



Leitprinzipien der Gesundheitsbildung für eine gesündere Gesellschaft

Zusammenfassung

Ausgehend von einem kurzen Rückblick auf die Geschichte öffentlicher Gesundheit (Public Health) im deutschsprachigen Raum werden im vorliegenden Beitrag Leitprinzipien einer anzustrebenden Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsbereichs beschrieben und diskutiert. Diese handlungsorientierten Prinzipien haben sich im Universitätslehrgang (Masterprogramm) Public Health der Medizinischen Universität Graz in den letzten zehn Jahren bewährt und als zukunftsweisend erwiesen. Um die Entwicklung einer gesünderen und gerechteren Gesellschaft zu unterstützen ist es wichtig, zukunftsweisende Leitprinzipien in den gesundheitlich relevanten Systemen und Gesellschaftsbereichen nachhaltig zu verankern: wirksame Prinzipien der bevölkerungsweiten Sicherung und Förderung der Gesundheit, der Entwicklung einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Kranken- und Pflege-

versorgung, der ergebnisorientierten und koordinierten Steuerung und Systemgestaltung des Gesundheitswesens und der zielorientierten berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildung einer großen Zahl von Gesundheitsfachleuten.*

Mit der Entwicklung von zehn Rahmengesundheitszielen und der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes 2013 (Zielsteuerungsgesetz) wurde eine neue Phase zielorientierter Steuerung und Gestaltung des österreichischen Gesundheitssystems eingeleitet. Das Gesetz könnte sich bei erfolgreicher Umsetzung als gesundheitspolitischer Meilenstein erweisen. Eine vorläufige Systembewertung ergibt, dass das Gesundheitswesen noch nicht über eine angemessene Bereitschaft und Kompetenz (*Readiness*) zur Umsetzung des Gesundheits-Zielsteuerungsprozesses verfügen dürfte, wie sie im Gesundheitsreformgesetz 2013 vorgesehen ist. Deshalb bedarf es besonderer Anstrengungen zur gesellschaftsweiten



Univ.-Prof. Dr. R. Horst Noack ist Emeritus am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz. Seine Arbeitsschwerpunkten sind Gesundheitswissenschaften/ Public Health.

* Mein besonderer Dank geht an unsere Förderer: Fonds Gesundes Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Generaldirektor Dr. Josef Probst, die Bundesländer Steiermark und Vorarlberg und die Gebietskrankenkassen in den beiden Ländern. Für die langjährige kollegiale Zusammenarbeit danke ich herzlich Martin Sprenger, „Dorli“ Kahr-Gottlieb und Rainer Längle. Und ich danke unseren mehr als 140 Absolventinnen und Absolventen an der MedUni Graz und im Weiterbildungszentrum Schloss Hofen für ihren aktiven Beitrag zur Verankerung von Public Health in der universitären Weiterbildung.

Die Multidisziplin Öffentliche Gesundheitswissenschaften/Public Health bezeichnet heute ein umfangreiches Forschungs-, Politik- und Praxisfeld, dessen Aktivitäten auf die nachhaltige Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in der gesamten Bevölkerung ausgerichtet sind.

Kapazitätenbildung und zu einem nachhaltigen Kapazitätsaufbau für eine umfassende Gesundheitsbildungsinitiative, einschließlich einer angemessenen Evaluation und Begleitforschung des angestrebten Innovationsprozesses. In einem ersten Schritt sollte eine größere Zahl wissenschaftlich geschulter und reformorientierter Gesundheitsfachleute ausgebildet werden, um die bevölkerungsweite Gesundheitsbildung und den Gesundheitsziel-Steuerungsprozess der Gesundheitsreform 2013 wirksam zu fördern und zu unterstützen. Das Grazer Public-Health-Team hat sich in den vergangenen zehn Jahren im Rahmen seiner Möglichkeiten bemüht, ein modernes postgraduales Aus- und Weiterbildungsprogramm in Public Health zu schaffen. Dieses Programm hat wissenschaftlich relevante und organisatorisch-praktisch verwertbare Erkenntnisse und Erfahrungen für die Weiterentwicklung und Gestaltung des österreichischen Gesundheitssystems erbracht, die im vorliegenden Artikel ausgeführt und diskutiert werden. Längerfristig dürfte kein Weg am Aufbau eines *Austrian Public Health Centre* mit einer angemessenen Forschungs- und Ausbildungskapazität vorbeiführen.

1 Einleitung

Nachhaltige Gesundheitsbildung einschließlich der Aus- und Weiterbildung im öffentlichen Gesundheitsbereich (*Public-Health-Bereich*) erfordert eine realistische Vorstellung des zukünftigen Gesundheitssystems. Als wir Ende der neunziger Jahre den Universitätslehrgang Public Health mit dem Abschluss *Master of Public Health* der damaligen Medizinischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität und heutigen Medizinischen Universität Graz planten, hatten wir die Vision einer gesünderen Gesellschaft vor Augen.¹ Dass eine Gesellschaft, deren Gesundheitswesen nahezu vollständig auf die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet ist, nicht über angemessene Strukturen und personelle Ressourcen für eine wirksame bevölkerungsweite Sicherung und Förderung der Gesundheit verfügen kann, war in Fachkreisen bekannt. Um das Ziel einer gesünderen Gesellschaft wirksam und nachhaltig zu verfolgen, bedarf es eines systematischen Aufbaus wissenschaftlicher, personeller, organisationsgebundener und politischer Ressourcen in

Abstimmung mit dem Bildungs- und Sozialsystem.² Eine Reihe fundierter handlungsleitender Prinzipien – wir nennen sie Leitprinzipien – können den Prozess eines nachhaltigen Ressourcen- oder Kapazitätsaufbaus (*capacity building*) leiten. Diese Leitprinzipien sollen eine Erneuerung gesundheitsrelevanten Denkens und Handelns bewirken und sukzessive im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft verankert werden. Wichtige Voraussetzung und zugleich integraler Teil des Kapazitätsaufbaus ist die fundierte und zielorientierte Gesundheitsbildung und -ausbildung einer großen Zahl von Gesundheitsfachleuten.

Das Grazer Public-Health-Curriculum wurde nach längerem Vorarbeiten und mit Unterstützung der Steiermärkischen Landesregierung gemeinsam vom Autor und Dr. Ursula Püringer, einer erfahrenen Kollegin mit einem Master of Science-Abschluss in Public Health der London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999/2000 entwickelt. Es wird seit dem Wintersemester 2002 mit großem Erfolg in Graz durchgeführt³, zwei weitere erfolgreiche Programme erfolgten in den Jahren 2006 bis 2012 auf Einladung des Vorarlberger Landesrates für Gesundheit am Vorarlberger Weiterbildungszentrum Schloss Hofen. Entscheidend für die Durchführung des Universitätslehrgangs waren Stipendienprogramme des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie Förderbeiträge der Bundesländer Steiermark und Vorarlberg. Hilfreich war auch, dass die öffentlichen und privaten Arbeitgeber zahlreicher Studierender aus der Steiermark, den benachbarten Bundesländern und aus Vorarlberg die gesamten oder einen großen Teil der Studiengebühren und teilweise auch die Fahrkosten und Spesen übernahmen.

Die Führung, Organisation und Steuerung des Grazer Masterprogramms waren in den letzten zehn Jahren Aufgabe der Arbeitsgruppe Public Health am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie mit Dr. Martin Sprenger, dem heutigen Leiter des Universitätslehrgangs, Mag. Dorothea Karl-Gottlieb und dem Autor, Studienbetriebsleiter des Vorarlberger Masterprogramms war MMag. Rainer Längle vom Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung Schloss

1 Universitätslehrgang Public Health (2006) <http://www.medunigraz.at/mitteilungsblatt> 15.03.2006.

2 Noack H. Scope, Purpose and Major Topics. In Noack, H. Kahr-Gottlieb, D. (eds.), (2005) Promoting the Public's Health. EUPHA 2005 Conference Book. Gamburg: Health Promotion Publications, 22–36.

3 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.



© iConcept - Fotolia.com

Hofen. Das vor mehr als einem Jahrzehnt entwickelte Lehrgangskonzept hat sich bewährt, und es konnte problemlos an neue Entwicklungen angepasst werden. Dies geschah vor dem Hintergrund eines vielseitigen Ringens um kleinere oder größere Reformschritte im Gesundheitswesen. Oberstes Ziel war von Anfang an die Erneuerung des Denkens und Handelns im Gesundheitsbereich auf der Grundlage einer fundierten Wissens-, Erfahrungs- und Methodenbasis.

