

# Gesundheit fördern und schützen: Die Chance für ein modernes Public Health System in Deutschland nutzen - jetzt!

## Promote and protect health: Seize the opportunity for a modern public health system in Germany - now!

Autorinnen/Autoren

Rolf Rosenbrock<sup>1, 2</sup>, Raimund Geene<sup>1, 3, 4</sup>

### Institute

- 1 Berlin School of Public Health, Charité Universitätsmedizin Berlin Campus Charite Mitte, Berlin, Germany
- 2 Vorstand, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband eV, Berlin, Germany
- 3 Health & Education, Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Germany
- 4 Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialwissenschaften BIGSo, Berlin, Germany

### Schlüsselwörter

Präventionsgesetz, Gesundheitsförderung, New Public Health, Primärprävention, Öffentlicher Gesundheitsdienst

### Key words

Prevention Law, Health Promotion, New Public Health, Primary Prevention, Public Health Services

online publiziert 2023

### Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-2052-2340

ISSN 0941-3790

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Raimund Geene  
Berliner Institut für Gesundheits- und  
Sozialwissenschaften BIGSo  
Wilhelm Kabus-Str. 39  
Berlin 10829  
raimund.geene@charite.de

### ZUSAMMENFASSUNG

Es mangelt in Deutschland an institutioneller und regulatoriver Struktur sowie Koordination für Public Health. Die aktuellen Reformansätze beim öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD-Pakt), zur Gründung eines Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit und zur Novellierung des Präventionsgesetzes bieten Chancen, im Rahmen dieser Reformen die Fundamente für eine moderne Public Health-Struktur zu legen. Dafür werden in der vorliegenden Ausarbeitung, angelehnt an das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Primärprävention, die fünf Aufgabenbereiche 1. sozialepidemiologische Daten, 2. Gesundheitskommunikation, 3. Interventionsdurchführung, 4. Methodenentwicklung, Evaluation und Qualitätsentwicklung und 5. Diskursivierung skizziert, die sowohl für die praktische Arbeit aller identifizierten Akteure als auch für ihre Koordinierung von hoher Relevanz sind. Zusammengenommen eröffnet dies ein Fenster der Möglichkeiten für eine kohärente, flächendeckende, handlungs- und lernfähige Infrastruktur für Public Health in Deutschland.

### ABSTRACT

There is a lack of institutional and regulatory structure and coordination in the public health care system in Germany. The current reform approaches to the public health service, the establishment of a Federal Institute for Public Health and the amendment of the Prevention Act offer opportunities to lay the foundations for a modern public health structure within the framework of these reforms. In this context, the present study, based on the field of health promotion and primary prevention, outlines the following five task areas 1. gathering socio-epidemiological data, 2. health communication, 3. implementation of interventions, 4. method development, evaluation and quality development and 5. discursivization; all of these are highly relevant both for practical work of all identified actors and for their coordination. Taken together, these open a window of opportunity for a coherent, nationwide infrastructure for public health that is capable of action and has the ability to adapt as needed in Germany.

## Einführung

Es gibt in Deutschland bislang keine institutionelle und regulative Struktur mit koordinierter Verantwortung und entsprechender Ausstattung für die Gesundheitssicherung der Bevölkerung (Public Health) [1]. Das gilt sowohl für den Fall von Epidemien als auch für die Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten wie für die Gesundheitsförderung generell.

Auch die vielfältigen, oft erfolgreichen Bemühungen beim Aufbau von Public Health - zu nennen sind hier etwa der Aufbau von Forschungsverbänden, Fakultäten/Schools of Public Health und Studiengängen sowie auch beachtlicher Forschungsförderung v. a. durch DFG und Ressortforschung [2] – all diese Bemühungen finden in Deutschland kein institutionelles Gerüst, in dem die Expertise von Public Health ihre volle Wirksamkeit entfalten könnte.

