

Anforderungen im Arbeitsmarkt Public Health  
Anregungen für die curriculare Schwerpunktsetzung  
im Fachbereich

vorgelegt von  
Bettina C. Adelberger, MPH  
Aus Laupheim

von der Fakultät VII - Wirtschaft und Management  
der Technischen Universität Berlin  
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Gesundheitswissenschaften / Public Health  
Dr. P.H.

genehmigte Dissertation

Promotionsausschuss:

Vorsitzende: Prof. Dr. Jacqueline Müller-Nordhorn  
Gutachterin: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider  
Gutachterin: Prof. Dr. Marie-Luise Dierks

Tag der wissenschaftlichen Aussprache: 26. April 2013

Berlin 2013  
D 83



## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>9</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>10</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>12</b>
1.1 Zielsetzung .....	13
1.2 Herangehensweise .....	13
1.3 Aufbau der Arbeit.....	14
<b>2 Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>15</b>
2.1 Der Fachbereich Public Health .....	15
2.1.1 Definition und Begriffsbestimmung.....	15
2.1.2 Ethische Ausrichtung – Impulse aus der WHO.....	18
2.2 Der deutsche Kontext für Public Health .....	26
2.2.1 Das deutsche Gesundheitssystem .....	26
2.2.2 Bevölkerung und gesundheitliche Lage .....	32
2.2.3 Wissensbasierte Entscheidungsfindung.....	35
2.3 Europäische Hochschulregion .....	37
2.3.1 Qualifikationsrahmen .....	38
2.3.2 Das Europäische Credit Transfer System – ECTS .....	42
2.4 Curriculumsentwicklung .....	45
2.4.1 Fachqualifikationsrahmen Public Health .....	46
2.5 Ausgangssituation der Untersuchung.....	50
<b>3 Fragestellung</b> .....	<b>55</b>
<b>4 Methodik</b> .....	<b>57</b>
4.1 Stellenauswertung .....	57
4.1.1 Datenquellen.....	57
4.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	59
4.1.3 Entwicklung des Kategoriensystems .....	60
4.1.4 Auswertungsmethodik.....	73
4.2 Arbeitnehmerbefragung .....	74
4.2.1 Studienpopulation.....	74

4.2.2	Feldzugang .....	78
4.2.3	Datenerhebung .....	79
4.2.4	Konzeption des Erhebungsinstruments .....	79
4.2.5	Datenschutz .....	80
4.2.6	Auswertungsmethodik .....	80
<b>5</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>82</b>
5.1	Ergebnisse der Stellenauswertung .....	82
5.1.1	Rahmenbedingungen der Stellen .....	83
5.1.2	Aufgabenspektrum der Stellen .....	96
5.1.3	Themenfelder der Stellenanzeigen .....	105
5.1.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der Stellenauswertung .....	108
5.2	Ergebnisse der Arbeitnehmerbefragung .....	110
5.2.1	Repräsentativität der Responder .....	110
5.2.2	Berufliche Situation .....	112
5.2.3	Rahmenbedingungen der Stellen der Absolventen .....	115
5.2.4	Aufgabenspektrum der Stellen der Absolventen .....	119
5.2.5	Relevanz des BSPH Curriculums am Arbeitsplatz .....	125
5.2.6	Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeitnehmerbefragung .....	131
<b>6</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>133</b>
6.1	Limitationen des Studiendesigns .....	137
6.1.1	Stellenauswertung .....	137
6.1.2	Arbeitnehmerbefragung .....	138
6.2	Schlussfolgerung .....	139
6.2.1	Auswirkungen auf das Selbstverständnis von Public Health .....	140
6.2.2	Inhaltliche Auswirkung auf die curriculare Weiterentwicklung .....	141
6.2.3	Strukturelle Auswirkung auf die curriculare Weiterentwicklung .....	142
6.3	Empfehlungen .....	143
<b>7</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>144</b>
7.1	Übersicht des Kategoriensystems .....	144
7.1.1	Rahmenbedingungen der Stelle .....	144
7.1.2	Aufgabenspektrum der Stelle .....	145

7.2 Suchprofil Die ZEIT.....	146
7.3 Fragebogen .....	150
7.4 Themenfelder der Stellenanzeigen .....	156
<b>8 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>157</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>164</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsvorausberechnung in Millionen bis 2060 nach Altersklassen in Deutschland, eigene Darstellung, (Quelle: Statistisches Bundesamt, 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung).....	33
Abbildung 2: Qualifikationsrahmen als Übersetzungsinstrument zwischen Bildungssystemen – Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion, Europäischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen und Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse (eigene Darstellung)..	39
Abbildung 3: Beschreibung der Studienpopulation: Absolvierter BSPH Studiengang in %, n=105 .....	75
Abbildung 4: Beschreibung der Studienpopulation: Alter in %, n=105.....	76
Abbildung 5: Beschreibung der Studienpopulation: Geschlecht in %, n=105 .....	76
Abbildung 6: Beschreibung der Studienpopulation: Semester der Zulassung in absoluten Zahlen, n=105 .....	77
Abbildung 7: Beschreibung der Studienpopulation: Dauer des BSPH Studiums in %, n=105.....	77
Abbildung 8: Beschreibung der Studienpopulation: Fachrichtung des ersten Studienabschlusses in %, n=105.....	78
Abbildung 9: Verteilung der eingeschlossenen Stellenanzeigen auf ihre Quellen, n=581 .....	82
Abbildung 10: Art des Arbeitgebers nach dem WHO Framework, aggregiert in % der Stellen, n=581.....	83
Abbildung 11: Art des Arbeitgebers nach dem WHO Framework, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119).....	84
Abbildung 12: Art der Stelle, aggregiert in % der Stellen, n=581 .....	85
Abbildung 13: Art der Stelle, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119).....	86
Abbildung 14: Umfang der Stelle, aggregiert in % der Stellen, n=581 .....	87

Abbildung 15: Umfang der Stelle, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119) .....	87
Abbildung 16: Befristung der Stelle, aggregiert in % der Stellen, n=581 .....	88
Abbildung 17: Befristung der Stelle, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119) ....	89
Abbildung 18: Vergütung der Stelle, aggregiert in % der Stellen, n=581 .....	90
Abbildung 19: Vergütung der Stelle, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119) ....	91
Abbildung 20: Verlangte Fachrichtung des Studiums in % der Nennungen, Mehrfachnennung möglich, n= 1056 .....	93
Abbildung 21: Erwünschte Weiterbildung, aggregiert in % der Stellen, n=581 ...	94
Abbildung 22: Erwünschte Weiterbildung, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119) .....	94
Abbildung 23: Primäre Tätigkeit, aggregiert in % der Stellen, n=581 .....	97
Abbildung 24: Primäre Tätigkeit, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119) .....	98
Abbildung 25: Verlangte Methoden, aggregiert in % der Nennungen, n=593 .....	98
Abbildung 26: Verlangte Methoden in % der Nennungen, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige (Anzahl der Nennungen DGSMP n=299, DGEPI n=141, RKI n=82, DIE ZEIT n=71) .....	99
Abbildung 27: Statistikprogramme, aggregiert in % der Nennungen, n=270 ....	100
Abbildung 28: Statistikprogramme in % der Nennungen, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Nennungen (Anzahl der Nennungen DGSMP n=91, DGEPI n=87, RKI n=72, DIE ZEIT n=20) .....	101
Abbildung 29: Zu leistende Aufgaben, aggregiert in % der Nennungen, n=1151 .....	102
Abbildung 30: Zu leistende Aufgaben in % der Nennungen, stratifiziert nach Quelle (Anzahl der Nennungen DGSMP n=467, DGEPI n=258, RKI n=223, DIE ZEIT n=203) .....	103

Abbildung 31: Aufgaben wissenschaftlicher Mitarbeiter, aggregiert in % der Nennungen, n=505 .....	103
Abbildung 32: Leitungsaufgaben, aggregiert in % der Nennungen, n=348.....	104
Abbildung 33: Angewandte Aufgaben, aggregiert in % der Nennungen n=298..	105
Abbildung 34: Themenfeld der Stellenanzeige nach Krankheitsbild in % der Nennungen, n=246 .....	106
Abbildung 35: Themenfeld der Stellenanzeigen nach Zielgruppe in % der Nennungen, n=115.....	107
Abbildung 36: Themenfeld der Stellenanzeige nach Versorgungsbereich in % der Nennungen, n=297 .....	107
Abbildung 37: Altersverteilung im Vergleich in %, alle Absolventen n=105, Responder n=68.....	110
Abbildung 38: Geschlecht im Vergleich in %, alle Absolventen n=105, Responder n=68.....	111
Abbildung 39: Fachrichtung des ersten Studienabschlusses im Vergleich in %, alle Absolventen n=105, Responder n=68 .....	111
Abbildung 40: Absolvierter BPSH Studiengang im Vergleich in %, alle Absolventen n=105, Responder n=68 .....	112
Abbildung 41: Berufliche Situation seit dem BSPH Abschluss in % der Responder, n=68.....	112
Abbildung 42: Dauer der Arbeitssuche in % der Responder, n=68.....	113
Abbildung 43: Selbsteinschätzung der beruflichen Situation seit dem BSPH Abschluss im Vergleich zu vor dem Abschluss in % der arbeitstätigen Responder, n=65.....	114
Abbildung 44: Public Health Bezug der gegenwärtigen Stelle in % der arbeitstätigen Responder, n=65 .....	114
Abbildung 45: Art des Arbeitgebers der Absolventen in % der arbeitstätigen Responder, n=65 .....	115
Abbildung 46: Art des Arbeitgebers im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581 .....	116

Abbildung 47: Art der Stelle im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581 .....	117
Abbildung 48: Umfang der Stelle im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581 .....	118
Abbildung 49: Befristung der Stelle im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581 .....	119
Abbildung 50: Primäre Tätigkeit der Absolventen in % der arbeitstätigen Responder, n=65.....	120
Abbildung 51: Primäre Tätigkeit im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581 .....	120
Abbildung 52: Häufigkeit des Einsatzes von Methoden am Arbeitsplatz in % der Nennungen, Likert Skala, n=65 .....	122
Abbildung 53: Häufigkeit der Durchführung von Leitungsaufgaben am Arbeitsplatz in % der Nennungen, Likert Skala, n=65 .....	123
Abbildung 54: Häufigkeit der Durchführung angewandter Aufgaben am Arbeitsplatz in % der Nennungen, Likert Skala, n=65 .....	124
Abbildung 55: Häufigkeit der Anwendung von Public Health Wissen und Können in % der Nennungen aller Responder, Likert Skala, n=65.....	126
Abbildung 56: Häufigkeit der Anwendung von Public Health Wissen und Können in % der Nennungen von MSE Respondern, Likert Skala, n=10 .....	127
Abbildung 57: Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können in % der Nennungen aller Responder, Likert Skala, n=65 .....	128
Abbildung 58: Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können in % der Nennungen von MSE Respondern, Likert Skala, n=10.....	129
Abbildung 59: Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können in % der Nennungen von MPH Respondern, Likert Skala, n=55 .....	130

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Anwendungsbereiche für Lernergebnisse.....	45
Tabelle 2: Eingegangene, ausgeschlossene und eingeschlossene Stellenanzeigen, aufgeteilt nach ihren Quellen.....	60
Tabelle 3: Kategorien zur Erfassung der Rahmenbedingungen der Stelle .....	61
Tabelle 4: Das WHO Framework und die Zuordnung deutscher Akteure aus dem Gesundheitswesen .....	64
Tabelle 5: Art der Stelle .....	65
Tabelle 6: Umfang der Stelle .....	66
Tabelle 7: Befristung der Stelle .....	66
Tabelle 8: Vergütung der Stelle.....	67
Tabelle 9: Verlangte Fachrichtung des Studiums.....	67
Tabelle 10: Erwünschte Weiterbildung.....	68
Tabelle 11: Primäre Tätigkeit .....	69
Tabelle 12: Methodische Fähigkeiten.....	70
Tabelle 13: Software Programme zur Datenauswertung .....	70
Tabelle 14: Tätigkeiten wissenschaftlicher Mitarbeiter.....	71
Tabelle 15: Leitungsaufgaben.....	72
Tabelle 16: Angewandte Aufgaben.....	73
Tabelle 17: Verlangte Fachrichtung des Studiums.....	92
Tabelle 18: Einsatzort Deutschland .....	95
Tabelle 19: Einsatzort International.....	96

## Abkürzungsverzeichnis

APHA	American Public Health Association
ASPH	Association of Schools of Public Health
ASPHER	Association of Schools of Public Health in the European Region
BSPH	Berlin School of Public Health
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGEPI	Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie
DGPH	Deutsche Gesellschaft für Public Health
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
EbM HTA	Evidence based Medicine and Health Technology Assessment
ECTS	European Credit Transfer System
EHR	Europäische Hochschulregion
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMDS	Gesellschaft für Medizinische Dokumentation
KdöR	Körperschaft des öffentlichen Rechts
MPH	Master of Public Health
MSE	Master of Science in Epidemiology
RKI	Robert Koch Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
TV	Tarifvertrag
UN	United Nations
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organisation
WHR	World Health Report

### Abkürzungen von Studienabschlüssen

B.A. / M.A.	Bachelor of Arts / Master of Arts
B.Sc. / M.Sc.	Bachelor of Science / Master of Science
B.Eng. / M.Eng.	Bachelor of Engineering / Master of Engineering
B.F.A. / M.F.A.	Bachelor of Fine Arts / Master of Fine Arts
B.Mus. / M.Mus.	Bachelor of Music / Master of Music
LLB / LL.M.	Bachelor of Law / Master of Law

## **Danksagung**

Meine Doktormutter, Frau Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, steht mir seit 2007 im Rahmen der Berlin School of Public Health stets zur Seite. Ohne ihren Einsatz wäre dieses Projekt nie zu Stande gekommen. Ihr möchte ich meinen ganz herzlichen Dank und meine große Bewunderung ausdrücken.

Auf ganz anderer Ebene möchte ich meinem Vater, Dr. Herbert Adolf Fritz Adelberger, danken. Von Anfang an hat ihn die Vorstellung einer promovierten Tochter so gefreut, dass er mich mit seiner Begeisterung angesteckt hat. In vielen Telefonaten, Einladungen zum Essen, mit seinem Vertrauen, inhaltlichem Feedback und nicht zuletzt der finanziellen Unterstützung hat er mich stets ermutigt und mir dieses Unterfangen möglich gemacht.

Auf ganz praktischer Ebene wäre diese Arbeit ohne die Begleitung von Dr. Rebecca Muckelbauer, die mir immer motivierend mit fachlichen und inhaltlichen Hinweisen weiter helfen konnte, und Tanja Te Gude, die mir über Monate hinweg den Rücken frei hielt, nicht fertig geworden. Auch hier möchte ich mich ganz herzlich bedanken.

Mein anhaltender Dank gilt den Studierenden aller Jahrgänge der Berlin School of Public Health. Sie sind mir mit ihren starken Persönlichkeiten, ihrer durchgreifenden Motivation, ihren beständigen Idealen und ihrem klaren Intellekt immer eine Inspiration.

# 1 Einleitung

Public Health ist darauf ausgerichtet, die Gesundheit einer Bevölkerung zu verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen, wird eine interdisziplinäre Herangehensweise eingesetzt. Zum einen wird von Public Health der Gesundheitszustand der Bevölkerung erforscht, inklusive der Kausalitäten, die den Gesundheitszustand bedingen. Des Weiteren werden Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit identifiziert und implementiert. Diese sind sowohl Interventionen im Bereich der klassischen Gesundheitsversorgung, zur Verhütung von Krankheit und Wiederherstellung von Gesundheit im Krankheitsfall. Zum anderen sind Public Health Interventionen auch die Herstellung von gesunden Lebenswelten, Gesundheitsförderung im Setting, Ausgleich von sozialer Benachteiligung und die Einflussnahme auf individuelles Gesundheitsverhalten. Als drittes Aufgabenfeld beschäftigt sich Public Health mit den Rahmenbedingungen für Interventionen und gesunde Lebenswelten über die Steuerungsmechanismen in der Politik.

Die Gegebenheiten, die den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung beeinflussen, unterscheiden sich nach Region, nach sozialer Schicht und im zeitlichen Verlauf. Ein alter Mensch ist anderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt als ein Kind. Ein Großstadtbewohner ist dem Stress von Verkehr, Lärm, Luftverschmutzung durch Feinstaubbelastung, Kriminalität und einer großen Bevölkerungsdichte ausgesetzt. Die Gesundheitsrisiken der Bewohner weitläufiger ländlicher Regionen hingegen sind eher in ihrer Isolierung und der physischen Distanz zur Gesundheitsversorgung zu finden. Arme Menschen sind in jeder Situation benachteiligt. Je nach Einsatzbereich muss Public Health die Gegebenheiten einer Bevölkerung bei der Forschung, bei der Intervention und bei der Steuerung berücksichtigen. Das Handwerkszeug und die Zielsetzung der gesundheitlichen Verbesserung sind in allen Fällen gleich, jedoch muss die Intervention in Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten erfolgen.

Die Ausbildung zur Public Health Fachkraft findet im Rahmen von akademischen Studiengängen statt. In Deutschland wurden in den 1990ern in drei aufeinanderfolgenden Förderphasen fünf Forschungsverbünde und neun Postgraduale Masterstudiengänge Gesundheitswissenschaften / Public Health an Universitäten deutschlandweit gegründet. (Maschewsky-Schneider, 2005) Die Förderphasen führten den Fachbereich in Deutschland erfolgreich ein. Im darauffolgenden Jahrzehnt breitete sich das Studienangebot mit der fachlichen Ausrichtung der Gesundheitswissenschaften im weiteren Sinne massiv aus. Je nach inhaltlicher Definition schätzt der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. die Anzahl der gesundheitsbezogenen Studienangebote deutschlandweit auf 350 bis 600. (Hartmann, Müller, Baumgarten, & Dadaczynski, 2010) Als Aufgabe speziell im Fachbereich Public Health bleibt nun der anhaltende Prozess der Präzisierung des Fachprofils, der inhaltlichen Ausdifferenzierung und der Anpassung an die sich verändernden Gegebenheiten in Deutschland.

Mit der Harmonisierung der europäischen Hochschullandschaft über den Bologna Prozess und der Einrichtung der Europäischen Hochschulregion wurden in der letzten Dekade Qualifikationsrahmen für die Hochschulbildung eingerichtet. Diese Qualifikationsrahmen sind ein Handwerkszeug, das der Quantifizierung der Tiefe von Wissen mittels Lernergebnissen dient. Des Weiteren stecken sie über die Definition von Lernergebnissen auch den Umfang von Wissen innerhalb einer Disziplin ab. Die Erstellung der Qualifikationsrahmen und die Entwicklung von Lernergebnissen erfordert eine Abstimmung mit dem Arbeitsmarkt, für den im Rahmen des Studiums ausgebildet wird.

Für den Fachbereich Public Health hat die Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) 2011 eine Zusammenstellung von Kernkompetenzen veröffentlicht, die europaweit als fachspezifischer Qualifikationsrahmen für den Fachbereich dient. Aufgabe der verschiedenen Länder und der Anbieter der einzelnen Studiengänge wird es sein, die Schwerpunktsetzung bei der Umsetzung den individuellen Gegebenheiten und dem Arbeitsmarkt des jeweiligen Landes anzupassen.

### **1.1 Zielsetzung**

Ziel dieser Arbeit ist die Quantifizierung und Ausdifferenzierung des deutschen Arbeitsmarkts für Public Health Fachkräfte. Die Arbeitsfelder von Public Health sind die gesundheitswissenschaftliche Forschung, die Planung und Durchführung von gesundheitsförderlichen Interventionen und die Steuerung im Gesundheitswesen. Diese Arbeit soll erfassen, mit welcher Gewichtung der deutsche Arbeitsmarkt sich diesen jeweiligen drei Bereichen widmet. Des Weiteren werden die Art der verschiedenen Public Health Arbeitgeber im deutschen Gesundheitswesen und die dort durchzuführenden Aufgaben definiert. Als Drittes wird die Attraktivität der Beschäftigung quantifiziert.

### **1.2 Herangehensweise**

Die Herangehensweisen dieser Untersuchung sind eine inhaltliche Auswertung von Public Health-relevanten Stellenanzeigen und eine Arbeitnehmerbefragung. Die Arbeitnehmerbefragung wurde an 105 Absolventen und Absolventinnen der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health aus den Jahren 2007 bis 2011 durchgeführt. Die Stellenanzeigen stammen von den Fachgesellschaften „Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention“ (DGSMP) und „Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie“ (DGEpi) und wurden von 2007 bis 2010 an der BSPH gesammelt. Zudem wurden im ersten Halbjahr 2011 Stellenanzeigen aus dem online Angebot der Zeitschrift „Die ZEIT“, gefiltert über eine Public Health relevante Suchmaske, gesammelt. Insgesamt wurden 581 Stellenanzeigen in die Auswertung einbezogen und deskriptiv ausgewertet.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Das folgende Kapitel steckt den theoretischen Rahmen dieser Arbeit ab. Zuerst wird der Fachbereich Public Health umrissen, der Stellenwert definiert und die verschiedenen Aufgabenfelder von Public Health Fachkräften aufgeführt. Hierbei steht die Gesundheitssystemperspektive mit Deutschlands aktuellen Gegebenheiten und politischen Reformen im Vordergrund. Danach folgt eine Darstellung der Ausgestaltung der in den letzten zehn Jahren umgesetzten Reform der Hochschullandschaft zur Einrichtung der Europäischen Hochschulregion. Hierbei werden die neu eingeführten Qualifikationsrahmen, der fachspezifische Qualifikationsrahmen für Public Health der Association of Schools of Public Health of the European Region (ASPHER) und deren Auswirkung auf die Curriculumsentwicklung im näher betrachtet. Nach einer Präzisierung der Forschungsfrage wird der methodische Ansatz des Forschungsvorhabens dargestellt. Außerdem wird die Kategorienbildung zur Auswertung der Stellenanzeigen hergeleitet. Die Inhaltsbereiche der Arbeitnehmerbefragung werden begründet und aufgezeichnet. Das fünfte Kapitel präsentiert die Ergebnisse der Erhebungen. Diese werden anschließend im sechsten Kapitel diskutiert und interpretiert.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Der Fachbereich Public Health

#### 2.1.1 Definition und Begriffsbestimmung

Public Health ist ein interdisziplinäres Fachgebiet, das sich mit der Verbesserung der Gesundheit von Bevölkerungen befasst. 1920 wurde Public Health von C.- E. A. Winslow wie folgt definiert:

“the science and art of disease prevention, prolonging life, and promoting health and well-being through organized community effort for the sanitation of the environment, the control of communicable infections, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and prevention of disease, the education of the individual in personal health and the development of the social machinery to assure everyone a standard of living adequate for the maintenance or improvement of health.” (Winslow, 1920)

Demnach schließt Public Health alle Aktivitäten ein, die den Erhalt, die Wiederherstellung und die Optimierung der Gesundheit einer Bevölkerung zum Ziel haben.

Die Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) beschreibt im Rahmen des European Public Health Core Competencies Programme for Master of Public Health Education (ECCMPHE) Public Health als Forschung und Praxis in den Bereichen

- Bevölkerungsgesundheit,
- menschliche Systeme und Interventionen, die eine Verbesserung der Gesundheit zum Ziel haben, und
- die Interaktion dieser beiden Systeme.

Bevölkerungsgesundheit ist dabei als abhängig von dem Zusammenspiel von allen sozialen, wirtschaftlichen, physischen, chemischen und biologischen Gegebenheiten zu sehen, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Mitglieder der Bevölkerung haben. (Birt & Foldspang, 2011)

Eine der gängigen deutschen Beschreibungen des Fachbereichs Public Health ist von Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz in dem Lehrbuch „Das Public Health Buch“ zu finden. Die folgenden wissenschaftlichen Disziplinen und Methoden werden dem Fachbereich zu Grunde gelegt: (Schwartz et al., 2003)

- Epidemiologie beschreibt die Morbidität sozialer Gruppen oder Bevölkerungen, analysiert ihre Determinanten und misst den Einfluss medizinischer oder sozialer Interventionen.
- Die Genetik, Umweltmedizin und Sozialwissenschaft einschließlich Medizinsoziologie und Psychologie sowie Demographie und Gerontoepidemiologie liefern komplementäre Einsichten in Determinanten von Gesundheit und Krankheit.
- Analysen der politischen Perzeptionen und Reaktionen auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse liefern neben den Sozialwissenschaften die Politikwissenschaften.
- In versorgungsbezogene Strukturen, Systeme und Institutionen führt uns die Versorgungsforschung einschließlich Pflegewissenschaft und Sozialpharmakologie ein, in krankheitsbezogenen Perspektiven die Sozialmedizin und klinische Epidemiologie.
- Fragen der Ausgaben und Finanzierung im Gesundheitssystem sowie der Kosten und Effekte einzelner gesundheitlicher Maßnahmen analysiert die Gesundheitsökonomie.
- Zu Fragen der Evaluation und Qualitätsbewertung ebenso wie zu Planung und Management liefern Managementwissenschaften und Qualitätsforschung wichtige Informationen.
- Informatik und Statistik, Biometrie und Epidemiologie sowie qualitative und quantitative Sozialforschung und Ökonomie stellen methodische Zugänge zur Verfügung. (Schwartz et al., 2003)

Die Handlungsebenen von Public Health beinhalten die breite Palette der sozialen Determinanten von Gesundheit: In welchem wirtschaftlichen, sozialen und politischen Kontext wir aufwachsen, leben, arbeiten und altern. (Commission on Social Determinants of Health, 2008) Zusätzlich zu der Medizin sind im Fachbereich Public Health die Disziplinen Soziologie, Psychologie, Ökonomie und Politik maßgeblich vertreten. Die Soziologie betrachtet die zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie untersucht die Verbindung zwischen Armut und Gesundheit und erforscht die Bedingungen der sozialen Ungleichheit. Die Psychologie betrachtet das individuelle Verhalten, die Gründe für Sucht und die Bedingungen für Veränderung im Gesundheitsverhalten. Die Wirtschaftswissenschaften ergründen Finanzierungsmöglichkeiten für Gesundheitssysteme und bieten eine wissenschaftliche Basis für Allokationsentscheidungen. Die Politik beschäftigt sich mit den Steuerungsmechanismen und der Regulierung der Lebensumwelt und der Gesundheitssystemstrukturen, die eine verbesserte Gesundheit herbeiführen können.

### **2.1.1.1 Der Arbeitsmarkt Public Health**

Der Arbeitsmarkt Public Health lässt sich somit schwer abgrenzen. Public Health Fachkräfte sind in einem breiten, interdisziplinären Feld national und international tätig. Der Arbeitseinsatz beschränkt sich nicht nur auf den Gesundheitssektor,

sondern schließt auch Bildung und Soziales ein. Für eine Systematisierung des Tätigkeitsfeldes ist der von der National Academy of Sciences 1988 entwickelte Public Health Action Cycle hilfreich. Dieser Regelkreis definiert über die vier Kernbereiche „Assessment – Policy Formulation – Assurance – Evaluation“ essentielle Schritte bei der Umsetzung erfolgreicher Public Health Interventionen.

Der Kernbereich „Assessment“ erforscht den Gesundheitszustand einer Bevölkerung und umfasst die Untersuchung der klinischen, epidemiologischen und sozialen Ursachen des Gesundheitszustands. Der Arbeitseinsatz erfolgt in universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen und an Institutionen der Informationssammlung.

Der Kernbereich „Policy Formulation“ definiert Optionen, Strategien und Maßnahmen zur Lösung der durch die Forschung identifizierten Problembereiche. Die daran anknüpfenden politischen Prozesse haben die Aufgabe, die Maßnahmen und Strategien gesetzlich zu verankern und zu finanzieren. Der Arbeitseinsatz erfolgt in der Politik, in den Organen der Regierung und bei freien Trägern, Vereinen oder Verbänden, die die politische Interessensvertretung von Patienten, Betroffenen und Akteuren im Gesundheitswesen übernehmen.

Zum Kernbereich „Assurance“ gehören alle Aufgaben, die bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen anfallen. Der Arbeitseinsatz umfasst die Antragstellung, um Interventionen zu finanzieren, die Organisation und Leitung von Interventionen sowie das Personalmanagement, die Budgetverantwortung und das Qualitätsmanagement. Der Kernbereich „Evaluation“ stellt durch Evaluationsforschung sicher, dass die durchgeführten Maßnahmen auch ihre intendierte Wirkung erreicht haben. Der Regelkreis sortiert die Arbeitsfelder von Public Health in die drei Bereiche der Durchführung von Interventionen, der Forschung und Evaluation sowie der Steuerung im Gesundheitswesen. (Rosenbrock & Gerlinger, 2004)

Im Rahmen des Kongresses „Armut und Gesundheit“ 2010 in Berlin fand ein Workshop der Kommission Lehre der „Deutschen Gesellschaft für Public Health“ (DGPH) statt. Der Workshop hatte den Titel: „Welche Erwartungen haben zukünftige Arbeitgeber/innen an Absolvent/innen von gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen?“ (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2010) Die Ergebnisse des Workshops bestätigten die genannten drei Arten von Public Health Arbeitgebern. Die teilnehmenden Institutionen definierten sich als

1. Institutionen, die primär neue Erkenntnisse generieren und verbreiten,
2. stärker interventionell tätige Institutionen und
3. stärker in der Umsetzung tätige Organisationen.

Ihre Erwartungen an Mitarbeiter waren bei den forschend tätigen Institutionen „fundierte Kenntnisse potentieller Datenquellen, epidemiologischer Methoden und biostatistischer Verfahren“. Bei den Institutionen, die Interventionen durchführten,

wurden „primär der Zugang zu identifizierten Zielgruppen und konzeptionelle Fähigkeiten in der Prävention“ benötigt. Und in der dritten Gruppe der umsetzungsorientierten Arbeitgeber wurde „die Breite des Wissens, das für Public Health typisch ist“ bei Arbeitnehmern vorausgesetzt. (Hey & Blättner, 2010)

Das Public Health Studium hat zum Ziel, Kompetenzen für den Public Health Arbeitsmarkt zu vermitteln. Die methodische Ausbildung schließt die Epidemiologie, die empirische Sozialforschung, die Versorgungsforschung, die Evidenzbasierung und die gesundheitsökonomische Evaluation ein. Diese Kompetenzen finden Anwendung in den Bereichen „Assessment“ und „Evaluation“. Die inhaltliche Ausrichtung des Studiums umfasst Wissen über die Strukturen des Gesundheitswesens und dessen Steuerung und Regulierung auf der Makroebene bis hin zu den Theorien und Managementkonzepten der Organisationsentwicklung auf der Mikroebene. Diese Kompetenzen finden Anwendung in den Bereichen „Policy Formulation“ und „Assurance“. Für den Bereich „Assurance“ ist des Weiteren ein Verständnis der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention unabdingbar.

Das Public Health Studium muss dabei regionale Gegebenheiten und Veränderungen der gesellschaftlichen Bedingungen für Gesundheit in seinem Curriculum kontinuierlich reflektieren.

### **2.1.2 Ethische Ausrichtung – Impulse aus der WHO**

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) wurde am 7. April 1948 als Spezialeinheit der Vereinten Nationen (United Nations, UN) eingerichtet, um Public Health auf internationaler Ebene als koordinierende Instanz zu vertreten (World Health Organisation, 2011d). Für den Fachbereich Public Health werden durch die WHO übergeordnete Impulse gesetzt. Diese lenken und definieren die ethische Ausrichtung von Public Health, bieten inhaltliches Fachwissen und setzen praktische Ziele, die einen Ansporn zur Weiterentwicklung oder Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit liefern. Die konkrete Ausdifferenzierung und Anpassung an die lokalen Gegebenheiten wird dabei jedoch von den jeweiligen Ländern und Regionen vorgenommen.

Die gegenwärtigen Ziele der WHO umfassen über die Bekämpfung von Infektionskrankheiten hinaus den breiteren Ansatz der verbesserten Gesundheit weltweit und die gerechtere Verteilung von Gesundheit über die Einkommensschichten hinweg. Die mittelfristigen strategischen Ziele der WHO für 2008 bis 2013 umfassen klinische Ziele, wie die Bekämpfung von u.a. HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria sowie die Verhütung und Verringerung nichtübertragbarer chronischer Krankheiten. Sie umfassen Ziele, die das Gesundheitsverhalten von Individuen betreffen, z.B. den Konsum von Tabak, Alkohol oder psychotropen Substanzen, ungesunde Ernährung oder Bewegungsmangel. Sie beinhalten politische Ziele, um durch Regulierung und Rechtsprechung Chancengleichheit zu fördern und Res-

sources gerechter umzuverteilen. Ziele im Bereich der Agrarwirtschaft und Lebensmittelherstellung, zur Sicherung der Qualität der Lebensmittel und der Ernährungssicherheit über die gesamte Lebensdauer hinweg. Und auch Ziele, die Gesundheitssystemstrukturen beeinflussen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung von Versorgungseinrichtungen. (World Health Organisation, 2011b)

Die WHO übernimmt eine Führungsrolle bei gesundheitlichen Entwicklungen im globalen Kontext. Sie sieht ihre Aufgaben in der Definition von Prioritäten in der Forschung, in der Entwicklung von Normen und Standards, in der Evidenzbasierung, in der Ausgestaltung der Gesundheitspolitik, der technischen Unterstützung der Mitgliedsstaaten und der globalen Gesundheitsberichterstattung. (World Health Organisation, 2011a)

Dazu veröffentlicht die WHO eine Vielzahl von Publikationen. Seit 1995 erscheint jährlich ein Weltgesundheitsreport (World Health Report, WHR) zu einem wechselnden, global relevanten Gesundheitsthema. Der Report soll Ländern, Regierungen, Geldgebern und Nichtregierungsorganisationen die Informationen bieten, die für gesundheitspolitische Entwicklungen und die Priorisierung von allokativen Entscheidungen notwendig sind. Der Zugang zu WHO Publikationen ist uneingeschränkt und alle Publikationen und Datenbanken stehen kostenlos online zur Verfügung. (World Health Organisation, 2011e)

Die WHO zählt gegenwärtig 194 Mitgliedsstaaten. Seit dem Jahr 2006 ist Margaret Chan Generaldirektorin. Die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA), bei der alle Mitgliedsstaaten vertreten sind, ist das oberste Entscheidungsgremium der WHO. Dieses Organ legt in seinen jährlichen Treffen unter anderem die inhaltlichen Ziele der WHO fest. Es benennt den Generaldirektor, beaufsichtigt die Finanzplanung und prüft und ratifiziert Programme, die von der WHO durchzuführen sind. Der WHO Vorstand (Executive Board), der aus 34 gewählten Mitgliedern besteht, ist für die Umsetzung der Entscheidungen der Weltgesundheitsversammlung zuständig. Des Weiteren arbeiten ca. 8000 Experten und Angestellte im Genfer Hauptbüro, in den sechs regionalen Niederlassungen und in den Niederlassungen der Mitgliedstaaten. (World Health Organisation, 2011c)

### **2.1.2.1 Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000**

Im Frühjahr 1977 legte die Weltgesundheitsversammlung die Gesundheit aller Menschen der Welt bis zum Jahr 2000 als Zielvorstellung fest. Bis zur Jahrtausendwende sollte erreicht werden, dass der Gesundheitszustand jedem Menschen ein Leben mit gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Produktivität ermöglicht. Diese Initiative wurde allgemein als „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ (health for all by the year 2000) bekannt und baute inhaltlich auf den Ergebnissen der Alma-Ata Konferenz von 1978 auf. Diese internationale Konferenz fand in der

Sowjetunion statt, in der Hauptstadt Kasachstans Alma-Ata, heute Almaty, und identifizierte den Zugang zur primären Gesundheitsversorgung als Grundvoraussetzung für das Gelingen dieser Initiative. Die Deklaration von Alma-Ata wurde 1979 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und die Mitgliedstaaten wurden zur Entwicklung nationaler Strategien und im Kollektiv, zur Entwicklung regionaler und globaler Strategien eingeladen. Die Globale Strategie für die Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000 (Global Strategy for Health for All by the Year 2000) wurde bis 1981 entwickelt und in der 34. Sitzung der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet. (World Health Organisation, 1981)

### **2.1.2.2 Alma-Ata Deklaration**

Die Alma-Ata Deklaration stützt sich auf die WHO Definition von Gesundheit als „ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich des Freiseins von Krankheit oder Gebrechen...“ (World Health Organisation, 1978b) Des Weiteren wird in diesem Dokument Gesundheit zum grundlegenden Menschenrecht erklärt, das in der Verantwortung der öffentlichen Hand liegt. Die Deklaration fordert weltweit den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung durch die Bereitstellung einer primären Gesundheitsversorgung (primary health care). Die Deklaration von Alma-Ata legt in zehn Paragraphen die globale Relevanz, die staatliche Verantwortung und die Interaktion zwischen den sozialen Bedingungen, den wirtschaftlichen Gegebenheiten und der Gesundheitsversorgung dar.

Die Merkmale der primären Gesundheitsversorgung werden über sieben Eckpunkte definiert. Die Deklaration fordert in diesem Kontext die Zusammenarbeit zahlreicher sozialer und ökonomischer Sektoren mit dem Gesundheitssektor. Die gesundheitliche Versorgung soll allen zugänglich sein, wobei Bedürftigen Priorität gegeben werden soll. Die Besonderheiten des jeweiligen Landes und die länderspezifischen gesundheitlichen Hauptprobleme sollen im Mittelpunkt der Versorgung stehen. Der finanzielle Rahmen und die eingesetzte Technologie sollen nachhaltig den Ressourcen des Landes entsprechen. Der Ansatz der primären Gesundheitsversorgung geht über das traditionell definierte Gesundheitssystem hinaus und hat eine gesundheitsförderliche Sozialpolitik zum Ziel. Die Alma-Ata Deklaration kann als Meilenstein in der Entwicklungsgeschichte von Public Health bezeichnet werden, und beeinflusst maßgeblich und nachhaltig unser Verständnis und unsere Einstellung zu Gesundheit. Kein anderes Dokument führt so kurz und bündig einen so umfassenden Paradigmenwechsel ein. (World Health Organisation, 1978a)

### **2.1.2.3 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung**

Im Jahr 1986 fand die erste Globale Konferenz zum Thema „Gesundheitsförderung“ (Health Promotion) in Ottawa, Kanada statt. Ergebnis dieser Konferenz war die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Sie entstand auf Grund der gestie-

genen Erwartungen an die Erfolge der in der Verantwortung des Staates liegenden Primärversorgung. Mit der Ottawa-Charta wurden Zielparameter für die Initiative „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ konkretisiert. Das Dokument benannte die grundlegenden Bedingungen und notwendigen Ressourcen für Gesundheit benannt. Als Grundvoraussetzung für eine verbesserte Gesundheit wurden Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles ökologisches System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit definiert.

Die Ottawa-Charta beschreibt drei grundsätzliche Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsfelder. Die Handlungsstrategien beinhalten folgende Punkte: (World Health Organisation, 1986)

- Gesundheitspolitische Interessen vertreten (advocate): Auf allen Ebenen durch die Beeinflussung politischer Prozesse die wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und biologischen Bedingungen, als auch das Verhalten und die physische Umwelt, gesundheitsförderlich gestalten.
- Gesundheitsförderliches Handeln befähigen und ermöglichen (enable): Die gesundheitliche Kompetenz des Einzelnen fördern mit dem Ziel, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und bei jedem das größtmögliche Gesundheitspotential zu verwirklichen. Hierfür sind der Zugang zu Information, praktische Fähigkeiten und Entscheidungsfreiheit ausschlaggebend.
- Vermitteln und Vernetzen (mediate): Die Förderung der Kooperation aller an Gesundheit beteiligter Akteure. Dazu zählen regionale und zentrale Regierungsstellen verschiedener Sektoren, Nichtregierungsorganisationen, Hilfsorganisationen, freie Träger, Industrie, Medien, Gemeinden, Familien und Individuen.

Das gesundheitspolitische Leitbild der Ottawa-Charta wurde als eine Umorientierung weg von der Verhütung von Krankheiten und hin zur Förderung von Gesundheit beschrieben. Dies verlangte neue Handlungsprioritäten, insbesondere eine starke Orientierung auf die politische Gestaltung der gesundheitsrelevanten Faktoren und Umweltbedingungen. Die erforderliche Zusammenarbeit des Bildungssektors, des Umweltsektors, des Wirtschaftssektors, der Städteplanung und der Außenpolitik wurden durch dieses Dokument in Bezug auf ihre Auswirkung auf Gesundheit transparent und allgemein verständlich dargestellt. Die Strategien der Präventivmedizin wurden um das von Antonowski entwickelte Modell der Salutogenese erweitert. Im Zentrum dieses Modells steht das Kohärenzgefühl (sense of coherence) als gesellschaftlich und kulturell determinierte, globale Lebensorientierung der Menschen. Umgesetzt wird dieser Gedanke durch Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung und der Gesundheitsselbsthilfe.

Die Alma-Ata Deklaration und die Ottawa-Charta platzierten Gesundheit erfolgreich in einen breiteren Kontext, der weit über den Gesundheitssektor hinausging.

Gesundheit rückte eindeutig als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in die Verantwortung des Staates, und der enge Bezug zu Entwicklungen im Wirtschaftssektor, dem Bildungswesen und den sozialpolitischen Gegebenheiten eines Landes wurden als Einflussvariablen auf die Gesundheit einer Bevölkerung hervorgehoben. Dies beeinflusste auch den Themenkomplex Public Health, der eine neue Breite bekam und sich damit über den ursprünglichen Fokus der Hygiene und Seuchenbekämpfung hinausbewegte. (Maschewsky-Schneider, 2005)

Die in der Alma-Ata Deklaration und der Ottawa-Charta entwickelten Konzepte werden von der WHO im Rahmen von regelmäßig stattfindenden Globalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung fortgesetzt. Die WHO führt das Thema Gesundheitsförderung weiterhin als integralen Programmpunkt. Der World Health Report 2008 beschäftigt sich mit aktuellen Entwicklungen und dem Stand der Umsetzung der Primärversorgung. Er trägt im Titel den provokanten Aufruf „now more than ever“, um in unserer Zeit der medizintechnischen Spezialisierung den Stellenwert der Grundversorgung zu unterstreichen. (World Health Organisation, 2008) Auch wurde von der WHO 2008 der umfassende Bericht der Kommission für Soziale Determinanten von Gesundheit veröffentlicht. Dieses Dokument fasst den aktuellen Stand der gesundheitlichen Ungleichheit im globalen Kontext zusammen und bringt die Strategien zur Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit (health equity) auf den neuesten Stand. (Commission on Social Determinants of Health, 2008)

#### **2.1.2.4 Weltgesundheitsbericht 2000: Health Systems – Improving Performance**

Der Weltgesundheitsbericht vom Jahr 2000 (World Health Report WHR 2000) beschäftigt sich mit Gesundheitssystemen. In diesem Dokument werden erstmals Ziele für Systeme, die gesundheitliche Leistungen bereitstellen, definiert und Indikatoren zur Messung des Erfolgs eines Gesundheitssystems entwickelt. Im Rahmen des WHR 2000 werden diese Erfolgsindikatoren erstmalig weltweit einheitlich auf alle Mitgliedstaaten angewendet und als Ranking im Anhang des Reports veröffentlicht. Das Ergebnis dieser Publikation ist als ein weiterer Meilenstein in der Geschichte von Public Health, zu sehen, der eine Welle der Gesundheitssystemforschung auslöste.

Der WHR 2000 definiert die Ziele von Gesundheitssystemen als (World Health Organisation, 2000)

1. Health Outcome: der Gesundheitszustand der Bevölkerung, gemessen an der Lebenserwartung, Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken und durch den 1996 von der Harvard School of Public Health entwickelten Indikator Disability Adjusted Life Years (DALY)

2. Responsiveness: Respekt für den Patienten durch die Wahrung von Autonomie, Privatsphäre und Menschenwürde; Patientenorientierung durch freie Arztwahl und Entscheidungsfreiheit; zeitnahe und angemessene Versorgung und Einbeziehung des sozialen Netzes
3. Fairness of financial contribution to health systems: Gerechtigkeit bei der Finanzierung von Gesundheitssystemen und die nachhaltige finanzielle Absicherung für alle Bevölkerungsgruppen im Krankheitsfall

Die Erreichung der drei Ziele wird zudem auf die Verteilung der Parameter über die Einkommensschichten hinweg geprüft und bewertet. (World Health Organisation, 2000) Durch diese Inklusion der Verteilung im Rahmen der Zieldefinition des WHR 2000 erreicht das Thema „equity“ im Gesundheitssystem einen neuen, messbaren Stellenwert. „Equity“ wird im Allgemeinen mit „Gerechtigkeit“ übersetzt. Es beinhaltet in diesem Kontext jedoch explizit die Verteilungsgerechtigkeit des Gutes „Gesundheit“: Des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und der solidarischen Umverteilung der Finanzierungslast.

Die Messung und Bewertung der Verteilung des Gesundheitszustands über Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen Ressourcen hinweg bringt die Unterschiede im Gesundheitszustand auf Grund von sozialer Benachteiligung, Einkommenschwäche oder Wohnort in den Vordergrund. Die Verminderung der sozialen Ungleichheit war schon länger eine Zielsetzung der WHO gewesen. Die einfache Darstellung der Verteilungsgerechtigkeit in dem WHO Ranking setzte bei der Ausgestaltung von Gesundheitssystemen jedoch einen neuen Impuls.

Ein ähnlicher Wandel lässt sich auch für die Bewertung der Finanzierungsmodalitäten von Gesundheitssystemen feststellen. Die Finanzierung von Gesundheitssystemen wurde im Rahmen des WHR 2000 als zentrale Aufgabe der Regierung definiert. Damit sollte zum einen die Gerechtigkeit bei der Erhebung der Gelder sichergestellt werden als auch zum anderen die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Versorgungsleistungen. Gesundheitssysteme mit einer langfristig gesicherten Geldquelle für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen bekamen ein besseres Ranking, ebenso Gesundheitssysteme, die eine möglichst große Bevölkerungsgruppe gerecht gegen das finanzielle Risiko der Erkrankung absichern konnten. Gesundheitssysteme, in denen große Teile der Behandlungskosten über direkte Zahlungen (out of pocket payments) der Patienten gedeckt wurden, bekamen ein niedrigeres Ranking als Systeme, die Behandlungskosten über solidarische Versicherungsbeiträge oder Steuergelder finanzierten.

#### **2.1.2.5 WHO Framework for Action**

Mit der Veröffentlichung des World Health Reports 2000 und den nachfolgenden Publikationen setzte sich die WHO vermehrt mit den Strukturen von Gesundheitssystemen auseinander. Als Handreichung zur Verbesserung von Gesundheitssys-

temstrukturen im internationalen Kontext erschien 2007 die Publikation „Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action“ (World Health Organisation, 2007) Dieses Rahmenwerk unterteilt Gesundheitssysteme in sechs interagierende Handlungsebenen, die jeweils unabhängig voneinander ausgebaut und verbessert werden können. Die Handlungsebenen werden im Folgenden aufgeführt:

Service Delivery bezieht sich auf Akteure, die bedarfsgerecht qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen dort anbieten, wo sie gebraucht werden, mit größter Effizienz. Hiermit sind die klassischen klinischen Leistungen in Krankenhäusern, Kliniken und Praxen gemeint, aber auch niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen oder mit Setting-Ansatz.

Die Strategien der Stärkung im Framework for Action beziehen sich auf Verbesserungen in der Organisation des Leistungsangebots mit dem Ziel einer flächendeckenden, patientennahen, verlässlichen und kontinuierlichen Versorgung. Verbesserungen beim Management bzw. bei der Führung der Leistungsangebote werden angeregt, um Qualität, Sicherheit und Effizienz der Versorgung zu gewährleisten. Weitere Anregungen sind bei der Bereitstellung der Infrastruktur zu finden, um je nach finanzieller Lage Investitionsentscheidungen zu treffen, Ausstattungen anzupassen und Wasser, Abwasser und Entsorgung von möglicherweise kontaminiertem Abfall sicher zu stellen.

Health Work Force bezieht sich auf die Ausbildung und Bereitstellung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Dabei werden alle Gesundheitsberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker etc.), Public Health Fachkräfte, Gesundheitsfachberufe (Krankenpflege, Logopäden, Physiotherapeuten, Hebammen, Diätassistenten etc.), Laienarbeit (z.B. die in Südamerika gerne eingesetzten Promotoras oder Lady Health Workers in Pakistan), ehrenamtliches Engagement und Freiwilligenarbeit als Ressource gesehen. Die Strategien der Stärkung im WHO Framework beziehen sich auf verbesserte Planung in der Ausbildung, um Engpässe zu umgehen oder auszugleichen, auf verbesserte Ausbildungsstrukturen um die Qualifikation der Absolventen zu optimieren, auf verbessertes Management des dynamischen Arbeitsmarkts um eine Versorgung an weniger attraktiven Orten sicher zu stellen, und auf verbessertes Monitoring der Arbeitnehmer um deren Leistungskraft zu fördern. Gut ausgebildete Fachkräfte sollen flächendeckend zum Einsatz bereit stehen.

Information bezieht sich auf die Sammlung, Analyse und den strategische Einsatz von Erkenntnissen im Gesundheitswesen. Hierbei handelt es sich um Daten aus den drei Bereichen 1) Determinanten von Gesundheit, 2) Leistungen des Gesundheitswesens und 3) Gesundheitsstatus der Bevölkerung. Informationen aus Erhebungen, Surveys, Befragungen, Register, Surveillance, Auswertungen der Routinedaten der Leistungsanbieter, Abrechnungsdaten der Krankenkassen, Daten zur Qualitätssicherung und zur Gesundheitsinfrastrukturen sollen systematisch für die

Steuerung im Gesundheitswesen gebündelt zur Verfügung stehen. Die Möglichkeit der zeitnahen Erfassung infektiöser Erreger, die eine globale Bedrohung darstellen könnten, ist hierbei von internationalem Interesse. Die Strategien der Stärkung im Framework for Action sind die Bereitstellung und Entwicklung geeigneter Indikatoren, Messmethoden, Informationssystemen, Datenbanken, Standards und Publikationen.

Medical Products, Vaccines and Technologies bezieht sich auf die Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln, Diagnose- und Therapiemethoden auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft und deren sicheren, effektiven, effizienten Einsatz nach aktuellen Qualitätsstandards.

Financing bezieht sich auf die Finanzierungsgrundlage des Gesundheitssystems. Ziel ist die Sicherstellung ausreichender Ressourcen, um einen bedarfsgerechten Zugang für alle Menschen zu Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Durch die nachhaltige, faire Finanzierung soll Verarmung und das Risiko finanzieller Katastrophen vermieden werden. Die Strategien der Stärkung im Framework for Action sind die Bereitstellung von Informationen zu Finanzierungsmodellen und die Evaluation der gegenwärtigen Finanzströme im Hinblick auf „Equity“ und Effizienz. Mit der steigenden Wirtschaftskraft eines Landes nehmen Sozialversicherungen einen größeren Stellenwert ein, um eine solidarische Umverteilung sicher zu stellen.

Leadership / Governance wird auch mit Stewardship betitelt und bezieht sich auf die Steuerung im Gesundheitswesen. Hierbei geht es um die übergeordnete Planung und Regulierung im Gesundheitswesen. Interessensvertretung des Sektors im gesamten Staatshaushalt, Entwicklung von Visionen und Perspektiven in Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen (z.B. demographischer Wandel), Vertretung gesamtgesellschaftlicher Interessen (z.B. Solidarität) bei Gesundheitsreformen, zielgerichtete Regulierung des Gesundheitsmarkts, Abstimmung der Interaktionen zwischen privaten und öffentlichen Anbietern und insgesamt die Planung und Steuerung in den sechs Handlungsfeldern des Framework for Action.

Das von der WHO entwickelte Framework bietet einen Rahmen, der eine zielorientierte Kategorisierung der Akteure im Gesundheitswesen zulässt. Da die Akteure im Gesundheitswesen sehr vielfältig sind, verschiedene Interessen vertreten, auf globaler, Landes- und regionaler Ebene agieren, teils privatwirtschaftlich, teils öffentlich und teils gemeinnützig organisiert sind und um begrenzte Ressourcen konkurrieren, ist ein solches Framework zur allgemeinen Strukturierung des Gesundheitswesens sehr nützlich. Es bietet eine Hilfestellung zum Verständnis der Interaktion zwischen den Akteuren, klärt Grenzen der Zusammenarbeit auf und begründet Abgrenzungen der Sektoren. Gleichzeitig werden die Relevanz der jeweiligen Handlungsebenen und deren Aufgabengebiete erkennbar. Das Framework identifiziert die jeweiligen Interessen, Prioritäten und Schwachstellen der Akteure.

### **2.1.2.6 Praxisbezug von Public Health**

Die Ziele und Impulse aus der WHO geben den eingangs dargestellten breiten Definitionen und Beschreibungen des Fachbereichs Public Health einen Praxisbezug. Die Tätigkeiten der WHO setzen den Fokus auf Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und auf die Steuerung im Gesundheitswesen. Public Health soll in die Bedingungen für Gesundheit hineinwirken und Veränderungen herbeiführen. Public Health nimmt Einfluss auf die Bedingungen unserer physischen Umwelt, unserer sozialen Umwelt, unserer Systeme zur gesundheitlichen Versorgung und auf unser individuelles gesundheitliches Handeln. Dabei sind die Bedingungen je nach Land, Region und Bevölkerungsgruppe verschieden. Public Health kommt die Aufgabe zu, diese Unterschiede wahrzunehmen und in seinem Handeln zu reflektieren.

## **2.2 Der deutsche Kontext für Public Health**

Die Ausrichtung von Public Health in Deutschland ergibt sich aus den aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen für Gesundheit in unserem Land. Obwohl die Gesundheit der Bevölkerung von vielen Sektoren beeinflusst wird konzentriert sich diese Analyse auf das Gesundheitswesen. Die nachfolgenden Abschnitte sollen die Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens hervorheben. Eine Auswahl der deutschen Akteure aus den WHO Framework Handlungsfeldern Financing, Service Delivery und Governance wird skizziert und deren Einfluss auf die strukturellen Gegebenheiten für Gesundheit reflektiert. Das aktuelle Spannungsfeld in dem sich die deutsche Gesundheitspolitik befindet wird durch die Darstellung der gegenwärtigen gesundheitlichen Situation der Bevölkerung beleuchtet. Die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens und die gesundheitliche Lage der Bevölkerung definieren Bedarf und Stoßrichtung des deutschen Public Health Arbeitsmarkts.

