PUBLIC HEALTH - PUBLIC HEALTH GOVERNANCE

Entwicklung und Weiterentwicklung der gesundheitswissenschaftlichen Aus- und Weiterbildung an der Medizinischen Universität Graz

von

Horst Noack[1]

1. Vorbemerkung

Dieser Beitrag richtet sich an alle, denen die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und speziell des öffentlichen Gesundheitsbereichs ein Anliegen ist, vor allem an die Lehrenden und Studierenden des Universitätslehrgangs Public Health der Medizinischen Universität Graz und auch an alle, die mehr über den neuen Universitätslehrgang Public Health Governance in Schloss Hofen wissen möchten.

Nach einem kurzen einleitenden Rückblick auf die Entstehung des ältesten österreichischen Aus- und Weiterbildungsprogramms in *Public Health* werden die wissenschaftlichen und praxisorientierten Leitprinzipien, die das postgradualen Aus- und Weiterbildungsprogramms im öffentlichen Gesundheitsbereich prägen, beschrieben und erläutert (Kapitel 3). Danach berichten wir, welche Gründe uns bewogen haben, nach zwei erfolgreichen Programmen in Vorarlberg den neuen zweistufigen Universitätslehrgang *Public Health Governance* zu entwickeln. Dieser führt zwei neue Leitprinzipien, *Problem-based Learning (PBL)* und *Public Health Governance* in die postgraduale Aus- und Weiterbildung ein, die stärker auf die regionale Bedarfslage und die neuen globalen Herausforderungen im Gesundheitssystem ausgerichtet sind (Kapitel 4). Der Beitrag schließt mit einem kurzen, auf die Zukunft gerichteten Ausblick.

2. Die Entstehung

In den 1980 und 1990er Jahre entstanden in vielen europäischen Länder neue universitäre Forschungs- und Ausbildungsprogramme im öffentlichen Gesundheitsbereich, so auch in Deutschlandland und in der Schweiz. Die Bildung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) Mitte der 90er Jahre kann hierzulande als einer der ersten Schritte in Richtung „Akademisierung" im öffentlichen Gesundheitsbereich gelten. Im ersten Newsletter der ÖGPH war unter dem Titel „Die Stunde Null" zu lesen:

> „Um die Reformpotentiale der Institutionen und die Gesundheitspotentiale der Bevölkerung auszuschöpfen und zu stärken, braucht das österreichische Gesundheitswesen eine wissenschaftlich fundierte und professionelle Steuerung und Gestaltung. Die dafür notwendigen Mittel [...] sind Investitionen in neue Strukturen, die in relativ kurzer Zeit große Gesundheitsgewinne für die Bevölkerung erbringen [...]. Darüber hinaus muss die „scientific community" Anschluss an die internationale Public-Health-Forschung finden können" (PUBLIC HEALTH 1/1995).

Vorrangiges Ziel der ÖGPH war es, einen wissenschaftlich fundierten Studienplan für die beabsichtigte akademische Aus- und Weiterbildung in Public Health zu erarbeiten und

[1] Mein besonderer Dank gilt Dr. Martin Sprenger MPH und Mag. Dorothea Kahr-Gottlieb vom Grazer Public-Health-Team sowie MMag. Rainer Längle und Dr. Günter Diem MPH vom Vorarlberger Public-Health-Team für die engagierte partnerschaftliche Zusammenarbeit in der vergangenen 10 Jahren.

die Voraussetzungen für dessen Umsetzung in einem Netzwerk mehrerer Universitäten zu erkunden. Der Studienplansentwurf war Gegenstand der ersten wissenschaftlichen Tagung der ÖGPH, die im Mai 1997 im Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft in Wien stattfand. Es war bereits im Gesundheitsministerium, im Obersten Sanitätsrat, in der Österreichischen Ärztekammer und im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgestellt und diskutiert worden.

Unsere noch unerfahrene Gruppe musste bald erkennen, dass die Resonanz der wichtigsten *„stake holder"* gering war und eine tragfähige Entwicklung ein „langer Marsch" werden würde. Als Gründe für das Scheitern des ehrgeizigen Plans galten „mangelnder politischer Wille, Zweifel am Bedarf, Interessenunterschiede der „großen Akteure" im Gesundheitswesen, fehlende Personalressourcen und die geringe Kooperationsbereitschaft wissenschaftlicher Institute" (PUBLIC HEALTH 1/1997).

Wenig später machte der damalige Rektor der Karl-Franzens-Universität Graz, Prof. Zechlin, den Vorschlag, den geplanten Studiengang in Graz aufzubauen. Dank der finanziellen Unterstützung durch die Steiermärkische Landesregierung schufen der Autor und Dr. Ursula Püringer 1998/99 auf der Basis des gescheiterten Ausbildungsplans der ÖGPH gemeinsam das Grazer Public-Health-Curriculum. Die engagierte Kollegin hatte kurz zuvor an der „London School of Hygiene and Tropical Medicine" das *Master of Science*-Diplom in *Public Health* erworben.

Das "Grazer Curriculum" sollte sich in den folgenden zehn Jahren sowohl an der Karl-Franzens-Universität, als auch an der späteren Medizinischen Universität Graz sowie im Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung Schloss Hofen bewähren, wobei es wiederholt in kleinen Schritten an neue Entwicklungen angepasst worden war. An der Medizinischen Universität Graz läuft seit September 2012 das sechste Masterprogramm *Public Health*, in Vorarlberg soll im Frühjahr 2013 der dritte, weiterentwickelte Universitätslehrgang *Public Health Governance* mit stärkerem Regionalbezug und den Abschlüssen „Akademische(r) Fachexperte(in) in Public Health Governance" bzw. „Master of Science in Public Health Governance, M.Sc. PHG" beginnen.

3. Die Leitprinzipien des Grazer Universitätslehrgangs Public Health

Das österreichischen Universitätsgesetz 2002 berechtigt Universitäten, Universitätslehrgänge (ULG) als postgraduale Weiterbildungsprogramme durchzuführen, z.B. als Masterprogramme in *Public Health* oder *Public Health Governance*. Die Terminologie weicht insofern von jener in anderen Ländern ab, als ein akademisches Masterprogramm allgemein nicht als Lehrgang bezeichnet wird. Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass Universitätslehrgänge nicht eine reguläre Aufgabe der Universitäten darstellen, sondern durch Teilnahmegebühren und/oder Drittmittel finanziert werden müssen.