Dieser Missstand wurde bereits 2015 durch die Leopoldina [3] beklagt und in den letzten Jahren insbesondere durch das Zukunftsforum Public Health aufgegriffen. Hier wurde in einem breit angelegten Beteiligungsprozess über zwei Jahre ein Fahrplan für eine Public Health-Strategie für Deutschland skizziert [4].

## Zielsetzung

Nicht zuletzt diesem Engagement ist es zu verdanken, dass sich im Koalitionsvertrag der Ampelregierung mehrere Anknüpfungspunkte für Public Health finden. Die aktuellen, jeweils gut begründeten bzw. überfälligen Reformen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (**ÖGD-Pakt**), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (**Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit, BIÖG**) und der GKV-getragenen Primärprävention (**Novellierung §§ 20ff SGB V**) [5] bieten die in Deutschland bislang einmalige Chance, dieses Defizit zu verringern und die Fundamente für eine dem Stand des Wissens und der absehbaren Entwicklung der zu bearbeitenden Probleme entsprechende Public Health-Struktur zu legen.

Das ist ein hoher Anspruch. Er kann nur erfüllt werden, wenn diese drei Reformvorhaben konzeptionell als zusammengehöriges Paket unter gemeinsamer Zielstellung betrachtet, behandelt und geregelt werden. Eine Chance dafür bietet auch der im Koalitionsvertrag vereinbarte und aktuell vom BMG initiierte Prozess zur Entwicklung eines Nationalen Präventionsplans (NPP) [5]<sup>1</sup>. Ziel ist eine kohärente, flächendeckende, handlungs- und lernfähige Infrastruktur für Public Health in Deutschland – so auch die Kernaussage der vom Zukunftsforum skizzierten Nationalen Public Health-Strategie [4].

<sup>1</sup> Auch weitere Reformvorhaben sind hier unmittelbar anschlussfähig. So enthalten insbesondere die Vereinbarungen zum flächendeckenden Aufbau von Gesundheitskiosken das Potenzial, den in Deutschland lange vernachlässigten Primary Health Care Ansatz auszubauen und weiter zu entwickeln und dabei auch präventive Potenziale gesundheitlicher Versorgung zu erschließen. Sie sollten deshalb ebenso in die Überlegungen einbezogen werden wie die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die gemäß Koalitionsvertrag zu einer nachhaltigen, staatsfernen Unterstützungs- und Beratungsinstitution für Hilfesuchende ausgebaut werden soll. Denn es ist diesen Prozessen gemeinsam, den breiten Auftrag von Public Health – nämlich Forschung und Praxis der bevölkerungsbezogenen Gesundheitssicherung und –förderung – als gemeinsamen und längst überfälligen Modernisierungsprozess wirkungsvoll zu organisieren.

## Analyse

Wie kann ein solcher Prozess hin zur Strukturbildung für Public Health ausgestaltet werden?

Ausgangspunkt von Überlegungen zur Struktur sind die zu erfüllenden Aufgaben. Daraus lassen sich Schlüsse über die zu ihrer Erfüllung notwendigen Kompetenzen, Institutionen, Kooperationen und Ressourcen der beteiligten bzw. zu beteiligenden Institutionen und *stakeholder* ziehen.

Im Folgenden wird dies, dem Ansinnen des Koalitionsvertrags folgend, zunächst für den New Public Health-Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention skizziert<sup>2</sup>. Dieser wurde zuletzt durch das Präventionsgesetz von 2015 (§§ 20ff SGB V) umfassend modernisiert und beauftragt die Krankenkassen mit partizipativ organisierter, ressourcenorientierter Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere zur Verminderung sozial und geschlechtsbedingt ungleicher Gesundheitschancen [6].

