

1997

Norbert Schmacke

Gesundheitsbildung im Konzept der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Als Einrichtung der Länder Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein realisiert die Düsseldorfer Akademie für öffentliches Gesundheitswesen seit 1971 einen doppelten Auftrag: Zum einen die Konzeptionierung und Durchführung von Ausbildungslehrgängen wie Fortbildungsveranstaltungen für die Berufe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die mit ihrer Ansiedlung im dreistufigen Aufbau der Gesundheitsfachverwaltung überwiegend kommunal tätig sind, zum anderen angewandte Forschung im Feld des öffentlichen Gesundheitswesens. Das Bildungsverständnis der Akademie soll nachfolgend unter vier Gesichtspunkten skizziert werden.

1. Historischer Kontext

Die Düsseldorfer Akademie steht im Kontext zweier unterschiedlicher Traditionen der Aus- und Fortbildung von Akteuren im öffentlichen Gesundheitsdienst, die teils idealtypisch, teils auch unmittelbar institutionenbezogen beschrieben werden können. So stützt sich das Verständnis von öffentlichem Gesundheitsdienst seit dem aufklärerischen Absolutismus zunächst stark auf ein zentralstaatliches Postulat von Gesundheitsschutz zur Abwehr von Seuchen und anderen die Volksgesundheit gefährdenden äußeren Einflüssen, wobei die Kontrolle der Medizinalberufe ein Kernelement darstellte. An diese Tradition lehnte sich das Konzept der Ausbildung von Amtsärzten und ihren "Hilfsberufen" in Staatsmedizinischen Akademien an. Der Amtsarzt als Wächter der Volksgesundheit in einem vereinheitlichten Gesundheitswesen blieb freilich auch im nationalsozialistischen System jenseits der rigiden rassenhygienischen Politik eine Fiktion.¹ Bedeutsam ist, daß mit dieser deutschen Version zentralstaatlicher Gesundheitstopien die zweite Tradition von Sozialhygiene samt ihren Ausbildungsakademien 1933

¹ Vgl. LABISCH/TENNSTEDT (1985).

in der rassistischen und antisemitischen Politik unterging. Dieses Schicksal erlebte auch die 1921 gegründete Westdeutsche Sozialhygienische Akademie in Düsseldorf, deren Leiter Ludwig Teleky emigrieren mußte und dessen Verdienste bis heute nicht angemessen gewürdigt worden sind.² Dabei weist das Forschungs- und Bildungskonzept Telekys hochmoderne Züge auf, wenn er beispielsweise in den Ausbildungslehrgängen für Amtsärzte die Sozialwissenschaften ausdrücklich als zweite wichtige Bezugswissenschaft neben der Medizin betonte, oder wenn er sich für einen stärkeren Verbund von Arbeits-, Rehabilitations-, Sozial- und Bevölkerungsmedizin aussprach. Nicht unerwähnt bleiben darf, daß Teleky sich schließlich für die Stärkung der Rolle der nicht-ärztlichen Berufe einsetzte. Diese Tradition der Sozialhygiene entwickelte ihren Ansatz aus den sozialen Räumen der Arbeitswelt und der Kommunen und thematisierte vor allem die Frage des Zusammenhangs von sozialer Lage und Gesundheit. Wir beginnen erst allmählich wieder zu begreifen, daß sich diese Frage für Länder wie Deutschland - auf anderen Entwicklungsniveaus - keineswegs erledigt hat. Abbau, Umbau oder Erhalt des Sozialstaates sind die hier zu nennenden Metaphern.

2. "Old" or "New" Public Health

Die Vertreibung der Exponenten der sozialhygienischen Tradition in Deutschland ist die wichtigste Ursache dafür, daß der Topos "Öffentliche Gesundheit" im Nachkriegsdeutschland eine untergeordnete Rolle spielte und von der expandierenden kurativen Medizin an den Rand gedrängt werden konnte. Erst Mitte der achtziger Jahre findet dann auch der öffentliche Gesundheitsdienst wieder bei den Gesundheitsfachberufen größeres Interesse; parallel damit einhergehend wächst die Nachfrage nach speziellen Bildungsangeboten aus dem System heraus. Und etwa zeitgleich entwickelt sich in einigen Universitäten ein neuerwachtes Interesse an einer Querschnittsdisziplin Gesundheitswissenschaft, welche die bis dahin sehr stark an versicherungsrechtlichen Aspekten interessierte Sozialmedizin zu transzendieren begann.³ Erste Leitdisziplin wurde die Epidemiologie, deren fachliche Fundamente ebenso wie die Begriffsfigur Public Health einen Reimport "vergessener" Traditionen vor allem aus England und den USA nach

