

Bundesgesundheitsbl 2022 · 65:96–106
<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03456-0>
 Eingegangen: 31. März 2021
 Angenommen: 7. September 2021
 Online publiziert: 3. Dezember 2021
 © Der/die Autor(en) 2021



Franziska Hommes^{1,2} · Amir Mohsenpour^{1,3} · Dana Kropff^{1,4} · Lisa Pilgram^{1,5} ·
 Svenja Matusall⁶ · Peter von Philipsborn^{1,7,8} · Kerstin Sell^{1,7,8}

¹ Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit, Berlin, Deutschland; ² Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit, Berlin, Deutschland; ³ AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland; ⁴ Institut für Afrikastudien, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland; ⁵ Abteilung für Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ⁶ Zukunftsforum Public Health, Berlin, Deutschland; ⁷ Pettenkofer School of Public Health, München, Deutschland; ⁸ Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie – IBE, LMU München, München, Deutschland

Überregionale Public-Health-Akteure in Deutschland – eine Bestandsaufnahme und Kategorisierung

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03456-0>) enthalten.

Hintergrund

Akteure der öffentlichen Gesundheit leisten einen wesentlichen Beitrag zu Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention auf Bevölkerungsebene. Neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) existiert in Deutschland eine Vielzahl an Organisationen und Institutionen, deren Ziel es ist, „durch organisierte gesellschaftliche Anstrengungen Krankheit zu vermeiden, Leben zu verlängern und Gesundheit zu för-

Die Autoren F. Hommes und A. Mohsenpour haben zu gleichen Teilen zum Manuskript beigetragen.

Datenverfügbarkeit

Der Akteursdatensatz sowie die Infografik zum Kategoriensystem stehen Public-Health-(Nachwuchs-)Fachkräften und Interessierten bei Referenzierung des Nachwuchsnetzwerks Öffentliche Gesundheit und der Autor:innen unter der Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 Licence (CC BY-NC 4.0) zum Download unter <https://noeg.org/> zur Verfügung. Die genauen Angaben zur Lizenz sind unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> zu finden.

dern“, und die damit als Public-Health-Akteure gelten können [1]. Diese Akteure arbeiten von der lokalen bis zur internationalen Ebene in verschiedensten Praxis-, Wissenschafts- und Politikbereichen. In Deutschland galt die Public-Health-Landschaft lange Zeit als fragmentiert [2, 3]. Seit mehreren Jahren bestehen jedoch in der Public-Health-Gemeinschaft Bestrebungen, dieser Zersplitterung entgegenzuwirken und weitere Reformen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu initiieren [4, 5]. Diese Reformprozesse wurden unter anderem durch ein Gutachten der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina von 2015 angestoßen [6] und haben durch die SARS-CoV-2-Pandemie neue Dynamik und öffentliche Aufmerksamkeit erfahren [7–9].

Von politischer Seite ist mit dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst eine umfangreiche Stärkung des ÖGD initiiert worden, die insbesondere auf die Bekämpfung pandemischer Notlagen ausgerichtet ist [10]. Erforderlich ist darüber hinaus auch eine langfristige, umfangreiche Stärkung öffentlicher Gesundheit in Deutschland [6, 11]. Seit mehreren Jahren besteht mit dem Zukunftsforum Public Health (ZfPH) eine breit aufgestellte Reforminitiative, in der sich Institutionen und Individuen aus

Wissenschaft und Praxis für die Erarbeitung einer visionären Public-Health-Strategie für Deutschland zusammengeschlossen haben. Im Rahmen der seit 2016 stattfindenden Symposien kam eine Vielzahl an Akteuren zusammen, die verschiedene Themenschwerpunkte, Interessen und Hintergründe der öffentlichen Gesundheit repräsentieren [12]. Das 2017 von einigen der Autor:innen mitgegründete Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG) zielt darauf ab, Austausch und Vernetzung zwischen Studierenden, Nachwuchskräften und an Nachwuchsförderung Interessierten im Bereich Public Health zu fördern. Das NÖG engagiert sich unter anderem für Reformen der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der öffentlichen Gesundheit, insbesondere mit dem Ziel, die Interdisziplinarität des Fachs zu stärken und Berufswege transparenter zu machen. Die vorliegende Arbeit soll in diesem Zusammenhang zentrale Herausforderungen für Public-Health-Nachwuchsfachkräfte in Deutschland adressieren: Die mit der Vielfalt von Public Health einhergehende Unübersichtlichkeit des Berufsfelds und die daraus resultierende Intransparenz vieler Berufswege [13].

Zwar existieren bereits Darstellungen der Struktur des ÖGD [14] sowie des Gesundheitssystems [15] in Deutschland,

diese bilden jeweils jedoch nur Teilaspekte und nicht die aktuelle Vielfalt von Public Health in Deutschland ab. Der ÖGD stellt mit den staatlichen Institutionen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene einen Teil des Public-Health-Systems mit umfassenden Aufgaben, unter anderem im Bereich Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, dar. Diese Aufgaben des ÖGD – vom aktuell im Fokus stehenden Infektionsschutz bis zum sozialkompensatorischen, planerischen und gesundheitsförderlichen Engagement insbesondere in kommunalen Settings – gehen mit der Zusammenarbeit einer Vielzahl weiterer Partnerorganisationen und Akteure einher [16]. Die Public-Health-Akteure außerhalb des ÖGD tragen so zu einem weit gefassten, vernetzten Public-Health-System bei.

Kenntnisse zu beteiligten Akteuren in Deutschland im Public-Health-Bereich spielen damit nicht nur für Nachwuchsfachkräfte in der beruflichen Orientierung eine wichtige Rolle, sondern dienen auch der weiteren Vernetzung und Koordination der Public-Health-Akteure untereinander. Letzteres ist neben einer Koordination und Kooperation im Bereich der Forschung insbesondere vor dem Hintergrund aktueller Reformprozesse in der öffentlichen Gesundheit relevant. Bislang existiert unserem Wissen nach keine solche Kartierung der Public-Health-Landschaft in Deutschland.

Ziel dieser Arbeit ist es, durch die Identifikation, systematische Kategorisierung und grafische Darstellung institutioneller Public-Health-Akteure in Deutschland die bestehende Lücke einer überregionalen Public-Health-Akteursübersicht zu schließen.

Methodik

Die Datenerhebung und -auswertung wurde von Mitgliedern der AG Berufswege des NÖG zwischen September 2020 und Februar 2021 durchgeführt.

Identifikation von Public-Health-Akteuren

Public-Health-Akteure wurden im Rahmen dieses Projekts als Organisationen und Institutionen definiert, die überregional oder deutschlandweit organisiert sind und die Public Health oder einzelne Gesundheitsthemen auf Bevölkerungsebene in mindestens einem ihrer Arbeitsbereiche aufgeführt haben. Zur Identifikation dieser Akteure wurden zunächst die folgenden Quellen genutzt: i) eine Liste aller teilnehmenden Akteure der ZfPH-Symposien 2016–2020, ii) eine Akteurssammlung, die 2017–2018 durch die Geschäftsstelle des ZfPH anhand nicht systematischer Recherchen erstellt wurde, und iii) eine zielgerichtete Onlinerecherche in PubMed und Google (auf Basis der Stichwörter *Public Health* oder *Öffentliche Gesundheit* oder *Öffentliches Gesundheitswesen* und *Deutschland* oder *Germany*).

Zur Ergänzung dieser Quellen wurde ein selektives Schneeballverfahren durchgeführt. Hierfür wurden solche Akteure ausgewählt, bei denen aufgrund ihrer Charakteristika von einer großen Wahrscheinlichkeit der Identifikation weiterer relevanter Akteure ausgegangen werden konnte. Zu diesen Charakteristika gehörten insbesondere zivilgesellschaftliche Netzwerke und institutionelle Arbeitsgemeinschaften. Durch ein Screening der Mitglieds-, Partner- und/oder Förderorganisationen dieser Akteure auf ihren jeweiligen Homepages wurden weitere Akteure identifiziert.