### **2.2.1 Das deutsche Gesundheitssystem**

Gesundheitssysteme werden auf Grund ihrer Finanzierung einer von drei Kategorien zugeordnet: Über Steuern finanzierte Gesundheitssysteme, über Sozialversicherungen finanzierte Gesundheitssysteme oder Systeme, die über private Krankenversicherungen finanziert sind. In den meisten Ländern liegen Mischformen der Finanzierung vor, welche aber maßgeblich von einer der drei Ausrichtungen geprägt sind. Jedes der drei Finanzierungsmodelle hat Vor- und Nachteile für die Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung. (Mossialos, Dixon, Figueras, & Kutzin, 2002)

Das deutsche Gesundheitssystem wird im internationalen Kontext als Sozialversicherungssystem typisiert. (Busse & Riesberg, 2004) Das deutsche Grundgesetz vom 25.5.1949 spezifiziert die fünf Staatsstrukturprinzipien Demokratie, Bundesstaat, Gewaltenteilung, Rechtsstaat und Sozialstaat. Nach der ständigen Recht-

sprechung des Bundesverfassungsgerichts gilt das Gebot der sozialen Gerechtigkeit und der sozialen Sicherheit. Der Staat ist damit zum Aufbau und Unterhalt von Systemen zur Absicherung sozialer Risiken, inklusive des Krankheitsrisikos, verpflichtet. Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen zählt somit zu den staatseigenen, hoheitlichen Aufgaben, und der Staat muss dafür die Verantwortung übernehmen. Auf Basis des Grundgesetzes ist ein rein privatwirtschaftlich finanziertes Gesundheitssystem in Deutschland nicht möglich. (Bundeszentrale für Politische Bildung)

Seit Bismarcks Zeiten besteht für Arbeitnehmer die gesetzliche Versicherungspflicht. Ab dem 1.1.2009 wurde in Deutschland ergänzend die allgemeine Krankenversicherungspflicht eingeführt, die auch nicht abhängig Beschäftigte Einwohner dazu verpflichtet, sich gegen das Risiko zu erkranken über eine Krankenversicherung abzusichern. In Deutschland besteht für knapp 90% der Bevölkerung ein Versicherungsschutz über die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Die restlichen ca. 10% sind über private Versicherungen (PKV) geschützt. Die Kosten für in der GKV beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder und der Sozialausgleich werden über Bundeszuschüsse aus Steuermitteln beglichen. Deutschland weist somit eine Mischfinanzierung im Gesundheitswesen mit allen drei Finanzierungsmodellen vor. (Bundesministerium für Gesundheit, 2011)

### **2.2.1.1 Sozialversicherung**

Die gesetzliche Krankenversicherung gilt als eine der fünf Säulen des deutschen Sozialversicherungssystems und wird ergänzt von der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung, der Unfallversicherung und der Arbeitslosenversicherung. Die Einrichtung der Sozialversicherung wurde 1883 unter Otto von Bismarck initiiert. Deutschland war damit das erste Land, das eine nationale Sozialversicherung einführt. (Simon, 2010) Die Aufgaben der Sozialversicherung haben sich seither stark ausgeweitet, aber die schon 1883 prägenden Gestaltungsmerkmale der Solidarität und des Versicherungsprinzips sind bis heute erhalten geblieben.

Bei Sozialversicherungssystemen steht der Versicherungsgrundsatz im Vordergrund, wobei die Einzahlung von Beiträgen zu Leistungen berechtigt. Ein Anspruch auf Leistungen über Versicherungsbeiträge ist anders zu bewerten als der Anspruch auf Versorgungsleistungen oder Fürsorgeleistungen. (Troschke & Mühlbacher, 2005) Fürsorgeleistungen werden aus Steuergeldern finanziert und Bürgern nur im Falle einer unvorhergesehenen, unverschuldeten Notlage gewährt. Sie sind nicht für den Regelfall vorgesehen und dienen der Absicherung im Notfall. Versorgungsleistungen hingegen sind für den Regelfall vorgesehen und liegen steuerfinanzierten Gesundheitssystemen zugrunde. Hier wird jedem Bürger auf Grund der Staatsangehörigkeit oder der Wohnhaftigkeit Zugang zum Gesundheitssystem gewährt. Im deutschen Kontext werden Versorgungsleistungen Bürgern auf Grund von einer besonderen Dienstleistung dem Staat gegenüber gewährt, z.B. Beamten oder Kriegsversehrten. Im Unterschied zu Versicherungsleistungen

kann der Empfänger das Ausmaß der Leistungen nicht mitbestimmen. Der Leistungsumfang wird einseitig vom Zahler festgelegt und hängt vornehmlich von seiner finanziellen Lage ab. Bei Ländern mit begrenzten Ressourcen hat das Versorgungsmodell den Vorteil, dass Leistungen zielgerichtet der Personengruppe mit dem höchsten ungedeckten Bedarf, z.B. Kindern oder Frauen, zugänglich gemacht werden können. (Busse, Schreyögg, & Gericke, 2007)

Einer Versicherung hingegen liegt der Mechanismus des gemeinsam getragenen Risikos zu Grunde. Eine Gruppe von Menschen die dem gleichen Risiko (Krankheit) ausgesetzt ist, bildet eine finanzielle Gemeinschaft, die für das Kollektiv die Kosten im Krankheitsfall abdeckt. Je größer der Zusammenschluss, desto größer der Risikoausgleich. Es besteht ein Vertrag zwischen dem Versicherten und der Versicherung, in dem sowohl Leistungen als auch Bedarf definiert werden. Die Berechnung der Beiträge steht konzeptionell im direkten Verhältnis zu der Summe der anfallenden Kosten. (Mossialos et al., 2002)

#### **2.2.1.2 Solidarische Finanzierung der GKV**

Versicherungsbeiträge können nach dem Äquivalenzprinzip oder nach dem Solidarprinzip erhoben werden. Nach dem Äquivalenzprinzip entsprechen die ausgezahlten Leistungen dem einbezahlten Betrag. Dies ist für privatwirtschaftliche Versicherungsverhältnisse die Norm. In privaten Krankenversicherungen wird die Beitragshöhe auf Grund von Faktoren wie Alter und Geschlecht errechnet und spiegelt das Risiko zu erkranken wieder. Junge, gesunde Menschen zahlen niedrigere Versicherungsbeiträge als ältere Menschen oder Menschen mit einer chronischen Krankheit. Im deutschen Sozialversicherungssystem findet das Äquivalenzprinzip in der Arbeitslosenversicherung und der Rentenversicherung Anwendung. Die gesetzliche Krankenversicherung und die Pflegeversicherung hingegen werden solidarisch finanziert. Dies stellt das eigentlich prägende Merkmal der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung dar. (Troschke & Mühlbacher, 2005)

In der solidarischen Finanzierung der GKV werden Versicherungsbeiträge proportional zum Einkommen und unabhängig von dem Erkrankungsrisiko erhoben. Dadurch findet eine solidarische Umverteilung von Ressourcen statt. Gesunde Menschen, jüngere Menschen und Männer verursachen im Durchschnitt geringere Kosten im Gesundheitswesen als Frauen, ältere Menschen und Menschen mit chronischen Krankheiten. Versicherte erhalten Leistungen nach ihrem gesundheitlichen Bedarf, zahlen aber nach ihren finanziellen Möglichkeiten in die Versicherung ein. Vor allem der Vergleich mit den Beiträgen der privaten Krankenversicherungen, die sich über das Krankheitsrisiko des Einzelnen berechnen, hebt die Sozialverträglichkeit und den sozialen Ausgleich hervor, der über die einkommensabhängige Solidarfinanzierung entsteht. (Simon, 2010)

Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung basieren auf dem versicherungspflichtigen Einkommen der Versicherten. Mitglieder der GKV können nach

§5 SGB V pflichtversichert oder nach §9 SGB V freiwillig versichert sein. Familienmitglieder ohne Einkommen sind beitragsfrei mitversichert. Bei Pflichtversicherten beträgt der Beitragssatz 2011 einheitlich 15,5% des versicherungspflichtigen Einkommens. Das versicherungspflichtige Einkommen ist nicht dem steuerpflichtigen Einkommen gleichzusetzen, da es z.B. Kapitaleinkünfte oder Mieteinkünfte nicht berücksichtigt. Des Weiteren fällt der Beitragssatz von 15,5% nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze an. Die Eingrenzung der Beitragsleistung über die Beitragsbemessungsgrenze soll dem Wechsel in die Private Krankenversicherung vorbeugen. Sowohl der Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmer werden dadurch vor Beiträgen geschützt, die über ein gewisses Maß mit dem Einkommen steigen. Der maximale Beitragssatz berechnete sich somit 2011 auf ein jährliches Höchsteinkommen von €49,500. Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen sind dementsprechend bei einem Versicherten mit Höchsteinkommen auf jährlich maximal €7672,56 begrenzt, auch wenn der prozentuale Anteil von 15,5% des eigentlichen Einkommens höher wäre. Berentete Mitglieder zahlen Beiträge auf Renteneinkommen, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit. Im Allgemeinen liegen die Einkünfte nach der Berentung allerdings unter dem Einkommen während der Erwerbsphase. (Simon, 2010)

Die Einnahmen der GKV bestimmen sich somit nur in Abhängigkeit vom Einkommen der Versicherten. Veränderungen im Bedarf an Leistungen (z.B. durch eine größere Krankheitslast bei mehr älteren Versicherten) haben keinen unmittelbaren Einfluss auf die Einnahmen. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über krankheitskostenunabhängige, solidarische Beiträge stellt keinen Bezug zwischen medizinisch notwendigen Gesundheitsausgaben und Einnahmen der Krankenkassen sicher. Für das Jahr 2010 verbuchten die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt 69,8 Millionen Versicherte. Davon waren 18,4 Millionen (26%) beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige. Rentner machten 16,5 (24%) der Versicherten aus. Freiwillig versichert waren 4,5 Millionen (6,4%) Mitglieder. (Bundministerium für Gesundheit, 2011) Lücken in der Finanzierung werden über Steuergelder gedeckt. Im Jahr 2009 steuerte der Staat 13,655 Milliarden Euro zur Deckung der Kosten im Gesundheitswesen bei, was 4,9% der gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen entsprach. (Statistisches Bundesamt, 2011)

Durch die solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen bei 90% der Bevölkerung kommt Deutschland im WHO Ranking bezüglich „Fairness of financial contribution to health systems“ auf den sehr hohen Platz 6. (World Health Organisation, 2000) Der höchste Rang ist auf Grund der Mischfinanzierung des Gesundheitssystems mit der privaten Krankenversicherung, den Zuzahlungen und der Beitragsbemessungsgrenze nicht zu erreichen. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die Solidarfinanzierung ein Merkmal und nicht ein übergeordnetes Strukturprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Somit steht das Ausmaß der Finanzierungssolidarität der Gesundheitspolitik als Stellschraube für die Erreichung anderer Ziele zur Verfügung. Die Solidarität der Finanzierung ist

durch den gegenwärtigen Kostendruck im Gesundheitswesen stark gefährdet. (Bundeszentrale für Politische Bildung, 2011b)

Sozialversicherungen haben im Vergleich zu steuerfinanzierten Gesundheitssystemen den Vorteil, dass Gelder, die für Gesundheitsleistungen vorgesehen sind, nicht wegen finanzieller Engpässe in anderen Sektoren zweckentfremdet eingesetzt werden können. Allerdings ist die Finanzierung über Sozialversicherungen analog der Steuerfinanzierung konjunkturabhängig, da die Beiträge vom Einkommen bzw. Lohneinkommen der Versicherten abhängen. Bei guter Wirtschaftslage und niedriger Arbeitslosigkeit fließt bei einem gleichbleibenden Beitragssatz mehr Geld in die Versicherungen bzw. Staatskassen ein als bei einer stagnierenden oder schlechten Wirtschaftslage. Die Krankheitslast der Bevölkerung hingegen verändert sich nicht merkbar mit der Wirtschaftslage. Hervorzuheben ist, dass die Einnahmen der Sozialversicherungen nicht den Bedarf an Gesundheitsleistungen widerspiegeln, sondern die Wirtschaftslage. Ein festgelegter Beitragssatz deckt die Gesundheitskosten in einem Jahr mit Überschüssen oder nicht ausreichend, je nach Wirtschaftslage. (Troschke & Mühlbacher, 2005)

Die Bereitschaft einer Bevölkerung, in ein solidarisch finanziertes Sozialversicherungssystem einzuzahlen, ist nicht immer gegeben. Das System geht von einer grundsätzlichen Bereitschaft des Einzahlenden aus, seinen Mitbürger im Bedarfsfall mitzufinanzieren. Dies wird in Deutschland über das Grundgesetz sichergestellt. Da es sich um eine solidarische Umverteilung von Geldern handelt muss ein Maß an Gerechtigkeit empfunden werden. Die Gesetzgebung muss alle in gleichem Maße zur Mitfinanzierung verpflichten. Ein Sozialversicherungssystem braucht Vertrauen in administrative Strukturen. Der Missbrauch von Geldern durch Verschwendung oder durch Korruption muss durch Transparenz und Aufsicht ausgeschlossen sein. Schlussendlich muss für die Einzahlenden der Nutzen erkennbar sein. Wenn das Vertrauen in die eigene Absicherung im Bedarfsfall durch das Solidarsystem nicht gegeben ist, geht auch die Zahlungswilligkeit verloren.

### **2.2.1.3 Maximalversorgung**

Die Besonderheiten der Ansprüche und Rechte der deutschen Bürger auf soziale Leistungen sind im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt. Das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) regelt die Krankenversicherung. Der erste Paragraph des SGB V präzisiert die Aufgaben der Krankenversicherung und definiert den Erhalt, die Wiederherstellung und die Verbesserung des Gesundheitszustands als explizite Aufgaben. Dabei tragen Versicherte eine Mitverantwortung für ihre Gesundheit. Krankenversicherungen haben dabei den Auftrag durch Beratung und Aufklärung die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und eine gesundheitsbewusste Lebensführung der Versicherten zu fördern. (Sozialgesetzbuch)

Im zweiten Paragraphen wird von den erbrachten Leistungen gefordert, dass sie dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts entsprechen. In allgemein verständlicher Form ist die Zielsetzung der gesetzlichen Krankenversicherung, jeder und jedem, unabhängig vom Einkommen, alle medizinisch notwendigen Leistungen auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zugänglich zu machen. Dabei tragen laut SGB V §2 Satz 4 Patienten, Leistungserbringer und Krankenversicherungen gemeinsam die Verantwortung dafür, dass Leistungen nur im notwendigen Umfang, wirtschaftlich und wirksam erbracht werden. Unabhängig von der Effizienz der erbrachten Leistungen verpflichtet sich das Sozialgesetz mit diesem Paragraphen zu einer Maximalversorgung (alle medizinisch notwendigen Leistungen), ungeachtet der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Anspruch auf Maximalversorgung ist im Hinblick auf die Bereitschaft zur solidarischen Finanzierung ausschlaggebend. Jede Abweichung von der Maximalversorgung führt zu einem Vertrauensverlust in die eigene Absicherung im Krankheitsfall. Die Bereitschaft, in das Solidarsystem zu investieren, sinkt. Für finanziell Bessergestellte gewinnt dann eine private Zusatzversicherung an Attraktivität, was die Entstehung von parallelen Versicherungssystemen und die Zwei-Klassen-Medizin begünstigt.

#### **2.2.1.4 Selbstverwaltung**

Nach dem Versicherungsgrundsatz und der solidarischen Finanzierung ist das deutsche Gesundheitswesen gekennzeichnet durch die Selbstverwaltung. Das Grundgesetz bietet dem Staat die Möglichkeit, Verwaltungsaufgaben an rechtlich unabhängige Organisationen, typischerweise Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdöR), zu delegieren. Der Staat behält die Rechtsaufsicht bei und gibt die Rahmenbedingungen durch Gesetze und Verordnungen vor. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung obliegt den Partnern der Selbstverwaltung, die in eigener Verantwortung und nicht weisungsgebunden handeln und sich somit selbst verwalten. KdöR sind weder privatrechtliche Körperschaften noch staatliche Behörden, sondern bilden einen Teil der mittelbaren Staatsverwaltung. Das höchste Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). In diesem Gremium schließen sich Vertreter der Krankenversicherungen und Vertreter der Leistungsanbieter zusammen, um für die 72 Millionen gesetzlich Versicherten die Ausgestaltung des Leistungskatalogs und die Mechanismen der Qualitätssicherung zu definieren. (Rosenbrock & Gerlinger, 2004)

Durch die Selbstverwaltung wird der Staat von dieser umfangreichen Verwaltungsaufgabe entlastet. Die komplexen, fachspezifischen Entscheidungen zu Ausschluss oder Einschränkung von Leistungen, deren therapeutischer Nutzen nach aktuellen medizinischen Erkenntnissen nicht nachgewiesen ist, zur Veröffentlichung von Richtlinien zur Konkretisierung einzelner Leistungen, zur Zulassung

neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder zur Festlegung von Arzneimittelgruppen werden den relevanten, alltagsnahen Akteuren übertragen. (Bundeszentrale für Politische Bildung, 2011b) Die Übereinkunft der Zahler (GKV Spitzenverband Bund) und der Leistungserbringer (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) bietet für die Zielsetzungen „Qualität“ und „Wirtschaftlichkeit“ Aussicht auf einen optimalen Konsens.

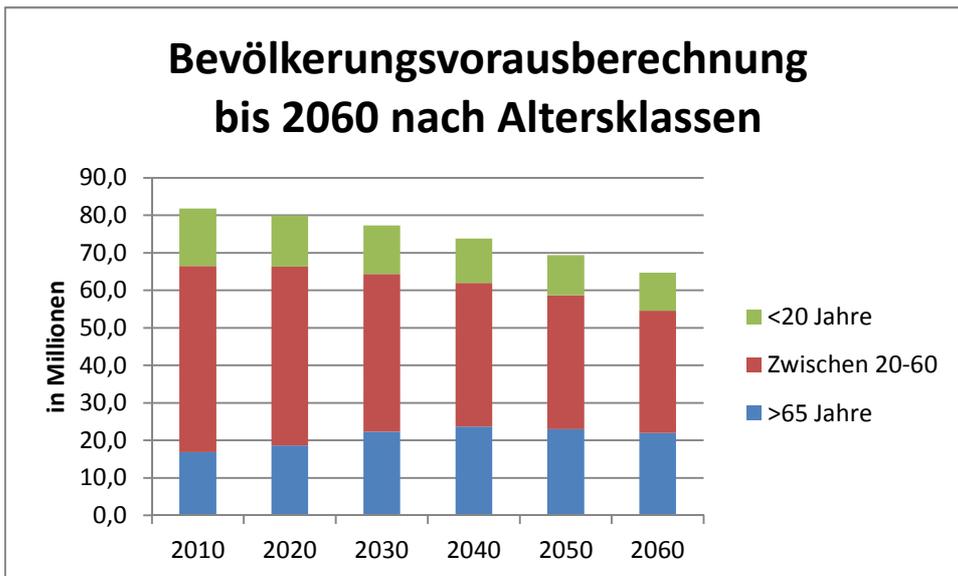
### **2.2.2 Bevölkerung und gesundheitliche Lage**

Ende 2008 lebten 82 Millionen Menschen in Deutschland. Selbst unter den günstigsten Voraussetzungen kommt die 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes in der Summe zu einem Schrumpfen der deutschen Bevölkerung auf maximal 77 Millionen bis 2060. (Statistisches Bundesamt, 2009) Die demographische Veränderung ist bis 2060 von zwei grundsätzlich gegenläufigen Entwicklungen geprägt: Zum einen steigt die Lebenserwartung der Deutschen kontinuierlich an; zum anderen verbleibt die Geburtenrate anhaltend unter der Reproduktionsrate. Anfang des 20. Jahrhunderts lag die Lebenserwartung für Männer in Deutschland noch bei 44,8 Jahren, und für Frauen bei 48,3 Jahren. Die Lebenserwartung für heute geborene Männer liegt bei 76,9 Jahren, die von Frauen bei 82,3 Jahren. Bis 2060 soll die Lebenserwartung bei der Geburt auf 85 Jahre für Männer bzw. 89,2 Jahre für Frauen steigen. (Statistisches Bundesamt, 2009)

Der Anstieg der Lebenserwartung wird durch Fortschritte in der medizinischen Versorgung, der Hygiene, der Ernährung, der Wohnsituation, der verbesserten Arbeitsbedingungen und dem gestiegenen materiellen Wohlstand bedingt. Anfang des 20. Jahrhunderts wurden Steigerungen der Lebenserwartung vornehmlich durch verbesserte Überlebenschancen bei Säuglingen und Kindern erzeugt. Die Vorbeugung und effektive Behandlung von Infektionskrankheiten haben dies maßgeblich beeinflusst. Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist auch die Sterblichkeit älterer Menschen erheblich gesunken. Hierfür ist vor allem die verbesserte medizinische Betreuung in den späteren Lebensphasen verantwortlich. Die Früherkennung und die bessere Betreuung von chronischen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Krebserkrankungen und Krankheiten der Atmungsorgane verringern die Sterblichkeit erheblich. (Lampert, Kroll, & Dunkelberg, 2007) Demographische Analysen zeigen, dass die altersspezifischen Sterberaten mehr von gegenwärtigen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen abhängen als von der gesunden Lebensführung in früheren Lebensphasen. Der bei weitem wichtigste Faktor für die Zunahme der ferneren Lebenserwartung ist der Rückgang der Mortalität bei Menschen jenseits des 80. Lebensjahrs. (Vaupel & v. Kistowski, 2005)

Eine Aufteilung der Bevölkerung Deutschlands in die vier Alterskategorien Jung (unter 20 Jahren), Erwerbsfähig (20 bis 65 Jahre), Alt (65-80 Jahre) und Hochbe-

tagt (über 80 Jahre) ergibt heute eine prozentuale Aufteilung von 19%, 61%, 15% und 5%. Bis 2060 projiziert das Statistische Bundesamt eine Verschiebung der Altersstruktur auf 16%, 50%, 20% und 14% respektive in den vier Kategorien. Nach den Berechnungen der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird mehr als ein Drittel der Bevölkerung ab der Mitte des 21. Jahrhunderts über 65 Jahre alt sein. Das entspricht einem Anstieg von mehr als 10%. (Statistisches Bundesamt, 2009) Eine graphische Darstellung der Vorausberechnung ist in Abbildung 1 zu finden.



**Abbildung 1: Bevölkerungsvorausberechnung in Millionen bis 2060 nach Altersklassen in Deutschland, eigene Darstellung, (Quelle: Statistisches Bundesamt, 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)**

Die Auswirkung der Veränderungen der Bevölkerungsstruktur hat unausweichliche Folgen für die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherungen. Der bis 2060 vorausberechnete Bevölkerungsrückgang beinhaltet trotz der geschrumpften Anzahl von Menschen insgesamt einen Zuwachs an Menschen im Alter von über 65 Jahren in absoluten Zahlen. Die absolute Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter hingegen schrumpft schneller als der generelle Bevölkerungsrückgang. Das prozentuale Verhältnis der Erwerbstätigen zu Nichterwerbstätigen verändert sich, was unausweichlich zu einem Rückgang der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen des gegenwärtigen Finanzierungsmodells führt. (Bundeszentrale für Politische Bildung, 2011a)

Das Risiko zu erkranken und die Wahrscheinlichkeit, Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen steigen mit dem Alter an. Das Statistische Bundesamt berechnete die Krankheitskosten im Jahr 2008 von Menschen älter als 65 Jahre auf €123,1 Milliarden. Dies entsprach 48,4% der gesamten Krankheitskosten des Jahres. Zu den Krankheitskosten zählen sämtliche Gesundheitsausgaben, die

unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden waren. Pro Kopf wurden gemittelt im Jahr 2008 in der Altersgruppe von 65 bis 84-Jährigen €6520 für Gesundheit ausgegeben. In der Gruppe der über 85-Jährigen sogar €14,840. Im Vergleich liegen die jährlichen pro Kopf Kosten der 45 bis 64-Jährigen gemittelt mit €3010 bei weniger als der Hälfte. Am kostengünstigsten waren die 15 bis 30-Jährigen mit jährlichen pro Kopf Ausgaben von €1320.

Über die Hälfte der Krankheitskosten älterer Menschen werden durch nur vier Krankheitsgruppen verursacht: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems. Gründe für die hohen Kosten im Alter sind die vermehrt auftretende Multimorbidität, die Pflegebedürftigkeit und die dadurch intensivere Inanspruchnahme medizinischer und pharmazeutischer Angebote. Auch die mit dem Alter steigenden Sterberaten und der hohe Ressourcenverbrauch im letzten Lebensjahr tragen zu den Gesamtkosten der Altersgruppe bei. (Statistisches Bundesamt, 2008)

Die Ergebnisse der repräsentativen Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ (Robert Koch Institut, 2011) zeigt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes eine Bevölkerung in Deutschland, in der 68% der Frauen und 73% der Männer ihre eigene Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen. Gleichzeitig haben 40% der Bevölkerung eine oder mehrere chronische Krankheiten. Im Alter von über 65 Jahren hat 20% der Bevölkerung vom Arzt diagnostiziert Diabetes Mellitus. In den letzten zehn Jahren ist die Häufigkeit dieser Krankheit signifikant gestiegen. Ab 65 Jahren haben 28% der Männer und 19% der Frauen eine koronare Herzerkrankung. Ein Viertel der Frauen leiden an Arthrose. Bei Frauen über 50 leiden 17% an Osteoporose und 7% an Arthritis. Männer sind wesentlich seltener von diesen Krankheiten betroffen. 10% der Bevölkerung leidet unter psychischen Belastungen und weitere 10% der Bevölkerung ist gesundheitlich erheblich eingeschränkt. Dabei geht ein höherer sozialer Status mit einer besseren psychischen Gesundheit und mit einer gesünderen Lebensweise einher. Eine gesündere Lebensweise ist wiederum mit geringeren Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit verbunden.

Bezüglich der Lebensweise ergab die Befragung positive Trends beim Rauchverhalten und bei sportlicher Aktivität. In den letzten zehn Jahren stieg der Anteil der Bevölkerung, der sportlich aktiv war um 4%. Allerdings erfüllen nur 20% der Frauen und 23% der Männer die Empfehlung, mindestens an fünf Tagen der Woche für jeweils mindestens 30 Minuten körperlich aktiv zu sein. In den gleichen zehn Jahren wurde erstmals ein Rückgang des Rauchens beobachtet, vor allem bei jungen Erwachsenen. In den älteren Altersgruppen wurde kein Rückgang festgestellt. Negative Trends ergab die Befragung bezüglich Übergewicht und Adipositas. Gerade bei über 65-Jährigen stieg die Anzahl der fettleibigen Frauen um 5% auf 45% und bei Männern um 7% auf 60%. (Robert Koch Institut, 2011)

Das Krankheitsspektrum das ältere Menschen betrifft, und die Trends bei den Risikofaktoren deuten auf das Potential von Gesundheitsförderung und Prävention hin. Es bleibt zu erörtern, in wie weit Veränderungen der Lebensweisen bezüglich Risikofaktoren wie Rauchen und Fettleibigkeit einen Einfluss auf Lebensqualität und Krankheitskosten haben können.

### **2.2.3 Wissensbasierte Entscheidungsfindung**

Stellschrauben, die den Herausforderungen an das deutsche Gesundheitswesen gerecht werden können finden sich hinter den Begriffen „Wirtschaftlichkeit“ und „Qualität“. Diese wurden in den Gesundheitsreformen von Ulla Schmidt geprägt, die von 2001 bis 2009 das Amt der Bundesministerin für Gesundheit inne hielt. Die Reformen unter Ulla Schmidt lehnten eine Entsolidarisierung der Finanzierungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung kategorisch ab.

Gegenstand der Gesundheitsreformen dieser Jahre war zum einen die Optimierung der Versorgung durch neue und innovative Versorgungsmodelle mit besserer Abstimmung auf die Bedarfe chronisch Kranker. Hierzu zählen die Integrierte Versorgung, die Hausarztzentrierte Versorgung und Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP). Um dies zu erreichen wurde die bis dahin starre Trennung des ambulanten und stationären Sektors durchbrochen. Ziel war es, den klinischen Versorgungsbedarf der Patienten in den Mittelpunkt zu rücken und die Strukturen der Versorgung daran auszurichten.

Des Weiteren wurde die Einbeziehung von Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivitätsberechnungen bei der Erstellung von Behandlungsleitlinien und Behandlungsrichtlinien gefördert, um eventuelle Effizienzreserven zu identifizieren und frei zu setzen. Für deren Umsetzung wurde das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) gegründet.

Als Drittes wurde versucht, den Stellenwert der Prävention zu erhöhen. Über präventive und gesundheitsförderliche Ansätze und Interventionen sollen Krankheiten gänzlich vermieden werden oder das Alter, in dem Krankheiten entstehen, nach der Theorie der Kompression der Morbidität zeitlich hinausgeschoben werden. (Fries, 1980) Im Zuge der Reformen sind jedoch die Einführung eines Präventionsgesetzes und die Etablierung der Prävention als vierte Säule der Versorgung im Gesundheitswesen gescheitert.

Erfolgreich war hingegen die Reform der Vergütungsmechanismen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Diese wurden strukturell angepasst, um der Mengenausweitung über die Anreize der Einzelleistungsvergütung Einhalt zu geben. Die Einführung der pauschalisierten Vergütung über Diagnosis Related Groups (DRGs) hat seit der Einführung 2004 dazu beigetragen, die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung von 10,8 Tagen pro Aufenthalt 1995 auf durchschnittlich 7,8 Tage im Jahr 2007 zu reduzieren. (Organisation

für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), 2009) Die dadurch eventuell entstehenden Veränderungen in der Versorgungsqualität werden im Rahmen von Begleitforschungen begutachtet.

Fraglich bleibt jedoch, ob diese Maßnahmen ausreichen, um die Kosten im deutschen Gesundheitswesen bezahlbar zu halten. Wenn Effizienzsteigerungen und die Optimierung der Behandlung dem Kostendruck nicht standhalten können, und keine weiteren Finanzierungsquellen identifiziert werden, muss sich die gesetzliche Krankenversicherung von der Maximalversorgung verabschieden. Die gängigen ethischen Überlegungen umfassen Formen der Rationierung über abgestimmte Eingrenzungen des Leistungskatalogs auf Basis wissenschaftlich fundierter Überlegungen. (Marckmann, 2010)

Im Gegensatz zur Stoßrichtung der WHO, in der die Organisation, Finanzierung und Umsetzung präventive Interventionen das Tätigkeitsfeld maßgeblich definieren, steht Public Health in Deutschland vor anderen Herausforderungen.

Der deutsche Staat stellt seinen Bürgern seit der Nachkriegszeit eine solidarisch finanzierte, umfassende gesundheitliche Versorgung zur Verfügung. Der allgemeine Zugang zu Gesundheitsleistungen und verbesserte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten haben zu einer Verschiebung in der deutschen Altersstruktur beigetragen. Der Bedarf an Gesundheitsleistungen einer alternden Bevölkerung ist gekennzeichnet von chronischen Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit. Die Bevölkerungsstruktur erodiert die finanzielle Nachhaltigkeit des Systems und verändert den Versorgungsbedarf. Dies löst einen akuten Public Health bezogenen Forschungsbedarf in folgenden Bereichen aus:

- Die Sicherstellung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung des Gesundheitssystems bei aktuellen Trends der Bevölkerungsstruktur erfordert Wissen und Verständnis von gesundheitsökonomischen Möglichkeiten und Zusammenhängen. Innovative Finanzierungsansätze werden im Rahmen der Gesundheitssystemforschung erörtert.
- Eine Optimierung und Anpassung der Versorgung an die medizinischen Bedarfe der Bevölkerung verlangt ein Verständnis für klinische Behandlungsmöglichkeiten und Versorgungsstrukturen. Innovationen bei der Behandlung bedürfen der Evaluation bestehender Versorgungsmodelle gepaart mit kreativen und innovativen Bemühungen in der Versorgungsforschung. Dabei sollten Evidenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit Berücksichtigung finden. Die errungenen Forschungserkenntnisse müssen wiederum ihre Umsetzung in der Versorgungslandschaft finden.
- Die Vermeidung und der Ausgleich von sozialer Ungleichheit bei der Allokation von knappen Ressourcen erfordern ein Verständnis der sozialen Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit.

Das Public Health Studium vermittelt ein Verständnis für die unausweichlichen Zwänge, denen das deutsche Gesundheitswesen ausgesetzt ist und zugleich das Handwerkszeug, um die zukünftige Situation unserer Gesundheitsversorgung erfolgreich anzupassen.

### **2.3 Europäische Hochschulregion**

Um in der wissensbasierten Gesellschaft des 21. Jahrhunderts global konkurrenzfähig zu bleiben, braucht Europa ein transparentes Hochschulwesen mit internationaler Anschlussfähigkeit und gegenseitiger Anerkennung von Abschlüssen. Eine hochwertige Bildungslandschaft, der Ausbau von Forschungskapazitäten, der Transfer in die Wirtschaft und die am Arbeitsmarkt orientierten Qualifikationen der Hochschulabsolventen bestimmen nachhaltig Europas wirtschaftliche Weiterentwicklung und ihren globalen Erfolg. Mit der Einrichtung der Europäischen Hochschulregion (EHR, englisch: European Higher Education Area, EHEA) hat sich Europa dieser Herausforderung gestellt. (Benelux Bologna Secretariat, 2010)

Die erfolgreiche Umsetzung der Europäischen Hochschulregion basiert auf der mit „Bologna Prozess“ bezeichneten europaweiten Reform der Bildungslandschaft. Am 19. Juni 1999 wurde in Bologna von 29 Mitgliedsstaaten die „Gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister“ gefasst. Inzwischen ist die Zahl der am Bologna Prozess teilnehmenden Länder auf 47 gestiegen und besteht aus der effektiven und koordinierten Zusammenarbeit von sowohl europaweiten als auch länderspezifischen Akteuren aus allen Bereichen des Bildungswesens. Im Rahmen des Bologna Prozesses finden alle zwei Jahre Konferenzen der Europäischen Bildungsminister statt. Die Konferenzen werden von der Bologna Follow-up Group vorbereitet, die wiederum von thematisch spezialisierten Arbeitsgruppen Zuarbeit empfängt. Entwicklungen im Bologna Prozess werden durch Erklärungen und Communiqués der Bildungsministerkonferenzen dokumentiert und verbreitet. (Benelux Bologna Secretariat, 2010)

Die Einrichtung der EHR wird bezüglich der verschiedenen Ziele von Hochschulbildung von einer fortwährenden Diskussion auf europäischer und nationaler Ebene begleitet. Die vier wiederkehrenden Zielsetzungen lassen sich grob kategorisieren als 1) Vorbereitung für den Arbeitsmarkt, 2) Vorbereitung für die aktive Unterstützung der demokratischen Gesellschaft, 3) persönliche Weiterentwicklung und 4) Erhalt und Ausbau der breiten, fortgeschrittenen Wissensbasis. (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2010)

Die Europäische Hochschulregion basiert auf der Vergleichbarkeit und gegenseitigen Anerkennung von Hochschulabschlüssen im europäischen Raum. Der Bologna Prozess führte zu der flächendeckenden Übernahme von drei aufeinander aufbauenden Studienzyklen: Im ersten Zyklus der Bachelor, im zweiten Zyklus der Master und im dritten Zyklus der Doktorgrad bzw. die Promotion. Innerhalb der Zyklen sind weitere Zwischenstufen möglich. Die vergleichbaren Abschlüsse er-

möglichen die internationale Anerkennung und damit Mobilität, sowohl während des Studiums als auch im anschließenden Berufsleben. (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung Österreich, 2008)

Um die Vergleichbarkeit im 3-Zyken-System transparent und nachvollziehbar zu gestalten, bedarf es einheitlicher Referenzsysteme und Messeinheiten, die durch den Qualifikationsrahmen und das Europäische Credit Transfer System (ECTS) gewährleistet werden.

### **2.3.1 Qualifikationsrahmen**

Qualifikationsrahmen sind ein Handwerkszeug und Referenzinstrument der Bildungslandschaft. Sie dienen der Definition und Abgrenzung von Bildungsniveaus. Anhand von fachübergreifenden Kriterien sollen Mindestanforderungen einer Bildungsgruppe vergleichbar kenntlich gemacht werden. Dies dient sowohl dem Arbeitsmarkt, der dadurch Anhaltspunkte über die Qualifikationen der Absolventen bekommt, als auch der Bildungsinstitution, die sich an einheitlichen Vorgaben orientieren kann. Im Rahmen der Einrichtung der Europäischen Hochschulregion wurde ein übergeordneter Qualifikationsrahmen für die drei Zyklen der Hochschulbildung entwickelt: „Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion“ (englisch: Framework of Qualifications for the European Higher Education Area). Dieser Qualifikationsrahmen wird von den jeweiligen Mitgliedsländern auf weitere länderspezifische Zwischenstufen ausdifferenziert. In Deutschland wurde 2005 von der Hochschulrektorenkonferenz der „Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse“ verabschiedet. Als Drittes wurde parallel der „Europäische Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen“ (englisch: European Qualifications Framework for Lifelong Learning, EQF) entwickelt. Dieses Dokument soll bildungsbereichsübergreifend Referenzwerte für die Schulbildung, Hochschulbildung und Berufsschulbildung liefern. (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2010) Somit bestehen drei fachübergreifende verzahnte Qualifikationsrahmen die jeweils eine eigene Zielsetzungen verfolgen:

- Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion: Abgrenzung der drei Zyklen der Hochschulbildung
- Europäischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen: Abgrenzung der drei Bildungsebenen Schule, Hochschule und Berufsschule
- Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse: länderspezifischen Ausdifferenzierung der Hochschulabschlüsse in Deutschland.

Diese drei fachübergreifenden Qualifikationsrahmen werden für die jeweiligen inhaltlichen Ausrichtungen mit Qualifikationsrahmen für spezifische Fachbereiche ergänzt. Die fachspezifischen Qualifikationsrahmen können wiederum länderspezifisch ausdifferenziert werden. Fachspezifische Qualifikationsrahmen bilden eine Referenz für die Ausgestaltung curricularer Inhalte von Studiengängen. Sie dienen nicht der Einordnung in ein bestimmtes Lernniveau, sondern bieten einen Aus-

gangspunkt bei der Konkretisierung von Lerninhalten und Lernergebnissen in einem Fachbereich und helfen, die unterschiedlichen Kenntnisse und Fähigkeiten

Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion (FQ-EHEA)	Europäischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (EQR)	Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse
3. Zyklus Doktorgrad	8	Dr.; Ph.D.
2. Zyklus Master	7	M.A.; M.Sc.; M.Eng., M.F.A.; M.Mus.; LLM Diplom (Univ.) Magister, Staatsexamen
1. Zyklus Bachelor	6	B.A.; B.Sc.; B.Eng.; B.F.A., B.Mus, LLB Diplom (FH) Staatsexamen
Hochschulzugangsberechtigung	5	
	4	
	3	
	2	
	1	

**Abbildung 2: Qualifikationsrahmen als Übersetzungsinstrument zwischen Bildungssystemen – Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion, Europäischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen und Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse (eigene Darstellung)**

für ein Fach im Blick zu behalten. Fachqualifikationsrahmen sollen nicht für eine Standardisierung oder Nivellierung von Studieninhalten missbraucht werden. Die verschiedenen Hochschulen sind aufgefordert, die curricularen Inhalte über den

fachspezifischen Qualifikationsrahmen hinaus individuell auszugestalten. (Bartosch, Maile, & Speth, 2008)

Zusammenfassend fungieren Qualifikationsrahmen als Referenzinstrument für die Einordnung in einen bestimmten Studienzyklus und als Übersetzungsinstrument, um einen Vergleich und Anknüpfungspunkte zwischen Bildungssystemen zu ermöglichen. Deutsche Hochschulabschlüsse können durch dieses Instrument in anderen europäischen Ländern anerkannt werden, weil durch das Rahmenwerk äquivalente Abschlüsse definiert werden. Die Übersetzungsfunktion wird für die drei Bildungssysteme Europäische Hochschulregion, Bildungsbereichsübergreifende Abschlüsse in Europa und Deutsche Hochschulabschlüsse exemplarisch in Abbildung 2 dargestellt.

### **2.3.1.1 Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion**

Die Gewährleistung der internationalen Vergleichbarkeit des 3-Zyklus-Systems wird über den Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion (Framework of Qualifications for the European Higher Education Area, QF-EHEA) sichergestellt. Dieser wurde in Dublin erarbeitet und 2005 mit dem Bergen Communiqué ratifiziert. (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2010) Der QF-EHEA quantifiziert mittels Lernzielen (Learning Outcomes) Qualifikationen von Absolventen der jeweiligen Zyklen. Lernziele definieren sich als eine Beschreibung dessen, was Studierende am Ende einer Lerneinheit wissen, verstehen und können sollten. Die Lernziele des QF-EHEA sind fachübergreifend und beschreiben ein Lernniveau. Sie bieten eine Referenz für alle Fachgebiete und grenzen die Tiefe des Wissens und Könnens der Absolventen der drei Zyklen voneinander ab. (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2010)

Die Abgrenzung der drei Studienzyklen durch den QF-EHEA ist übersichtlich strukturiert und findet auf nur zwei Seiten Platz. Wegen der Bearbeitung in Dublin wird das Dokument auch oft mit „Dublin Descriptors“ betitelt. (Benelux Bologna Secretariat, 2010) Pro Studienzyklus werden fünf bis sechs Definitionen aufgeführt, die einen Mindeststandard von dem abbilden, was Absolvierende können, wissen und verstehen sollen. Im ersten Zyklus verfügen Absolvierende über ein kritisches Verständnis der wichtigsten Theorien, Prinzipien und Methoden ihres Fachs auf dem aktuellen Stand der Fachliteratur. Sie sind in der Lage, dieses Wissen zu vertiefen. Im zweiten Zyklus verfügen Absolventen über ein breites, detailliertes und kritisches Verständnis eines oder mehrerer Spezialbereiche ihres Fachs auf dem neuesten Stand des Wissens. Sie sind in Abgrenzung zum ersten Zyklus in der Lage, eigenständige Ideen oder Anwendungen zu entwickeln. Absolventen des dritten Zyklus hingegen haben einen eigenen Beitrag zur Forschung geleistet, der die Grenzen des Wissens erweitert. (Ministers Responsible for Higher Education, 2005)

### **2.3.1.2 Europäischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen**

Parallel zu dem Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion und den Länderspezifischen und Fachspezifischen Ausdifferenzierungen wurde von der Europäischen Kommission für Bildung und Kultur der Europäische Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (EQR) entwickelt und trat 2008 als Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rats in Kraft. Dieser Qualifikationsrahmen umfasst bildungsbereichsübergreifend Referenzwerte für die Schulbildung, Hochschulbildung und Berufsausbildung. Zielsetzung des Konzeptes „Lebenslanges Lernen“ ist es, eine akademische Weiterqualifizierung im Anschluss an eine praktische Berufsausbildung möglich zu machen. Der Zugang zur Hochschulbildung soll auch in späteren Lebensphasen unter Anerkennung praktischer Erfahrung erleichtert werden. Angesichts der alternden Bevölkerungsstruktur, die europaweit zu verzeichnen ist, dient diese Flexibilisierung der Ausschöpfung des Arbeitspotentials älterer Menschen. (Europäische Kommission, 2008) Der Europäische Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen ermöglicht einen Vergleich zwischen akademischer und beruflicher Bildung. Speziell für die Vergleichbarkeit deutscher schulischer, beruflicher und akademischer Bildungsabschlüsse wurde im März 2011 der Deutsche Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen verabschiedet. (Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen, 2011)

### **2.3.1.3 Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse**

Für Hochschulabschlüsse entwickelt jedes am Bologna Prozess beteiligte europäische Mitgliedsland länderspezifische fachübergreifende Qualifikationsrahmen (englisch: National Qualifications Framework), die den übergreifenden Qualifikationsrahmen auf europäischer Ebene ergänzen und weiter ausdifferenzieren. (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2010) Für Deutschland wurde in Anlehnung an die Dublin Descriptors auch im Jahr 2005 der „Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse“ von der Kultusministerkonferenz beschlossen. Der Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse definiert für die drei Studienzyklen Bachelor, Master und Promotion die in Deutschland geltenden formalen Aspekte: Zugangsvoraussetzungen zum jeweiligen Studienzyklus, maximale und minimale Dauer des Zyklus, Anschlussmöglichkeiten und Übergänge aus der beruflichen Bildung. In zwei weiteren Spalten werden analog der Dublin Descriptors die Lernergebnisse bezüglich des spezifischen Wissenserwerbs (was Studierende am Ende des Studienzyklus wissen und verstehen), und der Fähigkeit, dieses Wissen anzuwenden (was Studierende am Ende des Studienzyklus können), ausdifferenziert. (Hochschulrektorenkonferenz, 2005)

Für Deutsche Hochschulabschlüsse wurden von der Hochschulrektorenkonferenz die Regelstudienzeiten des Bachelorabschlusses auf 180 bis 240 ECTS festgelegt, was einem Vollzeitstudium von sechs bis acht Semestern entspricht. Im zweiten Studienzyklus wurde zwischen konsekutiven und weiterbildenden Masterstudien-

gängen unterschieden. Beide Formen haben einen Umfang von 60 bis 120 ECTS und müssen kumulativ mit dem Bachelorabschluss zu 300 ECTS führen. Der Weiterbildende Masterstudiengang setzt jedoch eine qualifizierte Berufsphase voraus, die auch im Lehrangebot reflektiert wird. Er führt jedoch zu dem gleichen Qualifikationsniveau und zu denselben Berechtigungen wie der konsekutive Masterstudiengang.

Bachelor- und Masterstudiengänge können an Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen angeboten werden. Beide Abschlüsse verlangen die Anfertigung einer Abschlussarbeit. Der Masterabschluss berechtigt unabhängig von der verleihenden Institution zur Promotion.

Für die ersten beiden Studienzyklen wurden jeweils sieben Abschlüsse zugelassen: Bachelor/Master of Science, Bachelor/Master of Arts, Bachelor/Master of Engineering, Bachelor/Master of Law, Bachelor/Master of Fine Arts, Bachelor/Master of Music. Die Studienabschlüsse für weiterbildende Masterstudiengänge wurden nicht eingegrenzt. (Kultusministerkonferenz, 2003)

### **2.3.2 Das Europäische Credit Transfer System – ECTS**

Zur Messung des Lernaufwands, der für die Erreichung der Qualifikationen in den drei Zyklen erbracht werden muss, wurde von der Europäischen Hochschulregion das im Rahmen des Erasmus Programms entwickelte European Credit Transfer System (ECTS) übernommen. Das ECTS ist ein Akkumulationsinstrument, in dem die Messeinheit der durchschnittliche zeitliche Arbeitsaufwand (Student Investment Time) ist, den Studierende für die Erarbeitung der Lernergebnisse aufbringen. Für die Vergabe von ECTS Leistungspunkten muss die erfolgreiche Beherrschung der in den Lernergebnissen definierten Studienleistungen (Wissen, Verstehen, Können) durch eine geeignete Prüfungsleistung nachgewiesen werden. (European Commission, 2009)

Um Studienleistungen mittels ECTS zu messen, wurden Studienangebote in Module unterteilt. Module stellen eine abgeschlossene, abgeprüfte Lehr- und Lerneinheit dar. Die daraus resultierende Entkoppelung der Lerneinheiten von Regelstudienzeiten soll zu einer flexibleren Gestaltung des Studiengangverlaufes führen. Schon während des Studiums soll für einzelne Studienabschnitte oder Module die internationale Mobilität ermöglicht werden. Des Weiteren soll durch die Modularisierung auch der Wiedereinstieg nach einer Unterbrechung des Studiums für Pflege von Angehörigen oder zur Familiengründung vereinfacht werden. Die Modularisierung soll auch der Vereinfachung der Aufnahme eines Studiums in einer späteren Lebensphase nach einer ausgeübten Berufsphase dienen. Die Flexibilisierung der Aufnahme oder Wiederaufnahme eines Studiums auch im fortgeschrittenen Alter stehen hinter dem Begriff „Lebenslanges Lernen“. (Europäische Kommission, 2008)

### 2.3.2.1 Lernergebnisse

Lernergebnisse (englisch: Learning Outcomes) sagen aus, was Studierende am Ende einer Lerneinheit wissen, verstehen und können sollen. (European Commission, 2009) Hierbei kann die Lerneinheit beliebig klein, z.B. ein fachliches Modul innerhalb eines Studiengangs, oder groß, z.B. der Abschluss eines Studienzyklus sein. In der deutschen Fassung des Europäischen Qualifikationsrahmens, der die Lernphasen des Schulwesens, der Berufsausbildung und auch des Hochschulwesens umfasst, wird „Learning Outcome“ mit „Lernergebnis“ übersetzt und wie folgt definiert: (Europäische Kommission, 2008)

**Lernergebnisse:** Aussagen darüber, was ein Lernender weiß, versteht und in der Lage ist zu tun, nachdem er einen Lernprozess abgeschlossen hat. Sie werden als Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen definiert.

**Kenntnisse:** Das Ergebnis der Verarbeitung von Information durch Lernen. Kenntnisse bezeichnen die Gesamtheit der Fakten, Grundsätze, Theorien und Praxis in einem Arbeits- oder Lernbereich. Im Europäischen Qualifikationsrahmen werden Kenntnisse als Theorie- und/oder Faktenwissen beschrieben.

**Fertigkeiten:** Die Fähigkeit, Kenntnisse anzuwenden und Know-how einzusetzen, um Aufgaben auszuführen und Probleme zu lösen. Im Europäischen Qualifikationsrahmen werden Fertigkeiten als kognitive Fertigkeiten (logisches, intuitives und kreatives Denken) und praktische Fertigkeiten (Geschicklichkeit und Verwendung von Methoden, Materialien, Werkzeugen und Instrumenten) beschrieben.

**Kompetenz:** Die nachgewiesene Fähigkeit, Kenntnisse, Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten in Arbeits- oder Lernsituationen und für die berufliche und/oder persönliche Entwicklung zu nutzen. Im Europäischen Qualifikationsrahmen wird Kompetenz im Sinne der Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit beschrieben. (Europäische Kommission, 2008)

Im Bologna Prozess sind eigene „Kriterien Guter Praxis“ für die Erstellung und Umsetzung von Lernergebnissen definiert. In den „Kriterien Guter Praxis“ wird der regelmäßige Input von Arbeitgebern explizit gefordert. (Adam, 2008)

**Verständlichkeit für Nutzer:** Lernergebnisse sind öffentlich und allgemein zugänglich. Sie orientieren sich an den europäischen, nationalen und fachspezifischen Qualifikationsrahmen. In den jeweiligen Fächern müssen sie aussagekräftig sein und dem Verständnis der verschiedenen Nutzer dienen. Den Studierenden dienen sie bei der Fokussierung ihrer Lernbemühungen. Den Dozierenden dienen sie zur Fokussierung der Inhalte und der Abstim-

mung mit didaktischen Methoden. Für Agenturen der Akkreditierung und Qualitätssicherung dienen Lernergebnisse als zentrales Handwerkszeug bei der Begutachtung. Dem Arbeitgeber der Absolventen dienen Lernergebnisse als detaillierte Beschreibung der zu erwartenden Kompetenzen.

**Regelmäßiger Input von Nutzern:** Übergeordnet steht das Ziel, durch Lernergebnisse die Qualität der Studienangebote zu verbessern, wozu eine regelmäßige Evaluation, Anpassung und Weiterentwicklung in Zusammenarbeit mit den Nutzern gehört.

**Verbindung von Lernergebnissen mit Qualitätssicherung:** Die transparente Darstellung von Lernergebnissen ermöglicht die externe und interne Begutachtung von Studiengängen und Modulen im Rahmen von Qualitätssicherungs-, Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren.

**Einbettung in Qualifikationsrahmen:** Lernergebnisse müssen auf Studiengangsebene in den übergreifenden europäischen, landesspezifischen und fachspezifischen Qualifikationsrahmen eingebettet sein.

**Optimierte Prüfungsformen:** Lernergebnisse bilden den zu prüfenden Gegenstand eines Moduls und können zu einer besseren Abstimmung der didaktischen Methode und der Art der Prüfungsleistung führen. Hierbei wird auf verstärkte und verbesserte Wechselwirkungen und Synergien zwischen dem Lehren, Lernen und Prüfen gebaut. (Adam, 2008)

Lernergebnisse werden nach dem gleichen Prinzip, aber mit jeweils unterschiedlicher Ausgestaltung auf allen Lernniveaus (Grundschule, Oberschule, Bachelor, Master, Doktorgrad) und für jegliche Lerneinheiten (Unterrichtseinheit, Modul, Studiengang, Fachbereich) eingesetzt. Lernergebnisse stellen für Studierende, Dozierende und Arbeitgeber verständlich dar, was innerhalb der Lernphase erreicht werden soll und was Studierende nach ihrem Abschluss wissen, verstehen und können sollten. Der einheitliche, vergleichbare Einsatz von Lernergebnissen führt zu einem intereuropäisch vergleichbaren Vokabular und einem einheitlichen Verständnis von Hochschulbildung. (Adam, 2008) Die Einsatzbereiche von Lernergebnissen werden in Tabelle 1 zusammengefasst dargestellt.

Im Rahmen der Europäischen Hochschulregion wird die Abstimmung der curricularen Inhalte mit dem Arbeitsmarkt explizit gefordert. Über die verpflichtende Einführung von Lernergebnissen in den Beschreibungen und im Regelwerk von Studiengängen wird ein allgemein zugängliches Instrument zur Darstellung dieser Abstimmung eingeführt.

**Tabelle 1: Anwendungsbereiche für Lernergebnisse**

<b>Einheit</b>	<b>Funktion</b>
<b>Europäische Hochschulregion</b> Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion (FQ-EHEA)	Lernergebnisse zur Abgrenzung und internationalen Vergleichbarkeit der drei Zyklen der europäischen Hochschulbildung
<b>Europäische Bildungslandschaft</b> Europäischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (EQR)	Lernergebnisse zur Abgrenzung und zur Anschlussfähigkeit bildungsbereichsübergreifenden Lernens (Schule, Hochschule, Berufsausbildung)
<b>Hochschulbildung eines Landes</b> Länderspezifischer Qualifikationsrahmen für die Hochschulbildung	Länderspezifische Lernergebnisse zur Abgrenzung von Abschlüssen in der Hochschulbildung
<b>Gesamter Bildungssektor eines Landes</b> Länderspezifischer Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen	Länderspezifische, bildungsbereichsübergreifende Lernergebnisse (Schule, Hochschule, Berufsausbildung)
<b>Fachqualifikationsrahmen</b>	Lernergebnisse zur Abgrenzung spezifischer Fachbereiche
<b>Studiengang</b>	Lernergebnisse zur Abgrenzung einzelner Studiengänge
<b>Modul</b>	Lernergebnisse für einzelne Module
<b>Unterrichtseinheit</b>	Lernergebnisse für einzelne Unterrichtseinheiten

## 2.4 Curriculumsentwicklung

Die Einführung der Europäischen Hochschulregion, die Umstellung auf drei Zyklen in der Hochschulbildung, die Modularisierung und Messung von Studienleistungen mittels Lernergebnissen und ECTS führt zu neuen Impulsen bei der Curriculumsentwicklung. (Adam, 2008) Die Darstellung von Qualifikationsrahmen und Studieninhalten mittels Lernergebnissen geht mit einem Paradigmenwechsel einher, in dem die Orientierung der Hochschulbildung sich vom Lerninhalt (teaching objective) weg bewegt, hin zu einer Output-Orientierung, bei der Studierende und ihre Lernergebnisse im Mittelpunkt stehen.