Ausgehend vom Grazer Public-Health-Team und mit Unterstützung durch zahlreiche Absolventinnen und Absolventen und Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Public Health ist in den letzten zehn Jahren ein österreichweites Netzwerk von jüngeren Kolleginnen und Kollegen entstanden, denen die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitssektors ein Anliegen ist. Diese Entwicklung erfolgte im Kontext einer Vielzahl von Aktivitäten in der Forschung, Ausbildung, Feldarbeit und Kommunikation in einer Reihe europäischer Länder und einer beginnenden Neuorientierung einzelner Gesundheitssysteme in Richtung eines neuen multidisziplinären Verständnisses von Public Health. Einen nachhaltigen Beitrag zur Kapazitätsentwicklung im Public-Health-Bereich leisten seit vielen Jahren zahlreiche Universitäten und Fachhochschulen durch Bachelor- und Masterprogramme sowie wissenschaftliche Forschungsprojekte, unterstützt durch europäische Fachgesellschaften, vor allem durch die European Public Health Association (EUPHA) und die Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER). Kapazitätsbildende Projekte werden hierzulande seit den neunziger Jahren vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, einzelnen Landesregierungen und Gebietskrankenkassen und vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) gefördert.

Öffentliche Gesundheitspflege/Public Health hat im deutschen Sprachraum eine mehr als zweihundertjährige Tradition.

Der Artikel hat die folgenden Ziele:

- 1) Er soll die Leitprinzipien des Grazer Masterprogramms Public Health vor dem Hintergrund ihrer historischen Bezüge und ihrer Zukunftsperspektiven beschreiben und diskutieren.
- 2) Er soll erkunden, wieweit gesundheits- und Versorgungswissenschaftliche Leitprinzipien bereits im Bildungssystem, in den Systemen der Krankenversorgung, der Gesundheitsförderung und der soziale Sicherung verankert sind.
- 3) Er soll klären, ob im österreichischen Gesundheitswesen eine ausreichende Bereitschaft (*Readiness*) vorhanden ist, um den im Gesundheitsreformgesetz 2013 vorgesehenen zukunftsweisenden Gesundheits-Zielsteuerungsprozess partnerschaftlich umzusetzen.

Die Leitprinzipien der Gesundheitsbildung sind im Verlaufe eines mehr als zehnjährigen Entwicklungs- und Lernprozesses entstanden. Sie haben den Universitätslehrgang Public Health der Medizinischen Universität Graz seit dessen Entstehung geprägt und wurden während dieser Zeit einem umfangreichen und differenzierten Praxistest unterworfen.

Bevor wir uns den Leitprinzipien zuwenden, ist es sinnvoll, die Entwicklung und den Stand von Public Health im deutschsprachigen Raum und besonders in Österreich näher zu betrachten. An die darauf folgende systematische Darstellung und Erläuterung der Leitprinzipien schließen sich ein Kapitel zur Kapazitätsentwicklung und Umsetzung von Public Health Governance und ein kurzer Ausblick an. Darin werden Schritte empfohlen, die aus der Sicht des Autors für die Entwicklung und Umsetzung einer zielorientierten Gesundheitspolitik unverzichtbar sind.

2 Soziale Hygiene, Sozialmedizin und Public Health im deutschsprachigen Raum

Öffentliche Gesundheitspflege/Public Health hat im deutschen Sprachraum eine mehr als zweihundertjährige Tradition. Bereits gegen Ende des 18. Jahrhunderts gab es in deutschen Ländern mit dem Konzept der *medizinischen Policey* ein elaboriertes Theoriegebäude für das von der Staatsgewalt zu organisierende Gesundheitswesen.⁴ „Die Sorge um die Gesundheit gehörte zu dem Schutz, den die Untertanen von ihrer Obrigkeit erwarten durften. Allerdings handelte es sich noch mehr um eine Programmatik als um eine im Alltag erfahrbare Realität“, bemerkt dazu der Historiker Axel Flügel,⁵ der an der Universität Bielefeld forscht und lehrt. Im 19. Jahrhundert beherrschte das Thema Armut den öffentlichen Gesundheitsdiskurs. Volkszählungen lieferten erste empirische Daten über den Zusam-

4 Flügel, A. (2012): Public Health und Geschichte, Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 46

5 Flügel, A. (2012): a. a. O., 46

menhang von prekären Lebens- und Arbeitsverhältnissen sowie Krankheit und Sterblichkeit.^{6,7}

Die unter Reichskanzler Bismarck 1884 im Deutschen Reich eingeführte soziale Krankenversicherung wurde bereits 1889 von Österreich-Ungarn und in der Folgezeit von mehr als 20 Ländern übernommen. Der Kreis der sozialversicherten Beschäftigten beschränkte sich zunächst auf wenige Industrien und einen kleinen Teil der Industriearbeiter, sie wuchs in der Sozialversicherungsländern bis in die jüngste Vergangenheit kontinuierlich weiter. Die Zahl dieser Länder ist heute bis auf sechs geschrumpft. Trägerorganisation der Sozialversicherung war immer die Solidargemeinschaft der versicherten Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber, die sogenannte Sozialpartnerschaft. Die Versicherten zahlten anfangs zwei Drittel und die Arbeitgeber ein Drittel der Beiträge.^{9,10}

Die Reform brachte den sozialversicherten Arbeitern freien Zugang zu ärztlicher Behandlung und Existenzsicherung durch ein Krankengeld. Die Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen blieb jedoch lange Zeit begrenzt. Nutznießer der Reform waren zunächst vor allem die niedergelassene Ärzte, deren Einkommenssicherheit deutlich stieg.¹¹ Dass die konstitutionelle Monarchie die Einführung der sozialen Krankenversicherung wohlwollend begleitete und unterstützte, ist gut nachvollziehbar: Das neue soziale Sicherungssystem finanzierte sich selbst, und die Reform entlastete den Staat in seiner Verantwortung für die Grundsicherung der rapide wachsenden lohnabhängigen Bevölkerung weit mehr als sie ihn belastete. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben vor allem politisch aktive Ärzte für eine angemessene Schulbildung, für mehr soziale Gerechtigkeit und Unterstützung der notleidenden Bevölkerungsgruppen gekämpft, so der Berliner Armenarzt und Medizinstatistiker Salomon Neumann und der mit ihm befreundete Pathologe und Sozialmediziner Rudolf Virchow, in Wien der Armen- und Nervenarzt und Gründer der Sozialdemokratischen Partei Österreichs, Victor Adler.¹² Mit der Bismarck'schen Sozialreform liefen ihre politischen Forderungen ins Leere.¹³

Zwei starke gesellschaftspolitische Perspektiven und

© chaglin - Fotolia.com



professionelle Gruppierungen prägten im ersten Drittel des 20. Jahrhundert den gesundheitspolitischen Diskurs: das Lager der sozial- und gesundheitswissenschaftlich orientierten Sozialhygieniker und das Lager der biologisch orientierten Rassenhygieniker.¹⁴ In den 1920er Jahren gehörte Deutschland zu den führenden Ländern in der öffentlichen Gesundheitspflege mit einer bereits gut entwickelten akademische Basis. Allein in Preußen entstanden drei wissenschaftliche Akademien für die Ausbildung von Fach- und Führungskräften in Sozialhygiene. Führende Sozialhygieniker gaben in den späten 1920er Jahren das fünfbandige Handbuch „Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft“ heraus, das als Kompendium des aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Wissens der Zeit konzipiert worden war.¹⁵ Österreichische Sozialhygieniker waren zum Teil in deutschen Organisationen aktiv, zuverlässige Hinweise auf eine vergleichbare Akademisierung im öffentlichen Gesundheitswesen Österreichs sind uns nicht bekannt.¹⁶ Mit der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten 1933 findet die zukunftsweisende Entwicklung der Sozialhygiene in Deutschland ein jähes Ende.

Nationale Gesellschaften für Rassenhygiene wurden in Deutschland 1905 und in Österreich 1924 gegründet. In seiner umfassenden, auf eine sorgfältige Quellenarbeit gegründeten Magisterarbeit analysiert

6 Flügel, A. (2012): a. a. O.

7 Labisch, A., Woelk, W. (2012): Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag, 55–98.

8 Heinzlmann, W. (2009): Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft. Transcript Verlag, Bielefeld.

9 Deutsche gesetzliche Krankenversicherung, Geschichte, <http://www.deutschesozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html> (22.4.2013).