Die grundlegenden Wertsetzungen, ethischen Prinzipien und Ziele der Universitätslehrgänge *Public Health* und *Public Health Governance* unterscheiden sich jedoch nicht von vergleichbaren Aus- und Weiterbildungsangeboten in anderen Ländern.

Oberstes Ziel ist eine bedarfsorientierte, wissenschaftlich fundierte und praxisbezogene Aus- und Weiterbildung von Fach- und Führungskräften für die Weiterentwicklung und Gestaltung des Gesundheitswesens auf den relevanten Systemebenen und in allen wichtigen Handlungsfeldern.

Public Health und *Public Health Governance* sind vielgestaltige, von gemeinsamen Leitprinzipien geprägte Handlungsfelder. Die im Folgenden beschriebenen Leitprinzipien I – V haben den Universitätslehrgangs *Public Health* geleitet, die Leitprinzipien VI - VII dessen Weiterentwicklung in Vorarlberg. Diese Leitprinzipien sind kein starres Normengefüge, sondern vielmehr ein für sinnvolle Veränderungen offenes Rahmengerüst dynamischer Regeln. Heute stellen Aus- und Weiterbildungsprozesse und Steuerungs- und Gestaltungsprozesse immer enger miteinander verschränkte oder verzahnte Felder einer nachhaltigen Systementwicklung im öffentlichen Gesundheitsbereich dar.

I. GESUNDHEITSPARADIGMA UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE ENTWICKLUNG

Oberstes Leitprinzip des neuen öffentlichen Gesundheitsbereichs (new public health) ist das umfassende (gesellschaftsweite) Gesundheitsparadigma. Es bildet die wissenschaftliche und handlungsleitende Basis von Public Health. Zentrale Kategorien kollektiver und individueller Gesundheit sind Wohlbefinden und gesunde Lebensjahre, Funktionsfähigkeit und Partizipation, subjektive Beschwerden, Behinderung und kollektive Krankheitslast. Als Erklärungsansätze bevölkerungsweiter und individueller gesundheitlicher oder 'krankheitlicher' Entwicklungen dienen Theorien oder Arbeitsmodelle der Salutogenese oder Pathogenese.

Das Gesundheitsparadigma impliziert wissenschaftliche Forschung und gesellschaftliche Strategien (Policies), die auf eine ausgewogene Balance von Gesundheitssicherung/ Gesundheitsförderung und Krankenbehandlung/ Krankenpflege ausgerichtet sind. Die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung hat in den zentraleuropäischen Ländern seit der Einführung der sozialen Krankenversorgung vor mehr als einem Jahrhundert zu einem wachsenden Ungleichgewicht von Kranken- sowie Pflegeversorgung auf der einen und der Gesundheitssicherung sowie -förderung auf der anderen Seite geführt. In wenig mehr als einem Jahrzehnt nationalsozialistischer Gewaltherrschaft und Verbrechen, wurde eine über Jahrhunderte gewachsene Tradition öffentlicher Gesundheitspflege und sozialer Gesundheitswissenschaft weitgehend ausgelöscht. Ihre in den letzten Jahrzehnten begonnene 'Renaissance' kommt nur langsam voran.

II. GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE ANALYSE UND POLITIKENTWICKLUNG

Gesundheitsrelevantes Handeln auf gesellschaftlicher Ebene umfasst zwei Kernfunktionen: die wissenschaftliche Analyse und Diskussion gesundheitlicher Entwicklungen und ihres gesellschaftlichen Kontextes; die Erarbeitung und Umsetzung von Politiken (Strategien oder Policies) zur nachhaltigen Verbesserung bevölkerungsweiter Gesundheitspotentiale und zur Verminderung der Krankheitslast in der Bevölkerung.

Zentrale Aufgaben des Analysebereichs sind 1. die gesundheitswissenschaftliche und epidemiologische Untersuchung und Bewertung des demographischen und sozialen Wandels und der Ungleichheiten in der Verteilung von Lebenserwartung, Gesunden Lebensjahren, Funktionsfähigkeit, Krankheitslast (*burden of disease*), Behinderungen und Sterblichkeit; 2. die gesundheitswissenschaftliche Erklärung und Diskussion dieser Veränderungen im Kontext ihrer sozialen, ökonomischen, ökologischen und politischen Einflussfaktoren (kohärente Muster von Gesundheitsdeterminanten und Risikokonstellationen) und gesellschaftlichen Entwicklungsdynamiken.

Zentrale Aufgaben des Policy-Bereiches sind 3. die wissenschaftlich begründete Entwicklung und gesellschaftliche Verankerung von nachhaltigen Handlungsrichtlinien und Maßnahmenpaketen zur Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung in bevölkerungsweiten Handlungsfeldern wie Parlamenten, Regionen, Kommunen und Organisationen und in den Lebens-, Lern- und Arbeitswelten der Menschen, wie z.B. die Förderung von *Health literacy* in Familien, Schulen und Organisationen; 4. die Erarbeitung und lebensweltliche oder institutionelle Verankerung von wirksamen, qualitätsgerechten Programmen und Aktivitäten der Krankheitsprävention, wie z.B. die Kontrolle von Krankheits- und Unfallrisiken, und die Krankenbehandlung und Pflege in Versorgungseinrichtungen oder die Unterstützung häuslicher Betreuung und Pflege.

III. NACHHALTIGE GESUNDHEITSSICHERUNG UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die historische Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsbereich besteht darin, das traditionelle System angebotsinduzierter Nachfragesteuerung der medizinischen Akutversorgung in ein System nachhaltiger Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung einschließlich gesundheitsförderlicher Kranken- und Pflegeversorgung zu überführen.

Die traditionellen wissenschaftlichen und handlungsleitenden Konzepte der gesundheitlichen Versorgung leiten sich vom defizitorientierten Krankheitsparadigma ab. Die Systemsteuerung erfolgt über die Bereitstellung von zugänglichen Versorgungsangeboten (niedergelassene Ärzte, Ambulatorien, Krankhäuser, Pflegeeinrichtungen) und die Regulierung der Leistungserbringung und Finanzierung. Voraussetzung für die Erbringung von Versorgungsleistungen ist die Inanspruchnahme angebotener Versorgungsleistungen als Folge akuter gesundheitlicher Bedarfslagen und Probleme („Komm-Prinzip“). Das System ist immer weniger effizient und schwer steuerbar und immer weniger in der Lage, die wachsende Krankheitslast der Bevölkerung infolge nichtübertragbarer chronischer Krankheiten wirksam zu reduzieren und die Gesundheitspotentiale der Menschen in ausgewiesenen Bedarfsfeldern nachhaltig zu verbessern.