Screening

Nach einer gemeinsamen Diskussion über das eigene Public-Health-Verständnis und einer Verständigung der für das Screening verantwortlichen Autor:innen auf die Definition nach Acheson [1] als theoretischen Hintergrund wurde für die Operationalisierung der Fragestellung folgende Arbeitsdefinition entwickelt: Als Public-Health-Akteur wurden Institutionen und Organisationen definiert, die mindestens eine Aktivität oder Tätigkeit im Bereich Gesundheit mit klar erkennbarem Bevölkerungsbezug aufwiesen. Damit grenzen sich diese

Akteure von primär individualmedizinischen Institutionen im Gesundheitsbereich ab sowie von solchen Akteuren, die zwar Relevanz für die öffentliche Gesundheit aufweisen, Gesundheit auf Bevölkerungsebene jedoch nicht als eigenen Schwerpunkt beschrieben haben (Health-in-all-Policies [HiAP]).

Alle Akteure wurden anhand der auf ihrer Homepage veröffentlichten Informationen (z. B. Arbeitsschwerpunkte, Leitlinien oder Satzungen) sowie bei Bedarf anhand ergänzender Sekundärquellen auf das Vorhandensein einer Tätigkeit im Bereich Gesundheit mit Bevölkerungsbezug gescreent. Dabei wurden die Akteure mithilfe der Software Rayyan (Qatar Computing Research Institute, HBKU, Doha, Qatar) durch jeweils ≥ 2 der Autor:innen (FH, AM, DK, LP) unabhängig voneinander gesichtet und eine Bewertung über Ein- oder Ausschluss vorgenommen [17]. Abweichungen in der Bewertung wurden im Forschungsteam diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde. Nach der Identifizierung der thematischen Arbeitsschwerpunkte wurden diese zu übergeordneten Themenbereichen zusammengefasst (z. B. Gesundheit und Umwelt/Klimawandel, Suchtprävention, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen).

Um einer breiten Zielgruppe einen Überblick über die deutschlandweite Public-Health-Landschaft bieten zu können, lag der Fokus dieser Arbeit auf überregionalen Akteuren. Somit wurden folgende Ausschlusskriterien definiert (Tab. 1):

- rein auf lokaler oder kommunaler Ebene tätige Akteure;
- Untergruppen überregionaler Akteure;
- Akteure, die zwar mit ihrer Arbeit und/oder den Auswirkungen ihrer Aktivitäten die öffentliche Gesundheit in Deutschland beeinflussen, ohne dabei aber öffentliche Gesundheit als genuinen Arbeitsschwerpunkt zu haben;
- Akteure mit Global-Health-Schwerpunkt (s. nachfolgende Definition).

Zu lokalen bzw. kommunalen Akteuren zählten beispielsweise studentische Initiativen an einzelnen Univer-

Bundesgesundheitsbl 2022 · 65:96–106 <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03456-0>
 © Der/die Autor(en) 2021

F. Hommes · A. Mohsenpour · D. Kropff · L. Pilgram · S. Matusall · P. von Philipsborn · K. Sell

Überregionale Public-Health-Akteure in Deutschland – eine Bestandsaufnahme und Kategorisierung

Zusammenfassung

Hintergrund. Akteure der öffentlichen Gesundheit (Public Health) tragen wesentlich zu Gesundheitsschutz, -förderung und Prävention auf Bevölkerungsebene bei. Kenntnisse über die Akteurslandschaft erleichtern die Zusammenarbeit und erhöhen die Transparenz des Berufsfeldes für Nachwuchsfachkräfte.

Zielsetzung. Ziel dieser Arbeit waren eine Bestandsaufnahme und Kategorisierung überregionaler Public-Health-Akteure in Deutschland.

Methodik. Ausgehend von einer Aufstellung der teilnehmenden Institutionen am Zukunftsforum Public Health und zielgerichteter Onlinerecherche wurden überregionale Organisationen mit Public-Health-Schwerpunkt

identifiziert. Alle Akteure wurden durch ≥ 2 Autor:innen unabhängig voneinander gescreent. Rein lokal tätige Akteure und solche ohne erkennbaren Public-Health-Schwerpunkt wurden ausgeschlossen. Mittels Schneeballverfahrens wurden weitere Akteure identifiziert. Zur thematischen Clustering wurde induktiv ein Kategoriensystem gebildet.

Ergebnisse. Von 645 gescreenten Akteuren wurden 307 (47,6%) eingeschlossen und 12 Ober- sowie 30 Subkategorien zugeordnet. Die Oberkategorie Fachverbände ($n = 60$) weist die höchste Akteursanzahl auf, gefolgt von zivilgesellschaftlichen ($n = 49$) und staatlichen Akteuren ($n = 40$). Neben einer tabellarischen und grafischen Darstellung

wurde eine interaktive Akteursübersicht erstellt (www.noeg.org).

Diskussion. Diese Arbeit bietet eine umfangreiche Übersicht über Akteure der öffentlichen Gesundheit in Deutschland und verdeutlicht die Breite der deutschen Public-Health-Landschaft. Die Ergebnisse bieten neue Möglichkeiten zur Vernetzung und können Nachwuchsfachkräften Berufswege aufzeigen. Ausgehend von dieser Arbeit sind ergänzende Forschungsarbeiten zu Public-Health-Akteuren sinnvoll.

Schlüsselwörter

Gesundheitsfachkräfte · Öffentliche Gesundheit · Berufswege · Nachwuchsfachkräfte · Public-Health-System

Supra-regional public health actors in Germany—an overview and categorization

Abstract

Background. Public health actors contribute significantly to health protection, promotion, and prevention at the population level. An overview of the public health landscape can facilitate collaboration among the stakeholders and increase transparency of career paths for young professionals.

Objectives. This study aims to develop an overview and category system of supra-regional public health actors in Germany.

Methods. Based on a list of institutional actors that participated in the national conference Future Forum Public Health (“Zukunftsforum Public Health”) and a targeted online search by the authors, supra-regional institutions and organizations with a public health focus

were identified. All actors were screened independently by ≥ 2 authors. Community-level actors as well as those without a direct public health focus were excluded. Additional actors were identified via a snowballing process. In order to cluster the actors thematically, a category system was formed inductively.

Results. Out of a total of 645 screened actors, 307 (47.6%) were included and subsequently assigned to 12 main and 30 subcategories. Professional associations ($n = 60$) made up the largest category, followed by civil society ($n = 49$) and state actors ($n = 40$). In addition to a tabular and graphical overview, an

interactive visualization of the actors was created (www.noeg.org).

Conclusions. This study provides a comprehensive overview of supra-regional institutional public health actors in Germany and highlights the breadth of the German public health landscape. The results of this work offer new opportunities for collaboration and can support young professionals in their career paths. Building on this work, further research on public health actors is recommended.

Keywords

Public health · Public health systems · Career paths · Young professionals · Health workforce

sitäten, ehrenamtliche Arbeitsgruppen ohne überregionalen Netzwerkcharakter, kommunale Gesundheitsämter und Veterinärämter sowie kommunale medizinische Versorgungseinrichtungen. In Bezug auf Strukturen des ÖGD wurden alle identifizierten Einrichtungen auf Landes- und Bundesebene eingeschlossen. Bei Untergruppen handelte es sich um lokale Vertretungen überregionaler Institutionen (z. B. IPPNW Frankfurt), Teilbereiche einer übergeordneten Institution (z. B. Initiative für gesunde

Ernährung IN FORM) oder akademische Institute einer Hochschule mit Lehre und Forschung zu Public Health (z. B. Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin). Hier wurde die jeweils strukturell übergeordnete Institution eingeschlossen, wenn die Einschlusskriterien erfüllt waren (z. B. Deutsche Sektion der IPPNW; Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung; Universität Heidelberg).