10 Geschichte der Sozialversicherung, http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=58408&p_tabid=6

11 Flügel, A. (2012): a. a. O.

12 Verein für Geschichte der Arbeiterbewegung (VGA) (2011) Lektorat: Peter Heyl. Briefwechsel Victor Adler - Friedrich Engels. Berlin: Akademie-Verlag. www.akademie-verlag.de.

13 Milles, D. (2005): Sozialhygiene, Soziale Medizin und deutsche Arbeiterbewegung. In: Schagen, U., Schleiermacher S.: 100 Jahre SOZIAL-HYGIENE SOZIALMEDIZIN und Public Health in Deutschland. userpage.fu-berlin.de/medberuf/CD.../Einleitung_Schagen.pdf.

14 Heinzlmann, W. (2009): a. a. O.

15 Heinzlmann, W. (2009): a. a. O.

16 Mayer, T. (2004). Akademische Netzwerke um die „Wiener Gesellschaft für Rassenpflege (Rassenhygiene)“ von 1924 bis 1948. Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie aus der Studienrichtung Geschichte. Geistes- und Kulturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Die gesellschaftliche Verankerung der Rassenhygiene war mit wachsenden Zumutungen und extremen Belastungen im alltäglichen Leben großer Bevölkerungsgruppen.

Thomas Mayer die Entwicklung akademischer Netzwerke für Rassenpflege und Rassenhygiene in Österreich zwischen 1917 und 1945.¹⁷ Danach kann der deutschen Entwicklung ein großer Einfluss auf die Initiierung und schrittweise Etablierung der österreichischen Rassenhygiene zugeschrieben werden. In den 1920er Jahren entstehen in Linz, Graz und Wien Gesellschaften für Rassenhygiene oder Rassenpflege und auf nationaler Ebene der „Österreichische Bund für Volksaufartung und Erbkunde“.¹⁸ Die gesellschaftliche Verankerung der Rassenhygiene war mit wachsenden Zumutungen und extremen Belastungen im alltäglichen Leben großer Bevölkerungsgruppen verbunden und führte schließlich zur Bildung „intellektueller Netzwerke der NS-Patientenmordaktionen in Österreich“ (Hubenstorff¹⁹). Das Lager der Rassenhygieniker einte die zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den Industrieländern weit verbreitete rassenideologische Perspektive, wonach – fernab vom vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisstand – ein rassisch reiner Volkskörper als Voraussetzung für ein Leben der Menschen in guter Gesundheit galt. „Fremdrassige“ Einflüsse sollten die Gesundheit der Menschen gefährden.²⁰ Aus rassenhygienischer Sicht war es geboten, den biologischen Volkskörper vor „fremdrassigen“ Einflüssen zu schützen oder von diesen zu befreien. Blind gegenüber ethischen Prinzipien und naheliegenden gesellschaftspolitischen Konsequenzen hielt eine wachsende Anhängerschaft, darunter viele Ärzte, Lehrer und Juristen, die bevölkerungsweite Popularisierung der Eugenik und Eheberatung sowie Zwangsmaßnahmen wie Eheverbote, Sterilisation und schließlich groß angelegte Euthanasieprogramme für einen legitimen Weg hin zu einer „gesünderen“ Bevölkerung. Die erstarkende nationalsozialistische Bewegung hatte ein leichtes Spiel, ihre verbrecherische Rassenpolitik zu legitimieren. Die Umsetzung eines umfassenden rassenpolitischen Programms ließ nicht lange auf sich warten, beginnend mit einer neuen diskriminierenden Ehegesetzgebung, Eheverboten und systematischen Maßnahmen zur Zwangssterilisation – als Vorbote eines der abscheulichsten Verbrechen gegen die Menschlichkeit, der im Großmaßstab organisierten Vernichtung „unwerten Lebens“ durch industrialisierten Völker-

mord.²¹ Die verheerenden Folgen sind bekannt. Die heutigen Gesundheitswissenschaften und die Gesundheitsförderung weisen zahlreiche Bezüge zur deutschen Sozialhygiene des frühen 20. Jahrhunderts auf. Eine erhaltene Neuerung sind die in Städten und großen Gemeinden vorhandenen kommunalen Gesundheitsämter, die ursprünglich als Infrastrukturen kommunaler Daseinsfürsorge geplant waren.²² Mit der Wiedereinführung der früheren staatlichen Verwaltungsstrukturen in der Nachkriegszeit und der fortschreitenden Medikalisierung des Gesundheitswesens haben die Kommunen die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger jedoch weitgehend verloren. Die hier in groben Zügen skizzierte deutsche Entwicklung der Sozialhygiene, der sozialen Medizin und der Gesundheitswissenschaft(en) weicht erheblich von der Geschichte dieser Fachgebiete in anderen Teilen Europas und Nordamerikas ab.²³ Der Wiener Medizinhistoriker Michael Hubenstorff hat sie als „deutschen Sonderweg“ bezeichnet.²⁴

Die Geschichte der Sozialmedizin und Sozialhygiene hilft uns besser zu verstehen, warum die Anliegen der Multidisziplin Public Health erst seit den späten 1980er Jahren im deutschsprachigen Raum öffentlich thematisiert und gefördert werden. Die „nachholende Modernisierung“ öffentlicher Gesundheit (Rolf Rosenbrock) sollte sich aus unserer Sicht aber nicht darauf beschränken, Public-Health-Modelle der angelsächsischen Welt zu „(re)importieren“, wie viele von uns zu nächst dachten. Unsere Herausforderung besteht vielmehr darin, ein Public-Health-Paradigma zu erarbeiten, das den Bedürfnissen, Problemen und politischen Rahmenbedingungen Europas und speziell des deutschsprachigen Raums gerecht wird. Bis in die jüngste Vergangenheit waren öffentliche Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung in Mitteleuropa nahezu identisch mit einer bevölkerungsweiten Politik und Praxis der Krankenversorgung, basierend auf dem medizinischen Krankheitsmodell.²⁵ In den 1980er und 1990er Jahren entstanden in einer Reihe europäischer Ländern neue universitäre Forschungs- und Ausbildungsprogramme im öffentlichen Gesundheitsbereich, so auch in Deutschland und in der Schweiz. In Österreich wurde 1995 die Österrei-

17 Mayer, T. (2004): a. a. O.

18 Mayer, T. (2004): a. a. O.

19 Hubenstorff, M. (2002): Tote und/oder lebendige Wissenschaft: Die intellektuellen Netzwerke der NS-Patientenmordaktion in Österreich. In: Gabriel, E., Neugebauer, W. (Hg.): Von der Zwangssterilisation zur Ermordung. Wien Köln Weimar: Böhlau Verlag, 237–280.

20 Weingart, P., Kroll, J., Bayertz, K. (1988): Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

21 Heinzlmann, W. (2009): a. a. O.

22 Labisch, A., Woelk, W. (2006): a. a. O.

23 Milles, D. (2005): a. a. O.

24 Hubenstorff, M. (2005): Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public Health – Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg? In: Schagen, U., Schleiernmacher, S. 100 Jahre SOZIALHYGIENE SOZIALMEDIZIN und Public Health in Deutschland. userpage.fu-berlin.de/medberuf/CD.../Einleitung_Schagen.pdf

25 Noack, H. (2011): Governance and Capacity Building in German and Austrian Public Health since the 1950s. Public Health Reviews; 33: 264–276.

sche Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) geschaffen, 1998 erhielt der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) mit dem Gesundheitsförderungsgesetz eine verbindliche Rechtsgrundlage. Der Versuch, einen ersten Studienplan für ein interuniversitäres Masterprogramm in Public Health zu lancieren, scheiterte am mangelnden politischen Willen, am geringen Interesse der Universitäten und relevanten Institute und an unzureichenden personellen Ressourcen.²⁶ Der vom damaligen Rektor der Karl-Franzens-Universität, Prof. Zechlin, angeregte „Grazer Alleingang“ führte schließlich weiter. Wie bereits berichtet wurde mit Unterstützung durch die Steiermärkische Landesregierung 1999/2000 ein modernes Public-Health-Curriculum entwickelt, das auf die Bedürfnisse und den Bedarf im öffentlichen Gesundheitsbereich abgestimmt war. Es konnte umgesetzt werden, weil es gelang, Wissenschaftler und erfahrene Praktiker aus anderen europäischen Ländern als Lehrpersonen zu gewinnen. Diese Praxis sollte sich in den folgenden zehn Jahren sowohl in Graz als auch im Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung Schloss Hofen bewähren, wobei das Curriculum wiederholt in kleinen Schritten an neue Entwicklungen angepasst werden konnte.