Die nachhaltige Weiterentwicklung des Systems in Richtung bedarfsorientierter Gesundheitsziele, z.B. im Sinne des „WHO Action Plan 2020“, erfordert verbindliche gesellschaftliche Zielvereinbarungen, die Schaffung der gesundheitspolitischen, rechtlichen, strukturellen und personellen Voraussetzung für deren Umsetzung und die Entwicklung und Erprobung der dafür geeigneten wirksamen Instrumente. Es wäre wünschenswert, diesen Herausforderungen zunächst im Rahmen regionaler Modellprojekte (z.B. Modell „Gesunde Region oder Gemeinde“, „Bring-Prinzip“ in der Krankenversorgung) zu begegnen mit dem Ziel, längerfristig tragfähige Umsetzungsstrategien zu entwickeln.

IV. BEDARFSGERECHTE UND QUALITÄTSORIENTIERTE KRANKEN- UND PFLEGEVERSORGUNG

Die Krankheitslast der Bevölkerung kann durch integrierte Projektstrategien bedarfsorientierter und qualitätsgerechter Krankheitsprävention sowie Kranken- und Pflegeversorgung in lokalen oder regionalen sozialen Netzen oder in primären und spezialisierten Versorgungseinrichtungen in begrenztem Umfang reduziert werden.

Das österreichische Gesundheitswesen ist ein hoch entwickeltes, differenziertes und durch unterschiedliche Interessen geprägtes System stationärer und ambulanter Akut-

versorgung mit hohen, kontinuierlich steigenden Ausgaben und begrenzter Steuerbarkeit. Knapp 98 % der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben fließen in die Krankenversorgung. Im europäischen Vergleich zählt das österreichische Gesundheitswesen zu den wenigen Ländern mit einer sehr hohen Patientenzufriedenheit. Der Anteil „Gesunder Lebensjahre" im Alter ist jedoch vergleichsweise gering und die Krankheitslast alter Menschen relativ groß.

Das etablierte Krankenversorgungs- und Pflegesystem kann wirksamer zur Verringerung der Krankheitslast der Bevölkerung beitragen, wenn es gelingt, zielorientierte präventive und kurative Politiken nachhaltig in den ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen zu verankern, die Chronifizierung von Gesundheitsstörungen wirksam zu bekämpfen, die Entwicklung der überwiegend nichtübertragbaren, chronischen Erkrankungen deutlich zu verlangsamen und unfallbedingte Verletzungen systematisch zu vermeiden. Das sollte im Rahmen regionaler Modellprojekte möglich sein, sofern der damit verbundene infrastrukturelle, finanzielle und personelle Ressourcenaufbau (Capacity building) gelingt. Längerfristig bedarf es nachhaltiger Netzwerke effizienter Versorgungseinrichtungen.

V. GESUNDHEITSENTWICKLUNG IN ALLEN RELEVANTEN POLITIKFELDERN

Die Verteilungsgerechtigkeit der Gesundheitschancen und die Gesundheitspotentiale der Menschen können durch integrierte Projektstrategien bedarfsorientierter und qualitätsgerechter Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung nachhaltig verbessert werden.

Der historisch einmalige Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung im 20. Jahrhundert geht weltweit mit einer fortschreitenden bevölkerungsweiten Ungleichheitsentwicklung der Lebens- und Gesundheitschancen der Menschen einher. Die Verwirklichung der Menschenrechte erfordert auch in den reichen Ländern eine nachhaltige Verkleinerung der Gerechtigkeitslücke im Sozial- und Gesundheitssektor durch wirksamen Abbau von ungleich verteilten Bildungschancen, Beteiligungschancen und Armut. Noch fehlen dafür erprobte gesellschaftspolitische und praktische Strategien und Instrumente. Das in Finnland entwickelte und von der Europäischen Union übernommene Konzept *Health in All Policies* (Gesundheit in allen Politikfeldern) gilt heute als zukunftsweisender Politik-Ansatz (Policy) zur nachhaltigen bevölkerungsweiten Verbesserung der Gesundheitschancen durch umfassende Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung für alle Menschen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildungsstand.

Gesundheitsförderung in sozialen Settings im Sinne der Ottawa-Charter der WHO ist zu einer wissenschaftlich fundierten, potentiell nachhaltigen Strategie zur Verbesserung der Lebens- und Gesundheitschancen (*Life and health opportunities*) und Gesundheitsressourcen und -kompetenzen (*Health assets, Health literacy*) der Menschen in Kommunen, Schulen, Betrieben, Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen herangereift. Die große gesellschaftliche Herausforderung der kommenden Jahre und Jahrzehnte besteht darin, im Rahmen sektorenübergreifender Entwicklungsprojekte innovative bevölkerungsweite Gesundheitsstrategien umzusetzen und zu erproben. Voraussetzung dafür sind neue integrierte Ansätze der Ressourcenentwicklung (*Capacity building*) durch System- und Organisationsentwicklung und berufsbegleitende Aus-, Weiter- und Fortbildung im öffentlichen Gesundheitssektor.

4. Die Zukunft: Public Health Governance und Problembasiertes Lernen

Nach der erfolgreichen Durchführung zweier Public-Health-Programme im Wissenschafts- und Weiterbildungszentrum Schloss Hofen in Vorarlberg stellten sich zwei Fragen: Wie kann das Aus- und Weiterbildungsprogramm näher an die Probleme und Aufgaben herangeführt werden, die sich im Gesundheitsbereich im Bundesland Vorarlberg stellen? Wie kann berufsbegleitende Aus- und Weiterbildung in Public Health individueller, lernfreundlicher und wirksamer gestaltet werden? Die Antwort ist das Projekt „Public-Health-Governance und Problemorientiertes Lernen ", das seit zwei Jahren mit Unterstützung des Landes Vorarlberg durchgeführt und bald abgeschlossen sein wird.

