

Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg II - Neue Ziele, Wege, Initiativen

Fehr, Rainer (Ed.); Augustin, Jobst (Ed.)

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerk / collection

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Fehr, R., & Augustin, J. (Hrsg.). (2022). *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg II - Neue Ziele, Wege, Initiativen* (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, 5). München: oekom verlag. <https://doi.org/10.14512/9783962389512>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Rainer Fehr, Jobst Augustin (Hrsg.)

Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg II

Neue Ziele, Wege, Initiativen

Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 5



natürlich oekom!

Mit diesem Buch halten Sie ein echtes Stück Nachhaltigkeit in den Händen. Durch Ihren Kauf unterstützen Sie eine Produktion mit hohen ökologischen Ansprüchen:

- mineralölfreie Druckfarben
- Verzicht auf Plastikfolie
- Kompensation aller CO₂-Emissionen
- kurze Transportwege - in Deutschland gedruckt

Weitere Informationen unter www.natürlich-oekom.de
und #natürlicheoekom



In der Edition »Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region« sind bisher erschienen:

- Band 1: R. Fehr, C. Hornberg (Hrsg.)
Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig (2018)
Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren
384 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-074-8.
Auch verfügbar per Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962385064>
- Band 2: R. Fehr, A. Trojan (Hrsg.)
Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg (2018)
Bestandsaufnahme und Perspektiven
568 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-059-5.
Auch verfügbar per Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962384845>
- Band 3: J. Westenhöfer, S. Busch, J. Pohlen, O. v. d. Knesebeck, E. Swart (Hrsg.)
Gesunde Quartiere (2021)
Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext
310 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-306-0
- Band 4: S. Baumgart, A. Rüdiger
Gesundheit in der Stadtplanung (2022)
Instrumente, Verfahren, Methoden
485 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-301-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über www.dnb.de abrufbar.

© 2022 oekom verlag, München
oekom – Gesellschaft für ökologische Kommunikation mbH
Waltherstraße 29, 80337 München

Layout und Satz: Reih's Satzstudio

Korrektur: Maïke Specht

Umschlagabbildung: © Francisco J. Sepúlveda Terrazas: Hygieia-Brunnen (Detail) im Innenhof des Hamburger Rathauses; errichtet 1896 zur Erinnerung an die Choleraepidemie von 1892.

Druck: Elanders GmbH



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Lizenz: Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung, gestattet aber keine Bearbeitung und keine kommerzielle Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

Alle Rechte vorbehalten

ISBN 978-3-96238-390-9

E-ISBN 978-3-96238-951-2

<https://doi.org/10.14512/9783962389512>



Rainer Fehr, Jobst Augustin
(Hrsg.)

Unter Mitarbeit von Alf Trojan

Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg II

Neue Ziele, Wege, Initiativen

Band 5

Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region

Sustainable Urban and Regional Health Series

Editionsvorwort

Das internationale Arbeitsfeld Urban/Regional/Rural Health knüpft an den gemeinsamen Ursprung von Öffentlicher Gesundheit sowie Stadt- und Regionalentwicklung an und verbindet sich mit den aktuellen Themen sozialer Gerechtigkeit und ökologischer Nachhaltigkeit.

Die Buchreihe entwickelt diese Denk- und Handlungsansätze als Nachhaltige StadtGesundheit und RegionalGesundheit, um eine gesunde und nachhaltige Stadt- und Regionalentwicklung zu fördern.

Die Edition ist offen für Vorschläge thematisch passender und fachlich hochwertiger Publikationen. Hier ist Raum für konzeptionelle Grundlagen, integrative Fallstudien, Forschungsergebnisse (auch als Qualifikationsarbeiten) und Lehrtexte.

Mehrere bisherige Bände beruhen auf dem Forschungsprogramm »Stadt der Zukunft – Gesunde, nachhaltige Metropolen«, welches ebenso wie diese Buchreihe von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung im Stifterverband unterstützt wird.

Die Reihe wird herausgegeben von Rainer Fehr (Hamburg) und Claudia Hornberg (Bielefeld) mit wissenschaftlicher Unterstützung durch Jörg Knieling (Hamburg) und Stefan Zerbe (Bolzano-Bozen).

Zur Edition im oekom verlag:
www.oekom.de/buecher/buchreihen/c-186

Zum Projekt »Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau« der Universität Bielefeld:
www.stadt-und-gesundheit.de

Editorial preamble

Urban/Regional/Rural Health ties in with the joint origin of Public Health and urban/regional development while integrating current discussions on social justice and ecologic sustainability.

In the book series, these conceptual and practical approaches evolve into Sustainable Urban and Regional Health, in order to foster the healthy and sustainable development of cities and regions.

The series is open for any suggestions of pertinent high-grade publications; it accommodates a range of different contributions including basic concepts, integrative case studies, empirical results (incl. qualification papers) as well as educational texts.

Several existing volumes originated from the research program »City of the future – Healthy, sustainable metropolises«. The program as well as this series are supported by the Fritz und Hildegard Berg-Stiftung, Stifterverband.

Academic editors: Rainer Fehr (Hamburg) and Claudia Hornberg (Bielefeld), assisted by the Editorial Advisory Board members Jörg Knieling (Hamburg) and Stefan Zerbe (Bolzano-Bozen).

On the book series (oekom verlag):
www.oekom.de/buecher/buchreihen/c-186

On the project »Urban development and health – Building bridges between disciplines and sectors«, Universität Bielefeld:
www.urban-health.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Einführung Rainer Fehr, Jobst Augustin	11
KAPITEL 1	
Zur Historie von Hamburger StadtGesundheit	25
1.1 Hamburger Seuchenerfahrungen Philipp Osten	27
1.2 Fritz Schumachers Schulbauten als Beitrag zur Gesundheitsförderung in Hamburg Angelika Schaser	33
1.3 Verfolgung jüdischer Ärztinnen und Ärzte in Hamburg, 1933–1945 Rebecca Schwoch	41
1.4 »Aus wohnhygienischen Gründen alsbald zu ersetzen« – Städtebau und Hygiene in Altona am Beispiel der südlichen Holstenstraße Henrik Eßler	50
1.5 Gesundheitsladen und Gesundheitstag in Hamburg Alf Trojan	61
1.6 »Gesundheit oder Atomkraft« – Gesundheitsinformation durch Hamburger Studierende Ingeborg Möller, Niklas Krause, Dieter Platz, Mechthild Wagner	69
1.7 50 Jahre Medizinische Soziologie in Hamburg Alf Trojan, Christopher Kofahl, Olaf von dem Knesebeck	78
KAPITEL 2	
Nachhaltigkeit und Gesundheit	87
2.1 Klimawandel und Gesundheit in Hamburg Jobst Augustin, Heinke Schlünzen	88
2.2 Gesundheit und Stadtgrün in Hamburg: Ein Trend mit Zukunft? Cornelia Peters	100
2.3 Urbane Gewässer als flüssiger Freiraum für alle – Bedeutung, Herausforderungen und Potenziale im Wandel der Zeit am Beispiel Hamburgs Antje Stokman, Amelie Rost, Martin Kohler	110
2.4 Green Hospitals – das Beispiel des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) Frank Dzukowski, Jobst Augustin	119

KAPITEL 3

Hamburger Stadtepidemiologie	129
3.1 Regionale Variation von Gesundheit und Versorgung innerhalb Hamburgs auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung Jobst Augustin, Nicole Mohr	131
3.2 Ausgewählte Ergebnisse aus der NAKO-Gesundheitsstudie in Hamburg: Soziodemografische Daten, Depression und subjektive physische Gesundheit in Hamburg vor und während der COVID-19-Pandemie Heiko Becher, Yassin Hussein, Nadia Obi	139
3.3 Gesundheitsforschung aus und für Hamburg – Sechs Jahre Hamburg City Health Study Raphael Twerenbold, Betül Toprak, Ines Schäfer (im Namen der Hamburg City Health Study)	148
3.4 Soziale Chancenungleichheit und Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen in Hamburgs Stadtteilen Harald Ansen, Jana Molle	154
3.5 Armutsgeprägte Soziallagen und Gesundheit Alf Trojan	162
3.6 Ein digitaler Zwilling des Hamburger Verkehrsgeschehens als Analysetool für epidemiologische Fragestellungen am Beispiel der Verbreitung von Viren über den öffentlichen Nahverkehr Ulfia Annette Lenfers, Nima Ahmady-Moghaddam, Thomas Clemen	172
3.7 Gesundheit in der Stadt am Beispiel von Hamburg und Glasgow Jobst Augustin, Nicole Mohr, David Walsh	179

KAPITEL 4

Steuerung Hamburger StadtGesundheit	197
4.1 Gesundheit im politischen Diskurs am Beispiel der Parlamentsdatenbank des Stadtstaates Hamburg Rainer Fehr, Sinja Gätting, Julia Kuhn, Silja Ritzinger, Claudia Hornberg	198
4.2 Lokale Einrichtungen, Initiativen und Projekte für Gesundheit in Hamburg Rainer Fehr, Jobst Augustin	209
4.3 Partizipation im Hamburger Gesundheitswesen Alf Trojan	244
4.4 Das Hamburger Interdisziplinäre Ethikseminar 1979–2019 Winfried Kahlke, Siegfried Scharrer	251
4.5 Das Hamburger Ethik-Netzwerk (HEN) – Vernetzung der Ethikarbeit in den Krankenhäusern der Metropolregion Hamburg Katharina Woellert, Ruth Albrecht	261

KAPITEL 5

Medizinische und pflegerische Versorgung	269
5.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst und hausärztliche Versorgung – eine sektorenübergreifende Herausforderung Thomas Zimmermann, Dagmar Lühmann, Susanne Pruskil, Jana Husemann, Gudrun Rieger-Ndakorerwa, Martin Scherer	271

5.2	Das Querschnittgelähmten-Zentrum im BG Klinikum Hamburg: Herausforderungen durch den demografischen Wandel	280
	Astrid Wessel, Roland Thietje	
5.3	Kultursensible Gesundheitsversorgung in Hamburg	288
	Demet Dingoyan, Nico Vonneilich, Claudia Mews, Franka Metzner	
5.4	Der Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn – Eine niedrigschwellige und vernetzt agierende Lösung zur Gesundheitsversorgung in sozial benachteiligten städtischen Gebieten	297
	Eva-Maria Wild, Veronika Golubinski, Alexander Fischer	
5.5	Hebammen in Hamburg – Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen	306
	Birgit-Christiane Zyriax, Janne Schmittinger, Anke Diemert	
5.6	Hamburger Gesundheitsversorgung und Versorgungsforschung: Welche Impulse setzt der Innovationsfonds?	315
	Daniel Bremer, Nicole Mohr	

KAPITEL 6

	Prävention und Gesundheitsförderung	325
6.1	Gesundheitsförderung in der Stadt: Zusammenspiel von Programmen und Projekten unter dem Dach der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)	326
	Petra Hofrichter, Claudia Duwe, Henriette Franzen	
6.2	Die Umsetzung des Bundes-Präventionsgesetzes im Stadtstaat Hamburg	336
	Birgitt Höldke, Katharina Hauschildt, Maja Jaeger, Monika Püschl, Sandra Stridde	
6.3	Verbesserung der psychosozialen Gesundheit in jedem Lebensalter – Die Arbeit der HAG zur Umsetzung dieses Gesundheitsförderungs- und Präventionsziels	343
	Claudia Duwe, Maria Gies, Svenja Rostosky, Simona Maltese	
6.4	Selbsthilfeunterstützung: neue Wege in Hamburg	351
	Christa Herrmann, Anke Heß, Frank Omland, Alf Trojan	
6.5	Das Haus für Barrierefreiheit	359
	Heike Clauss, Reinhard Giese, Bernd Kritzmann	

KAPITEL 7

	Hamburger Stadtpolitik, Gesundheit und Nachhaltigkeit	369
7.1	Corona und StadtGesundheit	371
	Rainer Fehr, Jobst Augustin, Alf Trojan	
7.2	Kleinräumige Coronaberichterstattung und -bekämpfung: Hamburg im Vergleich mit anderen deutschen Großstädten	380
	Alf Trojan	
7.3	Neue Methodenansätze in der Entwicklung gesunder Stadträume am Beispiel des »Hamburger Altstadt-Drachen-Projektes«	389
	Tu Phung Ngo, Roland Keich	
7.4	Inklusive Stadtentwicklung in Altona	401
	Lea Gies	
7.5	Radmobilität und Gesundheit	409
	Anne Kis, Kirsten Pfaue, Philine Gaffron	

7.6	Der »Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren«: Ein innovatives Angebot der Freien und Hansestadt Hamburg	419
	Ulrike Dapp, Lilli Neumann	
7.7	Digitale Nachbarschaft und Gesundheit	428
	Alf Trojan	
KAPITEL 8		
<hr/>		
	Resümee und Blick nach vorn. Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg im Kontext überregionaler Entwicklungen	
	Rainer Fehr, Alf Trojan, Jobst Augustin	437
	Biografische Angaben der AutorInnen	445
	Abbildungsverzeichnis	459
	Tabellenverzeichnis	465
	Textboxenverzeichnis	467
	Register	469

Vorwort

Am Ende des ersten Hamburg-Bandes (2018) wurde die Position der Hygieia zwischen Hamburger Rathaus und Börse als ein positives Zeichen gewertet: Die Gesundheitsgöttin erinnert freundlich an die Bedeutung ihres Themas für die Stadtgesellschaft. Diese wohlgemute Einschätzung möchten wir beibehalten; gleichwohl unterstreicht die zwischenzeitliche Entwicklung, dass auch Hygieias Botschaft über die Fragilität von Gesundheit leider hochaktuell ist; der Brunnen wurde ja zur Erinnerung an die Choleraepidemie von 1892 errichtet.

Das Arbeitsfeld StadtGesundheit ist entstanden, um einerseits zu würdigen, wie umfangreich und vielgestaltig der (stadt)gesellschaftliche Einsatz für Förderung, Schutz und Wiederherstellung der Gesundheit schon bisher ist, aber auch um die sich bietenden Möglichkeiten gründlicher zu nutzen. Analysen und Aktionen im urbanen Raum erfolgen international unter der Überschrift *Urban Health* – was wir als StadtGesundheit übersetzen.

Die Coronapandemie wirkt wie ein unfreiwilliger Intensivkurs über »Gesundheit als gesamtgesellschaftliches Thema« (*Health in all Policies*). Wie eng Bildung, Wirtschaft, Kultur und alle anderen Stadtsektoren mit Gesundheit verbunden sind, wurde in kürzester Zeit für alle sichtbar und spürbar. Gleichzeitig bestehen weiterhin Herausforderungen wie die des Klimawandels samt der daraus resultierenden Notwendigkeit weitreichender Maßnahmen. Eine Transformation von Gesellschaft und Wissenschaft in Richtung Widerstandsfähigkeit und Nachhaltigkeit erscheint wichtiger als je zuvor.

Gesundheit und Nachhaltigkeit – mit ökologischer, sozialer und ökonomischer Dimension – stehen in engster Verbindung zueinander; deswegen wurde von vornherein die Bezeichnung »Nachhaltige StadtGesundheit« gewählt. Die Pandemieerfahrung gibt Anlass, auch in diesem Feld den Begriff »Nachhaltigkeit« weiter zu fassen und noch stärker als bisher auf Resilienz im Belastungsfall zu fokussieren.

Um für Nachhaltige StadtGesundheit Grundsätzliches darzulegen und gleichzeitig die konkrete Anwendbarkeit zu zeigen, erschienen 2018 zwei erste Bände in der Edition, welcher auch das vorliegende Werk angehört. Ermuntert durch positive Resonanz und durch die skizzierte Gesamtentwicklung, wird nun ein zweiter integrativer Hamburg-Band vorgelegt, um Aspekte der Historie, Steuerung, Versorgung, Gesundheitsförderung und Stadtpolitik zu vertiefen. Auch dieses Werk soll dazu beitragen, Erfahrungen zu sichern und das Blickfeld zu erweitern, um der gesellschaftlichen Bedeutung

von Gesundheit und Nachhaltigkeit gerecht zu werden und Impulse für zukünftige Analysen und Entwicklungen zu geben.

Allen beteiligten Autor:innen danken wir für ihre engagierten Beiträge. Unser besonderer Dank geht an Alf Trojan sowohl für seine Textbeiträge als auch für die Mitwirkung an der Herausgabe des Bandes. Ebenfalls zu danken ist der Hamburgischen Patriotischen Gesellschaft von 1765, die mit einem Arbeitskreis die Debatte um Nachhaltige StadtGesundheit unterstützt, der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung im Stifterverband, die seit 2011 das Forschungsprogramm »Stadt der Zukunft – Gesunde, nachhaltige Metropolen« fördert, und dem Verlag für die konstruktive Zusammenarbeit.

Wir hoffen auch diesmal auf eine freundliche Aufnahme des neuen Bandes.

Rainer Fehr, Jobst Augustin

Einführung

Rainer Fehr, Jobst Augustin

Mit diesem Band soll die Diskussion über Nachhaltige StadtGesundheit im Allgemeinen und über die Hamburger Lage im Besonderen fortgesetzt werden. Die Coronapandemie hat Gesundheit zu einem beherrschenden Thema für die Gesellschaft gemacht; sie belegt den Stellenwert und die Vielschichtigkeit dieses Themas in einer erschreckenden Deutlichkeit. Wir stehen zu der Annahme, dass der Ansatz Urban Health/Stadt-Gesundheit auch und gerade in Zeiten großer gesundheitlicher Herausforderungen angebracht ist. Der neue Band behandelt daher »Corona« in vielfacher Weise. Gleichzeitig halten wir es für notwendig, auch in diesen pandemisch bestimmten Zeiten die Gesamtsituation im Blick zu behalten. Weder dem Bemühen um Nachhaltigkeit noch dem Umgang mit der Vielzahl einzelner Gesundheitsthemen würde eine »Pause« gut bekommen.

So knüpfen wir hier an den ersten Band zur Hamburger StadtGesundheit (Fehr & Trojan 2018) und an zwischenzeitlich geführte Diskussionen an. Damit möchten wir auch einen Beitrag leisten zu der Aufgabe, aus den frischen Pandemieerfahrungen zu lernen und künftigen Belastungen möglichst besser begegnen zu können. Hier folgen ein Blick auf den Stand der allgemeinen Diskussion zur Nachhaltigen StadtGesundheit und dann die Einführung zur Hamburger Situation.

(Stadt-)Gesellschaft und Gesundheit

Wohl nur wenige Faktoren spielen für das Wohlbefinden und Lebensschicksal aller Menschen und damit auch für das Wohlergehen jeder Gesellschaft so eine zentrale Rolle wie Gesundheit. Wie die aktuelle Coronapandemie zeigt, sind Gesundheit und Krankheit nicht nur Thema für Medizin und Gesundheitswesen, sondern darüber hinaus für die Gesellschaft als Ganzes. Zum Schutz, zur Förderung und zur Wiederherstellung physischer und mentaler Gesundheit wirken in Stadt und Land zahlreiche Institutionen zusammen, darunter Versorgungseinrichtungen, Institute und Verbände, Behörden, Wirtschaftsunternehmen und zivilgesellschaftliche Initiativen.

Unter Einsatz erheblicher Mittel unternimmt die Gesellschaft umfangreiche Anstrengungen, die sich in drei Bereiche mit ausdifferenzierten Strukturen, Akteur:innen und Aktivitäten gliedern lassen: (i) den universell bekannten Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung, (ii) den in den letzten Dekaden vom »Nischenthema« zu einer

etablierten Säule von StadtGesundheit gewandelten Bereich von Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung und (iii) die gesundheitsbezogenen Anteile in der Arbeit anderer Stadtsektoren, z. B. Gesundheit in der Schule oder gesundheitsbezogener Umweltschutz (Textbox 0-1). Die Arbeit der drei Bereiche wird bisher selten als ein Ganzes wahrgenommen und auch nicht angemessen als Kulturleistung gewürdigt (Fehr & Hornberg 2018b, S. 337–338).

Diese Überlegungen gelten für Stadt und Land; für den vorliegenden Kontext fokussieren wir auf die Städte, die – auch unabhängig von pandemischem Geschehen – weltweit vor bedeutenden Herausforderungen stehen, u. a. durch demografischen, technologischen und Klimawandel, eine wachsende soziale Ungleichheit sowie auch durch ökonomische Instabilitäten. Beispielsweise durch die höhere Dichte von Versorgungseinrichtungen und durch umfangreichere Angebote zur Gesundheitsförderung tritt das Thema Gesundheit hier oft besonders deutlich in Erscheinung. Im Vergleich zum Leben auf dem Lande ist das Stadtleben charakterisiert durch die hohe Bevölkerung- und Nutzungsdichte mit der Folge kurzer Wege und guter Erreichbarkeiten. Gleichzeitig sind hier jedoch die Verbreitungschancen für Krankheitserreger, Umweltstressoren (z. B. Lärm, Luftschadstoffe) und Rauschmittel höher. Weitere Merkmale sind ausgeprägte innerstädtische soziale und kulturelle Diversität urbaner Populationen und die Komplexität von Energie-, Materie- und Informationsströmen sowie urbanen Versorgungs-, Entsorgungs- und Verkehrssystemen (Fehr & Hornberg 2018a, S. 99–100).

Ungeachtet all solcher Unterschiede sei nicht vergessen, wie eng Stadt und (Metropol-) Region hinsichtlich ökologischer Lebensgrundlagen und alltäglicher Versorgungsleistungen verbunden sind. Dies äußert sich sowohl in Ortsbewegungen der Individuen samt Pendeln für Ausbildungs- und Arbeitszwecke als auch in Waren- und Stoffströmen samt Fließgewässern und Luftaustausch.

Textbox 0-1: StadtGesundheit in Hamburg (und anderswo): Themenbereiche

Gesundheit und Krankheit als Thema für die gesamte (Stadt-)Gesellschaft. Drei für das Wohlergehen vom Menschen in der Stadt essenzielle Bereiche, deren Aktivitäten gemeinsam einen bedeutenden Beitrag zur Stadtkultur darstellen:

- »Klassische« medizinisch-pflegerische Versorgung
- Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssektor
- Gesundheitsbezogene Anteile in der Arbeit anderer Stadtsektoren.

Der Ansatz Urban Health/StadtGesundheit

Im internationalen Raum bezeichnet *Urban Health* (z. B. Duhl 1963; Galea & Vlahov 2005; Lopez 2012; Corburn 2013) den Versuch, mit den Methoden der Gesundheitswissenschaften und anderer Disziplinen einen integrativen Blick auf das Gesundheitsgeschehen in Städten zu werfen und in Theorie und Praxis dazu beizutragen, die Gesundheit städtischer Bevölkerungsgruppen zu schützen und zu fördern. Hier wird an den gemeinsamen Ursprung von öffentlicher Gesundheit und Stadtentwicklung angeknüpft, wodurch diese Bereiche wieder näher zusammenrücken. Der Ansatz steht in Einklang mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und verwandten Konzepten wie »Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe« (*Health in all Policies*) (Stahl et al. 2006; Böhm et al. 2020). Die wissenschaftliche Grundlage dieser Ansätze bildet die Humanökologie, welche die Interaktionen von Menschen – als Individuen und als Gesellschaft – mit ihrer physischen und sozialen Umwelt behandelt, als Integration physischer, sozialer, kultureller und politischer Aspekte der Beziehungen. Im Deutschen steht für *Urban Health* – anders als für *Public Health* – mit »StadtGesundheit« eine knappe und unproblematische Übersetzung zur Verfügung (BZgA 2020).

Wie erwähnt, sind bereits zahlreiche Akteur:innen in diesem Themenfeld unterwegs. Welche Funktion kommt dann dem Ansatz »StadtGesundheit« mit seinem Bemühen um historische, systematische und integrierende Betrachtung des Themenfeldes zu? (Textbox 0-2) Schon ein fundierter Überblick stellt einen Gegenpol zu immer kleinteiligeren Ausdifferenzierungen und Spezialisierungen dar. Entsprechende Vertiefungen dürften helfen, das Zusammenspiel unterschiedlicher Aktivitäten beispielsweise an der Nahtstelle von medizinischer Versorgung und Gesundheitsförderung zu unterstützen, die Leistungen der zahlreichen beteiligten Personen und Institutionen anzuerkennen und eine Diskussion über die Sicherung entsprechender Funktionen auch für die

Textbox 0-2: Funktionen des Ansatzes Sustainable Urban Health/ Nachhaltige StadtGesundheit

- Fundierter Überblick über Strukturen und Prozesse, auch als Gegenpol zu Spezialisierungen
- Anregungen für engeres Zusammenspiel unterschiedlicher Aktivitäten
- Anerkennung für die Leistungen von Personen und Institutionen
- Diskussion zur Sicherung urbaner Gesundheit auch für die Zukunft
- Bestandteil von Leitbildern städtischer Planung
- Bezugsrahmen für die Evaluation erfolgter Maßnahmen.

Zukunft fachlich zu unterfüttern. Anwendungsmöglichkeiten bieten sich auch als Leitbild städtischer Planungen oder als Bezugsrahmen bei der Evaluation erfolgter Maßnahmen.

Wie in Band 1 dieser Edition dargelegt, gehören zu diesem Erkenntnis- und Handlungsansatz als Leitgedanken eine umfassende »Blickfelderweiterung« (Textbox 0-3) sowie ein tatkräftiger »Brückenbau« (Textbox 0-4). Beide Prinzipien sollen auch dazu beitragen, Gesundheit in der Stadtentwicklung neue Sichtbarkeit und einen festen Platz, z. B. in stadtplanerischen Abwägungsprozessen, zu verleihen. Durch den Fokus auf Lebensverhältnisse und deren Gestaltbarkeit werden die für Gesundheitsthemen häufig vorherrschenden individuumszentrierten Ansätze und die etablierte Versorgungsforschung konstruktiv ergänzt.

Leitprinzip Blickfelderweiterung

Um der Vielfalt des innerstädtischen Gesundheitsgeschehens mit all seinen lokalen Unterschieden gerecht zu werden, gilt es, Wechselwirkungen von Gesundheit mit (sozialer und physischer) Umwelt in beiden Richtungen zu betrachten, also nicht nur Einflüsse auf Gesundheit, sondern auch Folgewirkungen von (eingeschränkter) Gesundheit: So verlangen bestehende Einschränkungen der Gesundheit nach Anpassungen wie z. B. umfassender Barrierefreiheit. Eine Erweiterung der zeitlichen Dimension in beiden Richtungen bedeutet, sowohl zurückliegende Entwicklungslinien als auch – im Sinne einer Zukunftsvorsorge – absehbare zukünftige Entwicklungen zu analysieren. Für

Textbox 0-3: Leitprinzip »Blickfelderweiterung« für StadtGesundheit

Integrierender »Rundblick mit Tiefe«, um die Einzelthemen in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen:

- Wechselwirkungen von Gesundheit mit sozialer und physischer Umwelt in beiden Richtungen betrachten, also Einflüsse *auf* Gesundheit und Folgewirkungen *von* (eingeschränkter) Gesundheit
- Die zeitliche Dimension in beiden Richtungen erweitern: »gestern« und »morgen«
- Über urbane Lebenswelten (»Settings«) hinaus auch die Rolle urbaner Systeme wie Mobilität oder Kommunikation für Gesundheit analysieren
- Urbane Berichterstattung zu Gesundheits-, Umwelt-, Sozialthemen integrierend fortschreiben
- Eine Methodik geeigneter Städtevergleiche entwickeln und anwenden.

StadtGesundheit von Interesse sind nicht nur die urbanen Lebenswelten (»Settings«), sondern auch urbane Systeme wie Mobilität, Kreislaufwirtschaft oder Kommunikation; jeweils mit besonderem Augenmerk auf den Gestaltungsprozessen. Eine Stadt darf dabei nicht als ein homogener Raum verstanden werden, sondern erfordert eine kleinräumige, innerstädtisch differenzierte Betrachtung, um die komplexen Strukturen urbaner Systeme und ihre Wirkung auf StadtGesundheit herauszuarbeiten.

Offenkundig geht es vor allem darum, die Einzelthemen in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen (»Rundblick mit Tiefe«). Ein erstes Integrationsziel kann darin liegen, Teilthemen in einen konzeptionellen Rahmen aufzunehmen und besonders auf Nahtstellen zu blicken. Ein weitergehender Schritt läge darin, erprobte Formen urbaner Berichterstattung zu Gesundheits-, Umwelt-, Sozial- und ggf. zusätzlichen Themen integrierend fortzuschreiben. Ferner wären Blickfelderweiterungen beispielsweise auch durch Analysen zur Einbettung von Städten in ihre umgebenden Regionen sowie durch geeignete Städtevergleiche zu erwarten (▷3.7 Augustin, Mohr et al.).

Leitprinzip Brückenbau

Urbane Problemlagen wie das Fortbestehen (oder gar die Zunahme) sozialer Ungleichheiten und die nur ansatzweise erfolgende Umgestaltung innerstädtischer Mobilitätsprozesse haben sicherlich vielfältige Ursachen. Es gehört jedoch zu den Grundannahmen von StadtGesundheit, dass Kooperationsstrukturen, Netzwerke und Allianzen samt ihrem Austausch durch Veranstaltungen, Medien und Projekte grundsätzlich

Textbox 0-4: Leitprinzip »Brückenbau« für StadtGesundheit

Für den Brückenbau zwischen wissenschaftlichen Disziplinen, gesellschaftlichen Sektoren und Zivilgesellschaft gilt die Grundannahme: Selbst bei konkurrierenden Interessenlagen sind Kooperationsstrukturen, Netzwerke und Allianzen grundsätzlich sinnvoll.

Zur Ausgestaltung:

- Gespräch und Austausch, z. B. im Rahmen gemeinsamer Veranstaltungen, auch Diskurs über strittige Themen
- Gemeinsame Veranstaltungen und Projekte
- Brückenbau im Planungs- oder Policyzyklus: in der *Analysephase* beispielsweise Verbindung verschiedener städtischer Berichterstattungen; in der *Strategieentwicklung* beispielsweise übergreifende Qualitätssicherung; in der *Umsetzung* konsequente Berücksichtigung von Gesundheit in Planungsprozessen.

sinnvoll sind. Das gilt selbst bei konkurrierenden Interessenlagen. Daher wurde Brückenbau zur Überwindung fortbestehender Klüfte zwischen wissenschaftlichen Disziplinen wie auch gesellschaftlichen und politischen Sektoren als zweites Leitprinzip von StadtGesundheit formuliert.

Zur Ausgestaltung liegt ein weites Spektrum von Ansätzen vor. Die Grundform besteht schlicht im gemeinsamen Gespräch und Austausch, z. B. im Rahmen gemeinsamer Veranstaltungen.¹ Höhere Ansprüche entstehen beim Einstieg in den Diskurs über strittige Themen wie z. B. Ökonomisierung des Gesundheitswesens oder auch Konflikte von Umwelt- und Gesundheitszielen. Das Leitprinzip passt auch für den Planungs- oder Policyzyklus mit seinen Phasen der Analyse, Strategieentwicklung und Umsetzung. In der Analysephase wäre die oben genannte Verbindung verschiedener städtischer Berichterstattungen eine hochwillkommene »Brücke« für den sektoralen Austausch. Einen Brückenbau in der Strategieentwicklung würde es darstellen, wenn allein innerhalb des Gesundheitssystems eine übergreifende Form von Qualitätssicherung erfolgte, beispielsweise im Sinne der von der EU favorisierten Systemperformanz.² In der Umsetzung wäre die konsequente Berücksichtigung von Gesundheit in Planungsprozessen, wie gesetzlich gefordert,³ samt Einsatz geeigneter Werkzeuge ein Gewinn.

StadtGesundheit und Nachhaltigkeit

Bei der Adaptierung von Urban Health für Deutschland bestand Konsens darüber, dass im Zeitalter weltweit vereinbarter (UN-)Nachhaltigkeitsziele⁴ ein so wichtiger Bereich wie StadtGesundheit vom Bemühen um Nachhaltigkeit samt ökologischer, sozialer und ökonomischer Dimension nicht unberührt bleiben kann. Das Ziel, soziale Benachteiligungen auszugleichen, ist im Zusammenhang mit Gesundheit weithin anerkannt, wenngleich in dieser Hinsicht die Praxiserfolge bisher sehr begrenzt sind. Demgegenüber erhält ökologische Verträglichkeit in Verbindung mit StadtGesundheit bisher viel weniger Aufmerksamkeit, und erst recht fehlt es hier an praktischen Erfolgen.

Als neue Konzeption, die soziale, physisch-ökologische und gesundheitliche Anforderungen sinnvoll zusammenbringt, entstand daher der Ansatz Nachhaltige StadtGesundheit/*Sustainable Urban Health*. Unter dieser Überschrift finden drei Themen zusammen: Nachhaltigkeit im Sinne der UN-Nachhaltigkeitsziele, Stadtentwicklung und

1 Vgl. »Tandem«-Veranstaltung, 17.–18.11.2021, <http://stadt-und-gesundheit.de/foerderprogramm/jahreskonferenzen-stadt-der-zukunft/konferenz-2021/>

2 Health Systems Performance Assessment (HSPA) oder »Messung der Leistungsfähigkeit«

3 ÖGD-Gesetze der Bundesländer; Baugesetzbuch

4 https://de.wikipedia.org/wiki/Ziele_f%C3%BCr_nachhaltige_Entwicklung, <https://17ziele.de/>

Gesundheit. Wir sehen diesen Ansatz Nachhaltige StadtGesundheit als eine bedeutende Neuerung für die Theorie und Praxis von Gesundheitswissenschaften und öffentlicher Gesundheit.

Die drei Teilthemen besitzen ihre eigenen Traditionen in wissenschaftlicher, politischer und gesellschaftlicher Hinsicht. Eine gemeinsame Behandlung aller drei Themen ist bisher sehr selten anzutreffen. Immerhin bilden sich alle drei genannten Themen in den Zielen der Vereinten Nationen zur Nachhaltigen Entwicklung ab, und der World Health Summit 2017⁵ zählte Urbane Gesundheit sowie die Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen zu den zentralen Themen.

Auf lokaler Ebene scheint es kaum Beispiele einer gemeinsamen Analyse der drei Teilthemen »Nachhaltigkeit«, »Stadt« und »Gesundheit« zu geben. Wir sehen in der Hamburger Fallstudie von 2018 zumindest den Ansatz einer gemeinsamen Behandlung dieser Themen; im vorliegenden Band wird dieser Versuch fortgesetzt; hier erhält Nachhaltigkeit eine umfangreichere Behandlung (s. Kapitel 2).

Forschungsprogramm

»Stadt der Zukunft – Gesunde und nachhaltige Metropolen«⁶

Die geschilderte Entwicklungsarbeit zu Nachhaltiger StadtGesundheit erfolgte größtenteils im Rahmen eines von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung im Stiftungszentrum seit 2011 geförderten Forschungsprogrammes »Stadt der Zukunft – Gesunde und nachhaltige Metropolen«⁷. Hier wurden nach entsprechender Ausschreibung und Auswahl bisher vier Forschungsgruppen mit Hauptstandorten in Bielefeld, Dortmund, Stuttgart und Berlin aufgelegt, und zwar zu den Themen Stadtgrün/Stadtblau (Claßen, Baumeister et al. 2018; Säumel & Butenschön 2018), soziale Ungleichheit (Köckler, Baumgart et al. 2018) und urbane Mobilität (Conrad, Oswald et al. 2018).

Das Programm wird begleitet von einem interdisziplinären Beirat und einer Serie von Fachveranstaltungen.⁸ Die jüngste in dieser Serie erfolgte als digitale Tandemveranstaltung vom 5. Hamburger Symposium zur regionalen Gesundheitsversorgung⁹ (17. 11. 2021) und der 7. Konferenz »Stadt der Zukunft – Gesunde, nachhaltige Metropolen«¹⁰ (18. 11. 2021). Der erste Veranstaltungstag stand unter der Überschrift »Gesundheit und Versorgung der Zukunft – wie sind Stadt und Land aufgestellt?« und wurde

5 www.worldhealthsummit.org/

6 www.stadt-und-gesundheit.de, www.urban-health.de

7 <http://stadt-und-gesundheit.de/foerderprogramm/>

8 Konferenzserie <http://stadt-und-gesundheit.de/foerderprogramm/jahreskonferenzen-stadt-der-zukunft/>

9 www.hamburg-symposium.com/

10 <http://stadt-und-gesundheit.de/foerderprogramm/jahreskonferenzen-stadt-der-zukunft/konferenz-2021/>

Textbox 0-5: Forschungsprogramm »Stadt der Zukunft – Gesunde und nachhaltige Metropolen« und seine Bezüge zu Hamburg

- Bisher vier Forschungsgruppen mit Hauptstandorten in Bielefeld, Dortmund, Stuttgart und Berlin
- Serie von Fachveranstaltungen, gestartet 2011 an der HafenCity-Universität Hamburg
- 2021: 7. Konferenz (Universität Bielefeld mit HafenCity-Universität Hamburg) als digitale Tandemveranstaltung gemeinsam mit dem 5. Hamburger Symposium zur regionalen Gesundheitsversorgung (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)
- Projekt »Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau«, Universität Bielefeld, mit Webseiten in deutscher und englischer Sprache
- Betreuung der offenen Edition »Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region«, darin ein Band zu »Gesunden Quartieren« in Hamburg und bisher zwei integrative Bände zur Hamburger Entwicklung
- Erstes deutsches Institut für StadtGesundheit (Institut für Urban Public Health, InUPH), am Universitätsklinikum Essen, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen.

vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vorbereitet. Der zweite Tag war betitelt »Gesundheit und nachhaltige Stadtentwicklung im Spannungsfeld: Analysen, Strategien & Praxis« und wurde gemeinsam von Universität Bielefeld und HafenCity-Universität Hamburg initiiert und ausgerichtet; in beiden Fällen waren zahlreiche Kooperationspartner beteiligt.

Der Tandemkonferenz vorausgegangen war eine Onlineveranstaltung im Oktober 2020, in der u. a. die vier Themenstränge bereits zur Sprache kamen, die am 18. 11. 2021 vertieft wurden: Stadtepidemiologie; Stadtgrün/-blau und Gesundheit; Gesunde und nachhaltige Mobilität; Stadtplanung, urbane Initiativen und Gesundheit. Zu jedem dieser Themenstränge ist eine annotierte Literaturliste weiterhin zugänglich.¹¹ Zudem waren entsprechende Arbeitspapiere vorbereitet, die gegenwärtig mit Blick auf die Konferenzergebnisse aktualisiert und dann veröffentlicht werden. – In zahlreichen Beiträgen der Tandemkonferenz stand die Hamburger Situation im Mittelpunkt. Insbesondere zum zweiten Veranstaltungstag wird eine Dokumentation vorbereitet.

Zum Forschungsprogramm gehört das in der Universität Bielefeld angesiedelte Projekt »Disziplinärer und sektoraler Brückenbau«, welches u. a. die aus dem Forschungs-

¹¹ <http://stadt-und-gesundheit.de/foerderprogramm/jahreskonferenzen-stadt-der-zukunft/konferenz-2021/konferenzinhalte/>

programm resultierenden Ergebnisse zusammenführt, Informationen zu Nachhaltiger StadtGesundheit auf Websites in deutscher¹² und englischer¹³ Sprache anbietet und auch die Edition betreut, der der vorliegende Band angehört.

Im Rahmen dieses Programmes wird seit 2020 auch ein erstes deutsches Institut für StadtGesundheit (Institute for Urban Public Health, InUPH) in Essen gefördert. Das Institut entstand im Mai 2020 aus dem früheren Zentrum für urbane Epidemiologie (CUE) und ist am Universitätsklinikum Essen der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen angesiedelt. Ziel ist es, den Einflüssen des städtischen Umfeldes auf die Gesundheit der Menschen nachzugehen und weitere Fragestellungen für eine evidenzbasierte und partizipative Gestaltung einer gesundheitsförderlichen und nachhaltigen städtischen Umwelt zu untersuchen.

Fallstudie Hamburg

Schon früh bildete sich in Hamburg eine informelle Kooperation zwischen MitarbeiterInnen der Gesundheitsbehörde, der Universität Hamburg und der Universität Bielefeld. Hier entstand eine orientierende Darstellung von Hamburger Entwicklungen zur StadtGesundheit, die einen orientierenden historischen Blick mit einer knappen systematischen Darstellung verknüpft (Fehr, Fertmann et al. 2016). Der Ansatz gründete sich vollständig auf bereits vorliegende Darstellungen; die integrierende Darstellung und Zusammenschau waren neu.

Vor dem Hintergrund dieser explorativen Arbeit entstand – nun in breiter Kooperation – die erste Buchpublikation zur Hamburger StadtGesundheit (Fehr & Trojan 2018). Ausgehend von der historischen Entwicklung und der aktuellen Gesundheitssituation in Hamburg, werden analysiert: Steuerungsstrukturen für Hamburger StadtGesundheit; medizinische und pflegerische Versorgung; Rehabilitation und Teilhabe; Prävention und Gesundheitsförderung; die Vielfalt weiterer Bezüge zwischen Hamburger Stadtpolitik, Gesundheit und Nachhaltigkeit und integrative Ansätze auf sozialräumlicher Ebene.

Eine solche Fallstudie erschien geeignet, die Idee von Nachhaltiger StadtGesundheit an einem konkreten Beispiel zu veranschaulichen, welches sich seinerseits als eine Anwendung des Leitprinzips »Brückenbau« ansehen lässt. AutorInnen aus unterschiedlichsten Disziplinen lieferten informative, aktuelle Beiträge und ließen ein facettenreiches Bild entstehen. Dass es auf Anhieb gelang, mit Beteiligung von 100 AutorInnen aus über 50 Institutionen dieses Gemeinschaftswerk zu erstellen, kann als Ausdruck einer Bereitschaft gelten, unter dieser Überschrift gemeinsam Neuland zu betreten.

12 www.stadt-und-gesundheit.de

13 www.urban-health.de

Die integrative Grundidee wurde gut akzeptiert. (Über die Chancen für weitere Entwicklungsschritte zur Nachhaltigen StadtGesundheit ist damit allerdings noch nichts gesagt.)

Der Band illustriert und konkretisiert wesentliche Konzepte von Nachhaltiger Stadt-Gesundheit. Ein erklärtes Ziel war es, den Hamburger Umgang mit multiplen Veränderungen zu analysieren, mit besonderem Augenmerk für Verbindungen zu ökologischer Nachhaltigkeit und sozialer Gerechtigkeit. StadtGesundheit sollte hier als wertvoller Bestandteil von Stadtkultur gewürdigt werden; das Thema Gesundheit sollte in der Hamburger Stadtpolitik gestärkt und ein Beitrag zur Diskussion um Hamburgs Zukunftsfestigkeit geleistet werden.

Für die Wahl von Hamburg als Gegenstand dieser ersten Fallstudie sprachen mehrere Umstände. Zum einen wurden in der Startzeit des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerks hier Koordinationsaufgaben wahrgenommen; innerhalb und außerhalb der Verwaltung bestanden während der Vorbereitungszeit jenes Bandes noch positive Erinnerungen hieran. Weiterhin betreibt Hamburg kontinuierlich eine informative Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitsförderung und Prävention sind durch die Doppelstruktur von Hamburgischer Arbeitsgemeinschaft und Pakt für Prävention sichtbar im Stadtgeschehen vertreten. Demgegenüber trat in den Hintergrund, dass die Situation als Stadtstaat gegenüber anderen Städten Besonderheiten aufweist.

Klar zeigte sich »Gesundheit« als bedeutendes Thema Hamburger Stadtpolitik mit einer Vielfalt von Strukturen, Prozessen und Akteuren innerhalb des Gesundheitssektors und weit darüber hinaus. Aus der Vielzahl von Erkenntnissen sei nur Weniges herausgegriffen. Es fanden sich Ansätze für einen integrativen »Blick aufs Ganze« am ehesten bei der Gesundheitsberichterstattung, bei Vernetzungsstrukturen (allerdings behandelt der Diskurs kaum Zukunftsvisionen) und in der Gesundheitswirtschaft, mit der ihr eigenen Perspektive auf Märkte und Gewinne. In den Kooperationsverbänden der Prävention und Gesundheitsförderung wird der Brückenschlag zur medizinischen Versorgung wie auch zu verschiedenen stadtpolitischen Sektoren in gewissen Grenzen praktiziert. In den zukunftsorientierten Diskussionen und in der Arbeit des Hamburger Zukunftsrates haben Gesundheitsthemen bisher nicht viel Gewicht.

Zwischenzeitliche Entwicklungen

Für den Buchpreis der Staats- und Universitätsbibliothek *HamburgLesen* im Jahr 2019, welcher aus den, wie verlautet, ca. 1.500 Werken der Jahresproduktion Hamburg-bezogener Bücher eine Auswahl traf, erreichte der erste Hamburg-Band einen Platz unter den ersten 31 Titeln.¹⁴

¹⁴ https://blogs.sub.uni-hamburg.de/hamburglesen/?page_id=1233

Durch die ersten zwei Editionsbände inspiriert, entstand 2019 bei der Hamburger Patriotischen Gesellschaft von 1765¹⁵ ein bis heute aktiver Arbeitskreis »Nachhaltige StadtGesundheit«. ¹⁶Die Patriotische Gesellschaft ist eigenen Angaben zufolge die älteste zivilgesellschaftliche Organisation im deutschen Sprachraum. Diskussionspartner des Arbeitskreises sind u. a. Ämter, Behörden und Arbeitsgemeinschaften auf Bezirks- und Landesebene, Netzwerke (beispielsweise der Hamburger Stadtteilbeiräte) und Stiftungen. Inhaltlich stehen vier zum Teil überlappende Bereiche im Vordergrund: »Stadtentwicklung und Gesundheit«, »Lokale Projekte«, »Corona und Stadtteile« sowie »Wissenschaft & Forschung«. Der Arbeitskreis erstellte eine orientierende Bestandsaufnahme über lokale Strukturen und Prozesse in Hamburg, welche die Grundlage für den Beitrag 4.2 (Lokale Einrichtungen) im vorliegenden Band bildete. Weitere Beiträge stehen in enger Verbindung mit dem Arbeitskreis. Im Rahmen der Coronapandemie entstand 2021 ein Briefwechsel und Austausch mit dem Hamburger Senat.

Gestützt durch diesen Arbeitskreis, erfolgte 2019 eine E-Mail-Befragung der Autor:innen des ersten Hamburg-Bandes (der zu den Arbeitsgrundlagen des Arbeitskreises gehört). Darauf antworteten mehr als die Hälfte der Angeschriebenen; zahlreiche Anregungen gingen ein, beispielsweise zu Ansätzen, um Menschen, Institutionen und Projekte zusammenbringen, die bisher nichts voneinander wissen (vgl. genannten Beitrag 4.2).

Ab Frühjahr 2020 wurde auch in Hamburg die weltverändernde Wirkung der Coronapandemie rasch deutlich. Wie anderenorts nahm dieses Thema für Politik, Medien und Gesellschaft über lange Zeiträume hinweg eine beherrschende Stellung ein. Allerdings wurde bei der Neubildung des Hamburger Senats im Juni 2020 das Thema Gesundheit nicht etwa gestärkt, sondern in eine »Super-Behörde«¹⁷ eingegliedert.

Als weiterer Editionsband erschien das Werk »Gesunde Quartiere – Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext« (Westenhöfer, Busch et al. 2021), welches aus einem Forschungsverbund aus Hamburger (Hochschule für Angewandte Wissenschaften, HafenCity-Universität, Universitätsklinikum Eppendorf) und Magdeburger (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) Institutionen stammt. Hier wurde ein breites Spektrum unterschiedlicher Methoden samt Begehungen, Messungen und Sekundärdatenanalyse eingesetzt, um ausgewählte Hamburger Quartiere zu charakterisieren. Gesundheitsforen (Schattschneider, von Mandelsloh et al. 2021), Gesundheitslots:innen und ein Ensemble weiterer quartiersbezogener Interventionen (Borutta,

15 Hamburgische Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe, www.patriotische-gesellschaft.de/

16 www.patriotische-gesellschaft.de/de/ueber-uns/arbeitskreise-und-projektgruppen/themengruppe-nachhaltige-stadtgesundheit.html

17 Beerheide R (2020): Melanie Leonhard – Gesundheitspolitik als Teil einer Super-Behörde. Dt. Ärzteblatt Jg. 117, H. 27–28, 06. 07. 2020, A1397, www.aerzteblatt.de/archiv/214614/Melanie-Leonhard-Gesundheitspolitik-als-Teil-einer-Super-Behoerde

Buchcik et al. 2021) wurden implementiert und teilweise auch evaluiert. Der Ansatz bietet bedeutendes Potenzial für die Hamburger StadtGesundheit.

2022 folgte als weiterer Beitrag zu StadtGesundheit das Lehrbuch »Gesundheit in der Stadtplanung – Instrumente, Verfahren, Methoden« (Baumgart & Rüdiger 2022). Der Band erläutert die Rahmenbedingungen und Handlungsfelder der Stadtplanung, führt in das Allgemeine und Besondere Städtebaurecht ein und stellt dann (in)formelle Planungsverfahren samt Informationsgrundlagen und Methoden dar; er enthält auch Richt- und Orientierungswerte der Stadtplanung, ein umfangreiches Literaturverzeichnis und eine Auswahl von Nachschlagewerken für Studierende. Aus dem umfangreichen Themenspektrum sei erwähnt, dass moderne digital basierte Methoden für Bevölkerungsgruppen, die bisher wenig aktiv mitwirken konnten oder wollten, ergänzende Chancen und Optionen bieten, sich nun mit ihren Erfahrungen aktiv in Planungsprozesse und in Planverfahren einzubringen.

Der vorliegende neue Band ist also kein »Einzelkind«, sondern gehört zu einer Familie von Schriften und Aktivitäten zur StadtGesundheit in Hamburg und anderswo. Die Inhalte der folgenden sieben Kapitel werden jeweils im Vorspann kurz vorgestellt, wobei auch ausgewählte inhaltliche Verbindungen zur Sprache kommen. Im abschließenden Kapitel 8 (Resümee) stellen wir die Hamburger Entwicklung in den überregionalen Kontext.

LITERATUR

Baumgart S, Rüdiger A (2022): Gesundheit in der Stadtplanung. Instrumente, Verfahren, Methoden Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 4. oekom verlag, München

Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden

Borutta JS, Buchcik J, Busch S, Jürgensen I-N, Mindermann N, Pohlan J, Schattschneider R, von Mandelsloh F, Westenhöfer J, Yosifova E (2021): Entwicklung und Implementierung quartiersbezogener Interventionen. Kapitel 12 in: Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.) (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3. oekom verlag, München, S. 233–264

BZgA/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020): Urban Health/StadtGesundheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/urban-health-stadtgesundheit/>

Claßen T, Baumeister H, Heiler-Birk A, Matros J, Pollmann T, Völker S, Kistemann T, Krämer A, Lohrberg F, Hornberg C (2018): Stadtgrün und Stadtblau in der gesunden Kommune. Die Forschungsgruppe »StadtLandschaft und Gesundheit«. Kap. 11 in: Fehr R, Hornberg C (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 1. oekom verlag, München, S. 237–263, Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962385064>

- Conrad K, Oswald F, Penger S, Reyer M, Schlicht W, Siedentop S, Wittowsky D (2018): Urbane Mobilität und gesundes Altern. Personen- und Umweltmerkmale einer generationengerechten Stadtgestaltung. Zur Arbeit der Forschungsgruppe autonomMOBIL. Kap. 13 in: Fehr R, Hornberg C (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 1. oekom verlag, München, S. 291–319, Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962385064>
- Corburn J (2013): Healthy City Planning. From Neighbourhood to National Health Equity. Routledge, London/New York
- Duhl LJ (ed.) (1963): The urban condition. People and Policy in the Metropolis. Basic Books, New York/London
- Fehr R, Fertmann R, Stender K-P, Lettau N, Trojan A (2016): StadtGesundheit (Urban Health) – eine Blickfelderweiterung am Beispiel Hamburgs. Das Gesundheitswesen 78 (Heft 8/9):498-504, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-112458>, Onlinezugang zur pdf-Datei: <https://rfehr.eu/2016/09/14/14-sept-2016-urban-health-stadtgesundheit-in-hamburg-published-in-gesundheitswesen/>
- Fehr R, Hornberg C (2018a): Nachhaltige StadtGesundheit: Bearbeitungsmotive und Konzept-elemente. Kapitel 5 in: Fehr R, Hornberg C (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 1. oekom verlag, München, S. 97–130, Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962385064>
- Fehr R, Hornberg C (2018b): Folgerungen und Ausblick. Kapitel 15 in: Fehr R, Hornberg C (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 1. oekom verlag, München, S. 335–351, Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962385064>
- Fehr R, Trojan A (Hrsg.) (2018): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Bd. 2. oekom verlag, München. Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962385064>
- Galea S, Vlahov D (eds.) (2005): Handbook of Urban Health. Populations, Methods, and Practice. Springer Science+Business Media, New York
- Köckler H, Baumgart S, Blättner B, Bolte G, Flacke J, Hemetek U, Rüdiger A, Schule SA, Shrestha R, Sieber R, Waegerle L (2018): Stadt als gesunder Lebensort unabhängig von sozialer Ungleichheit. Die Forschungsgruppe Salus. Kapitel 12 in: Fehr R, Hornberg C (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 1. oekom verlag, München, S. 265–289, Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962385064>
- Lopez RP (2012): The Built Environment and Public Health. Jossey-Bass, San Francisco
- Säumel I, Butenschön S (2018): HealthyLiving: Strategie und Planungsinstrument für gesundheitsförderndes Wohnumfeldgrün in der Stadt der Zukunft. Kapitel 14 in: Fehr R, Hornberg C (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 1. oekom verlag, München, S. 321–333, Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962385064>
- Schattschneider R, von Mandelsloh F, Borutta J, Buchcik J, Mindermann N, Westenhöfer J, Busch S (2021): Quartiersaktivierung durch Gesundheitsforen. Kapitel 11 in: Westenhöfer J, Busch S, Pohlen J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.) (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3. oekom verlag, München, S. 203–232

Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Finnish Ministry of Social Affairs and Health; European Observatory on Health Systems and Policies, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf

Westenhöfer J, Busch S, Pohlen J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.) (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3. oekom verlag, München

KAPITEL 1

Zur Historie

von Hamburger StadtGesundheit

■ Die Coronapandemie führt vielerorts dazu, sich mit Epi- und Pandemien früherer Zeiten intensiv zu befassen. So steht auch hier ein Beitrag zur Hamburger Seuchengeschichte am Anfang (>1.1 Osten). Der Schwerpunkt liegt auf einer Schilderung der öffentlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Pest 1712/13, ergänzt um Ausblicke auf die Spanische Grippe und auf die Cholera von 1831.

Wie im ersten Hamburg-Band gezeigt, entstanden in Hamburg im 19. und frühen 20. Jahrhundert eine Reihe umfassend angelegter Berichte, die ein Bild der Hamburger StadtGesundheit zeichnen. Sie behandeln neben Gesundheit, Lebensverhältnissen, Wohnen und Arbeit auch die natürlichen, regionalen Gegebenheiten und wirken heute überraschend modern (Fehr & Fertmann 2018)¹.

Der letzte dieser Berichte erschien 1928 und enthielt u. a. einen Beitrag »Bebauungsplan und Gesundheitspflege« des Hamburger Oberbaudirektors Fritz Schumacher, der sich der vielfältigen Verbindungen zwischen Architektur, Stadtplanung und »Gesundheitspflege« sehr bewusst war (vgl. auch Erdmann 2018, S. 396–397)². Nun werden Schumachers Schulbauten angesprochen (> 1.2 Schaser), mit denen Erwartungen der Reformpädagogik in den 1920er-Jahren erfolgreich umgesetzt wurden und die auch als Zentren von Wohnsiedlungen soziale und kulturelle Funktionen erfüllten.

In der Zeit des Nationalsozialismus war auch in Hamburg der Widerstand im gesamten Gesundheitswesen gegen totalitäre Entwicklungen sehr schwach (van den Bussche & von Villiez 2018)³. Ein neuer Beitrag belegt die Verfolgung und Vertreibung jüdischer Ärzte und Ärztinnen in Hamburg 1933–1945 (> 1.3 Schwoch). Zur Erschaffung eines »arischen Volkskörpers« als ein Ziel nationalsozialistischer Politik gehörte Rassenhygiene als Vernichtungsstrategie.

Nach dem Kriege galt es, das Hamburger Gesundheitswesen wieder aufzubauen (van den Bussche 2018)⁴, darin auch den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (Trojan

1 Beitrag 1.2, »StadtGesundheit in Hamburg und Altona: 1801 bis zum Ende der Weimarer Republik«, Editionsband 2

2 Beitrag 7.9, »Stadtentwicklung und Gesundheit«, Editionsband 2

3 Beitrag 1.3, »Das Gesundheitswesen Hamburgs im Nationalsozialismus«, Editionsband 2

4 Beitrag 1.4, »Das Gesundheitswesen Hamburgs nach dem Zweiten Weltkrieg«, Editionsband 2

2018)⁵. Ebenfalls den Neubeginn in der Nachkriegszeit behandelt der Beitrag über Städtebau in Altona (▷ 1.4 Eßler). Hier sollte eine gesunde Umgebung geschaffen werden, wobei der Leitbegriff »Hygiene« auch Anknüpfungspunkte für antimoderne Ideologien bot. Den Errungenschaften von Sauberkeit und Komfort stand ein verödeter Stadtraum entgegen; der Plan wurde unvollendet aufgegeben.

Aus den 1970er- bis 1980er-Jahren (und Umgebung) kamen im ersten Hamburg-Band bereits die genetische Beratungsstelle der Gesundheitsbehörde (Schenk 2018)⁶ und die Hamburger Schülerstudie (Lewerenz & Fehr 2018)⁷ zur Sprache. Hinzu kommen hier Rückblicke auf zwei Initiativen. Gesundheitsladen und Gesundheitstag waren in Hamburg (wie anderenorts) verbunden mit einer Aufbruchsstimmung, die zahlreiche Praktiker*innen des Gesundheitswesens umfasste und deren späteres Engagement prägte (▷ 1.5 Trojan). Die von Hamburger Studierenden gebildete Anti-AKW-Gruppe fokussierte frühzeitig die mit der Atomtechnologie verbundenen Risiken und verlangte, dass die Unsicherheiten in der Risikoeinschätzung offengelegt werden sollten (▷ 1.6 Möller, Krause et al.).

Abschließend erfolgt ein Blick auf 50 Jahre Medizinsoziologie in Hamburg (▷ 1.7 Trojan); die bewegte Geschichte des Instituts für Medizinische Soziologie illustriert, wie sich die Perspektiven auf ärztliche Ausbildung und Gesundheitsversorgung in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt haben.

Eine »frische« Auseinandersetzung mit der Historie ist ein wesentliches Element der mit dem Ansatz StadtGesundheit verbundenen Blickfelderweiterung; sie kann helfen, bestehende Strukturen und Prozesse zu verstehen, Erreichtes zu würdigen und Vorbereitungen für künftige Entwicklungen zu untermauern. Dabei sind alle Zeitperioden bis hin zur jüngeren Vergangenheit gefragt. ■

Rainer Fehr, Jobst Augustin

5 Beitrag 1.5, »Aufbau von Prävention und Gesundheitsförderung nach 1945«, Editionsband 2

6 Beitrag 1.6, »Behinderung und Humangenetik in der Stadt. Die genetische Beratungsstelle der Gesundheitsbehörde Hamburg in den 1960er- bis 1990er-Jahren«, Editionsband 2

7 Beitrag 1.7, »Hamburger Schülerstudie 1979–1987«, Editionsband 2

1.1 Hamburger Seuchenerfahrungen

Philipp Osten

Der Hafenstadt Hamburg wurde eine entscheidende Rolle bei der Seuchenbekämpfung zugewiesen, die sie lange nicht angenommen hat. Zu Beginn des 18. Jahrhunderts mahnte Kaiser Karl VI. die Stadt, sich ihrer Verantwortung für die Eindämmung der Pest zu stellen. Der Wunsch nach freiem Handel stand der Seuchenprophylaxe nicht nur in diesem Fall entgegen. Doch zunehmend boten kameralistische Methoden – auf Buchführung verstand sich die Stadt – neue Perspektiven für die Erfassung und Beschreibung von Krankheiten.

Der Beitrag fasst die Seuchengeschichte Hamburgs als politische Stadtgeschichte auf. Sein Schwerpunkt liegt auf einer Schilderung der öffentlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Pest 1712/13, denn diese Seuche ist erstmals gut dokumentiert. Ergänzt werden kurze Ausblicke auf die Spanische Grippe und auf die Cholera von 1831 am Ende des Artikels.

»Um Michaelis entstand allhier und in Deutschland eine schwere Kranckheit, der Spanische Püp genannt, daran viele 1000. Menschen starben. Es fing mit einem starken Cathaar an, so vom Haupt auf die Brust fiel dazu sogleich heftiges Fieber schlug und der gähliche Tod erfolgte.« (Steltzner 1731, S. 431)

So lautete ein Eintrag zum Jahr 1580 in einer Chronik *von dem kirchlichen und politischen Zustande der Stadt Hamburg*. Verzeichnet war die Notiz unter dem Stichwort »Püp (der Spanische) eine Nagel=newe Kranckheit in Hamburg«.

Im Jahr 1802 stolperte der Hamburger Journalist und Bildungsreformer Johann Curio über die Passage.⁸ Er bemerkte, dass in Hamburger Schilderungen Feststellungen nach der Art »entstand allhier« recht oft vorkamen, wenn von neuen Krankheiten die Rede war. Curio gab den Eintrag zum Jahr 1580 in voller Länge wieder und kommentierte:

»Was für eine Krankheit war der spanische Püp? hatte sie Ähnlichkeit mit dem gelben Fieber?

Was für eine Krankheit war der Englische Schweiß [...] Im Jahr 1529 starb der Hamburgische Ratsherr Otto Bremer daran.

Beide Krankheiten waren epidemisch und tödlich. Beide waren ausländisch, wie der Name zeigt, und durch Schifffahrt und Handlung nach Hamburg und dem übrigen Deutschland gebracht. Ist unsere Gleichgültigkeit gegen das gelbe Fieber zu entschuldigen?« (Theophilanthropos 1802)

8 Zu Curio vgl. Kopitzsch 1982, S. 513

Eine Krankheit mit dem Namen Spanischer Püf hat in der Medizingeschichte keine weiteren Spuren hinterlassen. Was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, ist unbekannt. Mit einiger Berechtigung jedoch zieht sich die Befürchtung, Häfen seien Einfallstore für Krankheiten, bis heute durch die Seuchengeschichte.

Modell Spanische Grippe

Anfang Februar 2020, unmittelbar bevor der Erreger COVID-19 weltweit pandemisch wurde, kursierten Modellrechnungen, in denen die Ausbreitung neuer Seuchen über Flughäfen simuliert wurde – im Schneeballeffekt, ausgehend von Frankfurt, Heathrow und Amsterdam, werde Nordeuropa überzogen, lautete die Prognose. Schnell verschwanden die Visualisierungen wieder aus dem öffentlichen Bewusstsein. Sie gingen von einer hoch ansteckenden, leicht nachzuerfolgenden Infektionskrankheit aus, deren Opfer in kürzester Zeit symptomatisch würden. Diese Hochrechnungen hätten zu MERS⁹ oder zu einer Lungenpest gepasst.

Statt der Pest wurde die Spanische Grippe von 1918 zum historischen Modell für die Prognose der COVID-19-Pandemie. Die Berichte der Hamburger Gesundheitsbehörde über die Jahre 1918 bis 1920 sind in dieser Hinsicht allerdings verblüffend unergiebig. In ihrer Liste der übertragbaren Krankheiten kommt die Grippe nicht vor. Das ist bemerkenswert, wo doch im selben Band beschrieben wird, wie viele öffentliche Gebäude und ehemalige Lazarette mit Grippekranken belegt worden waren (Gesundheitsbehörde 1926). Wer Zahlen sucht, findet sie in den Sitzungsprotokollen des Ärztlichen Vereins, in denen Hafentarzt Bernhard Nocht über mehr als 2.500 Sektionen von Grippeopfern allein bis Dezember 1918 berichtete. Er diagnostizierte anhand von pathologischen Befunden. Bakteriologen in Deutschland nahmen damals an, Erreger der Grippe sei das Bakterium *Haemophilus influenzae*, auch wenn einige bereits vermuteten, es könne sich um ein »ultravisibles Virus« handeln (Ärztlicher Verein 1919).

Da es für Deutschland aus zeitgeschichtlichen Gründen keine verlässlichen Grippezahlen aus den Jahre 1918 bis 1921 gibt, rekurrieren die aktuellen Pandemiepläne des Robert Koch-Instituts auf Daten aus den USA. Schulschließungen, Maskenpflicht, Verbote von Massenveranstaltungen – ihre Effektivität lässt sich aus dem Vergleich der Todesstatistiken amerikanischer Städte mit und ohne Eindämmungsmaßnahmen ermitteln. Und so wurde ein Artikel über die Lehren der Spanischen Grippe von 1918 für die Pandemien der Zukunft für Anthony Fauci zu einer Blaupause für die Empfehlungen des Jahres 2020. Zuversichtlich hatte der Direktor des National Institute of Allergy and Infectious Diseases 2007 in Aussicht gestellt, durch medizinischen Fortschritt gut gewappnet zu sein (Morens & Fauci 2007). Fauci ahnte nicht, unter welchen Präsi-

⁹ Middle East Respiratory Syndrome

ten er den prognostizierten Ernstfall werde durchstehen müssen. Und dennoch bestätigt das Beispiel: Erfahrungen vergangener Seuchen können die Reaktionen auf die ihnen folgenden Pandemien prägen.

Pest

Dass die Lehren aus Seuchenerfahrungen in den Wind geschlagen werden, ist ein oft bemühtes Motiv der Hamburger Geschichte. Die historische Überlieferung in offiziellen Dokumenten des Rats beginnt im 16. Jahrhundert. Ein früher Eintrag lautet: »1564 starben mehrere 1000 Menschen an der Pest, aber nur ein Ratsherr, Hieronymus Bremer.« Die Aussage der mittelalterlichen Totentanzdarstellungen, wie sie 1452 in der als Reaktion auf die Pest entstandenen Lübecker Kirche Sankt Marien lautete: Der Tod nimmt sie alle: Papst, Bürger und Bettelmann. Für das Sterben an Infektionskrankheiten stimmte die These schon damals nicht. Ein Chronist der Hamburger Pest von 1712 bis 1714, die etwa 15 % der Bevölkerung tötete, stellte fest, »daß dieses Sterben meistens nur geringe Leute betroffen [...] und dadurch niemand aus einem Hochedl[en] u[nd] Hochw[ohlgeborenem] Rath, dem Wohlehrw[erten] Predigt-Amte, u. andern bürgerl. Collegiis, aufgerieben worden« sei (Langermann 1753, S. 263).

Mit Recht weist der Historiker Malte Thießen darauf hin, dass Seuchen die sozialsten aller Krankheiten sind (Thießen 2017). Sie treffen in ungünstigen Verhältnissen lebende Menschen ungleich härter. Eindrucksvolle Zahlen für diese These liefert übrigens die Hamburger Masernstatistik von 1921. In den ärmeren Vierteln der Stadt starben 12-mal mehr infizierte Kinder an der ansteckenden Infektionskrankheit als in den wohlhabenden Quartieren (Degkwitz 1922). Der Grund waren Vorerkrankungen und Mangelernährung. Heute stirbt jede:r Fünfhundertste an den Masern, vor 100 Jahren war es jede:r fünfzigste Patient:in.

1606 wird vor den nordwestlichen Stadtoren Hamburgs der Pesthof eingerichtet. Bald hat er einen Durchsatz von 600 Kranken pro Jahr. Der Begriff »Pest«, so ist noch 1830 im Lexikon zu lesen, bezeichnet nicht Lungen- oder Beulenpest, sondern ganz allgemein ansteckende Volkskrankheiten.

Anfang des 18. Jahrhunderts drohte genau die Seuche, die in der Bakteriologie noch heute »die Pest« heißt. Hamburger Quellen geben nur indirekt wieder, was in der Stadt geschah. Die Reaktionen des Umlands lassen weit besser auf das Ausmaß der Seuche schließen. Im März 1712 schickte Kaiser Karl VI. eine Depesche, um Hamburg »ernstlich zu ermahnen«, alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit der Hafen nicht zum Einfallstor der Seuche in das Heilige Römische Reich Deutscher Nation werden möge (Langermann 1753, S. 256). Die Hamburger Gegenmaßnahmen waren halbherzig und überwiegend symbolischen Charakters. Am Anfang stand die Drangsalierung der Juden, die bereits 1709 begann, als die Pest in Danzig wütete: »Keine Juden, unter

welchen Vorgaben es auch sey, sollten in die Stadt herein, noch die Einheimischen ohne Pass hinaus gelassen werden« (Langermann 1753, S. 252), lautete die Vorschrift, die in Reaktion auf die kaiserliche Depesche um regelmäßige Schließungen der Stadt-tore ergänzt wurde. Maßnahmen, die Schifffahrt betreffend, beschränkten sich auf die Anordnung an die Kapitäne, ab Stade keine Passagiere mehr an Bord zu nehmen.

Einzig die neue Vorschrift, Verstorbene innerhalb von drei Tagen zu bestatten, lässt aufhorchen. So kam es für die Hamburger Bevölkerung »ganz unvermuthet«, als Dänemark im Hochsommer als militärischen Cordon sanitaire »einige Regimente um die Stadt« legte (Langermann 1753, S. 262). Gegenüber auf dem Grasbrook errichtete Braunschweig-Lüneburg seine Sperren. Die Bevölkerung suchte Zuflucht im Glauben: »Wegen dieser sehr nahen Gefahr« bediente »alle Sonntage eine große Menge Menschen sich des Heiligen Abendmahls«. 1.100 Personen seien es allein »in der neuen Michaeliskirche« gewesen (Langermann 1753, S. 262).

Fast zwei Jahre duldeten die Stadt die Pest in ihren Mauern. Immer wieder verkündete der Rat ihr Ende und forderte die Nachbarn auf, ihre Seuchencordons fallen zu lassen. Alle Pestkranken und ihre Kontaktpersonen wurden vor den Toren der Stadt im Pesthaus isoliert, ihr Hab und Gut verbrannt. Erst als der Rat garantierte, die Kranken und ihre Familien für den Verlust zu entschädigen, erfolgten zuverlässige Meldungen, sechs Wochen später endete die Pest. Weil Dänen und Lüneburger zweifelten, wurden alle Hamburger Zeitungen angewiesen, jeweils freitags die Zahl der im Verlauf der Woche Verstorbenen zu veröffentlichen. Die Hansestadt publizierte damals ihre ersten Sieben-Tages-Inzidenzen, um das Vertrauen in Hafen und Handelsplatz zu restituieren.

In John Howards berühmtem Bericht über den Zustand europäischer Lazarette kommt der Hamburger Pesthof nicht gut weg. Wegen der engen Verhältnisse, der niedrigen Decken und der stets geschlossenen Fenster »kann man diesen Hof auch füglich einen Pesthof oder einen verpesteten Hof nennen« (zitiert nach: Appert 1850, S. 6). Anderswo löste Howards Reportage aus dem Jahr 1781 Krankenhausreformen aus. In Hamburg bedurfte es der Franzosen. 1814 rissen sie den Pesthof nieder. Das Allgemeine Krankenhaus in St. Georg ersetzte ihn. Es existierte bereits, als 1831 eine neue, unbekannte Seuche grassierte: die asiatische Cholera.

Cholera

In St. Georg hatte der leitende Wundarzt Carl Georg Fricke zunächst heimlich, dann mit zögerlich erteiltem offiziellen Segen ab 1827 begonnen, alle dort Verstorbenen zu sezieren, um Krankheitsursachen zu ermitteln. Damit war vier Jahre vor Beginn der Cholera ein recht verlässliches Seuchenmeldesystem etabliert. Und doch überraschte der Hamburger Ausbruch Fricke, denn im Umkreis von 30 Kilometern gab es keine Cholera, als im Oktober 1831 die ersten Hamburger:innen an der neuen Seuche star-



Abbildung 1.1-1: Durchlöchernte Karte der Choleratodesfälle Hamburgs im Jahr 1831. Quelle: Fricke 1831.

Zu Desinfektionszwecken wurde Post aus Cholera-gebieten mit einem Rastel, einer mit Nägeln versehenen Flachzange, durchstoßen und in eine Räucher-kammer gehängt – so auch diese Publikation Johann Georg Fricke, die der Verfasser an einen Kollegen schickte.

ben. Auch fiel ihm auf, dass von den 40 Hamburger Nachtwächtern, die in engen Kontakt mit vielen Cholera-kranken gekommen waren, »kein einziger« erkrankte (Fricke 1831, S. 84). Fricke's Spurensuche schloss eine Aufstellung der Verstorbenen nach Alter, Geschlecht, Beruf und Wohnort ein. Bemerkenswert ist seine Karte Hamburgs, in der er 306 Cholerafälle lokalisierte. 1856 wird der britische Arzt John Snow mit dieser kartografischen Methode einen Choleraausbruch in der Londoner Broadstreet eindeutig einer Wasserentnahmestelle zuordnen. Damit war klar: Die Cholera kommt aus dem Wasser.

Hamburg besaß eine zentrale Wasserverteilung aus der Elbe, so konnte Fricke diesen Zusammenhang nicht entdecken, obwohl er die Methode, die Infektionsquelle Trinkwasser zu belegen, korrekt entwickelt hatte. 1831 hatte Fricke noch die begründete Hoffnung gehabt, die Stadtregierung werde sich an wissenschaftlichem Rat orientieren. Sein Buch über die Cholera-toten von 1831 endet mit einer Warnung, »es kann die Behauptung, die Krankheit sei nicht vorhanden, nichts dazu beitragen, die Ansichten des Aus-

landes über ihre Existenz zu ändern; wohl aber kann dieser Wahn die Hilfe verzögern«. Man möge vertrauen, dass die »Stockungen des Handels und des Betriebes möglichst beseitigt werden« (Fricke 1831, S. 86).

Umso tragischer ist es, dass Hamburg 1892, über 50 Jahre nach Fricke's Tod, Schauplatz der letzten großen Choleraepidemie Europas wurde. Über 16.000 Menschen erkrankten, mehr als 8.000 starben. Zu den bekannten Topoi dieser Epidemie gehören das Trinkwasser aus der Elbe, Aale in der Wasserleitung, fehlende Klärung durch Sandfiltration, mangelnder Glaube an die Bakteriologie und die Weigerung, Gegenmaßnahmen zu treffen. Der Historiker Richard Evans beschrieb 1990 die Verleugnungen, Ideologien und ökonomischen Versuchungen, die dazu geführt haben (Evans 1990). Offen bleibt die Frage, inwieweit – und ob überhaupt – Geschichtsschreibung dazu dienen sollte, Ereignisse so aufzuarbeiten, dass sie aktuelle seuchenpolitische Maßnahmen unterstützen. Auch das *Lernen aus Seuchen* unterliegt historischen Konjunkturen. Gegenwärtig steht es hoch im Kurs.

Den Methoden einer modernen Wissenschaftsforschung stünde es entgegen, Geschichte als Argument für konkrete Maßnahmen der Gegenwart nützlich zu machen. In allgemeinerer Form jedoch lässt sich viel aus der Geschichte der Seuchen lernen. Sie generiert Fragen nach dem Verhältnis von Politik, Wissenschaft und Ökonomie, nach Kommunikationsstrategien und nach der Instrumentalisierung wissenschaftlicher Konzepte.

LITERATUR

Appert B (1850): Hamburg, seine Gefängnisse und Hospitäler. Zweite vermehrte Auflage. Verlag der Volksbuchhandlung in St. Pauli, Hamburg

Ärztlicher Verein in Hamburg (1919): Offizielles Protokoll. Deutsche Medizinische Wochenschrift 45, S. 390–392

Degkwitz R (1922): Ueber Masernschutzserum. Deutsche Medizinische Wochenschrift 48, S. 26–27

Evans R (1990): Tod im Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830–1910. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Fricke JCG (1831): Geschichtliche Darstellung des Ausbruchs der asiatischen Cholera in Hamburg – nach Acten und amtlich angestellten Untersuchungen. Perthes & Besser, Hamburg

Gesundheitsbehörde Hamburg: Jahresbericht 1925. Darstellender Teil. Hamburg 1926

Kopitzsch F (1982): Grundzüge einer Sozialgeschichte der Aufklärung in Hamburg und Altona. Band 2. Verein für Hamburgische Geschichte, Hamburg

Langermann JP (1753): Hamburgisches Münz- und Medaillen-Vergnügen oder Abbildung und Beschreibung Hamburgischer Münzen und Medaillen welchem ein Verzeichniß gedruckter Hamburgischer Urkunden, Documente und andere Briefschaften auch nöthige Register beygefüget worden. Johann Georg Piscator, Hamburg

Morens DM, Fauci AS (2007): The 1918 influenza pandemic: Insights for the 21st century. The Journal of infectious diseases 195, S. 1018–1028

Steltzner MG (1731): Versuch einer zuverlässigen Nachricht von dem kirchlichen und politischen Zustande der Stadt Hamburg. In den mittlern Zeiten, Nemlich von Käyser Friedrichs des III. Biß auf die Zeiten Käyser Ferdinand des II. – Zweyter Theil. Hamburg

Theophilanthropos [Pseudonym Johann Curios] (1802): Aus der Hamburgischen Geschichte. Spanischer Püp. Englischer Schweiß. In: Hamburg und Altona 4, S. 241–242

Thießen M (2017): Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 225. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

1.2

Fritz Schumachers Schulbauten als Beitrag zur Gesundheitsförderung in Hamburg

Angelika Schaser

Schulen bieten Kindern und Jugendlichen Erfahrungsräume, in denen sie viele Stunden ihres Lebens verbringen. Für das Wohlbefinden und die Gesundheit sind dabei die Lage, die Architektur, die Inneneinrichtung, die Ausstattung sowie die Möglichkeiten, in Schulen soziale Beziehungen aufzubauen und zu entwickeln, von elementarer Bedeutung. Die vielfältigen Erwartungen, die die Reformpädagogik an Schulgebäude stellte, hat der langjährige Oberbaudirektor Hamburgs, Fritz Schumacher, in den 1920er-Jahren trotz der schwierigen finanziellen Situation erfolgreich umgesetzt.

Schulen als Lern- und Lebensorte junger Menschen

In der Weimarer Republik wurden nicht nur die Grundlagen für die Demokratie und das Wohlfahrtswesen des deutschen Staates gelegt, sondern es wurden auch zahlreiche im Kaiserreich entwickelte Ideen zur Schulreform aufgegriffen und umgesetzt. Gerade in Hamburg waren die reformpädagogischen Forderungen nach der Einheits- und Arbeitsschule, der Trennung von Kirche und Schule und nach der Selbstverwaltung für die Schulen vor dem Ersten Weltkrieg intensiv diskutiert worden. Die mit der Revolution entstandenen Lehrer-, Schüler- und Elternräte nahmen die Selbstverwaltung der Schulen in die Hand und setzten zahlreiche Neuerungen durch. Reformpädagog*innen hatten dabei auch die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler im Blick, die nach dem Ersten Weltkrieg oft in beengten Wohnungen, in Armut und mit chronischen Krankheiten aufwuchsen. Hautkrankheiten wie die Krätze, Parasitenbefall, Unterernährung und epidemische Infektionskrankheiten waren so häufig, dass nahezu 36 % »aller Hamburger Schüler ... 1920 gegen geringe Kosten sowie auf Freiplätzen und

mit Wohlfahrtszuschüssen nach Grömitz, Heilighafen, Kellenhusen, Hausbruch, Sylt und Scheuen« zur Erholung verschickt wurden (Bennack 1990, S. 310).

Im selben Jahr wurde auf der Reichsschulkonferenz die Notwendigkeit einer hygienischen Erziehung von Schüler*innen betont, die im Schulunterricht über den Schutz vor Tuberkulose und über die Gefahren von Nikotin und Alkohol aufgeklärt und zur Sauberkeit und Körperhygiene erzogen werden sollten (Förster 2007, S. 54–55).

Das am 1. Mai 1920 in Hamburg in Kraft getretene »Gesetz über die Selbstverwaltung der Schulen« gewährte den Schulen einen großen Gestaltungsraum (Rödler 1987, S. 42–43). Lehrer-, Eltern- und Schülerräte wurden ebenso wie Gemeinschaftsschulen gegründet, der Frontalunterricht und Noten sollten abgeschafft werden und die Kinder durch Spielen zur Arbeit finden (De Lorent 1988, S. 224). Die Schulgebäude sollten gut belüftete und beleuchtete Räume bieten, in denen alle Schüler*innen konzentriert lernen und arbeiten konnten. Schulärzte und Schulzahnärzte kontrollierten Wachstum, Gewicht und Ernährungszustand der Schüler*innen, überwachten die Hygiene an den Schulen und unterstützten die Gesundheitserziehung im Unterricht (Förster 2007, S. 48–49).

Reformpädagogik und Gesundheit

Die Forschung ist sich einig, dass die Reformpädagogik an den Schulen in der Weimarer Republik eine wichtige Rolle spielte (Tenorth 1992, S. 178; Oelkers 1996, S. 27–29; Skiera 2003, S. 1–10). Die Revolution von 1918, die politischen und pädagogischen Diskussionen eröffneten neue Freiräume. Hamburger Lehrer*innen setzten sich für reformpädagogische Ansätze ein. Der Etablierung einer Arbeits- und Lebensgemeinschaft zwischen Schüler*innen und Lehrer*innen an den Schulen, der konsequenten Verbindung von Kopf- und Handarbeit, dem Sportunterricht sowie den neuen naturwissenschaftlichen Fächern wurde eine hohe Bedeutung zugesprochen. Themenzentrierter, fächerübergreifender Unterricht wurde erprobt.

1922 wurden die »Werkarbeit« für Knaben und die »Hauswirtschaft« für Mädchen als neue Fächer in der Volksschule eingeführt, die praktische Arbeit in Schulgärten und Experimente in den naturwissenschaftlichen Fächern wurden angeregt (De Lorent 1988, S. 229; Bennack 1990, S. 303). Alle diese Neuerungen stellten veränderte Anforderungen an die Schulgebäude, die nun Aulen, Turnhallen, Werk- und Musikräume benötigten.

Die körperliche und geistige Gesundheit von Kindern und Jugendlichen galt dabei als Voraussetzung für deren Leistungsfähigkeit. Die Oberschulbehörde und die Lehrer*innen waren wie zahllose Mäßigkeitsvereine und Initiativen der Frauenbewegung daran interessiert, die Gesundheit der Schülerschaft zu sichern bzw. wiederherzustellen. Gerade in der Inflationszeit, die eine hohe Arbeitslosigkeit mit sich brachte, wurde

deshalb für Schüler*innen eine Schulspeisung organisiert (De Lorent 1988, S. 227). In vielen Schulen wurden Schülerinnen und Schülern auch gesunde Getränke kostenfrei oder kostengünstig angeboten (Tappe 1994, S. 304).

Schumachers Schulbauten

Schumacher passte die Schulgebäude im Laufe der Zeit immer mehr an die Vorstellungen der Reformpädagogik an (Lehberger 1988, S. 241–243). Zu Beginn der 1920er-Jahre stammten noch 54 % der Hamburger Volksschulen aus dem 19. Jahrhundert und erinnerten mehr an Kasernen als an moderne Lernorte (Lehberger 1988, S. 239–240). Schumacher, der die Schulbauten als sein »zweite[s] große[s] architektonische[s] Arbeitsgebiet« in Hamburg bezeichnete, entwarf in seiner Hamburger Amtszeit mehr als 40 Schulen, 31 wurden von ihm gebaut (Schumacher 1935, S. 301).¹⁰ Er sah den Bau dieser Schulen nicht nur als eine städtebauliche Aufgabe, sondern verband die Planung und Ausführung dieser Bauten mit einem sozialen und kulturellen Programm, in dem das Thema Gesundheit eine wichtige Rolle spielte.

In seinen Erinnerungen betonte er seine Verbundenheit mit der Reformpädagogik (Schumacher 1935, S. 301–302). Über den Kontakt mit Friedrich Naumann, der wie Schumacher Mitglied des *Deutschen Werkbundes* war, und im Austausch mit den Hamburger Volksschullehrern und der *Gesellschaft der Freunde des vaterländischen Schul- und Erziehungswesens* hatte er die Ziele der Reformpädagogik zu Beginn des 20. Jahrhunderts kennen- und schätzen gelernt. Bereits 1904 erklärte er, dass in der Architektur »Gesundheits-, Sicherheits- und Schönheitsbedingungen ein und dasselbe bedeuten« (Schumacher 1904, S. 51). Für Schumacher waren nicht nur Museen, Theater und Bibliotheken Kulturstätten, sondern auch Schulen und Bäder (Schumacher 1904, S. 57).

Unter dieser Prämisse bemühte sich Schumacher, die Schulen »in ihrem Umfeld zu integrieren und zu einem neuen sozialen und kulturellen Mittelpunkt« (Schädel 2003, S. 93) im jeweiligen Wohngebiet werden zu lassen. Dabei hatte er die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen fest im Blick, die durch die Durchlichtung, Belüftung und Farbgestaltung (Bruhns 1994, S. 114) gefördert werden sollten. Darüber hinaus integrierte Schumacher in seine Schulbauten Duschen, Arztzimmer und Räume für den Schulzahnarzt (Schumacher 1929, S. 925). Unter der Aufsicht einer »Fürsorgeschwester« konnten die Schüler*innen die Duschen und Brausebäder nutzen, da sich, wie eine Schulchronik 1923 vermerkte, »ein Nachlassen in bezug auf Reinlichkeit bemerkbar machte« (De Lorent 1988, S. 227). Mit Trinkwasser versorgte Schumacher die Hamburger Schüler*innen durch zahlreiche Trinkbrunnen in den

¹⁰ Vgl. die Listen bei Lehberger 1988, S. 242, und Schädel 2003, S. 98



Abbildung 1.2-1:
Trinkbrunnen in der
Schule Volksdorf
(heute: Walddörfer Schule).
Quelle: SUB Schule Volksdorf.



Abbildung 1.2-2:
Trinkbrunnen
in der Volksschule
in der Adlerstraße
(Lämmersieth 72).
Quelle: SUB Schule
Adlerstraße.

Innenhöfen und in den Treppenhäusern der Schulen, die er auch bei schmalem Budget immer künstlerisch gestalten ließ (Schumacher 1935, S. 386).

In seinen Schulbauten ging Schumacher auch auf das Bedürfnis nach Flexibilität und Veränderungsmöglichkeiten für neue Unterrichtsmethoden ein. Bewegliche Schulmöbel sollten nach dem Wunsch der Reformpädagogik die fest montierten Bänke ersetzen, um so neue Unterrichtsformen zu ermöglichen und den Gemeinschaftssinn zu stärken (Förster 2007, S. 180–181). Schumacher kam diesen Wünschen nach, indem er mit beweglichem Schulmobiliar experimentierte und die Aulen der Schulen so einrichtete, dass sie für Mehrfachnutzungen wie Kino- und Theateraufführungen, Konzerte und Versammlungen geeignet waren (Schumacher 1929, S. 927).

Gesundheitsaspekte im Schulbau an den Beispielen der ehemaligen Volksschule Langenfort und der ehemaligen Volksschule in der Adlerstraße

Die Entwicklung von Schumachers Schulbauten wird mit Blick auf den Gesundheitsaspekt hier an zwei Beispielen kurz erläutert: zum einen an der ehemaligen Volksschule Langenfort (1927–1929), Langenfort 68–70, die Schumacher in einem Aufsatz von 1930 zu Hamburger Schulbauten nach dem Ersten Weltkrieg beschrieb, und zum anderen an der ehemaligen Volksschule Adlerstraße (1928), Lämmersieth 72, die er im Bildteil seiner Erinnerungen mit der Bildunterschrift »Volksschule in Hamburg (1928)« aufnahm.

Die ehemalige Volksschule Langenfort steht für die Umbruchphase in Schumachers Schulbauten.¹¹ Schumacher betonte, dass die Schule im Rahmen des Gesamtkonzepts für die Siedlung in Barmbek-Nord geplant wurde (Schädel u. a. 1994, S. 278), deren Mittelpunkt eine Sportplatzgruppe von 110 zu 150 Metern bildete, die von den Höfen der Randbebauung durch einen Grünsteifen abgetrennt wurde. Ursprünglich sollte gegenüber dieser Volksschule eine weitere Schule gebaut werden (Schumacher 1930, S. 333). Die 1929 eröffnete Schule, die 30 Klassen Raum bot, wies im vierten Obergeschoss vier Werkräume,¹² einen Zeichensaal und einen Singsaal auf. Das Gebäude war in den Fluren mit Trinkbrunnen ausgestattet. Sowohl im Knaben- wie im Mädchentrakt gab es neben den einzelnen Klassenräumen im Erdgeschoss jeweils einen Raum für die »Schulleiter«, ein Sprechzimmer, ein Arztzimmer (mit Vorraum) und den Kindergarten, der im Mädchentrakt lag, sowie mittig platziert die große Turnhalle. Der ihr gegenüberliegende Innenhof wurde in den Plänen als »Spielplatz« deklariert. Im Keller befanden sich neben zwei Kleinwohnungen, einem Raum für die »Scheuerfrauen«, Magazinen, dem Heizungs- und dem Kohlenraum auch Garderoben mit Duschen

¹¹ Zu seinen Volksschulen vgl. Schumacher 1949, S. 102–108

¹² Das Foto eines Werkraums in Paschen 1994, S. 20–21

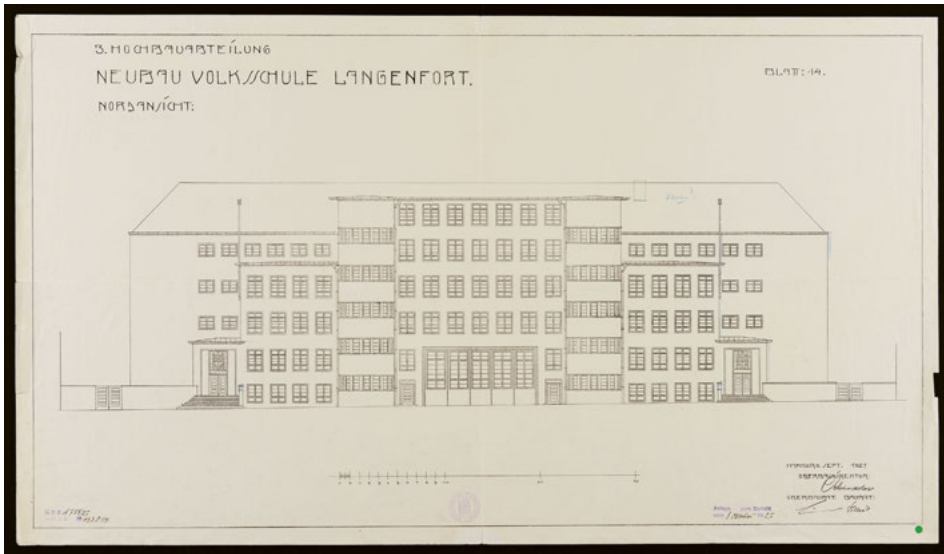


Abbildung 1.2-3: Nordansicht der Volksschule Langenfort 1927. Quelle: HHStA 720-1/346-3 Volksschule Langenfort.

sowie im Mädchentrakt drei »Kochlehrküchen« (HHStA 321-2-B742 Bau einer Volksschule am Langenfort). Erstmals wurde in dieser Schule bewegliches Mobiliar eingebaut (Schumacher 1930, S. 334). Die Sportplätze erfüllten vorbildlich die Wünsche der Reformpädagog*innen, die im Sport an der frischen Luft, in Licht und Sonne die »wichtigste Säule der Gesundheitspflege« sahen (Förster 2007, S. 226).

Die zweite Schule, die ehemalige Volksschule Adlerstraße (heute: Lämmersieth 72), gehörte zu »den ersten verwirklichten Bauten eines neuen großstädtischen Schultyps, den Schumacher eigens für die in den zwanziger Jahren entwickelten Baugebiete entwarf« (Schädel u. a. 1994, S. 285). Dieses durch klare horizontale und vertikale Linien gekennzeichnete Gebäude ist ein zwei- bis fünfgeschossiger Flachdachbau mit klinkerverkleideter Fassade und eckübergreifenden Fenstern (Fischer 1994, S. 55). Die oberste Dachfläche ist mit einem Geländer umgeben und konnte zum Turnunterricht genutzt werden, womit in der Großstadt eine »neue Erholungsfläche im Freien« geschaffen wurde (Schumacher 1929, S. 925). Im vierten Stock waren ein Sing- und ein Zeichensaal, ein Nähraum, zwei Biologieräume sowie je ein Zimmer für Lehrmittel, Kulturen und Material untergebracht. Im ersten Stock lagen neben den Klassenzimmern u. a. ein Gymnastiksaal und eine Garderobe mit »Brausen«. Im Erdgeschoss waren eine Turnhalle mit Bühne, ein Raum für den Schulleiter, ein Arztzimmer, eine Bücherei mit Lesezimmer sowie ein Sitzungsraum und eine Kleinstwohnung untergebracht (HHStA 321-2-B743 Bau einer Volksschule in der Adlerstraße). An dieser Volksschule wird das Programm Schumachers idealtypisch deutlich, der seine Schulbauten am Ende der

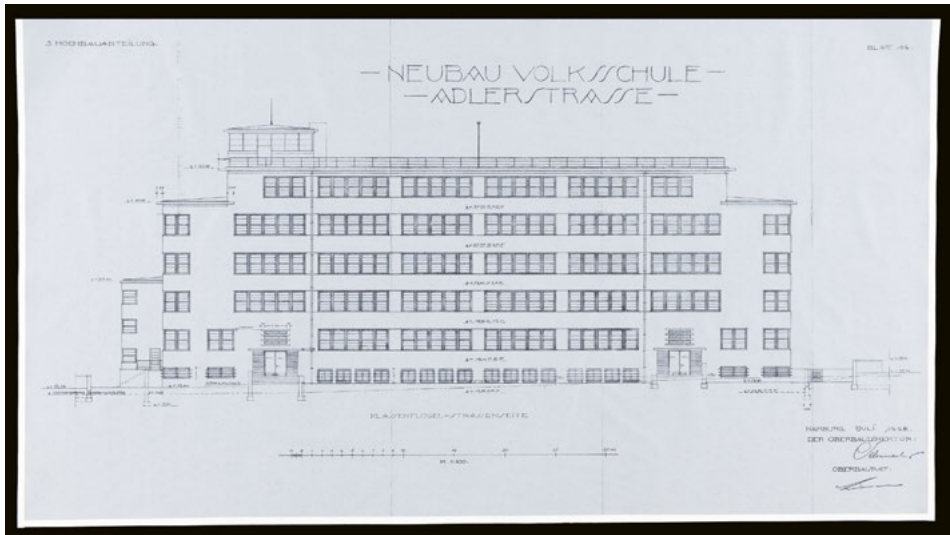


Abbildung 1.2-4: Straßenansicht der Volksschule in der Adlerstraße. *Quelle:* HHStA 720-1/346-3 Volksschule Adlerstraße.

1920er-Jahre durch eine »sachliche Schlichkeit, die nur wirken will« (Schumacher 1929, S. 926–927), gekennzeichnet sah und diese durch eine rhythmische Raumgestaltung innen und außen durch Farbe und Lichtwirkung sowie durch die handwerkliche Qualität der Details zu erreichen suchte.

Fazit

Mit dieser Entwicklung des Schulbaus, dessen »Entwurfsmonopol sich Fritz Schumacher [für das Hamburger Stadtgebiet] gesichert hatte« (Meyn 1998, S. 171), wurden Hamburger Schulgebäude als Zentren von Wohnsiedlungen geschaffen, die nicht nur für die Schüler*innen, sondern für alle Bewohner*innen des Viertels soziale und kulturelle Funktionen erfüllten. Gesundheits- und gemeinschaftsfördernd sollten sich nicht nur die Kulturangebote an diesen Lernorten auswirken, sondern auch die dazugehörigen Sportflächen, Grün- und Gartenanlagen. Im Innern der Gebäude förderten die Licht- und Luftverhältnisse, die farbige Gestaltung, die Trinkbrunnen sowie das bewegliche Schulmobiliar die Gesundheit der Schüler- und Lehrer*innen und boten Raum für innovative Unterrichtsformen.

QUELLEN

HHStA/Staatsarchiv Hamburg: 720-1/346-3 Volksschule Adlerstraße und Volksschule Langenfort

HHStA/Staatsarchiv Hamburg: 321-2-B742 Bau einer Volksschule am Langenfort (1914–1928)

HHStA/Staatsarchiv Hamburg: 321-2-B743 Bau einer Volksschule in der Adlerstraße (1927–1929)

SUB/Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg: Schule Adlerstraße (Hamburg-Barmbek) [heute Lämmersieth 72]: Kachelrund mit Relief, https://digitalisate.sub.uni-hamburg.de/detail/?tx_dlf%5Bid%5D=13281&tx_dlf%5Bpage%5D=1&cHash=18ab0146888a708215d9fa1aa538a148 (CC BY-SA 4.0 [<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>])

SUB/Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg: Schule Volksdorf [heute: Walddorfer Schule] (Hamburg-Volksdorf): Brunnen im Flur mit Plastik, https://digitalisate.sub.uni-hamburg.de/detail/?tx_dlf%5Bid%5D=9210&tx_dlf%5Bpage%5D=1&cHash=9561eec62dc35bc359eca05d73ebd5fb (CC BY-SA 4.0 [<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>])

LITERATUR

Bennack J (1990): Gesundheit und Schule. Zur Geschichte der Hygiene im preußischen Volksschulwesen. Böhlau Verlag, Köln/Wien

Bruhns M (1994): Großstadtkultur und Baukunst. Fritz Schumacher in Hamburg. In: Frank H (Hrsg.): Fritz Schumacher. Reformkultur und Moderne. Anlässlich der Ausstellung »Fritz Schumacher und seine Zeit« in den Deichtorhallen Hamburg, 20. Mai bis 17. Juli 1994. Hatje, Stuttgart, S. 91–131

Fischer MF (1994): Fritz Schumacher. Bauten und Planungen in Hamburg. Ein Stadtführer. Christians, Hamburg

Förster G (2007): Studien zur Schulgesundheitspflege in Pommern während der Weimarer Republik. Lang, Frankfurt am Main/Berlin/Bern/Wien

Lehberger R (1988): Fritz Schumacher und der Schulbau im Hamburg der Weimarer Jahre. In: De Lorent H-P, Ullrich V (Hrsg.) (1988): Der Traum von der freien Schule. Schule und Schulpolitik in Hamburg während der Weimarer Republik. ergebnisseVerlag, Hamburg, S. 238–251

Lorent H-P de (1988): Schullalltag in der Weimarer Republik. Aus Konferenzprotokollen, Festschriften, Chroniken und Berichten Hamburger Schulen von 1918 bis 1933. In: De Lorent H-P, Ullrich V (Hrsg.): Der Traum von der freien Schule. Schule und Schulpolitik in Hamburg während der Weimarer Republik. ergebnisseVerlag, Hamburg, S. 222–237

Meyn B (1998): Die Entwicklungsgeschichte des Hamburger Schulbaus. Kovač, Hamburg

Oelkers J (1996): Reformpädagogik. Eine kritische Dogmengeschichte. 3., vollst. bearb. u. erw. Aufl. Juventa Verlag, Weinheim/München

Paschen J (Hrsg.) (1994): Fritz Schumacher. Mein Hamburg. Bilder und Erinnerungen. Medien-Verlag Schubert, Hamburg

Rödler K (1987): Vergessene Alternativschulen. Geschichte und Praxis der Hamburger Gemeinschaftsschulen 1919–1933. Juventa Verlag, Weinheim/München

Schädel D (2003): Eine Rundfahrt zu Schumachers modernen Schulen. In: Denkmalschutzamt Hamburg (Hrsg.) (2003): Fritz Schumacher in der Moderne. Beiträge und Ergebnisse des Fritz-Schumacher-Kolloquiums 2002, hrsg. in Zusammenarbeit mit der Fritz-Schumacher-Gesellschaft e.V. Christians-Verlag, Hamburg, S. 93–102

- Schädel D u. a. (1994): Kommentiertes Verzeichnis der Werke Fritz Schumachers. In: Frank H (Hrsg.): Fritz Schumacher. Reformkultur und Moderne. Anlässlich der Ausstellung »Fritz Schumacher und seine Zeit«, Deichtorhallen Hamburg, 20. Mai bis 17. Juli 1994. Hatje, Stuttgart, S. 192–299
- Schumacher F (1904): Architektonische Aufgaben der Städte. In: Wuttke R (Hrsg.): Die deutschen Städte. Geschildert nach den Ergebnissen der ersten deutschen Städteausstellung zu Dresden 1903, Bd. 1. Verlag von Friedrich Brandstetter, Leipzig, S. 46–66
- Schumacher F (1929): Neue Regungen im Schulbau Nachkriegszeit. In: Die Baugilde. Mitteilungen des Bundes Deutscher Architekten 11, S. 925–927
- Schumacher F (1930): Hamburger Schulbauten nach dem Kriege. In: Der Baumeister. Zeitschrift für Architektur 28:333–336
- Schumacher F (1935): Stufen des Lebens. Erinnerungen eines Baumeisters. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart/Berlin
- Schumacher F (1949): Der Baumeister als Erzieher. In: Schumacher F: Selbstgespräche. Erinnerungen und Betrachtungen. Springer, Hamburg, S. 102–108
- Skiera E (2003): Reformpädagogik in Geschichte und Gegenwart. Eine kritische Einführung. Oldenbourg, München/Wien
- Tappe H (1994): Auf dem Weg zur modernen Alkoholkultur. Alkoholproduktion, Trinkverhalten und Temperenzbewegung in Deutschland vom frühen 19. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg. Franz Steiner Verlag, Stuttgart
- Tenorth H-E (1992): Geschichte der Erziehung. Einführung in die Grundzüge ihrer neuzeitlichen Entwicklung, 2. durchges. Auflage. Juventa Verlag, Weinheim/München

1.3

Verfolgung jüdischer Ärztinnen und Ärzte in Hamburg, 1933–1945

Rebecca Schwoch

Um die Sozial- und Gesundheitspolitik im nationalsozialistischen Sinne umzugestalten, bedurfte es einer »Gleichschaltung« und »Ausschaltung« sowie einer Zentralisierung und eines »Führerprinzips« im gesamten Gesundheitswesen. Das wesentliche Merkmal nationalsozialistischer Gesundheitspolitik war eine positive sowie eine negative Bevölkerungspolitik, welche die Aussonderung und »Ausmerze« der »Minderwertigen« und »Erbkranken« auf der einen Seite bedeutete sowie eine Stärkung der »Leistungsstarken« und »Erbgesunden« auf der anderen Seite. Diese Politik der »biologischen Ausmerze« – Zwangssterilisationen und »Euthanasie« – wurde von einem großen Teil der Ärzteschaft ideologisch unterstützt, viele waren daran aktiv beteiligt (van den Bussche & von Villiez 2018).

Somit galt die Erschaffung eines »arischen Volkskörpers« als das große Ziel nationalsozialistischer Politik. Rassenhygiene als Vernichtungsstrategie war eine der entscheidenden Grundlagen der NS-Medizin. Neben den »Erbminderwertigen« sah diese Ideologie auch die »rassisch Minderwertigen« – was in letzter Konsequenz Holocaust und Völkermord bedeutete. Im Deutschen Reich waren etwa 500.000 jüdische Menschen von dieser offiziell antisemitischen Politik betroffen, allein in Hamburg 16.973 (Bajohr 2008, S. 477).

Das Jahr 1933 und die Folgen

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten hielten Terror und Verfolgung Einzug in die deutsche Gesellschaft. Nach der Zerstörung jüdischer Läden, Praxen oder Kanzleien am Boykotttag des 1. April 1933 wurde vielen Betroffenen zum ersten Mal klar, »dass niemand die jüdische Minderheit vor dem aggressiven Antisemitismus des Nationalsozialismus« schützen würde (von Villiez 2009, S. 87). Das Engagement der 368 jüdischen Ärzte und Ärztinnen in Hamburg, die – wie überall – jüdische und nicht jüdische Patienten und Patientinnen gleichermaßen versorgten, war nun nicht mehr erwünscht, bald sogar verboten. Jüdischsein war jetzt keine Frage der Religion mehr, es bedurfte lediglich eines jüdischen Eltern- oder Großelternanteils, um als jüdisch zu gelten.

Die ersten jüdischen Ärzte und Ärztinnen wurden aufgrund des »Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums« vom 7. April 1933 in den Ruhestand versetzt bzw. aus dem Staatsdienst entlassen: Innerhalb eines Jahres schieden 70 von 178 »nicht arischen« Ärzten und Ärztinnen aus dem Hamburger öffentlichen Gesundheitswesen aus (von Villiez 2009, S. 77). Auch in der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg wurde »gesäubert«: 16 Angehörige des Lehrkörpers sowie mindestens fünf Assistenzärzte wurden aus »rassischen Gründen« entlassen, das entsprach etwa 14 % des gesamten Eppendorfer Lehrkörpers (van den Bussche 2014, S. 51–65). Unter diesen Entlassenen war die erste habilitierte Ärztin an der Hamburger Medizinischen Fakultät, die Physiologin Dr. Rahel Liebeschütz-Plaut (1894–1993). Sie hatte mit ihrer Heirat im Jahre 1924 zwar ihre Stelle als Assistenzärztin im Physiologischen Institut wegen einer Verordnung des Hamburger Senats aufgeben müssen, womit ihre Forschungstätigkeit beendet wurde, konnte jedoch ihre Lehrtätigkeit als Privatdozentin fortführen und Vorlesungen zur pathologischen Physiologie halten – bis ihr 1933 als »Nicht-arierin« die Lehrbefugnis entzogen wurde. Im Dezember 1938 floh sie mit ihrer Familie nach England. Ihre Karriere war zerstört. In der neuen Welt galt ihre fachliche Qualifikation nicht. So versorgte sie zunächst ihre eigene Familie und engagierte sich später ehrenamtlich in der Altenpflege (Fischer-Radizi 2019).

Viele der entlassenen Ärzte und Ärztinnen bemühten sich um eine Kassenzulassung, aus finanziellen Gründen. Aber auch den kassenärztlich Tätigen wurde nach und

nach die Existenzgrundlage entzogen: Zwischen 1933 und 1937 erschienen sieben »Verordnungen über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen«; jede dieser Verordnung zog den Kreis der Verfolgten größer. Die Hamburger Kassenärztliche Vereinigung (KV) entzog als zuständige Instanz im Jahr 1933 etwa einem Viertel, das waren mindestens 68, der jüdischen Kassenärzte und Kassenärztinnen die Zulassung (von Villiez 2009, S. 88). Die Augenärztin Dr. Emma Schindler (1883–1944) gehörte zu diesen Ersten, denen im Zuge der frauenfeindlichen Ideologie der Nationalsozialisten schon nach der ersten Zulassungsverordnung vom April 1933 die Kassenzulassung entzogen wurde – das nannte man »bevölkerungs- und familienpolitische Rücksicht« (Schwoch 2018b, S. 29).

Emma Schindler war eine der ersten Augenärztinnen Deutschlands. Mit der Schließung ihrer Kassenpraxis in der Hochallee 13 (Harvestehude) verlor sie eine wichtige Verdienstmöglichkeit, war sie doch von nun an auf Privatpatienten und -patientinnen angewiesen. Während ihren Brüdern und deren Familien die Emigration in die USA bzw. nach England gelang, hatten Emma Schindler und ihre Mutter Blanca keine Möglichkeit zu fliehen. 1938 mussten sie in eine kleinere Wohnung ziehen. Als Blanca Schindler im Juni 1939 starb, blieb Emma Schindler allein zurück (Schwoch 2019b).

Ihr Kollege Dr. Hermann Bohm (1869–1953) hingegen, seit ca. 1895 als chirurgischer und praktischer Arzt sowie als Wundarzt und Geburtshelfer niedergelassen, durfte seine Praxis in der Grindelallee 126 (Rotherbaum) weiterführen, weil er bereits vor 1914 niedergelassen und im Ersten Weltkrieg in einem Lazarett tätig war. Entsprechend tauchte er neben weiteren 229 Kassenärzten und -ärztinnen in der dreispaltigen »Liste der



Abbildung 1.3-1: Dr. Emma Schindler.
Quelle: Archiv Dr. Anna von Villiez.



Abbildung 1.3-2: Dr. Hermann Bohm.
Quelle: Staatsarchiv Hamburg, 720-1_388-37 Israelitisches Krankenhaus/Felix Epstein, Mappe mit Porträts des med. Personals (unsignierte Fotos).



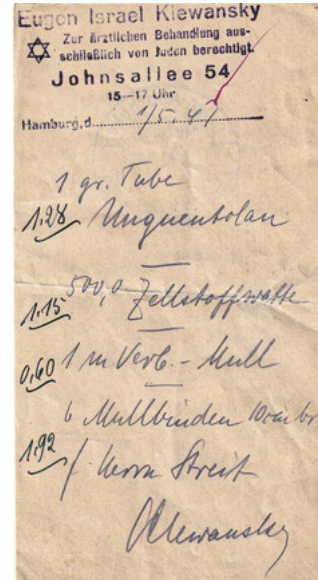
Abbildung 1.3-3: Dr. Rahel Plaut (später: Liebeschütz-Plaut).

Quelle: Privatarchiv Maggie Carver.

Abbildung 1.3-4:

Rezept Eugen Klewansky.

Quelle: Archiv der Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg (FZH), Bestand Hans Schwarz, 13.3.0.3.



nichtarischen Ärzte« auf, die 1933 in den *Mitteilungen für die Ärzte und Zahnärzte Gross-Hamburgs* abgedruckt wurde (Lochmann 1933, S. 486–487). Wilhelm Lochmann, Leiter der Hamburger KV, hatte allerdings nicht damit gerechnet, dass Reichsärztesführer Gerhard Wagner verboten hatte, eine solche Liste zu veröffentlichen: Die publizierte Liste wurde damit als ungültig deklariert, zumal sie »einige tatsächliche Unrichtigkeiten« enthalte (Wagner 1933, S. 508). Dr. Bohm war es mit der Fortführung seiner Praxis nun wenigstens noch möglich, Geld zu verdienen; gleichwohl schwand die Zahl der Patienten und Patientinnen von Jahr zu Jahr, weil der Kontakt zwischen »arischen« und »nichtarischen« Menschen nicht mehr erwünscht war (Schwoch 2019a).

Die Ausgrenzung missliebiger Ärzte und Ärztinnen – das betraf auch politisch Oppositionelle – bezog sich nicht nur auf den Entzug der Kassenzulassung, sondern zog weitere Kreise, vielfach durch eine Flut gesetzlicher Maßnahmen juristisch verankert, die von Jahr zu Jahr existenzbedrohender wurden. Jüdischen Ärzten und Ärztinnen konnte beispielsweise das Mietverhältnis vorzeitig gekündigt werden, sie hatten schon bald kein Recht mehr, medizinische Fortbildungskurse zu besuchen, wurden vom ärzt-

lichen Bereitschaftsdienst ausgeschlossen, erhielten keine Überweisungen ihrer »arischen« Kollegen und Kolleginnen mehr; mit der Reichsärzteordnung wurden Approbationen ab 1936 nur noch »deutschen« Menschen erteilt, die in »rassischer« Beziehung den NS-Anforderungen genügten, die Zulassung zur Doktorprüfung erhielten Juden und Jüdinnen ab 1937 nicht mehr.

Zu den von Jahr zu Jahr existenzbedrohender werdenden gesetzlichen Maßnahmen kamen Boykottmaßnahmen, Verhaftungsaktionen, Misshandlungen hinzu, die bald an der Tagesordnung waren. Und dennoch erreichten die Nationalsozialisten ihr eigentliches Ziel, die Vertreibung aller Juden und Jüdinnen aus dem Deutschen Reich, nicht. Die verhasste »Verjudung des Ärztestandes« (van Kann 1940, S. 283) konnte nicht »gereinigt« werden, auch in Hamburg nicht. So musste im September 1935 offenbar Zuversicht verstreut werden, als der Hamburger Ärzteführer Wilhelm Holzmann meinte formulieren zu müssen: »Es soll heute noch Tröpfe geben, die glauben, wir könnten nicht ohne Juden fertig werden und etwas leisten.« (Holzmann 1935, S. 448) Tatsächlich war aber dies der Fall, denn trotz all der Bemühungen, die Gesundheitsversorgung und -politik nach nationalsozialistischen Vorstellungen neu zu ordnen, musste Wagners Stellvertreter Heinrich Grote im Mai 1938 zugeben, dass der Bedarf an Ärzten zu diesem Zeitpunkt immer noch nicht gedeckt werden konnte (Anonym 1938).

Das Jahr 1938 und die Folgen

Eine systematische Ausplünderung vernichtete die »sozialen Existenzgrundlagen der deutschen Juden« und verursachte eine massive Verarmung (Gruner 2000). Die Chancen zu emigrieren schwanden von Jahr zu Jahr, erst recht mit Ausbruch des Krieges. Kaum ein Land nahm die Flüchtenden noch auf, von einer ärztlichen Lizenz ganz zu schweigen. Die Zahl der Emigrierten aus dem Deutschen Reich wird auf bis zu 330.000 geschätzt, allein aus Hamburg auf bis zu 10.000 (Oltmer 2016, S. 22; von Villiez 2009, S. 117). Bis zu 5.000 Ärzte und Ärztinnen sind aus dem Deutschen Reich – allein aus Hamburg 324 – geflüchtet, hauptsächlich in die USA, nach Palästina und Großbritannien (von Villiez 2009, S. 117–118).

Aber trotz dieses aggressiven Alltags lebten im Jahre 1938 immer noch 345.000 Juden und Jüdinnen im Deutschen Reich, allein in Hamburg etwa 10.000. Immer noch waren 3.670 jüdische Ärzte und Ärztinnen reichsweit tätig (Schwoch 2018b, S. 33). Für sie gipfelte der Verdrängungs- und Verfolgungsprozess in der Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz vom 25. Juli 1938, deren § 1 mit einem kurzen Satz alles beendete: »Bestellungen (Approbationen) jüdischer Ärzte erlöschen am 30. September 1938.« Damit war allen jüdischen Ärzten und Ärztinnen die Erlaubnis zur Berufsausübung verboten, denn Arzt bzw. Ärztin darf und durfte nur sein, wer eine gültige ärztliche Approbation besitzt. In der Oktober-Ausgabe des Ärzteblattes für Norddeutschland

veröffentlichte die Ärztekammer Hamburg kommentarlos Namen und Adressen von 195 Hamburger Ärzten und Ärztinnen, die nun keine mehr waren (Ärztekammer Hamburg 1938, S. 466 und 469).

Die zurückgebliebenen Verfolgten waren zunehmend eine Gruppe isolierter, verarmter, alter, kranker, versorgungsbedürftiger Menschen. Ein Recht auf Leben wurde ihnen höchstens noch in der Zwangsarbeit zugebilligt. Doch ungewohnte Arbeit, Mangelversorgung in jeder Hinsicht und psychische Qual führten zu Arbeitsunfällen, zu Schwächeanfällen, zu Krankheiten. Für deren medizinische Behandlung brauchte man jüdische Ärzte bzw. Ärztinnen, die es aber aufgrund des Approbationsentzuges nicht mehr gab. So musste ein neues Konstrukt her: Der § 2 der Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz sah eine Genehmigung »unter Auflagen« vor, wonach ehemalige jüdische Ärzte und Ärztinnen jüdische Patienten und Patientinnen sowie ihre eigene Familie medizinisch versorgen durften. Die Reichsvertretung der Juden in Deutschland gab an, dass am 1. Oktober 1938 von einst 9.000 jüdischen Ärzten und Ärztinnen im Deutschen Reich 709 als »Krankenbehandler« zugelassen wurden und sich ihre Zahl bis Jahresende auf 285 reduzierte (Schwoch 2018b, S. 55).

In Hamburg wurden für den gesamten infrage kommenden Zeitraum – von Oktober 1938 bis Kriegsende – 29 »Krankenbehandler« und eine »Krankenbehandlerin« ernannt, der Älteste unter ihnen war 70 Jahre alt, der jüngste 37. Diese Gruppe versorgte im Israelitischen Krankenhaus, das ab 1942 nur noch als »Krankenstation« fungierte, jüdische Patienten und Patientinnen. Dort wurde auch die poliklinische Behandlung der nicht Versicherungspflichtigen übernommen. Versicherungspflichtige hingegen – Zwangsarbeiter und Zwangsarbeiterinnen – versorgten in Hamburg »arische« Ärzte und Ärztinnen und rechneten diese »Judenfälle« mit der KV ab. Noch vor Beginn des Krieges konnten elf der Hamburger »Krankenbehandler« das Deutsche Reich Richtung USA, England, Palästina, Neuseeland, Norwegen, Argentinien, Brasilien oder Schanghai verlassen.

Im Jahre 1940 waren nur noch 13 »Krankenbehandler« tätig, wiederum zwei Jahre später waren es noch zehn. Zu der Zeit lebten noch knapp 4.000 jüdische Menschen in Hamburg (Schwoch 2015–2016). Medizinisch erhielten sie eine Grundversorgung. Aber diese »Wohltat« barg für die »Krankenbehandler« auch ein ethisches Dilemma, denn sie gerieten in eine immer enger bemessene Zwangssituation, da sie an der »Auslese« für die Deportationen zwingend beteiligt waren: Ab Oktober 1941 mussten die »Krankenbehandler« ihre eigenen Patienten und Patientinnen als transportfähig bzw. -unfähig deklarieren. Letzteres konnte ein Aufschub der Deportation bedeuten, dafür kam aber ein anderer Mensch auf die Liste (Schwoch 2018b). Zugleich befanden sich »Krankenbehandler« stets selbst in Gefahr: Acht der Hamburger »Krankenbehandler« wurden deportiert, darunter Dr. Emma Schindler, die am 19. Juli 1942 in das Getto Theresienstadt deportiert wurde. Dort leitete sie eine Augenpoliklinik, bis sie im Okto-



Abbildung 1.3-5: Dr. Berthold Hannes.
Quelle: Staatsarchiv Hamburg, 611-11 IK, Sig 36.



Abbildung 1.3-6: Dr. Hans Sommerfeld um 1938.
Quelle: Museum Hagenow. Alte Synagoge. Archiv Hanna-Meinungen-Haus, Mapped Sommerfeld.

ber 1944 in das Vernichtungslager Auschwitz deportiert wurde. Dort endete ihr Leben im Alter von 61 Jahren. Ihre Spur verliert sich hier. Auf Antrag ihrer Angehörigen wurde sie 1948 auf den 8. Mai 1945 für tot erklärt (Schwoch 2019b).

Auf dem Deportationszug vom Juli 1942 nach Theresienstadt, zu dem etwa 800 Menschen aus Hamburg, dem Regierungsbezirk Lüneburg und der Provinz Schleswig-Holstein gehörten, befanden sich auch Dr. Bohm und seine Frau Elise. Auch er war im Getto ärztlich tätig. Elise und Hermann Bohm überlebten. Nach der Befreiung wurde das Paar zunächst in ein Displaced Person Camp gebracht, im Juni 1946 gelang ihnen die Ausreise zum Sohn Charles Martin Bohm nach Detroit (USA). Dort war Dr. Bohm noch für einige Jahre als Arzt tätig, bis er 84-jährig starb (Schwoch 2019a).

Fazit

Am Ende dieser Schreckensherrschaft waren noch vier »Krankenbehandler« mit ungefähr 40 jüdischen Menschen in der »Krankenstation Hamburg«, dem ehemaligen Israelitischen Krankenhaus, zugegen: der »Chefbehandler« Dr. Martin-Heinrich Corten (1889–1962) sowie die »praktischen Behandler« Dres. Berthold Hannes (1882–1955), Eugen Klewansky (1883–1954) und Hans Sommerfeld (1894–1965). Dr. Corten leitete

YAD VASHEM DAF-ED דף-עד יד ושם Martyrs' and Heroes' Remembrance Authority A Page of Testimony P.O.B. 84 Jerusalem, Israel	
תוק וזכרון השואה העברתה — תשי"ג 1953 קובע בסעיף מס' 2: תפקידו של יד ושם הוא לאסוף את המסמכים והמסמכים של כל אלה שבני העם היהודי, שנפלו ונחטפו ונרצחו, ונחטפו ונרצחו בשלבים השונים והמגוונים, ולחיותם שם וזכרם להם, לשמירתם ולמסירתם שנתרבו בגלל השתייכותם לעם היהודי. (ספר החוקים מס' 132, י"ז אלול תשי"ג 28.8.53)	
THE MARTYRS' AND HEROES' REMEMBRANCE LAW, 5713—1953 determines in Article No. 2 that The task of YAD VASHEM is to gather into the homeland material regarding all those members of the Jewish people who laid down their lives, who fought and rebelled against the Nazi enemy and his collaborators, and to perpetuate their memory and that of the communities, organizations, and institutions which were destroyed because they were Jewish.	
Family name * SCHINDLER • שם המשפחה	
First Name (maiden name) (שם לפני נישואין) EMMA (Dr. Ange Specialist)	
תמונה Photo	Place of birth (town, country) Berlin Germany
	Date of birth 13 July 1883
	Name of mother BLANKA ne Hirschfeld
Name of spouse (if a wife, add maiden name) HIRSHEL	
Place of residence before the war HAMBURG MITTEL WEG Germany	
Places of residence during the war Theresienstadt and Auschwitz	
Circumstances of death (place, date, etc.) unknown - only got a letter that she was sent to Auschwitz	
I, the undersigned Helse Schindler (Mrs.) residing at (full address) Heinrich Stahl House the Bishops Ave relationship to deceased Sister in law	
hereby declare that this testimony is correct to the best of my knowledge.	
Signature Helse Schindler	
Place and date London 25 October 1977	
..ונתתי להם בביתי ובחומותי יד ושם... אשר לא יכרת: ..even unto them will I give in mine house and within my walls a place and a name... that shall not be cut off." (Isaiah, LVI,5)	
* נא לרשום את שמם של כל נספה על דף נפרד. • Please inscribe the name of each victim of the Holocaust on a separate form.	