2 Vgl. SCHMACKE (1997).

3 Vgl. DEPPE u. a. (1991).

Deutschland darstellen. Nicht nur in Deutschland ist heute die Rede von "New Public Health", womit im wesentlichen betont werden soll, daß nach Überwindung der großen sozialen Fragen der expandierenden Industriegesellschaften (verbunden mit den Erfolgen der Gewerbehygiene und der Sanierung der Großstädte) heute eine neue Dimension von Gesundheitsförderung auszumachen ist, die weit stärker als früher auf die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger abstellt als auf die alleinige Fachexpertise. Insoweit wird argumentiert, daß Bezugsdisziplinen wie die Psychologie und die empirischen Sozialwissenschaften wichtiger geworden sind als die "klassischen" Fächer wie Hygiene, Ingenieurwissenschaften und Biomedizin. Während dieser Streit nach Auffassung des Autors häufig eher ideologische Züge trägt, soll hier herausgestellt werden, daß Bildungsarbeit in Sachen Public Health gestern wie heute miteinander verbindet, daß es gilt, den "klinischen" oder "medikalisierten" Blick der Akteure auf das Feld Gesundheit zu korrigieren.⁴ Und dies ist gewissermaßen eine chronische pädagogische Überforderung angesichts der Dominanz des medizinischen Denkens in der Gesundheitslandschaft und der massiven Defizite an psychosozialer Orientierung in den primären Ausbildungsgängen. Und so ist der gemeinsame konzeptionelle Nenner der Arbeit der Düsseldorfer Akademie die Erweiterung des Horizonts der Akteure in den staatlich definierten Ausbildungsgängen (Fachärztin/Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen, Gesundheitsaufseherinnen/-aufseher resp. Gesundheitsinspektorinnen/-inspektoren, Sozialmedizinische Assistentinnen/Assistenten, Lebensmittelkontrolleurinnen/-kontrolleure) über das in Studium und/oder Erstberuf erworbene Wissen und Denken hinaus. Einen zweiten Zugang zu diesem Feld bieten berufsbegleitende Fortbildungslehrgänge, in denen z. B. Grundlagen der Sozialpädiatrie für Kinderärztinnen und Kinderärzte vermittelt werden. Drittens werden im Jahresveranstaltungsprogramm eine Vielzahl von ein- bis dreitägigen Fortbildungsveranstaltungen in allen Trägerländern der Akademie angeboten. Die Arbeit wird bestimmt von der Dialektik einer Nachfrage aus dem System im Sinne des Erfüllens gesetzlich normierter und in Regelaufgaben überführter Aufgaben (so z. B. Einhaltung der Trinkwasserhygiene, Qualitätssicherung im Bereich amtsärztlicher Gutachten) und des aus dem gesundheitspolitischen Auftrag und modernen Gesundheitstheorien resultierenden Anspruchs, zur Innovation des Systems beizutragen (so durch

4 Vgl. KÖHLER (1991).

Qualifizierung der örtlichen Gesundheitsberichterstattung, durch Thematisierung von Vernetzungs- und Kooperationskonzepten).