4.1 PUBLIC HEALTH GOVERNANCE

Der Begriff „*Public Health governance"* steht für eine zielorientierte und wissenschaftlich fundierte Steuerung und Gestaltung des Gesundheitssystems. Um einen komplexen, vielgestaltigen Bereich wie das Gesundheitswesen im Sinne dieser Definition steuern zu können, sind gesellschaftlich legitimierte Gesundheitsziele erforderlich, auf die der langfristige Steuerungsprozesse ausgerichtet werden kann.

Im August 2012 hat die Bundesregierung zehn Rahmengesundheitsziele (Tabelle 1) als gesundheitspolitische Handlungsschwerpunkte für die Weiterentwicklung und Ausgestaltung des österreichischen Gesundheitswesens in den nächsten 20 Jahren beschlossen. Der Zielkatalog wurde von der Bundesgesundheitskommission, in der alle gesundheitsnahen politischen Körperschaften, Verbände und fachlichen Gruppierungen vertreten sind, innerhalb eines Jahres erarbeitet. Alle interessierten Bürgerinnen und Bürger hatten die Möglichkeit, ihre Überlegungen und Vorschläge einzubringen. Das Ergebnis der Zielentwicklung kann somit einen hohen Grad gesundheitspolitischer Legitimation und wissenschaftlicher Fundierung beanspruchen. „Oberstes Ziel ist, dass die Österreicherinnen und Österreicher zwei Jahre länger gesund leben können" (Bundesminister A. Stöger). Diese Zielsetzung ist deshalb wichtig, weil alte Menschen hierzulande wie auch in Deutschland weniger Lebensjahre bei guter Gesundheit erwarten können als in zahlreichen Ländern Süd-, West-und Nordeuropa

Tabelle 1: Rahmen-Gesundheitsziele

ZIEL	INHALT
1	Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevöl rungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereic schaffen
2	Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorg
3	Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
4	Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie a unsere Lebensräume für künftige Generationen nachhaltig gestalten un chern
5	Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
6	Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen
7	Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
8	Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
9	Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
10	Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Die soziologische Systemtheorie unterscheidet allgemein drei zentrale Steuerungsmedien: Macht (Gesetz), Geld und Wissen. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheitswissenschaften erfüllen partnerschaftliche Zusammenarbeit und Vernetzung weitere wichtige Steuerungsfunktionen. Hochentwickelte Gesellschaften werden heute in Abgrenzung zu den bisherigen Industriegesellschaften als Wissensgesellschaften bezeichnet. Sofern wissenschaftlich fundiertes Wissen als primäre Triebkraft wirksam ist, werden gesellschaftliche Veränderungen als Modernisierungsprozesse interpretiert. Aus dieser Perspektive heraus kann die Entwicklung der Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft im frühen 20. Jahrhundert in Deutschland als eine erste Modernisierungsphase öffentlicher Gesundheitspflege (englisch: *public health*) interpretiert werden, die in der Weltwirtschaftskrise Ende der 1920er Jahre deutlich geschwächt wurde und mit der nationalsozialistischen Machtergreifung 1933 ein jähes Ende fand. Über die Entwicklung in Österreich bis zur Dollfuß-Ära und dem 1938 erfolgten Anschluss an das Dritte Reich dürften noch keine differenzierten Erkenntnisse vorliegen.

Umfangreiche medizin-statistische Untersuchungen erbrachten seit Mitte des 19. Jahrhunderts aussagekräftige Erkenntnisse über die Zusammenhänge von Armut, prekären Lebens- und Arbeitsverhältnissen sowie Krankheit und Sterblichkeit in allen Altersgruppen, und vor allem im Kindes- und Jugendalter. Die neue Sozialgesetzgebung von 1884 in Deutschland unter Reichskanzler Bismarck, die von der Monarchie Österreich-Ungarn 1887 übernommen wurde, ermöglichte zunächst nur einem kleinen Teil der

lohnabhängigen Arbeiter einen freien Zugang zu medizinischer Versorgung und Krankengeld; sie hatte jedoch kaum einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Menschen im öffentlichen Gesundheitsbereich.

In den 1920er Jahren war Deutschland eines der führenden Länder auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege, mit einer vergleichsweise starken akademischen Basis und im Aufbau befindlichen wissenschaftlichen Akademien für die Ausbildung von Fach- und Führungskräften, insbesondere in Preußen. Zwei starke gesellschaftspolitische Perspektiven und professionelle Gruppierungen prägten den gesundheitspolitischen Diskurs und die wachsenden sozialen Konflikte: das sozial- und gesundheitswissenschaftlich orientierte Lager der Sozialhygieniker und das biologistisch orientierte Lager der Rassenhygieniker. Das von den führenden Sozialhygienikern Mitte der 1920er Jahre herausgegebene fünfbändige Handbuch „Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft“ war als Kompendium des aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Wissens konzipiert.

Das Lager der Rassenhygieniker einte vor allem eine verbreitete ideologische Perspektive, wonach ein rassisch reiner, gesunder Volkskörper als wesentliche Voraussetzung für das gesundheitliche Wohlergehens der Menschen galt. Deshalb schien es geboten, den rein biologisch verstandenen Volkskörper von "fremdrassigen" Einflüssen zu befreien, zunächst durch systematische Geburtenkontrolle, gefolgt von bevölkerungsweiten Euthanasieprogrammen bis hin zur bevölkerungsweiten Vernichtung "unwerten" Lebens durch industrialisierten Völkermord. Führende Vertreter des biologisch verkürzten Hygieneansatzes sahen in der Euthanasie einen legitimen Weg hin zu einer "gesünderen" Bevölkerung, viele waren jedoch blind gegenüber den absehbaren verheerenden Folgen. Die erstarkende nationalsozialistische Bewegung hatte somit ein leichtes Spiel, ihre Rassenpolitik zu legitimieren. Die entsetzlichen Folgen sind bekannt.

Wie diese Beispiele zeigen, kann der historische Blick sowohl die Sensibilität, das Verständnis und die Einschätzung der Bedeutung wissenschaftlicher als auch ideologischer Entwicklungstrends schärfen. Häufig ist es schwierig zu bewerten, wie bedeutsam neue Entwicklungstrends für die Steuerung des öffentlichen Gesundheitswesens sind, insbesondere in deren Frühphase.