Sämtliche Überlegungen und Entwicklungsschritte zur Public Health Struktur in Deutschland sollten sich am übergreifenden gesellschaftlichen Leitbild des WHO-Konzepts „*Health in All Policies*“ [7] orientieren. Es ist für eine Präventionsstrategie auf zwei Ebenen von Bedeutung: Auf lokaler/kommunaler Ebene dient es als Richtschnur für eine Praxis, bei der jeder Akteur die gesundheitlichen Implikationen seines Handelns und Unterlassens reflektiert und danach handelt, und zwar sowohl im Bereich politischer Steuerung („*Whole-of-Governance Approach*“) als auch im zivilgesellschaftlichen Engagement („*Whole-of-Society Approach*“) [8]. Im Hinblick auf die Umsetzung von HiAP auf der Makroebene (Einkommensverteilung, Bildungs-Chancen, Wohnen, Mobilität etc.) soll die hier skizzierte Struktur auf Basis der Daten zu den sozialen Determinanten beständig entsprechende Politik-Veränderungen anmahnen (gemäß dem *Advocacy*-Auftrag der WHO Ottawa-Charta [9]) und in konkreter Praxis initiieren („gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“, 1. Handlungsfeld der Ottawa-Charta) [9]. Zu HiAP gibt es international inzwischen zahlreiche, z.T. auch bereits langfristig evaluierte Maßnahmen wie etwa das Nordkarelien-Projekt in Finnland, das *Health in All Policies*-Modell in South Australia und – besonders umfassend konzipiert – das *Wellbeing Budget* als ökonomische Maßeinheit der neuseeländischen Regierung [10].

Mit Blick auf die angekündigte (und notwendige!) Nachbesserung des Präventionsgesetzes mit dem Ziel der Verbesserung der Umsetzung der bislang eher inselhaft betriebenen Prävention und Gesundheitsförderung muss vom bestehenden institutionellen Grundgerüst in Deutschland ausgegangen werden. Dieses besteht im Wesentlichen aus

- 380 lokalen Gesundheitsämtern (mit jeweils länderspezifischer Regulierung),
- überregionale ÖGD-Steuerung durch Landesministerien und Landesgesundheitsämter sowie auf Bundesebene durch das

<sup>2</sup> Nach dem gleichen Ansatz sind Ziele und Aufgaben im Bereich der Epidemiekontrolle und *desaster preparedness*, der Hygiene, der Beratung und weiterer Funktionen der beteiligten *stakeholder* und Institutionen zu beschreiben. Auch für Aufbau von Gesundheitskiosken oder der Neuaufstellung der Unabhängigen Patientenberatung ist dies von hoher Bedeutung. Die Zusammenführung dieser Überlegungen einschließlich der Schnittstellen und Überlappungen ergibt eine vollständige Public Health-Strategie.

- BMG und seine nachgeordneten Fachbehörden, hier insb. zu nennen das RKI und die BZgA
- den unter dem Dach der Nationalen Präventionskonferenz und faktischer Führung der GKV mit Prävention und Gesundheitsförderung befassten Stellen,
- einer reichen Landschaft von Netzwerken im wissenschaftlichen Bereich (z. B. Zukunftsforum Public Health, Fachgesellschaften) und
- in der Zivilgesellschaft (z. B. Landesvereinigungen für Gesundheit, Wohlfahrt, Selbsthilfe, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit).
- Hinzu kommen zahlreiche ergänzende oder parallele Programme und Projekte aus Bundes- und Landesministerien (etwa Bauministerium ‚Soziale Stadt‘; das Bund-Länder-Programm „Frühe Hilfen“, Landesprogramme für Gesundheitsförderung und viele weitere)

Die Zusammenführung dieser Kräfte zu einem Gesamtprogramm ‚Public Health Struktur in Deutschland‘ muss die politisch-praktische Schwierigkeit überwinden, dass die aktuell aufgerufenen Baustellen von jeweils historisch gewachsenen, aber untereinander nur fragmentarisch vernetzten *issue communities* bearbeitet werden und zudem alle Ebenen des föderalen Systems sowie die Sozialversicherungen betreffen [11].

Der Prozess braucht deshalb viel Überzeugungsarbeit und eine vom politischen Wollen geprägte, starke und transparente Führung durch die Bundesregierung.