Zwei Leitideen können - vereinfachend - für die Grundkonzeption der Bildungsarbeit herausgehoben werden: zum einen die Konzeption der Health For All - Strategie der Weltgesundheitsorganisation⁵ zum anderen die Kategorie der kommunalen Verpflichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes unter regional sehr unterschiedlichen Voraussetzungen.⁶ Health For All zielt darauf ab, gesundheitlich relevante, individuelle und gesellschaftliche Ressourcen zu mobilisieren, weit über das Gesundheitssystem hinaus. Und kommunale Verpflichtung meint: der öffentliche Gesundheitsdienst als Teil des demokratisch legitimierten Systems von Fachverwaltungen muß die Themen Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Gesundheitshilfen in seiner Stadt resp. seinem Kreis so ansprechen und bearbeiten, daß die in jedem Versorgungssystem zu beobachtenden Problemlagen in den präventiven, kurativen und rehabilitativen Dienstleistungen thematisiert und bearbeitet werden. Als entscheidendes Mittel hat sich die ziel- und prozessorientierte regionale Gesundheitsberichterstattung erwiesen, die jenseits der traditionellen Bahnen von Medizinalstatistik und auch jenseits unsinniger Datenfriedhöfe öffentlich erarbeitete wie vorgestellte Ziele verfolgt und über Fortschritte wie auch über nicht erreichte Ziele berichtet. In ihrer inneren Gliederung wird diese Bildungsarbeit in folgenden Fachreferaten bzw. Sachgebieten erarbeitet und realisiert: Gesundheitssysteme, angewandte Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung, Kommunale Gesundheitsförderung, Gesundheitlicher Umwelt- und Verbraucherschutz, Hygiene in öffentlichen Einrichtungen, Hygiene der Lebensmittel und Bedarfsgegenstände, Sozialpädiatrie und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitshilfe und Sozialarbeit, Sozialmedizin und Gutachtenwesen. Die Bildungsarbeit wird verstärkt durch die Quartalszeitschrift "Blickpunkt Öffentliche Gesundheit" sowie durch zwei Publikationsserien (Schriftenreihe/Berichte und Materialien). Für die Umsetzung vieler Gesundheitsziele ist die Zusammenarbeit mit den Institutionen des allgemeinen Erziehungs- und Bildungssystems unabdingbar,⁷ hier mag das Stichwort "Gesunde Schule" genügen, welches auf lebensweltliche Fragen verweist, die sich der sektoriellen Bearbeitung entziehen.

5 Vgl. OTTAWA CHARTA (1991).

6 Vgl. SCHMACKE (1995).

7 KICKBUSCH u. a. (1997).

Insoweit weist der heutige Begriff von Public Health tatsächlich weit über frühere Konzepte von Gesundheitssicherung und Gesundheitserziehung hinaus. Dieser Wandel im Selbstverständnis von "Gesundheitsbildung" wird europaweit getragen von der Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER), deren langjähriges Mitglied die Düsseldorfer Akademie ist. Die Verbreitung der Bezugswissenschaften findet für die Akademie nicht zuletzt ihren Niederschlag im Kooperationsvertrag mit dem Zusatzstudiengang "Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin" der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

3. Praxisorientierung

Eine Akademie, die für ein *prima vista* klar umrissenes Feld von "Public Health", nämlich den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bildungsarbeit betreibt, ist in besonderer Weise und permanent in den Diskurs um Praxisorientierung der Angebote eingebunden. Bei vertiefter Betrachtung stellt sich diese Herausforderung auf unterschiedlichen Ebenen dar und ist natürlich nicht allein aus einem idealtypisch konstruierten Kanon an Lehrinhalten und Lernzielen ableitbar. Stellt die professionelle Betrachtung der Akademie - wie oben angedeutet - stark in den Vordergrund, daß es darum geht, eine bevölkerungsbezogene Betrachtungsweise der die Gesundheit determinierenden Faktoren zu fördern, so sieht sich die Bildungsarbeit in stetig wechselnder Weise mit Binnen- wie Außenanforderungen konfrontiert, die unterschiedlichsten Bedürfnislagen entspringen. Dies betrifft einmal die Gewichtung von Gesundheitsthemen, die maßgeblich von der Wahrnehmung in Politik, Öffentlichkeit und Medien bestimmt und den Akteuren im öffentlichen Gesundheitsdienst ein Stück weit aufgedrängt wird. Dies betrifft auch berufsgruppenspezifische Interessen, wobei es u. a. um Karriereerwartungen und Behauptung im eigenen fachlichen Umfeld geht.⁸ Dies betrifft nicht zuletzt auch vorgegebene Ausbildungs- und Prüfungsnormen wie die Beschreibung von Pflichtaufgaben in gesetzlichen Vorgaben. Dabei fallen die Erwartungen, aus dem Aus- oder Fortbildungsangebot den größtmöglichen aktuellen Nutzen zu ziehen und die Mutmaßungen der Bildungsakteure, wie eine größtmögliche Verstetigung an praxisrelevantem Wissen zu erzielen ist, keineswegs immer zusammen. So durchzieht die Curriculumplanung fortwährend das Rin-