3 Leitprinzipien der Kapazitätsentwicklung im Public-Health-Bereich

Das österreichische Universitätsgesetz 2002 berechtigt Universitäten, postgraduale Aus- und Weiterbildungsprogramme als Universitätslehrgänge (ULG) 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 im Rahmen eines besonderen Verfahrens beantragt und von den universitären Gremien beschlossen werden können, wenn ihre Finanzierung durch Teilnahmegebühren oder aus anderen Quellen gesichert ist.

Oberstes Ziel des Universitätslehrgangs Public Health der Medizinischen Universität Graz ist die 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 den wichtigen Handlungsfeldern. Die Erarbeitung des Masterprogramms erforderte eine begründete Darstellung des Bedarfs, die Vereinbarung bedarfsgerechter und erreichbarer Aus-

bildungs- und Lernziele und darauf basierend die Entwicklung eines Unterrichts- und Arbeitsprogramms, von dem angenommen werden konnte, interessante und wirksame Lern- und Kommunikationsprozesse zu ermöglichen. Wir haben die Lernziele und Arbeitsinhalte der einzelnen Unterrichtseinheiten für die Lehrenden und Lernenden in kurzen Absätzen beschrieben und den mehr als 50 Lehrenden einen relativ großen Gestaltungsspielraum eingeräumt, und ebenso den Studierenden bei der Themenwahl für schriftliche Arbeiten und die Masterarbeit. Diese Vorgehensweise hat zu einer inhaltlichen Ausrichtung und curricularen Struktur geführt, die in ihrem Kern ein System von handlungsorientierten Leitprinzipien für den öffentlichen Gesundheitsbereich repräsentieren. Diese Leitprinzipien sind kein starres Normengefüge, sondern ein für sinnvolle Veränderungen offenes Rahmengerüst dynamischer Regeln für die Aus- und Weiterbildung in Public Health. Universitäre Ausbildung und Weiterbildung können als eng miteinander verschränkte Felder einer nachhaltigen Systementwicklung im öffentlichen Gesundheitsbereich weitergedacht werden. Lern- und Innovationsprozesse bilden eine Einheit. Innovationen erfordern Lernen, und Lernen hat prinzipiell das Potential, Innovationen anzustoßen. Trainingsprogramme dienen mehr und mehr der Innovation, der Steuerung und Transformation in einem technischen wie auch in einem sozialen Sinne.²⁷ Im folgenden Kapitel werden sieben gesundheits- und handlungsorientierte Leitprinzipien beschrieben und erläutert. Die Leitprinzipien I–V beziehen sich auf die zentralen Ziel- und Aufgabenfelder von Public Health, Leitprinzip VI befasst sich mit der Steuerung und Gestaltung (Governance) von Public-Health-Feldern oder Teilsystemen, Leitprinzip VII mit dem Aufbau von Wissensgrundlagen und Steuerungskapazitäten im Gesundheits- und Bildungssystem.

I. GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN FÜR ALLE MENSCHEN

Oberstes Leitprinzip im Gesundheitsbereich ist die langfristige Stärkung und Abstimmung aller gesellschaftlichen Anstrengungen zur nachhaltigen Verbesserung kollektiver und individueller Gesundheitschancen und zur dauerhaften Verringerung der Krankheitslast infolge nicht übertragbarer und übertragbarer Krankheiten. Voraussetzung dafür ist eine dauerhafte Verringerung sozialer Ungleichheiten in Bezug auf Region, Gender, Einkommen, Bildung, Beruf und gesundheitsrelevante Verhaltensmuster durch nachhaltige Verlangsamung oder Umkehrung der Ungleichheitsentwicklung von Gesundheit, Wohlbefinden und Krankheit.

Innovationen erfordern Lernen, und Lernen hat prinzipiell das Potential, Innovationen anzustoßen.

© cirquedesprit - Fotolia.com



²⁶ Noack, H. (2011): a. a. O

²⁷ Editorial: Die Stunde Null. Newsletter der Österreichische Gesellschaft für Public Health, 1995/1.



© Gerhard Wanzenböck - Fotolia.com

Dieses Leitprinzip folgt den Gesundheitszielen, für die sich die WHO seit den 1980er Jahren einsetzt. Danach ist Gesundheit ein hohes persönliches und soziales Gut, ein erklärtes Menschenrecht und gemeinsam mit Bildung ein bedeutsamer Wirtschaftsfaktor. Ungleiche Gesundheitschancen können den sozialen Frieden und die gesellschaftliche Entwicklung gefährden. Nachhaltige gesellschaftliche Anstrengungen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten fördern Synergien mit anderen Leitprinzipien.²⁸

II. DAS GESUNDHEITSPARADIGMA ALS GRUNDLAGE WISSENSCHAFTLICHEN, SOZIALEN, INSTITUTIONELLEN UND POLITISCHEN HANDELNS

Handlungsleitende Grundlage gesundheitsorientierter Aktivitäten ist das umfassende (interdisziplinäre) Gesundheitsparadigma. Dieses schließt das gesamte Spektrum gesundheits- und krankheitsbezogener Kategorien und alle wissenschaftlichen, praktischen und politischen Kernfunktionen ein: die wissenschaftliche Analyse und Bewertung gesundheitlicher Entwicklungen/Verläufe, ihres gesellschaftlichen Kontextes und ihrer Determinanten; die Erarbeitung/Selektion und Umsetzung von Politiken (policies) und Praktiken zur nachhaltigen Verbesserung bevölkerungsweiter und individueller Gesundheitspotentiale und zur Verminderung von Risikolagen und Krankheitslasten (burden of disease).

Zentrale Aufgaben des Analysebereichs sind einerseits die gesundheitswissenschaftliche und epidemiologische Untersuchung und Bewertung des demographischen und sozialen Wandels und der Ungleichheiten in der Verteilung von Lebenserwar-

tung, Gesunden Lebensjahren, Funktionsfähigkeit sowie Krankheitslast, Behinderungen und Sterblichkeit; andererseits die gesundheitswissenschaftliche Erklärung und Diskussion dieser Veränderungen im Kontext ihrer sozialen, ökonomischen, ökologischen und politischen Determinanten und gesellschaftlichen Entwicklungsdynamiken.

Zentrale Aufgaben des Policy/Praxis-Bereichs sind einerseits die wissenschaftlich fundierte Entwicklung und gesellschaftliche Verankerung von nachhaltigen Handlungsrichtlinien und Maßnahmenpaketen zur Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung in den gesellschaftlich relevanten Handlungsfeldern – z. B. in Parlamenten, Regionen, Kommunen und Organisationen und in den Lebens-, Lern- und Arbeitswelten der Menschen, wie z. B. die Förderung von Gesundheitskompetenz (health literacy) in Familien, Schulen und Organisationen; andererseits die Erarbeitung und lebensweltliche oder institutionelle Verankerung von wirksamen und qualitätsgerechten Programmen und Aktivitäten der Krankheitsprävention, wie z. B. die Kontrolle von Krankheits- und Unfallrisiken, die Behandlung von Krankheiten, die Rehabilitation und die Pflege in Versorgungseinrichtungen, die Unterstützung häuslicher Betreuung und Pflege.

III. BEVÖLKERUNGSWEITE SICHERUNG UND FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN

Die historische Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsbereich besteht darin, das traditionelle System der angebotsinduzierten Nachfragesteuerung in der medizinischen Akutversorgung in ein System nachhaltiger, bedarfsorientierter Sicherung und Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden einschließlich gesundheitsförderlicher Kranken- und Pflegeversorgung zu überführen.

Die traditionellen wissenschaftlichen und handlungsleitenden Konzepte der gesundheitlichen Versorgung leiten sich vom defizitorientierten Krankheitsparadigma professioneller Versorgung und Betreuung ab. Die Systemsteuerung erfolgt durch die Bereitstellung von zugänglichen Versorgungsangeboten (niedergelassene Ärzte, Ambulatorien, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) und durch 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 nicht übertragbarer,

²⁸ Frenk, J., Chen, L. et al. (2010): Health Professionals for the new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, Dec 4, Vol 376, 1923–1958, www.thelancet.com (DOI:10.1016/S0140-6736(10)61854-5).

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.