Abbildung 1.3-7: A Page of Testimony: Yad Vashem. Quelle: The World Holocaust Remembrance Center, https://yvng.yadvashem.org/index.html?language=de&s_id=13461815&s_lastName=&s_firstName=&s_place=&s_dateOfBirth=&cluster=true.

das Krankenhaus noch bis 1946 und eröffnete dann seine eigene Praxis in Rotherbaum; Dr. Hannes übernahm die Leitung des Krankenhauses bis zu seinem Tod im Dezember 1955; Dr. Klewansky eröffnete eine allgemeinmedizinische Praxis in Eimsbüttel, Dr. Sommerfeld in Eppendorf. Nach den Angaben der Reichsvereinigung der Juden in Deutschland haben 647 Juden und Jüdinnen das Ende des Krieges in Hamburg erlebt (Schwoch 2015–2016, S. 178).

Der Nationalsozialismus ist und bleibt das Trauma des 20. Jahrhunderts, das mehrere Generationen überspannt und weitere Generationen mehr oder weniger betrifft. Diese Verfolgung und Vertreibung der jüdischen Ärzte und Ärztinnen stellte im Gesundheitswesen einen erheblichen Bruch dar, der seine Spuren hinterlassen hat und bis heute von gesellschaftlicher Bedeutung ist. Die Mehrzahl dieser Verfolgten wurde zur Emigration gezwungen, viele wurden deportiert, einige wählten den Suizid, nur wenige, die in Hamburg verblieben, überlebten diese »homicidal tyranny«, von einer unmenschlichen Welt geschaffen (Bauman 1993, S. 205). Heute zählen die beiden Hamburger jüdischen Gemeinden zusammen knapp 3.000 Mitglieder – von einst knapp 17.000 (Jüdische Gemeinde in Hamburg; Liberale Jüdische Gemeinde Hamburg; Bajohr 2008, S. 477).

QUELLEN UND LITERATUR

Anonym (1938): Tagesgeschichtliche Notizen. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 85, S. 895

Ärztekammer Hamburg (1938): Gemäß 4. Notverordnung zum Reichsbürgergesetz wurde am 30. September 1938 die Bestallung entzogen. In: Ärzteblatt für Norddeutschland 1, S. 466 und 469

Bajohr F (2008): Von der Ausgrenzung zum Massenmord. Die Verfolgung der Hamburger Juden 1933–1945. In: Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg (Hrsg.): Hamburg im »Dritten Reich«. 2., durchges. Aufl., Wallstein, Göttingen, S. 471–518

Bauman Z (1993): *Modernity and the Holocaust*. Polity Press, Cambridge, UK

Bussche H van den (2014): *Die Hamburger Universitätsmedizin im Nationalsozialismus. Forschung – Lehre – Krankenversorgung*. Dietrich Reimer Verlag, Berlin/Hamburg

Bussche H van den, Villiez A von (2018): *Das Gesundheitswesen Hamburgs im Nationalsozialismus*. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Bd. 2. oekom verlag, München, S. 41–53

Fischer-Radizi D (2019): *Vertrieben aus Hamburg. Die Ärztin Rahel Liebeschütz-Plaut*. Wallstein, Göttingen

Gruner W (2000): *Armut und Verfolgung: Die Reichsvereinigung, die jüdische Bevölkerung und die antijüdische Politik im NS-Staat 1939 bis 1945*. In: Jersch-Wenzel S in Verbindung mit Guesnet F, Pickhan G, Reinke A, Schwara D (Hrsg.): *Juden und Armut in Mittel- und Osteuropa*. Böhlau Verlag, Köln u. a., S. 405–433

Holzmann W (1935): *Rückblick und Ausblick*. In: Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2, S. 447–450

Jüdische Gemeinde in Hamburg: Auskunft an die Autorin vom 09.09.2021

Kann E van (1940): Die Zahl der Ärzte und ihre Gliederung im Jahre 1939. In: Deutsches Ärzteblatt 70, S. 283–286

Liberaler Jüdischer Gemeinde Hamburg: Auskunft an die Autorin vom 09.09.2021

Lochmann W (1933): Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, Verwaltungsstelle Hamburg: Liste der nichtarischen Ärzte, welche entweder infolge Niederlassung vor 1914 oder infolge von Frontdienst im Kriege die RVO- und Ersatzkassen behalten haben. In: Mitteilungen für die Ärzte und Zahnärzte Gross-Hamburgs 39, S. 486–487

Oltmer J (2016): Kleine Globalgeschichte der Flucht im 20. Jahrhundert. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament 66:18–25

Schwach R (2015–2016): The Situation and Ethical Dilemmas of Krankenbehandler (Sick Treaters), 1938–1945: The Example of Hamburg. Korot. The Israel Journal of the History of Medicine and Science 23:173–194

Schwach R (2018b): Jüdische Ärzte als Krankenbehandler in Berlin zwischen 1938 und 1945. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main

Schwach R (2019a): Bohm, Hermann. In: Kopitzsch F, Brietzke D (Hrsg.): Hamburgische Biografie. Personenlexikon, Bd. 7. Wallstein Verlag, Göttingen, S. 34–35

Schwach R (2019b): Schindler, Emma. In: Kopitzsch F, Brietzke D (Hrsg.): Hamburgische Biografie. Personenlexikon, Bd. 7. Wallstein Verlag, Göttingen, S. 295–296

Villiez A von (2009): Mit aller Kraft verdrängt. Entrechtung und Verfolgung »nicht arischer« Ärzte in Hamburg 1933 bis 1945. Studien zur jüdischen Geschichte, Bd. 11. Dölling und Galitz Verlag, München/Hamburg

Wagner G (1933): Bekanntmachung. In: Mitteilungen für die Ärzte und Zahnärzte Gross-Hamburgs, 41, S. 508

1.4

»Aus wohnhygienischen Gründen alsbald zu ersetzen« – Städtebau und Hygiene in Altona am Beispiel der südlichen Holstenstraße

Henrik Eßler

Wer, von St. Pauli kommend, den Hamburger Stadtteil Altona-Altstadt betritt, wird möglicherweise meinen, sich verirrt zu haben. Kaum etwas erinnert hier an eine Altstadt. Vielmehr zeichnet sich an der Grenze zum gründerzeitlich dominierten Vergnügungsviertel ein städtebaulicher Bruch ab: Dort, wo die einst eigenständige Stadt Altona ihren Ursprung hatte, prägen nun moderne Neubauten das Stadtbild. Auf dem Grund des früher dicht besiedelten Stadtkerns ragen einzelne Hochhäuser aus weiten Grünflächen heraus. Anstelle der engen und geschäftigen Gassen durchqueren breite

Verkehrsstraßen begrünte Flächen und Wohnviertel. Es sind die Spuren eines städtebaulichen Großvorhabens, das trotz seiner Öffentlichkeitswirkung kaum noch bekannt ist: »Neu-Altona« (Beyer 2016, Eßler 2015, Necker 2014, Timm 1982).

Im Juli 1943 war Altona durch die alliierten Bombenangriffe zu großen Teilen zerstört worden. Insbesondere der südlich zur Elbe gelegene Altstadt kern war vor den Flammen nicht zu retten gewesen, während andere Bereiche geringere Schäden davortrugen. Ungefähr 60 % der Wohnungen waren nach Kriegsende verloren. Von den ehemals (1939) rund 65.000 Einwohner*innen hatten 31.000 das Gebiet verlassen oder waren ums Leben gekommen. Viele fanden in den Nachbarstadtteilen eine Bleibe, andere in den noch etwa 8.100 intakten Wohnungen oder in Notunterkünften.

Die entstandenen Trümmerfelder wurden zum Ausgangspunkt einer Idee. Anders als im übrigen Stadtgebiet lockte hier die Gelegenheit zur einer grundlegenden Neuordnung. In Abkehr von der als »überkommen« (Dähn 1958, S. 85) erachteten Stadt des 19. Jahrhunderts sollte eine geordnete und gesunde Umgebung für den »neuen Menschen« (Poppelreuter 2007; Düwel & Gutschow 2008, S. 32) geschaffen werden. Zu einem Leitbegriff des städtischen Umbaus wurde die »Hygiene« (Rodenstein 1996). Die Auslegung des Konzeptes ging über Vorstellungen von Sauberkeit und Krankheitsvermeidung hinaus. Wie im Folgenden gezeigt werden soll, bot der ideologisch unverfängliche Begriff auch Anknüpfungspunkte für sozialhygienische Ordnungsvorstellungen und antimoderne Ideologien der vorangegangenen Jahrzehnte.

»Eine großartige Chance«

Für das Projekt »Neu-Altona« übernahmen mit Ernst May und Werner Hebebrand zwei politisch unbelastete Stadtplaner die Federführung. Beide waren in der Weimarer Republik vom Neuen Bauen geprägt worden, unter anderem in der gemeinsamen Arbeit in Frankfurt und der Sowjetunion. May wurde 1951 Leiter der Planungsabteilung der »Neuen Heimat«. Dieser gewerkschaftseigene Wohnungsbaukonzern war maßgeblich in den Wiederaufbau der deutschen Städte involviert (Kramper 2008). Hebebrand, der 1952 das Amt des Hamburger Oberbaudirektors übernahm, erkannte in May einen kongenialen Partner: »Nicht ohne Hintergedanken hatte er den Tatendurst seines alten Freundes [...] auf Altona gelenkt«, formulierte *Der Spiegel*: Als »menschlicher Bulldozer« sollte der renommierte Städtebauer die »zahllosen großen und kleinen Schwierigkeiten, Interessengegensätze und kommunalen Bedenklichkeiten, die den Neubau jahrelang verhindert hatten«, aus dem Weg räumen (*Der Spiegel* 1955, S. 31).

Im November 1954 stellten beide ihr gigantisches Bauvorhaben der Öffentlichkeit vor: Erstmals in Hamburg sollte ein ganzer Stadtteil mit über 210 Hektar Fläche nach neuen städtebaulichen Grundsätzen umstrukturiert werden. Die Presse reagierte euphorisch: »Eine großartige Chance«, titelte etwa das *Hamburger Abendblatt*, das der

Planung eine ganze Seite widmete (Baumann 1954, S. 1). Hebebrand hatte zunächst ein kleineres Plangebiet ins Auge gefasst. Wie das Stadtmodell des Bauamtes (Abb. 1.4-1) verbildlicht, ging das von May anvisierte Programm weit über den Wiederaufbau hin-



Abbildung 1.4-1: »Umfassende Neuordnung«: Stadtmodell Neu-Altona, um 1954.

Quelle: Stiftung Historische Museen Hamburg – Altonaer Museum, Inv.-Nr. AB13758,2. Foto: Elke Schneider.

aus. Neu-Altona wurde zu einem groß angelegten Sanierungsvorhaben. Anders als die Darstellung des Planungsbüros suggerierte, war das Gebiet nach Kriegsende nämlich keineswegs vollständig zerstört. 1953 lebten noch rund 42.000 Menschen in den über 10.000 verbliebenen Wohnungen. »Diese Gebiete haben eine unzerstörte größere Bau-substanz, die aus wohnhygienischen Gründen baldmöglichst zu sanieren ist«, hieß es im Programm des Planungsbüros (Dähn 1958, S. 100).

Nachbarschaften statt Mietskasernen

Dort, wo sich die dichteste altstädtische Bebauung befunden hatte, sah der Plan für Neu-Altona große Grüngürtel vor. Zwei breit angelegte Verkehrsadern durchschnitten das in »Nachbarschaften« unterteilte Plangebiet. In den Wohngebieten sollten optimal belichtete Zeilenbauten die kleinteilige Bebauung ersetzen, das differenzierte Straßennetz sollte den Durchgangsverkehr fernhalten. Wo »zahllose Einzelfeuerstätten« eine »bedrückende Dunstglocke« (Dähn 1958, S. 58) über die Stadt gelegt hatten, sollten Fernwärmeleitungen die neuen Hochbauten versorgen. Den Mittelpunkt des Stadtteils bildete ein vom Bahnhof ausgehendes Geschäftszentrum mit Fußgängerzone und U-Bahn-Anschluss (Dähn 1958, S. 46 f.).



Abbildung 1.4-2: Blick über den unzerstörten Teil der Altonaer Altstadt, um 1954.

Foto: Hamburgisches Architekturarchiv, Bestand Neue Heimat, Foto: Neue Heimat/Herbert Dombrowski, Sign. HAA_NH_FA113, S. 39, 346-16.

Anstelle von Stuckfassaden sollte die Stadt selbst – ihre räumliche Ordnung und bauliche Gruppierung – in die Rolle der künstlerischen Gestaltung treten. Insbesondere Ernst Mays Anspruch war es, Neu-Altona eine mustergültige Form zu geben. Jahrelang von politischen und sachlichen Zwängen eingeschränkt, erschien das Projekt ihm eine ideale Möglichkeit für ein »Schaffen im Großen«. Nirgendwo konnte eine Generalabrechnung mit der alten Stadt, die für ihn »schon tot war, ehe sie zerbombt wurde«, besser vorgeführt werden (Der Spiegel 1955, S. 30).

Die Ablehnung der »alten Stadt« hatte bereits Tradition. Sie gründete im Kern auf einer bürgerlichen Kulturkritik. Schon seit der Jahrhundertwende hatten rechte wie linke Intellektuelle die Überwindung der »entseelten« (Reichow 1948, S. 12) großstädtischen Lebensweise gefordert. Die »Mietskaserne« wurde abhängig von der ideologischen Lesart zum Inbegriff moralischen Wertverfalls oder kapitalistischer Ausbeutung. Auswege suchten Stadtplaner*innen in eskapistischen Utopien, die zur Neuanlage begrünter Gartenstädte führten, aber auch in weitgehenden Sanierungsplänen für die Innenstädte, deren beengte Wohnquartiere schonungslos beseitigt werden sollten (Rodenstein 1988, S. 150 f.).

Kontinuitäten der Sanierungsplanung

In Altona waren Pläne zur Neubebauung des Altstadt-kerns bereits vor dem Ersten Weltkrieg diskutiert worden. Für eine Flächensanierung, wie sie in den Hamburger »Gängevierteln« in Angriff genommen wurde, mangelte es jedoch an kommerziellen Interessen. Auch das kommunale Wohnungsbauprogramm der Zwischenkriegszeit blieb aus Mangel an Flächen auf die Randbezirke beschränkt (Kösters 2008, Timm 1982). Im Stadtkern setzte Baudirektor Gustav Oelsner auf einzelne Neubauten, die als »Quellen geistiger und sittlicher Kräfte« ihre »klärende und reinigende Macht« auf ihre Umgebung ausstrahlen sollten (Hoffmann 1929, S. 84). An den Wohnbedingungen der dort lebenden Arbeiterbevölkerung änderte sich indes wenig.

»Bedauerlicherweise sind die Kinder, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, in diesen durchweg feuchten und schlecht belichteten Wohnungen schweren gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt«, konstatierte der Soziologe Heinz Kaufmann 1928 in seiner »sozialen Gliederung der Altonaer Bevölkerung« (1928, S. 61). Seine Angaben bezogen sich größtenteils auf das als »außerordentlich umfangreich« (Schwan 1929, S. 268) bezeichnete Sanierungsgebiet im Stadtosten: Ebdort, wo heute die Holstenstraße südlich endet, war eine eigentümliche proletarische Lebenswelt zu finden, die vom nahen Hafen, allgegenwärtiger Armut und dem angrenzenden Vergnügungsviertel geprägt wurde (Eßler 2017, Hoffmann 1948, S. 265 f.).

Die Vermischung gesundheitlich-medizinischer und politisch-ideologischer Aspekte im Hygienebegriff kommt in den Schilderungen Kaufmanns beispielhaft zum

Abbildung 1.4-3:

Proletarische Lebenswelten
im Sanierungsviertel, um 1954.

Foto: Hamburgisches Architektur-
archiv, Bestand Neue Heimat,
Foto: Neue Heimat/Herbert
Dombrowski, Sign. HAA_NH_FA113,
S. 65, 347-32.



Ausdruck: »Wenn dieses ›dunkle‹ Viertel schon rein äußerlich einen solchen Anblick bietet, so kann es nicht mehr verwundern, wenn die Bevölkerung diesem Milieu entspricht«, so der Soziologe: »Die Unsauberkeit in mancher Wohnung ist geradezu fürchterlich, und man kann sich bisweilen des Gedankens nicht erwehren, dass auch eine Sanierung hier nicht viel helfen würde. [...] Schon die Art, wie viele Wohnungen bewohnt werden, zeigt, dass die Bevölkerung nicht besser ist als diese Wohnungen.« (Kaufmann 1928, S. 62) Die Äußerungen deuten zugleich eine sozial-lamarckistische Konzeption der zeitgenössischen Stadtsoziologie an. Nicht wenige Theoretiker gingen davon aus, der schlechte Einfluss der Stadtquartiere schlage sich im Erbgut seiner Bewohner nieder und führe zu »Entartung« und »Degeneration« (Witzler 1995, S. 13, 164, Schneider 2007).

Nicht erst die Nationalsozialisten erachteten die proletarische Kultur der Altonaer Altstadt zudem als sicherheitspolitisches Problem (McElligott 1998, S. 166). »Ungesunde

Wohnungsverhältnisse erzeugen zwangsläufig asoziale, staatsfeindliche Elemente. Eine kartografische Darstellung des Wohnungselends einer Stadt deckt sich bis auf das einzelne Haus mit einer solchen der kommunistischen Wähler in früheren Wahlen«, stellte der Stadtplaner Konstanty Gutschow fest (Schubert 1986, S. 65). Zu den potenziellen Widerstandsnestern wurde die Altonaer Altstadt gezählt, die in Anspielung auf ihre als kriminell geltende Bevölkerung in Polizeikreisen als »Abruzzenviertel« (Danner 1958, S. 234) bekannt geworden war. 1934 wurde unter dem Einsatz von Reichswehreinheiten ein kleiner Teil des Sanierungsgebiets geräumt und abgerissen (Timm 1988, S. 466).

Hygienische Stadtlandschaften

Wenngleich sich die Planer in den 1950er-Jahren auf neue sozialpolitische Ziele beriefen, sind konzeptionelle Kontinuitäten unverkennbar. Neu-Altona basierte maßgeblich auf städtebaulichen Leitbildern, die bereits während der NS-Zeit entwickelt worden waren. Prägend waren insbesondere die »Stadtlandschaft« (Reichow 1948, Sohn 2008) und »Die gegliederte und aufgelockerte Stadt« (Göderitz et al. 1957). Gemeinsam ist diesen Konzepten die fundamentale Ablehnung der Großstadt. Im Fadenkreuz



Abbildung 1.4-4: Hygienisierter Stadtraum für die bürgerliche Familie: Spielplatz in Neu-Altona.

Foto: Hamburgisches Architekturarchiv, Bestand Neue Heimat, Foto: Neue Heimat/Peter-H. Benecke, Sign. HAA_NH_FH 1.02.005.1, Benecke 2386

der Kritik stand insbesondere ein im Zuge der Industrialisierung entstandener proletarischer Lebensstil, der zur Auflösung traditioneller Familienstrukturen geführt hatte.

»Das Leben und Treiben in den neuen Arbeitervierteln [...] musste aus der Perspektive des Bürgertums in der Tat als formlos, zügellos, fremdartig und unheimlich erscheinen«, so der Soziologe Hans-Paul Bahrdt (1969, S. 110). Die darin erkannte »Vermassung« (Kramper 2008, S. 157) wurde zum Sammelbegriff einer allgemeinen Modernisierungsangst und konservativer Kulturkritik, deren Nachklang auch die städtebaulichen Ansätze der Nachkriegszeit dominierte. Charakteristisch kommt dies in Reichows Konzept zur Geltung: »Wir sind uns klar, dass die erwähnten Symptome eines entarteten Großstadtlebens nur die Zeichen eines allgemeinen Zerfalls der lebendigen Einheit zwischen unserer äußeren und inneren Welt darstellen, der durch die Rationalisierung und Verzweckung, die damit einhergehende Entseelung, Entinnerlichung und Vermassung alles Lebens um uns in gegenseitiger Wechselwirkung ausgelöst wurde.« (Reichow 1948, S. 12)

An die Seite moralischer Bedenken waren spätestens in den 1920er-Jahren außerdem eugenisch begründete Befürchtungen einer »Degeneration« und Ängste um die »Leistungsfähigkeit und Reproduktionskraft der Bevölkerung« getreten (Witzler 1995, S. 13). Indem Gesundheit vor dem Hintergrund von Rationalisierungsdiskursen zusehends als Produktionsfaktor verstanden wurde, kamen der »Hygienisierung des städtischen Raums« biopolitische Ziele zu (Mümken 2012, S. 128 f.). Das Ende des Zweiten Weltkrieges markierte in dieser Hinsicht keine Zäsur. Noch 1957 erklärte der Hygieniker Hans Harmsen »die Art unseres Wohnungsbaues« zu einer »generative[n] Entscheidung« (1957, S. 499), und auch Göderitz, Hoffmann und Rainer formulierten das Ziel der »Bestandserhaltung unseres Volkes und Kultur« (1957, S. 91).

In der Kampagne zur Begleitung Neu-Altonas stellten »wohnhygienische Gründe« ein dominantes Argument dar (Dähn 1958, S. 100, 102). Nachdem die ideologisch belasteten Bestandteile aus dem Vokabular der Stadtplaner gestrichen worden waren, kam dem »Hygiene«-Begriff eine zusätzliche soziale Bedeutung zu. »Die Hygiene«, so formuliert es Jürgen Mümken, »die sich als Ordnung der bürgerlichen Familie entwickelte, diente der Normalisierung der (sub-)proletarischen Schichten, da sie in ihren Formen zu leben am weitesten von Normen der bürgerlichen Gesellschaft entfernt waren.« (2012, S. 128)

Enttäuschte Hoffnungen

Der Gedanke einer Verlagerung des Lebensmittelpunktes vom Öffentlichen ins Private ist auch im Neu-Altona-Konzept erkennbar: »Die Straße, früher das beherrschende Erlebnis einer Stadt«, wurde nun als »reiner Verkehrsträger« (Dähn 1958, S. 48) verstanden. Als »lebendige [...] Mittelpunkte städtischen Lebens« (Dähn 1958, S. 75) waren die



Abbildung 1.4-5: Wohnhochhäuser an der neu angelegten Holstenstraße, 1962.

Foto: Hamburgisches Architekturarchiv, Bestand Neue Heimat, Foto: Neue Heimat/Peter-H. Benecke, Sign. HAA_NH_FH 1.02.005.1, Benecke 970-55

öffentlichen Grün- und Erholungsflächen vorgesehen. Seine konsequenteste Umsetzung fand dieses bauliche Prinzip rund um den heutigen Walter-Möller-Park. Als Hauptverkehrsader wurde die Holstenstraße in Richtung Süden durch den neuen Grüngürtel verlängert, an dessen Rändern einzelne Wohnhochhäuser und luftig getrennte Zeilenbauten platziert wurden.

Es würde den Motiven der Planer jedoch nicht gerecht werden, die Konzeption als rückwärtsgewandt zu bezeichnen. Dem Ansatz des Social Engineering folgend, wurde der Stadtplanung eine gesellschaftsformende Kraft zugesprochen (Leendertz 2009). Nach den Erfahrungen von Diktatur und Krieg sollte Neu-Altona nicht nur ein gesundes Lebensumfeld schaffen, sondern »ein Gefühl der Nachbarschaft auch für den Großstädter möglich machen« (Dähn 1958, S. 48). Die am Reißbrett geplanten Erholungsflächen und Stadtteilzentren blieben hinter den Erwartungen der Sozialingenieure jedoch zurück. Den zum »Abstandsgrün« (Fleckenstein 2004, S. 47) degradierten innerstädtischen Freiräumen mangelte es letztlich an Gestaltung, aber auch an der gewohnten Intimität der Gänge und Hinterhöfe.

Gleichwohl verbietet sich eine romantische Verklärung früherer Verhältnisse. Die neuen Wohnungen boten nicht nur Licht und Luft, sondern auch ungekannten Komfort. Waren die Neubauten mit Fernwärmeheizungen und Vollbädern ausgestattet, prägten in den umliegenden Altbauvierteln noch Jahrzehnte später Etagentoiletten und Kohleheizungen das Bild. Trotzdem überlagerte bald das Unbehagen mit der »Unwirt-

lichkeit« (Mitscherlich 1965) der monotonen Wohnsiedlungen die Wahrnehmung. Den praktischen Errungenschaften von Sauberkeit und Ordnung standen die psychosozialen Folgen eines verödeten Stadtraums entgegen. In den 1970er-Jahren wurde der Plan schließlich unvollendet aufgegeben. Unter Federführung einer neuen Generation von Planer*innen hatte die »Hygiene« als Leitbegriff städtebaulicher Ordnungspolitik an Relevanz verloren. In den Konzepten der nachfolgenden Jahrzehnte spielten gesundheitliche Aspekte eine untergeordnete Rolle.

LITERATUR

- Bahrdt HP (1969): Die moderne Großstadt. Soziologische Überlegungen zum Städtebau. Wegner, Hamburg
- Baumann G (1954): Neu-Altona, eine großartige Chance. In: Hamburger Abendblatt, 27.11.1954, S. 1
- Beyer E (2016): Neu-Altona. Kontroversen über moderne Freiraumplanung in transnationalen Expertennetzwerken der Nachkriegszeit. In: Bernhardt C (Hrsg.): Städtische öffentliche Räume: Planungen, Aneignungen, Aufstände 1945–2015. Steiner, Stuttgart, S. 31–59
- Dähn A (1958): Neu-Altona. Planung zum Aufbau und zur Sanierung eines kriegszerstörten Stadtkerngebietes in der Freien und Hansestadt Hamburg. Hammonia-Verlag, Hamburg
- Danner L (1958): Ordnungspolizei Hamburg. Betrachtungen zu ihrer Geschichte; 1918–1933. Verlag Dt. Polizei, Hamburg
- Der Spiegel (1955): Der Plan-Athlet. In: Der Spiegel 19:30-37
- Düwel J, Gutschow N (2008): Fortgewischt sind alle überflüssigen Zutaten. Hamburg 1943 – Zerstörung und Städtebau. Lukas-Verlag, Berlin
- Eßler H (2015): Ungeliebte alte Stadt. Stadtwahrnehmung und Sanierungspraxis in Altona im 20. Jahrhundert. In: Czech HJ, Hirsch V, Kopitzsch F (Hrsg.): 350 Jahre Altona. Von der Verleihung der Stadtrechte bis zur Neuen Mitte (1664–2014). Sandstein, Dresden, S. 264–275
- Eßler H (2017): Hart an der Grenze. Hamburg und St. Pauli in den 1920er Jahren. In: Wittmann O (Hrsg.): Karl Finke Buch No. 3. Nachlass Warlich, Henstedt-Ulzburg, S. 140–150
- Fleckenstein T (2004): Altona-Altstadt Süd. Revitalisierung eines (mehrfach) zerstörten Stadtteils. Dipl.-Arbeit, Hamburg
- Göderitz J, Hofmann H, Rainer R (1957): Die gegliederte und aufgelockerte Stadt. Wasmuth, Tübingen
- Harmsen H (1957): Stellungnahme zu den großstädtischen Zivilisationsschäden seitens der Hygiene. In: Vogler P, Kühn E (Hrsg.): Medizin und Städtebau. Ein Handbuch zum gesundheitlichen Städtebau. Bd. 1. Urban & Schwarzenberg, München, S. 499–502
- Hoffmann PT (1929): Neues Altona: 1919–1929. Zehn Jahre Aufbau einer deutschen Grosstadt. Diederichs, Jena
- Hoffmann PT (1948): Mit dem Zeiger der Weltenuhr. Bilder und Erinnerungen. Springer, Hamburg
- Kaufmann H (1928): Die soziale Gliederung der Altonaer Bevölkerung und ihre Auswirkungen auf das Wohlfahrtsamt. Hammerich & Lesser, Altona

- Kösters H (2008): Von der Wohnung zur Stadt – Kommunale Wohnungspolitik in der Weimarer Republik. Das Beispiel der preußischen Stadt Altona. In: Dogramaci B (Hrsg.): Gustav Oelsner. Stadtplaner und Architekt der Moderne. Hamburg, S. 33–42
- Kramper P (2008): Neue Heimat. Unternehmenspolitik und Unternehmensentwicklung im gewerkschaftlichen Wohnungs- und Städtebau 1950–1982. Steiner, Stuttgart
- Leendertz A (2009): Ordnung, Ausgleich, Harmonie. Koordinaten raumplanerischen Denkens in Deutschland, 1920 bis 1970. In: Etzemüller T (Hrsg.): Die Ordnung der Moderne. Social Engineering im 20. Jahrhundert. Transcript, Bielefeld, S. 129–152
- McElligott A (1998): Contested City. Municipal Politics and the Rise of Nazism in Altona, 1917–1937. Univ. of Michigan Press, Ann Arbor
- Mitscherlich A (1965): Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden. Edition Suhrkamp 123, Frankfurt am Main
- Mümken J (2012): Die Ordnung des Raumes. Foucault, Bio-Macht, Kontrollgesellschaft und die Transformation des Raumes. Edition AV'88, Lich
- Necker S (2014): Zwischen Abriss, Neuplanung und Rekonstruktion. Neu-Altona als Teil des Hamburger Wiederaufbaus 1950–1979. In: Wagner-Kyora G (Hrsg.): Wiederaufbau europäischer Städte/Rebuilding European Cities. Rekonstruktionen, die Moderne und die lokale Identitätspolitik seit 1945/Reconstructions, Modernity and Local Politics of Identity Construction since 1945 (Beiträge zur Stadtgeschichte und Urbanisierungsforschung 15). Steiner, Stuttgart, S. 423–443
- Poppelreuter T (2007): Das neue Bauen für den neuen Menschen. Zur Wandlung und Wirkung des Menschenbildes in der Architektur der 1920er Jahre in Deutschland. Olms, Hildesheim
- Reichow HB (1948): Organische Stadtbaukunst. Von der Großstadt zur Stadtlandschaft. Westermann, Braunschweig
- Rodenstein M (1988): »Mehr Licht, mehr Luft«. Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Campus-Verlag, Frankfurt am Main
- Rodenstein M (1996): Stadt und Hygiene seit dem 18. Jahrhundert. In: Machule D, Mischer O, Sywottek A (Hrsg.): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dölling und Galitz, Hamburg, S. 19–31
- Schneider A (2007): Stadtsoziologie und »radikales Ordnungsdenken«. Andreas Walther als Prototyp des Sozialingenieurs der Zwischenkriegszeit. In: fastforeword 1:3-16
- Schubert D (1986): Gesundung der Städte – Stadtсанierung in Hamburg 1933–1945, in: Bose M (Hrsg.): »... ein neues Hamburg entsteht ...« Planen und Bauen von 1933 bis 1945. VSA-Verlag, Hamburg, S. 62–85
- Schwan B (1929): Die Wohnungsnot und das Wohnungselend in Deutschland. Heymann, Berlin
- Sohn E (2008): Zum Begriff der Natur in Stadtkonzepten: anhand der Beiträge von Hans Bernhard Reichow, Walter Schwagenscheidt und Hans Scharoun zum Wiederaufbau nach 1945. LIT-Verlag, Hamburg
- Timm C (1982): Gustav Oelsner und das Neue Altona. Kommunale Architektur und Stadtplanung in der Weimarer Republik. Kabel-Verlag, Hamburg
- Timm C (1988): »... die Kraft des freien Westens«. Neu Altona – Wiederaufbau als Stadtсанierung. In: Schildt A, Sywottek A (Hrsg.): Massenwohnung und Eigenheim. Wohnungsbau und Wohnen in der Großstadt seit dem Ersten Weltkrieg. Campus-Verlag, Frankfurt am Main, S. 461–493
- Witzler B (1995): Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung. Steiner, Stuttgart

1.5 Gesundheitsladen und Gesundheitstag in Hamburg

Alf Trojan

Der Hamburger Gesundheitsladen und der von ihm getragene »Gesundheitstag 1981« entstanden auf dem Boden vorangehender Zusammenschlüsse und Aktivitäten. Im Kontext der Studentenbewegung wurden »Kritische Universitäten« ins Leben gerufen. Gesellschaftswissenschaftlicher Hintergrund war die Frankfurter Kritische Theorie, die sich schnell in andere Fakultäten verbreitete.

Der Medizinsoziologe Ulrich Deppe (2016)¹³ berichtet aus seiner Studentenzeit in Marburg, wie 1967/68 zunächst ein Seminar zur »Soziologie des Krankenhauses« entstand und daraus der *Arbeitskreis Kritische Medizin* (AKM) hervorging. Ein erstes überregionales Treffen derartiger medizinischer Basisgruppen fand 1969 statt. Im Jahr 1973 brachte der *Marburger Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«* etwa 1.800 Mitarbeiter aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zusammen (Initiativkreis 1973).

Als kritisierte Missstände standen im Vordergrund die ungleiche regionale Verteilung der niedergelassenen Ärzte, Hierarchie und Personalmangel in Krankenhäusern, Einfluss der Pharmaindustrie und große Unzufriedenheit mit den Standesorganisationen. In Berlin hatte schon 1974 eine oppositionelle »Gemeinsame Liste Klinik und Praxis« bei den Kammerwahlen fast ein Drittel der Sitze erobert (Fraktion Gesundheit o. J. a).

Vor dem Hintergrund dieser widerständigen Entwicklungen im universitären und im standespolitischen Bereich, aber auch im Kontext der grün-alternativen Initiativen Berlins (Klare 1980) entstand der Berliner Gesundheitsladen (GL) als Keimzelle für Gesundheitstage und -bewegung (Huber 1981, S. 210). Der GL war als »Informations- und Kommunikationszentrum« konzipiert und sollte die zahlreichen im Gesundheitswesen arbeitenden Gruppen und Einzelpersonen vernetzen und unterstützen. Hier kam dann die Idee auf, den Gesundheitstag (GT) 1980 durchzuführen. Nach dem Gesundheitstag entstanden in über 20 Städten der Bundesrepublik Initiativen zur Gründung von Gesundheitsläden ähnlicher Art.

13 <http://gbp.vdaae.de/index.php/110--sp-523/1140-gbp-4-2016-ulrich-deppe>

Hamburger Gesundheitsladen bis zum 2. Gesundheitstag

»Am Anfang stand die Idee, diejenigen Gruppen, die sich kritisch mit der Medizin und dem Gesundheitswesen auseinandersetzen, [...] zusammenzubringen. Es gab ja bereits eine Unmenge von Initiativen, Vereinen, Gruppen [...]; der Informationsfluss und die Koordinierung dieser Gruppen blieb jedoch dem Zufall überlassen« (Gesundheitsladen 1981a). Der Begriff Gesundheitsladen entstand frei nach dem damals verbreiteten Begriff Kinder»laden«. Auch spielten die in den Niederlanden entstandenen Wissenschafts»läden« eine Rolle.

Konkreter war der Untertitel »Informations- und Kommunikationszentrum im Gesundheitswesen«. Als Mitglieder wurden beschrieben: Schwestern, Pfleger, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Medizinstudent*innen, Apotheker*innen, Heilpraktiker*innen und andere mit dem herrschenden Gesundheitssystem Unzufriedene. Politisch war der Gesundheitsladen bunt gemischt: Nichtorganisierte, in politi-



Abbildung 1.5-1: Gesundheitstag Hamburg 1981: Aufruf zum Gesundheitstag. *Quelle: Gesundheitsladen 1981b.*

schen Organisationen und Gewerkschaften Tätige, in der Frauen-, Schwulen-, Anti-AKW- und Friedensbewegung Engagierte.

Die lockere Struktur des Gesundheitsladens sah Arbeitsgruppen zu verschiedenen Teilaspekten vor sowie ein Plenum, in dem wichtige übergreifende Themen in einem größeren Rahmen diskutiert werden konnten. Arbeitsgruppen befassten sich u. a. mit Themen wie Katastrophenmedizin, Gift im Essen, »Dritte Welt«, Frauenarbeit.

Gesundheitstag Hamburg 1981

Schon in der Selbstdarstellung hatte gestanden: »Zusammen mit anderen Gesundheitsläden und Initiativen veranstaltet der Gesundheitsladen Hamburg den Gesundheitstag 1981.« Während der erste GT in Berlin – in Konfrontation mit dem Ärztetag – noch stark der Kritik verhaftet war, wurde der Hamburger GT bewusst unabhängig vom Ärztetag durchgeführt; er versammelte auf dem Campus der Universität Hamburg 16.000, nach anderer Quelle über 18.000 Teilnehmer (Fraktion Gesundheit o. J. b).

Die Veranstaltung war in zehn Bereiche aufgeteilt, die im Folgenden mit den im Programm genannten Unterpunkten wiedergegeben werden (in Klammern jeweils die Anzahl der Veranstaltungen):

- Unterdrückt und abgeschoben (120) mit den Unterthemen: Frauen, Männer, Schwule und Lesben, behinderte Menschen, Drogen, Knast, Ausländer und ihre Familien, alte Menschen
- Gesundheit, Umwelt, Arbeitsplatz (59): Umwelt, Ernährung, Arbeit
- Arbeit im Kranken-Haus (28): Arbeit und Pflege, Tod und Sterben
- Gesundheitsbewegung und Politik (110): Medizin in Bewegung, Gesundheitspolitik, Autonomie, Gesundheitserziehung und Prävention, das Krebsproblem, Gesundheit oder Krieg, Medizin auf der Straße
- Ambulante Versorgung und Stadtteilarbeit (34): Gemeindenahe Versorgung, ärztliche Versorgung, Zahnbehandlung
- Selbsthilfe und Widerstand (53): Selbstbestimmung und Selbsthilfeprojekte, Gesundheitsselbsthilfe in der Praxis, Selbsthilfeforschung, Patientenrecht und Patientenschutz, Selbsthilfe für Länder der Dritten Welt
- Wider die Psychiatrie (38): Auflösung der Kliniken, Betroffene wehren sich, Modelle und Projekte, die Institution als Rahmen
- Alte und neue Heilsysteme (75): Wege der Heilung, Grundlagen einer anderen Medizin, Heilung im Kulturvergleich, Praktisches
- Geschäfte mit der Gesundheit (23): Praktiken der Pharmaindustrie, Selbstmedikation, Anwendung von Arzneimitteln, Pharmazie und »Dritte Welt«
- Berufsbildung (16): Ausbildung, Berufsbilder.



Abbildung 1.5-2: Gesundheitstag Hamburg 1981: Programmbroschüre. *Quelle: Gesundheitsladen Hamburg 1981.*

Während nach dem Berliner Gesundheitstag eine siebenbändige Dokumentation erschienen war, wurde in Hamburg der Beschluss gefasst, eine Dokumentation nur für die Bereiche zu erstellen, die bisher vernachlässigt worden waren oder wo sich neue Diskussionen ergeben hatten. Die drei Bände befassten sich mit der Behindertenpolitik (Wunder & Sierck 1981), mit der Technologie politischer Unterdrückung (Gesundheitsladen Hamburg 1982) sowie mit alternativen Heilsystemen (Brinkmann & Franz 1982).

Die Veranstaltung dokumentierte, wie stark Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit den anderen Gesundheitsberufen nach Wegen zu einer besseren Gesundheitsversorgung suchten.

Gesundheitsladen Hamburg nach dem Gesundheitstag

Zu den »Aufräumarbeiten« nach dieser Mammutveranstaltung wurde von drei Mitgliedern des Vorbereitungskomitees (Glaeske, Uhlenhaut et al. 1982) eine *Sonderinfo über den GT 81* zusammengestellt, um den »Mutig-Tollkühnen der Zukunft, die den nächsten GT vorbereiten«, die Hamburger Erfahrungen weiterzugeben.

Der erste Abschnitt der 59-seitigen Broschüre berichtet über die Reaktionen der ärztlichen Standespresse und der Hamburger Bürgerschaftsfraktion der CDU zum GT 81 (Bürgerschaft Hamburg 1981). Dabei wird der heftige Widerstand deutlich und die reservierte, wo nicht verunglimpfende Einschätzung von offizieller Seite. Auch die Auseinandersetzung um die Mietzahlungen an die Hamburger Universität wird dort als Indikator dafür genommen, dass durch die horrenden Mietforderungen eigentlich der Gesundheitstag vereitelt werden sollte. Am Ende reduzierte die Universität die Mietkosten um 20 %, da man nur 20 % der Veranstaltungen als im Interesse der Universität angesehen habe. Im dritten Abschnitt geht es um die Anerkennung des GT als Bildungsurlaubsveranstaltung, im letzten Abschnitt um die finanzielle Bilanz.

Im Vorwort werden auch selbstkritische Anmerkungen zur Planung und Durchführung des GT gemacht, eine Flut von Veranstaltungsanmeldungen habe die Vorbereitungsgruppe überschwemmt und so eine noch »buntere Wiese« als beim GT in Berlin entstehen lassen. Zweitens wurde beklagt, dass die Bereichskoordinatoren zu keinem Zeitpunkt ihre Vorstellungen darstellen mussten und dass hieraus unkontrollierte Entscheidungen resultierten. Drittens sei der GL immer noch ausschließlich mit Problemen beschäftigt, die der GT ungeklärt hinterlassen habe (Glaeske, Uhlenhaut et al. 1982).¹⁴ Die mehr bürokratischen als inhaltlichen Diskussionen in der Folgezeit trugen vermutlich stark dazu bei, dass die Zahl der Aktiven bald zu sinken begann.¹⁵ Für Einzelheiten über die weniger spektakulären Aktivitäten der 1980er-Jahre siehe Infodienst der GL 1982 bis 1987.¹⁶

Konsequenterweise wird dann 1994 zu einer Abschiedsfeier vom Gesundheitsladen eingeladen. Im Antrag des Vorstands zur Mitgliederversammlung heißt es lakonisch: »Hiermit beantragen wir, den Verein am 3. 12. 1994 aufzulösen und eventuell noch vorhandene Mittel entsprechend den Satzungsbestimmungen zu verteilen. Begründung: keine Aktiven, keine Aktivitäten, kein Sinn mehr ...«

¹⁴ Im Infodienst der GL, Nr. 10, S. 17–19 gibt es eine Zusammenschau der Berichte über den GT 81 sowohl in der sympathisierenden als auch in der standespolitischen Presse (Infodienst der GL 1982–1987, S. 333–335).

¹⁵ Info des Hamburger GL ohne Nr. vom Juli 1991; Feministisches Archiv FFBIZ

¹⁶ Als Quelle im Feministischen Archiv stehen hierfür u. a. alle Ausgaben des überregionalen »Infodienstes der Gesundheitsläden« zur Verfügung, der anfangs von Christoph Kranich aus Hamburg, später vom GL Bremen betreut wurde und im März 1982 kurz nach dem 3. GT in München das erste Mal erschien. Anfang 1987 ist der Niedergang der Gesundheitsläden deutlich erkennbar (s. u. a. Trojan in Nr. 25 des GL Infodienstes).

An anderer Stelle geht Kranich (seinerzeitiger Redakteur des Infodienstes der Gesundheitsläden und späterer Leiter der Abteilung Gesundheit der Verbraucherzentrale Hamburg) den Ursachen ernsthafter auf den Grund: Einerseits basierte alles auf der »unzuverlässigen Ehrenamtlichkeit«, die irgendwann erschöpft war. Andererseits wollte der GL Hamburg nie »Staatsknete«, um Aufgabe dauerhaft zu übernehmen. Kranich verweist auf andere Gesundheitsläden, die weiterexistierten, weil es ihnen gelungen war, öffentliche Mittel für Aufgaben wie Selbsthilfeförderung und Patientenschutz (GL Bremen) oder für eine Patientenstelle zu bekommen (GL München) (Kranich 1995; gleichsinnig auch Trojan 1987 sowie Redler-Hasford & Jäckle 1987).

Versuch einer Bilanz von Wirkungen und Folgeentwicklungen

Eine systematische Analyse der Folgeentwicklungen bleibt intensiver historischer Aufarbeitung überlassen. Gleichwohl gibt es einige Einschätzungen von damaligen Protagonisten, welche Wirkungen der GL Hamburg bzw. die Gesundheitsbewegung gehabt hat. So schreibt Kranich (1995) zu Hamburg: »Was bleibt, sind 14 Jahre Aktivität als ›Durchlauferhitzer‹: fast 400 Menschen waren dem GL als Mitglieder verbunden, dazu kommen die zahlreichen SympathisantInnen, die seine Angebote nutzten oder in vielen Arbeitsgruppen inhaltlich mitarbeiteten – [...] 17.000 kamen zum größten der [...] Gesundheitstage 1981 [...]. Eine Vielzahl von Initiativen und Vereinen entstand daraufhin [...]: etwa die Informationsstelle Arbeit und Gesundheit, die Hamburger Ärzte Opposition, eine AIDS-Beratungsstelle ...«

Ein ähnlicher, aber weiter gespannter Regenbogen von gesundheitspolitischen Initiativen als Folge der »Such- und Mitmachbewegung« findet sich bei Belschner u. a. (2004, S. 4), darunter Unterstützung gesundheitsbezogener Selbsthilfe, Stärkung der Patientenrechte, differenzierte Betrachtung von Frauen- und Männergesundheit, Abbau sozial vermittelter Ungleichheit von Gesundheitschancen, gesundheitsbezogener Umweltschutz, interdisziplinäre Gesundheitswissenschaften.

Sicher ist dies nicht alles allein ein Verdienst der Gesundheitsbewegung, aber zur stärkeren Sichtbarkeit und breiteren Diskussion dieser Themen hat die Gesundheitsbewegung in erheblichem Maß beigetragen. Auch Redler und Hasford (1987) kommen in ihrer kritischen Bilanz der Gesundheitsbewegung und -tage zu einem positiven Schluss.

Gesichert ist die *Aufklärungsfunktion* des GT 81. Der Wirbel um die Überlassung der Räume führte dazu, dass sich die gesamte Universitätshierarchie bis hinauf zum Senator (namens Sinn), verschiedene Instanzen des Senats und die Bürgerschaft mit dem Hamburger GT und der dort vertretenen bunten Landschaft von Gruppierungen auseinandersetzte. Einige Indikatoren weisen darauf hin, dass sich ursprüngliche Ängste und Aversionen reduzierten und zu realistischeren Einschätzungen führten.

In der kühlen Antwort des Hamburger Senats auf die aufgeregte schriftliche Anfrage des CDU-Abgeordneten Kampf heißt es beispielsweise: »Ein Mitarbeiter der Gesundheitsbehörde hat in einem Vermerk zur Vorbereitung der Gesundheitsminister-Konferenz am 19./20. November 1981 über die Erfahrungen seiner privaten Teilnahme an einigen Veranstaltungen des Gesundheitstages berichtet.« (Glaeske, Uhlenhaut et al. 1982, S. 15) Am 5. 10. 1981 hatte das Universitätspräsidium schon ein unmittelbares Interesse am GT erklärt und den Wissenschaftssenator gebeten, auf dieser Grundlage einen Teilerlass der Miete zu erwägen (S. 20).

Auch das Bundeskabinett befasste sich mit dem Gesundheitstag (Bundeskabinett 1981): »Der Bundeskanzler [W. Brandt] macht [...] deutlich, dass einige Prinzipien, z. B. das der Selbsthilfe und der Nachbarschaftshilfe, die auf dem Gesundheitstag erörtert worden sind, durchaus richtig seien. Es sei notwendig, dass sich die Bundesregierung mit dem Problem dieser zunehmenden Kritik an der Gesundheitspolitik [...] befasse.« Es darf vermutet werden, dass der Hamburger Gesundheitstag eine größere Akzeptanz für spätere Reforminitiativen erzeugt hat.

Deppe betont die *Aufarbeitung der Rolle von Medizin und Standesorganisationen im Nationalsozialismus* und fasst zusammen: »Erstmals gelang es [...] 1987 auf dem Deutschen Ärztetag in Karlsruhe das Thema auf die Tagesordnung zu setzen. [...] 1989 hat Ellis Huber dann als Präsident der Landesärztekammer Berlin gegen heftige Widerstände den Deutschen Ärztetag in Berlin, den er ausrichtete, mit der Nazimedizin konfrontiert.« (Deppe 2016, S. 2–3)

Vielfältige *Opposition zur Standespolitik* wurde durch die Gesundheitstage weiter gestärkt. Kranich hatte schon die Gründung der Liste »Hamburger Ärzteopposition« als Folge genannt; unter dem Titel »Hamburger Gesundheitsfraktion – die Ärzteopposition« stellt sie gegenwärtig die Vizepräsidentin der Hamburger Ärztekammer. Ungeachtet länger zurückreichender Versuche wurde der GT 81 als wegbereitende Aktivität bezeichnet (Kalvelage & Wiethold 1987, S. 173).

In der Geschichte der Fraktion Gesundheit Berlin (Fraktion Gesundheit o. J. b) wird die Bedeutung der »Gesundheitstage 1980 in Berlin, 1981 in Hamburg und 1984 in Bremen« für den *Durchbruch von »salutogenetischer Neugestaltung« und Gesundheitsförderung* hervorgehoben. Führend waren dabei Helmut Milz und Ilona Kickbusch, die bei der WHO die Ottawa-Charta von 1986 entwarfen, die später von über 250 Teilnehmer*innen der Konferenz überarbeitet und verabschiedet wurde. Beide waren beim GT Berlin (v. a. Milz) und in Hamburg (v. a. Kickbusch, s. Kickbusch & Trojan 1981) an der Vorbereitung beteiligt.

Die Beschreibung dieser Folgewirkung ist insofern typisch, als sie Reformen und Neuerungen an Personen festmacht, für die die Gesundheitstage prägend für ihre weitere berufliche Laufbahn und ihr zukünftiges Engagement waren. Dies gilt nicht nur für die Personen, die nachfolgend Prominenz in Politik oder Wissenschaft erlangt haben,

sondern für die zahlreichen Praktiker*innen, die in fast allen Berufsfeldern des Gesundheitswesens geprägt waren von der Aufbruchsstimmung in den Gesundheitsläden und auf den Gesundheitstagen.

Dank: Ellis Huber hat mich auf das Archiv der Fraktion Gesundheit aufmerksam gemacht und mit weiterem Material versorgt. Christoph Kranich hat seinerzeit sehr viel selber dokumentiert und alle Unterlagen gesammelt. 2020 hat er sie dem »FFBIZ das feministische Archiv e.V.« (www.ffbiz.de/) (Einsehbarkeit in Vorbereitung unter: www.meta-katalog.eu) übergeben, wo sie teilweise schon digitalisiert vorliegen und mir von Roman Klarfeld, Inga Zimprich und Julia Bonn von der Feministischen Gesundheitsrecherchegruppe zugänglich gemacht wurden. Ihnen allen danke ich sehr für ihre Unterstützung dieses Beitrags!

LITERATUR¹⁷

- Belschner W (2004): Vorwort und Widmung. In: Göpel E (Hrsg.): Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S. 4–7
- Brinkmann M, Franz M (Hrsg.) (1982): Nachtschatten im Weißen Land. Betrachtungen zu alten und neuen Heilsystemen. Verlag Gesundheit, Berlin
- Bürgerschaft Hamburg (09.11.1981): Kleine Anfrage des Abgeordneten Doktor Kempf (CDU) in der Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 9/3878, zit. n. FFBIZ Archiv
- Bundeskabinett (1981): Protokolle; 47. Kabinettsitzung am 7. Oktober 1981. Tagesordnungspunkt [E.] Gesundheitstag Hamburg vom 30. 9. bis 4. 10. 1981. www.bundesarchiv.de/cocoon/barch/0000/k/k1981k/kap1_1/kap2_43/para3_12.html
- Deppe H-U (2016): Demokratische Medizin als soziale Bewegung. Thesen von Hans-Ulrich Deppe zur Entstehung und Ideengeschichte des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Gesundheit braucht Politik, Nr.4 2016, ohne S.-Angaben. <https://gbp.vdaee.de/index.php/110--sp-523/1140-gbp-4-2016-ulrich-deppe>
- Fraktion Gesundheit (o. J. a): 1970–1980 Ärztlicher Aufstand gegen die »Halbgötter in Weiß«. www.fraktiongesundheits.de/mitmachen/geschichte/19-menue-mitmachen/geschichte-der-fraktion/63-geschichte-1970-1980-aerztlicher-aufstand
- Fraktion Gesundheit (o. J. b): 1980–1986 Die Gesundheitsbewegung verändert das Gesundheitssystem. www.fraktiongesundheits.de/mitmachen/geschichte/19-menue-mitmachen/geschichte-der-fraktion/64-geschichte-1980-1986-die-gesundheitsbewegung
- Gesundheitsladen e. V. (Hrsg.) (1981a): Faltblatt Selbstdarstellung. FFBIZ Archiv IMG_7120 /21.jpg
- Gesundheitsladen e. V. (Hrsg.) (1981b): Aufruf zum Gesundheitstag 1981. FFBIZ Archiv IMG_7118 /19.jpg
- Gesundheitsladen Hamburg e. V. (Hrsg.) (1981): Gesundheitstag Hamburg vom 30. September bis 4. Oktober. Programm. Selbstverlag Hamburg
- Gesundheitsladen Hamburg (Hrsg.) (1982): Ruhe oder Chaos. Technologie politischer Unterdrückung. Bürgerinitiative Umweltschutz Unterelbe, Hamburg

¹⁷ Hier steht »FFBIZ Archiv« für: »FFBIZ. Das Feministische Archiv« (Berlin), <https://ffbiz.de/>, einschließlich Archivalie Rep_400_Berlin_20_14_Sammlung_FGRG_09

Glaeske G, Uhlenhaut K, Zamory P (Hrsg.) (1982): Sonderinfo über den GT 81. Broschüre (59 Seiten). FFBIZ Archiv

Huber E (1981): Selbsthilfe – eine Chance für professionelle Helfer? In: Kickbusch I, Trojan A: Gemeinsam sind wir stärker. Fischer, Frankfurt am Main, S. 205–213

Infodienst der GL 1982–1987; FFBIZ Archiv, Rep_400_Berlin_20_14_Sammlung_FGRG_09

Initiativkreis Medizin u. Gesellschaftl. Fortschritt [Beitr. von Matthias Albrecht u. a.] (Hrsg.) (1973): Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt. Thesen, Referate, Diskussionen u. Beschlüsse d. Marburger Kongresses Medizin u. Gesellschaftl. Fortschritt am 20./21. Jan. 1973. Pahl Rugenstein, Köln

Kalvelage B, Wiethold G (1987): »Grüne Spinner, rote Chaoten!« Die Hamburger Ärzteopposition in der Ärztekammer Hamburg. In: Beck W, Deppe H-U, Jäckle R, Schagen U (Hrsg.): Ärzteopposition. Jungjohann Verlag, Neckarsulm-München, S. 170–182

Kickbusch I, Trojan A (1981) Editorial. In: Kickbusch I, Trojan A (Hrsg.): Gemeinsam sind wir stärker. Fischer, Frankfurt am Main, S. 7–8

Klare H-H (1980): Viele Ärzte werden grüner (Bericht über den 1. Gesundheitstag in Berlin). Die Zeit 22/1980; www.zeit.de/1980/22/viele-aerzte-werden-gruener

Kranich C (undatiert, vermutlich 1995): Gesundheitsladen Hamburg: ein Auslaufmodell. 1-seitiger Artikel, FFBIZ Archiv IMG_7126.jpg

Redler-Hasford E, Jäckle R (1987): Gesundheitsläden und Gesundheitstage. Versuch einer Bilanz nach neun Jahren. In: Beck W, Deppe H-U, Jäckle R, Schagen U (Hrsg.): Ärzteopposition. Jungjohann Verlag, Neckarsulm-München, S. 81–84

Trojan A (1987): Abschiednehmen von der Gesundheitsladen-Bewegung. Infodienst der Gesundheitsläden 6:22-25 (Rep_400_Berlin_20_14_Sammlung_FGRG_09, S. 1060–1063)

Wunder M, Sierck U (Hrsg.) (1981): Sie nennen es Fürsorge. Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main

1.6

»Gesundheit oder Atomkraft« – Gesundheitsinformation durch Hamburger Studierende

Ingeborg Möller, Niklas Krause, Dieter Platz, Mechthild Wagner

Das unfassbare Ausmaß an menschlichem Leid und Sterben als Folge des Atombombenabwurfes über Hiroshima am 6. August 1945 trug dazu bei, dass das Wissen um die Gefährlichkeit der Kernspaltung und der radioaktiven Strahlung in das öffentliche Bewusstsein gelangte. Dass radioaktive Strahlung bei den Überlebenden der Atombombenabwürfe auch Langzeitfolgen hat, war in den 1970er-Jahren der Öffentlichkeit wenig bekannt. Bis heute ist die gesundheitliche Gefährdung durch Radioaktivität im Niedrigdosisbereich ungenügend erforscht und wird kontrovers diskutiert. In den 1950er-Jahren wurden in den USA erste wissenschaftliche Studien zur Auswirkung der

Niedrigdosisradioaktivität auf den Menschen veröffentlicht. Dieses Wissen war somit bei der 1955 begonnenen Planung für das Reaktorzentrum und den Forschungsreaktor im Hardtwaldt bei Karlsruhe¹⁸ in Deutschland verfügbar. Von den Befürworter*innen der friedlichen Nutzung der Atomenergie wurde, ausgehend von einer prognostizierten Energielücke, die Atomenergie als vermeintlich saubere und risikoarme Technik beworben. Risiken durch Reaktorunfälle wurden als statistisch extrem unwahrscheinlich bezeichnet und Risiken im Normalbetrieb als nicht existent beschrieben. In den 1960er-Jahren gingen die ersten Atomkraftwerke (AKW) sowohl in der BRD als auch in der DDR ans Netz (Radkau & Hahn 2013).

Als die Teilgenehmigung für den Bau des AKW Brokdorf im Oktober 1976 erteilt wurde, war an dem westdeutschen Teil der Elbe das AKW Stade bereits am Netz. Brunsbüttel und Krümmel befanden sich im Bau. Aufgrund des zunehmenden Bewusstseins über die Gefahren und Unsicherheiten der Technologie gründeten sich in der Wilstermarsch sowie in Hamburg und Umgebung zahlreiche Bürgerinitiativen bzw. Stadtteilgruppen, die sich unter dem Dach der Bürgerinitiativen Umweltschutz Unterelbe (BUU) zusammenfanden mit dem erklärten Ziel, den weiteren Ausbau der Atomenergieindustrie zu verhindern: »Atomkraft? Nein danke« (BUU Hamburg 1977). Weite Teile der politischen Linken schlossen sich, ermuntert durch die erfolgreiche Bauplatzbesetzung der Winzer, Bauern und Studierenden in Wyhl (Nössler & de Witt 1976), der Antiatomkraftbewegung an.

Am 30. 10. 1976 besetzte ein Teil der in Brokdorf anwesenden 8.000 Demonstrant*innen kurzfristig den Bauplatz. Am 19. 11. 1976 kam es dort zu gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen Polizei und den mehr als 30.000 Demonstrant*innen. (Eindrückliche Bilder finden sich dazu in einem NDR-Beitrag von 1976.¹⁹) In der Folge versuchte der Staat mit geballter Macht, Besetzungen (Grohnde, Gorleben u. a.) zu verhindern. Die Erfahrung der staatlichen Repression führte zu weiterer Mobilisierung (Steffen 2002, S. 177).

Einige atomkritische Ärzte trafen sich in Hamburg ab Mitte der 1970er-Jahre. Nach dem Reaktorunfall in Harrisburg 1979 organisierte diese Gruppe die ärztliche Fortbildungsveranstaltung »Gesundheit und Radioaktivität« mit über 400 Teilnehmer*innen und bildete später die Gründer*innen der Regionalgruppe Hamburg der International Physicians for the Prevention of Nuclear War²⁰ (IPPNW).²¹

18 www.daserste.de/information/wissen-kultur/w-wie-wissen/sendung/2011/die-geschichte-der-atomkraft-100.html

19 www.ardmediathek.de/video/hamburg-journal/1976-ausschreitungen-am-akw-brokdorf/ndr-hamburg/Y3JpZDovL25kci5kZS9iNDFlN2E0ZS03MTU3LTRlM2UyYTBmYiImZWZjNGUzOGI2ZTM/

20 Name der deutschen Sektion: IPPNW Deutschland – Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e. V.

21 www.ippnw.de/der-verein/geschichte-der-ippnw/persolichkeiten/artikel/de/ingeburg-peters-parow.html

Anti-AKW-Gruppe

Die Arbeitsgemeinschaft gegen Atomkraftwerke (Anti-AKW-Gruppe) am Fachbereich Medizin der Universität Hamburg war eine studentische Gruppe (Medizin- und zwei Biophysikstudierende) von insgesamt 35 Personen. Zur Hälfte waren es Frauen. Einzelne haben den Bauplatz in Wyhl (1975) und Brokdorf mitbesetzt (1976, s. o.). Einige waren »Demosanis« bei der zweiten Brokdorf-Demo am 19. 11. 1976.

Die Anti-AKW-Gruppe traf sich vom November 1976 bis Ende 1978 im Max-Brauer-Haus auf dem Gelände des Universitätskrankenhauses Eppendorf. Untereinander pflegten wir einen vertrauensvollen und respektvollen Umgang. Entscheidungen wurden nach dem Konsensprinzip getroffen. Wechselnde Beobachter*innen aus der Gruppe nahmen an den Plena der BUU Hamburg teil. Einige beteiligten sich an dem Strompreisboykott »Kein AKW mit unserem Geld«.

Die bestehende Bedrohung durch Atomkraftwerke, die Emission radioaktiver Isotope und Störfälle bis zum »Größten Anzunehmenden Unfall« (GAU) waren für die meisten von uns die Motivation, sich zu engagieren. Die Bauplatzbesetzung in Brokdorf wurde als Erfolg erlebt. Bei der Akutbehandlung Verletzter während der Demonstrationen setzten wir erstmals medizinische Kenntnisse ein, wollten aber nicht nur auf Demos verstauchte Knöchel und Folgen des Tränengaseinsatzes behandeln. Durch unser Studium stießen wir auf den wissenschaftlichen Diskurs und die breite Kontroverse zur Strahlenwirkung. Wir sahen und sehen uns als Mediziner und Biophysiker in der Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, über die Widersprüche in der Argumentation für zivile Nutzung der Atomenergie und ihre Gefahren aufzuklären, da andere Akteure (Staat, Regierungen, Energieversorger, Bundesärztekammer, Strahlenschutzkommission) interessengeleitet, unzureichend oder falsch informierten. Die Verharmlosungen der Befürworter*innen beruhten auf Halbwahrheiten oder gar Lügen und nicht auf gesicherten wissenschaftlichen Fakten. Die Unsicherheiten in der Risikoeinschätzung der Atomtechnologie sollten offengelegt werden.

Neben dem Recherchieren der Faktenlage und kritischer Diskussion der Fachliteratur tauschten wir uns mit Expert*innen wie Inge Schmitz-Feuerhake (Universität Bremen) aus. Gemeinsames Ziel der Gruppe war es, so genau und verständlich wie möglich über gesundheitliche Gefahren der Atomindustrie zu informieren, um Lernprozesse zu initiieren und die Bevölkerung zu befähigen, sich gegen die Pläne zur Stromgewinnung durch AKWs zu positionieren. Die studentische Öffentlichkeit, Beschäftigte im Gesundheitswesen und die Stadtteilgruppen der BUU Hamburg waren für uns die wichtigsten Adressat*innen. Das Schreiben einer populärwissenschaftlichen Darstellung zu den gesundheitlichen Risiken auch und insbesondere durch den Normalbetrieb von Atomkraftwerken wurde unser zentrales Projekt. Die Inhalte haben wir in den Jahren 1977 bis 1979 sowohl auf Veranstaltungen am Fachbereich Medi-

Textbox 1.6-1: Broschüre *Gesundheit oder Atomkraft:***Gefahren der Atomenergie** *Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977, S. 61.*

In unserer Broschüre haben wir gezeigt:

Atomkraftwerke gefährden die Gesundheit von uns allen.

Sie geben radioaktive Stoffe und damit Strahlung ab,

- die Menschen früher altern lässt,
- die Krebs hervorruft,
- die Ursache für Totgeburten und missgebildete Kinder ist
- und die in einem noch nicht zu übersehenden Ausmaß zu Erbschäden führt.

Einen individuellen Schutz gegen radioaktive Strahlung gibt es nicht!

zin der Universität Hamburg als auch in den Stadtteilgruppen der BUU Hamburg und im Umland Hamburgs vorgetragen und verbreitet. 1977 unterstützten wir die Gruppe »Ärzte für das Leben« bei einer Plakataktion in den Wartezimmern Hamburger Praxen zur Gesundheitsgefährdung durch AKWs.

Die Broschüre

Nachdem wir verlässliche Quellen gesichtet hatten, schrieben wir innerhalb von vier Monaten die erste Version von *Gesundheit oder Atomkraft*.

Der inhaltliche Schwerpunkt dieser Broschüre lag auf den physikalischen Grundlagen, den radioaktiven Emissionen eines AKWs im Normalbetrieb und den daraus zu erwartenden genetischen, fetalen und somatischen Erkrankungen in der Umgebung eines Atomkraftwerkes. Kurz gingen wir auch auf die Risiken für Arbeiter*innen in Atomkraftanlagen, durch Reaktorunfälle und auf den medizinischen Strahlenschutz ein.

Textbox 1.6-2: Broschüre *Gesundheit oder Atomkraft:***Radioaktive Emissionen eines AKWs während des Normalbetriebs.***Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977, S. 10.*

Beim sogenannten Normalbetrieb eines *Atomkraftwerks (AKW)*, der die vielen »kleineren« und möglichen großen »Störfälle« (= Unfälle) nicht berücksichtigt, werden radioaktive Stoffe durch den Schornstein und mit dem Kühlwasser an die Umwelt abgegeben (*Emissionen*), da die bei der Atomspaltung entstehenden Spaltprodukte nicht vollständig durch Filter zurückgehalten werden können.

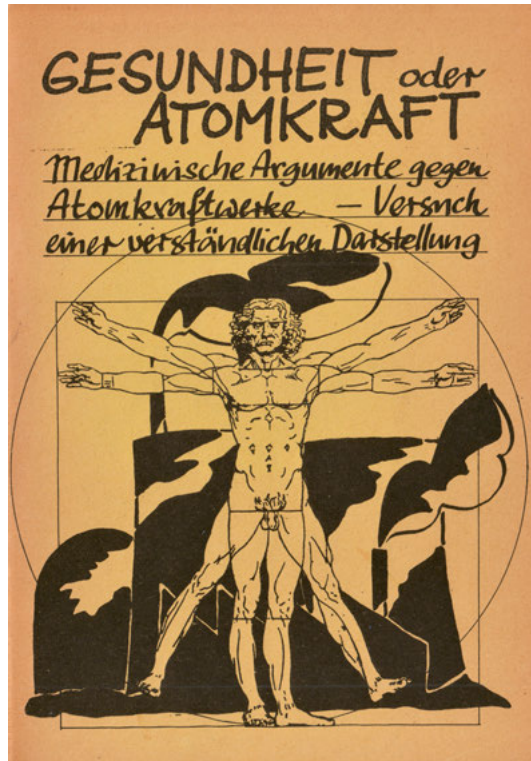


Abbildung 1.6-1: Broschüre Gesundheit oder Atomkraft, Deckblatt. Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977.

Wird die gleiche Menge Radioaktivität

* * * * *

<p><u>einmal auf</u> <u>100</u> </p>	<p><u>und ein anderes Mal auf</u> <u>1000</u> Menschen</p>
<p><u>verteilt, ist die Dosis für jeden einzelnen z.B.</u> <u>10 mrem</u> <u>und</u> <u>1 mrem</u></p>	
<p><u>aber trotzdem ist die Zahl der Erkrankungen gleich!</u></p>	
<p> = </p>	

Abbildung 1.6-2: Broschüre Gesundheit oder Atomkraft: Unter der Annahme einer linearen Dosis-Wirkung-Beziehung ohne Schwellenwert ist eine »Verdünnung« radioaktiver Emissionen für das Ausmaß an Gesundheitsschäden irrelevant.²² Quelle: AG Ärztinnen und Ärzte 1986, S. 27.

22 1978 wurde die Maßeinheit für die Äquivalentdosis rem durch Sievert (Sv) abgelöst. 1 Rem = 0,01 Sv.

Dabei setzten wir uns mit den Argumenten der Atomindustriebefürworter*innen in folgenden Punkten auseinander:

- Zur Dosis-Wirkungs-Beziehung radioaktiver Strahlung: Hier zeigten wir, dass die Annahme eines Schwellenwertes, unterhalb dessen die radioaktive Strahlung harmlos sei, auf falschen Annahmen beruht (Abb. 1.6-2).
- Darstellung der biologischen Vorgänge der Anreicherung radioaktiver Substanzen über Nahrungsketten und im menschlichem Organismus. Dieser Mechanismus blieb von den Befürworter*innen unbeachtet (Abb. 1.6-3).
- Hinweis auf Studien zu den beobachteten erhöhten Raten an Krebserkrankungen und Missbildungen in der Umgebung von Atomkraftwerken.

Textbox 1.6-3: Broschüre *Gesundheit oder Atomkraft: Unberücksichtigte Effekte.*

Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977, S. 31.

Auch die folgenden Tatsachen werden in den offiziellen Risikoberechnungen vernachlässigt:

- Embryonen und Kinder sind sehr viel empfindlicher gegenüber der Radioaktivität als Erwachsene.
- Es bestehen starke individuelle Unterschiede in der Empfindlichkeit gegen Radioaktivität.
- Die Umrechnung von Rad in rem ist ungenau und für den Niedrigdosisbereich noch ungenauer, da alle Schätzungen auf Erfahrungen aus dem hohen Dosisbereich beruhen.

Insgesamt ergibt sich aus den Untersuchungen im niedrigen Dosisbereich, dass die bisherigen von einer linearen Dosis-Wirkungs-Beziehung ausgehenden Risikoabschätzungen im Falle körperlicher Spätschäden (Krebs, Leukämie) um den Faktor 10–20 zu optimistisch waren.²³

Die Verflechtungen zwischen den Atomindustriebetreibern, der Strahlenschutzkommission und den staatlichen und politischen Institutionen wurden in der Broschüre beschrieben. Die Broschüre erschien im Eigendruck, wurde durch uns finanziert, vertrieben und zum Selbstkostenpreis abgegeben. Wir verkauften sie an unseren BÜCHERISCHEN vor der MedizinerMensa und der HauptMensa Schlüterstraße. Die Stadtteilgruppen der BUU Hamburg, aber auch die bundesweite Bürgerinitiativszene und Hamburger Buchläden bestellten bei uns. Insgesamt wurden zwischen 1977 und 1986

²³ Weish & Gruber 1970



Abbildung 1.6-3: Broschüre *Gesundheit oder Atomkraft*: Anreicherung im Menschen (siehe Fußnote 22). Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977, S. 21.

sechs, zum Teil überarbeitete Auflagen veröffentlicht. Nach der Reaktorkatastrophe in Tschernobyl ergänzten wir die Broschüre um eine Einschätzung des Krebsrisikos durch den GAU und sich daraus ergebende Forderungen.

Erfolg!?

Wir haben in der Anti-AKW-Gruppe die uns prägende Erfahrung möglicher offener und vertrauensvoller Zusammenarbeit gemacht. Hieraus entstand eine Verbundenheit, die uns die Energie und den Mut gab, uns kritisch und konstruktiv mit sogenannten Fakten auseinanderzusetzen, Alternativen zu berücksichtigen und sich gegen das Establishment zu stellen. Wie sich gezeigt hat, waren die Gruppe und die aus ihr resultierenden langjährigen Freundschaften bedeutsam für unsere weitere persönliche und berufliche Entwicklung. Die Erfahrung, kritische wissenschaftliche Recherchen durchzuführen und dadurch gesellschaftspolitisch aktiv zu sein und Fortschritte einleiten zu können, hat uns geholfen, eine eigenständige, positiv besetzte berufliche Identität in einem als fremd und konservativ bis reaktionär erlebten medizinischen Umfeld zu entwickeln.

Das Interesse am wissenschaftlichen Arbeiten, an Themen wie Strahlenrisiko und Strahlenschutz, Public Health, evidenzbasierter Medizin und Risikokommunikation war geweckt und wurde durch Einzelne aus unserer Gruppe in Form anhaltend kritischer Auseinandersetzung mit dem medizinischen Mainstream während der Berufstätigkeit weiter verfolgt.

Wir waren und sind Teil einer großen zivilgesellschaftlichen Bewegung, die letztendlich den Atomausstieg Deutschlands anstieß und forcierte (Radkau & Hahn 2013,

S. 305). Wie viele Menschen wir durch unsere Informationsarbeit erreichten und überzeugen konnten, wissen wir nicht. Aber allein die Anzahl von 16.000 verkauften Exemplaren *Gesundheit oder Atomkraft* und mindestens 10.000 Raubdrucken (Schwarze Risse 1986) legt nahe, dass unsere Argumente zur Meinungsbildung beitrugen. Die Broschüre kann in der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg entliehen werden. Kopien sind zu beziehen über das Archiv Soziale Bewegungen.²⁴

Bewertung und Ausblick

Es hat sich gezeigt, dass viele unserer damaligen Bedenken und Kritikpunkte sich als richtig erwiesen haben. In Deutschland kam es zu keinem Zeitpunkt zu einer Energielücke. Die Beurteilung der Atomindustrie als eine Hochrisikotechnologie hat sich leider bewahrheitet:

- Es gab zahlreiche Störfälle vor²⁵ und nach²⁶ den Katastrophen von Tschernobyl und Fukushima.
- In der Umgebung von Kernkraftwerken finden sich Cluster von Leukämiefällen unter Kindern.²⁷
- Die mindestens lineare Dosis-Wirkung-Beziehung für karzinogene Effekte radioaktiver Strahlung konnte inzwischen in zahlreichen epidemiologischen Studien belegt werden.²⁸

Die Gefahren der Atomindustrie sind trotz des beschlossenen Atomausstiegs mit dem Abschalten des letzten Atomkraftwerkes 2022 nicht gebannt:

- Die Entsorgung des niedrigradioaktiv belasteten Materials aus Rückbau von Atomkraftwerken nach »Freimessen« auf üblichen Mülldeponien (Beispiel Brunsbüttel s. *taz* vom 27. 2. 2021)²⁹ ist weiter erlaubt.
- Der Lobbyismus für die Fortsetzung des Betriebs von Kernkraftwerken ist angesichts des Klimawandels wieder erstartet.³⁰ Dabei kann die angeführte geringere CO₂-Bilanz der Atomkraftwerke aufgrund der Gefahren der ihnen zugrunde liegenden Technologie keine Alternative zur Umstellung auf erneuerbare Energieträger im Angesicht der Klimakrise sein.

²⁴ www.archivsozialebewegungen.de

²⁵ www.nzz.ch/schweiz/atomunfall-von-lucens-explosion-und-kernschmelze-vor-50-jahren-ld.1451643

²⁶ https://de.wikipedia.org/wiki/Internationale_Bewertungsskala_f%C3%BCr_nukleare_Ereignisse

²⁷ <https://doris.bfs.de/jspui/handle/urn:nbn:de:0221-20100317939>

²⁸ Hoffmann, Vortrag im Rahmen der Fachtagung der IPPNW »10 Jahre Leben mit Fukushima« am 27. 2. 2021

²⁹ <https://taz.de/!5752285/>

³⁰ www.ippnw.de/atomenergie/artikel/de/neues-geld-fuer-neue-atomreaktoren.html

Die direkte Beteiligung der Bevölkerung bei Entscheidungen des Staates von so weitreichender Bedeutung, wie es die Implementierung der zivilen Nutzung der Atomenergie ist, wurde durch die Antiatomkraftbewegung implizit eingefordert. Aktuell hat der Entscheidungsprozess über den Standort für ein Atommüllendlager in Deutschland begonnen. Auch Regionen nahe Hamburg werden als Standort erwogen.³¹ Der Erfolg eines gesellschaftlich akzeptierten Endlagerstandortes wird abhängig sein von der Qualität einer ernsthaften demokratischen Beteiligung der Bürger*innen an dem Entscheidungsprozess. Dies setzt unter anderem eine offene Kommunikation mit der Bevölkerung und umfassende Information der Bevölkerung u. a. über gesundheitliche Risiken voraus.

LITERATUR

- AG Ärztinnen und Ärzte/Arbeitsgemeinschaft Ärztinnen und Ärzte gegen Atomkraftwerke Hamburg (Hrsg.) (1986): Gesundheit oder Atomkraft nach Tschernobyl. Medizinische Argumente gegen Atomkraftwerke – Versuch einer verständlichen Darstellung. Eigenverlag, Hamburg
- AG gegen Atomkraftwerke/Arbeitsgemeinschaft gegen Atomkraftwerke am Fachbereich Medizin der Universität Hamburg (Hrsg.) (1977): Gesundheit oder Atomkraft. Medizinische Argumente gegen Atomkraftwerke – Versuch einer verständlichen Darstellung. Eigenverlag, Hamburg
- BUU Hamburg/Bürgerinitiativen Umweltschutz Unterelbe Hamburg (Hrsg.) (1977): Atomkraft? Nein danke, Informationen zur Atomenergie. Eigenverlag, Hamburg
- Nössler B, de Witt M (Hrsg.) (1976): Wyhl – kein Kernkraftwerk in Wyhl und auch sonst nirgends. Betroffene Bürger berichten. Inform-Verlag, Freiburg
- Radkau J, Hahn L (2013): Aufstieg und Fall der deutschen Atomindustrie. oekom verlag, München
- Schwarze Risse (Hrsg.) (1986): Gesundheit oder Atomkraft. Medizinische Argumente gegen Atomkraftwerke – Versuch einer verständlichen Darstellung. Tschernobyl ist überall. Eigenverlag, Berlin
- Steffen M (2002): Geschichten vom Trüffelschwein. Politik und Organisation des Kommunistischen Bundes 1971–1991. Assoziation A, Berlin Hamburg Göttingen
- Weish P, Gruber A (1970): Strahleninduzierte Karzinogenese und Toleranzfunktion. Österreichische Ärztezeitung 25. Jg., Heft 20, S. 2481–2489

31 www.youtube.com/watch?v=AEC4mFQWyc0&list=PL8qlprmSk4aovpgpyM53SgLQt68oT6Ejf&index=2

1.7

50 Jahre Medizinische Soziologie in Hamburg

Alf Trojan, Christopher Kofahl, Olaf von dem Knesebeck

Für diesen Beitrag gibt es zwei Gründe: Einerseits wird die Medizinische Soziologie als Fach in Hamburg 50 Jahre alt. Zum anderen illustriert die Entwicklung des Instituts, wie sich die Perspektiven auf ärztliche Ausbildung und Gesundheitsversorgung in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt haben. Dabei wird den Anfangsjahren mehr Raum gegeben, weil auf die neuere Zeit leichter zugegriffen werden kann.³²

Studienreform 1970 und gesellschaftlicher Hintergrund

Die Medizinische Soziologie wurde 1970 im Rahmen einer neuen Approbationsordnung (AO) in die Ausbildung von Studierenden der Medizin eingeführt.³³ Dazu hatten in starkem Maße die Studierendenbewegung und mit ihr die »kritische Medizin« beigetragen (Deppe 1998). Kritik hatte sich vor allem an der einseitig naturwissenschaftlichen Orientierung entzündet, welche die damalige etablierte Medizin prägte. Deshalb wurden die psychosozialen Fächer als Pflichtbestandteile des Lehr- und Prüfungskanons verankert, darunter Psychosomatik, Sozialmedizin, Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie (Dahme & Scheer 2019). Die Unwissenheit über diese Fächer war allerdings groß, somit boten sich große Freiheiten. In Hamburg wurde dies von Lehrenden und studentischen Tutor*innen für Angebote nach eigenen Interessen genutzt.

Entstehungsphase und erste Schritte der Institutionalisierung

Im Wintersemester 1970/71 und Sommersemester 1971 wurden von dem Sozialpsychiater Klaus Dörner (Trojan 1998) erste medizinsoziologische Veranstaltungen angeboten. Hieraus entstand der Unterricht in Tutorengruppen. Eine Bilanz der ersten Jahre (Laux 1978) spiegelt die Herausforderungen an das Fach wider, sich selbst zu definieren und seinen Platz in dem widerständigen Fachbereich Medizin zu finden.

Das Engagement der Studierenden verdeutlicht sich in einem Flugblatt des Fachschaftsrates Medizin vom 4. 6. 1973, in dem Kriterien für eine medizinsoziologische Professur festgehalten sind. Vor allem beinhalteten diese auch politische Ziele, u. a.

³² www.uke.de/kliniken-institute/institute/medizinische-soziologie/index.html

³³ www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl170098.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl170098.pdf%27%5D__1612968624215

sich für die »Verbesserung der medizinischen Versorgung im Interesse der werktätigen Bevölkerung einzusetzen« und auf keinen Fall »antidemokratische, militärische, rassistische, ... oder friedensfeindliche Lehrinhalte« zu vermitteln.

Die neue AO führte Anfang 1974 zur Einstellung der beiden Assistenten Heiko Waller und Alf Trojan. Zum Wintersemester 1974/75 übernahm Heidrun Kaupen-Haas als Professorin die formelle Verantwortung für die Medizinische Soziologie von Klaus Dörner. Waller ging 1979 für eine Sozialmedizinprofessur nach Lüneburg. Seinen Platz nahmen Wilfried Karmaus und später Beate Ritz ein. Karmaus und Ritz gingen danach in die USA und wirkten dort als Professoren. 1975 wurde das Team durch Hanneli Döhner vervollständigt, welche die Arbeitsgruppe Sozialgerontologie leitete.

Der Status einer sogenannten Fachbereichsunmittelbaren Einrichtung wurde 1985 mit der Einrichtung eines Instituts für Medizin-Soziologie (IMS) mit zwei Abteilungen beendet. Die Leitung der Abteilung I übernahm Heidrun Kaupen-Haas; Alf Trojan, der 1984 zum Professor ernannt worden war, übernahm Abteilung II (s. Abb. 1.7-1). Kaupen-Haas überschrieb einst die Geschichte des Instituts mit »Quer zur etablierten Forschungs- und Gesundheitspolitik?«. In der Festschrift zu ihrer Verabschiedung stand dann jedoch zu lesen: »Wahrscheinlich waren wir mehr ›schräg‹ als wirklich quer zur etablierten Forschungs- und Gesundheitspolitik. Immerhin waren wir, auch wenn die Mehrzahl der Arbeiten ... nicht schräg genug war, um ein Hindernis für wissenschaftliche Karrieren zu sein, immer wieder anstößig, manchmal sogar Ärgernis, in den Anfangszeiten sogar gelegentlich ›rotes Tuch‹ für den Fachbereich Medizin ...« (Trojan & Döhner 2002)

Lehre

Neben den in der AO von 1970 vorgesehenen Veranstaltungen einer Vorlesung und eines Kurses der Medizinischen Soziologie war das Fach auch beteiligt an dem Pflichtkurs Berufsfelderkundung und später am Fach Sozialmedizin im klinischen Teil des Studiums. Das Modell der unterschiedlichen Themen in moderierten Tutorengruppen erhielt sich über 30 Jahre bis zur Studienreform 2002.

Diese Studienreform von 2002 rückte Kommunikation, Patient*innenkontakte und problemorientiertes Lernen in den Vordergrund. Die vormals freiwilligen Kursgruppen wurden nun obligat. Seit dem Wintersemester 2002/03 hat der Kurs den Titel »Kranksein und Krankenversorgung aus Patientensicht« (Trojan, Schultz et al. 2006). Alle Studierenden machen darin ein Interview mit einem Patienten. Der von den Studierenden gut angenommene Kurs bildet einen Kern des medizinsoziologischen Unterrichts im ersten Semester bis zum heutigen Hamburger Modellstudiengang Medizin (iMED), in dem die Vorlesung in Medizinischer Soziologie und der Kurs zu den ersten Lehrveranstaltungen für die Studierenden zählen.

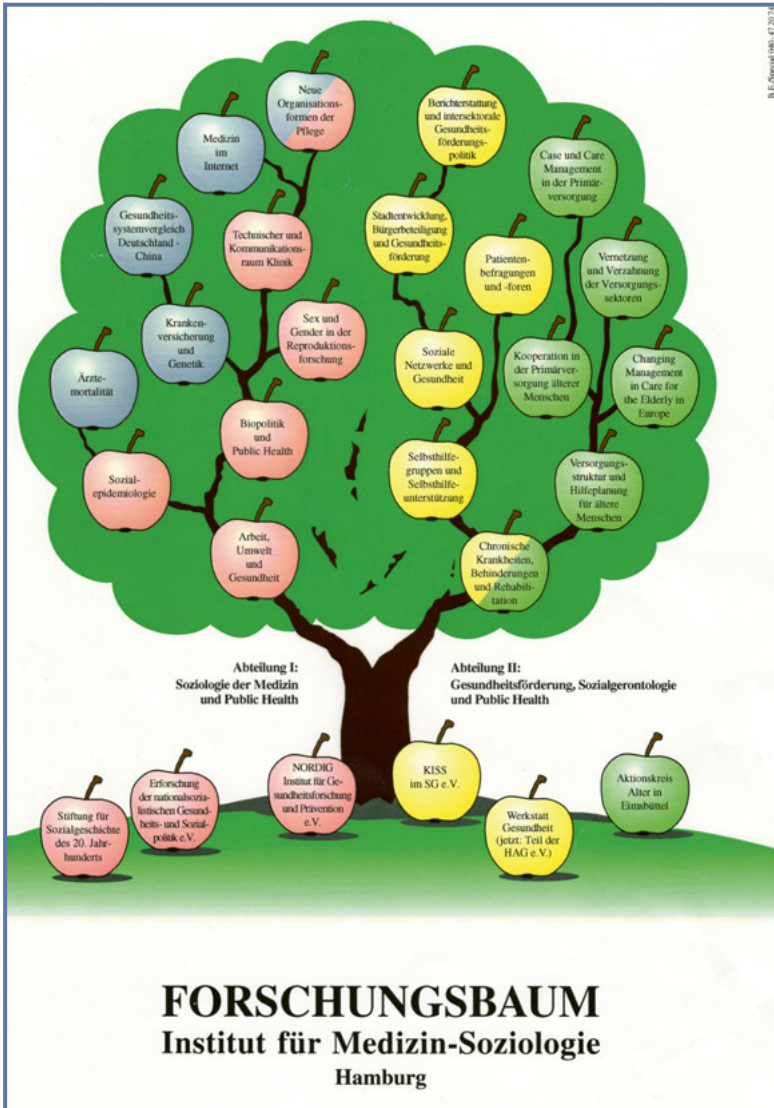


Abbildung 1.7-1: Forschungsbaum des Instituts für Medizin-Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg (UKE), letzter Stand ca.2001. Darstellung:Hanneli Döhner.

Dieser Modellstudiengang iMED³⁴ ist in inhaltliche Blöcke strukturiert, an denen verschiedene Fächer beteiligt sind. Vorklinische und klinische Inhalte sind nun im Gesamtstudium mit vertiefenden Lernschleifen verzahnt. Durch iMED hält die Medizinische Soziologie Lehrangebote in allen Semestern des Medizinstudiums vor. Neben

34 Integrierter Studiengang Medizin Hamburg; www.uke.de/studium-lehre/modellstudiengang-medizin-imed/index.html

dem beschriebenen Kurs werden heute medizinsoziologische Inhalte u. a. zu folgenden Themen unterrichtet: Soziale Einflüsse auf Gesundheit und gesundheitliche Versorgung, Fehlerkultur in der Medizin, Migration und Gesundheit, Selbstbestimmung am Ende des Lebens, Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien, Einführung ins wissenschaftliche Arbeiten.

Mit der Schaffung neuer Lehrangebote für die Studierenden der höheren Semester erweiterte sich der medizinsoziologische Fokus deutlich. Zum einen betrifft dies die Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen, zum anderen vor allem ethische sowie patienten- und medizinrechtliche Fragen in gesellschaftlichen Zusammenhängen, beispielsweise Patientenverfügungen, assistierter Suizid, Kindeswohlgefährdung, Versorgung von Geflüchteten. In den Abstimmungen mit inhaltsverwandten Fächern wie Rechtsmedizin, Palliativmedizin, Geschichte und Ethik usw. hat der iMED-Studiengang fließende Übergänge auch zu klinischen Disziplinen ermöglicht. Mit Schaffung des Modellstudiengangs iMED DENT und dessen Start im Wintersemester 2019/20 ist das Institut auch an der Ausbildung der Zahnärzt*innen beteiligt.

Den Evaluationsergebnissen zufolge gelingt es mit den neuen Lehrkonzepten, -inhalten und methoden offenbar, die gesellschaftliche Relevanz der Medizin und die Relevanz der Gesellschaft für die Medizin in ihrer Bedeutung für das ärztliche Handeln zu vermitteln.

Forschungsschwerpunkte in Vergangenheit und Gegenwart

Die ersten größeren Forschungsprojekte von Kaupen-Haas und ihrem Assistenten Wilfried Karmaus waren dem Thema »Verschleißbedingte rheumatische Erkrankungen« gewidmet. Bald darauf entstand in den 1980er-Jahren mit dem Verein zur Erforschung nationalsozialistischer Gesundheits- und Sozial-Politik e. V. und der daraus entstandenen Hamburger Stiftung für Sozialgeschichte im 20. Jahrhundert ein Forschungsschwerpunkt »Sozial- und Bevölkerungspolitik im historischen und internationalen Vergleich«.

Der Mitte der 1980er-Jahre entstandene »Forschungsbaum« zeigt die Entwicklungsstränge (Trojan & Döhner 2002). Die Äpfel des Baums sind von den Mitarbeiter*innen gegründete Vereine, die dem Transfer der Forschung in Politik und Praxis dienen. In der Abteilung II wurde von Hanneli Döhner der Schwerpunkt »Sozialgerontologie« aufgebaut (Döhner, Kofahl et al. 2008).

Nach der Emeritierung von Heidrun Kaupen-Haas wurde 2004 Olaf von dem Knesebeck als ihr Nachfolger berufen. Beim Ausscheiden Alf Trojans 2009 blieben die Forschungsschwerpunkte der Abteilung II erhalten. Hinzu kam der durch von dem Knesebeck neu eingerichtete Schwerpunkt »Soziale Einflüsse auf Gesundheit und Versorgung« (Döhner, Kaupen-Haas et al. 2009, S. 19).

Das UKE-Gesetz von 2001³⁵ führte zu Instituten (ohne Untergliederung in Abteilungen), in denen die Direktorenrolle dauerhaft wahrgenommen wurde. Außerdem wurden ab 2002 Zentren gegründet, so auch das Zentrum für Psychosoziale Medizin, dem die Medizinische Soziologie angehört. Um die Forschung stärker zu bündeln, entstand um 2001 der UKE-Schwerpunkt »Versorgungsforschung«, an dem das Institut verantwortlich beteiligt ist. Im Center for Health Care Research (CHCR) sind heute über 200 Versorgungsforscher*innen aus 27 Instituten und Kliniken am UKE und der Universität Hamburg vereint (Koch, van den Bussche et al. 2005; Bremer, Härter et al. 2018; Härter, Bremer et al. 2018).

Das Arbeitsgruppenmodell im IMS hatte sich über viele Jahre bewährt, im Laufe der Zeit nahmen jedoch die inhaltlichen Überlappungen zu, so dass eine statische Organisation nicht mehr sinnvoll erschien. In gemeinsamen Strategiesitzungen mit den wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen des Instituts wurden die Forschungsaktivitäten nun in Themenfelder untergliedert (Abb. 1.7-2), denen sich die laufenden Projekte und Wissenschaftler*innen zuordnen.

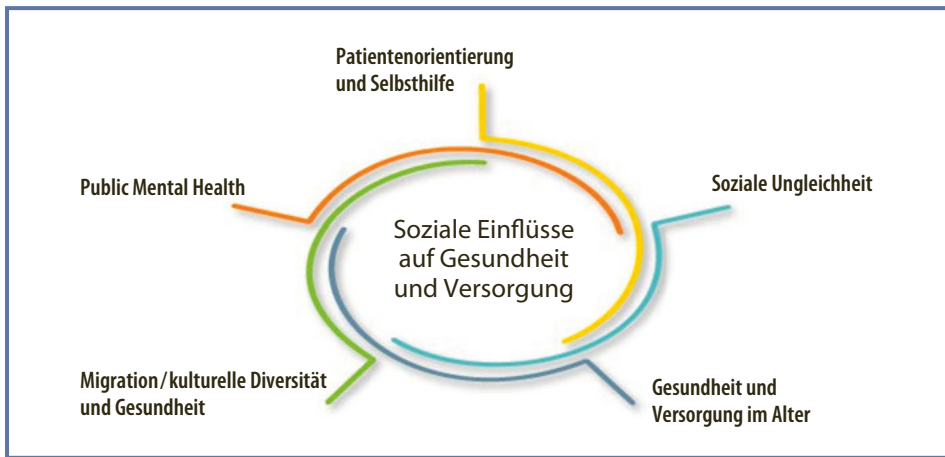


Abbildung 1.7-2: Forschungsaktivitäten des Instituts für Medizinische Soziologie nach Themenschwerpunkten. *Quelle: eigene Darstellung, 2020.*

35 www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psm1?showdoccase=1&doc.id=jlr-UniKIErGHArahmen&doc.part=X&doc.origin=bs

Bilanz einiger langfristiger Forschungseinflüsse

Während in den ersten Jahren vor allem neuartige Lehrformen und -inhalte im Vordergrund standen, wuchs mit der Institutionalisierung des Faches ab 1974 die Bedeutung von Forschungsprojekten.

Für Klaus Dörner war die Kernfrage seines Einstiegs in Hamburg: »... wie verbindest du dein politisches mit deinem beruflichen Engagement?« (Trojan & Döhner 2002, S. 14). Dies traf auch für die ersten hauptamtlichen Mitarbeiter*innen des Instituts zu. So waren die Themen bei Kaupen-Haas explizit politisch geprägt und lagen durchaus auch jenseits des inhaltlichen Kerngebiets, wie es in der Ausbildungsordnung vorgesehen war. Das Projekt zu rheumatischen Krankheiten war beispielsweise eng verknüpft mit den Gewerkschaften, wodurch sich der wissenschaftliche Fokus um Anwendungsaspekte erweiterte.

Die Abteilung II strebte an, der Medizin-Soziologie als praxisrelevantem Fach bei den Mediziner*innen Geltung zu verschaffen (Trojan 1980 und 1983). Das erste größere Forschungsprojekt zu Selbsthilfegruppen war als »anwendungsorientierte Grundlagenforschung« etikettiert und kam der Intention, »praxisrelevant« zu forschen, unmittelbar entgegen.

In beiden Abteilungen war die heute so bezeichnete partizipative Gesundheitsforschung³⁶ bereits Standard. Davon zeugen beispielsweise die Hamburger Kindergartenstudie (Karmaus 1989), die dann als das »Hamburger Kooperationsmodell« bekannt wurde (Bosien & Bosien 1994), oder das Projekt »Gesundheitsselbsthilfegruppen« (Dobler, Enkerts et al. 1984). Insofern war die Hamburger Medizinische Soziologie (mit anderen zusammen) Vorreiter für anwendungsorientierte und partizipative Forschung.

Mehrere Vereine wurden gegründet (s. Abb. 1.7-1), um Themen oder Strukturen dauerhaft zu verankern (Trojan 1990). Das größte Praxisprojekt ist die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Hamburg (▷ 6.4 Herrmann, Heß et al.), die zusammen mit der etwa gleich alten Selbsthilfekontaktstelle in Gießen den Ursprung der heutigen 340 Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen in Deutschland bildete. Später wurde durch Forschung in der Hamburger Medizinsoziologie das Deutsche »Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung« initiiert. Die wachsende Anerkennung der Selbsthilfegruppen förderte Partizipationsmöglichkeiten und politische Einflussnahme der Patient*innen, insbesondere in Form der rechtlich verankerten Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (Dierks 2010).

40 Jahre nach dem damaligen Forschungsverbund folgte mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit die seitdem größte Studie zur Selbsthilfe in einem Forschungsverbund mit der Medizinischen Hochschule Hannover, der Universität zu

36 S. Bundesgesundheitsblatt Heft 2, 2021

Köln und dem IMS als Konsortialführer sowie weiteren Kooperationspartner*innen aus der Selbsthilfe, wiederum als partizipatives Forschungsprojekt (Kofahl, Schulz-Nieswand et al. 2016; Kofahl, Haack et al. 2019).³⁷ Die Ergebnisse haben die Selbsthilfe-zusammenschlüsse und die Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen in ihrer Anerkennung nachhaltig gestärkt.

Im letztgenannten Bereich sind Kontinuität und »Impact« relativ klar sichtbar. Es gibt weitere Bereiche, in denen Institutsmitglieder aktiv an konzeptionellen Entwicklungen und Umsetzungsaktivitäten beteiligt waren oder sind. Auf der Ebene des Fachbereichs Medizin und der Universität war dies die Mitwirkung an allen drei großen Reformstufen der Medizinerbildung; auf der Ebene der Versorgungsforschung vor allem das Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychnet;³⁸ Makowski, Härter et al. 2018), das CHCR³⁹ und das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung⁴⁰ (Bremer, Härter et al. 2018).

Auf der Landesebene Hamburg beteiligte sich das IMS an sozialpsychiatrischen Reformen, der historischen Aufarbeitung des »Mustergau Hamburg«, als aktiver Mitstreiter in der Gesundheitsbewegung (>1.5 Trojan: »Gesundheitsladen ...«), an Initiativen der Armut- und Gesundheitsberichterstattung, an der Entwicklung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG)⁴¹ und an integrierter StadtGesundheits-Politik sowie im Landespflegeausschuss.

Oberhalb der Landesebene sind exemplarisch zu nennen: Mitarbeit im Arbeitskreis Migration und Öffentliche Gesundheit des/der Bundesbeauftragten für Integration, Aufbau einer Interessenvertretung von Pflegenden Angehörigen in Deutschland (Verein »wir pflegen«), Gründungsinitiative für die European Association Working for Carers,⁴² die eine organisierte Interessenvertretung pflegender Angehöriger auf europäischer Ebene und in mehreren Ländern angestoßen hat; ferner vielfältige Kommissions- und Beiratstätigkeiten, z. B. im Patientenbeirat der Stiftung Deutsche Krebshilfe.

Insgesamt blickt die Hamburger Medizinsoziologie auf eine bewegte 50-jährige Geschichte zurück. Die dargestellten Entwicklungen und Aktivitäten lassen erwarten, dass die Arbeit erfolgreich fortgesetzt werden kann.

37 www.uke.de/shild

38 www.psychnet.de/de/

39 www.uke.de/forschung/forschungsschwerpunkte/center-for-health-care-research-chcr/index.html

40 www.ham-net.de/de/

41 www.hag-gesundheit.de

42 www.eurocarers.org

LITERATUR

- Bosien G, Bosien I (1994): Zusammenarbeit von Wissenschaft, Verwaltung und Bürgern. Das Hamburger Kooperationsmodell. In: Stumm B, Trojan A (Hrsg.): *Gesundheit in der Stadt. Modelle, Erfahrungen, Perspektiven*. Fischer Sachbuch, Frankfurt am Main, S. 164–181
- Bremer D, Härter M, Löwe B, von dem Knesebeck O (2018): Vernetzung der Versorgungsforschung in Hamburg. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Bd. 2. oekom verlag, München, S. 441–447
- Dahme B, Scheer J (2019): Intentionen und Schwerpunkte der Medizinischen Psychologie in ihren Anfängen – ein Rückblick. *Psychother Psychosom Med Psychol* 69 (06):253-256; DOI: 10.1055/a-0896-3658
- Deppe H-U (1998): 25 Jahre Medizinische Soziologie an der J. W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Arbeitspapier Nr. 18/1998 (s. a. <https://arcinsys.hessen.de/arcinsys/detailAction.action?detailid=b7134>)
- Dierks M-L (2010): Laudatio für Herrn Prof. Dr. Dr. Alf Trojan zur Verleihung der Salomon-Neumann-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) am 23. 09. 2009 in Hamburg. *Gesundheitswesen* 72:125-128
- Dobler M, Enkerts V, Kranich C, Trojan A (Hrsg.) (1984.): *Wünsche – Wissen – Widerstand. Selbsthilfegruppen diskutieren mit Politikern und Experten*. Sozialwissenschaften und Gesundheit e. V., Hamburg
- Döhner H, Kaupen-Haas H, von dem Knesebeck O (2009): Alf Trojan – 35 Jahre Medizin Soziologie in Hamburg. In: dieselben: *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis*. Lit Verlag, Berlin
- Döhner H, Kofahl C, Lüdecke D, Mnich E (Eds.) (2008): *Family Care for Older People in Germany*. LIT Verlag, Münster
- Härter M, Bremer D, von dem Knesebeck O, Löwe B, König H, Scherer M (2018): Versorgungsforschung in Hamburg. *Hamburger Ärzteblatt* 72 (05):12-17
- Karmaus W (1989): *Hamburger Kindergartenstudie, Auswirkungen von Holzschutzmitteln auf die Gesundheit von Kindern*. Kurzfassung für die Eltern, Hamburg. Unveröffentlichter Bericht
- Koch U, van den Bussche H, Trojan A (2005): *Forschungsschwerpunkt zum Thema Versorgungsforschung*. Unveröffentlichtes Manuskript zur Konzeption der Versorgungsforschung am UKE (61 Seiten)
- Kofahl C, Schulz-Nieswandt F, Dierks M-L (Hrsg.) (2016): *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland*. Reihe Medizin-Soziologie, Band 24, LIT-Verlag, Münster
- Kofahl C, Haack M, Nickel S, Dierks M-L (Hrsg.) (2019): *Wirkungen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe*. Reihe: Medizinsoziologie Bd. 29, LIT Verlag, Münster
- Laux R (1978): *Kursus der Medizinischen Soziologie. Entwicklung und Erprobung eines Unterrichtsmodells zur problemorientierten und praxisbezogenen Ausbildung von Medizinstudenten im Fach Medizinische Soziologie*. Hamburg: Diss. Med
- Makowski AC, Härter M, Lambert M, von dem Knesebeck O (2018): *Hamburger Netz Psychische Gesundheit: Aufbau, Ziele und Erfahrungen aus der Prozessevaluation*. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Bd. 2. oekom verlag, München, S. 463–469

Trojan A (1980): Medizin-Soziologie und Praxis – Was können und wollen Medizin-Soziologen in der Medizin? In: Medizinsoziologische Mitteilungen 6 (2):1-33

Trojan A (1983): Sozial-Reformer, Sozial-Techniker, Sozial-Forscher: zur Identität des Medizinsoziologen. Mit den Händen denken. Beiträge zur Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Rehburg-Loccum, S. 121–129

Trojan A (1990): Supporting Self-Help Groups and Community Organisations. From Research to Policy and Practice. In: Evers A, Farrant W, Trojan A (Eds.): Healthy Public Policy at the Local Level. Campus/Westview, Frankfurt am Main, Boulder/Colorado 1990

Trojan A (1998) Laudatio für Klaus Dörner anlässlich der Überreichung der Salomon-Neumann-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Gesundheitswesen 60(4):197-202

Trojan A, Döhner H (2002): Medizin-Soziologie in Hamburg mit Heidrun Kaupen-Haas. In: Trojan A, Döhner H (Hrsg.): Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main

Trojan A, Schultz T, Weidtmann K, Frost M, Döhner H, Albrecht N-J, von dem Knesebeck O (2006): Patientenkontakte im ersten Abschnitt der ärztlichen Ausbildung – Der Hamburger Kurs in Medizinischer Soziologie. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 23(4): Doc62. www.egms.de/static/en/journals/zma/2006-23/zma000281.shtml

KAPITEL 2

Nachhaltigkeit und Gesundheit

■ Nachhaltigkeit und Gesundheit stehen in enger Verbindung zueinander, auch im städtischen Kontext. Die Weltgesundheitsorganisation verweist seit Langem darauf, dass Gesundheit eine nachhaltige Entwicklung im Sinne der UN-Nachhaltigkeitsziele zur Voraussetzung hat und ihrerseits zur Umsetzung dieser Ziele beiträgt (WHO 2002)¹. Um die Verbindung zu betonen, sprechen wir von Nachhaltiger StadtGesundheit / *Sustainable Urban Health*.

Dieses Kapitel knüpft an entsprechende Beiträge aus dem ersten Hamburg-Band an. Dort wurden ausgewählte Aspekte wie stationäre Versorgung und grüne Krankenhäuser (Fehr et al. 2018)², Umwelthygiene (Fehr & Trojan 2018)³ oder Stadtklima (Hornberg & Fehr 2018)⁴ vorgestellt. Dieses Kapitel erweitert das Themenfeld um vier Beiträge.

Der erste Beitrag (> 2.1 Augustin & Schlünzen) setzt sich mit den Folgen klimatischer Veränderungen für die Stadtbevölkerung in Hamburg auseinander. Dabei wird zunächst dargelegt, wie sich der Klimawandel für Hamburg charakterisieren lässt. Daran anknüpfend, werden die für Hamburg vermutlich relevanten gesundheitlichen Folgen klimatischer Veränderungen diskutiert, zu denen vor allem eine erhöhte thermische Belastung, eine veränderte Lufthygiene (Luftschadstoffe und Pollenflug) sowie UV-Strahlung gehören. Abschließend werden unter anderem ausgewählte Hamburger Aktivitäten zur Anpassung an den Klimawandel vorgestellt.

Stadtgrün (> 2.2 Peters) hat auch in Hamburg eine hohe Relevanz für die StadtGesundheit. Folgend auf einen kurzen historischen Exkurs, werden das Grüne Netz Hamburgs und seine Bedeutung für die Stadt erläutert. Am Beispiel des Klimawandels, einer zunehmenden Verdichtung der Stadt sowie gesellschaftlichen Veränderungen werden die künftigen Herausforderungen für städtisches Grün thematisiert. Darüber hinaus zeigt die Autorin neue Trends auf, wie etwa das Konzept GreenGym, ein Angebot für Stadtbewohner:innen für die gemeinschaftliche Pflege öffentlicher Parks mit sportlichen Bewegungsangeboten. Abschließend werden die Potenziale einer gesundheitlichen Perspektive auf das Stadtgrün in Hamburg diskutiert.

1 World Health Organization (2002): Johannesburg declaration on health and sustainable development – Meeting of senior officials and ministers of health. Johannesburg, South Africa, 19-22 January 2002. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67412/WHO_HDE_HID_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

2 Beitrag 4.3, »Stationäre Versorgung«, Editionsband 2

3 Beitrag 6.9, »Umwelthygiene«, Editionsband 2

4 Beitrag 7.11, »Stadtklima, Klimawandel und -anpassung in Hamburg«, Editionsband 2

Neben dem Stadtgrün haben urbane Gewässer (▷ 2.3 Stokmann, Rost et al.) in Hamburg Bedeutung für die Gesundheit der Stadtbevölkerung. Die Ausführungen machen deutlich, wie umfangreich die potenziellen gesundheitlichen Wirkungen urbaner Gewässer sind, die mental, körperlich und sozial gesundheitsfördernd wirken, aber auch ein gesundheitsschützendes (z. B. Kühlungseffekt) Potenzial haben. Der Beitrag erläutert auch Interessenkonflikte, mit denen im Kontext urbaner Gewässer zu rechnen ist.

Das Thema »Nachhaltigkeit« gewinnt in Krankenhäusern an Bedeutung und wird oftmals mit dem Ansatz »Green Hospitals« beschrieben. Auch im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) gewinnt das Thema an Aufmerksamkeit (▷ 2.4 Dzukowski & Augustin). Der Beitrag verdeutlicht, dass das Gesundheitssystem für einen wesentlichen Teil der Treibhausgasemissionen verantwortlich ist, und setzt das Konzept der Green Hospitals in den Kontext heutiger Nachhaltigkeitsbestrebungen in Krankenhäusern. Am Beispiel des UKE zeigt sich, dass bereits zahlreiche Maßnahmen in verschiedenen Geschäftsbereichen praktiziert werden. Dabei geht es nicht nur um technische Maßnahmen, sondern beispielsweise auch um die aktive Einbindung von Mitarbeitern zur Umsetzung der Nachhaltigkeitsziele.

Wenngleich die Beiträge das Thema »Nachhaltigkeit und Gesundheit« in Hamburg nur anhand ausgewählter Beispiele darlegen, zeigt sich hier, wie facettenreich und wichtig das Thema für die Stadtgesundheit ist. Bestehende Herausforderungen wie Klimawandel und Biodiversitätsverlust, aber auch zunehmende innerstädtische Verdichtungen machen weitere Anstrengungen auf verschiedenen Akteursebenen notwendig. ■

Jobst Augustin, Rainer Fehr

2.1

Klimawandel und Gesundheit in Hamburg

Jobst Augustin, Heinke Schlünzen

Das Klima und seine Veränderungen (Klimawandel) können die Gesundheit des Menschen beeinflussen. »Klima ist definiert als die Zusammenfassung der Wettererscheinungen, die den mittleren Zustand der Atmosphäre an einem bestimmten Ort oder in einem mehr oder weniger großen Gebiet charakterisieren. Das Klima wird repräsentiert durch die statistischen Gesamteigenschaften (Mittelwerte, Extremwerte, Häufigkeiten, Andauerwerte u. a.) über einen genügend langen Zeitraum.« (DWD 2021) Dabei wird in der Regel ein Betrachtungszeitraum von 30 Jahren zugrunde gelegt (WMO 2021). Globale klimatische Veränderungen zeigen sich in Hamburg durch eine Zunahme der

Jahresmitteltemperatur von etwa 1,4 °C zwischen 1881 bis 2013, was etwa 0,1 °C pro Dekade entspricht (Trusilova & Riecke 2015). Selbst bei weltweit erfolgreicher Umsetzung von Klimaschutzmaßnahmen muss für die kommenden Jahrzehnte mit einer weiteren Temperaturzunahme, auch in Hamburg, gerechnet werden.

Neben dem globalen Klimawandel beeinflusst auch die Stadt Hamburg selbst das Lokalklima. Die vielen Baukörper reduzieren die Windgeschwindigkeit in der Stadt und erhöhen die Böigkeit. Jegliche Veränderung natürlicher Oberflächen verändert den Austausch zwischen diesen Oberflächen und der Atmosphäre, sodass das regionale Klima lokal verändert wird. Die massiven Baumaterialien in Städten sind dabei besonders einflussreich, da sie Sonnenstrahlung tagsüber sehr effektiv speichern. Am Abend und nachts wird die Wärme dann abgegeben, und die Minimaltemperaturen können je nach Jahreszeit im Klimamittel mehr als 2,5 °C höher als im Umland sein (Schlünzen et al. 2010). Dieser Stadtklimaeffekt kann in etwa auf den Einfluss des Klimawandels auf die Temperatur aufaddiert werden, solange die Stadt in ihrer Struktur, also den Baukörpern, Baumaterialien, Freiflächen usw., gleich bleibt.

Einen weiteren Effekt auf die Temperatur haben die vielen Gewässer Hamburgs, die den Tagesgang dämpfen und meist gewässernah die Temperatur tagsüber vermindern, jedoch nachts höher halten als in größerer Entfernung von Gewässern. Auch Vegetationsflächen beeinflussen die Lufttemperatur, sie reduzieren diese über Verdunstung insbesondere tagsüber. Neben der Temperatur werden durch den Klimawandel in der Region Hamburg auch Niederschläge verändert, mit bereits beobachteter Zunahme des Jahresniederschlags und häufigeren stärkeren Niederschlägen (Schlünzen et al. 2010). Für die Zukunft ist eine Zunahme der Starkniederschläge in Hamburg wahrscheinlich (Meinke et al. 2018), eine Zunahme der Winterniederschläge ab der Mitte des Jahrhunderts sowie vermutlich eine große Variabilität der Sommerniederschläge (Meinke et al. 2018).

Solche klimatischen Veränderungen können als Folge auch die Gesundheit des Menschen in vielfältiger Weise beeinflussen. Die Abb. 2.1-1 zeigt im Überblick die möglichen Folgen des Klimawandels auf die Gesundheit. Dabei wird zwischen den direkten (z. B. thermische Belastung) und indirekten (z. B. Störungen des Ökosystems) Auswirkungen unterschieden. Die zu erwartenden Auswirkungen sollten in ihrer Intensität stets im Kontext der Region verstanden werden, da die lokalen klimatischen Bedingungen, die Zusammensetzung der Bevölkerung und ihrer Fähigkeit, sich anzupassen, oder auch die bestehende Gesundheitsinfrastruktur unterschiedlich sein kann (Augustin et al. 2018). So sind beispielsweise Städte aufgrund ihrer Bebauungsstruktur und ihres Verkehrsaufkommens von thermischer Belastung und Luftverschmutzung mehr betroffen als der ländliche Raum. Im Folgenden wird eine Auswahl für Hamburg relevanter Aspekte klimaassoziierter Gesundheitsfolgen im Überblick dargestellt.

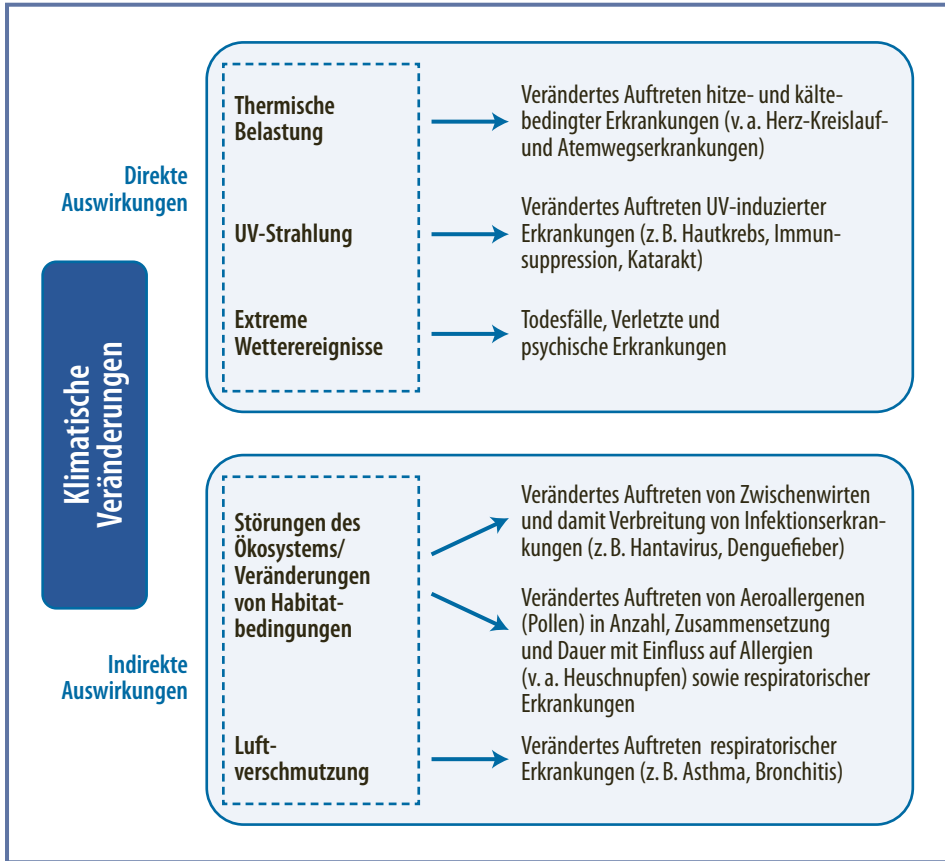


Abbildung 2.1-1: Direkte und indirekte Wirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit.
Quelle: Augustin 2020.

Thermische Belastung

Zur Bestimmung der thermischen Belastung wird häufig nur die Temperatur herangezogen. Tatsächlich hängt die Belastung des menschlichen Körpers auch von der auftretenden Strahlung, der Windgeschwindigkeit sowie der Luftfeuchtigkeit ab – und natürlich den individuellen thermophysiologischen Eigenschaften, die wiederum mit dem Alter, Gesundheitszustand etc. assoziiert sind.

Klimatische Veränderungen stehen vor allem mit einer zunehmenden Wärmebelastung für den Menschen in Zusammenhang. Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass auch ein starker Kältereiz negative Auswirkungen (z. B. grippale Effekte) zur Folge haben kann. Dennoch steht aktuell die Wärmebelastung im besonderen Fokus, denn neun der zehn wärmsten Jahre seit Beginn der Wetteraufzeichnungen folgten nach 1998 (Lindsey & Dahmann 2019). Damit assoziiert, traten in Deutschland die

Jahre 2003, 2006, 2013 und 2018 aufgrund von Hitzewellen mit Einfluss auf Morbidität und Mortalität besonders hervor (Larsen 2013; Augustin et al. 2018; RKI 2019).

Mit Bezug auf Hamburg zeigen sich innerhalb der letzten 50 Jahre eine signifikante Verminderung des extremeren Kältestresses von November bis April und eine Zunahme des Hitzestresses im Mai, Juli und August (Wiesner et al. 2018). Das Auftreten von Hitzewellen und ihre Folgen für die Stadtbevölkerung Hamburgs sind bislang jedoch nur unzureichend erforscht (Bittner 2014), und somit liegen praktisch keine umfassenden Kenntnisse darüber vor.

Aufgrund der geografischen bzw. bioklimatischen Gegebenheiten zählt Hamburg im Vergleich zu anderen Ballungsräumen in Deutschland (z. B. Frankfurt, Stuttgart) vermutlich aber auch zukünftig eher nicht zu den hochvulnerablen Räumen hinsichtlich thermischer Extreme in Deutschland (Augustin et al. 2018). Gleichwohl können zukünftig vereinzelt auch thermische Belastungssituationen in Hamburg auftreten, die die besonders vulnerablen Personen (vor allem Menschen höheren Alters und Kinder) betreffen. Nach Smith et al. (2014) sind zudem Regionen der mittleren und nördlichen Breiten hinsichtlich zukünftiger thermischer Veränderungen von besonderer Bedeutung, da die Bevölkerung möglicherweise besonders sensitiv auf veränderte thermische Belastungen reagiert. Diese Hypothese ist jedoch noch mit Unsicherheiten behaftet und bedarf der weiteren Untersuchung.

Luftschadstoffe

Luftschadstoffe haben für die Gesundheit der Bevölkerung eine hohe Bedeutung und stehen indirekt im Zusammenhang mit dem Klimawandel. Die EU-weit gültigen Grenzwerte für den Schutz der menschlichen Gesundheit wurden in Hamburg zu einem großen Teil in den vergangenen zehn Jahren eingehalten. Basierend auf Daten des Hamburger Luftmessnetzes (Hamburger Luftmessnetz 2021), wurde der Tagesmittelgrenzwert von $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ für Partikel (PM) bis zu $10 \mu\text{m}$ Durchmesser nur in 2011 an zwei Stationen mehr als 35-mal überschritten, alle anderen Jahre lagen darunter. In 2019 lag die maximale Zahl an Überschreitungen bei acht, in 2020 bei zwei. Bei Stickstoffdioxid (NO_2) ist für die Stundenwerte eine analoge Tendenz zu sehen. Die maximal zulässige Anzahl der Überschreitung (18 im Jahr) von mehr als $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wurde seit 2011 nicht erreicht. Seit 2018 ist die Zahl der Überschreitungen an allen Stationen null. Etwas anders sieht es bei den Jahresmittelwerten aus (Abb. 2.1-2), die allerdings auch abnehmen und in 2020 nur an einer Station überschritten wurden.

Der EU-Informationswert für Ozon wurde in den vergangenen drei Jahren der Stundenwert von $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ an drei der vier Stationen in 2018 bis zu dreimal, an einer der vier Stationen in 2019 und an keiner in 2020 überschritten (Hamburger Luftmessnetz 2021). Die gleitenden Achtstundenwerte mit dem Zielwert $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ dürfen als Mit-

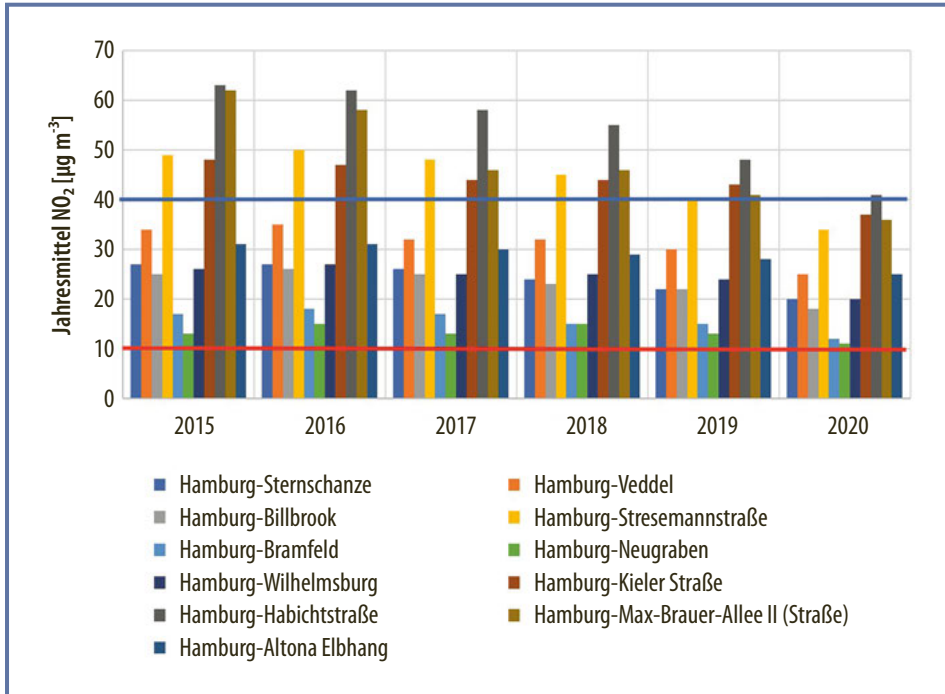


Abbildung 2.1-2: Jahresmittelwerte von NO₂ an verschiedenen Hamburger Messstationen. Die blaue Linie zeigt den gegenwärtigen (40 µg m⁻³), die rote Linie den von WHO (2021) vorgeschlagenen (10 µg m⁻³) Grenzwert für die Jahresmittelwerte. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus Umweltbundesamt (2020).