8 Zum Kontext der Professionalisierbarkeit in diesen Feldern vgl. SCHAEFFER (1994).

gen um ein ausbalanciertes Verhältnis zwischen Generalisten- und Spezialistentum. Die aus der berufsspezifischen Sozialisation gewonnenen Denk- und Handlungsmuster wollen wahrgenommen und ernstgenommen werden.

Es sind vermutlich drei miteinander verwobene Eckpunkte, die eine Annäherung an den Bildungsauftrag der Akademie beschreiben helfen. Erstens geht es um das Thema des rationellen Zugangs zu Informationsbörsen und Datenbanken. Da auch das Wissen des größten Spezialisten angesichts konkreter Praxisprobleme Grenzen aufweist, muß interessieren, wie unbekannte Problemlagen analysiert und mit Hilfe anderer gelöst werden können. Zweitens geht es um das problem- und nicht das berufsspezifische Herangehen an Aufgaben: dies tangiert das weite Feld interdisziplinären Denkens und multiprofessionellen Handelns, das sich gerade auch in der Bildungsarbeit konkret wiederfinden muß. Drittens geht es um das Verhältnis von Fachwissen und extrafunktionalen Kompetenzen: je stärker dem öffentlichen Gesundheitsdienst Regie- und Moderatorenaufgaben zugewiesen werden (Stichwort: regionale Gesundheitskonferenzen), umso bedeutsamer werden Befähigungen in Sachen Kommunikation und Aushandeln. Dies betrifft auch die vermeintlich klassischen Felder der Hygiene. Einen Störfall im Umfeld einer chemischen Großanlage kann das örtliche Gesundheitsamt nur sinnvoll bearbeiten, wenn Techniken der Risikokommunikation vertraut sind. Weniger dramatisch: Qualitätsnormen in der Krankenhaushygiene oder der Lebensmittelherstellung und -verarbeitung sind nicht einzuhalten, ohne daß die Eigenverantwortung der Betreiber gefördert wird, und dies ist unbeschadet auch künftig erforderlicher Kontrollmechanismen vor allem eine Frage der Motivationsarbeit. Im Bereich der Ausbildungslehrgänge bedeutet dies, künftig stärker als bisher den modularen Aufbau der theoretischen Ausbildung von Problemlagen der Praxis her zu gestalten, wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die neu erworbenen Eindrücke aus dem Theorieblock in der eigenen Praxis erproben und dort der unerbittlichen Härte der Praxisevaluation auszusetzen zu lassen. Die damit einhergehende Rücknahme der Expertenrolle der Dozentinnen und Dozenten der Akademie vergrößert das Anspruchsniveau des Unterrichts im Sinne eines kompetenten Stand-By-Tutorials. Letztlich spiegelt sich so die Fragwürdigkeit des dichotomen Theorie-Praxis-Verständnisses auch in der konkreten Bildungsarbeit wider.