Strukturell und inhaltlich ähnliche Akteure, die beispielsweise durch die

föderale Struktur Deutschlands mehrfach als Akteure identifiziert wurden, wie etwa Landesärztekammern oder Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wie die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. (DGSM) wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit zu jeweils einem aggregierten Akteur zusammengefasst. Aufgrund der Vielzahl an Hochschulen mit Public-Health-Schwerpunkt wurde auch hier

Tab. 1 Ausschlusskriterien mit Beschreibungen und jeweiliger Anzahl ausgeschlossener Akteure

Ausschlussgrund	Beschreibung	Anzahl Akteure
Untergruppe	Alle Akteure, die einer übergeordneten Struktur zugeordnet werden konnten (z. B. lokale Ableger eines überregionalen Vereins; Landesstruktur eines bundesweit tätigen Sozialversicherungsträgers). Bei Eignung wurde die jeweils höher gelegene institutionelle Ebene des Akteurs aufgenommen	58
Nicht erkennbarer Public-Health-Arbeits-schwerpunkt	Akteure, bei denen kein expliziter Public-Health-Arbeits-schwerpunkt erkennbar war. Die jeweilige Homepage des Akteurs, Organigramme, Satzungen, Leitbilder und ggf. Sekundärquellen dienten als Entscheidungsgrundlage	43
Lokaler Akteur	Akteure, welche in einem geografisch lokal begrenzten Raum agieren (z. B. Fachschaftsprojekte, städtische Initiativen mit Begrenzung auf eine Universität bzw. Stadt)	37
Kommunale Behörde	Staatliche Akteure, die auf kommunaler Ebene agieren (z. B. Gesundheits- und Veterinärämter)	32
Global Health	Akteure mit Fokus auf Themen der globalen Gesundheit, ohne direkten Bezug zur öffentlichen Gesundheit in Deutschland	15
Nicht auffindbar	Akteure mit nicht auffindbarer oder inaktiver Homepage	8

eine Aggregation vorgenommen; für eine individuelle Darstellung verweisen wir auf existierende Verzeichnisse wie eine Übersicht zu Public-Health-Studiengängen [18].

Als Global-Health-Akteure wurden in Abgrenzung zu Public-Health-Akteuren jene definiert, die sich primär supraterritorialen Gesundheitsherausforderungen widmen, die ohne eine globale Kooperation nicht bewältigt werden können. Hierzu gehören grenzüberschreitende Gesundheitsfragen, welche Nationalstaaten nicht im Alleingang bewältigen können, wie die Auswirkungen des Klimawandels, zunehmende Antibiotikaresistenzen oder pandemische Notlagen [19]. Außerdem wird mit Global Health oft das normative Ziel einer globalen gesundheitlichen Chancengerechtigkeit verbunden [20]. Für eine Übersicht von Global-Health-Akteuren verweisen wir auf einschlägige Veröffentlichungen [21]. Der Hauptfokus dieser Arbeit liegt auf Public-Health-Akteuren in Deutschland. Internationale Akteure wie EU-Institutionen haben jedoch auch einen großen Einfluss auf Public Health in Deutschland, sodass diese Akteure trotz ihrer Position außerhalb Deutschlands in die Oberkategorie „Internationale Akteure“ aufgenommen wurden.

Bildung des Kategoriensystems

Alle eingeschlossenen Akteure wurden thematisch geclustert, um induktiv Ober- und Subkategorien zu bilden. Dabei wurden die Akteure derjenigen Kategorie zugeordnet, die nach Konsens der Au-

tor:innen am zutreffendsten die Zugehörigkeit abbildete. Die Ober- und Subkategorien, ihre Beschreibungen und die jeweilige Anzahl an Akteuren sind in [Tab. 2](#) zusammengefasst. Die Granularität der Subkategorien richtete sich nach der Anzahl und Vielseitigkeit der eingeschlossenen Akteure.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 645 Akteure identifiziert und gescreent. Von diesen wurden 452 Akteure (70,1 %) eingeschlossen. 263 Akteure (58,2 %) wurden im initialen Screening und 189 Akteure (41,8 %) im Rahmen des Schneeballverfahrens eingeschlossen. Von den 452 eingeschlossenen Akteuren wurden 161 (35,6 %) strukturell ähnliche Akteure zu 16 aggregierten Akteuren zusammengefasst. Die Akteursübersicht umfasst somit insgesamt 307 Akteure (s. zusätzliches Onlinematerial). Das mehrstufige Verfahren der Identifikation von Akteuren, Screening, Aggregation und Kategorienzueordnung ist im Flussdiagramm abgebildet ([Abb. 1](#)). Die Anzahl ausgeschlossener Akteure pro definiertem Ausschlusskriterium ist in [Tab. 1](#) dargestellt.

Es wurden insgesamt 12 Ober- sowie 30 Subkategorien induktiv gebildet. Die Größe der Kategorien, gemessen an den enthaltenen Akteuren, und die Anzahl der Subkategorien variiert deutlich zwischen den Kategorien. Die höchste Anzahl an Akteuren weisen die Oberkategorien Fachverbände ($n = 60$; 19,5 %), zivilgesellschaftliche Akteure ($n = 49$; 16,0 %)

und staatliche Akteure ($n = 40$; 13,0 %) auf ([Tab. 2](#)).

Für einen Großteil der Akteure ($n = 180$) in den 4 Oberkategorien Fachverbände, zivilgesellschaftliche, wissenschaftliche und akademische sowie staatliche Akteure konnte die Zuordnung zu einem primären inhaltlichen Themenschwerpunkt vorgenommen werden, während eine solche thematische Eingrenzung in den übrigen Oberkategorien aufgrund des institutionellen Charakters (z. B. Organe der Selbstverwaltung) oder eines sehr breiten Arbeitsspektrums in den meisten Fällen nicht möglich war ($n = 22$ Akteure mit diversen Themenschwerpunkten). Die 14 am häufigsten identifizierten Einzelthemenschwerpunkte der 180 Akteure werden in [Abb. 2](#) dargestellt.

Zusätzlich zu der tabellarischen Übersicht aller eingeschlossenen Akteure wurden eine Infografik des Kategoriensystems ([Abb. 3](#)) sowie eine interaktive Visualisierung der Akteursübersicht erstellt, die öffentlich auf der Homepage des NÖG zugänglich ist (www.noeg.org).