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 Voraussetzungen für deren Umsetzung und die Entwicklung und Erprobung der dafür geeigneten und wirksamen Instrumente.^{29, 30} Es wäre sinnvoll, sich diesen Herausforderungen zunächst im Rahmen regionaler Modellprojekte zu stellen, um längerfristig tragfähige Umsetzungsstrategien und Organisationsstrukturen zu entwickeln (Beispiele sind das Modellprojekt „Gemeinsam gesund im Bezirk Völkermarkt“ in Kärnten³¹ oder das Modellprojekt „Gesundes Kinzigal“ in Baden-Württemberg³²).

IV. BEDARFSGERECHTIGKEIT UND QUALITÄT DER 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 reduziert werden.

Das österreichische Gesundheitswesen ist ein hoch entwickeltes, differenziertes und durch unterschiedliche Interessen geprägtes System stationärer und ambulanter Akutversorgung mit hohen, kontinuierlich steigenden Ausgaben und begrenzter Steuerbarkeit. Knapp 95 % der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben fließen in die individuelle gesundheitliche Versorgung und 1,8 % in die Prävention von Krankheiten (in Deutschland z. B. 91 % und 3,2 %, in Finnland 93 % und 5,4 %)³³. Einer 2007 durchgeführten Vergleichsstudie zufolge war die Zufriedenheit der österreichischen Be-

völkerung mit dem Gesundheitswesen mit 70 % deutlich höher als in allen anderen europäischen Ländern.^{34, 35} Im OECD-Vergleich ist in Österreich und auch in Deutschland der Anteil Gesunder Lebensjahre an der Lebenserwartung bei Geburt vergleichsweise gering und die Krankheitslast entsprechend groß.³⁶

Das etablierte Krankenversorgungs- und Pflegesystem kann wirksamer zur Verringerung der Krankheitslast der Bevölkerung beitragen, wenn es gelingt, zielorientierte präventive und kurative Policies nachhaltig in den ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen zu verankern, die Chronifizierung von Gesundheitsstörungen wirksam zu bekämpfen, die Entwicklung der überwiegend nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen deutlich zu verlangsamen und unfallbedingte Verletzungen systematisch zu vermeiden. Innovative Strategien sollten im Rahmen regionaler Modellprojekte erprobt werden. Dafür müssen im Rahmen eines gezielten Kapazitätsaufbaus entsprechende infrastrukturelle, finanzielle und personelle Voraussetzungen geschaffen werden. Längerfristig bedarf es wirksamer und nachhaltiger Netzwerke effizienter Versorgungseinrichtungen.

V. GESUNDHEIT IN ALLEN POLITIKFELDERN

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

Der historisch einmalige Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung in den letzten hundert Jahren geht weltweit mit einer fortschreitenden bevölkerungsweiten Ungleichheitsentwicklung der Lebens- und Gesundheitschancen der Menschen einher.³⁷ Die Verwirklichung der Menschenrechte erfordert auch in den reichen Ländern eine nachhaltige Ver-

Innovative Strategien sollten im Rahmen regionaler Modellprojekte erprobt werden.

29 Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber

30 Magnussen, J., Vrangbaek, K., Saltman, B., Martinussen, P. (2009): Introduction: the Nordic model of health care. In: Magnussen, J., Vrangbaek, K., Saltman, B. (eds.): Nordic Health Care Systems. Maidenhead, Berkshire: Open University Press, McGraw-Hill.

31 Fonds gesundes Österreich. <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modellprojekte> (20.05.2013).

32 Gesundes Kinzigal. <http://www.gesundes-kinzigal.de>.

33 OECD (2012) HealthAtAGlanceEurope2012 PDF.

34 Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut. Pressemitteilung 2007. http://www.boeckler.de/36633_1329.htm.

35 GfK-Umfrage zu Österreichs Gesundheitssystem: Bevölkerung mit Qualität zufrieden, aber Reformen nötig GfK-Umfrage zu Österreichs Gesundheitssystem. http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/evsportal/channel_con-tent/cmsWindow?p_pubid=652225&action=2&p_menuid=2745&p_tabid=2.

36 OECD (2011): Health at a glance. <http://www.oecd.org/health/health-systems/healthataglance2011.htm>.

37 Robert Koch Institut (2006): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit.

<http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut.pdf>.

Die große gesellschaftliche Herausforderung der kommenden Jahre und Jahrzehnte besteht darin, im Rahmen sektorenübergreifender Entwicklungsprojekte innovative bevölkerungsweite Gesundheitsstrategien zu entwickeln und zu erproben.

kleinerung 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 EU übernommene Konzept Health in All Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern) gilt heute als zukunftsweisende Politik zur nachhaltigen bevölkerungsweiten Verbesserung der Gesundheitschancen durch umfassende Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung für alle Menschen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildungsstand.³⁸ Gesundheitsförderung in sozialen Settings im Sinne der Ottawa-Charta der WHO ist zu einer wissenschaftlich fundierten und 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 zu entwickeln und zu erproben. Voraussetzung dafür sind neue integrierte Ansätze des Kapazitätsaufbaus (Capacity Building) durch System-, Organisations- und Manpower-Entwicklung und berufsbegleitende Ausbildungs- und Trainingsprogramme im öffentlichen Gesundheitssektor.

VI. GOVERNANCEPROBLEME IM GESUNDHEITSSYSTEM IDENTIFIZIEREN UND BEARBEITEN

Die Entwicklung und Verankerung von Regeln und Kooperationsformen zur Identifikation und kontinuierlichen Bearbeitung von Herausforderungen und Problemen in den Steuerungsbereichen im öffentlichen Gesundheitswesen kann die Bedarfsgerechtigkeit, die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit der Gesundheitspolitik, der Kranken- und Pflegeversorgung und der organisierten Sicherung und Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden dauerhaft verbessern. Definitionen von Governance beziehen sich generell auf das handlungsleitende Regelwerk, den normativen Ordnungsrahmen für die verantwortliche Führung, Steuerung und Kontrolle einer Vielfalt

von gesellschaftlichen Institutionen, Organisationen oder Sektoren. Dirk Messner definiert *Global governance* als „Entwicklung eines Institutionen- und Regelsystems und neuer Mechanismen internationaler Kooperation, die die kontinuierliche Problembearbeitung globaler Herausforderungen und grenzüberschreitender Phänomene erlauben“.³⁹ Nationale Institutionen wie Parlamente, Wirtschaftsunternehmen oder Einrichtungen des Bildungs-, Sozial- und Servicesektors werden durch Wertorientierungen, Regelsysteme und ihre eigenen kulturellen Traditionen geleitet.⁴⁰

Governance for Health ist ein junges Politik-, Praxis- und Forschungsfeld. In den letzten Jahren sind die Aktivitäten und die Zahl der Veröffentlichungen zum Thema Governance deutlich gestiegen.⁴¹ Ein einheitliches Begriffssystem für die verschiedenen Bereiche und Prozesse gesundheitsrelevanter Steuerung existiert jedoch noch nicht. Kickbusch und Gleicher definieren *Governance for health* in Anlehnung an Bell and Hindmoor, 2009,

*as the attempts of governments and other actors to steer communities, countries or groups of countries in the pursuit of health as integral to wellbeing through both whole-of-government and whole-of-society approaches*⁴²

Die Autoren formulieren eine Reihe von Empfehlungen für eine neue europäische Politik für Gesundheit:⁴³

1. eine klare gesellschaftspolitische Positionierung von Gesundheit und Wohlbefinden
2. neue Verfahren und Maßstäbe zur Bewertung der Gesundheitspolitik
3. Wahrnehmung der gesundheitspolitischen Verantwortung durch die gesamte Regierung (*Whole of Government*)
4. innovative Partnerschaften innerhalb der gesamten Gesellschaft (*Whole of Society*)
5. das Bekenntnis zur informierten Bürgerin/zum informierten Bürger und zur Bürgerbeteiligung
6. eine globale Perspektive
7. ein innovatives europäische Regionalbüro der WHO
8. eine gemeinsame Verpflichtung zu Innovationen im Governance-Bereich.

Die moderne Public-Health-Theorie schließt drei gleichermaßen bedeutsame Politik- und Handlungsfelder ein: soziale Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden, Gesundheit in allen Politikfeldern und (Public) Health Governance.⁴⁴

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

39 Messner, D. (2000): Globalisierung, Global Governance und Perspektiven der Entwicklungszusammenarbeit. In: Nuscheler, F. (Hrsg.): Entwicklung und Frieden im 21. Jahrhundert, Bonn, 267–294.