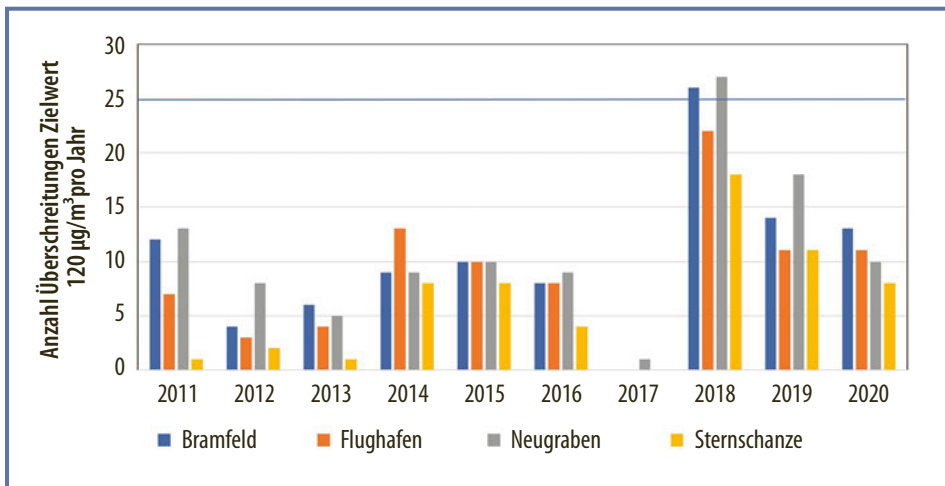


Abbildung 2.1-3: Anzahl der jährlichen Überschreitungen des Zielwertes von 120 µg m⁻³ des Ozons als stündlich gleitende 8-Stunden-Mittelwerte eines Tages. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus Hamburger Luftmessnetz (2021).

telwert über jeweils drei Kalenderjahre 25 Überschreitungen des Zielwertes aufweisen. Abb. 2.1-3 zeigt, dass dieses zwar für ein einzelnes Jahr geschehen kann, über drei Jahre aber nicht der Fall ist. Anzumerken ist, dass Ozon durch die Emission von Stickstoffmonoxid reduziert wird (ergibt NO_2 und O_2), sodass vor allem in der Nähe verkehrsreicher Gegenden die Ozonwerte selten überschritten werden.

Die Bildungsrate des Ozons hängt ab von der Einstrahlung sowie von der Temperatur und den verfügbaren Vorläufergasen. Mit der im Klimawandel steigenden Temperatur ist mit zunehmender Ozonbelastung, auch in Hamburg, zu rechnen. Gleichzeitig wird die Transformation im Verkehrssektor die NO-Emission reduzieren, sodass die Reduktion von Ozon in der Nähe der Emittenten entfällt und die Konzentrationen dort höher bleiben kann. Für eine Reduktion von gut 45 % bei den Stickoxidemissionen und fast 50 % bei den reaktiven organischen Verbindungen sowie weiteren Emissionsreduktionen konnten Moghani & Archer (2020) allerdings zeigen, dass die mittleren Ozonkonzentrationen im Zukunftsklima geringfügig zurückgehen können.

Für zusätzliche Informationen (Emissionsquellen, Luftmessnetz etc.) zur Luftqualität in Hamburg wird an dieser Stelle auf den Beitrag von Matthias et al. (2018) hingewiesen.

Luftschadstoffe stellen weltweit laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das größte Umweltrisiko für die Gesundheit dar (WHO 2016). Die Wirkung von Luftschadstoffen auf die Gesundheit basiert vor allem auf der chemischen Zusammensetzung, ihren Eigenschaften (z. B. Toxizität), der Höhe der Emissionen sowie der Partikelgröße. Luftschadstoffe sind in der Regel ein Gemisch verschiedener Einzelsubstanzen, die entsprechend ihrer Quelle, wie dem Straßenverkehr (z. B. bei PM, O_3 , NO_2), als Gemisch auftreten und auf die Gesundheit einwirken (Augustin 2019). Mit Ruß, ultrafeinen Partikeln (UFP) oder organischen Kohlenwasserstoffe existieren noch weitere Partikel, die in Kombination mit Feinstaub und Stickstoffdioxid auftreten (Peters et al. 2019).

Zahlreiche epidemiologische Studien haben die Effekte von Luftschadstoffen auf die Gesundheit untersucht und konnten insbesondere Assoziationen zu Atemwegserkrankungen (z. B. COPD, Asthma bronchiale, Bronchitis), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Hypertonie, Herzinfarkt) oder weiteren Erkrankungen wie Allergien, Diabetes mellitus Typ II oder neurodegenerativen Erkrankungen feststellen (Augustin 2019). Wenngleich es in Hamburg aufgrund des Luftmessnetzes eine entsprechende Datengrundlage gibt, sind bislang, auch ohne den Einfluss klimatischer Veränderungen, keine Studien bekannt, die den Zusammenhang von Luftschadstoffen und möglichen gesundheitlichen Folgen für die Bevölkerung in Hamburg untersucht haben. Krefis et al. (2019) haben zwar mit der Analyse respiratorischer Notfalleinlieferungen im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Luftschadstoffe (O_3 , NO_x , PM_{10} sowie verschiedene meteorologische Faktoren) berücksichtigt, allerdings ließen sich keine Zusammenhänge zur Wirkung auf die Hamburger Stadtbevölkerung ableiten. Dies wäre

im Sinne einer Abschätzung der Bedeutung von Luftschadstoffen auf die Hamburger Krankheitslast oder zur lokalen Evaluation von Maßnahmen der Luftreinhaltung wünschenswert.

Pollenflug

Klimatische Veränderungen haben einen wichtigen Einfluss auf die Vegetation sowie Vegetationsentwicklung von Pflanzen und damit auf die Veränderung der Pollensaison (Phänologie), Pollenmenge, Pollenallergenität und die Verbreitung invasiver Arten mit allergenem Potenzial.

Ein Anstieg der Temperatur hat zur Folge, dass sich nicht nur das Spektrum von Pflanzenarten als solches, sondern auch die phänologischen Phasen verändern können. So hat sich beispielsweise die Forsythienblüte in Hamburg seit 1945 um etwa vier Wochen vorverlagert (Jensen et al. 2011). Dieser vorgezogene Blühbeginn im Frühjahr ist auch bei aus allergologischer Sicht bedeutsamen Pflanzen (z. B. Haselnuss, Erle, Birke) zu beobachten (Augustin et al. 2020). Neben der Temperatur sind aber auch andere Faktoren für die Blühphasen und damit auch Freisetzung von Pollen von Bedeutung. Dazu zählen neben weiteren meteorologischen Bedingungen (Niederschlag, Wind etc.) auch Standortfaktoren wie Boden oder Feuchtigkeit.

Darüber hinaus konnten Studien zeigen, dass Luftschadstoffe (z. B. Feinstaub) bzw. Gase (Ozon, CO₂) einen Einfluss auf Pollenfreisetzung und deren Allergenität haben. So sehen Ziello et al. (2012) beispielsweise einen möglichen Zusammenhang zwischen der ansteigenden CO₂-Konzentration, vor allem in Städten, und der Pollenkonzentration. Singer et al. (2005) konnten anhand der Ambrosia zeigen, dass sich zumindest die Konzentration eines Hauptallergens (Amb a 1) durch eine Erhöhung der CO₂-Konzentration erhöht.

Die World Allergy Organisation (WAO) hat auf den Einfluss des Klimawandels für die Häufigkeit von Allergien hingewiesen (D'Amato et al. 2015). Nach Langen et al. (2013) sind in Deutschland derzeit etwa 30 % der Bevölkerung von Allergien betroffen, etwa 14,8 % leiden unter Heuschnupfen. Bei Menschen mit allergischer Rhinitis und allergischem Asthma sind aus klinischer Sicht die Pollen bzw. Allergene der Erle, Birke, Haselnuss und Gräser (Bergmann et al. 2012) besonders relevant. Neben den heimischen Pflanzenarten nehmen invasive Arten eine zunehmend bedeutende Rolle im Allergiegesehen ein. Allen voran ist hier die ursprünglich aus Nordamerika stammenden Ambrosia zu nennen, deren Pollen ein hohes allergenes Potenzial haben. Nach Poppendieck (2007) hat sich die Ambrosia in Hamburg bereits etabliert, bislang jedoch nicht flächendeckend, sondern auf einige Standorte bezogen. Aber auch weitere Arten wie die Olive oder Zypresse, die bislang eher im mediterranen Raum mit Hinblick auf das Allergiegesehen von Bedeutung sind, könnten in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

UV-Strahlung

Aus physikalischer Sicht ist die UV-Strahlung (UV) vom Klimawandel zu trennen, da der Klimawandel auf dem sogenannten Treibhauseffekt basiert, der wiederum unabhängig von der UV-Strahlung existiert. Maßgeblichen Einfluss auf das UV hat das stratosphärische Ozon, welches in seiner Konzentration durch klimatische Veränderungen beeinflusst werden kann. Dies betrifft die Dynamik, d. h. Verteilung in der Stratosphäre, aber auch die Ozonchemie und damit die Abbau- und Produktionsmechanismen. Neben dem Ozon haben weitere Faktoren einen Einfluss auf die Strahlungsintensität. Dazu gehören Aerosole, d. h. Partikel (z. B. Ruß) in der Luft, die Bewölkung und deren Höhe, die Albedo (Reflexionsvermögen der Wolken und der Erdoberfläche), der Sonnenstand in Abhängigkeit von der geografischen Breite, Jahres- und Tageszeit sowie die Höhe über dem Meeresspiegel (Augustin et al. 2021). In Deutschland lässt sich aufgrund der geografischen und meteorologischen Situation ein Nord-Süd-Gradient in der UV-Intensität ausmachen, der mit höheren Werten im Süden und geringeren Werten im Norden einhergeht. Darüber hinaus hat die Topografie (Küsten, Höhenzüge) Einfluss auf die Bewölkungssituation, was dazu führt, dass die Bestrahlungsstärke im Norden zwar geringer ist als im Süden, jedoch im Norden eine statistisch höhere Sonnenscheindauer (vor allem auf den vorgelagerten Inseln von Nord- und Ostsee) vorliegt (Augustin et al. 2018). Die UV-Strahlung wird in Deutschland durch das UV-Messnetz erhoben und bewertet, welche vom Bundesamt für Strahlenschutz und Umweltbundesamt seit den 1990er-Jahren betrieben wird (Sandmann 2015). Für Norddeutschland lassen sich aus den Daten des UV-Messnetzes aus den zurückliegenden Messzeiträumen keine eindeutigen Trends über eine Veränderung der Strahlungsintensität ausmachen, was unter anderem an einem relativ kurzen Messzeitraum liegt (Augustin et al. 2018). Es gibt jedoch Hinweise auf einen leichten Rückgang der Strahlung (Bais et al. 2019).

Das UV-A und vor allem das UV-B sind aufgrund der biologischen Wirkung von besonderer Bedeutung für die menschliche Gesundheit und stehen in engem Zusammenhang mit dem Auftreten von Hauterkrankungen, wie vor allem Hautkrebs oder Erkrankungen des Auges, wie dem Katarakt. Hautkrebs ist eine der häufigsten Krebserkrankungen, und UV-B-Strahlung gilt aufgrund ihrer karzinogenen Wirkung als Hauptrisikofaktor für diese Erkrankungen. In den vergangenen zwei Jahrzehnten ist in Hamburg eine Zunahme an Hautkrebserkrankungen zu verzeichnen, das gilt insbesondere für den »hellen« Hautkrebs, den sogenannten Nicht-melanozytären Hautkrebs (Hamburg Krebsregister 2021). Wenngleich UV-Strahlung als Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Hautkrebs gilt, so ist neben dem Hauttyp und weiteren Faktoren (Kontakt mit chemischen Substanzen) das individuelle Expositionsverhalten gegenüber UV-Strahlung ein entscheidender Faktor und vermutlich auch wichtiger Aspekt mit Hinblick auf den Klimawandel. Klimatische Veränderungen könnten dahingehend

einen Einfluss haben, dass die Tage mit schönem und expositionsfreundlichem Wetter zunehmen und ein vermehrter Aufenthalt im Freien und damit erhöhte UV-Exposition die Folge ist. Es gibt auch für Hamburg praktisch keine Prognosen zum Einfluss des Klimawandels auf die Häufigkeit UV-assoziiierter Erkrankungen. Es ist aber zu vermuten, dass das thermisch motivierte Expositionsverhalten im Rahmen des Klimawandels eine größere Rolle einnehmen wird als eine Veränderung der UV-Strahlung.

Ausblick

Die hier aufgeführten Beispiele veranschaulichen eine Auswahl möglicher Folgen klimatischer Veränderungen für die Gesundheit der Hamburger Bevölkerung. Die Auswahl der Beispiele spiegelt etwas den Kenntnisstand und die Relevanz für Hamburg wider. Auf weitere gesundheitspezifische Aspekte des Klimawandels, wie etwa vektorassoziierte Erkrankungen, Extremereignisse und die möglichen physischen und psychischen Folgen für die Bevölkerung sowie Gewässerqualität, wurde hier verzichtet.

Die Beispiele verdeutlichen, dass bislang selbst zu Themen wie thermische Belastung kaum konkrete Aussagen zu den klimaassoziierten Folgen für die Gesundheit in Hamburg möglich sind und für Hamburg praktisch auch keine belastbaren Studien existieren. Aus diesem Umstand lässt sich die Forderung nach einer Verstärkung der Forschungsaktivitäten zu den gesundheitlichen Folgen klimatischer Veränderungen ableiten. Damit ist nicht nur die Klimaforschung als solches gemeint, sondern eine intersektoral aufgestellte Forschung anzustreben, an denen Disziplinen aus den Fachbereichen der Natur-, Ingenieurs-, Sozial- oder Gesundheitswissenschaften zusammenarbeiten. Die Hamburger Forschungslandschaft bietet mit mehreren Hochschulen ein hohes wissenschaftliches Potenzial dafür.

Trotz aktuell bestehender Unsicherheiten bleibt festzuhalten, dass zahlreiche Synergieeffekte von Klima- und Gesundheitsschutz existieren, denen zukünftig mehr Beachtung geschenkt werden sollte. So reduziert das vermehrte Fahrradfahren nicht nur die CO₂-Emissionen, NO₂- und Partikelbelastung oder den Lärm, sondern fördert auch noch die Gesundheit. Städtebauliche Maßnahmen wie der Ausbau der Grün- und Blauflächen haben kühlende Effekte und geben gleichzeitig einen Anreiz zur körperlichen Aktivität. Neben dem Klimaschutz ist vor allem der Klimaanpassung weiterhin Aufmerksamkeit zu schenken. Dazu zählt vor allem die Hamburger Strategie zur Anpassung an den Klimawandel, die auf dem fachlichen Orientierungsrahmen »Klimaänderung und Klimafolgen in Hamburg« basiert. Die Strategie stützt sich auf einen Auftrag des Senats zur »Entwicklung einer Hamburger Strategie zur Anpassung an den Klimawandel« aus dem Jahre 2011. 2013 hat Hamburg dann einen ersten »Aktionsplan Anpassung an den Klimawandel« erarbeitet. Dieser bündelt die verschiedenen Maßnahmen zur Anpassung an den Klimawandel in der Stadt Hamburg. Hinsichtlich der Anpassung

an die Folgen des Klimawandels verfolgt der Senat eine Langfriststrategie. Im Rahmen dieser Strategie sollen die Folgen des Klimawandels kontinuierlich beobachtet und erforderliche Anpassungsmaßnahmen rechtzeitig erkannt, geplant und umgesetzt werden (Behörde für Umwelt, Klima, Energie und Agrarwirtschaft 2021). Bestehende Aktivitäten, Programme und Strategien können einer Übersicht in Hornberg & Fehr (2018) entnommen werden.

LITERATUR

- Augustin J (2019): Gesundheitliche Bedeutung von Partikelbelastungen. In: Lozán JL, Breckle S-W, Graßl H, Kuttler W, Matzarakis A (Hrsg.) Warnsignal Klima – Die Städte. Wissenschaftliche Auswertungen, Hamburg
- Augustin J (2020): Klimawandel und Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit. *Public Health Forum*, 28(1):2-5
- Augustin J, Andrees V (2020): Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit. *G+G-Wissenschaft*, Jg. 20, Heft 1. Berlin
- Augustin J, Horstmann R, Homeier T, Jensen K, Knieling J, Krefis AC et al. (2018): Gesundheit. In: von Storch H, Meinke I, Claußen M, Hrsg. *Hamburger Klimabericht – Wissen über Klima, Klimawandel und Auswirkungen in Hamburg und Norddeutschland*. Springer Verlag, Heidelberg
- Augustin J, Stephan B, Augustin M (2021): Klimawandelbedingte Veränderungen in der UV-Exposition. Herausforderungen für die Prävention UV-bedingter Hauterkrankungen. In: Günster C, Klauber J, Robra B-P, Schmuker C, Schneider A (Hrsg.) *MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*, Berlin
- Behörde für Umwelt, Klima, Energie und Agrarwirtschaft (2021): Hamburgs Strategie zur Anpassung an den Klimawandel. www.hamburg.de/anpassungsstrategie/
- Bittner MI (2014): Auswirkungen von Hitzewellen auf die Mortalität in Deutschland. *Gesundheitswesen* 76:508-512
- D'Amato G, Holgate ST, Pawankar R, Ledford DK, Cecchi L, Al-Ahmad M et al. (2015): Meteorological conditions, climate change, new emerging factors, and asthma and related allergic disorders. A statement of the World Allergy Organization. *World Allergy Organ* 8(1):25
- Deutscher Wetterdienst (DWD) (2021): Wetter- und Klimalexikon. www.dwd.de/DE/service/lexikon
- Fehr R, Trojan A (2018): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region/Band 2. oekom, München
- Fischereit J, Schlünzen KH (2018): Evaluation of thermal indices for their applicability in obstacle resolving meteorology models. *International Journal of Biometeorology*. <https://doi.org/10.1007/s00484-018-1591-6>
- Hamburger Krebsregister (2021): Hamburger Krebsdokumentation 2016-2018. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft, Forschung, Gleichstellung und Bezirke (Hrsg.). www.hamburg.de/krebsregister
- Hamburger Luftmessnetz (2021): Vergleich mit Ziel- und Grenzwerten für zurückliegende Jahre. <https://luft.hamburg.de/datenarchiv-und-stationsinfos/>

- Hornberg C, Fehr R (2018): Stadtklima, Klimawandel und -anpassung in Hamburg. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region/Band 2. oekom, München
- Jensen K, Reisdorff C, Pfeiffer EM, von Oheimb G, Schmidt K, Schmidt S et al. (2011): Klimabedingte Änderungen in terrestrischen und semi-terrestrischen Ökosystemen. In: von Storch H, Clausen M (Hrsg.) Klimabericht der Metropolregion Hamburg. Springer, Heidelberg
- Krefis AC, Fischereit J, Hoffmann P, Sorbe C, Pinnschmidt H, Augustin M et al. (2019): Prädiktoren der Inanspruchnahme von kardiovaskulären und respiratorischen Notfallaufnahmen – welchen Einfluss hat die Umwelt? Gesundheitswesen. DOI: 10.1055/a-1005-7161
- Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013): Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 56:698-706
- Larsen J (2013): Setting the record straight: More than 52,000 Europeans died from heat in summer 2003. In: Earth Policy Institute. www.earth-policy.org/plan_b_updates/%202006/update56
- Lindsey R, Dahlmann L (2019): Climate change: global temperature. In: NOAA Climate.gov. www.climate.gov/news-features/understanding-climate/climate-change-global-temperature
- Matthias V, Ramacher M, Quante M (2018): Luftqualität in Hamburg. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region/Band 2. oekom, München
- Meinke I, Rechid D, Tinz B, Maneke M, Lefebvre C, Isokeit E (2018): Klima der Region – Zustand, bisherige Entwicklung und mögliche Änderungen bis 2100. In: von Storch H, Meinke I, Claußen M (Hrsg.), Hamburger Klimabericht – Wissen über Klima, Klimawandel und Auswirkungen in Hamburg und Norddeutschland
- Meyer EM, Schlünzen KH (2011): The influence of emission changes on ozone concentrations and nitrogen deposition into the southern North Sea. Meteorol. Zeitschr., 20(1):75-84, DOI 10.1127/0941-2948/2011/0489
- Moghani M, Archer CL (2020): The impact of emissions and climate change on future ozone concentrations in the USA. Air Quality, Atmosphere and Health, 13:1465-1476. <https://doi.org/10.1007/s11869-020-00900-z>
- Peters A, Hoffmann B, Brunekreef N, Künli N et al. (2019): Die Rolle der Luftschadstoffe für die Gesundheit. Eine Expertise im Namen der Internationalen Gesellschaft für Umweltepidemiologie (ISEE) und der European Respiratory Society (ERS). Schweizerische Ärztezeitung, 100:796-799
- Poppendieck H-H (2007): Die Gattungen Ambrosia und Iva (Compositae) in Hamburg, mit einem Hinweis zur Problematik der Ambrosia-Bekämpfung. Berichte des Botanischen Vereins zu Hamburg, 23:53-70
- Robert Koch-Institut (RKI) (2019): Schätzung der Zahl hitzebedingter Sterbefälle und Betrachtung der Exzess-Mortalität; Berlin und Hessen, Sommer 2018. www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2019/Ausgaben/23_19.pdf?__blob=publicationFile
- Sandmann H (2015): Das solare UV-Messnetz des BfS/UBA. Strahlenschutz PRAXIS 4/2015:38-40
- Schlünzen KH, Hoffmann P, Rosenhagen G, Riecke W (2010): Long-term changes and regional differences in temperature and precipitation in the metropolitan area of Hamburg. International Journal of Climatology, 30:1121-1136, DOI 10.1002/joc.1968
- Schlünzen KH, Riecke W, Bechtel B, Boettcher M, Buchholz S, Grawe D et al. (2017): Stadtklima in Hamburg. In: von Storch H, Meinke I, Claußen M (Hrsg.) Hamburger Klimabericht – Wissen über

Klima, Klimawandel und Auswirkungen in Hamburg und Norddeutschland. Springer Spektrum, Berlin, Heidelberg; https://doi.org/10.1007/978-3-662-55379-4_3

Singer BD, Ziska LH, Frenz DA, Gebhard DE, Straka JG (2005): Increasing Amb a 1 content in common ragweed (*Ambrosia artemisiifolia*) pollen as a function of rising atmospheric CO₂ concentration. *Funct Plant Biol*, 32:667-670

Smith KR, Woodward A, Campbell-Lendrum D, Chadee DD, Honda Y, Liu Q et al. (2014): Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. In: Field CB, Barros VR, Dokken DJ, Mach KJ, Mastrandrea MD, Bilir TE, Chatterjee M, Ebi KL, Estrada YO, Genova RC, Girma B, Kissel ES, Levy AN, MacCracken S, Mastrandrea PR, White LL (Hrsg.) *Climate change 2014: impacts, adaptation, and vulnerability. Part A: global and sectoral aspects. Contribution of working group II to the fifth assessment report of the intergovernmental panel on climate change*. Cambridge University Press, New York

Trusilova K, Riecke W (2015): Klimauntersuchung für die Metropolregion Hamburg zur Entwicklung verschiedener meteorologischer Parameter bis zum Jahr 2050. *Berichte des Deutschen Wetterdienstes 247*. Deutscher Wetterdienst, Offenbach

Umweltbundesamt (2020) Feinstaub (PM₁₀) im Jahr 2020. www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/358/dokumente/pm10_2020_0.xlsx

Verband Deutscher Ingenieure (VDI) (2008): *Umweltmeteorologie – Methoden zur human-biometeorologischen Bewertung von Klima und Lufthygiene für die Stadt- und Regionalplanung – Teil I: Klima*. VDI 3787 Blatt 2. www.vdi.de/richtlinien/details/vdi-3787-blatt-2-umweltmeteorologie-methoden-zur-human-biometeorologischen-bewertung-von-klima-und-lufthygiene-fuer-die-stadt-und-regionalplanung-teil-i-klima

Wiesner S, Bechtel B, Fischereit J, Gruetzun V, Hoffmann P, Leitl B (2018): Is it possible to distinguish global and regional climate change from urban land cover induced signals? A mid-latitude city example. *Urban Sci*. 2018, 2, 12; doi:10.3390/urbansci20100128

World Health Organization (WHO) (2021): *WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Meteorological Organisation (WMO) 2021: *Our mandate – climate*. <https://public.wmo.int/en/our-mandate/climate>

Ziello C, Sparks TH, Estrella N, Belmonte J, Bergmann KC, Bucher E (2012) Changes to airborne pollen counts across Europe. *PLOS ONE* 7(4): e34076

2.2

Gesundheit und Stadtgrün in Hamburg: Ein Trend mit Zukunft?

Cornelia Peters

Die Planungsdisziplinen beschäftigen sich seit geraumer Zeit mit der Integration des Themas Gesundheit in die Stadt- und Freiraumplanung (Hokema 2016). Dementsprechend findet es sich auch in aktuellen Förderkulissen, neuen Verwaltungs- und Ressortzuschnitten, programmatischen Zielsetzungen wie z. B. auf Bundesebene dem *Grünbuch/Weißbuch Stadtgrün* (BMUB 2015, 2017) oder Forschungsfeldern und -ergebnissen wie dem »Naturkapital Deutschland – TEEB DE« (Kowarik et al. 2016).

Aber ist das Thema wirklich neu? Gibt es neue Entwicklungen, die den aktuellen spezifischen Bezug auf das Thema Gesundheit begründen? Hat dies Folgen für die Gestaltung des Stadtgrüns? Diesen Fragen wird im Folgenden am Beispiel der Stadt Hamburg nachgegangen.

Historischer Bezug

Volksgesundheit und der Schutz vor schädlichen Umwelteinflüssen gehören bereits seit dem 19. Jahrhundert zu den wichtigsten Motiven von Städtebau und Freiraumplanung. So waren beispielsweise die Grüngürtelplanungen, die mit der Entfestigung der Städte auf den ehemaligen Wallanlagen entstanden, eine erste eingehende Reaktion auf die sozialen, hygienischen und städtebaulichen Missstände der mit der Industrialisierung einhergehenden frühen Stadterweiterungsprojekte. Der Grüngürtel als planerisches Instrument wurde in Europa erstmals in den theoretischen Ansätzen von Arminius im Jahr 1874 entwickelt (Peters 2012, S. 38). In Hamburg stehen die Wallanlagen für diese Entwicklungen, die in 2020 ihr 200-jähriges Bestehen feierten und sich heute noch größter Beliebtheit erfreuen (Grunert 2020).

Vor über 100 Jahren, im Jahr 1915, prägte Martin Wagner den Begriff des »Sanitären Grün« (Wagner 1915). Im Lichte dieser Veröffentlichungen entstanden als Reaktion auf die ungesunden Wohnverhältnisse in den wachsenden Städten die großen Volksparks. Sie zielten neben den lufthygienischen Wirkungen auf die sozialpolitischen Effekte und dienten der Förderung des Wohlbefindens. Der 1914 eröffnete Hamburger Stadtpark ist ein eindrucksvolles Beispiel aus dieser Zeit (Grunert 2014).

Die in der Historie angelegten Themen und planerischen Zielsetzungen haben heute immer noch Gültigkeit. Es sind aber weitere Themen hinzugekommen, die zu einer neuen Aktualität des Themas Stadtgrün und Gesundheit führen. An erster Stelle zu nen-

nen sind die Anpassungsleistungen an den Klimawandel, für die das Stadtgrün einen erheblichen Beitrag leisten kann. Beispielsweise führen die Kühlungseffekte insbesondere an Hitzetagen zu einem besseren Wohlbefinden der Menschen (Kowarik et al. 2016, S. 24). Neue Ansprüche an das Stadtgrün entstehen zudem durch Veränderungen im Freizeitverhalten. Vereinsungebundene, informelle Sportaktivitäten und neue Sportarten, die zunehmend draußen in den Parks praktiziert werden, führen zu einer intensiveren Nutzung und damit höheren Bedeutung und Wertschätzung von Stadtgrün.

Das Grüne Netz Hamburg und seine Bedeutung

Es liegt in der Natur des Stadtgrüns, dass gesundheitsfördernde Wirkungen von ihm ausgehen. In der aktuellen Forschungsliteratur werden gesundheitsschützende und gesundheitsförderliche Wirkungen (physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden) sowie gesundheitsgefährdende Wirkungen (Allergien, Eichenprozeptionsspinner etc.) unterschieden (Claßen 2018). Wie eine vielfach zitierte Studie belegt, entfaltet bereits das reine Betrachten von Grün eine gesundheitsfördernde Wirkung: Demnach sind frisch operierte Patienten schneller genesen, wenn sie auf eine grüne Baumgruppe schauten statt auf eine Backsteinwand (Ulrich 1984). Allein die Existenz von Grünflächen im unmittelbaren Lebensumfeld hat demnach positive Auswirkungen auf das menschliche Wohlbefinden. Wissenschaftliche Studien zeigen auch, dass die Gesundheit und Zufriedenheit von Menschen höher sind, wenn sie näher an Grünflächen leben (White et al. 2013). Hoher Artenreichtum verstärkt diese positiven Effekte auf das psychische Wohlergehen noch weiter. Zur Erhöhung der Akzeptanz von extensiv gepflegten Beständen in der Bevölkerung muss aber klar sichtbar gemacht werden (z. B. durch Schilder, jährliche Mahd, Gestaltungselemente), dass dieses Erscheinungsbild gewollt und kein Zeichen von Verwahrlosung ist (Kowarik et al. 2016, S. 105). Insofern können insbesondere die zahlreichen Vorhaben der Stadt Hamburg, die Biodiversität nicht nur in den Naturschutzgebieten, sondern auch im alltäglichen Stadtgrün des Wohnumfelds zu erhöhen,⁵ als eine Maßnahme der Gesundheitsvorsorge betrachtet werden (s. Abb. 2.2-1).

Die Stadt Hamburg ist im Vergleich zu anderen Städten eine grüne Stadt. Etwa die Hälfte der Stadtfäche besteht aus grünen Freiräumen. Hierzu gehören öffentliche Parkanlagen und Grünzüge sowie zahlreiche Kleingärten, Sportanlagen, parkartige Friedhöfe und eine Vielzahl an kleinen Privatgärten. Prägende räumliche Figur des Grünen Netzes sind die beiden Grünen Ringe und zwölf Landschaftsachsen, die strahlenförmig von der inneren Stadt bis an die Stadtränder reichen (s. Abb. 2.2-2). Der Erste Grüne Ring verläuft über den historischen Wallring, während der Zweite Grüne Ring in ca.

⁵ www.hamburg.de/natuerlich-hamburg



Abbildung 2.2-1: »Wilde Wiesen« in der Landschaftsachse Horner Geest. *Quelle: BUKEA/Peters.*

10 km Entfernung zum Rathaus die Stadt auf einer Länge von 100 km umschließt.⁶ Die Landschaftsachsen orientieren sich weitgehend an naturräumlichen und topografischen Gegebenheiten wie z. B. den Flussläufen oder der Geestkante. Das Grüne Netz basiert auf dem von Fritz Schumacher 1919 entwickelten »Federplan«. Die Bebauung wird auf strahlenförmige Siedlungsachsen konzentriert, während die Achsenzwischenräume der Versorgung mit wohnungsnahen Grün- und Freiflächen dienen und die äußeren Landschaftsräume anbinden.

Im Durchschnitt leben etwa 100.000 Menschen im 500-m-Einzugsbereich einer der zwölf Landschaftsachsen. Sie alle können unmittelbar von dem Angebot an Natur-, Spiel- und Freizeiträumen und ihren positiven Effekten auf das Stadtklima und gesundheitlichen Wirkungen profitieren. Das Grüne Netz ermöglicht zudem, sich auf grünen Wegen durch die Stadt zu bewegen. Die Umweltbehörde veröffentlichte im Juni 2021 die Wanderkarte »Abenteuer Grünes Netz« mit den Haupttrouten durch alle Landschaftsachsen.⁷

Ergänzt wird diese Grundfigur durch ein feinmaschiges Netz aus zahlreichen Parkanlagen und wichtigen Grünverbindungen sowie 224.000 Straßenbäumen, die graue

⁶ www.hamburg.de/contentblob/4477244/1a2173df34ab249934e363c5ef8f86ce/data/d-faltkarte-radwandern.pdf

⁷ www.hamburg.de/contentblob/15188624/72dd5482ce8872d5bde550ff18f775e0/data/wanderkarte-abenteuer-gruenes-netz.pdf

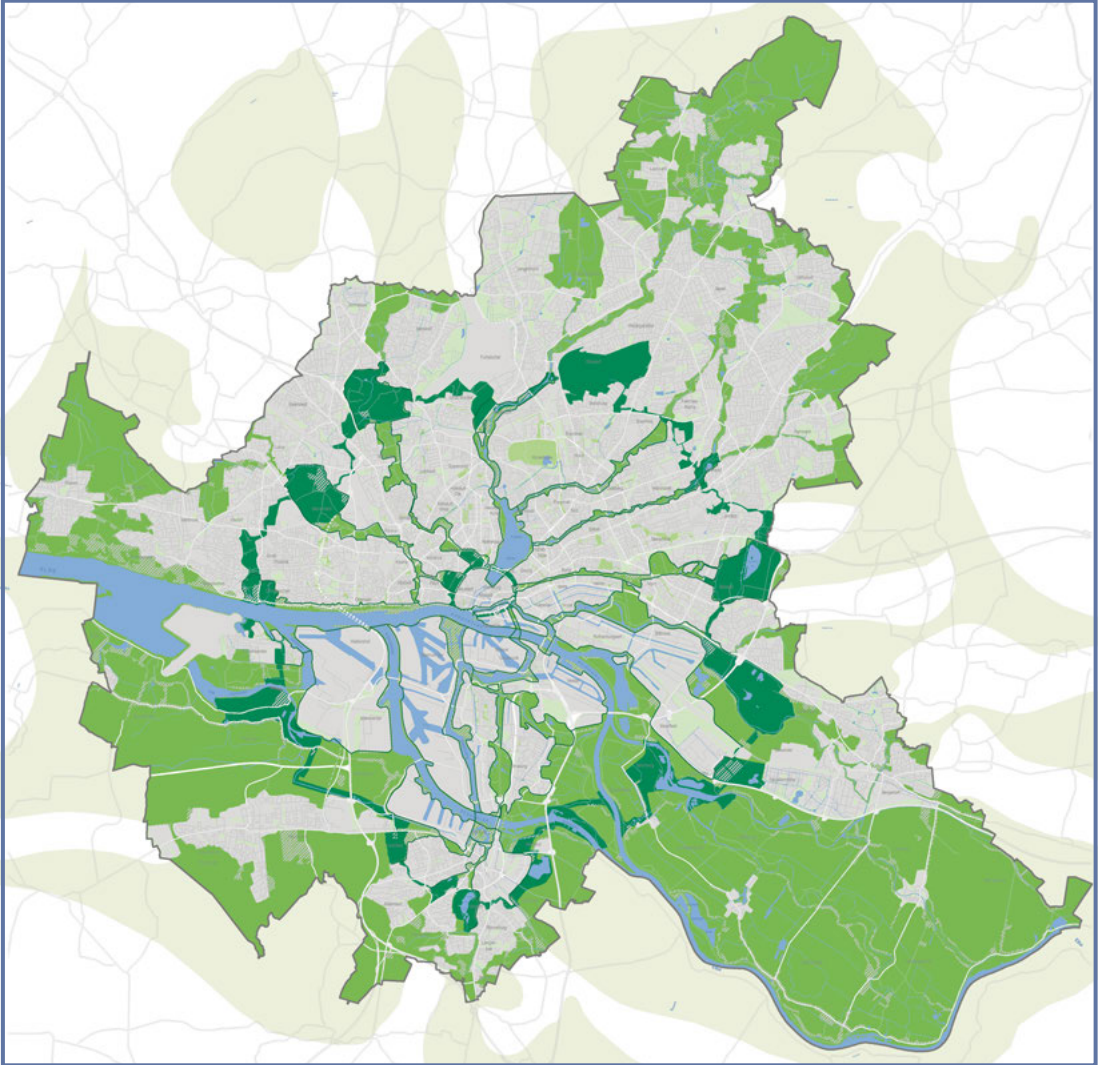


Abbildung 2.2-2: Grünes Netz Hamburg. *Quelle: BUKEA.*

Verkehrsräume zu positiv wahrgenommenen Alleeen werden lassen. Nicht zu vergessen sind diejenigen Orte mit hohem Grünpotenzial, die eng mit dem urbanen Stadtgefüge verwoben sind, wie Dachflächen sowie Gebäudefassaden und Wände.

Für die Flächenkulisse des Grünen Netzes innerhalb des Zweiten Grünen Ringes gilt seit 2019 eine neue, bundesweit einmalige Schutz- und Kompensationsregelung. Sie basiert auf einer zwischen den Regierungsfractionen und der Volksinitiative des NABU »Hamburgs Grün erhalten« per Bürgerschaftsbeschluss erzielten Vereinbarung zur Quantität und Qualität der grünen Freiräume in Hamburg. Neben der Festlegung

von naturschutzfachlichen Zielen wie zukünftigen Flächengrößen von Schutzgebieten oder ökologischen Wertigkeiten ist ein Ziel, die Flächenkulisse des Grünen Netzes bis zum Zweiten Grünen Ring vor baulicher Inanspruchnahme zu schützen. Werden dennoch Flächen für Bebauungen beansprucht, greift ein neuer Kompensationsmechanismus. Darüber hinaus soll zukünftig ein »Mehr« an öffentlichen Parks erreicht werden. Die Schaffung neuer Parks wird damit zu einer programmatischen Aussage der wachsenden Stadt Hamburg (Hoppe & Peters 2021).

Aktuell entfallen auf jeden Einwohner durchschnittlich etwa 14 m² öffentliche Parkanlage. Wie die Freiraumbedarfsanalyse der Stadt Hamburg (FHH 2013) zeigt, gibt es zwischen den Stadtquartieren zum Teil erhebliche Unterschiede. Während Stadtteile wie Ottensen, Eimsbüttel oder die Veddel nur unzureichend mit wohnungsnahen öffentlichen Freiräumen versorgt sind, verfügen andere wie Othmarschen, Harvestehude oder Steilshoop über ein deutliches Plus.

Welche neuen Entwicklungen begründen aber die Aktualität des Themas Gesundheit, und welche Folgen hat dies für die Gestaltung des Stadtgrüns?

Klimawandel und Stadtgrün

Die Anzahl der Hitzetage wird auch in Hamburg weiter steigen und die Effekte städtischer Wärmeinseln verstärken. Auch vor dem Hintergrund der Überalterung der Gesellschaft und einer erhöhten Vulnerabilität für diese Bevölkerungsteile wird in Zukunft mit einer deutlichen Zunahme an Sterbefällen durch Hitzetote zu rechnen sein. Stadtklimatische Untersuchungen zeigen, dass bereits kleine Grünräume ab 1 ha ein erhebliches Potenzial bieten, die Folgen des Klimawandels abzumildern. In Abhängigkeit von der Bebauungsstruktur, der Topografie und ihrer Gestaltung können sie kühlende Wirkung bis zu 200 bis 300 m in die Wohnquartiere hinein entfalten und die Temperatur im Vergleich zur bebauten Umgebung um 3 bis 4 °C senken. Der klimatische Wirkungsbereich wächst dabei nicht proportional zur Flächengröße. In Stadtquartieren können deshalb viele kleine Grünflächen (ab 1 ha) stadtklimatisch wirkungsvoller sein als wenige große (Kowarik et al. 2016, S. 58 f.). Insbesondere bei der Planung neuer Stadtquartiere sollten diese Erkenntnisse die Basis für die Dimensionierung und Verteilung neuer grüner Freiräume bilden.

Verdichtung der Stadt

Mit dem geplanten Stadtwachstum von 10.000 Wohneinheiten pro Jahr steigen die stadtklimatischen und lufthygienischen Belastungen, die Lärmemissionen sowie der Versiegelungsgrad immer weiter. Für immer mehr Menschen stehen potenziell immer weniger Grünräume zur Verfügung. Nutzungsdruck und Flächenkonkurrenzen und

auch der soziale Stress erhöhen sich. In Zusammenhang mit größeren neuen Wohnungsbauvorhaben entstehen in der Regel auch neue öffentliche Parkanlagen mit dem Ziel, die Zahl der Parkanlagen pro Einwohner*in stabil zu halten. In den letzten Jahren sind zahlreiche neue Parkanlagen entstanden, wie der Lohsepark und der Baakenhafenspark in der HafenCity, der Park in der Mitte Altona oder der Wilhelmsburger Inselpark. Angesichts der Flächenknappheit wird es in Zukunft auch darum gehen, weitere neue Flächenpotenziale für grüne Freiräume zu erschließen. Mit der Gründachstrategie hat die Stadt Hamburg ein Programm aufgelegt,⁸ das neue Flächen auf den Dächern mit allen gesundheitlichen Wirkungen aktiviert, die auch auf ebenerdigen grünen Freiräumen erreicht werden.

Gesellschaftliche Veränderungen

Eine immer älter werdende Gesellschaft sowie die Diversifizierung der Lebensstile führen zu Veränderungen im Freizeitverhalten und neuen Ansprüchen an die Gestaltung von Freiräumen (informelle Sportaktivitäten, neue Sportarten, Parksport).

In den vergangenen Jahren haben sich in den öffentlichen Parks große Veränderungen hinsichtlich der traditionellen Freiraumnutzungen (Erholung, Spiel, Bewegung) ergeben. Es finden zunehmend informelle, vereinsungebundene sportorientierte Aktivitäten statt, wie Yoga, Tai-Chi, Slacklining, Parcours, während die Mitgliederzahlen in den klassischen Sportvereinen sinken. In einigen Parks werden gezielt neue aktive Bewegungsangebote eingeplant – nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern gezielt auch für ältere Menschen (Generationenparks). Für ältere Menschen sind wohnungsnahe Freiräume zudem auch als Orte sozialer Interaktion von besonderer Bedeutung für die soziale Gesundheit.

Der Wilhelmsburger Inselpark ist der erste Park in Hamburg, der das Thema Parksport und seine unterschiedlichen Nutzungsformen gestalterisch und funktional in ein ganzheitliches Parkkonzept integriert. Der 100 ha große Stadtteilpark wurde anlässlich der Internationalen Gartenschau 2013 gebaut und integrierte unter dem Motto »Parksport« ein breites, vereinsunabhängiges Sport- und Bewegungsangebot. Sportvereine wurden aktiv in die Konzeption mit einbezogen. Heute übernimmt der Parksport-Insel e. V. die Koordinierung der lokalen Akteure und organisiert ein vielfältiges Programm mit Sport- und Bewegungsmöglichkeiten (Baumgarten 2017, S. 52).

Wenngleich Sport- und Bewegungsangebote in dieser Dimension für Parkanlagen in Hamburg einzigartig sind, werden einzelne Aktivitätsfelder mittlerweile in vielen neuen Parkanlagen eingeplant. Beispiele sind der Lohsepark (Basketball- und Bouleplatz), die vielen kleinteiligen Sportangebote im Baakenhafenspark oder die Spiel- und Freizeitele-

8 www.hamburg.de/gruendach-hamburg/4364586/gruendachstrategie-hamburg/



Abbildung 2.2-3: »Geestschaukel« in der Landschaftsachse Horner Geest.
Quelle: BUKEA/Tast.

mente in der Landschaftsachse Horner Geest wie die Bürgerprojekte »Kletteorit«, »Fit for Geest« oder die »Geestschaukel« (s. Abb. 2.2-3).⁹ Die Markierung des Wegeverlaufs mittels Meilensteinen im 200-m-Rhythmus eignet sich zudem für individuell bemessene Joggingstrecken.

Das Thema Parksport und Bewegung gewinnt auch durch volkswirtschaftliche Betrachtungen an Einfluss. Steigende Gesundheitsausgaben führen dazu, dass die gesundheitliche Bedeutung von Grünflächen betrachtet wird. Appelle der Krankenkassen an das gesundheitsförderliche Verhalten erfordern ein entsprechendes Angebot an öffentlichen Grünflächen als Orte für Sport und Bewegung.

Auf die Verbindung von körperlicher Aktivität und gemeinschaftlicher Arbeit zielen zahlreiche Urban-Gardening-Projekte. Die Motive für ein Engagement sind dabei sehr unterschiedlich. Sie reichen von politischem Widerstand über die Lust am gemeinschaftlichen Naturerleben bis hin zu einer lokalen, saisonalen und nachhaltigen Nahrungsmittelproduktion und einer gesundheitsbewussten Ernährungsweise. In Hamburg gibt es mittlerweile mehr als 30 Urban-Gardening-Initiativen. Eines der jüngsten sind die Horner Paradiese, die 2020 als eines von zehn Bürgerprojekten in der Landschaftsachse Horner Geest am Stadtteilhaus Horn realisiert wurden (s. Abb. 2.2-4).

⁹ <http://deinegeest.hamburg/contentblob/15695268/f088d731bdfd9c5b66e4b1a17b509298/data/211215-lhg-dokumentation-projektrealisierungen-webansicht.pdf>



Abbildung 2.2-4: Urban-Gardening-Projekt »Horner Paradiese« am Stadtteilhaus Horn.

Quelle: BUKEA/Tast.

Ein neuer Trend ist das Konzept GreenGym, das seit 2013 in Hamburg ein kostenloses Angebot für Stadtbewohner*innen bietet und die gemeinschaftliche Pflege öffentlicher Parks mit sportlichen Bewegungsangeboten und individueller Naturerfahrung verknüpft.¹⁰ Ziel des gemeinnützigen Vereins Heilende Stadt ist es, jedes GreenGym innerhalb von zwei Jahren als sich weitgehend selbst tragendes Projekt zu etablieren. Das Pilotprojekt ist im Juni 2013 im Hamburger Stadtteil Billstedt gestartet. Im Öjendorfer Park oder Wandsbeker Mühlenteichpark sind einige Gruppen bereits seit mehreren Jahren aktiv. Die Idee stammt aus England, wo bereits im Jahr 2012 rund 13.600 Freiwillige in mehr als 100 Gruppen regelmäßig in öffentlichen Parks gemeinschaftlich engagiert waren.

All diese Projekte können Interessenkonflikte bergen, weil sie einer spezifischen Nutzung durch eine ausgewählte Zielgruppe vorbehalten sind und dadurch mit anderen Nutzungen konkurrieren und diese gegebenenfalls ausschließen. Eine Bewertung muss im jeweiligen Kontext erfolgen.

Auch die Coronapandemie und der Lockdown haben gezeigt, wie wertvoll insbesondere die alltäglichen grünen Freiräume im Quartier für das Wohlbefinden der Menschen sind. Kaum ein Ort existiert, der nicht bespielt und zum Leben erweckt wurde.

¹⁰ <http://heilendestadt.de/projekte/greengym>

Allerdings hat die Wiederentdeckung des Quartiersgrüns auch Schattenseiten. Viele Bereiche leiden durch Übernutzung, Vermüllung und Lärmbelästigung. Besonders offensichtlich wird dies an der Außenalster, die während der Sommermonate teilweise Freibadcharakter annimmt. Selbst Bereiche, die bislang der Stadtnatur vorbehalten und öffentlich nur schwer zugänglich waren, werden nun intensiv genutzt – mit allen Konsequenzen für Flora und Fauna (s. Abb. 2.2-5). Unter Pandemiebedingungen zeigten sich schnell die Grenzen des oftmals wenig differenzierten und nicht ausreichenden Bewegungsangebotes im städtischen Grün. Die wohnungsnahe Versorgung aller Quartiere mit ausreichend großen und gut ausgestatteten Freiräumen und deren Vernetzung sind deshalb nicht nur unter stadtklimatischen Gesichtspunkten ein Zukunftsthema.

Potenziale einer gesundheitlichen Perspektive auf das Stadtgrün

Wenngleich zahlreiche Beispiele zeigen, dass das Hamburger Stadtgrün zunehmend unter dem Aspekt gesundheitlicher Wirkungen gestaltet wird und insbesondere Bewegungsangebote integriert werden, ist die spezifisch gesundheitliche Perspektive bislang noch wenig in der alltäglichen Planungspraxis etabliert. Grüne Freiräume sollten zur



Abbildung 2.2-5: Baden an der Alster während der Coronapandemie 2020. *Quelle: BUKEA/Peters.*

Ausschöpfung ihres gesundheitsförderlichen Potenzials bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Diese sind ausreichend wohnungsnahe Grünräume, ihre durchgehende Vernetzung und gute Erreichbarkeit, nutzerbezogene Bewegungsangebote in Kombination mit einem möglichst hohen Artenreichtum, einem hohen ästhetischen Anspruch sowie einem guten Pflegezustand. Dabei sollte das Verhältnis von intensiv genutzten Grünräumen mit hohem Freizeitwert und naturnahen Flächen mit hoher ökologischer Qualität eine gute Balance finden.

Eine spezifisch gesundheitliche Perspektive könnte weitere Potenziale eröffnen, um öffentliche Parks fit für die Zukunft zu machen und sie zu Grünräumen zu entwickeln, in denen sich die Menschen gerne bewegen und aufhalten, die sie gerne betrachten und deren kühlende Wirkung an heißen Sommertagen bis in die Wohnungen der verdichteten Stadtquartiere reicht.

LITERATUR

Baumgarten H (2017): Reflektion zur Bedeutung von Thema Grün und Gesundheit. In: Oßenbrink O; Petermann C (Hrsg.): Landschaftsarchitektur und Gesundheit – Freiraum und Landschaft im Kontext des menschlichen Wohlbefindens. Sammelband. Fakultät für Agrarwissenschaften und Landschaftsarchitektur. Hochschule Osnabrück, S. 45–60

BMUB/Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hrsg.) (2015): Grünbuch Stadtgrün. Grün in der Stadt. Für eine lebenswerte Zukunft. [www.bing.com/search?q=\(2015\)%3A+Gr%C3%BCnbuch+Stadtgr%C3%BCn.+Gru%CC%88n+in+der+Stadt.+Fu%CC%88r+eine+lebenswerte+Zukunft&cvid=0d21f51c1a564cdd956e765241a4db51&aqs=edge..69i57.1557j0j4&FORM=ANAB01&PC=U531](http://www.bing.com/search?q=(2015)%3A+Gr%C3%BCnbuch+Stadtgr%C3%BCn.+Gru%CC%88n+in+der+Stadt.+Fu%CC%88r+eine+lebenswerte+Zukunft&cvid=0d21f51c1a564cdd956e765241a4db51&aqs=edge..69i57.1557j0j4&FORM=ANAB01&PC=U531)

BMUB/Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hrsg.) (2017): Weißbuch Stadtgrün. Grün in der Stadt. Für eine lebenswerte Zukunft. https://bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bauen/wohnen/weissbuch-stadtgruen.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Claßen T (2018): Urbane Grün- und Freiräume – Ressourcen einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A (Hrsg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08, S. 297–313. https://shop.arl-net.de/media/direct/pdf/fb/fb_008/24_urbane_gruen-freiraeume.pdf

FHH/Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen (2013): Freiraumbedarfsanalyse 2012 für wohnungsnahe Freiräume. www.hamburg.de/qualitaetsoffensive-freiraum/4145762/freiraumbedarfsanalyse

Grunert H (Hrsg.) (2014): Betreten erwünscht. Hundert Jahre Hamburger Stadtpark. Dölling und Galitz, Hamburg, München

Grunert H (Hrsg.) (2020): Von der Festung bis Pflanzen und Blumen. Die Hamburger Wallanlagen. Dölling und Galitz, Hamburg, München

Hokema D (2016): Stadtgrün und Gesundheit – Umriss eines Diskurses. In: RaumPlanung 186/Heft 4/2016, S. 22–27

Hoppe K, Peters C (2021): Ein Vertrag für das Grün in Hamburg. Impulse für die Weiterentwicklung des Grünen Netzes. In: Stadt + Grün, Heft 3/2021, S. 41–46

Kowarik I, Bartz R, Brenck M (Hrsg.) (2016): Naturkapital Deutschland – TEEB DE: Ökosystemleistungen in der Stadt – Gesundheit schützen und Lebensqualität erhöhen. Technische Universität Berlin, Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung – UFZ. Berlin, Leipzig

Peters C (2012): Qualifizierungsprozesse suburbaner Freiräume in wachsenden Stadtregionen. Erfahrungen, Herausforderungen und Potentiale am Beispiel der Region Köln/Bonn. Shaker Verlag, Aachen

Ulrich R (1984): View through a window may influence recovery from surgery. In: Science 224 (4647), S. 420–421

Wagner M (1915): Das sanitäre Grün der Städte. Ein Beitrag zur Freiflächentheorie. Heymann Verlag, Berlin

White et al. (2013): Would You Be Happier Living in a Greener Urban Area? In: Psychological Science, 24 (6). S. 920–928

2.3

Urbane Gewässer als flüssiger Freiraum für alle – Bedeutung, Herausforderungen und Potentiale im Wandel der Zeit am Beispiel Hamburgs

Antje Stokman, Amelie Rost, Martin Kohler

»An de Alster, an de Elbe, an de Bill,
dor kann jeder eener moken, wat he will.«

Artur Schulenburg, 1946

Innerstädtische Wasserräume unterliegen einem kontinuierlichen Bedeutungswandel. Als Gesundheitsressource und aus Stadtentwicklungsperspektive kommt dem »Stadtblau« sowohl umweltpsychologisch als auch zur Förderung bewegungsbezogener Aktivitäten, als wichtiger Ort sozialer Interaktion, für die Kühlung der aufgeheizten Stadt sowie für das Stadtmarketing eine wichtige Bedeutung zu (Völker et al. 2012). Um die wichtigen gesundheitsfördernden Wirkungen urbaner Gewässer als Erholungs-, Aktiv- und Begegnungsräume für die Stadtgesellschaft nachhaltig zu entwickeln, müssen Zugang, Aufenthalt und Nutzung des Wassers als Ressource und Gemeingut gewährleistet sein.

Gleichzeitig gehen von Gewässern auch mögliche Gefahren aus. Nur die wenigsten urbanen Gewässer haben Badewasserqualität, die Sichttiefen sind häufig gering, und gerade im Sommer besteht die Gefahr von gesundheitsgefährdender Algenbildung. Außerdem warnt die DLRG aufgrund von zunehmenden Bäderschließungen vor einer starken Zunahme des Anteils von Nichtschwimmern und daraus resultierenden Badeunfällen: 2017 habe ein Umfrageergebnis ergeben, dass bereits mehr als 60 % der Kinder

Textbox 2.3-1: Überblick über die potenziellen gesundheitlichen Wirkungen urbaner Gewässer (auf der Basis von Claßen & Bunz 2018, Völker et al. 2012)

1. Gesundheitsförderndes Potenzial

Mental

- Reduktion von Stressempfinden
- Erholung der Aufmerksamkeitskapazität
- Steigerung von positivem Affekt
- Verringerung psychischer Belastung
- Positive Effekte bei bestehenden psychischen Störungen

Körperlich

- Förderung physischer Outdooraktivitäten
- Senkung von Ängsten und depressiven Symptomen
- Reduktion des psychischen und körperlichen Stressempfindens
- Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens

Sozial

- Förderung von Begegnung und sozialem Austausch
- Chancen für Integration und Inklusion
- Eröffnung von Erholungs- und Freizeitmöglichkeiten für Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status

2. Gesundheitsschützendes Potenzial

- Lärminderung und -moderation
- Klimatische Kühlungseffekte
- Überflutungsschutz

3. Gesundheitsgefährdendes Potenzial

- Risiken durch Gewässerverschmutzung und Blualgen
- Risiken durch Badeunfälle/mangelnde Schwimmfähigkeit
- Unfallgefahren durch Strömungen, Kollisionen mit Schiffen, Unterwasserhindernisse

nicht schwimmen können.¹¹ Die Frage ist deshalb, welche Rolle die urbanen Gewässer als flüssiger Freiraum und Gemeingut sowohl aus der Perspektive der Gesundheitsförderung als auch aus Perspektive der Stadt- und Freiraumplanung in der Vergangenheit gespielt haben, welche sie in Zukunft spielen sollten und welche Herausforderungen sich dabei stellen.

Eine der größten Herausforderung ist, dass viele Behörden und Körperschaften gestaltend und regulierend auf unterschiedliche Aspekte der Wasserräume einwirken.

¹¹ DLRG-Präsident Achim Haag im Rahmen einer Expertenanhörung des Sportausschusses im Deutschen Bundestag am 15. 01. 2020, www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw03-pa-sport-schwimmbaeder-672466

Dabei sind deren Zugriffe nicht aufeinander abgestimmt – ganz im Gegenteil sind viele Akteure sich nicht darüber bewusst, welche anderen Zuständigkeiten mit ihren in Verbindung bzw. teilweise auch im Widerspruch stehen. Im Hamburger Hafen kann eine simple Kaimarkierung von der Hamburg Port Authority, dem Amt für Verkehr, dem Bezirk Mitte oder der Liegenschaft genehmigt werden müssen – je nachdem, wo die Markierung liegt. Hier kann schon ein Meter entscheidend sein.

Hamburg – eine amphibische Stadt

Am Beispiel der Stadt Hamburg, die schon immer mit Wasser geplant und gebaut hat, lassen sich die wasserbezogenen Potenziale und Herausforderungen der Stadtgesundheit und Stadtentwicklung besonders gut illustrieren und diskutieren. Das von Hermann Hipp als »Amphibische Stadt« beschriebene Zusammenspiel zwischen Wasser und Land, geprägt durch das tidebeeinflusste Stromspaltungsgebiet der Elbe mit den Mündungen der Nebenflüsse Alster und Bille, den Beeken und Fleeten sowie Hafenbecken und Kanälen ist für die Identität der Stadt Hamburg von elementarer Bedeutung.

Die flüssigen Freiräume bilden ein eigenes Raumsystem in der Stadt: Rund 8 % der Gesamtfläche Hamburgs und 24 % der Hamburger Innenstadt sind Wasserflächen. Die Nutzung des Wassers als Grundlage der Stadtentwicklung und -gestaltung liegt sozusagen in der planerischen DNA der Stadt. Schon im Jahr 1921 beschrieb Fritz Schumacher den Wassercharakter Hamburgs als menschengemachtes Kunstprodukt: »Alles, was heute an Elementen der Natur in die Wirkungen dieser Stadt hineinspielt, ist von ihr selbst künstlich geschaffen. Sie ist wie vielleicht keine andere Großstadt ganz und gar ein Produkt der technischen Energie ihrer Bewohner.« (Hipp 2004, S. 6)

Durch die kontinuierlichen technischen Überformungen hat sich eine äußerst vieltalige Wasserlandschaft gebildet, die aus sehr unterschiedlichen Elementen besteht, von den zunächst naturnahen und später kanalisierten Gewässerläufen der Alster und Wandse im Hamburger Norden über die Moore wie den Duvenstedter Brook und die tidegeprägten Auenwälder wie das Heuckenlock und tidebeeinflussten Flüsse wie die Este und die Luhe, die Buxtehude und Stade mit Hamburg verbinden und als Wasserstraßen alte historische (Handels-)Verbindungen darstellen, bis zu den verlassenen Industrierwasserlandschaften am Holzhafen und der Wasserinsel Kaltehofe im Hamburger Osten. Dazu kommen die Kanäle, Aufweitungen und Kanalisierungen der Bille, die im Hamburger Osten ein weit gefächertes Wassertransportsystem parallel zu den Straßen bilden, und die abgeschnittenen Flussarme der Dove- und Goseelbe sowie Alten Süderelbe, die heute für eine naturnahe Erholungslandschaft stehen und durch die Wiederanbindung an die Tide in ihrer Erholungsfunktion bedroht wären.

Die größte Bedeutung für die Stadtentwicklung Hamburgs haben jedoch die Elbe mit ihren Hafenanlagen, Seeschiffen und gewaltigen Tidenkräften und Sturmfluten

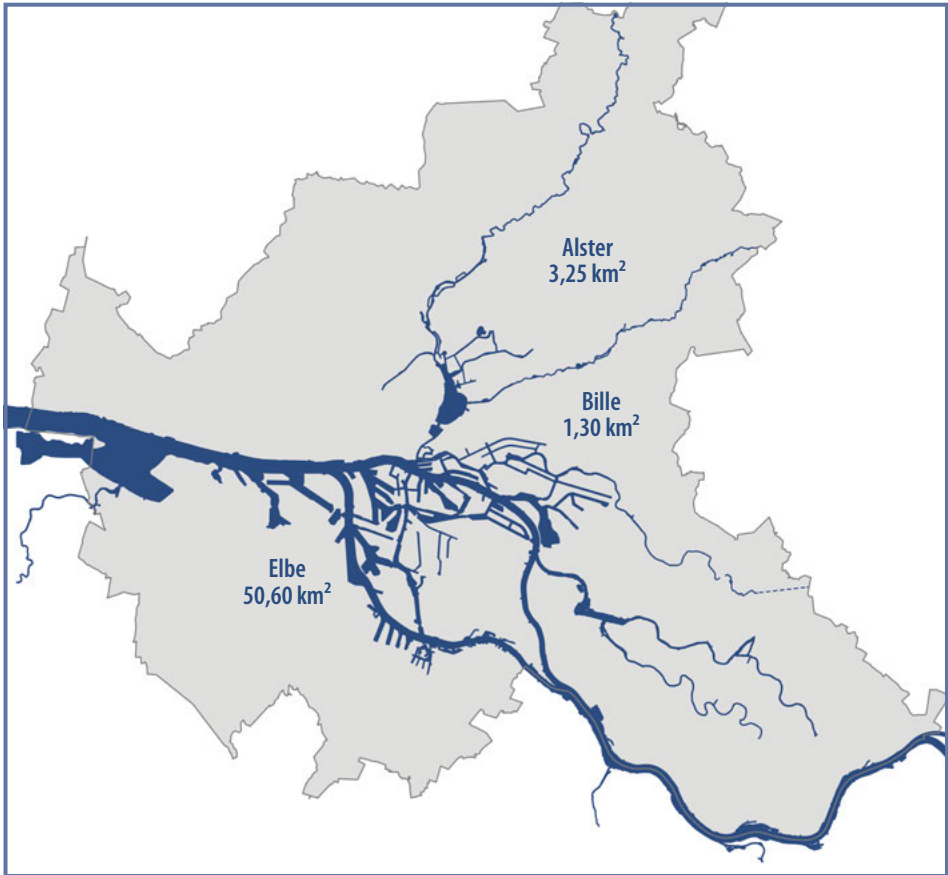


Abbildung 2.3-1: Übersicht über das Gewässersystem Hamburgs. Grafik: Amelie Rost.

Die Flächenangaben bezeichnen die innerhamburgischen Gewässerflächen der jeweiligen Flussgebiete von Alster, Bille und Elbe.

sowie die erholungsprägte und zur Binnen- und Außenalster aufgestauten Bereiche der Alster. Beides sind vielfältig transformierte Gewässer, die im alten Hafen am immer noch tidebeeinflussten Mündungsarm der Alster, dem Nikolaifleet, als Geburtsstätte der Stadt Hamburg, miteinander verbunden sind. Dass es diese Verbindungen der verschiedenen Gewässer zu einem Wasserkörper mit unterschiedlichen Erscheinungsformen gibt, kann man auch daran erkennen, dass die durch die Elbvertiefung begünstigte Verschlickung nicht nur die Hafenanlagen der Elbe bedroht, sondern auch die Attraktivität und Nutzbarkeit des Nikolaifleets. Das ist es, was Hipp (s. o.) meint und worin die technisch geformte amphibische Landschaft besteht, die unterschiedlich stark integriert gedacht oder eben separiert wurde.

Hamburger Gewässer als integrierter Wirtschafts- und Erholungsraum

In der vorindustriellen Zeit existierte ein enges Zusammenspiel zwischen der wirtschaftlichen Nutzung der Gewässer als Verkehrsweg, der gesundheitlichen Funktion und der Erholungsnutzung der reichlich vorhandenen Hamburger Gewässer: Um den »wilden Badebetrieb« in der Elbe, Alster und Bille zu reglementieren, entstand die älteste Hamburger Badeanstalt 1793 als schwimmendes Badehaus in der Binnenalster und in den folgenden Jahren eine ganze Reihe weiterer Flussschwimmbäder (Schildt 1996, S. 120). 1855 wurde ergänzend eine der ersten öffentlichen »Warmbadeanstalten« Europas gegründet, woraufhin der Badebetrieb auch ganzjährig stattfinden konnte, sich das Schwimmen als Sportart etablierte, der Schwimmunterricht an den Schulen eingeführt wurde und das Baden sich zunehmend in Hallen mit Schwimmbädern verlagerte.

Jedoch nahmen mit dem zunehmenden Bevölkerungswachstum und der Verdichtung der Stadt zu Beginn des 20. Jahrhunderts sowohl der »wilde Badebetrieb« wie auch die industriell bedingte und gesundheitsgefährdende Verschmutzung der Gewässer so stark zu, dass die Flussbäder ab der 1930er-Jahre zunehmend geschlossen und durch mit Leitungswasser gespeiste »Sommerbäder«, auch in den flussnahen Stadtteilen, ersetzt wurden (Schildt 1996, S. 126).

Um dem zunehmenden Bedarf der Freizeitnutzung der Gewässer und ihrer Ufer gerecht zu werden, gelang es den großen Stadtbaumeistern Hamburgs dem starken Stadtwachstum zum Trotz, den Grundstein für ihre dauerhafte öffentliche Zugänglichkeit und Nutzbarkeit zu legen: In den 1920/30er-Jahren schuf Fritz Schumacher als Hamburger Oberbaudirektor durch die Kanalisierung der Alster und die Anlage zahlreicher neuer Alsterkanäle und -becken mit gestalteten, teilweise öffentlichen Ufern



Abbildung 2.3-2:
Nebeneinander von
Badeaktivitäten,
Freizeitnutzungen und
Schiffsverkehr auf der
Winterhuder Seite des
Alsterfleets, oberhalb
der Eppendorf-
Winterhuder Brücke
zu Beginn des
20. Jahrhunderts.
Quelle: Melhop 1932, S. 519.

eine zusammenhängende Wasserlandschaft im Hamburger Norden, die intensiv mit den umgebenden Stadtquartieren und den Parks verknüpft ist. Seinem Kollegen Gustav Oelsner gelang es, die privaten Elbparks entlang der Geestkante Altonas für die Öffentlichkeit zu erwerben und einen durchgehenden Elbuferweg mit eingestreuten Parkanlagen zu entwickeln.

Hamburger Gewässer als separierter Wirtschaftsraum und Waterfront

Nach dem Zweiten Weltkrieg führten die veränderten Paradigmen des auto- und funktionsgerechten Städtebaus in Verbindung mit der rasanten Ausdehnung von Hafen und Industrie zu einem Paradigmenwechsel im Umgang mit den Gewässern: Viele Fleete und Kanäle wurden zugeschüttet, in Straßen umgewandelt oder ihre Ufer durch Straßen und Industrie für die Stadtbevölkerung unzugänglich und unnutzbar. Die verbliebenen Gewässer, insbesondere die Elbe, wurden zu Wasserstraßen ausgebaut, durch immer höhere Deiche und Hochwasserschutzanlagen abgetrennt und ihre Ufer mit unzugänglichen Steinschüttungen befestigt. Dadurch verschwanden fast alle Vordeichflächen und Strände mit ihren freizeit- und erholungsbezogenen Ufernutzungen. Lediglich die Binnen- und Außenalster mit ihren angrenzenden Kanälen verblieben als großes Erholungs- und Freizeitgebiet für Wassersportler, Jogger und Spaziergänger mitten in der Stadt. Trotz der zunehmend besseren Gewässerqualität verschwand das öffentliche und kostenfreie Baden und Schwimmen in den Gewässern vollständig und verlagerte sich in privatisierte und kostenpflichtige Hallen- und Freibäder mit den entsprechenden sozial exkludierenden Effekten.

Im Jahr 1972 kritisierte der bekannte Hamburger Architekt Volkwin Marg (Marg 1972) das von verkehrsplanerischen und wirtschaftlichen Interessen getriebene Stadtwachstum um jeden Preis und den stadtplanerischen Umgang mit den Gewässern. Im Jahr 1973 beschloss der Senat der Freien und Hansestadt, die Hamburger Wasserflächen zu sichern und »die freie öffentliche generelle Zugänglichkeit, die Nutzung ohne Gefahr für die Gesundheit und den Ausbau der Böschungen und Kaianlagen im Sinne der Freizeitnutzungen« zu gewährleisten. Das daraufhin durch von Gerkan, Marg und Partner erstellte Gutachten »Hamburg, Bauen mit dem Wasser« (1973) propagierte ein neues stadtgestalterisches Leitbild für Hamburg als Wasserstadt, welches jedoch kaum aufgegriffen wurde.

Durch die zunehmende Verlagerung des Hafens stromabwärts rückten am Ende des 20. Jahrhundert die städtischen Wasserkanten der Elbe wieder in den Fokus der Stadtentwicklung. Auf die Entwicklung des Elbuferwanderwegs entlang der sogenannten Perlenkette am Altonaer Elbufer in den 1990er-Jahren folgte die Entwicklung der HafenCity seit den 2000er-Jahre in Verbindung mit der Herstellung eines durchgän-



Abbildung 2.3-3: Waterfronts der HafenCity als exklusive Wasserkulisse, jedoch ohne Förderung der Nutzbarkeit des Wassers. *Foto: Antje Stokman.*

gigen Elbuferradwegs in den Hamburger Osten und der jetzt geplanten Entwicklung des Kleinen Grasbrooks sowie des Stadteingangs Elbbrücken. Jedoch bleibt es bei einer Musealisierung verbliebener Fragmente der amphibischen Stadtlandschaft in der Speicherstadt und der Deichstraße, während die neuen Waterfronts der HafenCity und entlang der Elbe zwar die Zugänglichkeit der Uferkanten, jedoch keine Nutzbarkeit des Wassers selber und keinen Austausch zwischen Wasser und Land ermöglichen (Meyhöfer 2020, S. 223).

Zu einem neuen Miteinander von Wasser und Land

Extremwetterereignisse, Hitzewellen, steigende Meeresspiegel, mögliche Dürren und Trinkwasserknappheit sind nur einige der zu erwartenden Auswirkungen des Klimawandels und bewirken im Zusammenspiel mit dem zunehmenden Wachstum und der Verdichtung der Stadt einen erneuten Bedeutungswandel der Hamburger Gewässer. Wasserflächen wirken ausgleichend auf die Wärmeregulation und können eine wichtige Dämpfung von Hitzewellen bewirken. Gestaltete Wasserlandschaften mit Retentions- und Überflutungsbereichen können essenzielle Strategien zur Anpassung an die aufkommenden Extremwetterereignisse sein und eine Vielzahl von »Ökosystemdienstleistungen« für die Stadtbevölkerung bereitstellen: ökologisch wertvolle Biotope, kühlende und nutzbare Wasserkörper zum Erfrischen, Schwimmen und Paddeln, bewe-

gungsfördernde und ökologische Mobilitäts- und Erholungsräume und nicht zuletzt auch wassergeprägte Kultur- oder sogar Siedlungsräume – vor allem gleichzeitig, also multifunktional nutzbar, ökologisch aufgewertet und wieder als Teil des Stadtkörpers in der Stadt verankert.



Abbildung 2.3-4: An heißen Sommertagen drängen sich Stand-up-Paddler neben Tret- und Schlauchbooten auf der Alster und ihren angrenzenden Kanälen. Foto: www.sylent-press.de/PeterSylent.

In den heißen Sommermonaten werden die Alster und ihre Nebengewässer inzwischen so intensiv durch eine zunehmende Anzahl von Menschen mit ihren SUPs, Kanus, Schlauchbooten und Luftmatratzen genutzt, dass die Alsterschiffahrt und das Training der Segel- und Rudervereine zeitweise zum Erliegen kommt. Im Gegensatz zu vielen anderen Metropolen am Wasser gibt es in Hamburg nach wie vor kein Flussschwimmbad. Jedoch gibt es ein großes gesellschaftliches Interesse, selbstorganisierte Programme und neue Nutzungsmöglichkeiten auf, in und an den Gewässern zu entwickeln: Der Verein für mobile Machenschaften, der HALLO: Verein zur Förderung raumöffnender Kultur e. V., die Künstlergruppen »Geheimagentur« und das »Archipel« in Wilhelmsburg schaffen offene Plattformen für die kollektive Selbstorganisation und Aneignung des Wasserraums durch Kulturflöße, schwimmende Konzerte, Ausstellungen und Festivals.

Schwimmende Hausbootsiedlungen, der Anleger »McBoat« am McDonald's in Hammerbrook und die Grüne Schute des Aktionsbündnisses »Lebendige Alster« zeigen, dass

der Transformationsprozess der Wasserräume längst begonnen hat. Die Anforderungen an die Wasserflächen sind dabei im Spannungsfeld zwischen Ökologie, Kommerzialisierung und Gemeingut vielfältig und oft widersprüchlich. Die Komplexität des bestehenden Rechtsrahmens im Spannungsverhältnis zwischen vielen verschiedenen Behörden erschwert die Koordinierung von ganzheitlichen Strategien im Umgang mit den städtischen Wasserräumen.

Blick zurück nach vorn

Die historische Rolle und Bedeutung der urbanen Gewässer in ihrem Zusammenspiel zwischen Stadtentwicklung und als wichtige Gesundheitsressource zu reflektieren, neu zu interpretieren und zu kultivieren stellt eine wichtige Zukunftsaufgabe Hamburgs dar. Eine klimaangepasste und gesundheitsfördernde Gestaltung der Gewässerlandschaft muss tief in die infrastrukturellen Adern und Nervenbahnen der Stadt vordringen und den städtischen Stoffwechsel auf der Basis neuer Formen der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Disziplinen und Akteuren grundlegend verändern. Das amphibische Erbe im Spannungsverhältnis von Hafentwicklung, Stadtplanung und Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln bedeutet, das Wasser als flüssigen Freiraum für alle, als Ort des Miteinanders von wirtschaftlicher Nutzung, sozialer Begegnung und körperlicher Naturerfahrung inmitten der gebauten Stadt neu zu erfinden.

LITERATUR

- Claßen T, Bunz M (2018): Einfluss von Naturräumen auf die Gesundheit – Evidenzlage und Konsequenzen für Wissenschaft und Praxis. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 61, S. 720–728, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2744-9>
- Gerkan, Marg und Partner (1973): Städtebauliches Gutachten Hamburg – Bauen am Wasser. Landesplanungsamt, Baubehörde Hamburg
- Hipp H (2004): Amphibisches Hamburg. In: Werk, Bauen + Wohnen 91/ 2004, S. 6–15
- Marg V (1972): Das Kunstwerk Hamburg darf nicht zerstört werden. In: DIE WELT, Nr. 89, 17.04.1972, S. 17
- Melhop W (1932): Die Alster. Paul Hartung Verlag, Hamburg
- Meyhöfer D (2020): Vom Nicht-Ort zur Marke. Hamburgs Hafencity. Stadtentwicklung als Branding. Dissertation an der Hafencity Universität Hamburg, 2020
- Schildt A (1996): »Duschen ist gut, das Beste ist das Schwimmen«. Zur Entwicklung des Badewesens in Hamburg vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis zum Wiederaufbau nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Machule D et al. (1996): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dölling und Galitz Verlag, Hamburg
- Völker S, Claßen T, Baumeister H, Kistemann T (2012): »Stadtblau« – die Renaissance eines gesundheitsförderlichen Faktors. In: Public Health Forum, vol. 20, no. 2, S. 21–22

2.4

Green Hospitals – das Beispiel des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)

Frank Dzukowski, Jobst Augustin

Der Gedanke der Nachhaltigkeit gewinnt zunehmend an Bedeutung als Leitbild für politisches, wirtschaftliches und ökologisches Handeln im Sinne einer schonenden Nutzung von Ressourcen. In diesem Kontext ist die Reduktion von CO₂ eines der zentralen Klimaschutzpolitischen Ziele, um das Übereinkommen von Paris zur Begrenzung der globalen Erwärmung auf deutlich unter 2 °C gegenüber vorindustriellen Werten umzusetzen. Primär stehen dabei Emissionssektoren wie die Industrie oder der Verkehr im Fokus.

Nachhaltigkeit in Krankenhäusern

Mit einem produzierten Anteil von 4,4 % der globalen Treibhausgase ist auch der Gesundheitssektor relevant und liegt damit noch über den Emissionen von Flugverkehr und Schifffahrt (WHO 2015, Arup et al. 2019). Beispielsweise ist der NHS (National Health Service) in England für 25 % aller CO₂-Emissionen im öffentlichen Sektor verantwortlich (Dhillon & Kaur 2015). Insofern kann der Gesundheitssektor auch eine wichtige Rolle bei der Reduktion von CO₂ einnehmen und zu einer Abschwächung des Klimawandels beitragen.

Bereits 2008 haben Mitglieder des WHO-Clusters für Gesundheitsschutz und Umwelt im *American Journal of Preventive Medicine* auf die Bedeutung des Gesundheitssektors in diesem Kontext hingewiesen: »Der Gesundheitssektor ist einer der vertrauenswürdigsten und angesehensten Bereiche der Gesellschaft und gleichzeitig einer der größten Arbeitgeber und Verbraucher von Energie. Dies ist sowohl eine Pflicht als auch eine Chance, gleichzeitig Klimaneutralität, Effizienz und Kostensenkung zu erreichen.« (Neira et al. 2008) Im Kontext der Nachhaltigkeit ist jedoch nicht nur die Reduktion von CO₂ durch eine Reduzierung des Energiebedarfs von Bedeutung, sondern beispielsweise auch die des Wassers oder Abfalls. So werden in einem deutschen Krankenhaus pro Bett im Durchschnitt etwa 300 bis 600 l Wasser (Braun et al. 2020) und 6 kg Abfall pro Tag (Abfallmanager Medizin 2021) verbraucht bzw. produziert. Krankenhäuser sind damit nicht nur große Wasserverbraucher, sondern auch große Abfallproduzenten.

Aufgrund ihrer Funktion und Ausstattung nehmen Krankenhäuser allerdings eine besondere Stellung unter den infrastrukturellen Einrichtungen ein und stehen hinsicht-

lich eines nachhaltigen Wirtschaftens vor besonderen Herausforderungen. Roberts (2011) hat Barrieren für »grüne Gesundheitseinrichtungen« angeführt, die diese Herausforderungen widerspiegeln und die Besonderheiten von Krankenhäusern im Kontext Nachhaltigkeit verdeutlichen sollen. Dazu zählen insbesondere:

- Systemrelevanz: Erfordernis spezifischer Back-up-Systeme, um einen Notfallbetrieb durchgehend sicherzustellen.
- Einhaltung von Vorschriften: Gesundheits-, Sicherheits- sowie Bauvorschriften erschweren nachhaltiges Handeln in Krankenhäusern.
- Betriebszeiten: Gesundheitseinrichtungen müssen das ganze Jahr über ununterbrochen funktionieren.
- Infektionskontrolle: Krankenhäuser verlangen strenge Infektionskontrollprotokolle, die im Widerspruch zu nachhaltigen Praktiken stehen können.
- Belüftungsraten: In einem Krankenhaus ist ein häufigerer Luftwechsel erforderlich als in anderen gewerblichen Büroräumen.
- Akkreditierungs- und Zulassungsanforderungen: Die Einhaltung von zentralen, staatlichen und Akkreditierungsstandards kann Einrichtungen daran hindern, umweltfreundliche Entscheidungen zu treffen.
- Intensiver Energie- und Wasserverbrauch sowie großes Abfallvolumen: Hohe Anforderungen (z. B. durch Diagnose und Therapie mit energieintensiven medizintechnischen Großgeräten sowie Hygieneanforderungen) erfordern eine intensive Nutzung von Ressourcen.
- Einsatz von Chemikalien: Chemikalien, die zur Reinigung und Desinfektion, zur Sterilisation von Geräten, zur Behandlung bestimmter Krankheiten und für Laborforschung und -tests verwendet werden, sind oftmals giftig und gefährlich.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es Krankenhäusern ermöglicht wird, nachhaltiger zu handeln, damit die Umwelt zu schützen und auch das Wohl des Patienten aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern. Einen möglichen Lösungsansatz dafür bietet das Konzept der Green Hospitals (»grünes Krankenhaus«).

Das »Green Hospital«-Konzept

Das Konzept der Green Hospitals lässt sich auf die konzertierten Bemühungen der Vereinten Nationen zurückführen, die in den vergangenen Jahrzehnten die Idee der »Nachhaltigkeit« in allen Aspekten der gesellschaftlichen Entwicklung in den Vordergrund rückten. Ausgangspunkt für grünes und nachhaltiges Bauen, zunächst losgelöst von Krankenhäusern, war die Konferenz der Vereinten Nationen über die menschl-

che Umwelt, die 1972 in Stockholm stattfand (Dhillon & Kaur 2015). Im Laufe der Zeit wurde dieser Ansatz auch auf den Gesundheitssektor bzw. auf Krankenhäuser übertragen, indem beispielsweise Zertifikate (z. B. Leadership in Energy and Environmental Design LEED) für nachhaltiges Bauen auch an Krankenhäuser durch verschiedene Institutionen (z. B. United States Green Building Council USGBC) verliehen wurden. Green Hospitals verfolgen die übergeordneten Ziele, den Energiehaushalt, den Wasserverbrauch und das Abfallmanagement nachhaltiger zu gestalten (Allen et al. 2015, Dhillon & Kaur 2015; Ryan-Fogarty et al. 2016). Karliner & Guenther (2011) definieren Green Hospital detaillierter darüber, dass es die öffentliche Gesundheit fördert, indem es seine negativen Umweltauswirkungen kontinuierlich reduziert und auf diese Weise seinen Beitrag zur Krankheitslast eliminiert.

Ein grünes Krankenhaus erkennt die Verbindung zwischen menschlicher Gesundheit und der Umwelt an und zeigt dieses Verständnis durch seine Führung, Strategie und seinen Betrieb. Es verbindet lokale Bedürfnisse mit Umweltmaßnahmen und praktiziert Primärprävention, indem es sich aktiv für die Förderung des Klimaschutzes und der Umweltgesundheit in der Gemeinschaft, für gesundheitliche Chancengleichheit und für eine grüne Wirtschaft einsetzt (Karliner & Guenther 2011). Dieser Ansatz berücksichtigt also nicht nur den Energie-, Wasser- und Abfallverbrauch, sondern bindet auch die Patienten und Mitarbeiter mit ein.

Aus den Zielen lassen sich verschiedene Maßnahmen hinsichtlich Energieeffizienz, Wassernutzung, aber auch Geländeplanung, Innovation oder Abfallwirtschaft ableiten. Eine Übersicht konkreter Maßnahmen ist in der Abb. 2.4-1 ersichtlich. Die hier abgebildeten Maßnahmen werden in der Praxis durch weitere ergänzt, beispielsweise durch eine gesündere Ernährung für Patienten und Mitarbeiter (Litke et al. 2020). Unter dem »Dach« der Green Hospitals laufen neben internationalen (z. B. Global Green and Healthy Hospitals) auch in Deutschland mittlerweile einige Programme und Initiativen zur verbesserten Nachhaltigkeit von Krankenhäusern. So vergibt beispielsweise der Bund für Umwelt und Naturschutz e. V. (BUND) seit 2001 ein Gütesiegel »Energiesparendes Krankenhaus«; bisher wurden 46 Kliniken mit dem Siegel ausgezeichnet (Litke et al. 2020).

Zu erwähnen ist auch das Vorhaben »KLIK – Klimamanager für Kliniken«. Im Rahmen des Vorhabens, an dem auch der BUND beteiligt ist, werden Klimamanager in Krankenhäusern ausgebildet, die in ihren Einrichtungen die Nachhaltigkeit durch individuelle Maßnahmen erhöhen sollen. Ziel war es, 250 Krankenhäuser bei der Weiterbildung von Mitarbeitern zu Klimamanagern im Rahmen der Klimaschutzinitiative des Bundesumweltministeriums zu unterstützen (Loh 2014). Zu nennen ist auch die »Green Hospital Initiative Bayern«, in deren Rahmen bayerischen Krankenhäusern auf Grundlage verschiedener Kriterien das Siegel »Green Hospital Bayern« durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege verliehen wird. Inwieweit das Univer-



Abbildung 2.4-1: Mögliche Maßnahmen des Green-Hospital-Ansatzes. *Quelle: Litke et al. 2020.*

sitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) als eine der größten Universitätskliniken Deutschlands das Thema Nachhaltigkeit im Sinne eines Green Hospitals verkörpert, wird im Folgenden thematisiert.

Das Beispiel des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) wurde im Jahre 1889 gegründet und ist mit rund 13.600 Mitarbeiter:innen der drittgrößte Arbeitgeber Hamburgs.

Selbstverständnis zu Nachhaltigkeit und Klimamanagement im UKE

Das UKE-Konzernleitbild (Abb. 2.4-2) beschreibt, aufbauend auf den drei Fundamenten »Wirtschaftlichkeit/Steuerung«, »Infrastruktur« und »Zusammenarbeit/Führung«, fünf tragende Säulen, die für das UKE die Ausrichtung seiner Strategie und Entwicklung darstellen. Die Aufnahme der Säule »Nachhaltiges und ökologisches Unternehmen« war 2014 eine wesentliche Grundlage für die Stärkung ökologischer und nachhaltiger Unternehmenspolitik. Das UKE setzt sich damit qualitative und quantitative Nachhaltigkeitsziele, operationalisiert sie und kontrolliert deren Erreichungsgrad im Rahmen einer im Jahr 2020 veröffentlichten Nachhaltigkeitsstrategie. Die Strategie definiert einen zeitlichen und inhaltlichen Rahmen zur Umsetzung von konkreten Nachhaltigkeitsmaßnahmen innerhalb des UKE und beachtet dabei die gegenseitige Beeinflussung von originärer Geschäftstätigkeit und Nachhaltigkeitsthemen.



Abbildung 2.4-2: UKE-Konzernleitbild.¹² Quelle: eigene Darstellung.

¹² UKE-Konzernleitbild. www.uke.de/allgemein/ueber-uns/leitbild/index.html

Der Kernsatz der UKE-Nachhaltigkeitsstrategie ist: »Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) soll als Konzern emissionsfrei werden und somit mit seinem Betrieb keinerlei Belastung für das Weltklima darstellen. Sämtliche Umweltbelastungen, die aus den Tätigkeiten in Krankenversorgung, Forschung und Lehre entstehen, sollen auf das geringstmögliche Niveau reduziert werden.«

Die Nachhaltigkeitsziele des UKE orientieren sich an den 17 Sustainable Development Goals (SDGs) der Vereinten Nationen (UN 2021) für nachhaltige Entwicklung, die den Rahmen zur Orientierung für eine weltweite Sicherung einer nachhaltigen Entwicklung auf ökonomischer, sozialer sowie ökologischer Ebene bilden. Darüber hinaus orientiert sich das UKE an die Fortschreibung des Klimaplanes der Stadt Hamburg sowie bei der Festlegung seines jährlichen CO₂-Reduktionsumfangs am »Übereinkommen von Paris« von 2015. Das »Übereinkommen von Paris« gibt vor, die Erderwärmung auf unter 2 Grad bzw. 1,5 Grad zu beschränken. Die daraus resultierenden Science Based Targets (SBTs) beinhalten wissenschaftlich definierte Zielvorgaben und benennen eine Halbierung der Emissionen bis 2030 sowie bis 2050 die komplette Vermeidung von CO₂-Emissionen.

Im Oktober 2020 implementierte der UKE-Vorstand zur weiteren Intensivierung der Nachhaltigkeit und Ökologie die Vorstandsstabsstelle Nachhaltigkeit/Klimamanagement im UKE-Konzern. Der Stabsstellenleiter ist als UKE-Klimamanager gemeinsam mit der Stabsstelle unmittelbar dem Vorstand zugeordnet.

Nachhaltigkeitsaktivitäten im UKE

Im Folgenden werden ausgewählte Nachhaltigkeitsaktivitäten des UKE vorgestellt. Die permanente Reduktion des CO₂-Ausstoßes und der Umweltbelastung sind die Kernziele der Nachhaltigkeitsstrategie des UKE. Hierzu werden Maßnahmen und Projektpläne entwickelt und umgesetzt, an denen sämtliche Bereiche des Konzerns beteiligt sind.

Der Fortschritt und der Erfolg dieser Aktivitäten werden ab dem Jahr 2021 über die Einführung eines umfassenden Kennzahlensystems nachverfolgt und sichergestellt. Die konkreten Ziele des UKE zur CO₂-Reduktion sind im Einzelnen:

- CO₂-Reduktion bis 2030 um 65 %.
- CO₂-Neutralität spätestens im Jahr 2045.

Im Bereich der Stabsstelle für Nachhaltigkeit/Klimamanagement wird die jährliche Messung der kontinuierlichen CO₂-Reduktion durch Erhebung der UKE-CO₂-Bilanz (mithilfe des Corporate Carbon Footprint – CCF) verantwortet. Hierzu erfolgt eine umfassende Abfrage der maßgeblich an den CO₂-Emissionen beteiligten Bereiche und Aktivitäten. Die Aufteilung der Emission erfolgt auf Basis der Einteilung zwischen drei Betrachtungsbereichen (Scopes, Abb. 2.4-3):

- Scope 1 – Direkte Emissionen des UKE
- Scope 2 – Indirekte Emissionen aus eingekauften Energien
- Scope 3 – Indirekte Emissionen aus vor- und nachgelagerten Prozessen

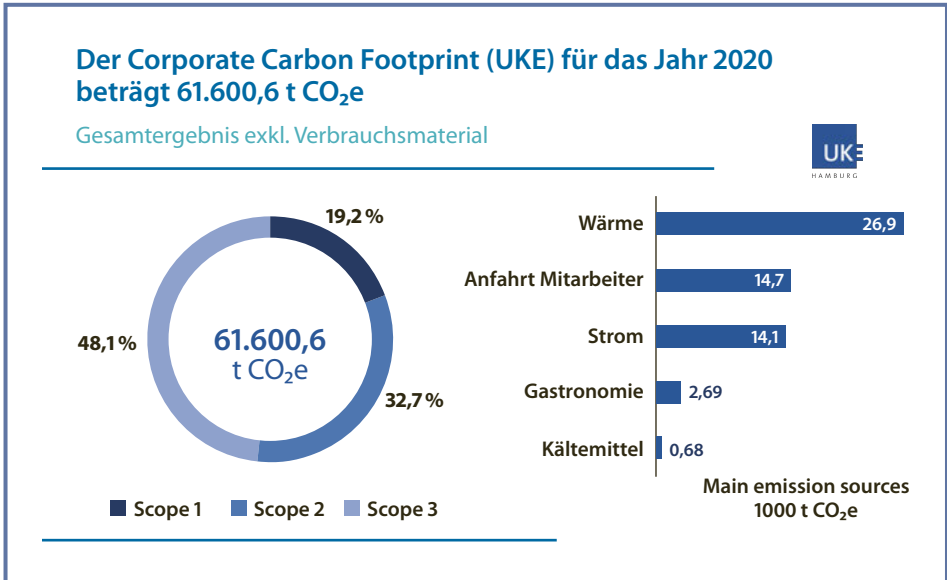


Abbildung 2.4-3: Corporate Carbon Footprint CCF des UKE. Rastgooy & Scheurich 2020.

Die Aufteilung zeigt, dass der größte Anteil der Emissionen mit 48,1 % aus den vor- und nachgelagerten Prozessen stammt. Neben der externen Energieversorgung mit Wärme und Strom hat auch die Mitarbeitermobilität einen erheblichen Anteil am CO₂-Fußabdruck des Klinikums. Im September 2021 hat das UKE die externe Stromlieferung auf Grünstrom umgestellt, um die Zielsetzungen der CO₂-Reduktionsvorgaben zu erreichen. Weiterhin erstellt die Stabsstelle mit Beteiligung sämtlicher UKE-Bereiche einen jährlichen Bericht zur Bewertung der Entwicklung und Ergebnisse auf dem Weg zur Klimaneutralität mit Teil- und Projektberichten samt Darstellung auf der Homepage.

Die Einhaltung des Leitfadens »Umweltverträgliche Beschaffung« (FHH 2019) samt Umweltkriterien für die Beschaffung ist ein zentrales Element für ein nachhaltiges Beschaffungswesen. Bei der Auswahl von Lieferanten, Vertragspartnern und deren Produkten werden neben der Wirtschaftlichkeit auch Nachhaltigkeitsaspekte (z. B. eigener Klimaplan, Ökolabels) und deren Einhaltung der SDGs (z. B. keine Ausbeutung, keine Kinderarbeit, angemessene Löhne/Gehälter) als Entscheidungsgrundlage berücksichtigt. Auf diese Weise werden die Lieferanten des UKE aktiv zur Sicherstellung von Menschenrechten, Umweltschutz und Antikorruption aufgefordert. Durch einen Dialog mit den Lieferanten und Dienstleistern stellt der zentrale Einkauf des UKE sicher, dass sich

sämtliche Aspekte der Nachhaltigkeit im UKE im Bereich der gelieferten Geräte, Materialien und Dienstleistungen laufend weiterentwickeln.

Das UKE-interne Bestellwesen ist digitalisiert. Zur Erreichung einer klimaneutralen und nachhaltigen Lieferkette samt umweltverträglicher Transporte wird bereits seit vielen Jahren ein ständiger Weg zur Optimierung beschritten. Die weitgehend automatisierte Warenlogistik mit einem fahrerlosen Transportsystem (AWT) und einer zentralen Rohrpostanlage, die in die klinischen OP- und Laborprozesse eingebunden ist, führen zusätzlich zur sicheren und qualitativ hochwertigen Krankenversorgung. Zur Reduktion des Fahrzeugverkehrs mit der Vision des »autofreien UKE« erfolgt eine permanente Weiterentwicklung der Logistik in Richtung Emissionsfreiheit.

Im Bereich des Caterings für Patienten und Mitarbeitende erfolgt eine Fortschreibung der Orientierung auf regionalen Einkauf bei der Speisenversorgung samt Anhebung des Anteils von Biolebensmitteln und Abfallvermeidung.

Im Facility-Management samt Bauwesen werden bei der Bauplanung, -umsetzung und dem technischen Betrieb grundsätzlich effizienzsteigernde Bauelemente und technische Anlagen bei Neubauten berücksichtigt, die über die gesetzlichen Anforderungen hinaus die Effizienz steigern. Zudem werden ökologische Bauelemente (z. B. Gründächer), die mit den Vorgaben und Anforderungen des Klinikbetriebes konform gehen, berücksichtigt. Weitere energieoptimierende Verbesserungen der technischen Infrastruktur des UKE für Neubauten und Bestandsgebäude erfolgen über umfassende Projekte wie z. B. den Wechsel auf LED-Beleuchtung. Der energieeffiziente Betrieb technischer Anlagen wird durch kontinuierliche Optimierung der Betriebseinstellungen samt notwendiger Nutzer:innenabstimmung gewährleistet.

Ein zentrales Element der langjährigen Nachhaltigkeitsaktivitäten im UKE ist das Ziel der Steigerung der Energieeffizienz. Dieses Ziel wurde mit dem im Jahr 2015 UKE-weit eingeführten Energiemanagementsystem nach DIN EN ISO 50001 formal und organisatorisch verankert.

Mit Blick auf den besonderen Wert eines positiven Umfeldes für Genesung und die Erbringung guter Arbeitsergebnisse ist die Bewahrung und Weiterentwicklung des UKE-Geländes bezüglich Erholungswert über Baumbestand, Sitzgelegenheiten und Ruhezonen für Besuchende, Patient:innen und Mitarbeitende sowie Berücksichtigung der Biodiversität ein konkretes Ziel der Nachhaltigkeitsstrategie des UKE. Mittlerweile sind zwei Bienenvölker am UKE angesiedelt, die Einrichtung von Wildblumenwiesen und Insektenhotels erfolgt im Jahr 2021, und die Anzahl von Nist-/Brutkästen am Baumbestand wird erhöht.

Die motivierende Einbindung der UKE-Mitarbeitenden zur Fokussierung auf die Erreichung nachhaltiger Ziele durch Intensivierung mitarbeiterorientierter Kommunikation (z. B. Informationsblätter, Kampagnen, Wettbewerbe, Mitmachaktionen, Incentives) ist ein weiteres zentrales Element zur Verbesserung der Nachhaltigkeit im UKE.

Die angeführten Ziele und deren Zielerreichung werden über das im Jahr 2020 etablierte Berichtswesen auf Basis des Deutschen Nachhaltigkeitskodex (DNK) inklusive GRI-Kennzahlensystem beschrieben und ab 2022 veröffentlicht. Begleitend zu diesem Berichtswesen werden bereichsspezifische und themenbezogene Kennzahlen zur Nachhaltigkeit entwickelt.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Ausführungen haben gezeigt, dass das Thema Nachhaltigkeit im UKE hohen Stellenwert besitzt. Hervorzuheben ist dabei, dass es hierbei nicht nur um die Umsetzung technischer Maßnahmen geht, sondern dass die Mitarbeiter:innen aktiv zur Umsetzung der Nachhaltigkeitsziele motiviert werden, etwa durch Wettbewerbe, Mitmachaktionen oder auch Schulungen. So wurde das UKE im Jahr 2016 für das Engagement im Bereich Nachhaltigkeit von der Stiftung für Ökologie und Demokratie e. V. im Rahmen eines bundesweiten Wettbewerbes als ökologisches Krankenhaus ausgezeichnet.

Die künftigen Aktivitäten werden auf den heutigen Schwerpunkten der UKE-Nachhaltigkeitsstrategie aufsetzen. Die Annäherung an das Ziel der Klimaneutralität erfordert sowohl im Energiesektor als auch für die Mobilität kreative Ansätze. Projekte zur Reduktion von Wertstoffmüll zugunsten von Kreislaufprozessen sollen mit den operativen Bereichen identifiziert und umgesetzt werden.

Das UKE wird seine Ansätze und Aktivitäten im Bereich der Nachhaltigkeit, die aktuell im Gesundheitswesen noch wenig verbreitet sind, zudem mit anderen Gesundheitsanbietern teilen, um den Hebel der erarbeiteten Lösungen und deren Wirkung zu multiplizieren.

LITERATUR

Abfallmanager Medizin (2016): Ein Krankenhauspatient erzeugt durchschnittlich 6 kg Abfall täglich. www.abfallmanager-medizin.de/zahl-des-monats/6-kg-erzeugt-ein-krankenhauspatient-durchschnittlich-an-abfall/

Allen JG, MacNaughton P, Laurent JG et al. (2015): Green Buildings and Health. *Curr Environ Health Rep* 2015; 2:250-8

Arup & Health Care Without Harm (2019): Health Care's Climate Footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. Health Green Paper Number One 2019. www.arup.com/perspectives/publications/research/section/healthcares-climate-footprint

Braun A, Rijkers-Defrasne S, Seitz H (2020): Ressourceneffiziente Wasserkonzepte für Krankenhäuser. VDI ZRE Kurzanalyse Nr. 11. www.ressource-deutschland.de/fileadmin/user_upload/downloads/kurzanalysen/2015-Kurzanalyse-11-VDI-ZRE-Krankenhaeuser.pdf

Dhillon VS, Kaur D (2015): Green Hospital and Climate Change: Their interrelationship and the way forward. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 9(12): LE01-LE05

FHH/Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Umwelt und Energie (2019): Leitfaden umweltverträgliche Beschaffung. www.hamburg.de/contentblob/12418146/2c01ee26be5da2bd4496ad98d263ce3e/data/d-umweltleitfaden-2019.pdf

Karliner J, Guenther R (2011): Global green and healthy hospitals agenda. Health Care without Harm. www.greenhospitals.net/wp-content/uploads/2011/10/Global-Green-and-Healthy-Hospitals-Agenda.pdf

Litke N, Szecsenyi J, Wensing M, Weis A (2020): Klimaschutz im Krankenhaus. Deutsches Ärzteblatt, 117(11):544-548

Loh M (2014) Einsparpotenziale in Krankenhäusern. Effizienz, die sich rechnet. Deutsches Ärzteblatt, 111(7)A-277/B-240

Neira M, Bertollini R, Campbell-Lendrum D, Heymann DL (2008): The year 2008: a breakthrough year for health protection from climate change? *American Journal of Preventive Medicine*, 35(5):424-5. doi: 10.1016/j.amepre.2008.08.011

Rastgooy J, Scheurich M (2020): Corporate Carbon Footprint 2020. Ergebnispräsentation. ClimatePartner

Roberts GL (2011) Shades of Green: The evolution of hospital sustainable design standards. *Health Facil Manage*, 24 (11):45-46

Ryan-Fogarty Y, O'Regan B, Moles R (2016): Greening healthcare: systematic implementation of environmental programmes in a university teaching hospital. *Journal of Cleaner Production*, 126:248-259

UN/United Nations (2021): Sustainable Development Goals. <https://sdgs.un.org/goals>

WHO/World Health Organization (2015): United Nations: Climate and Health Country Profiles – 2015: Germany. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246122>

KAPITEL 3

Hamburger Stadtepidemiologie

■ Die Epidemiologie befasst sich als Teildisziplin von Public Health primär mit der Häufigkeit des Auftretens von Erkrankungen sowie mit deren Determinanten in der Bevölkerung. Eine relativ neue Teildisziplin der Epidemiologie ist die Stadtepidemiologie, deren Fokus auf der Untersuchung von Gesundheit und Wohlbefinden in der urbanen Bevölkerung liegt. Eines ihrer Merkmale ist eine Komplexität, die aus der Heterogenität von Bevölkerungsgruppen in Städten, den vielfältigen und interagierenden Einflussfaktoren für die Gesundheit und der zeitlichen Dynamik resultiert (Galea & Vlahov 2005)¹.

Kapitel 3 besteht aus sieben Beiträgen und bietet einen facettenreichen Einblick in die Stadtepidemiologie Hamburgs. Wie auch in den anderen Kapiteln kann das nur eine Auswahl an Themen sein, dennoch zeigen diese vorhandenes Wissen, angewendete Methoden und durchgeführte Studien auf. Die Beiträge dieses Kapitels sind eine Ergänzung der Themen aus dem ersten Hamburg-Band, in dem beispielsweise »Gesundheit und Krankheit in Hamburg heute« (Fertmann & Fehr 2018)² oder das Hamburgische Krebsregister (Nennecke et al. 2018)³ präsentiert wurden.

Daran anknüpfend, wird hier (> 3.1 Augustin & Mohr) die regionale bzw. innerstädtische Variation von Gesundheit und Versorgung in Hamburg erläutert. Dabei wird insbesondere auf die Gesundheitsberichterstattung eingegangen, die oftmals eine wertvolle Grundlage für Erkenntnisse zur innerstädtischen Ungleichheit in der Bevölkerungsgesundheit darstellt. Wenngleich die Bevölkerungsgesundheit und Gesundheitsversorgung in Hamburg insgesamt als gut einzustufen sind, zeigen die vorgestellten Beispiele dennoch markante innerstädtische Variationen, unter anderem bedingt durch die lokalen sozialen Gegebenheiten.

Gesundheitsstudien bieten ein umfangreiches (Daten-)Potenzial zur Stadtepidemiologie. Hier ist unter anderem die Nationale Kohorte (NAKO) zu nennen, an der neben anderen Städten auch Hamburg als Studienstandort beteiligt ist. Aus der NAKO werden die subjektive physische Gesundheit vor und während der COVID-19-Pandemie in Hamburg am Beispiel Depression vorgestellt (> 3.2 Becher, Hussein et al.). Dabei zeigt sich eindrucksvoll, welches Potenzial Gesundheitsstudien dieser Art für die Stadtepidemio-

1 Galea S, Vlahov D (2005) Urban health: evidence, challenges, and directions. *Annu Rev Public Health* 26 2005; 26:341–365. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144708

2 Beitrag 2.1, »Gesundheit und Krankheit in Hamburg heute«, Editionsband 2

3 Beitrag 2.2, »Hamburgisches Krebsregister«, Editionsband 2

logie haben. Sie liefern Daten und daraus resultierend Erkenntnisse, wie sie anderweitig kaum zu generieren wären. Dies gilt selbstverständlich auch für die Hamburg City Health Study (▷ 3.3 Twerenboldt, Toprak et al.), die als weltweit größte monozentrische Gesundheitsstudie angelegt ist.

Wie schon im ersten Beitrag dieses Kapitels ersichtlich, beeinflussen die innerstädtischen sozialen Gegebenheiten den Gesundheitszustand der Bevölkerung in hohem Maße. Zwei weitere Beiträge (▷ 3.4 Ansen & Molle, ▷ 3.5 Trojan) thematisieren dies auf unterschiedliche Art und Weise. Ersterer Beitrag greift die Gesundheitsversorgung im Kontext sozialer Ungleichheit auf, zweiterer anhand verschiedener Beispiele, wie Bewegungsmangel bei Kindern unterschiedlicher sozialer Herkunft.

Ein in der Stadtepidemiologie relativ neuer Methodenansatz ist die agentenbasierte Modellierung (▷ 3.6 Lenfers, Ahmady-Moghaddam et al.). Mit diesem Ansatz kann das Verhalten »fiktiver Personen«, der sogenannten Agenten, unter Zuweisung individueller Attribute (Alter, Geschlecht, Wohnort, Einkommen etc.) in ihrer Umwelt bzw. Umgebung modelliert werden. Damit lassen sich, wie beispielhaft anhand der Ausbreitung von Viren über den öffentlichen Nahverkehr dargestellt, stadtepidemiologisch wichtige Erkenntnisse generieren.

Neben innerstädtischen Variationen im Gesundheitszustand der Stadtbevölkerung existieren auch entsprechende Unterschiede zwischen Städten. Eine vergleichende stadtepidemiologische Betrachtung kann sich daher als nützlich erweisen, da von Maßnahmen und Initiativen anderer Städte zur Verbesserung der hiesigen Stadtgesundheit gelernt werden kann. Der letzte Beitrag (▷ 3.7 Augustin, Mohr et al.) stellt Hamburg und Glasgow einander gegenüber und geht der Frage nach, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit und Lebensbedingungen vorherrschen und welche Aktivitäten zur Verbesserung dieser vorgenommen werden.

Das Kapitel »Hamburger Stadtepidemiologie« zählt mit sieben Einzelbeiträgen zu den umfangreichsten Kapiteln in diesem Buch. Die Vielfalt der Beiträge zeigt, wie breit und facettenreich das Thema ist und welche Relevanz eine stadtepidemiologische Betrachtung für die Stadtgesundheit in Hamburg hat. ■

Jobst Augustin, Rainer Fehr

3.1

Regionale Variation von Gesundheit und Versorgung innerhalb Hamburgs auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung

Jobst Augustin, Nicole Mohr

Die räumliche Betrachtung von Gesundheit und Versorgung hat in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen (Kistemann & Schweikart 2017). Eines der zentralen Anliegen vor allem der gesundheitsgeografischen Forschung ist demnach auch die Frage nach räumlichen Ungleichheiten und deren Ursachen. Studien zeigen beispielsweise, dass in Städten im Vergleich zum ländlichen Raum höhere Prävalenzen von Angststörungen, Depression (Peen et al. 2010) oder Schizophrenie (Lederbogen & Meyer-Lindenberg 2015) zu finden sind. Aber auch innerstädtische Variationen sind von hoher Relevanz und können beträchtlich sein. Ein bekanntes Beispiel sind die Ergebnisse von Hanlon et al. (2006) zur Lebenserwartung in Glasgow. Die Autoren zeigen, dass 15-jährige Jungen in sozial benachteiligten Stadtteilen eine durchschnittliche Lebenserwartung von unter 60 Jahren haben können und diese in weniger deprivierten Stadtteilen bei über 80 Jahren liegen kann.

Studienergebnisse dieser Art führen zu der Frage, wie solche räumlichen Variationen von Gesundheit und Versorgung zu erklären sind und welchen Mehrwert eine räumliche Betrachtung von Gesundheit hat. Ein konzeptioneller Ansatz zur Ursache von gesundheitsbezogener Ungleichheit ist in der sozialen Deprivation zu finden. Bei der Anordnung von gesundheitsrelevanten Ressourcen, Belastungen und Menschen im Raum handelt es sich nach Bourdie (1998) um ein Spiegelbild sozialer Ungleichheit. Dabei ist von Bedeutung, dass die Position des Einzelnen in der Struktur sozialer Ungleichheit über die Chancen bestimmt, sich erwünschten Personen, Dingen oder Umständen zu nähern oder im umgekehrten Falle zu entziehen (Bourdieu 1998).

Als Konsequenz bedeutet dies auch, dass die Wahl von Wohnstandorten nicht zufällig ist. Vielmehr wird sie geprägt von der jeweiligen Lebenslage und den damit verbundenen materiellen Ressourcen, Präferenzen und Werteorientierungen hinsichtlich Personen, Gütern und Dienstleistungen am Wohnstandort. Ist die Lebenslage eines Menschen schlecht, so ist auch seine Möglichkeit, einen Wohnstandort auszuwählen, geringer. Art und Intensität der Raumnutzung sind darüber hinaus ebenfalls durch die Lebenslage beeinflusst, denn die Nutzung lokaler Ressourcen ist in der Hauptsache von der Lebenslage (Bildung, Einkommen etc.) der Menschen abhängig (Voigtländer 2016).

Es existieren zahlreiche Studien (z. B. Voigtländer, Mielck et al. 2012, Mielck 2007, Bolte et al. 2018), die sich mit den Erklärungsansätzen zur regionalen Ungleichheit von Gesundheit beschäftigen. Nach Voigtländer et al. (2012) wird grundsätzlich zwischen Kontext-, Kompositions- und Selektionseffekten unterschieden. Kontextuelle Effekte gehen dabei vom Raum selbst (z. B. Luftverschmutzung, Vorhandensein von Ärzten) aus, d. h. sind unabhängig von den individuellen Merkmalen der Bewohner. Kompositionelle Effekte basieren hingegen auf dem Vorhandensein von Merkmalen individueller gesundheitlicher Belastungen (z. B. Alter, Sozialstatus) und sind bedingt durch die Bevölkerungszusammensetzung. In einem einkommensschwachen Stadtteil wäre demnach beispielsweise eine erhöhte Mortalität oder Morbidität zu erwarten.

Die Selektionseffekte basieren letztlich auf dem Ergebnis eines selektiven Migrationsprozesses. Dabei ziehen beispielsweise Personen mit besserer Gesundheit signifikant häufiger in kompositionell und kontextuell privilegierte Stadtteile. Hingegen verbleiben Personen mit schlechterem Gesundheitszustand an stärker deprivierten Orten oder sind sogar aufgrund geringerer Mietpreise gezwungen, dort hinzuziehen. Anzumerken ist, dass sich kompositionelle und kontextuelle Effekte in der Realität nicht eindeutig voneinander differenzieren lassen, sondern miteinander im Zusammenhang stehen (vgl. Voigtländer et al. 2012).

Räumliche Variationen von Gesundheit und Krankheit werden in wissenschaftlichen Studien und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung offensichtlich. Das Wissen um die regionalen Ungleichheiten ist wertvoll, da vertiefte Erkenntnisse zur Ursache von Erkrankungen gewonnen werden können. Zudem geben sie Aufschluss über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, was dazu dienen kann, Ressourcen gezielter und effizienter, beispielsweise bei Präventionsmaßnahmen, einzusetzen. Urbane Räume stehen bei der Untersuchung regionaler Ungleichheit besonders im Fokus, da sich hier verschiedene treibende Effekte, die eine gesundheitliche Ungleichheit verstärken, konzentrieren und überlagern. Dazu zählen beispielsweise Umweltfaktoren (Lärm, Luftthygiene), Bevölkerungsdruck durch Zuzug oder auch soziale Segregation.

Beispiele für innerstädtische Variationen aus Hamburg

Für die Stadt Hamburg existieren verschiedene Berichte und Studien, die die innerstädtischen Variationen von Gesundheit und Versorgung thematisieren (▷ 3.4 Ansen & Molle). Im Folgenden werden der Hamburger Morbiditätsatlas (Erhart et al. 2013), die Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg (Sozialbehörde 2020), die Hamburger Krebsdokumentation (Hamburger Krebsregister 2021) und der Bericht zur Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg (BGV & BASFI 2019) vorgestellt.

Hamburger Morbiditätsatlas

Im Jahr 2013 wurden die Krankheitslast und der kleinräumige Versorgungsbedarf der Hamburger im Morbiditätsatlas Hamburg (Erhart et al. 2013) beschrieben. Dabei wurde auf Basis ambulanter Abrechnungsdaten die regionale Variation ausgewählter Erkrankungen auf Ebene von eigens gebildeten Stadtteilclustern dargestellt. Hinzugezogen wurden zudem aggregierte Informationen zum sozioökonomischen Status auf Postleitzahlebene.

Aufgrund der Verwendung von Abrechnungsdaten stellen die Krankheitshäufigkeiten (Prävalenzen) im Bericht Behandlungsprävalenzen dar, da zunächst eine Inanspruchnahme einer kassenärztlichen Leistung stattfindet. Je nach Erkrankung kann die Behandlungsprävalenz von der epidemiologischen Erkrankungsprävalenz abweichen. Im Bericht werden neben der allgemeinen Krankheitslast 13 spezifische Erkrankungen (z. B. Depression, Asthma) berücksichtigt. Darüber hinaus werden Krankenhausfälle spezifischer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Hypertonie) sowie der Leistungsbedarf für ausgewählte Facharztgruppen (z. B. Augenärzte, Frauenärzte) thematisiert. Um regionale Ungleichheiten erklären zu können, wurde im Rahmen des Berichtes zusätzlich ein Index zur sozio regionalen Lage der Stadtteilcluster gebildet und zur Analyse herangezogen.

Die Gesamtkrankheitslast wurde mittels eines Relativen Risikoscore (RRS) bestimmt. Der RRS wird aus den Merkmalen Alter, Geschlecht und sämtlichen Behandlungsdiagnosen berechnet und bildet den erwarteten Leistungsbedarf ab. Der durchschnittliche erwartete Leistungsbedarf über alle Hamburger hinweg wird als Referenz verwendet. Regional differenziert betrachtet, wiesen zentral gelegene Stadtteile bzw. Stadtteilcluster, wie beispielsweise Ottensen oder Altona-Altstadt, einen unterdurchschnittlichen RRS auf, während im Norden und Südwesten überdurchschnittliche Werte festgestellt wurden. Der höchste RRS wurde im Bereich um Wellingsbüttel berechnet (s. Abb. 3.1-1).

Die soziale Lage wird im Morbiditätsatlas anhand von sozialer Belastung (z. B. Arbeitslosigkeit, Wohnfläche), Familienzusammensetzung und Wanderungsbewegungen beschrieben. Assoziationen zwischen der sozio regionalen Lage und der Gesamtkrankheitslast stellten sich vielschichtig dar. In der Gesamtschau nicht direkt zu erkennen, zeigten sich Zusammenhänge nach Differenzierung nach Alter und Geschlecht. Zudem spielt die Art der in Anspruch genommenen Leistung eine Rolle. Bei chronischen Erkrankungen, die in ihrer Entstehung oftmals mit bestimmten Lebensgewohnheiten, dem sozialen Status und Umwelteinflüssen zusammenhängen, konnte auf regionaler Ebene ein Zusammenhang zwischen Behandlungsprävalenz und der sozialen Belastung festgestellt werden. Die soziale Belastung der Stadtteile hatte auch Einfluss auf die realisierte Inanspruchnahme der dort Lebenden.

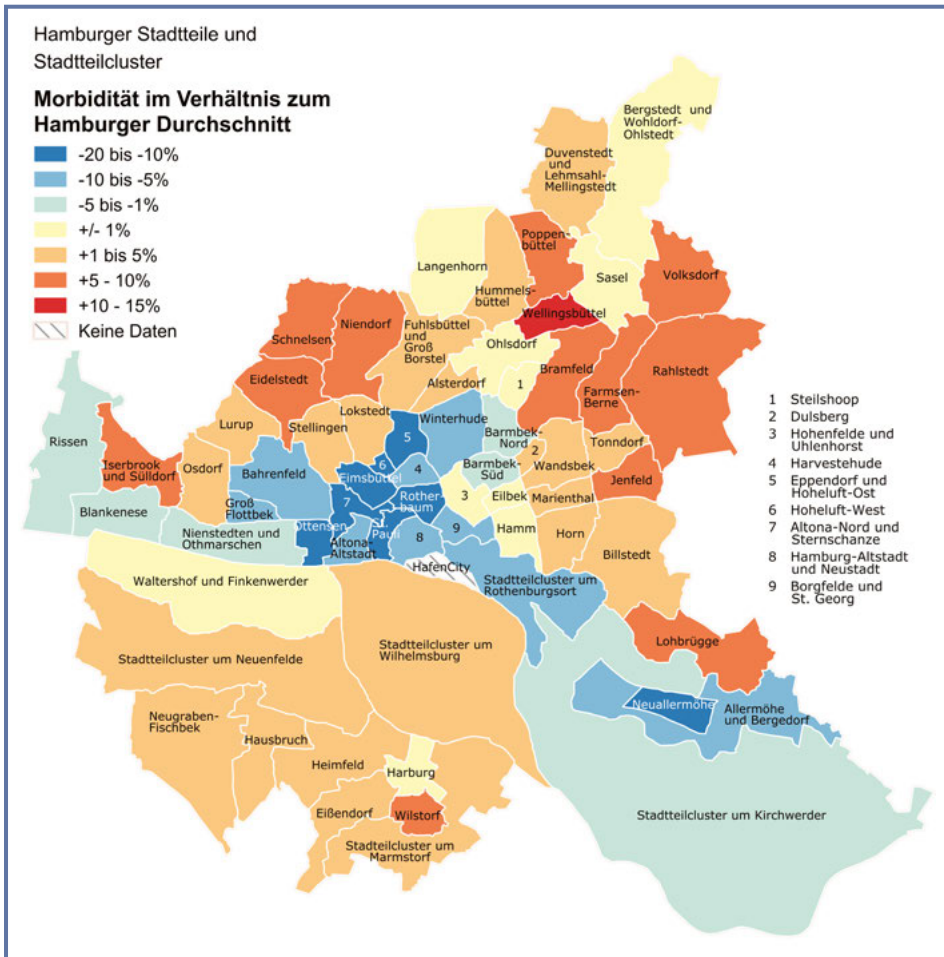


Abbildung 3.1-1: Gesamtkrankheitslast der Hamburger Bevölkerung, berechnet nach dem Relativen Risikoscore (RRS). *Quelle: Erhart et al. 2013.*

Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg

Der Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung der Hamburger wurden zuletzt im Rahmen der Basisinformation zur Gesundheit in Hamburg im Dezember 2020 veröffentlicht (Sozialbehörde 2020). Bezugsjahr der in diesem Bericht publizierten Zahlen ist das Jahr 2018. Wie auch schon beim Morbiditätsatlas Hamburg (Erhart et al. 2013) wurden die regionalen Darstellungen ausgewählter Themen auf Ebene von Stadtteilclustern abgebildet. Hierzu zählen Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung, Lebenserwartung und Sterblichkeit, Krankheitshäufigkeit und Krankheitsbehandlungen, ambulante und stationäre Ressourcen sowie Herausforderungen des Gesundheitssystems.

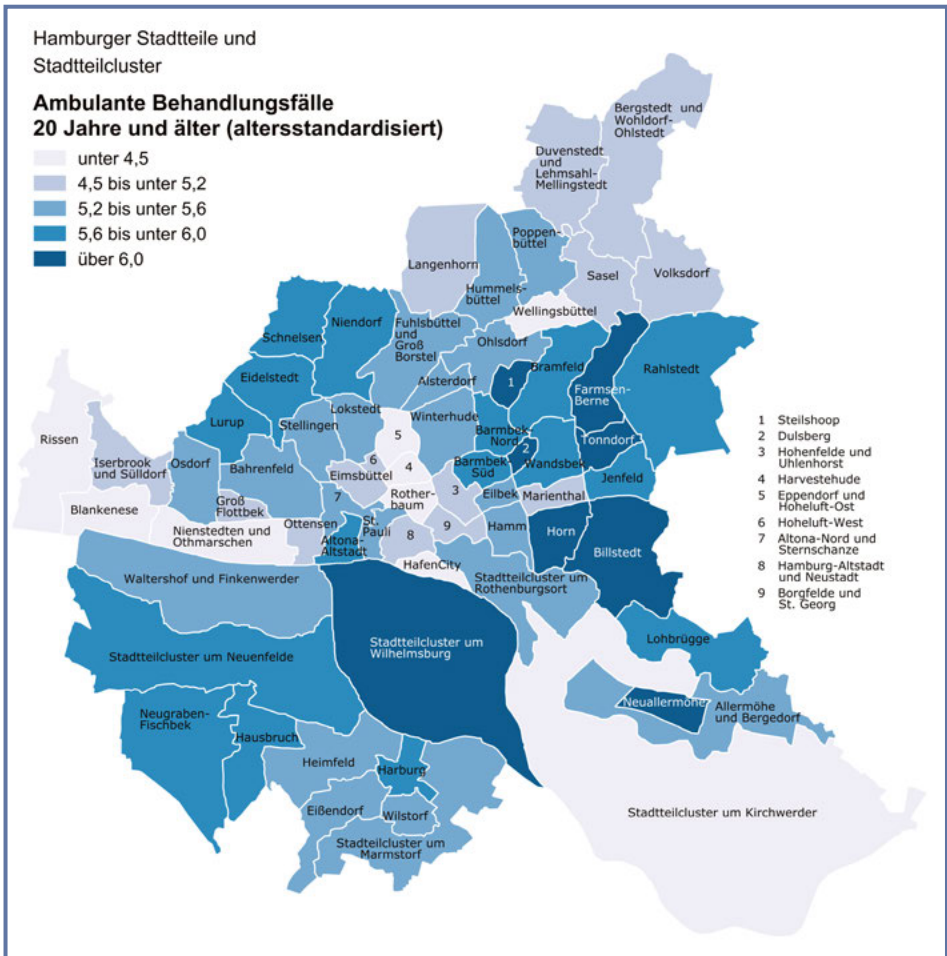


Abbildung 3.1-2: Ambulante Behandlungsfälle Erwachsener (20 Jahre und älter); in Prozent zur Bevölkerung in der Region, altersstandardisiert (ohne Privatversicherte und HzV-Versicherte [hausarztzentrierte Versorgung]). *Quelle: Sozialbehörde 2020.*

Im Bereich der ambulanten Behandlungen waren beispielsweise bei der Betrachtung von ganz Hamburg Erkrankungen der Atemwege (vor allem bedingt durch grippale Infekte), Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen. Bei Betrachtung auf Stadtteilebene deutete sich ein positiver Zusammenhang mit der sozialen Belastung an. So hatten die Stadtteile Wilhelmsburg, Veddel, Steilshoop, Dulsberg und Horn die meisten ambulanten Behandlungsfälle je Einwohner (s. Abb. 3.1-2). Insgesamt wird die Assoziation der sozialen Lage zur Gesundheit aus regionaler, stadtteilbezogener Perspektive im Vergleich zum Morbiditätsatlas Hamburg (Erhart et al. 2013) aber weniger detailliert und nur deskriptiv betrachtet.