Diskussion

Diese Arbeit bietet eine Zusammenstellung der Akteursgruppen, die in Public Health in Deutschland tätig sind, sowie eine detaillierte Auflistung und Kategorisierung von insgesamt 307 überregional agierenden Institutionen. Die Akteursübersicht und die identifizierten Themenschwerpunkte zeigen die Breite und thematische Vielfalt von Public Health in staatlichen, zivilgesellschaft-

Tab. 2 Induktiv gebildetes Kategoriensystem mit Beschreibungen und jeweiliger Anzahl eingeschlossener Public-Health-Akteure, sortiert nach absteigender Anzahl der Akteure je Oberkategorie. Die Ober- und Subkategorien sowie ihre Beschreibungen sind online verfügbar [32]

Oberkategorien Subkategorien	Beschreibung	Anzahl
Fachverbände	Akteure, die einen Zusammenschluss von mehreren Mitgliedern – meist Institutionen und ggf. zusätzlichen Einzelpersonen – bilden und die zu einem umschriebenen fachlichen Gesundheitsthema arbeiten. Oftmals geht die Zuordnung der Akteure zu dieser Oberkategorie auf die Selbstbezeichnung der Akteure zurück. Fachverbände sind abzugrenzen von rein zivilgesellschaftlichen Akteuren, von Berufsverbänden (berufsständische Interessensvertretung von Mitgliedern eines Berufsstandes) und von wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Fokus auf die wissenschaftliche Arbeit, bspw. bei der Erstellung von Leitlinien durch wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften)	60
<i>Arbeitsgemeinschaften</i>	Akteure, bei denen verschiedene Einzelpersonen und/oder Organisationen zu einem definierten fachlichen Gesundheitsthemengebiet zusammenarbeiten	41
<i>Dachverbände</i>	Akteure, die mehrere ähnlich strukturierte Organisationen zur fachlichen Zusammenarbeit vereinen und/oder sich selbst als Dachverband bezeichnen. Oftmals vertritt der Dachverband die Interessen der Mitgliedsorganisationen auf Bundesebene	19
Zivilgesellschaftliche Akteure	Zivilgesellschaftliche Akteure, z. B. Zusammenschlüsse von Individuen oder mehreren zivilgesellschaftlich organisierten Verbänden mit Public-Health-Arbeitsschwerpunkt, die nicht eindeutig anderen Oberkategorien zuzuordnen waren (z. B. Stiftungen, Fachverbände)	49
<i>Wohlfahrtsverbände</i>	Akteure der freien Wohlfahrtspflege, welche deutschlandweit soziale Unterstützung leisten	8
<i>Patient:innenverbände und Selbsthilfeorganisationen</i>	Organisationen, die zivilgesellschaftlich organisiert die Interessen von Patient:innen vertreten oder der Selbsthilfe dienen. Oftmals sind Patient:innen oder Betroffene selbst Mitglied/Leitung dieser Organisationen. Eine Mitgliedschaft ist i. d. R. unabhängig vom professionellen Hintergrund	5
<i>Studierenden- und Nachwuchsorganisationen</i>	Organisationen, die von Studierenden oder Nachwuchskräften gegründet/initiiert wurden und deren Mitglieder vorrangig Studierende und/oder Nachwuchskräfte sind	5
<i>Weitere Non-Profit-Organisationen</i>	Akteure der Zivilgesellschaft mit Public-Health-Arbeitsschwerpunkt, die keiner anderen Subkategorie zuzuordnen waren	31
Staatliche Akteure	Staatliche Einrichtungen auf Bundes- oder Landesebene. Akteure auf kommunaler Ebene wurden ausgeschlossen	40
<i>Bundesoberbehörden</i>	Bundesoberbehörden, welche Gesundheit in Deutschland als Schwerpunkt auf der Website aufgeführt oder eine Abteilung/ein Referat zu Public Health im Organigramm aufgelistet haben	12
<i>Bundesministerien</i>	Bundesministerien, welche Gesundheit in Deutschland als Schwerpunkt aufgeführt oder eine Abteilung/ein Referat zu Public Health im Organigramm aufgelistet haben	10
<i>Einrichtungen der staatlichen Aus- und Weiterbildung</i>	Öffentlich-rechtliche Institutionen mit einem Fokus auf Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich Public Health. Oftmals mit zusätzlicher angewandter Forschung im jeweiligen Sektor	4
<i>Landesoberbehörden</i>	Oberbehörden auf Landesebene, welche Gesundheit als Schwerpunkt aufgeführt oder eine Abteilung/ein Referat zu Public Health im Organigramm aufgelistet haben	4
<i>Bundesanstalten</i>	Bundesanstalten, welche Gesundheit in Deutschland als Schwerpunkt aufgeführt oder eine Abteilung/ein Referat zu Public Health im Organigramm aufgelistet haben	3
<i>Landesministerien</i>	Ministerien auf Landesebene, welche Gesundheit als Schwerpunkt aufgeführt oder eine Abteilung/ein Referat zu Public Health im Organigramm aufgelistet haben	2
<i>Weitere (vorwiegend) staatliche Akteure</i>	Staatliche Akteure mit Public-Health-Arbeitsschwerpunkt, die keiner anderen Subkategorie eindeutig zuzuordnen waren, da sie bspw. auf Landesebene agieren, aber kein(e) Landesministerium/-oberbehörde darstellen. Hierunter fallen Zusammenschlüsse aus staatlichen Akteuren, auch wenn diese als Verein (ohne staatliche Zuschüsse) organisiert sind	5
Berufsverbände und Interessenvertretungen	Berufsverbände oder Interessenvertretungen im Gesundheitsbereich, die berufsständische Interessen der jeweiligen Mitglieder vertreten	37
Wissenschaftliche und akademische Akteure	Akteure, die im wissenschaftlichen und/oder akademischen Kontext arbeiten und nicht explizit der Privatwirtschaft oder staatlichen Akteuren (öffentlich-rechtlicher Weiterbildung) zugeordnet werden konnten	31
<i>Außeruniversitäre Forschungseinrichtungen</i>	Öffentliche Institute und weitere Einrichtungen, die nicht im universitären Kontext angesiedelt sind und primär Forschungsarbeit leisten	18
<i>Wissenschaftliche Fachgesellschaften</i>	Wissenschaftliche Fachgesellschaften, die sich einem bestimmten Fachgebiet widmen	6
<i>Lehre und Forschung an Hochschulen</i>	Universitäten und weitere Hochschulen (Fachhochschulen, private Hochschulen ...), die Lehre und Forschung zu Public Health betreiben	3
<i>Weitere Akteure in der Wissenschaft</i>	Akademische oder wissenschaftliche Akteure, die keiner anderen Subkategorie eindeutig zuzuordnen waren. Privatwirtschaftliche Forschungsinstitute sind unter Privatwirtschaft aufgeführt	4