40 Bell, S., Hindmoor, A. (2009): Rethinking Governance. The Centrality of the State in Modern Society. Melbourne: Cambridge University Press.

41 McQueen, D. V., 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.

42 Kickbusch, I., Gleicher, D. (2012) a. a. O., 4.

43 Kickbusch, I., Gleicher, D. (2012) a. a. O.

44 McQueen, D. V. et al. (2012): a. a. O.

Vor allem mit dem dritten Glied in dieser Kette kann Public Health die größtmögliche Wirkung im Gesundheitswesen und in der Gesamtgesellschaft entfalten. Dies erfordert große Anstrengungen im Bereich der Kapazitätsentwicklung mit dem Ziel, Governance-Strukturen, Handlungskompetenzen sowie Leadership in der Gesundheits- und Sozialpolitik, im Gesundheitssystem und in der Zivilgesellschaft zu verankern. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die systematische Analyse und die Bearbeitung oder Lösung von Steuerungsproblemen Aktionsfelder von hoher Priorität in modernen Gesundheitssystemen darstellen. Ziel muss es sein, Schwachstellen oder Defizite der Steuerung auf den verschiedenen Ebenen und in den relevanten Feldern der Kranken- und Pflegeversorgung, der Gesundheitssicherung und -förderung, der politischen, ökonomischen und sozialen Systemsteuerung zu erkunden und intelligente Steuerungskonzepte und -strategien zu entwickeln.

VII. DIE EVIDENZ- UND KOMPETENZ-BASIS VON GOVERNANCE ERWEITERN UND GOVERNANCEKAPAZITÄTEN ENTWICKELN

Als ein junges, komplexes Feld verfügt Governance im Gesundheitsbereich über eine begrenzte Erfahrungsbasis. Um diese zu stärken, ist es wichtig, Governance-Projekte systematisch zu fördern und gut ausgewählte Governance-Fälle post hoc zu evaluieren und die gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen systematisch aufzubereiten. Damit sollten Programme zum Aufbau von Steuerungs- und Gestaltungskapazitäten im Gesundheitswesen einhergehen.

Zwei im letzten Jahr erschienene, einander ergänzende WHO-Studien präsentieren Übersichtsarbeiten über Governance-Projekte aus einer Reihe europäischer Länder und ein Bündel von Empfehlungen für „Smart Governance“, die gleichermaßen an die Adressen der WHO und der Politikverantwortlichen in Europa gerichtet sind.

● In der Studie *Intersectoral Governance for Health in All Policies* wurden europäische Fallstudien zu Health in All Policies aus zahlreichen europäischen Ländern anhand eines differenzierten Analyse-schemas in Bezug auf intersektorale Steuerung/Governance⁴⁵ untersucht. Die Ergebnisse vermitteln ein anschauliches Bild der Kontextgebundenheit, Vielgestaltigkeit und prinzipiellen Offenheit von Governance-Prozessen in Regierungen und Parlamenten, innerhalb von Ministerien und deren Netzwerken, in staatlichen Bürokratien und Verwaltungen sowie in der Wirtschaft und in ausgewählten zivilgesellschaftlichen Bereichen.

● In Studie *Governance for Health in the 21st Century* entwerfen und begründen Ilona Kickbusch und David Gleicher auf der Basis europäischer Fallstudien eine differenzierte Gesamtstrategie zur Steuerung der Gesundheit im 21. Jahrhundert.⁴⁶ Die Studie enthält vier Schlüsselbotschaften: (1) Steuerung von Gesundheit und Wohlbefinden ist ein zentraler Baustein für kluge Steuerung (good governance) und (2) Gesundheit ein gemeinsames Gut vieler gesellschaftlicher Teilsysteme. (3) Diese neue Realität spiegelt sich in den Ansätzen *Whole of Government* und *Whole of Society* wider. (4) *Governance for health* baut auf den Erfahrungen intersektoraler Zusammenarbeit, „gesunder“ öffentlicher Gesundheitspolitik und Gesundheit in allen Politikfeldern auf.

Für die Aus- und Weiterbildung in Public Health stellt sich die Frage, inwieweit ein Public-Health-Curriculum zur Entwicklung von Steuerungsressourcen und -kompetenzen beitragen kann. Die einschlägigen Literatur zu dieser Frage lässt sich dahingehend interpretieren, dass problembasiertes oder problemorientiertes Lernen (PBL, POL) als ein geeigneter methodische Ansatz dafür gelten kann. Problembasiertes Lernen wurde 1969 an der kanadischen Mac Master-Universität eingeführt und seit 1976 ist PBL das didaktische Grundkonzept der niederländischen Universität Maastricht.⁴⁷ Ausgangssituation ist in der Regel eine Fallbeschreibung („Fall“), zumeist ein kurzer Text 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 Bestlösung, vielmehr muss zwischen bestmöglichen Kompromissen entschieden und die getroffene Wahl begründet werden. Im Maastricht-System von PBL erwerben die Studierenden fachliches Wissen und handlungsleitende Kompetenzen durch systematische Bearbeitung von Fallszenarien in sieben Schritten („Siebensprungmethode“):⁴⁸

1. Klärung unklarer Begriffe und Konzepte in der Fallbeschreibung
2. Problemdefinition: Was genau soll erklärt werden?
3. Brainstorming: Es sollen so viele Ideen wie möglich generiert werden
4. Problemanalyse: systematische Ordnung und Bewertung der Ideen
5. Formulierung von Lernzielen
6. Recherche von Lernressourcen (Lernzeit)
7. Informationsaustausch und Synthese

Die häufigsten Problemtypen im Gesundheitsbereich sind Erklärungsprobleme, Strategieprobleme und Dilemmaprobleme.

45 McQueen, D. V. et al. (2012): a. a. O.

46 Kickbusch, I., Gleicher, D. (2012): a. a. O.

47 Moust, J. H. C., Bouhuijs, P. A. J., Schmidt, H. G. (2007): a. a. O.

48 Moust, J. H. C., Bouhuijs, P. A. J., Schmidt, H. G. (2007): a. a. O.

Die Arbeit im Tutorial wird in Maastricht durch moderne Informationstechnologien unterstützt

Fallszenarien können die Bearbeitung von konkreten Steuerungsproblemen simulieren wie sie sich z. B. in der Gesundheitspolitik, in Organisationen der Kranken- und Pflegeversorgung oder in Settings der Gesundheitssicherung und -förderung in Kommunen, Schulen oder Betrieben stellen. Gearbeitet wird vorzugsweise in Kleingruppen (Tutorials), die von einer Diskussionsleiterin/einem Diskussionsleiter – in der Regel selbst Studierende – moderiert werden, während eine weitere Studierende/ein Studierender relevante 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. Alle diese Rollen rotieren in der Gruppe der Studierenden. Eine akademische Lehrperson wirkt als Tutorin/Tutor, sie/er agiert jedoch nicht als Fachexpertin oder Fachexperte.⁴⁹

Weltweit unterrichten mindestens 100 Universitäten oder Hochschulen nach der PBL-Methode, insbesondere in der Medizin und im öffentlichen Gesundheitsbereich, im deutschen Sprachraum unter anderem Studiengänge an der Humboldt-Universität Berlin und an der Ruhruniversität Bochum. 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. Ähnlich wie beim Aufbau von Governance-Strukturen und -Kompetenzen erfordert die Einführung von PBL in Aus- und Weiterbildungsgängen im öffentlichen Gesundheitsbereich angemessene Begleitprogramme zur Kapazitätsentwicklung.⁵⁰

Kohärente Politik- und Handlungsfelder

Um die nachhaltige Entwicklung einer gesünderen und sozial gerechteren Gesellschaft zu fördern, müssen umfassende gesellschaftliche und professionelle Kapazitäten aufgebaut werden, die eine zielorientierten Steuerung und Gestaltung des öffentlichen Gesundheitsbereichs bewirken. Das ist eine sehr große Herausforderung für die kommenden Jahre und Jahrzehnte. Sie ist darauf gerichtet, die Leitprinzipien von Public Health in den gesundheitlich wirksamen gesellschaftlichen Politik- und Handlungsfeldern nachhaltig zu verankern und deren kooperatives und kohärentes Zusammenwirken zu fördern. Leitbild ist

die *Vision* bevölkerungsweiter *kollektiver Gesundheitsentwicklung* – in begrifflicher Analogie zum Konzept der Gesundheitsentstehung (Salutogenese), das der amerikanisch-israelische Gesundheitssoziologe Aaron Antonovsky in den siebziger Jahren in den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs eingebracht hat.⁵¹ Das heißt aber nicht, dass das Salutogenese-Modell, das die Gesundheitsentstehung auf der individuellen Ebene zu erklären versucht, auf die wesentlich komplexeren Prozesse kollektiver gesundheitlicher Entwicklung übertragbar wäre.