Hamburger Krebsdokumentation

Seit 1956 wird in regelmäßigen Abständen die Arbeit des Hamburgischen Krebsregisters in Form der Hamburger Krebsdokumentation (Hamburger Krebsregister 2021) veröffentlicht. In der aktuellen Dokumentation werden in Übersichtsform die 20 häufigsten Krebsentitäten in Hamburg mit Hinblick auf Neuerkrankungen (Inzidenzen), Überleben, Häufigkeit (Prävalenz), Sterblichkeit und regionale Unterschiede auf Ebene der Stadtbezirke und Datenqualität thematisiert. Bezugszeitraum ist 2016–2018. Die im Bericht ausgewerteten Daten basieren auf ärztlichen Meldungen nach Information der Patientinnen und Patienten und zudem auf ergänzenden pseudonymisierten Angaben aus Pathologiepraxen und -abteilungen.

Insgesamt erkrankten zwischen 2016 bis 2018 jährlich 10.800 Personen (5.500 Männer, 5.300 Frauen) in Hamburg an einer bösartigen Neubildung. Am Beispiel des Lungenkrebses zeigen sich innerhalb Hamburgs Unterschiede bei der Häufigkeit von Neuerkrankungen im Beobachtungszeitraum. Bei den Männern finden sich in den Bezirken Harburg und Mitte im Vergleich zu den anderen Bezirken die höchsten Raten. Bei den Frauen zeigten sich insgesamt eine geringere Neuerkrankungsrate und auch eine andere innerstädtische Verteilung.

In der Dokumentation selber wird kein direkter Bezug zur sozialen Lage vorgenommen, und die regionalen Variationen werden nicht erklärt. Allerdings laufen zur Krebsdokumentation begleitende Projekte, in denen spezifischen Fragestellungen zum Krebsgeschehen untersucht werden. Mit Hinblick auf sozioökonomische Ungleichheiten am Wohnort und das Krebsüberleben in Hamburg wurde eine Studie (Jansen et al. 2021) durchgeführt. Dabei wurden sozioökonomische Ungleichheiten im Krebsüberleben beobachtet, die zumindest teilweise durch Unterschiede in der Verteilung der Tumorstadien erklärt werden konnten. Ursache könnte sein, dass Menschen mit einem eher niedrigeren Bildungsniveau weniger an Früherkennungsmaßnahmen teilnehmen, folglich die Tumore später entdeckt werden und sich die Überlebenschancen reduziert (Augustin et al. 2016).

Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg

Im Rahmen der 21. Legislaturperiode der Hamburger Bürgerschaft wurde das Ziel gesetzt, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung inklusive ihrer Versorgungsstrukturen aufzubauen, um damit den Bedarfen psychisch kranker Menschen nachzukommen (BGV & BASFI 2019). Daraus resultierend, wurde der Bericht zur Versorgung psychisch kranker Menschen (BGV und BASFI 2019) in Hamburg erstellt. Im Sinne einer Bestandsaufnahme stellt der Bericht die bestehenden Strukturen und Angebote der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sowie der sozialpsychiatrischen Hilfen in ihrer Gesamtheit dar. Im Wesentlichen gliedert sich der Bericht in die Grundprinzipien der Psychiatrie, Förderung der psychischen Gesundheit

und Prävention sowie in die Grundversorgung psychisch kranker Erwachsener und Minderjähriger.

Die Versorgung psychisch kranker Menschen ist der Schwerpunkt des Berichtes, und die innerstädtische Versorgung auf Basis der Stadtteile und Stadtbezirke wird berücksichtigt. So zeigt sich bei der Versorgung durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten eine starke Konzentration im innenstädtischen Bereich (z. B. Altstadt, Eimsbüttel, Eppendorf, Winterhude). Hingegen nimmt die Dichte der Therapeuten in den Stadtteilen südlich der Elbe deutlich ab, was auf mögliche Versorgungsdefizite hinweisen kann, da das Aufsuchen eines Therapeuten für die lokale Bevölkerung mit erhöhtem Aufwand verbunden sein könnte. Der Bericht liefert Daten zur Erreichbarkeit von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, allerdings sind für Aussagen zur Versorgungsqualität noch weitere Informationen, wie beispielsweise die Wartezeit auf einen Termin beim Therapeuten, hinzuzuziehen.

Zusammenfassung und Fazit

Die hier exemplarisch vorgestellten Berichte verdeutlichen, dass auch innerhalb Hamburgs regionale Variationen von Gesundheit und Versorgung zu finden sind. Wenngleich die Ursachen in den Dokumenten nicht im Detail untersucht wurden, lässt sich dennoch vermuten, dass auch in Hamburg die kompositionellen Effekte, das heißt die individuellen Merkmale gesundheitlicher Belastungen, von besonderer Bedeutung sind und als Erklärungsansatz für innerstädtische Variationen dienen können. So lassen sich insbesondere räumliche Assoziationen zwischen der sozioökonomischen Lage der Stadtteilbewohner und dem Gesundheitszustand identifizieren. Insbesondere der Hamburger Morbiditätsatlas (Erhardt et al. 2013) gibt erste Belege dafür. Inwiefern unabhängig der Bevölkerungszusammensetzung auch kontextuelle Effekte, wie regional besonders ausgeprägte Lärmbelastungen oder Umweltverschmutzungen, eine Rolle spielen, wird zwar in verschiedenen Studien (z. B. Adam et al. 2015, Grzywa-Celinska et al. 2020) außerhalb Hamburgs deutlich, in den hier vorgestellten Berichten jedoch nicht näher thematisiert.

Das Wissen um regionale Variationen innerhalb Hamburgs und ihre Ursachen ist von hoher Bedeutung, um gezielte Maßnahmen in den Stadtteilen zur Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheitsversorgung implementieren zu können. Zwar existieren zahlreiche Projekte bzw. Studien (Westenhöfer et al. 2021), die sich mit der innerstädtischen Gesundheit befassen, allerdings zeigt sich parallel auch ein großer Forschungsbedarf. Dieser bezieht sich beispielsweise auf grundlegende Fragestellungen, etwa wie sich die gesundheitliche Lage kleinräumig in verschiedenen Quartieren darstellt, welcher Bedarf sich daraus im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention ergibt und wie sich quartiersbezogene Interventionen evaluieren lassen

(Westenhöfer 2017). Darüber hinaus besteht ein Forschungsbedarf hinsichtlich kleinst-räumiger Effekte von Umweltfaktoren, z. B. von Luft und Lärm in der Wohnumgebung auf die Gesundheit der Bewohner in Hamburg. Der Hochschulforschung kommt dabei in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsberichterstattung eine besondere Rolle zu, diese Wissenslücken zu schließen.

LITERATUR

- Adam M, Schikowski T, Carsin AE, Cai Y, Jacquiem B, Sanchez M et al. (2015): Adult lung function and long-term air pollution exposure. ESCAPE: a multicentre cohort study and meta-analysis. *Eur Respir J* 45:38-50
- Augustin J, Schäfer I, Thiess P, Reusch M, Augustin M (2016): Regionale Unterschiede in der Versorgung des Basalzellkarzinoms. *Der Hautarzt*, 67:822-828
- Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) (2020): Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg. ISBN 978-3-9820714-1-1
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) sowie Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) (2019): Psychiatrie Bericht. Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg. Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), www.hamburg.de/contentblob/12273896/2faa32cb036a0911cbcac4e1baec06d0/data/psychiatriebericht.pdf
- Bolte G, Bunge C, Hornberg C, Köckler H (2018): Umweltgerechtigkeit als Ansatz zur Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt*, 61:674-683
- Bourdieu P (1998): Ortseffekte. In: Göschel A, Kirchberg V (Hrsg.) *Kultur in der Stadt. Stadtsoziologische Analysen zur Kultur*. Opladen: Leske+Budrich
- Erhart M, Hering R, Schulz M, von Stillfried D (2013): *Morbiditätsatlas Hamburg*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin
- Grzywa-Celinska A, Krusinski A, Milanowski J (2020): »Smogging kills« – Effects of air pollution on human respiratory system. *Ann Agric Environ Med*. 2020; 27(1):1-5. doi: 10.26444/aaem/110477
- Hamburger Krebsregister (2021): *Hamburger Krebsdokumentation 2016–2018*. Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), www.hamburg.de/krebsregister/10765432/publikationen-datennutzung/
- Hanlon P, Walsh D, Whyte B (2006): *Let Glasgow Flourish*. Glasgow Centre for Population Health (GCPH)
- Jansen L, Erb C, Nennecke A, Finke I, Pritzkeleit R, Holleczeck B (2021): Socioeconomic deprivation and cancer survival in a metropolitan area: an analysis of cancer registry data from Hamburg, Germany. *The Lancet Regional Health – Europe*
- Kistemann T, Schweikart J (2017): Spatial turn – Chance, Herausforderung und Methodenimpuls für die geographische Gesundheitsforschung. *Bundesgesundheitsblatt*, 60:1413-1421
- Lederbogen F, Meyer-Lindenberg A (2015): *Macht Stadtleben krank*. *MMW – Fortschritte der Medizin*. 21:70-74
- Mielck A (2007): *Erklärungsmodelle regionaler Gesundheitsunterschiede, Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz für das Projekt »Gesundheit regional« – eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Gesundheitsverhalten in Bayern*. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen
- Peen J, Schoevers RA, Beekmann AT, Dekker J (2010): The current status of urban rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 121:84-93

Voigtländer S (2016): Erklärungsansätze und Erklärungsmodelle zum Zusammenhang von Raum und Gesundheit. In: Augustin J, Koller D (Hrsg.) Geografie der Gesundheit. Die räumliche Dimension von Epidemiologie und Versorgung. Hogrefe-Verlag. Bern

Voigtländer S, Mielck A, Razum O (2012) Die Bedeutung des kleinräumigen Kontexts für Gesundheit. Entwurf eines Erklärungsmodells. Gesundheitswesen, 74:702-709

Westenhöfer J (2017): Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier. In: Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (Hrsg.): Standpunkte – Informationen zur Gesundheitsförderung. Ausgabe 2, November 2017

Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3. oekom verlag. München

3.2

Ausgewählte Ergebnisse aus der NAKO-Gesundheitsstudie in Hamburg: Soziodemografische Daten, Depression und subjektive physische Gesundheit in Hamburg vor und während der COVID-19-Pandemie

Heiko Becher, Yassin Hussein, Nadia Obi

In der Epidemiologie ist die prospektive Kohortenstudie das aussagekräftigste Studiendesign, mit dem Aussagen zu allen relevanten epidemiologischen Maßzahlen wie Inzidenz, Prävalenz, und Risikomaße für Risikofaktoren getroffen werden können. Die NAKO-Gesundheitsstudie ist eine auf 20 bis 30 Jahre angelegte epidemiologische Kohortenstudie (German National Cohort Consortium 2014), in der von 2015 bis 2019 insgesamt 205.000 Proband:innen im Alter von 20 bis 70 Jahren aus 18 Studienzentren in Deutschland in der Basiserhebung untersucht wurden. Langfristiges Ziel der NAKO ist es, die Ursachen für die Entstehung von Volkskrankheiten, wie beispielsweise Krebs, Diabetes, Infektionskrankheiten und Herzinfarkt, detailliert zu untersuchen. Die Auswahl der Studienzentren fand in einem kompetitiven Auswahlprozess statt und ergab eine Verteilung über das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (s. Abb. 3.2-1).

Das epidemiologische Studienzentrum am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist eines der 18 Studienzentren der NAKO (s. Becher 2018). Die Proband:innen wurden durch Zufallsstichprobe aus der Hamburger Bevölkerung ausgewählt und zu einem umfangreichen Untersuchungsprogramm, einschließlich einer ausführlichen Erhebung gesundheitsrelevanter Faktoren mittels Interview und selbst auszufüllendem Fragebogen, in das Studienzentrum eingeladen.

Das Untersuchungsprogramm der Basiserhebung schließt umfangreiche körperliche Untersuchungen, die Entnahmen von Bioproben und eine ausführliche Anamnese zu gesundheitsrelevanten Faktoren ein. Seit 2019 findet die Folgeuntersuchung (Follow-up) statt, zu der alle Studienteilnehmer:innen eingeladen werden. Zusätzlich wurde anlässlich der Coronapandemie eine Onlinebefragung aller Proband:innen im Sommer 2020 mit dem Ziel durchgeführt, psychische Effekte der Lockdownmaßnahmen zu untersuchen (Peters et al. 2020). Zur Erfassung der psychischen Gesundheit wurde sowohl in der Basiserhebung als auch in der Onlinebefragung der PHQ-9 (Patient Health Questionnaire (PHQ)-9) eingesetzt. Dieser Fragebogen umfasst neun Fragen zur Depressivität und wurde als Screeninginstrument zur Diagnostik von Depressivität entwickelt (Löwe et al. 2004). Es wurden bereits ausgewählte Ergebnisse aus der Basiserhebung sowie aus der Onlinebefragung veröffentlicht (Schipf, Schöne et al. 2020; Peters, Rospleszcz et al. 2020). Während der COVID-19-Pandemie im Sommer 2020 wurde eine Online-zusatzbefragung zu Verhaltensänderungen und psychischen Folgen durchgeführt.

In diesem Beitrag werden ausgewählte Untersuchungsergebnisse aus der Hamburger NAKO-Population präsentiert. Neben einer Beschreibung soziodemografischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Migrationshintergrund) werden Ergebnisse zur physischen und psychischen Gesundheit sowie zur Verteilung des Body-Mass-Index (BMI) als exemplarische gesundheitliche Variablen dargestellt. Darüber hinaus werden Ergebnisse zur psychischen Gesundheit vor und während der COVID-19-Pandemie in verschiedenen Bevölkerungsgruppen verglichen. Die Datenanalyse erfolgt mittels deskriptiver Verfahren, die Darstellung mit Tabellen und Grafiken. Der Einfluss der soziodemografischen Merkmale und des subjektiven Gesundheitszustands auf den PHQ-9-Score zur Basiserhebung, zur Coronasonderbefragung und deren Differenz wurde mit einer multivariablen linearen Regression untersucht.

Die Hamburger NAKO-Studienpopulation umfasst insgesamt 10.095 Personen (4.927 Männer, 5.168 Frauen). Von diesen nahmen 7.815 Personen (3.674 Männer, 4.141 Frauen) an der COVID-19-Zusatzbefragung teil (77,41 %).

Die Altersverteilung, der Familienstand, der höchste Schulabschluss, der Migrationsstatus sowie der mittlere BMI der Studienbevölkerung sind differenziert nach Teilnahme an der COVID-19-Befragung und Geschlecht in Tabelle 3.2-1 angegeben. Im Mittel waren die Proband:innen 54,6 Jahre alt. Der Altersbereich von 40 bis 69 Jahren war gemäß Studiendesign überproportional vertreten.

Die Teilnehmer:innen der NAKO haben insgesamt einen höheren Bildungsgrad als die Hamburger Bevölkerung. Teilnehmer:innen mit höherem Bildungsgrad und Personen ohne Migrationshintergrund nahmen überproportional häufig an der COVID-19-Zusatzbefragung teil. Der Body-Mass-Index ist bei Männern durchschnittlich höher als bei Frauen. Es besteht kein nennenswerter Unterschied im Body-Mass-Index bei den Teilnehmenden der Basiserhebung und der COVID-19-Befragung.

Table 3.2-1: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg, Baseline-Erhebung (2014–2019), Charakteristika der Hamburger NAKO-Stichprobe nach Geschlecht und Teilnahme an der COVID-19-Befragung 2020. Quelle: eigene Daten.

	Männlich		Weiblich	
	Alle Baseline-Teilnehmenden	Teilnehmende COVID-Befragung	Alle Baseline-Teilnehmenden	Teilnehmende COVID-Befragung
N gesamt	4.927 (48,81 %)	3.674 (47,01 %)	5.168 (51,19 %)	4.141 (52,99 %)
Altersgruppen (Jahre)				
<30	214 (2,14 %)	146 (1,88 %)	226 (2,24 %)	183 (2,34 %)
30–39	589 (5,83 %)	404 (5,17 %)	616 (6,10 %)	475 (6,08 %)
40–49	811 (8,03 %)	594 (7,60 %)	815 (8,07 %)	654 (8,37 %)
50–59	1.429 (14,16 %)	1.080 (13,82 %)	1.556 (15,41 %)	1.241 (15,88 %)
60 und älter	1.884 (18,66 %)	1.450 (18,54 %)	1.955 (19,37 %)	1.588 (20,32 %)
Höchster Schulabschluss*				
Niedrig	723 (7,16 %)	461 (5,90 %)	617 (6,11 %)	408 (5,22 %)
Mittel	1.673 (16,57 %)	1.193 (15,27 %)	1.905 (18,87 %)	1.506 (19,27 %)
Hoch	2.517 (24,93 %)	2.016 (25,80 %)	2.631 (26,06 %)	2.221 (28,42 %)
Keine Angabe	14 (0,14 %)	4 (0,05 %)	15 (0,15 %)	6 (0,08 %)
Familienstand				
Allein lebend	1.167 (11,56 %)	782 (10,01 %)	1.677 (16,61 %)	1.284 (16,43 %)
Verheiratet/ in Partnerschaft	3.759 (36,99 %)	2.891 (37,01 %)	3.489 (34,56 %)	2.856 (36,55 %)
Keine Angabe	1 (0,01 %)	1 (0,01 %)	2 (0,02 %)	1 (0,01 %)
Migrationsstatus				
Nein	3.838 (37,92 %)	3.026 (38,72 %)	4.082 (40,44 %)	3.412 (43,66 %)
Ja	1.096 (10,86 %)	646 (8,27 %)	1.077 (10,67 %)	722 (9,24 %)
Davon türkeistämmig	115 (1,14 %)	54 (0,69 %)	88 (0,87 %)	41 (0,52 %)
Davon Aussiedler:innen	81 (0,80 %)	36 (0,46 %)	107 (1,06 %)	61 (0,78 %)
Keine Angaben	3 (0,03 %)	2 (0,03 %)	9 (0,09 %)	7 (0,10 %)
BMI (kg/m²)				
Mittelwert (SD)	26,96 (4,78)	26,81 (4,32)	25,73 (5,41)	25,55 (5,22)

*Niedriger Schulabschluss: noch Schüler:in, ohne Schulabschluss, Hauptschulabschluss; Mittlerer Schulabschluss: Real-schulabschluss, Fachhochschulreife, Polytechnische Oberschule mit Abschluss nach der 8., 9. oder 10. Klasse, andere Abschlüsse; Hoher Schulabschluss: Allgemeine Hochschulreife

Die eigene Gesundheit wurde in der Basiserhebung mehrheitlich als »gut« bis »sehr gut« eingeschätzt (Tabelle 3.2-2). Die Teilnehmenden der COVID-19-Zusatzbefragung schätzten ihre Gesundheit bei der Basiserhebung etwas positiver ein. Während der COVID-19-Pandemie bewerteten 50 % der Teilnehmenden die eigene Gesundheit mit »ausgezeichnet« oder »sehr gut«.

Tabelle 3.2-2: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg: Einschätzung der subjektiven Gesundheit bei Basiserhebung und COVID-19-Befragung. *Quelle: eigene Daten.*

	Basisbefragung (2014–2019)	Baseline-Angaben der Teilnehmenden an der COVID-19-Befragung	COVID-19-Befragung (2020)
Gesamt	10.095 (100 %)	7.815 (100 %)	7.815 (100 %)
Ausgezeichnet	426 (4,22 %)	364 (4,63 %)	745 (9,53 %)
Sehr gut	3.207 (31,75 %)	2.650 (33,74 %)	3.224 (41,25 %)
Gut	5.104 (50,56 %)	3.929 (50,02 %)	3.137 (40,14 %)
Weniger gut	991 (9,82 %)	653 (8,31 %)	502 (6,42 %)
Schlecht	99 (0,98 %)	57 (0,73 %)	56 (0,72 %)
Keine Angabe	270 (2,67 %)	162 (2,57 %)	151 (1,9 %)

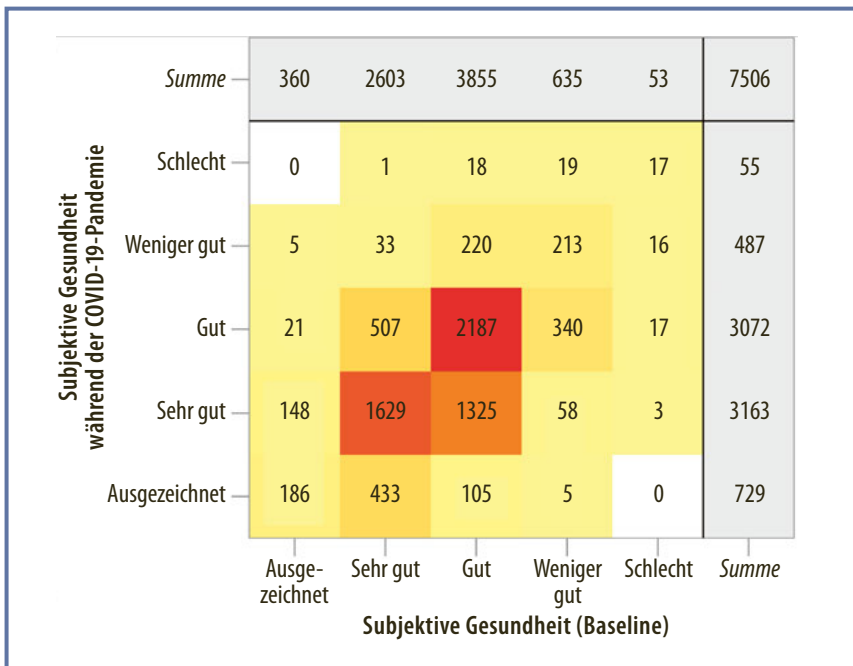


Abbildung 3.2-1: NAKO Gesundheitsstudie, Hamburg: Vergleich der subjektiven Gesundheit zur Baseline- und während der COVID-19-Befragung. *Eigene Daten und Berechnungen.*

In der Abb. 3.2-1 sind die Angaben des subjektiven Gesundheitszustandes, d. h. Subjektive Gesundheit (Baseline) vs. Subjektive Gesundheit während der COVID-19-Pandemie, einander gegenübergestellt. Am häufigsten wird die Gesundheit gleichbleibend »gut« und »sehr gut« eingeschätzt. Zahlreiche Proband:innen haben von einer Änderung des subjektiven Gesundheitszustands berichtet. Der Spearman'sche Korrelationskoeffizient beträgt $r = 0,55$.

Ein anderes Bild ergibt sich bezüglich der psychischen Gesundheit, die mit einem Fragebogen zur Depressivität, dem PHQ-9, erfasst wurde (Löwe, Unützer et al. 2004). Neun Fragen mit maximal 3 Punkten wurden zu einem Summenscore zusammengefasst, der maximal 27 Punkte erreichen kann. Je höher der Score, desto mehr depressive Symptome waren in den letzten vier Wochen präsent. Es konnte bereits für die gesamte NAKO-Kohorte gezeigt werden, dass mit der COVID-19-Pandemie Stress und depressive Symptome zunahmen (Peters, Rospleszcz et al. 2020).

Der mittlere PHQ-9-Score betrug zur Baseline insgesamt 4,18. Die Teilnehmenden der COVID-19-Befragung hatten einen geringeren mittleren Score (3,94). Es zeigte sich eine Verschlechterung in dieser Gruppe auf 4,36 (Tabelle 3.2-3). Die Differenz des Scores zwischen Baseline und COVID-19-Befragung zeigt eine Zunahme der Symptome und betrug insgesamt 0,43.

Auffällig ist eine stärkere Verschlechterung in den jüngeren Altersgruppen (Abb. 3.2-2 und 3.2-3). Bei älteren Proband:innen ab 60 Jahren konnte keine Änderung beobachtet werden. Weiterhin sind Frauen stärker betroffen als Männer (Abb. 3.2-2 und 3.2-3). Personen mit Migrationshintergrund, darunter besonders die zahlenmäßig stärksten Gruppen der türkeistämmigen Migrant:innen sowie Aussiedler:innen, zeigen einen deutlicheren Anstieg des PHQ-9 als Teilnehmende ohne Migrationshintergrund (Abb. 3.2-2 und 3.2-3). Alleinstehende haben sowohl vor als auch während der Pandemie einen signifikant höheren Score für Depressionen.

Um die Effekte der soziodemografischen Faktoren auf den PHQ-9-Score sowie die Veränderung des Scores vor und während der Pandemie zu untersuchen, wurde ein lineares Regressionsmodell verwendet. Die gemeinsamen Effekte der soziodemografischen Faktoren auf den PHQ-9-Score sowie die Veränderung des Scores vor und während der Pandemie veranschaulicht Tabelle 3.2-4. Es zeigen sich zunächst keine Unterschiede zwischen der Gesamtgruppe und den Teilnehmenden der COVID-19-Zusatzbefragung. Alle untersuchten soziodemografischen Einflussfaktoren weisen einen ausgeprägten Zusammenhang mit dem PHQ-9-Score auf. Die physische Gesundheit ist ein starker Prädiktor für die psychische Gesundheit. Das Leben in einer Partnerschaft hat einen signifikant positiven Einfluss. Wie bereits in der univariaten Analyse erkennbar, ist sowohl der absolute Score als auch die Verschlechterung des Scores in der COVID-19 Pandemie in den jüngeren Altersgruppen signifikant stärker. Ein gleicher Effekt gilt für Frauen im Vergleich zu Männern.

Table 3.2-3: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg: Verteilung der PHQ-9-Scores zu Baseline und während der COVID-19-Befragung. *Quelle: eigene Daten.*

Variable	Baseline gesamt N=9.619	Baseline- Angaben der Teilnehmenden mit COVID-19- Befragung N=7.162	COVID-19- Befragung 2020 N=7.162	Differenz von Baseline- zu COVID-19- Befragung N= 7.162
	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)
Gesamt PHQ-9-Score	4,18 (3,96)	3,94 (3,75)	4,36 (4,08)	0,43 (3,77)
Altersgruppe (Jahre)				
20–29	5,11 (4,59)	4,66 (4,22)	6,04 (4,62)	1,38 (4,36)
30–39	4,76 (4,00)	4,46 (3,66)	5,14 (4,04)	0,68 (4,11)
40–49	4,13 (3,91)	3,86 (3,61)	4,90 (4,12)	1,04 (3,90)
50–59	4,43 (4,07)	4,19 (3,84)	4,56 (4,08)	0,37 (3,82)
60 und älter	3,73 (3,74)	3,48 (3,57)	3,51 (3,77)	0,03 (3,43)
Höchster Schulabschluss				
Niedrig	4,64 (4,46)	4,05 (4,09)	3,85 (4,28)	–0,20 (3,84)
Mittel	4,40 (4,05)	4,17 (3,90)	4,31 (4,11)	0,13 (3,73)
Hoch	3,93 (3,75)	3,72 (3,51)	4,46 (3,97)	0,72 (3,76)
Familienstand				
Alleinstehend	5,26 (4,54)	4,87 (4,30)	5,27 (4,56)	0,41 (4,18)
Verheiratet/In Partnerschaft	3,78 (3,63)	3,58 (3,43)	4,01 (3,81)	0,43 (3,62)
Geschlecht				
Männlich	3,83 (3,83)	3,53 (3,55)	3,81 (3,77)	0,29 (3,55)
Weiblich	4,53 (4,06)	4,25 (3,82)	4,80 (4,24)	0,55 (3,95)
Migrationshintergrund				
Nein	4,01 (3,79)	3,81 (3,62)	4,21 (3,94)	0,41 (3,65)
Ja	4,91 (4,50)	4,44 (4,16)	4,97 (4,55)	0,53 (4,35)
Davon Türkeistämmige	6,12 (4,68)	5,09 (3,90)	5,83 (4,84)	0,73 (4,91)
Davon Aussiedler/innen	4,82 (4,33)	4,48 (3,83)	5,32 (4,67)	0,84 (4,29)
Davon andere	4,79 (4,49)	4,40 (4,21)	4,89 (4,53)	0,49 (4,32)

Table 3.2-4: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg: Einflüsse soziodemografischer Merkmale und der subjektiven Gesundheit auf den PHQ-9-Score zur Baseline- und COVID-19-Befragung. *Quelle: eigene Daten.*

	Baseline-PHQ-9-Scores (gesamt)		Baseline-PHQ-9-Scores der COVID-19-Teilnehmenden*		PHQ-9-Scores (COVID-19-Befragung)		PHQ-9-Score-Differenz	
	N=9.604		N=7.114		N=7.114		N=7.114	
	β	p	β	p	β	p	β	P
Intercept	5,867	<0,001	5,680	<0,001	6,364	<0,001	0,034	0,92
Alter am 31. 12. 2020 (Jahre)	-0,061	<0,001	-0,058	<0,001	-0,080	<0,001	-0,026	<0,001
Weiblich (Referenz: männlich)	0,517	<0,001	0,523	<0,001	0,696	<0,001	0,218	0,02
Migrationsstatus (Referenz: kein Migrationshintergrund)								
Türkeistämmig	1,287	<0,001	0,967	0,01	0,506	0,23	0,070	0,87
Aussiedler:innen	0,150	0,59	0,110	0,77	0,588	0,15	0,211	0,61
Anderer Migrationshintergrund	0,546	<0,001	0,438	<0,001	0,395	<0,01	-0,013	0,92
Verheiratet/in Partnerschaft (Referenz: alleinlebend)	-0,992	<0,001	-0,876	<0,001	-0,735	<0,001	0,185	0,07
Schulabschluss (Referenz: niedrig/mittel/hoch)	-0,195	<0,001	-0,200	0,001	0,142	0,04	0,424	<0,001
Subjektive Gesundheit (Baseline/während der COVID-19-Pandemie; je 3-stufig; Referenz: Ausgezeichnet/Sehr gut, Gut, Weniger Gut/Schlecht)	2,611	<0,001	2,424	<0,001	2,556	<0,001	0,574	<0,001

*Nur Personen, die sowohl an der Baseline- als auch an der COVID-19-Befragung teilgenommen haben; Personen mit fehlenden Werten in einer der Variablen (4,9%) ausgeschlossen (complete case Analyse).

Die Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie geben einen Einblick in die physische und psychische Gesundheit der Hamburger Bevölkerung vor und während der COVID-19-Pandemie. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus den anderen Studienzentren der NAKO, aber auch mit anderen Studien zeigt sich, dass die Coronapandemie einen relevanten Effekt auf die psychische Gesundheit der Stadtbevölkerung hat. Neue Daten zur Inanspruchnahme von psychiatrischen Behandlungen bestätigen diese Befunde (Berger, Riedel-Heller et al. 2021). Bemerkenswert ist der starke Zusammenhang mit dem Alter. Ältere Mitbürger:innen sind demzufolge besser in der Lage, sich mit den Einschränkungen der Lockdownmaßnahmen zu arrangieren. Eine Einschätzung der körperlichen Gesundheit als »gut« oder »sehr gut« korreliert ebenfalls mit einer besseren psychischen Gesundheit, wobei hier die Richtung des kausalen Zusammenhangs nicht eindeutig ist.

Im Vergleich zu den anderen NAKO-Studienzentren ist die Verschlechterung im PHQ-9-Score in Hamburg am höchsten, wobei die Alters- und Geschlechtsverteilung

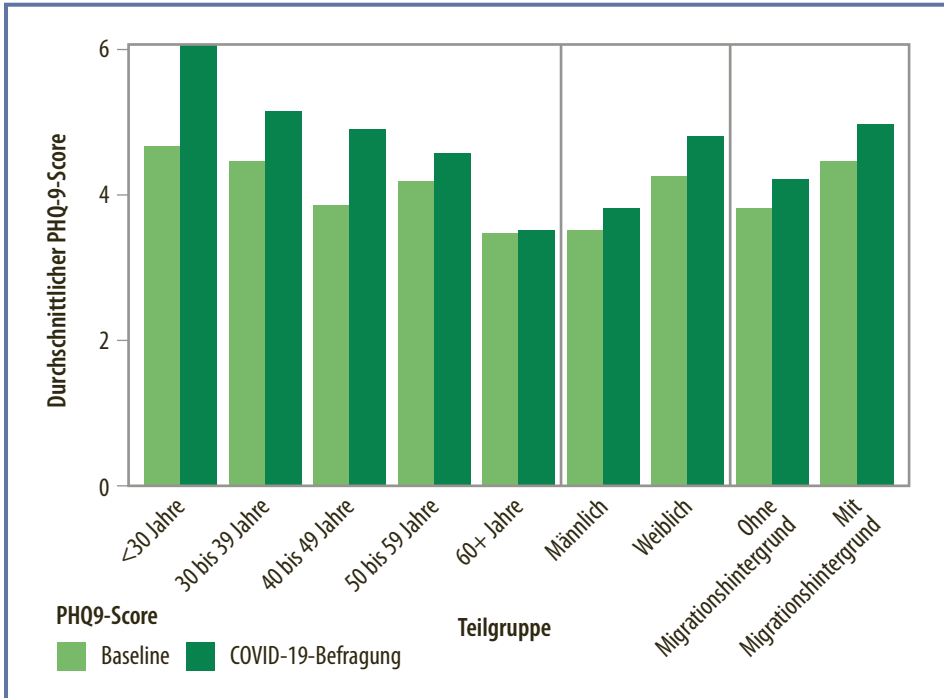


Abbildung 3.2-2: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg: Mittlere PHQ-9-Scores zur Baseline und bei COVID-19-Befragung nach Alter, Geschlecht und Migrationsstatus. *Quelle: eigene Darstellung.*

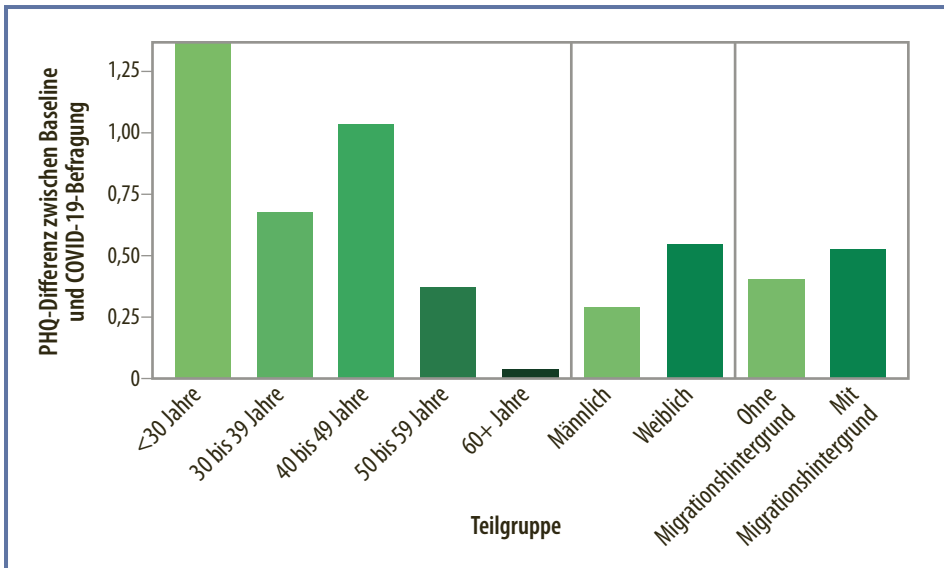


Abbildung 3.2-3: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg: Mittlere Differenz des PHQ-9-Scores nach Alter, Geschlecht und Migrationsstatus. *Quelle: eigene Darstellung.*

sowie der Baseline-Score schon berücksichtigt wurden (s. eGrafik 4 in Peters, Rospleszcz et al. 2020). Ebenso ist der mittlere PHQ-Stress-Score, ein Maß für die Stresssymptome, bereits im Sommer 2020 gegenüber der Basiserhebung in den Jahren vor der Pandemie signifikant um 33 % angestiegen, wobei der Anstieg in Hamburg mit 40 % überdurchschnittlich hoch war. Gründe hierfür sind bislang unbekannt.

Überraschend ist weiterhin, dass sich die selbst eingeschätzte Gesundheit vor und während der COVID-19-Pandemie nicht verschlechterte und teilweise sogar verbesserte. Ein Effekt durch ein verändertes Antwortverhalten in der Onlinebefragung kann nicht ausgeschlossen werden.

Aktuell befinden sich die Proband:innen der NAKO-Gesundheitsstudie in der Folgeuntersuchung, die noch bis Ende 2023 andauern wird. Die Studie wird in den kommenden Jahren kontinuierlich wertvolle Daten zur Gesundheit der Hamburger Bevölkerung liefern. Die Längsschnittdaten erlauben dann die Untersuchung langfristiger Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sowohl auf die seelische als auch auf die körperliche Gesundheit. Die Analyse der Bioproben steht noch aus. Hier wird die Charakterisierung von vererbten und erworbenen genomischen Merkmalen und deren Regulierung den Grundstein für innovative Ansätze zur personalisierten Prävention und Medizin legen.

LITERATUR

- Becher H (2018): Die NAKO-Studie in Hamburg. Beitrag 2.3, in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region. oekom-Verlag, München, S. 112–114
- Berger K, Riedel-Heller S, Pabst A, Rietschel M, Richter D; NAKO-Konsortium (2021): Loneliness during the first wave of the SARS-CoV-2 pandemic—results of the German National Cohort (NAKO). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021 Jul 29:1-8
- German National Cohort (GNC) Consortium (2014): The German National Cohort: aims, study design and organization. Eur J Epidemiol. 2014 May;29(5):371-82
- Löwe B, Unützer J, Callahan C, Perkins A, Kroenke K: (2004) Monitoring depression outcomes with the PHQ-9. Responsiveness and reliability. In: Med Care. 42, S. 1194–1201
- Peters A, Rospleszcz S, Greiser KH, Dallavalle M, Karch A, Mikolajczyk R et al. (2020): The impact of the COVID-19 pandemic on self-reported health —early evidence from the German National Cohort. Dtsch Arztebl Int 117:861-7. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0861
- Schopf S, Schöne G, Schmidt B, Günther K, Stübs G, Greiser KH, Bamberg F, Meinke-Franze C, Becher H, Berger K, Brenner H, Castell S, Damms-Machado A, Fischer B, Franzke CW, Fricke J, Gastell S, Günther M, Hoffmann W, Holleczeck B, Jaeschke L, Jagodzinski A, Jöckel KH, Kaaks R, Kauczor HU, Kemmling Y, Kluttig A, Krist L, Kurth B, Kuß O, Legath N, Leitzmann M, Lieb W, Linseisen J, Löffler M, Michels KB, Mikolajczyk R, Pigeot I, Mueller U, Peters A, Rach S, Schikowski T, Schulze MB, Stallmann C, Stang A, Swart E, Waniek S, Wirkner K, Völzke H, Pischon T, Ahrens W (2020): Die Basiserhebung der NAKO-Gesundheitsstudie. Teilnahme an den Untersuchungsmodulen, Qualitätssicherung und Nutzung von Sekundärdaten. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020 Mar;63(3):254-266. doi: 10.1007/s00103-020-03093-z.

3.3

Gesundheitsforschung aus und für Hamburg – Sechs Jahre Hamburg City Health Study

*Raphael Twerenbold, Betül Toprak, Ines Schäfer
(im Namen der Hamburg City Health Study)*

Rationale, Design und Zielsetzung der HCHS

Die Hamburger Gesundheitsstudie (Hamburg City Health Study, HCHS) bildet einen repräsentativen Querschnitt der Hamburger Stadtbevölkerung ab und wird mit den angestrebten 45.000 Teilnehmer:innen die weltweit größte lokale Gesundheitsstudie darstellen. Sie wurde im Jahre 2015 durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) initiiert und basiert auf einer im internationalen Vergleich interdisziplinären Zusammenarbeit von über 30 involvierten Kliniken und Instituten des UKE. Die HCHS rückt dabei eine Vielzahl von zahlenmäßig relevanten Erkrankungen (sogenannten Volkskrankheiten), inklusive Herzinfarkt, Vorhofflimmern, Herzschwäche, Krebserkrankungen, Schlaganfall, Depression und Demenz, in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses und verfolgt hierbei das primäre Ziel, den Einfluss von Genetik, Biologie, Lebensstil und Umwelteinflüssen auf Gesundheit sowie Krankheitsentwicklung und -progression zu identifizieren. Hierdurch soll sie einen wichtigen Beitrag zu Früherkennung von Erkrankungen, individualisierten Behandlungen sowie effektiver populationsbasierter Prävention leisten.

Die Studienteilnehmer:innen, eine repräsentative Zufallsstichprobe der Hamburger Bevölkerung zwischen 45 und 74 Jahren, durchlaufen am epidemiologischen Studienzentrum des UKE ein ca. siebenstündiges standardisiertes Untersuchungsprogramm (Jagodzinski et al. 2020). Die verschiedenen Stationen beinhalten dabei detaillierte Fragebögen zu verschiedensten Themengebieten unter Einbezug des Gesundheitsverhaltens sowie Umweltfaktoren, klinische und körperliche Untersuchungen, apparative Verfahren (z. B. eine transthorakale Echokardiografie, Gefäßultraschall, Lungenfunktionstestung) sowie neurokognitive Testungen. Zudem werden diverse Biomaterialien wie Blut, Urin, Speichel und zum Teil auch Hautproben für die Biomaterialbank akquiriert. Insgesamt werden über 6.000 Variablen pro Person erhoben.

Merkmale der HCHS sind in Textbox 3.3-1 zusammengefasst; die unterschiedlichen Untersuchungen sind im Detail in Tabelle 3.3-1 aufgeführt.

Abschließend erhalten alle Teilnehmer einen Bericht über die erhobenen Untersuchungsergebnisse zur wahlweisen Vorlage bei den Haus- oder weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten.

Textbox 3.3-1: Merkmale der Hamburg City Health Study

- Vielfältige Bewertung von Risikofaktoren, u. a. durch bildgebende Verfahren
- Zahlreiche Auswertungen bis hin zur Autopsie
- Fortschrittliche Biobank einschließlich (Stamm-)Zellforschung
- Interdisziplinäres Forschungsprojekt mit über 30 beteiligten Instituten
- Repräsentative Bevölkerungsdaten und Abgleich mit diversen Datenregistern
- Plattform für Forschung & Lehre.

Tabelle 3.3-1: Durchgeführte Untersuchung im Rahmen der HCHS (HCHS). *Quelle: eigene Darstellung.*

Bei allen Teilnehmer:innen	Bei ausgewählten Teilnehmer:innen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Blutdruckmessung ■ Messung der Herzfrequenz ■ Anthropometrie (Körpergröße, Gewicht, Bauchumfang) ■ 12-Kanal-Ruhe-EKG ■ Gefäßfunktionsmessung ■ Blutentnahme ■ Anamnese-Fragebögen ■ 2-D- und 3-D-Echokardiografie ■ Lungenfunktionstestung ■ Handgreifkraft ■ Gedächtnis- und Konzentrations-testungen ■ Speicheluntersuchung ■ Zahn- und Munduntersuchung ■ Ultraschall der Halsschlagader, Beinarterien, Beinvenen ■ Augenuntersuchung ■ Hautuntersuchung ■ Migräneerhebung ■ Mobilitätsuntersuchungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ MRT des Herzens ■ MRT des Kopfes ■ Langzeit-EKG ■ Schlafapnoe-Screening ■ Hautprobenentnahme

Bis Ende 2021 absolvierten mehr als 16.500 Teilnehmer:innen die Basisuntersuchung von HCHS. Mittels Fragebögen wird der Gesundheitszustand aller Teilnehmer:innen wiederkehrend erfasst. Eine umfassende Zweituntersuchung unter Verwendung eines identischen Untersuchungsprogramms mehrere Jahre nach der Basisuntersuchung ist in Vorbereitung. Die wesentlichen Basisfakten zu den ersten 10.000 Teilnehmer:innen der HCHS sind in Tab. 3.3-2 aufgeführt.

Table 3.3-2: Baseline-Charakteristika der ersten 10.000 Teilnehmer:innen der Hamburg City Health Studie (HCHS). *Quelle: eigene Darstellung.*

Baseline-Charakteristika	
Medianes Alter bei Studieneinschluss	63 Jahre
Frauen	51,2 %
Raucher	19,8 %
Arterielle Hypertonie*	62,9 %
Diabetes mellitus	4,0 %
Hyperlipoproteinämie, %	6,8 %
Stattgehabter Schlaganfall, %	3,2 %
Stattgehabter Herzinfarkt, %	3,1 %

*Selbstangaben sowie basierend auf repetitiven Blutdruckmessungen bei Studieneinschluss.

Basierend auf diesem ersten qualitätsgesicherten Datensatz, erfolgten bereits zahlreiche Publikationen aus diversen Themengebieten, wie z. B. der Neurologie (Peterson et al. 2020, Mayer et al. 2021), Kardiologie und Herzchirurgie (Wenzel, Petersen et al. 2021a; Wenzel, Petersen et al. 2021b; Wenzel, Kellen et al. 2021; Bohnen et al. 2018), Gefäßmedizin (Jacobi et al. 2021), Zahnheilkunde (Struppek et al. 2021) und Versorgungsforschung (Zyriax et al. 2021). Eine aktuelle Übersicht über die Publikationen aus HCHS ist online verfügbar.⁴

Die Kraft der Bilder

Das Basisuntersuchung der HCHS beinhaltet bereits diverse Bildgebungsverfahren, wie die Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiografie) oder der Hals- und Beingefäße. Darüber hinaus erfolgt, bei entsprechendem Einverständnis der Teilnehmer:innen sowie nach Ausschluss von Kontraindikationen, bei etwa einem Viertel der Gesamtkohorte eine hochauflösende Magnetresonanztomografie (MRT) des Herzens und/oder des Kopfes im Rahmen eines Folgetermins. Beide Untersuchungen werden in einem 3-Tesla MRT-Scanner der neuesten Generation durchgeführt, welcher aktuell im Universitären Herz- und Gefäßzentrum (UHZ) stationiert ist.

Die MRT-Untersuchung des Herzens erlaubt neben einer umfassenden strukturellen und funktionellen Beurteilung des Herzens im Falle einer gleichzeitigen Kontrastmittelgabe auch eine zusätzliche Feinuntersuchung des Myokards auf Narben und sonstige Veränderungen (Bohnen et al. 2018). Die MRT-Untersuchung des Kop-

⁴ www.hchs.hamburg/

fes wiederum ermöglicht eine detaillierte Untersuchung der Gehirnstrukturen sowie der Hirngefäße. Nach Auswertung der MRT-Bilder durch einen Ärztin oder einen Arzt aus der Kardiologie und Radiologie erhalten die Teilnehmer:innen einen schriftlichen Befund mit allen relevanten kardialen Befunden sowie abklärungsbedürftigen Nebenergebnissen. Mittlerweile wurden über 4.000 MRT-Untersuchungen, jeweils des Herzens und Kopfes, im Rahmen der HCHS durchgeführt. Nicht zuletzt aufgrund der ausgedehnten und vollständig digitalisierten Bilddatenbank gehört HCHS im internationalen Vergleich zu einer der umfassendsten lokalen Gesundheitsstudien.

Den Genen auf der Spur

Das deutschlandweit bisher größte populationsbasierte Forschungsprojekt zur Ganzgenomsequenzierung findet aktuell mit Förderung durch die gemeinnützige Kühne-Stiftung⁵ am UKE statt. Dabei soll das Erbgut von 8.000 HCHS-Teilnehmer:innen entschlüsselt werden. Die Aufbereitung und Analyse der enorm umfangreichen Datenmengen erfolgt in enger Kooperation mit Experten im Bereich der Bioinformatik und Biostatistik am Medizincampus Davos.⁶ Bei der Ganzgenomsequenzierung wird die Basenpaarabfolge der gesamten Erbinformation eines Individuums mittels Next Generation Sequencing im Hochdurchsatzverfahren entschlüsselt.

Das primäre Ziel dieses Forschungsprojekts im Rahmen der HCHS ist es, genetische Determinanten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie anderen weitverbreiteten Volkserkrankungen zu ermitteln, um personalisierte Ansätze für neue diagnostische, präventive oder therapeutische Verfahren entwickeln zu können. Während der Einfluss von lebensstilabhängigen Risikofaktoren wie Nikotinkonsum, Übergewicht oder Bewegungsmangel auf das Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen bereits gründlich untersucht und belegt ist, besteht hinsichtlich der Bedeutung genetischer Einflussfaktoren derzeit eine geringe Evidenz.

Neben den 8.000 Proben von überwiegend gesunden Probandinnen und Probanden der HCHS werden zum Direktvergleich auch 1.000 Bioproben von ehemals am UKE behandelten Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen genetisch analysiert, die der Teilnahme an anderen UKE-internen Herzstudien sowie der Nutzung ihrer Biomaterialien und anonymisierten Daten zugestimmt hatten. Dieses Projekt wird im Rahmen der HCHS die Blackbox, das menschliche Genom, vor dem Hintergrund wichtiger Herz-Kreislauf-Erkrankungen detailliert beleuchten. Bislang gibt es im deutschsprachigen Raum keine vergleichbare Studie.

⁵ www.kuehne-stiftung.org/de/

⁶ www.kuehne-stiftung.org/de/foerderschwerpunkt/medizin/medizincampus-davos

Coronaspätfolgen auf der Spur

Die Pandemielage mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) stellte ab Beginn 2020 regional wie global eine enorme medizinische und gesellschaftliche Herausforderung dar. Die Wissenschaft war gefordert, schnell und zuverlässig Daten zu den dringlichst aufkommenden Fragen zu liefern. Angesichts der globalen COVID-19-Pandemie setzte sich die HCHS früh die systematische Erforschung von Folgen nach einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus zum Ziel. Hierzu wurden unter Nutzung der etablierten Infrastrukturen und Expertise am epidemiologischen Studienzentrum zwischen Frühjahr 2020 und Frühjahr 2021 insgesamt 444 Personen mit laborbestätigter, überstandener COVID-19-Erkrankung rekrutiert. Die Teilnehmer:innen durchliefen dabei das vollständige, siebenstündige HCHS-Untersuchungsprogramm. Der dadurch entstandene umfassende Datensatz erlaubt es im Detail, den Einfluss einer COVID-19-Erkrankung auf diverse Organsysteme sowie auf das psychosoziale Wohlbefinden im Direktvergleich zur Gesamtbevölkerung in einem interdisziplinären Ansatz zu untersuchen. Erste Erkenntnisse zu organspezifischen Folgeschädigungen bei ungeimpften Personen konnten in einem interdisziplinären Ansatz anfangs 2022 publiziert werden (Peterson et al. 2022). Diverse weitere Analysen sind geplant.

Zur weiteren Erforschung von COVID-19-assoziierten Fragestellungen werden die HCHS-Teilnehmer:innen seit April 2020 zudem im Rahmen eines von der Freien und Hansestadt Hamburg geförderten Projekts zu COVID-19-Erkrankungen, möglichen Langzeitfolgen sowie dem persönlichen Impfstatus befragt. Zusätzlich wird für alle Teilnehmer:innen der SARS-CoV-2-Antikörperstatus im UKE-Labor bestimmt. Damit leistet HCHS einen wichtigen Beitrag zur wissenschaftlichen Aufarbeitung sowie Bewältigung der Pandemie.

Die im Rahmen der Hamburger Gesundheitsstudie gewonnenen Erkenntnisse sollen nicht nur lokal die Gesundheit der Hamburgerinnen und Hamburger stärken, sondern national und international dazu beitragen, die Entstehung von Erkrankungen im Kern besser zu verstehen, um neuartige Therapieansätze zu entwickeln oder deren Auftreten im Idealfall gänzlich zu verhindern. Diese wegweisende Studie stärkt dabei auf nationaler wie auch internationaler Ebene den Medizinstandort Hamburg als wissenschaftlicher Innovationstreiber.

LITERATUR

- Bohnen S, Avanesov M, Jagodzinski A, Schnabel RB, Zeller T, Karakas M, Schneider J, Tahir E, Cavus E, Spink C, Radunski UK, Ojeda F, Adam G, Blankenberg S et al. (2018): Cardiovascular magnetic resonance imaging in the prospective, population-based, Hamburg City Health cohort study: objectives and design. *Journal of cardiovascular magnetic resonance: official journal of the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance* 2018;20(1):68
- Jacobi N, Walther C, Borof K, Heydecke G, Seedorf U, Lamprecht R (2021): The Association of Periodontitis and Peripheral Arterial Occlusive Disease in a Prospective Population-Based Cross-Sectional Cohort Study. *Journal of clinical medicine* 2021;10(10)
- Jagodzinski A, Johansen C, Koch-Gromus U, Aarabi G, Adam G, Anders S et al. (2020): Rationale and Design of the Hamburg City Health Study. *European journal of epidemiology* 2020; 35(2):169-181
- Mayer C, Frey BM, Schlemm E, Petersen M, Engelke K, Hanning U (2021): Linking cortical atrophy to white matter hyperintensities of presumed vascular origin. *Journal of cerebral blood flow and metabolism: official journal of the International Society of Cerebral Blood Flow and Metabolism* 2021;41(7):1682-1691
- Petersen EL, Goßling A, Adam G, Aepfelbacher M, Behrendt C-A, Cavus E et al. (2022) Multi-organ assessment in mainly non-hospitalized individuals after SARS-CoV-2 infection: The Hamburg City Health Study COVID programme. *European Heart Journal* 2022
- Petersen M, Frey BM, Schlemm E, Mayer C, Hanning U, Engelke K (2020): Network Localisation of White Matter Damage in Cerebral Small Vessel Disease. *Scientific reports* 2020;10(1):9210
- Struppek J, Walther C, Bunte K, Zyriax BC, Wenzel JP, Senftinger J (2021): The association between coffee consumption and periodontitis: a cross-sectional study of a northern German population. *Clinical oral investigations* 2021
- Wenzel JP, Kellen RB, Magnussen C, Blankenberg S, Schrage B, Schnabel R, Nikorowitsch J (2021): Diastolic dysfunction in individuals with and without heart failure with preserved ejection fraction. *Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society* 2021
- Wenzel JP, Petersen E, Nikorowitsch J, Müller J, Kölbl T, Reichensperner H et al. (2021a): Aortic root dimensions as a correlate for aortic regurgitation's severity. *The international journal of cardiovascular imaging* 2021
- Wenzel JP, Petersen E, Nikorowitsch J, Senftinger J, Sinning C, Theissen M (2021b): Transthoracic echocardiographic reference values of the aortic root: results from the Hamburg City Health Study. *The international journal of cardiovascular imaging* 2021
- Zyriax BC, Borof K, Walter S, Augustin M, Windler E (2021): Knowledge as to cholesterol reduction and use of phytosterol-enriched dietary foods in the general population: Insights from the Hamburg City Health Study. *Atherosclerosis* 2021;341:1-6

3.4

Soziale Chancenungleichheit und Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen in Hamburgs Stadtteilen

Harald Ansen, Jana Molle

Armut als eine Variante sozialer Ungleichheit, vorzugsweise gemessen an Bildung, Erwerbsstatus und Einkommen, hat negative Auswirkungen auf die Gesundheitschancen der betroffenen Personen. Ausschlaggebend dafür sind eingeschränkte finanzielle Spielräume, eine lückenhafte soziale Unterstützung, psychosoziale Belastungen, ungünstige Wohnbedingungen einschließlich eines reduzierten Zugangs zu Grünflächen. Hinzu kommen das individuelle Gesundheits- und Vorsorgeverhalten sowie die darauf nicht ausgerichteten Regeln des Gesundheitssystems, die zu Versorgungslücken führen (vgl. Lampert 2018, S. 14). Armutsbedingte erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken sind sozialepidemiologisch gut belegt (vgl. Lampert et al. 2021, S. 335; s. a. ▶ 3.5 Trojan). Insbesondere in diesen Lebenslagen ist ein örtlich und auch sonst möglichst niedrigschwelliger Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen besonders wichtig.

Hamburg wird vor allem im überregionalen Vergleich eine insgesamt bedarfsdeckende ambulante Versorgungssituation attestiert (vgl. Kriens & Heinig 2021). Die Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen,⁷ auf die in den nachfolgenden Überlegungen der Fokus gelegt wird, ist in armutsbelasteten Wohnquartieren jedoch teils geringer als in anderen Gebieten. Angesichts vermehrt auftretender komplexer Erkrankungen mit schwierigen Verläufen in armutsbelasteten Lebenslagen wie Erkrankungen des Bewegungs- und Stützsystems, der Atemwege, des Stoffwechsels oder Krebs ist dieser Sachverhalt problematisch (vgl. Haverkamp 2018, S. 488).

Dieser Beitrag stellt einerseits heraus, dass Datenverfügbarkeiten sowie Vorgehensweisen zur Bedarfsbestimmung unter besonderer Berücksichtigung mehrdimensionaler Lebenslagenindikatoren zu überprüfen sind, mitunter um auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen zu reagieren, die vermehrt Berücksichtigung in der Bedarfsplanung finden könnten (vgl. Kriens & Heinig 2018, S. 166). Andererseits sind alltagsbezogene Barrieren der Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen stärker in den Fokus zu nehmen, die über Fragen der Zumutbarkeit von Entfernungen hinausgehen, um Menschen in armutsbelasteten Lebenslagen zu erreichen.

⁷ Die Angaben zu Allgemeinärzt:innen (Stand 01.01.2020) beruhen auf Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und umfassen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020a, S. 201). Privatpraxen werden nicht berücksichtigt.

Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen in Hamburgs Stadtteilen

Die Analyse der Dichte von allgemeinmedizinischen Praxen in Hamburg unter dem Aspekt sozialer Chancengleichheit erfordert es, die Verteilung sozialökonomisch prekärer Lebensumstände auf der Stadtteilebene in den Blick zu nehmen und der Frage nachzugehen, wie es um die ärztliche Versorgung im Lebensraum der betroffenen Personen und Haushalte bestellt ist. Wichtige Einblicke gewährt das Sozialmonitoring der Freien und Hansestadt Hamburg als ein zentrales Instrument der Stadtentwicklung. Ziel dieser Berichterstattung ist es, Grundlagen für vertiefende Analysen bereitzustellen, anhand derer mögliche Handlungsbedarfe für Quartiere abgeleitet werden können (vgl. FHH 2020, S. 8). Im jährlichen Bericht werden auf der Grundlage von sogenannten Aufmerksamkeitsindikatoren kleinteilige sozialräumliche Analysen gesamtstädtischer Entwicklungsprozesse durchgeführt (vgl. ausführlich ebd.).

Textbox 3.4-1: Zentrale Begriffe (eigene Darstellung)

Aufmerksamkeitsindikatoren: Als relevante Indikatoren werden im Sozialmonitoring Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, Kinder von Alleinerziehenden, SGB-II-Empfänger:innen, Empfänger:innen nach AsylbLG, Arbeitslose (SGB II), Kinder in Mindestsicherung, Empfänger:innen von Mindestsicherung im Alter und Schulabschlüsse festgelegt (vgl. ausführlich FHH 2020, S. 9).

Statistische Gebiete: ausgewählte, aneinandergrenzende Baublöcke mit homogenen Merkmalen, u. a. um eine kleinteilige, sozialräumliche Vergleichbarkeit sozialstruktureller Merkmale zu ermöglichen (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2017)⁸. Ein Stadtteil umfasst mehrere statistische Gebiete. Insgesamt existieren 941 dieser Gebiete in Hamburg (vgl. FHH 2020, S. 8).

Statusindex: Index, welcher die Daten zu den Aufmerksamkeitsindikatoren für einzelne statistische Gebiete zusammenfasst und sie im Verhältnis zur gesamtstädtischen Situation abbildet. 72 der 941 statistischen Gebiete wurde im Berichtsjahr 2019 der Statusindex »sehr niedrig« oder »niedrig« zugewiesen (vgl. ebd., S. 10), der auf eine Konzentration prekärer Lebenslagen der Einwohner:innen hinweist. In diesen statistischen Gebieten leben insgesamt rund 343.100 Personen, dies entspricht 18,2 % der Einwohner:innen Hamburgs (vgl. ebd., S. 8). ▶

⁸ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2017): Geoportale Hamburg. <https://geoportale-hamburg.de/sqa/#>

Dynamikindex: Die Entwicklung des Statusindex für einzelne statistische Gebiete im gesamtstädtischen Vergleich wird durch das Sozialmonitoring gesondert in den Stufen »positiv«, »stabil« oder »negativ« erfasst. Statusindex und Dynamikindex werden anschließend kombiniert, um Handlungsbedarfe zu identifizieren (vgl. ebd.).

Sozialräumliche Cluster: Eine Konzentration statistischer Gebiete mit dem Statusindex »niedrig« oder »sehr niedrig« wird im Sozialmonitoring als sozialräumliches Cluster ausgewiesen (vgl. ebd., S. 16 ff.).

Die Daten des Sozialmonitoring reichen allerdings alleine nicht aus, um Aussagen über die Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen und ungleiche Gesundheitschancen zu begründen. Einschränkungen resultieren aus der Vernachlässigung relevanter Lebenslageindikatoren wie u. a. Leistungsempfänger:innen nach dem SGB III, Wohnungsnotfälle, Überschuldung, Umweltbelastungen wie Lärm oder Feinstaub oder Angaben zu Mobilität, Kriminalität und Gewalt. Auch die Korrelation mit ergänzenden Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020b und 2020c) ermöglicht nur eine tendenzielle Aussage darüber, wie viele Personen in den statistischen Gebieten bzw. den sozialräumlichen Clustern von Benachteiligungen betroffen sind. Daten über Allgemeinärzt:innen sind nur auf Ebene der 104 Hamburger Stadtteile verfügbar. Um die ärztliche Versorgungslage besser einschätzen zu können, wurden, ausgehend von den Daten des Sozialmonitorings, sogenannte Risikogebiete identifiziert.

Textbox 3.4-2: Fortsetzung zentrale Begriffe (eigene Darstellung)

Risikogebiete: Stadtteile, in denen statistische Gebiete mit einem »niedrigen« oder »sehr niedrigen« Statusindex verortet sind.

Um die Versorgungssituation für Menschen in prekären Lebenslagen zu erfassen, wurde zunächst die Anzahl der Einwohner:innen, die zum Stichtag 31. 12. 2019 in statistischen Gebieten mit dem Statusindex »niedrig« oder »sehr niedrig« innerhalb eines Stadtteils lebte (vgl. F+B 2020), summiert. Das Ergebnis wurde anschließend mit der Anzahl der Allgemeinärzt:innen aus dem Januar 2020 (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020b) ins Verhältnis gesetzt.

Dieses Vorgehen ermöglicht jedoch nur eine Annäherung an die tatsächliche Versorgungslage, denn es bleiben Ungenauigkeiten bestehen: Zum einen leben nicht alle Einwohner:innen der Risikogebiete in prekären Lebensumständen. Zum anderen liegen,

wie oben dargelegt, keine detaillierten Ergebnisse lebenslagenbezogener Bedarfserhebungen vor, die den Abgleich mit bestehenden Angeboten auf der Ebene der statistischen Gebiete ermöglichen. Aus der Zusammenführung unterschiedlicher Datenbestände ergibt sich hinsichtlich der Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen auf der Ebene der Stadtteile das folgende Bild:⁹

- 43 Stadtteile *mit* Allgemeinärzt:innen und ohne statistische Gebiete mit dem Statusindex »niedrig« oder »sehr niedrig«,
- 10 Stadtteile *ohne* Allgemeinärzt:innen und ohne statistische Gebiete mit dem Statusindex »niedrig«/»sehr niedrig«,¹⁰
- 41 Risikogebiete *mit* Allgemeinärzt:innen,
- 5 Risikogebiete *ohne* Allgemeinärzt:innen.¹¹

Die folgenden Abbildungen und Tabellen geben ausgewählte Einblicke in die Versorgungssituation auf der Stadtteilebene. Hierbei werden die Anzahl der Einwohner:innen in einem Stadtteil, der prozentuale Anteil der Menschen in prekären Lebenslagen, die Ärzt:innendichte insgesamt sowie die Ärzt:innendichte pro Einwohner:innen in statistischen Gebieten mit dem Statusindex »niedrig« oder »sehr niedrig« in einem Stadtteil berücksichtigt. Je nachdem, welche Analyseperspektive gewählt wird, rücken unterschiedliche Stadtteile in den Fokus, in denen ein Handlungsbedarf besteht.

Abbildung 3.4-1 gibt einen Einblick in die Versorgungssituation mit allgemeinmedizinischen Praxen insgesamt, zugrunde gelegt wurde die Anzahl der Einwohner:innen pro Ärzt:in für jeden Stadtteil. Ergänzend lässt die Abbildung erkennen, wie viele Personen in statistischen Gebieten mit dem Statusindex »niedrig« oder »sehr niedrig« im jeweiligen Stadtteil leben.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Dichte der Allgemeinärzt:innen in Hamburg höchst disparat ist. Dies gilt auch für Stadtteile ohne statistische Gebiete mit dem Statusindex »niedrig« oder »sehr niedrig« wie Neuenfelde mit knapp 5.000 Einwohner:innen pro Allgemeinärzt:in. Es ist eine stadtteilbezogene Polarisierung festzustellen, wie die Tab. 3.4-1 exemplarisch illustriert.

Aus den bisher referierten Daten wird ersichtlich, dass in armutsbelasteten Stadtteilen wie Dulsberg, in dem 74 % der Einwohner:innen in statistischen Gebieten mit dem Status »niedrig« oder »sehr niedrig« leben, Versorgungslücken bestehen. Auf eine:n Allgemeinärzt:in kommen hier 3.446 Personen.

⁹ Einzelne Stadtteile wurden dem Datensatz des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020b) entsprechend zusammengefasst.

¹⁰ Diese Stadtteile sind Allermöhe, Langenbek, Moorburg/Altenwerder, Reitbrook, Rönneburg, Spadenland, Tatenberg, Francop, Moorfleet und Wohldorf-Ohlstedt.

¹¹ Insgesamt 5.984 Personen in statistischen Gebieten mit dem Statusindex »niedrig« oder »sehr niedrig« ohne ärztliche Versorgung leben in den Stadtteilen Kleiner Grasbrook/Steinwerder, Billbrook, Billwerder, Neuland/Gut Moor sowie Hammerbrook.

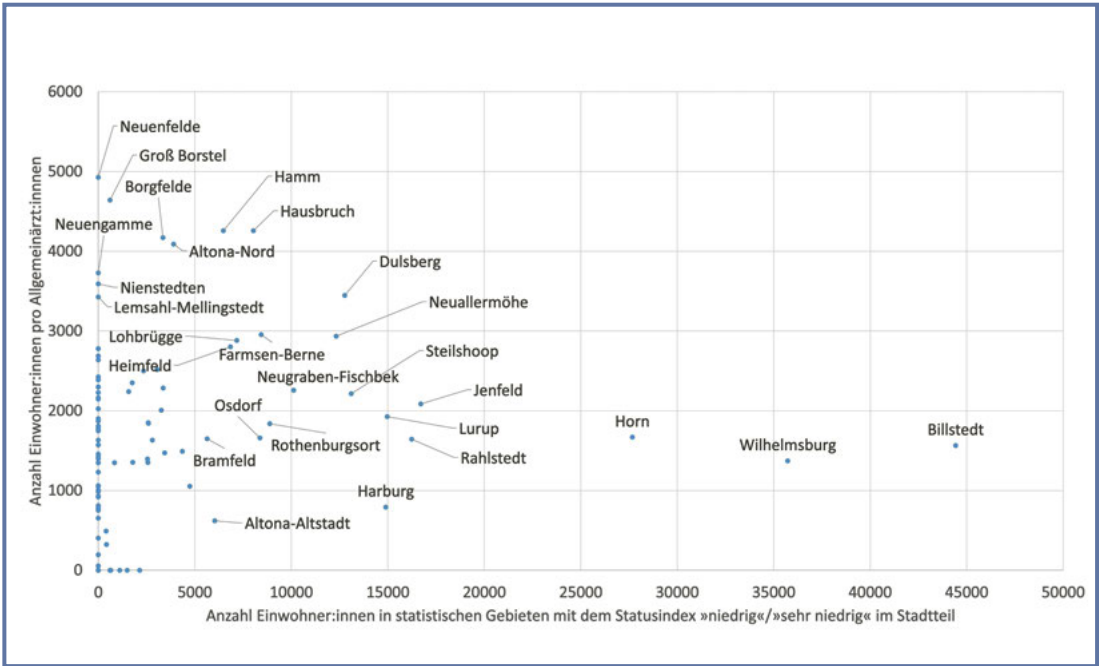


Abbildung 3.4-1: Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen insgesamt (Beschriftung ab 3.000 Einwohner:innen pro Allgemeinärzt:in und ab 5.000 Einwohner:innen in Gebieten mit dem Status »niedrig«/»sehr niedrig« im Stadtteil). *Quelle: in Anlehnung an F+B GmbH 2020; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020b, eigene Darstellung, Ergebnisse gerundet.*

Tabelle 3.4-1: Polarisierung der Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen in Hamburg am Beispiel von ausgewählten Stadtteilen. *Quelle: in Anlehnung an F+B GmbH 2020; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020b, eigene Darstellung; Ergebnisse gerundet.*

Stadtteil	Allgemein- ärzt:innen (Januar 2020)	Einwoh- ner:innen insgesamt (31.12.2019)	Einwoh- ner:innen pro Allgemein- ärzt:in	Einwohner:innen in statistischen Gebieten mit Statusindex »niedrig«/»sehr niedrig« im Stadt- teil (31.12.2019)	Anteil Einwoh- ner:innen aus statistischen Gebieten mit Statusindex »nied- rig«/»sehr niedrig« im Stadtteil in %
HH-Altstadt	44	2.350	53	0	0 %
Dulsberg	5	17.229	3.446	12.769	74 %
Hammerbrook	0	4.619	—	603	13 %
Wohldorf-Ohlstedt	0	4.650	—	0	0 %

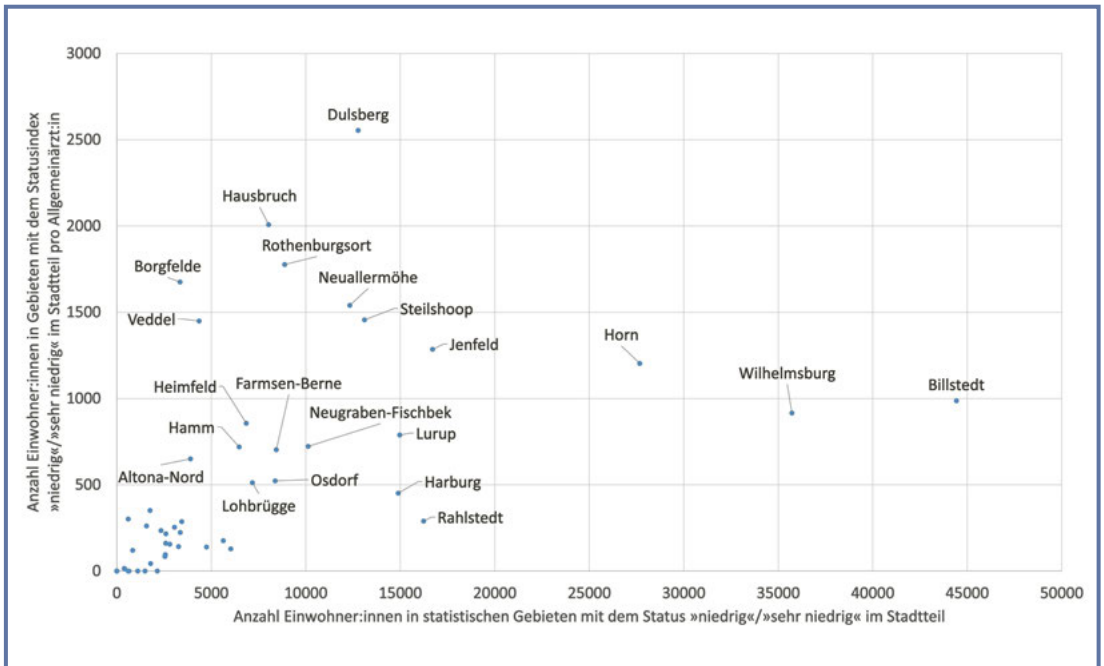


Abbildung 3.4-2: Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen in Risikogebieten (Beschriftung ab 500 Einwohner:innen in Risikogebieten pro Ärzt:in und ab 5.000 Einwohner:innen in Risikogebieten). Quelle: in Anlehnung an F+B GmbH 2020; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020b, eigene Darstellung, Ergebnisse gerundet.

Tabelle 3.4-2: Exemplarische Darstellung von Risikogebieten und geringer Dichte an Allgemeinärzt:innen. Quelle: in Anlehnung an F+B GmbH 2020; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020b; eigene Berechnungen, Ergebnisse gerundet.

Stadtteil	Allgemein- ärzt:innen (Januar 2020)	Einwoh- ner:innen insgesamt (31.12.2019)	Einwohner:in- nen in Gebieten mit Statusindex »niedrig«/ »sehr niedrig« im Stadtteil pro Allgemein- ärzt:in	Einwohner:innen in statistischen Gebieten mit Statusindex »niedrig«/»sehr niedrig« im Stadt- teil (31.12.2019)	Anteil Einwoh- ner:innen aus statistischen Gebieten mit Statusindex »niedrig«/ »sehr niedrig« im Stadtteil in %
Dulsberg	5	17.229	2.554	12.769	74%
Billstedt	45	70.410	987	44.432	63%
Veddel	3	4.475	1.450	4.350	97%
Rothenburgsort	5	9.187	1.776	8.881	97%
St. Georg	35	11.358	12	422	4%

Abb. 3.4-2 macht die lebenslagenbezogene Konzentration von Belastungen erkennbar, indem ausschließlich die Anzahl der Einwohner:innen aus statistischen Gebieten mit einem »niedrigen« bzw. »sehr niedrigen« Statusindex und nicht die der Bevölkerung insgesamt pro Allgemeinärzt:in in den Stadtteilen berücksichtigt wird. Diese Perspektive ermöglicht es, Steuerungsbedarfe in Risikogebieten zu identifizieren.

Tab. 3.4-2 verdeutlicht exemplarisch quantifizierend, dass mit 2.554 Personen eine besonders hohe Anzahl an Einwohner:innen aus statistischen Gebieten mit dem Statusindex »niedrig« bzw. »sehr niedrig« auf ein:e der fünf Allgemeinärzt:innen insgesamt in Dulsberg kommt. In Billstedt sind es zwar nur 987 Personen auf 45 Allgemeinärzt:innen, allerdings leben in diesem Stadtteil mit 44.432 Einwohner:innen hamburgweit die meisten Menschen in statistischen Gebieten mit dem Statusindex »niedrig« bzw. »sehr niedrig«.

Auf der Veddel gibt es lediglich drei Allgemeinärzt:innen, in Rothenburgsort sind es fünf. Der Anteil an Menschen, die in den beiden Stadtteilen in statistischen Gebieten mit dem Statusindex »niedrig« oder »sehr niedrig« leben, ist mit 97 % mit am höchsten. In Hammerbrook, Neuland/Gut Moor, Billwerder, Billbrook und Kleiner Grasbrook/Steinwerder gibt es keine Allgemeinärzt:innen, allerdings ist die Anzahl an Personen aus statistischen Gebieten mit dem Statusindex »niedrig« oder »sehr niedrig« in den Stadtteilen vergleichsweise gering.¹² St. Georg weist mit lediglich zwölf Einwohner:innen aus diesen Gebieten pro Allgemeinärzt:in die höchste Dichte an Allgemeinärzt:innen in Risikogebieten auf.

Diskussion

Es zeigt sich, dass die allgemeinärztliche Versorgung höchst disparat ist. Einzelne Stadtteile weisen eine hohe Konzentration an Allgemeinärzt:innen auf, wie beispielsweise Hamburg-Altstadt, Hoheluft-Ost oder St. Georg. In anderen Stadtteilen ist eine wohnortnahe Versorgung gar nicht oder nur lückenhaft gegeben. Insbesondere in Stadtteilen, in denen ein vergleichsweise hoher Anteil an Menschen in prekären Lebenslagen lebt, wie beispielsweise Dulsberg, Hammerbrook, Billstedt, der Veddel oder Rothenburgsort, ist dieser Befund für die gesundheitliche Chancengleichheit in Hamburg aus mehrfacher Sicht problematisch:

- Menschen in sozialökonomisch prekären Lebenslagen sind u. a. wegen geringer finanzieller Mittel in ihrer Mobilität beeinträchtigt, sie können schon deshalb nicht immer auf weiter entfernt bestehende Behandlungsmöglichkeiten zurückgreifen.

¹² Einzelne Stadtteile wurden auch für diese Berechnungen dem Datensatz des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020b) entsprechend zusammengefasst.

- Weiter entfernt liegende Arztpraxen erfordern teilweise einen hohen alltagsorganisatorischen Aufwand, um Termine wahrzunehmen. Insbesondere alleinerziehende Mütter sind davon besonders betroffen, sie müssen für Behandlungen und Vorsorgeuntersuchungen der Kinder mehr Zeit einplanen, in der teilweise weitere Kinder zu versorgen sind. Schon daran können erforderliche Termine scheitern.
- Ärzt:innen einschließlich der Praxisteam, die im Quartier der Patient:innen praktizieren, kennen eher ihre Lebenswelt, ihre alltäglichen Belastungen, die in der Kommunikation und der Behandlungsplanung dann berücksichtigt werden können. Fehlt diese lebensweltliche Nähe, kann es zu Kommunikationsproblemen und zu mangelnder Mitwirkung kommen.
- Eine örtlich präsente Arztpraxis ist in Notlagen auch kurzfristig erreichbar, sie trägt dazu bei, Krisensituationen rasch zu deeskalieren und einer Verfestigung vorzubeugen.
- In den Stadtteilen etablierte Arztpraxen, die in den sozialen Netzen der Einwohner:innen bekannt sind, werden informell weiterempfohlen, so dass mögliche Zugangsbarrieren von auf Behandlung angewiesenen Menschen auch auf diesem Weg abgebaut werden können.
- Menschen in armutsgeprägten Lebenslagen sind häufig parallel auf unterschiedliche Formen der Unterstützung angewiesen. Arztpraxen in Stadtteilen mit Risikogebieten als Teil der psychosozialen Versorgung haben größere Chancen, mit Diensten und Einrichtungen der sozialen Infrastruktur systematisch zu kooperieren, erfolgreiche Vermittlungen unterschiedlicher Hilfen gelingen auf diesem Weg schneller.

Wie eingangs bereits festgestellt, sind sozialökonomisch belastete Menschen häufiger von komplexen Erkrankungen betroffen als Bevölkerungsgruppen in wohlhabenden Verhältnissen. Umso wichtiger ist es, den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung möglichst barrierefrei zu organisieren. Die aktuelle Verteilung der Ärzt:innendichte in den Hamburger Stadtteilen sollte dahingehend gesteuert werden, dass quartiersnahe Angebote gerade in den Risikogebieten ausgebaut werden.

LITERATUR

F+B/Forschung und Beratung für Wohnen, Immobilien und Umwelt GmbH (2020). Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung. Anhang Karten- und Tabellenband im Auftrag der Freie und Hansestadt Hamburg. www.hamburg.de/contentblob/14763088/2a29fcc102bda1942ff1afb479de0138/data/d-sozialmonitoring-2020-bericht-anhang.pdf

FHH/Freie und Hansestadt Hamburg (2020) (Hrsg.). Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung – Bericht 2020. Stand der Daten: 31. 12. 2019. www.hamburg.de/contentblob/14763090/46efca96446796a2716550789fc3d2fb/data/d-sozialmonitoring-bericht-2020.pdf

Haverkamp F (2018): Gesundheitliche Ungleichheit und neue Mortalität. In: Huster E-U et al. (Hrsg.): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. Springer VS, Wiesbaden, S. 479–502

Kriens J, Heining E (2018): Die ambulante vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Hamburg. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region/Band 2, oekom verlag, München, S. 163–169

Lampert T (2018): Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 24/2018 (68. Jg.), S. 12–18

Lampert T, Michalski N, Müters S, Wachtler B, Hoebel J (2021): Gesundheitliche Ungleichheit. In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), in Zusammenarbeit mit Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) (Hrsg.): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, S. 334–344. www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf;jsessionid=06F32B01D0C51E591A2960DE5A0044EC.live732?__blob=publicationFile

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020a): Hamburger Stadtteil-Profile: Berichtsjahr 2019. www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/Stadtteil-Profile_HH-BJ-2019.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020b): Hamburger Stadtteil-Profile: Berichtsjahr 2019 (Datentabelle). www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/Stadtteilprofile2020_Datentabelle_Berichtsjahr2019.xlsx

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020c): Sonderauswertung ausgewählte soziodemografische Indikatoren auf Ebene der statistischen Gebiete in Hamburg

3.5

Armutsgeprägte Soziallagen und Gesundheit

Alf Trojan

»Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist doch eine Binse.« Der Satz eines Hamburger Bezirksamtsleiters im Kontext der Diskussion über die ungleiche Verteilung von Corona in den Stadtteilen spiegelt tatsächlich eine Vielfalt wissenschaftlicher Belege für diesen Zusammenhang wider (Richter & Hurrelmann 2009, RKI 2017). Eine handlungsorientierte Armutsberichterstattung würde vermutlich gezielte integrierte Handlungskonzepte ermöglichen, die die miteinander verflochtenen Probleme prekärer Soziallagen, einschließlich Gesundheit, in den Blick nehmen. Anders als auf der Bundesebene, auf der es eine systematische Armuts- und Reichtumsberichterstattung gibt,¹³ fehlt diese bisher in Hamburg. Zwar hat es in den letzten fast 40 Jahren aus der Wissenschaft immer wieder Versuche gegeben, durch Vorleistungen eine kontinuierliche Armutsberichterstattung zu stimulieren (Schütte & Süß 1986, 1988; Süß & Trojan

¹³ www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Startseite/start.html

1992; Pohl & Wicher 2011). Die Initiativen hatten jedoch keine nachhaltige Wirkung, und noch im August 2020 wurde von der Sozialbehörde explizit abgelehnt, eine solche Berichterstattung zu etablieren.¹⁴

Die Erkenntnis, dass Pläne und Maßnahmen, Gesundheit zu stärken und Krankheit zu bekämpfen, verlässliche regionale Daten brauchen, hat in Hamburg jedoch zu einer gut etablierten Gesundheitsberichterstattung (GBE) geführt. Eindrucksvolle historische Beispiele für frühe integrierte Blicke auf Hamburgs StadtGesundheit (Fehr & Fertmann 2018) wurden mit Beginn der 1990er-Jahre wieder aufgenommen und führten zu einer systematischen Folge zahlreicher Gesundheitsberichte mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Fertmann & Fehr 2018). Ein früher Meilenstein dieser Entwicklung war die Stadtdiagnose 2 (FHH-BAGS 2001). Schon im Vorwort wird ein zentrales Ergebnis klar benannt: »Der vorliegende Bericht zeigt an zahlreichen Beispielen, dass Gesundheit und Krankheit in unserer Bevölkerung nicht gleich verteilt sind. Bei sozial benachteiligten Menschen sind gesundheitliche Probleme vielfach bereits bei ihrer Geburt zu beobachten. Sie lassen sich in verschiedenen Ausprägungen über das ganze Leben hinweg bis zum frühen Sterben weiterverfolgen.« (S. IV)

In diesem Beitrag wird am Beispiel von vier Themenbereichen gezeigt, wie sich die Zusammenhänge von sozialer Lage und Gesundheit aktuell darstellen.

Hamburger Kinder in Bewegung

Bewegungsmangel ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für eine Vielzahl von Krankheiten, darunter insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten und Diabetes. In einem fokussierten Bericht (FHH-BGV 2017) wurde die aktuelle Situation bei Jugendlichen ermittelt, um daraus Handlungsoptionen abzuleiten. Grundlage war eine Befragung von fast 1.500 Schüler*innen aus 27 Grundschulen. Zehn Jahre zuvor hatte eine gleichartige Befragung stattgefunden, die in einigen Punkten Vergleiche erlaubt.

Die unterschiedlichen Soziallagen der Kinder wurden durch zwei Messskalen operationalisiert:

- Über den KESS-Index wurde den Schulen ein Sozialindex (1 = niedrig bzw. schlecht; 6 = hoch) zugeordnet (Bürgerschaft FHH 2013).¹⁵
- Für die Schüler*innen wurde individuell der sogenannte familiäre Wohlstand (FAS; Hartley, Levin et al. 2016) in Anlehnung an die kontinuierliche europäische Berichterstattung¹⁶ ermittelt durch Angaben der Kinder zu einem eigenen Zimmer, Urlaubsfahrten und Auto(s).

¹⁴ <http://taz.de/Soziale-Spaltung-in-Hamburg/!5702821/>

¹⁵ www.hamburg.de/bsb/hamburger-sozialindex/

¹⁶ www.hbsc.org/

Erwartungsgemäß finden sich armutsgeprägte Sozialschichten der Kinder häufiger in den Schulen mit niedrigem KESS-Index (ca. ein Drittel der Kinder mit geringem familiären Wohlstand, in den Schulen mit hohem KESS-Index hingegen weniger als 10 %). In Schulen mit niedrigem KESS-Index hatten 42 % der Kinder einen Migrationshintergrund, in denen mit hohem KESS-Index waren es weniger als 20 % (FHH-BGV 2017, S. 37).

Als gute Botschaft des Berichts wird betont, dass trotz des negativen Einflusses vermehrter Nutzung digitaler sozialer Medien die Bewegungsintensität bei zehnjährigen Grundschulkindern fast unverändert geblieben ist. Andererseits wird unmissverständlich festgestellt, »dass das Geschlecht des Kindes sowie die sozialen Rahmenbedingungen – Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand – durchaus die Chancen auf ausreichende Bewegung prägen« (S. 26). Hierbei wurde deutlich, dass »sich der Anteil bewegungsaktiver Kinder in Schulen mit einem höheren KESS-Index gesteigert [hat], für Schulen mit niedrigem KESS-Index trifft dies nicht zu«. Mit anderen Worten: Die schlechte Botschaft besagt, dass die Kluft zwischen Kindern mit guten und mit schlechten gesundheitlichen Chancen sich vergrößert hat.

Der abschließende Überblick über konkrete Ansätze zur Bewegungsförderung zeigt eine Vielzahl von Kooperationen mit verschiedenen Akteuren auf: insbesondere natürlich Lehrkräfte und Eltern, aber auch Akteure der Stadtgesellschaft, die sich im Rahmen der Umsetzung der Hamburger Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz und des Paktes für Prävention zusammengeschlossen haben (S. 27–32). An den geschilderten Initiativen mit Kitas, Schulen, Ganztagsbetreuung, »ParkSport« in den Quartieren, Hamburger Sportvereinen etc. wird deutlich, wie stark die Erkenntnisse des Berichts zu integriertem gesundheitsförderlichen Handeln anleiten. Dazu gehören auch besondere Angebote für Mädchen mit Migrationshintergrund, die als von Bewegungsmangel besonders bedrohte Gruppe identifiziert worden waren.

Risikofaktoren und Prävention am Beispiel von Diabetes in Hamburg

Die Relevanz des Themas ergibt sich aus der Zahl von 150.000 behandlungsbedürftigen Diabetes-2-Patienten in Hamburg (FHH-BGV 2018). Dies war der Grund, nach Risikofaktoren und Ansatzmöglichkeiten für die Prävention zu suchen. Die ermittelten Fakten beruhen auf den Krankenkassendaten zu Diabetes der gesetzlich Versicherten, Kleingruppeninterviews mit Diabeteserkrankten, den Perinataldaten der Hamburger Krankenhäuser aller Geburten sowie auf einer telefonischen Befragung in Hamburg von fast 1.500 Erwachsenen bis 60 Jahren. Wesentliche Ergebnisse zum Zusammenhang von armutsgeprägten Sozialschichten und Gesundheit waren (alle Zitate S. 8–10):

- Diabeteserkrankungen sind in den sozial schlechter gestellten Stadtgebieten vergleichsweise häufiger.

- Eine Prognose für das Jahr 2030 schätzt, dass im Vergleich zu 2011 ein Anstieg um mehr als 18.000 Diabetespatientinnen und -patienten zu erwarten ist. Voraussichtlich wird dieser Anstieg auch in einigen Regionen¹⁷ (z. B. in den Stadtteilclustern um Wilhelmsburg und Kirchwerder) besonders hoch ausfallen.
- Bei der Häufigkeit präventabler Schwangerschaftsrisiken wie Rauchen, späte Vorsorge und Adipositas gibt es einen deutlichen Zusammenhang mit den sozialen Rahmenbedingungen.
- Nahezu jeder Dritte der 20- bis 60-Jährigen ist übergewichtig, etwa jeder Zehnte adipös. Bei hohem sozioökonomischen Status haben nur halb so viele Menschen Adipositas im Vergleich zum mittleren und niedrigen sozialen Status.
- Die »Diabetes-Risikoträger« sind häufiger bereits durch andere chronische Erkrankungen belastet bzw. in gesundheitlicher Sicht eingeschränkt. Dies betrifft insbesondere Männer mit niedriger Bildung.

Als Folgerung werden u. a. die Diabetes-Risikoträger und darunter speziell diejenigen mit niedrigeren Bildungschancen als Hauptadressatengruppe für präventive Aktivitäten ins Auge gefasst.

Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg

Der jüngste Basisbericht (FHH – BAGS 2020) enthält zahlreiche Informationen, die teilweise auch positive Entwicklungen aufzeigen. Aber es gibt auch »bedenkenswerte Sachverhalte« (S. 64). Immer noch sind die Indikatoren für die allgemeine Gesundheit der Stadt stark mit der sozialen Lage verknüpft: In den sozial schlechter gestellten Hamburger Stadtgebieten zeigen sich eine höhere Krankheitshäufigkeit, höhere allgemeine Sterblichkeit und höhere vorzeitige Sterblichkeit, d. h. vor dem 65. Lebensjahr.

Verglichen wurden sozial schlechter und sozial besser gestellte Regionen anhand des Sozialindex. Dieser berücksichtigt für die Definition von 55 Stadtteilen und 16 »Stadtteilclustern« fünf Indikatoren aus der Berichterstattung zu den Hamburger Stadtteilprofilen (S. 66/67): den Anteil der Arbeitslosen, den Anteil der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach SGB II in der Altersgruppe 15 bis 65 Jahre, den Anteil der Sozialwohnungen, die durchschnittliche Wohnungsgröße pro Person sowie das durchschnittliche Einkommen pro Person – also alles Indikatoren, die direkt oder indirekt das Ausmaß von Armut in den insgesamt 71 regionalen Einheiten aufzeigen (vgl. Abb. 3.5-1).

¹⁷ »Regionen« bzw. »Stadtgebiete« sind Oberbegriffe in der Gesundheitsberichterstattung, unter die einerseits »Stadtteile« und andererseits »Stadtteilcluster« fallen. Stadtteilcluster werden gebildet, wenn einzelne Stadtteile eine zu geringe Bevölkerung haben.

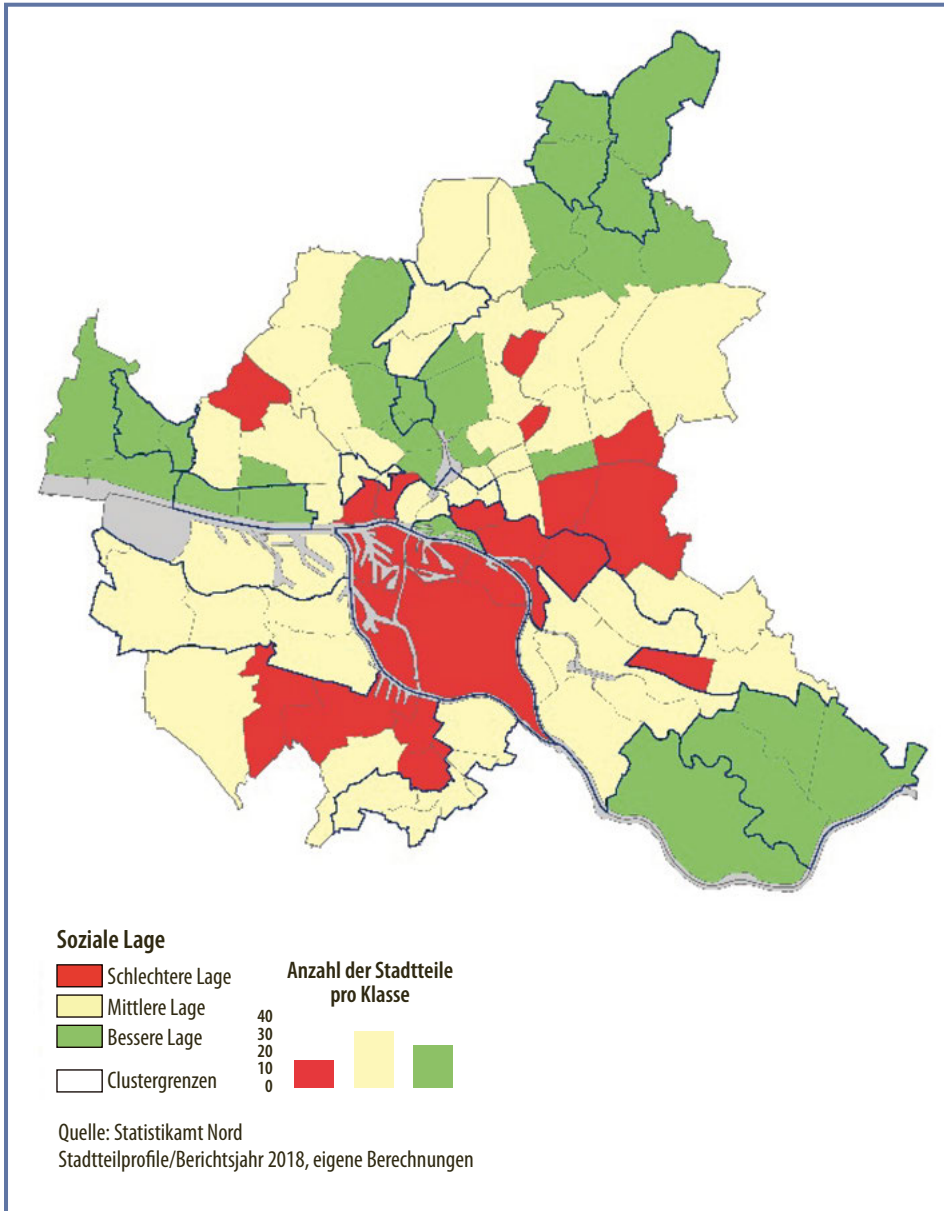


Abbildung 3.5-1: Soziale Lage Hamburger Stadtgebiete. *Quelle: Statistikamt Nord und eigene Berechnungen aus der GBE¹⁸, Basisbericht, S. 29.*

¹⁸ Der Jenks-Caspall-Algorithmus ist ein statistisches Verfahren zur automatischen Klassifikation von Werten anhand von sogenannten Natural Breaks (etwa: natürliche Unstetigkeiten), d. h., es wird versucht, die Unterschiede innerhalb einer Klasse zu minimieren und die Unterschiede zwischen den Klassen zu maximieren (<https://de.wikipedia.org/wiki/Jenks-Caspall-Algorithmus>).

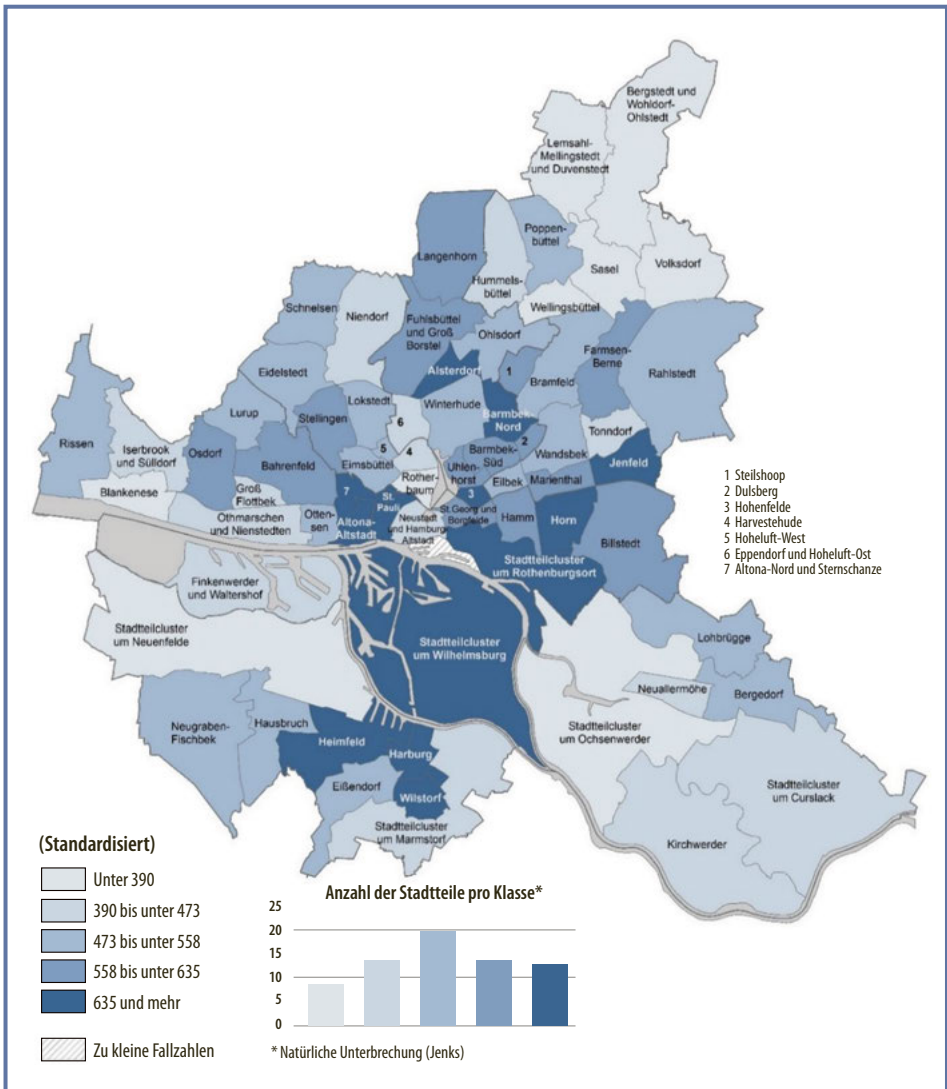


Abbildung 3.5-2: Sterblichkeit in Hamburg: Sterbefälle pro 100.000 Einwohner (altersstandardisiert); 2018. Quelle: Statistikamt Nord und eigene Berechnungen aus der GBE¹⁹, Basisbericht, S. 28.

In Abb. 3.5-2 wird die Sterblichkeit sozialräumlich differenziert dargestellt und lässt im Vergleich mit Abb. 3.5-1 erkennen: Sozial besser gestellte Stadtgebiete haben in der Regel eine niedrigere Sterblichkeit. Die höhere Sterblichkeit in sozial schlechter gestellten Gebieten zeigt sich beispielsweise für die Regionen Wilhelmsburg und Rothenburgsort, für Jenfeld, Altona-Altstadt, St. Pauli oder auch Horn (vgl. Abb. 3.5-1 und 3.5-2).

19 Siehe vorangehende Fußnote

Auch bei der Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle gibt es eine Korrespondenz zur sozialen Lage: In den sozial eher schlechter eingestuften Stadtteilen wie beispielsweise Wilhelmsburg, Veddel, Steilshoop, Dulsberg und Horn ist die ambulante Fallzahl pro Einwohner höher (S. 36). Dies ist wahrscheinlich u. a. auf die erhöhte Krankheitslast bei Bewohner*innen der schlechter gestellten Stadtteile zurückzuführen, die sich teilweise, insbesondere für Hausarztbehandlungen, auch in einer früheren Studie, dem sog. Morbiditätsatlas, gezeigt hatte (Erhard, Hering et al. 2013). Aber man kann auch vermuten, dass geringere Ärzt:innendichte in diesen Stadtteilen (▷ 3.4 Ansen & Molle) zu einer Unterversorgung führt, die wiederum die Krankheitslast erhöht.

Die wichtigste Konsequenz aus diesen Befunden ist, dass in der Prävention und Gesundheitsförderung auf sogenannte vulnerable Gruppen, benachteiligte Bürgerinnen und Bürger in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf fokussiert werden sollte, um insbesondere diese Bevölkerungsgruppen mit Maßnahmen und Angeboten zu unterstützen (FHH – BAGS 2020, S. 63).

Coronainzidenzen in Hamburger Bezirken und Stadtteilen (2021)

Die Neuerkrankungsraten an COVID-19 sind bundesweit (nicht unumstritten, aber faktisch) das wichtigste Steuerungskriterium, um Maßnahmen der Prävention zu planen und umzusetzen. In Hamburg wie auch andernorts hat es lange Zeit – zumindest öffentlich zugänglich – keine kleinräumig differenzierte Darstellung der Inzidenzzahlen gegeben.

Im März 2021 wurde in der Hamburger Bürgerschaft angemahnt, deutlich erhöhte Inzidenzzahlen in den Bezirken Mitte und Harburg näher zu untersuchen.²⁰ Anfang April wurden vom NDR Zahlen des Statistischen Amts Nord kleinräumig ausgewertet und veröffentlicht (s. Abb. 3.5-3).

Zu den noch erheblicheren Unterschieden zwischen den Stadtteilen äußerte sich die Sozialbehörde zunächst nicht. In den Medien wurde die Vermutung geäußert, dass die Probleme in den sozial schlechter gestellten, ärmeren Stadtteilen mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen dort zu tun hätten.²¹ Individualdaten einer Studie der AOK belegten Ende April, dass es einen Zusammenhang von hohen Coronafallzahlen und wenig verfügbarem Einkommen gibt und dass bei Hartz-IV-Empfänger*in-

²⁰ Am 17.05.2021 war die 7-Tage-Inzidenz überall geringer, jedoch weiterhin sehr unterschiedlich in den Bezirken: Mitte (241), Wandsbek (175), Altona (148). Harburg, wo zuerst gezielte Maßnahmen ergriffen worden waren, lag nun mit 93 an drittletzter Stelle. www.ndr.de/nachrichten/hamburg/coronavirus/Coronavirus-Verteilung-in-Hamburgs-Bezirken,bezirke140.html (20.05.2021)

²¹ www.abendblatt.de/hamburg/article232247939/Was-ueber-die-Infektionszahlen-in-Hamburg-bekannt-ist-corona-bezirke.html

nen das Risiko eines schweren Verlaufs um 84 % erhöht ist.²² Auch der Vergleich von Abb. 3.5-1 und 3.5-3 legt einen Zusammenhang nahe. Angesichts der oben genannten Ergebnisse aus der GBE war er auch erwartbar.

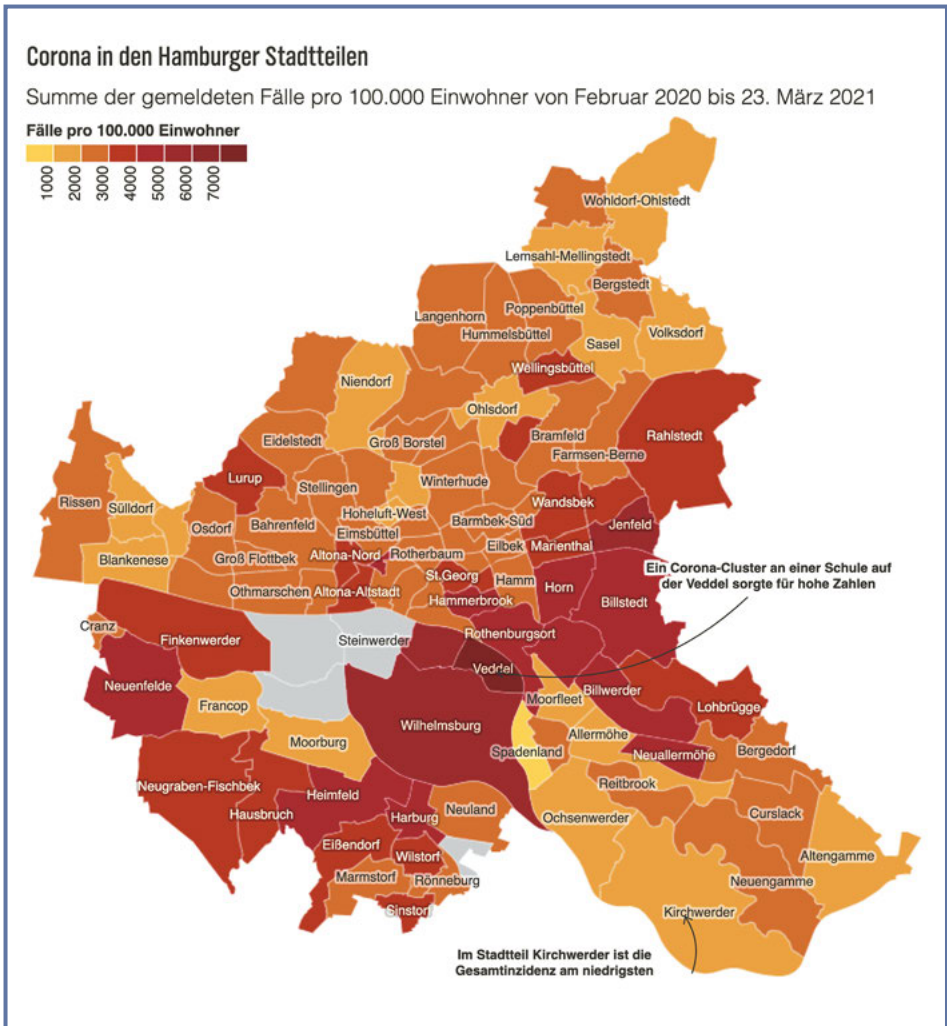


Abbildung 3.5-3: Coronainzidenzen in Hamburger Stadtteilen (März 2021).

Quelle: NDR²³ (Summe der gemeldeten Fälle pro 100.000 Einwohner von Februar 2020 bis 23. März 2021).

²² www.ndr.de/nachrichten/hamburg/coronavirus/AOK-fordert-schnelles-Impfen-gegen-Corona-in-armen-Stadtteilen,impfungen194.html

²³ Quelle: www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Corona-Zahlen-Erhebliche-Unterschiede-in-Hamburgs-Stadtteilen,stadtteile628.html

Die für Wissenschaft und Bezirksangelegenheiten verantwortliche Senatorin initiierte Mitte April erste Maßnahmen in Harburg.²⁴ Seit einem Bürgerschaftlichen Ersuchen vom 8. April 2021 wird monatlich und kleinräumig (104 Hamburger Stadtteile) zu den Pandemiefällen berichtet.²⁵

Bilanz und Schlussfolgerungen

Eine direkte Armutsberichterstattung, die auch die Gesundheitssituation von Menschen in prekären Soziallagen berücksichtigt, gibt es in Hamburg nicht. Die weltweit bekannten engen Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit (Ginsburgh, Magerman et al. 2021; Siegrist 2021) lassen sich aber auch für Hamburg nachweisen. Armutsgeprägte Soziallagen werden je nach Thema mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten operationalisiert, in der Berichterstattung zu Schulkindern z. B. mit dem KESS-Index als Charakterisierung von Schulen durch ihre unterschiedlich schwierigen Rahmenbedingungen oder durch ein (auf subjektiven Angaben beruhendes) Maß des familiären Wohlstands.

Am weitesten verbreitet in der GBE ist jedoch der Vergleich von Stadtgebieten, die anhand eines Sozialindexes in unterschiedlich »gute« und »schlechte« Soziallagen unterteilt werden. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede sowohl bei vielen Erkrankungen als auch bei dem für Prävention relevantesten allgemeinen Indikator, der vorzeitigen Sterblichkeit.

Die GBE war bisher (ebenso wie andere Berichtssysteme) nicht mit der kleinräumigen Verteilung von COVID-19-Inzidenzen befasst. Durch Berichte der Medien wurde aber deutlich, dass armutsgeprägte Soziallagen eine erhebliche Rolle für das Risiko spielen, an Corona zu erkranken. Gezielte Interventionen in lokalen Hotspots von Infektionen könnten präventiv nicht nur für die betroffenen Stadtgebiete, sondern für das Ausbreitungsgeschehen generell und damit für die StadtGesundheit insgesamt eine bedeutsame Rolle spielen. Unabhängig davon, ob es eine nächste Coronawelle gibt oder andere epidemische oder pandemische Infektionen auftreten: Die Etablierung einer zeitnahen kontinuierlichen, kleinräumigen Berichterstattung über das Infektionsgeschehen in den Hamburger Stadtgebieten würde Früherkennung und gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ermöglichen. Ein kleinräumiges Monitoring und »Feuerwehrinterventionen« in lokalen »Brennpunkten« könnten helfen, frühzeitig und wirksam vorzugehen.

24 www.abendblatt.de/hamburg/article232048763/Mit-Stelzenlaeufern-gegen-Corona-in-sozialen-Brennpunkten.html

25 www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/76028/buergerschaftliches_ersuchen_vom_8_april_2021_lokale_und_niedrigschwellige_corona_praevention_in_hamburger_stadtteilen_drs_22_3894.pdf

LITERATUR

- Bürgerschaft FHH/Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2013). Antwort des Senats, Betr.: Neuer KESS-Index. Drucksache 20/709 vom 3. 5. 2013
- Erhard M, Hering R, Schulz M, Graf von Stillfried D (2013): Morbiditätsatlas Hamburg. Gutachten zum kleinräumigen Versorgungsbedarf in Hamburg. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. www.hamburg.de/sozialversicherung/4133760/morbiditaetsatlas-hamburg/
- Fehr R, Fertmann R (2018): Stadtgesundheit in Hamburg und Altona: 1901 bis zum Ende der Weimarer Republik. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 32–41
- Fertmann R, Fehr R (2018): Gesundheit und Krankheit in Hamburg heute. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. oekom verlag, München, S. 84–106
- FHH-BAGS/Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (2001): Stadt-diagnose 2. 2. Gesundheitsbericht für Hamburg. <https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2008/2086/pdf/data.pdf>
- FHH-BAGS/Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (2020): Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg (Berichterstellung: Uwe Saier). www.hamburg.de/contentblob/14867104/e26661d9b398dbb772b4503ebabae810/data/basisbericht.pdf
- FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2017): Hamburger Kinder in Bewegung (Konzept und Berichterstellung: Dr. Regina Fertmann). www.hamburg.de/contentblob/10358430/a371681ab9449f69a241f9074caab829/data/hamburger-kinder-in-bewegung-download.pdf
- FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2018): Risikofaktoren und Prävention von Diabetes in Hamburg (Auswertungen und Berichterstellung: Dr. Regina Fertmann, Nils Möller, Uwe Saier). www.hamburg.de/contentblob/12186100/3328c8a0b570a44eeae647bdaaec0aa/data/download-diabetesbericht.pdf
- Ginsburgh V, Magerman G, Natali I (2021): COVID-19 and the role of inequality in French regional departments. *The European Journal of Health Economics* 22:311-327. doi.org/10.1007/s10198-020-01254-0
- Hartley JEK, Levin K, Currie C (2016) A new version of the HBSC Family Affluence Scale – FAS III – Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indic Res* 9:233-245
- Pohl G, Wicher K (Hrsg.) (2011): Armes Reiches Hamburg. Metropole zwischen Wohlstand und Armut. VSA, Hamburg
- Richter M, Hurrelmann K (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte, zweite, aktualisierte Auflage. Springer VS, Wiesbaden
- RKI/Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin
- Schütte W, Süß W (1986): Armut in Hamburg. Fachhochschule Hamburg
- Schütte W, Süß W (1988): Armut in Hamburg. VSA, Hamburg
- Siegrist J (2021): Gesundheit für alle? Die Herausforderung sozialer Ungleichheit. wbg Academic, Darmstadt
- Süß W, Trojan A (Hrsg.) (1992): Armut in Hamburg. Soziale und gesundheitliche Risiken. VSA, Hamburg

3.6

Ein digitaler Zwilling des Hamburger Verkehrsgeschehens als Analysetool für epidemiologische Fragestellungen am Beispiel der Verbreitung von Viren über den öffentlichen Nahverkehr

Ulfa Annette Lenfers, Nima Ahmady-Moghaddam, Thomas Clemen

Das Institut der deutschen Wirtschaft sieht die Bevölkerung der Hansestadt Hamburg bis 2040 auf etwa zwei Millionen Menschen anwachsen (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2019). Eine wachsende Stadt verspricht wirtschaftliche Perspektiven und gesellschaftliche Vielfalt, doch gleichzeitig müssen Lösungen für Probleme gefunden werden, die mit einer sich verdichtenden Bevölkerung einhergehen. Die Moderation des Verkehrsgeschehens und des individuellen Mobilitätsverhaltens nimmt hier eine Schlüsselrolle ein. Insbesondere die vielen täglichen kleinen und großen menschlichen Entscheidungen – nicht nur um von Ort A nach Ort B zu gelangen – sind für eine gesamtheitliche Betrachtung der Stadtgesundheit von großer Bedeutung.

Die sogenannte Hamburger Mobilitätswende zielt hauptsächlich darauf ab, den Anteil des motorisierten Individualverkehrs zu verringern. Ziel der Hamburger Behörde für Verkehr und Mobilitätswende (BVM) ist es dabei, den Menschen Mobilität zu ermöglichen und gleichzeitig die klimaschädlichen Emissionen zu reduzieren. Neben einer verbesserten Luftqualität kann dies auch die Lärminderung begünstigen. Ebenfalls positiv für die Stadtgesundheit sind die steigenden aktiven Personenkilometer, die durch die Mobilitätswende mit dem Rad und zu Fuß zurückgelegt werden (BMVI 2018). Neben diesen – eher die gesundheitliche Widerstandskraft betreffenden – Betrachtungen sind sogenannte *besondere Lagen* ein lange unterschätztes Phänomen.

Gerade in Metropolregionen wie Hamburg spielen öffentliche Verkehrsmittel bei der Ausbreitung von Infektionskrankheiten eine entscheidende Rolle (Braun et al. 2007). So werden in Hamburg täglich 26.000.000 km mit dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zurückgelegt (BMVI 2018). Häufig stehen die Menschen dort dicht beieinander. Das kann zu einer direkten Tröpfcheninfektion und, durch die Vielzahl an gemeinsam genutzten Oberflächen, zu einer indirekten Kontaktinfektion führen. Insbesondere die aktuelle COVID-19-Pandemie offenbart den signifikanten Einfluss einzelner Personen (z. B. *Superspreader*) auf die stadtgesundheitliche Lage.

Es ist naheliegend, dass die Wahl des Verkehrsmittels einen erheblichen Einfluss auf die Interaktionen zwischen Menschen in einer Stadt hat und deshalb in der Krisenprävention und dem Krisenmanagement besonders zu berücksichtigen ist. So ist das

Ansteckungsrisiko in einer voll besetzten U-Bahn höher zu bewerten als im eigenen Auto, auf dem Fahrrad oder auch in einer nur mit wenigen Menschen besetzten U-Bahn. Dazu sollten die jeweiligen Entscheidungstragenden auf zuverlässige Handlungsempfehlungen zurückgreifen können. Simulationsmodelle bieten eine Grundlage, um für sehr komplexe Szenarien Prognosen zu erarbeiten. Beispielhaft können Übertragungswege simuliert und verschiedene Hypothesen als *Was-wäre-wenn-Szenarien* vorab durchgespielt werden. Aus den Ergebnissen lassen sich dann Maßnahmen, Empfehlungen oder Anordnungen ableiten.

Die Arbeit der Forschungsgruppe MARS (*Multi-Agent Research and Simulation*) an der HAW Hamburg beschäftigt sich mit agentenbasierter Modellierung und Verfahren der künstlichen Intelligenz, um die Auswirkungen individueller Entscheidungen auf viele Bereiche des menschlichen Miteinanders abschätzbar zu machen. Grundsätzlich dienen derartige Modelle einer vereinfachten Betrachtung der Wirklichkeit und damit auch der Zukunftsbetrachtung. Letzteres ist mit einer wachsenden Unschärfe verbunden, je weiter in die Zukunft hinein Aussagen gemacht werden sollen.

Eine Möglichkeit, diese Unschärfe einzugrenzen, ist, eine Verbindung zwischen der modellierten und der echten, physikalischen Welt zu ermöglichen. Dieser Ansatz des *digitalen Zwillings* wurde in dem hier vorgestellten Beispielsystem verfolgt. Dafür wurde ein Modell des Hamburger Verkehrs mit dem Sensornetzwerk der Stadt Hamburg gekoppelt. Diese Sensoren sind über die ganze Stadt verteilt und sammeln u. a. Daten zur Luftqualität und zum lokalen Wettergeschehen. Zudem bezieht die hier vorgestellte Forschung das individuelle Entscheiden und Verhalten der Menschen in die Modellierung des Hamburger Verkehrsgeschehens ein.

Modellansatz

Agentenbasierte Simulationsmodelle beschäftigen sich mit dem Blick auf das Kleine und die damit verbundenen Auswirkungen im großen Zusammenhang (sogenannte *Mikrosimulation*). In diesem Fall liegt das Hauptaugenmerk auf jedem einzelnen Menschen und seinem individuellen Verhalten. Diese virtuellen Gegenüber tatsächlicher Menschen (*Agenten*) bestehen aus einem kleinen, eigenständigen Stück Software. Sie besitzen individuelle Attribute, wie z. B. Geschlecht, Alter, Wohnort, Einkommen oder auch die Präferenz für ausgewählte Verkehrsmittel. Sie können miteinander und mit ihrer unmittelbaren räumlichen Umgebung interagieren – genauso wie es reale Menschen tun.

Verortet sind sie jeweils in der zugehörigen virtuellen Repräsentation einer tatsächlichen geografischen Umgebung, beispielsweise der Stadt Hamburg. Diese wird aus unterschiedlichen Ebenen (*Layer*) gebildet – vergleichbar mit papiernen Landkarten, die übereinandergelegt werden. Die Zusammenstellung von einer oder mehreren digi-

talen Karte(n) wird in MARS beispielsweise aus offenen Daten (z. B. OpenStreetMap oder dem Hamburger Urban Data Hub²⁶) erzeugt. Zudem können Echtzeitdaten (*Internet of Things*) aus dem Hamburg Urban Data Hub integriert werden.

Agenten bewegen sich, ähnlich wie Spielfiguren eines Brettspiels, gemäß Regeln. Die Simulation läuft schrittweise in sogenannten *Ticks* (t_x) ab. Ein Tick entspricht dabei einer Spielrunde (s. Abb. 3.6-1). Je nach Fragestellung werden die Länge eines Ticks, der Gesamtzeitraum der Simulation, die Anzahl der Agenten, der betrachtete Raum und die erforderlichen Informationen des Raumes in einem Szenario zusammengestellt. Dabei lernen die Agenten nicht nur aus Ereignissen der Vergangenheit, sondern orientieren sich auch an Echtzeitdaten (z. B. Wetterdaten), die dem System zur Laufzeit zur Verfügung gestellt werden.

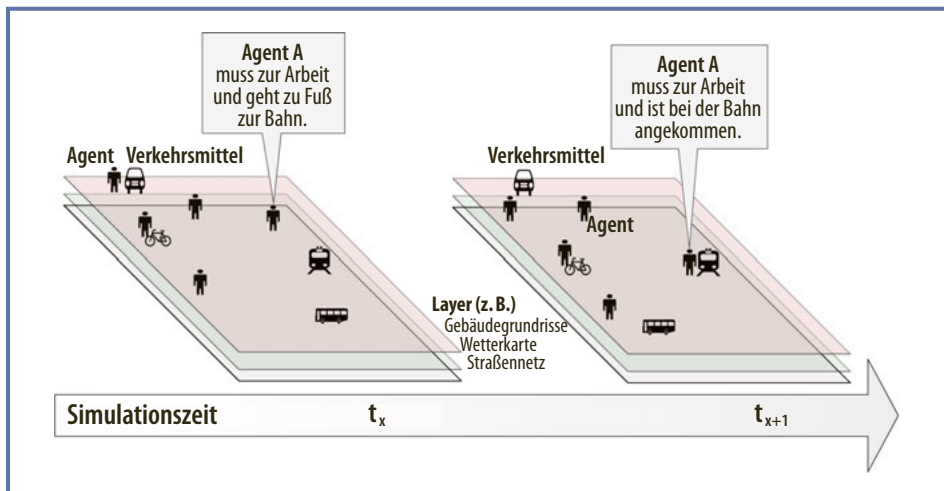


Abbildung 3.6-1: Schematische Darstellung eines Ausschnitts aus der Verkehrssimulation mittels agentenbasierter Modellierung. *Quelle: eigene Darstellung.*

Es ist offensichtlich, dass sehr große Simulationsszenarien, d. h. die Abdeckung eines großen geografischen Bereiches und die Einbeziehung von Millionen von Agenten, zu extrem umfangreichen Ergebnissen führen können. Um diese Datenmengen für Entscheidungsträger sinnvoll einsetzbar zu machen, werden leistungsfähige Algorithmen der *künstlichen Intelligenz* und des *Data Science* entwickelt und eingesetzt.

Eine Modellierung von *menschlichem Verhalten*, die zur Steuerung der Entscheidungen und Handlungen von Agenten genutzt wird, erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Informatik, der Medizin und den Kognitionswissenschaften

²⁶ Der Urban Data Hub arbeitet an einem leicht zugänglichen Angebot urbaner Daten, auf das Unternehmen, öffentliche Verwaltung, Wissenschaft und Forschung sowie Stadtgesellschaft zugreifen können, um auf dieser Grundlage urbane Anwendungen zu entwickeln. www.hamburg.de/bsw/urban-data-hub/

(Thiel-Clemen & Klingenberg 2010). Diese intensive Zusammenarbeit führt auch zur Formulierung neuer Forschungsfragen in den jeweiligen Fachdisziplinen. Menschliches Verhalten ist inhärent komplex, was eine entsprechende Komplexität in der Modellierung bedingt. Im Folgenden werden einige der für die Modellierung relevanten Facetten von Verhalten aufgegriffen.

Verhalten ist nicht willkürlich, sondern wird von Bewusstsein und Intentionalität gelenkt. Insbesondere ist das Verhalten von Person zu Person – sogar unter ähnlichen Vorbedingungen – unterschiedlich. Diese Unterschiede sind u. a. auf die Persönlichkeit, Denkmuster, Wissensbasis und Fähigkeiten eines Individuums zurückzuführen. Ebenfalls wird Verhalten sowohl von rationalen Gedankengängen wie auch von emotionalen Impulsen beeinflusst. Das Zusammenspiel zwischen diesen beiden (oft als diametral gegensätzlich verstandenen) Dimensionen kann, abhängig vom Modellziel, von großer Bedeutung sein. Zudem ist das Verhalten eines Menschen anpassungsfähig, da der Mensch lernfähig ist (Heppenstall, Crooks et al. 2012).