Tab. 2 (Fortsetzung)		
Oberkategorien Subkategorien	Beschreibung	Anzahl
Privatwirtschaftliche Akteure	Akteure im Gesundheitssektor, die eindeutig gewinnorientiert aufgestellt sind und keiner anderen Kategorie zuzuordnen sind	22
<i>Dienstleistungs- und Beratungsunternehmen</i>	Unternehmen im Gesundheitssektor, die durch die Bereitstellung immaterieller Güter (z. B. Versicherungen, Infrastruktur, Auftragsforschung) gewinnorientiert arbeiten	13
<i>Verlage und Presseagenturen</i>	Verlage, die (medizinische/Gesundheits-/Public-Health-)Fachzeitschriften, Bücher oder andere Schriften gewinnorientiert publizieren, sowie Presseagenturen mit Schwerpunkt auf der deutschen Gesundheitspolitik	8
<i>Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten</i>	Unternehmen, die Arzneimittel und/oder Medizinprodukte herstellen	1
Internationale Akteure	Trans- und supranationale Akteure mit Relevanz für Public Health in Deutschland	21
<i>EU-Institutionen</i>	Akteure der Europäischen Union	7
<i>UN-Organisationen</i>	Akteure der Vereinten Nationen (United Nations, UN)	6
<i>Internationale Fachverbände</i>	Zusammenschlüsse von mehreren Mitgliedern (Einzelpersonen oder Organisationen), die zu einem spezifischen fachlichen Thema auf internationaler Ebene mit Bezug oder Einfluss auf Public Health in Deutschland arbeiten	4
<i>Zivilgesellschaftliche internationale Organisationen</i>	Zivilgesellschaftliche Akteure mit Public-Health-Arbeitsschwerpunkt, die nicht der Subkategorie internationale Fachverbände zuzuordnen waren und die einen Bezug/Einfluss auf Public Health in Deutschland und/oder die Möglichkeit zur Mitgliedschaft für Public-Health-Akteure in Deutschland aufweisen	2
<i>Weitere internationale Akteure</i>	Trans- und supranationale Akteure mit Public-Health-Arbeitsschwerpunkt, die keiner anderen Subkategorie eindeutig zuzuordnen waren	2
Sozialversicherungen	Träger der gesetzlichen Sozialversicherungen. Privatwirtschaftliche Sozialversicherungsträger wurden der Privatwirtschaft zugeordnet	17
<i>Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (GKV & PV)</i>	Trägerorganisationen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung mit Maßnahmen zum Erhalt und der Wiederherstellung von Gesundheit sowie Leistungen im Falle von Pflegebedürftigkeit	9
<i>Arbeitslosenversicherung (ALV)</i>	Sozialversicherung, die u. a. Lohnersatzleistungen, Maßnahmen zum Arbeitsplatzertand und zur Arbeitsvermittlung leistet. Trägerin ist die Bundesagentur für Arbeit	1
<i>Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)</i>	Sozialversicherung, die u. a. finanzielle Leistung im Alter, Rente bei Erwerbsminderung und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit umfasst	1
<i>Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)</i>	Sozialversicherung, die Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten umfasst sowie Leistungen bei deren Eintritt	1
<i>Weitere Akteure im Bereich Sozialversicherungen</i>	Akteure der Sozialversicherungen, die keiner (einzelnen) anderen Subkategorie zuzuordnen waren	5
Stiftungen	Akteure mit Public-Health-Arbeitsschwerpunkt, die entweder ihrer Rechtsform nach eine Stiftung sind oder sich selbst als Stiftung bezeichnen. Dazu können auch solche Institutionen gehören, die ihrer Rechtsform nach eingetragene Vereine oder eine gemeinnützige GmbH (gGmbH) sind	13
Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen	Träger des Gesundheitswesens, die sich selbst organisieren und verwalten. Hierzu gehören die Mitglieder des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und weitere berufsständische Akteure der Selbstverwaltung (z. B. Kammern)	11
Projekträger	Institutionen, die durch finanzielle Förderung und Verwaltungsdienstleistungen die Durchführung von Gesundheitsprojekten unterstützen	4
Unabhängige Sachverständigenräte	Auf Rechtsgrundlage einberufene Gremien, die unabhängige Gutachten zu medizinischen/gesundheitlichen Fragestellungen entwickeln und damit politische Entscheidungsträger:innen informieren	2

lichen, akademischen und privatwirtschaftlichen Strukturen in Deutschland. Dabei weisen die Akteure nicht nur ein breites inhaltliches Spektrum, sondern auch eine große Varianz in der Ausprägung ihrer Schwerpunktsetzung auf: Während einige Akteure einen reinen Public-Health-Schwerpunkt aufweisen, stellt bei anderen Akteuren öffentliche Gesundheit nur ein Themenfeld von vie-

len dar. Unsere Arbeit bietet damit einen wichtigen Baustein zu einem besseren Verständnis von öffentlicher Gesundheit in Deutschland als komplexes Public-Health-System.

Die Ergebnisse im Kontext der Forschung zu Public-Health-Systemen

Wir kategorisierten die Public-Health-Landschaft anhand institutioneller Akteure, ähnlich den Übersichten institutioneller Akteure des ÖGD und des Gesundheitssystems in Deutschland [14, 15]. Public-Health-Systeme können je-

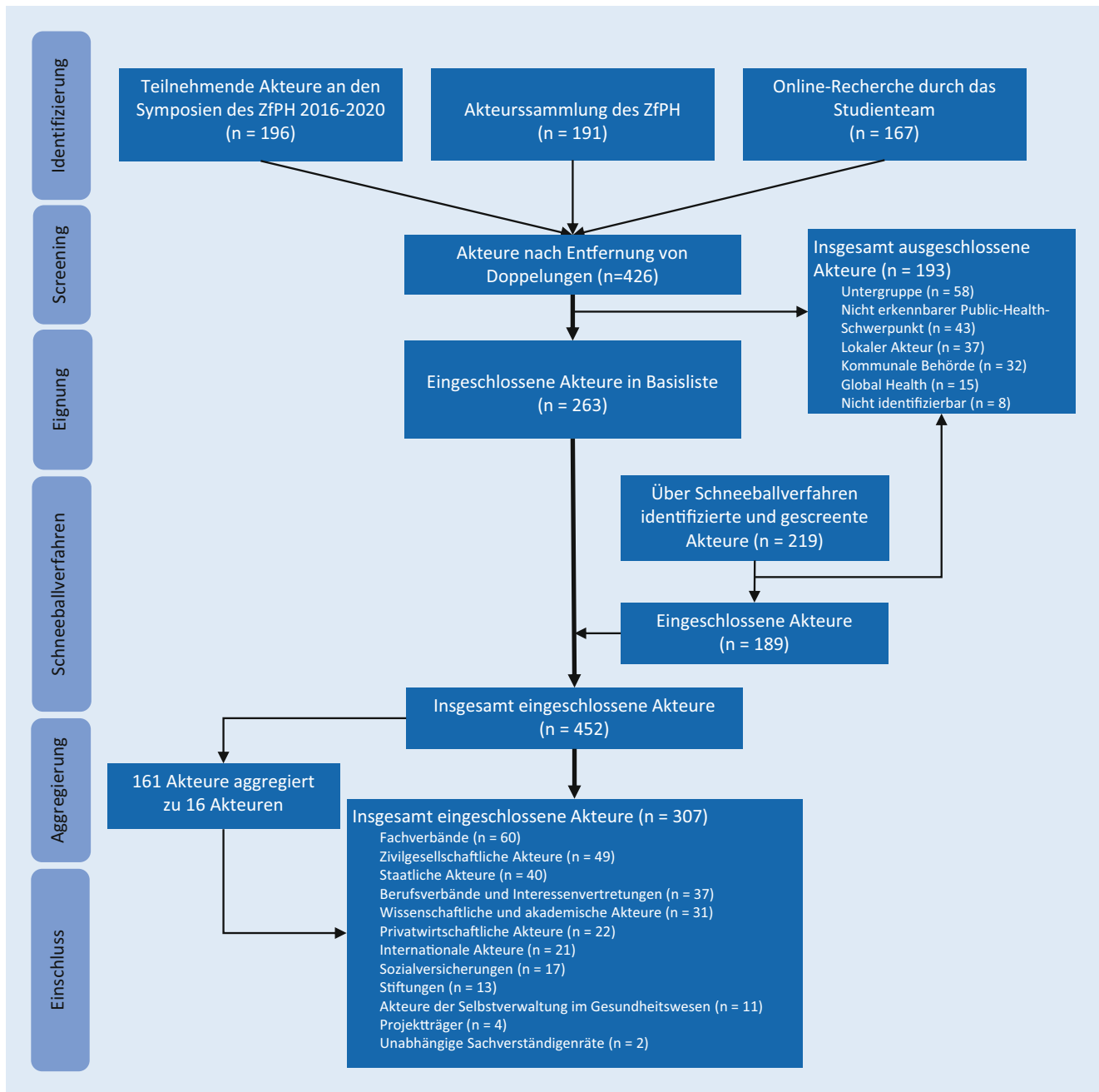


Abb. 1 Flussdiagramm: Mehrstufiges Verfahren der Identifikation von Akteuren, Screening, Aggregation und Kategorisierung. ZfPH Zukunftsforum Public Health

doch auf verschiedene Arten definiert werden. Neben der Beschreibung von staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren, die „gemeinsam Verantwortung für physische und soziale Umgebungen der Bevölkerung tragen“ (übersetzt nach Jarvis (2020) [22]), sind auch Beschreibungen von Public-Health-Systemen anhand der Kernfunktionen oder Aktivitäten in diesen Systemen möglich [22]. So bilden beispielsweise die *Essential*

Public Health Operations (EPHOs) die Möglichkeit einer Definition von Kernfunktionen in Public Health, welche von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Region Europa als Bestandteil einer Evaluation von Public-Health-Diensten vorgeschlagen wurde [23].

