011): Public Health in Austria. An analysis of the status of public health. Herausgegeben von World Health Organization (Observatory Studies Series, 24). Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf, zuletzt geprüft am 26.06.2012.
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Homepage der Medizinischen Universität Graz. Medizinische Universität Graz. Online verfügbar unter <http://www.medunigraz.at/ph>, zuletzt geprüft am 27.04.2012.
- Homepage des Universitätslehrgangs Public Health der Medizinischen Universität Graz. Medizinische Universität Graz. Online verfügbar unter <http://public-health.meduni-graz.at/index.htm>, zuletzt geprüft am 27.04.2012.
- Homepage des Universitätslehrgangs Public Health der Medizinischen Universität Wien und der Universität Wien. Medizinische Universität Wien und Universität Wien. Online verfügbar unter <http://www.meduniwien.ac.at/orgs/index.php?id=369>.
- Meusburger, Stefan; Peböck, Markus (2012): Allgemeiner Hintergrund. In: Institut für Gesundheitsplanung (Hg.): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010. Linz, S. 14–17.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71–93.
- Nitzschke, Petra; Dierks, Marie-Luise (2009): Beruflicher Verbleib von Absolventen der Masterstudiengänge Public Health: Ergebnisse einer Online-Absolvent/innenbefragung. Herausgegeben von Gesundheit Berlin-Brandenburg. Dokumentation 15. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin. Online verfügbar unter http://www.gesundheitberlin.de/download/Nitzschke_;Dierks_Gesundheitsstudiengaenge_bearb_10-02-09.pdf, zuletzt geprüft am 18.11.2011.
- Noack, Horst R. (o.J.): Wissen und Qualifikation für Public Health. Online verfügbar unter http://www.goinginternational.org/deutsch/pdf/Autorenarchiv/Noack2_dt.pdf, zuletzt geprüft am 28.04.2012.

- Noack, Horst R. (2003): Public Health in Europa: Forschung, Ausbildung und Perspektiven. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Abelin, Theodor (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 757–771.
- NSW Health Department: A Framework for Building Capacity to Improve Health (2001).
- Peböck, Markus (2012): Multisektorale Verantwortung. In: Institut für Gesundheitsplanung (Hg.): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010. Linz, S. 207–211.
- Pundt, Johanne; Lorenz, Hans-Jürgen (2004): Berufliche Entwicklungen und Perspektiven durch das Public Health Studium: Lohnt sich die postgraduale gesundheitswissenschaftliche Ausbildung? 2004-05; Blaue Reihe. Herausgegeben von Berliner Zentrum Public Health. Online verfügbar unter http://bsph.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/bsph/Blaue_Reihe/2004-05_ger.pdf, zuletzt geprüft am 29.10.2011.
- Püringer, Ursula (2005): Die Geschichte des Universitätslehrganges Public Health in Graz, oder wer seiner Zeit voraus ist, muss in dunklen Höhlen auf sie warten - Teil 1. In: Sprenger, Martin (Hg.): Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack PhD. Graz, S. 205–208.
- Rosenbrock, Rolf; Geene, Raimund: Soziale bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik. Online verfügbar unter <http://www.muenster.org/gal/download/rosenbrock.pdf>, zuletzt geprüft am 29.10.2011.
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Public Health - Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Abelin, Theodor (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer .
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Abelin, Theodor (Hg.) (2003): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Soffried, Jürgen; Spitzbart, Stefan; Schloffer, Andrea (2011): Capacity Building für Public Health in der Sozialversicherung 2009/2010. In: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der Österreichischen Sozialversicherung, H. 9/2011, S. 437–445. Online verfügbar unter http://www.ifgp.at/files/Soffried,Spitzbart,Schloffer_CapacityBuilding09-10_SoSi-Sept2011.pdf, zuletzt geprüft am 21.09.2012.
- Sprenger, Martin (Hg.) (2005): Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack PhD. Graz.
- Stahl, Timmo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Herausgegeben von Ministry of Social Affairs and Health (Finnland).
- Winslow, Charles-Edward Amory (1920): The Untilled Fields of Public Health. In: Science, New Series, H. 51, S. 23–33.
- World Health Organization (1998): Glossar Gesundheitsförderung. Herausgegeben von Weltgesundheitsorganisation (WHO). Genf.
- World Health Organization (1998): Health Promotion Glossary. Herausgegeben von World Health Organization. Genf. Online verfügbar unter http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf, zuletzt geprüft am 28.10.2011.

Anhang

- Leitfaden ExpertInneninterviews
- Fragebogen der Online-Befragung

Leitfaden ExpertInneninterviews

Individueller Teil		
Frage	Anmerkung	
<p>1. Wie sind Sie dazu gekommen, Public Health zu studieren? Welche Motive hatten Sie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wie sind Sie auf die Ausbildungsmöglichkeit aufmerksam geworden? (Zufall vs. aktive Suche) ✓ Welche Rolle spielte ihre berufliche Situation damals, sich für diese Ausbildung zu entscheiden? ✓ Motiven nachgehen 		
<p>2. Was haben Sie durch die Public Health-Ausbildung gelernt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neuigkeitswert des Gelernten ✓ Wichtigste Fähigkeiten/Denkweisen 		
<p>3. Welche in der Public Health-Ausbildung vermittelten Inhalte können Sie in Ihrem beruflichen Alltag verwenden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anwendbarkeit von Public Health-Wissen/Skills ✓ Nachfragen (in welcher Form genau? Beispiele) 		
<p>4. Würden Sie die Public Health-Ausbildung noch einmal machen? (Hypothetische Studienwahl)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nachfragen (Gründe) 		

Allgemeiner Teil		
<p>5. In welchen Institutionen haben Public Health AbsolventInnen gute Chancen auf einen Arbeitsplatz? Warum?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ (Anregung: z.B. Uni, Forschungseinrichtung, SV, Krankenversorgung usw.) ✓ Nachfragen/Begründung 		
<p>6. Für welche Aufgabengebiete sind PH-Absolventen gut ausgebildet?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ (Anregung: z.B. Ausbildung/Lehre, Evaluation, Forschung, usw.) ✓ Nachfragen/Begründung 		
<p>7. Welchen Menschen würden Sie zu einer Public Health-Ausbildung raten?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vorqualifikationen ✓ Berufliche Positionen ✓ Persönliche Eigenschaften 		
<p>8. Wie beurteilen Sie die Arbeitsmarktchancen für Public Health-AbsolventInnen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wie bedeutend ist die Vorqualifikation? 		

<p>9. Wie beurteilen Sie den Bedarf an Public Health-AbsolventInnen in Österreich?</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Workforce Capacity (Genug/Mangel)✓ Handlungsbedarf in bestimmten Bereichen/Institutionen (Wo bräuchte man mehr PH ExpertInnen?)		
<p>10. Wie beurteilen Sie das Standing von Public Health bzw. von Public Health Professionals in Österreich im internationalen Vergleich?</p>		
<p>11. Ihre Prognose für Public Health in Österreich (Entwicklung)?</p>		