Über diese eher individuellen Charakteristiken hinaus stehen Menschen unter sozialen Einflüssen, die entweder dauerhaft (Kultur, Normen, Gesetze, Regeln) oder akut (Beobachtungen, vorübergehende Gruppendynamiken und -zwänge) sind. Im gesellschaftlichen Zusammenhang sind auch die Einflüsse von Rollen und die mit ihnen einhergehenden Verantwortlichkeiten auf das Verhalten einzelner Menschen von Bedeutung (Münchow 2012).

Diese und weitere Aspekte müssen im Rahmen der Modellierung und im Sinne der jeweiligen Modellfrage priorisiert werden, sodass ein möglichst geeignetes Verhaltensmodell entstehen kann. Für eine derartige Modellierung würde der Entscheidungsfindungsprozess eines Menschen dem Ablauf eines Algorithmus ähneln. Dies kommt der Grundidee des Reiz-Reaktions-Modells nahe, welches menschliches Verhalten als Reaktion auf wahrgenommene und verarbeitete Reize versteht (s. Abb. 3.6-2).

Für eine vereinfachte Darstellung wird in Modellen oft auf eine realitätsnahe Abbildung des Verhaltens (also dessen, was der Agent nach außen gibt) statt des agenteninternen Entscheidungsfindungsprozesses gesetzt. Insbesondere die Menge der unterschiedlichen Entscheidungen, die von einer entsprechenden Menge von Agenten in einem Zeitschritt zugrunde gelegt wird, soll dem kollektiven Verhalten einer Menge von Menschen in der Realität nahe kommen.

Beispiel Verkehrsmittelwahl bei Regen

Diese Überlegungen zur Modellierung menschlichen Verhaltens sollen durch das folgende Beispiel veranschaulicht werden. Zwei Agenten planen an einem verregneten Morgen ihren Arbeitsweg. Für beide stellt eine Fahrt mit der U-Bahn die schnellste Route zu ihrer Arbeit dar. Des Weiteren wissen beide, dass sich aktuell ein infektiö-

ses Virus im Umlauf befindet. Agent 1 entscheidet sich aufgrund des Ansteckungsrisikos für eine Fahrt mit dem Auto und nimmt somit die längere Reisedauer in Kauf (s. Abb. 3.6-2). Agent 2 hingegen bewertet dieses Risiko anders und entscheidet sich, die U-Bahn zu nehmen, um schnellstmöglich anzukommen. Solche Unterschiede in der Entscheidungsfindung und im Verhalten einzelner Agenten bei gleichen Bedingungen müssen durch das Modell realisierbar sein

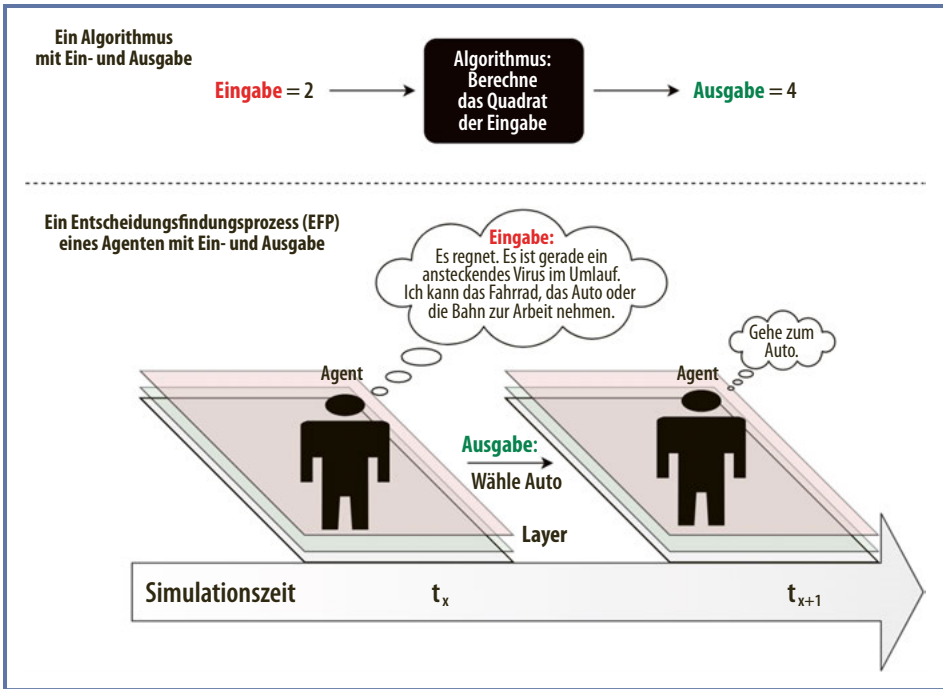


Abbildung 3.6-2: Vergleichende Darstellung des Reizes und der Reaktion eines Agenten mit der Eingabe und Ausgabe eines Algorithmus als konzeptionelle Grundlage für die Modellierung menschlichen Verhaltens. *Quelle: eigene Darstellung.*

Beispiel Virenausbreitung im Hamburger U-Bahn-Netz

Agentenbasierte Modelle sind besonders für die Untersuchung spezifischer Fragestellungen in einem großen Gesamtkontext geeignet. Ist das Hamburger Verkehrsgeschehen samt einer Anbindung an das Sensornetzwerk und der Integration menschlichen Verhaltens valide im Modell abgebildet, können im Anschluss diverse Szenarien modelliert werden.

Das hier vorgestellte Beispiel untersucht unterschiedliche Was-wäre-wenn-Szenarien zur Ausbreitung von Viren, die über die Passagiere des ÖPNV verbreitet werden. Für das Modell wurde exemplarisch ein Teilbereich Hamburgs mit seinem U-Bahn-

Verkehr abgebildet. Die Agenten können diesen nutzen, um ihren täglichen Aktivitäten nachzugehen (s. Abb. 3.6-2). Innerhalb der U-Bahn suchen sich die Agenten ihren Sitzplatz nach persönlichen Präferenzen, wie z. B. in Fahrtrichtung, im freien Viererblock oder am Fenster. Dabei werden z. B. Kontaminationen von Oberflächen und die Verbreitung über Tröpfchenwolken mitberücksichtigt (Noetzel, Reintjes et al. 2013). Mithilfe dieses Virenausbreitungsmodells für U-Bahnen (s. Abb. 3.6-3) lassen sich unterschiedliche Szenarien, wie z. B. das stündliche Reinigen der Wagen, Beschränkungen in der Passagierauslastung oder eine Maskenpflicht, simulieren.

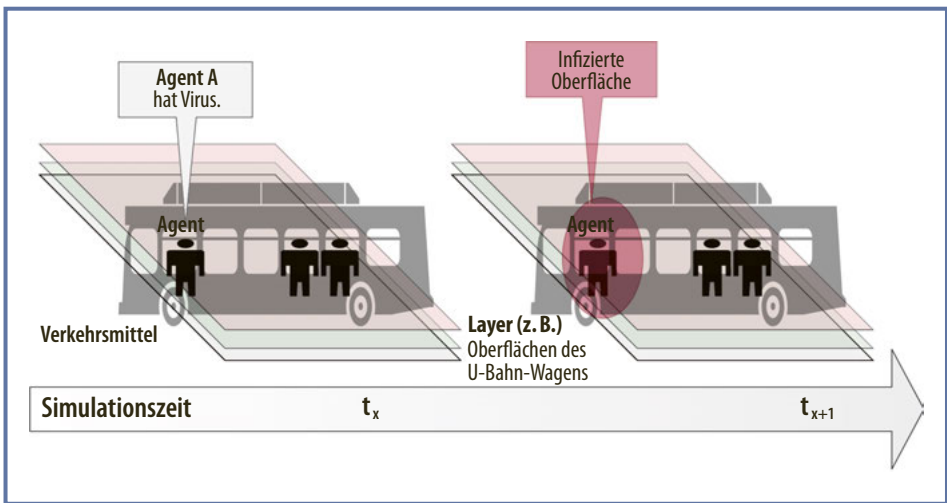


Abbildung 3.6-3: Schematische Darstellung der Virenausbreitung in einem Hamburger Verkehrsmittel. *Quelle: eigene Darstellung.*

Obwohl z. B. eine Maskenpflicht nicht explizit im Modell umgesetzt wurde, ist aus den gewonnenen Ergebnissen zu erkennen, dass durch eine Reduzierung der Mengen an Viren, die an Oberflächen und Umgebungsluft abgegeben werden, die Wahrscheinlichkeit einer Vireninfektion innerhalb der U-Bahn gesenkt werden kann. So werden deutlich weniger Viren an die Umgebungsluft abgegeben, und Oberflächen von Sitzen, Griffen und Türöffnern sind in geringerem Maße infektiös.

Ausblick und mögliche Anwendungsfälle

Die Auswirkungen individueller Verhaltensweisen auf für die Stadtgesundheit relevante Fragestellungen sind unbestritten (Bharti 2021). So ergeben beispielsweise reine Durchflussberechnungen bei Evakuierungsszenarien oft nur ein unvollständiges Bild. Beklagenswerte Auswirkungen einer derartigen Fehleinschätzung wurden 2010 beim Unglück der Love Parade deutlich sichtbar. Auch wenn die rein kapazitären Analysen im Vorfeld

der Veranstaltung die Wirksamkeit der verfügbaren Ausgangsbereiche bestätigten, so führte das individuelle Verhalten Einzelner zum dramatischen Ausgang.

Dieser Effekt nimmt in heterogenen Personengruppen zu, das heißt, wenn z. B. Kinder, Paare oder andere enge Bezugsgruppen einen entscheidenden Anteil an der Gesamtmenge ausmachen. Es ergibt also Sinn – neben einer statistischen Mittelung –, auch das Individuum und die Gesamtheit aller beteiligten Individuen zu berücksichtigen. Diese Aussage ist insbesondere gültig für die Planung städtebaulicher Projekte, aber auch hinsichtlich eines effektiven Managements von Krisenlagen.

Vor diesem Hintergrund empfehlen die Autoren die verstärkte Nutzung von agentenbasierten Simulationsmodellen für diesen Zweck. Während beispielsweise die USA diese Methodik bereits sehr umfangreich nutzen (Waldrop 2018), wurden Methoden der agentenbasierten Modellierung auf gesundheitliche Fragestellungen in Deutschland bislang noch nicht angewendet. Dabei sind potenzielle Anwendungsfelder für Hamburg und andere Großstädte mannigfaltig. Die effiziente Umsetzung einer Impfstrategie, die Planung eines Großereignisses unter COVID-19-Bedingungen oder auch das Durchspielen bioterroristischer Gefahrenlagen und anderer Krisensituationen sind aktuelle Beispiele. Im größeren geografischen Kontext sind gerade für eine Hafenstadt wie Hamburg auch reiseassoziierte tropische Infektionskrankheiten ein zunehmend wichtiges Anwendungsgebiet.

Agentenbasierte Simulationsmodelle können nicht verhindern, dass derartige Ereignisse auch in der Zukunft auftreten. Sie können aber einen wesentlichen Beitrag zu einer Verbesserung des Systemverständnisses leisten und damit ein effizienteres Management ermöglichen. Diese Modelle sind jedoch nicht out of the box zu verwenden, sondern erfordern die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Entscheidungsträgern, der Wissenschaft und auch den ortsansässigen Unternehmen. Bei Interesse an weiteren Informationen zu diesem Projekt ist eine Webseite unter <https://www.smartopenhamburg.de/> zu erreichen.

LITERATUR

Bharti N (2021): Linking human behaviors and infectious diseases 118, 3–5. doi:10.1073/pnas.2101345118

BMVI/Bundesministerium für Verkehr und Digitale Infrastruktur (2018): Mobilität in Deutschland – Ergebnisbericht. 1–133. www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Artikel/G/mobilitaet-in-deutschland.html

Braun VC, Reiter S, Bartels C, Haas, PDW (2007): Influenzapandemie 1957, S. 6–12

Heppenstall AJJ, Crooks AT, See LM, Batty M (2012): Agent-based models of geographical systems; Springer, Dordrecht; S. 1–15; doi:10.1007/978-90-481-8927-4

Münchow S (2013): Einfluss von Leadership und sozialen Gruppen in agentenbasierten Entfluchtungssimulationen. Version: 2013. <https://reposit.haw-hamburg.de/handle/20.500.12738/6222> – Master Thesis, HAW Hamburg

Noetzel C, Reintjes R, Thiel-Clemen T (2013): Die Rolle öffentlicher Verkehrsmittel bei der Übertragung und Verbreitung von Krankheitserregern, in: Handels H, Ingenerf J (Eds.), 58. Jahrestagung Der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie Und Epidemiologie e. V. (GMDS)

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2019): Bevölkerungsprognose für Hamburg. Stat. Inf. Nr. 89/2019 12–14. www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI19_089.pdf

Thiel-Clemen T, Klingenberg A (2010): Kombination von zielorientiertem Verhalten und Emotionen in Individuen-orientierten Simulationen, in: Wittmann J, Maretis DK (Eds.), Simulation in den Umwelt- und Geowissenschaften, Workshop Osnabrück. Aachen, S. 71–80

Waldrop M (2018): Free Agents. Science; Vol. 360, Issue 6385:144-147. doi:10.1126/science.360.6385.144

3.7

Gesundheit in der Stadt am Beispiel von Hamburg und Glasgow

Jobst Augustin, Nicole Mohr, David Walsh

Städte können sowohl im Vergleich untereinander als auch in sich selbst markante Unterschiede in Gesundheit und Lebensqualität aufweisen (z. B. URHIS 2021, Costa et al. 2019). Das Bewusstsein für diese Ungleichheiten ist nicht neu und seit Langem Gegenstand zahlreicher Studien, die sich vor allem mit den Ursachen der Ungleichheit zwischen und innerhalb von Städten befassen (z. B. Lawrence 2012, Walsh et al. 2016). Diese Ungleichheiten betreffen auch europäische Städte wie Hamburg und Glasgow (Abb. 3.7-1 bis 3.7-4). Beide Städte haben ein attraktives Stadtbild sowie hohes Angebot an Kultur und Bildung aufzuweisen. Auf der anderen Seite gibt es innerhalb beider Städte auch eine markante soziale und gesundheitliche Diskrepanz in der Stadtbevölkerung.

In diesem Beitrag werden Hamburg und Glasgow einander gegenübergestellt, und es wird der Frage nachgegangen, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit und Lebensbedingungen vorherrschen. Dabei geht es nicht um eine Bewertung beider Städte. Der Beitrag soll vielmehr einen vergleichenden Einblick in städtische Gesundheit und in die Aktivitäten zu ihrem Schutz und ihrer Förderung geben.



Abbildungen 3.7-1 bis 3.7-4:
 Stadtperspektiven aus Hamburg ...
 Fotos: [powell83-stock.adobe.com](https://www.adobe.com/stock/183/powell83) (oben),
[Dirk-stock.adobe.com](https://www.adobe.com/stock/183/dirk) (rechts).



... und Glasgow.
 Fotos: [PK4289-stock.adobe.com](https://www.adobe.com/stock/4289/pk4289) (oben),
[Richard Johnson-stock.adobe.com](https://www.adobe.com/stock/183/richardjohnson) (unten).



Urbane Gesundheit in Hamburg und Glasgow aus historischer Perspektive

Um die aktuelle Situation zur Gesundheit der Stadtbevölkerung in Hamburg und Glasgow einordnen zu können, ist zunächst die historische Entwicklung beider Städte von Bedeutung. Insbesondere die wirtschaftliche Entwicklung und damit zusammenhängend die soziale Ungleichheit sind dabei von Relevanz. Im Zuge der Industrialisierung im 19. Jahrhundert haben beide Städte eine ähnliche Entwicklung durchlaufen, die einerseits mit einem starken wirtschaftlichen Aufschwung (vor allem im Schiffbau) und Bevölkerungszuwachs einherging, aber gleichzeitig mit Armut und schlechten Wohnverhältnissen verbunden war. Konsequenzen waren stark verbesserungswürdige sanitäre sowie hygienische Verhältnisse, die in Hamburg als Hauptursache für die Choleraepidemie von 1892 angesehen werden (Reincke & Medicinal-Collegium 1901). In Hamburg führte der Ausbruch der Cholera in den Folgejahren zu einem stärkeren Verständnis für die Bedeutung der Wohn- und Lebensbedingungen sowie der Konsequenz einer verbesserten Stadt- bzw. Infrastrukturplanung (v. a. Trinkwasserversorgung) und Gesundheitsberichterstattung.

Wiederaufbau und Wirtschaftswunder in Hamburg

Die Folgen des Zweiten Weltkriegs waren auch weit nach dem Ende des Krieges spürbar, vor allem in Hamburg. Es gab Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, und es mangelte an den meisten essenziellen Gütern und Dienstleistungen. Im Jahr 1953 berichtete die Hamburger Gesundheitsbehörde in ihrem ersten Nachkriegsbericht, dass das Hamburger Gesundheitssystem praktisch nicht funktionsfähig sei (van den Bussche & Trojan 2018). Die Währungsunion (1948) und der schrittweise Wiederaufbau der Stadt mit der Schaffung von Wohnraum als vorrangigem sozialpolitischen Ziel in den 1950er-Jahren ebneten den Weg für die Zeit des »Wirtschaftswunders« Mitte der 1950er-Jahre (Strupp 2021).

Während in der Nachkriegszeit die Linderung der Not der Bevölkerung im Vordergrund stand, fand auch im Gesundheitswesen Hamburgs ein deutlicher Wiederaufbau- und Modernisierungsprozess statt, sodass zehn Jahre nach Kriegsende wieder von einem funktionierenden Gesundheitssystem gesprochen werden konnte (van den Bussche & Trojan 2018). Obwohl die Einrichtungen des Gesundheitswesens in Hamburg in der Nachkriegszeit zunächst noch stark auf die Seuchenprävention und den Gesundheitsschutz im Kontext von Infektionskrankheiten ausgerichtet waren, nahm die Bedeutung der Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten in den 1970er-Jahren zu und fand auch in Institutionen, Studien und der Gesundheitsberichterstattung ihren Ausdruck.

So führte die Gesundheitsbehörde in den 1980er-Jahren mehrere Studien durch, die sich auf Prävention und Gesundheitsförderung konzentrierten (z. B. Gesundheits-

beratung für Hamburger Schulkinder). Außerdem wuchs in den 1980er-Jahren das Bewusstsein für Umweltrisiken (z. B. Luftschadstoffe, radioaktive Strahlung) im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Darüber hinaus hatte die Ottawa-Charta (WHO 1986) in Hamburg eine stark mobilisierende Wirkung (Trojan 2018), die sich in der Gründung verschiedener Initiativen wie der Gruppe »Gesunde Zukunft für Hamburg«, welche Gesundheitsbehörde, drei Krankenkassen und weitere Institutionen umfasste, widerspiegelt. Daraus entstand die »Hamburger Gesundheitsförderungskonferenz« und schließlich die Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit (HAG), die bis heute als Zusammenschluss mehrerer Hamburger Initiativen, Programme etc. zur Gesundheitsförderung existiert.

Deindustrialisierung und Rezession in Glasgow

Nach dem Zweiten Weltkrieg hat Glasgow, verglichen mit Hamburg, eine andere Entwicklung durchlaufen. Die dramatische Expansion Glasgows bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts wird durch den ebenso drastischen Niedergang in den folgenden Jahrzehnten noch übertroffen – ein Prozess der Deindustrialisierung, von dem sich die Stadt nach Ansicht vieler noch immer nicht vollständig erholt hat. Bis zum Ende des 20. Jahrhunderts war die Zahl der Arbeitsplätze in der Industrie um fast 85 % zurückgegangen. Dies ging auch mit einem starken Bevölkerungsrückgang einher: Die Einwohnerzahl halbierte sich fast von mehr als einer Million auf weniger als 600.000 Einwohner:innen (Hanlon et al. 2006). In den 1980er-Jahren wies Glasgow die höchste Armutsquote aller britischen Städte auf – eine Situation, die sich seitdem nicht wesentlich geändert hat (Walsh 2014).

Während diese Prozesse (Industrialisierung und Wirtschaftswachstum, gefolgt von einem drastischen Niedergang) in anderen Städten des Vereinigten Königreichs (vor allem in Liverpool, Manchester und Belfast) in ähnlichem Ausmaß zu beobachten waren, hat sich gezeigt, dass die negativen Folgen in Glasgow, einschließlich der damit verbundenen Ungleichheiten, wesentlich größer sind. Umfangreiche Forschungsarbeiten haben dies in Glasgow auf eine »toxische« Kombination aus schlechteren Lebensbedingungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und politischen Fehlentscheidungen auf verschiedenen Regierungsebenen zurückgeführt, die sich in ihrer Kombination im Vergleich zu anderen Städten nachteiliger auf die Bevölkerung der Stadt ausgewirkt haben.

Seit den 1980er-Jahren gab es bemerkenswerte Versuche, die Stadt zu regenerieren (Wannop & Leclerc 1987, Tarling et al. 1999, Fyfe et al. 2009, ODS Consulting 2006) und wirtschaftliche Investitionen anzuziehen, indem Glasgow als attraktives Ziel für Touristen, Händler und Arbeitgeber »neu erfunden« wurde. Wie in anderen postindustriellen Gebieten Schottlands und des restlichen Vereinigten Königreichs ist der frühere industrielle Charakter der Stadt durch eine Wirtschaft ersetzt worden, die hauptsächlich

aus dem Dienstleistungssektor besteht und in der mehr als 85 % der Menschen in der Dienstleistungsbranche beschäftigt sind (z. B. Gesundheit, Bildung, Finanzen, Gastgewerbe, Kommunikation) (Walsh 2014). Es ist fraglich, inwieweit diese zahlreichen Veränderungen der Stadt allen Bürgern zugutegekommen sind, da die Stadt nach Jahrzehnten des Niedergangs und der Neuerfindung als ein stark polarisiertes, geteiltes urbanes Zentrum hervorgegangen ist (Walsh et al. 2016). Die Ungleichheiten zeigen sich nicht nur in sozioökonomischer Hinsicht. Sie manifestieren sich in auch heute noch bestehenden extrem großen gesundheitlichen Ungleichheiten. Im Jahr 2008 wurde die Stadt von der Weltgesundheitsorganisation als »Fallstudie« für gesundheitliche Ungleichheit hervorgehoben (WHO Commission 2008).

Charakteristika der Gesundheitssituation in Hamburg und Glasgow

Die bisherigen Ausführungen haben Gemeinsamkeiten und Unterschiede (insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg) zwischen Hamburg und Glasgow in ihrer wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung sowie Bevölkerungszusammensetzung aufgezeigt. Inwieweit sich diese möglicherweise im Gesundheitszustand der jeweiligen Stadtbevölkerung bemerkbar machen, zeigen die folgenden Ausführungen. Zur besseren Veranschaulichung wurden dazu Indikatoren zur Demografie, Gesundheit und zu sozialen Gegebenheiten ausgewählt. Die Auswahl der Indikatoren wurde stark von der Datenverfügbarkeit sowie ihrer Vergleichbarkeit bestimmt und kann nur einen ersten Einblick geben. Wichtige Indikatoren wie etwa zum Gesundheitsverhalten (v. a. Ernährung, Alkohol, Rauchen) oder auch zur Umwelt (z. B. Luftthygiene, Lärm) konnten mangels vergleichbarer Daten an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden. Auch wurde auf Indikatoren zur Gesundheitsversorgung (z. B. ambulante Versorgung) verzichtet, da diese aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme nicht vergleichbar wären. Tab. 3.7-1 zeigt zusammenfassend die Ergebnisse der Gegenüberstellung. Eine regionalisierte Darstellung der Indikatoren war, abgesehen von der Lebenserwartung der Männer in Glasgow (Abb. 3.7-5) und der vorzeitigen Sterblichkeit in Hamburg (Abb. 3.7-6), aufgrund fehlender Daten nicht möglich.

Demografie

Mit Hinblick auf Alter und Zusammensetzung der Bevölkerung zeigt sich, dass der Anteil der unter 18-Jährigen mit 16,5 % in Hamburg und 17,6 % in Glasgow ähnlich ist. Hingegen zeigt sich bei den über 65-Jährigen, dass diese Bevölkerungsgruppe in Hamburg mit 18,1 % häufiger vertreten ist als in Glasgow mit 13,5 %. Noch größer ist der Unterschied beim Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund. Mit 35,5 % ist er in Hamburg nahezu doppelt so hoch wie in Glasgow mit 18,6 %.

Tabelle 3.7-1: Gegenüberstellung ausgewählter Indikatoren für Hamburg und Glasgow.¹für Glasgow: % der gesamten Bevölkerung mit Geburtsort außerhalb von Großbritannien,²für Glasgow: % aller Personen zwischen 18 und 24 Jahren ohne Beschäftigungsverhältnis.Quellen: Hamburg ³Statistik Nord (2019), ⁴Sozialbehörde 2020; Glasgow: ⁵National Records of Scotland (2021a),⁶Scottish Government (2021).

	Indikator	Beschreibung	Bezugs- jahr Hamburg	Bezugs- jahr Glasgow	Hamburg	Glasgow
Demografie	Anteil der unter 18-Jährigen	Anteil der unter 18-Jährigen in der Bevölkerung in %	2018	2019	16,5 ³	17,6 ⁵
	Anteil der über 65-Jährigen	Anteil der über 65-Jährigen in der Bevölkerung in %	2018	2019	18,1 ³	13,5 ⁵
	Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund	Anteil der Einwohner:innen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung (international, von außerhalb des Landes) ¹ in %	2018	2018	35,5 ³	18,6 ⁵
Epidemiologie und Gesundheit	Lebenserwartung Jungen	Lebenserwartung bei Geburt in Jahren	2018	2017–2019	78,5 ⁴	73,4 ⁵
	Lebenserwartung Mädchen	Lebenserwartung bei Geburt in Jahren	2018	2017–2019	83,2 ⁴	78,7 ⁵
	Säuglingssterblichkeit	Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Geburten	2018	2018	2,7 ⁴	3,1 ⁵
	Sterblichkeit Männer	Todesfälle pro 100.000 Einwohner	2018	2017–2019	984,7 ⁴	1.628,0 ⁵
	Sterblichkeit Frauen	Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen	2018	2017–2019	994,2 ⁴	1.174,7 ⁵
	Mittleres Todesalter	Mittleres Todesalter in Jahren	2018	2018	78,1 ⁴	73,0 ⁵
Soziale Gegebenheiten	Anteil der Haushalte von Alleinerziehenden	Anteil der Haushalte von Alleinerziehenden in %	2018	2018	25,0 ³	7,3 ⁵
	Arbeitslosigkeit	Anteil der arbeitslosen Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) in %	2018	2018	4,8 ³	6,3 ⁶
	Arbeitslosigkeit junger Erwachsener	Anteil der jüngeren Arbeitslosen (15- bis unter 25-Jährige) an der jüngeren Erwerbsbevölkerung (15- bis unter 25-Jährige) ⁽²⁾ in %	2018	2018	2,5 ³	5,9 ⁶

Epidemiologie und Gesundheit

Zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der jeweiligen Stadtbevölkerung wurden sechs Indikatoren ausgewählt, die auch die Lebenserwartung und Sterblichkeit umfassen. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt für Jungen in Hamburg bei 78,5 Jahren, in Glasgow bei 73,4 Jahren. Für Mädchen liegt diese mit 83,2 (Hamburg) bzw. 78,7 (Glasgow) Jahren in beiden Fällen höher (s. Tab. 3.7-1). In Glasgow lag die Lebenserwartung von Frauen im Zeitraum 2010 bis 2012 bei 78,5 Jahren und damit leicht über dem Wert für 2017 bis 2019. Die der Männer hat sich im gleichen Zeitraum leicht verbessert (Walsh et al. 2020a) und variiert räumlich bei den Männern (2017–2019) in Glasgow zwischen 65,4 Jahren (Greater Govan) und 83,3 Jahren (Pollokshields West). Dies entspricht einem innerstädtischen Unterschied von fast 20 Jahren zwischen zwei Stadtteilen, die nur etwa zwei Kilometer voneinander entfernt liegen (Abb. 3.7-5). Die entsprechenden Zahlen für Frauen variieren zwischen 72,7 Jahren (Ruchill & Possilpark) und 86,1 Jahren (Anniesland & Jordanhil), also mit einem Unterschied von mehr als 13 Jahren (Whyte et al. 2021).

Diese Unterschiede in der Lebenserwartung spiegeln die tiefgreifenden sozioökonomischen Disparitäten in diesen verschiedenen Stadtteilen wider. Regional differenzierte Daten zur Lebenserwartung für Hamburg liegen den Autor:innen dieses Beitrags nicht vor, sodass keine Aussagen dazu getroffen werden können. Es ist aber davon auszugehen, dass es auch in Hamburg markante stadtteilspezifische Unterschiede in der Lebenserwartung gibt. Dies legen unter anderem die Daten zur (vorzeitigen) Sterblichkeit nahe.

Mit Blick auf die Todesfälle wurden die Indikatoren Säuglingssterblichkeit, Sterblichkeit und mittleres Todesalter berücksichtigt. Die Säuglingssterblichkeit liegt in Glasgow mit 3,1 Fällen pro 1.000 Geburten etwas höher als in Hamburg (2,7 Fälle pro 1.000 Geburten). Gleiches gilt für die Sterblichkeit bei Männern und Frauen. Insbesondere bei den Männern zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Städten, da die Sterblichkeit in Glasgow mit 1.628 Fällen pro 100.000 Einwohner deutlicher höher ist als in Hamburg mit 984,7 Fällen. Bei den Frauen fällt der Unterschied nicht so markant aus. Die häufigsten Todesursachen in Hamburg sind Durchblutungsstörungen des Herzens, Lungenkrebs, Demenz und Herzinfarkt (Sozialbehörde 2020). In Glasgow sind diese ähnlich und primär durch Lungenkrebs, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Herzerkrankungen (akuter Myokardinfarkt und ischämische Herzerkrankung) sowie Demenz bedingt. Bei der vorzeitigen Sterblichkeit (<65 Jahre) ist in Glasgow der drogenbedingte Tod die häufigste Ursache (National Records of Scotland 2021b). Für Hamburg liegen den Autor:innen keine Daten zum drogenbedingten Tod vor.

Die vorgezogene Sterblichkeit in Hamburg, d. h. der Tod vor dem 65. Lebensjahr, ist in der Abb. 3.7-6 ersichtlich. Hier wird ein Zusammenhang zur sozialen Lage deutlich,

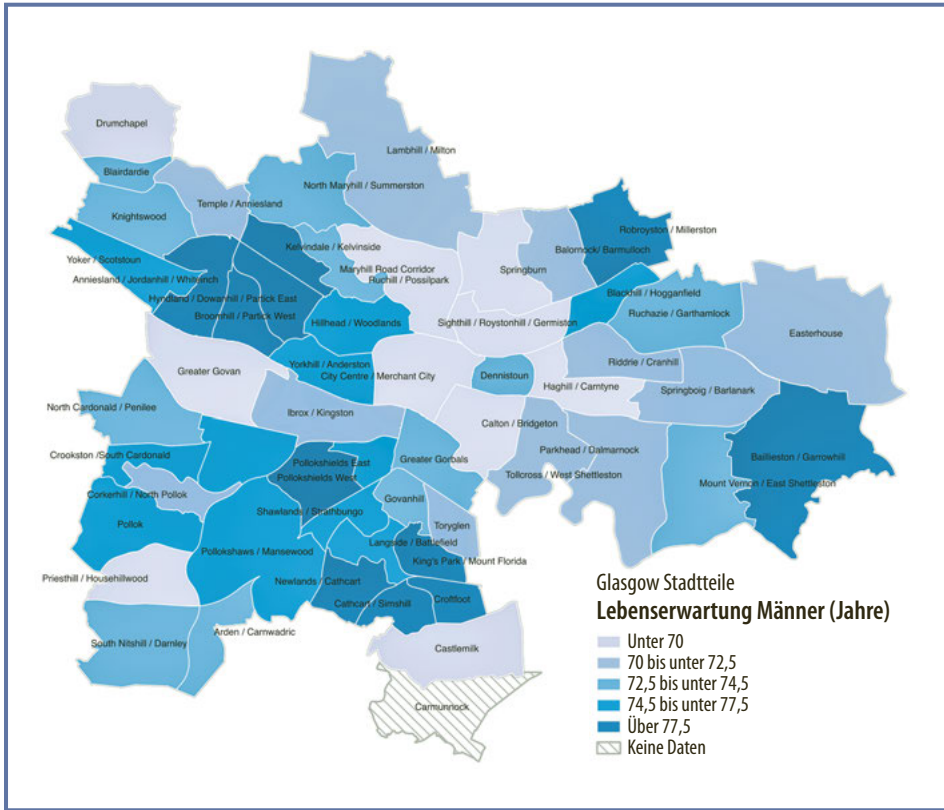


Abbildung 3.7-5: Lebenserwartung (2015–2019) Männer in Glasgow nach Stadtteilen in Jahren. Datengrundlage: *Understanding Glasgow* (2021).

denn Stadtteile bzw. Stadtteilcluster mit einer tendenziell schlechteren sozialen Lage wie Wilhelmsburg, Billstedt oder Harburg (Erhart et al. 2013) weisen eine erhöhte vorzeitige Sterblichkeit auf.

Soziale Gegebenheiten

Die Ausführungen zur Epidemiologie und Gesundheit, insbesondere unter Berücksichtigung einer räumlichen Stratifizierung, legen einen Zusammenhang zu den sozialen Gegebenheiten nahe. Diese werden in diesem Beitrag mit dem Anteil der Alleinerziehenden und der Arbeitslosigkeit dargestellt (s. Tab. 3.7-1). Ein vergleichbarer Indikator zum Einkommen oder zur Bildung lag für beide Städte nicht vor. Es wird deutlich, dass der Anteil der Haushalte von Alleinerziehenden in Hamburg mit 25 % zu 7,3 % deutlich höher als in Glasgow liegt. Hinsichtlich der Arbeitslosigkeit zeigt sich ein umgekehrtes Bild, da diese sowohl über alle Altersgruppen als auch bei den jungen Erwachsenen in Glasgow höher liegt als in Hamburg. Insbesondere bei letzterer Bevöl-

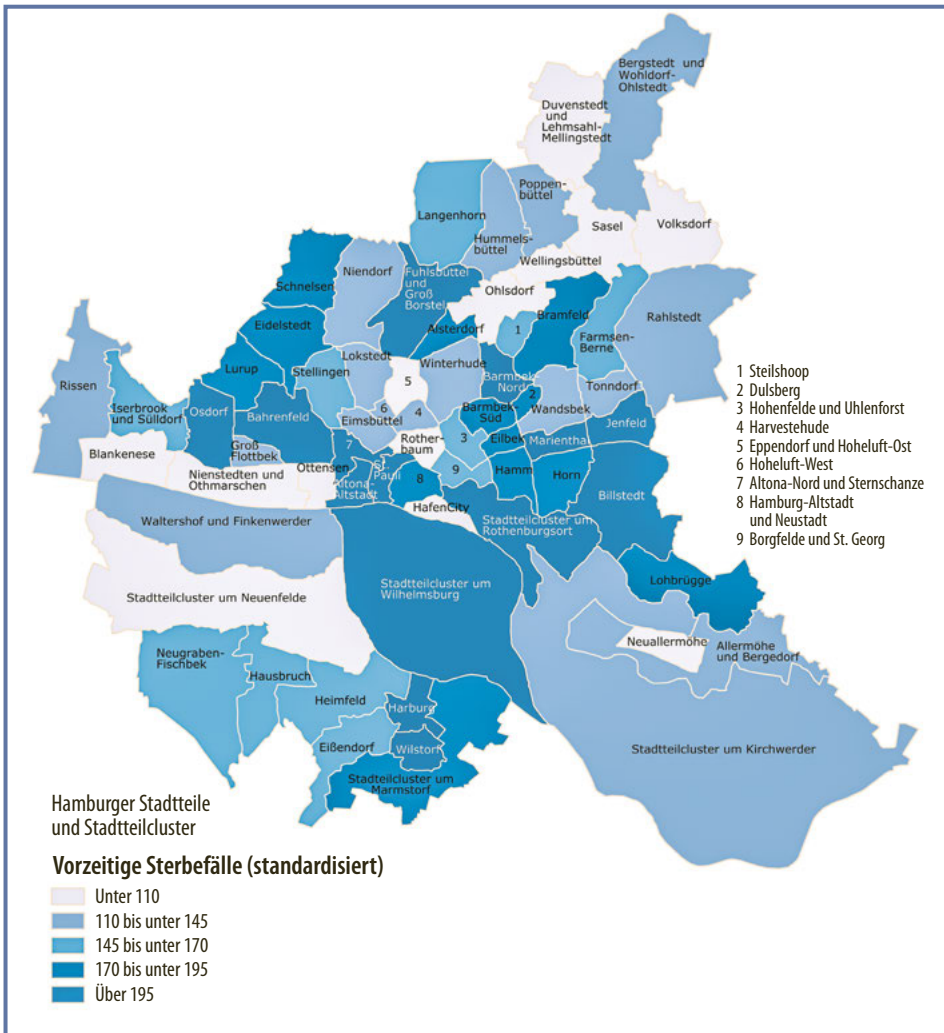


Abbildung 3.7-6: Vorzeitige Sterblichkeit in Hamburg nach Stadtteilen und Stadtteilclustern. Sterbefälle pro 100.000 Einwohner (altersstandardisiert). *Datengrundlage: Sozialbehörde 2020.*

kerungsgruppe ist der Unterschied mit 2,5 % (Hamburg) zu 5,9 % (Glasgow) bemerkenswert deutlich.

Die Gegenüberstellung der Indikatoren hat einen ersten Einblick in Gesundheitszustand und Sozialgefüge der Bevölkerung Glasgows und Hamburgs gegeben. Anhand der Indikatoren lassen sich einerseits Unterschiede in der Lebenserwartung, Sterblichkeit sowie auch den sozialen Gegebenheiten ausmachen. Andererseits werden für beide Städte Gemeinsamkeiten deutlich, allen voran, dass sich die innerstädtische soziale Ungleichheit im Gesundheitszustand der Bevölkerung widerspiegelt.

Strukturen und Aktivitäten im Gesundheitssektor

Bestehende (gesundheitspolitische) Strukturen und Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit sind für die städtische Bevölkerung von Bedeutung. Im Folgenden werden diese für Hamburg und Glasgow umschrieben.

Gesundheitspolitische Strukturen und Gesundheitsversorgung

Als Stadtstaat hat Hamburg eine eigene Gesetzgebungskompetenz und ist für die Planung der stationären Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes zuständig. Die Umsetzung unterliegt den Behörden, insbesondere der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, kurz: Sozialbehörde. Zu den konkreten Aufgabenbereichen zählen Krankenhausplanung, Krebsregister, Prävention und Gesundheitsförderung, öffentlicher Gesundheitsdienst, Suchthilfe und Sozialversicherung sowie Seniorenbetreuung und Rechtsberatung.²⁷ Auch die Gesundheitsberichterstattung (GBE) liegt in der Verantwortung der Sozialbehörde. Ziel der GBE ist es, den Gesundheitszustand der Hamburgerinnen und Hamburger und das gesundheitsbezogene Angebots- und Hilfesystem zu erfassen, auf gesundheitliche Probleme aufmerksam zu machen und gesundheitspolitisches Handeln zu unterstützen (und gegebenenfalls zu evaluieren). Auf untergeordneter Ebene sind die lokalen Gesundheitsämter der Stadtbezirke zuständig. Im Gegensatz zur stationären Versorgung unterliegt die ambulante Versorgung der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, die als zuständige Institution der ärztlichen Selbstverwaltung unter anderem für die Organisation der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung aller gesetzlich Krankenversicherten im ambulanten Sektor verantwortlich ist (Kriens & Heining 2018).

Die Gesundheitsfürsorge in Schottland wird durch den schottischen NHS (National Health Service) gewährleistet, der in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg als zentral finanziertes, kostenloses System eingerichtet wurde. Obwohl der NHS im gesamten Vereinigten Königreich besteht, unterscheidet sich das System in Schottland von dem in anderen Teilen des Vereinigten Königreichs und ist von diesem getrennt. So gibt es in Schottland keine NHS-»Trusts«, die eine der wichtigsten Strukturen des NHS in England sind. Stattdessen gibt es 14 regionale schottische NHS-»Boards«, vergleichbar mit den Gesundheitsämtern in Hamburg, von denen eines der NHS Greater Glasgow Clyde ist. Dieses regionale Board deckt die Stadt Glasgow (sowie fünf weitere städtische und ländliche Gebiete) ab. Die NHS Boards sind ihrerseits in 32 »Health & Social Care Partnerships« (HSCPs) unterteilt. Diese sind entsprechend für lokale Dienstleistungen wie die primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsversorgung sowie Sozialdienste für Kinder, Erwachsene, ältere Menschen, psychische Gesundheit, Sucht, Obdachlosigkeit

²⁷ www.hamburg.de/bgv/bgv-wir-ueber-uns/6601980/amt-fuer-gesundheit/ (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Gesundheit)

und vieles mehr zuständig (HSCP 2021). Auch die Gesundheitsförderung fällt in den Zuständigkeitsbereich des HSCP. Sowohl die NHS Boards insgesamt als auch die einzelnen HSCPs unterliegen der Leistungsüberwachung anhand verschiedener Schlüsselindikatoren, wobei auch eine Reihe von landesweit festgelegten Zielen (z. B. für die Wartezeiten in Krankenhäusern) gelten.

Wichtige Befugnisse im Bereich der sozialen Sicherheit und des Steuerwesens sind jedoch dem britischen Parlament vorbehalten. Das erklärte Ziel der schottischen Regierung, die Ungleichheiten sowohl bei den wirtschaftlichen als auch bei den gesundheitlichen Ergebnissen, auch in Glasgow, zu verringern, ist angesichts der komplexen verfassungsrechtlichen Situation in Schottland innerhalb des Vereinigten Königreichs schwierig zu erreichen. In diesem Umstand liegt ein wesentlicher Unterschied zum Stadtstaat Hamburg.

Ausgewählte Aktivitäten zur Verbesserung der städtischen Gesundheit

In beiden Städten widmen sich verschiedene Initiativen und Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung, einige davon mit dem Fokus auf gefährdete Gruppen (z. B. Obdachlose, Geflüchtete) und sozial benachteiligte Stadtteile.

Ein Beispiel aus Hamburg ist das Projekt INVEST (»Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine integrierte gesundheitliche Vollversorgung in benachteiligten Ballungsräumen«).²⁸ Ziel ist der Aufbau eines regionalen, integrierten Gesundheitsnetzwerks, das sich auf Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung konzentriert. Kern dieses Projekts ist die Einrichtung eines Gesundheitskiosks, der ein niedrigschwelliges Angebot vor Ort darstellt und die Menschen in benachteiligten Stadtteilen in ihrer Muttersprache über Gesundheits- und Pflegefragen aufklärt (> 5.3 Dingoyan, Vonneilich et al.).

Eine weitere Hamburger Initiative ist das Arztmobil Hamburg,²⁹ welches mobile medizinische Hilfe für Menschen anbietet, die auf der Straße leben. Die 2016 privat gegründete Initiative resultiert aus einer eklatanten medizinischen Versorgungslücke für Menschen in Hamburg, die auf der Straße leben. Wurde zunächst auf offener Straße oder in Hauseingängen die medizinische Versorgung vorgenommen, konnte mittels Spenden eine mobile Praxis (Abb. 3.7-7) angeschafft werden. Mittlerweile sind mehr als 30 ehrenamtlich tätige Ärzt:innen, Krankenpfleger:innen, Notfallsanitäter:innen und viele andere Ehrenamtliche in die Initiative eingebunden (ArztMobil Hamburg 2021).

28 innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaedischen-regionen.⁷³ (INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen)

29 arztmobilhamburg.org (Initiative ArztMobil Hamburg)



Abbildung 3.7-7:
Arztmobil zur
medizinischen
Versorgung von
auf der Straße
lebenden
Menschen
in Hamburg.
*Quelle: ArztMobil
Hamburg.*

Der Modellversuch »Ottensen macht Platz«³⁰ hat zum Ziel, in Hamburg-Ottensen dem nicht motorisierten Verkehr – also Fußgänger:innen und Radfahrer:innen – mehr Platz einzuräumen und die verkehrliche Situation zu entspannen. Der temporär neu aufgeteilte Straßenraum sollte neu erlebbar und für neue Nutzungen freigegeben werden (TUHH 2021). Im Rahmen des Vorhabens erfolgte eine wissenschaftliche Begleit-evaluation (TUHH 2021) durch die Technische Universität Hamburg.

Wie in Hamburg gibt es auch in Glasgow viele lokale Initiativen, die auf die Verbesserung der Gesundheit der Stadtbevölkerung abzielen. Dazu gehören beispielsweise die Veränderungen des lokalen Umfelds zur Förderung des Wohlbefindens und der aktiven Fortbewegung. Hierzu wurde eine Initiative³¹ zur Reduzierung von Höchstgeschwindigkeiten auf den Straßen der gesamten Stadt auf 20 Meilen (ca. 30 km/h) gestartet.

Dazu gehören auch ein Programm für »lebenswerte Nachbarschaften«³² sowie Investitionen in die Verbesserung der »Avenues«. Mit dem »Avenues«-Programm³³ sollen im Rahmen des Glasgow Region City Deals das Straßenbild und der öffentliche Raum des Stadtzentrums umgestaltet werden, damit es »menschenfreundlicher«, attraktiver, grüner, nachhaltiger und wirtschaftlich wettbewerbsfähiger wird. Mit dem Projekt wird ein wichtiges strategisches Ziel der Strategie für das Stadtzentrum und des

30 <http://ottensenmachtplatz.de/> (Ottensen macht Platz – Flanierquartier auf Zeit)

31 <http://bbc.co.uk/news/uk-scotland-glasgow-west-51223796> (BBC News: Speed limit of 20mph agreed for most Glasgow roads)

32 www.glasgow.gov.uk/index.aspx?articleid=27062 (Glasgow City Council: Liveable Neighbourhoods)

33 www.glasgow.gov.uk/avenues (Glasgow City Council: Avenues)

Aktionsplans umgesetzt: ein integriertes Netz durchgehender Fußgänger- und Fahrradwege im gesamten Stadtzentrum.

Darüber hinaus sind weitere Initiativen und Ansätze zu erwähnen. So etwa das »Healthier, Wealthier Children«-Programm³⁴ zur Einkommenssteigerung für ärmere Familien oder die Einführung des »Housing First«-Ansatzes zur Bekämpfung der Obdachlosigkeit. Darüber hinaus wird ein »Glasgow City Foodplan«³⁵ entwickelt, der ein »nachhaltigeres, gerechteres und gesünderes« Lebensmittelsystem in der Stadt schaffen soll.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Der Beitrag soll einen ersten vergleichenden Einblick in die städtische Gesundheit von Hamburg und Glasgow geben und der Frage nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten sowie vorhandenen Aktivitäten zur Verbesserung der städtischen Gesundheit nachgehen.

Die Ausführungen haben gezeigt, dass in beiden Städten markante innerstädtische Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung bestehen (s. > 3.1 Augustin & Mohr, > 3.4 Ansen & Molle, > 3.5 Trojan). Für Hamburg sind den Autor:innen bislang keine Vergleichsstudien mit anderen Städten bekannt. Für Glasgow ist dies anders, und diverse Studien berichten, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Glasgow, auch im Vergleich zu anderen Städten Europas, als eher schlecht einzustufen ist (Taulbut et al. 2013, Taulbut et al. 2014). Dies ist zum Teil auf die sehr hohen sozioökonomischen Ungleichheiten in Glasgow zurückzuführen, die sich in großen innerstädtischen Unterschieden im Gesundheitszustand widerspiegeln.

Um mögliche Indizien für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Hamburg und Glasgow aufzuzeigen, ist auch die historische Entwicklung beider Städte zu betrachten. So erscheint die Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg inklusive der (sozial- und wirtschafts)politischen Rahmenbedingungen als bedeutend für den Gesundheitszustand der Stadtbevölkerung. Hamburg musste nach dem Zweiten Weltkrieg in großen Teilen neu aufgebaut werden. Das betraf nicht nur die Industrie und Infrastruktur, sondern auch die Verwaltung sowie das Sozial- und Gesundheitssystem. Insbesondere der Aufbau eines neuen Gesundheitssystems sowie die Etablierung der Gesundheitsberichterstattung sollten hier hervorgehoben werden, denn Letztere dokumentiert regelmäßig den Gesundheitszustand der Hamburger Stadtbevölkerung und leitet daraus Empfehlungen für gesundheitspolitisches Handeln ab. Die 1960er- und 1970er-Jahre als Jahre des »Wirtschaftswunders« waren darüber hinaus geprägt von einer starken wirtschaft-

34 www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children (NHS Greater Glasgow and Clyde: Healthier Wealthier Children)

35 www.goodfoodforall.co.uk/home/glasgow-city-food-plan (Glasgow City Food Plan)

lichen Entwicklung Hamburgs mit sozialpolitischen Zielen, wie etwa dem umfangreichen Wohnungsbau. Auch dies kam der Gesundheit und Lebensqualität der Hamburger Bevölkerung zugute. Die Entwicklung Glasgows nach dem Zweiten Weltkrieg ging entgegen der Hamburger Entwicklung mit einer starken Deindustrialisierung und einem wirtschaftlichen Niedergang einher. Dieser hielt bis in die 1980er-Jahre an und war unter anderem verbunden mit einer hohen Arbeitslosigkeit und einer zunehmenden, bis heute andauernden ausgeprägten sozialen Ungleichheit in der Stadt.

Neben der historischen Entwicklung beider Städte sind politische Strukturen und Entscheidungen hervorzuheben. Hamburg ist als Stadt und Stadtstaat in einer besonderen Situation hinsichtlich politischer (z. B. Sozial-, Wirtschafts- und Gesundheitspolitik) Entscheidungen und kann aufgrund des Föderalismus in Deutschland unabhängiger von übergeordneten staatlichen Entscheidungen agieren. Glasgow hingegen befindet sich in einem anderen politischen Kontext und unterliegt dem Einfluss staatlicher Entscheidungen, nicht nur der schottischen, sondern auch der britischen Regierung. Dies betrifft vor allem die Kürzung von Geldern im Gesundheitssystem durch die britische Regierung mit negativen Folgen für den Gesundheitszustand sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Dies wurde in jüngster Zeit durch weitere Sparmaßnahmen der britischen Regierung (die ab 2010 umgesetzt wurden) nochmals verschärft, was zu einem Stillstand bei der Verbesserung der Sterblichkeitsraten insgesamt und zu einem Anstieg der Sterblichkeitsraten unter den sozioökonomisch am stärksten Benachteiligten geführt hat. Glasgow ist hiervon ebenso betroffen wie viele andere städtische Gebiete im Vereinigten Königreich (Hiam et al. 2018, Fenton et al. 2019, Walsh et al. 2020b, Dorling 2017).

In beiden Städten gibt es zahlreiche Initiativen und Programme mit dem Ziel, die städtische Lebensqualität und Gesundheit der Stadtbewohner:innen zu fördern. Insbesondere in Glasgow verdeutlichen die zahlreichen unterschiedlichen Aktivitäten einen starken Willen zur Verbesserung der städtischen Gesundheit. Wenngleich es einige Ausnahmen gibt (z. B. das oben genannte Projekt INVEST), fehlt es in beiden Städten weitgehend an einer (wissenschaftlichen) Begleitevaluation bestehender Programme und Initiativen, wenngleich in Glasgow Evaluierungen einiger Initiativen geplant sind. Dieser Umstand ist verbesserungsbedürftig, da die Frage nach dem Nutzen von Maßnahmen zur Verbesserung der städtischen Gesundheit stark an eine vorausgehende Evaluation der Maßnahme gebunden ist.

Mit diesem Wissen lassen sich weitergehende Vorhaben planen und ihr Nutzen erhöhen. Als Grundlage dafür können beispielsweise auch die Arbeiten aus dem Hamburger Projekt *Gesunde Quartiere*³⁶ dienen. Das Projekt hatte das Ziel, Methoden (z. B. kleinräumiges Gesundheitsinformationssystem) zu entwickeln, mit denen die gesund-

³⁶ www.gesundequartiere.de/ Gesunde Quartiere – Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier

heitliche Lage in städtischen Quartieren veränderungssensitiv beschrieben und abgebildet werden können (Westenhöfer et al. 2021). Darüber hinaus wurde in dem Projekt untersucht, welche Wirkung gesundheitsfördernde Maßnahmen in Quartieren haben (Nickel et al. 2021). Auch das sind wertvolle Aspekte, die im Rahmen von vergleichenden Studien hinzugezogen werden sollten.

Wie diese Gegenüberstellung zeigt, weisen die beiden Städte – bei aller Unterschiedlichkeit – hinsichtlich Gesundheit auch Gemeinsamkeiten auf. An erster Stelle ist die ausgeprägte innerstädtische Ungleichheit der Sterblichkeit zu nennen, die für beide Städte eine gesundheitspolitische Herausforderung darstellt. Einen weiteren Bereich stellen gesundheitsfördernde Initiativen anderer Sektoren, z. B. zur Verkehrswende, dar. Es bietet sich an, gegebenenfalls durch ein eigenständiges Projekt den Austausch zu vertiefen und dabei besonderes Augenmerk vor allem auf die bestehenden lokalen Initiativen zu legen. Sofern vorhanden, sollten dabei Evaluationsergebnisse hinzugezogen werden.

LITERATUR

ArztMobil Hamburg (2021): ArztMobil Hamburg – wer wir sind. www.arztmobilhamburg.org/

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) (2020): Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg. www.hamburg.de/contentblob/1472804/ae5d5e2a83653687beeed7efefce409d/data/basisbericht.pdf

British Broadcasting Corporation (BBC) (2020): Speed limit of 20mph agreed for most Glasgow roads. www.bbc.co.uk/news/uk-scotland-glasgow-west-51223796

Bussche H van den, Trojan A (2018): Das Gesundheitswesen Hamburgs nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) Nachhaltige StadtGesundheit in Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Band 2. oekom verlag, München

Costa C, Santana P, Dimitroulopoulou S, Burstom B, Borrell C et al. (2019): Population health inequalities across and within european metropolitan areas through the lens of the EURO-Healthy population health index. *International Journal of environmental research and public health*, 16, S. 836

Dorling D (2017) Austerity and Mortality. In: Cooper V, Whyte D. *The Violence of Austerity*, London: Pluto Press

Erhart M, Hering R, Schulz M, v. Stillfried D (2013): *Morbiditätsatlas Hamburg*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin

European Urban Health Indicators System (URHIS) (2021): www.urhis.eu/healthprofiles/

Fenton L, Minton J, Ramsay J, Kaye-Bardgett M, Fischbacher C, Wyper G, McCartney G (2019) Recent adverse mortality trends in Scotland: comparison with other high-income countries. *BMJ Open* 2019; 9: e029936

Fyfe A, MacMillan K, McGregor T, Reid S (2009): *Informing Future Approaches to Tackling Multiple Deprivation in Communities: Beyond the Fairer Scotland Fund*. Edinburgh: Scottish Government Social Research

Glasgow City Health and Social Care Partnership (HSCP) (2021): Glasgow City Health and Social Care Partnership

Hanlon P, Walsh D, Whyte B (2006): Let Glasgow Flourish. Glasgow: The Glasgow Centre for Population Health

Hiam L, Harrison D, McKee M, Dorling D (2018) Why is life expectancy in England and Wales »stalling«? *Journal of Epidemiology & Community Health*, (72):404-408

Kriens J, Heining E (2018): Die ambulante und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Hamburg. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.). Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region/Band 2. oekom verlag, München

Lawrence RJ (2012): Urban health challenges in Europe. *Journal of Urban Health*, 90, 1:23-36

National Records of Scotland (2021a): DataTables for life Expacancy in Schotland, 2017–2019; www.nrscotland.gov.uk/statistics-and-data/statistics/statistics-by-theme/life-expectancy/life-expectancy-in-scotland/2017-2019/data-tables

National Records of Scotland (2021a): Statistics by Theme. www.nrscotland.gov.uk/statistics-and-data/statistics/statistics-by-theme

National Records of Scotland (NRS) (2021b): Drug-related deaths in Scotland in 2020; www.nrscotland.gov.uk/files/statistics/drug-related-deaths/20/drug-related-deaths-20-pub.pdf

Nickel S, Cebulla D, von dem Knesebeck O (2021): Welche Wirkungen hat Gesundheitsförderung im Quartier? Ergebnisse aus systematischen Reviews. In: Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region/Band 3. oekom verlag, München

ODS Consulting (2006): An overview of the Social Inclusion Partnership (SIP) programme. A Report to Communities Scotland. Edinburgh: Communities Scotland

Reincke J, Medicinal-Collegium (1901): Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im neunzehnten Jahrhundert. Mit 76 Abbildungen im Text und 3 Tafeln. Den ärztlichen Teilnehmern der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte gewidmet von dem Medicinal-Collegium. Verlag Leopold Voss, Hamburg

Scottish Government (2021): Annual population survey: results for year to 31 December 2019. www.gov.scot/publications/annual-population-survey-results-for-year-to-31-december-2019/

Statistik Nord (2019): Hamburger Stadtteilprofile 2019. www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/regionalstatistik-datenbanken-und-karten/hamburger-stadtteil-profile-staedtestatistik-fuer-hamburg

Strupp C (2021): Sechziger Jahre. <https://geschichtsbuch.hamburg.de/epochen/sechziger-jahre/>

Tarling R, Hirst A, Rowland B, Rhodes J, Tyler P (1999): Development Department Research Programme Research Findings No 70. An Evaluation of the New Life for Urban Scotland Initiative. Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit

Taulbut M, Walsh D, McCartney G, Parcell S, Hartmann A, Poirier G et al. (2014): Spatial inequalities in life expectancy within post-industrial regions of Europe. *BMJ Open*; 4(6): e004711

Taulbut M, Walsh D, Parcell S, Hartmann A, Poirier G, Strniskova D et al. (2013): What can ecological data tell us about reasons for divergence in health status between West Central Scotland and other regions of post-industrial Europe? *Public Health* 2013; 127(2):153-63

Technische Universität Hamburg (TUHH) (2021): Evaluation des temporären Flanierquartiers »Ottensen macht Platz« in Hamburg-Altona. DOI: <https://doi.org/10.15480/882.3797.2>. <https://tore.tuhh.de/handle/11420/10428.2>

Trojan A (2018): Aufbau von Prävention und Gesundheitsförderung nach 1945. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) Nachhaltige StadtGesundheit in Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Band 2. oekom verlag, München

Understanding Glasgow (2021): The Glasgow Indicators Project. Life Expectancy. www.understandingglasgow.com/indicators/health/comparisons/scottish_cities

Walsh D (2014): An analysis of the extent to which socio-economic deprivation explains higher mortality in Glasgow in comparison with other post-industrial UK cities, and an investigation of other possible explanations. PhD thesis, University of Glasgow

Walsh D, McCartney G, Collins C, Taulbut M, Batty GD (2016): History, politics and vulnerability: explaining excess mortality in Scotland and Glasgow. A report by the Glasgow Centre for Population Health, NHS Health Scotland, the University of the West of Scotland and University College London. www.gcph.co.uk/assets/0000/5586/History_politics_and_vulnerability.pdf

Walsh D, McCartney G, Minton J, Parkinson J, Shipton D, Whyte B (2020a): Changing mortality trends in countries and cities of the UK: a population-based trend analysis. *BMJ Open* 2020a; 10: e038135

Walsh D, McCartney G, Minton J, Parkinson J, Shipton D, Whyte B (2020b): Changing mortality trends in countries and cities of the UK: a population-based trend analysis. *BMJ Open*, 10: e038135

Wannop U, Leclerc R (1987): Urban Renewal and the Origins of GEAR. In: Donnison D, Middleton A (Eds.): *Regenerating the Inner City: Glasgow's Experience* (1st edition). London: Routledge & Kegan Paul Ltd

Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (2021): *Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region/Band 3.* oekom verlag. München

WHO Commission on Social Determinants of Health (2008): *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* Geneva: World Health Organization

Whyte B, Young M, Timpson K (2021): *Health in a changing city: Glasgow 2021*; Glasgow Centre for Population Health; Glasgow

World Health Organisation (WHO) (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.* www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986

KAPITEL 4

Steuerung Hamburger StadtGesundheit

■ Bereits im ersten Hamburg-Band war ein Kapitel dem Thema Steuerungsstrukturen Hamburger StadtGesundheit gewidmet. Darin wurden in sechs Einzelbeiträgen die steuernden Rollen unter anderem von Wohlfahrtsverbänden (Berkling & Stappenbeck 2018)¹, Krankenkassen (Herbst & Kreis 2018)² und dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Nießen 2018)³ vorgestellt. Dieses Kapitel baut ergänzend darauf auf und beinhaltet fünf Beiträge, in denen weitere Einrichtungen, Initiativen und Netzwerke in Hamburg präsentiert werden.

Vorgestellt wird zunächst die Hamburger Parlamentsdatenbank (▷ 4.1 Fehr, Gattung et al.), in welcher der Stadtstaat Hamburg Dokumente (z. B. Protokolle, Berichte, Anfragen) aus dem Stadtparlament zur Verfügung stellt. In dem Projekt⁴ »StadtGesundheit« wurde diese Datenbank näher untersucht und der Bezug zur StadtGesundheit herausgearbeitet. Der Beitrag verfolgt zudem die Frage, ob die Parlamentsdatenbank als Informationsquelle für wissenschaftliche Fragestellungen geeignet ist.

Um »Gesundheit in der Stadt« zu leben und zu fördern, sind lokale Einrichtungen und Initiativen von hoher Bedeutung, auch in Hamburg. Diese sind in verschiedene Trägerschaften eingebettet. Dazu zählen der öffentliche Bereich (Verwaltungsträger), die freien Träger (z. B. gemeinnützige Vereine oder Stiftungen) oder auch gewerbliche Träger. Der folgende Beitrag (▷ 4.2 Fehr & Augustin) greift exemplarisch unter anderem Stadtteilbeiräte, bezirkliche Gesundheitsämter und lokale Vernetzungsstellen für Prävention sowie weitere Initiativen auf und stellt diese vor. Alle Ergebnisse werden dabei den Hamburger Stadtbezirken zugeordnet. Der Beitrag gibt damit einen detaillierten Überblick zu lokalen Einrichtungen und Initiativen zur Verbesserung der urbanen Gesundheit.

In Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung hat die Partizipation, d. h. die aktive Einbindung von Patient:innen/Bürger:innen durch direkte Mitsprache, Mitgestaltung und gegebenenfalls sogar Entscheidungsmacht, in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. In diesem Kapitel wird die Situation in Hamburg (▷ 4.3 Trojan) auf

1 Beitrag 3.1, »Wohlfahrtsverbände«, Editionsband 2

2 Beitrag 3.2, »Krankenkassen – StadtGesundheit in gemeinsamer Verantwortung teilen«, Editionsband 2

3 Beitrag 3.4, »Öffentlicher Gesundheitsdienst«, Editionsband 2

4 Projekt »Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau«, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, <http://stadt-und-gesundheit.de/foerderprogramm/projekt-stadtentwicklung-und-gesundheit-disziplinaerer-und-sektoraler-brueckenbau/>

Landesebene sowie für den stationären (z. B. Beschwerdemanagement, Qualitätssicherung) und informellen Bereich (z. B. Patienteninitiativen, Patientenschutz) thematisiert.

Zwei Beiträge (▷ 4.4 Kahlke & Scharrer; ▷ 4.5 Woellert & Albrecht) befassen sich mit dem Thema Ethik in Form des Ethik-Seminars und Ethik-Netzwerkes in Hamburg. Das Ethik-Seminar geht auf eine Lehrveranstaltung im Fachbereich Evangelische Theologie der Universität Hamburg zurück. Seit der Erstkündigung vor fast 40 Jahren hat es sich stetig als Ort der Diskussion für die interessierte Öffentlichkeit entwickelt. Der Beitrag zum Ethik-Netzwerk beschreibt die Ethik-Arbeit in Hamburger Krankenhäusern und stellt die Entwicklung des Netzwerks vor. Hier zeigt sich eine beachtliche Vielfalt der bearbeiteten Themen. Die Aktivitäten haben die Gründung weiterer Ethik-Netzwerke inspiriert.

Die fünf Beiträge dieses Kapitels verdeutlichen, wie sich unterschiedliche Einrichtungen, Initiativen und Netzwerke in Hamburg an einer »Steuerung« (im weiten Sinne) beteiligen und spezifische Rollen im Kontext StadtGesundheit einnehmen. Damit dient das Kapitel auch als gewisses Bindeglied zwischen Kapitel 3 (Stadtepidemiologie) und den nachfolgenden Kapiteln 5 bis 7. ■

Jobst Augustin, Rainer Fehr

4.1

Gesundheit im politischen Diskurs am Beispiel der Parlamentsdatenbank des Stadtstaates Hamburg

Rainer Fehr, Sinja Gating, Julia Kuhn, Silja Ritzinger, Claudia Hornberg

Politische Entscheidungen – auch auf lokaler Ebene – wirken sich in vielfacher Weise auf den Alltag der Bürger:innen und auf ihre Gesundheit aus. Ein wesentliches Element lokalpolitischer Debatte ist der Diskurs im Stadtparlament. Dieser schlägt sich in unterschiedlichen Dokumenten nieder, die im Regelfall frei zugänglich sind. Der Stadtstaat Hamburg stellt diese Dokumente innerhalb der »Parlamentsdatenbank der Hamburgischen Bürgerschaft«⁵ zur Verfügung. Diese Datenbank wurde im Projekt *Stadt-Gesundheit*⁶ erkundet, um (a) einen Überblick über die Parlamentsdatenbank samt ihrer

5 Es handelt sich hier um das öffentlich zugängliche Informationssystem des Landesparlaments, das alle Dokumente seit Beginn der 16. Wahlperiode am 8.10.1997 beinhaltet; nachfolgend kurz (Parlaments-) Datenbank, www.buergerschaft-hh.de/parldok

6 Arbeitsgruppe »Umwelt und Gesundheit«, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Dokumententypen zu erhalten, (b) von Gesundheitsbezügen in den Dokumenten einen ersten Eindruck zu gewinnen und (c) die Nutzbarkeit für das Themenfeld StadtGesundheit einzuschätzen (Fehr, Gating et al. 2022).

In der Parlamentsdatenbank werden detaillierte Informationen über Aktivitäten und Entscheidungen der Hamburgischen Bürgerschaft (Landesparlament des Stadtstaats Hamburg) veröffentlicht. Diese Dokumente gelten u. a. für die Gesetzgebung, Rechtsprechung, Verwaltung, Wissenschaft und/oder Forschung als archivwürdige Unterlagen mit bleibendem Wert (§ 2, Hamburger Archivgesetz)⁷.

Zur inhaltlichen Erschließung von Dokumenten erfolgt eine *Indexierung* (Verschlagwortung).⁸ Die Materialien können dann auf unterschiedliche Weisen abgerufen werden, insbesondere über Formalkriterien wie Urheber:in, Dokumententyp, Beratungsstand; über vorgegebene Begriffe (»Schlagwortsuche«), gegebenenfalls mit »UND« oder »ODER« verknüpft; und über selbstgewählte Suchworte (»Freie Suche«).⁹

Vorgehensweise

Die vorliegende Untersuchung umfasst die Dokumente aller in der Datenbank vertretenen, aktuell abgeschlossenen Wahlperioden, d. h. 16. Wahlperiode (ab 8. 10. 1997) bis 21. Wahlperiode (bis 18. 3. 2020). Da die durchgeführte Analyse den Charakter einer Orientierungsstudie hat, wurde ein pragmatisches Vorgehen gewählt. Der Untersuchungsfokus lag auf den folgenden Dokumententypen: *Große Anfragen*, *Schriftliche Kleine Anfragen*,¹⁰ *Berichte*, *Gesetze* und *Gesetzentwürfe* (nachfolgend auch unter dem Begriff »Hauptdokumente« zusammengefasst), weil wir diese als besonders relevant für das politische Geschehen erachten.

Als Grundlage der Recherche wurden die Begriffe »gesund« und »krank« gewählt, um Gesundheitsbezüge in den Dokumenten der Parlamentsdatenbank zu identifizieren. Die durchgeführte Analyse stützt sich insbesondere auf die »Schlagwortsuche« sowie die »Freie Suche«.

7 Hamburgisches Archivgesetz (HmbArchG) vom 21. Januar 1991, zuletzt geändert durch Art. 4 SicherheitsverbesserungsG vom 16. 6. 2005, <https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata%2Fges%2FHbgArchivG%2Fcont%2FHbgArchivG.htm>

8 Es liegen keine Informationen über die in der Parlamentsdatenbank verwendeten Methoden der Indexierung vor. Generell findet in den meisten Fällen eine Indexierung sprachbasiert über Schlagwörter (die nicht im Text stehen, aber eine assoziative Verbindung zum Inhalt aufweisen) oder über Stichwörter (Wörter aus dem Text) statt. Möglich ist auch eine automatische, computergestützte Indexierung (Nohr 2003).

9 Das Schriftzeichen »*« (Stern) kann hier im Sinne einer sogenannten Trunkierung als Platzhalter für verschiedene Textvarianten verwendet werden; z. B. »*krank*« für »Krankheit«, »Krankenhaus«, »Krankenschwester«, »Krebskranke« etc.

10 An die Regierung gerichtete Verlangen um Auskunft in einer bestimmten Sache können in zwei Formen gestellt werden: Große Anfragen; diese sind innerhalb von vier Wochen vom Senat (Landesregierung des Stadtstaats Hamburg) zu beantworten und werden bei Beantwortung auf die Tagesordnung der Bürgerschaft gesetzt. Schriftliche Kleine Anfragen; diese sind innerhalb von acht Tagen schriftlich zu beantworten.

Überblick über die Parlamentsdatenbank

In der Datenbank sind für die betrachteten Wahlperioden insgesamt 70.375 Dokumente hinterlegt, die sich in 22 Typen differenzieren.¹¹ Schriftliche Kleine Anfragen weisen hier mit Abstand die größte Häufigkeit auf, gefolgt von Anträgen und Ausschussberichten (Tab. 4.1-1).

Tabelle 4.1-1: Anzahl von Dokumenten in der Parlamentsdatenbank für Wahlperiode 16 bis 21.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.

Dokumententyp	Anzahl	Dokumententyp	Anzahl
Aktuelle Stunde	406	Mündliche Anfrage	66
Antrag	9.799	Plenarberatung	551
Ausschussbericht	7.365	Plenarprotokoll	551
Ausschussprotokoll	4.186	Redebeitrag	284
Ausschussvorgang	102	Schriftliche Kleine Anfrage	39.497
Bekanntmachung	141	Senatsbefragung	17
Bericht	2.856	Tagesordnungsantrag	33
Ereignis im Plenum	272	Verordnung	32
Gesetz	419	Wahl im Plenum	24
Gesetzblatt	526	Wahlvorschlag	668
Gesetzentwurf	1.155	Dokumente, gesamt	70.375
Große Anfrage	1.425		

Innerhalb der Gruppe »Hauptdokumente« interessierten uns vor allem die Großen und Schriftlichen Kleinen Anfragen, da ihnen – wie die Bezeichnungen schon erkennen lassen – eine besondere Bedeutung für die politische Debatte zukommt. Auf diese beiden Typen entfallen in der Datenbank über 40.900 Dokumente. Die Anzahl der Großen Anfragen schwankt im Untersuchungszeitraum, steigt aber in den letzten drei Wahlperioden deutlich an. Die Anzahl der Schriftlichen Kleinen Anfragen steigt hingegen kontinuierlich und in hohem Maße seit der 17. Wahlperiode. Demgemäß verschiebt sich das Verhältnis von Großen Anfragen zu Schriftlichen Kleinen Anfragen mit der Zeit deutlich, nämlich von ca. 1:14 in der 16. Wahlperiode auf ca. 1:45 in der 21. Wahlperiode (Tab. 4.1-2).

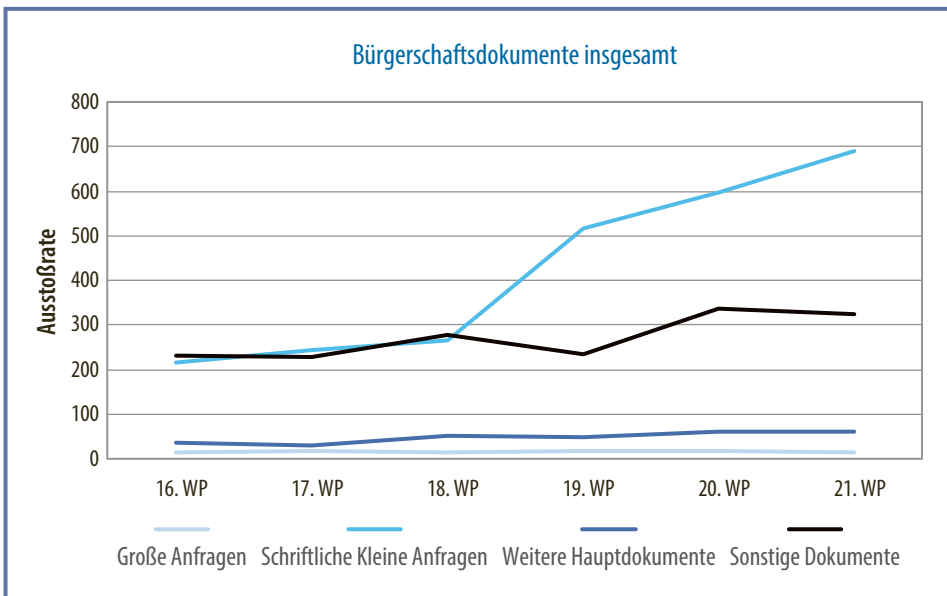
¹¹ Es ist allerdings nicht jeder Dokumententyp in jeder Wahlperiode vertreten.

Table 4.1-2: Anzahl von Parlamentsdokumenten der Hamburgischen Bürgerschaft, unterteilt in Haupt- und sonstige Dokumente nach Wahlperiode (WP). *Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.*

Dokumententyp	16. WP	17. WP	18. WP	19. WP	20. WP	21. WP	WPn, gesamt
Große Anfragen	237	160	221	207	292	308	1.425
Schriftliche Kleine Anfragen	3.434	2.360	4.209	6.144	9.485	13.865	39.497
Alle Hauptdokumente	4.229	2.824	5.232	6.921	10.735	15.411	45.352
Sonstige	3.712	2.222	4.402	2.793	5.361	6.533	25.023
Dokumente, gesamt	7.941	5.046	9.634	9.714	16.096	21.944	70.375

Um die unterschiedliche Länge der Wahlperioden bei der zeitlichen Entwicklung des Dokumentenausstoßes zu berücksichtigen, wurden mittlere quartalsbezogene Raten errechnet¹² (Abb. 4.1-1).

Abbildung 4.1-1: Dokumente der Hamburgischen Bürgerschaft: Mittlerer Ausstoß pro Quartal, nach Wahlperiode (WP). *Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.*



¹² Diese ergeben sich aus der Anzahl von Dokumenten einer Wahlperiode, dividiert durch die in Quartalen gemessene Länge dieser Wahlperiode.

Gesundheitsbezüge in den Dokumenten der Datenbank

In diesem Kapitel wird der Umfang gesundheitsbezogener Themen in den Hamburger Parlamentsunterlagen über die betrachteten Wahlperioden hinweg dargestellt. Zusätzlich erfolgt eine qualitative Charakterisierung über die Titel von Großen Anfragen.

Suche über Schlagworte

Für die Wortstämme »gesund*« und »krank*« gab es jeweils zwölf Schlagworte; diese waren jedoch nicht durchgängig in jeder Wahlperiode vertreten (Tab. 4.1-3).

Table 4.1-3: Vorgegebene Schlagworte zu »gesund*« bzw. »krank*« innerhalb der Datenbank nach Wahlperiode (WP); × = vorhanden. *Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.*

	Schlagwort	16. WP	17. WP	18. WP	19. WP	20. WP	21. WP
Gesund...	-heit	×	×	×		×	×
	-heits- u. Krankenpfleger	×	×		×	×	×
	-heits- u. Krankenpflegerin	×	×		×	×	×
	-heitsausschuss	×	×	×			
	-heitsberuf	×	×	×	×	×	×
	-heitserziehung	×					
	-heitspolitik	×	×	×		×	×
	-heitsraum	×	×	×			×
	-heitsrisiko	×	×	×	×	×	×
	-heitsvorsorge	×	×	×	×	×	×
	-heitswesen	×	×	×	×	×	×
	-heitswirtschaft				×	×	×
Krank...	-enhaus	×	×	×	×	×	×
	-enhaus Mariahilf	×		×			
	-enhausabfall	×		×	×		
	-enhausplanung	×	×	×	×		
	-enkasse	×	×	×	×	×	×
	-enpfleger	×	×		×	×	×
	-enpflegerin	×	×		×	×	×
	-enschwester	×	×		×	×	×
	-enstand	×	×	×	×	×	×
	-enversicherung	×	×	×	×	×	×
	-enversorgung	×	×	×	×	×	×
	-heit	×	×	×	×	×	×

Bei der Schlagwortsuche fanden sich im Untersuchungszeitraum für die Wortgruppe »gesund*« 1.129 Dokumente und für die Wortgruppe »krank*« 1.514 Dokumente. Nach Abzug von Dubletten verblieben 2.279 Dokumente, die mit mindestens einem Begriff der Gruppe »gesund*« oder der Gruppe »krank*« verschlagwortet waren. Davon entfielen 1.802 Dokumente auf die definierten »Hauptdokumente« (Tab. 4.1-4).

Table 4.1-4: Anzahl ausgewählter Dokumente mit Bezug zu den Schlagwortgruppen »gesund*« oder »krank*« nach Wahlperiode (WP). *Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.*

Schlagwortgruppen »gesund*« oder »krank*«	16. WP	17. WP	18. WP	19. WP	20. WP	21. WP	WPn, gesamt
Große Anfragen	22	7	6	17	19	32	103
Schriftliche Kleine Anfragen	140	97	156	178	339	583	1.493
Alle Hauptdokumente	194	126	214	219	389	660	1.802
Sonstige	117	68	97	31	74	90	477
Dokumente, gesamt	311	194	311	250	463	750	2.279

Der zeitlichen Verlauf zeigt, dass die absolute Zahl Großer Anfragen, Schriftlicher Kleiner Anfragen und überhaupt aller »Hauptdokumente«, die bei der Suche mit den Schlagwortgruppen »gesund*« und »krank*« ausgegeben wurden, in der 21. Wahlperiode höher lag als in allen vorangegangenen Wahlperioden (Tab. 4.1-4). Wie bereits erwähnt, geben quartalsbezogene Raten ein aussagekräftigeres Bild der zeitlichen Entwicklung (Tab. 4.1-5 und Abb. 4.1-2). Auch die Ausstoßraten pro Quartal liegen für die Hauptdokumente in der 21. Wahlperiode höher als in allen vorausgegangenen Wahlperioden.

Table 4.1-5: Mittlere quartalsbezogene Ausstoßraten für ausgewählte Dokumententypen mit Bezug zu den Schlagwortgruppen »gesund*« oder »krank*« nach Wahlperiode (WP). *Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.*

Schlagwortgruppen »gesund*« oder »krank*«	16. WP	17. WP	18. WP	19. WP	20. WP	21. WP	WPn, gesamt
Große Anfragen	1,4	0,7	0,4	1,4	1,2	1,6	1,1
Schriftliche Kleine Anfragen	8,8	10,0	9,8	15,0	21,3	29,0	16,7
Alle Hauptdokumente	12,1	13,0	13,5	18,4	24,5	32,8	20,1
Sonstige	7,3	7,0	6,1	2,6	4,7	4,5	5,3
Dokumente, gesamt	19,4	20,0	19,6	21,0	29,1	37,3	25,4

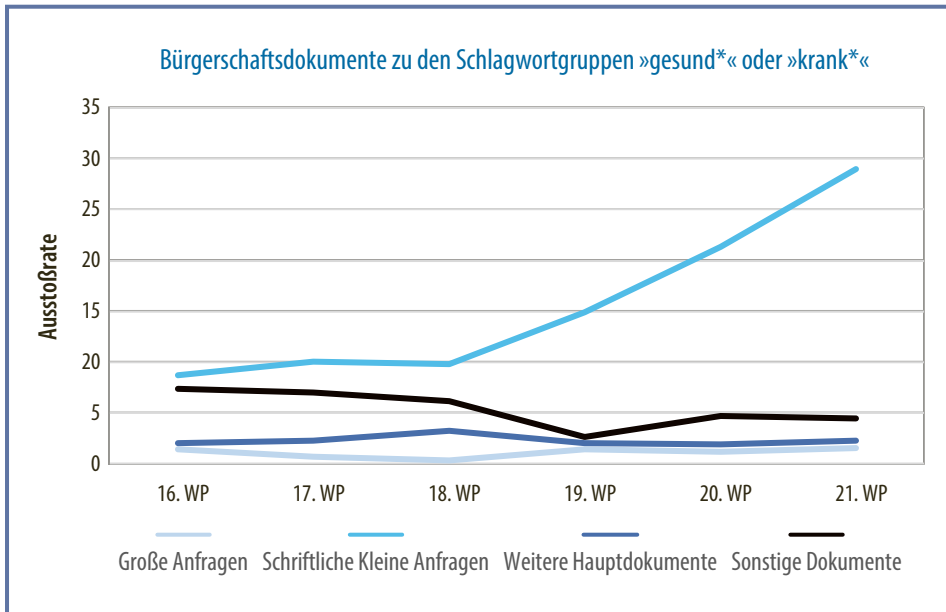


Abbildung 4.1-2: Dokumente der Hamburgischen Bürgerschaft mit Bezug zu den Schlagwortgruppen »gesund*« oder »krank*«: Mittlerer Ausstoß pro Quartal, nach Wahlperiode (WP).

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.

Recherche über die »Freie Suche«

In der Freien Suche wurde mit dem Modus »Titel, Schlagwort, Kurzreferat« nach Dokumenten mit Gesundheitsbezug recherchiert. Die Trefferzahlen waren hier erwartungsgemäß höher als bei der Schlagwortsuche.¹³ Für »gesund*« wurden 1.809 Dokumente, für »krank*« 2.338 Dokumente aufgefunden. Nach Ausschluss von Dubletten betrug die Anzahl von Treffern zu »gesund*« oder »krank*« 3.960 Dokumente. Bei der Freien Suche ist allerdings mit einem in seiner Höhe unbekanntem Anteil falsch-positiver Treffer zu rechnen, da Formulierungen wie z. B. »gesunde Wirtschaft« oder Ähnliches ebenfalls in den Trefferpool gelangen.

Gesundheitsthemen in den Großen Anfragen

Für die 16. bis 21. Wahlperiode konnten insgesamt 77 Große Anfragen mit Bezug zur Schlagwortgruppe »gesund*« in der Datenbank identifiziert werden. Die entsprechenden Titel für die beiden ersten und die beiden letzten Wahlperioden sind in Tab. 4.1-6 benannt.

¹³ Da bei der Schlagwortsuche keine Links-Trunkierung genutzt werden kann, wurde auch bei der Freien Suche auf eine Links-Trunkierung verzichtet.

Table 4.1-6: Titel der Großen Anfragen in den Wahlperioden 16 und 17 sowie 20 und 21 innerhalb der Schlagwortgruppe »gesund*«. *Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.*

Nummer	Datum	Titel der Großen Anfragen
16. Wahlperiode (20 Große Anfragen)		
16/345	28.01.1998	Hamburger Krankenhausstruktur 1998 – Fortschreibung des Krankenhausplans 2000
16/655	08.04.1998	»Familien und Gesundheit«
16/1240	11.08.1998	Auf dem Weg zur Informationsgesellschaft – Chancen, Risiken und Herausforderungen von Multimedia in Hamburg
16/1696	18.11.1998	Diabetikerversorgung in Hamburg
16/1918	18.12.1998	Social Sponsoring in Hamburg
16/1932	22.12.1998	Status des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Hamburg
16/1941	05.01.1999	Integration von Migrant/innen
16/2306	07.04.1999	Sozialamt 2000
16/3142	11.10.1999	Förderung der »Branche« Gesundheitsdienstleistungen in Hamburg
16/3225	26.10.1999	Kosten der Hamburger Drogenpolitik
16/3405	25.11.1999	Erweiterung des Studienspektrums im Bereich Gesundheit und Pflege an den Hamburger Hochschulen
16/4093	05.04.2000	Hepatitis im Justizvollzug
16/4235	10.05.2000	Drogenprävention an Hamburger Schulen
16/4554	13.07.2000	Tabakkonsum als vernachlässigter Aspekt der Hamburger Suchtpolitik
16/5413	08.01.2001	Versorgung der Hamburger Bevölkerung mit Breiten-, Freizeit-, Gesundheits- und Leistungssportangeboten
16/5608	14.02.2001	Förderung der Selbsthilfe im Gesundheitsbereich in Hamburg
16/5658	27.02.2001	Wirksamer Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher – Schutz vor BSE
16/5702	28.02.2001	Das neue Infektionsschutzgesetz und Konsequenzen für Hamburg
16/5814	30.03.2001	Ärztliche Versorgung in der Abschiebehaftanstalt Glasmoor
16/6153	07.06.2001	Die Aktivitäten des Vereins zur Betreuung von Arbeitslosen und Arbeitslosenselbsthilfegruppen und die Untätigkeit der BAGS
17. Wahlperiode (7 Große Anfragen)		
17/321	06.02.2002	Gesundheit im Strafvollzug/Gesundheit von Strafgefangenen
17/865	17.05.2002	Suchtprävention bei legalen Drogen
17/1385	04.09.2002	Infektionsschutz in Hamburg
17/1633	30.10.2002	Wildtierhaltung in Zirkusunternehmen
17/1956	12.12.2002	Medizinische Prävention bei Kindern und Jugendlichen
17/3129	28.07.2003	Gesundheit hat ein Geschlecht
17/3596	03.11.2003	Ausgleichs- und Ersatzmaßnahmen bei Hamburger Großprojekten
...		

Nummer	Datum	Titel der Großen Anfragen
20. Wahlperiode (13 Große Anfragen)		
20/672	31.05.2011	Gesundheit älterer Menschen in Hamburg
20/802	16.06.2011	Sport als Wirtschaftsfaktor
20/3827	12.04.2012	Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE) – was hat der Senat in einem Jahr geschafft und was sind die Planungen für die Zukunft?
20/3920	19.04.2012	Gesundheitliche Versorgungsstrukturen Hamburgs – Kompetenzen und Potenziale von Menschen mit Migrationshintergrund
20/5078	08.05.2013	Männergesundheit
20/5633	24.10.2012	Perspektiven im Bereich Sport
20/7935	08.05.2013	Hamburg – Metropole der Chancen, Clusterpolitik erfolgreich weiterentwickeln
20/8546	27.06.2013	Genossenschaften im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich
20/9885	07.11.2013	Kinder- und Jugendgesundheit in Hamburg
20/10521	16.01.2014	Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg
20/10915	18.02.2014	Zahngesundheit von Kindern
20/12349	03.07.2014	Mobile Health (mHealth) Anwendungen – Potenziale für Hamburg
20/12843	28.08.2014	Das Hamburger Integrationskonzept: Entwicklung der Integrationsindikatoren
21. Wahlperiode (10 Große Anfragen)		
21/283	20.04.2015	Umsetzung der generalisierten Pflegeausbildung in Hamburg
21/613	28.05.2015	Ausgangsbilanz im Bereich Familie, Kinder und Jugend
21/5081	30.06.2016	Stand der Integrationsindikatoren des Hamburger Integrationskonzepts
21/7758	31.01.2017	Warum versagt Rot-Grün bei den Lebensmittelkontrollen in den Bezirken? – Warum spielt der Senat »Russisch Roulette« mit der Gesundheit der Hamburgerinnen und Hamburger?
21/8699	11.04.2017	Die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen in Hamburg – Mittel- und langfristige Handlungsmöglichkeiten gegen Armut
21/9187	19.05.2017	Zwischenbilanz im Bereich Familie, Kinder, Jugend
21/9435	14.06.2017	Industriepolitik in Hamburg
21/11473	28.12.2017	Warum haben SPD und GRÜNE ihre Versprechen im Bereich Arbeit und Ausbildung nicht gehalten?
21/13891	27.07.2018	Gewalt gegen Ärzte und medizinisches Fachpersonal
21/17753	04.07.2019	Dokumentationspflichten im Gesundheitswesen

Die Großen Anfragen der 16. bis 21. Wahlperiode wurden – nach bestem Ermessen – verschiedenen Zielgruppen zugeordnet.¹⁴ Diese Zuordnung erfolgte ausschließlich auf Basis des Titelscreenings; Volltexte wurden dafür nicht gesichtet. Demnach betrafen

¹⁴ Es erfolgte eine Mehrfachzuordnung, wo dies inhaltlich geboten erschien.

die Großen Anfragen mit Gesundheitsbezug besonders häufig das medizinische Fachpersonal (17 Dokumente), Kinder und Jugendliche (13 Dokumente), die Gesamtbevölkerung Hamburgs (11 Dokumente), Migrant:innen (8 Dokumente), Sportler:innen (7 Dokumente) sowie Gefangene und Verwahrte (5 Dokumente) und »Frauen« (4 Dokumente); für sonstige Personengruppen lag die Anzahl der Großen Anfragen jeweils nicht über drei.

Diskussion

Inhaltlich ist die Hamburger Parlamentsdatenbank mit über 70.000 Dokumenten für sechs abgeschlossene Wahlperioden eine umfangreiche und wertvolle Informationsquelle, welche für wissenschaftliche Fragestellungen bisher wohl selten genutzt wurde (Hornberg & Fehr 2015). Deutlich mehr als die Hälfte der Dokumente sind »Kleine« (schriftliche) Anfragen, die ein Dialogelement zwischen Parlament und Senat darstellen und deren Ausstoßraten pro Quartal sich über den Betrachtungszeitraum hinweg in etwa verdreifacht haben.

In unserer orientierenden Schlagwortsuche mit den Begriffsfamilien »gesund« und »krank« waren bei ca. 2.280 Parlamentsdokumenten Gesundheitsbezüge festzustellen. Dies entspricht einem Anteil von 3,2 % aller Dokumente in der Datenbank. Bei der »freien« Recherche mit selbst gewählten Suchbegriffen (hier: »gesund...« und »krank...«) lag die Trefferzahl bei 3.960 Dokumenten; mit einem Anteil von 5,6 % der Gesamtdokumente war dies, wie erwartet, noch deutlich höher als bei der Schlagwortsuche. Wir vermuten, dass Dokumente mit *explizitem* Bezug zu Gesundheitsthemen mit diesem Vokabular zu einem hohen Teil erfasst werden. Über Dokumente mit *implizitem* Gesundheitsbezug wie z. B. zu Bewegungsförderung, Umwelt, Lärm oder Unfällen ist damit aber noch nichts ausgesagt.

Auch bei den durch unsere Schlagwortsuche identifizierten Dokumenten mit Gesundheitsbezug dominierten die »Schriftlichen Kleine Anfragen«, und auch hier stieg in den letzten vier Wahlperioden der Ausstoß stark an: Er verdreifachte sich von durchschnittlich 9,8 pro Quartal in der 18. Wahlperiode auf durchschnittlich 29,0 pro Quartal in der 21. Wahlperiode. Allerdings gibt der Dokumentenausstoß keine Auskunft über Umfang, Aufwand, Erstellung, Komplexität oder inhaltliche Relevanz; und über einen numerischen Anstieg von Drucksachen kann noch keine Aussage zur Entwicklung der inhaltlichen Bedeutung eines Themas abgeleitet werden (Früh 2015).

Auf technischer Ebene benannte die Hamburgische Bürgerschaft im Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 21. Legislaturperiode (SPD & Bündnis 90/Die Grünen 2015) eine möglichst umfassende Barrierefreiheit und Usability¹⁵ als Designkriterien

¹⁵ Benutzungsfreundlichkeit (Kalbach 2008)

von Onlineangeboten. In einer Arbeit von Koop (2017)¹⁶ wurde die Gebrauchstauglichkeit dieser Parlamentsdatenbank analysiert, und es wurden Usability-Schwächen identifiziert und Handlungsempfehlungen abgeleitet.

In der hiesigen Analyse gestaltete sich die Datenbankrecherche aufwendig und fehleranfällig;¹⁷ insbesondere fiel auf, dass bei identischer Suche zu verschiedenen Zeitpunkten die Ergebnisse teilweise deutlich voneinander abwichen. Aus unserer Sicht würden folgende Maßnahmen dazu beitragen, die Nutzbarkeit der Datenbank merklich zu verbessern:

- Erläuterung zu allen 22 in der Datenbank verfügbaren Dokumententypen, nicht nur zu einer Auswahl,
- konsistenter Umgang mit Dokumenten der Gesetzgebung,
- Transparenz über den Schlagwortfundus (Thesaurus) und die Schlagwortvergabe (Indexierung),
- Speichermöglichkeit genutzter Suchstrategien,
- Exportmöglichkeit von Ergebnislisten und
- Transparenz über (nachträgliche) Änderungen von Thesaurus, Indexierung und Inhalten.

Die Nutzbarkeit dieser für Hamburger StadtGesundheit bedeutenden Informationsquelle würde hierdurch noch deutlich wachsen, und der Weg für vertiefende inhaltliche Analysen wäre leichter gangbar.

LITERATUR

Fehr R, Gattling S, Kuhn J, Ritzinger S, Hornberg C (2022): Gesundheitsbezüge in der Parlamentsdatenbank der Hamburgischen Bürgerschaft. Bericht aus dem Projekt »Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau«. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. <http://stadt-und-gesundheit.de/foerderprogramm/projekt-stadtentwicklung-und-gesundheit-disziplinaerer-und-sektoraler-brueckenbau/>

Früh W (2015): Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. UVK Medien, Konstanz

Hornberg C, Fehr R (2015): Identifying major trends of health policy in a German city state – using hitherto neglected sources. European Public Health (EPH) Conference: Health in Europe – from global to local: policies, methods and practices, Milano (I), 15–17 Oct 2015. European Journal of Public Health, Vol. 25, Suppl. 3, S. 96. https://academic.oup.com/eurpub/article/25/suppl_3/ckv170.029/2484030?login=false

¹⁶ Abschlussarbeit am Department »Information« der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Laut Eintrag innerhalb des Dokuments handelt es sich um eine Auftragsarbeit der Bürgerschaftskanzlei der Freien und Hansestadt Hamburg.

¹⁷ Hier liegt die Annahme nahe, dass im Zeitraum zwischen den Suchprozessen Änderungen innerhalb der Datenbank vorgenommen wurden.

Kalbach J (2008): Handbuch der Webnavigation (Deutsche Ausgabe). O'Reilly, Beijing

Koop O (2017): Evaluierung und Weiterentwicklung der Informationsarchitektur der Parlamentsdatenbank der Hamburgischen Bürgerschaft; eine vergleichende Usability-Studie mit Handlungsempfehlungen. Bachelorarbeit. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Department Information. <http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2017/3971/>

Nohr H (2003): Grundlagen der automatischen Indexierung. Ein Lehrbuch. Logos Verlag Berlin GmbH, Berlin

SPD und Bündnis 90/Die Grünen (2015): Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 21. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft zwischen der SPD, Landesorganisation Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen, Landesverband Hamburg. Koalitionsvertrag Hamburg 2015 – 2020: Zusammen schaffen wir das moderne Hamburg. www.hamburg.de/koalitionsvertrag/

4.2

Lokale Einrichtungen, Initiativen und Projekte für Gesundheit in Hamburg¹⁸

Rainer Fehr, Jobst Augustin

Um die Gesundheit der Menschen in Hamburg zu fördern oder wiederherzustellen, haben sich zahlreiche Aktivitäten und Strukturen auf den unterschiedlichen administrativen Ebenen herausgebildet. Dabei reichen die Trägerschaften vom öffentlichen Bereich (Verwaltungsträger) über die sogenannten freien Träger (gemeinnützige Vereine und Gesellschaften; Stiftungen und Wohlfahrtsverbände) bis hin zu gewerblichen (gewinnorientierten) Trägern. In der öffentlichen Wahrnehmung werden diese oftmals nur isoliert wahrgenommen. Der Ansatz »StadtGesundheit« legt es nahe, die Aktivitäten der mit Gesundheit befassten Einrichtungen integrativ zu betrachten. Ziel ist es, das Zusammenwirken der Beteiligten zu verstehen und den wechselseitigen Austausch zu fördern.

In diesem Beitrag liegt der Schwerpunkt auf einer Auswahl von Einrichtungen und Aktivitäten mit *expliziten* Gesundheitsbezügen. Aus der Vielzahl *weiterer* für die Gesundheit wichtiger Institutionen werden hier nur einzelne Beispiele benannt. Manche dieser Einrichtungen sind überregional (bis international) ausgerichtet, so z. B. das Bernhard-Nocht-Institut, andere sind für die gesamte Stadt bzw. den Stadtstaat

¹⁸ Dieser Beitrag gründet sich u. a. auf Ausarbeitungen des Arbeitskreises Nachhaltige StadtGesundheit der Patriotischen Gesellschaft Hamburg und des Projektes Brückenbau der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Frühe Anstöße gehen zurück auf Exkursionen der Universität Bielefeld, die teilweise in Kooperation mit der TU Dortmund durchgeführt wurden. Gedankt sei Christian Lorentz für kundige Ergänzungen zum Abschnitt »Eimsbüttel«.

zuständig (so die Landesbehörden und die berufsständischen Kammern), wieder andere für einen Stadtbezirk (so die Gesundheitsämter), für einen Stadtteil oder ein Quartier. Stadtteilzentren und viele weitere Einrichtungen haben Einzugsbereiche, die sich nicht an administrativen Grenzen orientieren.

Der Beitrag behandelt folgende Gruppen von Einrichtungen: (i) Stadtteilbeiräte, (ii) bezirkliche Gesundheitsämter samt Gesundheits- und/oder Pflegekonferenzen, (iii) lokale Vernetzungsstellen für Prävention der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) sowie (iv) ausgewählte weitere Einrichtungen, Initiativen und Projekte (Textbox 4.2-1). In diesem Beitrag werden diese Einrichtungen – unabhängig von Trägerschaften, Zuständigkeiten oder Einzugsbereichen – räumlich nach ihrem *Standort* zugeordnet.

Textbox 4.2-1: Auswahl lokaler Einrichtungen, Initiativen und Projekte

Stadtteil- oder Quartiersbeiräte

Im Stadtteil- bzw. Quartiersbeirat arbeiten Menschen zusammen, die hier wohnen, arbeiten oder sich für das Gebiet interessieren. Der Stadtteil- bzw. Quartiersbeirat befasst sich mit aktuellen Themen und Entwicklungen; er ist ein unabhängiges, überparteiliches Gremium und tagt öffentlich.¹⁹ Die Entscheidungskompetenz eines solchen Rates bezieht sich vor allem auf den Einsatz finanzieller Mittel zur Förderung kleinerer Projekte im Stadtteil oder Quartier.²⁰ In Hamburg existiert neben 19 Stadtteilbeiräten ein Netzwerk Hamburger Stadtteilbeiräte²¹ mit dem Ziel, eine Plattform für den Austausch von Erfahrungen zu schaffen und dem Anliegen von Stadtteilen gegenüber Politik, Fachdienststellen und Geldgebern mehr Gewicht zu verleihen.²²

Gesundheitsämter

Die Hamburger Gesundheitsämter nehmen vielfältige Aufgaben der Beratung, Untersuchung, Betreuung und Auskunftgabe wahr (vgl. Nießen 2018). Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG)²³ vom 18. 7. 2001 legt in § 3, Abs. 3 fest: »Der Öffentliche Gesundheitsdienst arbeitet bei der Erfüllung seiner Aufgaben mit den anderen an der

19 Verallgemeinert nach Angaben des Stadtteilbeirats Niendorf-Nord, www.hamburg.de/contentblob/8217618/f36b3e62e25d437f70161a20598d1da4/data/geschaeftsordnungen-beteiligungs-gremien-eimsbuettel2017.pdf

20 www.bundestag.de/resource/blob/412406/268e51b50e2ab2425c0ddf04384460bf/wd-3-402-10-pdf-data.pdf

21 <https://stadtteilbeiraete-hamburg.de/>

22 https://unser-lurup.de/wp-content/uploads/2013/10/Nur-mit-uns_Broschuereklein-4.pdf

23 <https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata%2Fges%2FHbgGDG%2Fcont%2FHbgGDG.htm>

gesundheitlichen Versorgung Beteiligten, mit den im Gesundheits- und Umweltbereich tätigen öffentlichen Einrichtungen, Verbänden und Selbsthilfegruppen sowie mit Trägern der Gesundheitsförderung zusammen. Er nimmt dabei eine initiiierende und koordinierende Funktion wahr.« Laut § 4, Abs. 2 legt der Öffentliche Gesundheitsdienst »auf der Grundlage abgestimmter einheitlicher Indikatoren und Kriterien in fünfjährigen Abständen Berichte über die gesundheitliche Lage in den einzelnen Bezirken und einen Bericht bezogen auf das gesamte Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg vor«. § 6, Abs. 1 legt u. a. fest, dass der ÖGD sich »für die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen« einsetzt. § 17 besagt: Der ÖGD »nimmt bei Planungs- und Genehmigungsverfahren, von denen gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden können, zu den gesundheitlichen Auswirkungen und Risiken nach Maßgabe des jeweiligen Planungs- oder Genehmigungsrechts Stellung«.

Gesundheits- und/oder Pflegekonferenzen

Nach § 6, Abs. 3 HmbGDG regt der ÖGD gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen an und führt sie, gegebenenfalls in Kooperation mit anderen, durch. »Hierzu richtet der Öffentliche Gesundheitsdienst Gesundheitskonferenzen in den Bezirken ein. Dabei werden die Vertreterinnen und Vertreter der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge sowie Patientenschutz einbezogen.« (Vgl. Nießen & Grünberger 2018)

Lokale Vernetzungsstellen für Prävention und Gesundheitsförderung

Wie den Informationen der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) zu entnehmen ist,²⁴ bringen diese Lokalen Vernetzungsstellen die lokal handelnden Akteur*innen zu gesundheitsbezogenen Themen zusammen und beteiligen Bewohner*innen; der Austausch findet u. a. in runden Tischen und Stadtteilbeiräten statt. Die Koordination liegt bei lokalen Trägern wie Stadtteilbüros oder bei den Bezirksämtern. Insgesamt acht solche Stellen gibt es in sechs Hamburger Bezirken (nicht in Bergedorf, jedoch je zwei in Altona und Hamburg-Mitte). Im Zuge der Umsetzung des Präventionsgesetzes bzw. der Landesrahmenvereinbarung Hamburg soll diese lokale Struktur weiter ausgebaut werden. Die Informationen der KGC schließen »Steckbriefe« ein, die für die einzelnen Vernetzungsstellen u. a. über Ziele, Ausgestaltungen, erzielte Wirkungen sowie Gelingensfaktoren und Stolpersteine berichten.

²⁴ www.hag-gesundheit.de/wir-ueber-uns/koordinierungsstelle-gesundheitliche-chancengleichheit-hamburg

Für diese Übersicht bedeutsam ist auch die Zugehörigkeit von Stadtteilen zum Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE). Dessen Ziel ist es, »die Lebensqualität in Quartieren mit besonderem Entwicklungsbedarf durch städtebauliche Maßnahmen zu verbessern und den sozialen Zusammenhalt zu stärken.«²⁵ »Es sollen attraktive Quartiere ... entstehen und damit sozialer Ausgleich und die Chance auf Teilhabe für alle erreicht werden«; hierzu »müssen viele Akteurinnen und Akteure in der Stadt (Politik, Fachbehörden, Bezirke, soziale Einrichtungen, Vereine, Initiativen, Unternehmen, Verbände, Bewohnerinnen und Bewohner) zusammenarbeiten.«²⁶ Aktuell werden in Hamburg 27 verschiedene Quartiere unterstützt, die in den verschiedenen Programmen der Bund-Länder-Städtebauförderung festgelegt sind. Insgesamt werden 33 Fördergebiete gezählt, da einige Quartiere in mehreren Programmen festgelegt sind.²⁷

Bezirk Altona

Landschaftlich ist der Bezirk in drei parallel zur Elbe verlaufende Streifen gegliedert: der sehr schmale, uneingedeichte Elbstrand, das eiszeitlich geformte Hochufer und die sich landeinwärts anschließende, überwiegend flache Geest.²⁸ Der Bezirk ist größtenteils identisch mit der bis 1938 selbstständigen Stadt Altona – abgesehen davon, dass Eidelstedt und Stellingen-Langensfelde heute zum Bezirk Eimsbüttel gehören und der Grenzverlauf zu St. Pauli einige Veränderungen erfahren hat.²⁹

Tabelle 4.2-1: Basisdaten des Bezirkes Altona. *Quelle: Statistikamt Nord*³⁰.

Bevölkerungsstand Altona	31.12.2020	275.664 Personen
Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund	31.12.2019	33,6 % (geschätzt)
Durchschnittsalter der Bevölkerung	31.12.2019	42,1 Jahre
Bevölkerungsdichte	31.12.2020	3.538 Einwohner pro km ²

Im Bezirk Altona gibt es als Stadtteilbeiräte das Luruper Forum³¹ (Träger: Lichtwark-Forum Lurup e. V.) (s. u.) und die Borner Runde (Osdorfer Born)³². Zum Bezirk gehören drei RISE-Fördergebiete:³³ Altona-Altstadt, Lurup und Osdorfer Born/Lurup.

25 www.hamburg.de/rise/

26 www.hamburg.de/ziele-und-grundlagen/ziele/

27 www.hamburg.de/karte-und-liste-der-foerdergebiete/

28 https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Altona ▶Geologie

29 https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Altona

30 <https://region.statistik-nord.de/detail/10000000000000/2/1716/>

31 <https://unser-lurup.de/lurup-zum-mitmachen/lichtwark-forum/stadtteilbuero/>

32 <https://osdorfer-born.de/tags/buergerbeteiligung>

33 www.hamburg.de/karte-und-liste-der-foerdergebiete/



Abbildung 4.2-1: Stellingen: Ziegeleiteich. Zweiter Grüner Ring im Bezirk Altona, Streckenkilometer 3,0. *Alle Fotos in diesem Beitrag: Rainer Fehr.*

Gesundheitsamt Altona

Aus dem Aufgabenspektrum des Altonaer Fachamtes Gesundheit³⁴ ist für StadtGesundheit insbesondere das sogenannte Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM) interessant. Das entsprechende Team organisiert u. a. die jährlichen Altonaer Gesundheitsgespräche,³⁵ unterstützt sogenannte Mikroprojekte im Gesundheitsbereich und koordiniert die Aktivitäten der vier Arbeitsgruppen der nachfolgend beschriebenen Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz, nämlich: AG Barrierefreiheit für ALLE,³⁶ AG Leben im Alter,³⁷ AG Interkulturelle Gesundheitsförderung³⁸ und AG Seelische Gesundheit³⁹.

34 www.hamburg.de/altona/fachamt-gesundheit/; Bahrenfelder Straße 254–260, 22765 Hamburg; aus dem Gesundheitsamt Altona stammt im Editionsband 2 der Beitrag 3.4 »Öffentlicher Gesundheitsdienst« (Nießen 2018)

35 www.hamburg.de/altona/veranstaltungen/8427790/altonaer-gesundheitsgespraeche/

36 www.hamburg.de/altona/menschen-mit-behinderungen/

37 www.hamburg.de/altona/leben-im-alter

38 www.hamburg.de/altona/gesundheits-und-pflegekonferenz/4251896/interkulturelle-gesundheits-foerderung/

39 www.hamburg.de/altona/seelische-gesundheit/

In Abständen von fünf Jahren sind Gesundheitsberichte vorgesehen, auch als Grundlage für die Altonaer Gesundheitsziele, welche zusammen mit Akteuren aus der Altonaer Politik und dem Altonaer Gesundheitswesen über die Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz erarbeitet und umgesetzt werden sollen. Im Auftrag der Bezirksversammlung Altona erstellte das Gesundheitsamt eine Broschüre *Altonaer Bewegungsrouten*, um die Bevölkerung zu mehr Bewegung zu animieren (Gesundheitsamt Altona 2020), siehe Textbox 4.2-2.

Textbox 4.2-2: Altonaer Bewegungsrouten

Die Broschüre *Altonaer Bewegungsrouten – Sieben Routenbeschreibungen mit nützlichen Informationen*⁴⁰ steht unter dem Motto »Bewegung tut gut und erhält uns gesund«. Zu den »an Spaziergänger, Wanderer und ebenso an Fahrradfahrer und Jogger« gerichteten Routen heißt es: »In der Zusammenarbeit mit Landschaftsarchitektinnen und dem Bezirksamt Altona entstand vor mehr als 10 Jahren dieses innovative, bewegungsfördernde Wegenutzungskonzept. Seit dem Frühjahr 2019 stehen ... überarbeitete Versionen dieser Routenbeschreibungen zur Verfügung. In dieser Neuauflage wird das Thema »Inklusion« nochmals vertieft. Dafür wurde eine »Ampel der Barrierefreiheit« in die Broschüre aufgenommen. Alle Rundwege sind an den ÖPNV angebunden und bieten ... abwechslungsreiche Einblicke in Altonaer Landschaften und Quartiere.« (Vgl. Nießen und Grünberger 2018, mit Kartenausschnitt)

Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz

Nach eigener Darstellung unterstützt die Konferenz die Förderung der Gesundheit und Pflege der Menschen im Bezirk; ihr Anliegen ist, nützliche Informationen und Kontaktmöglichkeiten für den Einzelnen zu eröffnen. Sie weist auf Veranstaltungen und Angebote von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen hin und bietet sich als Plattform für bürgerschaftliches Engagement und Interessenvermittlung an⁴¹ (vgl. Nießen & Grünberger 2018).

Der Aktionstag »Barrierefreies Altona – für ALLE! Barrieren erkennen und überwinden« am 6. 6. 2019 erfolgte in Zusammenarbeit von Gesundheitsamt Altona, Arbeitsgruppe »Barrierefreiheit« der Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz und weiteren Institutionen, um Informationen zu Behinderungen, Barrieren und Unterstützungsangeboten zu geben. Die Veranstaltung umfasste u. a. einen Rollstuhl-Hindernisparscours, eine Mobilitätsberatung für Senioren durch den Hamburger Verkehrsverbund,

⁴⁰ www.hamburg.de/altona/gesundheits-und-pflegekonferenz/4251820/bewegungsrouten/

⁴¹ www.hamburg.de/altona/ueber-uns/

Erfahrung der Begleitung durch einen Blindenführhund und Erfahrung von Alters- einschränkungen durch einen Alterssimulationsanzug.⁴² Die Gesundheits- und Pflege- konferenz Altona führte am 13. 11. 2019 ihr 9. Plenum mit der Überschrift »Gesundheit findet Sta(d)tt« durch; das Thema »Was braucht ein gesundes Quartier?« wurde aus ver- schiedenen Blickwinkeln behandelt.⁴³

Altonaer Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsziele

Ein erster Altonaer Gesundheitsbericht erschien 2006⁴⁴, ein zweiter Bericht 2014⁴⁵. Zum ersten Bericht heißt es auf der Webseite: »Ein guter Gesundheitszustand der Bevölke- rung ist eine wesentliche Bedingung für persönliche, soziale und ökonomische Ent- wicklung. Gesund-Sein und Gesund-Bleiben gehören zur Lebensqualität und sind damit herausragende Bestandteile des täglichen Lebens.« Der zweite Bericht behandelt die Auswirkungen von Altersarmut auf die Gesundheit von Senior:innen im Bezirk.

Erste Gesundheitsziele für den Bezirk Altona betrafen den Zeitraum 2008 bis 2010 (Bezirksamt Altona 2009). Die Evaluationsergebnisse, die bezirkliche Gesundheits- berichterstattung, aktuelle Lageeinschätzungen bezirklicher Akteure zur Gesundheit und Pflege, die nationalen Gesundheitsziele, die Zielentwicklungen im Pakt für Präven- tion Hamburg und die Handlungsbedarfe vor Ort bildeten die Basis zur Fortschreibung als »Gesundheitsziele Altona 2012 – 2016« (»Gemeinsam für mehr Gesundheit«).⁴⁶ Diese sind unterteilt in vier Strukturziele, fünf Ziele mit Gesundheitsförderungs- sowie vier Ziele mit Krankheits- und Pflegebezug; sie sind mit umsetzbaren Maßnahmen unterlegt. Zu den Schwerpunkten gehören gesunde Ernährung, Bewegungsförderung sowie bedarfsgerechte Weiterentwicklung des bezirklichen Gesundheits- und Pflege- wesens, soweit es durch kommunales Handeln beeinflusst werden kann. Die Umset- zung erfolgt überwiegend durch die Arbeitsgruppen der Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz, ergänzt durch Zusammenarbeit mit anderen Akteuren aus dem Be- zirk und dem Hamburger Stadtgebiet.

Lokale Vernetzungsstellen für Prävention in Altona

In Altona gibt es zwei dieser lokalen Vernetzungsstellen. Aus seit 1999 bestehenden Vor- läufern entstand 2007 die Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung Lurup im Stadt- teilhaus Lurup; seit 2017 ist die Zuständigkeit ausgeweitet auf das Quartier Osdorfer

42 www.hamburg.de/altona/pressemitteilung/12642980/barrierefreies-altona-fuer-alle/

43 www.hamburg.de/termine-der-bezirke/13061420/altona-gesundheit-findet-stadt/

44 www.hamburg.de/contentblob/4252106/9a0699297505884e2eaaca275891f6e2/data/1-altonaer-gesundheitsbericht.pdf

45 www.hamburg.de/altona/gesundheits-und-pflegekonferenz-gesundheitsberichte/4391936/zweiter-altonaer-gesundheitsbericht/

46 www.hamburg.de/contentblob/4252104/98b45ac86bea01a70e9b70f3590a2cde/data/gesundheitsziele-2012-2016.pdf

Born.⁴⁷ Dem »Steckbrief« zufolge liegt das oberste Ziel in der »Weiterentwicklung der lokalen und integrierten Strategie zur Gesundheitsförderung sowie der nach Bedarfen ausgerichteten Angebote, insbesondere sozial benachteiligter Zielgruppen im Stadtteil im Sinne eines Aufbaus von Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten«.

Als eine weitere Vernetzungsstelle wird das seit 2015 (und voraussichtlich bis Ende 2021) laufende Programm »eins A fit«⁴⁸ geführt, welches den Süden von Altona-Altstadt zwischen Großer Bergstraße und Elbe betrifft und bei der steg Hamburg koordiniert wird. Das Leitziel lautet, Angebote, Dienstleistungen und Einrichtungen aus dem Bereich Gesundheitsförderung zu erfassen und miteinander zu vernetzen.

Weitere Einrichtungen und Initiativen in Altona

In Altona-Altstadt angesiedelt, aber überregional tätig ist die Beratungsstelle CASA-blanca, Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten (Walter & Claass 2018).

Das als Stadtteilbeirat geführte Luruper Forum (s. o.) unterhält eine eigene Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung⁴⁹ im Stadtteil: »Die Mitarbeiterinnen ... bieten persönliche Beratung rund um Gesundheitsfragen vor Ort. Außerdem beraten und ermutigen sie bei der Entwicklung von Angeboten, Projekten, Netzwerkbildung und Strategieentwicklung zum Thema Gesundheitsförderung im Stadtteil.« Der Runde Tisch Gesundheitsförderung wird organisiert, und es erfolgt Beratung zur Projektentwicklung, Antragstellung für und Nutzung des TK-Verfügungsfonds Gesundes Lurup. Das Luruper Forum erkennt auch eine erfolgreiche Beteiligungskultur in Lurup, denn zur Planung für die Neugestaltung von Spielplätzen und Parks sowie zur Verbesserung der Angebote im Quartier oder in der Gesundheitsförderung konnten Bewohner/innen und Aktive aus Initiativen, Einrichtungen und Institutionen, Politik und Verwaltung ihre Interessen und Potenziale in vielen Beteiligungsverfahren einbringen.⁵⁰

Zu inklusiver Stadtentwicklung im Quartier Mitte Altona siehe Beitrag Gies im vorliegenden Band (▷ 7.4 Gies).

Als weitere Institutionen und Initiativen seien exemplarisch erwähnt:

- Die »Fabrik – Kultur und Kommunikationszentrum«⁵¹ (Träger: FABRIK Stiftung) in Ottensen nennt als Themenfelder u. a. Bewegungs- und Gesundheitsförderung sowie die gesunde Ernährung von Kindern.

47 www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/KGC/Koordinierungsstellen/Koordinierungsstelle_Gesundheitliche_Chancengleichheit_Hamburg/Steckbrief_Vernetzungsstelle_Lurup-Osdorf.pdf

48 www.altona-altstadt.de/soziale-stadt/foerdergebiet/projekte/gesundheit-sport/eins-A-fit.html

49 <https://unser-lurup.de/gesundheitsfoerderung/>

50 <https://unser-lurup.de/lurup-zum-mitmachen/beteiligungskultur-in-lurup/>

51 www.fabrik.de/index.php

- Die »Motte – Stadtteil- & Kulturzentrum«⁵² (Träger: Motte – Verein für stadtteil-bezogene Kultur- und Sozialarbeit e. V.) befindet sich in einer ehemaligen Schokoladenfabrik im Ottenser Ortsteil Mottenburg, dessen Name vermutlich auf den Ausdruck »die Motten haben« (an Tuberkulose erkrankt sein) zurückgeht. Laut Schilderung des Kulturzentrums war hier die Tuberkulose weit verbreitet, als Ottensen noch industriell geprägt war und die ärmsten Bewohner auch schon mal Neubauten »trocken wohnten«.⁵³
- Bunte Kuh e. V.⁵⁴ in Ottensen führt niedrigschwellige Lehm- und Tonbau-Mitmachaktionen durch; in seiner Arbeit verbindet sich u. a. Umweltbildung, Gesundheitsförderung für Kinder und die Arbeit mit körperlich und geistig behinderten und geflüchteten Menschen. Das in breiter Kooperation durchgeführte Projekt wurde ausgezeichnet mit dem Deutschen Präventionspreis 2004.
- Der Bürgertreff Altona-Nord⁵⁵ (Träger: Freier Werk Altona-Nord e. V.) führte 2015 Theaterprojekte durch, bei denen Menschen mit und ohne Handicap zusammen auf der Bühne standen und Kinder zusammen mit Senioren spielten, die an Demenz erkrankt sind.⁵⁶
- Das Zirkuscafé des Kinder- und Jugendzirkus ABRAX KADABRAX⁵⁷ (Träger: Jugendpfarramt Nordkirche) im Stadtteil Osdorf möchte die Themen Zirkusküche (gesunde Ernährung) und Zirkusangebote miteinander verbinden. In Kochkursen kochen die TeilnehmerInnen gemeinsam unter fachkundiger Anleitung alltagstaugliche, gesunde Gerichte.
- Das Kinderhaus am Pinnaßberg⁵⁸ (Träger: Kinderhaus am Pinnaßberg e. V.) in Altona-Altstadt vermittelt u. a. Information zur Ernährung, Pflege und Gesundheit von Kindern.

52 www.diemotte.de/de/

53 www.diemotte.de/de/ueber-uns/ottensen-altona/ (Stand Mitte 2021)

54 www.buntekuh-hamburg.de/index.php

55 www.altonanord.de

56 <http://buergertreff-altonanord.de/stadtteilprojekte/kulturprojekte>

57 www.abraxkadabrax.de

58 www.kinderhausampinnaßberg.de/



Bezirk Bergedorf

Im Vergleich zu den anderen Hamburger Bezirken hat Bergedorf⁵⁹ die wenigsten Einwohner auf größter Fläche; der Bezirk weist die umfangreichsten Grün- und Ackerflächen auf. Sieben Naturschutzgebiete liegen in Bergedorf. Der Bezirk entstand u. a. aus der ehemaligen Stadt Bergedorf, aus Gebieten der seit 1395 zu Hamburg gehörenden Marschlande und der seit 1868 zu Hamburg gehörenden Vierlande sowie dem bis 1938 preußischen Dorf Lohbrügge.⁶⁰

Tabelle 4.2-2: Basisdaten des Bezirkes Bergedorf. *Quelle: Statistikamt Nord⁶¹.*

Bevölkerungsstand Bergedorf	31. 12. 2020	130.994 Personen
Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund	31. 12. 2020	39,3 % (geschätzt)
Durchschnittsalter der Bevölkerung	31. 12. 2019	42,3 Jahre
Bevölkerungsdichte	31. 12. 2020	847 Einwohner pro km ²

Es gibt fünf RISE-Fördergebiete im Bezirk:⁶² Bergedorf-Süd, Bergedorf/Serrahn, Bergedorf-West, Neuallermöhe und Mittlerer Landweg.

⁵⁹ https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Bergedorf

⁶⁰ https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Bergedorf >Geschichte

⁶¹ <https://region.statistik-nord.de/main/2/1720>

⁶² www.hamburg.de/karte-und-liste-der-foerdergebiete/



Abbildung 4.2-2: Allermöhe in Richtung Tatenberg: Dove Elbe. Zweiter Grüner Ring im Bezirk Bergedorf, Streckenkilometer 52,2 (Halbpanorama).

Gesundheitsamt Bergedorf

Im Webauftritt des Bergedorfer Gesundheitsamtes⁶³ wird auf die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens hingewiesen, mit Verlinkung zur Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) und zum Pakt für Prävention. Als neue Aufgaben hervorgehoben werden die Gesundheitsberichterstattung und die Organisation von Gesundheitskonferenzen; als Ziel wird die bessere Vernetzung und Steuerung von Initiativen und Projekten zur Verbesserung der Gesundheit der Bergedorfer Bevölkerung benannt. In Kooperation mit dem »Begegnungszentrum Haus im Park« der Körper-Stiftung (s. u.) und KISS Hamburg (▷ 6.4 Herrmann, Heß et al.) werden die Bergedorfer Gesundheitsgespräche veranstaltet. Die Bergedorfer Gesundheitstage umfassen Vorträge von Expert:innen, Erfahrungsberichte von Betroffenen sowie Informations- und Aktionsstände.