Auch in anderen Ländern wie den USA und Israel wurden ähnliche Kernfunktionen, beziehungsweise -funktionen,

für die staatlichen Public-Health-Systeme definiert [24] oder, wie im Jahr 2007 in England, Strukturen, Kapazitäten und Veränderungen des Systems analysiert [25]. Detaillierte Beschreibungen von lokalen Public-Health-Systemen sind mit Methoden der Netzwerkanalyse möglich und können eine wertvolle Ressource für lokale Akteure darstellen [18]. Jarvis et al. zeigen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit weitere Konzeptuali-

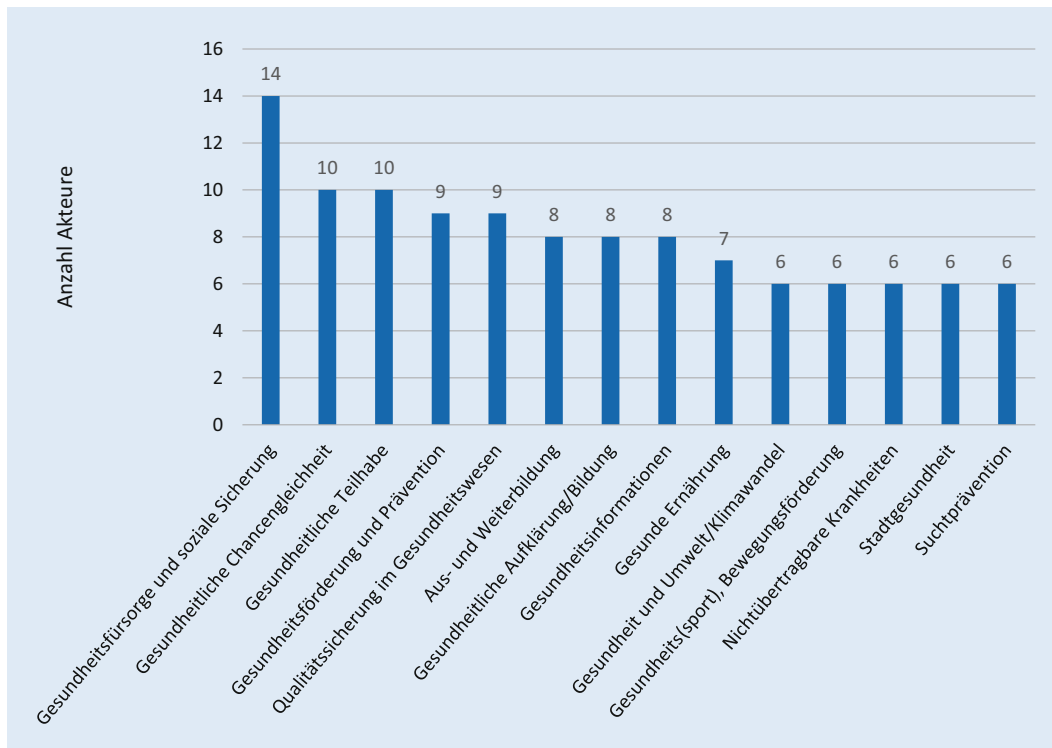


Abb. 2 ▲ Die 14 am häufigsten identifizierten inhaltlichen Themenschwerpunkte der Akteure ($n = 180$) in den Oberkategorien „Fachverbände“, „zivilgesellschaftliche Akteure“, „wissenschaftliche und akademische Akteure“ sowie „staatliche Akteure“. Alle identifizierten Einzelthemenschwerpunkte ($n = 31$; in alphabetischer Reihenfolge): Aus- und Weiterbildung und Forschung; Digital Public Health; evidenzbasierte Public Health; geschlechtergerechte Gesundheitsförderung; gesunde Ernährung; Gesundheit und Umwelt/Klimawandel; Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; gesundheitliche Aufklärung/Bildung; gesundheitliche Chancengleichheit; Gesundheits(sport), Bewegungsförderung; gesundheitsbezogener Arbeitsschutz; Gesundheitsförderung und Prävention; Gesundheitsfürsorge und soziale Sicherung; Gesundheitsinformationen; Gewaltprävention; medizinische Versorgung; medizinische Versorgung benachteiligter Bevölkerungsgruppen; mentale Gesundheit; nichtübertragbare Krankheiten; Prävention von und Reaktion auf Gesundheitskrisen/-notlagen; Public-Health-Nachwuchsförderung; Qualitätssicherung im Gesundheitswesen; sexuelle und reproduktive Gesundheit; Stadtgesundheit; Suchtprävention; Teilhabe; Tiergesundheit; übertragbare Krankheiten; Unbestechlichkeit im Gesundheitswesen; Zahngesundheit

sierungen von Public-Health-Systemen und ihre Positionierung in Gesundheitssystemen [22]. Damit stellt die vorliegende Übersicht der Akteursgruppen im deutschen Public-Health-System eine von mehreren Möglichkeiten zur Kategorisierung dieses Systems dar.

Implikationen für Forschung und Praxis

Die Übersicht institutioneller Akteure ermöglicht vielfältige Nutzungsformen für Anwender:innen. Sie kann die berufliche Orientierung von Public-Health-(Nachwuchs-)Fachkräften erleichtern und trägt dazu bei, eine wichtige Lücke zu füllen, da die Vielfalt der Berufswege in Public Health in Deutschland bislang oftmals unbekannt oder intransparent

war [13, 26]. Für Akteure in und außerhalb des Public-Health-Systems fördern die vorliegenden Ergebnisse Möglichkeiten zur Vernetzung und Kollaboration. Die zunehmende institutionelle Zusammenarbeit von Public-Health-Akteuren in Deutschland im ZfPH, in der Deutschen Gesellschaft für Public Health, in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, im NÖG sowie in Initiativen wie dem *Kompetenznetz Public Health COVID-19* (www.public-health-covid19.de) zeigt den Bedarf und das Interesse an Vernetzung, Austausch und Kooperation in der Fachgemeinschaft. Eine besondere Rolle kann die Übersicht der Akteure für den Austausch von Wissenschaft und Praxis oder Politik bieten: So geht strategische Wissenstranslation mit einer systematischen

Identifikation relevanter Stakeholder einher [27–29], bei der unsere Übersicht eine wertvolle Ressource darstellen kann. Und schließlich kann die Übersicht der Public-Health-Akteure in Zusammenschau mit bestehenden Übersichten zum ÖGD und Gesundheitssystem [14, 15] ein tiefergehendes Verständnis der aktuellen Public-Health-Landschaft in Deutschland vermitteln, was etwa für die Unterstützung der Reformprozesse in der öffentlichen Gesundheit in Deutschland im Rahmen einer nationalen Public-Health-Strategie [11] von Bedeutung ist.