Die theoretischen Hintergründe der Curriculumsentwicklung sind geprägt von dem „transmission model“ und dem „product model“. (Smith, 2002) In dem klassischen „transmission model“ stellt das Curriculum einen Wissenskanon dar, der dem Lernenden systematisch vermittelt werden soll. Der Erfolg der Wissensvermittlung wird am Ende der Lehrphase in Form von einer Klausur abgeprüft. Im „product model“ steht eine messbare Veränderung des Verhaltens beim Lernenden im Vordergrund (behavior change). Ziel des Lernens ist in diesem Kontext, was der Lernende nach dem Lernprozess in den unterschiedlichsten Lebenssituationen anwenden kann. (Kennedy, Hyland, & Ryan, 2006)

Es ist das „product model“ und dessen Weiterentwicklungen, welches die theoretische Fundierung der Lernergebnisse der Europäischen Hochschulregion bildet. Die Attraktivität des „product models“ liegt in dem systematischen, schrittweisen Ablauf der Curriculumsentwicklung. In einem ersten Schritt werden Inhalte ausgewählt, die in Form von Lernergebnissen transparent dargestellt werden. Um die Lernergebnisse zu erreichen, werden von den Lehrenden passende Lernformen (z.B. Vorlesung, Übung, Diskussion, etc.) ausgewählt und aufeinander aufbauend strukturiert. Den Nachweis, dass ein Lernergebnis erreicht wurde, liefert eine auf die Lernergebnisse abgestimmte Prüfungsleistung. (Kennedy, Hyland & Ryan, 2006)

Die Europäische Hochschulregion verlangt von den Hochschulen die Veröffentlichung von strukturierten Informationen zum Studiengang. Im Rahmen von Studienordnungen und Modulbeschreibungen müssen Lernergebnisse definiert werden. (European Commission, 2009) In den Modulbeschreibungen werden des Weiteren die Lernformen, z.B. Seminare, Vorlesungen, Übungen, etc. und die Prüfungsleistungen definiert. Durch die Erstellung und Veröffentlichung von Modulbeschreibungen mittels Lernergebnissen wird der Impuls zur curricularen Weiterentwicklung gesetzt. Da Studienordnungen sowohl für Studierende als auch Dozierende einen verpflichtenden Charakter haben, sind alle an der Lehre Beteiligten diesem Impuls und dem Paradigmenwechsel ausgesetzt.

#### **2.4.1 Fachqualifikationsrahmen Public Health**

Der erste Schritt bei der Curriculumsentwicklung besteht in der Auswahl geeigneter Inhalte. Als Hilfestellung in diesem Prozess dienen fachspezifische Qualifikationsrahmen. Sie haben die Funktion, einen Rahmen für die curricularen Inhalte zu bieten, an dem sich einzelne Studiengänge orientieren und vergleichen können. Die Entwicklung von fachspezifischen Qualifikationsrahmen liegt bei den Fächern und Hochschulen. Die fachübergreifenden Qualifikationsrahmen für die Europäische Hochschulregion und die Ausdifferenzierung der Mitgliedstaaten dient diesem Prozess wiederum als Referenz. (Hochschulrektorenkonferenz, 2005) Für den Fachbereich Public Health bestehen zwei Fachqualifikationsrahmen: Einer entwickelt von der Association of Schools of Public Health (ASPH)

für die USA, und einer entwickelt von der Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) für die europäische Region.

#### **2.4.1.1 ASPH Fachqualifikationsrahmen Public Health**

Die Association of Schools of Public Health (ASPH) in den USA führte von 2004 bis 2006 das MPH Core Competency Model Development Project für die Weiterentwicklung der curricularen Inhalte des Master of Public Health durch. Das MPH Core Competency Model Development Project orientierte sich an aktuellen Ergebnissen der Bildungsforschung, die in der Ausformulierung von fachspezifischen Lernergebnissen ein Instrument zur Qualitätsverbesserung sehen. (Calhoun, Davidson, Sinioris, Vincent & Griffith, 2002) Ausgehend von diesen Forschungsergebnissen verbessern Fachqualifikationsrahmen die Kommunikation und Abstimmung zwischen Ausbildungsinstitutionen, regen Curriculumsreform und Ausbildungsinnovation an, dienen der Weiterqualifizierung von Lehrenden und haben eine positive Auswirkung auf die Lernerfolge von Studierenden. (Calhoun, Ramiah, Weist & Shortell, 2008)

Das MPH Core Competency Model Development Project war ein zwei-jähriges Konsensverfahren, welches in zwei Phasen unternommen wurde. In der ersten Phase wurde über zehn Arbeitsgruppen, die aus insgesamt 135 Vertretern von Universitäten, Leistungserbringern und Public Health Interventionsprojekten bestanden, Kernkompetenzen für die fünf Kerndisziplinen von Public Health identifiziert und aktualisiert. „Core Competencies“ wurde als Begriff so definiert, dass er dem hier eingesetzten Lernergebnis gleich gestellt werden kann. Seit den 1970er Jahren herrscht bezüglich der Kerndisziplinen von Public Health im angloamerikanischen Raum Konsens: Die fünf Grundbausteine einer jeden Public Health Ausbildung sind Epidemiologie, Biostatistik, Einfluss der physikalischen Umwelt (Environmental Health Sciences), Gesundheitsmanagement (Health Policy and Management) und Gesundheitssoziologie (Social and Behavioral Sciences).

In einer zweiten Phase des Projekts wurde in sieben Arbeitsgruppen mit insgesamt 195 Teilnehmern sieben übergreifende Schlüsselkompetenzen identifiziert und aktualisiert: Kommunikation, Kultursensibilität, Führungsfähigkeiten, Ethik, Projektmanagement, systematisches Denken und Public Health Biologie (Communication, Diversity and Cultural Proficiency, Leadership, Professionalism and Ethics, Program Planning and Assessment, Systems Thinking, und Public Health Biology). Public Health Biologie wurde als Schlüsselkompetenz identifiziert, da sich ein Wandel bei den Vorqualifikationen der Teilnehmer von Public Health Studiengängen im amerikanischen Raum bemerkbar gemacht hatte. Zunehmend interessieren sich Studierende ohne Vorkenntnisse in der Humanbiologie für die Public Health Ausbildung, was die Vermittlung von Public Health-relevanten biologischen Prozessen als Ausbildungsinhalt notwendig machte. (Association of Schools of Public Health Education Committee, 2006)

Die Ergebnisse des MPH Core Competency Model Development Project wurden 2006 im American Journal of Public Health veröffentlicht und über die ASPH Mitglieder hinaus einem breiten Publikum zur Verfügung gestellt. Sie bieten eine Hilfestellung und Ressource für die Weiterentwicklung von Public Health Curricula. (Calhoun, Ramiah, Weist, & Shortell, 2008)

#### **2.4.1.2 ASPHER Fachqualifikationsrahmen Public Health**

Für die Europäische Region initiierte die Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) 2005 das European Public Health Core Competencies Programme for Public Health Education (EPHCC). Dieses Programm schloss 2011 seine vorgesehene dritte Phase ab und definierte analog zum US-Prozess Kernbereiche bei der Public Health Ausbildung. Im Europäischen Kontext wurden sechs thematische Arbeitsgruppen mit insgesamt 94 Mitgliedern aus Einrichtungen der Public Health Lehre, Forschung und Praxis zusammengestellt. Die Arbeitsgruppen orientierten sich anders als die ASPH an den sechs Inhaltsbereichen Public Health Methoden, Bevölkerung und soziale Determinanten, Umwelt, Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung und Ethik.

In der ersten Phase sammelten die Arbeitsgruppen Kompetenzen. In der zweiten Phase wurden diese sortiert, um die für die Ausübung einer Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt Public Health notwendigen Kompetenzen herauszuarbeiten. Kompetenzen wurden unterteilt nach wissensbasierten Kompetenzen (englisch: intellectual competences) die Wissen und Verstehen darlegen und praktisch anwendbaren Kompetenzen (englisch: practical competences), die das Können definieren. Die dritte Phase des Programms resultierte in einer abschließenden, übersichtlichen Zusammenstellung der sechs Inhaltsbereiche mit Definitionen. Die veröffentlichte Liste soll die Anwendung von Public Health Theorie und Praxis im globalen, regionalen und lokalen Kontext fördern. (Birt & Foldspang, 2011)

Das verabschiedete und veröffentlichte Dokument definiert folgende Kernkompetenzen, die im Rahmen eines Masterstudiengangs Public Health erworben werden sollen: (Birt & Foldspang, 2011)

- Methoden in Public Health: Verständnis und Anwendungskompetenz in Epidemiologie, Demographie, Statistik, qualitativer Forschung, Evidenzbasierung, Evaluation, Soziologie, Psychologie und Anthropologie
- Bevölkerungsgesundheit und ihre sozialen und wirtschaftlichen Determinanten: Verständnis und Anwendungskompetenz von Indikatoren für Bevölkerungsgesundheit (Mortalität, Morbidität, Lebenserwartung, DALY, etc.). Verständnis und Anwendungskompetenz von Theorien und Modellen zur Bevölkerungsgesundheit (Sozialstatus, sozialer Ungleichheit, Armut und Gesundheit, sozialem Kapital, etc.)

- Bevölkerungsgesundheit und ihre physischen, radiologischen, chemischen, biologischen und Umweltdeterminanten: Verständnis und Anwendungskompetenz bei Risikobewertung und Surveillance
- Gesundheitspolitik, Gesundheitsökonomie, Organisationsentwicklung und Management: Verständnis und Anwendungskompetenz in Organisationsformen von Gesundheitssystemen und sozialer Sicherung, Entwicklung und Evaluation von Public Health Interventionen, Health Impact Assessment, und Möglichkeiten der sektorübergreifenden Zusammenarbeit, etc.
- Gesundheitsförderung und Prävention: Verständnis und Anwendungskompetenz von Theorien und Strategien der primären, sekundären und tertiären Gesundheitsförderung, der Gesundheitserziehung (behaviour change, empowerment, community development, capacity building, health advocacy, etc.)
- Ethik: Verständnis und Anwendungskompetenz von Menschenrechten, Diskriminierung, Autonomie, Datenschutz und Allokationsentscheidungen, etc.

#### **2.4.1.3 Deutscher Fachqualifikationsrahmen für den Studienbereich Gesundheitsförderung und Public Health**

Gegenwärtig wird ein deutscher Fachqualifikationsrahmen für Prävention / Gesundheitsförderung / Public Health unter der Koordination von Prof. Dr. Thomas Hartmann von der Hochschule Magdeburg-Stendal und Prof. Dr. Beate Blättner von der Hochschule Fulda entwickelt. (Hartmann, Müller, Baumgarten & Dadaczynski, 2010) In der Jahrestagung des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ am 19. Juni 2009 wurden die Möglichkeiten der Gestaltung der wissenschaftlichen Qualifikationsstruktur von Gesundheitsberufen an deutschen Hochschulen erstmals diskutiert. In der Werkstatt-Tagung am 23. und 24.10.2009 wurden 12 Bachelorstudiengänge und 21 Masterstudiengänge im Studienfeld Gesundheitsförderung und Public Health für die Teilnahme an einem Diskussionsprozess um den deutschen Fachqualifikationsrahmen für Gesundheitsförderung und Public Health identifiziert. Mittels einer von den Studiengängen auszufüllenden Matrix wurde ein gemeinsamer Entwurf eines FQR PVGFPH für die Verabschiedung bei der Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheit in Europa“ im Juni 2010 in Bochum erarbeitet. Weitere Anpassungen und Abstimmungsprozesse und die Vermittlung an eine breite Öffentlichkeit sind vorgesehen. (Hochschulen für Gesundheit e.V, 2010)

In der Handreichung zur Entwicklung des deutschen Qualifikationsrahmens für den Studienbereich „Gesundheitsförderung und Public Health“ vom 8.6.2010 wird der Prozess der Entwicklung eines Fachqualifikationsrahmens als „Aufgabe einer Fachgesellschaft des Wissens- und Forschungsfeldes“ gesehen. Die Handreichung erklärt weiter: „Dadurch, dass die Tradition im Bereich Public Health erst vor gut 20 Jahren in Deutschland an den Universitäten als Masterstudiengänge für Public Health nach angelsächsischem Vorbild neu begründet wurde, fehlt bisher eine

gemeinsame, übergeordnete, strukturelle und fachliche Einbindung.“ (Hartmann et al., 2010) Die Entwicklung eines deutschen Fachqualifikationsrahmens für Public Health ist somit ein noch andauernder Prozess.

## **2.5 Ausgangssituation der Untersuchung**

Eingebettet in den Kontext der Europäischen Hochschulregion, dem Europäischen Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen, dem Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse und den Fachqualifikationsrahmen für Public Health auf internationaler Ebene findet die curriculare Weiterentwicklung und Profilbildung der Public Health Studienangebote der jeweiligen Standorte statt.

In Deutschland wurde 1992 vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) der Förderschwerpunkt „Gesundheitswissenschaften/Public Health“ eingerichtet. In drei aufeinander folgenden Förderphasen wurden bis 1997 fünf Forschungsverbünde und neun Postgraduale Masterstudiengänge Gesundheitswissenschaften / Public Health an den Universitäten an den Standorten Berlin, Bielefeld, Bremen, Dresden, Düsseldorf, Hannover, Heidelberg, München und Ulm gegründet. (Maschewsky-Schneider, 2005) Alle Standorte mit der Ausnahme von Ulm haben seither das Public Health Studienangebot den Vorgaben der Europäischen Hochschulregion angepasst und nachhaltig verankert.

Mit der Harmonisierung der europäischen Hochschullandschaft über den Bologna Prozess ergaben sich neue strukturelle Möglichkeiten für die Ausbildung im Fachbereich Public Health / Gesundheitswissenschaften. Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe „Berufsfeldentwicklung, Berufswege und Kompetenzen“ des Kooperationsverbunds Hochschulen für Gesundheit e.V. (Hochschulen für Gesundheit e.V., 2010) bestehen aktuell zwischen 350 und 600 auf Gesundheit ausgerichtete Studienangebote, je nach Einbezug von Fachrichtungen wie Medizin, Pharmazie, Medizintechnik, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung, Management im Gesundheitswesen, Soziale Arbeit, Sozialmanagement, Sportwissenschaften, therapeutischen Studienangebote zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe, Pflege, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Pflegepädagogik, etc. Die letzten zehn Jahre haben aufbauend auf die Etablierung in der Förderphase der 1990er einen massiven Ausbau des Fachbereichs Gesundheitswissenschaften mit sich gebracht.

Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung ist es, das Profil des Fachbereichs Public Health, das sich auf dem deutschen Arbeitsmarkt gebildet hat, mittels einer Arbeitsmarktanalyse zu erfassen. Dabei sollen die Aufgaben, die am Arbeitsplatz durchgeführt werden, so weit ausdifferenziert werden, dass sie für die curriculare Schwerpunktsetzung der Studiengänge Hinweise geben können. Um dies zu erreichen wird auf das methodische Vorgehen und die Ergebnisse von vier Untersuchungen aufgebaut:

1. Die Arbeitgeberbefragung aus dem Jahr 2000 von Schienkiewitz, Lotz, Hofmann und Dierks (Schienkiewitz, Lotz, Hofmann, & Dierks, 2002)
2. Der 2010 von Hey und Blättner durchgeführten Workshops der Kommission Lehre der DGPH (Hey & Blättner, 2010)
3. Die im Jahr 2000 durchgeführten Absolventenbefragungen der Medizinischen Hochschule Hannover von Dierks (Dierks, 2000) und
4. Die auch im Jahr 2000 durchgeführte Absolventenbefragung der Technischen Universität Berlin von Lorenz und Pundt. (Lorenz & Pundt, 2000)

Die Untersuchung von Lorenz und Pundt aus dem Jahr 2000 wurde an den Absolventen des in den Förderphasen der 1990er Jahre eingerichteten postgradualen Public Health Studiums der Technischen Universität Berlin durchgeführt. Mittels Telefoninterviews wurden die Absolventen, die zwischen 1994 und 1998 ihr Studium an der TU mit dem MPH abgeschlossen hatten zu ihrem beruflichen Werdegang und ihrer aktuellen Beschäftigung befragt. Die Befragung erzielte mit 145 erfolgreichen Telefoninterviews eine Responserate von 94%. Ergänzend und vertiefend wurden zudem 14 qualitative Interviews mit Absolventen durchgeführt. Das leitfadengestützte Interview bezog sich auf professionelle Identität und berufliche Realisierungschancen, und wurde an Absolventen mit unterschiedlicher Erstqualifikation durchgeführt. (Lorenz & Pundt, 2000)

Die Ergebnisse der Telefoninterviews zeigten, dass die verschiedenen Berufsgruppen das postgraduale Public Health Studium mit unterschiedlicher Zielsetzung ergriffen hatten. Mediziner erhofften sich, durch die Weiterbildung vornehmlich die klinische Arbeit zu verlassen. Sozialwissenschaftler suchten den beruflichen Aufstieg. Die Gruppe der „Sonstigen“ in der sowohl Naturwissenschaftler, Ingenieurwissenschaftler, Wirtschaftswissenschaftler, Pädagogen und Geisteswissenschaftler zusammengefasst waren, suchten eher ein neues Tätigkeitsfeld und den Bezug zum Gesundheitswesen im Allgemeinen. 59% der Befragten erhielten in ihrer Tätigkeit ein der Ausbildung adäquates Gehalt. Versorgungsnahе Tätigkeiten im psychosozialen und sozialpsychiatrischen Bereich überwogen, gefolgt von Tätigkeiten in der Forschung und im Bildungsbereich.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews verdeutlichen den Stellenwert des ersten Studienabschlusses für den beruflichen Einsatz nach der Public Health Weiterbildung. Die Befragten identifizierten sich in ihrer Berufsrolle vorrangig als Angehörige ihrer Herkunftsdisziplin mit einer Zusatzqualifikation in Public Health. Die berufliche Identität bildete sich im Wesentlichen über die konkret ausgeübten Tätigkeiten heraus. Ihre berufliche Situation reflektierend hatte keiner der Interviewten seine ausgeübte berufliche Tätigkeit originär als „Gesundheitswissenschaftler“ gefunden, da auf dem Stellenmarkt nicht unter diesem Begriff gesucht wurde.

Als Erklärung für diese Situation wurde die Unschärfe des Profils von Public Health benannt. Die interviewten Absolventen empfanden vor allem bei den Leis-

tungsträgern und Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung in Deutschland kein ausreichendes Verständnis für den Fachbereich Public Health. Die Zukunftsaufgabe von Public Health wurde von den Interviewten in Beiträgen zur Chancengleichheit der Gesundheitsversorgung, zur Qualitätssicherung der Versorgung, zur Transparenz von Entscheidungsprozessen in der Versorgung und bei der Weiterentwicklung des Sozialversicherungssystems gesehen. (Lorenz & Pundt, 2000)

Anlässlich des Zehn-Jährigen Bestehens des Public Health Studiums an der Medizinischen Hochschule Hannover führte im Jahr 2000 Dierks eine Absolventenbefragung durch. Von den befragten Absolventen (n=175, Responserate 57%) waren 31% im Bereich der Forschung tätig. 19,6% im öffentlichen Gesundheitswesen, 8,7% in Consulting Unternehmen, 8,7% in der ambulanten Versorgung, 7,6% bei Krankenversicherungen und 6,5% bei internationalen Organisationen. 12,1% berichteten, eine Arbeitstätigkeit ohne Public Health Bezug durchzuführen. 57,1% befanden sich in einem befristeten Arbeitsverhältnis. (Dierks, 2000)

Die Absolventenbefragung in Hannover bietet eine Übersicht über die Aufgaben, die von Public Health Absolventen durchgeführt werden. Die Aufgabenbereiche werden hier in der Reihenfolge ihrer angegebenen Häufigkeit aufgelistet.

- Organisation / Management
- Prävention / Gesundheitsförderung
- Qualitätsmanagement
- Epidemiologie
- Beratung
- Forschung
- Gesundheitspolitik
- Ausbildung / Lehre
- Gesundheitsberichterstattung
- Ökonomie
- Ambulante Versorgung
- Rehabilitation
- Health Technology Assessment

Die berufliche Zufriedenheit der Befragten hinsichtlich folgender Aspekte der Tätigkeit lag bei über 50% bei „sehr zufrieden“ und „eher zufrieden“: Akzeptanz durch Kollegen, Akzeptanz durch Vorgesetzte, Bezahlung, Arbeitsplatzsicherheit, Arbeitsklima, Gestaltungsmöglichkeiten, Entscheidungskompetenzen und Public Health Orientierung

Die Befragten beurteilten die Chancen auf dem Arbeitsmarkt auf einer Skala von 1 = sehr schlecht bis 4 = sehr gut mit mindestens 2,5. Mit einer Bewertung von mehr als 3 wurden die Chancen von MPH Absolventen im Vergleich zu Bewer-

bern ohne Zusatzqualifikation, das Spektrum potentieller Stellen und die Attraktivität potentieller Stellen bewertet. (Dierks, 2000)

Die Befragung der Medizinischen Hochschule Hannover wurde im Frühjahr 2009 wiederholt und auf weitere Standorte ausgeweitet (München, Berlin, Fulda und Oldenburg). Die Ergebnisse bestätigen die der früheren Befragung. Auch in der hochschulübergreifenden Befragung wurde die Hochschule mit Aufgaben in Forschung und Lehre am häufigsten als Arbeitgeber genannt. (Nitzschke P & ML., 2010)

Im Frühjahr 2000 führten Schienkiewitz, Lotz, Hofmann und Dierks eine Befragung von 996 potentiellen Public Health Arbeitgebern durch. Von den befragten Arbeitgebern (Responserate 34%) kannten 57% die Zusatzqualifikation MPH. Von den Institutionen, denen der MPH geläufig war, hatten 37% schon Arbeitnehmer mit dieser Zusatzqualifikation eingestellt. Auf Basis des Qualifikationsprofils gaben 58% der Institutionen, denen die Zusatzqualifikation noch nicht bekannt war, an, dass sie sich die Einstellung eines MPH Absolventen vorstellen konnten. (Schienkiewitz et al., 2002)

Die Charité-Universitätsmedizin Berlin richtete im Januar 2007 unter Beteiligung der Freien Universität Berlin (FU), der Humboldt Universität zu Berlin (HU) und der Technischen Universität Berlin (TU) die Berlin School of Public Health (BSPH) ein. Die BSPH ging aus dem in den Förderphase der 1990ern eingerichteten Fachbereich an der TU Berlin hervor. Die Zielsetzung der BSPH ist es, ein umfassendes, international konkurrenzfähiges Public Health Lehr- und Forschungsangebot in Berlin anzubieten. An der BSPH befinden sich gegenwärtig vier weiterbildende Masterstudiengänge. Diese entsprechen dem Lernniveau eines postgradualen Studienangebots vor der Umsetzung der Europäischen Hochschulregion.

Die zwei Studiengänge, die in dieser Untersuchung zum Tragen kommen, sind der deutschsprachige Master of Public Health (MPH) und der deutschsprachige Master of Science in Epidemiology (MSE), da sie sich auf die Ausbildung von Fachkräften für einen Einsatz in Deutschland konzentrieren. Beide Studiengänge umfassen 10 Module und 60 Leistungspunkte nach dem ECTS. Die Module teilen sich in drei Studienphasen auf: Das Grundlagenstudium, das Schwerpunktstudium und die Masterphase, in der eine wissenschaftliche Fragestellung eigenständig bearbeitet wird.

Da die Studienangebote an der BSPH weiterbildend angeboten werden, fallen sie nicht in den originären Bildungsauftrag der Hochschule und müssen sich zumindest anteilig über Modulgebühren finanzieren. Sie richten sich an Personen, die einen ersten berufsqualifizierenden Hochschulabschluss absolviert haben und möglichst über Berufserfahrung verfügen. Der wissenschaftliche und technologische Fortschritt hat gegenwärtig eine Entwicklungsgeschwindigkeit, denen im

Rahmen von Weiterbildungsangeboten Schritt gehalten werden soll. Die Teilnahme soll dementsprechend gezielt auf den Arbeitsmarkt vorbereiten.

Die Studiengänge der BSPH umfassen nur 60 ECTS und schließen Studierende mit einem herkömmlichen Bachelor mit 180 ECTS als Erstqualifikation von der Teilnahme aus, da in der Kombination die für einen Masterabschluss nötigen 300 ECTS nicht erreicht werden. Die Studiengänge können in Teilzeit oder Vollzeit belegt werden und lassen eine parallele Berufstätigkeit zu.

Es ergeben sich demnach mehrere Begründungen für die Abstimmung des curricularen Inhalts im Fachbereich Public Health mit dem Arbeitsmarkt. Für eine Qualifikation mit der expliziten Bezeichnung „Public Health“ besteht grundsätzlich die Herausforderung, sich von dem gegenwärtig eher breiten gesundheitswissenschaftlichen Angebot abzugrenzen und das Profil zu präzisieren. Zusätzlich erfordert das vom gesellschaftlichen Bedarf geprägte veränderliche Profil von Public Health eine ständige Anpassung der Studieninhalte an aktuelle Gegebenheiten. Als drittes fordert die Einrichtung der Europäischen Hochschulregion eine Anpassung des didaktischen Konzepts an am Arbeitsmarkt ausgerichteten Lernergebnissen. Das didaktische Konzept beeinflusst sowohl die Auswahl und Ausformulierung von Lernergebnissen, als auch die Begründung für den gewählten Studienzyklus: Bachelor, Master oder weiterbildender Master, oder Promotion.

### 3 Fragestellung

Public Health ist ein Fachbereich, dessen Aufgaben sich entsprechend der politischen und sozialen Rahmenbedingungen einer Region und im zeitlichen Verlauf wandeln. (Schwartz et al., 2003) Dies erzwingt eine regelmäßige Anpassung der Public Health Ausbildung an aktuelle Gegebenheiten. Zudem hat sich die deutsche Hochschullandschaft in Anpassung an die Einrichtung der Europäischen Hochschulregion verändert und neue Studienabschlüsse in den drei Zyklen Bachelor, Master und Promotion ermöglicht. Die Europäische Hochschulregion verlangt eine regelmäßige Abstimmung der Studiengangsinhalte mit dem Arbeitsmarkt. (Adam, 2008) In Deutschland hat sich die Ausbildungslandschaft für Gesundheitswissenschaften in den letzten Jahren stark ausgeweitet. (Hochschulen für Gesundheit e.V, 2010) Auch vor diesem Hintergrund ist für die Profilbildung und die Abgrenzung des Fachbereichs Public Health von anderen gesundheitswissenschaftlichen Studienfächern eine aktuelle Abstimmung mit dem Arbeitsmarkt sinnvoll.

Der Arbeitseinsatz von Public Health Fachkräften lässt sich in die drei Bereiche Forschung, Steuerung im Gesundheitswesen und Umsetzung von Interventionen gliedern. (Rosenbrock & Gerlinger, 2004) Um Veränderungen im Aufgabenspektrum und im Einsatz von Public Health Arbeitnehmern in Deutschland zu erfassen wird in dieser Arbeit eine Analyse des deutschen Public Health Arbeitsmarkts vorgenommen. Diese erfolgt über eine inhaltliche Auswertung von Public Health-relevanten Stellenanzeigen und einer Befragung von Arbeitnehmern. Die Arbeitnehmerbefragung wurde mit Absolventen aus den weiterbildenden Masterstudiengängen Public Health und Epidemiologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health durchgeführt.

Ziel der Analyse ist die Erfassung der Aufgaben, die im Rahmen einer Public Health-relevanten Arbeitstätigkeit in Deutschland durchgeführt werden, der Qualifikationen und Fähigkeiten, die von Arbeitgebern gefordert werden, und der Attraktivität der Stellen, die im Bereich Public Health angeboten werden.

Die Forschungsfragen sind:

1. Mit welcher Gewichtung sind die drei Public Health Arbeitsbereiche (Forschung, Steuerung im Gesundheitswesen und Umsetzung von Interventionen) im deutschen Arbeitsmarkt vertreten?
2. Welches Wissen und Können wird im deutschen Public Health Arbeitsmarkt verlangt? Welche Aufgaben werden durchgeführt, welche fachliche Kompetenz, methodische Kompetenz und personale Kompetenz kommt zum Einsatz?

3. Welche Arbeitsbedingungen werden im deutschen Public Health Arbeitsmarkt vorgefunden? Wie attraktiv sind die Stellen in Bezug auf Vergütung, Verantwortung, Selbstbestimmung, Befristung, etc.?

Die Ergebnisse sollen eine Anregung für die inhaltliche Schwerpunktsetzung des Curriculums im Fachbereich Public Health liefern, die Abstimmung der Studiengänge mit dem Bedarf des Arbeitsmarkts fördern und zur Profilbildung des Fachbereichs im deutschen Kontext beitragen.

## **4 Methodik**

Um die Anforderungen des Public Health Arbeitsmarkts zu quantifizieren und den Forschungsfragen nachzugehen wurden zwei empirische Untersuchungen durchgeführt. Zum einen wurden Stellenanzeigen inhaltlich ausgewertet. Zum anderen wurde eine Befragung von Arbeitnehmern durchgeführt.

### **4.1 Stellenauswertung**

Stellenanzeigen bieten im Allgemeinen relevante Aussagen über den Arbeitgeber, die Position, die Aufgaben und die benötigte Qualifikation. Oft werden auch die Branche, Größe und der Standort des Arbeitgebers dargestellt. Die Stellenbezeichnung bzw. der Jobtitel wird bekannt gegeben und die Aufgaben, die erfüllt werden sollen, werden beschrieben. Aussagen über Lohn oder Gehaltshöhe und Arbeitszeit werden gemacht. (Knebel & Schneider, 2006) Stellenanzeigen enthalten Angaben zur verlangten Ausbildung, Kenntnissen, Fähigkeiten und persönlichen Eigenschaften. (Becker, 2002) Im Rahmen dieser Arbeit wurden 581 Public Health-relevante Stellenanzeigen gesammelt und inhaltlich ausgewertet. Bei der Inhaltsanalyse wurde das methodische Vorgehen der empirischen Sozialforschung von Mayring eingesetzt. (Mayring, 2002)

Ziel der Auswertung von Stellenanzeigen ist es, die Arbeitgeber und ihr Arbeitsangebot im Fachbereich Public Health zu quantifizieren, die von ihnen verlangten Qualifikationsanforderungen zu identifizieren und das von ihnen durchgeführte Aufgabenspektrum zu erfassen. Die ermittelten Ergebnisse sollen eine Anregung für die bessere Abstimmung der curricularen Inhalte im Fachbereich Public Health mit dem Arbeitsmarkt geben.

#### **4.1.1 Datenquellen**

Insgesamt wurden Stellenanzeigen aus den vier Quellen DGSMP, DGEPI, RKI und DIE ZEIT ausgewertet:

Die Fachgesellschaften „Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention“ (DGSMP) und „Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie“ (DGEPI) verschicken über einen zentralen, elektronischen Verteiler bei ihnen eingegangene Stellenanzeigen an ihre Mitglieder. Alle im Zeitraum von Februar 2007 bis Juli 2010 von den Fachgesellschaften verschickten Stellenanzeigen wurden an der Berlin School of Public Health gesammelt und in die Erhebung einbezogen.

Die DGSMP ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft für die Disziplinen Sozialmedizin und Prävention. Sie ist seit 1995 ein eingetragener, gemeinnütziger Verein mit Sitz in Hamburg. Ihre Organe sind eine Mitgliederversammlung und ein Vorstand. Ihre erklärten Ziele sind die Förderung von Forschung und Praxis in

den Bereichen Sozialmedizin und Prävention. Dabei besteht die Verpflichtung zu wissenschaftlicher Unabhängigkeit und politischer Neutralität. (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 2011)

Die DGSMP beteiligt sich an der Herausgabe der Fachzeitschrift „Das Gesundheitswesen“ im Georg Thieme Verlag KG. Sie führt jährlich eine Jahrestagung zu aktuellen Versorgungsthemen durch. 2011 stand der Kongress unter dem Leitthema „Prävention sozial und nachhaltig gestalten“. Die DGSMP ist in verschiedenen Gremien vertreten, erarbeitet Standards für die sozialmedizinische Begutachtung und entwickelt curriculare Empfehlungen für die ärztliche Ausbildung und die fachärztliche Weiterbildung und Fortbildung in Sozialmedizin. Mitglieder werden zur Mitarbeit in den sechs Fachbereichen Epidemiologie, praktische Sozialmedizin und Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung, öffentlicher Gesundheitsdienst / Public Health, Gesundheitssystemforschung, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung sowie Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung gebeten. Jedes dieser Fachbereiche hat bis zu 12 Arbeitsgruppen. (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 2011)

Die DGEPI ist analog der DGSMP ein eingetragener, gemeinnütziger Verein mit den Organen einer Mitgliederversammlung und eines Vorstandes. Die Satzung trat 2005 mit dem Eintrag im Vereinsregister Hannover in Kraft. Die DGEPI ist die Fachvertretung von Epidemiologen in Deutschland und hat die Förderung epidemiologischer Forschung, Lehre und Praxis zum Ziel. (Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie) Die DGEPI führt jedes Jahr eine Jahrestagung durch und bietet über ihre Mitglieder verschiedene Fortbildungen in epidemiologischen Methoden an.

Die DGEPI ging 2005 als unabhängige wissenschaftliche Fachgesellschaft für den Fachbereich Epidemiologie aus der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie“ hervor, die ihrerseits eine Arbeitsgemeinschaft der DGSMP, der „Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V.“ (GMDS) und der „Internationalen Biometrischen Gesellschaft, Deutsche Region“ war. Die Verbindung und Kooperation mit den ursprünglichen Trägern ist weiterhin aktiv.

Über die DGSMP gingen 259 Stellenanzeigen ein, von denen 249 in die Untersuchung einbezogen wurden. Über die DGEPI gingen 158 Stellenanzeigen ein, von denen 143 in die Untersuchung einbezogen wurden. Die enge Kooperation der beiden Fachgesellschaften und der identische Erhebungszeitraum lassen Doppelungen bei den Stellenanzeigen vermuten. Diese wurden so weit wie möglich anhand des Arbeitgebers und des Bewerbungszeitraumes identifiziert und eliminiert und stellten sich als nicht signifikant dar.

Nur das Robert Koch Institut suchte systematisch über beide Fachgesellschaften nach Bewerber. In beiden Fachgesellschaften gingen 77 Stellenanzeigen über das

RKI ein, die in einer eigenen dritten Quelle dargestellt wurden. Vom RKI wurden 70 Stellenanzeigen in die Auswertung mit einbezogen.

Als viertes wurden vom 31.12.2010 bis zum 31.5.2011 Stellenanzeigen aus dem online Stellenmarkt der Zeitschrift DIE ZEIT gesammelt. DIE ZEIT ist eine liberale deutsche Wochenzeitschrift die sich an Akademiker richtet. Der ZEIT-Online-Stellenmarkt ([www.zeit.de/jobs](http://www.zeit.de/jobs)) ist ein Angebot der Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co. KG. Zur Selektion der Anzeigen wurde ein Suchprofil erstellt. Als Suchbegriff für die Suche in „Anzeigen“ wurde „Public Health“ eingegeben. Für die Rubrik „Berufsfelder“ wurde „Medizin & Gesundheit“ gewählt. Für die Rubrik „Positionen und Tätigkeiten“ wurden „Beratung, Forschung und Entwicklung, Projektmanagement, Geschäftsführer und Referent & Assistent“ ausgewählt. Für die Rubrik „Positionen und Tätigkeiten in Wissenschaft und Forschung“ wurden „alle“ ausgewählt, ebenso für die Rubrik „Art des Arbeitgebers in Wissenschaft und Forschung“. Ein Ausdruck des Suchprofils befindet sich im Anhang.

Doppelungen von Stellenanzeigen aus DIE ZEIT mit den Stellenanzeigen der Fachgesellschaften sind durch den abweichenden Erhebungszeitraum ausgeschlossen.

Des Weiteren gingen auch Stellenanzeigen direkt von Arbeitgebern im Bereich Public Health (z.B. Bundesinstituten, Universitäten, Regierungsstellen, Krankenkassen, etc.) per Email an der BSPH ein. Da die Fallzahl der direkt von Arbeitgebern zugeschickten Stellenanzeigen bis auf die vom RKI sehr klein war, wurden diese für die Auswertung den Ausschreibungen des RKI bzw. der DGSMMP zugeordnet.

Alle Stellenanzeigen wurden mit einem eindeutigen alphanumerischen Identifikationscode versehen. Ihre Merkmale wurden in einer Excel Tabelle erfasst und kategorisiert.

#### **4.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

Einschlusskriterien für die Auswertung der Stellenanzeigen waren Public Health-Relevanz der Ausschreibung und die Anforderung eines akademischen Abschlusses. Ausschlusskriterien für die Untersuchung waren reine klinische Tätigkeiten, Ausschreibungen für studentische Hilfskräfte und Ausschreibungen, die keinen akademischen Abschluss erfordern. Insgesamt gingen 613 Stellenanzeigen ein, von denen 581 die Einschlusskriterien der Untersuchung erfüllten. Quellen der Stellenanzeigen waren die DGSMMP, die DGEPI, das Robert Koch Institut, und DIE ZEIT. Eine Zusammenfassung der Quellen der Stellenanzeigen findet sich in Tabelle 2.

**Tabelle 2: Eingegangene, ausgeschlossene und eingeschlossene Stellenanzeigen, aufgeteilt nach ihren Quellen**

<b>Stellenanzeigen</b>	<b>DGSMP</b>	<b>DGEPI</b>	<b>RKI</b>	<b>DIE ZEIT</b>	<b>Gesamt</b>
Eingegangen	259	158	77	119	613
Ausgeschlossen	10	15	7	0	32
Eingeschlossen	249	143	70	119	581

### **4.1.3 Entwicklung des Kategoriensystems**

Zur Auswertung der Stellenanzeigen wurde eine Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. (Mayring, 2002)

Zur Auswertung wurde ein Kategoriensystem entwickelt, das die formalen Kriterien für Stellenausschreibungen entsprechend gängiger Personalmanagementstrategien (Knebel & Schneider, 2006) zu Grunde legt. Daraus ergaben sich die zwei Hauptkategorien: Rahmenbedingungen und Aufgabenspektrum der Stelle. Für die Hauptkategorien wurden Unterkategorien gebildet und mit einer zufälligen Stichprobe von 23 Stellenanzeigen (18 Stellenanzeigen vom RKI, 15 Stellenanzeigen von anderen Arbeitgebern) erprobt und anschließend modifiziert. Als Auswertungseinheit wurde eine Stellenanzeige definiert. Als Kodiereinheit wurde ein inhaltlich zusammenhängender Satzabschnitt definiert. Die Satzabschnitte in den Stellenanzeigen wurden nach Themenfeldern zusammengeführt und sortiert. Die sortierten Texte wurden sprachlich vereinheitlicht und gebündelt. Aus den sortierten Texten wurden die Unterkategorien und Subkategorien gebildet, die bei der Kodierung der Stellenanzeigen weiter angepasst und optimiert wurden.

Eine Übersicht des Kategoriensystems befindet sich im Anhang.

#### **4.1.3.1 Rahmenbedingungen der Stelle**

Die Rahmenbedingungen einer Stellenanzeige umfassen die grundsätzlichen Gegebenheiten einer Stelle: Arbeitgeber, Stellenbezeichnung, Vergütung, Vertragslänge, Qualifikationsanforderungen, Arbeitsort und wöchentliche Arbeitszeit. Diese Angaben definieren die Basis des Beschäftigungsverhältnisses und sind in der Regel nicht verhandelbar. Für den Arbeitssuchenden bestimmen diese Angaben oftmals das grundsätzliche Interesse an einer Bewerbung. Für den Arbeitgeber bieten diese Angaben die Möglichkeit einer ersten Priorisierung von Bewerbern nach den gewünschten Qualifikationen und Eigenschaften (Ilg, 2010) Das Katego-

riensystem sieht acht Unterkategorien zur Erfassung der Rahmenbedingungen vor. (Tabelle 3)

**Tabelle 3: Kategorien zur Erfassung der Rahmenbedingungen der Stelle**

<b>Rahmenbedingungen der Stelle</b>
Art des Arbeitgebers
Art der Stelle
Umfang der Stelle
Befristung der Stelle
Vergütung der Stelle
Verlangte Fachrichtung des Studiums
Erwünschte Weiterbildung
Einsatzort

Im Rahmen einer Bedarfsanalyse des Arbeitsmarkts lassen die Rahmenbedingungen noch weitere Interpretationen zu. (Bundesagentur für Arbeit, 2011) Es wird erkennbar, welche Arbeitgeber gehäuft auf dem Arbeitsmarkt auftreten. Im Bereich Public Health spiegelt dies politische und gesellschaftliche Gegebenheiten, Finanzierungsströme und gesundheitliche Entwicklungen. Die Vergütung die zu erwarten ist, lässt den Stellenwert des Fachbereichs erkennen. Akademiker sind in vielen Fachbereichen, unter anderem in den Geisteswissenschaften, unterbezahlt. (Grosser, 2008) Die Arbeitssicherheit, die sich auch in der Länge der Vertragszeit ausdrückt, ist neben der Vergütung ein Indikator für die Stabilität des Arbeitsbereiches. (Pallenberg & Bausch, 2007) Als letztes in unserem Zeitalter des demographischen Wandels und der niedrigen Geburtenraten ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf hervorzuheben. Stellen mit flexiblen Arbeitszeiten im Voll- und Teilzeitangebot profilieren sich als familienfreundlich und demographieresistent (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2005)

#### **4.1.3.1.1 Art des Arbeitgebers**

Zur Kategorisierung der Arbeitgeber wurde das WHO Framework eingesetzt. (World Health Organisation, 2007) Das WHO Framework ordnet die Akteure des Gesundheitswesens sechs Handlungsfeldern zu und erläutert, wie jedes der Handlungsfelder zur Verbesserung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene beiträgt. In der Auswertung der Stellenanzeigen wurden alle Arbeitgeber eindeutig einer der sechs WHO Handlungsfelder zugeordnet. Die sechs eingesetzten Kategorien wurden wie folgt definiert:

1. Service Delivery: Leistungserbringung
2. Health Work Force: Aus-, Fort- und Weiterbildung von Personal im Gesundheitswesen
3. Information: Informationssammlung und -aufbereitung

4. Medical Products, Vaccines and Technologies: Heil- und Hilfsmittel
5. Financing: Finanzierung von Gesundheitssystemen und Gesundheitsleistungen
6. Leadership / Governance (Stewardship): Regierung, Regulierung und Steuerung

Service Delivery bezieht sich auf Akteure, die Gesundheitsleistungen anbieten. Ziel ist ein bedarfsgerechtes, effizientes, qualitativ hochwertiges Angebot dort, wo es gebraucht wird, bereit zu stellen. Hiermit sind die klassischen klinischen Leistungen in Krankenhäusern, Kliniken und Praxen gemeint, aber auch Informationskampagnen und niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz, in den Kommunen oder im Setting. Des Weiteren sind bei der WHO-Betrachtung nicht-klinische, nicht-personenbezogene Leistungen enthalten (non-personal health services), die den Umwelt- und Verbraucherschutz betreffen. Hierunter fallen verschiedene Bundesinstitute, unter anderem das Robert Koch Institut und der Öffentliche Gesundheitsdienst. Diese Institutionen sind allerdings auch Organe der Regierung und wurden im Rahmen dieser Studie dem Handlungsfeld „Leadership / Governance“ zugeordnet. Arbeitgeber, deren Hauptaufgabe die Erbringung von Gesundheitsleistungen nach der umfassenden WHO Definition war, wurden dem Handlungsfeld „Service Delivery“ zugeordnet.

Health Work Force bezieht sich auf Personen, die als Arbeitnehmer bei den Akteuren im Gesundheitswesen tätig sind. Hierbei findet wieder die umfassende WHO Definition von Gesundheitsleistungen Anwendung. Gut ausgebildete, motivierte Mitarbeiter in ausreichender Anzahl sind für den Erfolg eines Gesundheitssystems maßgeblich und werden als Baustein im WHO Framework for Action benannt. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden Einrichtungen, deren Hauptaufgabe die Aus- Fort- und Weiterbildung der im Gesundheitswesen Arbeitenden dem Handlungsfeld „Health Work Force“ zugeordnet. Diese Arbeitgeber sind Universitäten mit medizinischen Fakultäten zur Ausbildung der am Patienten arbeitenden Gesundheitsberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, etc.), und Berufsschulen zur Ausbildung der Gesundheitsfachberufe (Krankenpflege, Logopäden, Physiotherapeuten, Hebammen, Diätassistenten etc.). Des Weiteren sind es auch Hochschulen mit naturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Fachbereichen, die Personen mit nichtklinischen Tätigkeiten im Gesundheitswesen ausbilden. Nach dem humboldtschen Bildungsideal befolgen Universitäten und Hochschulen die zentrale Idee der Einheit von Forschung und Lehre. (Jakob, 2008) Für die Kategorisierung der Arbeitgeber wurden alle Universitäten und Hochschulen ungeachtet ihrer Forschungstätigkeit der nachfolgend beschriebenen Kategorie „Information“ zugeordnet.

Information bezieht sich auf die Sammlung, Analyse und den strategischen Einsatz von Erkenntnissen im Gesundheitswesen. Hierbei handelt es sich um Daten aus vielen Bereichen, unter anderem dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung, dem Ausbruch infektiöser Krankheiten, den Leistungen des Gesundheitswesens

und den sozialen Determinanten von Gesundheit. Informationen aus Erhebungen, Surveys, Befragungen, Registern, Surveillance, Routinedaten der Leistungsanbieter, Abrechnungsdaten der Krankenkassen, Daten zur Qualitätssicherung und zur Gesundheitsinfrastruktur leisten alle einen Beitrag. Für die Steuerung im Gesundheitswesen müssen Informationen systematisiert und gebündelt analysiert werden. Auch an diesem Handlungsfeld sind mehrere Akteure beteiligt. Die Universitäten mit ihren Forschungsaktivitäten, Krankenversicherungen, Bundesinstitute und außeruniversitäre Forschungsinstitute tragen alle mit Informationen zu diesem Feld bei. Für die Kategorisierung der Arbeitgeber wurden in dieser Arbeit nur außeruniversitäre Forschungsinstitute zugelassen, da die primäre Aufgabe der anderen Einrichtungen nicht die Informationssammlung ist.

Medical Products, Vaccines and Technologies bezieht sich auf die Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln, Diagnose- und Therapiemethoden auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft, und deren sicheren, effektiven, effizienten Einsatz nach aktuellen Qualitätsstandards. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Pharmaindustrie und die Heil- und Hilfsmittelindustrie diesem Handlungsfeld zugeordnet.

Financing bezieht sich auf die Finanzierungsgrundlage des Gesundheitssystems. Ziel ist die Sicherstellung ausreichender Ressourcen, um einen bedarfsgerechten Zugang für alle zu Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Durch die nachhaltige, faire Finanzierung sollen Verarmung und die finanzielle Überlastung im Krankheitsfall vermieden werden. Arbeitgeber der fünf Säulen der sozialen Sicherung (gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Arbeitslosenversicherung und Unfallversicherung) und der privaten Krankenversicherungen wurden diesem Handlungsfeld zugeordnet.

Leadership / Governance bezieht sich auf den Bereich, der die übergeordnete Planung und Regulierung im Gesundheitswesen innehat. Die Interessensvertretung des Sektors im Staatshaushalt, Entwicklung von Visionen und Perspektiven in Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen (z.B. demographischer Wandel), Vertretung gesamtgesellschaftlicher Interessen (z.B. Solidarität) bei Gesundheitsreformen, zielgerichtete Regulierung des Gesundheitsmarkts, Abstimmung der Interaktionen zwischen privaten und öffentlichen Anbietern und insgesamt die Planung und Steuerung in den sechs Handlungsfeldern des Framework for Action fallen in dieses Handlungsfeld. Eindeutig wurden alle Organe der Regierung dem Handlungsfeld „Leadership / Governance“ zugeordnet. Darunter fallen auch die Bundesinstitute und Regierungsstellen auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene. Des Weiteren wurden hier die Vereine und Verbände der öffentlichen Interessensvertretung zugeordnet (z.B. Verbund unabhängige Patientenberatung e.V., Sozialverband VdK Deutschland e.V., Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., etc.).

Eine Übersicht der Handlungsfelder und die Zuordnung deutscher Akteure des Gesundheitswesens findet sich in Tabelle 4

**Tabelle 4: Das WHO Framework und die Zuordnung deutscher Akteure aus dem Gesundheitswesen**

Art des Arbeitgebers WHO Framework	Zuordnung deutscher Akteure im Gesundheitswesen
Service Delivery	Klinische Leistungsanbieter, ambulant oder stationär, z.B. Krankenhäusern, Kliniken und Praxen Niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz, in den Kommunen oder im Setting
Health Workforce	Universitäten mit medizinischen Fakultäten zur Ausbildung der am Patienten arbeitenden Gesundheitsberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, etc.)
	Berufsschulen zur Ausbildung der Gesundheitsfachberufe (Krankenpflege, Logopäden, Physiotherapeuten, Hebammen und Diätassistenten etc.) Hochschulen mit naturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Fachbereichen zur Ausbildung für nichtklinischen Tätigkeiten im Gesundheitswesen
Information	außeruniversitäre Forschungseinrichtung
Health Products, Vaccines and Technologies	Heil- und Hilfsmittelindustrie
Financing	Krankenversicherung, Sozialversicherung
Leadership and Governance	Bundeministerium für Gesundheit und Partner der Selbstverwaltung (G-BA, GKV Spitzenverband, DKG, KBV ect.) Bundesinstitute und Regierungsstellen auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene Verein, Verband, Kammer oder freier Träger mit öffentlicher Interessensvertretung(z.B. Ärztekammer, Verbund unabhängige Patientenberatung e.V., Sozialverband VdK Deutschland e.V., Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., etc.).

#### 4.1.3.1.2 Art der Stelle

Die in den Stellenausschreibungen genannten Stellenbezeichnungen wurden deduktiv in neun Unterkategorien unterteilt. Die Unterkategorie „Sonstige“ bündelt sieben selten vorkommende Bezeichnungen. (Tabelle 5) Die Unterkategorie „Ärzte mit wissenschaftlicher Tätigkeit“ könnte auch den Wissenschaftlichen Mitarbeitern zugeordnet werden. Allerdings unterscheiden sich diese Positionen sowohl in den Qualifikationsanforderungen als auch in der Vergütung, so dass eine gesonderte Erfassung sinnvoll erscheint.

**Tabelle 5: Art der Stelle**

<b>Art der Stellen</b>
Professor/in
Leiter/in des Fachgebiets
Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in
Ärzte mit wissenschaftlicher Tätigkeit
Referent/in
Koordinator/in
Doktorand/in
Dokumentar/in
<b>Sonstige</b>
Angestellte/r
Berater/in
Experte/in
Feldvorbegeher/in
Lehre
Monitor
Verhandler/in

#### 4.1.3.1.3 Umfang der Stelle

Bei der wöchentlichen Arbeitszeit liegen die Kategorien Vollzeit und Teilzeit nahe. Im Rahmen der untersuchten Stellenanzeigen wurde jedoch auch die Möglichkeit der freien Wahl zwischen Vollzeit und Teilzeit gegeben. Des Weiteren standen Stellen mit einer flexiblen Gestaltung von zwischen 50% und 100% und auch 75% und 100% der regulären wöchentlichen Arbeitszeit zur Verfügung. Auch 80% der regulären wöchentlichen Arbeitszeit wurde angeboten. Zur Übersichtlichkeit der Darstellung wurde der Arbeitsumfang in vier Kategorien dargestellt. (Tabelle 6)

**Tabelle 6: Umfang der Stelle**

<b>Umfang der Stelle</b>
Nur volle Stelle möglich
Nur Teilzeit (50%) Stelle möglich
Nur Teilzeit (75%) Stelle möglich
Vollzeit oder Teilzeit möglich

#### **4.1.3.1.4 Befristung der Stelle**

Die Kategorienbildung zu Befristung der Stellen gliedert sich grundsätzlich in befristet oder unbefristet. Zur Ausdifferenzierung der Befristung wurde diese Subkategorie weiter nach Länge der Vertragsdauer definiert. Die Befristung der Stellen wurde teils in Jahren und teils mit einem Enddatum des Vertrages angegeben. Bei letzteren Angaben wurde zur Vereinheitlichung der Kategorien die Länge der Vertragsdauer anhand des gewünschten Einstellungsdatum und des Enddatums abgeschätzt und in Jahren dargestellt. (Tabelle 7)

**Tabelle 7: Befristung der Stelle**

<b>Befristung der Stelle</b>
0,5 Jahre
1 Jahr
2 Jahre
3 Jahre
4 Jahre
5 Jahre oder mehr
Befristet ohne Zeitangabe
Unbefristet
Keine Angabe

#### **4.1.3.1.5 Vergütung der Stelle**

Mit dieser Kategorie soll erörtert werden, welchem Ausbildungsniveau die Vergütung der Stelle entspricht. Arbeitnehmer mit einem Hochschulabschluss sind für Positionen mit einer tariflichen Vergütung in den Entgeltgruppen 9-12 qualifiziert. Die tariflichen Vergütungen für Arbeitnehmer mit einem Masterabschluss oder Doktorgrad sind die Entgeltgruppen 13-15. Die Entgeltgruppen 5-8 sind für Beschäftigte, die eine abgeschlossene Ausbildung haben. (Wegener, 2010) Die induktive Kategorienbildung ergab sich aus einer Vielzahl von tariflichen Vergütungssystemen mit regionalen und organisationsspezifischen Besonderheiten. Für die Kategorien wurden die verschiedenen Tarifverträge ungeachtet ihrer speziellen Vergütungen in Entgeltgruppen zusammengefasst und mit den nicht-tariflichen

Vergütungsmodalitäten „Angemessen“, „Gehaltsvorstellungen äußern“ und „Stipendium“ ergänzt. (Tabelle 8)

**Tabelle 8: Vergütung der Stelle**

<b>Vergütung der Stelle</b>
TV Entgeltgruppe 10
TV Entgeltgruppe 11
TV Entgeltgruppe 12
TV Entgeltgruppe 13
TV Entgeltgruppe 14
TV Entgeltgruppe 15
TV Entgeltgruppe W1-W3
TV ohne Angabe der Entgeltgruppe
Stipendium
Angemessen
Gehaltsvorstellungen äußern
Keine Angabe

#### **4.1.3.1.6 Verlangte Fachrichtung des Studiums**

Alle in den Stellenanzeigen verlangten oder gewünschten Fachrichtungen wurden erfasst und tabellarisch dargestellt. Dabei wurde eine begriffliche Vereinheitlichung vorgenommen (z.B. Ökonomie und Wirtschaftswissenschaften wurden zusammengeführt). Insgesamt wurden 21 Fachrichtungen genannt, die dann den Kategorien Medizin, Naturwissenschaften, Mathematik/Statistik, Sozialwissenschaften, Nichtärztliche akademische Gesundheitsberufe und Sonstige zugeordnet wurden. (Tabelle 9)

**Tabelle 9: Verlangte Fachrichtung des Studiums**

<b>Fachrichtung</b>
Medizin
Naturwissenschaften
Mathematik/Statistik
Sozialwissenschaften
Nichtärztliche Gesundheitsberufe
Keine Angabe der Fachrichtung
Sonstige

#### 4.1.3.1.7 Erwünschte Weiterbildung

Im Rahmen dieser Untersuchung ist der Stellenwert einer Weiterbildung in Public Health oder Epidemiologie von besonderem Interesse. Der deutsche Bildungsrat definiert Weiterbildung als „Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer unterschiedlich ausgedehnten ersten Bildungsphase“. (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2006) Es wurde in dieser Kategorie speziell erfasst, ob eine Weiterbildung in Public Health oder Epidemiologie gewünscht wurde. Auch wurde im Rahmen dieser Kategorie festgehalten, ob eine Promotion als Zugangsvoraussetzung für die Stelle gewünscht wurde.