## Ergebnisse

Im Ergebnis sollen Kapazitäten für folgende Aufgabenbündel verfügbar sein:

- Sozialepidemiologische Daten zu allen relevanten Gesundheitsrisiken nach SES, Gender, Alter, Region, auch Flucht- und Migrationserfahrung, jeweils unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Determinanten kontinuierlich erheben und veröffentlichen (*health monitoring, risk monitoring*)
- Unter Nutzung dieser Daten die Kommunikation über alte und neue Risiken für die Gesundheit, populationsbezogen sowie zielgruppenspezifisch auf allen geeigneten Kommunikationskanäle und –ebenen konzipieren, organisieren sowie entsprechende Interventionen der Verhältnis- und der Verhaltensprävention durchführen.
- Für sämtliche geeigneten Lebenswelten flächendeckend dem *state of the art* entsprechende, partizipativ gestaltete Interventionen bereithalten und durchführen, evaluieren, in ihrer Qualität sichern und methodisch weiterentwickeln.
- Methodenentwicklung, Evaluation und Qualitätsentwicklung im Sinne selbstlernender Systeme, Interventionsberichterstattung über Wirkungsfelder und Wirksamkeiten.
- Durch fortlaufende Diskursivierung, sowohl in Form von Kongressen, Arbeitsgruppen als auch Newsletter Austausch und Aufwuchs von Public Health in Deutschland fördern.

Alle fünf Arbeitsfelder

- enthalten Aufgaben für das BiÖG, die Gesundheitsämter, die GKV-Prävention, die Zivilgesellschaft und die Wissenschaft

- benötigen zu ihrer Bearbeitung klare Verantwortlichkeiten und definierte Abläufe für Kommunikation und Entscheidung.

## Schlussfolgerungen

Daraus ergeben sich für die Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung operationalisierbare Aufgaben und Kooperationen:

### RKI

Datenerhebung und Forschung: Sozialepidemiologie (*social determinants, orientiert an Health in All Policies*), nach Gender, Alter, SES, Regionen, Gesundheitsressourcen, Krankheiten, Versorgung iWS), Methodenentwicklung, internationale Vernetzung, z.T. unabhängig, z.T. in Umsetzung von hoheitlichen Aufgaben.

### BiÖG

(ex-BZgA): Umsetzung der RKI-Forschungsergebnisse in populationsweite bzw. gruppenspezifische und ggf. regionale Interventionskonzepte (Qualitätsstandards), Risikokommunikation i.w.S., Methodenentwicklung der Intervention und Qualitätssicherung, Leitlinien für Intervention und Qualitätssicherung, bevölkerungsbezogene Gesundheitsinformationen/ Führung und Koordination von Mehr-Ebenen-Kampagnen, Wissenschaftsanbindung, Gesamtevaluation.

Auch die enge Verknüpfung mit anderen Fachressorts (im Sinne eines „*Health in All Policies*“) und die Ausrichtung jährlicher Public Health-Konferenzen mit begleitenden unterjährigen Arbeitsgruppen ist hier anzustreben.

Public Health-Forschung wird nach diesem Konzept sowohl im RKI als auch im BiÖG betrieben werden. Das verlangt eine enge und vertrauensvolle (und erfahrungsgemäß auch mögliche) Kooperation zwischen beiden Institutionen. Die Arbeitsteilung sollte dabei pragmatisch und auf gleicher Augenhöhe geregelt sein, schlagwortartig: RKI: *health monitoring*; BiÖG: interventionsbezogene Forschung [11]. Auch eine solche Arbeitsteilung wird Überschneidungen nicht gänzlich verhindern, sie erledigt diese Aufgabe aber besser als alle denkbaren Alternativen.