4. Strukturwandel des Gesundheitswesens

Wenn mit der schrittweisen Übernahme des Health-Promotion-Ansatzes, wie er in der Ottawa-Charta der WHO beschrieben wurde, und der Erinnerung an die "vergessenen" deutschen Traditionen der Sozialhygiene, wie sie Gottstein und Teleky in Theorie und Bildungsarbeit repräsentierten,⁹ Eckpunkte für die Entwicklung des heutigen Selbstverständnisses der Düsseldorfer Akademie beschrieben sind, so sind damit die konkreten Herausforderungen an die heutige Bildungsarbeit noch in keiner Weise gelöst. Das heutige Rahmenthema lautet: Positionierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in einem wirklich dramatischen Wandlungsprozeß der Gesundheits- und Sozialsysteme. Nun werden derartige Brüche von fast jeder Generation behauptet; und auch für unser teils steuer- teils beitragsfinanziertes System der sozialen Sicherung gilt vielleicht, daß man sorgsam zwischen Veränderungsrhetorik und empirisch belegbaren Wandlungen zu unterscheiden hat. Gleichwohl: das neoliberale Wirtschaftsmodell scheint momentan bei der Gestaltung der kurativen und rehabilitativen Medizin Oberhand zu gewinnen. Die nicht-medizinzentrierten Ansätze von Prävention und Gesundheitsförderung geraten ins Hintertreffen. Der Sozialstaat unterliegt gleichzeitig in einer fast schon beklemmenden Anklage dem Vorwurf des Staatsversagens und der Verschwendung öffentlicher Gelder. Gilt auf der einen Seite - entgegen der empirischen Evidenz im internationalen Vergleich - das Marktmodell als Allheilmittel zur Bewältigung der Kostenproblematik im Krankenversorgungssystem, so wird dem öffentlichen Dienst das Modell des "New Public Management" angedient, ohne daß die darin enthaltenen Elemente größerer dezentraler Planungs- und Budgetverantwortung, dezentraler Strukturen und eines outcome-orientierten Controlling bislang eine ernsthafte Chance erhalten hätten.¹⁰ Der Rückbau der öffentlichen Fachverwaltungen steht in einem (hier nicht präziser zu analysierenden) Widerspruch zur Zuweisung hochkomplexer Regie- und Moderatortenaufgaben durch die Politik, vor allem weil die erforderlichen Zeiträume für eine qualifizierte Umstrukturierung im Personalbereich in der Regel nicht vorhanden sind und gleichzeitig ein überhastetes Outsourcing von öffentlichen Dienstleistungen notwendige Sy-

⁹ Vgl. LABISCH (1997).

¹⁰ Vgl. REICHARD/WEGENER (1996).

stemreformen ersetzt. In dieser Situation wird zumindest deklamatorisch auf die steuernden Kräfte der Bildungsarbeit gesetzt, ohne daß der öffentliche Dienst bislang die Mittel für die Fortbildung seiner Beschäftigten angemessen dimensioniert hätte. Bezogen auf die systematische Verortung eines bevölkerungsbezogenen Ansatzes von Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen wirkt sich zudem negativ aus, daß die zaghaften Überlegungen zur systemüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern, Krankenkassen und Ärztekammern¹¹ durch die ökonomischen wie ideologischen Zwänge des je eigenen Systems zunächst einmal wieder deutlich erschwert sind. Eine Akademie für öffentliches Gesundheitswesen findet eine wirklich große Aufgabe darin, entgegen dieser momentanen Rückschritte, die von der Denkfigur des Überschreitens der ökonomischen Ressourcen geprägt sind, Wege zu einer Bildungsarbeit aufzuzeigen, die letztlich nur einem Interesse verpflichtet sein kann: auf dem Boden des verfügbaren gesundheitswissenschaftlichen und pädagogischen Wissens Ausbildungsgänge und Fortbildungsangebote zu entwickeln, die sich für das Ziel gleicher Gesundheitschancen im Rahmen der Einflußsphäre der demokratisch legitimierten Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens wirksam einsetzen lassen. Eine spannende und völlig unbeantwortete Frage ist, wie sich dabei unser Verständnis von Gesundheitsbildung durch die boomende Welt der neuen Medien verändern wird. Der Zugang zu gesundheitsrelevantem Wissen wird vermutlich deutlich erleichtert werden. Für die Akteure im öffentlichen Gesundheitsdienst und die Düsseldorfer Akademie zeichnen sich an der Schnittstelle von Strukturreform im Gesundheitswesen und Einsatz neuer Medien weitere große Anstrengungen ab.

Literatur

- BRAND, H./SCHMACKE, N.: Der öffentliche Gesundheitsdienst, in: SCHWARTZ, F. W. u. a. (Hg.): Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore 1997 (i.E.).
- DEPPE, H. U./FRIEDRICH, H./MÜLLER, R. (Hg.): Öffentliche Gesundheit - Public Health, Frankfurt, New York 1991.
- KICKBUSCH, I./SCHMACKE, N./BROESSKAMP-STONE, U./WALTER, U.: Institutionelle Grundlagen der Gesundheitsförderung, in: SCHWARTZ, F. W. u. a. (Hg.): Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore 1997 (i.E.).

¹¹ Vgl. SCHMACKE (1996).