Publikationserfahrung fällt nicht unter die Definition einer Weiterbildung des deutschen Bildungsrats, wurde aber auch in dieser Kategorie erfasst, da sie einen abgeschlossenen, wissenschaftlich begleiteten Prozess beinhaltet. Analog wurde der Wunsch nach Englischkenntnissen hier erfasst. (Tabelle 10)

Die vom Arbeitgeber gebotene Möglichkeit der wissenschaftlichen Weiterqualifikation (Dissertation oder Habilitation) stellt ein Merkmal der Attraktivität der Stelle dar und nicht eine Bewerbungshürde. Es ist die enge Verzahnung mit der schon absolvierten Promotion im Falle einer Habilitation, bzw. dem durch das Interesse an einer Promotion ausgedrückten generellen Interesse an Forschungstätigkeiten welches die Erfassung in dieser Kategorie begründet. Obwohl die vom Arbeitgeber unterstützte Möglichkeit der Weiterbildung nicht mit einer gewünschten Weiterbildung gleich zu setzen ist wurde sie auch im Rahmen dieser Kategorie erfasst.

**Tabelle 10: Erwünschte Weiterbildung**

<b>Erwünschte Weiterbildung</b>
Weiterbildung mit Schwerpunkt Public Health ist von Vorteil
Weiterbildung mit Schwerpunkt Epidemiologie ist von Vorteil
Weiterbildung mit Schwerpunkt Public Health oder Epidemiologie ist von Vorteil
Promotion ist von Vorteil
Publikationserfahrung ist von Vorteil
Englischkenntnisse sind von Vorteil
Möglichkeit der wissenschaftlichen Weiterqualifikation, Dissertation bzw. Habilitation ist gegeben

#### 4.1.3.1.8 Einsatzort

Alle Einsatzorte wurden erfasst und tabellarisch dargestellt. Es wurde weiter nach In- und Ausland kategorisiert.

### 4.1.3.2 Aufgabenspektrum der Stelle

Nach den Rahmenbedingungen der Stelle umfasst die zweite Hauptkategorie des Kategoriensystems die Aufgaben, die im Rahmen der Beschäftigung zu leisten sind. Das Kategoriensystem zur Erfassung der in einer Stellenanzeige verlangten Aufgaben gliedert sich in die Erfassung der eindeutigen und disjunkten Hauptaufgabe (primären Tätigkeit) und den weiteren, daran anknüpfenden, zusätzlich zu leistenden Aufgaben. Die zusätzlich zu leistenden Aufgaben sind überlappend und lassen sowohl Mehrfachnennungen als auch keine Nennung zu. Die Aufgaben erfordern unterschiedliches Wissen und Können, welches in weiteren Unterkategorien erfasst wird. Die Erörterung des Aufgabenspektrums der Stellenanzeigen soll zum einen sicherstellen, dass Public Health-relevante Tätigkeiten im Mittelpunkt der Stelle stehen, und zum anderen quantifizieren, welcher Public Health Aspekt oder Zweig im Vordergrund steht.

#### 4.1.3.2.1 Die primäre Tätigkeit

Der Public Health Action Cycle bietet ein strategisches Modell für die Handlungsebenen im Arbeitsbereich Public Health. (Rosenbrock & Gerlinger, 2004) Dieses Modell beinhaltet die vier interagierenden Ebenen der Problemdefinition (assessment), Strategieformulierung (policy formulation), der Umsetzung (implementation) und der anschließenden Bewertung (evaluation) einer Intervention. Das Modell bildet den Ausgangspunkt für die Definition von Kategorien zur primären Tätigkeit im Arbeitsfeld Public Health.

Die erste Kategorie erfasste primäre Tätigkeiten, die Forschung beinhalteten und unterteilte diese in allgemeine Forschung, epidemiologische Studien, Evaluationsstudien und reines Datenmanagement. Die zweite Kategorie erfasste primäre Tätigkeiten, die Interventionen mit einem präventiven oder gesundheitsförderlichen Ansatz beinhalteten. Als drittes wurden primäre Tätigkeiten kategorisiert, die sich mit Aufgaben der Steuerung im Gesundheitswesen beschäftigten. (Tabelle 11)

**Tabelle 11: Primäre Tätigkeit**

Primäre Tätigkeit	
Forschung	Leitung Entwicklung, Planung Durchführung, Auswertung
Intervention	Projektleitung Entwicklung, Planung Durchführung, Evaluation
Steuerung im Gesundheitswesen	Leitung Leitung einer Abteilung Geschäftsführung, Koordination

#### 4.1.3.2.2 Methodische Fähigkeiten

Um wissenschaftlich fundiert forschen zu können, werden je nach Forschungsfeld bestimmte methodische Fähigkeiten verlangt. Im Berufsfeld Public Health sind dies zum einen die quantitativen Methoden, die in den Grundlagenmodulen Epidemiologie und Biostatistik vermittelt werden. Erweitert finden diese quantitativen Forschungsmethoden im Rahmen der empirischen Sozialforschung, der Versorgungsforschung und der Evidenzbasierung Anwendung. Zudem wird in diesem Kontext auch die Fähigkeit, eine Erhebung zu konzipieren bzw. ein Erhebungsinstrument zu entwickeln, verlangt. Zur differenzierten explorativen Erfassung von Gegebenheiten werden je nach Forschungsfeld auch qualitative Methodenkenntnisse eingesetzt. Gesundheitsökonomische Analysen oder Evaluationen verlangen wiederum ein vertieftes ökonomisches Verständnis von Kosten und Nutzen und deren Messung und Berechnung. Bei der deduktiven Kategorienbildung bezüglich methodischer Fähigkeiten wurden alle Nennungen zu eingesetzter Methodik gesammelt, zugeordnet und sprachlich vereinheitlicht. Es resultierten neun Kategorien und die Sammelkategorie „Sonstige“, welche die Gesundheitssystemforschung und die molekulare Epidemiologie enthielten. (Tabelle 12)

**Tabelle 12: Methodische Fähigkeiten**

<b>Methodische Fähigkeiten</b>
Quantitative Methoden
Empirische Sozialforschung
Versorgungsforschung
Erhebungskonzepte bzw. Instrumente entwickeln
Evidenzbasierung (EbM, HTA)
Gesundheitsökonomische Analysen
Klinische Epidemiologie
Surveillance
Qualitative Methoden

Die quantitativen methodischen Fähigkeiten verlangen oftmals den Umgang mit spezialisierter Software zur Datenauswertung. Die genannten Software Programme wurden gesammelt und die vier am häufigsten vorkommenden Programme im Kategoriensystem quantifiziert. (Tabelle 13)

**Tabelle 13: Software Programme zur Datenauswertung**

<b>Software Programme</b>
SPSS
SAS
STATA
R

#### 4.1.3.2.3 Zusätzlich zu leistende Aufgaben

Neben ihrer Hauptaufgabe führen Arbeitnehmer noch eine Vielzahl von weiteren Aufgaben durch. Im Rahmen des deduktiven Vorgehens wurden Nennungen zu den weiteren Aufgaben aus der ersten randomisiert ausgewählten Stichprobe inhaltlich zusammengeführt und sprachlich vereinheitlicht. Bei der Auswertung der weiteren Stellenanzeigen wurden bei Bedarf weitere Kategorien hinzugenommen. Die Kategorisierung der 1151 Nennungen resultierte in drei Hauptkategorien: Aufgaben, die von wissenschaftlichen Mitarbeitern durchgeführt werden, Leitungsaufgaben und eher anwendungsbezogene Aufgaben.

#### 4.1.3.2.4 Tätigkeiten wissenschaftlicher Mitarbeiter

Die Dienstaufgaben und Einstellungsvoraussetzungen von wissenschaftlichen Mitarbeitern im Hochschulbereich sind in den länderspezifischen Hochschulgesetzen geregelt. Das Berliner Hochschulgesetz legt im §110 die selbstständige Wahrnehmung von Aufgaben in Forschung und Lehre und die Durchführung besonderer Beratungsfunktionen als Dienstaufgaben fest. Dabei steht Mitarbeitern auf Qualifikationsstellen mindestens ein Drittel ihrer Arbeitszeit für selbständige Forschung zur eigenen Weiterbildung oder Promotion zur Verfügung. Die Einstellungsvoraussetzung ist mindestens ein abgeschlossenes Hochschulstudium. ("Berliner Hochschulgesetz," 2011)

Tätigkeiten in der Forschung werden nach dem eingesetzten Kategoriensystem im Rahmen der Hauptaufgabe erfasst. Das Ausmaß der Lehrbeteiligung wird bei wissenschaftlichen Mitarbeitern nach einem standardisierten Schlüssel der Hochschule verlangt und geht einher mit der Beratung und wissenschaftlichen Betreuung von Doktoranden. Ergänzend zu den Forschungsaktivitäten gehört die wissenschaftliche Publikation der Forschungsergebnisse zu den jeweiligen Aufgaben. Als Letztes ist die Akquise von neuen Geldern über Ausschreibungen der Bundesministerien oder Stiftungen für weitere Forschung zu nennen. Diese vier Aufgabebereiche werden in dieser Unterkategorie erfasst. (Tabelle 14)

Tabelle 14: Tätigkeiten wissenschaftlicher Mitarbeiter

<b>Tätigkeiten wissenschaftlicher Mitarbeiter</b>
Beteiligung an der Lehre
Betreuung von Doktoranden oder Fellows
Erstellung wissenschaftlicher Publikationen
Drittmittelinwerbung

#### 4.1.3.2.5 Leitungsaufgaben

Die allgemeine Betriebswirtschaftslehre definiert Führung als die „zielorientierte Gestaltung von Unternehmen (Unternehmensführung) bzw. zielorientierte Beeinflussung von Personen (Personalführung)“. (IBIM) Führung beinhaltet alle Aufgaben, die die Leitung eines Unternehmens in allen Bereichen mit sich bringt. (Birker, 1997) Dies bündelt Aktivitäten, die den Erfolg einer Einheit strukturell und konzeptionell sichern. In einem Arbeitspapier des gemeinnützigen Centrums für Hochschulentwicklung wurde eine Aufgaben- und Anforderungsanalyse des mittleren Hochschulmanagements dargestellt. Für diese Branche wurden die wichtigsten Aufgaben der Leitungsebene mit Strategieentwicklung, Gremienbetreuung, Außenvertretung, Finanzverwaltung, Personalführung und -verwaltung und Qualitätsmanagement benannt. (Kopsieker, Hachmeister, & Hennings, 2010)

Das hier eingesetzte Kategoriensystem orientierte sich an diesen Aufgaben, die sich im Rahmen der Auswertung jedoch verengten. Bei der Kategorisierung spielte die Anleitung und Führung von Personal und die Sicherstellung der qualitativen Integrität sowohl intern als auch im externen Vergleich eine maßgebliche Rolle. Als Weiteres wurde die Vernetzung und die Förderung der Zusammenarbeit mit regionalen oder internationalen Partnern als Aufgabe in den Stellenanzeigen geführt und kategorisiert. Die strategischen Aufgaben teilten sich in allgemeine konzeptionelle Entwicklungsaufgaben und die Entwicklung von Modulen und Lehrkonzepten. Diese Aufgaben wurden in zwei getrennten Kategorien erfasst. Die Finanzverwaltung oder finanzielle Verantwortung wurde in keiner Stellenanzeige explizit genannt und somit nicht als Kategorie geführt. Eine Übersicht der Kategorien zur Erfassung der Leistungsaufgaben findet sich in Tabelle 15.

**Tabelle 15: Leitungsaufgaben**

<b>Leitungsaufgaben</b>
Personalführung
Gremien und Kooperationen
Externe und interne Qualitätssicherung
Konzeptionelle Entwicklungen
Entwicklung von Modulen und Lehrkonzepten

#### 4.1.3.2.6 Angewandte Aufgaben

Die Auswertung der Stellenanzeigen resultierte in einer Sammlung von weiteren Aufgaben, die sich weder den Leitungsaufgaben noch den Aufgaben der wissenschaftlichen Mitarbeiter zuordnen ließen. Diese wurden gruppiert und sprachlich vereinheitlicht. Die Beratung und Schulung von Mitarbeitern oder Fachpersonal und das Halten von Fachpräsentationen wurde in einer Kategorie zusammengeführt. Die Erstellung von Fachberichten wurde separat kategorisiert, da die mündliche und schriftliche Kommunikation sich in ihren Eigenschaften und Möglich-

keiten stark unterscheiden. Ein mündlicher Vortrag verlangt die Fähigkeit, aus dem Stehgreif und vor Publikum logische geordnete Gedanken zu verbalisieren. Auch eine pädagogische Eignung wird gebraucht. Eine schriftliche Mitteilung hingegen verlangt sprachliche Korrektheit und lässt eine höhere Komplexität zu (Lehmann, 2011) Die Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit, die Außendarstellung der Institution, die Kommunikation mit der Zivilgesellschaft, die Organisation von Tagungen, Veranstaltungen und Workshops und der dazu benötigten redaktionellen Schriften, Poster und Flyer etc. bildeten eine weitere Kategorie. Als Letztes wurde die Durchführung von Erhebungen inklusive der Feldarbeit in einer Kategorie erfasst. (Tabelle 16)

**Tabelle 16: Angewandte Aufgaben**

<b>Angewandte Aufgaben</b>
Beratung und Schulung von Fachpersonal
Erstellung von Fachberichten
Öffentlichkeitsarbeit
Durchführung von Erhebungen

#### **4.1.4 Auswertungsmethodik**

Aus den gesammelten Stellenanzeigen wurde ein Datensatz generiert. Dazu wurden die Stellenanzeigen ausgedruckt und mit einem eindeutigen alphanumerischen Identifikationskode versehen. Die relevanten Inhalte der Stellenanzeigen wurden nach dem Kategoriensystem in eine Excel-Tabelle eingegeben. Der Datensatz wurde deskriptiv anhand der Häufigkeiten ausgewertet. Bei der Zuordnung der inhaltlichen Stellenmerkmale zu den jeweiligen Kategorien waren einige Variablen disjunkt und zwingend erforderlich (z.B. primäre Tätigkeit, Stellenumfang oder Vergütung). Es musste genau ein Wert und nur ein Wert bzw. „keine Angabe“ zugeordnet werden. Bei den disjunkten Variablen bezieht sich die prozentuale Auswertung auf die gesamte Anzahl (581) der Stellen. Bei anderen Variablen war eine Nennung nicht zwingend notwendig und gleichzeitig eine Mehrfachnennung möglich (z.B. verlangte methodische Kompetenzen, angewandte Aufgaben, etc.). Bei der Auswertung dieser Variablen liegt die Anzahl der Nennungen und nicht die Anzahl der Stellenanzeigen dem prozentualen Wert zugrunde.

## **4.2 Arbeitnehmerbefragung**

Ergänzend zu der Auswertung der Stellenanzeigen wurde eine Arbeitnehmerbefragung durchgeführt. Die Befragung wurde an Absolventen und Absolventinnen der Studiengänge Master of Public Health und Master of Science in Epidemiology der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health durchgeführt. Die Absolventen stellen einen zugänglichen Pool von Public Health Arbeitnehmern dar. Die Befragung erfolgte online über einen standardisierten Fragebogen zum beruflichen Werdegang und den selbsterfahrenen Anforderungen des Arbeitsmarkts. Alle 105 Absolventen und Absolventinnen, die bis zum Zeitpunkt der Erhebung ihren Abschluss an der Berlin School of Public Health erworben hatten, wurden in die Befragung miteinbezogen.

### **4.2.1 Studienpopulation**

Im Januar 2007 wurde an der Charité-Universitätsmedizin Berlin die Berlin School of Public Health eingerichtet und übernahm die in den Förderphasen der 1990er an der Technischen Universität Berlin aufgebauten postgradualen Studiengänge Master of Public Health (MPH) und Master of Science in Epidemiology (MSE). Die Studiengänge wurden bei der Überführung modularisiert und den aktuellen Vorgaben der Europäischen Hochschulregion angepasst. Die Studiengänge sind weiterbildend, eher forschungsorientiert und umfassen 60 Leistungspunkte nach dem ECTS, was einem Vollzeitäquivalent von zwei Semestern entspricht. Beide Studiengänge beinhalten vier Grundlagenmodule, vier inhaltlich spezialisierte Schwerpunktmodule und zwei Module zur Anfertigung der Masterarbeit.

Zum Sommersemester 2007 wurde der erste Jahrgang an der Charité zu den weiterbildenden Studiengängen Master of Public Health und Master of Science in Epidemiology zugelassen. Der Abschluss konnte von dieser ersten Kohorte frühestens im Herbst 2008 erreicht werden, da für diesen ersten Jahrgang nur das Teilzeitstudium zur Verfügung stand. Nachfolgend wurden bis zum Wintersemester 2009/2010 jedes Jahr für beide Studiengänge im Vollzeit- und im Teilzeitmodus Studierende aufgenommen. Einschließlich des Jahrgangs 09/10 wurden insgesamt 143 Studierende immatrikuliert, von denen bis zur Befragung 105 erfolgreich den MPH oder MSE Abschluss erreicht hatten. Alle Absolventen wurden per Email angeschrieben und in die Befragung mit einbezogen. Nur von einem Absolventen lagen keine aktuellen Kontaktdaten vor.

Die bei der Immatrikulation erhobenen Daten der Berlin School of Public Health lassen anonymisiert Aussagen zur Beschreibung der Studienpopulation zu, die im Folgenden dargestellt werden. Die Auswertung erfolgte mit einem anonymisierten Datensatz ohne Personenbezug.

#### 4.2.1.1 Absolvierter BSPH Studiengang

Die große Mehrzahl (86%) der Absolventen hatten den weiterbildenden Masterstudiengang Public Health der BSPH absolviert. (Abbildung 3)

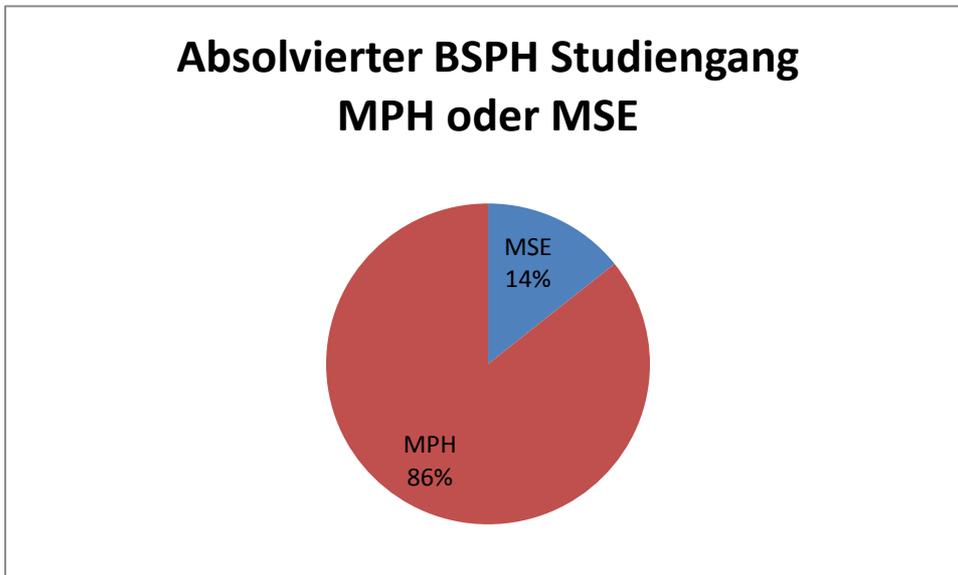


Abbildung 3: Beschreibung der Studienpopulation: Absolvierter BSPH Studiengang in %, n=105

#### 4.2.1.2 Alter und Geschlecht

Eine graphische Darstellung der Absolventen bezüglich Alter und Geschlecht befindet sich in Abbildung 4 und Abbildung 5. Von den Absolventen waren 43% zu Beginn ihres Studiums an der BSPH unter 30 Jahre alt. 33% waren zwischen 30 und 40, und 23% waren zwischen 40 und 50 Jahren als. Zur Zeit der Befragung waren über 50% der Absolventen zwischen 30 und 40 Jahre alt.

Public Health ist besonders bei Frauen eine beliebte Fachrichtung. 74% der Absolventen der BSPH waren weiblich. Nur ein Viertel waren Männer (26%).

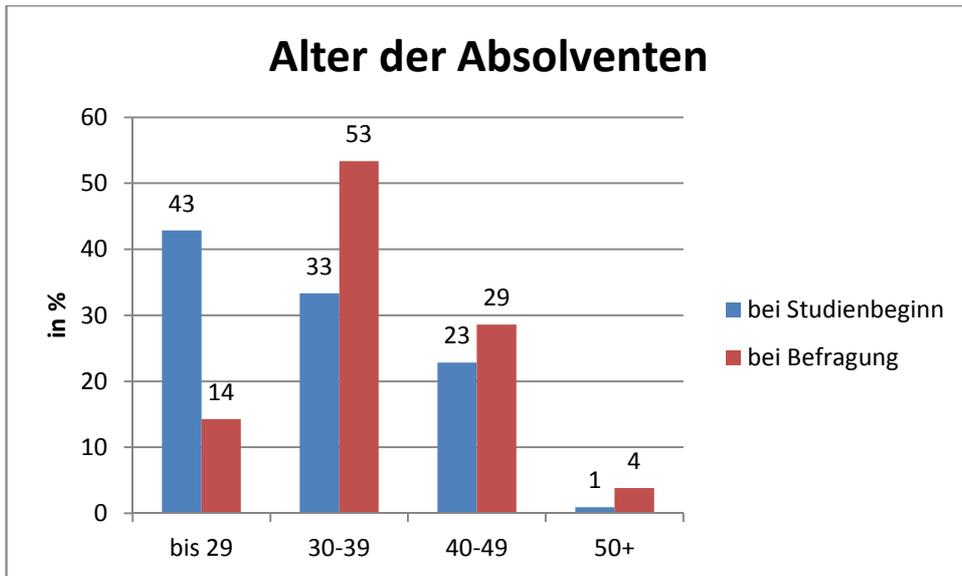


Abbildung 4: Beschreibung der Studienpopulation: Alter in %, n=105

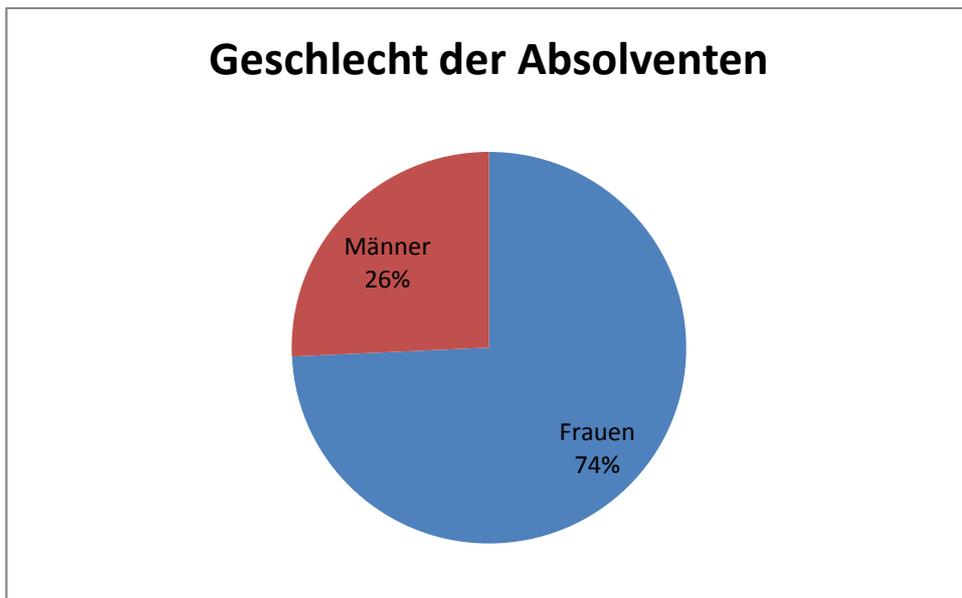
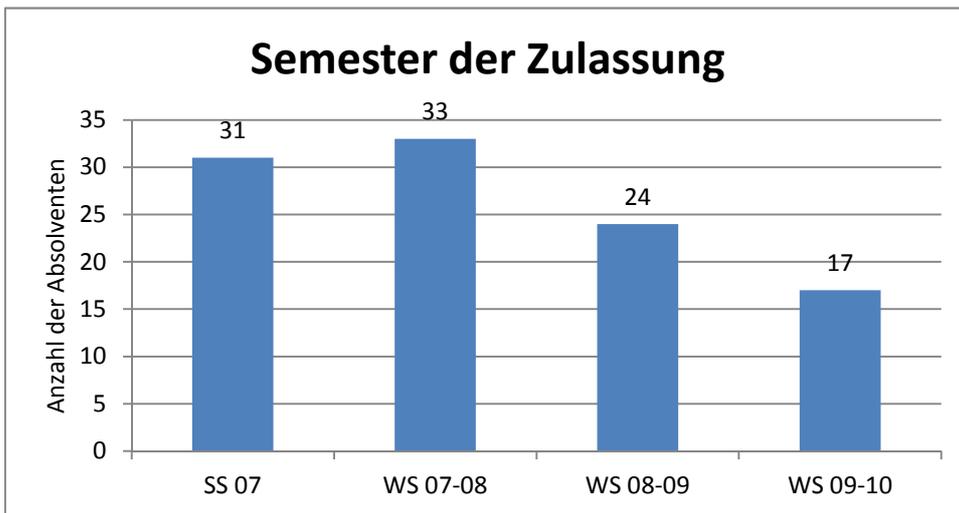


Abbildung 5: Beschreibung der Studienpopulation: Geschlecht in %, n=105

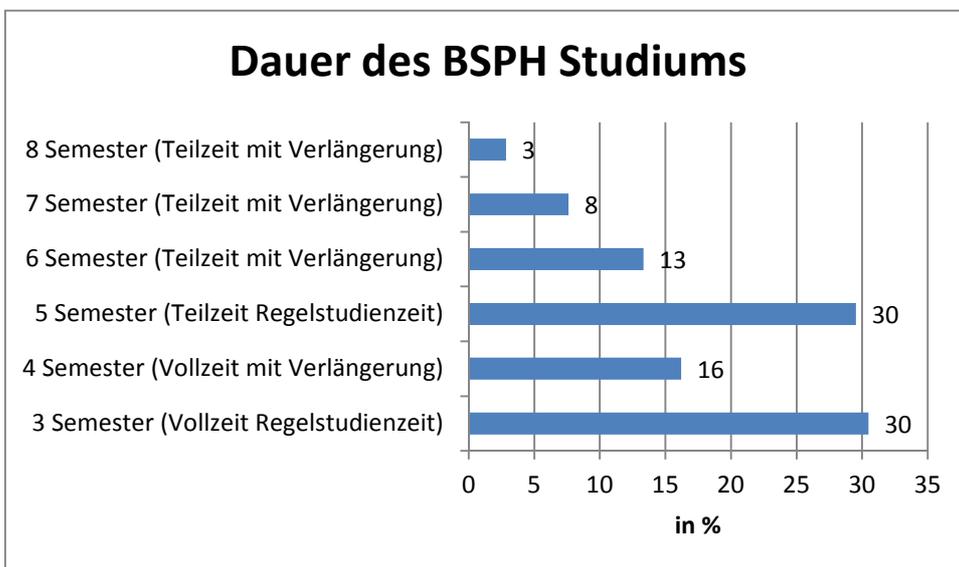
#### 4.2.1.3 Semester der Zulassung und Dauer des Studiums

Das Studium kann in Vollzeit oder Teilzeit absolviert werden. Für ein Vollzeitstudium sind für die Module und die Fertigstellung der Masterarbeit insgesamt zwei Semester Regelstudienzeit vorgesehen. Die mündliche Verteidigung erfolgt ord-

nungsgemäß im Verlauf des dritten Semesters. Für das Teilzeitstudium sind vier Semester Regelstudienzeit vorgesehen. Die mündliche Verteidigung erfolgt ordnungsgemäß im Verlauf des fünften Semesters. Da es sich um Weiterbildungsstudiengänge handelt, kann die Studienzeit mit großer Flexibilität gestaltet werden. Die Teilnehmer der Befragung kamen aus vier verschiedenen Jahrgängen (Abbildung 6).



**Abbildung 6: Beschreibung der Studienpopulation: Semester der Zulassung in absoluten Zahlen, n=105**



**Abbildung 7: Beschreibung der Studienpopulation: Dauer des BSPH Studiums in %, n=105**

Zur Zeit der Erhebung Ende 2011 war die Regelstudienzeit der zum WS 08-09 zugelassenen Teilzeitstudierenden noch nicht abgelaufen, so dass von diesem

Jahrgang noch keine Absolventen aus dem Teilzeitmodus zu erwarten waren. Von den befragten Absolventen hatten 30% das Studium im der Regelstudienzeit für Vollzeitstudierende absolviert. Ebenso hatten 30% das Studium in der Regelstudienzeit für Teilzeit absolviert. Die restlichen 40% hatten eine freie Gestaltung oder Verlängerung des Studiengangverlaufs beansprucht. (Abbildung 7)

#### 4.2.1.3.1 Fachrichtung des ersten Studienabschlusses

Eine Zuordnung der Absolventen in das zur Auswertung der Stellenanzeigen entwickelte Kategoriensystem der Fachrichtungen des Studiums ergibt 36% der Absolventen aus der Medizin, 30% aus den Naturwissenschaften, 4% aus der Mathematik und 27% aus den Sozialwissenschaften. (Abbildung 8)

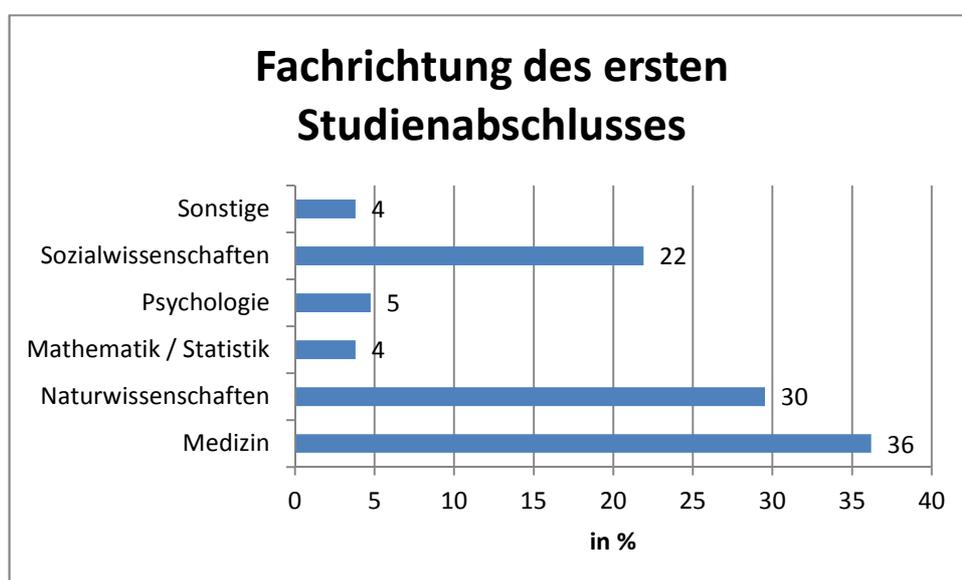


Abbildung 8: Beschreibung der Studienpopulation: Fachrichtung des ersten Studienabschlusses in %, n=105

#### 4.2.2 Feldzugang

Bei Studienbeginn wurde von allen Teilnehmern eine Einverständniserklärung für die Aufnahme in einen Email-Verteiler des Jahrgangs eingeholt. Der Verteiler wurde im Verlauf des Studiums für die Übermittlung von studiengangsrelevanten Informationen, Ankündigungen von Tagungen und Stellenanzeigen genutzt. Absolventen haben jederzeit über eine Mitteilung an das Studiengangssekretariat die Möglichkeit, ihren Eintrag im Verteiler zu löschen. Für die Kontaktaufnahme zur Beteiligung an der Befragung wurden die BSPH-Email Verteiler der Jahrgänge genutzt.

### **4.2.3 Datenerhebung**

Die Absolventenbefragung der BSPH Absolventen wurde mittels eines online Fragebogens durchgeführt. Die Antworten gingen elektronisch anonym in eine Tabellenmatrix ein. Die dafür notwendige Software stand über Google Docs kostenlos zur Verfügung.

### **4.2.4 Konzeption des Erhebungsinstruments**

Ziel der Befragung war die Erfassung des beruflichen Erfolgs von Absolventen und Absolventinnen der BSPH, eine Quantifizierung der in der Arbeitsstelle durchzuführenden Aufgaben und der Anforderungen im Berufsleben aus Perspektive der Absolventen. Der Fragebogen wurde in Anlehnung an die Verbleibsstudie der Medizinischen Hochschule Hannover konzipiert, die 2009 anlässlich der 20-jährigen deutschen Geschichte der Postgraduiertenausbildung in Public Health durchgeführt wurde. Da die Befragung auch in Berlin durchgeführt wurde lag der Fragebogen vor. Des Weiteren dienten die Kategorien der Stellenauswertung als Ausgangspunkt für die konzeptionelle Orientierung der Befragung zu aktuellen Aufgaben und Tätigkeiten im gegenwärtig ausgeübten Beruf.

#### **4.2.4.1 Themenkomplexe der Befragung**

In den ersten vier Fragen wurden Alter, Geschlecht, absolvierter Studiengang und die Fachrichtung des Erstabschlusses ermittelt. Als Nächstes wurde die berufliche Situation seit dem Studium an der BSPH abgefragt.

Die Qualität der gegenwärtigen Stelle wurde über zwei Fragenkomplexe ermittelt. Zum einen wurden die Kategorien der Stellenauswertung (Arbeitgeber, Stellenumfang, Befristung und Stellentitel) abgefragt. Des Weiteren wurde die subjektive Zufriedenheit mit der Tätigkeit, der Bezahlung, der Arbeitssicherheit und der inhaltlichen Gestaltungsfreiheit abgefragt. Damit wurde der berufliche Erfolg sowohl über objektive als auch subjektive Merkmale operationalisiert.

Ein weiterer Fragenkomplex erörterte die Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Auch hier wurde eine subjektive Einschätzung des Arbeitsmarkts abgefragt und die Dauer der Arbeitssuche nach dem Studium als objektives Merkmal ermittelt.

Um die Forschungsfragen nach den Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt zu beantworten wurde die primäre Tätigkeit der Stelle und der Public Health Bezug über zwei Fragen determiniert. Der nächste Fragenkomplex erörterte die Häufigkeit der Anwendung verschiedener methodischer Fähigkeiten und inhaltlicher Kenntnisse. Als Letztes wurde die Häufigkeit des Einsatzes spezifischer, im Studiengang enthaltener Inhalte abgefragt. Bei beiden Fragenkomplexen wurde die Möglichkeit der Ergänzung von fehlenden Inhalten bzw. nicht im Fragenkomplex enthaltenen Tätigkeiten gegeben.

In einem letzten Fragenkomplex wurde die Relevanz der Inhalte der Studiengänge für die gegenwärtige Stelle reflektiert und in einer offenen Frage nach gewünschten Studieninhalten aus Arbeitnehmerperspektive gefragt.

#### **4.2.4.2 Der Fragebogen**

Der Fragebogen wurde in einem mehrstufigen Prozess entwickelt. Aufbauend auf den schon vorhandenen Befragungen wurden Versionen erstellt und durch Betreuer und Experten gelesen, erprobt, beurteilt und kritisch hinterfragt. Die Experten hatten jeweils Erfahrung in der Fragebogenentwicklung und -auswertung und konnten alle einen postgradualen Studiengang mit Public Health Bezug als Hintergrund vorweisen. Hinweise zur Vollständigkeit der Erfassung, Sequenz der Fragen, Optimierung der Antwortkategorien und internen Validität des Fragebogens wurden integriert. In einem zweiten Entwicklungsschritt wurde ein Prä-Test an Absolventen und Absolventinnen durchgeführt. Auch die Rückmeldungen aus dem Prä-Test wurden integriert. Der endgültig eingesetzte Fragebogen befindet sich in ausgedruckter Form im Anhang.

#### **4.2.5 Datenschutz**

Dem Datenschutzbeauftragten der Charité wurde ein Konzept der Befragung zur Prüfung vorgelegt welches in einem Schreiben am 10.10.2011 genehmigt wurde. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die Studienpopulation wurde im Anschreiben darüber aufgeklärt, dass keinerlei Konsequenzen entstehen, sollten sie nicht teilnehmen. Das Anschreiben wies Teilnehmende darauf hin, dass das Absenden des Fragebogens eine Einverständniserklärung mit der Teilnahme an der Studie darstellt. Des Weiteren enthielt das Anschreiben eine Selbstverpflichtung der Untersuchung, die Daten der Erhebung ohne Personenbezug nur zweckgebunden zu verarbeiten. Da die Befragung über die Internetplattform Google Docs durchgeführt wurde, wurden Teilnehmer zusätzlich darauf hingewiesen, dass über das Öffnen der Google Docs Website, wie bei jeder Nutzung von Google, die Identifikation der IP Adresse des Rechners und eine Cookiesetzung von Google möglich ist. Die Befragung und deren Antworten sind hingegen laut Google Nutzungsbedingungen urheberrechtlich geschützt, und die untersuchende Institution hat keinen Zugang zu den IP Adressen der Befragten.

#### **4.2.6 Auswertungsmethodik**

Die Ergebnisse der Befragung gingen elektronisch anonymisiert über Google Docs als Tabelle ein. Die Daten wurden in eine Excel-Tabelle exportiert und deskriptiv ausgewertet. Dabei wurden so weit wie möglich die Kategorien der Stelenauswertung übernommen.

In einem ersten Schritt wurden die Responder mit den Absolventen bezüglich Alter, Geschlecht, absolvierten Studiengang und Fachrichtung des Erststudiums ver-

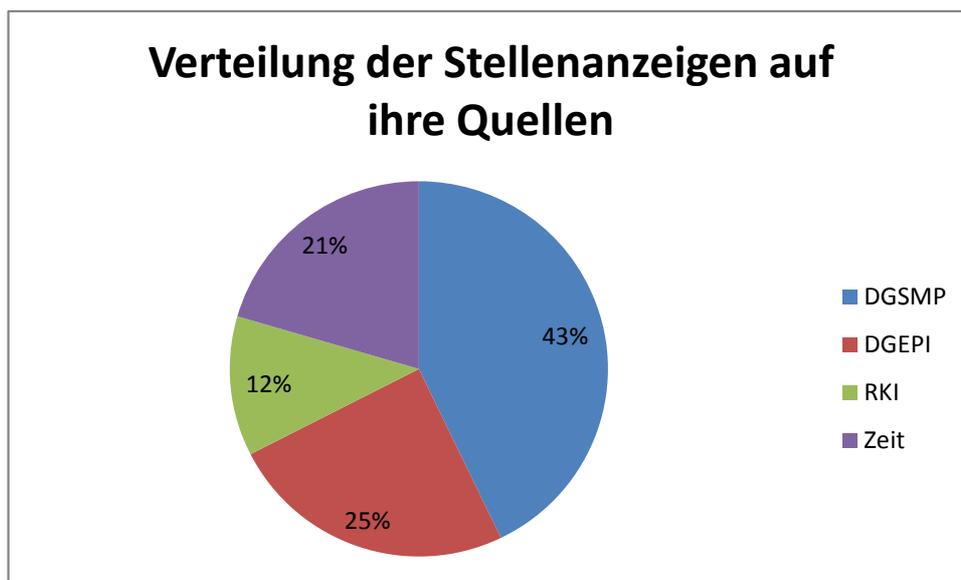
glichen. Dadurch wurde die Repräsentativität der Absolventen, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, dargestellt.

Für die Kategorien primäre Tätigkeit, Art des Arbeitgebers, Art der Stelle, Umfang der Stelle und Befristung der Stelle wurden die Ergebnisse der Absolventenbefragung graphisch im Vergleich mit den Ergebnissen der Stellenauswertung dargestellt.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Ergebnisse der Stellenauswertung

Zwischen 2007 und 2011 wurden an der BSPH Stellenanzeigen mit Public Health-Relevanz gesammelt. Insgesamt gingen 613 Stellenanzeigen ein, von denen 581 die Einschlusskriterien dieser Untersuchung erfüllten und in die Auswertung einbezogen wurden. Quellen der Stellenanzeigen waren die DGSMP, DGEPI, das Robert Koch Institut und DIE ZEIT



**Abbildung 9: Verteilung der eingeschlossenen Stellenanzeigen auf ihre Quellen, n=581**

Die Auswertung untersucht die Stellenanzeigen anhand von zwei Hauptkategorien: die Rahmenmerkmale der Stelle werden ausgewertet (Art des Arbeitgebers, Art der Stelle, Umfang, Befristung, Vergütung, Einsatzort, verlangte Fachrichtung und erwünschte Zusatzqualifikation der Stelle) und das zu erfüllende Aufgabenspektrum.

Die Ergebnisse werden zum einen aggregiert über alle Quellen der Stellenanzeigen dargestellt. Des Weiteren werden sie nach den Quellen der Stellenanzeigen stratifiziert, um mögliche Unterschiede und Verzerrungen durch die Quelle herauszuarbeiten. Die Anzahl der Stellen aus den jeweiligen Quellen variiert stark. Abbildung 9 zeigt, dass die DGSMP mit knapp 43% der Stellenanzeigen die größte Quelle bildet. Das Robert Koch Institut erreichte als für Berlin spezifischer Arbeitgeber 12% der Stellenanzeigen. Die DGEPI richtet sich an ein sehr spezifisches, in der epidemiologischen Forschung eingebundenes Publikum und trägt knapp 25% der Stellenanzeigen bei. Die 20% der Stellenanzeigen aus DIE ZEIT

sprechen als allgemein zugängliches Medium wiederum ein breites, wenig vorselektierte Publikum an.

## 5.1.1 Rahmenbedingungen der Stellen

### 5.1.1.1 Art des Arbeitgebers

Jeder aus den Stellenanzeigen hervorgehende Arbeitgeber wurde eindeutig einem der sechs Handlungsfelder des von der WHO entwickelten Framework for Action zugeordnet. Über 95% der Stellen fanden sich in folgenden drei Handlungsfeldern wieder:

1. Health Workforce – die Aus- Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer
2. Information – Gesundheitsberichterstattung, Universitäre und Außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, und
3. Leadership and Governance – Ministerien, Behörden, Standesvertreter, Freie Träger

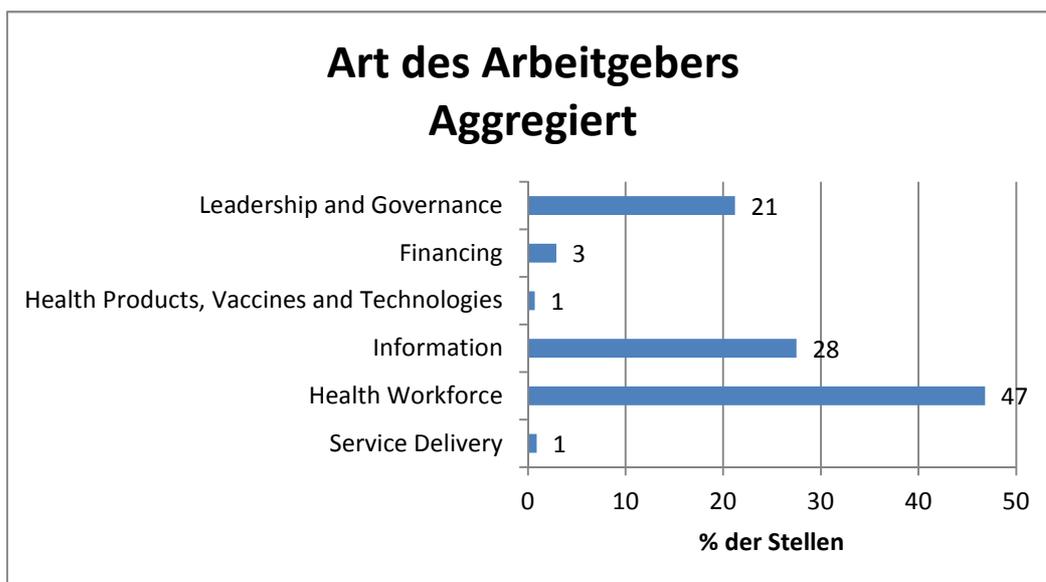
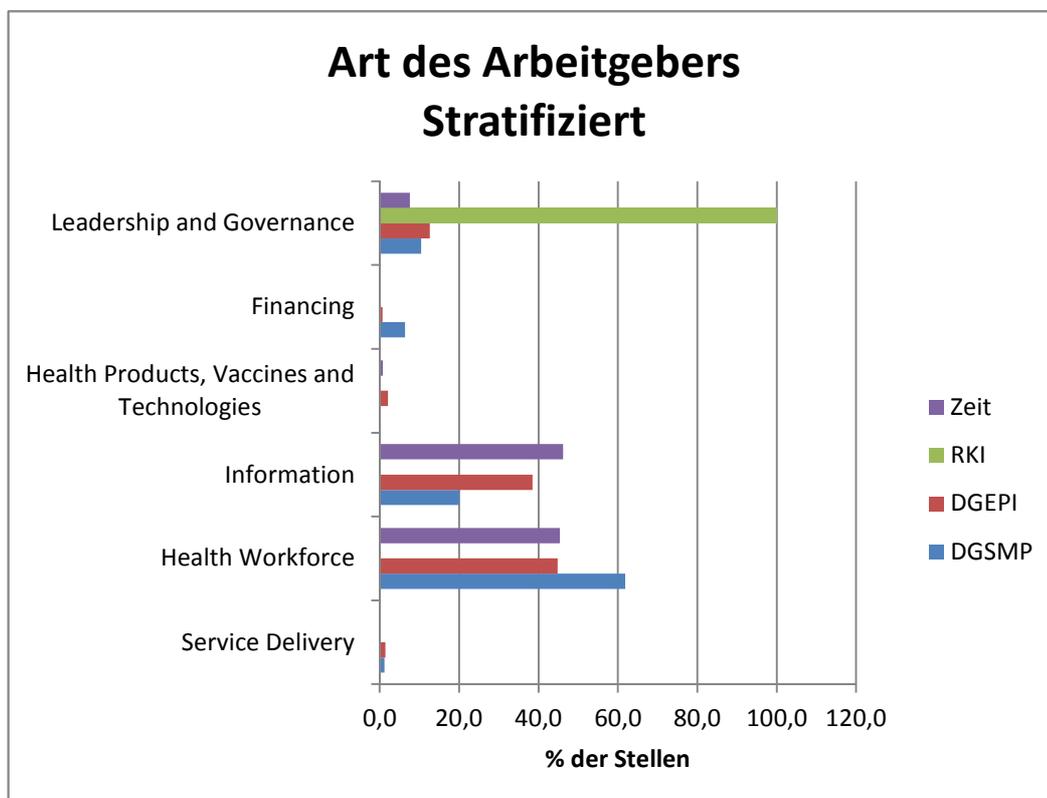


Abbildung 10: Art des Arbeitgebers nach dem WHO Framework, aggregiert in % der Stellen, n=581

Arbeitgeber aus der Heil- und Hilfsmittelindustrie (Handlungsfeld Health Products, Vaccines and Technologies) waren mit 0,7% zu vernachlässigen, ebenso das eher große Feld der Erbringung von Gesundheitsleistungen (Handlungsfeld Service Delivery) mit 0,9%. Stellen mit Arbeitgebern aus den Krankenversicherungen (Handlungsfeld Financing) waren mit 3% nur minimal vertreten. (Abbildung 10)

Abbildung 11 zeigt die Art des Arbeitgebers stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige. Hieraus wird der Stellenwert des RKIs als Arbeitgeber ersichtlich.

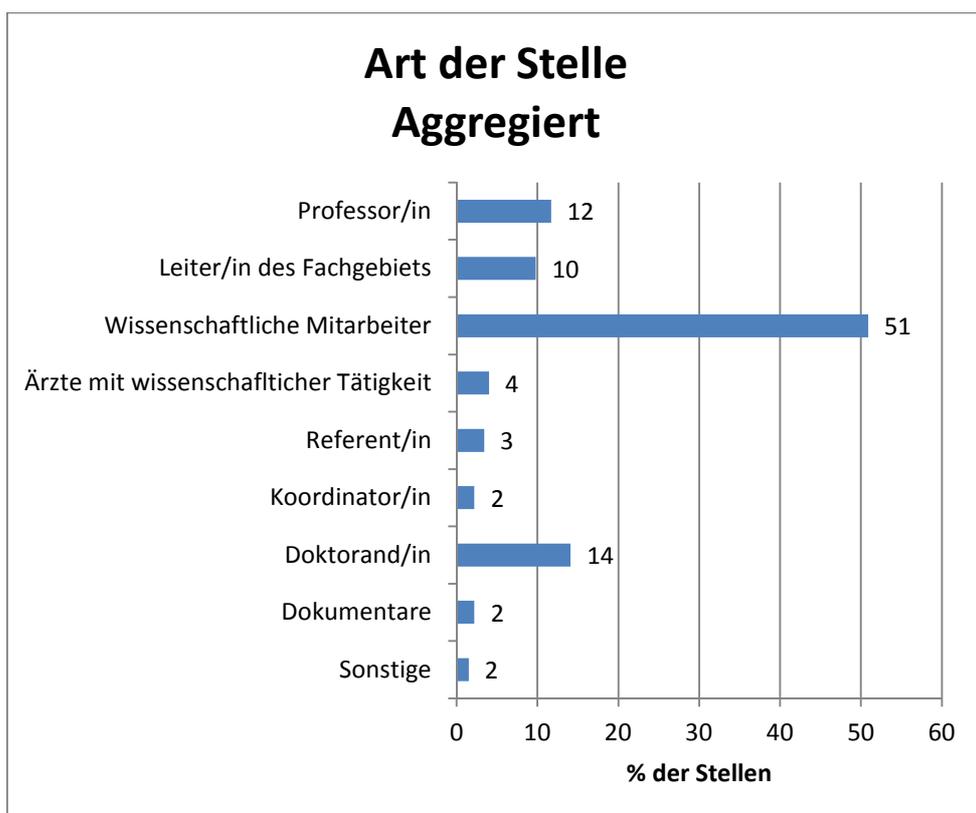


**Abbildung 11: Art des Arbeitgebers nach dem WHO Framework, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119)**

Alle Stellenanzeigen des RKIs wurden dem Handlungsfeld Leadership and Governance zugeordnet, da das RKI als Bundesinstitut eine regulierende, ministerielle Funktion erfüllt. Obwohl die Stellen inhaltlich auch der Informationssammlung und Gesundheitsberichterstattung zugeordnet werden können, ist der Arbeitgeber ein Organ der Regierung und fällt damit in das Handlungsfeld Leadership and Governance. Die 70 Stellen des RKI bilden 57% der Stellen, die diesem Handlungsfeld zugeordnet wurden. Ohne den Einfluss des RKI läge die Gewichtung dieser Art von Arbeitgeber bei ca. 10%.

### 5.1.1.2 Art der Stelle

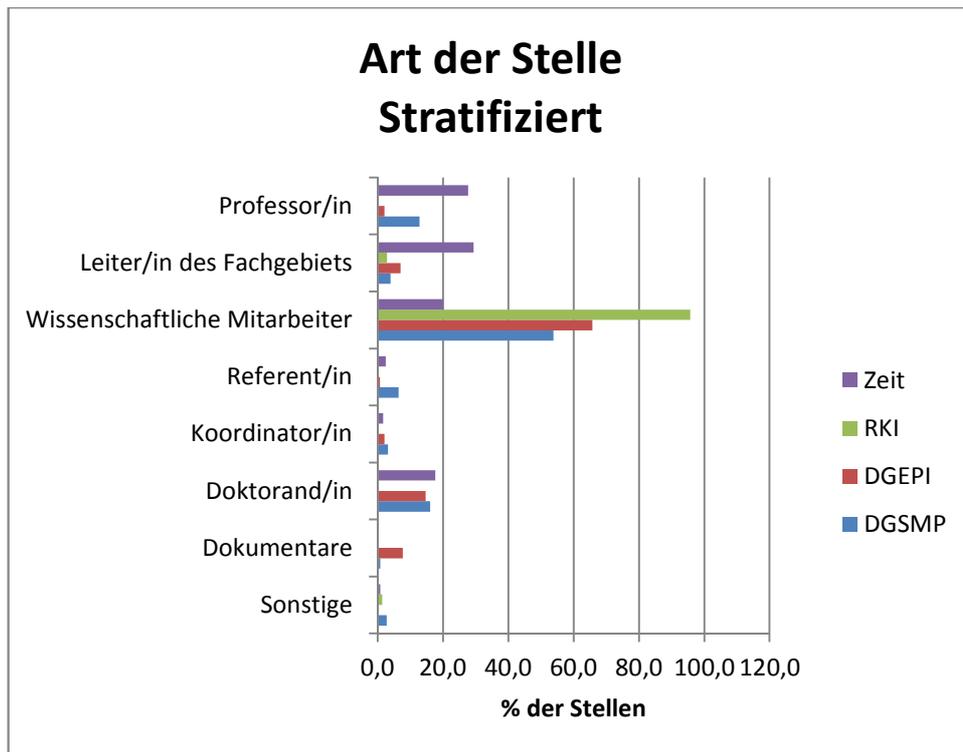
Abbildung 12 zeigt, dass die Stelle des wissenschaftlichen Mitarbeiters mit knapp über 50% am häufigsten ausgeschrieben wurde. Ärzte mit wissenschaftlicher Tätigkeit wurden separat erfasst, könnten aber mit den erreichten 4% der Kategorie wissenschaftliche Mitarbeiter zusätzlich zugeordnet werden.



**Abbildung 12: Art der Stelle, aggregiert in % der Stellen, n=581**

Die Nachwuchsförderung folgte mit 14% der Ausschreibungen in denen Doktoranden gesucht wurden. Des Weiteren sind die Stellenausschreibungen für Professuren mit knapp 12% und Leitende eines Fachgebiets mit knapp 10% zu nennen. Alle weiteren genannten Stellenbezeichnungen (Referent/in, Koordinator/in, Dokumentar/in) erreichten jeweils keine 5% der Ausschreibungen. Die Stellenbetitelung Angestellte/r, Berater/in, Experte/in, Verhandler/in, Monitor/in Feldvorbegeher/in wurden unter „Sonstige“ zusammengefasst und erreichten minimale 1,5% der Ausschreibungen

Die in Abbildung 13 dargestellte Stratifizierung der Kategorie Art der Stelle lässt wieder den Stellenwert des RKIs erkennen. 95% der Ausschreibungen des RKIs waren für wissenschaftliche Mitarbeiter und unterstützen die Dominanz dieser Stellenart.



**Abbildung 13: Art der Stelle, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119)**

Stellenausschreibungen aus DIE ZEIT weichen dagegen von den aggregierten Werten ab. In dieser Quelle wurden am häufigsten Fachgebietsleiter (30%) und Professuren (28%) ausgeschrieben. Ausschreibungen für wissenschaftliche Mitarbeiter (20%) und Doktorandenstellen (18%) waren wesentlich seltener vertreten.