### ÖGD

Alle Lebenswelten sind in Kommunen. Die Stadt, das Dorf, der Stadtteil, der Kiez und die dort zu findenden Lebenswelten sind damit die wesentliche Handlungsebene und zugleich die Ebene, auf der die Qualität der Prävention geleistet, beurteilt und entwickelt werden kann. Das impliziert eine starke, initiiierende und z.T. auch steuernde Rolle für das Gesundheitsamt. Der Um- und Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu einem Eckstein der flächendeckenden *Public-Health*-Infrastruktur beinhaltet kommunale Planungs- und zum Teil Durchführungsverantwortung in enger Kooperation mit weiteren kommunalen Behörden. Hier liegt auch die Zuständigkeit für ein regionales und adressatenspezifisches *risk appraisal* und daraus abgeleitet eine für alle Akteure verbindliche Prioritätensetzung, die auf nationaler Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszielen basieren sollte.

Weitere Aufgaben sind die Koordination, Initiierung, (ergänzende) Durchführung und Qualitätssicherung der entsprechenden Lebenswelt-Interventionen. Eine lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung soll sozial und geschlechtsbedingte Un-

gleichheit von Gesundheitschancen entsprechend der sozialepidemiologisch fundierten Prioritätensetzung des ÖGD<sup>3</sup> reduzieren. Sie wird finanziert durch die GKV und durchgeführt von Trägern der Zivilgesellschaft, Krankenkassen und dem ÖGD. Wo sich Lücken in der GKV-Prävention zeigen, kann und soll das Gesundheitsamt auch selbst Programme und Projekte in Lebenswelten durchführen.

## GKV

GKV und andere, in Zukunft verstärkt zur Finanzierung heranzuziehende Sozialversicherungsträger: V.a. innerhalb der GKV haben sich in den letzten 30 Jahren umfassende Präventions-Expertisen und Interventionserfahrungen entwickelt, auch für die Lebenswelt-Prävention. Diese Expertisen können sich künftig - von den Fehlansätzen aus der Kassen-Konkurrenz befreit - auf die Platzierung und Qualität der Interventionen konzentrieren. Prävention in Lebenswelten soll von den Sozialversicherungen einheitlich und gemeinsam betrieben werden. Es geht demnach nicht (mehr) um Werbung für die einzelne Kasse(nart), sondern für das soziale Sicherungssystem in Deutschland. Verhaltensprävention kann - im Rahmen der vom BiöG formulierten fachlichen Standards - weiterhin wettbewerbsmäßig genutzt werden. Perspektivisch sollten auch Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung als Lebenswelt-Intervention in diese Struktur integriert werden.

## Public Health Wissenschaft

Schon heute ist die wissenschaftliche Szene, u. a. über das Zukunftsforum Public Health, die Entwicklung einer Public Health Strategie, zahlreiche Praxisprojekte, Begleitforschungen und Methodenentwicklung von erheblicher Bedeutung für die Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung. Ihre Befunde und Konzepte werden allerdings nur selektiv in Entscheidungsprozessen berücksichtigt. Künftig soll die Public Health-Wissenschaft über Mitgliedschaften in der NPK und weiteren zentralen Gremien auch formellen Einfluss auf Entscheidungen nehmen und ihrer Rolle als Innovationsmotor mit größerem Nachdruck wahrnehmen können.

## Zivilgesellschaft

Die Zivilgesellschaft hat im Präventionsgeschehen zwei Rollen: Zum einen befinden sich viele interventionsrelevante Lebenswelten in zivilgesellschaftlicher Trägerschaft, melden den Bedarf an Interventionen an und kooperieren bei der Durchführung. Zum anderen wird ein großer Teil der Interventionen in Lebenswelten notfor-profit von Akteuren der Zivilgesellschaft organisiert und geleistet. Die stärkere Einbeziehung dieses Sektors in die Entwicklung der Public Health- Struktur und strategische Entscheidungen ist daher geboten, auch um die notwendige Rückkopplung mit Wissenschaft und ÖGD zu gewährleisten.

<sup>3</sup> Integraler Bestandteil der Gesundheitssicherung durch den ÖGD ist außerdem eine individuelle Beratung zu allen gesundheitsbezogenen Problemen und gegebenenfalls begleitete Weiterverweisung. Epidemiekontrolle und *desaster preparedness* sind weitere relevante Themen einer populationsbezogenen Gesundheitssicherung [12].