Die politische Steuerung des Gesundheitswesens in Österreich und Deutschland galt bis in die jüngste Vergangenheit hinein der Bereitstellung neuer medizinischer Versorgungsangebote und dem Ausbau leistungsfähiger sozialer Sicherungssysteme. Erst in den 1980er Jahren wurden in Deutschland und später auch in Österreich Anzeichen einer Neuorientierung der Steuerungsprinzipien im öffentlichen Gesundheitsbereich sichtbar. In Deutschland begann Mitte der 1980er Jahre der Aufbau von Forschungs- und Ausbildungsprogrammen in Public Health, in Österreich erhielt Ende der 1990er Jahre der „Fonds Gesundes Österreich“ eine tragfähige gesetzliche Grundlage und Anfang der 2000er Jahre wurden der Grazer Universitätslehrgang Public Health und weitere gesundheitsrelevante Aus- und Weiterbildungsangebote in Hall/Tirol, in Wien und in Linz geschaffen.

Mit der Vereinbarung der Rahmengesundheitsziele und dem zu erwartenden Ringen um die Zielsteuerung des österreichischen Gesundheitswesens dürfte eine neue Phase gesundheitspolitischer Modernisierung und Steuerung begonnen haben, die sich auf wissenschaftliche Evidenz stützen kann. Der Wandel von einer reinen Krankenversorgungspolitik hin zu einer „gesunden Gesundheitspolitik“ in allen relevanten Politikfeldern (Health in all policies/ HIAP), hat prinzipiell gute Chancen, nachhaltige Wirkungen zu erzielen. Der Umsetzungsprozess wird jedoch in einer gesundheitspolitischen Kultur, die in der Vergangenheit durch starke Interessen geprägt wurde, mit großen Herausfor-

derungen verbunden sein. Deshalb verdient die Ressourcenbildung (*Capacity building*) besondere Beachtung: die Allokation angemessener finanzieller Mittel in die Organisationsentwicklung, in die Entwicklung von Partnerschaften und Führungspotentialen (*Leadership*) und vor allem in die Personalentwicklung durch Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Angesichts der Größe, Vielgestaltigkeit und Entwicklungsdynamik des Gesundheitswesens erscheint die Frage berechtigt, wieweit ein solches Feld unter den gegebenen Rahmenbedingungen steuerbar ist. In der einschlägigen Literatur werden die besonderen Herausforderungen der Systemsteuerung im Gesundheitsbereich mit dem Begriff „komplexe Vielfachsteuerung" umschrieben. Diese erfordert eine weitgehend gleichgerichtete, kohärente Orientierung möglichst vieler Akteure an gesellschaftlich verankerten Zielen auf allen Systemebenen und in allen wichtigen Organisationseinheiten, idealerweise mit nachhaltiger Unterstützung durch überregionale Politiken, auch der Europäischen Union. Die Gesundheitssysteme in Europa verändern sich im Kontext einer beschleunigten weltgesellschaftlichen Entwicklung, die mit einem ungesteuerten Komplexitätswachstum einhergeht und in deren Verlauf sich der Handlungsspielraum der Nationalstaaten zunehmend. Schon geraume Zeit stellt sich die Frage, welche Gesundheits- und gesundheitlichen Versorgungsziele noch auf nationalstaatlicher Ebene erreichbar erscheinen und inwieweit sich damit die Herausforderungen für die Steuerung subnationaler, z.B. regionaler oder kommunaler Gesundheitspolitiken verändern.

Entscheidend für die Wirksamkeit subnationaler gesundheitspolitischer Steuerung sind vielfältige, an Gesundheitszielen orientierte Netzwerke und Kooperationsbeziehungen in den zahlreichen Handlungsfeldern der Krankheitsprävention sowie Kranken- und Pflegeversorgung, der Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung wie auch der vertikalen und horizontalen Koordinierung innerhalb dieser Bereiche und im Gesamtsystem.

Wie ein Governance- oder Steuerungssystem geschaffen werden kann, dass dieser Herkulesaufgabe gewachsen wäre, ist eine offene Frage. Es gilt, Voraussetzungen zu schaffen, damit mittelfristig gesetzliche Regelungen und darauf gegründete Vereinbarungen zwischen einer großen Zahl von Akteuren im Bund, in den Ländern, in Sozialversicherungen und auch in Kommunen getroffen werden. Insgesamt sollte die Verantwortung der Kommunen im Gesundheitsbereich aufgewertet werden. Insgesamt wird es auch sinnvoll sein, in den verschiedenen Handlungsfeldern zwischen den Aufgaben der Grobsteuerung und der Feinsteuerung zu unterscheiden. Für die Grobsteuerung stellen sich die folgenden Herausforderungen:

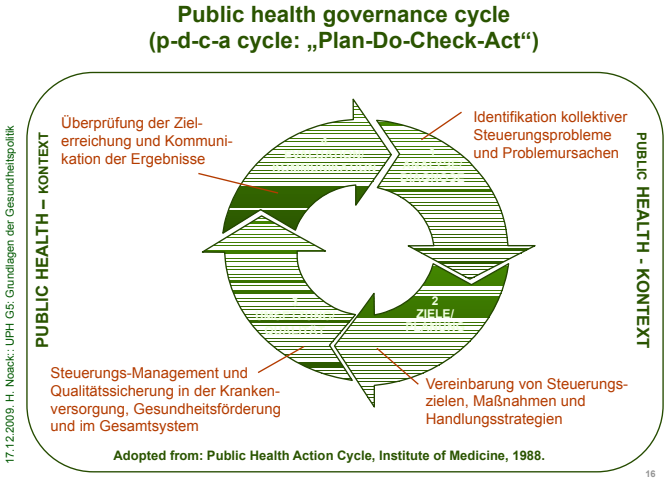
- Reduzierung der bevölkerungsweiten sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen
- Nachhaltige Stärkung der Gesundheitsdeterminanten in allen Politikfeldern
- Schaffung einer besseren Balance von gesundheitsorientierten Aktivitäten (Ressourcenansatz) und krankheitsbedingter Versorgung (Defizitansatz)
- Nachhaltige Stärkung bevölkerungsweiter Betreuung und Pflege kranker, behinderter und alter Menschen
- Gezielte Bedarfsorientierung und evidenzbasierte Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung
- Systematische Koordinierung und Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Handlungsfeldern

Die Feinsteuerung erfordert konkrete Kenntnisse der zu bearbeitenden Aufgaben, ihres weiteren Kontextes und Konsens über die Aufgabenstellung. Sie sollte anhand konkreter Fälle oder Fallszenarien bearbeitet und erlernt werden.