### 5.1.1.3 Umfang der Stelle

Abbildung 14 stellt die Verteilung des Stellenumfangs auf Voll- und Teilzeitbeschäftigung dar. Der größte Anteil der Stellen (38%) wurde als Vollzeitstelle ausgeschrieben. Weitere 28% der Stellen waren Vollzeitstellen, die grundsätzlich teilbar waren und je nach Bedarf in Voll- oder Teilzeit besetzt werden konnten. Diese Art der Flexibilität ist für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausschlaggebend. Von den Stellenanzeigen, die keine Angabe über den Umfang der Stelle führten (18%), ist bei der Mehrzahl davon auszugehen, dass es sich um Vollzeitstellen handelt. Zusammengefasst bieten über 80% der Stellenanzeigen eine Vollzeitbeschäftigung an, was auf einen stabilen Arbeitsmarkt hindeutet. Etwa 14% der Stellen standen nur als Teilzeitstellen mit der halben wöchentlichen Arbeitszeit zur Verfügung.

Die Stratifizierung nach Quelle in Abbildung 15 lässt die Verzerrung durch DIE ZEIT und das RKI erkennen. DIE ZEIT bietet vornehmlich volle Stellen, was den

Leitungspositionen und Professuren entspricht. Das RKI ist mit seinen Stellenangeboten für wissenschaftliche Mitarbeiter, von denen 92% grundsätzlich teilbar sind, vorreitend.

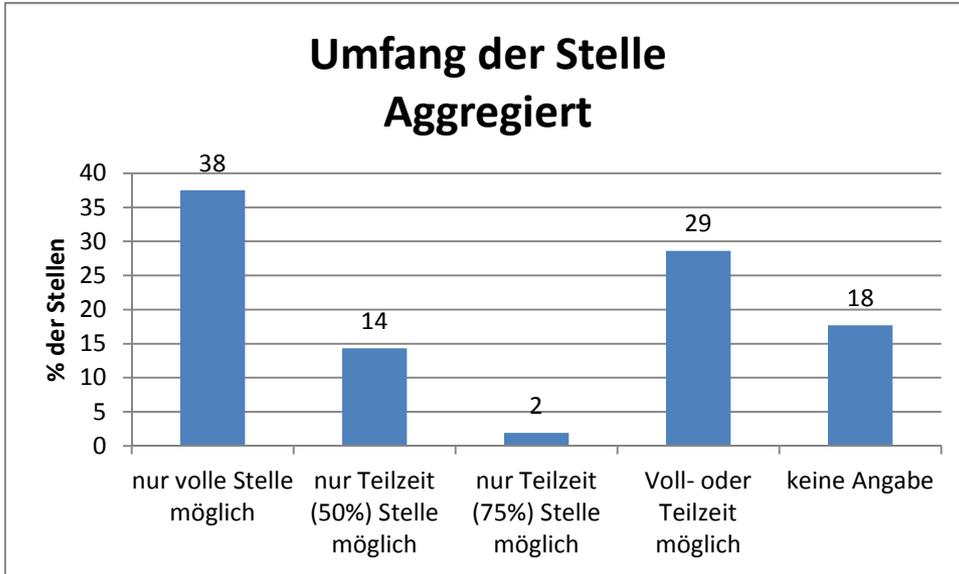


Abbildung 14: Umfang der Stelle, aggregiert in % der Stellen, n=581

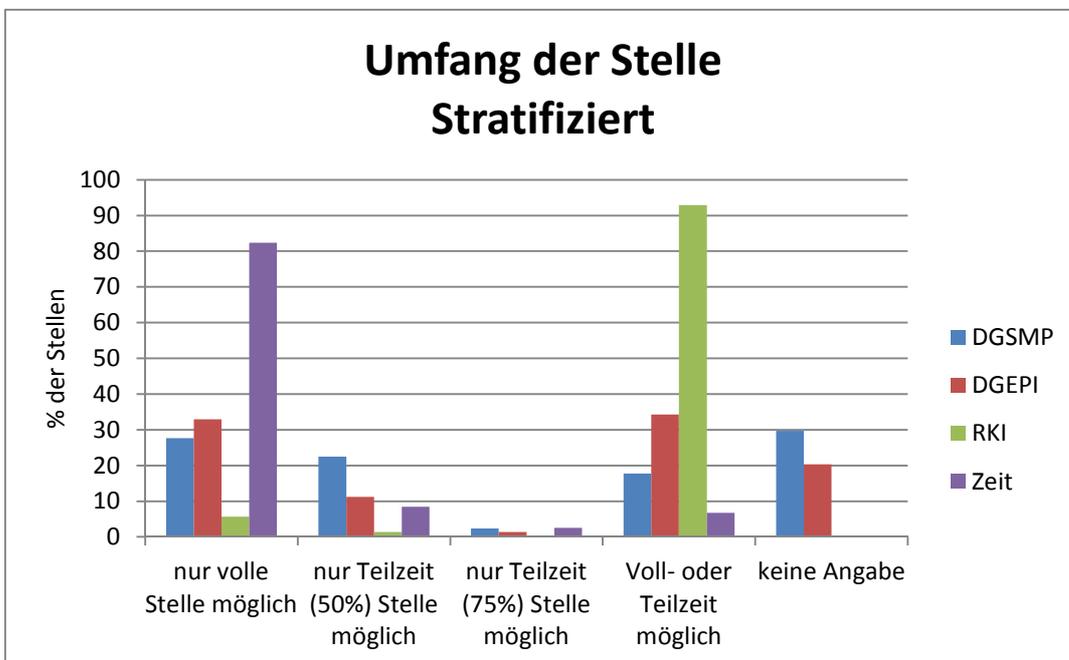


Abbildung 15: Umfang der Stelle, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSM n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119)

### 5.1.1.4 Befristung der Stelle

Bei der Befristung, dargestellt in Abbildung 16, waren ca 16% der Stellen auf ein Jahr oder weniger befristet. Etwas mehr als 25% der Stellen waren auf zwei Jahre befristet, was für den Arbeitnehmer einen vertretbaren Zeitraum darstellt. Zusammengefasst waren über 60% der Stellen auf zwei Jahre oder länger befristet. Unbefristete Stellen waren mit knapp 10% eher selten.

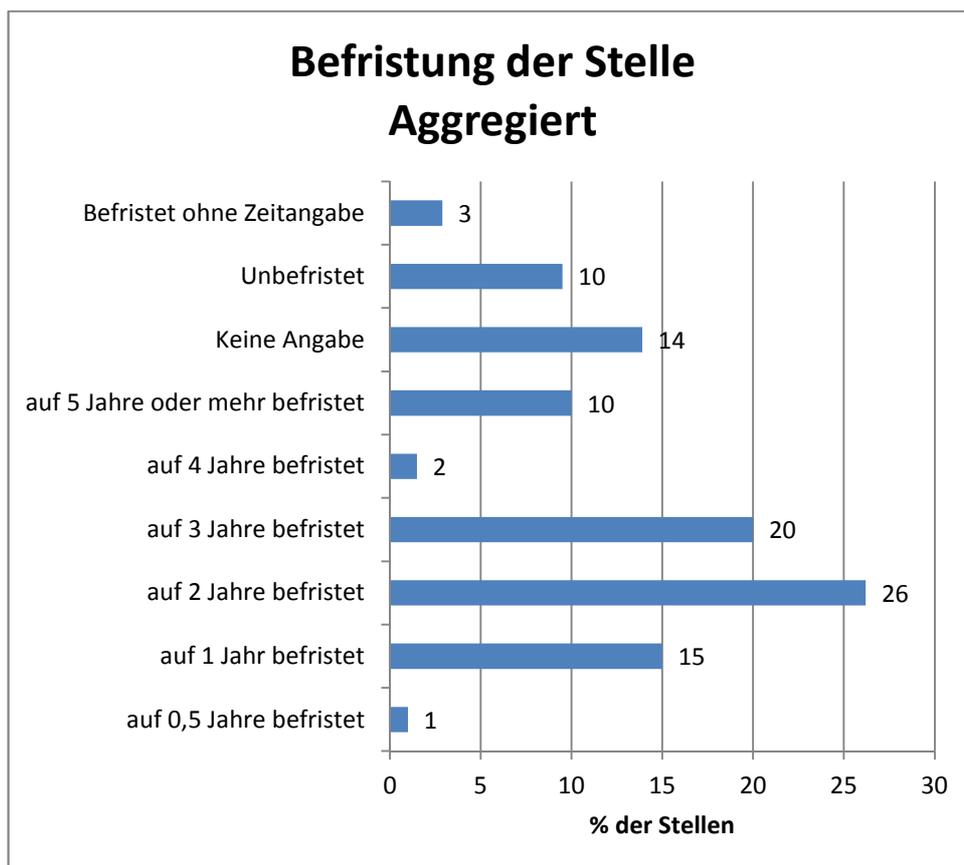


Abbildung 16: Befristung der Stelle, aggregiert in % der Stellen, n=581

Die Stratifizierung, dargestellt in Abbildung 17, lässt Unterschiede nach den Quellen der Ausschreibung erkennen. Sowohl die DGEPI als auch das RKI schreiben am häufigsten auf zwei Jahre befristete Stellen aus. Dies geht mit dem Bedarf der projektfinanzierten Wissenschaftslandschaft konform. DIE ZEIT schreibt eher unbefristete oder auf mindestens fünf Jahre befristete Stellen aus, was wiederum den vermehrt ausgeschriebenen Leitungspositionen und Professuren entspricht.

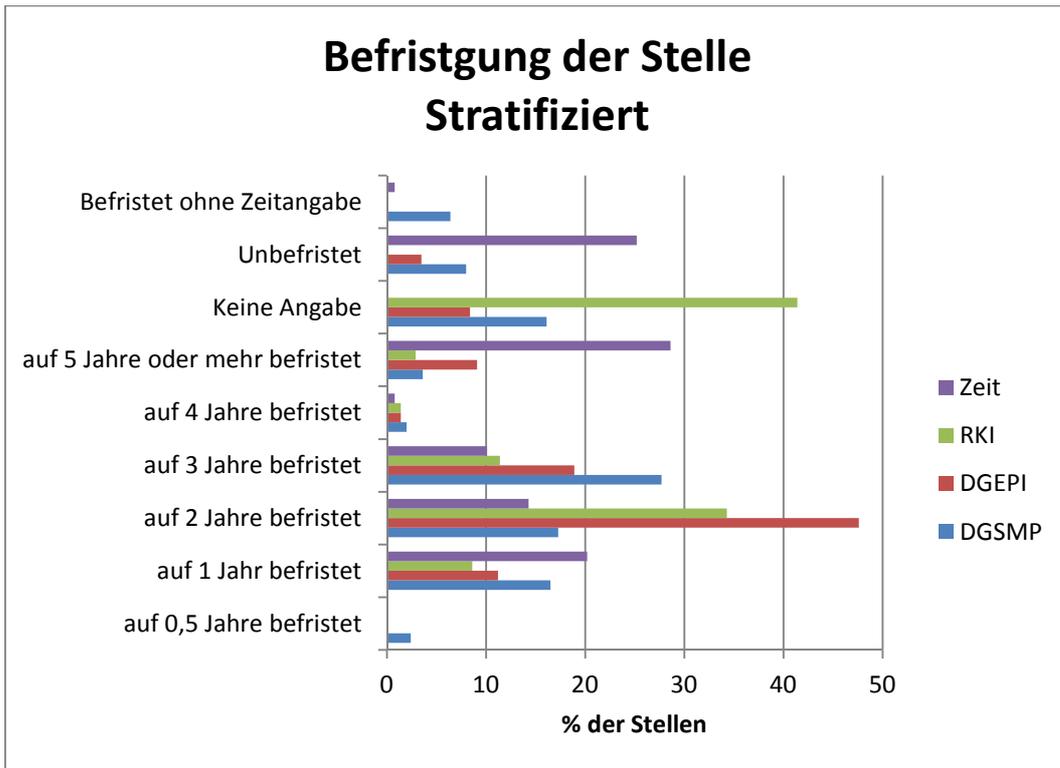


Abbildung 17: Befristung der Stelle, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119)

### 5.1.1.5 Vergütung der Stelle

Abbildung 18 stellt die erfassten Kategorien der Vergütung dar. Fast alle Stellen, die eine Gehaltsangabe machten, bieten eine Vergütung nach dem geltenden Tarifvertrag der Region. Nur 4% betitelten die Vergütung ohne weitere Quantifizierung mit „angemessen“. 1% der Stellenausschreibungen forderte die Angabe der Gehaltsvorstellungen bei der Bewerbung. Bei der Vergütung nach Tarifvertrag waren als meist genannte die Gehaltsstufen 13 und 14 mit 21% bzw. 18% vertreten.

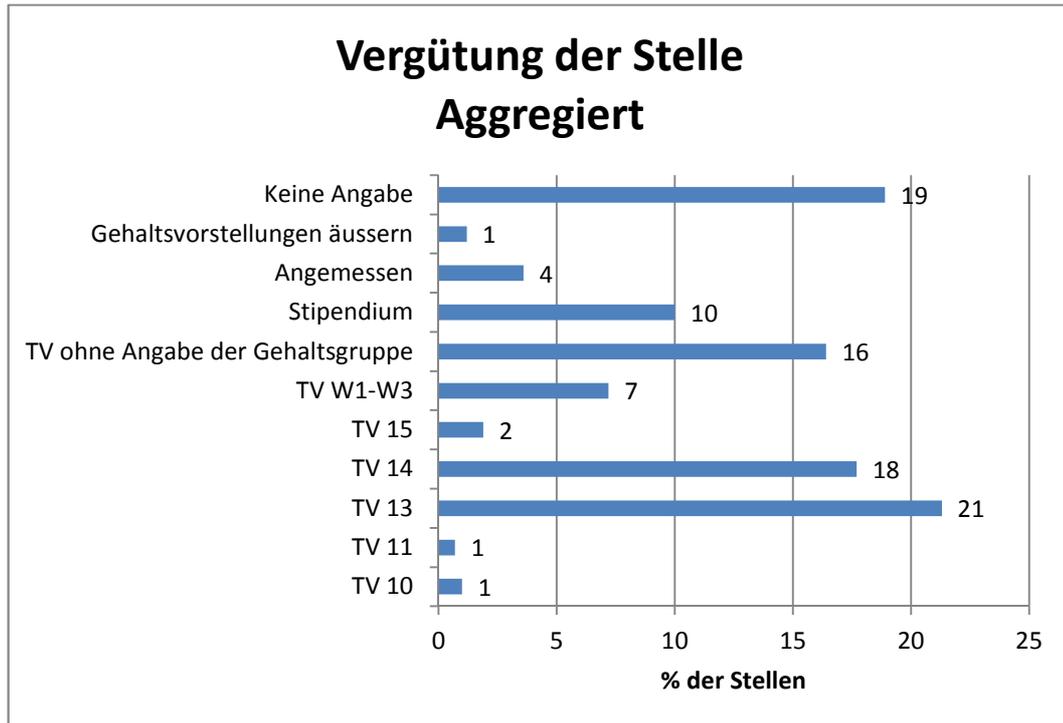


Abbildung 18: Vergütung der Stelle, aggregiert in % der Stellen, n=581

In der Stratifizierung (Abbildung 19) weicht das RKI von den aggregierten Werten ab, da es für die ausgeschriebenen wissenschaftlichen Mitarbeiter und Leitenden Angestellte ausschließlich Tarifvergütung anbietet. Für wissenschaftliche Mitarbeiter wird hierbei zu fast 75% die höhere Tarifgruppe 14 vergeben. DIE ZEIT trägt erwartungsgemäß maßgeblich zur Statistik in der Tarifgruppe für Professuren und den Stipendien für Promovenden bei.

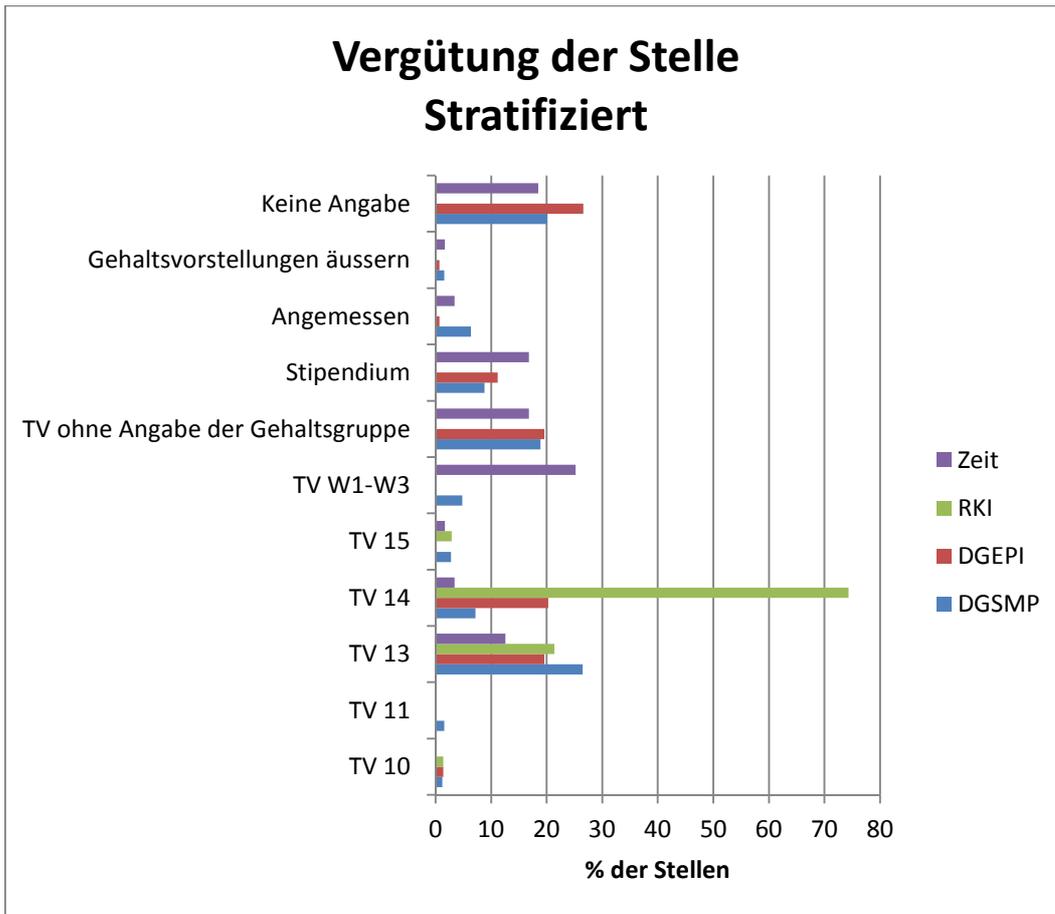


Abbildung 19: Vergütung der Stelle, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119)

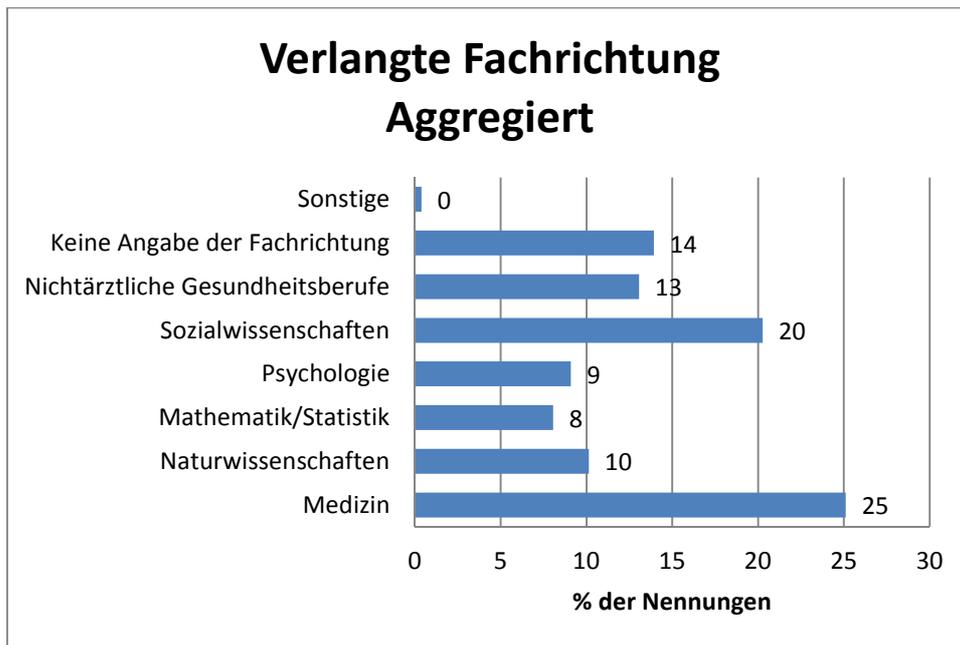
#### 5.1.1.6 Verlangte Fachrichtung des Studiums

Die in den Stellenanzeigen genannten Fachrichtungen, die für eine Beschäftigung in Frage kommen stellen ein buntes Bild dar. Es wurden ca. 20 Fachrichtungen explizit erfasst, die in den Stellenausschreibungen als für den Stelleninhaber geeignet aufgeführt wurden. Dabei wurden Angaben wie beispielweise Ökonomie und Wirtschaftswissenschaften zusammengeführt. Viele Stellenanzeigen zählten gleichzeitig mehrere Fachrichtungen als geeignet auf. Insgesamt wurden 1056 Nennungen zu Fachrichtung in den Stellenanzeigen gezählt. (Tabelle 17)

**Tabelle 17: Verlangte Fachrichtung des Studiums**

<b>Genannte Fachrichtungen Alphabetisch</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>	<b>Genannte Fachrichtungen Nach Anzahl</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Dokumentar	9	Medizin	264
Ernährungswissenschaften	7	Keine Angabe der Fachrichtung	147
Geographie	2	Sozialwissenschaften	138
Ökonomie, Gesundheitsökonomie	45	Gesundheitswissenschaften Health Science	116
Gesundheitswissenschaften Health Science	116	Naturwissenschaften	96
Kommunikation	5	Psychologie	96
Medizin	264	Statistik	76
Naturwissenschaften	96	Ökonomie, Gesundheitsökonomie	45
Öffentlicher Gesundheitsdienst	1	Pädagogik	22
Pädagogik	22	Pflegewissenschaften	22
Pflegewissenschaften	22	Dokumentar	9
Philosophie, Theologie	2	Ernährungswissenschaften	7
Politik	3	Kommunikation	5
Psychologie	96	Sport	4
Recht	1	Politik	3
Sozialwissenschaften	138	Geographie	2
Sport	4	Philosophie, Theologie	2
Statistik	76	Öffentlicher Gesundheitsdienst	1
Keine Angabe der Fachrichtung	147	Recht	1
<b>Summe der Nennungen</b>	<b>1056</b>	<b>Summe der Nennungen</b>	<b>1056</b>

Die Darstellung der in den Stellenanzeigen verlangten Fachrichtungen in Abbildung 20 bündelt die Nennungen nach Fachbereichen. Die Abbildung zeigt, dass die Medizin mit 25% der Nennungen die meist gesuchte Fachrichtung ist. Die Sozialwissenschaften folgen mit 20%. In dieser Darstellung ist die Psychologie mit 9% der Nennungen getrennt von den Sozialwissenschaften aufgeführt. Rechnet man sie wieder in die Kategorie hinein sind die Sozialwissenschaften im weiteren Sinne mit 29% die am meisten gesuchte Fachrichtung.



**Abbildung 20: Verlangte Fachrichtung des Studiums in % der Nennungen, Mehrfachnennung möglich, n= 1056**

### 5.1.1.7 Erwünschte Weiterbildung

Der Stellenwert einer Weiterbildung in Public Health oder Epidemiologie wird in Abbildung 21 dargestellt. Bei 44% der Stellenausschreibungen wurde eine Weiterbildung in entweder Public Health oder Epidemiologie erwünscht, wobei dies keine Einstellungs voraussetzung darstellte. Gesondert nur für Public Health bzw. für Epidemiologie liegen die Aussagen zur erwünschten Weiterbildung bei 10% bzw. 8% der Stellenanzeigen. In knapp 29% der Stellenanzeigen wird eine Promotion erwünscht. 30% der Stellen bieten die Möglichkeit zur akademischen Weiterqualifizierung (Promotion oder Habilitation) im Rahmen des Arbeitsverhältnisses. Knapp 25% der Stellen erwünschen Erfahrung mit wissenschaftlichem Publizieren oder Veröffentlichungen in Fachzeitschriften. Englische Sprachkenntnisse wurden in 50% der Stellenanzeigen verlangt.

Für die stratifizierten Werte kann hervorgehoben werden, dass DIE ZEIT im Vergleich zu den Fachgesellschaften und dem RKI die Zusatzqualifikation in Public Health oder Epidemiologie wesentlich seltener aufführt. Das RKI hingegen besonders oft. Des Weiteren ist auffallend, dass das RKI seine Mitarbeiter nicht mit der Möglichkeit zur wissenschaftlichen Weiterqualifikation anwirbt (Abbildung 22).

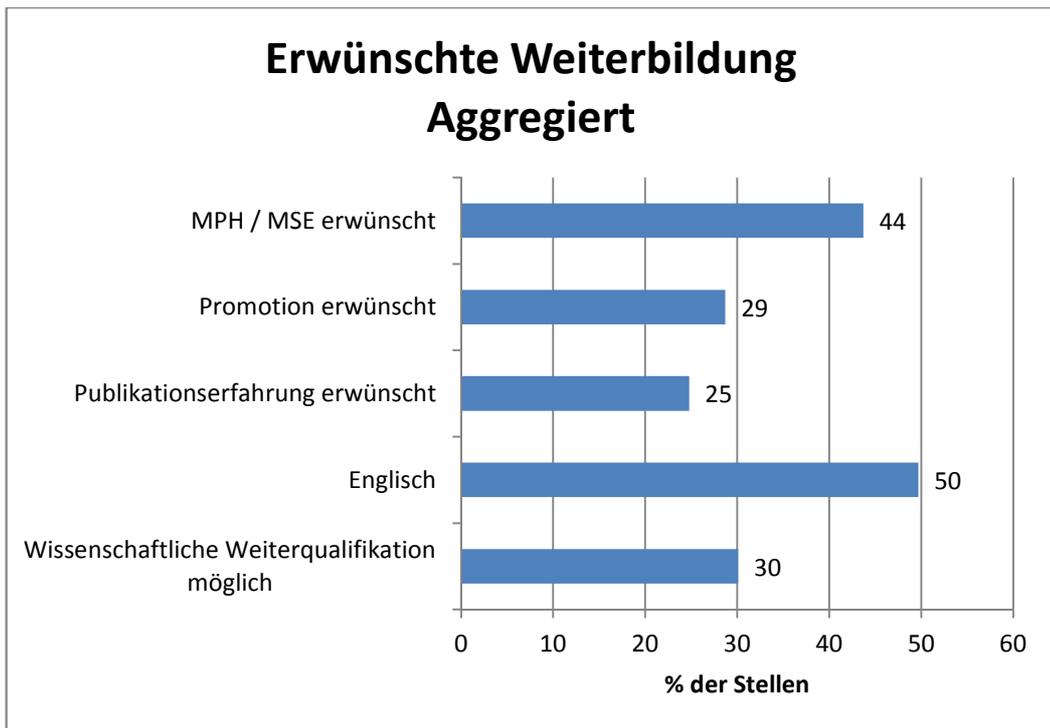


Abbildung 21: Erwünschte Weiterbildung, aggregiert in % der Stellen, n=581

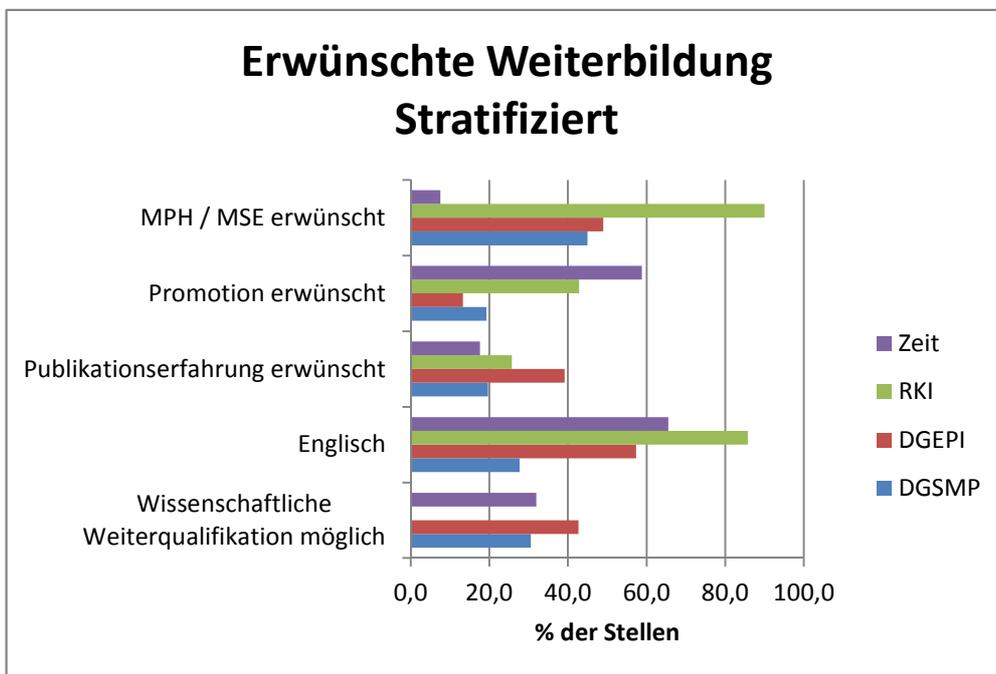


Abbildung 22: Erwünschte Weiterbildung, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSM n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119)

### 5.1.1.8 Einsatzort

Insgesamt wurden für 60 Standorte in Deutschland (Tabelle 18) und für 10 Standorte im Ausland (Tabelle 19) Mitarbeiter gesucht. Nicht alle Stellen gaben einen Einsatzort an.

**Tabelle 18: Einsatzort Deutschland**

<b>Einsatzort Deutschland</b>	<b>Anzahl</b>
Berlin	167
Berlin / Essen / Ausland	20
Heidelberg	38
Bremen	29
Greifswald	21
München	21
Hamburg	19
Hannover	18
Frankfurt am Main	13
Jena	13
Köln	13
Magdeburg	12
Bielefeld	11
Halle (Saale)	10
Leipzig	10
Mainz	10
Freiburg	9
Düsseldorf	8
Dresden	7
Mannheim	6
Potsdam	6
Bochum	5
Kiel	4
Münster	4
Oldenburg	4
Witten	4
Aalen	3
Bern	3
Bonn	3
Braunschweig	3
Eschborn	3

Essen	3
Lahr	3
Lübeck	3
Marburg	3
Augsburg	2
Erlangen	2
Mühlheim	2
Neubrandenburg	2
Oberschleißheim	2
Regensburg	2
Ulm	2
Würzburg	2
Zwickau	2
Bad Rothenfelde	1
Bayreuth	1
Fulda	1
Furtwangen	1
Günzburg	1
Hof	1
Idstein	1
Karlsruhe	1
Kleve	1
Ludwigshafen am Rhein	1
Mosbach	1
Norddeutschland	1
Reutlingen	1
Tübingen	1
Vallendar	1
Weingarten	1
Wuppertal	1
<b>Gesamt</b>	<b>497</b>

Der Standort Berlin lag mit 167 Nennungen an erster Stelle. Von den 167 waren 70 Stellenausschreibungen des RKIs und 57 Ausschreibungen aus DIE ZEIT. Zusätzlich warb eine Stellenanzeige der Stiftung Merkator, Studienstiftung des deutschen Volkes in DIE ZEIT um gleich 20 auszubildende Führungskräfte für den Einsatz bei internationalen Organisationen und Nichtregierungsorganisationen an den Standorten Berlin, Essen und im Ausland. Diese 20 Stellen sind nicht in der Gesamtanzahl zum Standort Berlin enthalten. Gebündelte Ausschreibungen in dieser Form haben ein großes Verzerrungspotential. Weitere gehäufte Public Health-relevante Arbeitsmöglichkeiten bieten die großen universitären Standorte.

**Tabelle 19: Einsatzort International**

<b>Einsatzort International</b>	<b>Anzahl</b>
Österreich, Wien	15
Australien	4
Vereinigtes Königreich, Cambridge	3
Ghana	3
Italien, Bozen	2
Vereinigte Staaten, New York	2
Schweiz, Zürich	2
Dänemark	1
Österreich, Graz	1
Ruanda, Kigali	1
Portugal, Lissabon	1
Niederlande, Maastricht	1
Kanada, Montreal	1
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>

### **5.1.2 Aufgabenspektrum der Stellen**

Neben den im Abschnitt 5.1.1. aufgeführten Rahmenbedingungen der Stelle wurden durch eine Inhaltsanalyse der Stellenanzeigen die Aufgaben und Tätigkeiten, die im Rahmen einer Beschäftigung durchzuführen waren, erfasst und deskriptiv ausgewertet. Dabei waren sowohl die Inhaltsbereiche als auch die zur Ausübung benötigten Kompetenzen von Interesse. Zunächst wurde die primäre Tätigkeit der Stellenanzeige identifiziert und eindeutig einer von drei Kategorien zugeordnet: Forschung, Steuerung im Gesundheitswesen oder Intervention. Für die Stellen, deren primäre Aufgabe die Forschung darstellte, wurde der Forschungsbereich kategorisiert und die zur Durchführung benötigte Methodenkompetenz identifiziert. Aufgaben, die zusätzlich oder ergänzend zur primären Tätigkeit verlangt wurden, z.B. die Gremienarbeit bei wissenschaftlichen Mitarbeitern, die vorrangig

an einem Forschungsprojekt arbeiten, wurden unter der Rubrik „Weitere Aufgaben“ kategorisiert und deskriptiv ausgewertet.

### 5.1.2.1 Primäre Tätigkeit

Auf Basis der Kategorisierung wurde für alle 581 Stellenanzeigen eine primäre Tätigkeit identifiziert. Die Darstellung findet sich in Abbildung 23. 87% der Stellenanzeigen suchten Mitarbeiter für Forschungstätigkeiten. Innerhalb dieser forschungsorientierten Gruppe schrieben ca. 50% pauschal die Mitarbeit bei Forschungsprojekten aus, während 30% explizit Mitarbeiter für epidemiologische Studien suchten, 4% Mitarbeiter für Evaluationsstudien und 3% Mitarbeiter für reines Datenmanagement, ohne dazu zwingend ein inhaltliches Verständnis des Forschungsthemas zu verlangen. Die verbleibenden 13% der Stellen, deren primäre Tätigkeit nicht die Forschung zum Gegenstand hatte, waren zu 7% für die übergeordneten Aufgaben der Steuerung im Gesundheitswesen zuständig (politische Interessenvertretung, Qualitätsmanagement, Leitung einer Abteilung oder Geschäftsführung). Zu 6% wurde in diesen Stellen die Durchführung oder Koordination von Interventionsprojekten ausgeschrieben.

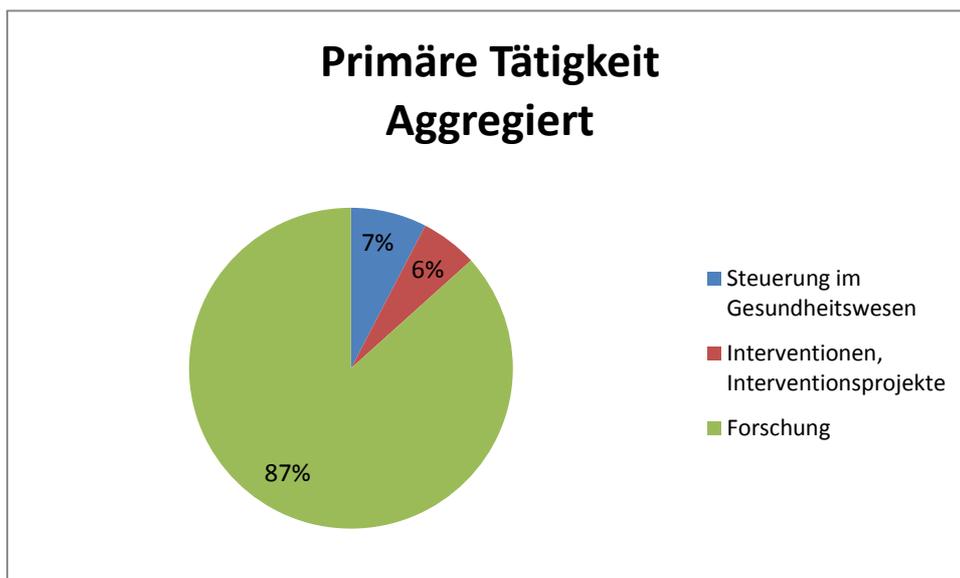


Abbildung 23: Primäre Tätigkeit, aggregiert in % der Stellen, n=581

Die Stratifizierung nach Quelle der Stellenanzeige zeigt nur bei den Stellenanzeigen der DGSMP eine nennenswerte Abweichung (Abbildung 24). Hier ist nur in 77% der Stellenanzeigen die primäre Tätigkeit als Forschung angegeben. 10% der Stellen beschäftigen sich mit der Steuerung im Gesundheitswesen und 12,4% führen Interventionsprojekte durch.

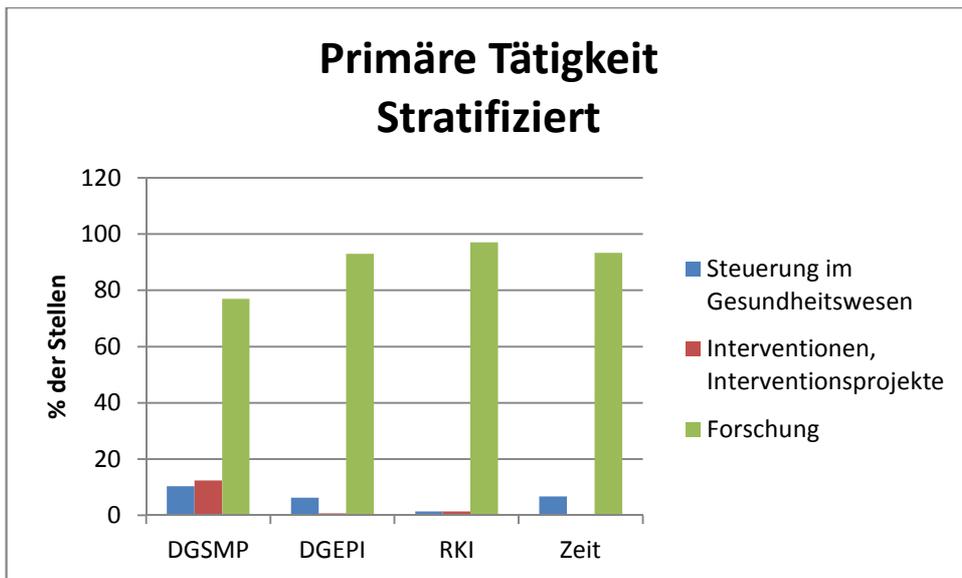


Abbildung 24: Primäre Tätigkeit, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Stellen (DGSMP n=249, DGEPI n=143, RKI n=70, DIE ZEIT n=119)

#### 5.1.2.2 Methodischer Schwerpunkt

Von den 581 Stellenanzeigen verlangten 308 eine Kenntnis spezifischer Forschungsmethoden. Bei diesen 308 Stellenanzeigen gab es 593 explizite Nennungen gewünschter Methodenkompetenz, deren Verteilung in Abbildung 25 dargestellt wird.

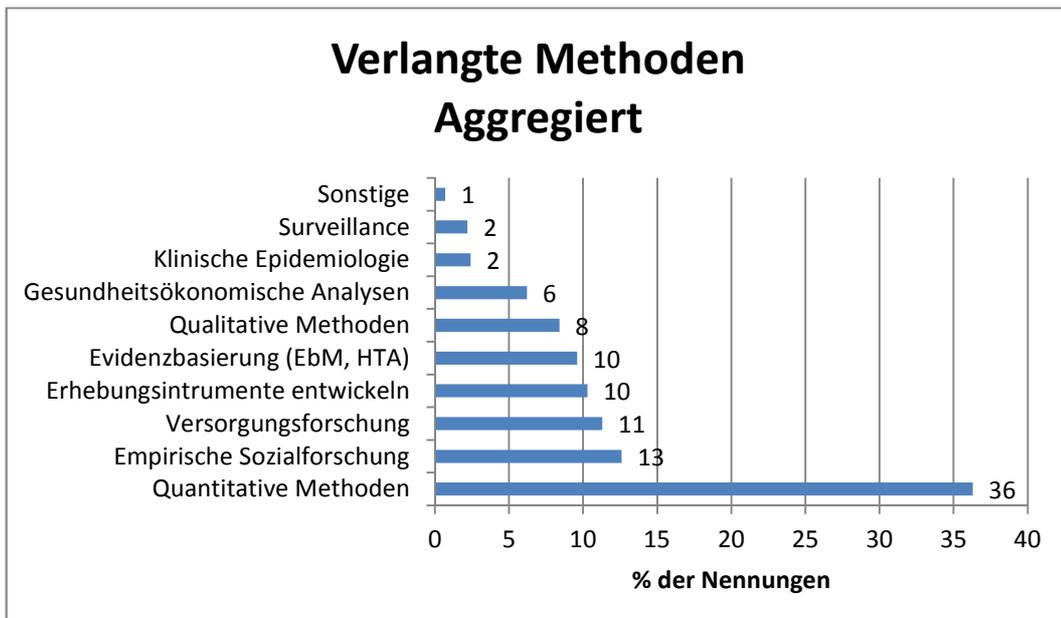
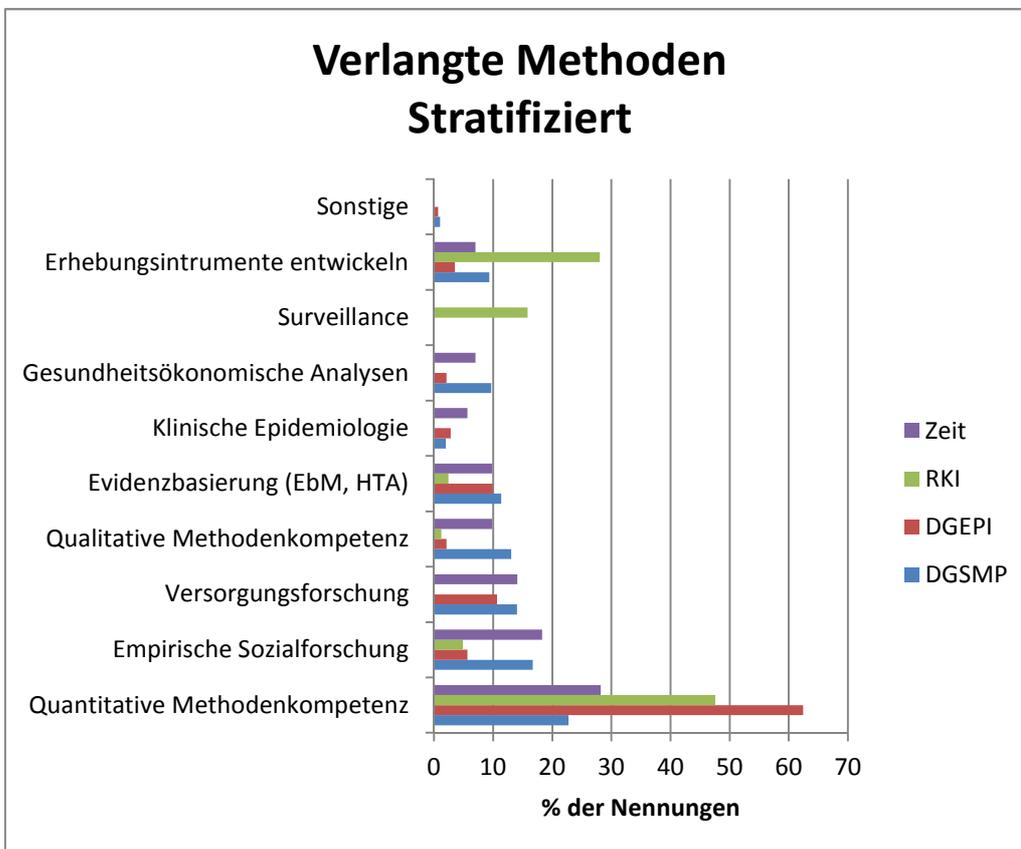


Abbildung 25: Verlangte Methoden, aggregiert in % der Nennungen, n=593

Mit über 36% der 593 Nennungen bildete die statistisch wissenschaftliche Auswertung quantitativer Daten die größte Kategorie. Empirische Sozialforschung, Versorgungsforschung, Entwicklung von Erhebungsinstrumenten, Evidenzbasierung, und Qualitative Methodenkompetenz stellten jeweils ca. 10% der Nennungen dar. Die Fähigkeit, gesundheitsökonomische Analysen durchzuführen kam auf 6% der Nennungen, während klinische Epidemiologie und Surveillance jeweils ca. 2% der Nennungen ausmachten. Die Kategorie „Sonstige“ besteht aus der einzigen Nennung zur Gesundheitssystemforschung und einer Nennung zu Molekularer Epidemiologie. Eine trennscharfe Abgrenzung der genannten Methoden ist nicht gewährleistet und es bestehen zwischen den Methoden breite Überlappungen. Die empirische Sozialforschung z.B. kann sowohl mit quantitativen oder qualitativen Forschungsansätzen durchgeführt werden und einen Beitrag zur Versorgungsforschung leisten.



**Abbildung 26: Verlangte Methoden in % der Nennungen, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige (Anzahl der Nennungen DGSMP n=299, DGEPI n=141, RKI n=82, DIE ZEIT n=71)**

Die Stratifizierung der Ergebnisse (Abbildung 26) nach den verschiedenen Quellen der Stellenanzeigen zeigt eher heterogene Schwerpunkte bei den verlangten Methodenkompetenzen. Die DGEPI und das RKI verlangen zu 62% und 56% sehr

häufig den Umgang mit quantitativen Methoden. Das RKI stellt zusätzlich mit 33% der Nennungen einen Ausreißer bezüglich der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten dar. Die Stellen der DGSMP sind hingegen mit 27% der Nennungen zu quantitativen Methoden, 20% zur empirischen Sozialforschung und jeweils über 10% zu den weiteren Methoden mit der Ausnahme von Klinischer Epidemiologie und Surveillance eher ausgewogen.

### 5.1.2.3 Statistikprogramme

Die hohe Anzahl an Nennungen für quantitative statistische Methodenkompetenz (n=215) wird untermauert von der Anzahl der Nennungen zu gewünschter Erfahrung im Umgang mit Statistikprogrammen. Insgesamt 124 Stellenanzeigen führten explizit Statistikprogramme auf, mit denen sie einen gekonnten Umgang wünschten. Es gab 250 Nennungen von Statistikprogrammen, wobei SAS mit 35% der Nennungen und SPSS mit 32% der Nennungen am meisten gefragt waren. STATA lag bei 17% der Nennungen und R mit 7% weit dahinter. Des Weiteren gab es Nennungen zu Programmen für die Handhabung relationaler Datenbanken wie Microsoft Access, Oracle und SQL, aber auch spezifisch für die Modellierung und Auswertung epidemiologischer Daten mit MPLUS, Epicure und Epi Info. Diese beliefen sich gebündelt auf weitere 9% der Nennungen.

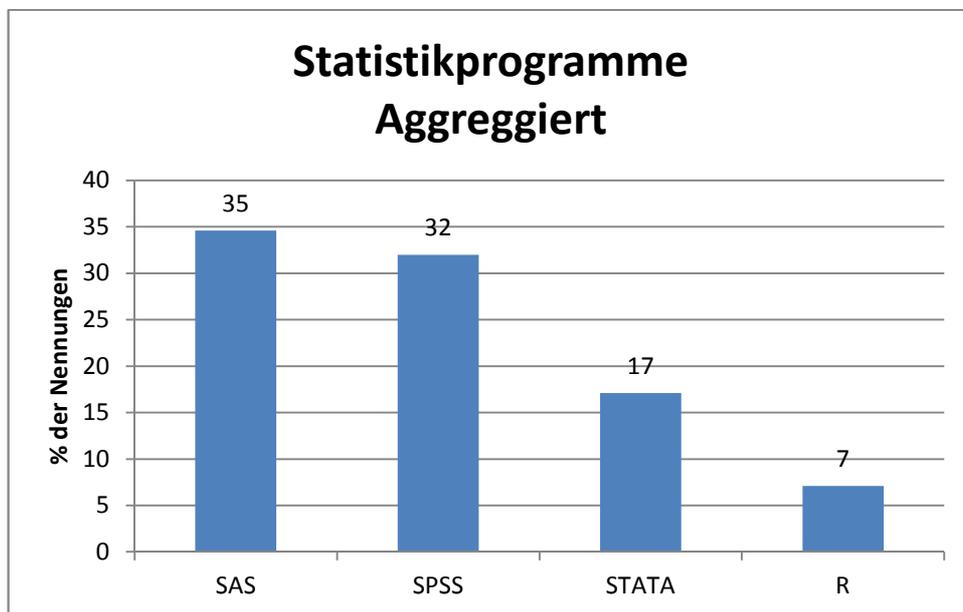
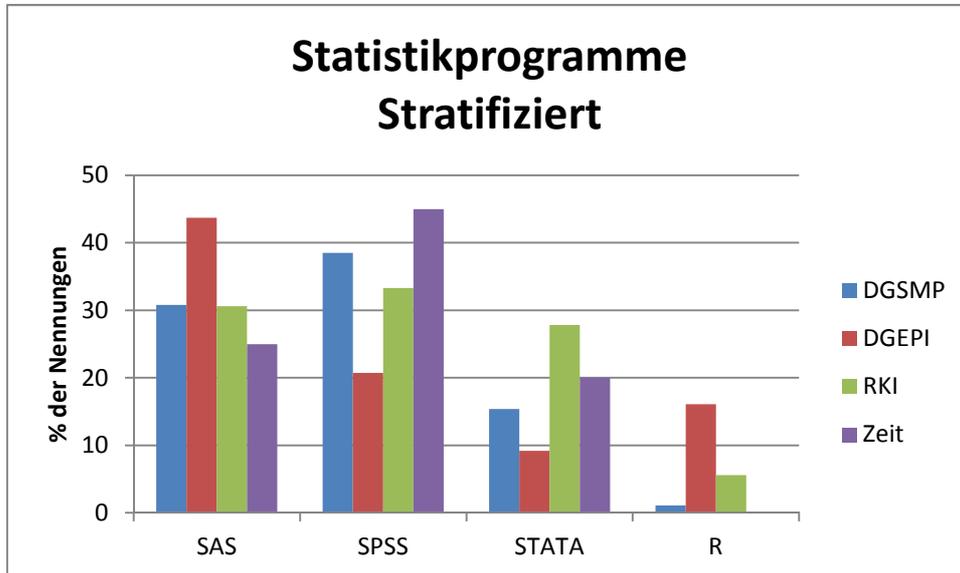


Abbildung 27: Statistikprogramme, aggregiert in % der Nennungen, n=270

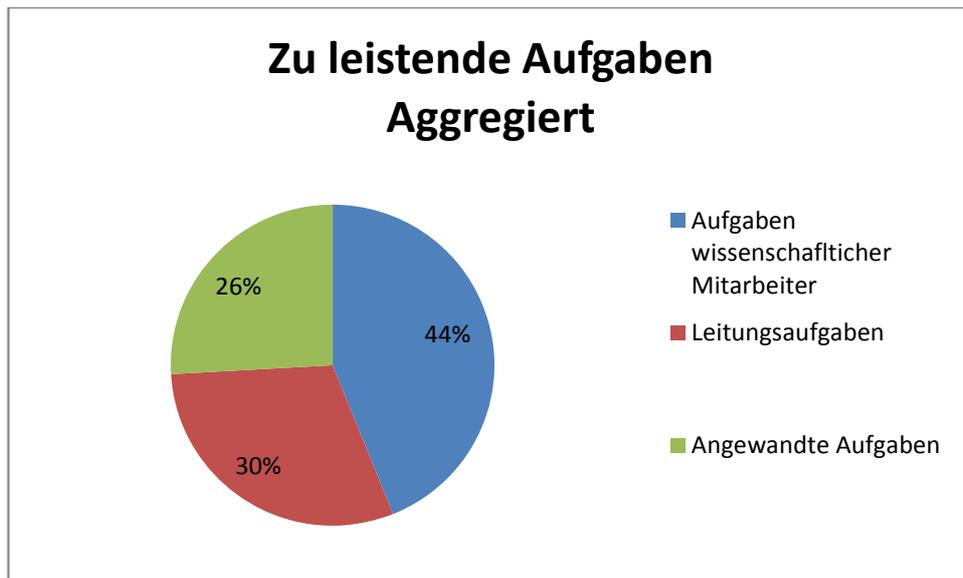
Die Stratifizierung in Abbildung 28 weist auf von den Fachgesellschaften bevorzugte Statistikprogramme hin. Die DGEPI bevorzugt SAS. Die DGSMF und DIE ZEIT hingegen SPSS. Nur in der DGEPI wird R routinemäßig verwendet.



**Abbildung 28: Statistikprogramme in % der Nennungen, stratifiziert nach Quelle der Stellenanzeige in % der Nennungen (Anzahl der Nennungen DGSMF n=91, DGEPI n=87, RKI n=72, DIE ZEIT n=20)**

#### 5.1.2.4 Zu leistende Aufgaben

Zusätzlich zu den drei Kategorien, die sich für die primäre Tätigkeit bilden ließen (Forschung, Steuerung im Gesundheitswesen und Interventionen) wurden in den Stellenanzeigen weitere zu leistende Aufgaben genannt und in Abbildung 29 dargestellt. Insgesamt gab es hierzu 1151 Nennungen. Aus diesen Nennungen lassen sich wieder drei Subkategorien bilden: Erstens Aufgaben, die klassischerweise von wissenschaftlichen Mitarbeitern in Forschung und Lehre geleistet werden. Zweitens Leitungsaufgaben (z.B. Personalführung, Konzeptentwicklung, Gremienarbeit, etc.) und als Drittes angewandte Aufgaben in der Beratung, Schulung von Fachpersonal, Öffentlichkeitsarbeit oder Feldarbeit.



**Abbildung 29: Zu leistende Aufgaben, aggregiert in % der Nennungen, n=1151**

Die Subkategorie der Aufgaben wissenschaftlicher Mitarbeiter ist mit 44% der Nennungen, entsprechend der hohen Anzahl von Stellenanzeigen für wissenschaftliche Mitarbeiter, am stärksten vertreten. Leitungsaufgaben machen 30% der Nennungen aus und angewandte Aufgaben 26%. Eine weitere Ausdifferenzierung dieser drei Subkategorien folgt der stratifizierten Darstellung.

Die Stratifizierung in Abbildung 30 zeigt deutliche Unterschiede in den Schwerpunkten der Aufgabenverteilung nach Quelle der Stellenanzeige auf. Das RKI und die DGSMP ähneln sich am meisten und weisen alle drei Subkategorien zu ca. je einem Drittel vor. Die DGEPI hingegen setzt mit 62% der Nennungen einen deutlichen Schwerpunkt bei den klassischen Aufgaben wissenschaftlicher Mitarbeiter. Bei den Stellenanzeigen aus DIE ZEIT hingegen stehen die Leitungsaufgaben mit fast 50% der Nennungen im Vordergrund.