## Ausblick

ÖGD- Reform, BlöG-Errichtung, Novellierung des Präventionsgesetzes – jedes für sich ein hochkomplexes Reform-Vorhaben. Die Komplexität wird zwar zunächst gewiss nicht geringer, wenn – wie hier – dazu aufgefordert wird, diese Reformprojekte als integrale Bestandteile eines gemeinsamen Prozesses der Zielerreichung zu gestalten: Ziel ist eine kohärente, flächendeckende, handlungs- und lernfähige Infrastruktur für Public Health in Deutschland. Die zeitliche Koinzidenz der drei Reformvorhaben öffnet ein Fenster zur längst fälligen Institutionalisierung der dafür notwendigen und auch in Deutschland vorhandenen Expertise. Das kann gelingen, wenn alle beteiligten Akteure die Prävention von Erkrankungen, die Förderung der Gesundheit, die Verlängerung des Lebens und die Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen als gemeinsame Aufgabe erkennen und bearbeiten und es zudem eine politisch starke, transparent und partizipativ agierende Führung und Steuerung des Prozesses durch die Bundesregierung (in Umsetzung des Koalitionsvertrages) gibt. Gelingt dies nicht, so wäre ein weiteres Mal die Kluft zwischen programmatischem Anspruch und regulativer Wirklichkeit zu beklagen. Ein Gelingen andererseits kann als Beleg dafür dienen, dass auch das korporatistisch organisierte Gesundheitswesen in Deutschland in der Lage ist, dringend erforderliche Modernisierungsprozesse einzuleiten und damit auch dem hohen Problemdruck entgegen zu wirken, der durch Krisen (Pandemie, Klima) und Kriege wächst. So kann Gesundheitsförderung einen wichtigen Beitrag leisten, den vielfach bedrohten sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft zu stärken.

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Gerlinger T, Babitsch B, Blättner B et al. Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 762–766. DOI:10.1055/s-0032-1330011
- [2] Wildner M. Alte und neue Strukturen von Public Health in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 944–8. DOI:10.1055/s-0043-118786
- [3] Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina . Public Health in Deutschland – Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Halle (Saale): Leopoldina e.V. 2015 [http://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2015\\_Public\\_Health\\_LF\\_DE.pdf](http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Public_Health_LF_DE.pdf). Stand: 07.03.2023
- [4] Zukunftsforum Public Health. Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland. 2021. Online unter <https://zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie/>. Stand: 07.03.2023
- [5] SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP. Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode von 2021 bis 2025 „Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“. Berlin 2021 <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>. Stand: 07.03.2023
- [6] Gerlinger T. Präventionsgesetz. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i092-3.0

- [7] Böhm K, Lahn J, Köckler H et al. Health in All Policies: Wo stehen wir und was braucht es für die weitere Entwicklung? Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 427–434. Wiesbaden: Springer. DOI:10.1007/978-3-658-30504-8\_41
- [8] Geene R, Kurth BM, Matusall S. Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Das Gesundheitswesen 2020; 82: 72–76. DOI:10.1055/a-1138-0389
- [9] WHO. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986 (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61669). Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1>. Stand: 07.03.2023
- [10] Geene R. Health in All Policies–Internationale Entwicklungen, Umsetzungsbeispiele und Perspektiven für Deutschland. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 37–51. Wiesbaden: Springer; 2020. DOI:10.1007/978-3-658-30504-8\_3
- [11] Gerlinger T, Rosenbrock R. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2023 DOI: DOI: 10.1007/9783456859682
- [12] Länderoffene Gruppe Leitbild ÖGD. Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. 2018 [https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/Die\\_Akademie/Leitbild\\_OEGD/Leitbild\\_final\\_2018.pdf](https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/Die_Akademie/Leitbild_OEGD/Leitbild_final_2018.pdf). Stand: 07.03.2023