Unverzichtbar für das Gelingen des großen langfristigen Reformvorhabens ist der Aufbau der notwendigen personellen Voraussetzungen im Rahmen problembezogener Lernangebote für die beteiligten Akteurinnen und Akteure. In den komplexen Prozessen der Ressourcenbildung zur Unterstützung der Systemsteuerung und -gestaltung des Gesundheitswesens erhält die lebenslange Aus- und Weiterbildung von Fach- und Führungskräften einen wesentlich höheren Stellenwert als dies bei der alleinigen Steuerung der Krankenversorgung der Fall war. Hier kann der Universitätslehrgang Public Health Governance einen wichtigen Beitrag leisten, durch Bereitstellung eines Aus- und Weiterbildungsangebots zur Zielsteuerung im regionalen Gesundheitswesen des Bundeslandes Vorarlberg. Erfahrungsgemäß werden in einem solchen Programm wertvolle Erfahrungen gewonnen, die auf andere Regionen übertragbar sind. Darüber hinaus kann ein partizipatorisches Aus- und Weiterbildungsprojekt mit berufserfahrenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein unschätzbares kreatives Potential für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems entfalten, das für alle Beteiligten einen großen Lernzuwachs ermöglicht. Dieser ist in der Regel schwer zu dokumentieren und weiterzuvermitteln. Was vor allem zählt sind praktische Erfahrungen und fundierte wissenschaftliche Kenntnisse, die teilnehmende Personen befähigen und stärken – „ empowern“.

Wie ein Lernangebot zur Erarbeitung von Steuerungskompetenzen inhaltlich strukturiert werden könnte, soll anhand des bewährten *Public Health Action-Cycle* veranschaulicht werden (Abbildung 1).

Abbildung 1: Public-Health-Steuerungszyklus



Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Richtung zielorientierte Steuerung impliziert ein weiteres Leitprinzip der Aus- und Weiterbildung für Public Health Governance:

(6) Die nachhaltige Verankerung von Governance-Kompetenzen und Governance-Strukturen in den Organisationen der Kranken- und Pflegeversorgung, auf den Feldern organisierter Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung und auf

der Ebene der Systemsteuerung im Gesamtsystem kann die Bedarfsgerechtigkeit, die Wirksamkeit und Koordination präventiver, therapeutischer und gesundheitlicher Programme und Aktivitäten deutlich verbessern.

4.2 Governance-Kompetenz durch Problembasiertes Lernen

Wie können Steuerungskompetenzen in einem Masterstudiengang effizient vermittelt werden? Die intensive Beschäftigung mit dieser Frage hat zu der Erkenntnis geführt, dass es darauf keine simple Antwort gibt. Der Wissenserwerb über Steuerungskonzepte und über die damit verbundenen praktischen Aufgaben dürfte ebenso wenig ein überzeugendes didaktisches Modell darstellen wie die Bearbeitung fiktiver Fallbeispiele. Viel wirksamer erscheinen dagegen Lernangebote, die eine intensive Problem- und Fallbearbeitung ermöglichen. Als Methode der Wahl bietet sich das Unterrichtsmodell *Problembasiertes Lernen* (PBL) an, das an einer wachsenden Zahl von Universitäten mit großem Erfolg praktiziert wird. An einem Einstieg in PBL führt somit kein überzeugender Weg vorbei.

Problembasiertes Lernen ist eine vor rund 50 Jahren an der kanadischen MacMaster-Universität eingeführte Unterrichtsmethode, die seit rund 40 Jahren das didaktische Grundkonzept der niederländischen Universität Maastricht darstellt. Nach der Maastricht-Variante von PBL erwerben die Studierenden handlungsleitende Kompetenzen durch systematische Bearbeitung von Problemfällen in sieben Schritten („Methode des Sieben-Sprungs“):

1. Klärung unvertrauter Begriffe
2. Definition der zu beantwortenden Fragen
3. Analyse des Problems
4. Formulierung von Lernzielen
5. Erarbeitung der relevanten Informations- und Wissensbasis
6. Einbeziehung verfügbarer Lernressourcen
7. Synthese der gewonnenen Erkenntnisse im abschließenden Tutorial.

Gearbeitet wir vorzugsweise in Kleingruppen (Tutorials), die von einer Diskussionsleiterin[2] – in der Regel selbst eine Studierende – moderiert werden, während eine weitere Studierende wichtige Argumente und Ergebnisse der Diskussion protokolliert. Die Arbeit im Tutorial wird in Maastricht durch moderne Informationstechnologien unterstützt. Die jeweils sprechenden Personen sind ebenso auf Monitoren zu sehen wie der protokollierte Text während des Schreibens. Die Rollen der Diskussionsleiterin und Protokollführerin rotieren in der Gruppe der Studierenden, während eine akademische Lehrerin die Tutorinnenrolle innehat, die aber nicht als Fachexpertin des bearbeiten Problemfalles agiert. Als Fallbeschreibungen dienen zumeist kurze Texte von weniger als einer Seite, es können jedoch auch wissenschaftliche Tabellen, Diagramme oder Abbildungen verwendet werden. Die häufigsten Problemtypen im Gesundheitsbereich sind Erklärungsprobleme, Strategieprobleme und Dilemmaprobleme. Letztere haben keine klare „Lösung“, es muss vielmehr zwischen bestmöglichen Kompromissen entschieden und die getroffene Wahl begründet werden.

[2] Weil die meisten Studierenden in der Regel Frauen sind, ist die weibliche Form angemessen.

Weltweit unterrichten mindestens 100 Universitäten bzw. Hochschulen nach der PBL-Methode, insbesondere in der Medizin und im öffentlichen Gesundheitsbereich, im deutschen Sprachraum unter anderem an der Humboldt-Universität Berlin. Die Einführung von PBL im Universitätsstudium war zeitweise von zum Teil heftigen Kontroversen über die Wirksamkeit der Methode begleitet. Vergleichsstudien haben gezeigt, dass der PBL-Ansatz den traditionellen vorlesungsdominierten Unterrichtsformen nicht unterlegen und häufig sogar überlegen ist.