Bergedorfer Gesundheits- und Pflegekonferenz

Zum Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM) Bergedorf gehört die Koordination der Gesundheits- und Pflegekonferenz in Bergedorf. Hierzu heißt es: »Zur Entwicklung von Strategien und Maßnahmen, unter Beteiligung von Akteuren im Gesundheitswesen, hat die Bezirksversammlung Bergedorf im Jahr 2006 das Instrument der bezirklichen Gesundheits- und Pflegekonferenz eingeführt. Die Gesundheitskonferenz Bergedorf beschäftigt sich mit Themen aus den Bereichen Prävention und

⁶³ www.hamburg.de/bergedorf/gesundheit/77568/hauptseite/, Herzog-Carl-Friedrich-Platz 1, 21031 Hamburg

Gesundheitsförderung, unter Berücksichtigung der Daten zur gesundheitlichen Lage des Bezirks und übergeordneten Präventionszielen, beispielsweise dem Pakt für Prävention. Im Vordergrund der Gesundheitskonferenzen steht die Koordinierung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen. An den Gesundheitskonferenzen sind neben Trägern und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Selbsthilfegruppen auch ehrenamtlich engagierte Bergedorfer Bürgerinnen und Bürger beteiligt.«.⁶⁴

Bergedorfer Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsziele

Zum KGFM Bergedorf gehören ferner die kommunale Gesundheitsberichterstattung und, darauf aufbauend, die Entwicklung bezirklicher Gesundheitsziele, ferner die Umsetzung von Projekten der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen.

Künftiger 15. Bergedorfer Stadtteil Oberbillwerder

»Als Modellstadtteil Active City wird hier Sport, Bewegung und Gesundheit eine zentrale Rolle spielen.«⁶⁵ Oberbillwerder, die »Connected City«, die alles miteinander verbinden will, soll gleichzeitig auch zur »Active City« werden, die zu Bewegung und sportlichen Aktivitäten anregt.⁶⁶ Wie es von städtischer Seite heißt, werden Bewegung und Gesundheit erstmals bei den Planungen von der ersten Minute an mitgedacht. Der Sport solle zu einem wegweisenden Identitätsmerkmal werden und entscheidend zur Lebensqualität der Einwohner:innen beitragen. Über die Sportflächen im Grünen Loop und den großen Aktivitätspark hinaus sollen viele weitere Freiräume so gestaltet werden, dass sie zu Spiel, Sport und Bewegung im Alltag motivieren.

EU-Projekt HASIC

An dem EU-geförderten Projekt »Healthy Ageing Supported by Internet and Community« (HASIC)⁶⁷ sind die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) und das Gesundheitsamt Bergedorf mit dem KGFM seit 2014 beteiligt. Das Projekt will die Lebenssituation älterer Menschen verbessern. Das Team an der Hochschule bildet regelmäßig Studierende und interessierte Senior:innen aus Bergedorf und Umgebung zu Mentor:innen aus, die anschließend in den regionalen Einrichtungen sogenannte Gesundheitsgruppen durchführen. Auch ein Handbuch zum Thema »gesundes Altern« soll entstehen und eine Internetplattform entwickelt werden. Seit 2016 werden zusätzlich HASIC-Gesundheitsgruppen für pflegende Angehörige von demenziell Erkrankten angeboten.

⁶⁴ www.hamburg.de/bergedorf/gesundheits/2005086/gesundheitsfoerderung/

⁶⁵ www.oberbillwerder-hamburg.de/

⁶⁶ www.hamburg.de/oberbillwerder/

⁶⁷ www.hasicproject.eu/de/das-projekt

Gesundheitsfördernde Initiativen an Bergedorfer Schulen

Auf Grundlage eines Gesundheitsberichtes zur Gesundheit von Schulanfängern im Bezirk Bergedorf und im Rahmen eines Projektes »Bergedorf beugt vor – Gesundheit macht Schule« wurde in Zusammenarbeit mit der HAW und dem Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung Hamburg (LI) mit gesundheitsfördernden Initiativen an Bergedorfer Schulen begonnen.⁶⁸ Im Rahmen einer Bachelorarbeit wurden Untersuchungen u. a. zur Adipositasprävention für Schulkinder in Bergedorf durchgeführt, anschließend Informationsmaterialien für Kinder, Jugendliche, Eltern und Lehrer:innen im Bereich Bewegung und Ernährung entwickelt.

»Gesunde Quartiere«-Untersuchungsgebiet und Interventionsquartier Lohbrügge

Für die Arbeit des in der Einführung erwähnten Forschungsverbundes »Gesunde Quartiere« (Westenhöfer et al. 2021) fungiert der Stadtteil Lohbrügge als eines von sechs Untersuchungsgebieten. Zu diesen Gebieten werden umfangreiche Informationen vergleichend berichtet, insbesondere Angaben zur gesundheitlichen Situation (Buchcik et al. 2021) sowie Umwelt- und Umgebungsmerkmale (Yosifova & Pohlan 2021). Zusätzlich stellt Lohbrügge eines der beiden Interventionsquartiere dar: Hier wurde sowohl Quartiersaktivierung durch Gesundheitsforen (Schattschneider, von Mandelsloh et al. 2021) als auch Gesundheitsmarketing (Borutta et al. 2021) erprobt; in diesem Zusammenhang entstand in Kooperation mit dem Kinderkulturhaus Lohbrügge auch das Ernährungsprojekt »Lohbrügge kocht«.

Weitere Einrichtungen und Initiativen in Bergedorf

In Bergedorf angesiedelt, aber überregional tätig ist das Department Gesundheitswissenschaften,⁶⁹ das zur Fakultät Life Sciences der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg gehört. Das ebenfalls dort befindliche Competence Center Gesundheit (CCG) verfolgt das Ziel, den Zugang zu relevanten gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Gütern zu verbessern und auf diesem Weg für mehr Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu sorgen.⁷⁰

Als weitere Institutionen und Initiativen seien exemplarisch erwähnt:

- die Beratungsstelle »Der Begleiter – Psychosoziale Hilfen Bergedorf« (Träger: Der Begleiter gGmbH)
- das erwähnte »Begegnungszentrum im Park«⁷¹ als Ort, der u. a. für Gesundheit und Wohlbefinden, Selbstständigkeit sowie Aufbau und Pflege sozialer Kontakte steht.

68 www.hamburg.de/bergedorf/gesundheit/2005086/gesundheitsfoerderung/

69 www.haw-hamburg.de/hochschule/life-sciences/departments/gesundheitswissenschaften/

70 www.haw-hamburg.de/forschung/gesundheits-und-ernaehrung/

71 <https://bip-bergedorf.de/>

Bezirk Eimsbüttel

Der Bezirk⁷² gilt als bedeutender Standort der deutschen Medien- und Kreativwirtschaft. Im Stadtteil Rotherbaum liegen sowohl das Universitätsviertel als auch das ehemalige und heutige jüdische Viertel Hamburgs. Im Nordosten grenzt das Gelände des Flughafens Hamburg Airport an den Stadtteil Niendorf.

Tabelle 4.2-3: Basisdaten des Bezirkes Eimsbüttel. *Quelle: Statistikamt Nord⁷³.*

Bevölkerungsstand Eimsbüttel	31. 12. 2020	269.118 Personen
Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund	31. 12. 2020	29,7 % (geschätzt)
Durchschnittsalter der Bevölkerung	31. 12. 2019	42,8 Jahre
Bevölkerungsdichte	31. 12. 2020	5.403 Einwohner pro km ²

Im Bezirk gibt es folgende Stadtteilbeiräte: Eidelstedt-Nord,⁷⁴ Eidelstedt-Zentrum,⁷⁵ Lenzsiedlung⁷⁶ (s. u.) und Schnelsen-Süd⁷⁷.

Als RISE-Fördergebiet⁷⁸ ist Eidelstedt-Mitte zu nennen.

Gesundheitsamt Eimsbüttel

Zu den Aufgaben des Eimsbütteler Gesundheitsamtes⁷⁹ gehören neben dem Standardprogramm auch – für ganz Hamburg – die Belehrungen nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes zum Erwerb der früher sogenannten »Gesundheitszeugnisse« bzw. »Lebensmittelzeugnisse« nach § 43 Infektionsschutzgesetz. Des Weiteren spielt das Amt eine Hauptrolle bei den im Folgenden genannten Aktivitäten. Zu den Informationsangeboten gehören Broschüren wie *Demenz – Angebote, Beratung und Hilfen für Betroffene und Angehörige in Eimsbüttel* (2012)⁸⁰ und *Gesundheit und Wohlbefinden im Alter*⁸¹.

72 https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Eimbs%C3%BCttel

73 <https://region.statistik-nord.de/detail/10000000000000/2/1717/>

74 https://eidelstedt.info/engagement_politik/beirat-eidelstedt-nord/#424

75 www.eidelstedt-mitte.de/konzept/beirat.html

76 www.lenzsiedlung.de/category/das-quartier/stadtteilbeirat/

77 <https://schnelsen-sued.de/>

78 www.hamburg.de/karte-und-liste-der-foerdergebiete/

79 www.hamburg.de/eimbsuettel/gesundheit/, Grindelberg 66, 20144 Hamburg

80 www.hamburg.de/contentblob/3884440/84e6ba23f2c6605dab6cd7b12a660f68/data/d-eimbsuettel-demenzbroschuere.pdf

81 www.hamburg.de/contentblob/13089572/ac4cc7a358bfdca7af07c88cae4f06/data/seniorenbroschuere-2019.pdf

Abbildung 4.2-3:
Niendorf:
Kollau beim
Niendorfer
Gehege.
Zweiter Grüner
Ring im Bezirk
Eimsbüttel,
Strecken-
kilometer 13,6.



Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

Die Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel ist »ein Zusammenschluss von aktiven Bürgerinnen und Bürgern sowie Institutionen im Bezirk«; sie wird von der Leiterin des Gesundheitsamtes moderiert.⁸² Initiiert durch die Bezirksversammlung Eimsbüttel, startete 2004 die erste Konferenz im Hamburg-Haus am Doormannsweg; das Leitthema war »Wohnen im Alter«.⁸³ Die Konferenz 2017 erfolgte in Kooperation mit der Stadtteilkonferenz Eidelstedt unter der Überschrift »Gesund in Eidelstedt – Wir bewegen unseren Stadtteil«.⁸⁴ Die Konferenz widmet sich in temporären Arbeitsgruppen den unterschiedlichsten Themen aus dem Bereich Gesundheit und Pflege. Aktuell gibt es die Arbeitsgemeinschaften »Demenz« und »Gesundheit aus dem Netz«. Letzte-

82 www.hamburg.de/contentblob/4329200/5ef34cb7dfdb79f898092d00139e5ad2/data/d-eimsbuettel-kurzbeschreibung-agdemenz-projektgesundheitausdemnetz.pdf

83 www.hamburg.de/eimsbuettel/gesundheit/78900/pflegekonferenz/

84 www.hamburg.de/contentblob/11411332/540e5bb52c4054d1c710726bbfe9910e/data/d-eimsbuettel-pflegekonferenz-tagesdoku2017.pdf

res Projekt trägt dazu bei, die verschiedenen Angebote für ältere Menschen im Bezirk Eimsbüttel inhaltlich zu koordinieren: Mithilfe eines internetgestützten geografischen Informationssystems (Geoportal Hamburg)⁸⁵ lassen sich z. B. Sportvereine, Seniorentreffs, niedergelassene Ärzte, Apotheken und weitere Angebote auffinden.

Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement Eimsbüttel

Zu den Aktivitäten des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements (KGFM)⁸⁶ gehören Informationsveranstaltungen, insbesondere das Forum Gesundheit (zu medizinischen Themen) und die thematisch breiter angelegten »Eimsbütteler Gesundheitsgespräche«, ferner ein »Gesundheitsbericht Eimsbüttel 2012« (Lorentz 2012).

Gesundheits-Treff Eimsbüttel

Diese seit ca. 20 Jahren bestehende Einrichtung des Gesundheitsamtes in der Lappenbergsallee dient als »Ort zum Austausch, zum Ausprobieren, zum Mitmachen«.⁸⁷ Die Angebote umfassen u. a. Informationsveranstaltungen, Beratungen (Zentrum für junge Familien, Mütterberatung), Kurse, eine »Infothek Gesundheit« sowie Raum und organisatorische Unterstützung für Selbsthilfe- und Stadtteilgruppen.

Lokale Vernetzungsstelle Eimsbüttel der HAG/KGC

Das Modellprojekt »Gesund in Eimsbüttel – Gesundheitsförderung und Prävention in Eidelstedt, Schnelsen-Süd und in der Lenzsiedlung«⁸⁸ beruht auf der Kooperation zwischen gesetzlichen Krankenkassen, Bezirksamt Eimsbüttel, der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und der Johann Daniel Lawaetz-Stiftung. Die genannten Gebiete sind ehemalige bzw. aktuelle Fördergebiete der Integrierten Stadtteilentwicklung. Die Akteure vor Ort in der Lenzsiedlung verfügen über langjährige Erfahrungen in der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung. Teilweise haben sich selbsttragende Strukturen entwickelt, z. B. Angebote wie »Familienhebamme und Schwangerschaftsberatung«. Zu den Zielen gehören weiterhin der Ausbau zielgruppen- und themenspezifischer Gesundheitsförderungsansätze, der Aufbau von Präventionsketten über alle Altersstufen hinweg und die Bündelung von Ressourcen und Ermöglichung von Synergieeffekten; vgl. Flyer.⁸⁹

85 https://geoportal-hamburg.de/pflege_u_gesundheit/index.html#

86 www.hamburg.de/eimsbuettel/kommunales-gesundheitsfoerederungsmanagement/

87 www.hamburg.de/eimsbuettel/kommunales-gesundheitsfoerederungsmanagement/13327314/ein-ort-fuer-gesundheit/

88 www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/KGC/Koordinierungsstellen/Koordinierungsstelle_Gesundheitliche_Chancengleichheit_Hamburg/Steckbrief_Vernetzungsstelle_Gesund_in_Eimsbuettel.pdf

89 www.hamburg.de/contentblob/13330402/54ca5d0d41ce5726d2d7dee529ebb285/data/d-flyer-gesund-in-eimsbuettel.pdf

Projekt »Lenzgesund«

Die Lenzsiedlung (3.000 Bewohner*innen, davon 75 % mit Migrationshintergrund) wurde in den 1970er-Jahren als letzte Hamburger Großwohnsiedlung gebaut. Sie war zwölf Jahre lang Programmgebiet der Sozialen Stadtteilentwicklung und ihrer Nachfolgeprogramme. Parallel dazu lief das Präventionsprogramm Lenzgesund des Gesundheitsamtes Eimsbüttel. Dessen Schwerpunkt lag bei vernetzten frühen Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre; Angebote für weitere Zielgruppen wurden von Anfang an angestrebt. Ein zentraler Akteur war der Verein Lenzsiedlung e. V.,⁹⁰ neben dem insgesamt 43 weitere Einrichtungen in unterschiedlichen Programmphasen bei Lenzgesund aktiv waren. Die meisten davon nahmen am Runden Tisch Lenzgesund teil, der von 2003 bis 2012 dreimal jährlich tagte. Vom Institut für Medizinische Soziologie des UKE wurde das Programm von 2004 bis 2012 wissenschaftlich begleitet (Trojan et al. 2013, Lorentz & Trojan 2018, Nickel et al. 2019). Dazu gehörte eine Evaluation einzelner Angebote von Lenzgesund (wie etwa Babyführerschein), Beobachtung der Gesundheit von Kindern durch Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen und Analyse der Entwicklung der Gesundheitsförderungskapazität im Quartier. Nach Ende der Programmlaufzeit lässt sich festhalten, dass ein Teil der Angebote weitergeführt wird und neue Gesundheitsangebote (z. B. Familiengruppenreise) hinzugekommen sind.

»Gesunde Quartiere«-Untersuchungsgebiet Stellingen

Für die Arbeit des erwähnten Forschungsverbundes »Gesunde Quartiere« (Westenhöfer et al. 2021) fungiert der Stadtteil Stellingen als eines von sechs Untersuchungsgebieten. Zu diesen Gebieten werden umfangreiche Informationen vergleichend berichtet, insbesondere Angaben zur gesundheitlichen Situation (Buchcik et al. 2021) sowie Umwelt- und Umgebungsmerkmale (Yosifova & Pohlan 2021).

Weitere Einrichtungen und Initiativen in Eimsbüttel

In Eimsbüttel angesiedelt, aber überregional tätig sind:

- an der Fakultät für Mathematik, Informatik und Naturwissenschaften (MIN) der Universität Hamburg (bisher) der Bereich Gesundheitswissenschaften,⁹¹ mit einer Wissensplattform Fachwissenschaft Gesundheit
- das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung,⁹² mit schulischer Gesundheitsförderung.⁹³

⁹⁰ www.lenzsiedlungev.de

⁹¹ www.gesundheit.uni-hamburg.de/

⁹² <http://li.hamburg.de/>

⁹³ <http://li.hamburg.de/gesundheit/>

Der oben genannte Stadtteilbeirat Lenzsiedlung behandelt häufig auch »Gesundheit«, darunter das erwähnte Projekt »Lenzgesund« sowie die Themen seelische Gesundheit (samt entsprechender Einrichtungen) und Auswirkungen des hohen Flüchtlingsaufkommens auf die gesundheitliche Lage.

Als weitere Institutionen und Initiativen seien exemplarisch erwähnt:

- die Psychosozialen Beratungsstellen des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Eimsbüttel gGmbH mit Standorten Hochallee, Lohkampstraße und Eidelstedt.
- Das Eidelstedter Bürgerhaus⁹⁴ (Träger: Stadteilkulturzentrum Eidelstedter Bürgerhaus e. V.) bietet zu Gesundheit u. a. »Tanzen im Sitzen« und »Wirbelsäulengymnastik« an. Im Leitbild heißt es: »Wir fördern gesundes und ökologisch nachhaltiges Vorgehen.«
- Das Bürgerhaus Lenzsiedlung⁹⁵ (Träger: Lenzsiedlung e. V. – Verein für Kinder, Jugend und Gemeinwesen) in Lokstedt macht Angebote auch im Bereich Gesundheit.
- Das Bürgerhaus Lokstedt⁹⁶ (Träger: Bürgerhaus Lokstedt e. V.) hat ebenfalls Gesundheitsthemen im Programm; der »Familienwegweiser Lokstedt« des Bürgerhauses führt auch lokale Gesundheitsangebote auf.
- Der Trägerverein »Berenberg-Gossler-Haus, Bürgerhaus für Niendorf e.V.«⁹⁷ führt in seiner Satzung unter »Zweck des Vereins« bei »Anbieten von Bildungsmaßnahmen für Jugendliche und Erwachsene sowie Entwicklung eigener Betreuungs- sowie Beratungsangebote« ausdrücklich auch »Gesundheit« an. Dementsprechend bietet das Berenberg-Gossler-Haus⁹⁸ u. a. Kurse zu »Gesundheit und Entspannung« an.
- Das Freizeitzentrum Schnelsen⁹⁹ (Träger: Freizeitzentrum Schnelsen e. V.) hat Kurse »Freizeit und Gesundheit« im Programm, darunter einen Kompakt-Spezialpflegkurs für Angehörige von Menschen mit Demenz sowie Smartphonekurse, wo auch Apps zu »Gesundheit« und »Ernährung« zur Sprache kommen.

Bezirk Hamburg-Mitte

Zu diesem Bezirk gehören neben der Innenstadt auch große Teile des Hafens, Finkenwerder, der Hamburger Osten von Hammerbrook bis Billstedt, Wilhelmsburg (mit »Energieberg«) sowie der aus drei in der Elbmündung gelegenen Inseln bestehende Stadtteil Neuwerk. Im Bezirk liegen sieben Naturschutzgebiete sowie der Nationalpark

94 www.ekulturell.de/

95 www.lenzsiedlung.de

96 www.buergerhaus-lokstedt.de/

97 <https://buergerhaus-niendorf.de/wp-content/uploads/Behrenberg-Gossler-Satzung-2.pdf>

98 www.buergerhaus-niendorf.de/

99 www.fz-schnelsen.de/



Abbildung 4.2-4: Billstedt: Öjendorfer See. Zweiter Grüner Ring im Bezirk Hamburg-Mitte, Streckenkilometer 38,5.

Hamburgisches Wattenmeer. Eine Elbinsel im Stadtteil Rothenburgsort beherbergt die sogenannte Wasserkunst Kaltehofe,¹⁰⁰ eine Mischung aus Industriedenkmal, Museum und Naturlehrpfad.

Tabelle 4.2-4: Basisdaten des Bezirkes Hamburg-Mitte. *Quelle: Statistikamt Nord¹⁰¹.*

Bevölkerungsstand Hamburg-Mitte	31. 12. 2020	301.231 Personen
Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund	31. 12. 2020	51,3 % (geschätzt)
Durchschnittsalter der Bevölkerung	31. 12. 2019	40,0 Jahre
Bevölkerungsdichte	31. 12. 2020	2.117 Einwohner pro km ²

Im Bezirk Hamburg-Mitte existiert ein Quartiersbeirat (Träger: Kunstlabor Naher Genden e. V.) für das Münzviertel im Stadtteil Hammerbrook,¹⁰² ferner gibt es Stadtteilbeiräte für Rothenburgsort,¹⁰³ St. Georg,¹⁰⁴ die Veddel und den Kleinen Grasbrook, und für Wilhelmsburg¹⁰⁵.

¹⁰⁰ <https://de.wikipedia.org/wiki/Kaltehofe>

¹⁰¹ <https://region.statistik-nord.de/detail/10000000000000/2/1715/>

¹⁰² www.muenzviertel.de/stadtteilumgestaltung/quartiersbeirat-muenzviertel/

¹⁰³ www.stadtteilrat-rothenburgsort.de/

¹⁰⁴ <https://hansaplatz.de/stadtteilbeirat/>

¹⁰⁵ www.stadtteilbeirat-wilhelmsburg.de/

Im Bezirk gibt es sechs RISE-Fördergebiete:¹⁰⁶ Billstedt/Horn Entwicklungsraum, Billstedt S3 Mümmelmannsberg, Billstedt-Zentrum, Neustadt SU2 Gängeviertel/Valentinskamp, Veddel, Wilhelmsburg-Ost (Korallus- und Bahnhofsviertel).

Gesundheitsamt Hamburg-Mitte

Neben den Standardaufgaben der Beratung, Untersuchung, Betreuung und Aufsicht gehört zum Gesundheitsamt Hamburg-Mitte¹⁰⁷ auch die Beratungsstelle MOMO; hier werden – als ein Teil des Sozialpsychiatrischen Dienstes – Beratung und Unterstützung ratsuchender Menschen aus den Stadtteilen Horn, Billstedt und Mümmelmannsberg angeboten. Als Publikation verweist die Webseite auf die von der HAG (2006/2013) herausgegebene und mit Unterstützung auch durch die Bezirksämter erstellte Broschüre *Ratgeber für mehr Gesundheit und Wohlbefinden – Verletzbare Seelen*.¹⁰⁸

Gesundheitskonferenz Hamburg-Mitte

Eine dritte Gesundheitskonferenz Hamburg-Mitte wurde 2010 zum Thema »Gesundheit und Migration in der Region Elbinseln« durchgeführt; bei diesem Anlass erfolgte in Zusammenarbeit von igs 2013-Gesellschaft und HAG ein Workshop »Wilhelmsburger Kinder in Bewegung – drinnen und draußen!« (igs 2013 et al. 2010).

Lokale Vernetzungsstelle für Prävention Mümmelmannsberg, Horn und Billstedt

Die Region ist ein sozialer Brennpunkt und seit 2006 das bundesweit größte Stadtteilentwicklungsgebiet. Seit 2017 existiert die Koordinierungsstelle »MüHoBi – immer in Bewegung«,¹⁰⁹ um gesundheitsförderliche Strukturen und Aktivitäten in diesen Stadtteilen längerfristig zu stärken und zu vernetzen. Zu den Aktivitäten gehört ein Spiel- und Bewegungsangebot »ParkSport« im Öjendorfer Park gemeinsam mit ParkSport-Insel e. V.

Internationale Bauausstellung; HafenCity Hamburg

Die Internationale Bauausstellung (IBA) Hamburg galt als »Projekt ganzheitlicher Stadtentwicklung«, mit Wilhelmsburg als einem »Lebensraum, in dem Kinder glücklich aufwachsen können« (Scholz 2013, S. 19). Allerdings ist von den mehr als 180 Beiträgen in der siebenbändigen, über 2.200 Seiten umfassenden Buchreihe zur IBA keiner

106 www.hamburg.de/karte-und-liste-der-foerdergebiete/

107 www.hamburg.de/mitte/gesundheit-nav/

108 www.hamburg.de/contentblob/4075006/771a925beb4a796471d8844ae8a609d0/data/verletzbare-seelen-broschuere-dl.pdf

109 www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/KGC/Koordinierungsstellen/Koordinierungsstelle_Gesundheitliche_Chancengleichheit_Hamburg/Steckbrief_Vernetzungsstelle_M%C3%BCHoBi.pdf

dem Thema Gesundheit gewidmet.¹¹⁰ Vereinzelt kommen pflegebedürftige Senioren, Lärmschutz, dioxinbelasteter Boden und ein Ärztehaus zur Sprache. Es existierte ein »Runder Tisch ›Rad«; ansonsten lässt von seiner Bezeichnung her keines der weiteren 21 Koordinierungsgremien einen Bezug zu Gesundheit erkennen. Aus der Entwicklung der HafenCity sei exemplarisch das gesundheitlich motivierte Thema »Schallschutz bei teilgeöffneten Fenstern« genannt. Hier wurde ein neues Schallschutzkonzept entwickelt, um während der Nachtzeit einen Innenraumpegel von 30 dB(A) in Schlafräumen bei gekipptem Fenster einzuhalten. Hierzu entstand ein Spektrum baulicher Maßnahmen samt »Hafencity-Fenster« und Loggiaverglasungen (HC HH & BSU 2011).

»Gesunde Quartiere«-Untersuchungsgebiete Hamm und Wilhelmsburg

Für die Arbeit des erwähnten Forschungsverbundes »Gesunde Quartiere« (Westenhöfer et al. 2021) fungierten die Stadtteile Hamm und Wilhelmsburg als zwei von sechs Untersuchungsgebieten. Zu diesen Gebieten werden umfangreiche Informationen vergleichend berichtet, insbesondere Angaben zur gesundheitlichen Situation (Buchcik et al. 2021) sowie Umwelt- und Umgebungsmerkmale (Yosifova & Pohlan 2021).

Weitere Einrichtungen und Initiativen in Hamburg-Mitte

Im Bezirk Hamburg-Mitte sind zahlreiche Institutionen mit überregionaler Ausrichtung tätig. Angesichts ihrer großen Anzahl wird hier nur eine Auswahl erwähnt und knapp referenziert:

- die ehemalige Gesundheitsbehörde, seit Juli 2020 aufgeteilt auf Sozial-, Wissenschafts- und Justizbehörde¹¹¹ (zur Gesundheitsbehörde zahlreiche Beiträge im Editionsband 2)
- das Hygiene-Institut¹¹² in Rothenburgsort (zugehörig zur Umweltbehörde) mit Impfzentrum
- das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNITM)¹¹³ in St. Pauli, überregional/international tätig, Status als WHO-Kooperationszentrum für Arboviren und Hämorrhagische Fiebertypen
- die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)¹¹⁴ (▷ 6.1 Hofrichter, Duwe et al.)

110 Im Beitrag »Die Kosmopolitisierung der Gesellschaft« (Beck & Beck-Gernsheim 2011) kommen Transplantationsmedizin und »Welt-Organ-Tourismus« ohne lokalen Bezug zur Sprache.

111 www.hamburg.de/bgv/

112 www.hamburg.de/hu/

113 www.bnitm.de/

114 www.hag-gesundheit.de/

- die Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen¹¹⁵ als Dachorganisation von mehr als 40 Einrichtungen und Institutionen der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention in Hamburg
- die Verbraucherzentrale Hamburg (VZH)¹¹⁶ (Kranich 2018)
- die Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH,¹¹⁷ welche u. a. die Gesundheitstage der Hamburger Wirtschaft durchführt
- die HafenCity Universität¹¹⁸ mit Forschungsbezügen zu Gesundheit und Nachhaltigkeit
- das Hamburg Center for Health Economics (hche)¹¹⁹ der Universität Hamburg.

Der oben genannte Stadtteilbeirat für Rothenburgsort realisierte ein Musical-Projekt »Anna und das Kinderkrankenhaus von Rothenburgsort«,¹²⁰ welches den Mord an Kindern im Krankenhaus Rothenburgsort im Rahmen der Tätigkeit des »Reichsausschusses zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden« unter der Herrschaft der Nationalsozialisten thematisiert.

Als weitere Institutionen und Initiativen im Bezirk Mitte seien exemplarisch erwähnt:

- der Hafenzentrale Dienst (Dirksen-Fischer 2018), ein Bestandteil des Hygiene-Institutes
- das Sozial- und Gesundheitszentrum St. Pauli¹²¹ auf dem Gelände des ehemaligen Hafenzentralen Krankenhauses als Zentrum u. a. für medizinische, psychologische, gesundheitsförderliche und soziale Dienstleistungen
- die Poliklinik Veddel (Poliklinikkollektiv 2018)
- der Gesundheitskiosk Billstedt-Horn (Fischer et al. 2018)
- die Psychosoziale Beratungsstelle »Lotse«¹²² in Wilhelmsburg
- das Projekt »Grau trifft grün – Oberhafengarten«,¹²³ worin Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch das urbane Gärtnern eine sinnvolle Beschäftigung finden.

115 www.sucht-hamburg.de

116 www.vzh.de

117 www.gwhh.de

118 www.hcu-hamburg.de/

119 www.hche.de

120 www.stadtteilrat-rothenburgsort.de/wp-content/uploads/2018/03/Pr%C3%A4sentation_KINDERKRANKENHAUS_November2017.pdf

121 www.gzstpauli.de

122 www.psk-hamburg.de/standorte/lotse-wilhelmsburg/

123 <https://stiftung-hamburger-initiative.de/projekte/grau-trifft-gruen/>

Bezirk Harburg

Namensgebend für den Bezirk¹²⁴ war die ehemals eigenständige Stadt (heutiger Stadtteil) Harburg. Zum Bezirk gehören der Harburger Binnenhafen, fünf Naturschutzgebiete und mehrere Naturdenkmäler. Durch die Lage südlich der Elbe ist der Bezirk hinsichtlich Straßen- als auch öffentlichen Personennahverkehrs weniger eng an das übrige Hamburger Stadtgebiet angebunden.

Tabelle 4.2-5: Basisdaten des Bezirkes Harburg. *Quelle: Statistikamt Nord¹²⁵.*

Bevölkerungsstand Harburg	31. 12. 2020	169.221 Personen
Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund	31. 12. 2020	48,1 % (geschätzt)
Durchschnittsalter der Bevölkerung	31. 12. 2019	41,1 Jahre
Bevölkerungsdichte	31. 12. 2020	1.353 Einwohner pro km ²

In Harburg gibt es vier RISE-Fördergebiete:¹²⁶ Harburger Innenstadt/Eißendorf-Ost, Harburger Binnenhafen, Wilstorf-Reeseberg und Neugraben-Fischbek.

Gesundheitsamt Harburg

Auf der Website des Gesundheitsamtes Harburg¹²⁷ wird das Programm der Standardaufgaben erläutert. Seine Angebote zu Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz stellt das Amt unter die Überschrift »Hilfe zur Selbsthilfe«.

Pflegekonferenz Harburg

In der auf Veranlassung der Bezirksversammlung und auf der Basis des Hamburgischen Landespflegegesetzes eingerichteten Harburger Pflegekonferenz¹²⁸ arbeiten Angehörige der Heil- und Pflegeberufe zusammen mit Seniorengremien und Behörden, um die Pflege im Bezirk Harburg mehr nach den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen auszurichten. Auf der Website stehen neben der Geschäftsordnung auch Übersichten u. a. zu Beratungsstellen, Pflegediensten und Behinderteneinrichtungen im Bezirk Harburg zur Verfügung. Im Mai 2019 wurde die Veranstaltung »Alt, behindert – und jetzt?« der Harburger Pflegekonferenz in der Seniorenresidenz Harburg durchgeführt.

124 https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Harburg

125 <https://region.statistik-nord.de/detail/10000000000000/2/1721/>

126 www.hamburg.de/karte-und-liste-der-foerdergebiete/

127 www.hamburg.de/harburg/gesundheit/, Harburger Rathauspassage 2, 21073 Hamburg

128 www.hamburg.de/harburg/gesundheit/81752/pflegekonferenz/



Abbildung 4.2-5: Wilstorf: Harburger Stadtpark mit Außenmühlenteich. Zweiter Grüner Ring im Bezirk Harburg, Streckenkilometer 79,1.

Lokale Vernetzungsstelle für Prävention Feuervogel-Bürgerzentrum Phoenix-Viertel und Neugraben-Fischbek

Im Rahmen des Sanierungsverfahrens im Phoenix-Viertel entstand 2010 das Bürgerzentrum Feuervogel.¹²⁹ Hier übernahm die steg Stadterneuerungs- und Stadtentwicklungsgesellschaft Hamburg mbH die Koordinierungsaufgaben für Gesundheitsförderung. Inzwischen wurde erweitert auf die Stadtteile Neugraben-Fischbek und Hausbruch. Zu den Aufgaben gehört laut »Steckbrief« auch die Ausrichtung der jährlichen bezirklichen Gesundheitskonferenz in Kooperation mit dem Bezirksamt Harburg.

EU-Projekt CLEVER Cities in Neugraben-Fischbek

Das EU-geförderte Projekt CLEVER Cities (»Co-designing Locally tailored Ecological solutions for Value added, socially inclusive Regeneration in Cities«)¹³⁰ zielt in Neugraben-Fischbek (wie auch in Stadtgebieten in London und Mailand) auf die Förderung nachhaltiger und sozial integrativer Stadterneuerung mittels lokal zugeschnittener naturbasierter Lösungen (Nature Based Solutions, NBS), z. B. als Begrünung bislang ungenutzter Freiflächen. Am Hamburger Team sind auch die Senatskanzlei, die Behörde

129 www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/KGC/Koordinierungsstellen/Koordinierungsstelle_Gesundheitliche_Chancengleichheit_Hamburg/Steckbrief_Vernetzungsstelle_Ph%C3%B6nix_Neugraben.pdf

130 www.hamburg.de/harburg/horizon-2020-clever-cities/; www.hamburg.de/contentblob/13755170/403cd359036fbb8235785dcff2743ac8/data/cc-kurzbeschreibung.pdf

für Umwelt und Energie, der Bezirk Harburg sowie als Projektpartner die HafenCity Universität und die Technische Universität Hamburg Harburg beteiligt. Ein wesentliches Querschnittsthema im sogenannten CLEVER-Korridor stellt das Thema Regenwassermanagement dar. »Am Ende des Projekts werden sich die Modellgebiete als ökologisch regeneriert und gesünder, mit verbessertem sozialen Zusammenhalt, mehr wirtschaftlichen Möglichkeiten und einer höheren Umweltqualität darstellen.«

Weitere Einrichtungen und Initiativen in Harburg

Im Bezirk Harburg angesiedelt, aber überregional tätig ist die Technische Universität Hamburg-Harburg,¹³¹ zu deren Forschungsthemen u. a. Verkehr und Gesundheit gehören. Als weitere Institutionen und Initiativen sei exemplarisch erwähnt: Kajüte – Beratung, Begegnung, Begleitung,¹³² angesiedelt in Neuwiedenthal.

Bezirk Nord

Weite Flächen des Bezirks¹³³ sind nicht bewohnt, sondern dienen der Infrastruktur und der Naherholung, so der Flughafen Hamburg-Fuhlsbüttel, der Friedhof Ohlsdorf, der Hamburger Stadtpark, drei Naturschutzgebiete und zahlreiche Kleingärten. Im Bezirk fließt die Alster, und es gibt es ca. 90 Kilometer Wasserläufe.

Tabelle 4.2-6: Basisdaten des Bezirkes Nord. *Quelle: Statistikamt Nord¹³⁴.*

Bevölkerungsstand Nord	31. 12. 2020	315.514 Personen
Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund	31. 12. 2020	28,9% (geschätzt)
Durchschnittsalter der Bevölkerung	31. 12. 2019	41,5 Jahre
Bevölkerungsdichte	31. 12. 2020	5.462 Einwohner pro km ²

Stadtteilbeiräte existieren für Barmbek-Nord,¹³⁵ Barmbek-Süd,¹³⁶ Dulsberg¹³⁷ und Langenhorn¹³⁸ (s. u.).

Es gibt hier drei RISE-Fördergebiete:¹³⁹ Barmbek-Nord S1 Fuhlsbüttler Straße, Dulsberg und Groß Borstel.

131 www.tuhh.de/tuhh/startseite.html

132 www.der-hafen-vph.de/kajuete

133 https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Hamburg-Nord

134 <https://region.statistik-nord.de/detail/10000000000000/2/1718/>

135 www.barmbek-nord.info/barmbek-nord/Stadtteilrat-Barmbek-Nord.htm

136 www.barmbek-sued.de/info/

137 www.dulsberg.de/stadtteilrat

138 www.leila-ev.de/stadtteilrat/

139 www.hamburg.de/karte-und-liste-der-foerdergebiete/



Abbildung 4.2-6: Alsterdorf: Alster (Fluss). Zweiter Grüner Ring im Bezirk Nord, Streckenkilometer 20,8.¹⁴⁰

Gesundheitsamt Nord

Das Spektrum der Aufgaben und Dienstleistungen des Amtes¹⁴¹ umfasst in alphabetischer Auflistung¹⁴² mehr als 80 Einträge von »Alkoholabhängigkeit« bis »Zahnärztliche Reihenuntersuchung«. In der Darstellung als Faltblatt¹⁴³ sind Ansprechpersonen konkret benannt. Eine für Gesamt-Hamburg wahrgenommene Aufgabe ist das 2011 gegründete Netzwerk zur Bekämpfung multiresistenter Erreger (MRE-Netzwerk Hamburg),¹⁴⁴ welches die institutionsübergreifende, koordinierte Reduktion des Risikos der Weiterverbreitung und Entstehung multiresistenter Erreger im Gesundheitswesen verfolgt.

Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement im Bezirk Nord

Als Komponenten (gemäß Hamburgischem Gesundheitsdienstgesetz, HmbGDG) werden genannt:¹⁴⁵ die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung und -planung, die Durch-

¹⁴⁰ www.hamburg.de/contentblob/762742/3ca7c90d922a88c4e5791bb7adfe7a38/data/wanderrouten-durch-hamburg-nord-2008.pdf

¹⁴¹ www.hamburg.de/hamburg-nord/gesundheit/

¹⁴² www.hamburg.de/hamburg-nord/gesundheit/38628/gesundheitsleistungen-von-a-bis-z/

¹⁴³ www.hamburg.de/contentblob/2632432/e8f01f8e14b26d56e3613aecde17f894/data/fachamt-gesundheit-faltblatt.pdf

¹⁴⁴ www.hamburg.de/hamburg-nord/gesundheit/6421932/mre-netzwerk-hamburg/

¹⁴⁵ www.hamburg.de/hamburg-nord/kommunales-gesundheitsfoerederungsmanagement/4580002/kommunales-gesundheitsfoerederungsmanagement/

führung bezirklicher Gesundheitskonferenzen sowie die Entwicklung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen und Projekte (einschließlich deren Qualitätssicherung); ferner der Koordinierungsbaustein Gesundheitsförderung im Stadtteil Langenhorn sowie weitere Projekte und Veranstaltungen. Jahresberichte (zuletzt im März 2021) geben Rechenschaft über die geleistete Arbeit.

Gesundheits- und Pflegekonferenzen im Bezirk Nord

Für den Bezirk Nord ist die 2004 eingeführte bezirkliche Gesundheitskonferenz »ein etabliertes Format für Austausch, Information und Vernetzung in einem engagierten professionellen Umfeld«. Dokumentationen sind verfügbar zu den Konferenzen 2010, 2012, 2014, 2016 und 2018.¹⁴⁶ Die Pflegekonferenz¹⁴⁷ veranstaltete 2012 als »Heimtour« eine Kleinbustour zu Seniorenheimen im Bezirk Hamburg-Nord.¹⁴⁸ In Kooperation mit der Pflegekonferenz gibt das Gesundheitsamt die Broschüre *Freizeit- und Kontaktmöglichkeiten für Senioren im Bezirk Hamburg-Nord*¹⁴⁹ heraus.

Gesundheitsberichterstattung und -planung im Bezirk Nord

Unter dieser Überschrift sind Berichte über Anwohnerbefragungen aus den Jahren 2010 (RISE-Gebiet Essener Straße),¹⁵⁰ 2014 (dito und Stadtteil Langenhorn)¹⁵¹ und 2017/18 (durchgeführt auf Festen und Veranstaltungen)¹⁵² abrufbar.

Lokale Vernetzungsstelle Prävention/Koordinierungsbaustein Gesundheitsförderung – Essener Quartier/Langenhorn

Für diese Vernetzungsstelle¹⁵³ erfolgt die Koordination durch das Bezirksamt Nord. Zielgebiet ist das Quartier Essener Straße, welches 2010 bis 2015 Fördergebiet des Rahmenprogramms Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE) war. Der Steckbrief nennt als Ziele u. a. die Überwindung der »Insellage« des Quartiers und die Etablierung des Handlungsfelds »Gesundheit« als Querschnittsthema im Stadtteil; das Thema Gesund-

146 www.hamburg.de/contentblob/12274268/f085a140a03538de85d78af9b84dd5a1/data/gesundheitskonferenz-2018.pdf

147 www.hamburg.de/contentblob/1733564/6a6b89971095f6cf13e2082b757b037e/data/flyer-pk-090831.pdf

148 www.hamburg.de/contentblob/2892058/bd55433133c8951e2340481e24802448/data/heimtour-2011.pdf

149 www.hamburg.de/contentblob/1077712/58d4df7ced65a030244920de5cb578b6/data/broschuere-aktive-senioren-2007.pdf

150 www.hamburg.de/contentblob/3558696/e2fb8c1cc8e4a40dbe62672ac508cbff/data/gesundheitskonferenz-2010-in-langenhorn-anwohnerbefragung-rise-bericht.pdf

151 www.hamburg.de/contentblob/4580750/482a034c6a81db2c50f8871103f31cd0/data/anwohnerbefragung-rise-2014.pdf

152 www.hamburg.de/contentblob/12740072/fdfb734b602fcf14b9c21c80142cb3a6/data/befragungsergebnisse-zum-thema-wohlfuehlen-im-stadtteil.pdf

153 www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/KGC/Koordinierungsstellen/Koordinierungsstelle_Gesundheitliche_Chancengleichheit_Hamburg/Steckbrief_Vernetzungsstelle_Langenhorn.pdf

heitsförderung werde kontinuierlich in die 2016 gegründete Stadtteilkonferenz eingebracht. Unter »Evaluation« wird berichtet, dass Gesundheitsförderung zunehmend bei Jahresplanung von Einrichtungen »mitgedacht« wird. Jahresberichte (2013 bis 2020) sind online zugänglich.¹⁵⁴ Ein Teil der Aktivitäten läuft unter der Überschrift »Koordierungsbausteine für Gesundheitsförderung« (KOBÄ). Entsprechende Aktivitäten laufen seit 2013 in Langenhorn und neuerdings auch im Quartier am Rübenkamp; sie werden von der Techniker Krankenkasse und der Sozialbehörde finanziell gefördert und durch die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) unterstützt und umfassen die Handlungsfelder Bewegung, Entspannung, Stressbewältigung/Gewaltprävention und Ernährung (Gesundheitsamt Hamburg-Nord o. J.).

Weitere Einrichtungen im Bezirk Nord

Wegen seiner besonderen Rolle für die medizinische Versorgung weit über Hamburg hinaus sowie seiner Bedeutsamkeit auch für StadtGesundheit sei hier das weiterhin vom Stadtstaat Hamburg betriebene Universitätskrankenhaus Eppendorf¹⁵⁵ erwähnt. Zu den zahlreichen Bezügen zu StadtGesundheit gehören u. a. das Medizinhistorische Museum Hamburg,¹⁵⁶ das Institut für medizinische Soziologie,¹⁵⁷ das Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen¹⁵⁸ mit seinen Hamburger Symposien zur regionalen Gesundheitsversorgung (seit 2014), ferner mehrere sehr umfangreiche epidemiologische Kohortenstudien (vgl. zahlreiche Beiträge in Editionsband 2 und im vorliegenden Band).

Als weitere im Bezirk Hamburg-Nord angesiedelte und ebenfalls überregional tätige Einrichtungen seien exemplarisch benannt: die Evangelische Stiftung Alsterdorf¹⁵⁹ mit Angeboten der Assistenz, Bildung und der sozialen Hilfen einschließlich dem Haus für Barrierefreiheit (▷ 6.5 Clauss, Giese et al.); als gemeinsames Projekt der Stiftung Alsterdorf und der Nordmetall-Stiftung: Projekt Q8 Sozialraumorientierung¹⁶⁰ (Stiefvater et al. 2019); die ebenfalls in Alsterdorf ansässige Patienten-Initiative e. V. Hamburg,¹⁶¹ die Hamburger Krebsgesellschaft¹⁶² in Eppendorf, der Blinden- und Sehbehin-

154 www.hamburg.de/hamburg-nord/kommunales-gesundheitsfoerederungsmanagement/4580002/kommunales-gesundheitsfoerederungsmanagement/

155 www.uke.de

156 www.uke.de/kliniken-institute/institute/geschichte-und-ethik-der-medizin/medizinhistorisches-museum/index.html

157 www.uke.de/kliniken-institute/institute/medizinische-soziologie/index.html

158 www.uke.de/kliniken-institute/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pflegeberufen/index.html

159 www.alsterdorf.de

160 www.q-acht.net/

161 www.patienteninitiative.de

162 www.krebshamburg.de

dertenverein Hamburg e. V.¹⁶³ in Barmbek-Süd, der Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche, Beratungszentrum sehen/hören/bewegen/sprechen,¹⁶⁴ die Ärztekammer Hamburg¹⁶⁵ samt Umweltausschuss, die Apothekerkammer Hamburg¹⁶⁶ und die Kasenärztliche Vereinigung Hamburg¹⁶⁷.

Der eingangs benannte Stadtteilbeirat Barmbek-Süd engagiert sich deutlich für Gesundheitsbelange, u. a. zu Lärm- und Luftbelastung an Mesterkamp¹⁶⁸ und Hamburger Straße¹⁶⁹, lokaler Geschwindigkeitsbegrenzung¹⁷⁰ sowie Fluglärm¹⁷¹. Als weitere Institutionen und Initiativen seien exemplarisch erwähnt:

- Projekt AGQua – Aktive und Gesunde Quartiere Uhlenhorst und Rübenkamp¹⁷² (Quast und Rose 2018)
- die Elbe-Werkstätten,¹⁷³ Standort Elbe-Ost (in Alster-City und Barmbek-Süd), deren Ziel es ist, »Menschen mit Behinderungen eine bestmögliche Förderung und Integration zu geben«
- im Stadtteil Fuhlsbüttel der Hamburger Flughafen mit dem Flughafenärztlichen Dienst (Dirksen-Fischer 2018); dazu BIG Fluglärm-Hamburg e. V.¹⁷⁴ (BIG: Dachverband Bürgerinitiativen gegen Fluglärm e. V.); Notgemeinschaft der Flughafen-Anlieger Hamburg e. V.¹⁷⁵ (Mitglied in der Bundesvereinigung gegen Fluglärm e. V.)
- Kulturzentrum Goldbekhaus¹⁷⁶ (Träger: Goldbekhaus e. V.) (ehemalige Desinfektionsmittelfabrik Schülke & Mayr), u. a. mit Sport- und Bewegungskursen
- ella – Kulturhaus Langenhorn¹⁷⁷ (Träger: Mook wat e. V.): Veranstaltungen zu (Familien)Ernährung, »Resteküche«, Bewegung und Entspannung, ferner Veranstaltungsreihe »Die Grüne Ella« zu verschiedenen Themen im Bereich Nachhaltigkeit, Natur und Umwelt

163 www.bsvh.org/

164 www.hamburg.de/hamburg-nord/beratungszentrum-sehen-hoeren-bewegen-sprechen/38640/pflegestuetzpunkt-fuer-kinder-und-jugendliche/

165 www.aerztekammer-hamburg.de/

166 www.apothekerkammer-hamburg.de/

167 www.kvhh.net/kvhh

168 www.barmbek-sued.de/mesterkamp-laut-und-stickig/347/;

169 www.barmbek-sued.de/hohe-luftbelastung-laerm-hamburger-strasse/1/

170 www.barmbek-sued.de/tempo-30-in-der-friedrichsberger-strasse/158/

171 www.barmbek-sued.de/fluglaerm-lautlos-hinnehmen/147/

172 www.agqua.de

173 www.elbe-werkstaetten.de/

174 www.big-fluglaerm-hamburg.de/

175 www.nordnetz-hamburg.de/initiativen/notgemeinschaft-der-flughafen-anlieger/

176 www.goldbekhaus.de/

177 <https://mookwat.de/ella-kulturhaus/>

- Kunstklinik,¹⁷⁸ im Stadtteil Hoheluft-Ost (Träger: Eppendorfer Soziokultur e. V.): Themenspektrum von Atemtechniken über Tanztherapie bis Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Bürgerhaus Langenhorn¹⁷⁹ (Träger: LEiLA e. V.), dort Selbsthilfegruppe für »Restless Legs«-Erkrankte.

Bezirk Wandsbek

Hamburgs bevölkerungsreichster Bezirk¹⁸⁰ umfasst die bis 1937 eigenständige Stadt Wandsbek, weitere ehemals stormarnsche Gemeinden sowie Eilbek und die Walddörfer, die schon seit dem Mittelalter zu Hamburg gehörten. Das von der Hamburger Klimaschutzstiftung getragene Gut Karlshöhe¹⁸¹ fungiert als Umwelt(bildungs)zentrum.

Tabelle 4.2-7: Basisdaten des Bezirkes Wandsbek. *Quelle: Statistikamt Nord¹⁸².*

Bevölkerungsstand Wandsbek	31. 12. 2020	442.702 Personen
Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund	31. 12. 2020	33,5 % (geschätzt)
Durchschnittsalter der Bevölkerung	31. 12. 2019	43,9 Jahre
Bevölkerungsdichte	31. 12. 2020	3.001 Einwohner pro km ²

Stadtteilbeiräte existieren für Großlohe, Hohenhorst (Stadtteil Rahlstedt)¹⁸³ und Steilshoop¹⁸⁴.

Es gibt hier vier RISE-Fördergebiete:¹⁸⁵ Jenfeld-Zentrum, Rahlstedt-Ost, Steilshoop und Tegelsbarg/Müssenredder.

Gesundheitsamt Wandsbek

Zum Aufgabenspektrum des Gesundheitsamtes¹⁸⁶ gehört auch in Wandsbek der Bereich Gesundheitsförderung. Das komplexe Themenfeld berührt verschiedene Lebensbereiche; daher werden die Angebote gemeinsam mit anderen Diensten und Anbietern z. B. aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz durchgeführt und weiterentwickelt. Beispielsweise wird die »Wandsbeker Gesprächsreihe Gesundheit – Um-

¹⁷⁸ <https://kunstklinik.hamburg/>

¹⁷⁹ <https://buergerhaus-langenhorn.hamburg/>

¹⁸⁰ https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Wandsbek

¹⁸¹ <https://gut-karlshoehe.de/>

¹⁸² <https://region.statistik-nord.de/detail/10000000000000/2/1719/>

¹⁸³ www.haus-am-see-hohenhorst.net/index.php/aktiv-im-stadtteil/stadtteilbeirat

¹⁸⁴ www.stadtteilbuero-steilshoop.de/stadtteilbeirat.html

¹⁸⁵ www.hamburg.de/karte-und-liste-der-foerdergebiete/

¹⁸⁶ www.hamburg.de/wandsbek/gesundheitsamt/



Abbildung 4.2-7: An der Grenze von Steilshoop und Bramfeld: Seebek (Nebenfluss der Osterbek). Zweiter Grüner Ring im Bezirk Wandsbek, Streckenkilometer 26,7.

welt – Verbraucherschutz« seit 2010 als Gemeinschaftsveranstaltung mit dem Fachamt Verbraucherschutz, Gewerbe und Umwelt im Bezirk Wandsbek angeboten. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Vernetzung von Fachkräften im Bezirk. So wurde eine multiprofessionelle Fortbildungsveranstaltung »Kindeswohlgefährdung im frühen Kindesalter«¹⁸⁷ (2009) in Kooperation mit dem Fachamt für Jugend- und Familienhilfe und der Asklepios Klinik Wandsbek organisiert.

Lokale Vernetzung für Prävention in Hohenhorst

Wie der Steckbrief¹⁸⁸ erläutert, wohnen in der aus den 1960er-Jahren stammenden Großsiedlung Hohenhorst ca. 12.000 Menschen, etwa 50 % von ihnen haben einen Migrationshintergrund. Es gibt sehr viele Kinder und Jugendliche und eine hohe Arbeitslosenrate. Charakteristisch ist das multikulturelle Miteinander der Generationen, auch

187 www.hamburg.de/contentblob/2830306/1126226801f2f5428b849d7b0ede6261/data/download-pdf-vortraege-kindeswohlgefaehrdung-fobi-juni-2009.pdf

188 www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/KGC/Koordinierungsstellen/Koordinierungsstelle_Gesundheitliche_Chancengleichheit_Hamburg/Steckbrief_Vernetzungsstelle_Hohenhorst.pdf

im Haus am See, das seit 2017 offizielles Mehrgenerationenhaus ist. In 2011 entstand der »Runde Tisch Gesundheit Hohenhorst«, inzwischen umbenannt in »Runder Tisch Gesundheit und Inklusion Hohenhorst«. Seit 2018 wird der Stadtteil Rahlstedt-Ost einbezogen.

»Gesunde Quartiere«-Untersuchungsgebiete und Interventionsquartier

Für die Arbeit des erwähnten Forschungsverbundes »Gesunde Quartiere« (Westenhöfer et al. 2021) fungierten die Stadtteile Sasel und Rahlstedt als zwei von sechs Untersuchungsgebieten. Zu diesen Gebieten werden umfangreiche Informationen vergleichend berichtet, insbesondere Angaben zur gesundheitlichen Situation (Buchcik et al. 2021) sowie Umwelt- und Umgebungsmerkmale (Yosifova & Pohlan 2021).

Zusätzlich stellt Großlohe, ein Ortsteil von Rahlstedt, eines der beiden Interventionsquartiere dar: Hier wurde sowohl Quartiersaktivierung durch Gesundheitsforen (Schattschneider, von Mandelsloh et al. 2021) als auch Gesundheitsmarketing (Borutta, Buchcik et al. 2021) erprobt; in diesem Zusammenhang entstanden auch eine Freizeitkarte zur Bewegungsförderung sowie der über 90 Seiten starke Gesundheitsführer *Mein Großlohe*,¹⁸⁹ der beispielsweise Angebote zu »Begegnung/ Austausch« aufführt.

Eichtalpark

Der ökologisch wertvolle Eichtalpark im mittleren Wandsetal erfüllt für Erholung und Freizeit wichtige Funktionen und bietet nach der Sanierung der denkmalgeschützten Toranlage auch einen soziokulturellen Begegnungsort. Der 2018 gegründete Verein »Freunde des Eichtalparks e. V.«¹⁹⁰ verfolgt das Ziel, die Potenziale des ehemaligen »Wandsbeker Stadtparks« im Sinne eines weiteren gemeinnützigen Ausbaus zu fördern und für bürgerschaftliches Engagement zu werben. Er will »im Verbund mit anderen gemeinnützigen Akteuren eine Plattform für Engagement im Park schaffen und Mittler sein zwischen Bürgerinteressen, Fachbehörden und Politik«.

Erstmals im Sommer 2021 ermöglichte eine Förderung des Bezirkes Wandsbek ein kostenloses inklusives ParkSport-Angebot; Verstetigung für die Saison 2022 ist beantragt. Ebenso geplant ist eine »Bewegungsinsel« als Areal, welches zu selbstbestimmten Trainingseinheiten einlädt – beides als niederschwellige Angebote zur Gesundheitsförderung.

¹⁸⁹ <https://mein-grosslohe.de>

¹⁹⁰ www.freunde-des-eichtalparks.de

Weitere Einrichtungen und Initiativen in Wandsbek

Als weitere Institutionen und Initiativen seien exemplarisch erwähnt:

- Gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg-Nordost gGmbH¹⁹¹ für sozialpsychiatrische Beratung und Unterstützung
- Quartierprojekt Q8 Großlohe,¹⁹² das in Kooperation mit der Kirchengemeinde Altrahlstedt erfolgt und sich u. a. für Coronaimpfungen engagiert, und Quartierprojekt Q8 Tonndorf
- Bramfelder Kulturzentrum »Brakula«¹⁹³ (Träger: Bramfelder Kulturladen e.V) u. a. mit Kursen zur Selbstverteidigung für Kinder, Gruppenarbeit zu Bewegung und Gesundheit sowie gesundheitsorientierten Kochkursen
- Tonndorfer »Jenfeld-Haus«¹⁹⁴ (Träger: Selbsthilfe e. V. Jenfeld) u. a. mit Kursen »Mach mit – bleib fit!« sowie Tinnitus-Selbsthilfegruppe
- »Sasel-Haus«¹⁹⁵ – vom eigenen Verein getragen – mit Veranstaltungen zu Ernährung, Elektrosmog und Depressionen im Programm von 2020.

Resümee

Um die Vielfalt von Strukturen und Prozessen zu illustrieren, die sich in Hamburg dem Thema Gesundheit widmen, blickt der Beitrag auf entsprechende lokale Einrichtungen, Initiativen und Projekte. Unabhängig von Trägerschaft, Zuständigkeit oder Einzugsbereich werden diese hier pragmatisch ihrem Standort zugeordnet, obgleich viele von ihnen (auch oder sogar ausschließlich) überregionale Funktionen wahrnehmen.

Manche Arten gesundheitsversorgender Einrichtungen sind in Hamburg in großer Anzahl vertreten, z. B. Arztpraxen, Apotheken, (Sucht-)Beratungsstellen, Pflegedienste, -stützpunkte und -heime. Solche Einrichtungen ambulanter oder stationärer medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie der Heil- und Hilfsmittelversorgung sind nicht Thema dieses Beitrags, obwohl deren Funktionen, Verteilung im Stadtgebiet und Zusammenwirken für StadtGesundheit durchaus bedeutsam sind. Auch für den Bereich der dargestellten Einrichtungen, Initiativen und Projekte kann der Beitrag keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Einen intensiven Blick auf Hamburger Quartiersprojekte mit Gesundheitsbezug warf der Forschungsverbund »Gesunde Quartiere«¹⁹⁶ (Westenhöfer et al. 2021). Hier

¹⁹¹ www.gpd-nordost.de/

¹⁹² www.q-acht.net/grosslohe/

¹⁹³ www.brakula.de/

¹⁹⁴ www.jenfeld-haus.de/

¹⁹⁵ www.sasel-haus.de/

¹⁹⁶ www.gesundequartiere.de

wurde eine Bestandsaufnahme aktueller interventiver Projekte durchgeführt, welche sowohl Quartiersbezug als auch direkten oder indirekten Gesundheitsbezug aufwiesen. Für die 27 aufgefundenen Projekte wurden durch Interviews mit Akteur:innen hinderliche und förderliche Bedingungen ausgelotet (Schattschneider, Mindermann et al. 2021). Die sechs Untersuchungsgebiete und die beiden Interventionsquartiere Großlohe und Lohbrügge des Forschungsverbundes wurden im vorliegenden Text an entsprechender Stelle berücksichtigt.

Zu diesem Thema stellt die Dynamik entstehender und vergehender Initiativen eine Herausforderung dar. Auf welche Weise ein Überblick über lokale Aktivitäten zu Gesundheit ohne zu großen Aufwand zu wahren ist, ist eine offene Frage. Manche Gesundheitsämter nehmen anteilig solche Aufgabe wahr. Schon unvollständige Ansätze können dazu beitragen, ein Bewusstsein über die »Artenvielfalt« der Angebote sowie Überlegungen zur Resilienzsteigerung zu unterfüttern.

Dass sogar bei großen Entwicklungen wie »Sprung über die Elbe« – soweit erkennbar – Gesundheitsthemen kaum beachtet wurden, steht in bedauerlichem Kontrast zu den hier dargestellten, umfangreichen und kontinuierlichen Bemühungen um Gesundheit in Hamburg. Angesichts der Vielzahl engagierter Akteure sollte es für die Zukunft möglich sein, eine Mitwirkung an entsprechenden Prozessen zu realisieren.

Die Autoren danken Frau Julia Moser, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, für die Mitwirkung an der Vorbereitung dieses Beitrags.

LITERATUR

Beck U, Beck-Gernsheim E (2011): Die Kosmopolitisierung der Gesellschaft. S. 32–41 in: IBA_Hamburg: Metropole: Kosmopolis. Schriftenreihe Metropole, Band 5. Jovis, Berlin

Bezirksamt Altona/Bezirksamt Altona, Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit, Fachamt Gesundheit/Gesundheits- und Pflegekonferenz Altona (2009): Partnerschaft für die Gesundheit in Altona – Gesundheitsziele Altona 2008–2012. www.hamburg.de/contentblob/4252094/79f5dad33dcac53dad53927fec771145/data/gesundheitsziele-2008-2010.pdf

Borutta JS, Buchcik J, Busch S, Jürgensen I-N, Mindermann N, Pohlan J, Schattschneider R, von Mandelsloh F, Westenhöfer J, Yosifova E (2021): Entwicklung und Implementierung quartiersbezogener Interventionen. Kap. 12 (S. 233–264) in: Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.) (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3, oekom verlag, München

Buchcik J, Borutta JS, von dem Knesebeck O, Westenhöfer J, Nickel S (2021): Gesundheitliche Situation in Quartieren mit unterschiedlicher sozialer Lage. Kap. 5 (S. 53–74) in: Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.) (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3, oekom verlag, München

Gesundheitsamt Altona (2020): Altonaer Bewegungsrouten. Sieben Routenbeschreibungen mit nützlichen Informationen. www.hamburg.de/altona/gesundheits-und-pflegekonferenz/4251820/bewegungsrouten/

Gesundheitsamt Hamburg-Nord (o. J.): KOBA (Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung) – Gesundes Langenhorn, Gesünder leben am Rübenkamp. Präventionsangebote und Angebote im Stadtteil. Bericht 2020, www.hamburg.de/contentblob/14935014/63016df8a9458de14235834dd6411210/data/koba-bericht-2020.pdf

HC HH & BSU/HafenCity Hamburg GmbH, Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt (2011): Schallschutz bei teilgeöffneten Fenstern. Übersicht für Architekten, Ingenieure und Investoren. www.hamburg.de/contentblob/3303900/19ccd5f0fced4d4839c88d4b94335fdb/data/schallschutz-bei-teilgeoeffneten-fenstern.pdf

igs 2013 & HAG (2010): Wilhelmsburger Kinder in Bewegung – drinnen und draußen! Dokumentation des Workshops am 14. April 2010 anlässlich der 3. Gesundheitskonferenz Hamburg-Mitte »Gesundheit und Migration in der Region Elbinseln«. <https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2012/13947/pdf/workshop.pdf>

Lorentz C, unter Mitwirkung von Wolf K und Krämer N (2012): Gesundheitsbericht Eimsbüttel 2012. Basisdaten zur gesundheitlichen Lage im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel 1998–2009. www.hamburg.de/contentblob/13089572/ac4cc7a358bfdca7af07c88ccae4f06/data/seniorenbroschuere-2019.pdf

Lorentz C, Trojan A (2018): »Lenzgesund«. Ein Modell integrierter quartiersbezogener Gesundheitsförderung. Beitrag 8.6 (S. 492–500) in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München

Nickel S, Lorentz C, Süß W, Wolf K, Trojan A (2019): Qualitätsentwicklung und Verstetigung quartiersbezogener Gesundheitsförderung. Das Beispiel des Hamburger Programms »Lenzgesund«. Medizinsoziologie, Bd. 30. Lit Verlag, Münster

Nießen J (2018): Öffentlicher Gesundheitsdienst. Beitrag 3.4 (S. 137–142) in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2, oekom verlag, München

Nießen J, Grünberger E (2018): Gesundheits- und Pflegekonferenzen als integratives Instrument am Beispiel des Bezirks Altona. Beitrag 8.4 (S. 477–483) in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2, oekom verlag, München

Schattschneider R, Mandelsloh F von, Borutta J, Buchcik J, Mindermann N, Westenhöfer J, Busch S (2021): Quartiersaktivierung durch Gesundheitsforen. Kap. 11 (S. 203–232) in: Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.) (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3, oekom verlag, München

Schattschneider R, Mindermann N, Busch S (2021): Quartiersorientierte Gesundheitsförderung in Hamburg. Bestandsaufnahme, Erfahrungen, Partizipation und Kooperation. Kapitel 10 (S. 185–201) in: Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.) (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3, oekom verlag, München

Scholz O (2013): Die Zukunft findet in den Städten statt. S. 10–19 in: IBA_Hamburg: Metropole: Stadt neu bauen. Schriftenreihe Metropole, Band 7. Jovis, Berlin

Trojan A, Süß W, Lorentz C, Nickel S, Wolf K (2013): Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Reihe Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa, Weinheim

Walter G, Claass J (2018): Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten (CASAblanca). Beitrag 6.8 (S. 320–322) in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2, oekom verlag, München

Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.) (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3, oekom verlag, München

Yosifova E, Pohlan J (2021): Umwelt- und Umgebungsmerkmale von Quartieren mit unterschiedlicher sozialer Lage. Kap. 6 (S. 75–104) in: Westenhöfer J, Busch S, Pohlan J, von dem Knesebeck O, Swart E (Hrsg.) (2021): Gesunde Quartiere. Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 3. oekom verlag, München

4.3

Partizipation im Hamburger Gesundheitswesen

AlfTrojan

In der Gesundheitspolitik und der medizinischen Versorgung sind in den vergangenen Jahrzehnten Entwicklungen zu verzeichnen, die mit negativen Schlagworten wie Entsolidarisierung, Kommerzialisierung und Rationalisierung charakterisiert werden. Sicher auch als bewusstes Gegensteuern gibt es einen Ausbau der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen und eng damit verknüpft einen (teilweise) systematischen Aufbau von Patientenorientierung und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen (z. B. Gerlinger, Lenhardt et al. 2005). Der Begriff »Patient:innen« umfasst hier Menschen in ihrer Rolle als Bürger, Versicherte und schließlich auch Präpatienten bzw. Zielgruppen von Prävention und Gesundheitsförderung.

Hinter dem sehr weiten Konzept Patientenorientierung verbergen sich in vielen Fällen primär Information, Aufklärung und Beratung in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, vonseiten der Versicherer (Krankenkassen) und der einzelnen Behandler:innen. Das Konzept schließt aber auch Partizipation im Sinne von direkter Mitsprache, Mitgestaltung und Entscheidungsmacht ein. Die Abb. 4.3-1 zeigt das ganze Spektrum dessen, was (z. T. auch missbräuchlich) als Partizipation etikettiert wird.

Zur Stärkung von Patientenorientierung einschließlich -partizipation gibt es seit ca. 20 Jahren eine Vielzahl von Grundsatzpapieren und Stellungnahmen (Trojan, Kofahl et al. 2012, S. 10). Zuletzt beschloss 2018 die Konferenz der Gesundheitsminister:innen von Bund und Ländern (GMK), dass »Patientenorientierung als Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik« gestärkt werden solle (GMK 2018).

In diesem Beitrag zur Situation in Hamburg geht es primär um die rechtlich geregelte Partizipation in Landesgremien, auf der Ebene von Versorgungseinrichtungen und um Beteiligungen aus Bereichen der Zivilgesellschaft.

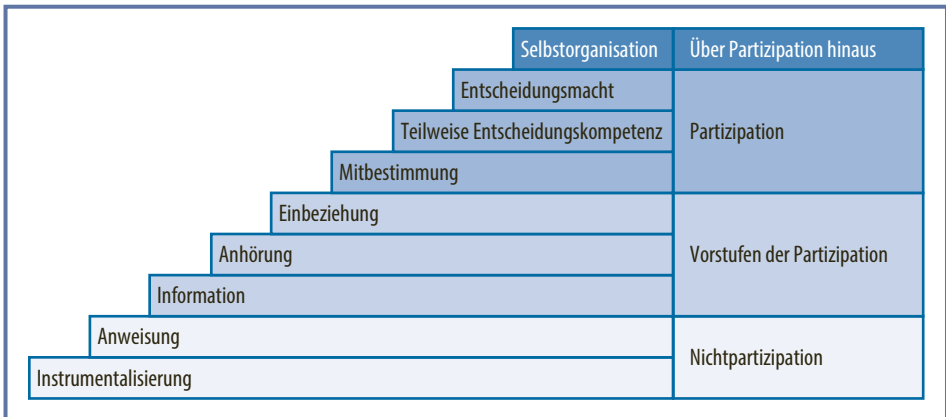


Abbildung 4.3-1: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Quelle: Wright, Block et al. 2010.

Partizipation auf Landesebene

Die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten werden in Hamburg durch das Forum »Patientenvertretung in Hamburg – Bündnis der Patientenorganisationen nach § 140f SGB V« koordiniert.¹⁹⁷ Es wird gebildet von der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, der Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen e. V. sowie der Verbraucherzentrale e. V. als sogenannten maßgeblichen Organisationen der Patientenbeteiligung. Gemeinsam benennen sie die Patientenvertreterinnen und -vertreter für die Zulassungsausschüsse für Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sowie die Fachgruppen der Externen Qualitätssicherung (EQS s. u.) (KVH 2020).

Anfang 2020 musste die Patienten-Initiative e. V. ihre Mitarbeit im Forum Patientenvertretung mangels Ressourcen einstellen. Dieser Verlust wird vom Forum mit dem Satz kommentiert: »Der Rückzug der Patienten-Initiative ist ein schwerer Schlag für die Patientenvertretung in Hamburg – und auch bisher sichtbarste Folge des offenbar geringen Interesses an einer bedarfsgerechten strukturellen Unterstützung der Arbeit der Patientenvertretung.« (Forum Patientenvertretung)

Diese Stellungnahme erfolgt auf dem Hintergrund einer seit vielen Jahren (zeitweise mittels Streik) geführten Auseinandersetzung um zusätzliche Mittel für eine professionalisierte Koordinierungsinfrastruktur für die weitgehend ehrenamtliche Patientenbeteiligung. Seit der § 140 f. SGB V vorsieht, dass der Landesausschuss nach § 90 »eine Stabsstelle Patientenbeteiligung einrichten« kann,¹⁹⁸ erhofft sich das Forum die Umsetzung ihres Konzepts dafür¹⁹⁹ – bisher jedoch ohne Erfolg.

¹⁹⁷ www.patienten-hamburg.de

¹⁹⁸ www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_140f.html

¹⁹⁹ www.patienten-hamburg.de/media/files/2018-02-06-PV-GSt-Taetigkeitsprofil-v2-01.pdf

Das Forum Patientenvertretung in Hamburg stellt sich vor

Die Patientenbeteiligungsverordnung der Bundesregierung nennt vier bundesweite Patientenorganisationen, die zur Beteiligung berechtigt sind. In den Bundesländern sollen die entsprechenden Organisationen beteiligt werden. Das sind für Hamburg:

- die **Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen e.V.**
- die **Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen im Paritätischen Wohlfahrtsverband**
- die **Verbraucherzentrale Hamburg e.V.**

Wer einer dieser Organisationen zugehörig ist, kann als Patientenvertreter benannt werden.



Abbildung 4.3-2: Internetauftritt des Forums Patientenvertretung in Hamburg.

Quelle: <http://www.patienten-hamburg.de/das-forum-pv-in-hh-stellt-sich-vor.html>2010.

Neben diesen Mitwirkungsorganen gibt es eine Reihe von Instanzen, die als »Brücke« zwischen Patienten und Landesinstitutionen fungieren, also eine Art indirekte Patientenbeteiligung herstellen. Dies sind der Patientenbeauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (gemäß SGB V § 140 h), die Patientenbeauftragte der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, die gemeinsame Patientenberatung von KVH und Ärztekammer sowie (neu seit August 2020) ein hauptamtlicher »Senatskoordinator für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung« (integriert in das Inklusionsbüro²⁰⁰).

Ansätze für den stationären Bereich

Auf den Internetseiten der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) findet man Hinweise, die verschiedene Facetten von Beteiligung ansprechen.

Beschwerdemanagement

Schon seit vielen Jahrzehnten gab es positive Einzelbeispiele von Ombudspersonen, Patientenvertrauenspersonen, -beauftragten oder -fürsprechern in Krankenhäusern, ab 1999 auch ein entsprechendes Projekt der Patienten-Initiative (s. u.).

Das jüngere, institutionell abgesicherte und flächendeckende Beschwerdemanagement in Hamburg geht wesentlich auf Aktivitäten und Kritik des Verbraucherschutzes in

²⁰⁰ www.hamburg.de/skbn/4477488/inklusionsbuero/

Hamburg zurück²⁰¹ und basiert auf der »Hamburger Erklärung für ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement« von 2004.²⁰² Die HKG führt in ihrem Internetauftritt eine Liste direkter Links zu den einzelnen Beschwerdeinstanzen in 34 Hamburger Krankenhäusern auf. In der letzten verfügbaren Erhebung kam Kranich (2008) zu dem Schluss, dass das Beschwerdemanagement nicht überall für Patienten erkennbar sei.

*Externe Qualitätssicherung (EQS)*²⁰³

Die EQS-Hamburg ist die aufgrund gesetzlicher Bestimmungen eingerichtete Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Sie erfasst vergleichende Qualitätsdaten für den Hamburger Krankenhausspiegel. Für ihre Fachgremien benennen die Interessenverbände der Patientenvertretung jeweils einen Vertreter als nicht stimmberechtigten Gast. Im Fachgremium Patientensicherheit, das auf Initiative der Patientenvertreter etabliert wurde, sind es sogar drei stimmberechtigte Mitglieder.

Patientenbefragungen im Krankenhaus

Der Hamburger Krankenhausspiegel enthielt vormals direkte Vergleiche der Hamburger Krankenhäuser zu der Frage, ob Patienten das jeweilige Krankenhaus Freunden und Bekannten empfehlen würden (Fehr, van den Bussche et al. 2018, S. 178). Dies ist jetzt nicht mehr möglich: Früher mussten alle Hamburger Krankenhäuser als Mitglieder des Portals »qualitätskliniken.de« dasselbe Befragungsinstrument nutzen. Seit qualitätskliniken.de nur noch ein Portal für Rehabilitationskliniken ist, gibt es jedoch kein allgemein verbindliches Befragungsinstrument mehr.²⁰⁴ In der bundesweiten »Weißen Liste« erhält man Informationen zur Auswahl eines Krankenhauses und in diesem Zusammenhang auch Ergebnisse aus Patienten- bzw. Versichertenbefragungen, u. a. auch zur Häufigkeit, mit der die Patienten das Krankenhaus weiterempfehlen würden.²⁰⁵

Intermediärer und informeller Bereich

Die »Pioniere« der Patientenbeteiligung kommen sehr häufig aus dem intermediären und informellen Bereich. Ohne ihre Lobbyarbeit wäre Patientenbeteiligung im formalen Bereich vermutlich nicht oder erst später entstanden.

201 www.vzhh.de/themen/gesundheitspatientenschutz/das-rezept-erfolg

202 http://hamburg.bwkrankenhaus.de/fileadmin/user_upload/hamburg/bilder/Abteilungen/Qualitaetsmanagement/Bundeswehrkrankenhaus_2018.pdf

203 www.eqs.de/ueber-die-eqs.html

204 Briefliche Mitteilung der HKG

205 www.weisse-liste.de/de/service/ueber-krankenhaussuche/versichertenbefragung/

Patienten-Initiative e. V.

Die Patienten-Initiative ist seit 1984 in Reaktion auf den Bernbeck-Skandal (zahlreiche durch Operationen geschädigte Patient*innen) als unabhängige Interessenvertretung für Patienten tätig. Der eingetragene Verein wurde 1986 durch maßgebliche Initiative von Kerstin Hagemann²⁰⁶ gegründet und hat rund 90 Mitglieder: »Ziel ist es, die Perspektive von Patient*innen sichtbar zu machen, ihre Rechte zu stärken sowie für mehr Patientenbeteiligung einzutreten.«²⁰⁷ Zu den Aktivitäten zählten ab 1999 (bis 2013) das Projekt [PI(K)], »Patienten-Initiative im Krankenhaus«, das ein direkter Vorläufer des heutigen Beschwerdemanagements (s. o.) war.

Weitere Schrittmacheraktivität war von 2006 bis 2015 die Trägerschaft der Regionalen Beratungsstelle Hamburg der UPD (Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH) gemäß § 65b SGB V, die ab Anfang 2016 ein privater Anbieter übernahm (s. u.). Aktuell steht (neben den traditionellen Themen der Lobbyarbeit für Patient*innen und Beratung bei Behandlungsfehlern) das Eintreten für Barrierefreiheit in Einrichtungen des Hamburger Gesundheitswesens im Vordergrund (siehe auch > 6.4 Herrmann, Heß et al. und andere in diesem Band).²⁰⁸

*Patientenschutz im Rahmen der Verbraucherzentrale Hamburg e. V.*²⁰⁹

Von den 20 Mitgliedsverbänden des Vereins vertreten fünf die Belange von Kranken, Behinderten oder Versicherten. Die Abteilung »Gesundheit und Patientenschutz« berät vor allem bei juristischen und sozialrechtlichen Fragen. Allerdings versteht sie sich ausdrücklich auch als Interessenvertretung der Patienten, wozu es u. a. heißt: »Wir machen Missstände öffentlich und setzen uns für Abhilfe ein.« (Verbraucherzentrale Hamburg 2020)

*Weitere Einflussmöglichkeiten der Patient*innen*

Die UPD hat ein Regionalbüro auch in Hamburg,²¹⁰ das vorwiegend Beratung und Information anbietet. Zusätzlich werden die gesammelten Anliegen der Patienten weitervermittelt: »Darüber hinaus berichten wir regelmäßig über die im Rahmen unserer Beratungen angesprochenen Problemlagen im deutschen Gesundheitssystem, so dass diese von der Politik aufgegriffen und geändert werden können.«²¹¹

206 <http://patienteninitiative.de/bundesverdienstkreuz-fuer-kerstin-hagemann-pressemitteilung/>

207 <http://patienteninitiative.de/ueber-uns/>

208 <http://patienteninitiative.de/projekte/>

209 www.vzhh.de/themen/gesundheit-patientenschutz

210 www.patientenberatung.de/de/beratungsangebot/beratungswege/beratungsstellen/beratung-hamburg

211 www.patientenberatung.de/de/uber-uns/wie-wir-arbeiten

Im Vergabeausschuss des »Selbsthilfegruppen-Topfs« sitzen neben den Geldgebern auch Vertreter*innen der Selbsthilfe, die gemeinsam 2019 beispielsweise über mehr als 250.000 Euro entschieden (KISS 2020, S. 26/27). Bei diesen Entscheidungen handelt es sich um ein echtes Mitbestimmungsmodell – wenn auch in einem äußerst kleinen Rahmen.

In einer älteren Bürgerschaftsdrucksache (Bürgerschaft 2009), in der u. a. auch die Frage nach Patientinnenrechten und der Ermutigung von Frauen gestellt wurde, werden »Kooperationsabkommen zwischen Brustzentren und der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.« erwähnt. Tatsächlich handelt es sich bei dieser Kooperation meistens um wechselseitige praktische Unterstützung und weniger um Einflussnahme. Die im Internet noch auffindbare »Unabhängige Beschwerdestelle für Menschen mit Psychiatrieerfahrung« existiert inzwischen nicht mehr, weil sich für die ausschließlich ehrenamtliche Beratung kein Nachwuchs finden ließ. Der Paritätische Hamburg und das Forum Patientenvertretung fordern daher, dass die Arbeit jetzt finanziert und professionalisiert wird.²¹²

Partizipation gehört in der Gesundheitsförderung (Wright 2020) und immer mehr auch in der Gesundheitsforschung (Bundesgesundheitsblatt 2021) zu den Grundprinzipien aller Aktivitäten. Dafür gibt es auch in Hamburg eine Reihe guter Beispiele (HAG 2016). Runde Tische und ähnliche Kooperationsstrukturen, dialogorientiertes Arbeiten, partizipative Handlungsforschung – all dies sind Schlagwörter, denen die Praktiker auch in Hamburg gerecht zu werden versuchen. Da diese Ansätze aber meist nur geringe Reichweite haben und zeitlich limitiert sind, wird an dieser Stelle nicht darauf eingegangen.

Das Hamburgische Gesundheitsdienstgesetz (HmbGDG von 2001²¹³) sieht in § 6 zu »Gesundheitsförderung und Prävention« Gesundheitskonferenzen in den Bezirken vor, wobei u. a. auch »Selbsthilfegruppen und Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge sowie des Patientenschutzes einbezogen werden sollen«. Hier wird einer Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern die Tür geöffnet. Wie weit dies in der Praxis Bedeutung erlangt, ist nicht bekannt.

Resümee

In der Zusammenschau des Istzustandes und der Entwicklungen muss man leider sagen, dass das sprichwörtliche Glas weniger als halb voll ist: Einige Beteiligungsmöglichkeiten gibt es nicht mehr (Beschwerdestelle für Menschen mit Psychiatrieerfahrung; systematische, gleichartige vergleichende Patientenbefragungen in allen Krankenhäusern),

²¹² www.patienten-hamburg.de

²¹³ Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz, HmbGDG) v. 18.7.2001, HmbGVBl. Nr. 26, 27.7.2001, www.luewu.de/docs/gvbl/2001/26.pdf

oder Aktivitäten mussten reduziert werden (Patienten-Initiative e. V.). Die strukturell wohl wichtigste Instanz, das Forum Patientenvertretung nach § 140 SGB V, musste für größere Unterstützung durch Ressourcen streiken; die inzwischen gesetzlich möglichen Landesstabsstellen für Patientenbeteiligung vermutet das Forum zwar »in greifbarer Nähe«,²¹⁴ aber der im November 2019 verabschiedete Gesetzestext wurde noch nicht umgesetzt. Insgesamt gibt es überwiegend Vorstufen, aber kaum wahre Partizipation im Sinne der Abb. 4.3-1; tatsächliche Mitbestimmung war lediglich in der Mittelvergabe des Selbsthilfegruppentopfes und in der Fachgruppe Patientensicherheit der EQS zu finden.

Abschließend sei ein kurzer Blick auf die Bundesebene gerichtet: Der schon 2007 diagnostizierte »Entwicklungsbedarf in Deutschland« (Forster & Kranich 2007, S. 98) wird in einer neueren Bilanz der Partizipationsmöglichkeiten in der Bundesrepublik in schärfere Worte gefasst: »Die Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen bleibt gegenwärtig weit hinter dem erforderlichen Maß zurück. Trotz Subjektstellung der Patienten im Gesundheitssystem sind deren Mitgestaltungs- und Mitentscheidungsmöglichkeiten gering.« (Dierks 2019, S. 1115) Diese Einschätzung gilt auch für Hamburg.

LITERATUR

Bundesgesundheitsblatt (2021): Schwerpunktthema »Partizipative Gesundheitsforschung«, Bd. 64, Heft 2

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. Drucksache 19/4262 v. 3. 11. 09: Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE vom 06. 10. 09 und Antwort des Senats; Betr.: Aktionsplan Frauengesundheit. www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/27428/aktionsplan-frauengesundheit.pdf

Dierks C (2019): Brauchen wir mehr Patientenvertretung in Deutschland? Bundesgesundheitsblatt 62:1113-1119. www.doi.org/10.1007/s00103-019-02994-y

Fehr R, van den Bussche H, Trojan A (2018): Stationäre Versorgung. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Bd. 2. oekom verlag, München, S. 170–181

Forster R, Kranich C (2007): Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem. Jüngste politische Initiativen in England und Deutschland im Vergleich. Gesundheitswesen 69:98-104; DOI 10.1055/s-2007-970403

Gerlinger T, Lenhardt U, Simon M, Essers M, Herrmann M, Hinricher L et al. (Hrsg.) (2005): Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Argument Verlag, Hamburg

GMK/Gesundheitsministerkonferenz (2018): Beschlüsse der 91. GMK; TOP: 4.1 Patientenorientierung als Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik. www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=698&jahr=2018

HAG/Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2016): Thema Partizipation und Dialog. Stadtpunkte H1, Mai 2016, www.hag-gesundheit.de/medien/stp-thema

214 www.patienten-hamburg.de/

KISS Hamburg (2020): Jahresbericht 2019. Eigenverlag, Hamburg. www.kiss-hh.de/fileadmin/redakteur/6-ueber-uns/KISS_Jahresberich_2019_-web.pdf

Kranich C (2008): Der Umgang mit Beschwerden in den Hamburger Krankenhäusern. Drei Jahre »Hamburger Erklärung«. Abt. Gesundheit und Patientenschutz der Verbraucherzentrale Hamburg. Unveröff. Manuskript v. 11. Dezember 2008 (4 Seiten). https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2014/31780/pdf/Beschwerden_in_Krankenhausern.pdf

KVH/Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2020): Patientenvertreter in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Eigenverlag, Broschüre (18 Seiten). www.kvhh.net/_Resources/Persistent/7/4/3/6/7436076fd507365b3e549c4e835fe727a7437c6b/patientenvertreteringremien_2020_neu4.pdf

Trojan A, Kofahl C, Nickel S, Lüdecke D (2012): Patientorientierung als Leitbegriff moderner Krankenversorgung und Einführung in das Buch. In: Trojan A et al. (Hrsg.): Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S. 5–22

Verbraucherzentrale Hamburg (2020): Wir unterstützen Patientinnen und Patienten. Faltblatt. www.vzhh.de/sites/default/files/medien/134/dokumente/2020_Verbraucherzentrale-Hamburg_Flyer-Gesundheit-Patientenschutz_WEB.pdf

Wright M (2020): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), doi:10.17623/BZGA:224-i084-1.0, www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/

Wright MT, Block M, von Unger H (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright MT (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Hans Huber, Bern, S. 35–52

4.4

Das Hamburger Interdisziplinäre Ethikseminar 1979–2019

Winfried Kahlke, Siegfried Scharrer

Das Hamburger Ethikseminar geht zurück auf eine Lehrveranstaltung »Interdisziplinäres Seminar von Medizinerinnen und Theologen« im Fachbereich Evangelische Theologie der Universität Hamburg, erstmals angekündigt im Wintersemester 1979/80 von dem Wissenschaftlichen Assistenten Siegfried Scharrer. In den fast 40 Jahren seines Bestehens hat es, neben dem Ortswechsel vom Campus der Universität zum Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hochschuldidaktik der Medizin, die Entwicklung zu einem anerkannten Ort der Diskussion verschiedenster ethisch relevanter Themen für die interessierte Öffentlichkeit Hamburgs genommen. Seit seinem Beginn wurde das Seminar von einem von Zeit zu Zeit wechselnden Kreis von Wissenschaftler:innen veranstaltet.

Teil 1: Das Interdisziplinäre Seminar von Medizinern und Theologen (Siegfried Scharrer)

Es ist erstaunlich, welche Folgen Theologie und christlicher Glaube für eine Stadt und die Öffentlichkeit langfristig haben können: Die Motivation zur Gründung des Seminars ging von der Zusammenarbeit mit Helmut Thielicke aus. Der bedeutende Ethiker des modernen Protestantismus entwickelte einen Ansatz, der die gesellschaftspolitischen Folgen des christlichen Glaubens aufzeigte: Glauben und Denken, Glauben und Handeln sind untrennbar miteinander verbunden. Damit sollte die verbreitete Sprachlosigkeit der Kirchen im Dritten Reich überwunden und der Rückzug in eine bloße Innerlichkeit vermieden werden. Der Ansatz führte u. a. zur Gründung der Evangelischen Akademien und bei Thielicke zu interdisziplinären Seminaren z. B. mit Naturwissenschaftlern und in Hamburg besonders Medizinern aus dem UKE.

In der Hamburger Öffentlichkeit merkte man den Einfluss Thielickes an den bekannten Predigten und Reden im überfüllten Hamburger Michel, die Menschen verschiedener Gesellschaftsschichten anlockten, an der Gründung der Projektgruppe Glaubensinformation, der Resozialisierungsarbeit in der Haftanstalt Neuengamme, dem interkulturellen »Ausländertreffpunkt« im Karolinenviertel, bis zuletzt zur Gründung eines Hospizes in Blankenese durch Mitglieder der Projektgruppe. Wort Gottes ist biblisch-hebräisch ein Tat-Wort.

Dieser Ansatz führte mich 1980 zur Gründung des Hamburger Medizinethikseminars (»Interdisziplinäres Seminar von Medizinern und Theologen«). Gemeinsam mit den Medizinern Rudolf Kautzky, Helmut Boehncke und Peter Meinecke (und später Gerhard Ruhrmann) gründete ich dieses Seminar; als gleichberechtigte Mitveranstalterin war auch die Krankenschwester Karin Tost dabei. Das Seminar führte nicht nur Wissenschaftler aus dem UKE, sondern auch aus anderen Hamburger Kliniken (z. B. Kinderkrankenhaus Altona, Walddörfer Krankenhaus, AK Barmbek usw.) und Praxis-einrichtungen zusammen. Auf diese Weise strahlte es in die Öffentlichkeit aus.

Zwar fand das Seminar immer an den universitären Orten statt. Doch nicht nur die spätere »Wanderung« vom theologischen Fachbereich zur festen Lehrveranstaltung im Fachbereich Medizin im UKE war für die Verbreitung wichtig. Auch mehrere Wochenendseminare mit kleineren Gruppen fanden in umliegenden Gemeindehäusern statt, was die Aufmerksamkeit steigerte.

Die Studierenden im Seminar kamen meist aus dem Bereich Medizin und Theologie, aber auch aus anderen Fachbereichen, zum Teil bis zu 120 Teilnehmer. Wir haben versucht und dazu angeleitet, klar zu unterscheiden zwischen medizinischen Fachinformationen und (oft verborgenen) notwendigen Wertungen. Die philosophischen und wissenschaftstheoretischen Unterscheidungen zwischen deskriptiv formulierten medizinischen Sätzen und präskriptiven Normen wurden bei jeder Veranstaltung eingeübt.

**Textbox 4.4-1: Ethikseminar 1980 –
Initiale Aufstellung von Grundfragen und Themen (Auszug)²¹⁵**

- 1. Was ist der Mensch? Anthropologische Bausteine**
 - 1.1 Mensch und Technik
 - 1.2 Das Menschenbild in der Medizin
 - 1.3 Zum platonischen Menschenbild
 - 1.4 Biblisch-theologisches Menschenbild
 - 1.5 Leib-Seele-Problem
 - 1.6 »Freiheit« und »Determinatoin« (Von der Meßbarkeit des Menschen)
- 2. Wie soll der Mensch handeln? Zur Begründung der Ethik**
 - 2.1 Grundlegende Unterscheidungen, Methoden und Theorien der Ethik
 - 2.2 Der Hippokratische Eid und die Problematik seiner heutigen Anwendung
 - 2.3 Neuere internationale Formulierungen eines medizinischen Eides
 - 2.4 Impliziert »Technik« eine neue »Ethik«?
- 3. Das Verhalten der Helfer [...]**
- 4. Spezielle Fragen [...]**
- 5. »Alternative« Medizin [...]**
- 6. Ethische Probleme am Beginn des menschlichen Lebens [...]**
- 7. Medizin und Gesellschaft**
 - 7.1 Somato-psychoziale Krankheitsursachen
 - 7.2 Behinderte in unserer Gesellschaft
 - 7.3 Die »Medizin« als Krankheit
 - 7.4 Die ethische Problematik der medizinischen Ausbildung
 - 7.5 Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung von Arzt und Patient (Zum Verhältnis »Individuum – Gemeinwohl«)
 - 7.6 Die ethische Problematik der Kostenentwicklung im Krankenversorgungssystem
 - 7.7 Die gesellschaftspolitische Rolle der ärztlichen Standesorganisationen in ethischer Sicht
 - 7.8 Die Aufgabe der »Ethikkommissionen«
 - 7.9 Ethische Probleme der Präventivmedizin
 - 7.10 Ethische Probleme der Arbeitsmedizin
 - 7.11 Ärztliche Umweltverantwortung
- 8. Ethische Probleme am Ende des menschlichen Lebens [...]**
- 9. Zur Sinnfrage in grundsätzlicher Sicht [...]**

²¹⁵ Vgl. dazu ausführlicher in Kahlke & Scharrer 2019, S. 39

Einen zentralen Platz nahm die Frage der Autonomie des Patienten, aber auch des Arztes ein. Die inhaltlichen Fassungen der jeweiligen Gewissensentscheidungen führten zu vielen Diskussionen. Dabei wurden verschiedene Menschenbilder – z. B. das platonische, das christliche, das ökonomische, das utilitaristische Menschenbild – gegenübergestellt und so zur Reflexion angeregt (s. Textbox 4.4-1).

Die besonders klare Redeweise des »Altmeisters« der modernen Medizinethik, Rudolf Kautzky, seine intensive Schulung an klassischer Philosophie und ebenso seine Methode der »Handlung mit Doppelwirkung« befruchteten die Diskussion.²¹⁶ Dies traf sich mit meinen wissenschaftstheoretischen Unterscheidungen einer Entscheidungstheorie, mit Fallbeschreibung, Handlungsalternativen, Folgenbeschreibung, Wahrscheinlichkeitsabschätzungen und normativen Wertungen. Die Universalisierungsforderung der Normen und Suche nach einer universalen übergreifenden Grundnorm (vgl. Scharrer 1982, S. 50) moralischen Handelns verband ich mit der theologischen Sichtweise. Auf diese Weise wurde ein Scheinwerfer zur Beleuchtung der verschiedenen Fallsituationen angeboten. Dies hat die Suche nach dem jeweiligen geringeren Übel angeregt.

Der theologische Ansatz der Imago Dei als unverfügbarer Wert eines jeden Menschen wurde in Aufnahme von Aspekten aus der analytischen Philosophie und aus dem Kritischen Rationalismus weiter präzisiert. Das hebräische ganzheitliche Denken mit seiner Ablehnung der platonischen Leib-Seele-Spaltung ist gerade für das Gespräch mit Naturwissenschaftlern zentral und hilfreich geworden. Für viele Naturwissenschaftler war es neu, eine hebräisch orientierte Theologie kennenzulernen, die nicht der traditionellen platonischen Prägung vieler christlicher Strömungen angehörte. Und für die Theologinnen und Theologen war es erstaunlich, dass die klassischen Begriffe der Theologie »Gesetz und Evangelium« im Medium wissenschaftstheoretisch-entscheidungstheoretischer Konzepte neue Bedeutung gewannen mit der Unterscheidung von moralischen Leitlinien und empirischen Fallbeschreibungen. Auf diese Weise entstand eine permanente fruchtbare Diskussion der verschiedenen Fallkonstellationen.

Teil 2: Das Fortbestehen des Ethikseminars, 1986–2019 (Winfried Kahlke)

Im Jahr 1986 wechselt der Begründer des Seminars, Siegfried Scharrer, als Studienleiter an die Evangelische Akademie Nordelbien (EVAK). Durch die Fortsetzung seiner Mitwirkung am Seminar bis zu seiner Berufung an die Evangelische Hochschule Nürnberg (1992) ergibt sich eine kommunikative und thematische Erweiterung für das Ethikseminar, insbesondere durch das vielseitige Tagungsprogramm der EVAK. Dies

²¹⁶ Vgl. auch Kautzkys klare Darstellung des sogenannten naturalistischen Fehlschlusses ohne die Verwendung dieses Begriffs in Kautzky 2014².

ermöglichte u. a. die Teilnahme an den Internationalen Segeberger Medizinethiksymposien, die Siegfried Scharrer plante und organisierte: »Ethische Probleme am Beginn des Lebens des Menschen« (1988); »Ethische Probleme am Ende des Lebens des Menschen« (1989) und »Medizin und Gesellschaft« (1990).

Sie waren zugleich die ersten großen internationalen Symposien der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), die 1986 von 18 Wissenschaftler:innen gegründet wurde mit dem Ziel, Wissenschaft und Forschung zur Ethik in der Medizin zu fördern. In den nächsten Semestern folgten Wochenendseminare in Bad Segeberg zu weiteren Themen wie Aids, Homosexualität, »Schwangerschaftsabbruch – Therapie eines Notstandes?«, »Deutsch-deutscher Streitpunkt – psychologische, ethische und rechtliche Aspekte« (mit Wissenschaftler:innen aus Ost und West). Dieser äußere Rahmen schuf neue Begegnungen zwischen den verschiedenen Fachrichtungen, er förderte vertiefende und auch politische Diskussionen.²¹⁷

Standortwechsel

Das Ethikseminar erscheint seit dem Wintersemester 1986/87 unter den Lehrveranstaltungen der Didaktik der Medizin mit dem Titel »Grundfragen der Ethik der Medizin – ein interdisziplinäres Seminar«. Es führte durch seinen von den Themenschwerpunkten wie auch vom Veranstalterkreis aus betrachteten interdisziplinären Charakter zu einer gegenseitigen Beeinflussung mit dem übrigen Lehrangebot der Didaktikabteilung. Dabei vollzog sich bei den gemeinsam ausgewählten Schwerpunktthemen für die Orientierungseinheit für die Studienanfänger:innen²¹⁸ ein Wandel: Die zunehmende Diskussion ethisch relevanter Themen, aber auch das Ethikseminar selbst als ein Element des Lehrangebots der Didaktik führten zu einem wachsenden Interesse an medizinethischen Fragestellungen und zu ihrer Aufnahme in die vorbereitenden Seminare.

Die Themenvielfalt an konkreten Beispielen

Das Ethikseminar verstand sich nach wie vor als interdisziplinär und öffentlich und wendet sich bewusst über den Personenkreis aus der medizinischen Praxis, Lehre und Forschung hinaus an Angehörige der unterschiedlichen Bereiche beruflicher Tätigkeit sowie an interessierte Laien. Das verlangt für Aufbau und Gestaltung der einzelnen Veranstaltungen einen sinnvollen Ausgleich zwischen Theorie und Praxis. Für viele

²¹⁷ Es gehört zur Tragik institutioneller Entscheidungen: Die Synode der Nordelbischen Kirche traf später die irrationale Entscheidung, die gesamte Akademie in Bad Segeberg zu schließen. Es sei dagegen nur an die bekannte Äußerung Rudolf Augsteins erinnert: Die evangelischen Akademien seien das Beste, was den Kirchen nach dem Zweiten Weltkrieg eingefallen sei (vgl. z. B. Roepke 1986, S. 104).

²¹⁸ Vgl. Kahlke 1995, Kahlke & Reiter-Theil 1995

Außenstehende ist das Hamburger Ethikseminar ein Ort, an dem relevante und in der Öffentlichkeit oft kontrovers diskutierte Themen in ihrem ethischen Kontext abgehandelt und allgemein verständlich dargestellt werden.

In den fast 40 Jahren seines Bestehens hat das Ethikseminar in nahezu 500 Veranstaltungen die unterschiedlichsten Themen behandelt,²¹⁹ für die sich der Veranstalterkreis²²⁰ entschieden hat. Einen Eindruck von der Zielsetzung und thematischen Vielfalt dieses Seminars vermittelt Textbox 4.4-2.

Textbox 4.4-2: Ausgewählte Themenkomplexe und Seminartitel des Hamburger Ethikseminars

1. Tod und Sterben

5. Mai 1994: Lernen an der Leiche – ist nach dem Tode alles erlaubt? Es nehmen Stellung: Ein Anatom, ein Pathologe, ein Theologe und ein Medizinstudent

22. Januar 1998: Entscheidung über den Hirntod. Todeskonzepte aus verfassungsrechtlicher Sicht: Ethisch-theologische Überlegungen

30. Oktober 2015: »Sollen wir sterben wollen?« – Die Politik der Sterbehilfe

2. Medizin und Nationalsozialismus

2.–4. Juni 1989: Medizin im Nationalsozialismus: Einmaliger Vorgang oder beständige Gefahr? (Wochenendtagung in der Evangelischen Akademie Nordelbien, Tagungsstätte Bad Segeberg)

12. Dezember 2013: Leugnen, Verdrängen, Ignorieren in der Medizin nach 1945 – zwei Beispiele: »Der Neurologe Max Nonne und die Kindereuthanasie in Hamburg« und »Die Berliner Ärzteschaft und ihre Aufarbeitung der NS-Zeit«

30. November 2017: Medizinverbrechen im Nationalsozialismus (Führung durch die neu eröffnete Dauerausstellung im Medizinhistorischen Museum Hamburg)

3. Ethik und Ökonomie im Gesundheitswesen

29. November 2001: Das Gesundheitssystem zwischen Ethik und Monetik

23. April 2015: Ethische Entscheidungen zwischen ärztlicher Versorgung und wirtschaftlicher Verantwortung

20. April 2017: Heilen um die Wette? – Das Krankenhaus zwischen Kommerzialisierung und ethischer Verantwortung

²¹⁹ Vgl. Kahlke u. Scharrer 2019

²²⁰ Dies waren u. a. über mehr als zehn Jahre die Angehörigen der Forschungsgruppe Medizin und Neurowissenschaften des Forschungsschwerpunktes Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt Regine Kollek, Ingrid Schneider und Günter Feuerstein und während der letzten Jahre Ingrid Schneider, Fachbereich Informatik, und vom UKE Birgit Wulff, Philipp Osten und Winfried Kahlke.

4. Psychiatrie

4. Mai 1995: Zwang und Freiheit in der psychoanalytischen Behandlung

27. April 2000: Psychiatrie – Ende der VerANSTALTung?

3. November 2011: Das Stigma »psychisch krank« – anthropologisches oder pathologisches Krankheitsverständnis?

5. Medizinethik und Literatur

25. Juni 2009: Ärztliches Ethos und Widerstand: Schiller – Büchner – Che Guevara (Masuhr 2018)

1. November 2012: Arzt und Patient – Heilen und Sterben in Thomas Manns *Der Zauberberg*

2. November 2017: Was bleibt von Albert Schweitzers Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben für die heutige und künftige Medizin?

6. Politik und Ethik

18. Mai 2006: Die elektronische Gesundheitskarte: Datenschutz, Patientenrechte, Kontrolle

9. Juni 2011: Die Novellierung des Transplantationsgesetzes und die neue Debatte um den Hirntod

1. Juni 2017: Datenschutz und Persönlichkeitsrechte: E-Gesundheitskarte und Ausweitung der DNA-Analyse in der Strafverfolgung?

7. Pharmaindustrie

22. Januar 2004: Pillen, Patente und Profite! Pharma-Industrie und Dritte Welt

25. Januar 2007: Pharma-Marketing gefährdet den Wissenschaftsprozess in der Medizin: Manipulation, Fälschung und Bestechung

28. Mai 2009: Psychopharmaka – Nutzen und Risiken beim älteren Patienten

8. Flüchtlinge, Migranten, Obdachlose in Hamburg

23. Mai 1996: Medizin und Elend – basismedinizinische Versorgung Obdachloser im Schatten der modernen Hochleistungsmedizin

28. April 2005: Ärztliche Fürsorgepflicht – die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus

14. Januar 2016: Ärztliche Hilfen für die Flüchtlinge in Hamburg

9. Religion und Ethik

17. Juni 2010: Islamische Ethik und moderne Medizintechnologien: Entscheidungsprozesse muslimischer Patienten

15. November 2012: Ethische Fragen zur Beschneidung – religiöses Ritual und medizinische Regeln

10. Grenzbereiche in der Medizin

11. Januar 1996: Warum bin ich krank? Warum jetzt, warum gerade so? Ethische Probleme in der Psychotherapie

1. Dezember 2005: Demenz – darf an nicht-einwilligungsfähigen Menschen geforscht werden?

1. November 2007: Stammzellen – neue Therapiekonzepte im Spannungsfeld von Wissenschaft, Ethik, Wirtschaft und Patentrecht

11. Ethik der Medizin nach der Wende

2. Juli 1992: Krankenhaus-Ambulanzen (West), Polikliniken (Ost) und die Kassenärztliche Versorgung

19./20. Juni 1993: Wochenendtagung in der Evangelischen Akademie Bad Segeberg: Ethik der Abwicklung oder Abwicklung der Ethik? Herausforderungen an die Ethik durch die »Wende« in der Medizin

12. Euthanasie/Die Einbecker Empfehlung

31. Mai – 2. Juni 1991: »Neugeborene Behinderte in Medizin und Gesellschaft«. Wochenendseminar in der Evangelischen Akademie in Bad Segeberg zum 1. Einbecker Expertengespräch der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (27.–29. Juni 1986), der Einbecker Empfehlung: »Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen«

Das Ethikseminar nimmt Stellung

In manchen Fällen ergaben sich Rückwirkungen über den gewohnten Einzugskreis des Seminars hinaus, so bei dem oben genannten Wochenendseminar zum Thema Euthanasie. In dem »1. Einbecker Expertengespräch« der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht wurden Empfehlungen als Entscheidungshilfe bei der Situation gegenüber Neugeborenen mit schwersten für die körperliche und geistige Entwicklung bedeutsamen Schädigungen formuliert. Nicht nur die Organisatoren des Ethikseminars fühlten sich durch diese eher oberflächliche und einseitige Herangehensweise an dieses Thema herausgefordert, zumal es zentrale Fragen der Ethik in der Medizin betrifft. Fachgesellschaften, Verbände und namhafte Experten äußerten sich. Einige waren schockiert und kritisierten einen reduktionistischen Umgang mit diesem komplexen Problem.

Das Ergebnis dieses Wochenendseminars waren »11 Segeberger Thesen« zu den Einbecker Empfehlungen, formuliert und als Stellungnahme veröffentlicht, unterzeichnet von dem (damaligen) Veranstalterkreis und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des

Seminars. Darin werden grundsätzliche fachwissenschaftliche und gesellschaftspolitische Anforderungen aufgestellt, die in den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht nicht hätten fehlen dürfen. Eine Folge dieser »Segeberger Thesen« war unter anderem die Behandlung der »Einbecker Empfehlung« durch die Allgemeine Ärzteversammlung der Ärztekammer Hamburg am 18. November 1991.

Sucht und Drogen – Ein Thema führt zu einem Konflikt

Unter dem Semesterthema »Sozialethische Verantwortung in der Medizin« stand im Sommersemester 1992 das Seminar »Sucht und ärztliche Verantwortung – Legale und illegale Drogen« auf dem Programm. Ein Seminar im Wintersemester 2003/04 befasste sich erneut mit diesem konfliktbeladenen Thema. Unter dem Titel »Drogen in Hamburg: Zielkonflikte zwischen Politik und Therapie« referierten und diskutierten die Projektleiterin der Modellstudie zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, der Leitende Arzt einer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, der Geschäftsführer einer Beratungsstelle und eine Wissenschaftlerin der Kriminologischen Sozialforschung mit den gesundheitspolitischen Sprechern der drei regierenden Bürgerpartei.

In einem Fall weitete sich die kontroverse Diskussion über einen tödlichen Zwischenfall in einem Institut des UKE zu einem Konflikt außerhalb des Seminarrahmens aus. Ein für den 11. April im Sommersemester 2002 angekündigtes Seminar »1. Entscheidungskonflikte bei zwangsweisen körperlichen Eingriffen unter Polizeikontrolle. 2. Medizinethischer Kommentar« musste auf Anordnung der Fachbereichsleitung ausgesetzt werden, weil eine Protestdemonstration zu erwarten war. Der Hintergrund war folgender: Am 9. Dezember 2001 war ein afrikanischer Flüchtling während eines Brechmitteleinsatzes zum Nachweis verschluckter Drogenbehältnisse – eine Methode, die in jenem Institut routinemäßig vorgenommen wurde – zu Tode gekommen.

Dieser Vorfall löste über Hamburg hinaus eine heftige Diskussion aus. Die Seminarveranstaltung wurde in der Evangelischen Akademie Nordelbien in Hamburg drei Wochen später nachgeholt: Unter dem Titel »Beweissicherung bei Drogendelikten« fand eine Diskussionsveranstaltung statt. Neben den Referenten des ausgefallenen Seminars (Klaus Püschel, Winfried Kahlke) nahmen daran teil: Vertreter von Polizei und Justiz, der Hochschule für Wirtschaft und Politik, der Jugendhilfe e. V., ein niedergelassener Arzt und die Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. Dieses Beispiel belegt die gesellschaftspolitische Rolle, die das Seminar mit bestimmten Themen bewusst übernimmt.

Resümee

War es das Auseinandersetzen mit aktuellen politischen Fragen wie der medizinischen Versorgung der Geflüchteten oder der Obdachlosen in Hamburg, den wissenschaftlichen Kontroversen in der medizinischen Forschung wie der Gendiagnostik, dem Hirntod, der Privatisierung von Krankenhäusern, den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) – es ging fast immer um ethische Konflikte im ärztlichen, im sozialen Entscheiden und Handeln.²²¹

Die Anfänge des Ethikseminars waren von der Idee getragen, sich den Grundsätzen der Ethik in der Medizin von ihren interdisziplinären Zusammenhängen her zu nähern. Die Sozialethik war schon in den Anfängen richtungweisend für ein Engagement des Begründers und der Teilnehmenden in praktischen sozialen Projekten. Durch den Veranstalterkreis und die Auswahl der behandelten Themen entstand in verschiedenen Entwicklungsschritten eine Veranstaltung, die sich über den gewohnten Rahmen hinaus erweiterte und für Interessierte, auch außerhalb des universitären und akademischen Lebens, öffnete. Die kritische Auseinandersetzung mit aktuellen Fragen aus Wissenschaft, Politik und Gesellschaft will die Diskussion in der Öffentlichkeit fördern. In einem dritten Schritt treten Veranstaltende und Teilnehmende gemeinsam anhand aktueller Beispiele in die politische Auseinandersetzung ein. So hat das Seminar einen kontinuierlichen Prozess erfahren in der Hoffnung auf einen Gewinn für das Leben und Handeln der Menschen in unserer Stadt.

LITERATUR

- Kahlke W (1995): Das Praktikum der Berufsfelderkundung nach dem Hamburger Modell. In: Medizinische Ausbildung 12/2, S. 126–135
- Kahlke W, Reiter-Theil S (1995) Lernziele für die Auseinandersetzung mit ethischen Problemen, in: Kahlke W, Reiter-Theil S (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 17–22
- Kahlke W, Scharrer S (2019): Das Hamburger Interdisziplinäre Ethikseminar. In: Schwoch R, Sammet K (Hrsg.): Forschen – Vermitteln – Bewahren. Das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin und das Medizinhistorische Museum Hamburg. LIT Verlag, Münster, S. 35–57
- Kautzky R (2014²): Die Gefahr des »blinden Flecks«. In: Scharrer S (Hrsg.): Rudolf Kautzky – Euthanasie und Gottesfrage. Medizinethische Texte und theologische Provokationen, LIT Verlag, Münster, S. 5 ff.
- Masuhr KF (2018): Ärzte, Dichter & Rebellen. Psychosomatische Aspekte ihres Wirkens. Königshausen & Neumann, Würzburg
- Roepke, C-J (1986): Ein faires Forum für Fragen der Zeit. In: ders. (Hrsg.): Schloss und Akademie Tutzing. Süddt. Verl., München, S. 97–104
- Scharrer S (1982): Von der Rationalität der Ethik in der Medizin. In: Martini GA (Hrsg.): Medizin und Gesellschaft. Ethische Verantwortung und ärztliches Handeln. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, S. 41–61

221 Rudolf Virchow (1821–1902): »Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen«

4.5

Das Hamburger Ethik-Netzwerk (HEN) – Vernetzung der Ethikarbeit in den Krankenhäusern der Metropolregion Hamburg

Katharina Woellert, Ruth Albrecht

Die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung haben sich in den letzten Jahrzehnten rasant entwickelt. Zur qualitativ hochwertigen Versorgung von Patient:innen zählt mittlerweile ein professioneller Umgang mit Fragen, die ethische Aspekte berühren. Entsprechend wird das Vorhalten von Ethikstrukturen von zentralen Gremien wie der Bundesärztekammer oder dem Deutschen Ethikrat empfohlen, zwingend vorgeschrieben ist es bereits im Bundesland Hessen (BÄK 2006, Deutscher Ethikrat 2016, Sauer et al. 2018).

Die Klinische Ethik ist die Disziplin, die sich auf einen qualifizierten Umgang mit ethisch komplexen Fragestellungen spezialisiert hat (Rasmussen 2016, Rasool et al. 2017). Mittlerweile kann sie in Deutschland auf eine knapp 40-jährige Geschichte zurückblicken (May 2018, Frewer 2012). Zu den Kernaufgaben zählen die Durchführung von Ethikfallberatungen, die Konzeption von Ethikschulungen sowie die Beteiligung an der Erarbeitung von Ethikleitlinien (BÄK 2006, AEM 2010). Ein weiteres Arbeitsfeld verbirgt sich hinter den Begriffen »organisationale Durchdringung« (Woellert 2021) bzw. »Ethiktransfer« (Arn & Hug 2009).

Damit diejenigen, die sich für die Klinische Ethik engagieren, die damit verbundenen Aufgaben bewältigen können, müssen sie hinreichend qualifiziert (AEM 2019) und mit einem angemessenen Zeitbudget ausgestattet sein (Schochow et al. 2014). Darüber hinaus sollte ihre Tätigkeit sinnvoll in die Gesamtorganisation integriert sein (Steinkamp & Gordijn 2010). Diese Voraussetzungen sind vielerorts nicht hinreichend erfüllt. Die Einbindung in ein Ethiknetzwerk gewinnt an Bedeutung, weil dies die Akteure in der Professionalisierung ihrer Arbeit unterstützt.

Der Terminus »Netzwerk« beschreibt den Zusammenschluss von Individuen oder Organisationen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen (Bönisch 2017, Schnurrer 2018). In den USA existiert bereits eine längere Tradition von regionalen und überregionalen Ethiknetzwerken (Dunn 1992, Brody et al. 1992, Baruch 2005, Anderson-Shaw & Glover 2009). Für den deutschen Kontext sind einzelne Ethiknetzwerke bekannt (Bockenheimer-Lucius 2018, Netzwerk Ethikarbeit Lübeck und Umgebung),²²²

222 www.ethik-netzwerk.de

eine Überblicksdarstellung existiert nicht. Dieser Beitrag thematisiert zum einen die Chancen und Grenzen von Ethiknetzwerken in der Gesundheitsversorgung und stellt zum anderen die Genese sowie die Bedeutung des Hamburger Ethik-Netzwerks (HEN) dar.

Ethikarbeit in Hamburger Krankenhäusern

In Hamburg halten laut einer nicht publizierten Umfrage der Arbeitsstelle Ethik im Gesundheitswesen des Evangelisch-Lutherischen Kirchenkreisverbandes Hamburg (KKVHH) etwa 90 % der Kliniken Strukturen zur angewandten Ethik in der Patientenversorgung vor.²²³ In der Regel sind dies Klinische Ethikkomitees (KEK) oder Ethikarbeitsgruppen, mitunter aber auch komplexere Ethikstrukturen. Die Entwicklung in Hamburg folgte dem Bundestrend mit einiger Verzögerung. Einen Schub erhielt die Bereitschaft, diese Tendenzen auf die eigene Einrichtung zu übertragen, ab der Jahrtausendwende durch die zunehmende Verbreitung von Zertifizierungsverfahren, die das Vorhalten von Angeboten zur Klinischen Ethik berücksichtigten (Bruns 2012). Das führte auch in vielen Hamburger Krankenhäusern zur Gründung von Ethikkomitees.

Vorreiter waren dabei das sich in Trägerschaft des katholischen Erzbistums befindende Marienkrankenhaus mit einem Klinischen Ethikkomitee seit 2005 und das freikirchliche Albertinen-Krankenhaus mit einem Ethikberatungskonzept seit 2008. Die ersten Spuren der Rezeption medizinethischer Impulse zeigten sich beim Vorläufer der heute zur Asklepios-Gruppe gehörenden Hamburger Kliniken und beim Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) (Woellert 2021).

2001/02 wurde vom damaligen Landesbetrieb Krankenhäuser, in dem die ehemals städtischen sieben Kliniken zusammengefasst waren, eine externe Ethikberatung in Auftrag gegeben (Lohmann 2002). Dadurch entstanden u. a. öffentliche Gesprächsforen und Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende aller beteiligten Kliniken sowie erste Schritte zur Ausbildung von Moderator:innen für Ethikfallberatungen (Wehkamp & Keitel 2003, Lohmann 2002). Die Seelsorger:innen vor Ort waren bereits in dieser ersten Entwicklungsphase maßgeblich beteiligt. Vor diesem Hintergrund erklärte sich der KKVHH bereit, eine Weiterführung des Projektes finanziell mitzutragen.

Mit diesen Voraussetzungen gelang es in den Jahren 2003 bis 2010, für die Asklepios-Kliniken ein umfangreiches Fortbildungs- und Beratungsmodell zu entwickeln (z. B. BZG 2009, BZG 2010). Dazu gehörten ein offenes Format unter der Bezeichnung »Ethischer Salon«, regelmäßige Schulungen für Ethikmoderator:innen sowie das »Ethik-Forum«, das der Vernetzung der Ethikbeauftragten in den einzelnen Häusern diene.

²²³ Diese Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2020.

»Das Ethik-Forum bietet die Möglichkeit einer Häuser übergreifenden Kommunikation und Zusammenarbeit, insbesondere die Möglichkeit eines Erfahrungs- und Informationsaustausches, der gemeinsamen Fortbildungs- und Veranstaltungsplanung und der Nutzung bereits erstellter Materialien (z. B. Empfehlungen und Leitlinien) oder deren gemeinsamer Erstellung.« (Ethik-Forum 2009) In gewisser Weise kann diese Arbeitsform als Vorläufer des Hamburger Ethik-Netzwerks bezeichnet werden.

Am UKE hat die Klinische Ethik eine Vorgeschichte, die bis in die 1980er-Jahre zurückreicht. Ein im Hamburg bekanntes Beispiel dafür ist das Interdisziplinäre Ethikseminar, eine frühe Variante einer Ethikschulung, die am UKE den Boden für die Entwicklung Klinischer Ethik bereitete (Kahlke & Scharrer 2019). Die heutigen Strukturen weisen dagegen einen deutlich kürzeren Vorlauf auf. Einen wichtigen Schritt dazu ging das Haus 2014 mit der Gründung eines Klinischen Ethik-Komitees und der Ernennung von Katharina Woellert zur hauptamtlichen Vorstandsbeauftragten für Klinische Ethik. Damit waren die Steuerungs- und Leitungsstrukturen in ihrer jetzigen Form angelegt.

Heute verfügt das UKE u. a. über verschiedene Ethikleitlinien, diverse Schulungsangebote und gut etablierte Ethik-Fallberatungen. Von Bedeutung ist, dass die Klinische Ethik am UKE in den Strukturen des Hauses fest etabliert ist und zudem über personelle Ressourcen verfügt (Woellert 2021). Das stellt für Hamburg und auch im Bundesvergleich eine Ausnahme dar. Weitaus häufiger beruht die Ethikarbeit auf dem Engagement einzelner Mitarbeiter:innen, die nur mit einem geringen Stellenanteil oder auch ehrenamtlich mit begrenzter Ressourcenausstattung an der Entwicklung der Klinischen Ethik in ihrer Institution arbeiten (Schochow et al. 2014). Dies setzt der Entwicklung der Klinischen Ethik enge Grenzen.

Ethikstrukturen etablieren sich zunehmend aber auch in den außerklinischen Bereichen der Gesundheitsversorgung (Bockenheimer et al. 2012). Dieser Trend lässt sich auch in Hamburg beobachten und führte 2019 zur Gründung einer Ethik-Konferenz, die die Arbeitsstelle Ethik gemeinsam mit dem Fachbereich Pflege und Senioren des Diakonischen Werks Hamburg organisiert.

Das Hamburger Ethik-Netzwerk (HEN)

Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen Strukturen Klinischer Ethik in der Metropolregion Hamburg wurde im Januar 2012 das Hamburger Ethik-Netzwerk (HEN) gegründet. Die Initiative dazu ging von den Autorinnen dieses Beitrags aus, die sich beide in unterschiedlichen Kontexten langjährig mit ethischen Fragestellungen im Gesundheitswesen befasst hatten. Während Ruth Albrecht seit 2011 die Leitung der Arbeitsstelle Ethik innehatte, war Katharina Woellert 2012 mit der Leitung eines Pilotprojektes zur Klinischen Ethik am UKE betraut worden und verantwortete seit 2014 als Vorstandsbeauftragte die dortigen Ethikstrukturen. Die institutionelle Anbindung

von Albrecht und Woellert ermöglichte es beiden, die Koordination des HEN kontinuierlich wahrzunehmen.

Das HEN ist ein informeller Zusammenschluss, der sich auf die Metropolregion Hamburg beschränkt. Es versteht sich als Plattform für den Austausch von Mitgliedern Klinischer Ethikkomitees oder ähnlicher Organisationsformen wie Ethikarbeitsgruppen. Das Netzwerk verfolgt das Ziel, über die Interaktionen der Mitglieder den Ethikdialog in den dahinterstehenden Gesundheitseinrichtungen zu fördern. Insbesondere die Vernetzung Albrechts in der Hamburger Krankenhauslandschaft ermöglichte es, das HEN schnell in Hamburg bekannt zu machen. Neben Personen unterschiedlicher Berufsgruppen aus Krankenhäusern zählten dazu vereinzelt auch Mitarbeitende aus Pflegeeinrichtungen und von ambulanten Versorgungsträgern sowie Angehörige der Ethikkommission des Hamburger Erzbistums. Insgesamt sind Vertreter:innen von über 20 Krankenhäusern am HEN beteiligt.

Den Kern der Zusammenarbeit bilden halbjährliche Netzwerktreffen, die jeweils einen Nachmittag in Anspruch nehmen. Bis Ende 2020 waren es 18 Treffen. Diese beinhalten jeweils Schulungs- und Interaktionsanteile. Zu den festen Bestandteilen gehört eine ausführliche Vorstellungsrunde, in der sich neue Mitglieder präsentieren und alte über die aktuellen Entwicklungen in ihren Einrichtungen berichten. Daran schließt sich ein thematischer Teil an, der aus einem fachlichen Impuls und einer anschließenden Diskussion besteht. Je nach Thema werden dazu Personen aus den Reihen des HEN eingeladen oder auch externe Referent:innen, die über eine spezifische Fachexpertise verfügen. Die Diskussion dient vor allem dem Erfahrungsaustausch und soll die Übertragbarkeit in die Arbeitsfelder der Teilnehmenden unterstützen.

Bisher wurden unter anderem folgende Themen behandelt: Methodik und Fallstricke Ethischer Fallberatungen, Herausforderungen von Interkulturalität in der Gesundheitsversorgung, Anordnungen zum Verzicht auf Wiederbelebung,²²⁴ niedrigschwellige Formate wie Ethikcafés.²²⁵ Aktuelle Beispiele sind die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Klinische Ethik oder die Bedeutung der anstehenden gesetzlichen Neuregelung zum assistierten Suizid.