- KÖHLER, L.: Public Health Renaissance and the Role of Schools of Public Health, *European Journal Public Health*, (1991) 1, S. 2 - 9.
- LABISCH, A.: Infektion oder Seuche? Zum monokausalen Denken in der Medizin. Der Beitrag Adolf Gottsteins (1857 - 1941). Vortrag 47. Wiss. Kongreß der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. vom 3.-5. Juni 1997 in Trier.
- LABISCH, A./TENNSTEDT, F.: Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1935. Entwicklungslinien und Momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Bd. 13, 1.2, Düsseldorf 1985.
- MEMORANDUM "Public Health an den Universitäten und öffentlicher Gesundheitsdienst." Perspektiven für die Zusammenarbeit, in: *Gesundheits-Wesen* 57 (1995), S. 497-498.
- OTTAWA-CHARTA zur Gesundheitsförderung, in: WHO/EURO (Hg.): *Investment in Health. Gesundheitsförderung - eine Investition in die Zukunft*. Konferenzbericht, Bonn 1991.
- REICHARD, C./WEGENER, A.: Der deutsche Weg des Produktkatalogs - eine Sackgasse? In: GRÖMIG, E./KAMPMANN, B. (Hg.): *Produkte im Mittelpunkt. Städte auf dem Weg zu besseren Leistungen*. DST-Beiträge zur Kommunalpolitik, Reihe A, Heft 23, Köln 1996, S. 41-57.
- SCHAEFFER, D.: Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege, in: SCHAEFFER, D./MOERS, M./ROSENBROCK, R. (Hg.): *Public Health und Pflege*. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin 1994, S. 103 - 126.
- SCHMACKE, N.: Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung, Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. *Berichte & Materialien* Bd. 11, Düsseldorf 1995.
- SCHMACKE, N.: Gesetzliche Krankenversicherung und Öffentlicher Gesundheitsdienst, Entwickelt sich die Kooperation durch die Modernisierung der Systeme? In: *Ersatzkasse*, (1996) 4, S. 48 - 51.
- SCHMACKE, N.: Tradition und Zukunft im Blickfeld einer Akademie. Vortrag im Rahmen der Veranstaltung "Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf wird 25 Jahre alt" am 30. 10. 1996, in: *Gesundheits-Wesen* 59 (1997), 5.

Zusammenfassung

Die 1971 gegründete Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf bietet als Mehrländereinrichtung Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für die Berufe des öffentlichen Gesundheitsdienstes an und ist im Bereich angewandter Forschung für das öffentliche Gesundheitswesen tätig. Der Artikel beschreibt den historischen Kontext derartiger Bildungsarbeit, reflektiert die Debatte um "New Public Health" für den eige-

nen Bildungsauftrag, thematisiert den Diskurs um Praxisorientierung von Gesundheitsbildung und schlägt den Bogen zum Strukturwandel im Gesundheitswesen. Es wird deutlich, daß Gesundheitsbildung in diesem Sinne auf die Stärkung nicht-medizinzentrierter Kompetenzen im Aktionsfeld der überwiegend kommunal angesiedelten Gesundheitsfachverwaltung abzielt, das entwickelte Konzept der Gesundheitsförderung verwendet und die Bereiche Gesundheitsschutz, Gesundheitshilfen und Gesundheitsberichterstattung im Blickfeld hat.

Summary

The Academy for Public Health, founded in 1971, offers training and further education seminars for people working in the public health sector and carries out research projects in this field. This contribution describes the historical background of such training, reflects on the debate on "New Public Health", refers to the discourse on the practical orientation of health education and eventually discusses the structural changes within the health sector. It is made obvious that health education aims at strengthening the non-medical-centered competences, at using the developed concept of health promotion and at extending the fields of health protection and documentation.



Internationales Jahrbuch der Erwachsenenbildung

International Yearbook of Adult Education

Band 25

Gesundheitsbildung

Herausgegeben
von

Joachim H. Knoll

Editorial Board:

Lalage Bown, Peter Jarvis, Jindra Kulich,
Klaus Künzel

Sonderdruck

– im Buchhandel nicht erhältlich –



1997

BÖHLAU VERLAG KÖLN WEIMAR WIEN