Ein PBL-Curriculum erfordert einen deutlich größeren Aufwand bei der Unterrichtsvorbereitung, d.h. bei der Entwicklung geeigneter Problemfälle, der Erstellung von Lernunterlagen, der Schulung von Lehrpersonen und Tutorinnen und auch beim Selbststudium der Studierenden. Der große Vorteil gegenüber traditionellen Unterrichtsformen ist das viel größere Motivierungspotential und die für eine akademische Erwachsenenbildung optimale Einübung und Praxis selbstbestimmter, selbstorgansierter Lernarbeit, die der realen Berufspraxis relativ nahekommt. Die Studierenden berichten, dass Lernen nach der PBL-Methode leichter fällt und auch interessanter ist. Diese Eigenschaften prädestinieren problembasiertes Lernen als *„model of good practice“* der postgradualen berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildung im Public-Health-Bereich. Diese Überlegungen haben das Public-Health-Team im Wissenschafts- und Weiterbildungszentrum Schloss Hofen bewogen, den Einstieg in problemorientiertes Lernen zu wagen und die Präsenzzeit im Universitätslehrgang Public Health Governance gegenüber dem Grazer Universitätslehrgang Public Health um rund ein Drittel zu kürzen

Fragebogenerhebung zur Erfassung von konkretem Fallmaterial

Qualitativ hochwertiger problemorientierter Unterricht erfordert eine relativ große Zahl didaktisch aufbereiteter Problemfälle, sogenannter Problemszenarien, die idealerweise in einer Fallbibliothek für Lehrende und Lernende gleichermaßen zugänglich sind. Dieses Ziel kann erst im Verlaufe mehrerer Universitätslehrgänge nach der PBL-Methode erreicht werden. Vorerst geht es darum, einen möglichst großen Teil des Unterrichts als problemorientierten Unterricht durchzuführen. Von diesem Schritt ist bereits eine wirksame Verbesserung der Unterrichtspraxis in den praxisorientierten Studienabschnitte *B. Governance in der Krankenversorgung*, *C. Governance in der Gesundheitsförderung* und *D. Governance im Gesundheitssystem*, die in dieser Reihenfolgen dem einführenden Studienabschnitt *A. Grundlagen von Public Health* folgen. Dieser umfasst einen umfangreichen Modul Wissenschaftliche und methodische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften und einen weniger umfangreichen Modul Strategien der Politik- und Managementwissenschaften öffentlicher Gesundheit und ihrer Rechtsgrundlagen.

Voraussetzungen für die Entwicklung geeigneter Problemszenarien und für die Erstellung einer Fallbibliothek sind ein theoretischen Rahmenmodell des Gesundheitswesens und konkrete Daten über wichtige Aufgaben und Herausforderungen, wie sie sich in den drei praxisorientierten Studienabschnitten aus der Sicht erfahrener Fachpersonen in den Steuerungsbereichen des Gesundheitswesens auf der Landes- und Bundesebene stellen. Zur Erfassung solcher Daten haben wir im Frühjahr 2012 eine Fragebogenerhebung in Schlüsselorganisationen des Gesundheitswesens im Land Vorarlberg und auf Bundesebene durchgeführt. Diese erbrachte rund 90 qualitative Beschreibungen von vorrangigen Herausforderungen und zentralen Aufgaben, die sich in der Steuerung und Gestaltung der Krankenversorgung und Prävention, der Gesundsicherung und Gesundheitsförderung sowie der Steuerung und Gestaltung des Gesundheitswesens stellen und von denen angenommen werden kann, dass sie sich auch in der Zukunft auf ähnliche Weise stellen werden. Die auf Landes- und Bundesebene gewonnenen Ergebnisse zeigen

keine wesentlichen Unterschiede, sie stimmen auch weitgehend mit den europäischen Entwicklungstrends überein. Insgesamt bilden die Ergebnisse der Befragung eine wertvolle empirische Grundlage, auf der eine repräsentative Fallbibliothek für den problembasierten Unterricht im neuen Curriculum aufgebaut werden kann.

Seit etwa einem Jahr führen wir Veranstaltungen für die Absolventinnen und Absolventen der bisherigen Universitätslehrgänge Public Health in Vorarlberg durch, die wir als Tutorinnen und Tutoren für den neuen Universitätslehrgang ausbilden wollen. Dazu werden wir im Jahr 2013 an Wochenenden zweitätige Veranstaltungen durchführen, in denen erfahrene PBL-Expertinnen einer privaten österreichischen Universität sowie der Universität Maastricht die Grundlagen der neuen Unterrichtsmethode vermitteln und praktische Übungen zur Erstellung von Fallszenarien sowie zu der Rolle und den Aufgaben der Tutorin oder des Tutors abhalten werden. Dazu werden alle Absolventinnen und Absolventen und die Lehrpersonen aus Österreich und den naheliegenden Nachbarregionen eingeladen.

Ein abschließendes Leitprinzip gilt der didaktischen Gestaltung des Universitätslehrgangs Public Health Governance:

(7) Zur Vermittlung von Governance-Kompetenzen wird „Problembasiertes Lernen“ schrittweise eingeführt und als didaktisches Grundkonzept im Universitätslehrgang Public Health Governance in Vorarlberg sukzessive verankert.

5. Ein kurzer Ausblick.

Ziel dieses Beitrags war es, zu beschreiben und zu erläutern, unter welchen Bedingungen der Universitätslehrgang entstanden ist, welche Leitprinzipien ihn geprägt haben und noch immer prägen und wie er weiterentwickelt wurde mit dem Ziel, den Herausforderungen regionaler Zielsteuerung des Gesundheitswesens und den Anforderungen einer modernen problemgerechten akademischen Erwachsenenbildung möglichst gerecht zu werden. Bei der Erarbeitung des neuen Studiengangkonzepts ist deutlich geworden, wie eng problembezogenes Lernen und praktische Problembearbeitung auf den Steuerungs- und Gestaltungsebenen des Gesundheitswesens bereits heute verschränkt sind und welche große Bedeutung der Aus-, Weiter- und Fortbildung bei der Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen zukommt.

Als der erste Universitätslehrgang Public Health vor mehr als zehn Jahren begann, war seine Zukunft höchst ungewiss. Das ist rein rechtlich betrachtet heute noch genauso. Dank großer Anstrengungen eines engagierten Teams ist es gelungen, mit denkbar geringen Mitteln ein modernes postgraduales Aus- und Weiterbildungsprogramm zu schaffen.