All dies sind Themen, die zum einen für die ethische Versorgungsqualität eine besondere Relevanz besitzen und für die zum anderen Know-how, Erfahrung und Fingerspitzengefühl erforderlich sind, sollen sie im Rahmen Klinischer Ethik gewinnbringend berücksichtigt werden. Die Thematisierung im HEN fördert hier einen professionellen Umgang. Eine ausführliche Pause hat sich als zwingend notwendig erwiesen, denn

224 Hierbei handelt es sich um eine schriftliche Festlegung über das medizinische Vorgehen im Falle einer plötzlichen gesundheitlichen Verschlechterung, die eine Wiederbelebung erforderlich macht. Siehe Oswald 2015

225 Ethikcafés sind niedrigschwellig konzipierte Formate, die einen Rahmen schaffen für einen offenen und wertschätzenden Austausch über Ethikthemen. Siehe Maier & Kälin 2016

sie bietet Raum für Begegnungen, Networking und den Aufbau von persönlichen und institutionellen Kooperationen. Das als »Marktplatz« bezeichnete Format, das jeweils am Schluss eines HEN-Treffens steht, gibt den Teilnehmenden Gelegenheit, auf eigene Veranstaltungen hinzuweisen. Für die Zusammenarbeit ist Vertraulichkeit vereinbart worden, denn nur so können die Mitglieder offen über die Erfahrungen in ihren Einrichtungen berichten und Gelungenes ebenso wie Misserfolge miteinander teilen.

Die Diskussionen während der Netzwerktreffen führten zur Entwicklung weiterer Veranstaltungen zur Qualitätssicherung Klinischer Ethik, die zugleich dem Wunsch nach standortnahen Angeboten entsprechen. Das Wichtigste dabei ist die Hamburger Weiterbildung »Berater:in für Ethik im Gesundheitswesen«, die mittlerweile durch die medizinethische Fachgesellschaft Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) zertifiziert wurde (AEM 2019). Seit 2016 wurden sieben Kurse mit dem Umfang von jeweils sechs Studientagen durchgeführt. Die Schulung vermittelt ein Basiswissen in Klinischer Ethik und bereitet auf die eigenständige Durchführung von Ethik-Fallberatungen vor.²²⁶ Einen anderen Schwerpunkt bietet die Ethikwerkstatt an: Hierbei handelt es sich um ein Angebot, das sich an bereits geschulte Ethikberater:innen richtet. Ähnlich einer Fall-supervision können die Teilnehmenden in diesem Rahmen Fragestellungen und Problematiken aus der eigenen Ethikarbeit im kollegialen Rahmen und unter fachlicher Anleitung bearbeiten.²²⁷

Das HEN hat in den neun Jahren seines Bestehens eine feste Form der Zusammenarbeit entwickelt. 2018 erfolgte mit der Gründung einer Steuerungsgruppe eine strukturelle Erweiterung mit dem Ziel, in die Planung der Netzwerktreffen weitere Fachperspektiven einzubeziehen. 2020 übernahm Florian-Sebastian Ehlert die Leitung der Arbeitsstelle Ethik im Gesundheitswesen des KKVHH. Mit diesem Wechsel verbindet sich die Zusage, dass der KKVHH auch zukünftig die operative Basis für das HEN bereitstellt. Das ist vor allem deshalb wichtig, weil die Teilnehmenden über ausgesprochen unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Ethikarbeit verfügen. Die Anbindung an den KKVHH und das UKE sichert vor diesem Hintergrund die Fortführung auf der Basis institutioneller Ressourcen zur Organisation des Netzwerks.

Resümee

Mit Blick auf die – jedenfalls für Ethikprojekte – lange Zeit seines Bestehens, die Vielfalt an bearbeiteten Themen und die Vielzahl der engagierten Personen lässt sich sagen: Das HEN stellt eine Erfolgsgeschichte dar. Der hier erfolgte Austausch trug zur Stär-

²²⁶ Weitere Informationen bietet die UKE-Akademie für Bildung und Karriere. Siehe: <https://fortbildung.uke.de/LS/2070134720/SIS>

²²⁷ Für weitere Informationen sei verwiesen auf die Arbeitsstelle Ethik im Gesundheitswesen/KKVHH. Siehe <https://krankenhausseelsorge-hamburg.de/arbeitsstelle-ethik>

kung der Ethikakteure an Hamburger Kliniken bei und inspirierte andernorts die Gründung eigener Netzwerke, wie das erwähnte Netzwerk Ethikarbeit Lübeck und Umgebung oder »Ethik im Norden«, ein Zusammenschluss hauptamtlicher Ethiker:innen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in den nördlichen Bundesländern (Woellert 2021).

Die Tätigkeit des HEN ließe sich mittel- und langfristig auf vielfältige Weise ausbauen. Entwicklungsfelder wären beispielsweise der Aufbau einer geeigneten Außen- darstellung, ein gezielter Austausch mit den Akteuren auf der Makroebene der Hamburger Gesundheitsversorgung, wie beispielsweise der Landesärztekammer Hamburg, oder aber Vernetzungsformate, die bewusst sektorenübergreifend angelegt sind und Ethikengagierte in Kliniken ebenso anspricht wie Personen in Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Versorgung. Der offene Charakter eines Netzwerkes bietet Chancen und Risiken, da jede Form von externer – auch finanzieller – Unterstützung zum einen die Arbeit erleichtern könnte, jedoch gleichzeitig die Gefahr einer gewissen Einflussnahme darstellt.

LITERATUR

- AEM/Akademie für Ethik in der Medizin (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Ethik in der Medizin, 22, S. 149–153
- AEM/Akademie für Ethik in der Medizin (2019): Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Curriculum_Ethikberatung_im_Gesundheitswesen_2019-06-24.pdf
- Anderson-Shaw L, Glover J (2009): Developing rural ethics networks. In: Nelson, William A (Hrsg.): Handbook for rural health care ethics. A practical guide for professionals. Lebanon NH, University Press of New England, S. 324–339
- Arn C, Hug S (2009): Ethikstrukturen – Grundprinzipien und Grundtypen von Ethiktransfer. In: Baumann-Hölzle R, Arn C (Hrsg.): Ethiktransfer in Organisationen. Schwabe, Basel, S. 31–66
- BÄK/Bundesärztekammer (2006): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten zur Ethikberatung in der klinischen Medizin. Deutsches Ärzteblatt 103 (24): A 1703-1707
- Baruch JM (2005): What is the Ocean State Ethics Network? *Medicine Health Rhode Island* 88 (4):123-126
- BZG/Bildungszentrum für Gesundheitsberufe mit Ärzteakademie (2009): Seminare und Weiterbildung. Programm 2009. Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, S. 171–183
- BZG/Bildungszentrum für Gesundheitsberufe mit Ärzteakademie (2010): Seminare und Weiterbildung. Programm 2010. Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, S. 75–85
- Bockenheimer-Lucius G (2018): Zehn Jahre Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege. In: Sauer T, Schnurrer V, Bockenheimer-Lucius G (Hrsg.): Angewandte Ethik im Gesundheitswesen. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. LIT Verlag, Münster, S. 13–17
- Bockenheimer-Lucius G, Danson S, Sauer T (2012): Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption. Campus Verlag, Frankfurt am Main

- Bönisch S (2017): Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke. Springer, Wiesbaden
- Brody H, Weber L, Fleck L (1992): Medical Ethics Resource Network of Michigan. Development of a statewide ethics network. In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1 (3):271-276
- Bruns F (2012): Ethikberatung und Ethikkomitees in Deutschland. In: Frewer A, Bruns A, May AT (Hrsg.): Ethikberatung in der Medizin. Springer, Berlin, S. 19–31
- Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahmen. Berlin
- Dunn PM (1992): The health ethics network of Oregon. A model to enhance healthcare ethics committee collaboration. In: HEC Forum 4:135-148
- Ethik-Forum (2009): Teilnahmebescheinigung, ausgestellt vom KB DRG-, Medizin- & Qualitätsmanagement, Asklepios Kliniken GmbH, Hamburg 17.2.2009, unveröffentlicht
- Frewer A (2012): Klinische Ethik und Ethikberatung. Entwicklung – Schlüsselfälle – Institutionalisierung. In: Frewer A, Bruns F, May AT (Hrsg.): Ethikberatung in der Medizin. Springer, Berlin, S. 7–18
- Kahlke W, Scharrer S (2019): Das Hamburger Interdisziplinäre Ethikseminar. In: Schwach R, Sammet K (Hrsg.): Forschen – Vermitteln – Bewahren. Das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin und das Medizinhistorische Museum Hamburg. LIT Verlag, Berlin, S. 35–57
- Lohmann H (2002): Gesundheitsbranche im Umbruch. In: Lohmann H, Becker K, Seidel-Kwemm B (Hrsg.): Gesundheit unternehmen – Das LBK Hamburg Modell. Wikom Verlag, Weggscheid, S. 13–16
- Maier M, Kälin S (2016): Ethik-Cafés in der geriatrischen Langzeitpflege. Halten sie, was sie versprechen? In: Ethik in der Medizin, 28 (1), S. 43–55
- May AT (2018): Klinische Ethikberatung in Deutschland – zum Stand der Dinge. In: Sauer T, Schnurrer V, Bockenheimer-Lucius G (Hrsg.): Angewandte Ethik im Gesundheitswesen. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. LIT Verlag, Berlin, S. 23–34
- Oswald C (2015): Die Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung (VaW-Anordnung), in: Marckmann G (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 159–165
- Rasmussen LM (2016): Clinical Ethics Consultants are not »Ethics« Experts – But They do Have Expertise. In: The Journal of medicine and philosophy 41 (4):384-400
- Rasoal D, Skovdahl K, Gifford M, Kihlgren A (2017): Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel. An Integrative Literature Review. In: HEC Forum 29 (4):313-346. doi:10.1007/s10730-017-9325-4
- Sauer T, Wolf-Braun B, Weiske K (2018): Ethikbeauftragte in hessischen Kliniken. In: Sauer T, Schnurrer V, Bockenheimer-Lucius G: Angewandte Ethik im Gesundheitswesen. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. LIT Verlag, Berlin, S. 91–100
- Schnurrer V (2018): Überlegungen zur Implementierung von Ethik-Beauftragten in ein Ethiknetzwerk. In: Sauer T, Schnurrer V, Bockenheimer-Lucius G: Angewandte Ethik im Gesundheitswesen. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. LIT Verlag, Münster, S. 165–176
- Schochow M, May AT, Schnell D, Steger F (2014): Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert? In: DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift 139 (43):2178-2183
- Steinkamp N, Gordijn B (2010): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. Luchterhand, Köln

Wehkamp K-H, Keitel H (2003): Markenzeichen Ethik. Ethik in der Unternehmensentwicklung moderner Krankenhäuser. In: Seidel-Kwem B, Pfeiffer R (Hrsg.): Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch. Wikom Verlag, Wegscheid, S. 17–28

Woellert K (2021): Praxisfeld Klinische Ethik. Theorie, Konzepte, Umsetzung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, hrsg. v. Göke B, Pröbß J, Osten P. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

KAPITEL 5

Medizinische und pflegerische Versorgung

■ Wie das entsprechende Kapitel mit seinen zwölf Beiträgen¹ im ersten Hamburg-Band belegt, spannt dieser Bereich einen weiten Bogen »von der Wiege bis zum Hospiz«. Im vorliegenden Band behandelt der erste Beitrag die Kooperation zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und hausärztlicher Versorgung in Hamburg als »sektorenübergreifende Herausforderung« (▷ 5.1 Zimmermann, Lühmann et al.); die Etablierung einer dauerhaften, austauschorientierten Schnittstelle wäre vorteilhaft und könnte weitergehende Entwicklungen unterstützen.

Zwei Beiträge sind auf Fragen des gesellschaftlichen Wandels ausgerichtet. Auswirkungen von demografischem Wandel und Ökonomisierung betreffen u. a. die Versorgung querschnittgelähmter Patient:innen (▷ 5.2 Wessel & Thietje): Ältere und kränkere Menschen sind in kürzerer Zeit zu behandeln, mit Konsequenzen beispielsweise für das Entlassmanagement sowie die Fortbildung der Behandlungsteams. Aufgrund langjähriger Migrationsbewegungen besteht ein verstärkter Bedarf an kultursensibler Gesundheitsversorgung in Hamburg (▷ 5.3 Dingoyan, Vonneilich et al.); der Beitrag erläutert die Problematik, benennt eine Reihe ambulanter Versorgungsangebote/Projekte in Hamburg und skizziert auch das im Medizinstudium angebotene Wahlpflichtfach Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin.

Das aus dem bundesdeutschen Innovationsfonds finanzierte Modellprojekt »Gesundheitskiosk« in Billstedt/Horn will eine neue Versorgungsform erproben, die den medizinischen und sozialen Sektor vernetzt (Fischer et al. 2018)². Eine Evaluation soll zeigen, ob es möglich ist, auch in benachteiligten Gebieten integrative Versorgung zu etablieren, die für Versicherte und Leistungserbringende einen Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung aufweist (▷ 5.4 Wild, Golubinski et al.). Im Anschluss an »Gesundheit rund um die Geburt« (Lohmann 2018)³ bringt der neue Beitrag (▷ 5.5 Zyriax, Schmittinger et al.) zu Hebammen in Hamburg aktuelle Entwicklungen zur Sprache, darunter die zunehmende Komplexität der Versorgungssituation, die Bekämpfung des Fachkräftemangels sowie

1 Kapitel 4, »Medizinische und pflegerische Versorgung in Hamburg«, Editionsband 2

2 Beitrag 8.8, »Gesundheitskiosk als Kooperationschnittstelle medizinischer und sozialer Versorgung«, Editionsband 2

3 Beitrag 4.1, »In Hamburg zur Welt kommen – Gesundheit rund um die Geburt«, Editionsband 2

die Forderung nach evidenzbasiertem Handeln – auch als Gründe für die Akademisierung der Ausbildung.

Aspekte einschlägiger Forschung waren im ersten Hamburg-Band 2018 insbesondere unter den Gesichtspunkten »Gesundheitsforschung« (Fehr 2018),⁴ »Vernetzung der Versorgungsforschung« (Bremer, Härter et al. 2018)⁵ und »Landesforschungsförderung« (Trojan 2018)⁶ zur Sprache gekommen. Aktuell ergänzt wird dies durch einen Beitrag, der nach möglicher Impulssetzung durch den Innovationsfonds fragt (>5.6 Bremer & Mohr). Die weit über wissenschaftliche Institutionen hinausreichenden Kooperationen umfassen oft zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens wie z. B. Krankenkassen, Leistungserbringer, Patientenorganisationen, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, Berufsverbände oder Kammern und sind schon deshalb für StadtGesundheit von Interesse.

Zahlreiche Akteure aus Staat, Markt und dem »Dritten Sektor« gemeinnütziger Organisationen sind hier aktiv. Eine gute medizinische und pflegerische Versorgung gelingt nur, wenn die Akteure eng miteinander kooperieren. Dabei kommt dem Management an Schnitt- (oder Naht-)Stellen eine besondere Bedeutung zu. ■

Rainer Fehr, Jobst Augustin

4 Beitrag 7.16, »Hamburger Gesundheitsforschung«, Editionsband 2

5 Beitrag 7.17, »Vernetzung der Versorgungsforschung«, Editionsband 2

6 Beitrag 7.18, »Landesforschungsförderung«, Editionsband 2

5.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst und hausärztliche Versorgung – eine sektorenübergreifende Herausforderung

*Thomas Zimmermann, Dagmar Lühmann, Susanne Pruskil,
Jana Husemann, Gudrun Rieger-Ndakorerwa, Martin Scherer*

Problemstellung

Nachhaltige Stadtentwicklung und Gesundheitsversorgung sind nur gemeinsam zu denken. Von der Sicherstellung im ambulanten und stationären Setting bis zur Berücksichtigung der Auswirkungen von Klimawandel, Verkehrs-, Lärm- und sonstigem Stress enthalten im WHO-Ziel »Health in all policies« (ZfPH 2019) – Nachhaltigkeit lässt sich nur verwirklichen, wenn sie als Ziel positiv mit der gesundheitlichen Lage der (Stadt-)Bevölkerung assoziiert ist. Um diese Assoziation in Zahlen abzubilden, fand in den vergangenen Jahren eine Ausweitung der Gesundheitsberichterstattung auf viele Determinanten der Gesundheit statt (Trojan 2020).

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat schonungslos offengelegt, wie stark unterschiedlich Ansteckungsrisiken über den städtischen Raum verteilt und wie stark überrepräsentiert Quartiere sind, in denen prekäre oder auch für ein Homeoffice nicht geeignete Beschäftigung dominiert, eine geringere Wohnfläche pro Kopf zur Verfügung steht und kaum vermeidbar gemeinschaftlich Innenräume benutzt werden müssen (Fahrstühle, Treppenhäuser).⁷

Um die gesundheitliche Lage der städtischen Bevölkerung perspektivisch zu verbessern, ist es wichtig, die bisherige Kooperation und Kommunikation zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und hausärztlicher Versorgung zu überdenken, zu bewerten und neue Wege zu gehen.

Akteur:innen in unterschiedlichen Handlungsfeldern

Obwohl ÖGD und Hausarztpraxis in verschiedenen Versorgungsbereichen handeln, erbringen beide Bereiche grundversorgende Leistungen. Zum Aufgabenprofil des ÖGD gehört es u. a., den Gesundheitsschutz der gesamten Bevölkerung sicherzustellen, Prävention und Gesundheit zu fördern sowie in den Feldern Koordination, Politikberatung

⁷ NDR 2021, www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Corona-Zahlen-Erhebliche-Unterschiede-in-Hamburgs-Stadtteilen,stadtteile628.html

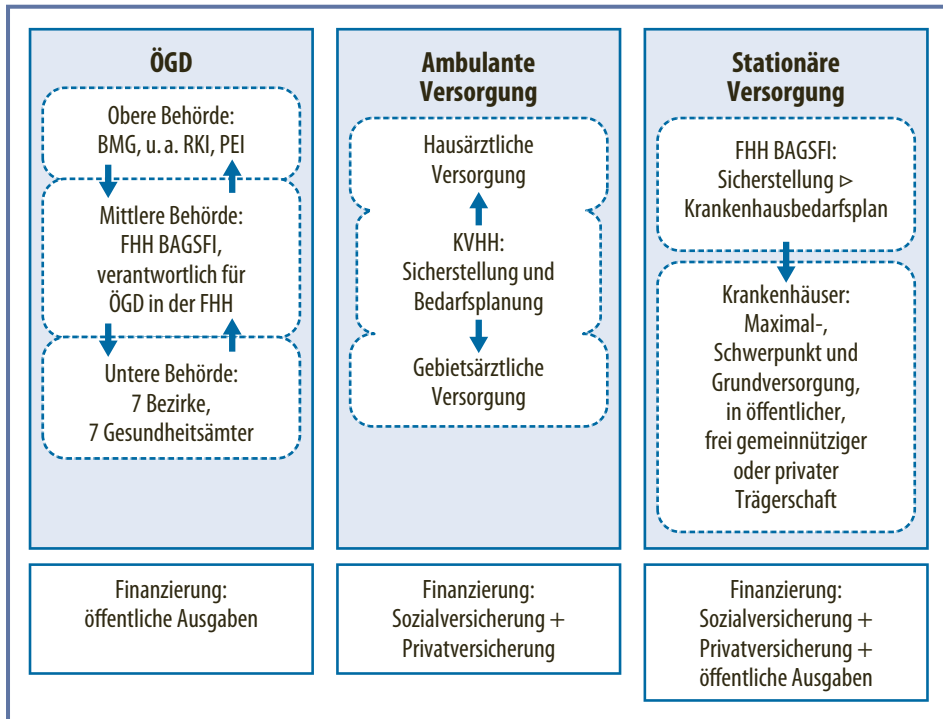


Abbildung 5.1-1: Drei Säulen der medizinischen Versorgung in Hamburg. *Quelle: eigene Darstellung.*
 ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst; BMG: Bundesministerium für Gesundheit; RKI: Robert Koch-Institut; PEI: Paul-Ehrlich-Institut; FHH: Freie und Hansestadt Hamburg; BAGSFI: Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Inklusion; KVHH: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg.

und Qualitätssicherung beispielsweise durch Gesundheitsberichterstattung mitzuwirken (Kuhn & Wildner 2020). Niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte stellen die Grundversorgung der Patientinnen und Patienten in der Fläche der Stadt sicher, personenzentriert, leicht erreichbar, kostengünstig und verlässlich und fördern ebenfalls Prävention und Gesundheit (Zimmermann 2021).

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)

Für den vertikal organisierten und subsidiär handelnden ÖGD (vgl. Nießen 2018) gelten grundgesetzliche Bestimmungen (Artikel 30, 70, 74) sowie Bundesgesetze (beispielsweise Infektionsschutzgesetz). Die Freie und Hansestadt Hamburg (FHH) ist für alles zuständig, was der Bund nicht regelt, niedergelegt im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG).⁸ Das

⁸ www.landesrecht-hamburg.de/bsha/document/jlr-GesDGHAV6P4

HmbGDG regelt die Zuständigkeiten der Gesundheitsämter auf bezirklicher Ebene. Finanziert werden die Gesundheitsämter entsprechend aus den Zuweisungen der FHH an die Bezirke.

Der ÖGD umfasst sowohl die Ebene des Bundes mit seinen Einrichtungen wie dem Robert Koch-Institut (RKI) und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), die Ebene des Stadtstaates mit Sozialbehörde und deren Amt für Gesundheit als auch die kommunale Ebene mit den sieben Gesundheitsämtern der Bezirke (vgl. Abb. 5.1-1). Der ÖGD setzt angewandte Bevölkerungsmedizin über verschiedene Bereiche der Kinder- und Jugendgesundheit, der frühen Hilfen, der Hygiene- und Lebensmittelüberwachung um und arbeitet häufig sozialkompensatorisch (Rieger-Ndakorerwa 2018).

Der ÖGD basiert auf einer Behördenstruktur mit amtsärztlicher Leitung (Fachärzt:innen für Öffentliches Gesundheitswesen) und einer (mehr oder weniger) genau definierten Aufgabenstellung (vgl. HmbGDG). Die ÖGD-Personal- und Sachmittel wurden bundesweit in den vergangenen Jahrzehnten in solchem Maße reduziert, dass er in Teilen kaum mehr in der Lage ist, die verpflichtenden Routineaufgaben angemessen zu erledigen (Kuhn & Wildner 2020).

Doch das Selbstverständnis des ÖGD beginnt sich zu wandeln. Die 91. Gesundheitsministerkonferenz hat ein neues Leitbild erarbeitet und konsentiert (GMK 2018). In einem arbeitsteiligen Gesundheitswesen sorgt der ÖGD u. a. dafür, dass Public Health in die Praxis umgesetzt wird. Ein zukünftiger ÖGD ist vernetzt in alle Versorgungsbereiche und übernimmt steuernde und koordinative Aufgaben in seiner sozialräumlichen Zuständigkeit. Dennoch bedurfte es der SARS-CoV-2-Pandemie, um die Stärkung des ÖGD durch finanzielle Zusagen (»Pakt für den ÖGD«) zu untermauern und damit ein neues versorgungsrelevantes Handeln in die Wege zu leiten.

Die ambulante-hausärztliche Versorgung

Niedergelassene Hausärzte und Hausärztinnen versorgen die Bevölkerung mit ambulanten medizinischen Leistungen, 90 % davon sind gesetzlich versichert. Die Versorgung basiert auf kollektiven, selbst verwalteten Versorgungsaufträgen, die damit auch sozialrechtlich verankert sind (vgl. Kriens & Heining 2018). Zudem sind die Berufsordnung der Ärztinnen und Ärzte und die Möglichkeit der Berufsausübung in freier, unternehmerisch selbstständiger Praxis strukturbildend. Die ärztliche Tätigkeit findet entsprechend in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen mit allen Kosten und Risiken einer Unternehmenskalkulation statt.

Mit der Coronapandemie 2020 rückte die hausärztliche Praxis als Handlungsfeld im Dienst der öffentlichen Gesundheit stark in den Fokus. In Deutschland verblieben sechs von sieben positiv getesteten Personen in der hausärztlichen Versorgung und wurden dort über den Verlauf hinweg betreut (DAeB 2020). Gleichzeitig wurde in der

akuten Krisensituation deutlich, dass die grundversorgenden Ärztinnen und Ärzte in den Pandemieplänen des Bundes und der Länder über die allgemeinen Verweise auf das KV-System hinaus nicht berücksichtigt worden waren.

Dennoch wurde eine professionelle hausärztliche Versorgung unter Pandemiebedingungen eingefordert – angefangen von den eigenen Praxisangestellten über Patient:innen, Angehörige und Professionelle aus Politik, ÖGD bis zur Selbstverwaltung. Doch kaum jemand war in der Lage, die entsprechenden Materialvoraussetzungen zu erfüllen: Schutzkleidung, Masken und Desinfektionsmittel.

Zugleich waren die ersten Wochen der Pandemie geprägt von der Sorge um Patient:innen, die nicht mehr in die Praxis kamen, was in manchen Praxen zu Kurzarbeit führte (Hilbert, Krauthausen et al. 2020), das Infektionsrisiko für die Ärzt:innen und die Mitarbeiter:innen war erheblich (Bergmaier, Schneider et al. 2020). Es kam zu weitgehend eigeninitiierten Anpassungen der Prozesse in den Praxen hinsichtlich Testungen sowie der Einrichtung von Infektsprechstunden. Dies wurde durch eine Ausweitung der telefonischen und die Etablierung der Videosprechstunden ergänzt (Murr & Schelling 2020).

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Beide Versorgungsbereiche teilen eine Reihe gemeinsamer Aufgaben (Textbox 5.1-1). Gleichzeitig unterscheiden sie sich in ihren Zielgruppen und ihrer Trägerstruktur (Tab. 5.1-1).

Tabelle 5.1-1: Unterschiede von hausärztlicher Versorgung und ÖGD. *Quelle: eigene Darstellung.*

	Hausärztliche Versorgung	ÖGD
Zielgruppe und Zielsetzung	Individuum, Diagnose und Therapie	Bevölkerung, Schutz und Gefahrenabwehr
Finanzierung	Beitragsfinanziert + zusätzliche Erlöse	Steuerfinanziert, frei von kommerziellen Interessen
Organisationsform	Selbstverwaltung im KV-System, gesteuert durch Bedarfsplanung gemeinsam mit Gebietsärzt:innen	Hierarchisch gegliedert über Bund, Länder, Kommunen (subsidiär)
Struktur	Freiberuflich organisierte Praxis mit allen Kosten und Risiken einer Unternehmenskalkulation (Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin, Fachärzt:innen für Innere Medizin)	Behördenstruktur mit amtsärztlicher Leitung (FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen)

Neben den sicherstellenden und gesundheitsförderlichen Aufgaben teilen die Versorgungsbereiche auch den Mangel an ärztlichem Nachwuchs (Kaduszkiewicz, Teichert

Textbox 5.1-1: Gemeinsamkeiten von ambulant-hausärztlicher Versorgung und ÖGD

Gemeinsamkeiten von hausärztlicher Versorgung und ÖGD

- Grundversorgung im jeweiligen Bereich
- Prävention und Gesundheitsförderung, Beratung
- Gemeindenah, niedrighschwellig, leicht zugänglich
- Übernahme hoheitlicher Aufgaben
(HÄ: Teil der Selbstverwaltung zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung;
ÖGD: Gesundheits- und Katastrophenschutz der Bevölkerung)
- Nachwuchsmangel

et al. 2018). Unterschiede existieren bei der Finanzierung, dem Organisationsprinzip und der Prozesssteuerung.

In der Versorgungsroutine kommt es bei nur wenigen Gelegenheiten zu Kontakt zwischen Hausarztpraxis und ÖGD und auch da häufig nur indirekt: beim Infektionsschutz und bei den damit verbundenen Meldepflichten, bei der akutpsychiatrischen Notversorgung (amtsärztliche Tätigkeiten, Sozialpsychiatrie) und bei der Hygiene- und der Heimaufsicht. Zudem können Sondersituationen eintreten wie die Pandemie, die gemeinsames Handeln über Versorgungsbereiche hinweg erfordern. Ein Best-Practice-Beispiel für den Umgang mit einer spezifischen Versorgungslage ist die Kooperation zwischen dem ÖGD der FHH und der Primärversorgung bei der ambulanten Versorgung Geflüchteter (Pruskil 2018).

Versorgung Geflüchteter

Das KV-System und der stationäre Sektor alleine konnten die erforderlichen zusätzlichen Versorgungsleistungen im Rahmen ihrer Routinetätigkeiten nicht erbringen. Der ÖGD übernahm die Aufgabe sozialkompensatorisch. In den Erstaufnahmeeinrichtungen der Stadt wurden allgemeinmedizinische Sprechstunden eingerichtet und personell ausgestattet, inklusive Assistenzkräften, notwendigen Dolmetschertätigkeiten und Aufsichtspersonen.

In den Einrichtungen waren Allgemeinärzt:innen, Gynäkolog:innen und Kinderärzt:innen tätig, die entweder aus dem KV-System heraus agierten, im ÖGD beschäftigt waren oder durch Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf engagiert und von der Stadt vergütet wurden.

Diese Grundversorgung hat in Hamburg funktioniert, weil Akteur:innen in sozial-räumlicher Nähe miteinander handelten, inklusive der Initiative, sogenannte Refugee

First Response Centers⁹ zu entwickeln, die mittels Videodolmetersystem die Sprachbarrieren zu überwinden suchten. Weitaus schwieriger gestaltete es sich, die spezifische sprachgemittelte Primärversorgung in die Regelversorgung zu integrieren (Wahedi, Biddle et al. 2020).

Infektionsschutz

In der epidemischen Lage nationaler Tragweite, wie sie der Bundestag im März 2020 auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes festgestellt hatte, waren in Hamburg die Wege kurz. Schnell hatten sich die Kassenärztliche Vereinigung und das Amt für Gesundheit in der damaligen Gesundheitsbehörde der FHH (inzwischen in die BAGSFI integriert) darauf verständigt, dass der aufsuchende KV-Notdienst mit dem etablierten Arztruf 116117 maßgeblich die Testungen von Verdachtspersonen in der Häuslichkeit vornahm – und so dem ÖGD das Einrichten und Betreiben eigener Teststellen ersparte.

Zur Verabredung zwischen der Behörde und Leistungserbringenden gehörte auch, dass Patient:innen unter Quarantänebedingungen weiterhin durch niedergelassene Hausärzt:innen individualmedizinisch betreut werden. Das Testen auf SARS-CoV-2 allerdings beruhte auf der Nationalen Teststrategie des Bundes, die für alle nachgeordneten ÖGD-Ebenen (Länder, Kommunen) gültig ist. Das vom Robert Koch-Institut herausgegebene Flussschema, mit dem bestimmt wurde, wer in welcher Kontaktkategorie zu führen ist, änderte sich im Verlauf der ersten Pandemienmonate einige Male.

Unabhängig von der SARS-CoV-2-Pandemie sind das Infektionsschutzgesetz und das daran gekoppelte Meldewesen in der hausärztlichen Versorgung und den kooperierenden Laboren etabliert. Die Infektionsschutzmaßnahmen (Kontaktnachverfolgung, die medizinische Überwachung der Personen in Quarantäne, Aufhebung der Quarantäne) forderten die personell unzureichend ausgestatteten Gesundheitsämter enorm heraus. Es zeigte sich, wie wichtig eine enge Zusammenarbeit der beiden Sektoren ist, nicht nur bei den Ausbrüchen und der Versorgung von Menschen in Pflegeeinrichtungen.

Analysen der Befragung von niedergelassenen Hausärzt:innen (Eisele, Pohontsch et al. 2021) zeugen von einer erheblichen Flexibilität und Änderungsbereitschaft auf der Seite der niedergelassenen HÄ. Mit hohem logistischen und materiellen Aufwand wurden Praxisabläufe entzerrt, Arbeitsteams gebildet, spezielle Infektsprechstunden eingerichtet, ein zweiter Eingang eröffnet oder Fensterfronten zu Rezeptausgaben umfunktioniert. Der Mangel an Vorbereitung auf die Pandemie konnte durch Engagement, Improvisation und Zusammenarbeit sowohl in der hausärztlichen Versorgung als auch in den Gesundheitsämtern kompensiert werden.

⁹ <https://refugeefirstresponsecenter.com/>

Lösungsansätze

Zwei Jahre nach Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie lassen sich erste Ideen skizzieren, um eine bessere Reaktion auf ein pandemisches Geschehen oder andere öffentlichen Gesundheitsgefahren zu ermöglichen.

Wünschenswert für eine gelingende Kooperation von primärversorgenden Ärzt:innen und Bevölkerungsschutz wäre die reale Etablierung einer dauerhaften, funktionierenden, kollegialen, informierenden, austauschorientierten Schnittstelle zwischen den beiden Bereichen. Die konkrete Erwähnung der Hausärzt:innen in den Pandemieplänen und damit die Zuweisung einer expliziten Rolle in der Eindämmung eines pandemischen Geschehens stellte unseres Erachtens ein erstes wesentliches Element dar, den Bereich der ambulanten Versorgung besser einzubinden. Daraus könnte eine stärkere Verzahnung von ÖGD-Aufgaben und hausärztlicher Versorgung erwachsen. Im Bereich der KV Baden-Württemberg entstanden Schwerpunktpraxen als sogenannte Corona-Anlaufstellen (Stengel, Roth et al. 2021).

Darüber hinaus wäre es wichtig, die ordnungspolitischen Implikationen zu beleuchten, um eine Art Roadmap für eine Verbesserung der Schnittstellen und Zusammenarbeit zwischen ÖGD und HA Praxis zu erstellen. Ein stärkerer Austausch auf fachgesellschaftlich-wissenschaftlicher Ebene könnte helfen, Informationswege zu verkürzen: Auch Berufsverbände und Ärztekammern stünden hier zur Verfügung, um über die Vermittlung durch die Hausärzt:innen zur Akzeptanz von Maßnahmen der Pandemie-Eindämmung beizutragen (DEGAM 2021).

Weitere Kooperationsansätze zwischen ÖGD und hausärztlicher Versorgung

Zu den weiteren Möglichkeiten zählen u. a. folgende Kooperationsansätze:

- Schaffung von Schnittstellen, regional vernetzten, stadtteilorientierten Austauschstrukturen
- Beginn eines Prozesses der Annäherung und des wechselseitigen Kennenlernens, um den Antagonismus zwischen Bevölkerungs- und Individualmedizin zu überwinden, um den jeweils anderen Sektor und dessen Sichtweise nicht als Barriere, sondern als Erweiterung des eigenen Blickfeldes zu verstehen
- Gemeinsame Qualitätszirkel, um Kommunikation und Kooperation zu strukturieren und nach Möglichkeit zu verstetigen
- Sektorübergreifende Aus-, Weiter- und Fortbildungselemente, auch um gemeinsam dem Nachwuchsmangel entgegenzuwirken.

Die sozialräumliche Nähe der städtischen Akteur:innen ist für die Verstetigung einer Kooperation von ÖGD und Hausarztpraxis ideal. Ein starkes Primärversorgungssystem ist die Grundlage einer verteilten Notfallhilfe (Dunlop, Howe et al. 2020), gerade im Fall einer pandemischen Lage von nationaler Tragweite.

Diskussion

Das notwendige Zusammenspiel von ÖGD und der primärärztlichen Versorgung in einer nachhaltig entwickelten Stadt funktioniert dann sehr gut, wenn alle beteiligten Handlungsgruppen ihren Rollen gerecht und darin akzeptiert werden. Die Pandemie macht es notwendig, für die grundversorgenden Akteur:innen im ÖGD und der hausärztlichen Versorgung neue Konzepte zu erdenken und zu erproben.

Das Repertoire an spezifischen Methoden und Werkzeugen für eine nachhaltige Stadtgesundheit (beispielsweise integrierte Gesundheitsberichterstattung) ist vorhanden (Trojan & Fehr 2020). Erforderlich sind deren Fortentwicklung über die Versorgungsbereiche hinweg und deren konsequenter Einsatz. Die Pandemie zeigt, dass gesundheitliche Chancengleichheit nicht nur durch die Messung von Über- und Unter-versorgung allein hergestellt werden kann, sondern dass eine aktive, sozialräumliche Kooperation zwischen ÖGD und hausärztlicher Versorgung notwendig ist, um die gesundheitliche Lage nachhaltig zu bessern.

LITERATUR

Bergmaier C, Schneider A, Torge M, Riedl B, Wapler P, Linde K (2020): Fallzahlen und Herausforderungen in südbayerischen Hausarztpraxen während der COVID-19-Pandemie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 96, 9:357-362

DAeB/Deutsches Ärzteblatt (2020): Kassenärzte: Sechs von sieben Coronapatienten werden ambulant versorgt. www.aerzteblatt.de/nachrichten/111501/Kassenaerzte-Sechs-von-sieben-Coronapatienten-werden-ambulant-versorgt

DEGAM/Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2021): DEGAM-Strategiepapier »Langzeitmanagement der COVID-19-Pandemie aus allgemeinmedizinischer Sicht«. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 97, 1:44. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Strategiepapier_Pandemiemanagement.pdf

Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN (2020): The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *British Journal of General Practice Open*, doi:10.3399/bjgpopen20X101041

Eisele M, Pohontsch NJ, Scherer M (2021): Strategies in Primary Care to Face the SARS-CoV-2/COVID-19 Pandemic: An Online Survey. *Front. Med.* 8:613537. doi: 10.3389/fmed.2021.613537

GMK / 91. Gesundheitsministerkonferenz (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – »Der ÖGD: Public Health vor Ort«. www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018

Hilbert B, Krauthausen M, Schrader H, Simmenroth A (2020): Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Arbeitsalltag von jungen Hausärzten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 96, 12:508-513

Kaduszkiewicz H, Teichert U, van den Bussche H (2018): Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bundesgesundheitsblatt 2, 61:187-194

Kriens J, Heining E (2018): Die ambulante vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Hamburg. Beitrag 4.2 in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Bd. 2, oekom verlag, München, S. 163–169

Kuhn J, Wildner M (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. Gesellschaft + Gesundheit Wissenschaft 20, 4:15-22

Murr D, Schelling J (2020): Die Pandemie in der Hausarztpraxis – ein Praxisbericht zu SARS-CoV-2. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 96, 12:514-520

Nießen J (2018): Öffentlicher Gesundheitsdienst. Beitrag 3.4 in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Bd. 2, oekom verlag, München, S. 137–142

Pruskil S (2018): Die Medizinische Versorgung Geflüchteter und Asylsuchender in Hamburg. Beitrag 4.6 in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Bd. 2, oekom verlag, München, S. 192–198

Rieger-Ndakorerwa G, Nießen J, Wildner M (2018): Die sozialkompensatorische Funktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Public Health Forum 26, 4:361-364

Stengel S, Roth C, Breckner A, Peters-Klimm F, Schwill S, Möllinger S, Buhlinger-Göpfarth N, Szecsenyi J, Wensing M (2021): Primärärztliche Strategien und Zusammenarbeit während der ersten Phase der COVID-19-Pandemie in Baden-Württemberg, Deutschland. Gesundheitswesen 83, 4:250-257

Trojan A (2020): Integrierte Gesundheitsberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene. Initiativen und Ansätze der letzten 20 Jahre. Bundesgesundheitsblatt 63, 9:1084-1093

Trojan A, Fehr R (2020): Nachhaltige StadtGesundheit: konzeptionelle Grundlagen und aktuelle Initiativen. Bundesgesundheitsblatt 63, 8:953-961

Wahedi K, Biddle L, Jahn R, Ziegler S, Kratochwill S, Pruskil S, Noest S, Bozorgmehr K (2020): Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen. Eine qualitative Bestandsaufnahme aus Versorgungsperspektive. Bundesgesundheitsblatt 63, 12:1460-1469

ZfPH / Zukunftsforum Public Health (2019): Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. <https://zukunftsforum-public-health.de/download/health-in-all-policies-entwicklungen-schwerpunkte-und-umsetzungsstrategien-fuer-deutschland/?wpdmdl=2770>

Zimmermann T (2021): Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/ doi:10.17623/BZGA:224-i096-1.0

5.2

Das Querschnittgelähmten-Zentrum im BG Klinikum Hamburg: Herausforderungen durch den demografischen Wandel

Astrid Wessel, Roland Thietje

Eine Querschnittlähmung äußert sich als Funktionsminderung von Armen und Beinen, der Blasen- und Darmentleerung sowie der Sexualfunktion. Die Ausprägung der Lähmung ist abhängig vom Ausmaß und von der Lokalisation einer Schädigung des Rückenmarks (Zäch & Koch 2006).

Der demografische Wandel stellt das Querschnittgelähmten-Zentrum im BG Klinikum Hamburg (BGKH¹⁰) vor neue Herausforderungen: Über Jahrzehnte war unser typischer Patient verunfallt, männlich, jung und ohne Begleiterkrankungen. Heute ist die Mehrzahl der Betroffenen bei Eintritt der Lähmung über 60 Jahre alt und multimorbide. Unsere Patient:innen leiden an internistischen, onkologischen, neurologischen und geriatrischen Krankheitsbildern. Diese können als Begleiterkrankungen hinzukommen, den Behandlungsverlauf maßgeblich prägen und zunehmend häufig auch die Ursache der Querschnittlähmung sein (Stubreither et al. 2015). Wir können uns deshalb nicht länger allein auf die lähmungsspezifischen Schäden konzentrieren und darauf vertrauen, dass das Ziel einer umfassenden Rehabilitation mit der Wiederaufnahme in das ursprüngliche persönliche Umfeld gelingen wird.

Tabelle 5.2-1: Querschnittgelähmte in stationärer Erstbehandlung im BG Klinikum Hamburg nach Zeitperioden. *Quelle: eigene Darstellung.*

Zeitperioden	1995–1999	2000–2004	2005–2009	2010–2014	2015–2019	2020
Anzahl Patient:innen	559	708	875	1239	1244	221
Anteil im Alter über 65 Jahre	9,5 %	17,8 %	32,1 %	43,8 %	42,4 %	46,6 %
Lähmungsursache nicht traumatisch	20,8 %	28,5 %	38,2 %	49,6 %	52,8 %	52,5 %
Mittlere Aufenthaltsdauer (Tage)	169	139	126	98	92	88

Ein für die Geschichte der Behandlung querschnittgelähmter Menschen bedeutsames Zitat lautet: »Ich werde aus Ihrem Sohn einen Steuerzahler machen«: Dieses Zitat stammt

¹⁰ Das Berufsgenossenschaftliche Klinikum Hamburg gGmbH gehört zur Unternehmensgruppe der BG Kliniken. Träger der BG Kliniken sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.

von Sir Ludwig Guttmann, einem Pionier der Behandlung von Querschnittgelähmten (Anderson 2003). Bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges galt der Eintritt einer hohen Querschnittlähmung gewissermaßen als Todesurteil. Den Erfahrungen von Guttmann folgend, dass die Behandlung multidisziplinäres Fachwissen voraussetzt, wurden auch in Deutschland Querschnittgelähmten-Zentren gebildet.

Stationäre Behandlung von Querschnittgelähmten

Das BG Klinikum Hamburg ist seit der Inbetriebnahme 1959 als »Unfallnachbehandlungskrankenhaus Hamburg« dem Motto »alles aus einer Hand« verpflichtet. Mit rund 740 Behandlungsplätzen in neun Fachabteilungen sorgt es als überregionales Traumazentrum für qualifizierte Versorgung von Schwerverletzten im Akutbereich und in der Rehabilitation mit dem Ziel einer Rückkehr in den Lebens- und Berufsalltag. Das Querschnittgelähmten-Zentrum im BG Klinikum Hamburg ist das größte in Deutschland. Auf sechs Stationen werden insgesamt 130 Behandlungsplätze vorgehalten. Das Versorgungsgebiet reicht weit über die Stadtgrenzen Hamburgs hinaus. Passend zum Paradigma »Rehabilitation beginnt am Unfallort« (Lönnecker 1992) besteht der Grundsatz in der Behandlung Querschnittgelähmter im permanenten Miteinander von Akutmedizin und Rehabilitation. In Anerkennung der Komplexität wird die Erstbehandlung einer Querschnittlähmung im deutschen DRG-System daher über tagesgleiche Pflegesätze abgegolten. Die Vergütung erfolgt nicht für einzeln definierte Leistungen oder Leistungspakete (z. B. die Entfernung der Gallenblase) sondern nach einem mit den Kostenträgern vereinbarten Tagessatz, in dem sämtliche Leistungen enthalten sind.

Das Querschnittgelähmten-Zentrum Hamburg bietet alle erforderlichen akutmedizinischen Therapien für Querschnittgelähmte an. Darüber hinaus bestehen breit gefächerte rehabilitative Möglichkeiten. Zur Vernetzung mit dem ambulanten Sektor erhalten die Patient:innen nach Entlassung aus unserem Hause ambulante medizinische Verlaufskontrollen und verschiedene Beratungsangebote.¹¹ Etwa 40 % der Behandlungsplätze in unserem Hause werden für stationäre Wiederaufnahmen benötigt, weil das Leben mit Querschnittlähmung nach Abschluss der Erstbehandlung dauerhaft von Risiken und Komplikationen begleitet ist.

Bei einem Einblick in die medizinische Rehabilitationslandschaft in Hamburg (Glaesener & Huster-Nowack 2018) fokussierte als Fazit der »Blick in die Zukunft« auf folgende Punkte: Bedarf nach Ausbau der Kapazitäten von intensivmedizinischer Frührehabilitation, Etablierung dezentraler Tageskliniken einschließlich ambulanter geriatrischer Angebote, Sicherung der Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen nach Entlassung sowie Festlegung und Überprüfung von Qualitätsanforderungen.

¹¹ www.bg-kliniken.de/klinikum-hamburg/

Neue Patientengruppen, wachsende Herausforderungen

Der demografische Wandel stellt unsere Gesellschaft und damit auch ein Querschnittgelähmten-Zentrum vor große Herausforderungen. Die Multimorbidität unserer Patient:innen im fortgeschrittenen Alter hat Auswirkungen auf deren Rehabilitationsfähigkeit und die Reintegrationsfähigkeit. Wir müssen für die Behandlung der multimorbiden Menschen andere Ziele formulieren als für die Gruppe der Jungen und Gesunden. Hieraus ergeben sich Herausforderungen für alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Verschärfend steht uns dabei für die Erstbehandlung der Querschnittgelähmten zunehmend weniger Zeit zur Verfügung.

Wir behandeln also zunehmend ältere und kränkere Menschen und haben dafür weniger Zeit. Wir müssen uns dafür akutmedizinisch, querschnittlähmungsspezifisch, rehabilitativ und im Hinblick auf unsere Nachsorgekonzepte noch besser aufstellen. Die Anforderungen an das Behandlungsteam und unsere Einarbeitungskonzepte wachsen stetig.

Die Behandlung von Querschnittgelähmten mit zusätzlichen kognitiven Einschränkungen stellt unser Team vor weitere Herausforderungen im Spiegel des demografischen Wandels. Im Querschnittgelähmten-Zentrum im BGK Hamburg wurde deshalb eine Arbeitsgemeinschaft Kognition gegründet. Diese bildet sich aus Mitarbeitenden der Physiotherapie, Ergotherapie, der Pflege sowie Ärzt:innen, Psycholog:innen, der Angehörigenberatung und der Seelsorge.

Therapeutisches Klima

Eine Befragung der therapeutischen Teams auf allen Stationen ergab Anhalt dafür, dass rund 50 % aller im Januar 2019 in unserem Zentrum behandelten Querschnittgelähmten neurokognitive Auffälligkeiten zeigten. Eine neurologische Diagnose, die kognitive Störungen erklären könnte, hatten rund 25 % der Patient:innen zum Befragungszeitpunkt. Allen voran stand die Diagnose Schädel-Hirn-Trauma als Begleitverletzung im Rahmen der Entstehung der Querschnittlähmung. Gefolgt wurde dies von neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Multipler Sklerose oder fortgeschrittener Demenz.

Unser Ziel ist es, auch diesbezüglich eine leitliniengerechte Behandlung anzubieten und uns im Hinblick auf den demografischen Wandel noch besser aufzustellen. Dies betrifft sowohl die Arbeit mit den Patient:innen als auch mit den Angehörigen. Für die Betroffenen Lebensqualität zu erlangen ist eine Herausforderung, die sich teils erheblich von unseren Aufgaben mit den ursprünglichen jungen Verunfallten unterscheidet. So geht es dabei vermehrt um Alltagsstruktur und um psychosoziale Fragestellungen als um Funktionswiederherstellung. Ein Beispiel dafür sind gemeinsame

Textbox 5.2-1: Ausgewählte Zielsetzungen der Behandlung Querschnittgelähmter im BG Klinikum Hamburg (für Quellenzugang s. Abb. 5.2-1)

- **Körperliche Selbstversorgung**
Beispiel: selbstständiges An- und Entkleiden
- **Blasen- und Darmmanagement / Toilettenhygiene**
Beispiel: Fremdkatheterismus – Anleitung der Angehörigen
- **Medizinische Ziele**
Beispiel: atmet selbstständig ohne Hilfe oder Hilfsmittel
- **Mobilität – Zimmer / Bad / Therapieräume**
Beispiel: kann ohne Hilfsmittel gehen auf Zimmerebene
- **Mobilität – drinnen und draußen**
Beispiel: selbstständig mobil im Elektrorollstuhl im Außenraum
- **Sonstige Therapieziele**
Beispiel: erlernt ein ortsungebundenes Eigenübungsprogramm
- **Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**
Beispiel: Transfer in ein Auto mit Hilfestellung
- **Entlassmanagement**
Beispiel: Beratung zum barrierefreien Umbau der Häuslichkeit
- **Informiertheit**
Beispiel: vertiefte Aufklärung zur Erkrankung
- **Selbstwirksamkeit**
Beispiel: Der Patient kennt seine Bedarfsmedikation und weiß diese anzuwenden.

Mahlzeiten der querschnittgelähmten Menschen während ihrer stationären Behandlung: Dies wurde aufgrund begrenzter Kapazitäten der Teams vor einigen Jahren eingestellt. Unser Ziel ist es, dies wieder aufzugreifen. So empfiehlt beispielsweise die Leitlinie Demenz (AWMF 2016), dass Mahlzeiten in familienartigen Gruppen stattfinden sollten. Auch junge, kognitiv unbeeinträchtigte Menschen profitieren von gemeinsamen Mahlzeiten (sogenanntes therapeutisches Klima).

Ein weiteres Ziel ist die Vermeidung von Delir, z. B. Verwirrheitszustände nach operativen Eingriffen bei geriatrischen Patient:innen. Dies ist auch von wirtschaftlicher Bedeutung für ein Krankenhaus. Manche der betroffenen Patienten benötigen Sitzwachen und sind erheblich aufwendiger zu betreuen. Auch die verminderte Mitwirkungsfähigkeit zur Komplikationsprophylaxe kognitiv eingeschränkter Patienten ist von Bedeutung für ein Krankenhaus und für die Kostenträger. An Belastungsgrenzen im Umgang mit den Betroffenen ohne entsprechende neurologische Ausbildung zum

Umgang mit dieser Gruppe kommt insbesondere die therapeutische Krankenpflege, aber auch das Gesamtteam. Zurzeit erfolgen neuropsychologische und psychiatrische Behandlungen ausschließlich konsiliarisch.

Geplant ist zunächst eine weitere vertiefte Untersuchung zur Prävalenz von kognitiven Defiziten und dem dadurch entstehenden Mehraufwand an pflegerischer Betreuung; daraus soll Handlungs- und Schulungsbedarf genauer abgeleitet werden. Flankierend erfolgt die Gestaltung von demenzsensiblen Räumlichkeiten und Behandlungen sowie Maßnahmen zur Alltagsstruktur und Lebensqualität für schwer Erkrankte, die wir zunehmend umsetzen werden. In diesem Kontext wollen wir auch die Einarbeitungskonzepte weiter optimieren. Das BG Klinikum Hamburg hat ein weites Spektrum von Zielsetzungen bei der rehabilitativen Behandlung querschnittgelähmter Patient:innen formuliert; die Praxis der Teamarbeit orientiert sich an daraus hergeleiteten sogenannten Zweiwochenzielen, die individuell angepasst und fortgeschrieben werden (s. Abb. 5.2-1 und Textbox 5.2-1).

Abbildung 5.2-1: QR-Code für den Zugang zu Zielsetzungen der Behandlung querschnittgelähmter Patient:innen im BG Klinikum Hamburg.



Entlassmanagement

Auch die Gestaltung der Nachsorgekonzepte ändert sich mit den zunehmend multimorbiden Querschnittgelähmten. Ein wesentlicher Aspekt des demografischen Wandels ist die Tatsache, dass betagte Menschen überwiegend zu zweit oder alleinstehend in einem Haushalt leben. Dies führt zu stark belastenden Situationen für die Patienten, weil ein Leben im zuletzt bewohnten eigenen Haushalt häufig nicht mehr möglich ist. Aufwendige Umbaumaßnahmen wie die Erstellung eines barrierefreien Badezimmers dauern teilweise Monate und damit länger als eine vertretbare stationäre Behandlung (Tiedemann 2017). Selbst wenn Umbaumaßnahmen im zuletzt bewohnten Haushalt machbar und bezahlbar sein sollten, kann eine hinreichende Eigenständigkeit im Hinblick auf einfachste Tätigkeiten oft nicht erreicht werden und ist auch mit einem Pflegedienst nicht immer umsetzbar. Eine zunehmende Anzahl von Patient:innen ist folglich gezwungen, nach Entlassung aus unserem Haus in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen – auch wenn ihr Alter teils deutlich unter dem Altersdurchschnitt von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen liegt.

Tabelle 5.2-2: Entlassmanagement im BG Klinikum Hamburg: Verlegung der Querschnittgelähmten nach dem Ende der Erstbehandlung. *Quelle: eigene Darstellung.*

Direktverlegung in Prozent.					
1995–1999	2000–2004	2005–2009	2010–2014	2015–2019	2020
n=559	n=708	n=875	n=1.239	n=1.244	n=221
1. In die zuletzt bewohnte Häuslichkeit:					
56,0 %	59,9 %	57,4 %	49,9 %	48,5 %	62,4 %
2. In eine neue Häuslichkeit:					
22,9 %	18,9 %	16,6 %	9,1 %	7,7 %	2,3 %
3. In eine Pflegeeinrichtung:					
8,4 %	11,7 %	15,2 %	23,6 %	25,5 %	20,4 %
4. In eine Rehabilitation, beispielsweise Neurologische Rehabilitation					
4,1 %	2,5 %	1,1 %	7,5 %	10,5 %	5,9 %
5. Verstorbene Querschnittgelähmte:					
2,9 %	2,5 %	5,1 %	4,4 %	3,4 %	3,2 %

Tabelle 5.2-3: Potenzial für berufliche Reintegration für Querschnittgelähmte nach dem Ende der Erstbehandlung. *Quelle: eigene Darstellung.*

Ärztliche Empfehlung »Ja« – Angaben in Prozent (für berufliches Reintegrationspotenzial)					
1995–1999	2000–2004	2005–2009	2010–2014	2015–2019	2020
n=559	n=708	n=875	n=1.239	n=1.244	n=221
48,8 %	44,0 %	36,6 %	27,9 %	30,1 %	29,4 %

Handlungsansätze und Perspektiven

Da sich die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht parallel zum zunehmenden Bedarf entwickeln werden, wird die Solidargemeinschaft Modelle entwickeln müssen, die eine effiziente und qualitativ angemessene Versorgung sicherstellen. Das Krankheitsbild der Querschnittlähmung könnte hierbei Modellcharakter haben, sowohl für andere chronische Erkrankungen, die zu dauerhaften Mobilitätseinschränkungen führen, als auch für den Umgang mit altersbedingten Einschränkungen von Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Welche Handlungsansätze ergeben sich für uns Querschnittgelähmten-Zentrum? Der demografische Wandel manifestiert sich in den veränderten Anforderungen hinsichtlich der Behandlung der uns anvertrauten Patient:innen. Wir wollen unsere Konzepte weiterentwickeln, um Menschen sowohl in medizinischer Hinsicht als auch im

Textbox 5.2-2: Weiterentwicklung der Konzepte zur Behandlung und Begleitung querschnittgelähmter Patient:innen im BG Klinikum Hamburg

Fortbildung: Ein hoher Grad an Fortbildung der Mitarbeiter:innen macht die Tätigkeit attraktiver und ist im Kontext der komplexen Anforderungen zwingend erforderlich – sowohl für die Sicherheit und Zufriedenheit der Patient:innen als auch der Mitarbeiter:innen. Chirurgische, internistische, neurologische und geriatrische Fragestellungen entscheiden unser Outcome maßgeblich. Daher ist die enge Verbindung mit anderen Fachbereichen und Fachgesellschaften wichtig.

Neurologische/neuropsychologische Komorbidität: Aufgrund der Anzahl betagter Menschen mit neurologischen Erkrankungen und Demenz sollten neuropsychologische Diagnostik und Behandlung standardmäßig durchgeführt werden, ebenso die Mitbeurteilung der Kraftfahreignung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Zudem sollte die Gestaltung demenzsensibler Räumlichkeiten, Therapieangebote und Alltagsstrukturen intensiviert werden.

Rehabilitation: Es gilt, Rehabilitation zur sozialen und auch zur beruflichen Reintegration nachdrücklicher zu fördern und entsprechende Angebote auszubauen. Wir schulen in Fragen der Mobilität und des barrierefreien Lebens, Arbeitens und Wohnens, suchen Vernetzung und engagieren uns in Fachgesellschaften und Organisationen. Eine Unterstützung des Sports im Sinne der Primärprävention und als Motor für Inklusion ist dabei wichtig und verbindend.

Nachsorge: Zur Vermeidung von Komplikationen sollten die Patient:innen nach Abschluss der Erstbehandlung regelhaft in die Phase der lebenslangen Nachsorge eintreten. Ein ambulantes medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB) in Querschnittgelähmten-Zentren könnte eine effiziente, ökonomische und multimodale Nachbehandlung sichern. Durch ein MZEB könnten auch weitere Patienten mit Hilfsmittelbedarf und Beratungsbedarf ohne Querschnittlähmung von unserer Expertise profitieren.

Digitalisierung: Im Zuge der Digitalisierung können bei der Bereitstellung von Informationen und Schulungen für Querschnittgelähmte neue Wege eingeschlagen werden. Über verschiedene Verfahren der Telemedizin und des Telemonitoring sollen Querschnittgelähmte bei Bedarf auch über Distanz begleitet werden.

Forschung: Wir beteiligen uns an Forschung zu spezifischen Therapieformen und zur Hilfsmittelentwicklung. Im Kontext der demografischen Entwicklung sollte die Versorgungsforschung bezüglich der älteren Population eine Priorität haben.

Hinblick auf ihre personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren entsprechend zu begleiten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Querschnittgelähmten-Zentren ihre Behandlungsangebote auf den demografischen Wandel ausrichten. Wir behandeln stetig ältere und kränkere Menschen in kürzerer Zeit. Konzepte der Einarbeitung, Fort- und Weiterbildung der Behandlungsteams sind dafür wichtige Maßnahmen. Dies gilt auch für Standards, die nicht unserem Hauptauftrag gelten – der Behandlung einer Querschnittlähmung. Auch Nachsorgekonzepte im Hinblick auf Mobilität, Wohnen und weitere Behandlungen werden für die Klientel anspruchsvoller. Deswegen werden Vernetzung mit Nachbehandlern und Findung von Wohn- und Arbeitsformen für Querschnittgelähmte im Kontext von begrenzten Ressourcen zunehmend wichtiger. Wir wollen uns der verbesserten Bereitstellung von Informationen widmen. Für die ambulante Nachsorge und das Lebensumfeld älterer Querschnittgelähmter stehen die notwendigen Veränderungen noch weitgehend aus (Bökel et al. 2019).

LITERATUR

- Anderson J (2003): Turned into taxpayers: Paraplegia Rehabilitation and Sport at Stoke Mandeville, 1944–1956. *Journal of contemporary History* 38.3:461-475
- AWMF/Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2016): S3-Leitlinien Demenzen. Registernummer: 038-01, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf
- Bökel A et al. (2019): Querschnittlähmung in Deutschland. Eine nationale Befragung (German Spinal Cord Injury Survey (GerSCI) Teilprojekt des Spinal Cord Injury Community Survey (InSCI), www.mhh.de/fileadmin/mhh/rehabilitationsmedizin/downloads/GerSCI-Projektbericht_2019.pdf
- Glaesener J, Huster-Nowack E (2018): Medizinische Rehabilitation in Hamburg. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 261–267
- Lönnecker S (1992): Notärztliche Versorgung des querschnittgelähmten Patienten am Unfallort. In: Zäch G (Hrsg.): Rehabilitation beginnt am Unfallort. Springer-Verlag, Berlin, S. 15–19
- Stubreither et al. (2015): Klinische Psychologie bei Querschnittlähmung. Springer-Verlag, Wien, S. 53–58
- Tiedemann S (2017): Überleitungs- und Entlassmanagement. Ein Blick und Ausblick aus der Klinik auf den Weg in die außerklinische Intensivpflege. *Gepflegt Durchatmen* 38:4-7
- Zäch GA, Koch H (2006): Paraplegie. Ganzheitliche Rehabilitation. Karger-Verlag, Basel, S. 26–28

5.3

Kultursensible Gesundheitsversorgung in Hamburg

Demet Dingoyan, Nico Vonneilich, Claudia Mews, Franka Metzner

Laut Statistischem Bundesamt (2019) haben mit knapp 21 Millionen Personen 26 % der Gesamtbevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund, der Anteil in Hamburg liegt mit etwa 36 % sogar deutlich höher (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020). Die drei häufigsten Herkunftsländer in Deutschland und Hamburg bilden dabei die Türkei, die Russische Föderation und Polen (Statistisches Bundesamt 2019; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020; s. Abb. 5.3-1). Zu den Hauptherkunftsländern der eingereisten Asylantragsteller:innen aus Nicht-EU-Staaten zählen in Hamburg Afghanistan (45.718 Menschen), Iran (24.966 Menschen), Syrien (18.283 Menschen) und Ghana (14.716 Menschen) (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020).

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Menschen mit Migrationshintergrund sind in Deutschland häufiger von sozialer Ungleichheit betroffen. Unter den in Deutschland geborenen und beschulten 25- bis 65-Jährigen verfügen Menschen mit Migrationshintergrund beispielsweise deutlich seltener über einen hohen Bildungsabschluss (16 % gegenüber 23 % bei Menschen ohne Migrationshintergrund) und haben häufiger keinen Berufsabschluss erlangt (28 % gegenüber 10 % bei Menschen ohne Migrationshintergrund). Auch in der Altersgruppe der 25- bis 35-Jährigen erreichen Menschen mit Migrationshintergrund häufiger keinen Schulabschluss (13 %) als Menschen ohne Migrationshintergrund (2 %). Ein vergleichbares Bild zeichnet sich auch bei der Berufsausübung ab: Zum einen sind Menschen mit Migrationshintergrund in einkommensstärkeren Berufen tendenziell unterrepräsentiert (Statistisches Bundesamt 2019); zum anderen sind sie häufiger nicht erwerbstätig oder werden bei einer Erwerbstätigkeit seltener in Vollzeit beschäftigt (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2020). Laut Armutsbericht des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands (2020) sind Menschen mit Migrationshintergrund (ca. 28 %) mehr als doppelt so häufig von Armut betroffen wie Menschen ohne Migrationshintergrund (ca. 12 %). Dementsprechend wachsen Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund überproportional häufig in einer oder mehreren Risikolagen auf (47 %) (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2020).

Die Datenlage zu der Frage, wie sich soziale Ungleichheit im Einzelnen auf die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund auswirkt, ist weiter-

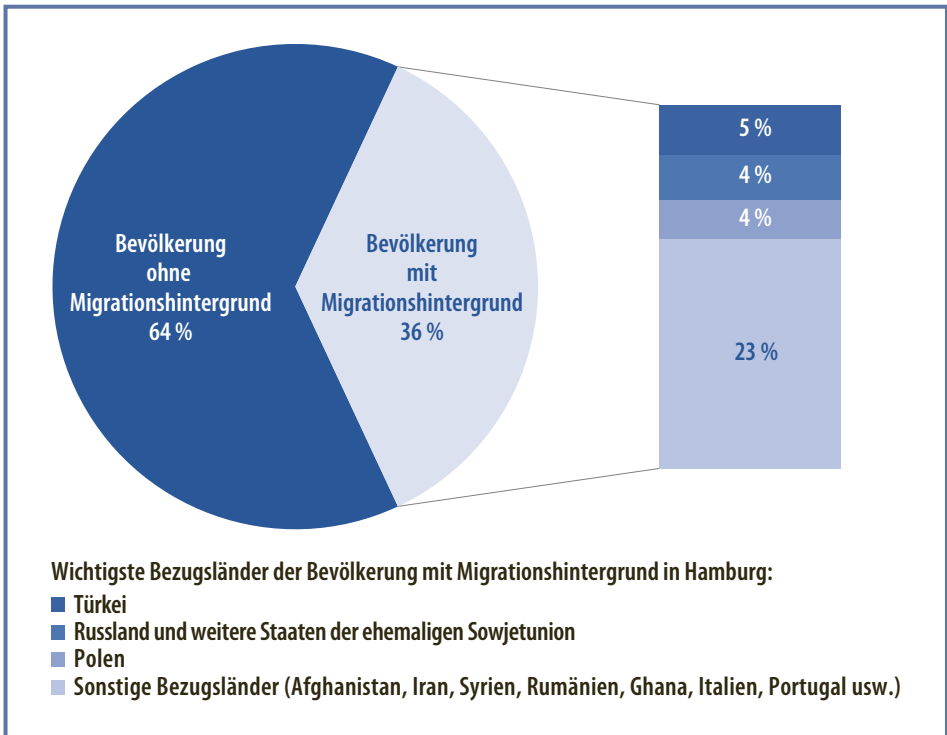


Abbildung 5.3-1: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung in Hamburg.¹²

Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2020.

*Armenien, Aserbaidschan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland.

hin lückenhaft. Trotz eines anzunehmenden erhöhten Bedarfes nehmen Menschen mit Migrationshintergrund präventive Angebote wie z. B. Krebs-/Früherkennungsuntersuchungen oder Zahnvorsorge und begleitende Unterstützungsangebote bei chronischen Erkrankungen seltener in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund (Bartig et al. 2019; Spallek et al. 2019).

Auch im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen weisen Studien darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund trotz eines erhöhten Behandlungsbedarf-

¹² Zu der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gehören die ausländische Bevölkerung sowie alle ab 1950 von außerhalb Deutschlands Zugewanderten unabhängig von ihrer Nationalität. Dazu zählen auch die in Deutschland geborenen eingebürgerten früheren Ausländer:innen sowie in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus der Migrationserfahrung der Eltern oder eines Elternteils ableitet. Seit 2000 gehören zu dieser Gruppe auch (deutsche) Kinder ausländischer Eltern, die die Bedingungen für das sogenannte Optionsmodell erfüllen. Nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählen Vertriebene und Flüchtlinge infolge des Zweiten Weltkriegs.

fes (Dingoyan et al. 2017; Bermejo et al. 2010) psychosoziale ambulante und stationäre Behandlungen im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund seltener in Anspruch nehmen oder von diesen teilweise deutlich weniger profitieren (Bermejo et al. 2009; Brzoska et al. 2010; Göbber et al. 2010; Maier 2008; Mösko et al. 2011, 2012; Odening et al. 2013).

Diskriminierung

Der Tod des psychiatrischen Patienten William Tonou-Mbobda, der 2019 nach einer ärztlich angeordneten Zwangsfixierung durch Sicherheitskräfte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) starb, löste eine Debatte über die strukturelle Diskriminierung sowie den institutionellen Rassismus gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesundheitsversorgung aus (Lasarzik 2019). Auch wenn die Ermittlungen der Hamburger Staatsanwaltschaft keine Hinweise für Rassismus ergaben, deuten Studien aus Deutschland und international darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig von Mehrfachdiskriminierung und Rassismus betroffen sind.

Angehörige ethnischer Minderheitengruppen in Europa werden im Durchschnitt fast fünfmal häufiger Opfer von Mehrfachdiskriminierung als Angehörige der Mehrheitsbevölkerung (FRA 2011). So zeigten Fokusgruppenstudien von Gerlach et al. (2008; 2012), dass »schwarze Patient:innen« häufiger mit Hektik, Unfreundlichkeit, fehlendem Respekt, mangelnden französischsprachigen Informationen, sprachlich bedingten Kommunikationsschwierigkeiten sowie mit mangelnder medizinischer Fachkompetenz seitens Ärzt:innen in Bezug auf in Afrika häufig relevante Erkrankungen konfrontiert sind. Auch konnte gezeigt werden, dass für Patient:innen mit türkischem Migrationshintergrund Missverständnisse, Vorurteile und Diskriminierung aufgrund des Migrationshintergrundes alltägliche Erfahrungen darstellten. Diese Erkenntnisse decken sich wiederum mit anderen Studien, in denen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufiger von Diskriminierungserleben und Sorgen um Fremdenfeindlichkeit berichteten als Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen (Igel et al. 2010, Schunck et al. 2015). Laut der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017) erleben Menschen im Versorgungskontext seitens Ärzt:innen oder Krankenhaus- bzw. Pflegepersonal insbesondere aufgrund folgender Merkmale Diskriminierung: Behinderungen (31 %), ethnische Herkunft bzw. rassistische Gründe (15 %) und Geschlecht (9 %).

Interkulturelle Öffnung

Ein zentraler Baustein für eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsangebote stellt die interkulturelle Öffnung entsprechender Versorgungsstrukturen dar. Durch die im Jahr 2002 verabschiedeten Qualitätsstandards *12 Sonnenberger Leitlinien* (Machleidt 2002) zur Verbesserung des Versorgungssystems für Menschen mit Migrationshintergrund wurden die Bedeutung und Notwendigkeit einer kultursensiblen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung hervorgehoben. Auch aus Behandler:innenperspektive werden neben strukturellen Barrieren wie z. B. Sprachbarrieren spezifische Herausforderungen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund wahrgenommen. So berichteten z. B. 45 % der befragten Mitarbeitenden (n = 38) einer Berliner psychiatrischen Abteilung negative Gefühle in Form von Frustration, Ungeduld, Unzufriedenheit sowie 37 % von Hilflosigkeits- und Überforderungsgefühlen (Wohlfart et al. 2006).

Im Rahmen einer in Hamburg durchgeführten Fragebogenerhebung gaben zwei Drittel der befragten niedergelassenen Psychotherapeut:innen an, in ihrer Arbeit mit Patient:innen mit Migrationshintergrund divergierende Wertesysteme und eine mangelnde »Compliance« als besonders herausfordernd zu erleben (Möske et al. 2012). Eine u. a. in Hamburg durchgeführte Befragung von 37 mehrsprachigen Therapeut:innen (davon 89 % mit Migrationshintergrund) zeigte, dass etwa die Hälfte der Befragten bei Patient:innen mit Fluchthintergrund mit Hürden bei der Beantragung einer Psychotherapie (z. B. Kostenübernahme) konfrontiert waren sowie kulturell bedingte Tabuthemen (50 %), Sprachbarrieren (44 %) und das Wahren der eigenen Privatsphäre (38 %) als besonders herausfordernd erlebten (Metzner, Dingoyan et al. 2018).

Psychosoziale Versorgungssituation in Hamburg

Hamburg weist inzwischen ein vielfältiges Netz von Beratungsstellen und anderen Einrichtungen auf, die hinsichtlich ihrer Angebote, Öffentlichkeitsarbeit und Fachkräfte auf Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet sind. Auch in der (teil)stationären Versorgung lassen sich einige wenige Einrichtungen in Hamburg und Umgebung identifizieren, die sich sprachlich und kulturell explizit auf die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund eingestellt haben (s. Textbox 5.3-1). Für das Überwinden von Sprachbarrieren sind in vielen der spezialisierten ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen mehrsprachige Teams tätig. Für die ambulante Versorgung stehen in Hamburg zudem Sprachmittlungs-/Dolmetscher:innendienste, z. B. über die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Seelischen Gesundheit von Migranten und Flüchtlingen SEGEMI e. V., zur Verfügung, über die eine Kostenübernahme von Dolmetscher:innendiensten für eine Psychotherapie beantragt werden kann.

Textbox 5.3-1: Psychosoziale Versorgungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg

Spezialisierte ambulante Versorgungsangebote und Beratungsstellen

Für alle Menschen mit Migrationshintergrund

- AIDS-Hilfe Hamburg e. V.
- centra – Koordinierendes Zentrum für traumatisierte Geflüchtete
- Diakonisches Werk Hamburg
- Fluchtpunkt Hamburg – Kirchliche Hilfsstelle für Flüchtlinge
- Flüchtlingszentrum Hamburg
- Haveno – Psychotherapie und interkulturelle Kommunikation
- Medibüro Hamburg
- MiMi – Migrant*innen für Migrant*innen Hamburg
- SEGEMI – Seelische Gesundheit Migration und Flucht e. V.
- Traumaambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Türkische Gemeinde in Hamburg und Umgebung e. V.
- verikom – Verbund für interkulturelle Kommunikation und Bildung e. V.

Für Frauen mit Migrationshintergrund

- Amnesty for Women e. V. Interkulturelle Begegnungsstätte e. V.
- FLAKS e. V. – Zentrum für Frauen in Altona
- Frauenperspektiven in Hamburg e. V.
- KAROLA – Internationaler Treffpunkt für Frauen und Mädchen e. V.
- KOOFRA – Koordinierungsstelle gegen Frauenhandel e. V.

Für Minderjährige mit Migrationshintergrund

- Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Hamburg e. V.
- Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- IN VIA Hamburg e. V.

Spezialisierte (teil)stationäre Versorgungsangebote

- Abteilung für Palliativmedizin in der Asklepios Klinik St. Georg
- Transkulturelles Zentrum für Seelische Gesundheit Asklepios Klinik St. Georg
- Abteilung Interkulturelle Psychiatrie im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Segeberger Kliniken
- Praxisklinik Mümmelmannsberg der Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co. KG

Eine aktuelle Studie, in der sieben Fachkräfte in Hamburger Migrant:innenselbstorganisationen mittels qualitativer Expert:inneninterviews befragt wurden, zeigte trotz der vielen erfolgreichen Entwicklungen noch eine Reihe bestehender Barrieren auf (Dingoyan, Metzner et al., in Review). Aus Sicht der befragten Fachkräfte ist die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen durch Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg durch eine Vielzahl existenzieller Nöte bzw. drängender Anliegen ohne Gesundheitsbezug, mangelndes Vertrauen, kulturelle Barrieren, Kommunikationsprobleme, Wissensdefizite, Schamgefühle sowie Diskriminierungserfahrungen erschwert (s. Textbox 5.3-2). Die Expert:innen betonten vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen die Wichtigkeit niedrigschwelliger Angebote, kultursensibler und zielgruppen-gerechter Öffentlichkeitsarbeit sowie einer guten Vernetzung der Angebote mit den Communitys der jeweiligen Zielgruppe, z. B. durch den Einbezug von Geistlichen, Stadtteilmüttern und -vätern und Lots:innen (Dingoyan, Metzner et al., in Review).

Textbox 5.3-2: Anreize und Barrieren für die Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund aus Sicht der interviewten Fachkräfte von Migrant:innenselbstorganisationen, n = 7 (Dingoyan, Metzner et al. in Review).

Anreize für die Inanspruchnahme

- Mehrsprachige zielgruppengerechte Öffentlichkeitsarbeit/Werbung
- Einbezug von Geistlichen, Lots:innen und Mentor:innen aus der Community der Zielgruppe
- Angebot sozialer Aktivitäten (Ausflüge, Feste, gemeinsames Essen)
- Angebot geschlechtergetrennter Aktivitäten (z. B. Sportkurse)
- Angebot von Einzelgesprächen
- Mehrsprachige niedrigschwellige und aufsuchende Angebote
- Einsatz von qualifizierten Dolmetscher:innen
- Interkulturell geschultes und mehrsprachiges Fachpersonal

Barrieren für die Inanspruchnahme

- als gering wahrgenommene/r Wichtigkeit bzw. Schweregrad von gesundheitlichen Belastungen gegenüber existenziellen Problemen (wie z. B. Geldsorgen, Aufenthalt, Situation der Familie im Heimatland)
- Inanspruchnahme von Hilfen durch Verwandte oder »Heiler:innen«
- Geringe Vernetzung mit Personen außerhalb der eigenen Familie
- Fehlendes Wissen, Interesse oder Vertrauen in Bezug auf die vorhandene Versorgungsstruktur/Schamgefühle
- Sprachbarrieren, Analphabetismus
- fehlende Krankenversicherung

Beispiel guter Praxis: intermed

Die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens verlangt Behandler:innen ab, entsprechende Kompetenzen zu entwickeln und die Notwendigkeit einer solchen interkulturellen Öffnung anzuerkennen. Die dafür erforderliche langfristige Möglichkeit zur Entwicklung interkultureller Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung ergab sich in Hamburg z. B. mit der Entwicklung des Modellstudiengangs Medizin am UKE. Seit dem Wintersemester 2012 wird im Medizinstudium am UKE das Wahlpflichtfach *Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin (intermed)* angeboten, das pro Semester maximal 20 der jährlich etwa 380 Studierenden über einen Zeitraum von fünf Semestern mit einem Zeitumfang von jeweils zwei Wochen pro Semester belegen können.

Im Rahmen des Wahlpflichtfachs *intermed* lernen die Studierenden die Bedeutung sozialer, sozioökonomischer, ethnischer, religiöser und weiterer kultureller Faktoren für die Gesundheit, die medizinische Versorgung und die klinische Entscheidungsfindung kennen. Beispielsweise erhalten die Studierenden eine umfangreiche Einführung in medizinisches Dolmetschen, erleben dieses in einem triadischen Einzelgespräch samt umfangreichem Feedback und führen in der Praxis eine selbst entwickelte migrationssensible Anamnese durch. Zu den Inhalten des Wahlfachs gehören zudem die Arbeit in interkulturellen Teams, Kultursensibilität im ärztlichen Alltag, Diskriminierung und Rassismus im Alltag und in der medizinischen Versorgung, ärztliches Arbeiten im Ausland, internationale Entwicklungszusammenarbeit, das Menschenrecht auf Gesundheit, Global Health, Klimawandel und Planetare Gesundheit sowie das Kennenlernen relevanter Institutionen und Organisationen in Hamburg und darüber hinaus.

intermed als Teil des Medizinstudiums am UKE hat sich erfolgreich etabliert, das zeigen die regelmäßigen positiven Evaluationsrückmeldungen der Studierenden, die voll beanspruchten 20 Studienplätze pro Semester sowie das Feedback der beteiligten Dozierenden und Organisationen. So erhalten die Studierenden die Möglichkeit, neben dem regulären Medizinstudium ihren Blick hinsichtlich wichtiger Aspekte von interkultureller Kompetenz und inter-/transkultureller Öffnung des Gesundheitswesens zu erweitern.

Resümee und Ausblick

Die Bevölkerung in Hamburg wird heterogener. Die weiterhin bestehenden sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten von Menschen mit Migrationshintergrund werfen Fragen nach Veränderungen der psychosozialen Versorgung und der interkulturellen Öffnung des Gesundheits- und Versorgungssystems in Deutschland immer drängender auf. Dass Veränderungen auch in kurzer Zeit und in kleinräumigen Gebieten

gelingen können, zeigt das Beispiel der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten in Hamburg (Pruskil et al. 2018). In den letzten Jahren hat sich hinsichtlich der interkulturellen Öffnung des psychosozialen Versorgungssystems in Hamburg einiges bewegt. Im vorliegenden Beitrag konnten wir auf eine Reihe von ambulanten Versorgungsangeboten, Beratungsstellen und Projekten in Hamburg hinweisen, die sich als gelingende Beispiele für die interkulturelle Öffnung in der psychosozialen Versorgung ansehen lassen.

Gleichzeitig weisen die genannten Beispiele darauf hin, dass dies nur erste Schritte sind, die in der Zukunft energischer verfolgt werden sollten, um auch zukünftig eine bedarfsgerechtere Versorgung in einer sich stetig verändernden Gesellschaft zu ermöglichen. Immer noch sind z. B. die ambulanten Versorgungsangebote sehr stark vom individuellen Engagement einzelner Personen oder Vereine abhängig und noch nicht ausreichend in die Regelversorgung integriert. Diskriminierungserfahrungen und existenzielle Nöte stellen zusätzliche Barrieren dar, deren Überwindung nicht nur gesundheitspolitische Entscheidungen, sondern gesamtgesellschaftliche Veränderungen erfordern.

LITERATUR

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017): Diskriminierung in Deutschland. Dritter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2020): Bildung in Deutschland 2020. www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2020/pdf-dateien-2020/bildungsbericht-2020-barrierefrei.pdf

Bartig S, Wengler A, Rommel A (2019): Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von Kernindikatoren. Supplement. Robert Koch-Institut, Berlin. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/IMIRA/IMIRA_Publikationen/IMIRA_Indikatorenentwicklung_Anhang.pdf?__blob=publicationFile

Bermejo I, Kriston L, Berger M, Härter M (2009): Patients' language proficiency and inpatient depression treatment in Baden-Württemberg (South Germany). *Psychiatr Serv.* 60(4): S. 545–548

Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M (2010): Mental disorders in people with migration background compared with German general population. *Psychiatr Prax* 37:225-232

Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O (2010): Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology* 25:651-660

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (2020): Gegen Armut hilft Geld. Der Paritätische Armutsbericht 2020. www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/broschuere_armutsbericht-2020_web.pdf

Dingoyan D*, Metzner F*, Usko N, Krause NR, Kofahl C (2021): Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund. Eine Qualitative Studie mit Fachkräften von Migrant:innen-Selbstorganisationen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, Springer Berlin Heidelberg

Dingoyan D, Schulz H, Kluge U, Penka S, Vardar A, von Wolf A et al. (2017): Lifetime prevalence of mental disorders among first and second generation individuals with Turkish migration backgrounds in Germany. *BMC Psychiatry* 17:177

FRA (2011): EU-MIDIS Data in Focus Report 5: Multiple discrimination. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1454-EU_MIDIS_DiF5-multiple-discrimination_EN.pdf

Gerlach H, Abholz H, Koc G, Yilmaz M, Becker N (2012): »Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden«. Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. *Z Allg Med* 88(2)

Gerlach H, Becker N, Fuchs A, Wollny A, Abholz H-H (2008): Diskriminierung von Schwarzen[1] aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Fokusgruppendifkussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen. *Das Gesundheitswesen* 70(01):47–53. Fußnote [1] »Schwarze« steht hier nicht für »Schwarz« als Farbe, sondern als gesellschaftlich-politischer Begriff, der der Selbstbezeichnung von »Schwarzen Deutschen« entspricht und daher mit großen Anfangsbuchstaben geschrieben wird.

Göbber J, Pfeiffer W, Kobelt A, Petermann F (2010): Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58: S. 181–187

Igel U, Brähler E, Grande G (2010): The influence of perceived discrimination on health in migrants. *Psychiatrische Praxis*, 37(4):183-190

Lasarzik A (2019): »Es gibt ein großes strukturelles Problem am UKE«. *ZEIT ONLINE*, Nr. 45/2019

Machleidt W (2002): Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 73, S. 1208–1209

Maier C (2008): Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland: Ein Vergleich der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und eines Indikators für Rehabilitationserfolg zwischen Rehabilitanden türkischer und nicht-türkischer Abstammung

Metzner F, Dingoyan D, Wichmann M L-Y, Hanft-Robert S, Pawils S (2018): »Das Vertrauen muss da sein ...«. Herausforderungen und Konflikte in der therapeutischen Arbeit mit geflüchteten Patient*innen aus Sicht der behandelnden Psychotherapeut*innen und Dolmetscher*innen. *KONFLIKT-DYNAMIK*, 07(01):30-39

Möske M, Gil-Martinez F, Schulz H (2012): Cross-cultural opening in German outpatient mental health care service – Explorative study of structural and procedural aspects. *Journal of Clinical Psychology & Psychotherapy*, Online first, 28. 2. 2012; vol. 20(5):434-446, <https://doi.org/10.1002/cpp.1785>

Möske M, Pradel S, Schulz H (2011): Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt* 54:465-474

Odening D, Jeschke K, Hillenbrand D, Möske M (2013): Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Berlin. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* S. 53–72

Pruskil S (2018): Die medizinische Versorgung Geflüchteter und Asylsuchender in Hamburg. S. 192–198, in: Fehr R & Trojan A (Hrsg.): *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München

Schunck R, Reiss K, Razum O (2015): Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethn Health* 20(5):493-510

Spallek J, Schumann M, Reeske-Behrens A (2019): Migration und Gesundheit – Gestaltungsmöglichkeiten von Gesundheitsversorgung und Public Health in diversen Gesellschaften. In: Haring R (Hrsg.) Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin/Heidelberg

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020): Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen 2019. www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/bevoelkerung/A_1_10_j_H/A_I_10_j19_HH_korr.pdf

Statistisches Bundesamt (2019): Migration und Integration. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html

Wohlfart E, Hodzic S, Özbek T (2006): Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfart E, Zaumseil M (Eds.), Transkulturelle Psychiatrie – interkulturelle Psychotherapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York/Tokio

5.4

Der Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn – Eine niedrigschwellige und vernetzt agierende Lösung zur Gesundheitsversorgung in sozial benachteiligten städtischen Gebieten

Eva-Maria Wild, Veronika Golubinski, Alexander Fischer

Sozial schwache großstädtische Gebiete weisen häufig Defizite in der medizinischen Versorgung, Gesundheitskompetenz der Bewohner:innen sowie erhöhte Versorgungskosten auf. Diese individuellen und strukturellen Probleme zeigen sich auch in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn. Der Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn ist eine niedrigschwellige und vernetzt agierende Lösung und ein bundesweit einmaliges Leuchtturmprojekt für die Gesundheitsversorgung in sozial benachteiligten großstädtischen Regionen. Nach drei Jahren Gesundheitskiosk wird eine erste Bilanz zur Erfolgsbewertung gezogen.

Die Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn – Aktuelle Situation

Billstedt und Horn gehören zu den sozial schwächsten Stadtteilen Hamburgs. Die soziale Benachteiligung stellt einen wesentlichen Risikofaktor für das Auftreten chronisch-somatischer und psychischer Erkrankungen schon im mittleren Alter dar (Lampert, Saß et al. 2005; Kopetsch & Maier 2016). Diese Erkrankungen reduzieren die Möglichkeit der Integration der Bevölkerung in den Arbeitsmarkt und sind mit einem höhe-

ren Arbeitslosigkeitsrisiko verbunden. Dieser Umstand zeigt sich auch in Billstedt und Horn. Insbesondere die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen beider Stadtteile zeigen Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen (Fischer, Lorenz et al. 2018).

Verschärft werden diese Probleme durch Defizite in der medizinischen Versorgung (Watt 2002). Die Verknappung von wohnortnahen, ambulanten Versorgungsangeboten in sozial benachteiligten urbanen Räumen kann zur Folge haben, dass immer mehr Patient:innen inadäquate Versorgungsebenen wie z. B. stationäre Notaufnahmen in Anspruch nehmen. Hierdurch kann es zu Ineffizienzen in der Versorgung und steigenden Leistungsausgaben kommen. Für die 49.365 Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg, BARMER und DAK-Gesundheit in Billstedt und Horn entstehen jährlich mehr als 8,1 Millionen Euro an zusätzlichen Leistungsausgaben im Vergleich zu den Durchschnittskosten der Versicherten im Rest von Hamburg, betrachtet über alle Sektoren der Versorgung. Dies entspricht ca. 165 Euro an zusätzlichen Leistungsausgaben pro Versichertem pro Jahr (standardisiert nach Alter und Geschlecht).¹³

Eine Verschärfung der Problemlage besteht in der mangelnden Ausrichtung der Leistungsangebote im deutschen Gesundheitssystem auf die Bedürfnisse sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Die Diskrepanz zwischen empfohlener Versorgung und der Versorgungsrealität, die international als »Gaps in Care« bezeichnet wird, kann zu einer systematischen Unterversorgung führen (Kern, Reshetnyak et al. 2020; Pearce, Witten et al. 2007).

Der Gesundheitskiosk – Ziele und Konzept

Die Entwicklung und Implementierung des Gesundheitskiosks erfolgte im Rahmen des Projektes INVEST (Hamburg-Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen). Das Projekt INVEST wurde vom 1. Januar 2017 bis 30. September 2020 vom Innovationsfonds gefördert.¹⁴ Der Gesundheitskiosk ist ein bundesweit einmaliger Schwerpunkt des Projektes und versteht sich als eine populationsorientierte, niedrigschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution. Während das Leistungsspektrum des Gesundheitskiosks sowie die Situations- und Bedarfsanalyse der Stadtteile Billstedt und Horn bereits detailliert im ersten Band zur »Nachhaltigen StadtGesundheit Hamburg« vorgestellt wurden (Fischer, Lorenz et al. 2018), fokussiert sich dieser Beitrag auf die konkrete Umsetzung und Erfolgsbewertung zum Gesundheitskiosk.

¹³ Berechnungen basieren auf den GKV-Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg, BARMER und DAK-Gesundheit für den Zeitraum 01/2015–12/2019.

¹⁴ Förderkennzeichen 01NVF16025



Abbildung 5.4-1: Der Gesundheitskiosk in Billstedt. *Quelle: Gesundheit für Billstedt/Horn UG.*

Durch das Konzept des Gesundheitskiosks sollen der Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie die Prävention und Gesundheitsförderung verbessert werden. Auf der Systemebene fungiert der Gesundheitskiosk als organisatorische Kooperationschnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem sozialen Sektor. Der Gesundheitskiosk stellt eine zentrale Anlaufstelle für alle regionalen medizinischen und sozialen Einrichtungen dar, die bei Schwierigkeiten (z. B. in der Patientenkommunikation) Entlastung durch den Gesundheitskiosk suchen können. Das Konzept des Gesundheitskiosks wurde in dieser Form erstmalig in Deutschland etabliert und hat seine Ursprünge in den USA (Retail Clinics) und Finnland (Terveyskiosk).

Der Gesundheitskiosk liegt zentral am Marktplatz Billstedt und wurde am 26. September 2017 eröffnet. Außerdem existiert eine Außenstelle in der Praxisklinik Mümmelmannsberg. Das multilinguale und multiprofessionelle Team des Gesundheitskiosks, bestehend aus Pflegewissenschaftler:innen, Pflegefachkräften, Arzthelfer:innen, Gesundheitswissenschaftler:innen und Case Managern, arbeitet im Sinne des neu geschaffenen Berufsbildes der »Community Health Nurse« (CHN). CHN sind hoch qualifizierte Pflegefachpersonen, die autonom in definierten Handlungsfeldern (krankheits-, bevölkerungsabhängig) tätig sind und zentrale Koordinations- und Steuerungsfunktionen übernehmen. Die CHN sprechen unterschiedliche Sprachen, stammen aus verschiedenen Kulturen und können entsprechend kultursensibel auf die jeweiligen

Patient:innen eingehen, sodass viele der Menschen mit Migrationshintergrund auch in ihrer Muttersprache begleitet werden können.

Die Angebote des Gesundheitskiosks sind am Bedarf der lokalen Bevölkerung ausgerichtet und umfassen unter anderem Gesundheitsberatungen (z. B. zu Prävention und Ernährung), Vor- und Nachbereitung von ärztlichen Gesprächen, Medikamentenanamnese, Erarbeitung von Versorgungsplänen sowie die Weiterleitung an ärztliches Personal oder auch an soziale (Stadtteil-)Einrichtungen (z. B. Familien- und Erziehungsberatung). Auf Wunsch und/oder bei Bedarf können Angehörige in den Beratungs-/Betreuungsprozess einbezogen werden. Die Leistungen stellen eine begleitende und unterstützende Maßnahme zur ärztlichen Behandlung dar. Die Beratungen enthalten keine Sicherungs- und Risikoaufklärung und keine ärztliche oder therapeutische Beratung (Diagnose, Therapie). Unterstützend zu der Beratung bietet der Gesundheitskiosk in den eigenen Räumlichkeiten regelmäßige Informationsveranstaltungen, Themenwochen, Schulungen und Kurse zu Gesundheitsthemen an.

Dabei bestehen unterschiedliche Zugangswege für die Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitskiosks (s. Abb. 5.4-2). Versicherte können den Gesundheitskiosk entweder auf eigene Initiative aufsuchen (ca. 20 %), durch soziale (Stadtteil-)Einrichtungen auf die Angebote des Gesundheitskiosks aufmerksam gemacht und zu deren Nutzung veranlasst werden (ca. 20 %) oder durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin mittels eines Überweisungsscheins an den Gesundheitskiosk überwiesen werden (ca. 60 %). Die Überweisung von Patient:innen an eine (soziale) Gemeindevereinrichtung wird dabei in der internationalen Literatur als *Social Prescribing* bezeichnet (Bickerdike, Booth et al. 2017; Drinkwater, Wildman et al. 2019; Husk, Blockley et al. 2020). Das Instrument hat seinen Ursprung im staatlichen Gesundheitssystem in Großbritannien und Nordirland und verfolgt die Grundidee der kollaborativen Versorgung zwischen ärztlichem und sozialem Sektor (Husk, Blockley et al. 2020).

Ein wesentlicher Impuls für die Implementierung von Social Prescribing in Billstedt/Horn war die Erkenntnis, dass die hohen sozialen Belastungen von Patient:innen einen wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit haben, diese aber in der medizinischen Gesundheitsversorgung nur unzureichend thematisiert werden konnten. Durch die ärztliche Überweisung sollten Patient:innen an lokale soziale Hilfsangebote vermittelt werden und soziale Bedürfnisse bzw. Belastungen in Kooperation mit dem Gesundheitskiosk adressiert und gelöst werden. Ein weiteres Ziel der Implementierung von Social Prescribing bestand in der Entlastung der Ärzteschaft in Billstedt und Horn. Auf Basis der ärztlichen Überweisung erhielten die überweisenden Ärzt:innen im Anschluss an die erfolgte Beratung eine schriftliche Rückmeldung (Gesundheitskioskbrief in Anlehnung an einen fachärztlichen Brief) zum Beratungsprozess und zu den erbrachten Leistungen im Gesundheitskiosk, sodass Fallbesprechungen ermöglicht wurden. Neben dem Gesundheitskiosk in Billstedt und Mümmelmannsberg ist

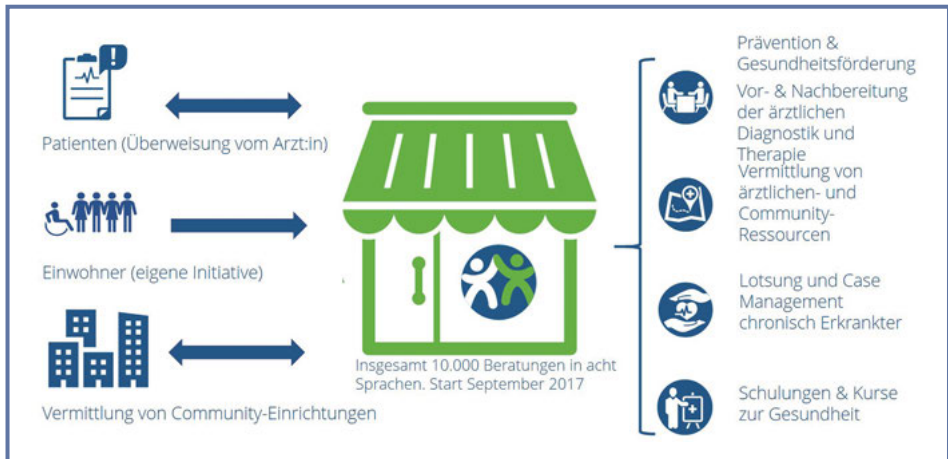


Abbildung 5.4-2: Zugangswege und Aufgaben des Gesundheitskiosks. *Quelle: Gesundheit für Billstedt/Horn UG.*

ein weiterer Standort in Horn im Jahr 2021 hinzugekommen. Das funktionierende Netzwerk aus 140 Partnern im sozialen Sektor, 61 Ärzt:innen und vier Krankenhäusern sichert deren Einbindung in die medizinische Versorgung und in den sozialen Sektor.

Drei Jahre Gesundheitskiosk – eine erste Bilanz

Das Projekt INVEST wurde durch das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg wissenschaftlich begleitet und evaluiert (Wild, Schreyögg et al. 2021). Der Evaluationsbericht umfasst eine erste Bilanz zur Erfolgsbewertung des Gesundheitskiosks (s. Abb. 5.4-4). Im Rahmen der Evaluation wurde der Gesundheitskiosk unter die Lupe genommen und, basierend auf verschiedenen Primär- und Sekundärdaten, untersucht, welche Versicherten den Kiosk aufsuchen, wodurch sich deren Nutzungsverhalten beeinflussen lässt und welche Gesundheitseffekte der Gesundheitskiosk bewirken konnte. Dabei wurde ein multiperspektivischer, mehrdimensionaler Evaluationsansatz gewählt und der Erfolg des Gesundheitskiosks aus den Perspektiven aller Zielgruppen evaluiert.

Insgesamt haben im Beobachtungszeitraum (01/2018–12/2019) 2.182 Versicherte der 3.837 INVEST-Versicherten¹⁵ den Gesundheitskiosk für eine Beratung aufgesucht. Dabei wurden durchschnittlich drei Beratungen pro Versichertem in Anspruch genommen. Eine Befragung der INVEST-Versicherten (N=302) zeigt, dass der Gesundheitskiosk insbesondere zur Klärung gesundheitlicher Fragen konsultiert wurde (s. Abb. 5.4-3).

¹⁵ INVEST-Versicherte: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, BARMER und DAK-Gesundheit, die im Beobachtungszeitraum in das Projekt INVEST eingeschrieben waren.

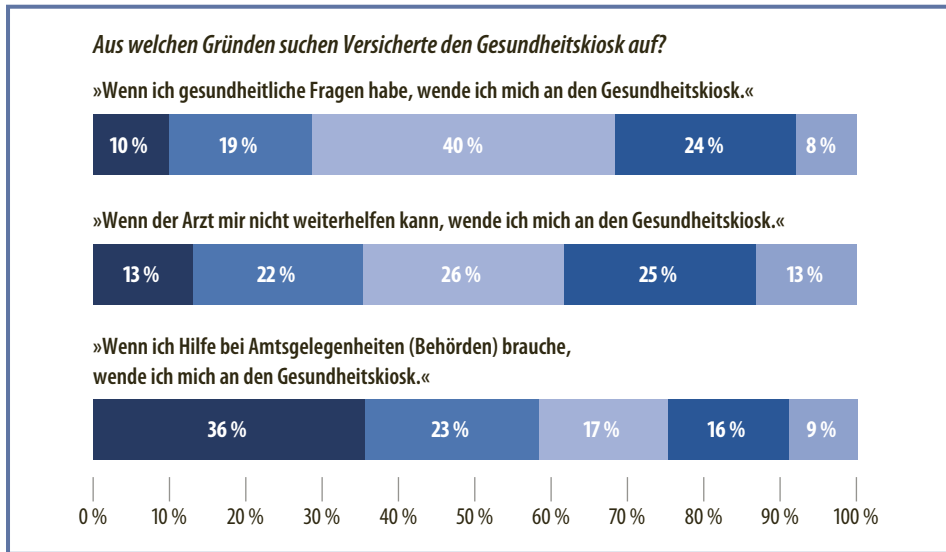


Abbildung 5.4-3: Anlässe und Motive zur Nutzung des Gesundheitskiosks (N=302).

Quelle: eigene Darstellung.

Darüber hinaus wurde eine weitere Befragung der Nutzer:innen des Gesundheitskiosks durchgeführt (N=392), um ein *Profil der Versicherten*, welche entweder eine Beratung in Anspruch genommen haben oder einen Kurs im Gesundheitskiosk besucht haben, zu erstellen (s. Tab. 5.4-1). Die kontinuierliche schriftliche Befragung der Nutzer:innen des Gesundheitskiosks erfolgte mithilfe eines standardisierten Fragebogens im Gesundheitskiosk im Zeitraum 12/2017 – 12/2019 auf freiwilliger Basis.

Tabelle 5.4-1: Profil der Nutzer:innen des Gesundheitskiosks. Quelle: eigene Darstellung.

	Beratungsangebot (N = 263)	Kursangebot (N = 129)
Geschlecht	78 % Frauen	79 % Frauen
Durchschnittsalter	59 Jahre	65 Jahre
Wohnort	<ul style="list-style-type: none"> ■ 65 % Billstedt/Horn ■ 20 % Mümmelmannsberg 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 72 % Billstedt/Horn ■ 21 % Mümmelmannsberg
Erwerbsstatus	<ul style="list-style-type: none"> ■ 54 % Rente/Pension/Vorruhestand ■ 15 % arbeitslos ■ 11 % vollbeschäftigt ■ 10 % teilzeitbeschäftigt ■ 10 % nicht berufstätig/erwerbstätig 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 71 % Rente/Pension/Vorruhestand ■ 6 % arbeitslos ■ 8 % vollbeschäftigt ■ 8 % teilzeitbeschäftigt ■ 7 % nicht berufstätig/erwerbstätig

Die Befragung der Nutzer:innen des Gesundheitskiosks zeigte, dass ein Großteil der Befragten (> 80 %) im Durchschnitt sehr zufrieden mit dem Gesundheitskiosk ist. Weitere Analysen verdeutlichten, dass 80 % der befragten Nutzer:innen durch die in Anspruch genommenen Leistungen im Gesundheitskiosk verstanden haben, was der/die Ärzt:in zu ihnen gesagt hat. 83 % der befragten Nutzer:innen haben neue Informationen erhalten, wie sie sich selbst helfen können, und 22 % der befragten Nutzer:innen wurden an soziale (Stadtteil-)Einrichtungen vermittelt. Ein interessantes Ergebnis ist, dass 47 % der Befragten angaben, sie würden die Kurse auch dann nutzen, wenn diese kostenpflichtig wären.

Positiv für die Akzeptanz und Nutzungsintensität des Angebots des Gesundheitskiosks sind die ärztliche Ansprache sowie die ärztliche Überweisung. Regressionsanalysen, basierend auf administrativen Daten aus dem Gesundheitskiosk (N = 1.734) und einer negativen Binomialverteilung, zeigten, dass die ärztliche Überweisung in den Gesundheitskiosk (engl.: Social Prescribing) zu einer signifikant höheren Nutzungsintensität der Beratungsangebote im Gesundheitskiosk führte (s. Tab. 5.4-2). Die Häufigkeit (gemessen als Inzidenzrate) der Anzahl der Besuche ist für Versicherte mit ärztlicher Überweisung um 16,6 Prozentpunkte höher als für Versicherte ohne ärztliche Überweisung ($p < 0,05$). Damit zeigen die Ergebnisse, dass die ärztliche Überweisung in den Gesundheitskiosk die Akzeptanz und Nutzung der Angebote durch die Patient:innen steigern kann. Auch die am Projekt teilnehmenden Ärzt:innen beschreiben die Überweisungsmöglichkeit in den Gesundheitskiosk als für ihren Arbeitsalltag entlastend.

Table 5.4-2: Einfluss der ärztlichen Überweisung zum Gesundheitskiosk auf die Nutzenintensität der Beratungsangebote. *Quelle: eigene Darstellung.*

Variable	Inzidenzratenverhältnis für die Anzahl der Besuche im Gesundheitskiosk
Ärztliche Überweisung zum Gesundheitskiosk (= 1)	1,166** (0,074)
Männlich (= 1)	0,897 (0,064)
Alter (in Jahren)	0,997 (0,002)
Geografische Entfernung vom Wohnort zum Gesundheitskiosk (in km)	0,978** (0,008)
Beratungsanlass Übergewicht (= 1)	1,251*** (0,082)
Beratungsanlass psychologische Beschwerden (= 1)	1,003 (0,173)
Beobachtungen (N)	1,734

Anmerkung: Die Koeffizienten wurden in Inzidenzratenverhältnisse umgewandelt. Das Inzidenzratenverhältnis stellt die durchschnittliche Anzahl der Besuche im Gesundheitskiosk bei einem Anstieg der unabhängigen Variablen um eine Einheit dar. Standardfehler werden in Klammern angegeben. Es wurden ausschließlich Individuen in die Analyse eingeschlossen, für die ein Beobachtungszeitraum von mindestens drei Monaten vorlag. Statistische Signifikanzlevels: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

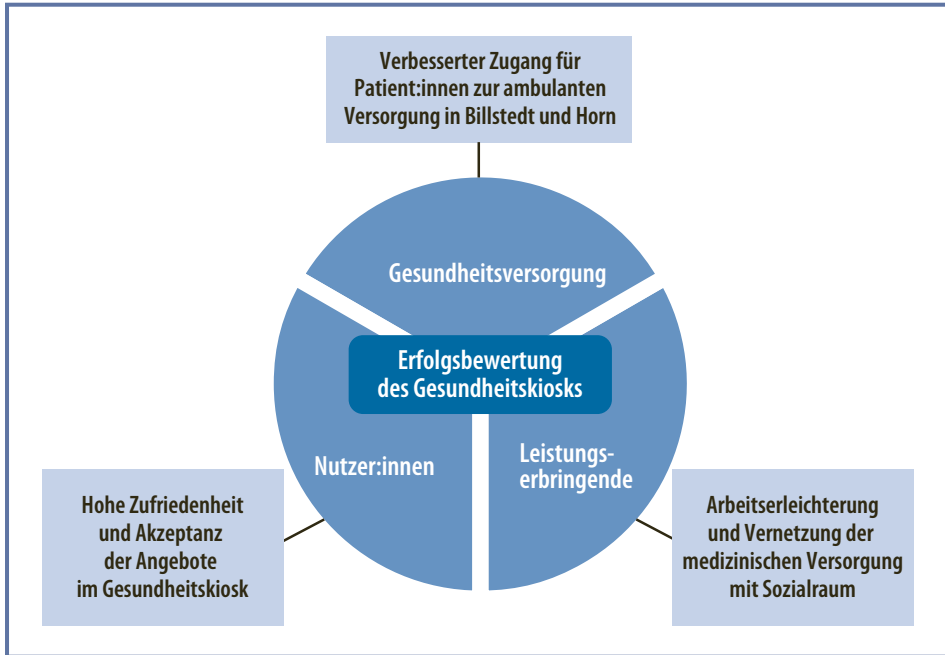


Abbildung 5.4-4: Erfolgsbewertung des Gesundheitskiosks. Quelle: eigene Darstellung.

Analysen, basierend auf Befragungsdaten einer randomisierten Stichprobe von AOK-Rheinland/Hamburg und BARMER-Versicherten in Billstedt und Horn sowie pseudonymisierten Abrechnungsdaten der befragten Versicherten, zeigten eine Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Versorgung in Billstedt und Horn. Dies zeigte sich in einer steigenden Anzahl an ambulanten Arztbesuchen sowie in einer Reduktion von durch eine effiziente ambulante Versorgung vermeidbaren Krankenhausfällen, sogenannten ambulant sensitiven Krankenhausfällen, für Versicherte in Billstedt/Horn im Vergleich zu Versicherten in anderen Hamburger Stadtteilen ohne Gesundheitskiosk. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Einrichtung des Gesundheitskiosks zu einem verbesserten Zugang zur Gesundheitsversorgung beigetragen hat.

Um eine erste Bilanz zu den Erfolgen des Gesundheitskiosks aus Sicht der Leistungserbringenden in der Gesundheitsversorgung in Billstedt/Horn zu ziehen, wurden im Rahmen der Evaluation eine Befragung der am Projekt INVEST beteiligten Ärzt:innen, Pflegeeinrichtungen sowie sozialen Stadtteileinrichtungen durchgeführt. Dabei wurden sie mithilfe eines standardisierten schriftlichen Fragebogens im Jahr 2020 zu ihren Erfahrungen mit dem Gesundheitskiosk befragt. Die Befragten berichteten, dass der Gesundheitskiosk zu einer Arbeiterleichterung und Verbesserung der Patientenversorgung beiträgt und die Vernetzung zwischen Medizin und sozialem Sektor stärkt.

Entwicklungspotential – Finanzierung und Vorbild für weitere Regionen in Deutschland

Der Gesundheitskiosk als Schwerpunkt des Projektes INVEST ist eine niedrigschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution, die sich am Versorgungsbedarf der Population in einer sozial schwachen großstädtischen Region orientiert. Die bisherigen Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass das Projekt für Versicherte und Leistungserbringende einen Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung aufweist. Bis zum 31.12.2021 wird der Gesundheitskiosk als besondere Versorgung nach § 140a SGB V durch die AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK-Gesundheit, TK sowie der BKK Mobil Oil weiterfinanziert. Aktuell werden mit diesen Krankenkassen Verhandlungen über die Weiterfinanzierung über das Jahresende hinaus geführt, um das Knowhow der Mitarbeiter:innen des Gesundheitskiosks sowie die aufgebauten Versorgungsstrukturen und -leistungen langfristig zu sichern. Der Gesundheitskiosk ist in Hamburg bis heute lediglich auf Billstedt, Horn und Mümmelmannsberg ausgerichtet. Die Stadt Essen plant, vergleichbare Versorgungsstrukturen für die Bevölkerung im sozial benachteiligten Essener Norden aufzubauen, sodass eine weitere großstädtische Region den Gesundheitskiosk etablieren möchte.

LITERATUR

- Bickerdike L, Booth A, Wilson, PM, Farley K, Wright K (2017): Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ open* 7 (4). DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013384
- Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S (2019): Social prescribing. *Bmj* 364. DOI: 10.1136/bmj.11285
- Fischer A, Lorenz I, Hildebrandt H, Heinrich D, Fass G (2018): Gesundheitskiosk als Kooperationschnittstelle medizinischer und sozialer Versorgung. Beitrag 8.8 in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 504–510
- Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Lang I, Byng R, Garside R (2020): What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & social care in the community* 28 (2), S. 309–324
- Kern LM, Reshetnyak E, Colantonio LD, Muntner PM, Rhodes JD, Casalino LP et al. (2020): Association Between Patients' Self-Reported Gaps in Care Coordination and Preventable Adverse Outcomes: a Cross-Sectional Survey. *Journal of General Internal Medicine* 35 (12), S. 3517–3524
- Kopetsch T, Maier W (2016): Analyse des Zusammenhangs zwischen regionaler Deprivation und Inanspruchnahme. Ein Diskussionsbeitrag zur Ermittlung des Arztbedarfes in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 80 (01): S. 27–33
- Lampert T, Saß AC, Häfeling M, Ziese T (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Pearce J, Witten K, Hiscock R, Blakely T (2007): Are socially disadvantaged neighbourhoods deprived of health-related community resources? *International journal of epidemiology* 36 (2), S. 348–355

Watt G (2002): The inverse care law today. *The Lancet* 360 (9328), S. 252–254

Wild E, Schreyögg J, Golubinski V, Röss V, Schmidt H (2021): Evaluationsbericht zum Projekt INVEST Billstedt/Horn (Förderkennzeichen: 01NVF16025). Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. Vorläufige Version online verfügbar unter www.hche.uni-hamburg.de/forschung/transfer/invest.html

5.5

Hebammen in Hamburg – Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen

Birgit-Christiane Zyriax, Janne Schmittinger, Anke Diemert

Im Jahr 2020 kamen in Hamburg 24.705 Kinder auf die Welt, davon 24.490 in Geburtskliniken und 215 in Geburtshäusern.¹⁶ Für 2019 sind, basierend auf den freiwillig bei der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. gemeldeten Zahlen, 407 außerklinisch begonnene Geburten für Hamburg dokumentiert, darunter 165 (40,5 %) Hausgeburten und 242 (59,5 %) Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen (QUAG 2019). Seit 2016 liegt die Zahl der Geburten in Hamburg auf einem ähnlich hohen Niveau. Zu den geburtenreichsten Stadtteilen zählen aktuell Rahlstedt, Billstedt, das Stadtteilcluster um Wilhelmsburg sowie Eimsbüttel und Winterhude (Abbildung 5.5-1) (BGV 2020).

Bei der Betreuung rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit kommt der Tätigkeit von Hebammen eine zentrale Rolle zu (Lohmann 2018). Innerstädtische Vergleiche zeigen, dass die Versorgung durch Hebammen auf Bezirksebene erheblich variiert. Vor allem Familien in benachteiligten Lebenslagen bedürfen häufig einer besonderen Unterstützung. In einer Umfrage des Nationalen Zentrums für frühe Hilfen zeigt sich, dass die Mehrheit (82 %) der teilnehmenden Frauenärzt:innen den Umgang mit psychosozial belasteten schwangeren Patientinnen und deren Partnern als besondere Herausforderung empfindet (Neumann & Renner 2020). Präventive niederschwellige Angebote wie das Programm »Guter Start für Hamburgs Kinder« als Kern der Frühen Hilfen unter Einbindung von Babylotsen, Familienhebammen, Familiengesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Sozialpädagog:innen erleichtern den Zugang zu vulnerablen Gruppen (Bange, Hullmann et al. 2018).

¹⁶ Sozialbehörde Hamburg, www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/14819236/2021-01-07-sozialbehoerde-geburten/

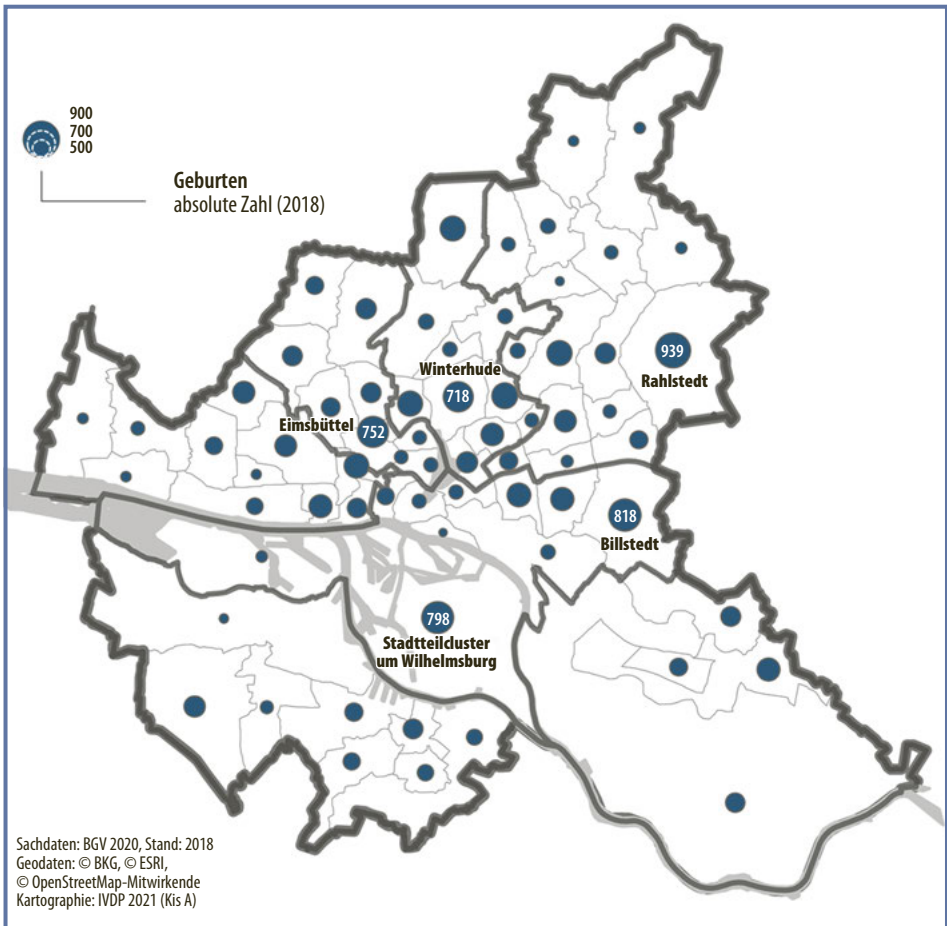


Abbildung 5.5-1: Anzahl der Geburten 2018 in 68 Hamburger Stadtteilen bzw. Stadtteilclustern.
Datenbasis: BGV 2020.

Das steigende Alter der Erstgebärenden und damit eine Zunahme von Risikoschwangerschaften stellt die Geburtshilfe zukünftig vor neue Herausforderungen. Mütter in Hamburg sind bei der Geburt ihres ersten Kindes im Durchschnitt 31,2 Jahre alt und im Vergleich der Bundesländer am ältesten. Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung sind mehr als 40 % der Schwangeren übergewichtig bzw. bereits adipös mit entsprechenden gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind (DGE 2020). Sowohl aus wissenschaftlicher Sicht als auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und eingeschränkter Ressourcen sind verstärkte Präventionsbemühungen aller beteiligten Berufsgruppen unabdingbar (BMG 2020). Wesentliche Voraussetzungen für die Verbesserung der Versorgungsqualität ist eine Integration von Spezialwissen und -praktiken und damit eine ganzheitliche und interprofessionelle Zusammenarbeit. Die zunehmende

Komplexität der Versorgungssituation, der Grad an Interdisziplinarität, die Bekämpfung des Fachkräftemangels sowie die Forderung nach evidenzbasiertem Handeln und die internationale Anschlussfähigkeit sind wesentliche Gründe für die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und damit auch der Hebammenausbildung.

Akademisierung der Hebammen – Anhebung des Ausbildungsniveaus

Am 1. Januar 2020 trat das *Hebammenreformgesetz* (HebRefG)¹⁷ in Kraft, das die Akademisierung der Ausbildung der Hebammen auf Hochschulniveau verpflichtend regelt. Durch die Bundesgesetzgebung werden auch für Hamburg die Rahmenbedingungen bestimmt. Ziel des siebensemestrigen primärqualifizierenden Studiums über 3,5 Jahre ist eine Doppelqualifizierung der Absolvent:innen mit wissenschaftlichem Anspruch. Im Wintersemester 2020/21 startete in Hamburg der duale hochschulübergreifende Studiengang *Hebammenwissenschaft Bachelor of Science (B. Sc.)*. Er wird bisher einmalig in Deutschland in Kooperation zwischen der Hochschule für Angewandte Wissenschaft (HAW)¹⁸ und der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf¹⁹ durchgeführt.

Ziel des Studienganges ist es, Studierende nach dem gesetzlich festgelegten Studienziel zu reflektierenden und evidenzbasiert handelnden Expert:innen in den Phasen Familiengründung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett/Frühe Elternzeit bis zum Ende der Stillzeit sowohl im ambulanten als auch stationären Setting zu qualifizieren. Der Bedarf an der wissenschaftlichen Bearbeitung von hebammenspezifischen und frauenorientierten Fragestellungen ist dabei groß.

Kooperation der Hochschulen mit verantwortlichen Praxiseinrichtungen

Ein wesentlicher Aspekt des innovativen Curriculums ist die *didaktische Verzahnung von Theorie und Praxis*. Hierbei werden Lehrinhalte in Form von *Lernspiralen mit aufsteigender Komplexität* über die Semester abgebildet. Ein Methodenmix aus unterschiedlichen Lern- und Lehrmethoden, wie zum Beispiel Training im Skills-Lab, Lernportfolio, E-Learning, Problem-based Learning, forschendes Lernen, interdisziplinäre Lehre und interdisziplinäres Lernen, ergänzt das Studienangebot. Für die Durchführung der Praxiseinsätze wurden Kooperationsvereinbarungen mit verschiedenen *verantwortlichen Praxiseinrichtungen* in Hamburg getroffen. Hierzu zählen aktuell das evangelische Amalie-Sievekings-Krankenhaus, das katholische Marienkrankenhaus und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

¹⁷ www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammenreformgesetz.html

¹⁸ www.haw-hamburg.de/studiengaenge/studieninteressierte/ws/ba-hebammenwissenschaft/

¹⁹ www.uke.de/studium-lehre/hebammenwissenschaft/index.html

Der Praxiseinsatz erfolgt sowohl klinisch als auch außerklinisch bei angestellten und freiberuflichen Hebammen sowie in ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen (Geburtshäusern). Zertifizierte Praxisanleiterinnen – Hebammen mit einer berufspädagogischen Zusatzqualifikation – stellen neben den Kolleg:innen der geburtshilflichen Abteilung die Qualität der praktischen Ausbildung und den Transfer zwischen Theorie und Praxis sicher. Nach erfolgreichem Studienabschluss einschließlich der vorgeschriebenen Praxiszeiten werden der Bachelor of Science in der Hebammenwissenschaft verliehen und die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung von der Landesbehörde erteilt.

Bewerbungslage für den dualen Studiengang

Zulassungsvoraussetzung für das Studium der Hebammenwissenschaft ist eine mindestens zwölfjährige Schulbildung bzw. der Nachweis der Hochschulzugangsberechtigung. In einem mehrstufigen Verfahren unter Einbeziehung der beiden Hochschulen und der verantwortlichen Praxiseinrichtungen werden die zukünftig Studierenden ausgewählt. Alle angemeldeten Bewerber:innen haben die Möglichkeit, die Hochschulprofessor:innen im Rahmen von Onlinevorlesungen kennenzulernen, und werden zu einem zweiteiligen zentralen Assessment-Center, bestehend aus einem schriftlichen Test und standardisierten Miniinterviews sowie Rollenspielen, eingeladen. Ausgewählte Bewerber:innen schließen für die Dauer des Studiums einen Vertrag mit einer der *verantwortlichen Praxiseinrichtungen* und stellen einen Zulassungsantrag für das Studium der Hebammenwissenschaft an die HAW, die die Administration für beide Hochschulen in diesem Kontext übernimmt.

Das Interesse an der akademisierten Ausbildung in Hamburg ist sehr groß. Bereits für die erste Kohorte hatten sich ca. 470 junge Frauen und ein Mann auf die 60 zur Verfügung stehenden Studienplätze im WS 2020/21 beworben. Erfahrungen aus der Lehre zeigen, dass die Studierenden hoch motiviert sind und auch extracurriculare Unterrichtsangebote regelmäßig besuchen. Der Andrang auf die zur Verfügung stehenden Studienplätze ist für die zweite Kohorte der Bewerber:innen mit Start im WS 2021/22 noch größer: 572 Bewerber:innen auf die zur Verfügung stehenden 60 Plätze im dualen Studiengang. Die zukünftigen Absolvent:innen werden aufgrund des *Hebammenmangels* im stationären und ambulanten Sektor dringend auf dem Arbeitsmarkt benötigt.