Vorstellbar ist der Aufbau von gesundheitsfördernden Projekten oder Programmen in den Lebens-, Lern- und Arbeitswelten der Menschen, die relevante Leitprinzipien öffentlicher Gesundheit integrieren, und die in weiterer Folge in die verschiedenen Politik- und Handlungsfelder und Netzwerke öffentlicher Gesundheitsentwicklung eingebunden werden (Übersicht 1). Auf diese Weise können kollektive salutogene Prozesse in den gesellschaftlichen Systemen Bildung, Arbeit, soziale Sicherung, Gesundheitsförderung und Krankenversorgung wirksam werden.

4 Kapazitätsentwicklung zur Umsetzung einer zielorientierten integrierten Gesundheitspolitik

Im August 2012 hat der Ministerrat der österreichischen Bundesregierung zehn Gesundheitsziele als einen ressortübergreifenden Handlungsrahmen für die Steuerung und Gestaltung des Gesundheitswesens in den nächsten 20 Jahren beschlossen (Übersicht 2). Der Zielkatalog wurde von der Bundesgesundheitskommission erarbeitet, in der alle gesundheitsnahen politischen Körperschaften, Verbände und fachlichen Gruppierungen vertreten sind. Mehr als 4.000 interessierte Bürgerinnen und Bürger haben Überlegungen und Vorschläge eingebracht.⁵² Der Zielkatalog kann somit einen hohen Grad an gesundheitspolitischer Legitimation beanspruchen. „Oberstes Ziel ist“, so Gesundheitsminister Alois Stöger, „dass die Österreicher/-innen dadurch zwei Jahre länger gesund leben können“.⁵³ Als Begründung verweist der Minister auf die in internationalen gesundheitsstatistischen Datenbasen ausgewiesene Beobachtung, dass alte Menschen hierzulande, wie übrigens auch in Deutschland, weniger gesunde Lebensjahre erwarten können als alte Menschen in zahlreichen Ländern Nord-, West- und Südeuropas.

Im Mai 2013 hat das Parlament das Gesundheitsreformgesetz 2013 (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

49 Moust, J. H. C., Bouhuijs, P. A. J., Schmidt, H. G. (2007): a. a. O.

50 Moust, J. H. C., Bouhuijs, P. A. J., Schmidt, H. G. (2007): a. a. O.

51 Antonovsky, A., Franke, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen.

52 Rahmengesundheitsziele in der Langfassung (2012): a. a. O.

53 Rahmengesundheitsziele in der Langfassung (2012). http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/fileadmin/user_upload/pdf/

Übersicht 1: Leitprinzipien, Politik- und Handlungsfelder öffentlicher Gesundheit

Ebene	Leitprinzipien gesundheitswissenschaftlicher Aus- und Weiterbildung	Politik- und Handlungsfelder öffentlicher Gesundheit (Beispiele)
I	Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen	<ul style="list-style-type: none"> ● Alle Lebenswelten der Menschen ● Gesundheitsrelevante gesellschaftliche Handlungsfelder in Bund, Ländern und Gemeinden
II	Das Gesundheitsparadigma als Grundlage wissenschaftlichen, sozialen und politischen Handelns	<ul style="list-style-type: none"> ● Projekte, Programme und Aktivitäten gesundheitsbezogener Forschung, Bildung und Ausbildung und Entwicklung ● Gesundheitsförderndes kommunales, wirtschaftliches gemeinschaftliches Leben und Handeln ● Gesellschaftspolitisches oder parteipolitisches Handeln
III	Bevölkerungsweite Förderung und Sicherung von Gesundheit und Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> ● Gesellschaftsweite Verankerung von gesundheitspolitischen Zielsetzungen und Kompetenzen in zahlreichen Politikfeldern ● Nachhaltiger Aufbau gesundheitssichernder und gesundheitsfördernder Projekte und Aktivitäten in Gesundheitsorganisationen sowie Kommunen, Schulen und Betrieben
IV	Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Kranken- und Pflegeversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ● Nachhaltige Verbesserung der Bedürfnis- und Bedarfsorientierung in den Organisationen der Kranken- und Pflegeversorgung und der sozialen Dienste ● Kapazitätsaufbau zur Entwicklung einer evidenzbasierten und ethisch sensiblen Kranken- und Pflegeversorgung
V	Gesundheit in allen Politikfeldern	<ul style="list-style-type: none"> ● Verankerung wissenschaftlich fundierter und demokratisch legitimierter Gesundheitsziele in der kommunalen, regionalen und nationaler Gesundheitspolitik ● Nachhaltiger Kapazitätsaufbau zur Umsetzung wirksamer gesundheitspolitischer Strategien im Bund, in den Ländern und Kommunen
VI	Steuerungsprobleme im Gesundheitssystem identifizieren und bearbeiten	<ul style="list-style-type: none"> ● Systematische Analyse von Steuerungsproblemen und -defiziten in allen Gesundheitsorganisation und relevanten Handlungsfeldern ● Aufbau von nachhaltigen Steuerungskapazitäten und unterstützenden Strukturen zur zielorientierten Systemsteuerung
VII	Die Evidenz- und Kompetenzbasis von Governance stärken und Governance-Kapazitäten entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifikation und Analyse von relevanten Evidenz- und Kompetenzlücken in den Steuerungs- und Managementbereichen im Gesundheitssystem ● Aufbau von Aus- und Weiterbildungsprogrammen zur Entwicklung von bevölkerungsweiten und professionellen Governance-Kapazitäten

– G-ZG)⁵⁵ erlassen, das die partnerschaftliche Zusammenarbeit, die auf die Zielsteuerung im Gesundheitssystem ausgerichtet ist, im Sinne von *Health in all Policies* regelt. Danach sollen sich Bund und gesetzliche Krankenversicherung auf Bundes- und Landesebene an Grundsätzen von Public Health orientieren: unter anderem an einem umfassenden Gesundheitsbegriff, systematischer Gesundheitsberichterstattung, organisatorischer und funktionaler Weiterentwicklung der Organisation und der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Wichtige Elemente der Zielsteuerung sind Versorgungsforschung, bedarfsorientierte Planung, Entwicklung und Evaluation sowie die Prinzipien Interdisziplinarität, Gesundheit für alle und Verringerung gesundheitlichen Ungleichheiten.

Vorgesehen sind unter anderem eine integrierte Planung auf Basis von Prinzipien und Zielen in vier Steuerungsbereichen: Ergebnisorientierung, Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und konkrete Finanzziele. Weitere Gesetzesteile regeln die Finanzzielsteuerung, die Stärkung der Gesundheitsförderung, die Entscheidungs- und Organisationsstrukturen, das Monitoring und Berichtswesen und den Sanktionsmechanismus.⁵⁶

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2013 hat eine

Übersicht 2: Rahmengesundheitsziele⁵⁴

Ziel	Inhalt
1	Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
2	Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen
3	Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
4	Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
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

neue Phase österreichischer Gesundheitspolitik begonnen. Erstmals in der mehr als hundertjährigen Geschichte seit Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung wird eine umfassende Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsbereichs eingeleitet. Bisher beschränkten sich die öffentlichen Gesundheitsaufgaben weitgehend auf die Finanzierung und die Organisation der Krankenversorgung und auf die

54 <http://www.ots.at/pressemappe/52/aom> (09.08.2013)

55 Gesundheitsreformgesetz 2013. 81. Bundesgesetz. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Jahrgang 2013. Ausgegeben am 23. Mai 2013. Teil I.

56 Gesundheitsreformgesetz 2013: a. a. O.



© Robert Kneschke - Fotolia.com

Bereitstellung von Versorgungsangeboten. Nun bezieht der Aufgabenbereich öffentlicher Gesundheitspolitik gesetzliche Maßnahmen zur gesellschaftlichen Verankerung von Public Health, zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und zur bevölkerungsweiten Gesundheitsförderung ein. Das ist ein höchst erstrebenswerter, zugleich aber auch ein höchst herausfordernder Schritt, gleichsam ein „gesundheitspolitischer Quantensprung“. Deshalb ist es in einem ersten Schritt wichtig zu untersuchen, inwieweit das Gesundheitswesen organisatorisch, personell und auch landespolitisch gerüstet ist, die neue Herausforderung anzunehmen und wirksam umzusetzen.