Die gesetzlichen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen der Aus- und Weiterbildung in Public Health entsprechen aber weder den Anforderungen eines modernen Gesundheitssystems noch den europäischen Standards. Die in den vergangenen zehn Jahren durchgeführten sieben Universitätslehrgänge für „Public Health“ der Medizinischen Universität Graz (5 an am Studienort Graz und 2 am Studienort Lochau/ Wissenschafts- und Weiterbildungszentrum Schloss Hofen) konnten dank der Stipendien des Fonds Gesundes Österreich, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und einzelner Gebietskrankenkassen durchgeführt werden. Mehr als 100 Fach- und Führungskräfte für Public Health sind heute überwiegend im österreichi-

schen Gesundheitswesen tätig, weitere 35 Studierende werden in Kürze ihre Masterdiplome erhalten.

Wenn eine neue rationale Gesundheitspolitik eingeleitet werden soll, müssen angemessene Rahmenbedingungen für die Entwicklung der dafür notwenden strukturellen, wissenschaftlichen und humanen Ressourcen geschaffen werden. Eine dafür unverzichtbare Voraussetzung ist die wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Aus- und Weiterbildung kompetenter und qualifizierter Fach- und Führungskräfte. Die Erfüllung dieser Aufgabe darf nicht länger allein von der Initiative motivierter junger Menschen abhängig gemacht werden, ein zeit- und kostenintensives, berufsbegleitendes postgraduales Masterprogramm zu absolvieren , und ebenso wenig von der Bereitschaft einzelner Einrichtungen, durch die finanzielle Unterstützung von Studierenden die Durchführung von Aus- und Weiterbildungsstudiengängen in Public Health zu ermöglichen, wie dies bisher der Fonds Gesundes Österreich, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und verschiedene Krankenkassen dankenswerter Weise getan haben.

- **Die Aus- und Weiterbildung von qualifizierten Fach- und Führungspersonen für das österreichische Gesundheitswesen ist ein wichtiges und dringliches öffentliches Anliegen, für das der Staat die Verantwortung tragen sollte.**

Literatur

Beck U (2007) Weltrisikogesellschaft, suhrkamp taschenbuch 4038. Frankfurt, Suhrkamp Verlag.

Birgmann R (2012) Public Health-ExpertInnen im Beruf – Eine empirische Studie über den beruflichen Verbleib von AbsolventInnen österreichischer Universitätslehrgänge Public Health. Masterarbeit, Medizinische Universität Graz.

Flügel A (2012) Public Health und Geschichte. Beltz Juventa, Weinheim und Basel.

Habermas J (2011) Zur Vefassung Europas Ein Essay. edition suhrkamp SV, Berlin, Suhrkamp Verlag.

Heinzelmann, W(2009) Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft. Transcript Verlag, Bielefeld.

Hofmarcher M M, Rack H M (2006) Gesundheitssysteme im Wandel Österreich. European Observatory on Health Systems and Policies. Weltgesundheitsorganisation, im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Kickbusch I, Gleicher D (2012) Governance for Health in the 21st Century. Regional Office for Europe, World Health Organization.

Leggewie C, Welzer H (2009) Das Ende der Welt, wie wir sie kannten Klima, Zukunft und die Chancen der Demokratie. Frankfurt am Main, S. Fischer.

Magnusson J, Vrangbaek, Saltman RB (2009) Nordic Health Care Systems Recent Reforms and Current Policy Challenges. World Health Organisation on behalf of the European Oberservatory on Health Systems and Policies.

McQueen DV, Wismar M, Lin V, et al. (eds) (2012) Intersectoral Governance for Health in All Policies Structures, actions and experiences. Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organisation.

Medizinische Universität Graz (2001) Universitätslehrgang Public Health. http://public-health.meduni-graz.at. http://schlosshofen.at.

Noack RH (1998) Public Health in Österreich und der Schweiz. In Schwartz FW, Badura B, Leidl R. et al. (Hrsg). Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen. München - Wien - Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 600- 608.

Noack RH (2003) Public Health in Europa: Forschung, Ausbildung und Perspektiven. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, et al. Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, München Jena: Urban & Fischer, 757-771.

Noack H, Kahr-Gottlieb D (eds.) (2006) Promoting the Public's Health. Gamburg, Health Promotion Publications.

Noack H (2006) Scope, purpose and major topics. In: Noack H, Kahr-Gottlieb D, (eds.). Promoting the Public's Health. Gamburg: Health Promotion Publications; 2006 ; 22-36.

Noack H, Reis-Klingspiegl K (2006) Building health promotion capacities in local settings. Community readiness and community participation. In: Noack H, Kahr-Gottlieb D (eds.) Promoting the Public's Health. Gamburg: Health Promotion Publications,113-122.

Medizinische Universität Graz (2011) Universitätslehrgang PUBLIC HEALTH GOVERNANCE Steuerungs- und Managementkompetenz im Gesundheitswesen.

Moust J, Bouhuijs P, SCHMIDT H (2007) Introduction to Problem-based Learning A guide for Students. Groningen/Houten, The Netherlands, Noordhoff Uitgevers.

Noack H (2010) Modernisierung und Gesundheit. Chance in der Krise? In Gerlinger T.,

Kümpers S., Lenhardt U., Wright M. T, Politik für Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern, 14-27.

Noack H (2011) Governance and capacity building in German and Austrian public health since the 1950s. Public Health Rev. 33, 1, 264-276.

Noack H (2012) Rise, Fall and Slow Recovery of German Public Health. In Tulchinsky T (in press), The New PublicHealth, second edition. To be ordered from www.amazon.de or www.amazon.com.

Noack H (2012) Akteure, Gesundheitsentwicklung und Perspektiven. In Schwartz FW, Walter U, et al. (Hrsg) Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Aufl., 19-26.

Noack H (2012) Public Health-Ausbildung in Europa. In Schwartz FW, Walter U, et al. (Hrsg) Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Aufl., 795-797.

Rosenbrock R, Gerlinger T (2006) Gesundheitspolitik Eine systematische Einführung, 2. vollständig übearbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Siegrist J, Marmot M (Hrsg) (2008) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze unf gesundheitspolitische Folgerungen. Bern, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Stahl T, Wismar M, Ollila E, et al. (Eds) (2006) Health in All Policies Prospects and potenials. Ministry of Health and Social Affairs, Finland.

Trojan A, Legewie H (2001) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt, VAS - Verlag für Akademische Schrift