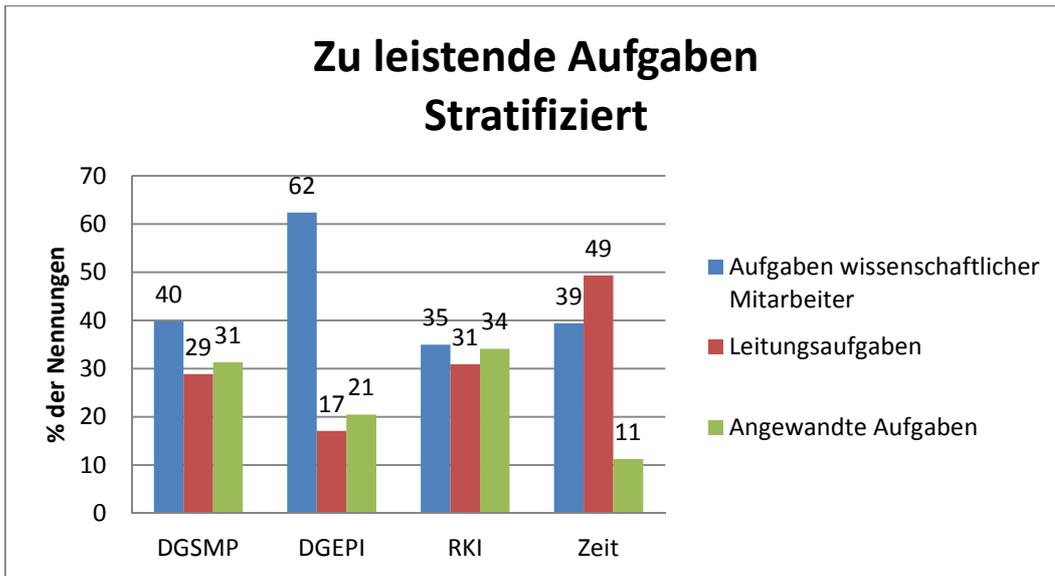


Abbildung 30: Zu leistende Aufgaben in % der Nennungen, stratifiziert nach Quelle (Anzahl der Nennungen DGSMP n=467, DGEPI n=258, RKI n=223, DIE ZEIT n=203)

#### 5.1.2.5 Aufgaben von wissenschaftlichen Mitarbeitern

Wissenschaftliche Mitarbeiter werden generell für die Mitarbeit bei Forschung und Lehre eingestellt. Abbildung 31 stellt die Schwerpunkte der Tätigkeit in dieser Unterkategorie dar.

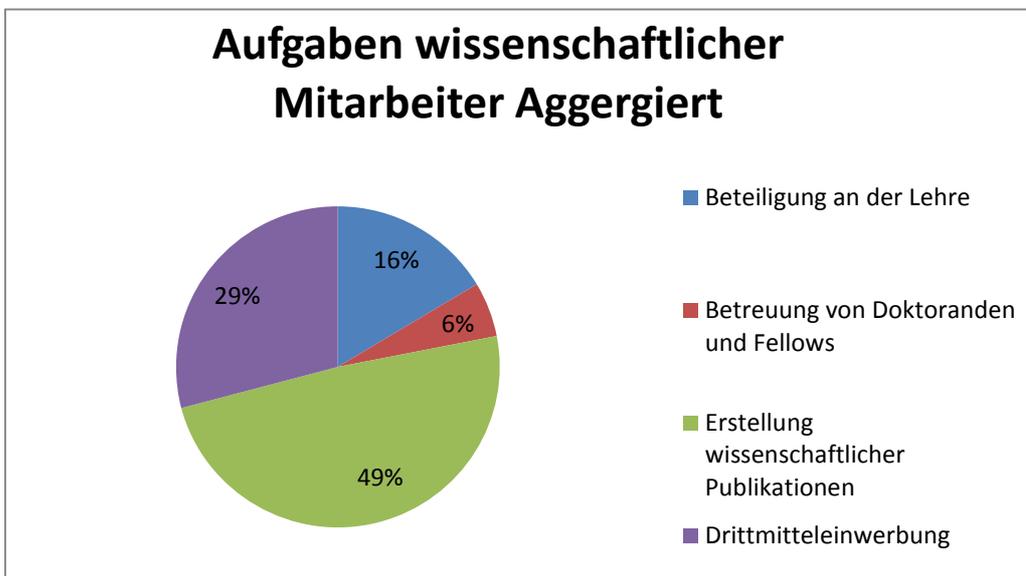


Abbildung 31: Aufgaben wissenschaftlicher Mitarbeiter, aggregiert in % der Nennungen, n=505

Die Erstellung wissenschaftlicher Publikationen hatte mit fast 50% der 505 Nennungen oberste Priorität. An nächster Stelle hatte die Einwerbung von Drittmitteln mit 29% der Nennungen eine große Wichtigkeit. Die verbleibenden 22% der Nennungen verteilten sich etwas ungleich auf die Beteiligung an der Lehre (16%) und die Betreuung von Doktoranden (6%).

### 5.1.2.6 Leitungsaufgaben

Zu Leitungsaufgaben wurden die Personalführung und konzeptionelle und richtungweisende Aktivitäten gezählt. Die Vernetzung mittels Kooperationen und Gremien war in dieser Unterkategorie mit 47% die meist genannte Leitungsaufgabe. Das interne Qualitätsmanagement zusammengefasst mit der externen vergleichenden Qualitätssicherung lag bei 22% der Nennungen. Die Entwicklung von Modulen und Lehrkonzepten, die vornehmlich auf die Professorenstellen zutrifft, lag bei 18% der Nennungen. Die Personalführung kam in nur 10% der Nennungen vor. (Abbildung 32)

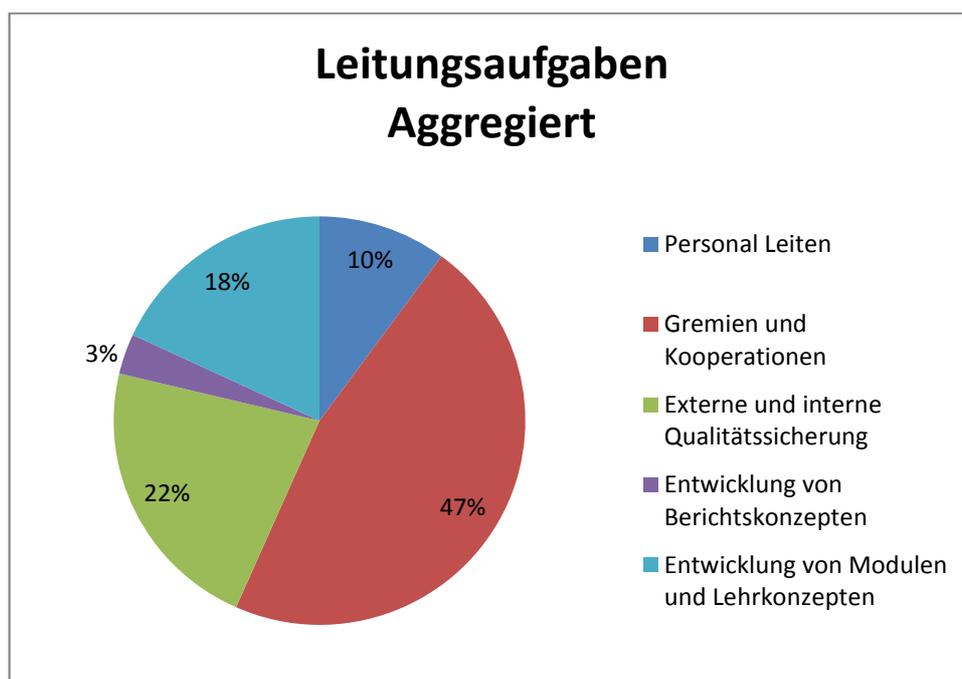


Abbildung 32: Leitungsaufgaben, aggregiert in % der Nennungen, n=348

### 5.1.2.7 Angewandte Aufgaben

In die Kategorie Angewandte Aufgaben wurden Tätigkeiten aufgenommen, die praktisch umgesetzt werden müssen und einen Bezug zu einer Zielgruppe haben. Der größte Anteil war mit 34% der Nennungen der der Beratung und Schulung von Fachpersonal inklusive der Durchführung von Fachpräsentationen. Zu dieser Art von angewandter Aufgabe kann auch die Erstellung von Fachberichten mit

22% gezählt werden. Damit hätte die Informationsvermittlung an fachspezifische Personen mit 56% einen deutlichen inhaltlichen Schwerpunkt der zu erfüllenden Aufgaben. Die Öffentlichkeitsarbeit, die sowohl die Verfassung redaktioneller, allgemein zugänglicher Schriften und Broschüren umfasst als auch die Organisation und Durchführung von Konferenzen und Workshops, macht mit 23% knapp ein Viertel dieser Kategorie aus. Ein Fünftel der Nennungen (21%) betrifft die Durchführung von Erhebungen und Feldarbeit. (Abbildung 33)

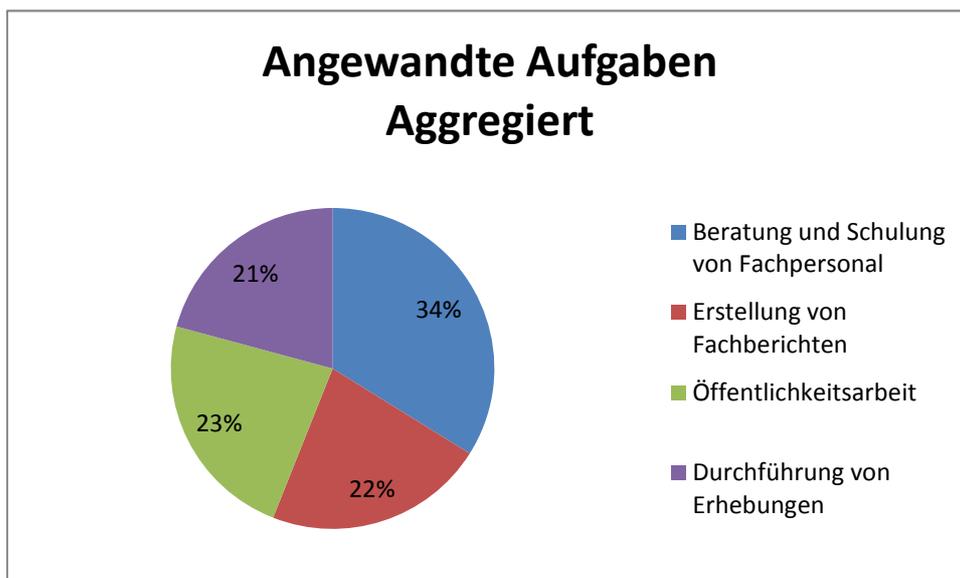


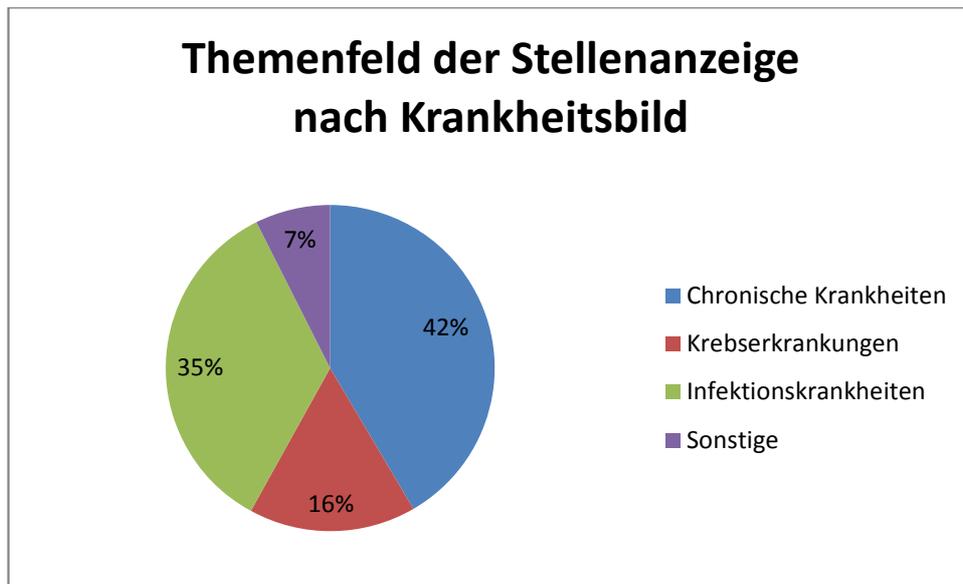
Abbildung 33: Angewandte Aufgaben, aggregiert in % der Nennungen=298

### 5.1.3 Themenfelder der Stellenanzeigen

Für jede der 581 Stellenanzeigen wurde das angegebene Themenfeld der Tätigkeit erfasst. Da sich eine unüberschaubare Breite darstellte, wurden die Themenfelder in den Kategorien Krankheitsbild, Zielgruppe, Versorgungsbereich und inhaltliche Ausrichtung ausgewertet. Somit spiegeln sich Stellenanzeigen, die sich z.B. mit chronischen Krankheiten bei älteren Menschen beschäftigen sowohl in der Kategorie „Krankheitsbild“ als auch einer Zielgruppe wieder.

#### 5.1.3.1 Krankheitsbild

Bei den Krankheitsbildern gab es eindeutige Schwerpunkte bei chronischen Krankheiten, Infektionskrankheiten und Krebserkrankungen. (Abbildung 34)



**Abbildung 34: Themenfeld der Stellenanzeige nach Krankheitsbild in % der Nennungen, n=246**

Der pauschale Begriff „Chronische Krankheiten“ umfasst auch die ausdifferenzierten Krankheitsbilder im Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen, Multimorbidität, psychischen Krankheiten, Adipositas, Diabetes, Asthma, Demenz und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Dabei machen die explizit genannte Multimorbidität 15%, die psychischen Krankheiten 14% und die kardiovaskulären Erkrankungen 12% der chronischen Krankheiten aus und bilden erkennbare Größen bei den Stellenanzeigen. Die Infektionskrankheiten werden von HIV dominiert, die 26% der Nennungen innerhalb dieser Gruppe ausmachten, gefolgt von gastroenteralen Infektionen, die bei 10% der Nennungen lagen. Nennungen zu Gewalt, Passivrauchen, oder Suizid finden sich unter „Sonstige“.

#### 5.1.3.2 Zielgruppe

Die in den Stellenanzeigen am häufigsten ausdifferenzierten Zielgruppen waren mit jeweils ca. 30% alte Menschen und Kinder (Abbildung 35). Des Weiteren wurden Patienten, Arbeitnehmer, Ärzte, Frauen, Migranten und Erwachsene als Zielgruppe identifiziert. Auch Zielgruppen im Setting wurden identifiziert, z.B. Schüler an Schulen oder Berufsschulen, Arbeitnehmer oder Arbeitnehmer der Europäischen Union.

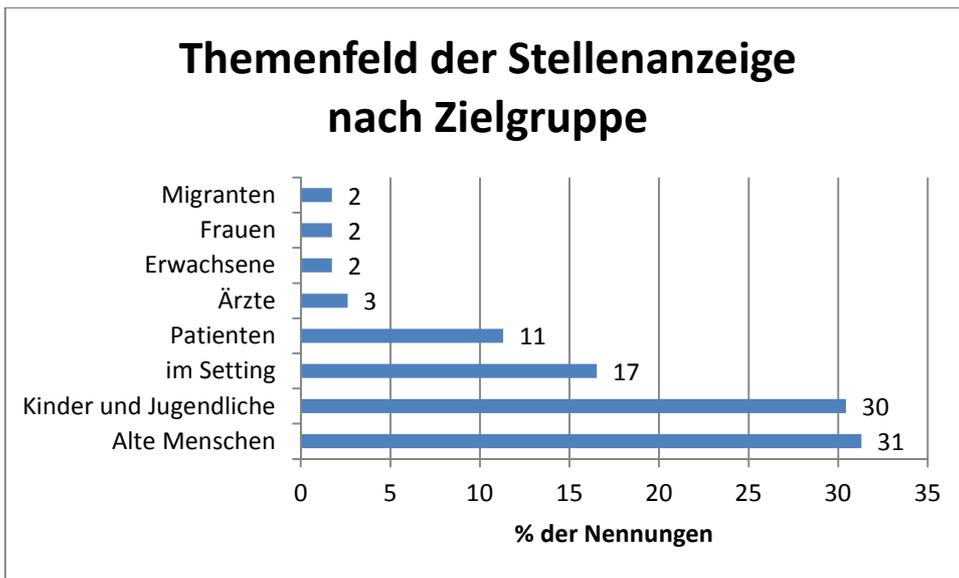


Abbildung 35: Themenfeld der Stellenanzeigen nach Zielgruppe in % der Nennungen, n=115

#### 5.1.3.3 Versorgungsbereich

Bei der Zuordnung der Themenfelder zu Versorgungsbereichen ergaben die verschiedenen Bereiche der medizinischen Versorgung mit fast 28% der Nennungen den größten Schwerpunkt (Abbildung 36).

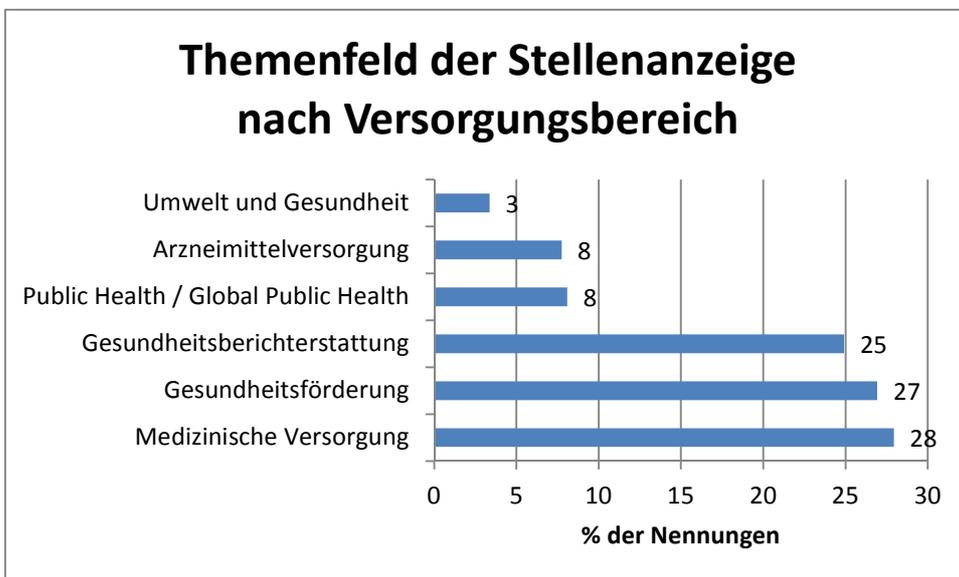


Abbildung 36: Themenfeld der Stellenanzeige nach Versorgungsbereich in % der Nennungen, n=297

In dem Begriff Versorgung sind die hausärztliche Versorgung, Notfallmedizin, Komplementärmedizin, neue Versorgungsmodelle, Versorgung am Lebensende, Langzeitversorgung, Ergo- und Physiotherapie, etc. enthalten. Dabei ist hervorzuheben, dass die Rehabilitation und Pflege fast 40% dieser Kategorie bildeten. Mit fast 27% der Nennungen bildete der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention den nächsten Schwerpunkt. In dieser Kategorie war auch Beratung und das große Feld Ernährung und Bewegung enthalten. Als drittes folgte der Bereich Gesundheitsberichterstattung, Registerführung, Gesundheitsmonitoring und Surveillance mit fast 25%. Des Weiteren bilden Public Health auch im Globalen Kontext, Arzneimittelversorgung und die Einflüsse der Umwelt nennenswerte Versorgungsbereiche, die in den Stellenanzeigen benannt werden.

#### **5.1.3.4 Inhaltliche Ausrichtung**

Die in den Stellenanzeigen angegebene inhaltliche Ausrichtung ist umfassend und deckt zusätzlich zu den Krankheitsbildern, der Zielgruppe und den Versorgungsbereichen ein breites Spektrum ab. Im Gesundheitswesen standen die Steuerung, die weitere Ausgestaltung der Sozialversicherungen, Fragen der Priorisierung von Versorgungsleistungen, die weitere Ausdifferenzierung des Leistungskatalogs und die Erarbeitung und Umsetzung von Leitlinien und Richtlinien im Vordergrund. Auch die Optimierung der Vergütung im ambulanten und stationären Bereich, das Fehlermanagement und innovative Entwicklungen wie e-Health und die elektronische Gesundheitskarte wurden genannt.

Im akademischen Bereich nehmen die Curriculumsentwicklung, die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und die Koordination von Graduiertenschulen einen großen Stellenwert ein. Insgesamt spielen die soziale Ungleichheit, Gender, Demographischer Wandel, Urbanisierung und Lebensqualität eine entscheidende Rolle. Diese Themen werden mittels Partizipation, Entstigmatisierung, interkultureller Zusammenarbeit und politischer Interessenvertretung erforscht und bearbeitet. Multimedikation, Mobilität und Kommunikation sind besonders im Alter wichtige Zielgrößen. Neue Themenfelder lassen sich in genetischen Assoziationen, Bioethik und Biomarkern finden. Eine Tabelle aller Nennungen befindet sich im Anhang.

#### **5.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Stellenauswertung**

Die Auswertung der Stellenanzeigen deutet auf einen eher forschungsorientierten Arbeitsmarkt hin. 87% der Stellenanzeigen suchten Mitarbeiter für eine Forschungstätigkeit. Dementsprechend oft wurde auch die Methodenkompetenz zur Durchführung von empirischen Forschungsvorhaben gesucht. Quantitative Methoden wurden dabei mit 36% der Nennungen mindestens drei Mal so oft genannt wie die empirische Sozialforschung, Versorgungsforschung, Evidenzbasierung, gesundheitsökonomische Evaluation und qualitative Forschung. Die meist genannten Softwareprogramme zur Auswertung von Daten waren SAS und SPSS.

Nur 7% der Stellenanzeigen suchten Mitarbeiter für Tätigkeiten in der Steuerung im Gesundheitswesen und nur 6% für Interventionsmaßnahmen.

Gesucht wurden nahezu gleichermaßen Akademiker aus den Fachrichtungen Medizin, Naturwissenschaften und Sozialwissenschaften. Dies validiert die Interdisziplinarität von Public Health. Eine Weiterbildung in Public Health oder Epidemiologie wurde in 44% der Stellen gewünscht. Zusätzlich wurden in 25% der Stellen Publikationserfahrung gewünscht.

Die Hälfte (51%) der ausgewerteten Stellen waren für wissenschaftliche Mitarbeiter ausgeschrieben. Sie entsprachen bezüglich ihrer Vergütung und Befristung der akademischen Ausbildung. Weniger als 2% der Stellenanzeigen boten eine Vergütung unter der Tarifstufe 13. Nur 16% der Stellen waren auf weniger als zwei Jahre befristet. Die Stellen wurden deutschlandweit ausgeschrieben, wobei 38% ihren Einsatzort in Berlin hatten.

Die durchzuführenden Aufgaben waren zu 44% die klassischen Aufgaben von wissenschaftlichen Mitarbeitern in Forschung und Lehre und zu 30% Leitungsaufgaben, inklusive Personalführung und Gremienarbeit. Zu 26% wurden in den Stellenanzeigen eher angewandte Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit, Schulung von Fachpersonal, Erstellung von Fachberichten, etc. aufgeführt.

Arbeitgeber kamen zu 47% aus der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen (Health Work Force). 28% der Arbeitgeber waren Institutionen der Informationssammlung und 21% wurden der Kategorie Steuerung im Gesundheitswesen (Leadership) zugeordnet. Insgesamt kamen 95% der Stellenanzeigen aus diesen drei Arbeitgeberkategorien.

## 5.2 Ergebnisse der Arbeitnehmerbefragung

Anfang Oktober 2011 wurden alle 105 Absolventen und Absolventinnen der Studiengänge Master of Public Health und Master of Science in Epidemiology mittels eines online Fragebogens zu ihrem beruflichen Werdegang und ihren Aufgaben am Arbeitsplatz befragt. In der ersten Dezemberwoche erfolgte eine Danksagung mit einer Erinnerung. Der online Fragebogen wurde von 68 Personen beantwortet. Damit liegt die Responserate der Befragung bei 64,75%. In der weiteren Beschreibung wird der Lesbarkeit wegen nur noch der Begriff „Absolventen“ verwendet. Es sind dabei beide Geschlechter gemeint und es soll keine Benachteiligung entstehen. Die Auswertung versucht, Vergleiche mit den Ergebnissen der Stellenauswertung zu ermöglichen. Wo es praktikabel erscheint wird der Vergleich in der Auswertung dargestellt.

### 5.2.1 Repräsentativität der Responder

Die demographischen Daten der Responder wurden mit den an der Berlin School of Public Health vorhandenen Daten der Absolventen verglichen. Die Ergebnisse decken sich weitestgehend bezüglich Alter, Geschlecht, Erstqualifikation und absolviertem Studiengang, so dass von einem repräsentativen Ergebnis ohne Verzerrung ausgegangen werden kann. (Abbildung 37, Abbildung 38, Abbildung 39, Abbildung 40)

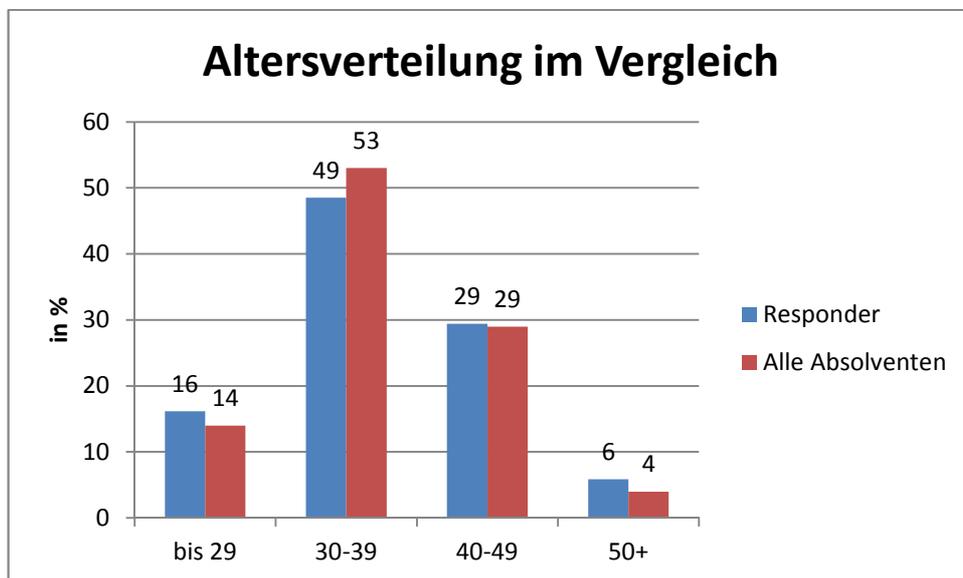


Abbildung 37: Altersverteilung im Vergleich in %, alle Absolventen n=105, Responder n=68

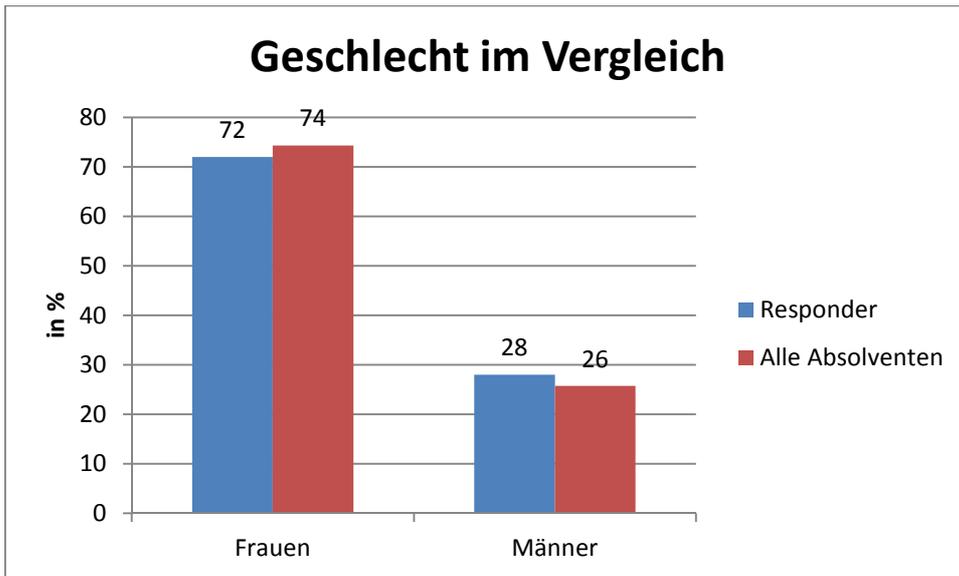


Abbildung 38: Geschlecht im Vergleich in %, alle Absolventen n=105, Responder n=68

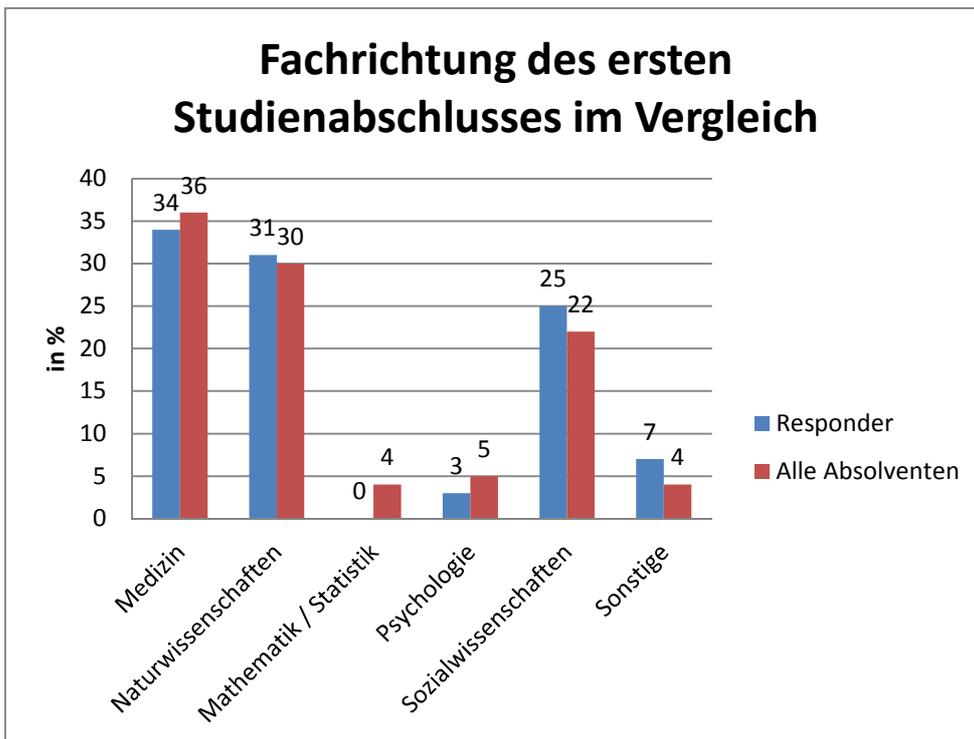


Abbildung 39: Fachrichtung des ersten Studienabschlusses im Vergleich in %, alle Absolventen n=105, Responder n=68

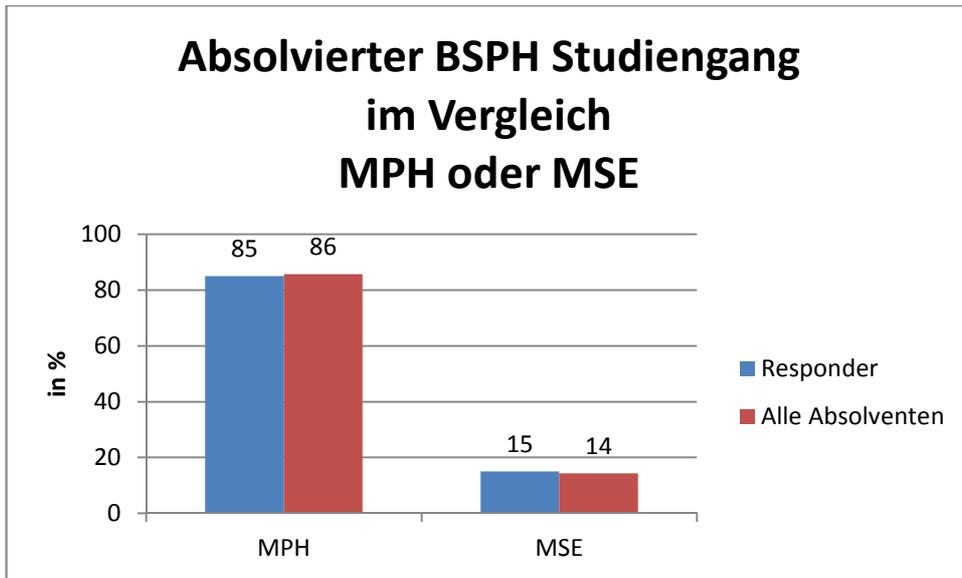


Abbildung 40: Absolvierter BSPH Studiengang im Vergleich in %, alle Absolventen n=105, Responder n=68

#### 5.2.2 Berufliche Situation

Seit dem Abschluss hatten 63% der Befragten einen neuen Arbeitgeber. Ein Viertel der Befragten war noch bei dem gleichen Arbeitgeber, davon allerdings knapp ein Drittel in einer neuen Position. (Abbildung 41)

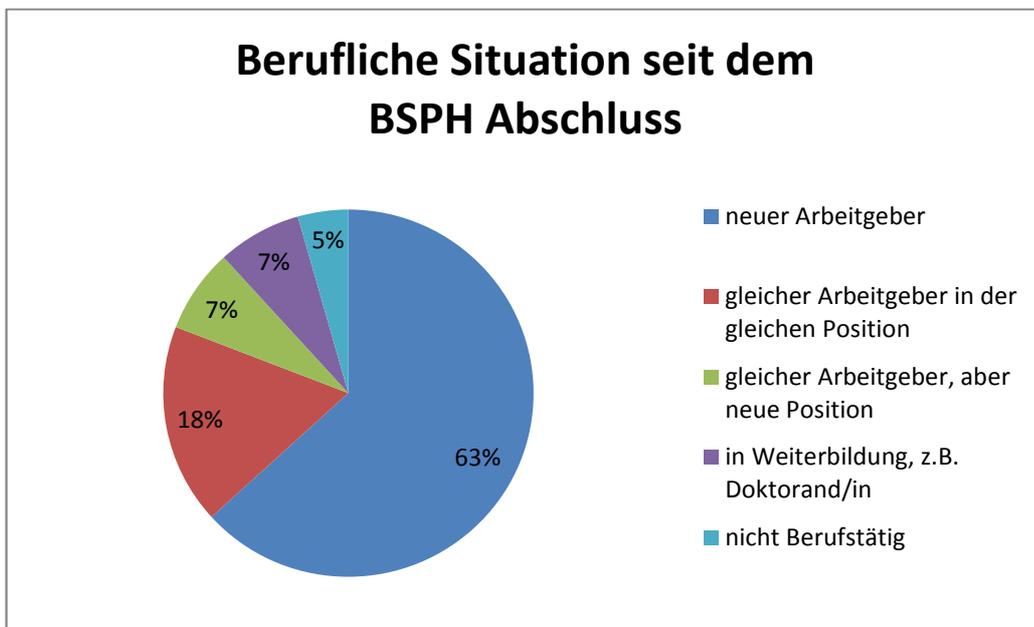
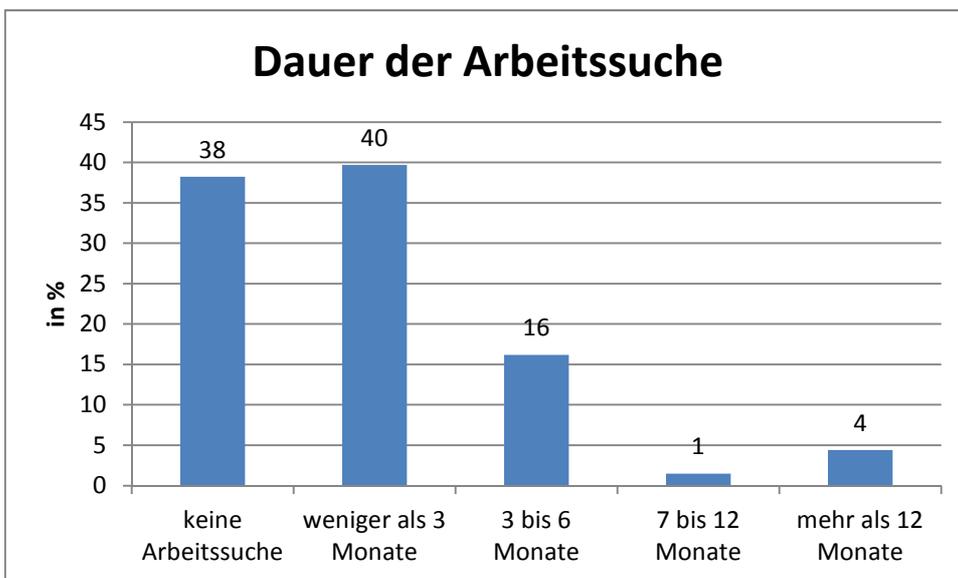


Abbildung 41: Berufliche Situation seit dem BSPH Abschluss in % der Responder, n=68

Die Arbeitssuche dauerte bei 40% der Responder weniger als 3 Monate (Abbildung 42). Nur 4% (3 Personen) hatten mehr als 12 Monate für die Arbeitssuche benötigt. Drei der Responder (4%) waren nicht berufstätig, zwei gewollt, die dritte Person hatte erst vor kurzem den Abschluss erreicht und gab an, seit weniger als drei Monaten arbeitssuchend zu sein. Die weiteren Fragen des Fragebogens bezogen sich auf die berufliche Situation seit dem Studiengang, die von diesen drei Personen mit „nicht zutreffend“ beantwortet wurden. Die weiteren Ergebnisse werden deshalb nur auf die Arbeitstätigen bezogen und ohne diese drei Responder dargestellt.



**Abbildung 42: Dauer der Arbeitssuche in % der Responder, n=68**

Die arbeitstätigen Responder (n=65) bewerteten ihre berufliche Zufriedenheit seit dem Abschluss insgesamt eher positiv (Abbildung 43). Die Chancen auf dem Arbeitsmarkt wurden von 75% mit besser als vor dem Abschluss bewertet (Antwortkategorien „viel besser“ und „eher besser“ gebündelt). 58% bewerteten ihre Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit als besser. Fast 50% empfanden mehr Entscheidungsfreiheit und Autonomie am Arbeitsplatz. Eher negativ wurden die Bereiche Vergütung und Arbeitsplatzsicherheit bewertet. 15% gaben an, die Vergütung sei gegenwärtig schlechter als vor dem Abschluss, von 55% wurde sie als gleich geblieben bewertet. Die Arbeitsplatzsicherheit wurde analog von 15% gegenwärtig als schlechter als vor dem Abschluss bewertet und von 54% als gleich geblieben.

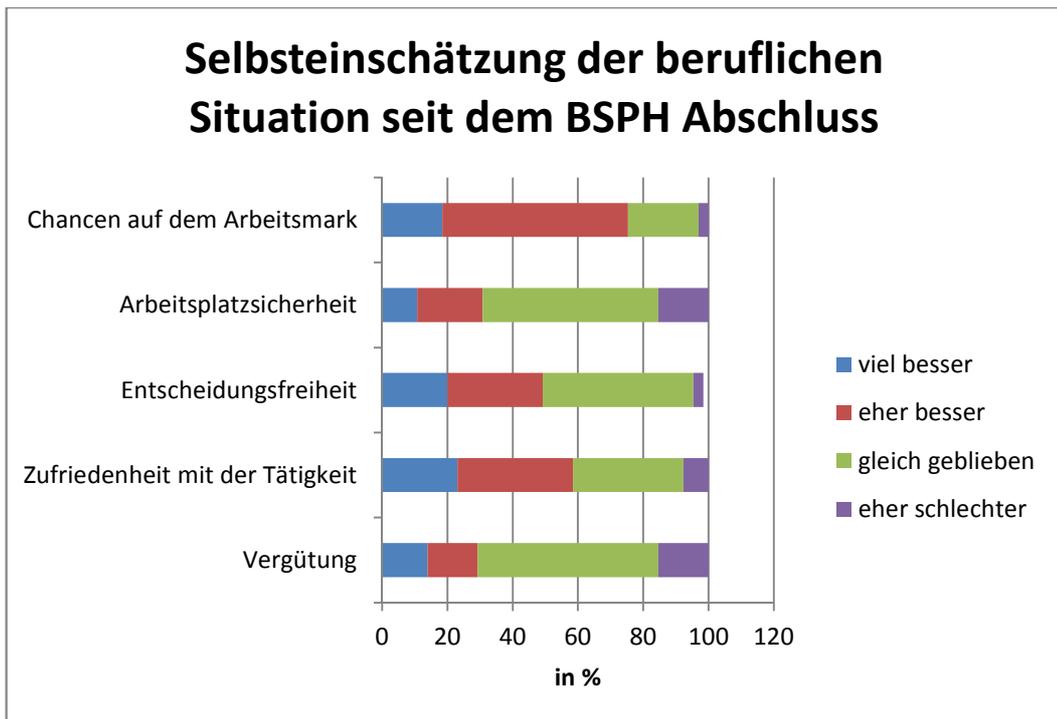


Abbildung 43: Selbsteinschätzung der beruflichen Situation seit dem BSPH Abschluss im Vergleich zu vor dem Abschluss in % der arbeitstätigen Responder, n=65

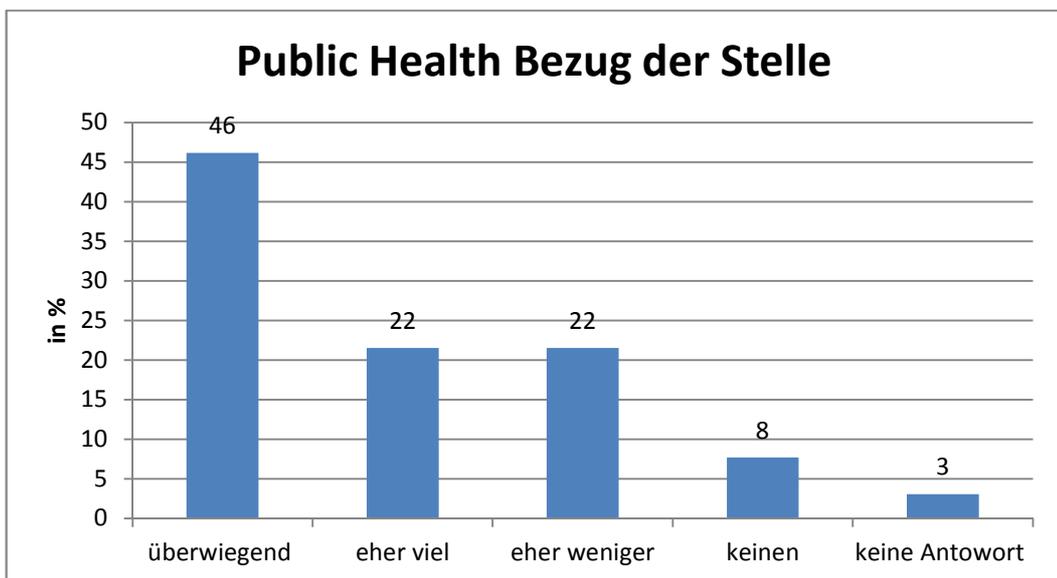


Abbildung 44: Public Health Bezug der gegenwärtigen Stelle in % der arbeitstätigen Responder, n=65

Der Public Health Bezug der Arbeitstätigkeit wird in Abbildung 44 dargestellt. Von den arbeitstätigen Respondern bewerteten 65% den Public Health Bezug ihrer Beschäftigung als hoch. Weitere 22% gaben einen vorhandenen Public Health Bezug ihrer Stelle an, allerdings in eher geringerem Umfang. Von den Befragten gaben 5 Personen (8%) an, eine Beschäftigung ohne Public Health Bezug auszuüben. Davon gaben vier an, eine klinische Tätigkeit am Patienten auszuüben.

### 5.2.3 Rahmenbedingungen der Stellen der Absolventen

#### 5.2.3.1 Art des Arbeitgebers der Absolventen

Die Absolventen wurden in der Befragung gebeten, ihren gegenwärtigen Arbeitgeber einer Kategorie zuzuordnen. Die Darstellung findet sich in Abbildung 45. Universitäten waren mit 28% der meist vertretene Arbeitgeber. Staatliche Behörden, Bundes- oder Landesinstitute folgten mit 18%. An dritter Stelle wurden außeruniversitäre Forschungseinrichtungen als Arbeitgeber genannt.

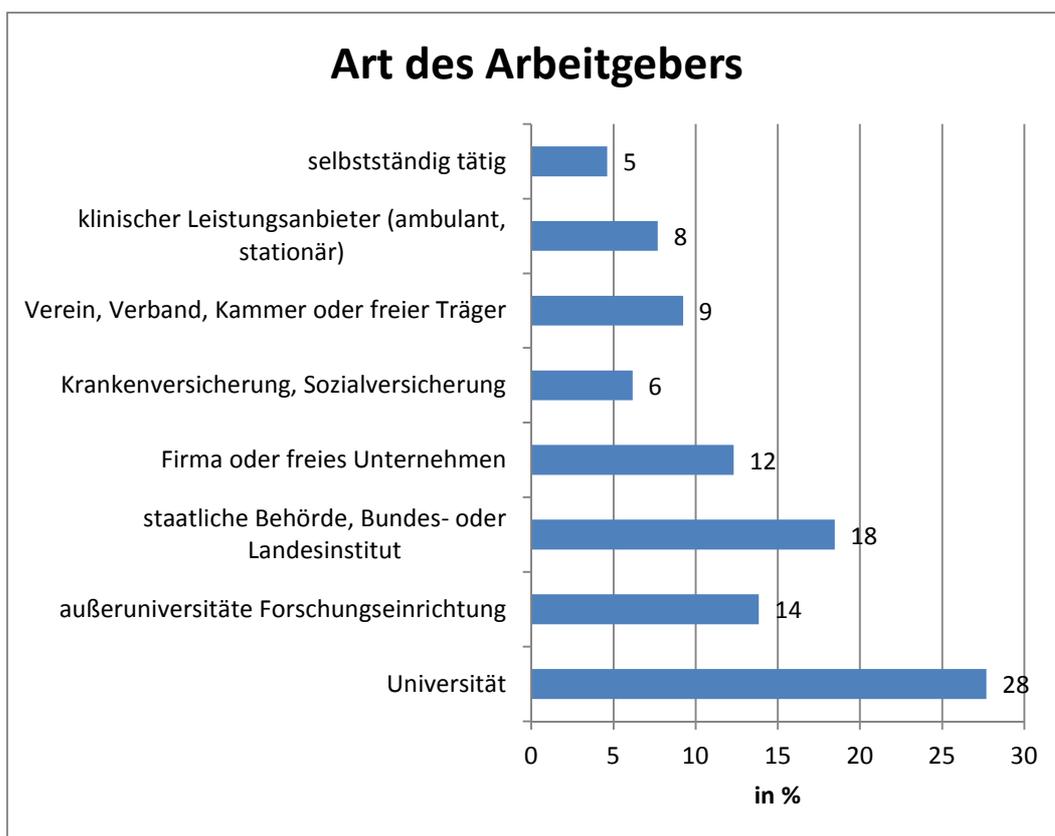
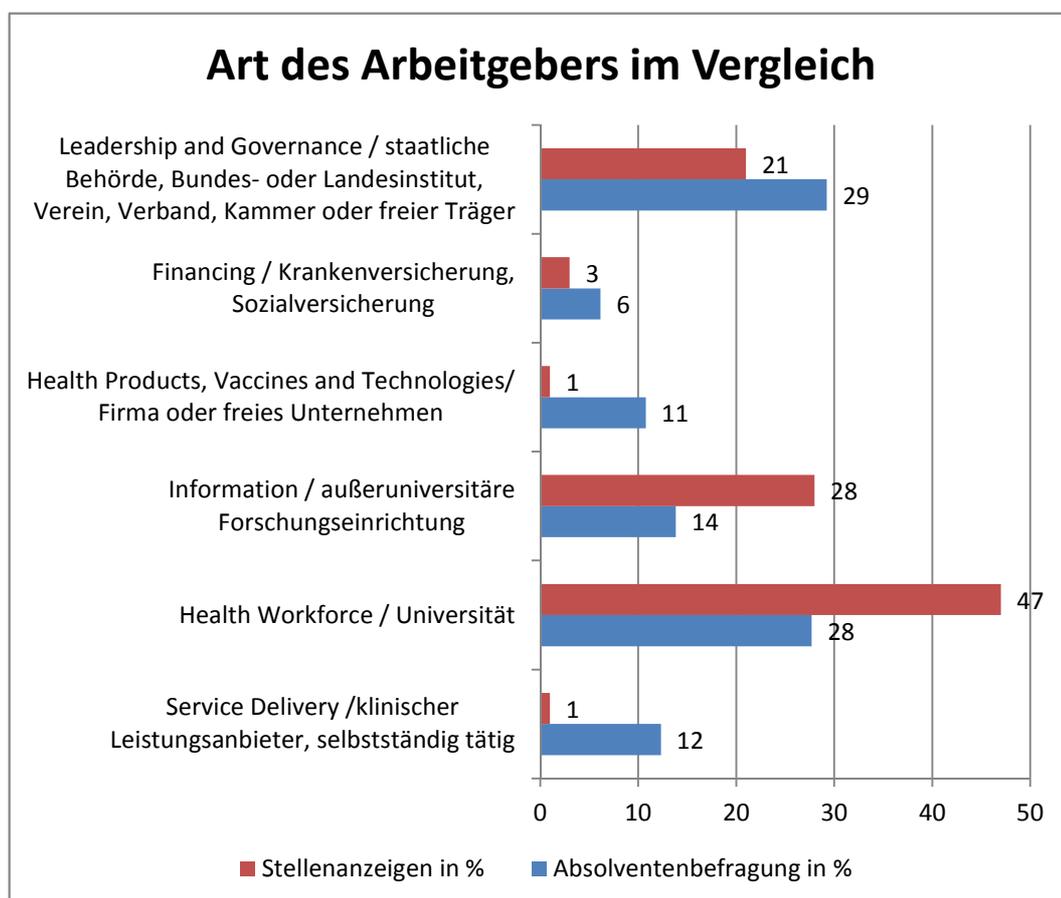


Abbildung 45: Art des Arbeitgebers der Absolventen in % der arbeitstätigen Responder, n=65

Abbildung 46 zeigt den Vergleich der Ergebnisse der Stellenauswertungen und der Absolventenbefragung bezüglich der Art der Arbeitgeber. Hierfür wurden die An-

gaben der Absolventenbefragung den Kategorien des WHO Framework zugeordnet. In beiden Erhebungen sind die drei meist genannten Arbeitgeber aus den Bereichen 1) Leadership and Governance, 2) Information und 3) Health Workforce. Mehr Absolventen waren im Bereich Service Delivery und bei einer Firma oder freien Unternehmen tätig als in den Stellenanzeigen abgebildet.

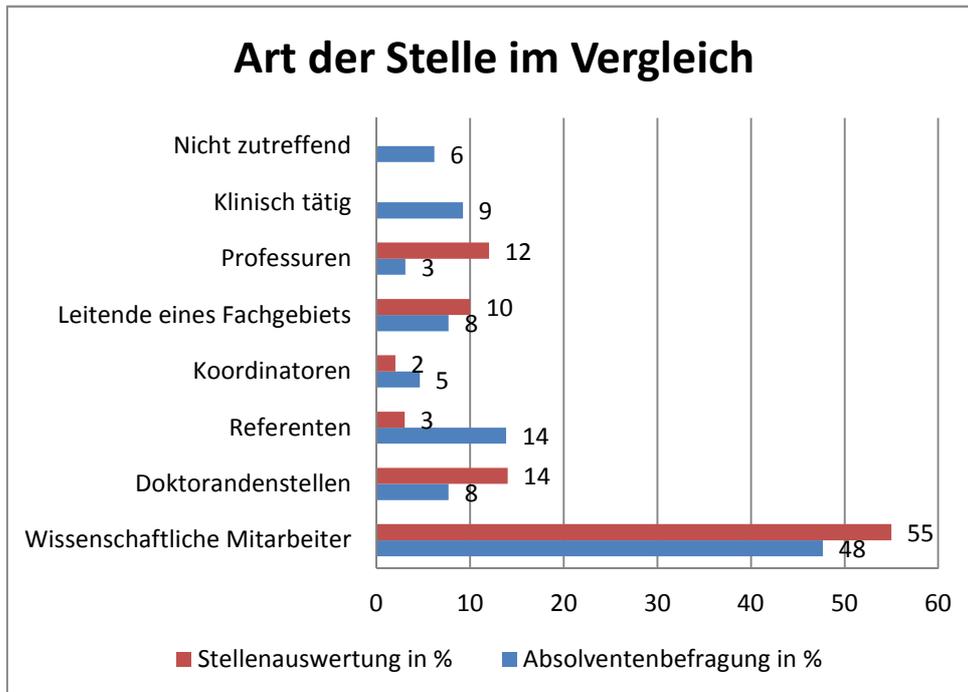


**Abbildung 46: Art des Arbeitgebers im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581**

Um die Arbeitgeber der Absolventenbefragung den Kategorien, die für die Stellenauswertung eingesetzt wurden, zuzuordnen, wurde Firma oder Freies Unternehmen mit Health Products, Vaccines and Technologies gleich gesetzt. Selbstständig tätige und klinische Leistungsanbieter wurden gebündelt der Kategorie Service Delivery zugeordnet. Verein, Verband, Kammer oder freier Träger wurde gebündelt mit staatlicher Behörde, Bundes- oder Landesinstitut der Kategorie Leadership and Governance zugeordnet.

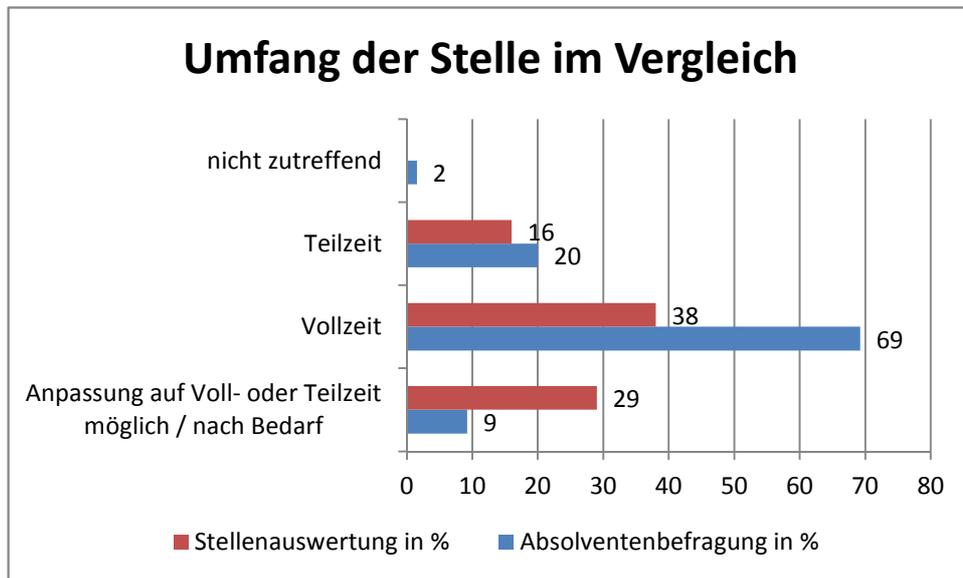
Abbildung 47 stellt die Art der Stelle im Vergleich dar. Analog zur Stellenauswertung war der größte Anteil der Absolventen (48%) als wissenschaftliche Mitarbeiter eingestellt. Doktoranden waren mit 8% eher weniger vertreten als in den Stel-

lenanzeigen. Dafür gab es bei den Absolventen mit 14% wesentlich mehr Referenten als die 3% der Referentenstellen in den ausgewerteten Stellenanzeigen. Vier der Absolventen (6%) konnten sich nicht einer der gegebenen Stellenbezeichnungen zuordnen, gaben aber trotz eingerichteter Möglichkeit keine andere Stellenbezeichnung an.