Die vorliegende Akteursübersicht erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, vielmehr ergeben sich hierauf aufbauend Möglichkeiten für ergänzende Forschungsprojekte. So sind Erweiterungen der Übersicht mit einem HiAP-Fo-

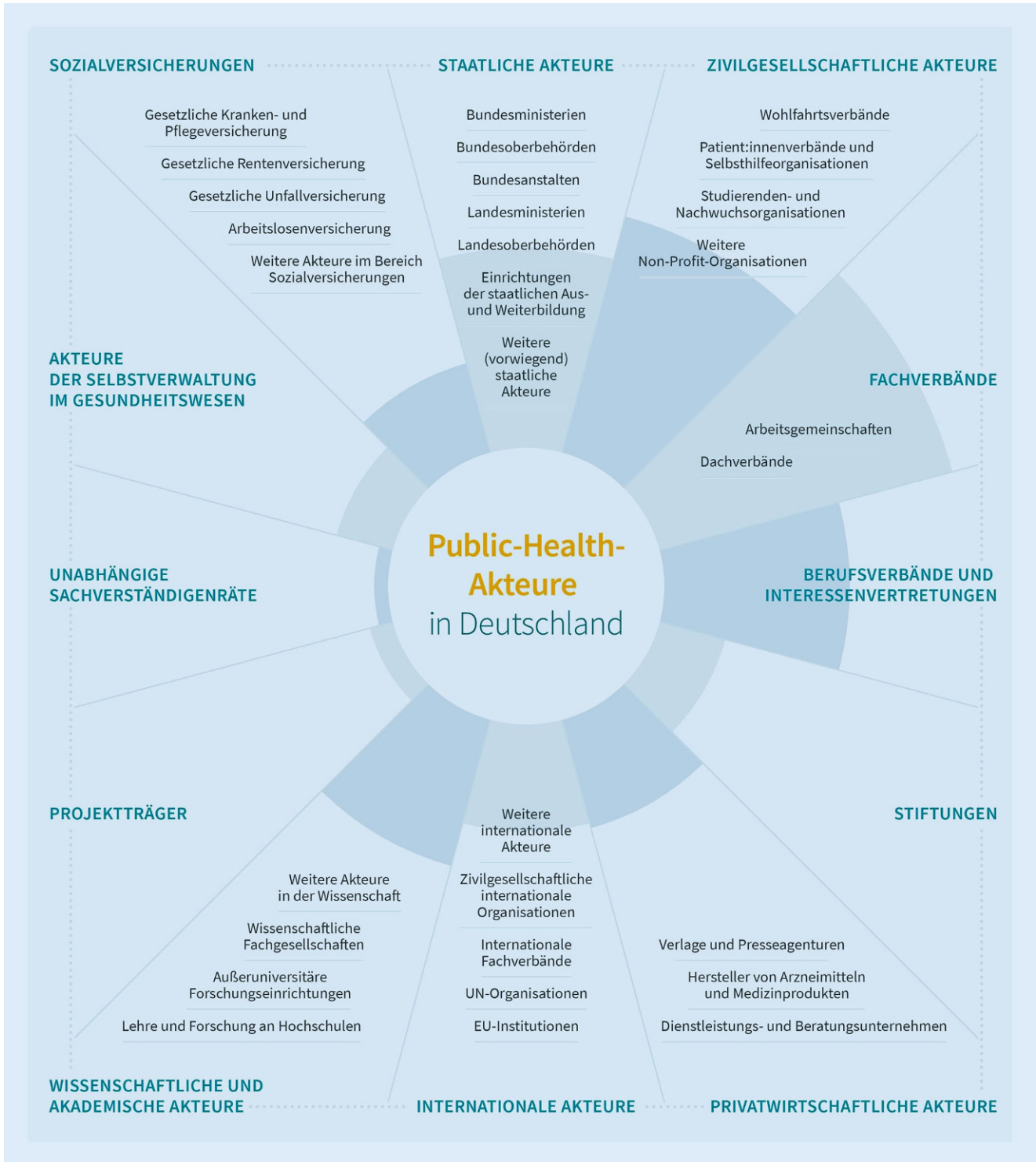


Abb. 3 ▲ Infografik zum gebildeten Kategoriensystem zur Einteilung überregionaler Public-Health-Akteure in Deutschland in 12 Ober- und 30 Subkategorien. Die Größe der farbigen Flächen bildet die Anzahl der Akteure in der jeweiligen Oberkategorie ab. (Eigene Abbildung)

kus denkbar: Der HiAP-Ansatz nimmt die gesundheitlichen Auswirkungen in allen Politikbereichen im Sinne der Ottawa-Charta in den Blick und erfordert eine umfassende intersektorale Zusammenarbeit mit Akteuren außerhalb des Gesundheitssektors [30, 31]. Die multi-sektorale gesundheitsbezogene Zusammenarbeit in der SARS-CoV-2-Pandemie bietet Chancen für HiAP in Deutschland [7], sodass Kartierungen der HiAP-Akteure zu definierten Fragestellungen sinnvoll erscheinen.

Die vorgestellte Übersicht kann auch als Ausgangspunkt für tieferegehende Analysen der Akteursbeziehungen oder eine Kategorisierung anhand von spezifischen inhaltlichen Themenschwerpunkten der Akteure (z. B. Klimawandel, Ernährung, Stadtgesundheit) oder anhand der EPHOs dienen. Zudem können zukünftige Forschungsprojekte die vielseitigen Ausbildungs- und Berufswege in der deutschen Public-Health-Landschaft noch weitergehend im Detail systematisieren und aufzeigen. Ebenso können Ergänzungen der Übersicht um eine breitere Vielfalt internationaler Akteure hilfreich sein, um die globalen Verbindungen und Einflüsse des Public-Health-Systems aufzuzeigen. Für diese Ansätze spielen neben der Dokumentenanalyse weitere Methoden, wie beispielsweise *Key Informant Interviews* (Interviews mit Schlüsselpersonen) und Netzwerkanalysen, eine Rolle.

Stärken und Limitationen

In dieser Arbeit sind wir wie viele andere auch zunächst der Herausforderung begegnet, Public Health so zu definieren, dass eine Operationalisierung möglich ist [22, 25]. Daraus ergeben sich zum Teil Unschärfen und mögliche Lücken. So bedingt die angewandte Definition von Public-Health-Akteuren den Ausschluss von Organisationen und Institutionen, die zwar direkt oder indirekt die öffentliche Gesundheit beeinflussen, dies aber nicht als eigentlichen Arbeitsschwerpunkt haben. Die Zuordnung der Akteure spiegelt ihre Kernbereiche wider, bildet jedoch nur begrenzt das individuelle Arbeitsspektrum der Akteure ab. Auch wäre bei einer Vielzahl von Akteu-

ren eine Zuordnung zu mehreren Ober- und Subkategorien möglich gewesen, auf die wir jedoch aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet haben.

Die kommunale Ebene, insbesondere Gesundheitsämter und angrenzende Verwaltungsbereiche, die Breite an Lokalgruppen, Initiativen, Netzwerken und die dort aktiven Individuen sind für die Förderung und den Schutz öffentlicher Gesundheit vor Ort unverzichtbar. Diese Ebene konnte – gerade wegen ihrer Vielzahl an Akteuren und dem Ziel eines deutschlandweiten orientierenden Überblicks – in dieser Arbeit nicht dargestellt werden. Eine systematische Erfassung der kommunalen Ebene, beispielsweise auch die detaillierte Kartierung der Public-Health-Landschaft in einzelnen Städten und ländlichen Regionen, kann ein wichtiger Schritt sein, um Transparenz und Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene zu fördern sowie Bedarfe und bestehende Angebote zu identifizieren.

Unter Berücksichtigung dieser Limitationen weist die Methodik unserer Arbeit entscheidende Stärken auf: Unsere Arbeit stützt sich auf eine umfangreiche Übersicht von Public-Health-Akteuren, die zwischen 2016–2020 das ZfPH als eine der größten Public-Health-Veranstaltungen in Deutschland besucht hatten oder hierzu angemeldet waren, sowie auf eine weitere Akteurssammlung durch die Geschäftsstelle des ZfPH. Mit der ergänzenden Onlinerecherche und einer erweiterten Suche im Schneeballverfahren sind wir zuversichtlich, eine Vielzahl relevanter Institutionen und Organisationen identifiziert zu haben.