Die Diffusions- und Innovationsforschung untersucht unter anderem, wie weit Gesellschaften, Organisationen oder Arbeitsgruppen über die erforderliche Bereitschaft und Kompetenz (*Readiness*) verfügen, besondere Anforderungen wie z. B. die Einführung von sozialen oder technischen Innovationen zu bewältigen. Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz ist eine solche Innovation. Sie bedarf besonderer Anstrengungen der Kapazitätsentwicklung, damit sie schrittweise umgesetzt werden und gelingen kann. In einer Übersichtsarbeit über eine große Zahl empirischer Studien zu Innovationen in Dienstleistungsorganisationen haben Trisha Greenhalgh, Glenn Robert und Fraser Macfarlane et al. Kriterien für die Bewertung der *Readiness* zur Einführung von komplexen Innovationen erarbeitet.⁵⁷ Eine sorgfältige Anwendung

dieser Kriterien würde den Rahmen dieses Beitrags deutlich überschreiten. Aber bereits ohne Zuhilfenahme eines solchen Werkzeugs ist unschwer zu erkennen, dass das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz sehr wahrscheinlich keines der fünf Kriterien der Systembereitschaft für Innovationen (*System Readiness for Innovation*) erfüllen dürfte. Überlegungen zum Aufbau relevanter Politik- und Handlungsfelder für einen kohärenten Kapazitätsaufbau (Übersicht 1) führen ebenfalls zu dem vorläufigen Schluss, dass das es noch wirksamer Schritte einer nachhaltigen Kapazitätenbildung bedarf, um die Gesundheitsreform 2013 erfolgreich auf den Weg zu bringen. Das Gesetz dürfte sich bei gelingender Umsetzung jedoch als ein Meilenstein in der Reformgeschichte des Gesundheitswesens erweisen.

Die Größe und die Komplexität moderner Gesundheitssysteme lassen Zweifel daran aufkommen, dass die heute erforderliche „komplexe Vielfachsteuerung“ dieser Systeme noch wirksam sein kann.⁵⁸ Ihre Entwicklungsdynamiken und die sich verändernden Zeitstrukturen infolge der sozialen Beschleunigung des Lebens⁵⁹ werfen die Frage auf, inwieweit komplexe Systeme dieser Größenordnung auf nationaler Ebene noch gesteuert werden können, oder wie einflussreich supranationale Organisationen, Netzwerke und Interessengruppierungen heute bereits sind.⁶⁰ Eine überregionale europäische Politik, wie sie Jürgen Habermas in seinem Essay „Zur Verfassung Europas“ fordert⁶¹ und wie sie sich Robert Menasse in seinem Buch „Der europäische Landbote“ wünscht⁶², könnten auch im Gesundheitswesen sinnvoll erscheinen.

Generell besteht die gesundheitspolitische Herausforderung darin, die Großtrends der Gesundheitsentwicklung europäischer Bevölkerungen – steigende Lebens- und Gesundheitserwartung bei anhaltender oder wachsender sozialer Ungleichheit der Lebens- und Gesundheitschancen der Menschen – langfristig zu verlangsamen oder noch besser umzukehren. Dies erfordert einen Politikwandel von der traditionellen Krankenversorgungspolitik hin zu einer sozialen Gesundheitspolitik in allen relevanten Politikfeldern (*Health in All Policies/HiAP*)⁶³, wie er im Gesundheitszielsteuerungs-Gesetz intendiert ist. Der Umsetzungsprozess dürfte in einer gesundheitspolitischen Kultur, die bisher durch starke Interessen geprägt wurde, mit nicht zu unterschätzenden Hindernissen

57 Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F et al. (December 2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, 82, 4: 581–629.

58 Rosenbrock

59 Rosa, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

60 Noack, H. (2010): Modernisierung und Gesundheit: Chance in der Krise? In: Gerlinger, T., Kümpers, S., Lenhard, U., Wright, M. T. (Hrsg.): Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock. Bern: Hans Huber, 14–27. Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2006): a. a. O.

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

62 Menasse, R. (2012): Der europäische Landbote. Wien: Paul Zsolnay Verlag.

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

verbunden sein. Deshalb verdienen Prozesse der Kapazitätenbildung und Strukturentwicklung besondere Beachtung. Vorrangig sind die Entwicklung von Führungs- und Managementpotentialen (Leadership) und Personalentwicklung durch gesundheitswissenschaftlich Aus- und Weiterbildung im Public-Health-Bereich. Dies spricht für eine umfassende Gesundheitsbildungsinitiative zur Förderung und Unterstützung des Gesundheits-Zielsteuerungsprozesses und deren angemessene Finanzierung. Dabei gilt es, die zentralen Herausforderungen des öffentlichen Gesundheitsbereichs im Auge zu behalten:

- Reduzierung der bevölkerungsweiten sozialen Ungleichheiten 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
- Abstimmung und Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Handlungsfeldern.

5 Ausblick

Das Grazer Public-Health-Team hat sich seit Ende der neunziger Jahre im Rahmen seiner Möglichkeiten bemüht, ein modernes postgraduales Aus- und Weiterbildungsprogramm in Public Health zu schaffen. Dieses Programm hat wissenschaftlich relevante und organisatorisch-praktisch verwertbare Erkenntnisse für die Weiterentwicklung und Gestaltung des österreichischen Gesundheitssystems erbracht, die in den folgenden drei Punkten analog zu den Zielen dieses Artikels zusammengefasst werden können:

- Die sieben zielorientierten, gesundheits- und Versorgungswissenschaftlichen sowie gesundheitspolitischen Leitprinzipien des multidisziplinären Masterprogramms Public Health der Medizinischen Universität Graz haben sich wissenschaftlich, didaktisch und praktisch bewährt und als zukunftsweisend erwiesen. Sie sind derzeit nur ansatzweise im Gesundheitssystem verankert.
- Um nachhaltig zur Entwicklung einer chancengerechteren und gesünderen Gesellschaft beizutragen, müssen die Leitprinzipien in den gesundheitsrelevanten gesellschaftlichen Politik- und Handlungsfeldern fest verankert werden. Der Bildungssektor und die Gesundheitsförderungsnetzwerke, die Wirtschaft und die Arbeitswelten, die Sozialversicherung und die Krankenversorger können die gesundheitspolitische Zielsteuerung wirksam unterstützen.

- Mit der Vereinbarung von zehn Rahmengesundheitszielen und der Verabschiedung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 wurde eine neue Phase in der österreichischen Gesundheitspolitik eingeleitet. Diese dürfte der vorhandenen Reformbereitschaft (*Readiness*) des österreichischen Gesundheitssystems um Einiges voraus sein. Deshalb bedarf es großer Anstrengungen, um die gesellschaftsweite Kapazitätenbildung und einen nachhaltigen Kapazitätsaufbau für eine umfassende *Gesundheitsbildungsinitiative* auf den Weg zu bringen, einschließlich einer angemessenen Evaluations- und Begleitforschung. In einem ersten Schritt sollte eine größere Zahl wissenschaftlich geschulter und reformorientierter Gesundheitsfachleute ausgebildet werden, um den Gesundheits-Zielsteuerungsprozess der Gesundheitsreform 2013 wirksam zu fördern und zu unterstützen. Die dafür erforderlichen Gelder sind wichtige Zukunftsinvestitionen und werden relativ gering im Verhältnis zu den Mitteln sein, die im Krankenversorgungssektor verbraucht werden.

Das Gesundheitsreformgesetz 2013 kann sich als Meilenstein in der langen Reformgeschichte des österreichischen Gesundheitswesens erweisen, wenn dessen Umsetzung gelingt. Das Gesetz kann einen gangbaren Weg hin zu einer gesünderen und chancengerechteren Gesellschaft eröffnen. Im Vergleich zu vielen europäischen Ländern weist der öffentliche Gesundheitsbereich Österreichs einen erheblichen Nachholbedarf in der wissenschaftlichen Forschung sowie in der Aus- und Weiterbildung dringend erforderlicher Fach- und Führungskräfte auf. Der Bundesregierung sei dringend empfohlen, wirksame Schritte zum Aufbau eines *Austrian Public Health Centre* einzuleiten. Nur so wird es aus Sicht des Autors langfristig möglich sein, die Potentiale des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes angemessen auszuschöpfen – zum Wohle der Österreicherinnen und Österreicher.



© Alena Ozerova - Fotolia.com