**Abbildung 47: Art der Stelle im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581**

### 5.2.3.2 Umfang der Stellen der Absolventen

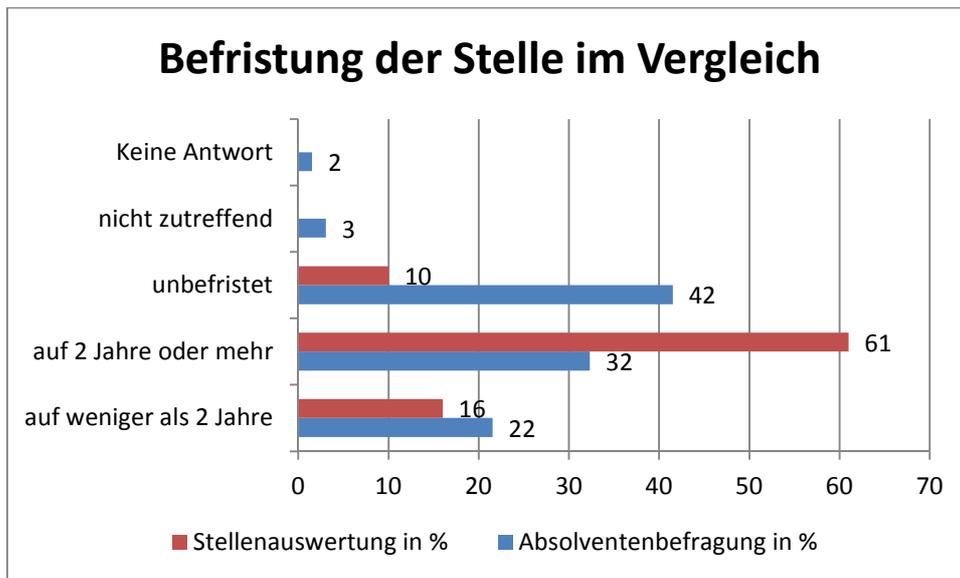


**Abbildung 48: Umfang der Stelle im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581**

Abbildung 48 zeigt, dass die überwiegende Mehrzahl (69%) der Absolventen seit dem Studium in Vollzeit arbeitete. Die Ergebnisse der Absolventenbefragung spiegeln die Ergebnisse der Stellenauswertung mit größerer Ausprägung wieder. Wesentlich mehr Absolventen hatten eine Vollzeitbeschäftigung, wesentlich weniger (9%) konnten ihren Stellenumfang ihren Wünschen entsprechend auf Voll- oder Teilzeit anpassen.

### 5.2.3.3 Befristung der Stellen der Absolventen

Bei den Absolventen waren 42% der Arbeitsverhältnisse unbefristet (Abbildung 49). Dies ist im Vergleich zu den in der Stellenauswertung erfassten 10% sehr positiv. Ein gutes Drittel der Absolventen hatte Arbeitsverträge, die auf mindestens zwei Jahre befristet waren. Bedenklich waren die 22% der Absolventen, die in einem Beschäftigungsverhältnis mit einer Befristung von weniger als 2 Jahren beschäftigt waren.



**Abbildung 49: Befristung der Stelle im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581**

#### 5.2.4 Aufgabenspektrum der Stellen der Absolventen

In der Absolventenbefragung wird versucht, das Aufgabenspektrum analog der Kategorien der Stellenauswertung zu erfassen. Für die Bestimmung der primären Tätigkeit werden Kategorien bereitgestellt, die ergänzt werden können. In drei Fragen quantifizieren Absolventen mittels einer Likert-Skala, mit welcher Häufigkeit sie verschiedene Public Health-relevante Aufgaben im Rahmen ihrer Beschäftigung durchführen. Die Aufgaben ergaben sich aus den Kategorien der Stellenauswertung und umfassen den methodischen Schwerpunkt, die Leitungsaufgaben und die angewandten Aufgaben. Jede der drei Fragen bot die Möglichkeit, die aufgeführte Liste zu ergänzen.

##### 5.2.4.1 Primäre Tätigkeit der Absolventen

Die drei Kategorien der primären Tätigkeit Forschung, Steuerung im Gesundheitswesen und Interventionen waren bei den Absolventen mit 54%, 18% und 8% stark vertreten, aber es kamen noch 8% klinische Tätigkeiten und 12% sonstige undefinierte Tätigkeiten dazu (Abbildung 50).

Im Vergleich mit den Ergebnissen der Stellenauswertung (Abbildung 51) sind fast doppelt so viele Absolventen im Bereich Steuerung im Gesundheitswesen tätig als in den ausgewerteten Stellen. Stellenanzeigen für klinische und nicht Public Health-relevante Tätigkeiten wurden nicht in die Erhebung eingeschlossen und können daher nicht zum Vergleich dienen. Festzuhalten ist, dass eine substantielle Gruppe (20%) der Absolventen eine Stelle im Bereich Public Health entweder

nicht aufnehmen möchte oder für diese Tätigkeiten trotz Zusatzqualifikation nicht eingestellt wird.

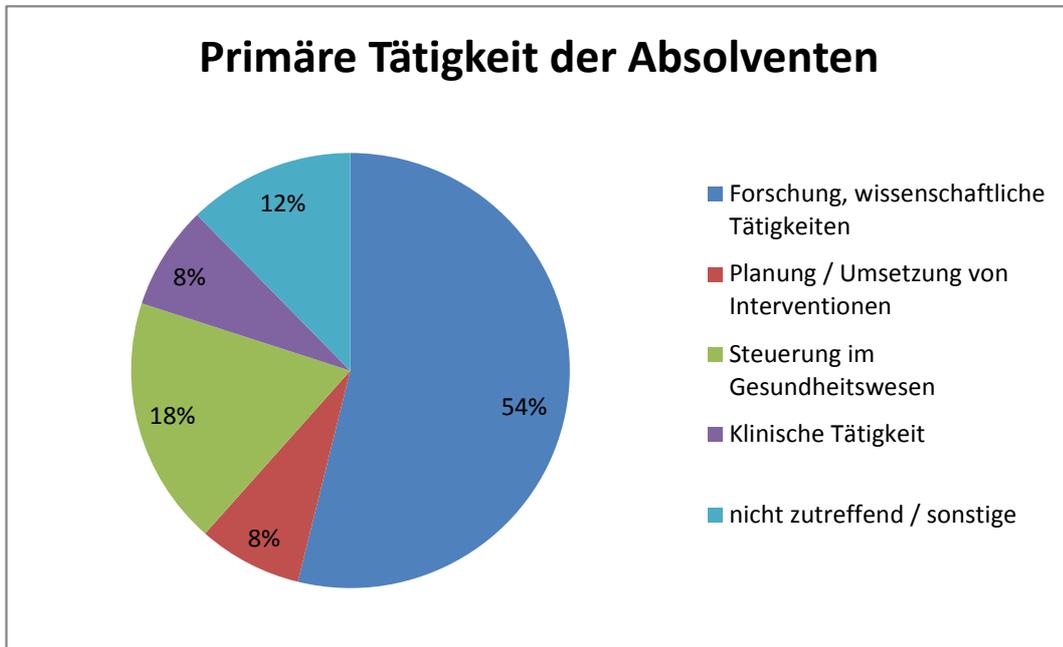


Abbildung 50: Primäre Tätigkeit der Absolventen in % der arbeitstätigen Responder, n=65

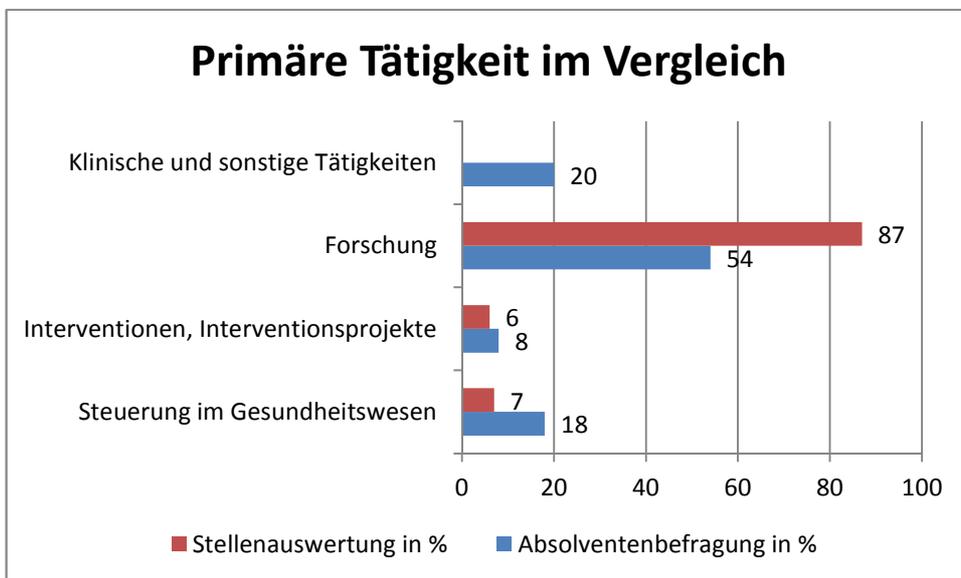


Abbildung 51: Primäre Tätigkeit im Vergleich in %, Absolventenbefragung n=65 und Stellenauswertung n=581

#### 5.2.4.2 Methodischer Schwerpunkt der Absolventen

Abbildung 52 zeigt die Häufigkeit der Durchführung von im Studium vermittelten und in den Stellenanzeigen verlangten methodischen Kompetenzen. Alle Methoden wurden zu mindestens 15% sehr oft oder eher oft eingesetzt. Von den erfassten Methoden wurde das Durchführen von Literaturrecherchen (77% sehr oft oder eher oft) und das Arbeiten mit quantitativen Methoden (58%) mit besonderer Häufigkeit angegeben. Hingegen gaben jeweils 83% der Absolventen an, eher selten oder nie die gesundheitsökonomische Evaluation bzw. die qualitativen Forschungsmethoden einzusetzen.

In den Freitextfeldern wurde ergänzend der Einsatz folgender Methoden genannt:

- Datenbereinigung, vor allem deskriptive Statistik
- Auswertung von Patientendaten zur Überprüfung medizinischer und ökonomischer Aspekte
- Arbeit mit Sekundärdaten
- prospektive Kohortenstudien, Fall-Kontrollstudien, Metaanalysen etc.
- Aufbereitung von Methoden für die Lehrtätigkeit im Bereich Epidemiologie für Mediziner und Pflegewissenschaftler

Des Weiteren kam folgender Hinweis: „Kleine Träger können sich keine teuren Statistikprogramme leisten, SAS benutzt leider fast niemand innerhalb von Behörden und außerhalb ist es viel zu teuer. Deshalb sollten als Werkzeuge opensource Programme angeboten werden, wie R, limeSurvey etc.“

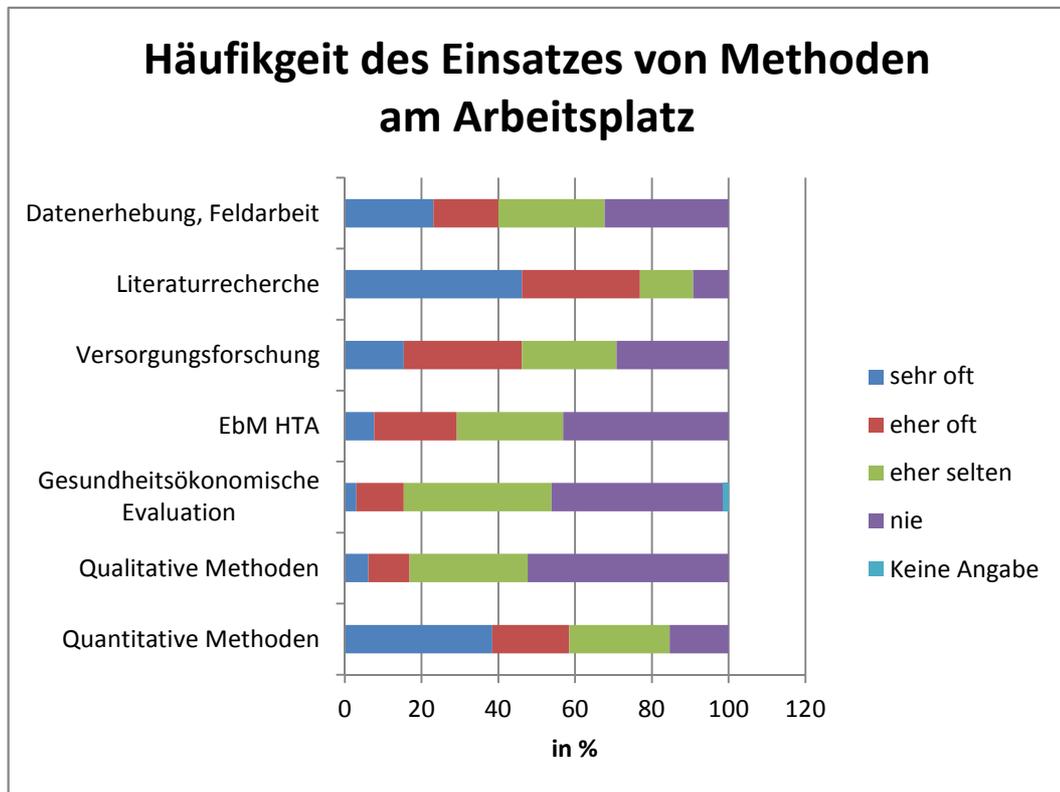


Abbildung 52: Häufigkeit des Einsatzes von Methoden am Arbeitsplatz in % der Nennungen, Likert Skala, n=65

### 5.2.4.3 Leitungsaufgaben der Absolventen

Die Häufigkeit der Durchführung von Leitungsaufgaben wird in Abbildung 53 dargestellt. Alle Aufgaben wurden zu mindestens 22% sehr oft oder eher oft durchgeführt. Das Projektmanagement war die am häufigsten durchgeführte Leitungsaufgabe und 62% der Absolventen gaben an, diese sehr oft oder eher oft durchzuführen.

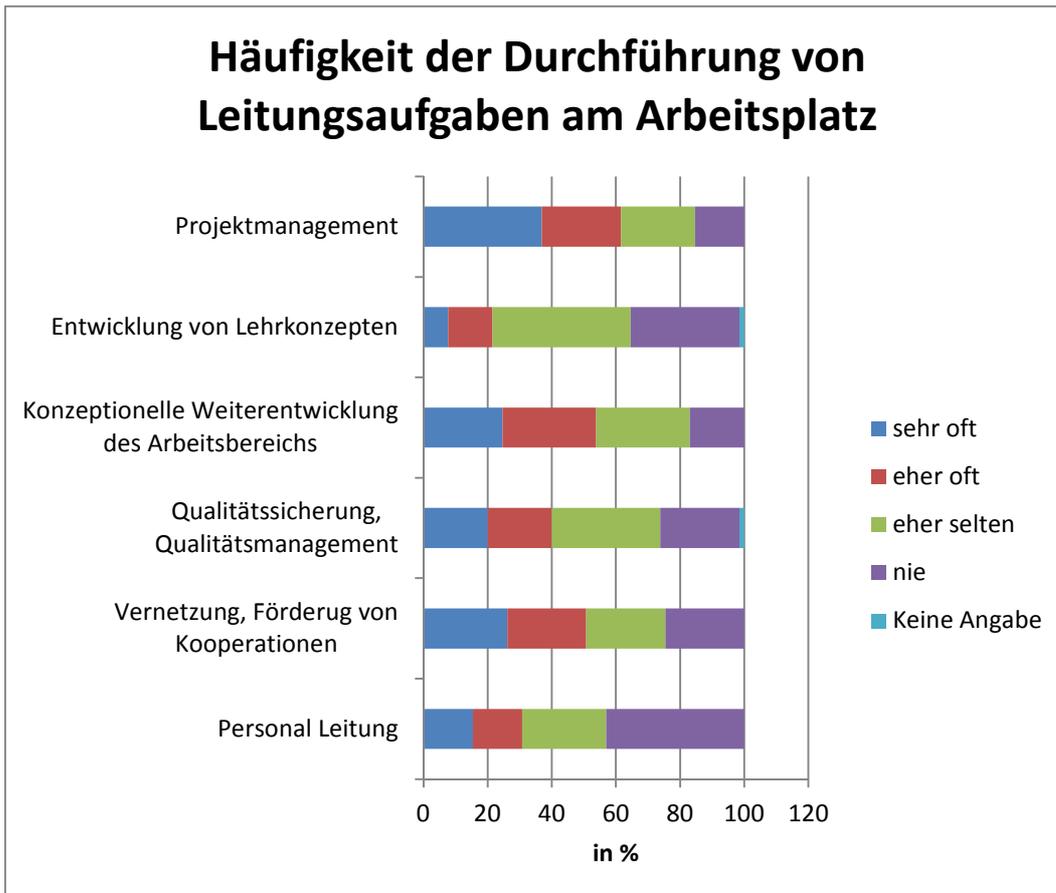


Abbildung 53: Häufigkeit der Durchführung von Leitungsaufgaben am Arbeitsplatz in % der Nennungen, Likert Skala, n=65

Die konzeptionelle Weiterentwicklung des Arbeitsbereichs und die Förderung von Kooperationen folgten mit 54% und 51% respektive. Die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement waren als Aufgaben der Absolventen mit 40% auch eher stark vertreten.

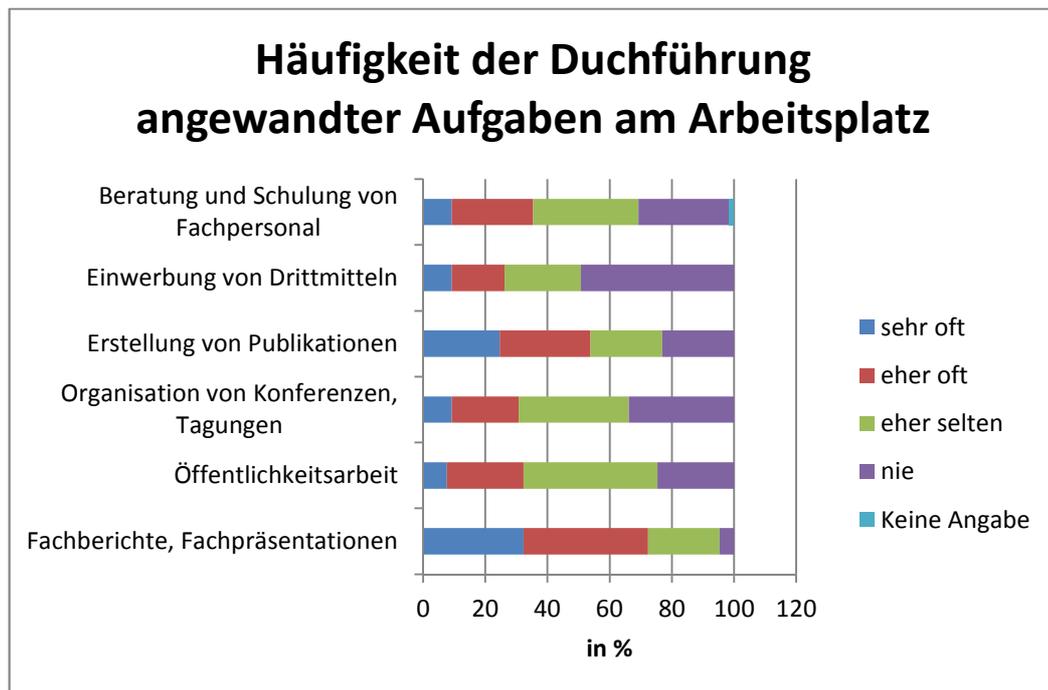
Die Leitungsaufgaben wurden in der Freifeldoption mit folgenden Themenbereichen ergänzt:

- Organisatorische Begleitung der politischen Konsensfindung

- Protokollieren und Dokumentieren der Ergebnisse.
- Einführung von Standardvorgehensweisen (SOPs), Schulungen, Zertifizierungen, Supervision
- Erstellung von Qualitätsberichten
- Haushaltsplanung
- juristische Auslegung
- Verhandlung von Versorgungsverträgen
- Verhandlung von Erstattungsvereinbarungen.
- Networking, Clustermanagement
- Kontakt und Koordination von Stakeholdern

#### 5.2.4.4 Angewandte Aufgaben der Absolventen

Die Häufigkeit der Durchführung eher angewandter Aufgaben wird in Abbildung 54 dargestellt. Alle Aufgaben wurden zu mindestens 26% sehr oft oder eher oft durchgeführt. Das Schreiben von Fachberichten und das Halten von Fachpräsentationen war die am häufigsten durchgeführte angewandte Tätigkeit. Absolventen gaben zu 72% an, diese Tätigkeit sehr oft oder eher oft durchzuführen. Auch die Erstellung von Publikationen war mit 54% der Angaben häufig vertreten.



**Abbildung 54: Häufigkeit der Durchführung angewandter Aufgaben am Arbeitsplatz in % der Nennungen, Likert Skala, n=65**

Die Angewandten Aufgaben wurden in der Freifeldoption mit folgenden Themenbereichen ergänzt:

- Erstellung von Konzepten
- Vorbereitung von Stellungnahmen
- Erstellung von Reviews für Fachjournale
- Veröffentlichung im Ministerialblatt
- Kundenbetreuung
- Vorsorgeuntersuchungen
- betriebliches Gesundheitsmanagement, -förderung
- Erstellung von Gutachten
- Lehre
- Betreuung von Masterarbeiten

### **5.2.5 Relevanz des BSPH Curriculums am Arbeitsplatz**

Um zu erörtern, welche Themenfelder des Curriculums der Berlin School of Public Health am Arbeitsplatz besondere Relevanz haben, wurde die Häufigkeit der Anwendung von zehn Public Health Themenfeldern und acht epidemiologischen Themenfeldern abgefragt. Die Häufigkeit der Anwendung von Wissen und Können zu Public Health Themen wird in Abbildung 55 für alle Absolventen und in Abbildung 56 getrennt nur für MSE Absolventen dargestellt. Die Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können wird für alle Responder in Abbildung 57 und getrennt nach absolviertem BSPH Studiengang in Abbildung 58 und Abbildung 59 dargestellt. Absolventen hatten zusätzlich über ein Freitextfeld die Gelegenheit, eigene Angaben zu am Arbeitsmarkt gebrauchten und nicht im Curriculum enthaltenen zu machen. Die Antworten werden nach Themenfeld sortiert wiedergegeben.

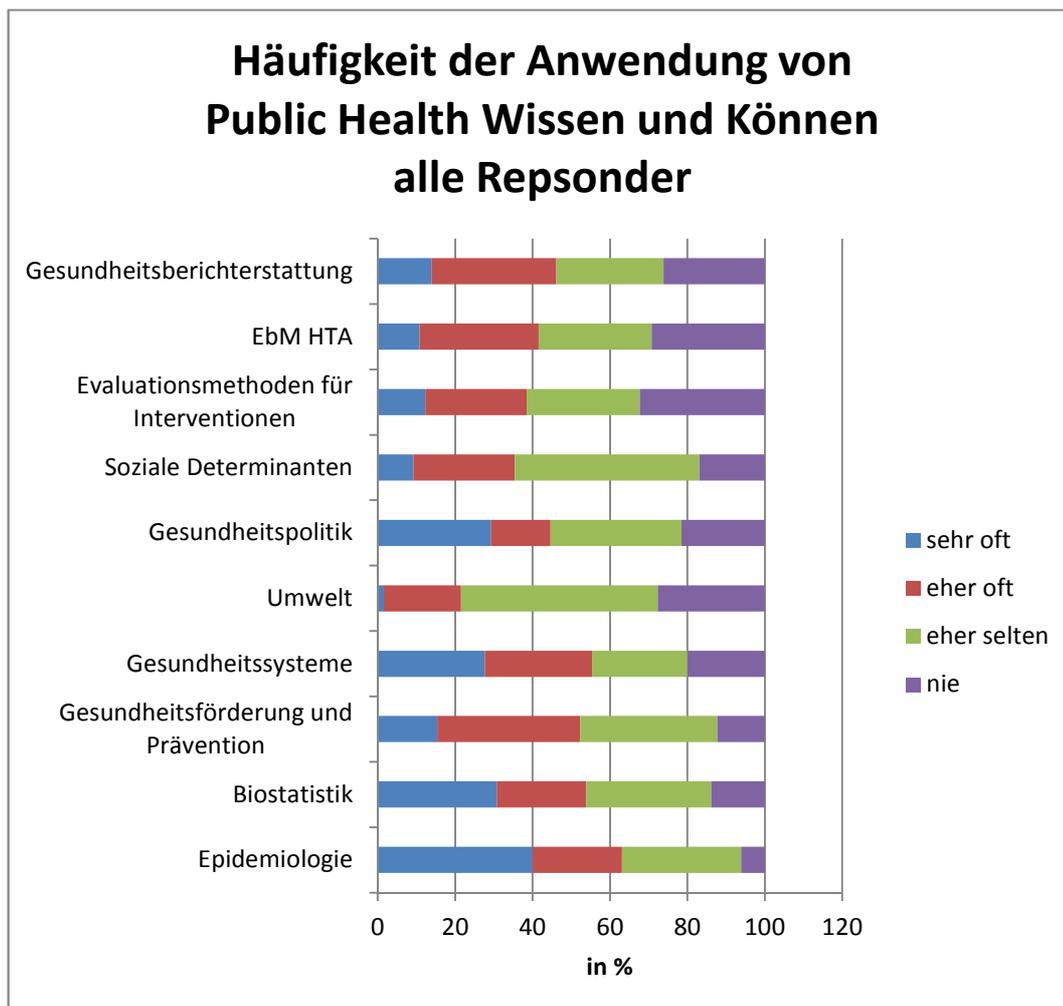
Alle abgefragten Public Health Themenfelder des Curriculums wurden von den Befragten zu mindestens 22% sehr oft oder eher oft im Arbeitsleben umgesetzt. Absolventen gaben zu 63% an, ihr Wissen und Können zu Epidemiologie sehr häufig oder eher häufig einzusetzen. Die Angaben zum Einsatz von Wissen und Können zu Gesundheitssystemen folgte mit 55%, danach zu Biostatistik mit 54% und Gesundheitsförderung und Prävention mit 52%.

Interessant ist an Abbildung 56 hervorzuheben, dass Absolventen des eher methodisch ausgerichteten Studiengangs Master of Science in Epidemiology auch angaben, ihr Verständnis von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemstrukturen oft einzusetzen. Von den 10 Respondern aus dem MSE (15% aller Responder) gaben 90% an, ihr Wissen zu Gesundheitspolitik sehr oft oder eher oft am Arbeitsplatz einzusetzen. Wissen zu Gesundheitssystemen wurde von 70% der MSE Absolventen eingesetzt.

Die Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können wird in Abbildung 57 dargestellt. Absolventen gaben an, vertiefte epidemiologische und biostatistische Methoden zu 38% bzw. 37% sehr oft oder eher oft einzusetzen.

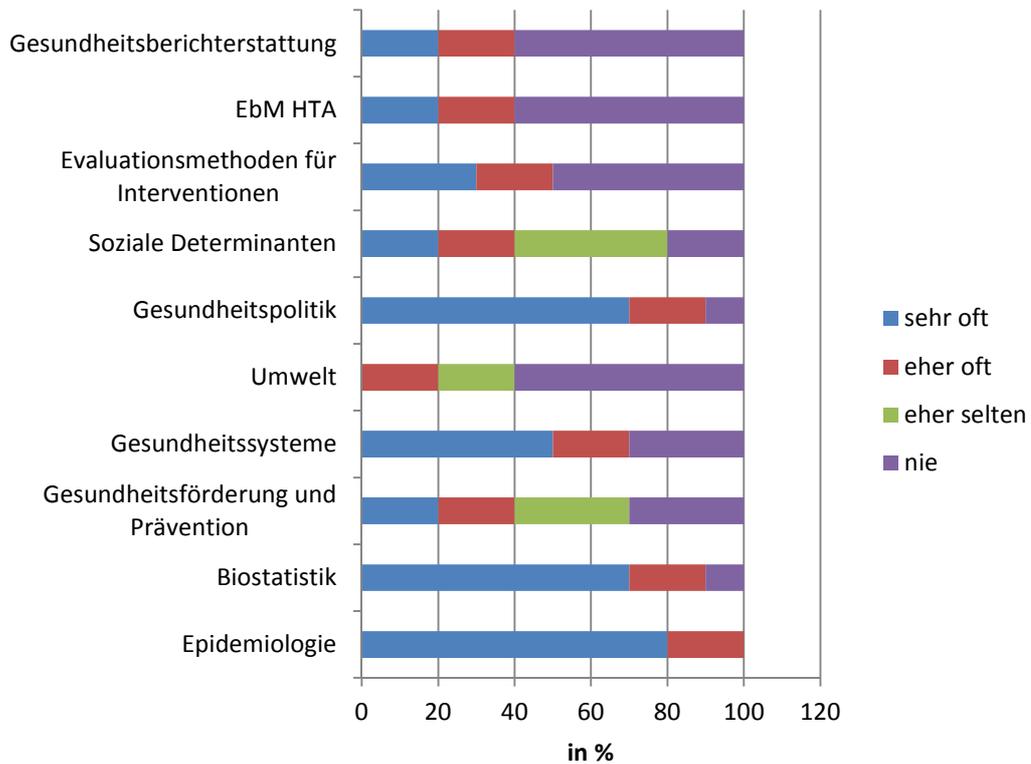
Alle im Curriculum angebotenen speziellen epidemiologischen Anwendungsfelder wurden zu mindestens 20% sehr oft oder eher oft angewendet. Nur die Molekularepidemiologie wurde von 91% der Absolventen nie oder eher selten eingesetzt.

In der Analyse getrennt nach absolviertem Studiengang gaben MSE Absolventen an, vertiefte epidemiologische und biostatistische Methoden mit jeweils 60% sehr oft oder eher oft einzusetzen. MPH Absolventen geben hingegen mit 35% und 32% fast nur halb so oft an diese Methoden anzuwenden.



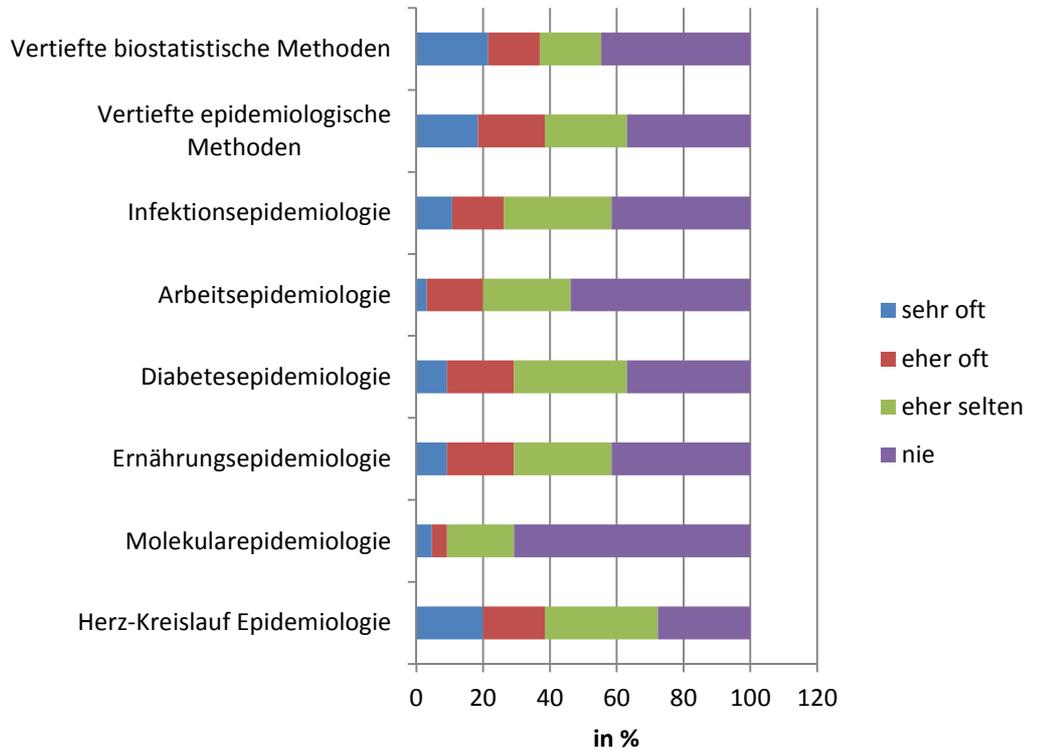
**Abbildung 55: Häufigkeit der Anwendung von Public Health Wissen und Können in % der Nennungen aller Responder, Likert Skala, n=65**

## Häufigkeit der Anwendung von Public Health Wissen und Können MSE Responder



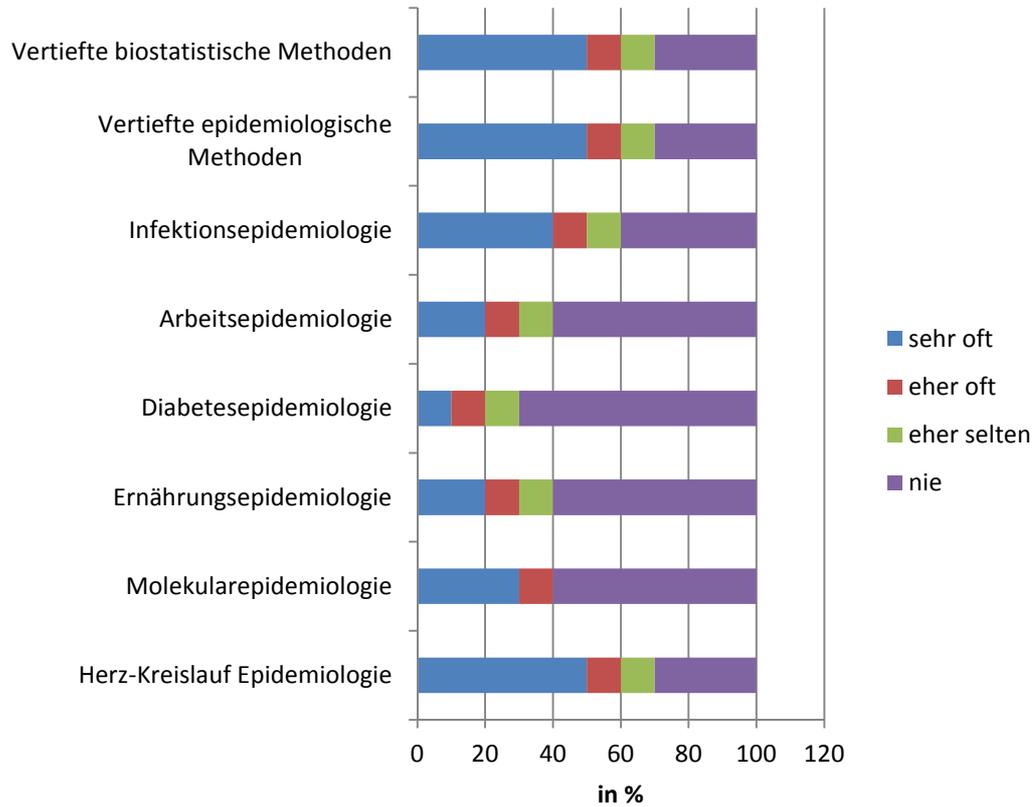
**Abbildung 56: Häufigkeit der Anwendung von Public Health Wissen und Können in % der Nennungen von MSE Respondern, Likert Skala, n=10**

## Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können alle Responder



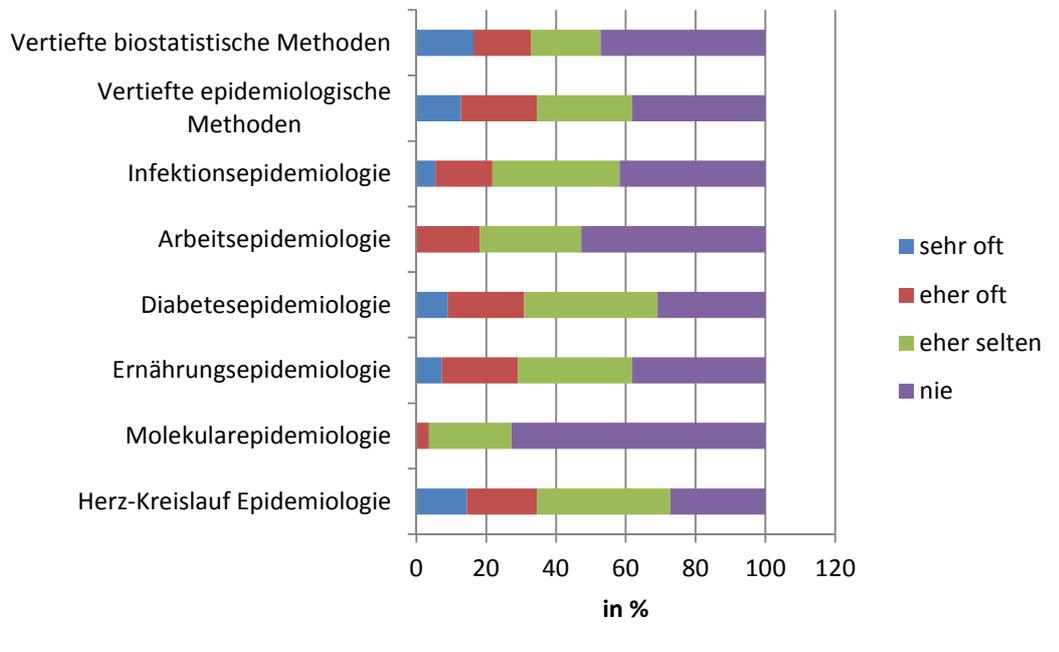
**Abbildung 57: Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können in % der Nennungen aller Responder, Likert Skala, n=65**

## Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können MSE Responder



**Abbildung 58: Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können in % der Nennungen von MSE Respondern, Likert Skala, n=10**

## Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können MPH Responder



**Abbildung 59: Häufigkeit der Anwendung von epidemiologischem Wissen und Können in % der Nennungen von MPH Respondern, Likert Skala, n=55**

In einer letzten Frage wurden Absolventen gebeten, am Arbeitsplatz gebrauchte Themenfelder, die noch nicht im BSPH Lehrangebot sind, vorzuschlagen. Die Texte werden hier nach Themenfeld sortiert wiedergegeben.

- Allgemeines zum Studienangebot der BSPH
  - Ich habe mich bewusst für den MPH statt für den MSE entschieden (und würde es auch wieder tun), um ein breiteres Wissen vermittelt zu bekommen (und somit potentiell bessere Arbeitsmarktchancen zu haben), jedoch kamen mir die epidemiologischen/statistischen Methoden dabei etwas zu kurz.
  - Epidemiologie im MPH vertiefen können
  - Public Health mit Schwerpunkt Epidemiologie
- Biostatistik
  - erweiterte statistische Methoden wie Strukturgleichungsmodelle, Mehrebenenanalysen
  - Methoden der Nutzenbewertung (Behandlung, Diagnostik) und Arzneimittelbewertung

- Sekundärdatenanalyse
- Datenbankmanagement
- Statistikprogramm R
- Der Anwendungsbezug sollte durch Projektkurse mit Datensätzen und Problemstellungen hergestellt werden
- Mehr praktische Übungen in der Datenanalyse
- Mehr Biostatistik, und zwar so praktikabel, dass genug geübt wird, sodass man das Gelernte auch wirklich anwenden kann
- Mehr SAS und R, z.B. selbst eine kleine Metaanalyse rechnen etc
- Epidemiologische Anwendungsfelder
  - Geographische Epidemiologie
  - Genetische Epidemiologie
- Gesundheitspolitik
  - Grundkenntnisse des Sozialrechts (z.B. inhaltliche Abgrenzung zwischen den Sozialgesetzbüchern)
  - Problematik der interessengeleiteten Information und des interessengeleiteten Angebotes im Gesundheitswesen wurde m.E. nicht hinreichend herausgearbeitet
  - Korruption im Gesundheitssystem
  - Mehr politische Verflechtung, Einblicke und Kontakte in die Gesundheitspolitik z.B. durch Diskussionsrunde und Einladung entsprechender Personen
  - Funktionen und Regularien der Kassenärztlichen Vereinigungen, Verordnungs- und Vergütungssteuerung zur Ausgabenbeschränkung im Gesundheitssystem
- Management
  - Projektmanagement wäre toll!
  - Moderations- und Präsentationstechniken
  - Personalführung, Schwerpunkt Organisation und Management
  - Präsentationstechniken, Öffentlichkeitsarbeit, Projektmanagement
  - Qualitätsmanagement
  - Projektmanagement
- Soft Skills
  - "how to write a paper"
  - Wie erstelle ich ein gutes Poster, eine gute Veröffentlichung, Ablaufprozedere beim Einreichen eines Papers, etc.
  - Wo kann man Finanzierungsanträge einreichen, wie schreibt man diese, was muss man dabei beachten (max. Finanzierungssumme, Formalitäten bei AZA-Anträgen, etc).
  - Computerkurse, EndNote

### **5.2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeitnehmerbefragung**

Die Arbeitnehmerbefragung wurde an Absolventen der Berlin School of Public Health durchgeführt. Auch diese Erhebung deutet auf einen Forschungsorientier-

ten Public Health Arbeitsmarkt. Die Mehrzahl der Absolventen (54%) beschrieben ihre Hauptaufgabe am Arbeitsplatz als eher in der Forschung. 18% waren eher mit Aufgaben der Steuerung im Gesundheitswesen beschäftigt und 8% hatten Stellen inne, bei denen eine gesundheitliche Intervention im Vordergrund stand. Von den Methoden wurden die Literaturrecherche zu 77% und die quantitative Forschung zu 58% am häufigsten am Arbeitsplatz eingesetzt. Das Projektmanagement war mit 62% die am häufigsten durchgeführte Leitungsaufgabe. Das Schreiben von Fachberichten und Fachpräsentationen war mit 72% die am häufigsten durchgeführte angewandte Tätigkeit am Arbeitsplatz.

Seit dem Studienabschluss empfanden 75% der Befragten ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt als verbessert im Vergleich zu davor. 77% hatten einen neuen Arbeitgeber bzw. eine neue Tätigkeit aufgenommen. Von den Befragten, die eine Arbeit gesucht hatten, fanden 40% in weniger als drei Monaten eine Stelle. Nur 4% hatten länger als 12 Monate nach einer geeigneten Beschäftigung gesucht. Obwohl 68% der Befragten Ihre Arbeitstätigkeit als eher Public Health-relevant beschrieben, gaben 11% an, in Stellen ohne jeglichen Bezug zu Public Health zu arbeiten.

Von den Absolventen hatten 48% die Stellenbezeichnung „wissenschaftlicher Mitarbeiter“, 69% arbeiteten in Vollzeit und 42% hatten einen unbefristeten Vertrag. 58% waren mit ihrer neuen Tätigkeit zufriedener als davor. Nur 15% fanden ihre Vergütung schlechter als zuvor. Die drei am häufigsten genannten Arbeitgeber waren Universitäten (28%), staatliche Behörden, Bundes- oder Landesinstitute (18%) und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen (14%).

Das im Curriculum der BSPH vermittelte Wissen und Können, das von Absolventen am meisten am Arbeitsplatz eingesetzt wurde, war die Epidemiologie mit 63%. MSE Absolventen gaben zu 100% an, dieses Wissen und Können sehr oft oder eher oft anzuwenden. Von den im Curriculum angebotenen spezifischen epidemiologischen Anwendungsfeldern wurde die Herz-Kreislaufepidemiologie mit 38% am häufigsten genannt. Kenntnisse der Gesundheitssystemstrukturen und der Gesundheitsförderung und Prävention wurden mit 55% und 52% sehr oft oder eher oft angewendet.

Im Rahmen der Befragung wünschten sich Absolventen für das Studium an der BSPH eine Ausweitung, Vertiefung und mehr Anwendungsbezug in der Epidemiologie und Biostatistik. Auch wurde nach Ansicht der Befragten die Komplexität der gesundheitspolitischen Zusammenhänge zu wenig beleuchtet. Absolventen wünschten sich mehr Lehrangebote in den Bereichen Projektmanagement, Qualitätsmanagement und Personalmanagement. Bei den Soft Skills standen das wissenschaftliche Publizieren und die Einwerbung von Drittmitteln im Vordergrund.

## 6 Diskussion

Zielsetzung dieser Arbeit ist die differenzierte Erfassung des Arbeitsmarkts Public Health. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sollen für die curriculare Schwerpunktsetzung im Fachbereich Public Health relevant sein. Bei der Entwicklung von Curricula wird in einem ersten Schritt eine Auswahl von Themenbereichen getroffen. Diese Auswahl sollte sich auch an dem Bedarf des Arbeitsmarkts orientieren. Deshalb stehen die Arbeitgeber und die Aufgaben, die in Public Health-relevanten Arbeitsbereichen zu erfüllen sind, in dieser Studie im Mittelpunkt.

Der Arbeitsmarkt Public Health umfasst alle Aktivitäten, die eine verbesserte Gesundheit der Bevölkerung zum Ziel haben. Für diese Studie wurde der Public Health Arbeitsmarkt auf das deutsche Gesundheitswesen eingegrenzt. Zur Systematisierung der vielen Akteure, die im deutschen Gesundheitswesen tätig sind, wurde das WHO Framework for Action eingesetzt. Durch die Systematisierung wurde der deutsche Public Health Arbeitsmarkt international anschlussfähig dargestellt und eine Gewichtung der Arbeitgeber nach den Handlungsfeldern des WHO Framework ermöglicht.

Die im deutschen Gesundheitswesen tätigen Institutionen und Akteure übernehmen oftmals divergierende Tätigkeiten innerhalb ihres Handlungsfelds. Vor allem die Partner der Selbstverwaltung haben in erster Linie Verantwortung für die Regulierung im Gesundheitswesen, tragen aber gleichzeitig über verwandte Forschungstätigkeiten zur Informationssammlung im Gesundheitswesen bei. Um zusätzlich zu den Arbeitgebern auch die Tätigkeiten der im Public Health Arbeitsmarkt tätigen Fachkräfte zu systematisieren, wurde der Public Health Action Cycle als theoretisches Modell eingesetzt. Durch die Systematisierung der Tätigkeiten wurde auch hier eine international anschlussfähige Gewichtung ermöglicht.

Die Public Health Arbeitgeber, die nach dieser Untersuchung gehäuft im deutschen Gesundheitswesen auftreten, sind den Handlungsfeldern Health Work Force, Information und Leadership zuzuordnen. Die Aufgaben und Tätigkeiten, die nach den Ergebnissen dieser Studie im deutschen Public Health Arbeitsmarkt vornehmlich durchgeführt werden, sind die Forschung und die Steuerung im Gesundheitswesen.

Auffallend unterrepräsentiert sind in dieser Studie Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention. Der Fachbereich Public Health definiert sich über die Verbesserung der Gesundheit von Bevölkerungen. Die Planung, Umsetzung und Durchführung gesundheitsförderlicher Interventionen ist einer der drei im Public Health Action Cycle enthaltenen Tätigkeitsfelder. Diese praktische Ebene der Anwendung des Public Health Wissens lässt sich in dieser Studie jedoch nicht in erwartetem Maße wiederfinden.

Eine mögliche Begründung könnte im akademischen Fokus der universitären Weiterbildung und der dazugehörigen Fachgesellschaften liegen. Die Umsetzung praktischer Maßnahmen fällt nicht in dieses Aufgabenfeld, sondern wird sinnvoller Weise von den anwendungsorientierten Hochschulen und anderen gesundheitswissenschaftlichen Fachbereichen wie Sozialpädagogik und Sozialmanagement übernommen.

Die Kategorisierung der Public Health Arbeitgeber nach den Handlungsfeldern des WHO Framework erfordert für den Vergleich mit den Absolventenbefragungen von Dierks in Hannover und Lorenz und Pundt in Berlin eine Zuordnung von deren Ergebnissen. Eindeutig sind in allen Untersuchungen Universitäten der häufigste einzeln genannte Arbeitgeber. Die Untersuchung von Dierks nennt als nächstes Arbeitgeber aus dem öffentlichen Gesundheitswesen. Diese entsprechen dem Handlungsfeld Leadership und sind mit 19,6% vertreten. Damit sind in der Untersuchung von Dierks 50% der Arbeitgeber aus den zwei Handlungsfeldern Health Work Force und Leadership. Bündelt man die Ergebnisse der Untersuchung von Lorenz und Pundt auch nach dem WHO Framework, so verteilen sich 57% der Arbeitgeber auf die drei Handlungsfelder Health Work Force, Leadership und Information. In der hier durchgeführten Untersuchung wurden 95% der Arbeitgeber in den ausgewerteten Stellenanzeigen diesen drei Handlungsfeldern zugeordnet und 71% der Arbeitgeber der Absolventen.

Diese Schwerpunktsetzung ist naheliegend, da die klinische Versorgung (Service Delivery) nicht ein Public Health-relevantes Arbeitsfeld darstellt und in dieser Untersuchung aktiv ausgeschlossen wurde. Ebenso ist die Arznei-, Heil- und Hilfsmittelindustrie kein originäres Public Health Arbeitsfeld, sondern nur dessen Regulierung und Qualitätssicherung. Schwer zu begründen ist hingegen der kleine Anteil des Handlungsfelds Financing, welches in Deutschland die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen umfasst.

Hinsichtlich der Tätigkeit deutet die Auswertung der Stellenanzeigen auf einen eher forschungsorientierten Public Health Arbeitsmarkt in Deutschland hin. 87% der Stellenanzeigen suchten Mitarbeiter für eine Forschungstätigkeit. Die verbleibenden 13% verteilten sich nahezu hälftig auf die Bereiche Steuerung im Gesundheitswesen und Intervention. Die Absolventenbefragung bestätigte die Ergebnisse der Stellenauswertung bezüglich der Ausrichtung des Public Health Arbeitsmarkts. Die Stoßrichtung war analog, allerdings wesentlich schwächer ausgeprägt. Nur zu 54% waren Absolventen in der Forschung tätig. Dafür waren wesentlich mehr Absolventen (18%) in der Steuerung im Gesundheitswesen tätig, aber ähnliche 8% bei der Umsetzung von Interventionen.

Die Forschungsorientierung begründet das hohe akademische Niveau, welches in den Stellenanzeigen gefordert wurde. Zusätzlich zu der fachbezogenen Weiterbildung, die in 44% der Stellenanzeigen gewünscht wurde, wurden für fast ein Drit-

tel der Stellen promovierte Mitarbeiter gesucht. Ein weiteres Drittel der Stellenanzeigen bot die Möglichkeit zur Promotion am Arbeitsplatz an.

Die Stellen wurden deutschlandweit ausgeschrieben, wobei 38% ihren Einsatzort in Berlin hatten.

Die Befragung von Absolventen aus Hannover von Dierks deckt sich insofern mit diesen Ergebnissen, dass Tätigkeiten der Forschung mit 31% auch hier an erster Stelle standen, gefolgt von 19,6% der Absolventen mit Tätigkeiten im öffentlichen Gesundheitswesen. In der Befragung von Lorenz und Pundt steht die Forschung als Tätigkeitsbereich an zweiter Stelle hinter versorgungsnahen Tätigkeiten im psychosozialen Bereich.

Der Dominanz der Forschungstätigkeit entsprechend wurde auch die Methodenkompetenz zur Durchführung von empirischen Forschungsvorhaben oft gesucht. Quantitative Methoden wurden dabei mit 36% mindestens drei Mal so oft genannt wie die Methoden der empirischen Sozialforschung, Versorgungsforschung, Evidenzbasierung, gesundheitsökonomischen Evaluation und qualitativen Forschung. Die meist genannten Softwareprogramme zur Auswertung von Daten waren SAS und SPSS. Die von den Absolventen am Arbeitsplatz am häufigsten eingesetzte methodische Kompetenz war die Literaturrecherche mit 77%. Quantitative Methoden wurden zu 58% „sehr oft“ oder „eher oft“ eingesetzt. Methoden der Versorgungsforschung zu 46%.

Die durchzuführenden Aufgaben in den Stellenanzeigen waren zu 44% die klassischen Aufgaben von wissenschaftlichen Mitarbeitern in Forschung und Lehre und zu 30% Leitungsaufgaben, inklusive Personalführung und Gremienarbeit. Zu 26% wurden in den Stellenanzeigen eher angewandte Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit, Schulung von Fachpersonal, Erstellung von Fachberichten etc. zur Durchführung aufgeführt.

Die vorliegenden Ergebnisse der am Arbeitsplatz durchgeführten Aufgaben decken sich mit den Ergebnissen des 2010 durchgeführten Workshops von Hey und Blättner. Für Tätigkeiten in der Forschung wurde die Methodenkenntnis und Umgang mit Datenquellen benötigt. Für die Tätigkeit bei Interventionen der Zugang zur Zielgruppe und konzeptionelle Fähigkeiten in der Prävention und Gesundheitsförderung. Für die Übernahme von Aufgaben der Steuerung im Gesundheitswesen ein breitgefächertes Public Health Wissen.

Das von den Absolventen am Arbeitsplatz am häufigsten eingesetzte Wissen und Können war die Epidemiologie mit einer Einschätzung „sehr oft“ oder „eher oft“ von 63%. Diese Angabe wurde gefolgt von Wissen zu Gesundheitssystemen mit 54% und der Gesundheitsförderung und Prävention mit 52%. Von den angewandten Aufgaben stand die Erstellung von Fachberichten mit 72% zusammen mit dem Schreiben von wissenschaftlichen Publikationen mit 54% der Einschätzungen

„sehr oft“ oder „eher oft“ im Vordergrund. Des Weiteren wurden 62% „sehr oft“ oder „eher oft“ mit Projektmanagement und jeweils über 50% mit konzeptionellen Entwicklungen und der Vernetzung und Kooperationsbildung betraut.

Im Rahmen der Befragung wünschten sich Absolventen für das Studium an der BSPH eine Ausweitung und Vertiefung in den Modulen Epidemiologie und Biostatistik und mehr Anwendungsbezug. Auch die Komplexität der gesundheitspolitischen Zusammenhänge wurde nach Meinung der Befragten zu wenig beleuchtet. Des Weiteren fehlten Kompetenzen in den Bereichen Projektmanagement, Publizieren und bei der Einwerbung von Drittmitteln.