Fazit

Dies ist unserem Wissen nach die erste umfassende Übersicht überregionaler institutioneller Public-Health-Akteure in Deutschland. Durch die gewählte Methodik konnte ein aktueller Querschnitt einer Vielzahl an Public-Health-Akteuren erfasst und induktiv in einem Kategoriensystem angeordnet werden. Um zukünftigen Veränderungen in der Public-Health-Landschaft gerecht zu werden und eine dynamische Erweiterung dieser Arbeit zu ermöglichen, steht eine interak-

tive Visualisierung der Akteursübersicht für Ergänzungen zur Verfügung (www.noeg.org).

Diese sowie weitere Forschungsarbeiten zu den inhaltlichen Arbeitsschwerpunkten, Funktionen oder den Strukturen von Public-Health-Akteuren können Nachwuchsfachkräften die Vielfalt des Berufsfeldes transparent aufzeigen, zu Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Akteuren beitragen und sind auch vor dem Hintergrund bevorstehender Reformen des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland von Bedeutung.

Korrespondenzadresse

Amir Mohsenpour

AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsfor-
schung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld,
Deutschland
amir.mohsenpour@uni-bielefeld.de

Danksagung. Wir danken Simon Drees, Jan Stratil, Karin Geffert, Laura Arnold, Sophie Gepp, Laura Jung, Claudia Czernik, Christian Popescu und weiteren Mitgliedern der AG Berufswege des Nachwuchsnetzwerks Öffentliche Gesundheit, die durch wichtige Impulse, Ideen und kritische Kommentierung zum Projekt beigetragen haben. Wir danken Falk Schramm für die Entwicklung der Infografik und Julian Gütge für die Erstellung der interaktiven Visualisierung der Akteursübersicht.

Förderung. Das diesem Bericht zugrunde liegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 2020-4405I-08 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autor:innen. Wesentliche Teile der Projektumsetzung erfolgten ehrenamtlich.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Hommes, A. Mohsenpour, D. Kropff, L. Pilgram, S. Matusall, P. von Philipsborn und K. Sell geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Bielefeld begutachtet (Nr. 2020-157).

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die

ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Acheson D (1998) Public health in England: the report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. HMSO, London
- Altgeld T (2017) Zersplitterte Heterogenität als Leitmotiv der Public-Health-Praxis in Deutschland? *Gesundheitswesen* 79:960–965. <https://doi.org/10.1055/s-0043-121116>
- Razum O, Vázquez ML (2017) Strengthening public health in Germany: overcoming the Nazi legacy and Bismarck's aftermaths. *Int J Public Health* 62:959–960. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1038-6>
- Dragano N, Gerhardus A, Kurth B-M et al (2016) Public Health – mehr Gesundheit für alle. *Gesundheitswesen* 78:686–688. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116192>
- Von Philipsborn P, Geffert K, Hommes F, Drees S, Springer J, Stratil J (2018) Öffentlicher Gesundheitsdienst: Weg von verstaubten Klischees. *Dtsch Arztebl* 115(8):A-328/B-280/C-280.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015) Public Health in Deutschland – Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften and Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, Halle (Saale)
- Arnold L, Drees S, Geffert K, Gepp S, Jung L, Kerstin S, Jan MS (2020) HIAP nach COVID-19: Eine Zukunftsperspektive des Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit. *Public Health Forum* 28:223–225. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0033>
- Zukunftsforum Public Health (2020) Pandemiebewältigung und nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. https://zukunftsforum-public-health.de/download/zfph_covid_stellungnahme/?wpdm=3555&refresh=603a5fbb8e3801614438331. Zugegriffen: 29. März 2021
- Holst J (2020) COVID-19: Besondere Herausforderungen an Public Health in Theorie und Praxis. *Gesundheitswesen* 82:829–835. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0847>
- Bundesgesundheitsministerium (2020) Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf. Zugegriffen: 29. März 2021
- Zukunftsforum Public Health (2021) Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland. www.zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie. Zugegriffen: 29. März 2021
- Zukunftsforum Public Health (2018) https://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/11/flyer_zukunftsforum_Darstellung_20181108_web.pdf. Zugegriffen: 29. März 2021
- Hommes F, Alpers K, Reime B, Rexroth U (2020) Durch attraktive Karrierewege Public Health in Deutschland nachhaltig stärken – Kernforderungen an eine Public-Health-Strategie für Deutschland im Bereich Human Resources. *Gesundheitswesen* 82:303–305. <https://doi.org/10.1055/a-1082-0890>
- Schwarte D (2009) Struktur des Öffentlichen Gesundheitswesens. Modifizierte Darstellung [Quelle: Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel]. In: Roeder N, Hensen P (Hrsg) *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege*. Köln
- Bundesministerium für Gesundheit (2019) Infografik: Unser Gesundheitssystem. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Flyer_Poster_Etc/BMG-Infografik_Gesundheitssystem_2019.pdf. Zugegriffen: 29. März 2021
- Reisig V, Kuhn J (2020) Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i081-10>
- Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A (2016) Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. Public Health studieren. <https://www.dgph.info/infoeberblick/studiengaenge/phs-hochschulen/>. Zugegriffen: 29. März 2021
- Bozorgmehr K (2010) Rethinking the „global“ in global health: a dialectic approach. *Global Health* 6:19. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-6-19>
- Gräser S (2018) Globale Gesundheit / Global Health. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i063-20>
- Hoffman SJ, Cole CB (2018) Defining the global health system and systematically mapping its network of actors. *Global Health* 14:38. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0340-2>
- Jarvis T, Scott F, El-Jardali F, Alvarez E (2020) Defining and classifying public health systems: a critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Syst* 18:68. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00583-z>
- World Health Organization Regional Office for Europe (2015) Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/281700/Self-assessment-tool-evaluation-essential-public-health-operations.pdf. Zugegriffen: 29. März 2021
- Scutchfield DF, Miron E, Ingram RC (2012) From service provision to function based performance—perspectives on public health systems from the USA and Israel. *Isr J Health Policy Res* 1:46. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-1-46>
- Hunter DJ, Marks L, Smith K (2007) The public health system in England: a scoping study. Durham university. <https://core.ac.uk/download/pdf/28964369.pdf>. Zugegriffen: 29. März 2021
- Akçay M, Drees S, Geffert K et al (2019) Öffentliche Gesundheit in Deutschland: Eine Perspektive des Nachwuchses. *Gesundheitswesen* 81:176–181. <https://doi.org/10.1055/a-0795-3477>
- von Philipsborn P, Garlichs D, Wildner M, Loss J (2020) Politische Umsetzung von Verhältnisprävention auf Bevölkerungsebene: Herausforderungen und Erfolgsfaktoren. *Gesundheitswesen* 82:386–388. <https://doi.org/10.1055/a-1082-0939>
- Rushmer R, Ward V, Nguyen T, Kuchenmüller T (2019) Knowledge translation: key concepts, terms and activities. In: Verschuuren M, van Oers H (Hrsg) *Population health monitoring*. Springer, Cham, S 127–150. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76562-4_7
- Oliver K, Cairney P (2019) The dos and don'ts of influencing policy: a systematic review of advice to academics. *Palgrave*, <https://doi.org/10.1057/s41599-019-0232-y>
- Geene R, Gerhardus A, Grossmann B et al (2019) Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. <https://zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies/>. Zugegriffen: 29. März 2021
- Süß W, Trojan A (2015) Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i032-10>
- Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (2021) Übersicht von Public-Health-Akteuren. <https://noeg.org/ph-akteure/>. Zugegriffen: 31. März 2021