Die von Arbeitgebern formal geforderten Qualifikationen bezüglich Fachrichtung, Ausbildungsgrad und Weiterbildung in Public Health oder Epidemiologie dienten zur Bewertung der Übereinstimmung des Ausbildungsniveaus mit dem Public Health Arbeitsmarkt. In den ausgewerteten Stellenanzeigen wurden Akademiker aus mehr als 20 Fachrichtungen gesucht. Dies spiegelt die Interdisziplinarität von Public Health wieder. Die Weiterbildung Public Health schließt keine Fachrichtung im Erststudium aus und die Untersuchung zeigt, dass der Arbeitsmarkt sich insgesamt an Absolventen eines breiten Fächerspektrums richtet. Gebündelt nach übergeordneten Wissenschaftszweigen suchten die Stellenanzeigen Absolventen aus den Sozialwissenschaften im weiteren Sinne zu 29%, aus der Medizin zu 25% und den Naturwissenschaften zu 10%. 14% der Stellenausschreibungen machte keine Angabe zur gesuchten Fachrichtung des Studienabschlusses. Schienkiewitz et. al. finden in ihrer Studie bei Arbeitgebern ein größeres Interesse an Mitarbeitern mit Studienabschlüssen aus der Medizin als aus anderen Fachrichtungen, was sich der aktuellen Untersuchung nicht entnehmen lässt.

Im Vergleich zu der Untersuchung von Schienkiewitz et. al. deutet die Tatsache, dass 44% der hier untersuchten Stellenanzeigen eine Weiterbildung in Public Health oder Epidemiologie wünschen darauf hin, dass der Fachbereich seither auch einen gestiegenen Bekanntheitsgrad erreicht hat.

Die ausgewerteten Stellen entsprachen bezüglich ihrer Vergütung und Befristung der akademischen Ausbildung. Weniger als 2% der Stellenanzeigen boten eine Vergütung unter der Tarifstufe 13. Ein Großteil der Stellen (84%) war auf zwei Jahre oder mehr befristet bzw. unbefristet ausgeschrieben. Diese Ergebnisse aus den Stellenanzeigen decken sich mit den Erfahrungen der Absolventen. Auch hier hatte knapp die Hälfte die Stellenbezeichnung wissenschaftlicher Mitarbeiter und 74% der Absolventen hatten Arbeitsverhältnisse, die auf mindestens zwei Jahre oder gänzlich unbefristet waren. Absolventen waren bezüglich ihrer Vergütung zufrieden, 85% gaben an, ihre Vergütung sei gleich oder besser als zuvor.

Die hier gefundenen Ergebnisse decken sich größtenteils mit den Ergebnissen der Befragung von Absolventen aus Hannover von Dierks und der Befragung Berliner Absolventen von Lorenz und Pundt. In beiden Untersuchungen sind Absolventen

auf dem Arbeitsmarkt erfolgreich, adäquat entlohnt und mit ihrer Tätigkeit zufrieden.

## **6.1 Limitationen des Studiendesigns**

Gegenstand dieser Untersuchung ist der deutsche Public Health Arbeitsmarkt. Um das umfassende Berufsfeld greifbar zu machen, bezieht sich diese Untersuchung nur auf Tätigkeiten im deutschen Gesundheitswesen.

### **6.1.1 Stellenauswertung**

Als Quellen für die Auswertung von Stellenanzeigen dienen zwei Fachgesellschaften und eine überregionale Zeitschrift. Diese Datenquellen sind umfassend, aber nicht vollständig und weitere Quellen für Public Health-relevante Stellenanzeigen werden außer Acht gelassen. Der Wissenschaftsladen Bonn bündelt in einem wöchentlich erscheinenden Informationsdienst Stellenanzeigen zu den Arbeitsmärkten „Bildung Kultur Sozialwesen“ und „Umweltschutz und Naturwissenschaften“. Des Weiteren bieten auf regionaler Ebene die Tageszeitungen, z.B. „Die Süddeutsche Zeitung“, die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ oder in Berlin „Der Tagesspiegel“ in dieser Untersuchung nicht berücksichtigte Quellen für weitere relevante Stellenanzeigen.

Weiterhin ist anzumerken, dass nicht alle zu besetzenden Stellen ausgeschrieben werden. Viele Stellen werden intern besetzt und erreichen somit keine öffentlich zugängliche Quelle zur Erfassung in einer Analyse. Diese Gegebenheiten können die Repräsentativität der Ergebnisse in Frage stellen.

Die Stellenanzeige als Untersuchungseinheit birgt die Limitation, dass nicht alle durchzuführenden Aufgaben in der Anzeige dargestellt werden oder nicht umfassend bzw. kategorisierbar aufgeführt werden. Ein besseres Instrument wäre, so weit vorhanden, die Stellenbeschreibung des Arbeitnehmers. Allerdings ist auch diese oftmals weder umfassend noch zutreffend, da die umgesetzten Aufgaben stark von dem Stelleninhaber interpretiert werden. Eine Befragung von Stelleninhabern erscheint daher in diesem Kontext sinnvoll und wird im Rahmen der Absolventenbefragung durchgeführt.

Im Rahmen der Auswertung einer Stichprobe von Stellenanzeigen wurde eine Pilotkodierung durchgeführt. Dabei wurde das Kategoriensystem mehrmals überarbeitet, um die Reliabilität zu erhöhen. Die Kodierung wurde nur von einer Person, der Autorin, durchgeführt, wodurch sich eine Überprüfung der Intercoder-Reliabilität erübrigte. Die Intracoder-Reliabilität wurde durch wiederholtes Kodieren von Stichproben der Stellenanzeigen zu verschiedenen Zeitpunkten erhöht.

### 6.1.2 Arbeitnehmerbefragung

Die Arbeitnehmerbefragung wurde an Absolventen der deutschsprachigen Masterstudiengänge der Berlin School of Public Health durchgeführt mit der Begründung, dass diese Gruppe auch auf dem Public Health Arbeitsmarkt tätig ist. Eine nicht zu verkennende Limitation der Studie ist die kleine Fallzahl. Die Befragung bezieht sich auf nur 105 Personen von einem einzigen Standort Berlin. Absolventen hatten alle bis zum Zeitpunkt der Erhebung den Abschluss an der BSPH erreicht, aber 12% hatten danach eine Tätigkeit ohne Public Health-Relevanz inne.

Alternativ zu einer Absolventenbefragung wäre eine Befragung aller akademischen Mitarbeiter eines ausgewiesenen Public Health Arbeitgebers (z.B. des Robert Koch Instituts, des GKV-Spitzenverbands, des Gemeinsamen Bundesausschusses etc.) denkbar. Der Nachteil dieser Herangehensweise liegt darin, dass der Arbeitgeber nur für einen begrenzten Public Health Aufgabenbereich verantwortlich ist und die breite Palette des Arbeitsmarkts und dessen Gewichtung nicht erfasst wird. Des Weiteren verfügt meistens nur ein geringer Prozentsatz der Mitarbeiter dieser ausgewiesenen Institutionen über eine formale Weiterbildung im Fachbereich Public Health.

Positiv hervorzuheben ist daher die Tatsache, dass bei allen Befragten in dieser Untersuchung ein klares Verständnis von Public Health vorausgesetzt werden kann und trotzdem eine branchenübergreifende Befragung vorliegt. Die Arbeitnehmer verteilten sich auf Grund ihrer eigenen Interessen und den aktuellen Stellenangeboten breit auf den Public Health Arbeitsmarkt. Diese Breite der Verteilung wurde erfasst und unterstützt die Aussagekraft von Absolventenbefragungen bezüglich des Public Health Arbeitsmarkts und der Anforderungen von Arbeitgebern.

Das hervorzuhebende Ergebnis dieser Untersuchung ist die starke Forschungsorientierung im deutschen Public Health Arbeitsmarkt, der sowohl aus den Stellenanzeigen als auch aus der Absolventenbefragung hervor geht. Kritisch anzumerken ist hierbei, dass die Untersuchung an Absolventen der Charité-Universitätsmedizin Berlin durchgeführt wurde. Dies legt die Vermutung nahe, dass der universitäre Kontext die Ergebnisse beeinflusst. Universitäten widmen sich der Forschung, und ihre Absolventen werden sich naturgemäß der weiteren Forschung und dem akademischen Arbeitsbereich widmen. Dies deutet darauf hin, dass breiter angelegte universitätsübergreifende Absolventenbefragungen und die Integration von nicht-universitären Studiengängen sowie verwandten Fachbereichen für eine Erfassung des Arbeitsmarkts sinnvoll wären.

Auch sollte das online Format der Befragung hinterfragt werden. Ein Rücklauf von 64,75% ist zwar akzeptabel, könnte aber durch eine telefonische Kontaktaufnahme verbessert werden.

## 6.2 Schlussfolgerung

Die vorliegende Untersuchung stellt einen forschungsorientierten Arbeitsmarkt für Public Health in Deutschland fest. Sowohl die Auswertung der Stellenanzeigen als auch die Absolventenbefragung unterstützen dieses Ergebnis. Dies hat Auswirkungen auf das Selbstverständnis von Public Health im deutschen Kontext, wirkt sich auf die Schwerpunktsetzung bei der curricularen Weiterentwicklung aus und verändert die Rahmenbedingungen, welche die Entscheidung, als Studierender diese Studienrichtung aufzunehmen, beeinflussen.

Im globalen Kontext ist Public Health ein anwendungsorientierter Fachbereich. Das Augenmerk und die Wichtigkeit von Public Health definieren sich durch das effektive Hineinwirken in vorgefundene praktische Gegebenheiten. Public Health sieht sich als Disziplin, die durch Intervention und politischen Aktivismus die Gesundheit von Bevölkerungen verbessert. Auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung trifft diese Interpretation von Public Health für Deutschland jedoch nur begrenzt zu. Im deutschen Kontext umfasst Public Health zwar auch die praktische Umsetzung von Erkenntnissen und die politische Interessenvertretung, stellt aber eher die Erkenntnisgewinnung, die zur Entscheidungsfindung notwendig ist, in den Vordergrund. Die Public Health Forschung hat zwar einen starken Anwendungsbezug und wirkt in die Gestaltung des Gesundheitswesens hinein, ist aber vom Aufgabenprofil und von den eingesetzten Kompetenzen nicht mit Public Health Praxis gleichzusetzen.

Eine Begründung für diese Schwerpunktsetzung kann in den prägenden Merkmalen des deutschen Gesundheitswesens gefunden werden. Das deutsche Sozialversicherungssystem ist umfassend. Bezüglich der Absicherung gegen das Krankheitsrisiko haben alle deutschen Bürger eine Krankenversicherungspflicht. 90% der Bevölkerung ist über die gesetzlichen Krankenversicherungen abgesichert. Diese vertritt den Anspruch einer Maximalversorgung und stellt Versicherten alle medizinisch notwendigen Leistungen zur Verhütung und Heilung von Krankheit und Wiederherstellung von Gesundheit zur Verfügung. Versicherungsbeiträge werden proportional zum Einkommen (solidarisch) erhoben und beseitigen das Risiko, durch Krankheitskosten zu verarmen. Die Private Krankenversicherung ist verpflichtet, eine Basisversicherung mit analogen Leistungen bereit zu stellen. Für Sozialfälle erfolgt die Versicherung über die Sozialhilfe. Gesundheitsleistungen werden flächendeckend zur Verfügung gestellt. Diese Rahmenbedingungen reduzieren strukturell die soziale Ungleichheit und damit den Bedarf an präventiven Public Health Interventionen. Die Regelversorgung greift gerade bei sozial Schwächeren verhältnismäßig früh im Prozess der Krankheitsentstehung.

Die strukturellen Gegebenheiten der Finanzierung und Versorgung des deutschen Gesundheitswesens sind zielgerichtet und gerecht. Es sind der anhaltende Kostendruck und erkennbare Trends in der Morbidität die einen Impetus für Veränderung bieten. Gesucht werden optimierte Versorgungsmodelle und Effizienzsteigerungen

innerhalb der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten, Multimorbidität, und bei der Pflegebedürftigkeit im Alter. Für den Sozialraum werden neue Ansätze zur gesünderen Lebensführung sowie zur Vermeidung und zeitlichen Verschiebung dieser Leiden gesucht. Interventionsmodelle auf der Makro-, Meso- und Individualebene müssen in diesen Krankheitsbildern jedoch erst über Forschungsprojekte identifiziert und erprobt werden, um dann in einem zweiten Schritt flächendeckend finanziert und umgesetzt zu werden.

Absehbar ist die Tatsache, dass selbst eine äußerste Wirtschaftlichkeit die Finanzierungslücken im deutschen Gesundheitswesen nicht beheben können. Somit muss nach neuen Wegen gesucht werden, gerecht und sozialverträglich mehr Gelder dem Gesundheitssystem zuzuordnen und ethisch vertretbare Allokationsentscheidungen zu treffen. Diese komplexen, über die Politik umzusetzenden Ziele haben zwar eine praktische Auswirkung, erfordern aber Forschung und Evaluation als Grundlage für die wissenschaftliche Entscheidungsfindung.

### **6.2.1 Auswirkungen auf das Selbstverständnis von Public Health**

Ein Ziel der Förderphase Gesundheitswissenschaften / Public Health der 1990er Jahre in Deutschland war die nachhaltige Verankerung des Fachbereichs in Forschung und Lehre. Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe Berufsfeldentwicklung, Berufswege und Kompetenzen des Kooperationsverbands Hochschulen für Gesundheit e.V. (Hochschulen für Gesundheit e.V., 2010) bestehen aktuell je nach einbezogener Fachrichtung zwischen 350 und 600 auf Gesundheit ausgerichtete Studienangebote. Der englische Fachbegriff „Public Health“ lässt sich nicht eindeutig und ohne Einschränkungen ins Deutsche übersetzen. In Abgrenzung zu den anderen auf Gesundheit ausgerichteten Studienrichtungen muss ein intuitives Verständnis der Allgemeinheit für den Begriff hergestellt werden. Die gegenwärtige Herausforderung für den Fachbereich Public Health im deutschen Kontext besteht daher in der Präzisierung des fachlichen Profils und in der Abgrenzung zu den Gesundheitswissenschaften im Allgemeinen.

Die Ausdifferenzierung des Fachbereichs Public Health im deutschen Kontext wird auch über die Tätigkeiten, das Berufsfeld und den Arbeitsmarkt geprägt. Dabei ist die Abgrenzung zu den anderen gesundheitswissenschaftlichen Studienrichtungen sinnvoll. Eine zu starke Abweichung von dem internationalen Selbstverständnis von Public Health hingegen nicht. Die Ergebnisse dieser Studie beschreiben Public Health in Deutschland als einen akademischen, forschungsorientierten Fachbereich, der unter dem Einsatz epidemiologischer Methoden und der wissenschaftlichen Entscheidungsfindung seinen Beitrag zum Gesundheitswesen leistet.

Auf Basis der hier vorliegenden Ergebnisse hat sich das Profil von Public Health seit der Befragung von Lorenz und Pundt konkretisiert. Die methodischen Kompetenzen der Public Health Fachkräfte und deren Relevanz für die gesundheits-

wissenschaftliche Forschung sind hinreichend belegt. Die in den qualitativen Interviews damals ausformulierte Zukunftsaufgabe von Public Health hat sich jedoch nicht verändert und bezieht sich weiterhin auf die Weiterentwicklung des Sozialversicherungssystems, die Sicherstellung einer gerechten bzw. chancengleichen Gesundheitsversorgung und die Transparenz von Entscheidungsprozessen.

### **6.2.2 Inhaltliche Auswirkung auf die curriculare Weiterentwicklung**

Die Epidemiologie und Biostatistik sind Kernbereiche der Public Health Ausbildung. Sie sind unausweichliche Bestandteile eines jeden Public Health Studiengangs. Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass die Vermittlung von epidemiologischen und biostatistischen Methoden im deutschen Kontext an Stellenwert gewinnen und vorrangig behandelt werden sollte.

Die Gefahr dabei ist jedoch, dass die Vertiefung der Methodenkompetenz eine Verdrängung der anderen Bestandteile des Curriculums mit sich bringen könnte. Eine Vertiefung im methodischen Bereich kann eine neue Gewichtung der Kerndisziplinen der Ausbildung hervorrufen. Die sechs von ASPHER für die Europäische Region spezifizierten Kerndisziplinen, von denen nur eine den Public Health Methoden zuzuordnen ist, sind nicht mit einer Gewichtung versehen. Es besteht bis auf die Empfehlung der Inklusion kein Mechanismus, mit dem eine angemessene Gewichtung der identifizierten Disziplinen von Public Health sichergestellt werden kann.

Der Stellenwert von sozialen Determinanten, physischer Umwelt, Gesundheitssystemstrukturen und Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung und Gesundheitsverhalten sollte nicht gering bewertet werden. Die Anwendung von Forschungsmethoden ohne ein Verständnis für die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen birgt die Gefahr, Werte wie Solidarität und soziale Verantwortung außer Acht zu lassen. Der Fachbereich Public Health spannt die Schnittstellen zwischen dem Gesundheitssystem, der physischen Umwelt, den sozialen Gegebenheiten und dem individuellen Gesundheitsverhalten. Als ausdrücklicher Verfechter im Kampf gegen soziale Ungleichheit hat der Fachbereich die Verantwortung, Public Health Fachkräften ein Verständnis für die Zusammenhänge dieser Handlungsfelder zu vermitteln.

Eine Harmonisierung der methodischen Ausrichtung des Arbeitsmarkts und der Verantwortung von Public Health kann durch die Sicherstellung der Interdisziplinarität über ein verpflichtendes Grundlagenstudium und der anschließenden größeren Wahlfreiheit bei den Schwerpunktmodulen erfolgen. Über die Grundlagemodule werden alle sechs von ASPHER identifizierten Public Health Kernbereiche abgedeckt. Im weiteren Verlauf des Studiums kann entsprechend der individuellen Stärken und Interessen der Teilnehmer eine Vertiefung in den Methodenfächern stattfinden, oder in einer anderen Public Health Ausrichtung wie Gesundheitsförderung.

### 6.2.3 Strukturelle Auswirkung auf die curriculare Weiterentwicklung

Auf Grund der Einrichtung der Europäischen Hochschulregion stellt sich die Frage, in welchen Zyklen das Public Health Studium angeboten werden sollte. Im US Amerikanischen Kontext wird die Fachrichtung grundsätzlich nur im Master und Promotionszyklus angeboten. Dabei stehen die Anwendungsorientierung über den Abschluss MPH und die Forschungsorientierung über den Abschluss Master of Science in Public Health zur Verfügung. Alle im Bachelor Zyklus erworbenen gesundheitsrelevanten Fachrichtungen qualifizieren für die Zulassung zum Masterstudiengang. In Deutschland wurde die Fachrichtung Public Health als postgradualer Studiengang in den 1990ern eingeführt. Die Äquivalenz nach den Vorgaben der Europäischen Hochschulregion ist ein weiterbildender Masterstudiengang. Inzwischen haben sich in Deutschland explizit mit dem Titel Public Health Studienangebote in allen drei Zyklen zusätzlich zu dem weiterbildenden Masterangebot etabliert.

Die Sinnhaftigkeit eines weiterbildenden Masterstudiengangs in Konkurrenz zu einem regulären Masterabschluss sollte sich aber über die Anerkennung und den Bedarf am Arbeitsmarkt legitimieren. Eine Betrachtung der Inanspruchnahme der Ausbildungsmodalitäten zeigt sowohl den regulären Masterstudiengang als auch den weiterbildenden Masterstudiengang im Fachbereich Public Health als gleichberechtigt sinnvoll. Für Absolventen der deutschen gesundheitswissenschaftlichen Bachelorstudiengänge ist ein anschließender regulärer Masterstudiengang eine optimale Qualifikation und bereitet sinnvoll auf den Arbeitsmarkt vor. Der weiterbildende Masterstudiengang hat seinen Stellenwert in der Spezifität und Kürze der Ausbildung. Ein weiterbildender Masterstudiengang in Public Health ist besonders für Absolventen aus Fachrichtungen mit Staatsexamen (Medizin, Pharmazie, Jura, Lehramt) und für Absolventen mit den alten deutschen Studienabschlüssen Diplom und Magister geeignet. Diese Art von Studienangebot richtet sich an Berufstätige in der Mitte ihrer beruflichen Laufbahn, die eine berufliche Neuorientierung oder einen Berufsaufstieg anstreben. In diesem Studienmodus werden fachspezifische Kernkompetenzen kompakt vermittelt. Auf breiter angelegte Schlüsselkompetenzen, die im Studium Generale eine größere Rolle spielen, wird in diesem Modell verzichtet.

Im Bachelor Zyklus ist die Sinnhaftigkeit einer interdisziplinären Fachrichtung zu hinterfragen. Gerade im Bachelorstudium sollen disziplinäre Fähigkeiten geschult werden. Der Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse erfordert für diesen Studienzyklus dass Absolventen „ein breites und integriertes Wissen und Verstehen der wissenschaftlichen Grundlagen ihres Lerngebietes nachgewiesen“ haben. Sie sollen die Theorien, Prinzipien und Methoden ihres Studienggebietes auf dem aktuellen Stand der Fachliteratur kennen. Ob ein interdisziplinäres Fachgebiet die Grundlage für diese Art von wissenschaftlicher Schulung bietet bleibt zu interpretieren.

### **6.3 Empfehlungen**

Die Ergebnisse quantifizieren den deutschen Public Health Arbeitsmarkt als stark forschungsorientiert. Alle drei klassischen Arbeitsfelder von Public Health sind in Deutschland vertreten, aber mit einer starken Gewichtung zur Forschung hin.

Die daraus zu entnehmende Anregung für die curriculare Schwerpunktsetzung im Fachbereich Public Health ist der hohe Stellenwert von Epidemiologie und Biostatistik. Eindeutig muss die Public Health Weiterbildung die Vermittlung von epidemiologischen und biostatistischen Methoden vorrangig behandeln. Hierbei muss eine anwendungsorientierte Vermittlung, auch im Hinblick auf die im späteren Berufsleben begrenzten Ressourcen liegen. Kompetenzvermittlung bei der Analyse von schon bestehenden Routinedaten, allgemein zugänglichen Daten und Sekundärdaten sollte ausgebaut werden. Im Rahmen von Wahlangeboten sollten Vertiefungen der Methodenkenntnisse vermittelt werden.

Hervorzuheben ist die Verbindung zwischen der Forschung, der Public Health Intervention und der Steuerung im Gesundheitswesen. Die Forschung dient der wissensbasierten Entscheidungsfindung und beeinflusst somit maßgeblich die beiden weiteren Public Health Arbeitsfelder. Daraus folgt der Bedarf für ein Verständnis der sozialen Determinanten von Gesundheit, des Gesundheitssystems und den gesundheitspolitischen Gegebenheiten.

Unausweichlich sind dabei der gegenwärtige Kostendruck und die daraus resultierende Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Absolventen müssen diese Zusammenhänge verstehen und akzeptieren und geeignete Handlungsebenen definieren. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk auf die Stärkung von Solidarität und sozialer Verantwortung gelegt werden und eine Sensibilisierung für gängige ethische Perspektiven bei der Entscheidungsfindung geschaffen werden.

# 7 Anhang

## 7.1 Übersicht des Kategoriensystems

### 7.1.1 Rahmenbedingungen der Stelle

Rahmenbedingungen der Stelle		Art des Arbeitgebers		Art der Stelle	
Art des Arbeitgebers		Service Delivery		Professor/in	
Art der Stelle		Health Work Force		Leiter/in des Fachgebiets	
Umfang der Stelle		Information		Wissenschaftliche/- Mitarbeiter/in	
Befristung der Stelle		Medical Products, Vaccines and Technologies		Ärzte mit wissenschaftlicher Tätigkeit	
Vergütung der Stelle		Financing		Referent/in	
Verlangte Fachrichtung des Studiums		Leadership / Governance		Koordinator/in	
Erwünschte Weiterbildung				Doktorand/in	
Einsatzort				Dokumentar/in	
				Sonstige	
Umfang der Stelle		Befristung der Stelle		Vergütung der Stelle	
Nur volle Stelle möglich	0,5 Jahre	TV 10			
Nur Teilzeit (50%) Stelle möglich	1 Jahr	TV 11			
Nur Teilzeit (75%) Stelle möglich	2 Jahre	TV 12			
Vollzeit oder Teilzeit möglich	3 Jahre	TV 13			
	4 Jahre	TV 14			
	5 Jahre oder mehr	TV 15			
	Befristet ohne Zeitangabe	TV W1-W3			
	Unbefristet	TV ohne Angabe der Entgeltgruppe			
	Keine Angabe	Stipendium			
		Angemessen			
		Gehaltsvorstellungen äußern			
		Keine Angabe			
Fachrichtung		Erwünschte Weiterbildung			
Medizin		Weiterbildung mit Schwerpunkt Public Health ist von Vorteil			
Naturwissenschaften		Weiterbildung mit Schwerpunkt Epidemiologie ist von Vorteil			
Mathematik/Statistik		Weiterbildung mit Schwerpunkt Public Health oder Epidemiologie ist von Vorteil			
Sozialwissenschaften		Promotion ist von Vorteil			
Nichtärztliche Gesundheitsberufe		Publikationserfahrung ist von Vorteil			
Keine Angabe der Fachrichtung		Englisch			
Sonstige		Möglichkeit der wissenschaftlichen Weiterqualifikation, Dissertation bzw. Habilitation ist gegeben			

## 7.1.2 Aufgabenspektrum der Stelle

Primäre Tätigkeit			
Forschung	Leitung Entwicklung, Planung Durchführung, Auswertung	Methodische Fähigkeiten Quantitative Methoden Empirische Sozialforschung Versorgungsforschung Erhebungskonzepte / Instrumente entwickeln Evidenzbasierung (EbM, HTA) Gesundheitsökonomische Analysen Klinische Epidemiologie Surveillance Qualitative Methoden	Leitungsaufgaben Personal leiten Gremien und Kooperationen Externe und interne Qualitätssicherung Entwicklung von Berichtskonzepten Entwicklung von Modulen und Lehrkonzepten
Intervention	Projektleitung Entwicklung, Planung Durchführung, Evaluation	Gesundheitsökonomische Analysen Klinische Epidemiologie Surveillance Qualitative Methoden	Tätigkeiten wissenschaftlicher Mitarbeiter Beteiligung an der Lehre Betreuung von Doktoranden oder Fellows Erstellung wissenschaftlicher Publikationen Drittmitteleinwerbung
Steuerung im Gesundheitswesen	Leitung Leitung einer Abteilung Geschäftsführung, Koordination	Software Programme SPSS SAS STATA R	Angewandte Aufgaben Beratung und Schulung von Fachpersonal Erstellung von Fachberichten Öffentlichkeitsarbeit Durchführung von Erhebungen

## 7.2 Suchprofil Die ZEIT

### Suchprofil bearbeiten

Ändern Sie hier ihr Suchprofil.

NAME

<p>Name des Suchagenten</p> <input type="text" value="diss2011"/>
---

BERUFSFELDER

<p><input type="checkbox"/> Alle</p> <p><input type="checkbox"/> Technik &amp; Life-Science</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologie</p> <p><input type="checkbox"/> Kunst &amp; Kultur</p> <p><input type="checkbox"/> Medien &amp; Kommunikation</p> <p><input type="checkbox"/> Weitere Berufsfelder</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Medizin &amp; Gesundheit</p> <p><input type="checkbox"/> Verwaltung &amp; Management</p> <p><input type="checkbox"/> Internationale Zusammenarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> Pädagogik &amp; Soziales</p>
---

BERUFSFELDER IN WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

- Alle
  - Agrar- / Forstwissenschaften
  - Bildungs- / Sozialwissenschaften / Sport
  - Ingenieurwissenschaften
  - Lebenswissenschaften
  - Musik / Kunst / Gestaltung
  - Philosophie
  - Theologie
  - Wirtschaftswissenschaften
  - Architektur / Städtebau / Raumplanung
  - Informatik / Mathematik
  - Kultur- / Sprach- / Medien- /  
Geschichtswissenschaften
  - Medizin / Psychologie /  
Gesundheitswissenschaften
  - Naturwissenschaften
  - Rechtswissenschaften
  - Verwaltung und Management an  
Hochschulen und Forschungseinrichtungen

#### POSITIONEN & TÄTIGKEITEN

- Alle
  - Sachbearbeitung/Administration
  - Beratung
  - Forschung & Entwicklung
  - Facharzt
  - Projektmanagement
  - Erzieher/ Pädagogen
  - Volontär & Trainee
  - Weitere Tätigkeiten
  - Redaktion & Lektorat
  - Vertrieb
  - Controlling & Finanzen
  - Geschäftsführer / Direktor / Leiter
  - EDV/IT
  - Marketing & PR
  - Personal & Recht
  - Assistenzarzt
  - Referent & Assistent
  - Fundraiser

#### POSITIONEN & TÄTIGKEITEN IN WISSENSCHAFT & FORSCHUNG

- Alle
- Doktorand/in (LuF und FuE)
- Mitarbeiter/in Forschung & Entwicklung (LuF und FuE)
- Juniorprofessor/in (LuF und FuE)
- Professor/in (LuF und FuE)
- Stipendien / Preise / Förderprogramme (Stip)
- Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in (LuF und FuE)
- Forschungsgruppenleiter/in (LuF und FuE)
- Medizinisch Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in (LuF und FuE)
- Bereichs-/Abteilungsleitung (VuM)
- Dozent/in / Lehrkraft für besondere Aufgaben / Lecturer (LuF und FuE)
- Institutsleiter/in (LuF und FuE)
- Postdoc (LuF und FuE)
- Hochschul-/Institutsleitung (VuM)
- Fachkraft (VuM)
- Akademische/r Rat/Rätin / Studienrat/-rätin (LuF und FuE)
- Leitungsposition in Forschung & Entwicklung (LuF und FuE)
- Projekt-/Teamleiter/in (LuF und FuE)

#### ART DES ARBEITGEBERS IN WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

- Alle
- Berufsakademie / Duale Hochschule
- Forschende Kliniken
- Forschungseinrichtung
- Musik- und Kunsthochschule
- Universität
- Fachhochschule
- Forschende Unternehmen
- Graduiertenschule
- Stiftung
- Weiterer Arbeitgeber

#### STANDORTE

- Alle
  - Deutschland
  - Schweiz
- Österreich

Andere Länder

SUCHE IN ANZEIGEN

Suchbegriff

public health

Speichern

## 7.3 Fragebogen

### BSPH Absolventenbefragung 2011

Liebe Alumni der BSPH,

zur besseren Abschätzung der Qualifikationsanforderungen auf dem Public Health Arbeitsmarkt führen wir eine Auswertung von Stellenanzeigen und eine Befragung von Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge MPH und MSE durch. Für die Kontaktaufnahme berufen wir uns auf den BSPH-Email Verteiler Ihres Jahrgangs.

Ich würde mich sehr über Ihre Teilnahme an dieser Befragung freuen, da sie nicht nur der Optimierung des BSPH Modulangebots dient, sondern auch als Datenbasis für meine angestrebte Dissertation. Ein guter Rücklauf ist dafür ausschlaggebend! Die 19 Fragen sollten nicht mehr als 10 Minuten Ihrer Zeit beanspruchen.

Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig. Sollten Sie nicht teilnehmen hat dies keinerlei Konsequenzen. Mit dem Absenden des Fragebogens erklären Sie Ihr Einverständnis, dass wir Ihre Antworten ohne Personenbezug nur zweckgebunden für diese Untersuchung verarbeiten dürfen. Dabei sichern wir Ihnen zu, dass wir keinerlei Bemühungen unternehmen werden, aus den Antworten einen Personenbezug herzustellen, auch nicht mit für Verwaltungszwecke vorhandenen Daten an der BSPH. Ihre Antworten gehen anonym über Google Docs bei uns ein. Über das Öffnen der Google Docs Website ist wie bei jeder Nutzung von Google eine Cookiesetzung möglich. Die Befragung und deren Antworten sind hingegen urheberrechtlich geschützt (Google Nutzungsbedingungen §11).

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!  
Nina Adelberger

#### 1. Alter

- bis 29
- 30-39
- 40-49
- über 50

#### 2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

#### 3. Ihr Studium an der BSPH

- MPH
- MSE

#### 4. Die Fachrichtung Ihres Erststudiums (bitte einer Kategorie zuordnen)

- Humanmedizin, Zahnmedizin, Tiermedizin
- Naturwissenschaften, Pharmazie
- Psychologie
- Sozialwissenschaften (im weiteren Sinne)
- Wirtschaftswissenschaften, Ökonomie, Gesundheitsökonomie

- Gesundheitswissenschaften / Health Science
- Pädagogik, Erziehungswissenschaften
- Pflegewissenschaften
- Geisteswissenschaften
- Other:

**5. Ihre berufliche Situation seit dem Studium an der BSPH**

(Ausschlaggebend ist die aktuellste Stelle)

- neuer Arbeitgeber
- gleicher Arbeitgeber, aber neue Position
- gleicher Arbeitgeber in der gleichen Position
- arbeitssuchend
- gewollt nicht berufstätig, z.B. Elternzeit
- in Weiterbildung, z.B. Doktorand/in

**6. Art Ihres gegenwärtigen Arbeitgebers (bitte einer Kategorie zuordnen)**

(bzw. Ihres letzten Arbeitgebers seit dem BSPH Studium)

- Universität
- außeruniversitäre Forschungseinrichtung
- staatliche Behörde, Bundes- oder Landesinstitut
- Firma oder freies Unternehmen
- Krankenversicherung
- Verein, Verband, Kammer oder freier Träger, der keine klinische Leistungen anbietet
- klinischer Leistungsanbieter (ambulant, stationär)
- selbstständig tätig
- nicht zutreffend
- Other:

**7. Ihre gegenwärtige Stellenbezeichnung**

(bzw. Ihre letzte Stellenbezeichnung seit dem BSPH Studium)

- Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in
- Doktorand/in
- Referent/in
- Koordinator/in
- Leiter/in
- Professor/in
- nicht zutreffend
- Other:

**8. Befristung Ihrer gegenwärtigen Stelle**

(bzw. Ihrer letzten Stelle seit dem BSPH Studium)

- auf weniger als 2 Jahre
- auf 2 Jahre oder mehr
- unbefristet
- nicht zutreffend

**9. Umfang Ihrer gegenwärtige Stelle**

bzw. Ihrer letzten Stelle seit dem BSPH Studium

- Vollzeit
- Teilzeit
- In Absprache mit meinen Wünschen auf Voll- oder Teilzeit angepasst
- nicht zutreffend

**10. Wie lange dauerte die Arbeitssuche nach Ihrem Studium an der BSPH?**

- weniger als 3 Monate
- 3 bis 6 Monate
- 7 bis 12 Monate
- mehr als 12 Monate
- ich habe nicht gesucht
- mein Studium liegt weniger als 12 Monate zurück und ich suche noch

**11. Hat Ihre gegenwärtige Stelle Public Health Bezug?**

(bzw. Ihre letzte Stelle seit dem BSPH Studium)

- überwiegend
- eher viel
- eher weniger
- keinen
- nicht zutreffend

**12. Wie bewerten Sie Ihre berufliche Zufriedenheit seit dem Studium an der BSPH?**

	viel besser	eher besser	gleich geblieben	eher schlechter
Ihre Vergütung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Zufriedenheit mit der Tätigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Entscheidungsfreiheit am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Arbeitsplatzsicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Was ist die Ausrichtung Ihrer primären Tätigkeit / die Hauptaufgabe Ihrer gegenwärtigen Stelle?**

bzw. die Hauptaufgabe Ihrer letzten Stelle seit dem BSPH Studium

- eher Forschung, wissenschaftliche Tätigkeiten
- eher Planung und/oder Umsetzung von Public Health Interventionen
- eher Steuerung im Gesundheitswesen
- nicht zutreffend
- Other:

**14a. Wie häufig wenden Sie folgende Methoden in Ihrem Arbeitsfeld an?**

	sehr oft	eher oft	eher selten	nie
Quantitative Forschungsmethoden, statistische Auswertung von Daten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualitative Forschungsmethoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitsökonomische Evaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evidenzbasierte Medizin, Health Technology Assessment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Versorgungsforschung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Literaturrecherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Datenerhebung / Feldarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**14b. Welche Methoden wenden Sie sonst noch in Ihrem Arbeitsfeld an?**

Bitte vermeiden Sie Aussagen, die Ihre Person identifizieren!

//

**15a. Wie häufig führen Sie folgende Tätigkeiten in Ihrem Arbeitsfeld durch?**

	sehr oft	eher oft	eher selten	nie
Fachberichte, Fachpräsentationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öffentlichkeitsarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation von Konferenzen und Tagungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstellung wissenschaftlicher Publikationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einwerbung von				

Drittmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung oder Schulung von Fachpersonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15b. Welche Tätigkeiten führen Sie sonst noch in Ihrem Arbeitsfeld durch?**

Bitte vermeiden Sie Aussagen, die Ihre Person identifizieren!

/

**16a. Wie häufig führen Sie folgende Aufgaben in Ihrem Arbeitsfeld durch?**

	sehr oft	eher oft	eher selten	nie
Personal Leitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernetzung, Förderung von Kooperationen, Gremienarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzeptionelle Weiterentwicklung des Arbeitsbereichs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entwicklung von Lehrkonzepten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Projektmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**16b. Welche Aufgaben führen Sie sonst noch in Ihrem Arbeitsfeld durch?**

Bitte vermeiden Sie Aussagen, die Ihre Person identifizieren!

/

**17. Wie häufig brauchen Sie beruflich Ihr Wissen und Können zu folgenden Public Health Themen?**

	sehr oft	eher oft	eher selten	nie	trifft nicht zu
Epidemiologie	<input type="radio"/>				
Biostatistik	<input type="radio"/>				
Gesundheitsförderung und					

Prävention	<input type="radio"/>				
Gesundheitssysteme, Soziale Sicherung, Gesundheitswesen	<input type="radio"/>				
Umwelt und Gesundheit	<input type="radio"/>				
Gesundheitspolitik	<input type="radio"/>				
Soziale Determinanten von Gesundheit	<input type="radio"/>				
Evaluationsmethoden für Interventionen	<input type="radio"/>				
Evidence based Medicine und Health Technology Assessment	<input type="radio"/>				
Gesundheitsberichterstattung	<input type="radio"/>				

**18. Wie häufig brauchen Sie beruflich Ihr Wissen und Können zu folgenden epidemiologischen Themen?**

	sehr oft	eher oft	eher selten	nie	trifft nicht zu
Herz-Kreislauf Epidemiologie	<input type="radio"/>				
Molekulare Epidemiologie	<input type="radio"/>				
Ernährungsepidemiologie	<input type="radio"/>				
Diabetes Epidemiologie	<input type="radio"/>				
Arbeitsepidemiologie	<input type="radio"/>				
Infektionsepidemiologie	<input type="radio"/>				
Vertiefte epidemiologische Methoden	<input type="radio"/>				
Vertiefte biostatistische Methoden	<input type="radio"/>				

**19. Welche Themen, die nicht im BSPH Lehrangebot sind, sollten Ihrer Meinung nach angeboten werden ?**

Welches Public Health Wissen und Können fehlt Ihnen am Arbeitsplatz?

/

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**  
Mit besten Grüßen Nina Adelberger

## 7.4 Themenfelder der Stellenanzeigen

Inhaltliche Ausrichtung nach Zielgruppe	Inhaltliche Ausrichtung nach Thema	Inhaltliche Ausrichtung nach Versorgungsbereich	Inhaltliche Ausrichtung nach Krankheitsbildern
<ul style="list-style-type: none"> <li>36 Alte Menschen</li> <li>35 Kinder und Jugendliche</li> <li>13 Patienten</li> <li>8 im Arbeitsumfeld</li> <li>5 EU</li> <li>3 Ärzte</li> <li>4 an Schulen</li> <li>2 Erwachsene</li> <li>2 Frauen</li> <li>2 Migranten</li> <li>2 im Setting</li> <li>1 Hebammen</li> <li>1 Uranbergeber</li> <li>1 Neugeborene (Stillratern)</li> <li><b>115 Summe</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Akademisierung der Gesundheitsfachberufe</li> <li>2 Artikulation, Kommunikation</li> <li>2 Bioethik, Biomarkers</li> <li>8 Curriculumsentwicklung</li> <li>4 Demographischer Wandel</li> <li>1 elektronische Gesundheitskarte</li> <li>1 Entigmatisierung</li> <li>2 Fehlermanagement</li> <li>1 Food Management</li> <li>3 Gender</li> <li>10 Genetische Assoziationen</li> <li>3 Gesundheitssysteme</li> <li>3 Gesundheitstechnologie</li> <li>2 Graduiertenschule</li> <li>4 Impfstategie</li> <li>1 Innovation</li> <li>2 Interkulturelle Zusammenarbeit</li> <li>1 Capacity Building</li> <li>1 Kooperation</li> <li>1 Kundenorientierung</li> <li>1 Labornetzwerke</li> <li>1 Lebensqualität</li> <li>1 Leistungskatalog</li> <li>2 Leitlinien / Richtlinien</li> <li>1 Megacities, Urbanisierung</li> <li>1 Mobilität</li> <li>2 Modellierung</li> <li>2 Multimedikation</li> <li>6 Partizipation</li> <li>4 Politische Interessenvertretung</li> <li>1 Priorisierung</li> <li>2 Risikobewertung</li> <li>1 Rückfallprognose</li> <li>8 Soziale Ungleichheit</li> <li>5 Sozialversicherung</li> <li>1 Steuerung im Gesundheitswesen</li> <li>6 Vergütung</li> <li><b>98 Summe</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>31 Pflege und Rehabilitation</li> <li>29 Gesundheitsberichterstattung</li> <li>28 Gesundheitsförderung</li> <li>24 Ernährung und Bewegung</li> <li>24 Global / Public Health</li> <li>23 Arzneimittelversorgung</li> <li>19 Surveillance</li> <li>14 Prävention</li> <li>10 Umwelt und Gesundheit</li> <li>10 Register</li> <li>8 Pandemieplanung</li> <li>8 Gesundheitsmanagement</li> <li>7 Medizinische Versorgung</li> <li>6 Ambulante Versorgung</li> <li>6 Hausärztliche Versorgung</li> <li>5 Biobanken, Biomonitoring</li> <li>4 Disease Management Programme</li> <li>3 Beratung</li> <li>3 Screening, Frühintervention</li> <li>3 Altersmedizin</li> <li>3 Öffentlicher Gesundheitsdienst</li> <li>3 Neue Versorgungsmodelle</li> <li>3 Palliativmedizin</li> <li>3 Langzeitversorgung</li> <li>3 Stationäre Versorgung</li> <li>2 Alltägliche Lebensführung</li> <li>2 Entwicklungszusammenarbeit</li> <li>2 Sozialmedizin</li> <li>1 Allgemeinmedizin</li> <li>1 Frauengesundheit</li> <li>1 Interdisziplinäre Therapien</li> <li>1 Notfallmedizin</li> <li>1 Operative Medizin</li> <li>1 Physiotherapie / Ergotherapie</li> <li>1 Komplementärmedizin</li> <li>1 Psychologie</li> <li>1 Telemedizin</li> <li>1 Soziale Arbeit</li> <li>1 Versorgung am Lebensende</li> <li><b>297 Summe</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>40 Krebs</li> <li><b>Chronische Krankheiten</b></li> <li>18 Chronische Erkrankungen</li> <li>15 Multinorbidität</li> <li>14 Psychische Krankheiten</li> <li>12 Kardiovaskuläre Erkrankungen</li> <li>7 Adipositas</li> <li>6 Diabetes</li> <li>5 Asthma / COPD</li> <li>5 Demenz</li> <li>5 Muskel-Skelett-Erkrankungen</li> <li>3 Depression</li> <li>3 Rückenschmerzen</li> <li>2 Rheuma</li> <li>1 Degenerative Erkrankungen</li> <li>1 Stoffwechselerkrankungen</li> <li>1 Alkoholkonsum</li> <li>1 Ernährungsbedingte Krankheiten</li> <li>1 Chronische Immundefizienz</li> <li>1 Infektionserkrankungen</li> <li><b>101 Summe</b></li> <li><b>Infektionskrankheiten</b></li> <li>40 Infektionskrankheiten</li> <li>22 HIV</li> <li>9 Gastroenterale Infektionen</li> <li>4 Tropische Infektionskrankheiten</li> <li>3 Malaria</li> <li>2 Tuberkulose</li> <li>2 Masern</li> <li>2 Neuintektionen</li> <li><b>84 Summe</b></li> <li><b>Sonstige</b></li> <li>3 Strahlenkrankheit</li> <li>4 Antibiotikaresistenz, Resistenz</li> <li>2 Aufmerksamkeitsdefizit</li> <li>2 Gewalt</li> <li>2 Passivrauchen</li> <li>2 Altersassoziierte Krankheiten</li> <li>1 Kognitive Fähigkeiten</li> <li>1 Wechseljahre</li> <li>1 Suizid</li> <li><b>18 Summe</b></li> </ul>

## 8 Literaturverzeichnis

- Adam, S. (2008). Learning Outcomes Current Developments in Europe: Update on the Issues and Applications of Learning Outcomes Associates with the Bologna Process. Edinburgh: Bologna Process.
- Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen. (2011). Deutscher Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Sekretariat der Kultusministerkonferenz.
- Association of Schools of Public Health Education Committee. (2006). Master's Degree in Public Health Core Competency Development Project (Version 2.3 ed.): Association of Schools of Public Health
- Bartosch, U., Maile, A., & Speth, C. (2008). Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit.
- Becker, F. G. (2002). *Lexikon des Personalmanagements* (2. Auflage ed.): Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Benelux Bologna Secretariat. (2010). The official Bologna Process Website 2007-2010 Retrieved 30.6.2010, from [www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/](http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/)
- Berliner Hochschulgesetz, (2011).
- Birker, K. (1997). *Führungsstile und Entscheidungsmethoden*. Berlin: Cornelsen Lehrbuch.
- Birt, C., & Foldspang, A. (2011). European Core Competences for MPH Education (ECCMPHE). Brüssel: ASPHER Publications No. 6.
- Bologna Working Group on Qualifications Frameworks. (2010). A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area. Copenhagen, Denmark: Ministry of Science, Technology and Innovation.
- Bundeministerium für Gesundheit. (2011). Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2010. Berlin.
- Bundesagentur für Arbeit. (2011). Arbeitsmarktberichterstattung: Der Arbeitsmarkt für Akademikerinnen und Akademiker in Deutschland - mit guten Chancen in den Aufschwung. Nürnberg.

- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2006). Berichtssystem Weiterbildung IX: Integrierter Gesamtbericht zur Weiterbildungssituation in Deutschland. Berlin.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (2005). Gender-Datenreport. In W. Cornelißen (Ed.). München.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung Retrieved 23.9.2011, from <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html>
- Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung Österreich. (2008). The European Higher Education Area. Österreich: Austrian Federal Ministry of Science and Research.
- Bundeszentrale für Politische Bildung. (2011a). Gesundheitsausgaben Retrieved 15.12.2011, from <http://www.bpb.de/wissen/6G93DG,0,0,Gesundheitsausgaben.html>
- Bundeszentrale für Politische Bildung. (2011b). Gesundheitspolitik Retrieved 23.9.2011, from [http://www.bpb.de/themen/WZDR7I,0,Gesundheitspolitik\\_Lernobjekt.html?lt=AAA739&guid=AAA740](http://www.bpb.de/themen/WZDR7I,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAA739&guid=AAA740)
- Busse, R., & Riesberg, A. (2004). *Health Care Systems in Transition: Germany* (Vol. 6). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Busse, R., Schreyögg, J., & Gericke, C. (2007). *Analysing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries: A Comprehensive Framework Approach*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Calhoun, J. G., Ramiah, K., Weist, E., & Shortell, S. (2008). Development of a core competency model for the master of public health degree. *Am.J.Public Health*, 98(9), 1598-1607.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.

- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie. (2011). Ziele, Historie, Satzung Retrieved 22. Nov. 2011, from <http://dgepi.visart.de/ziele-historie-satzung.html>
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. (2011). Die Gesellschaft, from <http://www.dgsmp.de/gesellschaft.html>
- Dierks, M. L. (2000). 10 Jahre Public-Health-Studium in Hannover - wo arbeiten die Absolventen.
- Europäische Kommission. (2008). Der Europäische Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- European Commission. (2009). ECTS Users' Guide. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
- Fries, J. F. (1980). Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130-135.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg. (2010). 16. Kongress Armut und Gesundheit: Verwirklichungschancen für Gesundheit 16. *Kongress Armut und Gesundheit: Verwirklichungschancen für Gesundheit*. Berlin.
- Grosser, M. (2008, 20.2.2008). Akademiker in der Armutsfalle, *Stern*. Retrieved from <http://www.stern.de/kultur/buecher/arbeitsplatz-universitaet-akademiker-in-der-armutsfalle-611685.html>
- Hartmann, T., Müller, N., Baumgarten, K., & Dadaczynski, K. (2010). Grundlagen zur Entwicklung des Deutschen Qualifikationsrahmens für den Studienbereich Gesundheitsförderung und Public Health.
- Hey, M., & Blättner, B. (2010, 9.12.2010). Was erwarten Stakeholder von Absolvent/innen Retrieved 28.11.2011, from <http://web143.bertha.alroma.de/informationen/studiengaenge/anforderungen-an-absolventinnen/>
- Hochschulen für Gesundheit e.V. (2010). Hochschulen für Gesundheit e.V Retrieved 29.7.2010, from [www.hochges.de/](http://www.hochges.de/)
- Hochschulrektorenkonferenz. (2005). *Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse*. Retrieved from <http://www.hrk.de/de/download/dateien/QRfinal2005.pdf>.

- IBIM. Studiengang International Business and Information Management Retrieved 1.12.2011, from <http://www.ibim.de/management/3-1.htm>
- Ilg, P. (2010, 17.11.2010). Die Entschlüsselung der Stellenanzeige, *Die Zeit Online*. Retrieved from <http://www.zeit.de/karriere/bewerbung/2010-11/stellenanzeigen-verstehen>
- Jakob, D. (2008, 13.6.2008). Wilhelm von Humboldts Idee der Universität, *Akademische Blätter*. Retrieved from <http://akademische-blaetter.de/studium/hochschule/wilhelm-von-humboldts-idee-der-universitaet>
- Kennedy, D., Hyland, A., & Ryan, N. (2006). C 3.4-1 Writing and Using Learning Outcomes: a Practical Guide *EUA Bologna Handbook - Making Bologna Work*: Raabe Academic Publishers.
- Knebel, H., & Schneider, H. (2006). *Die Stellenbeschreibung. Mit Speziallexikon* (8. Auflage ed.).
- Kopsieker, W., Hachmeister, C.-D., & Hennings, M. (2010). Personalauswahl für mittlere Hochschulmanagement-Positionen Teil 1 – Aufgaben- und Anforderungsanalyse: Centrum für Hochschulentwicklung.
- Kultusministerkonferenz. (2003). Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor und Masterstudiengängen in der Fassung vom 4.2.2010.
- Lampert, T., Kroll, L., & Dunkelberg, A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte, Band 42, 11-18*.
- Lehmann, C. (2011). Wissenschaftliche Arbeitstechniken Retrieved 29.11.2011, 2011, from [http://www.christianlehmann.eu/ling/epistemology/techniques/index.html?http://www.christianlehmann.eu/ling/epistemology/techniques/Referat\\_Presentation.html](http://www.christianlehmann.eu/ling/epistemology/techniques/index.html?http://www.christianlehmann.eu/ling/epistemology/techniques/Referat_Presentation.html)
- Lorenz, H. J., & Pundt, J. (2000). Verbleibsforschung von Absolventen des Berliner Postgradualen Studiengangs Public Health. *Das Gesundheitswesen*, 62(A89).
- Marckmann, G. (2010). Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein? *G+G Wissenschaft*, 10(1), 8-15.

- Maschewsky-Schneider, U. (2005). Zur Situation von Public Health in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48(10), 1138-1144.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*: Belz, 5. Auflage.
- Ministers Responsible for Higher Education. (2005). Overarching Framework for Qualifications in the EHEA. Bergen, Norwegen.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham, Philadelphia.
- Nitzschke P, & ML., D. (2010). Beruflicher Verbleib von Absolventen: Ergebnisse einer Online-Absolvent/innenbefragung. In Gesundheit Berlin-Brandenburg (Ed.), *Dokumentation 15. Kongress "Armut und Gesundheit"/ Gesundheit für alle - Ethik im Spannungsfeld : 4. und 5. Dezember 2009 im Rathaus Schöneberg Berlin*. (Vol. 1).
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). (2009). *Gesundheit auf einen Blick 2009: OECD Indikatoren*.
- Pallenberg, A., & Bausch, M. (2007). Geisteswissenschaftler finden immer seltener eine unbefristete Stelle. *Wissenschaftsladen Bonn*.
- Robert Koch Institut. (2011). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". Berlin: Robert Koch Institut.
- Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2004). *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung* (1. Auflage ed.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Schienkiewitz, A., Lotz, E., Hofmann, W., & Dierks, M. L. (2002). Post-graduate public-health-programmes in Germany. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10(4), 345-356.
- Schwartz, F., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., & Siegrist, J. (2003). *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*.
- Simon, M. (2010). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (3. ed.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Sozialgesetzbuch. Sozialgesetzbuch. *Fünftes Buch* Retrieved 15.12.2011, from <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>

- Statistisches Bundesamt. (2008). Pressemitteilung Nr.280 vom 05.08.2008: 47% der Krankheitskosten entstehen im Alter Retrieved 15.12.2011, from [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/08/PD08\\_280\\_23631.psm](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/08/PD08_280_23631.psm)
- Statistisches Bundesamt. (2009). 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: Bevölkerung bis 2060. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2011). Statistisches Jahrbuch 2011 für die Bundesrepublik Deutschland mit »Internationalen Übersichten«. In S. Bundesamt (Ed.). Wiesbaden.
- Troschke, J., & Mühlbacher, A. (2005). *Grundwissen Gesundheitsökonomie Gesundheitssystem Öffentliche Gesundheitspflege* (1. Auflage ed.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Vaupel, J., & v. Kistowski, K. (2005). Der bemerkenswerte Anstieg der Lebenserwartung und sein Einfluss auf die Medizin. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48, 586-592.
- Wegener, F. (2010, 24.5.2010). Das Infoportal für den Öffentlichen Dienst Retrieved 28.11.2011, 2011, from <http://www.oeffentlichen-dienst.de/entgeltgruppen.html>
- Winslow, C. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51(1306), 23-33.
- World Health Organisation. (1978a). Declaration of Alma-Ata.
- World Health Organisation. (1978b). Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung, Alma-Ata, USSR 1978.
- World Health Organisation. (1981). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva.
- World Health Organisation. (1986). Ottawa Charter.
- World Health Organisation. (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Paris, France: World Health Organisation.

- World Health Organisation. (2007). Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care Now more than Ever. Geneva.
- World Health Organisation. (2011a). About WHO Retrieved 6.12.2011, from <http://www.who.int/about/en/>
- World Health Organisation. (2011b). Die WHO in der Welt Retrieved 7.12.2011, from <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/who-worldwide/strategic-objectives>
- World Health Organisation. (2011c). Governance Retrieved 5.12.2011, from <http://www.who.int/governance/en/index.html>
- World Health Organisation. (2011d). History of WHO Retrieved 5.12.2011, from <http://www.who.int/about/history/en/index.html>
- World Health Organisation. (2011e). The World Health Report Retrieved 6.12.2011, from <http://www.who.int/whr/en/index.html>

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe des Literaturzitats gekennzeichnet.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form veröffentlicht.



Bettina C. Adelberger