Innerstädtische Unterschiede der vor- und nachgeburtlichen Betreuung

Primäre Determinanten für die Nachfrage nach Hebammenleistung sind neben der Anzahl der Geburten die Zahl der Erstgebärenden sowie die Wünsche und Bedürfnisse der Frauen. In Hamburg waren 2018 bei der Berufsgenossenschaft für Gesund-

heitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 369 freiberuflich tätige Hebammen pflichtversichert, davon arbeiteten zwei Drittel ausschließlich freiberuflich (BGV 2020). Ein Zeitvergleich zeigt, dass der Anteil der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen gegenüber 2014 gestiegen ist. Angesichts der Zunahme der Geburtenzahlen und der Beobachtung, dass weniger Wochenstunden in die berufliche Tätigkeit investiert werden, sinkt allerdings der Anteil der durch Hebammen 2018 individuell betreuten Frauen im Vergleich zu 2014 (BGV 2020). Hebammen versorgen und unterstützen schwangere Frauen, Mütter und junge Familien mit Säuglingen in den sensiblen Phasen rund um die Geburt. Jede krankenversicherte Frau hat einen Anspruch darauf, vor, während und nach der Geburt die Leistung einer Hebamme in Anspruch zu nehmen.

Vorgeburtliche Betreuung – heterogene Versorgungslage

Die *vorgeburtliche Begleitung* der Schwangeren, insbesondere bei physiologischem Verlauf, ist ein wichtiger Aufgabenbereich von Hebammen. Die Betreuung kann grundsätzlich im Wechsel von Hebamme und Frauenärzt:in oder alleinig bei einer der Berufsgruppen angeboten werden. Ultraschalluntersuchungen werden nur von Frauenärzt:innen durchgeführt, bei Risikoschwangerschaften kann die frauenärztliche Betreuung durch Hebammenhilfe unterstützt werden. Umfrageergebnisse zeigen, dass sich 68 % aller freiberuflichen Hebammen an der Schwangerenvorsorge beteiligen. 29 % aller werdenden Mütter in Hamburg werden vor der Geburt durch eine Hebamme betreut, bei zwei Drittel der werdenden Mütter ausschließlich durch Frauenärzt:innen.

Eine Differenzierung nach Bezirken im Verhältnis zur jeweiligen Zahl der Geburten weist auf *große regionale Unterschiede in der Betreuung* hin (Abbildung 5.5-2): Während in Eimsbüttel und Altona etwa 40 % der werdenden Mütter von Hebammen beraten werden, trifft das auf nur weniger als jede fünfte Schwangere in den Bezirken Mitte und Harburg zu. Auch innerhalb der Bezirke unterscheiden sich die Betreuungsquoten zum Teil erheblich. Beispielsweise variiert in der regionalisierten Analyse für den Bezirk Eimsbüttel die vorgeburtliche Betreuungsquote zwischen weniger als 20 % und mehr als 60 %. In Stadtteilen wie Wellingsbüttel, Iserbrook, Sülldorf, Eimsbüttel, Blankenese und Rissen liegt die Betreuungsquote bei über 50 %, in Billstedt und im Stadtteilcluster um Wilhelmsburg erfährt dagegen nur jede zehnte Schwangere eine Beratung durch eine Hebamme.

Die *fehlende Hebammenbegleitung* ist im Hinblick auf besonders hohe Geburtenraten und die schlechtere soziale Lage dieser Stadtteile als kritisch einzustufen. Zwar hat sich im Vergleich zu 2014 der Anteil der Schwangeren, die für eine vorgeburtliche Betreuung Hebammenunterstützung in Anspruch nehmen, erhöht, hiervon profitieren aber tendenziell eher die ohnehin sozial bessergestellten Stadtteile.

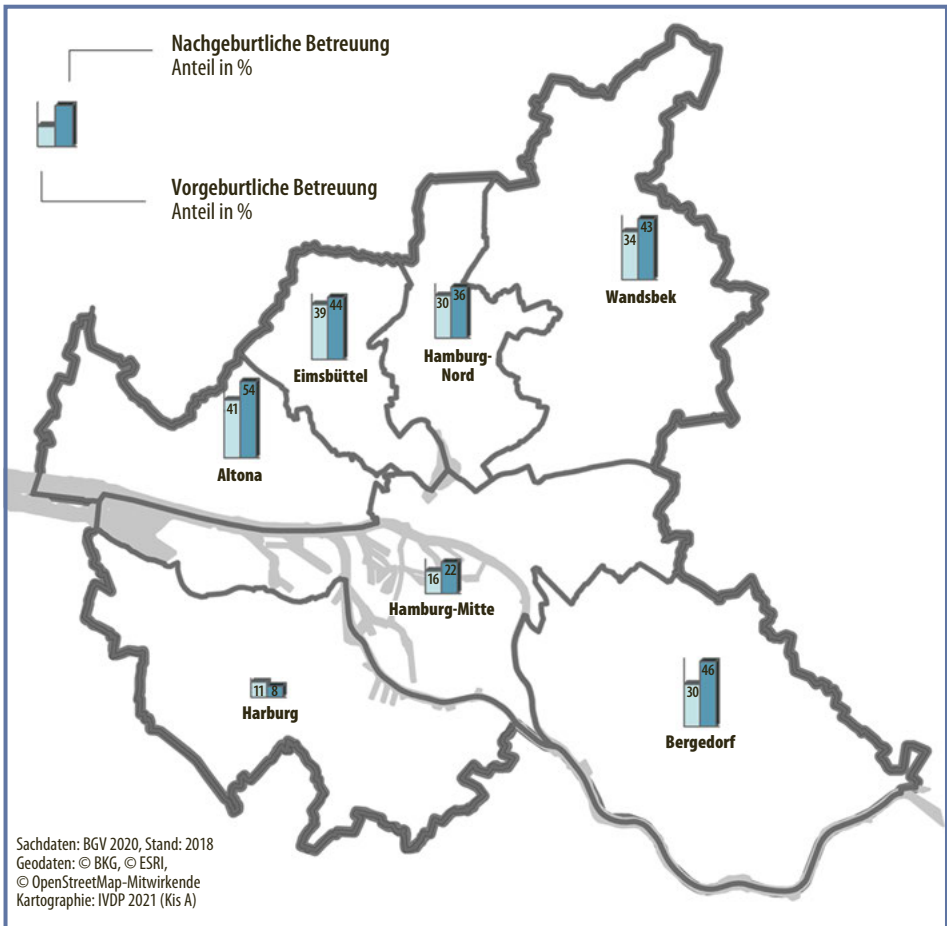


Abbildung 5.5-2: Anteil der durch die teilnehmenden Hebammen vorgeburtlich und nachgeburtlich betreuten Frauen differenziert nach Bezirken in 2018. *Datenbasis: BGV 2020.*

Nachgeburtliche Betreuung – große Differenzen auf Bezirksebene

Die Abschlussuntersuchung zur *Schwangerschaftsnachsorge* bei Frauenärzt:innen wird in der Regel sechs bis acht Wochen nach der Geburt durchgeführt. Die nachgeburtliche Betreuung durch die Hebamme kann je nach Bedarf der Familie während des Wochenbetts (acht Wochen) bis zu zwölf Wochen lang – auf ärztliche Anordnung auch länger – erfolgen. Sie ist ein Alleinstellungsmerkmal der freiberuflich tätigen Hebammen und umfasst Mutter und Kind. Obwohl eine *Wochenbettbetreuung* von 95 % der befragten freiberuflichen Hebammen in Hamburg angeboten wird, erreicht diese nur 37 % der Mütter mit Säuglingen. Bei 63 % der jungen Mütter und Familien erfolgt keine Beratung durch eine Hebamme.

Ähnlich wie bei der vorgeburtlichen Versorgung ergeben sich auch bei der nachgeburtlichen Betreuung erhebliche Unterschiede auf Bezirksebene. In den Bezirken Mitte und Harburg liegt die Betreuungsquote sehr niedrig – nicht einmal jede zehnte Mutter mit Säugling profitiert von einer Beratung (Abbildung 5.5-2). Insbesondere im Hinblick auf die schlechtere soziale Lage ist die unzureichende Hebammenbetreuung im Stadtteilcluster um Wilhelmsburg und im Stadtteil Billstedt als verbesserungswürdig einzustufen. Ganz anders gestaltet sich die Versorgung im Bezirk Altona, hier erhält jede zweite junge Mutter Unterstützung durch eine Hebamme.

Die *regionalisierte Analyse* weist in einigen Bezirken, beispielsweise in Hamburg-Nord auf eine *heterogene Versorgungslage* hin: So beträgt der Betreuungsanteil in den Stadtteilen Hohenfelde und Uhlenhorst weniger als 20 %, in Fuhlsbüttel und Groß Borstel dagegen fast 70 %. Eine hohe nachgeburtliche Betreuungsquote von über 80 % weisen auch die Stadtteile Wellingsbüttel und Volksdorf auf sowie einige Elbvororte mit Anteilen von ca. 75 %. Erhöht hat sich der Anteil nachgeburtlich betreuter Frauen zwischen 2014 und 2018 lediglich in besserer sozialer Lage.

Kursangebote zur Geburtsvorbereitung und zur Rückbildung

Neben vereinzelt Angeboten von Hebammensprechstunden bietet etwa jede dritte der freiberuflich tätigen Hebammen *Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse* an (Abbildung 5.5-3). In den Kursen zur Geburtsvorbereitung werden Informationen rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neugeborenes vermittelt. Bei Kursen nach der Geburt stehen Informationen zur Rückbildung einschließlich praktischer Übungen im Vordergrund. Zahlenmäßig unterscheiden sich die Kursangebote auf bezirklicher Ebene deutlich. Ein Grund für die bessere Versorgung in Regionen mit höherem Sozialstatus liegt vermutlich in der Niederlassungsfreiheit der Hebammen und dem nachvollziehbaren Anspruch, besondere Leistungen zusätzlich privat abrechnen zu können (BGV 2020).

Aus den Erhebungen zur Hebammenversorgung in Hamburg kann allerdings nicht die tatsächliche Nachfrage nach Hebammenleistungen für die vor- und nachgeburtliche Betreuung abgeleitet werden, da sich nicht alle freiberuflichen Hebammen an der Befragung beteiligt haben. Hinzu kommt, dass für die Nachfrage nach Hebammenhilfe auch der Familienstand, der Sozialstatus und die Gesundheitskompetenz der Schwangeren und jungen Mütter eine Rolle spielen und beeinflussen, inwieweit Interesse an Hebammenleistungen besteht und diese frühzeitig angefragt werden. Beispielhaft nehmen insbesondere Erstgebärende und Familien mit hohem Bildungsstand Kurse zur Geburtsvorbereitung in Anspruch (BMG 2020).

Unabhängig von der tatsächlichen Höhe der Nachfrage nach Hebammenleistungen kann allerdings davon ausgegangen werden, dass in vielen Hamburger Stadtteilen der

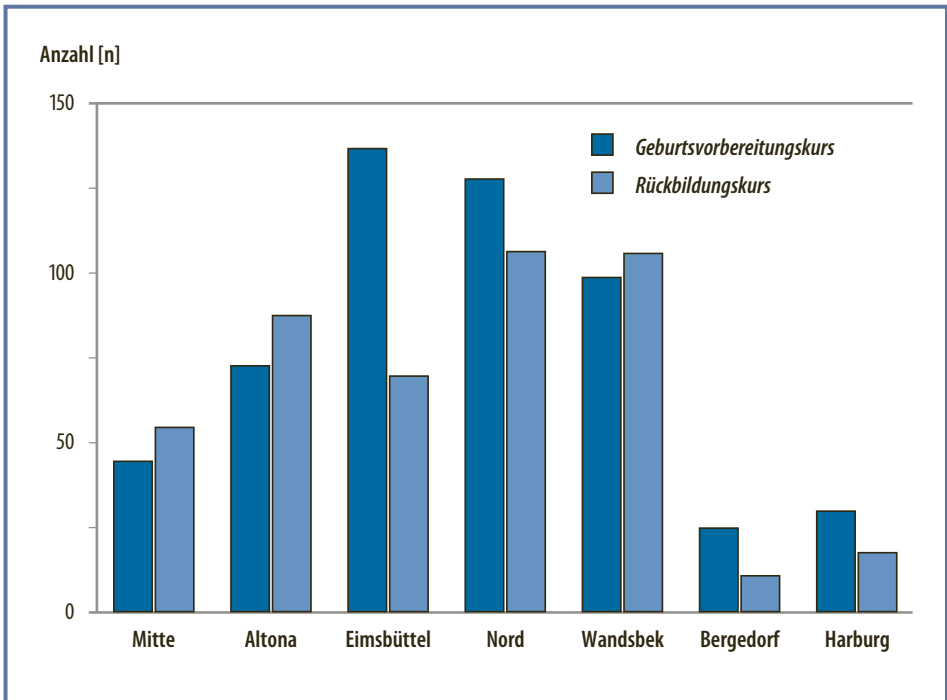


Abbildung 5.5-3: Anzahl der Kursangebote durch die teilnehmenden freiberuflichen Hebammen nach Bezirken. *Quelle: BGV 2020.*

Bedarf nicht ausreichend gedeckt werden kann. So berichten 89 % der Hebammen, dass sie fast täglich oder zweimal pro Woche Anfragen auf individuelle Betreuungen ablehnen müssen und sich durch diese Problematik belastet fühlen. Hinsichtlich der Anfrageintensität ist kein Rückgang zu verzeichnen. Viele Anfragen erreichen die Kolleg:innen auch über die Vertragspartnerliste der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wo die Schwangeren mit einer Umkreissuche ermitteln können, wer in ihrem Umkreis Betreuungen anbietet. Neue Kapazitätsnachweissysteme sind in der Entwicklung, z. B. ammely.de in Kooperation mit dem Deutschen Hebammenverband.

Resümee

Hebammen kommt bei der Betreuung rund um Schwangerschaft und Geburt eine zentrale Rolle zu. Mütter in Hamburg sind bei der Geburt ihres ersten Kindes im bundesweiten Vergleich am ältesten. Das steigende Alter der Erstgebärenden sowie die Zunahme von Risikofaktoren wie Adipositas erhöhen den Anteil an Risikoschwangerschaften und stellen die Geburtshilfe vor neue Herausforderungen. Die zunehmende Komplexität der Versorgungssituation, die Bekämpfung des Fachkräftemangels sowie

die Forderung nach evidenzbasiertem Handeln und internationale Anschlussfähigkeit sind wesentliche Gründe für die Akademisierung der Ausbildung.

Mit dem Inkrafttreten des Hebammenreformgesetzes am 1. Januar 2020 ist die Akademisierung der Ausbildung auf Hochschulniveau verpflichtend geregelt. Das Interesse an dem im WS 2020/21 in Hamburg gestarteten dualen hochschulübergreifenden Bachelor-Studiengang der Hebammenwissenschaft, einer Kooperation zwischen der Hochschule für Angewandte Wissenschaft (HAW) und der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, ist sehr groß. Die zukünftigen Absolvent:innen werden zu reflektierenden und evidenzbasiert handelnden Expert:innen im ambulanten und im stationären Setting qualifiziert. Praxiseinsätze der Studierenden erfolgen in kooperierenden Praxiseinrichtungen. Ein wesentlicher Aspekt des innovativen Curriculums ist die didaktische Verzahnung von Theorie und Praxis. Der Bedarf an der wissenschaftlichen Bearbeitung von hebammenspezifischen, frauenorientierten Fragestellungen ist dabei groß.

Die zukünftig akademisierten Hebammen werden aufgrund des Fachkräftemangels dringend im stationären und ambulanten Bereich benötigt. Ergebnisse des Hamburger Hebammenreports 2018 zeigen, dass eine bedarfsgerechte und flächendeckende Hebammenbetreuung weiterhin nicht gegeben ist. Nur 29 % aller Schwangeren werden vorgeburtlich durch eine Hebamme individuell begleitet, nachgeburtlich liegt der Anteil bei 37 %. Das Versorgungsangebot unterscheidet sich sowohl auf Bezirksebene als auch innerhalb der Bezirke erheblich. Insbesondere in den Bezirken Mitte und Harburg liegt die Betreuungsquote niedrig. Von leichten Verbesserungen im Versorgungsangebot profitierten in Hamburg bisher lediglich die sozial bessergestellten Stadtteile.

LITERATUR

Bange D, Hullmann B, Treu M (2018): Der Beitrag der Frühen Hilfen, der Familienförderung und der Kindertagesbetreuung zur Gesundheitsförderung. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg, Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2, oekom verlag, München, S. 275–80

BGV/Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Gesundheit, Fachabteilung Prävention, Gesundheitsförderung und Öffentlicher Gesundheitsdienst, Freie und Hansestadt Hamburg (2020): Hebammenversorgung in Hamburg, Stand 2018. VIG Druck & Media GmbH, Hamburg. www.hamburg.de/contentblob/4933628/b902564a0ca899e33377d4b15b697ade/data/hebammenbericht-download.pdf

BMG/Bundesministerium für Gesundheit, Referat für Öffentlichkeitsarbeit (2020): Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt.html

DGU/Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2020): 14. Ernährungsbericht. Bonn. www.dge.de/wissenschaft/ernaehrungsberichte/14-dge-ernaehrungsbericht/?L=0

Lohmann S (2018): In Hamburg zur Welt kommen – Gesundheit rund um die Geburt. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg, Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2, oekom verlag, München, S. 157–162

Neumann A, Renner I (2020) Welche psychosozialen Belastungen fallen in der Schwangerenversorgung auf. *Frauenarzt* 61: S. 260–263

QUAG e. V./Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe e. V. (2019): Qualitätsbericht 2019 – Außerklinische Geburtshilfe. www.quag.de/downloads/karte_A4_Bundeslaender_2019.pdf

5.6 Hamburger Gesundheitsversorgung und Versorgungsforschung: Welche Impulse setzt der Innovationsfonds?

Daniel Bremer, Nicole Mohr

Versorgungsforschung ist ein interdisziplinäres Forschungsfeld, das den Weg von Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem in allen Versorgungsbereichen beschreibt und analysiert (Pfaff 2003). Der Fokus liegt auf der Versorgung unter Alltagsbedingungen (Bundesärztekammer 2004). Das Ziel dabei ist die Identifikation von Einflussfaktoren für die Qualität von Versorgungsstrukturen, Behandlungsmaßnahmen, -prozessen und -ergebnissen (Schrappe & Pfaff 2017). Versorgungsforschung soll helfen, Versorgungskonzepte zu entwickeln, deren Umsetzung zu begleiten und ihre Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen zu evaluieren (Pfaff 2003).

Entsprechend kann die Versorgungsforschung nicht nur wertvolle Impulse für die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen, sondern auch für die StadtGesundheit (Fehr & Trojan 2018) im Speziellen liefern. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung können beispielsweise in Planungen zur Demografie (z. B. zur zukünftigen Altersstruktur der Bevölkerung) und zum Gesundheitsverhalten, zur regionalen Gesundheitsversorgung sowie zur Mobilität und Stadtentwicklung einfließen (und andersherum).

In Hamburg hat sich über die Jahre eine starke Forschungsinfrastruktur in der Versorgungsforschung gebildet, die durch die Universität Hamburg, das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und weitere Forschungszentren (z. B. das HCHE – Hamburg Center for Health Economics) geprägt ist (Bremer, Härter et al. 2018). 2006 gründete sich am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf das Zentrum für Versorgungsforschung (Center for Health Care Research, CHCR)²⁰ als einer der fünf Forschungs-

²⁰ www.uke.de/forschung/forschungsschwerpunkte/center-for-health-care-research-chcr/index.html

schwerpunkte. Das Zentrum umfasst mittlerweile annähernd 30 Institutionen mit über 200 Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforschern. Der Kooperationsverbund hat die Förderung der Versorgungsforschung zum Ziel. Das umfasst z. B. die Initiierung von Verbundprojekten, die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und die Unterstützung bei der Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichen Gruppen und Praxisbereichen. Hierbei sind über die Jahre enge regionale, überregionale und internationale Kooperationen mit Praxen, Kliniken, Krankenkassen, Patientenorganisationen und weiteren Forschungseinrichtungen entstanden.

Diese Kooperationen wurden 2017 durch die Gründung des BMBF-geförderten Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung²¹ (HAM-NET) institutionalisiert. Das annähernd 40 Organisationen umfassende Netzwerk zielt auf die Stärkung vorhandener und die Schaffung neuer Strukturen in der Hamburger Versorgungsforschung ab, indem vor allem der Austausch zwischen Forschung und Praxis intensiviert werden soll. Das Kooperationsnetzwerk baut einerseits auf gewachsene Strukturen in der Region auf, versucht aber auch den Brückenschlag zu neuen Akteuren, Ansätzen und Themenfeldern.

Eine verbesserte und bedarfsgerechte Versorgungsforschung in der Region soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung insgesamt verbessern. Damit wird ein Ziel verfolgt, welches aus dem bundesweiten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (Bundesgesetzblatt 2015) hervorgeht. Mit dem Gesetz erhielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern, die über die Regelversorgung hinausgehen bzw. Erkenntnisse zur Verbesserung bestehender Angebote liefern.

Der Innovationsfonds

Zu diesem Zweck wurde 2016 der Innovationsfonds auf den Weg gebracht, der in zwei Förderprogrammen (Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung) organisiert ist. In den Jahren 2016 bis 2019 standen dafür jährlich 300 Millionen Euro bereit. 225 Millionen Euro waren für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung eingeplant. Der Innovationsfonds wird im Zeitraum 2020–2024 über das Digitale-Versorgung-Gesetz (Deutscher Bundestag 2019) mit jährlich 200 Millionen Euro fortgeführt. 160 Millionen Euro pro Jahr gehen davon in die Förderung neuer Versorgungsformen und 40 Millionen Euro in die Versorgungsforschung. Die Mittel des Innovationsfonds werden von den gesetzlichen Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds gezahlt.

²¹ <https://ham-net.de/de/>

Die Themenfelder im Bereich der neuen Versorgungsformen decken beispielsweise die Entwicklung von Versorgungsmodellen für unterschiedliche Gruppen (z. B. Menschen mit Behinderung), für spezifische Regionen (z. B. strukturschwache, ländliche Regionen) und die Verwendung bestimmter technischer Hilfsmittel (z. B. Telemedizin, Telematik, eHealth) ab. In dem Bereich der Versorgungsforschung liegen beispielsweise Themenfelder wie die bedarfsgerechte Versorgung, die Nutzung und Verknüpfung von Routinedaten, die Evaluation von Richtlinien und die Entwicklung von Leitlinien.

Die Themenschwerpunkte und die Kriterien zur Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds legt der Innovationsausschuss mithilfe externer Expertise fest. Der Ausschuss entscheidet ebenfalls über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Er besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des GKV-Spitzenverbandes, KBV, KZBV, DKG, BMG, BMBF sowie zwei Patientenvertreterinnen und -vertretern und dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA. Bisher wurden 261 Projekte in der Versorgungsforschung und 150 neue Versorgungsformen auf den Weg gebracht. Die geförderten Projekte sind auf der Webseite des G-BA einsehbar.²²

Hamburger Forschungsprojekte im Innovationsfonds

In diesem Beitrag wird eine Bestandsaufnahme der Hamburger Forschungsprojekte im Innovationsfonds vorgenommen. Dabei sind folgende Fragen von Bedeutung: Welche Rolle spielt die Hamburger Versorgungsforschung im Innovationsfonds? Welche Hamburger Projekte gibt es, und mit welchen Themen befassen sie sich? Welche Populationen und Erkrankungen erforschen die Hamburger Projekte? Welche Daten werden erhoben, und welche Innovationen werden erprobt? Zur Beantwortung dieser Fragen wurden die Projektbeschreibungen der geförderten Projekte auf der G-BA-Website systematisch ausgewertet (Stand: 1. 3. 2021).

Von 2016 bis 2021 sind Hamburger Forschungs- und Gesundheitsakteure an insgesamt 75 solchen Projekten im Bereich der Versorgungsforschung und an 52 solchen Projekten zu neuen Versorgungsformen beteiligt. Die medizinischen Indikationen, die von den Projekten thematisiert werden, decken eine große Bandbreite von Erkrankungen und Versorgungssettings ab (Tab. 5.6-1). Bei den Versorgungsforschungsprojekten gehören kardiovaskuläre Erkrankungen zu den häufigsten Indikationen, bei den neuen Versorgungsformen sind psychische Erkrankungen am häufigsten vertreten. Projekte der Kategorie »Allgemein« haben keine bestimmte Indikation im Fokus, sondern beziehen sich auf die generelle Optimierung von Strukturen in der Versorgung.

²² Innovationsausschuss. www.innovationsfonds.g-ba.de

Tabelle 5.6-1: Innovationsfondsprojekte, an denen Hamburger Institutionen beteiligt sind.

Quelle: eigene Darstellung.

Kategorie	Anzahl der Projekte		
	Versorgungsforschung	Neue Versorgungsformen	Gesamt
Allgemein	22	6	28
Kardiovaskuläre Erkrankungen	9	5	14
Psychische Erkrankungen	5	9	14
Krebserkrankungen	6	7	13
Arzneimittelversorgung	6	2	8
Verhaltens-/Entwicklungsstörung	4	3	7
Schmerzen	4	1	5
Neurologische Erkrankungen	2	3	5
Schwangerschaft/Perinatalmedizin	3	1	4
Orthopädie	2	2	4
Palliativversorgung	3	0	3
Nephrologische Erkrankungen	2	1	3
Respiratorische Erkrankungen	2	1	3
Metabolische Erkrankungen	1	2	3
Mund-/Zahnerkrankungen	2	0	2
Dermatologische Erkrankungen	1	1	2
Transsexualität/Geschlechtsinkongruenz	1	1	2
Menschen mit geistiger Behinderung	0	2	2
Seltene Erkrankungen	0	2	2
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	0	1	1
Rheumatische Erkrankungen	0	1	1
Infektionserkrankungen	0	1	1
Gesamt	75	52	127

Projekte der Versorgungsforschung

Von den 75 Projekten aus dem Bereich Versorgungsforschung sind 56 Projekte laufend, bei 14 wird gegenwärtig der Abschlussbericht erstellt, und fünf sind bereits beendet. Insgesamt werden 23 Projekte von Hamburg aus geleitet, bei den Übrigen sind Hamburger Institutionen als Konsortialpartner beteiligt. Von den 23 Projekten wiederum, die aus Hamburg gesteuert werden, liegt die Verantwortung für 17 Projekte beim Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Textbox 5.6-1) und für zwei Studien bei der Uni-

Textbox 5.6-1: Projekte aus dem Bereich Versorgungsforschung mit Konsortialführung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), alphabetische Auflistung

- BarrierefreiASS – Versorgungs- und Bedarfsanalyse zur barrierefreien Teilhabe an Diagnostik und Therapie von Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung
- EPOS – Ergebnisqualität durch Patient Reported Outcome Measures (PROMs) bei Schlaganfallpatienten in der klinischen Routine
- FamKi-onko-V – Familien mit krebskranken Kind nach Abschluss der Akuttherapie: Analysen zu biopsychosozialen Bedarfen und Implikationen für die Versorgung
- GET.FEEDBACK.GP – Depressions-Screening in der Hausarztpraxis: Steigerung der klinischen Effektivität und ökonomischen Effizienz durch patientenorientiertes Feedback
- InSEMaP – Interaktionen von Systemischen Erkrankungen und Mundgesundheit bei ambulanter Pflegebedürftigkeit
- KOMKEK – Entwicklung eines Trainings für Behandler von Krebspatienten zur Stärkung der Kompetenz im Umgang mit krebskranken Eltern minderjähriger Kinder
- KOPAL – Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit bei Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf
- MULTIqual – Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität
- MuMi – Förderung der Mundgesundheitskompetenz und Mundgesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund
- PeriAge – Optimierung der perioperativen Versorgung älterer Patienten
- PIM-STOP – Vergleich der prädiktiven Validität von Instrumenten zur Bestimmung potenziell inadäquater Medikation bei Älteren
- POMPA – Verbesserung der Patientensicherheit durch eine systematische post-mortale Patientenaktenanalyse in der klinischen Routine
- POWER@MS – Interaktive Webplattform zum EmPOWERment bei Multipler Sklerose
- ProMeKa – Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opioid-Analgetika und Antidepressiva bei Kassenpatienten
- PRO-ONK_ROUTINE – Entwicklung eines Kurzinstrumentes zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Krebspatienten und Analyse der Implementierung
- PsoGero – Die Versorgung von Menschen mit Psoriasis im höheren Lebensalter vor und nach Eintritt in ein Pflegeheim

Table 5.6-2: Studienmerkmale und Anzahl der Projekte, an denen Hamburger Institutionen beteiligt sind, im Förderbereich Versorgungsforschung (Stand: März 2021). *Quelle: eigene Darstellung.*

Studienmerkmale	Studienanzahl (Mehrfachnennungen möglich)
Projekte gesamt	75
Davon Projekte, in denen Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen, die von einer bestimmten Erkrankung betroffen sind	69
Altersgruppen der Studienpopulation	
Ältere Menschen	13
Kinder und Jugendliche	10
Erwachsene	5
Studienpopulation	
Neben Betroffenen werden ebenfalls Angehörige befragt	9
Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner	6
Leistungserbringer	27
Kostenträger	1
Studiendaten	
Primärdaten	62
Routinedaten der Krankenkassen	36
Registerdaten	5
Literaturrecherchen	4
Verknüpfung mehrerer Datenquellen	28
Studienziel	
Wissenszuwachs	42
Entwicklung und/oder Erprobung Versorgungsmodell/-konzept	14
Entwicklung eines Messinstruments	8
Entwicklung und Erprobung von Apps	5
Erstellung von Informationsmaterial und/oder Schulungen	4
Aufbau Website mit Angeboten	2

versität Hamburg. Die 75 Projekte haben eine Gesamtfördersumme von 100 Millionen Euro. Im Mittel werden die einzelnen Projekte aus dem Bereich Versorgungsforschung mit 1,3 Millionen Euro gefördert. Die niedrigste Fördersumme liegt bei 177.000 Euro, die höchste bei 3,8 Millionen Euro. Die Projekte dauern in der Regel drei Jahre.

In der ersten Förderphase (2016) des Innovationsfonds wurden 21 Projekte bewilligt. In den folgenden Förderphasen waren es 12 in der zweiten Förderphase (2016), 18 in der dritten (2017), 16 in der vierten (2018) und acht in der fünften Förderphase (2019). Die Projekte erstrecken sich über sämtliche Themenfelder, die der G-BA vorgegeben hat. So fallen z. B. acht Projekte in das Themenfeld *Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und/oder Patientensicherheit in der Versorgung*, sechs Projekte in den Bereich *Bedarfsgerechte Versorgung* und fünf Projekte in das Feld *Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung*. Tab. 5.6-2 zeigt die Merkmale der Projekte im Bereich der Versorgungsforschung.

Projekte der neuen Versorgungsformen

Im Bereich der neuen Versorgungsformen wird derzeit für fünf Projekte der Abschlussbericht erstellt, 33 Projekte haben den Status »laufend«. Bei allen der 52 Projekte ist mindestens eine Hamburger Institution Konsortialpartner, bei 36 kommt der Antragsteller aus Hamburg. Unter diesen liegt bei acht Projekten die Verantwortung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Textbox 5.6-2). Von den neuen Versorgungsformen

Textbox 5.6-2: Projekte aus dem Bereich neue Versorgungsformen mit Konsortialführung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), alphabetische Auflistung

- CARE-FAM-NET – Kinder mit seltenen Erkrankungen, deren Geschwister und Eltern – Children affected by rare disease and their families – network
- CHIMPS-NET – Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern – children of mentally ill parents – network
- Das CARE for CAYA-Programm – Präventionsprogramm für junge Patienten nach überstandener Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter (CAYAs)
- i²TransHealth – Interdisziplinäre, internetbasierte Trans Gesundheitsversorgung
- INCREASE – Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung in der Herzchirurgie am Beispiel von minimalinvasiven Herzklappen-Eingriffen
- RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen
- StroCare – Optimierte sektorenübergreifende, koordinierte und evidenzbasierte Behandlung von Schlaganfallpatienten durch übergreifende Prozessverantwortung und patientenorientierte Ergebnisqualitätsmessung

Table 5.6-3: Studienmerkmale und Anzahl der Projekte, an denen Hamburger Institutionen beteiligt sind, im Förderbereich neue Versorgungsformen (Stand: März 2021). *Quelle: eigene Darstellung.*

Studienmerkmale	Studienanzahl (Mehrfachnennungen möglich)
Projekte gesamt	52
Davon Projekte, in denen Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen, die von einer bestimmten Erkrankung betroffen sind	51
Altersgruppen der Studienpopulation	
Ältere Menschen	7
Kinder und Jugendliche	8
Erwachsene	1
Keine bestimmte Altersangabe	33
Studienpopulation	
Neben Betroffenen werden ebenfalls Angehörige befragt	11
Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner	1
Leistungserbringer	13
Studiendaten	
Primärdaten	40
Routinedaten der Krankenkassen	10
Verknüpfung mehrerer Datenquellen	9
Studienziel	
Vernetzung	10
Telemedizin/eHealth	8
Beratung	6
Versorgungsmodell	6
Sport/Bewegung/Lifestyle Therapie	6
Lotse	4
Früherkennung/Screening	4
Einsatz einer App	3
Künstliche Intelligenz/Präzisionsmedizin	3
Spezialisierung	2

werden 22 in Hamburg eingesetzt. Von 38 der 52 Projekte ist derzeit die Fördersumme bekannt. Für diese 38 Projekte liegt die Gesamtfördersumme bei 218 Millionen Euro, im Mittel werden die Projekte aus dem Bereich neue Versorgungsformen mit 5,7 Millionen Euro gefördert. Die niedrigste Fördersumme liegt bei 940.000 Euro, die höchste bei 13,4 Millionen Euro. Die Laufzeit der Projekte beträgt meist drei Jahre.

In der ersten Förderphase (2016) wurden neun Projekte bewilligt, in der zweiten (ebenfalls 2016) und dritten (2017) jeweils sechs Projekte. In Förderphase 4 (2017) waren es zehn Projekte, in Förderphase 5 (2018) sieben und die bisher meisten Förderungen gab es in der sechsten Förderphase (2019) mit 14 Projekten. Neben den Projekten aus dem themenoffenen Bereich fallen die meisten Projekte in die Bereiche *Digitale Transformation: Lösungen zur Weiterentwicklung der Versorgung* (zehn Projekte), *Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen* (fünf Projekte) und *Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen* (vier Projekte). Tab. 5.6-3 zeigt die Merkmale der Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen.

Fazit und Ausblick

Entsprechend den starken Hamburger Strukturen in der Versorgungsforschung wurde seit 2016 eine große Zahl an innovationsfondsgeförderten Forschungsprojekten in Hamburg eingeworben. Die Initiierung von Projekten in der Versorgungsforschung fiel hier auf besonders fruchtbaren Boden, da bereits zahlreiche innerhamburgische, aber auch bundesweite Kooperationen bestanden. Zudem sind im Zuge des Innovationsfonds etliche neue Forschungsk Kooperationen entstanden. Die Kooperationen reichen weit über wissenschaftliche Institutionen hinaus, da in der Mehrzahl der Projekte zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens (z. B. Krankenkassen, Leistungserbringer, Patientenorganisationen, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, Berufsverbände, Kammern oder Vereinigungen) vertreten sind und zusammenarbeiten.

Die Projekte bearbeiten zahlreiche medizinische Indikationen. Neben bedeutenden Volkskrankheiten wie kardiovaskulären Erkrankungen, Krebserkrankungen oder psychischen Erkrankungen wird vor allem die generelle Optimierung von Strukturen in der Versorgung beforscht. Dabei spielen Ansätze der sektorenübergreifenden Versorgung, der Telemedizin/eHealth und der Vernetzung eine große Rolle. Darüber hinaus sind im Bereich der Arzneimittelversorgung, der Schmerzbehandlung sowie der Versorgung von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen neue Erkenntnisse und wissenschaftliche Fortschritte zu erwarten.

Trotz der zahlreichen Forschungsprojekte und der beträchtlichen Fördersummen, die in die Hamburger Versorgungsforschung fließen, bleibt abzuwarten, ob die Entwicklung der letzten Jahre eine langfristige Stärkung der Versorgungsforschung zur Folge hat. Der Innovationsfonds wurde zwar bis 2024 verlängert, seine Fortführung ist jedoch offen,

und die Gesamtevaluation steht noch aus. Eine weitere offene Frage ist, welche Auswirkungen die Hamburger Innovationsfondsprojekte auf längere Sicht für die Versorgungspraxis haben. Der Großteil der Projekte läuft nach wie vor, lediglich eine kleine Zahl ist beendet und hat Abschlussberichte veröffentlicht. Das wird sich in den kommenden ein bis zwei Jahren ändern, sodass der G-BA auf Basis der Abschlussberichte und Evaluationen seine Empfehlungen aussprechen kann. Der Innovationsfonds und die darüber geförderten Projekte haben und werden in Zukunft sicherlich wichtige Impulse für die Versorgungsforschung und die Gesundheitsversorgung geben.

LITERATUR

Bremer D, Härter M, Löwe B, von dem Knesebeck O (2018): Vernetzung der Versorgungsforschung in Hamburg. Beitrag 7.17 in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 441–447

Bundesärztekammer (2004): Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. Unter Mitarbeit von Arbeitskreis Versorgungsforschung. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Versorgungsforschung/Definition.pdf

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 30, ausgegeben zu Bonn am 22. Juli 2015. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s1211.pdf

Deutscher Bundestag (2019): Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation. Digitale-Versorgung-Gesetz-Entwurf (Digitale-Versorgung-Gesetz–DVG). <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/134/1913438.pdf>

Fehr R, Trojan A (2018): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München

Pfaff H (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Hans Huber, Bern, S. 13–23

Schrappe M, Pfaff H (2017): Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In: Schrappe M, Neugebauer EAM, Glaeske G, Pfaff H, Rothmund M, Schwartz W (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2. Aufl. Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 15.

KAPITEL 6

Prävention und Gesundheitsförderung

■ Wie zum entsprechenden Kapitel im ersten Hamburg-Band erläutert (Trojan, Stender et al. 2018)¹, lässt sich zwar zwischen Prävention als Belastungsminderung und Gesundheitsförderung als Ressourcenstärkung unterscheiden; beide Konzepte werden aber auch als Oberbegriffe für den gesamten Bereich nicht therapeutischer Interventionen gebraucht, die die Gesundheit schützen oder verbessern sollen. Vor diesem Hintergrund wird hier auf eine strenge Unterscheidung verzichtet.

Auch dieses Mal sind enge Verbindungen zum vorausgehenden und zum nachfolgenden Kapitel zu vermerken. Jedoch sind die präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten bei den in Kapitel 5 dargestellten Feldern deutlich der Krankenbehandlung und medizinisch-pflegerischen Versorgung untergeordnet. Das nachfolgende Kapitel 7 betrifft politisches Handeln in anderen Ressorts als dem der Gesundheit und die damit verbundenen, eher impliziten Formen von Gesundheitsförderung. In diesem Kapitel 6 geht es um Bereiche, in denen explizites Handeln für Prävention und Gesundheitsförderung im Vordergrund steht.

Anknüpfend an die Darstellung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) aus dem Jahr 2018 (Petersen-Ewert & Trojan 2018)² wird nun aus dem breiten Angebotsportfolio auf das Arbeitsfeld »Gesundheit in der Stadt« fokussiert (> 6.1 Hofrichter, Duwe et al.). In Austauschrunden für Multiplikatoren wurde das Thema Coronapandemie von der HAG intensiv aufgegriffen.

Die Umsetzung des Bundes-Präventionsgesetzes samt der entsprechenden Landesrahmenvereinbarung 2016 sind auch in Hamburg für das ganze Themenfeld Prävention und Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung (> 6.2 Höldke, Hauschildt et al.); hierzu gehören u. a. die drei trägerübergreifend bearbeiteten Handlungsfelder »Gesund aufwachsen«, »Gesund leben und arbeiten« sowie »Gesund alt werden«. Ein weiterer Beitrag (> 6.3 Duwe, Gies et al.) vertieft die Darstellung von Projekten und Programmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit, darunter das Elternprogramm »Schatzsuche« (inklusive »Schule in Sicht«), das Programm »Landungsbrücke« zur Berufsvorbereitung sowie Kurse zur »Ersten Hilfe für psychische Gesundheit«.

1 Vorspann Kap. 6, »Prävention und Gesundheitsförderung in Hamburg«, Editionsband 2

2 Beitrag 8.4, »Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG)«, Editionsband 2

An einen Beitrag über »Selbsthilfelandschaft und Selbsthilfeunterstützung« (Kofahl & Trojan 2018)³ anknüpfend, werden »neue Wege in Hamburg« dargestellt (▷ 6.4 Herrmann, Heß et al.), darunter Selbsthilfeunterstützung für Migrant:innen und eine Web-Applikation zur Barrierefreiheit in Hamburger Arztpraxen. Um auch selbsthilferferne Menschen zu erreichen, wurden Filmclips und ein Selbsthilfecomic entwickelt.

Der Beitrag zur Barrierefreiheit (▷ 6.5 Clauss, Giese et al.), welcher über das Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung (samt Ausstellungsbereich) sowie das Kompetenzzentrum für ein barrierefreies Hamburg berichtet, steht in Korrespondenz mit dem Gesamtthema Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Gitschmann, Mellies et al. 2018)⁴ sowie mit inklusiver Stadtentwicklung (▷ 7.4 Gies).

Im Vergleich zur medizinischen und pflegerischen Versorgung dürfte der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung der Öffentlichkeit nach wie vor wesentlich weniger bekannt sein. Dass hier ebenfalls intensiv für die Gesundheit der Hamburger:innen gearbeitet wird, zeigt auch der Beitrag »Lokale Einrichtungen und Initiativen« (▷ 4.2 Fehr & Augustin), der sich als Ergänzung des vorliegenden Kapitels lesen lässt. ■

Rainer Fehr, Jobst Augustin

6.1

Gesundheitsförderung in der Stadt: Zusammenspiel von Programmen und Projekten unter dem Dach der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Petra Hofrichter, Claudia Duwe, Henrieke Franzen

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) ist die landesweite Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention in Hamburg. Sie fördert den Austausch und die Zusammenarbeit von Akteuren, orientiert sich am aktuellen Wissensstand und setzt neue Impulse für Praxis und Politik – immer mit dem Fokus auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Die HAG leistet einen Beitrag zur Umsetzung des Konzeptes »Health in All Policies«, also zur strategischen Zusammenarbeit aller Politikebenen und -felder sowie zur Stärkung der gesundheitsförderlichen Perspektive in allen Bereichen (Böhm 2020).

3 Beitrag 4.10, »Selbsthilfelandschaft und Selbsthilfeunterstützung«, Editionsband 2

4 Beitrag 5.1, »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen«, Editionsband 2

Der Beitrag knüpft an frühere Darstellungen der Arbeit von HAG (Petersen-Ewert & Trojan 2018), Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg (Göldner et al. 2018) und Pakt für Prävention (Stender 2018) an; er legt den Fokus auf Entwicklungen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung in der Stadt.

Aufgabenentwicklung der HAG

Das Aufgabenspektrum der HAG ist in den letzten Jahren gewachsen und bildet sich fachlich und organisatorisch in folgenden Arbeitsfeldern ab:

- Gesund aufwachsen (mit den Handlungsfeldern Familie, Kita, Schule/Ausbildung),
- Gesundheit in der Stadt (Handlungsfelder Land, Bezirk, Stadtteil),
- Gesundheit und Teilhabe im Alter (Lebenswelten älterer Menschen) sowie
- Gesundheit im Betrieb.

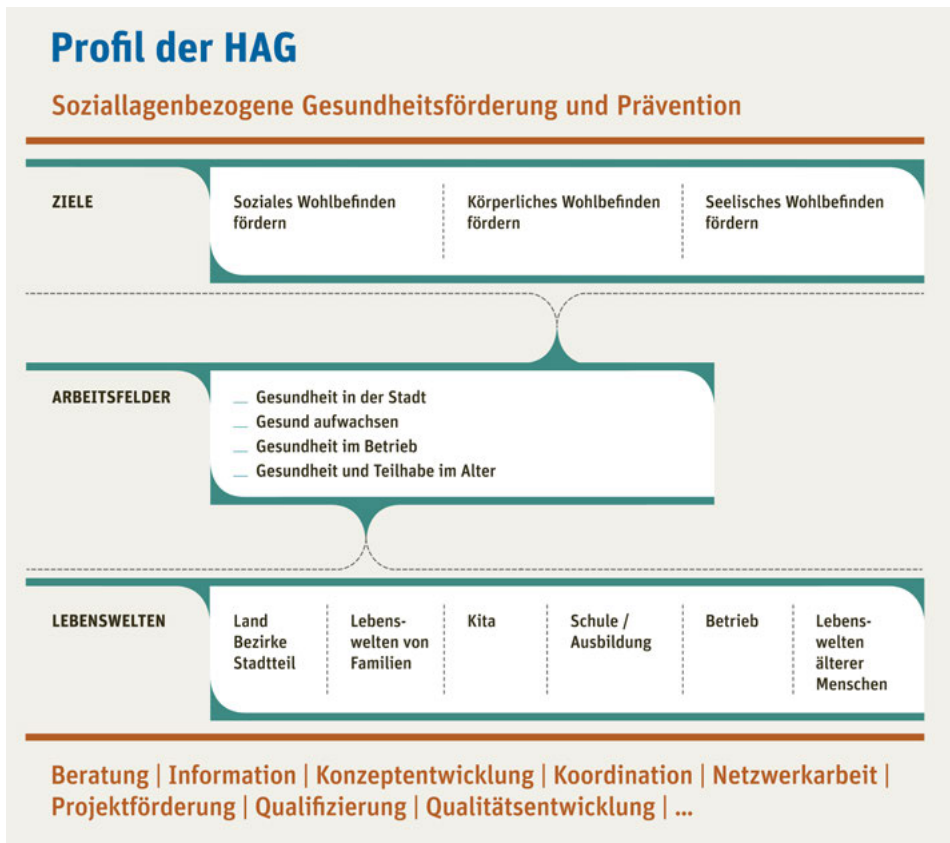


Abbildung 6.1-1: Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention der HAG.

Quelle: HAG 2021.

In diesen Bereichen entwickelt die HAG Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, begleitet und berät Entwicklungs- und Veränderungsprozesse, koordiniert Netzwerke, kooperiert mit Akteuren auf Hamburg- und Bundesebene und führt Veranstaltungen und Fortbildungen für Fachakteure und Multiplikator*innen durch.

Die HAG hat in den vergangenen drei Jahren ihr Angebotsportfolio mit innovativen Ansätzen erweitert und mit bestehenden Programmen gestärkt (Textbox 6.1-1). Weitere Entwicklungen bilden sich in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungsmanagement ab: Seit April 2020 hat die HAG einen neuen Webauftritt, der u. a. ein agiles Informationsmanagement und die Dokumentation von Veranstaltungen (z. B. Podcasts, Filme) ermöglicht. Die HAG hat ihr Veranstaltungsmanagement im Zuge der Pandemie 2020 um digitale Formate für Workshops, Fortbildungen und Fachtagungen erweitert.

Textbox 6.1-1: Zum Angebotsportfolio der HAG

Der Bereich **Gesund aufwachsen** ist mit folgenden Projekten und Programmen gewachsen:

- Eltern-Programm *Schatzsuche Basis* und *Schule in Sicht*
- *Vernetzungsstelle Schulverpflegung Hamburg* inklusive der IN-FORM-Projekte (aktuell: ErNA-Erhöhung der Akzeptanz für eine nachhaltige und gesundheitsförderliche Schulverpflegung durch Stärkung der informellen Ernährungsbildung im Schulalltag)
- Projekt *GESundeZEITEN* für Kinder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ihre Familien
- Projekt *Landungsbrücke 2 – gestärkt in die Zukunft*
- Angebote der Ernährungspädagogik
- Qualifizierungsangebote im Kontext des Landesprogramms *Frühe Hilfen – Guter Start für Hamburgs Kinder*.

Die Stärkung des seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen bildet in einzelnen Projekten den Schwerpunkt (▷ 6.3 Duwe, Gies et al.).

Im Arbeitsfeld **Gesundheit in der Stadt** sind folgende Projekte angesiedelt:

- *Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg*
- *Geschäftsstelle Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes*
- *Koordinationsstelle Pakt für Prävention*
- *Mental Health First Aid (MHFA) Ersthelfer – Kurse für psychische Gesundheit*
- *KEG – Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien*
- *Standortanalyse.*

Im Arbeitsfeld **Gesundheit und Teilhabe im Alter** hat die HAG neben der Fachstelle *Landesinitiative Leben mit Demenz* weitere Projekte durchführen können, dazu zählen:

- die Evaluation des Projektes *Chancenetz Senioren*
- die Durchführung der *Regionalkonferenz Gesund & aktiv älter werden*
- die Angebote der *Good-Practice-Lernwerkstätten* im Rahmen der Koordinierungsstelle *Gesundheitliche Chancengleichheit*.

Zum Arbeitsbereich **Gesundheit im Betrieb** zählt der Hamburger Gesundheitspreis für Betriebe, Wirtschaft und Verwaltung.

Arbeitsfeld Gesundheit in der Stadt

Im Arbeitsfeld Gesundheit in der Stadt arbeiten die Koordinationsstelle Pakt für Prävention und die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Hamburg (inklusive der Geschäftsstelle Landesrahmenvereinbarung) wie auch (bis 2021) das Forschungsprojekt Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien (KEG) zusammen. Das gemeinsame Ziel ist, die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern und Behörden zu fördern, Qualitätsentwicklung in der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung zu stärken, sich an Forschungsprojekten zu beteiligen und die Vernetzung von Akteuren zu unterstützen. Die Projektkoordinator*innen arbeiten in hamburg- und bundesweiten Netzwerken und gewährleisten damit einen Informationstransfer und generieren neue Projektvorhaben.

Das Setting Kommune zählt in Hamburg seit vielen Jahren zur zentralen Lebenswelt für die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. Stadtteile, Quartiere, Sozialräume bieten als übergreifende Lebenswelten das Potenzial, gesundheitsfördernde Praxis in einer Gesamtstrategie zu organisieren. Hamburger Behörden, HAG und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) haben ihre Aktivitäten im Bereich kommunale Gesundheitsförderung in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut. Im Folgenden werden aus drei Projekten einzelne Ansätze und Vorgehensweisen exemplarisch dargestellt.

Koordination des Landesprogramms Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!

Der Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg ist seit 2010 das Landesprogramm für Gesundheitsförderung und Prävention. Die HAG unterstützt von Beginn an mit Organisation, Konzeption, Durchführung und Auswertung des jährlichen Pakt-für-Prävention-Kongresses. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stär-

kung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)⁵ in 2016 und seiner Umsetzung hat der Pakt für Prävention eine neue Rolle: Er unterstützt die Gremien der Landesrahmenvereinbarung⁶ (Landesrahmenvereinbarung Hamburg nach § 20 f. SGB V) fachlich, indem er Empfehlungen ausspricht.

Der Kongress 2020 widmete sich dem Thema Resiliente Kommunen in der Coronapandemie. Sichtbar wurde die Wichtigkeit des Ausbaus individueller, gemeinschaftlicher und struktureller Krisenkompetenzen und etablierter Strukturen und Netzwerke, um in Krisensituationen auf diese gefestigten Strukturen und Netzwerke zurückgreifen zu können (capacity building). Die lokalen Strukturen vor Ort haben sich hierzu in Hamburg als Schlüsselstruktur erwiesen.

Impulse zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung, die in der Arbeit der HAG umgesetzt werden konnten, sind unter anderem die Stärkung von Kommunikationskompetenzen von Fachakteur*innen in Zusammenarbeit mit der Sozialbehörde, der HAG und der KGC. Relevante Informationsquellen für die Arbeit der Fachakteur*innen konnten auf der Website der HAG unter dem Dach des Paktes für Prävention fortlaufend aktualisiert werden.

Inhaltlich konnte zudem in den letzten Jahren im Kontext der Lebenswelt Kommune die Verzahnung verschiedener Programme angestoßen und umgesetzt werden: Zum einen wurde mit der Programm »Mental Health First Aid (MHFA) Ersthelfer – Kurse für psychische Gesundheit« ein Angebot für die Stärkung der seelischen Gesundheit in der HAG integriert (▷ 6.3 Duwe, Gies et al.). Zum anderen initiierten HAG und Pakt für Prävention Schritte zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung in Hamburg. Hierfür ist der Strukturaufbau zwischen dem Bereich der Gesundheitsförderung und dem Bereich der Behindertenhilfe eine wichtige Voraussetzung.

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Hamburg

Wie in allen Bundesländern, so trägt auch in Hamburg die KGC dazu bei, Aktivitäten zur sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung zu unterstützen und zu koordinieren (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021).

Gesundheitschancen sind in Deutschland ungleich verteilt und abhängig von der sozialen Lage (Lampert 2018). Wer unter schwierigen und belastenden Bedingungen lebt, also ein geringes Einkommen hat, ohne Arbeit oder Wohnung ist oder mit einer Behinderung lebt, ist häufiger und schwerer von Krankheit betroffen und stirbt früher als jemand, der sozial bessergestellt ist (BZgA, Internetplattform: Gesundheitsför-

5 BGBl. I: 1368, www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1639498737633

6 www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/Geschaeftsstelle_Landesrahmenvereinbarung/LRV_Endfassung_09082016.pdf

derung bei sozial Benachteiligten)⁷. Um die Gesundheit vulnerabler Personengruppen zu fördern, müssen zum einen die gesundheitlichen Belastungen verringert und zum anderen die gesundheitsfördernden Ressourcen gestärkt werden. Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sind dann erfolgreich, wenn sie in den Lebenswelten der Menschen und dort, wo sie leben, arbeiten und spielen, ansetzen^{8,9} (GKV-Spitzenverband 2020).

Die KGC Hamburg setzt sich auf Landesebene für die Gesundheitsförderung für und mit Menschen in belasteten Lebenslagen ein. Sie unterstützt Multiplikator*innen in Sozialräumen beim Ausbau integrierter kommunaler Strategien, macht Modelle guter Praxis transparent, unterstützt den Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis und fördert die praxisorientierte Qualitätsentwicklung sowie die Vernetzung zur Stärkung der Gesundheit vulnerabler Zielgruppen. Diese Aktivitäten sind eingebettet in die Umsetzung des Präventionsgesetzes in Hamburg. Die KGC hat folgende Arbeitsschwerpunkte:

- die Beratung der Lokalen Vernetzungsstellen Prävention (s. u.) mit dem Instrument »Standortanalyse« (s. u.),
- die Vermittlung der »Kriterien guter Praxis« im Rahmen sogenannter Lernwerkstätten,
- die Entwicklung praxisnaher Workshops und Fachtagungen sowie
- die Koordination von Arbeitskreisen.

In Hamburg wurden auf der Basis des »Sozialmonitoring Integrierte Stadtentwicklung« die »Lokalen Vernetzungsstellen Prävention« (LVS Prävention) identifiziert.¹⁰ An 14 Standorten wird seit 2018 im Rahmen der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (> 6.2 Höldke, Hauschildt et al.) der Ausbau lokaler Strukturen gestärkt. Mit den Lokalen Vernetzungsstellen Prävention wurde in den sozial benachteiligten Quartieren Hamburgs eine Struktur aufgebaut, die das Thema Gesundheitsförderung im Sozialraum stärkt. Die LVS Prävention sollen ihre Aktivitäten in Richtung einer integrierten kommunalen Strategie (Präventionsketten) orientieren (Koordinierungsgremium Landesrahmenvereinbarung Hamburg 2021). Im Rahmen solcher Strategien werden Angebote in der Kommune gebündelt und aufeinander abgestimmt sowie die sektorenübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit gestärkt (Wihofszky et al. 2020).

7 www.bzga.de/forschung/fachdatenbanken-marktanalysen/gesundheitsfoerderung-bei-sozial-benachteiligten/

8 www.hag-gesundheit.de

9 <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>

10 www.hamburg.de/sozialmonitoring/

Dabei erhalten die LVS Prävention Unterstützung von der KGC. Diese hat dafür ein Beratungs- und Qualifizierungskonzept der praxisnahen Qualitätsentwicklung erarbeitet. Dazu zählen moderierte Austauschtreffen (überbezirklicher, kollegialer Erfahrung- und Informationsaustausch zwischen Koordinator*innen der LVS Prävention, der Sozialbehörde und der GKV, Identifizierung gemeinsamer Fortbildungsbedarfe). Die Werkstattreihe der KGC liefert Inputs zu fachlichen Themen und ermöglicht die methodische Erprobung und gemeinsame Reflexion mit dem Ziel, den Kompetenzaufbau bzw. die Qualitätsentwicklung der LVS Prävention zu unterstützen. Beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien setzt die KGC das im Rahmen des Forschungsprojektes KEG von der Hochschule Esslingen in Kooperation mit der HAG erarbeitete Instrument Standortanalyse ein.

Während der Pandemie kam den Lokalen Vernetzungsstellen Prävention eine wichtige Rolle zu. Die Sozialbehörde und die KGC luden deren Koordinator*innen regelmäßig zu Austauschrunden ein und informierten regelmäßig über aktuelle Entwicklungen der Coronastrategie. Sie stärkten die Vermittlungskompetenz der Koordinatorinnen der LVS Prävention zu Themen der Coronaprävention; die LVS Prävention gaben Rückmeldungen zu den Erfahrungen aus der Praxis, die in die Weiterentwicklung von Präventionsansätzen einfließen.

Praxispartnerschaft im Forschungsprojekt »Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien« (KEG)

Die HAG beteiligte sich von 2015 bis 2021 am BMBF-geförderten Forschungsprojekt KEG – Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien: Wissenschaft und Praxis im Dialog. In diesem Projekt arbeiteten die Hochschule Esslingen und HAG zusammen (weitere Beteiligte waren die Sozialbehörde und das Bezirksamt Hamburg-Mitte). Ziel war die partizipative Entwicklung integrierter kommunaler Strategien in einer Wissenschaft-Praxis-Partnerschaft. Schwerpunkt der ersten Förderphase war eine Fallstudie zur Zusammenarbeit eines bestehenden Netzwerks im Stadtteil Hamburg-Rothenburgsort zum Auf- und Ausbau einer integrierten kommunalen Strategie. Dieses Netzwerk wurde koordiniert von der lokalen Vernetzungsstelle Prävention in Rothenburgsort.

Forschungsfragen waren: Welche Faktoren fördern und hemmen die Zusammenarbeit im Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien? Wie kann die Gesundheitsförderungs- und Präventionskette in Rothenburgsort in Schwung gebracht werden? Auf Grundlage der Fallstudienresultate und theoretisch fundiert durch das Modell »Community Readiness« (Brand et al. 2017), entwickelten die Hochschule Esslingen und die HAG das Beratungsinstrument »Standortanalyse« (Wihofszky et al. 2020). In der zweiten Förderphase wurde die »Standortanalyse« in das Beratungs- und Qualifizierungskonzept der KGC Hamburg integriert und in der Beratung der LVS

Prävention angewendet und evaluiert (s. o.). Ergebnisse mündeten in die Weiterentwicklung des Beratungsinstruments sowie in die Entwicklung von Transferangeboten für weitere Stadtteile.



Abbildung 6.1-2: Das neue Instrument »Standortanalyse«. *Quelle: Medienmelange.*

Damit hat die HAG ein Instrument (mit)entwickelt und in den Hamburger lokalen Gesundheitsförderungsstrukturen angewendet, das die Koordinator*innen der LVS Prävention beim Auf- und Ausbau einer integrierten kommunalen Strategie unterstützt. Somit können diese die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwicklung einer IKS überprüfen bzw. selbst einschätzen, welche nächsten Schritte für den Aufbau notwendig sind (Wihofszky et al. 2021).

Das Instrument fördert die Vernetzung von Fachkräften, trägt zur Strukturierung und Transparenz in der Entwicklung integrierter kommunaler Strategien in Sozialräumen bei, schließt Wissenslücken und unterstützt die Umsetzungsprozesse. Die Evaluation hat die Bedeutung einer externen Prozessbegleitung und der KGC hervorgehoben. Im Zuge der Pandemie haben HAG und die Hochschule Esslingen eine digitale Version der Standortanalyse erarbeitet. Zukünftig wird die HAG die Anwendung in Hamburg ausweiten und auch auf Bundesebene Akteure für die qualifizierte Nutzung des Instrumentes schulen.

Diskussion

Im HAG-Arbeitsfeld Gesundheit in der Stadt fließen verschiedene Ansätze zusammen. Bestehende und Erfolg versprechende neue Aktivitäten, Programme und Strukturen werden miteinander vernetzt. Gemäß dem Anspruch, Parallelstrukturen zu vermeiden, Schnittstellen zu definieren und Vernetzung zu fördern, greift die HAG den Ansatz der Nationalen Präventionsstrategie auf, neue Aktivitäten so weit wie möglich mit bestehenden und Erfolg versprechenden Programmen und Strukturen zu verknüpfen. Kommunale Strukturen wurden dank neuer Programme und durch den Auf- und Ausbau von Strukturen (GKV-Programmbüro, Pakt für den ÖGD) gestärkt. Damit engagieren sich weitere Akteure im Handlungsfeld Kommune, mit denen die HAG kooperiert; das Spektrum an Angeboten für Begleitung und Information wird diverser. Die HAG wird ihren Beitrag dazu leisten, Transparenz zu fördern, Schnittstellen zu definieren, Verknüpfung herzustellen und Kooperationen zu fördern.

Mit der Beteiligung an dem Forschungsprojekt »Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien« (KEG) ist es der HAG gelungen, ein innovatives Instrument zu entwickeln, welches in die Strukturen und Strategien des Paktes für Prävention, der Landesrahmenvereinbarung und der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit gut integriert werden konnte. Die HAG wird im Rahmen ihrer projekt- und programmübergreifenden Arbeit die Übertragung des Instrumentes Standortanalyse auf weitere Settings wie z. B. Eingliederungshilfe oder weitere integrierte Vorhaben in der Stadt ermöglichen.

Des Weiteren fördert die HAG eine engere Kooperation zwischen den Akteur*innen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, der Behindertenhilfe und den Interessenvertretungen in Hamburg. Das Ziel ist es, Akteur*innen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention für die Bedarfe von Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren und über Strukturen und Angebote aus den Bereichen der Behindertenhilfe zu informieren – und umgekehrt. Um diesen Strukturaufbau zu befördern, ist geplant, eine Kompetenzstelle für inklusive Gesundheitsförderung in der HAG einzurichten.

Die Erfahrungen in der Coronapandemie haben gezeigt, wie wichtig Ansätze der adressatengerechten Kommunikation, der Lebensweltorientierung und des vernetzten Handelns sind. Mit den Programmen und Angeboten im Arbeitsbereich Gesundheit in der Stadt in der HAG konnten auch in dieser Zeit wichtige Impulse gegeben werden.

LITERATUR

- Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden
- Brand T, Gansefort D, Forberger S, Ubert T, Bröring E, Zeeb H (2017): Bewegungsförderliche Kommune? Bedarfsermittlung und Entwicklung lokaler Steuerungskapazitäten. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen II. Springer, Wiesbaden, S. 51–60
- GKV-Spitzenverband (2020): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH. <https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=13513>
- Göldner J, Hofrichter P, Trojan A (2018): Gesundheitsförderung und Prävention für und mit Menschen in belasteten Lebenslagen – die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München 2018, S. 299–309
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021). Kooperationserklärung. Veröffentlicht unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/?uid=2ffe9b9ca57afc7949b2de129488a357
- Koordinierungsgremium Landesrahmenvereinbarung Hamburg (2021). Umsetzungsempfehlungen »Lokale Vernetzungsstellen Prävention« in Hamburg. Ein Beitrag zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Hamburg (unveröffentlichtes Dokument)
- Lampert T (2018): Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. Aus Politik und Zeitgeschichte (APUZ), Nr. 24/2018, verfügbar unter www.bpb.de/apuz/270308/soziale-ungleichheit-der-gesundheitschancen-und-krankheitsrisiken.
- Landesrahmenvereinbarung Hamburg nach §20f SGB V (2016). www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/Geschaefsstelle_Landesrahmenvereinbarung/LRV_Endfassung_09082016.pdf
- Petersen-Ewert C, Trojan A (2018) Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG). In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 288–298
- Stender K-P (2018): Pakt für Prävention – gemeinsam für ein gesundes Hamburg! In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München 2018, S. 329–340
- Wihofszky P, Hofrichter P, Layh S, Jahnke M (2021): Transfer partizipativer Forschungsergebnisse in die Praxis. Das Beratungsinstrument Standortanalyse in der kommunalen Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 64(2), 199–206, www.doi.org/10.1007/s00103-020-03273-x
- Wihofszky P, Layh S, Jahnke M, Hofrichter P (2020): Appreciative Inquiry in der Partizipativen Gesundheitsforschung. Methodische Einblicke in eine Fallstudie im Stadtteil. S. 179–206 in: Hartung S, Wihofszky P, Wright MT (Hrsg.) (2020): Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Springer VS, Wiesbaden

6.2

Die Umsetzung des Bundes-Präventionsgesetzes im Stadtstaat Hamburg

*Birgitt Höldke, Katharina Hauschildt, Maja Jaeger,
Monika Püschl, Sandra Stridde*

Das Bundesgesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz, PräVG)¹¹ vom 25. 7. 2015 hat zum Ziel, die Zusammenarbeit von Akteuren in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes- und Länderebene zu verbessern. Dazu gehört die »Nationale Präventionskonferenz« (NPK)¹², deren Aufgabe es ist, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben (§§ 20 d und 20 e SGB V). Die Mitglieder der NPK umfassen die Sozialversicherungsträger, die private Kranken- und Pflegeversicherung, Sozialpartner sowie staatliche und zivilgesellschaftliche Akteure. Träger und gleichzeitig stimmberechtigte Mitglieder sind die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung. Als beratende Akteure einbezogen sind vier Bundesministerien, vier Länder, die Kommunalen Spitzenverbände, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialpartner, Patientenvertretungen und das Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 SGB V.

Das PräVG macht neue Vorgaben für eine akteursübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere zwischen den drei Sozialversicherungsträgern (Gesetzliche Kranken-, Renten- und Unfallversicherung) sowie staatlichen Stellen auf allen föderalen Ebenen. In den Ländern haben die zuständigen staatlichen Stellen mit den Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen zur Umsetzung, sogenannte Landesrahmenvereinbarungen nach § 20 f SGB V, geschlossen.

Für den Leistungsbereich Prävention werden die Sozialversicherungsvertreter, insbesondere die Krankenkassen, die ansonsten im Wettbewerb stehen, zur Zusammenarbeit verpflichtet. Eine Schwerpunktsetzung erfährt die Verhältnisprävention in den betrieblichen und »nicht betrieblichen« Lebenswelten. Hier fördern die Krankenkassen »im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst [...] insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen«. Außerdem wurden Begriffe, mit denen Akteure seit Jahrzehnten agieren, erstmals verbindlich definiert, so z. B. »Gesundheitsförderung« als »Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns«. Maßnahmen sollen so konzipiert sein, dass Menschen in »für die

11 www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1622733893284

12 www.npk-info.de/

Gesundheit bedeutsamen, abgrenzbaren soziale Systemen insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports«, also den *Lebenswelten* der Menschen, erreicht werden.

Um Betrieben den Zugang zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zu erleichtern, haben die gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage des § 20b Abs. 3 SGB V eine gemeinsame *BGF-Koordinierungsstelle* eingerichtet. Die Krankenkassen regeln weitere Einzelheiten zur Umsetzung untereinander in einer gesonderten Kooperationsvereinbarung.¹³

Die Landesrahmenvereinbarung (LRV) Hamburg – Programmatik und Strukturen

Zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie in Hamburg wurde im September 2016 eine LRV zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und Pflegekassen, der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau und dem Land Hamburg abgeschlossen,¹⁴ die Bundesagentur für Arbeit trat der Vereinbarung bei. Darin haben sich die Unterzeichnenden u. a. darauf verständigt, die Umsetzung des Präventionsgesetzes in Hamburg im Sinne integrierter kommunaler Handlungsstrategien (Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten) mit bewährten Programmen und Strukturen zu verknüpfen. Dazu gehören das Landesprogramm »Pakt für Prävention«,¹⁵ die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) (> 6.1 Hofrichter, Duwe et al.) und die ArbeitsschutzPartnerschaft¹⁶.

Die Umsetzung der LRV Hamburg wird vom »Strategieforum Prävention Hamburg«¹⁷ unter Federführung der für Gesundheit zuständigen Behörde strategisch gesteuert. Hier werden Rahmenvorgaben und inhaltliche Schwerpunkte festgelegt. Zugeordnet ist, entsprechend der Bundesrahmenempfehlung, ein »Koordinierungsgremium zur Umsetzung der LRV Hamburg« (KG LRV). Hier werden auf Fachebene Vorschläge

¹³ <https://bgf-koordinierungsstelle.de>

¹⁴ www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/Geschaeftsstelle_Landesrahmenvereinbarung/LRV_Endfassung_09082016.pdf

¹⁵ www.hamburg.de/contentblob/2346800/849686e092551268ca6a25ba4f43e959/data/pfp-kooperationsvereinbarung.pdf

¹⁶ www.hamburg.de/contentblob/2891644/69c5cc518c323d8f356c0eaf4c389a38/data/arbeitsschutzbericht-2005-auszug-aphh.pdf

¹⁷ IKK classic, Agentur für Arbeit Hamburg, BKK Landesverband NORDWEST, BARMER, Verband der Ersatzkassen e. V., Deutsche Rentenversicherung Nord, Techniker Krankenkasse, Gesundheitsamt des Bezirkes Eimsbüttel, DAK-Gesundheit, Knappschaft Bahn See, AOK Rheinland/Hamburg, der Vorsitz liegt bei der Gesundheitssenatorin.

von kommunalen Fachakteuren für Maßnahmen in Lebenswelten geprüft und die Umsetzung von Aktivitäten gesteuert. Angestrebt werden trägerübergreifend aufgestellte und gemeinschaftlich finanzierte Vorhaben.

Eine »Geschäftsstelle des Koordinierungsgremiums« ist bei der HAG in den Arbeitsbereich der »Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit« (KGC) integriert und wird finanziert durch die gesetzliche Krankenversicherung und das Land Hamburg. Die Geschäftsstelle berät Akteure zu konkreten Vernetzungsanfragen, begleitet das Antrags- und Beratungsverfahren für Gemeinschaftsprojekte und gewährleistet die Abstimmung von Empfehlungen (z. B. mit dem PfP oder dem »Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagement«).

Das Strategieforum Prävention spezifizierte in der konstituierenden Sitzung 2017 die in der LRV Hamburg vereinbarten Grundsätze. Aktivitäten in den Lebenswelten sind danach vorrangig auf Sozialräume bzw. auf klein- und mittelständische Betriebe auszurichten, in denen sozial benachteiligte Menschen oder besonders belastete Beschäftigte erreicht werden können. Inhaltlich liegt der Fokus auf der Verbesserung der psychosozialen Gesundheit unter Berücksichtigung von Bewegung und Ernährung.

Die Umsetzungsebene

Im Jahr 2018 legte das Koordinierungsgremium »Leitlinien für eine integrierte kommunale Gesundheitsförderungsstrategie« vor. Besondere Beachtung soll die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen finden. Alle verantwortlichen Ressorts der Landesverwaltung sowie der kommunalen Ebene (Bezirke) sind zu beteiligen. Alle Aktivitäten werden darauf ausgerichtet, ein umfassendes Netzwerk zu entfalten und gemeinsam finanzierte Vorhaben umzusetzen, welches an bestehende Strukturen und Angebote anknüpft, Erfolg versprechende neue Angebote generiert und den Akteuren ein abgestimmtes Handeln in einer Gesamtstrategie ermöglicht. Angestrebt wird der Aufbau von gesundheitsfördernden und präventive Aktivitäten im Sinne integrierter kommunaler Strategien (IKS)/Präventionskette.

Das Koordinierungsgremium tagt kontinuierlich viermal jährlich und arbeitet seit Mitte 2019 in thematischen Arbeitsgruppen:

- Projektförderung
- Lebenswelten/Kommune
- Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Betriebliche Gesundheitsförderung/Netzwerk Arbeitswelt.

In den Arbeitsgruppen werden externe Fachakteure einbezogen, um z. B. bezirkliche Expertise einzubinden.

Die seit 2019 aufgelegten Förderprogramme des GKV-Bündnis für Gesundheit¹⁸ zum »kommunalen Strukturaufbau« und das für »zielgruppenspezifische Interventionen« ergänzen die Umsetzung der von der NPK beschlossenen Leitlinien. Zwischen der Geschäftsstelle LRV und dem Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit findet regelmäßig ein Informationsaustausch statt, um Transparenz zu Projektanfragen zu gewährleisten und die verschiedenen Förderlogiken zu bündeln.

Trägerübergreifende, gemeinschaftlich finanzierte Vorhaben der LRV Hamburg

Seit 2016 wurde von den im Koordinierungsgremium vertretenen Sozialversicherungsträgern gemeinsam mit Landes- und Bezirksebene gemeinschaftlich finanzierte Vorhaben entwickelt, um die psychosoziale Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.¹⁹

(1) Handlungsfeld »Gesund aufwachsen«

Ausgehend von der seit Langem bestehenden Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung, wurde unter der Überschrift »Wir sind es uns wert« ein Prozess zur Entwicklung einer integrierten kommunalen Stadtteilstrategie zur Gesundheitsförderung in Lurup und am Osdorfer Born angestoßen. Zur Begleitung wurde ein »Arbeitskreis Seelische Gesundheit« etabliert.²⁰

Das Modellvorhaben »Gesund in Eimsbüttel: Quartiersbezogene Präventionsketten in Eidelstedt, Schnelsen-Süd und in der Lenzsiedlung« beruht auf einer Kooperationsvereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, dem Bezirksamt Eimsbüttel, der Sozialbehörde sowie der Johann Daniel Lawaetz-Stiftung. Mit dieser Akteurskonstellation sollen gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen direkt in den Lebenswelten wie Kita und Pflegeheim insbesondere sozial benachteiligte Menschen erreichen. Um die Weiterentwicklung zu unterstützen, wurde eine Lokale Vernetzungsstelle Prävention in Trägerschaft der Johann Daniel Lawaetz-Stiftung eingerichtet. Sie unterstützt seit September 2018 lokale Akteure in den drei Stadtteilen und koordiniert die Entwicklung von Präventionsketten.²¹

18 Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.

19 Eine Vorstellung der oben genannten gemeinschaftlich geförderten Projekte findet sich auch im Präventionsbericht 2020 für das Berichtsjahr 2019 unter »Highlights Hamburg: Psycho-soziale Gesundheit in jedem Lebensalter«. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevension___selbsthilfe___beratung/praevension/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf. Seite 27

20 <https://gesundheit.unser-lurup.de/wp-content/uploads/2020/01/IKS-final.pdf>; <https://gesundheit.unser-lurup.de/integrierte-kommunale-stadtteilstrategie/>

21 www.hamburg.de/eimsbuettel/kommunales-gesundheitsfoerederungsmanagement/13330394/gesund-in-eimsbuettel/

Das Projekt »Landungsbrücke 2 – Gestärkt in die Zukunft« basiert auf einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Krankenkassen, der Sozialbehörde, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, dem Hamburger Institut für Berufliche Bildung, dem Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, der Unfallkasse Nord sowie der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (> 6.3 Duwe, Gies et al.).

(2) Handlungsfeld »Gesund leben und arbeiten«

Das 2014 begonnene Modellprojekt von GKV, Sozialbehörde und Jobcenter zur *Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung* wurde 2016 im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit ausgeweitet und inhaltlich weiterentwickelt. Die Sozialbehörde finanziert eine individuelle Gesundheitsberatung, aus der die Teilnehmenden für die Inanspruchnahme der Präventionsangebote motiviert werden. Die operative Projektdurchführung erfolgt durch den Projektträger, die hamburger arbeit GmbH, deren Gesellschafterin die Sozialbehörde ist.²²

In einer gemeinsamen Initiative verständigten sich die zuständige Behörde des staatlichen Arbeitsschutzes (seit 2020 Behörde für Justiz und Verbraucherschutz), die Sozialversicherungsträger und das Bezirksamt Bergedorf 2019 darauf, den Zugang zu den Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Träger und Partner der LRV im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und das Bezirksamt Bergedorf unterstützen die Umsetzung. Der Aufbau eines »betrieblichen Gesundheitsnetzwerkes (Betriebspartnerschaften) in Hamburg-Bergedorf« mit einer zweijährige Förderlaufzeit begann Anfang 2021.²³

(3) Handlungsfeld »Gesund alt werden«

Das in Hamburg gut eingeführte Konzept des Hamburger Sportbundes zur Bewegungsförderung »Mach mit – bleib fit!« wird seit Herbst 2018 als Angebot für Menschen, deren soziale Situation eine Eigenbeteiligung an den entstehenden Kosten nicht ermöglicht, umgesetzt. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der Krankenkassen als Vorhaben der LRV. Zielgruppe sind Senior*innen, welche noch selbstständig im häuslichen Umfeld leben. Dabei werden die Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung wie Partizipation und niedrigschwellige Arbeitsweise berücksichtigt. Als Leistungserbringer sind die Stadtteilsportvereine tätig.²⁴ Eine dauerhafte Etablierung wird durch das Sportamt Hamburg ermöglicht werden.

²² www.hamburger-arbeit.de/gesundheitsberatung/

²³ <https://bgf-koordinierungsstelle.de/hamburg/>

²⁴ www.hamburger-sportbund.de/themen/sport-der-aelteren/mach-mit-bleib-fit

Strukturaufbau kommunale Gesundheitsförderung – Leitlinien für eine integrierte kommunale Gesundheitsförderungsstrategie

Der Ansatz einer sozialräumlich orientierten Gesundheitsförderung wird in Hamburg bereits seit 2009 in ausgewählten Stadtteilen durch ein Zusammenwirken des Landes mit einzelnen Krankenkassen umgesetzt. Daran anknüpfend, bauten die Partner der LRV die Lokalen Vernetzungsstellen Prävention (LVS) in allen sieben Hamburg-

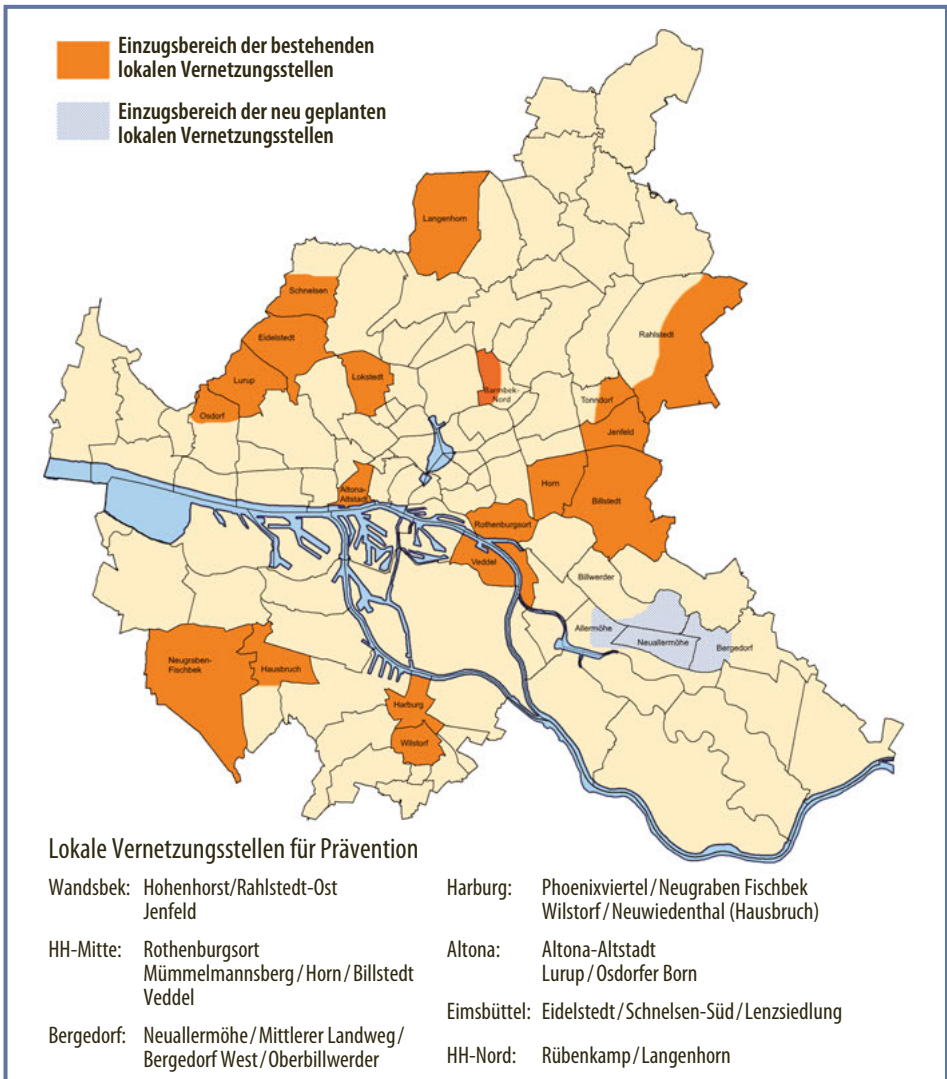


Abbildung 6.2-1: Lokale Vernetzungsstellen für Prävention und ihre Einzugsbereiche.

Quelle: Sozialbehörde Hamburg 2021.

ger Bezirken bis 2020 aus (Abb. 6.2-1). Seit 2019 fördert das GKV-Bündnis für Gesundheit Maßnahmen zum kommunalen Strukturaufbau. Derzeit wird ein Bezirk gefördert, zwei weitere arbeiten an der Antragstellung. Die Sozialbehörde und die Bezirke begleiten den kommunalen Strukturaufbau finanziell und fachlich.

Weiterentwicklung entsprechender Ziele der Nationalen Präventionskonferenz

Für die Konkretisierung der Ziele der Bundesrahmenempfehlung wird – entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in § 20 f SGB V – vorrangig auf die Landesrahmenvereinbarungen verwiesen, in denen zusätzlich regionale Erfordernisse berücksichtigt werden sollen. In der ersten weiterentwickelten Fassung der Bundesrahmenempfehlungen 2018 wurden ein übergreifendes Ziel zur Verstärkung von Steuerungsstrukturen und Vernetzungsprozessen sowie spezielle Ziele für die Zielgruppen erwerbstätige Menschen und arbeitslose Menschen ergänzt. Hamburg setzt dieses Prozessziel mit der Vernetzung der Maßnahmen im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung (s. Lokale Vernetzungsstellen Prävention sowie Betriebspartnerschaft Bergedorf) bereits um.

Bei der Umsetzung der NPK-Schwerpunktsetzung aus 2020 »Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege« baut das Koordinierungsgremium in Hamburg auf dem von der »AG Pflege« vorgelegten »Rahmen- und Kommunikationskonzept Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen« auf. Eine sozialräumliche Öffnung und Vernetzung der Einrichtungen wird angestrebt.

Fazit

Die bestehenden Strukturen, wie der Pakt für Prävention oder die Expertise der HAG, haben mit dem Präventionsgesetz an Bedeutung gewonnen. Die entwickelte Zusammenarbeit und die damit einhergehenden Erfahrungen haben zu einem gemeinsamen Verständnis der Träger beigetragen; stärker vernetzte Strukturen sind entstanden.

Eine Besonderheit stellt im Stadtstaat Hamburg das Strategieforum Prävention unter Federführung der zuständigen Fachbehörde dar. Mit der in Hamburg vereinbarten Arbeitsweise des Koordinierungsgremiums konnte eine kontinuierlich wachsende, vertrauensvolle Zusammenarbeit aufgebaut werden. Ein Informationsaustausch ist für alle beteiligten Akteure gegeben. Personelle Kontinuität wurde als Gelingensfaktor identifiziert. Die unterschiedlichen Förder- bzw. Finanzierungslogiken, Präventionsaufträge und Kriterienkataloge für die Umsetzung gemeinschaftlicher Maßnahmen bedingen die wesentlichen Herausforderungen.

Auch die bezirkliche Ebene verankert zunehmend Gesundheitsförderung im politischen Handeln. Unterstützend wirkt dabei das kommunale Strukturförderprogramm

des GKV Bündnis für Gesundheit, welches in Hamburg eine hohe Akzeptanz gefunden hat. Eine Weiterentwicklung und verstärkte Ausrichtung der Fachämter für Gesundheit auf Prävention und Gesundheitsförderung könnte mit Mitteln des von der Bundesregierung beschlossenen »Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst« weiter verfolgt werden.²⁵

6.3

Verbesserung der psychosozialen Gesundheit in jedem Lebensalter – Die Arbeit der HAG zur Umsetzung dieses Gesundheitsförderungs- und Präventionsziels

Claudia Duwe, Maria Gies, Svenja Rostosky, Simona Maltese

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) ist das landesweite Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung, das Akteure vernetzt, qualifiziert und sich für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung starkmacht. Unter dem Dach der HAG sind landes- und bundesweite Projekte und Programme angesiedelt (▷ 6.1 Hofrichter, Duwe et al.). Die HAG ist Bündnispartnerin des bundesweiten Aktionsbündnisses »Seelische Gesundheit«.²⁶ Die Stärkung der psychosozialen Gesundheit spielt in allen Arbeitsbereichen der HAG eine Rolle.

Die WHO definiert psychische bzw. psychosoziale Gesundheit²⁷ als »Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann« (WHO 2019, S. 1). Psychische Gesundheit wird »maßgeblich von sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und natürlichen Umweltfaktoren beeinflusst«, die sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren sein können (WHO 2019, S. 1). Das vom Pakt für Prävention empfohlene Gesundheitsförderungsziel »Verbesserung der psychosozialen Gesundheit in jedem Lebensalter und deren Rahmenbedingungen stärken« (Stender 2018, S. 339) hat das Strategieforum Prävention im März 2017 verabschiedet. Dieser Beitrag beschreibt HAG-Projekte und Programme mit Fokus auf die Förderung der psychosozialen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

25 www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html

26 www.seelichegesundheit.net/aktionsbuenndnis/

27 »Mental Health« wird in der Literatur auch mit dem Begriff »psychosoziale Gesundheit« übersetzt, vgl. beispielsweise die Gesundheitsziele Österreich (BMGF 2017, S. 47).

Schatzsuche



Abbildung 6.3-1: Siegel des Elternprogramms *Schatzsuche*.

Quelle: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) e. V.

Schatzsuche ist ein Elternbildungsprogramm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern und wird von dafür qualifizierten Fachkräften aus Kitas und Grundschulen in deren Einrichtungen angeboten. *Schatzsuche – Basis* wurde von 2010 bis 2013 entwickelt und von den gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg (GKV) gefördert. Hintergrund war der Anstieg psychischer Auffälligkeiten bei Kindern. Mit *Schatzsuche – Schule in Sicht* steht Fachkräften ein weiteres Elternprogramm zur Verfügung, das besonders den Übergang von der Kita zur Grundschule in den Blick nimmt. Das Programm wurde von August 2017 bis Juli 2020 mit Förderung der Techniker Krankenkasse entwickelt. Das praktische, handlungsnahе Konzept vermittelt Eltern und pädagogischen Fachkräften Wissen über das seelische Wohlbefinden von Kindern, fördert den Austausch untereinander und regt eine Selbstreflexion des pädagogischen Handelns und der eigenen Haltung an. Mit dem ressourcenorientierten Ansatz von *Schatzsuche* richtet sich der Fokus der Erwachsenen auf die Stärken und Schutzfaktoren der Kinder, um so deren Resilienz und langfristig ihr seelisches Wohlbefinden zu fördern.

Textbox 6.3-1: Niedrigschwelliger Ansatz Elternprogramm *Schatzsuche*

Die Elterntreffen sind so angelegt, dass möglichst alle Eltern die Chance haben, daran teilzunehmen. Eltern benötigen kein Vorwissen und müssen auch nicht lesen und schreiben können. Bilder und lebendige Methoden laden die Teilnehmenden dazu ein, sich z. B. über schützende Faktoren wie Bindung oder ein positives Selbstbild auszutauschen. Die Eltern unterstützen sich gegenseitig und tauschen Ideen aus, wie sie

ihre Kinder stärken können. So stehen sie selbst als Expert*innen für ihre Kinder im Mittelpunkt. Um eine geschützte Atmosphäre zu schaffen, wird zu Beginn der Rahmen anhand sogenannter Haltungskarten (Abb. 6.3-2) besprochen.

In einer an die Seefahrt angelehnten Bildsprache umfasst das Elternprogramm *Schatzsuche Basis* u. a. folgende Teilthemen:

- Die Schatzsuche beginnt – Gemeinsam anfangen
- Spurensuche – Entwicklung von Kindern verstehen
- Eine Kiste voller Gefühle ...
- Bei Wind und Wetter ...
- Große und kleine Schätze ...

Teilthemen im Elternprogramm *Schule in Sicht* lauten u. a.:

- Land in Sicht – Der Übergang in die Schule
- Leinen los – Vom Beschützen und Loslassen
- Sicherer Hafen – Rüstzeug für die Reise.



Abbildung 6.3-2: Zwei Haltungskarten des Elternprogramms *Schatzsuche*:

»Alle an Bord!« und »Nicht mitmachen erlaubt!« Quelle: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) e. V., MedienMélange, Anna Marie Eisen.

Schatzsuche hat sich in Hamburg und bundesweit etabliert und wird aktuell in elf Bundesländern umgesetzt. Bis Ende 2021 haben sich in Hamburg 300 Fachkräfte aus 120 Einrichtungen (bundesweit 1.608 aus 742 Einrichtungen) zu *Schatzsuche*-Referent*innen qualifiziert. 1.439 (bundesweit über 8.000) Fachkräfte wurden durch Inhouseschulungen erreicht. *Schatzsuche* besteht aus drei Bausteinen:

- Weiterbildung für pädagogische Fachkräfte aus Kita und Schule
- Elternprogramm mit themenspezifischen Treffen
- Medienpaket mit Materialien zur Durchführung.

Kern eines jeden Treffens ist es, die Kinder mit ihren individuellen Bedürfnissen und Stärken in den Mittelpunkt zu stellen. Der veränderte Blick der Erwachsenen wirkt sich positiv auf das seelische Wohlbefinden der Kinder und der Eltern aus. Die Eltern finden eigene Lösungen, die zu ihnen und ihren Kindern passen. Besonderen Stellenwert haben die niedrigschwelligen Zugangswege für die Eltern: einfache, bildhafte Ansprache, weitgehender Verzicht auf Schrift, Schaffung einer wertschätzenden Atmosphäre, überschaubare Struktur, Kinderbetreuung, gemeinsame Essenspause, freiwillige und selbstbestimmte Teilnahme.

Schatzsuche wurde auf Grundlage der Kriterien guter Praxis des Kooperationsverbundes für gesundheitliche Chancengleichheit (2017) (im Nachfolgenden: Kriterien guter Praxis) sowie des GKV-Leitfadens (GKV Spitzenverband 2020) entwickelt. Die Qualitätskriterien leiten bis heute die Ausrichtung der Programme. *Schatzsuche – Basis* wurde während der Modellphase durch das Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) (Pawils & Atabaki 2012) evaluiert. Die Erzieher*innen bewerteten das Elternprogramm insgesamt mit der Schulnote 1,5 sehr positiv. Eingeflossen sind unter anderem die Beteiligung und die Materialien. *Schatzsuche – Schule in Sicht* wurde in der Modellphase in Form einer partizipativen Begleitforschung durch die Berlin School of Public Health, Alice Salomon Hochschule (Geene 2021), evaluiert.

Landungsbrücke 2



Abbildung 6.3-3: Logo des Projekts *Landungsbrücke 2*.

Quelle: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) e. V.

Landungsbrücke 2 ist ein Projekt zur Förderung des seelischen Wohlbefindens junger Menschen im Übergang von der Schule in Beruf oder Ausbildung. Um junge Menschen in dieser Übergangsphase zu unterstützen, entwickelte die HAG im Auftrag des Koordinierungsgremiums der Landesrahmenvereinbarung Hamburg (LRV Hamburg) das Projekt *Landungsbrücke 2 – Gestärkt in die Zukunft*. Die Basis lieferten zum einen

die Ergebnisse des HAG-Modellprojekts *Landungsbrücke – Übergänge meistern!* Zum anderen dienten die Kriterien guter Praxis sowie der GKV-Leitfaden für Prävention als Grundlagen für die Entwicklung. Das Projekt wurde gemeinsam mit den Kooperationspartner*innen entwickelt und an vorhandene Strukturen angedockt.

Im Fokus von *Landungsbrücke 2* steht die niedrigschwellige und praxisnahe Vermittlung von Fachwissen und Handwerkszeug, um Fachkräfte darin zu unterstützen, die psychosozialen Ressourcen sowie die Resilienz von jungen Menschen zu fördern. Die Projektbausteine richten sich an Fachkräfte der dualisierten Ausbildungsvorbereitung (AvDual) und/oder der dualisierten Ausbildungsvorbereitung für Migrant*innen (AvM-Dual).²⁸ AvDual und AvM-Dual gehören zum Regelsystem der Ausbildungsvorbereitung in Hamburg und richten sich an schulpflichtige Jugendliche ohne Anschlussperspektive bzw. schulpflichtige neu zugewanderte und geflüchtete junge Menschen.

Landungsbrücke 2 setzt sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene an. Die Fachkräfte nehmen an einer Fortbildungsreihe teil, die einerseits Fachwissen vermittelt, andererseits die Planung eines Praxisvorhabens beinhaltet. Die Schulen wählen eigenständig ein Praxisvorhaben aus, das sie an ihrer Schule umsetzen. Dabei werden sie begleitet und bei Bedarf unterstützt. Im Fokus stehen dabei die Förderung des seelischen Wohlbefindens und dessen strukturelle Verankerung. Beispiele für Praxisvorhaben sind ein Resilienzbakasten für Kolleg*innen, regelmäßige Achtsamkeits- und Yogaeinheiten im Unterricht oder die Gestaltung eines Schulgartens gemeinsam mit Schüler*innen. Ein Methodentool und regelmäßiger Fachaustausch unterstützen die Fachkräfte bei der Übertragung der Inhalte in die Praxis.

Textbox 6.3-2: *Landungsbrücke 2*, »Schulgarten stärkt Selbstwirksamkeit«

Eine Schule legte einen Schulgarten an. Das Thema wurde fächerübergreifend in den Unterricht implementiert, beispielsweise Flächenberechnung in Mathematik oder die Beschreibung des Traumgartens in Deutsch. Jede*r Schüler*in erhielt eine Aufgabe und plante und gestaltete eigenständig: Wo kommen Wege hin, wo die Beete, und was sollte gesät und gepflanzt werden. Die praktische Umsetzung ihrer Ideen bewirkte, dass sie sich aktiv mit ihrer Umgebung auseinandersetzten und als Gruppe arbeiteten. Durch das eigenverantwortliche gestalterische Arbeiten in und mit der Natur stärken die Jugendlichen ihre Selbstkompetenzen wie Selbstwirksamkeit, Verantwortungsgefühl, Frustrationstoleranz, Ausdauer oder die Fähigkeit zur Selbstregulation.

²⁸ AvDual in Hamburg: <https://hibb.hamburg.de/bildungsangebote/berufsvorbereitung/berufsvorbereitungsschule/die-dualisierte-ausbildungsvorbereitung/>, AvM-Dual in Hamburg: <https://hibb.hamburg.de/bildungsangebote/berufsvorbereitung/berufsvorbereitungsschule/bildungsangebote-fuer-migrantinnen-und-migranten/>

Im Fokus des Projekts stehen diese Kriterien guter Praxis: *Landungsbrücke 2* arbeitet nach dem Multiplikator*innenansatz und unterstützt Fachkräfte darin, die vermittelten Inhalte möglichst niedrigschwellig – nach dem Settingansatz – und nachhaltig in die Strukturen ihrer Schulen zu integrieren. Akteure der Lebenswelt beteiligten sich an der Projektentwicklung und der zielgruppenspezifischen Gestaltung der Projektbausteine. Eine stetige, partizipative Weiterentwicklung der Projektbausteine mit den Teilnehmenden berücksichtigt deren Bedarfe und knüpft an ihrer Expertise an.

Landungsbrücke 2 wird als Gemeinschaftsprojekt für drei Jahre gefördert (bis April 2022). Folgende Akteure sind beteiligt: Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde), Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Landesverband Nordwest, Gesetzliche Krankenkassen/-verbände in Hamburg, Hamburger Institut für Berufliche Bildung, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung; Unfallkasse Nord.

AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH begleitet das Projekt, die Evaluationsergebnisse werden zum Ende des Projekts veröffentlicht.

Mental Health First Aid



Abbildung 6.3-4: Logo des Programms *Mental Health First Aid*. Quelle: MHFA Ersthelfer.

Mental Health First Aid (MHFA) ist ein weltweit eingesetztes, lizenziertes, evidenzbasiertes und gemeinnütziges Programm, das in Erste-Hilfe-Kursen das Wissen und die Fertigkeiten für Laien vermittelt, einer Person mit psychischen Gesundheitsproblemen beizustehen, bis professionelle Hilfe verfügbar ist. MHFA wurde in Australien im Jahr 2000 entwickelt. Weltweit sind mehr als vier Millionen Ersthelfende in 26 Ländern ausgebildet worden. Das Programm wird seit 2019 unter dem Namen *MHFA Ersthelfer* in Trägerschaft des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim und in Partnerschaft mit der Beisheim Stiftung in Deutschland verbreitet.

Die HAG führt seit 2020 die Ausbildung von Ersthelfer*innen durch. Die Sozialbehörde hat die Ausbildung von Ersthelfenden im Rahmen des Paktes für Prävention finanziell gefördert. Die HAG verbreitet die Information zu MHFA über ihre Netz-

werke und Strukturen und ist mit verschiedenen Akteur*innen wie z. B. psychenet (Makowski et al. 2018) im Austausch zu dem Angebot. Die HAG bietet zusätzlich moderierte Treffen zum Erfahrungsaustausch an. Die Psychotherapeutenkammer unterstützt diesen Austausch bei Bedarf fachlich.

Für die Therapie und den Krankheitsverlauf spielt die Früherkennung von psychischen Krisen und Erkrankungen eine wichtige Rolle (Lambert et al. 2013). Oft sind es Personen aus dem sozialen Umfeld, die psychische Gesundheitsprobleme bei nahestehenden Personen wahrnehmen. Da nach wie vor viele Unsicherheiten und Vorurteile im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bestehen (Angermeyer, Matschinger et al. 2017), ist Gesundheitswissen zu Frühsymptomen, Krisen und zu Behandlungs- und Unterstützungsangeboten für betroffene Menschen und das soziale Umfeld notwendig.

Das Ziel von *MHFA Ersthelfer-Kursen für psychische Gesundheit*, die analog zu einem körperlichen Erste-Hilfe-Kurs entwickelt wurden, ist es, dass jede*r Erste Hilfe für psychische Gesundheit leisten kann. Die Laien erwerben in dem Kurs Wissen und Fähigkeiten, Menschen zu unterstützen, die ein psychisches Gesundheitsproblem haben oder sich in einer Krise befinden, bis angemessene professionelle oder Selbsthilfe verfügbar ist oder die Krise abgeklungen ist (Kitchener & Jorm 2002).

Den Kooperationspartner*innen ist es wichtig, dass durch diesen niedrigschwelligen Ansatz betroffene Menschen mithilfe von Lots*innen so früh wie möglich Kontakt zu den in Hamburg bestehenden Hilfsangeboten bekommen. Die Kernelemente der zwölfstündigen Kurse sind:

- frühes Erkennen psychischer Gesundheitsprobleme durch den Erwerb von Basiswissen
- Erkennen von Krisen und Beistand in Notfallsituationen
- Unterstützung Betroffener und Anbieten evidenzbasierter Maßnahmen
- Aktivieren von Selbsthilfemaßnahmen und des sozialen Netzes.

Wissenschaftliche Publikationen (Morgan, Ross et al. 2018) belegen, dass der Ersthelferkurs das Wissen über psychische Gesundheit verbessert und stigmatisierende Haltungen reduziert. Zudem hilft er Menschen dabei, Anzeichen und Symptome psychischer Störungen zu erkennen, zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Das MHFA-Programm erfüllt verschiedene Elemente der Kriterien guter Praxis, es ist ein evidenzbasiertes Peer-to-Peer-Programm, das von professionellen Expert*innen und Betroffenen gemeinsam entwickelt wurde. Es nutzt einen Multiplikator*innenansatz, in dem Laien dazu ausgebildet werden, niedrigschwellig durch das Hilfesystem aus professionellen Angeboten und Selbsthilfe zu lotsen. Es stärkt das Gesundheitswissen und trägt zur Entstigmatisierung bei (a. a. O.).

Fazit und Ausblick

Die HAG entwickelt ihre Arbeit zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit in jedem Lebensalter in verschiedenen Settings und Altersgruppen kontinuierlich mit verschiedenen Kooperationspartner*innen weiter. Die HAG greift aktuelle Tendenzen und neue Impulse für die Weiterentwicklung bestehender Programme und Projekte auf. Die dargestellten Projekte und Programme erfüllen verschiedene Qualitätskriterien: Förderung der Gesundheitskompetenz, Ressourcenorientierung, niedrigschwellige Zugänge, Beteiligung der Adressat*innen am Entwicklungsprozess, Multiplikator*innenansatz, Nachhaltigkeit (im Sinne von Langzeitperspektive) und kontinuierliche Evaluationsprozesse.

Die Elternprogramme *Schatzsuche – Basis* und *Schatzsuche – Schule in Sicht* werden bundesweit eingesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt. Die HAG arbeitet gemeinsam mit den Kooperationspartner*innen daran, im Rahmen von *Landungsbrücke 2* in den teilnehmenden Schulen dauerhafte Strukturen zu schaffen und die Projektbausteine gegebenenfalls in andere Settings der Berufsvorbereitung zu übertragen. Zielgruppenspezifische Kurse zur Ersten Hilfe für psychische Gesundheit werden entsprechend dem Einführungsstand in Deutschland auch an der HAG durchgeführt. Zunehmend ist die HAG im Bereich inklusiver Gesundheitsförderung aktiv und wird Fachakteure zum Thema psychosoziale Gesundheit für Menschen mit Behinderung qualifizieren und vernetzen. Die HAG plant, ihr Engagement im Zusammenhang mit der Förderung der psychosozialen Gesundheit für ältere Menschen zu verstärken. Um die Rahmenbedingungen für psychosoziale Gesundheit zu fördern, setzt sich die HAG für die Stärkung des Ansatzes »Health in all Policies« (HiAP) ein, da Gesundheit in den Verantwortungsbereichen aller Politikfelder liegt.

LITERATUR

Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G (2017): 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 2017; 44(07):377-392

BMGF/Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsziele Österreich Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung (2. Auflage). Wien. https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf

Geene R (2021): Modellprogramm Schatzsuche – Schule in Sicht (SiS), Förderung des seelischen Wohlbefindens von Familien beim Übergang von der Kita in die Schule, Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitforschung, Berlin: Berlin School of Public Health

GKV-Spitzenverband (2021): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2021_Leitfaden_Praevention_komplett_P210177_barrierefrei3.pdf

Kitchener BA, Jorm AF (2002): Mental Health First Aid Training for the Public: Evaluation of Effects on Knowledge, Attitudes and Helping Behavior. *BMC Psychiatry* 2002; 2:10

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (2. Auflage). www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/

Lambert M, Bock T, Naber D, Löwe B, Schulte-Markwort M, Schäfer I et al. (2013): Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – Teil 1. Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. In: *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 81(11), Verlag Georg Thieme, Stuttgart, S. 614–627

Makowski AC, Härter M, Lambert M, von dem Knesebeck O (2018): Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychenet). Aufbau, Ziele und Erfahrungen aus der Prozessevaluation. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg – Bestandsaufnahme und Perspektiven*. oekom verlag, München, S. 463–469

Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ (2018): Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE* 13(5): e0197102

Pawils S, Atabaki A (2012): Evaluation des Modellprojekts »Schatzsuche« – Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in Kindertagesstätten (Endbericht). Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Stender KP (2018): Pakt für Prävention – gemeinsam für ein gesundes Hamburg! In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg – Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 329–339

WHO/Weltgesundheitsorganisation Regional Office for Europe (2019): Psychische Gesundheit – Faktenblatt. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf

6.4

Selbsthilfeunterstützung: neue Wege in Hamburg

Christa Herrmann, Anke Heß, Frank Omland, Alf Trojan

Die erste Hamburger Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) entstand aus einem 1979 begonnenen Forschungsprojekt am Universitätskrankenhaus Eppendorf (Institut für Medizinsoziologie). Somit blickt die Selbsthilfeunterstützung in der Hansestadt auf eine 40-jährige Entwicklungsgeschichte zurück (Trojan & Estorff-Klee 2004, Kofahl & Trojan 2018).²⁹

Die vier heutigen Selbsthilfekontaktstellen von KISS Hamburg verteilen sich auf die Bezirke Altona, Harburg, Hamburg-Mitte und Wandsbek und sind in der Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbands Hamburg e. V. Was sind die Aufgaben?

²⁹ www.kiss-hh.de

- Wir informieren und beraten Menschen, die an Selbsthilfe interessiert sind, im direkten Kontakt und am Selbsthilfetelefon.
- Wir vermitteln Interessierte an die über 1.000 Selbsthilfeszusammenschlüsse in Hamburg.
- Wir helfen bei der Neugründung von Selbsthilfegruppen.
- Wir unterstützen bestehende Selbsthilfegruppen und -organisationen.
- Wir pflegen eine umfangreiche Datenbank mit Informationen über die Hamburger Selbsthilfeszusammenschlüsse und weiteren Hinweisen.
- Wir arbeiten mit Fachleuten, Einrichtungen und Institutionen zusammen.
- Wir verwalten die Finanzmittel des »Selbsthilfegruppen-Topfs« in Hamburg und beraten zur finanziellen Förderung von Selbsthilfegruppen.
- Wir werben für die Idee der Selbsthilfe und versuchen, ein selbsthilfefreundliches Klima in Hamburg zu schaffen.

Über diese allgemeinen, kontinuierlich zu leistenden Aufgaben hinaus verfolgen wir als Selbsthilfekontaktstelle das Ziel, kreativ und innovativ die Arbeit an neue Bedarfe und Wünsche aus Selbsthilfe und Gesellschaft anzupassen.

Innovative Projekte und Kooperationen der letzten Jahre

Wir von KISS Hamburg führen regelmäßig neue Projekte und Kampagnen durch, von denen wir an dieser Stelle einige vorstellen möchten.

Selbsthilfeunterstützung für Migrantinnen und Migranten (2008–2015)

Ein Teil der migrantischen Bevölkerung ist von chronischen Krankheiten betroffen, zu denen es auch Selbsthilfegruppen gibt (Kofahl u. a. 2009). Diese Tatsache war der Hintergrund für die Entstehung des Modellprojekts »Weiterentwicklung der Selbsthilfeunterstützung für Migrantinnen und Migranten in Hamburg« im Oktober 2008 (KISS Hamburg 2014). Ziel des Projekts war es, die bisher sehr stark »deutsch« geprägten Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen interkulturell zu öffnen. Professionelle wie Selbsthilfeaktive stellten sich hierzu u. a. die Fragen: Wie können wir für mehr Offenheit gegenüber Religionen und Kulturen sorgen? Welches Verständnis besteht in anderen Kulturen zu Themen von Krankheit und Gesundheit? Ist gruppenbezogene Selbsthilfe überhaupt bekannt?

Im Projekt wurden die Zugangswege von Migrant*innen zur Selbsthilfe erforscht und Zugangsbarrieren ausgemacht (u. a. Sprache, fehlende gemeinsame Begegnungsorte), um die gewonnenen Erkenntnisse zu nutzen. Hilfreich waren dabei die Integration der Projektmitarbeiterin in die direkte Selbsthilfeunterstützungsarbeit und ein

»runder Tisch«, in dem die Themen Austausch und Vernetzung kontinuierlich im Vordergrund standen.³⁰ Die Praxis zeigte, dass dauerhafte Lösungen in der Selbsthilfeunterstützung im Bereich Migration erreicht werden können, wenn es gelingt, in den jeweiligen muttersprachlichen Communitys vor Ort aktive Ansprechpartner*innen zu gewinnen, die eigenständig für die gruppenbezogene Selbsthilfe werben (Szmidt 2015a und b). Weiterhin haben sich als hilfreich erwiesen: persönliche Präsenz auf Veranstaltungen von Migrantenselbstorganisationen (MSO), der Transfer des wenig bekannten Begriffes »Selbsthilfegruppe« in den jeweiligen kulturellen Hintergrund und Kontakte zu muttersprachlichen Mediziner*innen als Türöffner*innen.



Abbildung 6.4-1: Kampagne »Gemeinsam statt einsam«.

Quelle: Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e. V., Hamburg 2015.

Aktuell zählen wir in Hamburg 43 mehrsprachige bzw. migrantische Gruppen und Verbände, die meisten im Bereich der Suchtselbsthilfe (hier insbesondere russisch-, polnisch- und englischsprachig sowie persisch/farsi), gefolgt von Themen aus dem Bereich der psychischen Belastungen. Tatsächlich findet interkulturelle Begegnung auch in den deutschsprachigen Gruppen statt, doch wie häufig dies eine Rolle spielt, ist nicht bekannt.³¹ Das gesellschaftliche Ziel, mehr interkulturelle Öffnung zu erreichen, ist auf jeden Fall auch das Engagement durch Selbsthilfekontaktstellen wert.

³⁰ Film *Impressionen aus der kultursensiblen Selbsthilfe*. www.youtube.com/watch?v=hntsRvnKpT8, mehrsprachiger Flyer: *Was ist eine Selbsthilfegruppe?*

³¹ Laut SHILD-Studie (Kofahl u. a. 2016) hat durchschnittlich eine von 21 Personen in den Hamburger SHG migrantische Wurzeln.

Kampagne für die Selbsthilfe (2015): Film *Du auch hier?* (2019)³²

2015 haben wir mit unserer Kampagne für die Selbsthilfe gezeigt, dass Menschen durch ihre Teilnahme an Selbsthilfegruppen viel für die eigene und die Gesundheit anderer tun können. Neben einer Hamburg-weiten Plakataktion und der Erstellung von – gut akzeptierten – Gratispostkarten³³ produzierten wir fünf Kurzvideoclips. Hier stellen fünf Frauen und Männer in kurzen Interviews ihre Gruppe vor und schildern ihre ganz persönlichen Erfahrungen. Die Themen reichen von Seh- bzw. Hörbehinderung über ADHS bis zur Nierenselbsthilfe.³⁴ Alle Clips wurden auch in einer Version mit Gebärdendolmetschen und Audiodeskription gedreht.

Im Rahmen der vom Paritätischen Wohlfahrtsverband initiierten bundesweiten ersten Aktionswoche Selbsthilfe 2019 produzierten wir ergänzend den Animationsfilm *Du auch hier?*, der als einminütiger Clip insbesondere selbsthilfeferne Menschen erreichen sollte. Die erste Resonanz in vier öffentlichen Kinovorstellungen fiel sehr positiv aus, und bis heute setzen wir alle genannten Filme erfolgreich in unserer Arbeit ein.

Gemeinsam – ein Selbsthilfecomic (2020)

Ähnlich wie bei den Filmclips ging es auch im Herbst 2020 darum, vor allem selbsthilfeferne Menschen mit Selbsthilfethemen in Berührung zu bringen. 14 Illustrator*innen nahmen Kontakt zu Selbsthilfegruppen auf und zeichneten Szenen aus dem Alltag der Gruppen bzw. mit Bezug zu den jeweiligen Krankheiten. Die positive Resonanz hat dazu geführt, dass wir aktuell weiterhin Comicseiten in der Selbsthilfezeitung abdrucken. Mit dem Zugang über das Medium Comic haben wir einen neuen Weg beschritten, der einen Teil der jüngeren Menschen und der Graphic-Novel-affinen Menschen angesprochen hat.³⁵



Abbildung 6.4-2: Cover von *Gemeinsam. Ein Selbsthilfecomic*.

Quelle: Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. (Hrsg.) 2020.

³² Wir bedanken uns bei den gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg, die diese Aktion finanziell gefördert haben.

³³ Auf der Vorderseite stehen Zitate aus der Selbsthilfe: »Eine/r für alle – alle für eine/n«, »Du bist anders. Wir auch.«, »Gemeinsam statt einsam«, »Wo ich meine Witze nicht erklären muss«, »Es gibt mehr von dir, als du denkst«.

³⁴ www.kiss-hh.de/materialien/mediathek oder ein Beispiel auf der Plattform Vimeo: <https://vimeo.com/144672680>

³⁵ Der kostenlose 32-seitige Comic sowie ein 20-seitiger Nachfolgecomic sind verfügbar unter: www.kiss-hh.de/materialien/flyer-co und können auch bei KISS als Druckausgabe bestellt werden.



Abbildung 6.4-3:
Drei Auszüge aus
Gemeinsam. Ein Selbsthilfecomic.
Quelle: Der Paritätische Wohlfahrts-
verband Hamburg e. V. (Hrsg.) 2020.

Kooperationen

Kooperationen mit Institutionen, Selbsthilfeorganisationen und anderen Einrichtungen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen sind ein wichtiges Element für Innovation und neue Wege. Dass wir dabei stets die Selbsthilfeaktiven als Expert*innen in eigener Sache von Anfang an einbeziehen, ist ein Grundsatz unserer Arbeit. Um Bürger*innen, Multiplikator*innen und Interessierte auf Selbsthilfe aufmerksam zu machen, nutzen wir unterschiedliche Formate. Mit den bezirklichen Gesundheitsämtern in Altona, Eimsbüttel und Bergedorf veranstalten wir Gesundheitsgespräche, in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung ist KISS Hamburg im Vorstand vertreten, als Gründungsmitglied im Harburger Bündnis gegen Depression halten wir jährliche Fachveranstaltungen ab, als Mitglied im Ausschuss der Ärztekammer zur Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen beteiligen wir uns an der Organisation des jährlichen Selbsthilfeforums, in Kooperation mit der Hamburger Krebsgesellschaft führen wir Fachgespräche und Veranstaltungen durch. Mit Hamburger Pflegestützpunkten, unterschiedlichen Kliniken, der Gesundheitsakademie des Universitätskrankenhauses Eppendorf, der Psychotherapeutenkammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und der »hamburger arbeit«³⁶ entwickeln wir Veranstaltungsformate, die möglichst dialogisch ausgerichtet sind und für alle Menschen erreichbar sein sollen.

³⁶ www.hamburger-arbeit.de

Außerdem beteiligen wir uns an unterschiedlichen Fachgremien wie z. B. den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in Altona und Wandsbek, Fachausschüssen der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen oder stadtteilspezifischen Netzwerken wie dem Billenetz³⁷. Als Interessenvertretung für die Selbsthilfe auf Landesebene ist KISS Hamburg in unterschiedlichen Gremien wie z. B. der Landeskonferenz für pflegerische und gesundheitliche Versorgung, dem medizinischen Dienst Nord und dem Patientenforum Hamburg (>4.3 Trojan) vertreten. Auf der Bundesebene vertritt KISS Hamburg in Fachgremien und im Länderrat der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Selbsthilfegruppen die Interessen der Selbsthilfe.

Laufende Projekte

Im Herbst 2015 führten wir einen Expert*innenworkshop unter dem Motto »Die Zukunft im Blick – Selbsthilfe 2025« durch. Ein zentrales Ergebnis war, dass die Zugangswege zur Selbsthilfe erweitert und die Motivation zur Teilnahme an Selbsthilfe erhöht werden sollten.

Projekt »Neue Wege in der Selbsthilfe« (2016–2022)

Die Gewinnung neuer Mitglieder, der zu bewältigende Generationswechsel, die Aktivierung von eher selbsthilfefernen Personenkreisen und der Umgang mit digitalen und sozialen Medien erfordern eine Auseinandersetzung mit bestehenden und neuen Zugangswegen in der Selbsthilfe. Vor diesem Hintergrund hat KISS Hamburg gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg ein Projekt initiiert, das mit einer Befragung zur Attraktivität bestehender Zugangswege und Begegnungsmöglichkeiten begann. Vor allem die Antworten der unter 40-Jährigen zeigten, dass eine Erweiterung der Online- bzw. Social-Media-Angebote erforderlich ist (Heß 2019).

Ergänzend bietet das vierteljährliche Forum »Neue Wege in der Selbsthilfe«³⁸ Interessierten die Möglichkeit, sich über die Zukunft der Selbsthilfe auszutauschen und praktische Handlungsoptionen für ihre Arbeit zu gewinnen, u. a. zu sozialen Medien, Onlineforen, Blogs, Apps, Podcasts, Onlinemoderation, Generationswechsel und Organisationsentwicklung in der Selbsthilfe.

Als zentrales Ergebnis des Projekts wurde gemeinsam mit Akteuren der Selbsthilfe eine App für KISS Hamburg entwickelt und im Februar 2020 im Haus des Sports präsentiert. Als Erweiterung der bestehenden Onlineangebote (Websites, Newsletter und Facebook-Seite) soll die gut angenommene KISS-Hamburg-Selbsthilfe-App einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichen, die wichtigsten Informationen und Termine bün-

37 www.billenetz.de

38 www.kiss-hh.de/ueber-uns/projekt-neue-wege/veranstaltungen

deln, interaktive Anreize bieten sowie insgesamt die Erreichbarkeit von KISS Hamburg weiter erhöhen. Die Plakataktion »Selbsthilfe für unterwegs – KISS Hamburg Selbsthilfe-App«³⁹ soll die Reichweite der App weiter erhöhen und darüber hinaus in Arztpraxen und sozialen Einrichtungen einen direkten Zugang zu den Selbsthilfegruppen sowie den Unterstützungsangeboten von KISS Hamburg bieten.

Abbildung 6.4-4:

Selbsthilfe für unterwegs:

KISS-Hamburg-Selbsthilfe-App.

Quelle: Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e. V., Hamburg 2020.



Seit Beginn der Pandemie wurden weitere digitale Formate (Videolivestream, Webinar, Chat, Podcast) erfolgreich erprobt und die Funktionen der App weiter ausgebaut. Die Kommunikation mit Betroffenen wurde durch datenschutzkonforme Chaträume für Selbsthilfegruppen erweitert. Gruppen können die Pinnwand und die Mediathek für Werbung in eigener Sache nutzen. Der offene Chatkanal »Selbsthilfe« bietet die Möglichkeit, sich mit der Community auszutauschen und Betroffene über Push-Kanäle direkt zu erreichen. Bis September 2022 sollen weitere neue Begegnungsmöglichkeiten erprobt werden, die auch an zukünftige Bedarfe angepasst sind.⁴⁰

39 www.kiss-hh.de/fileadmin/redakteur/6-ueber-uns/Plakat_NWSH_App.pdf; das Plakat kann unter selbsthilfeprojekt@paritaet-hamburg.de bestellt werden.

40 www.kiss-hh.de/ueber-uns/projekt-neue-wege/ueber-das-projekt

App Barrierefreiheit in Hamburger Arztpraxen

Die Kennzeichnung von Arztpraxen in Sachen Barrierefreiheit ist oft unvollständig, fehlerhaft und missverständlich. Grundlage eines mit der Patienten-Initiative e. V.⁴¹ durchgeführten Projekts (finanziert von der AOK Rheinland/Hamburg und seit 2020 der Gesundheitsbehörde) ist eine mit Betroffenenverbänden gemeinsam entwickelte Checkliste, mit der die Praxen bewertet werden können. Dabei geht es beispielsweise um die Maße einer Fahrstuhlkabine oder die Regelung zur Mitnahme eines Blindenführhundes.

In Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg, der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Gesundheitsbehörde (Patienten-Initiative 2019) wurde eine digitale Lösung zur Arztsuche in Form einer webApp entwickelt.⁴² Darin werden die bei der persönlichen Begehung erhobenen Daten erfasst und nach der Freigabe durch die jeweilige Praxis Patient*innen zur Verfügung gestellt. Bisher konnten wir knapp 200 Arztpraxen aufnehmen.

Einen großen Schub bekam das Projekt durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz von 2020. Danach müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Terminservicestellen auch Informationen zur Barrierefreiheit bereitstellen. Eine Finanzierung des Projektanliegens über das Jahr 2021 hinaus wird angestrebt. Gespräche zur einer möglichen Integration in das geplante Kompetenzzentrum zur Barrierefreiheit (> 6.5 Clauss, Giese et al.) haben bereits stattgefunden. Es wäre aus unserer Sicht der geeignete institutionelle Rahmen für das Querschnittsthema Barrierefreiheit in Hamburg.

Ausblick

Im Mai 2019 feierten wir 40 Jahre Selbsthilfeunterstützung in Hamburg und beleuchteten in einer grafisch ausgerichteten Festschrift unsere Vorgeschichte, Vergangenheit und Gegenwart (Omland 2019). Die dort genannten Ideen und Wünsche (u. a. zur Digitalisierung, zu Präsenz- und virtuellen Gruppen, der Generationenfrage) setzen wir um und erproben neue Zugangswege und kulturelle Angebote (Selbsthilfecomic, App-basierte Angebote, Diskussionen nach Kinoabenden, Konzerte mit Betroffenen). Dabei geht es immer darum, einen Stein ins Wasser zu werfen und darauf zu setzen, dass die sich mehr und mehr ausbreitenden Wellen im Laufe der Zeit auch bei Menschen ankommen, die dann auch an Selbsthilfe als möglichen (Aus-)Weg für sich in einer belastenden Situation denken.

41 <https://patienteninitiative.de/pdf-zur-dokumentation-des-projektes-barrierefrei-wir-sind-dabei/>

42 <https://planb.hamburg/#/>

LITERATUR

- Heß A (2019): Projekt »Neue Wege in der Selbsthilfe«. Selbsthilfe – verstaubt, überaltert, im Stuhlkreis sitzend und jammernd? Von wegen! In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.), Selbsthilfegruppenjahrbuch 2019, Gießen, S. 97–102
- KISS Hamburg (Hrsg.) (2014): Kultursensible Selbsthilfe. Broschüre. Eigenverlag Hamburg
- Kofahl C, Hollmann J, Möller-Bock B (2009): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund – Chancen, Barrieren, Potenziale. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52:55–63
- Kofahl C, Schulz-Nieswandt F, Dierks M-L (Hrsg.) (2016): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Reihe Medizin-Soziologie, Band 24, LIT-Verlag, Münster
- Kofahl C, Trojan A (2018) Selbsthilfelandchaft und Selbsthilfeunterstützung. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. München, oekom verlag, S. 217–224
- Omland F (Red.) (2019): 40 Jahre Selbsthilfeunterstützung in Hamburg (1979–2019). Eine ungewöhnliche Festschrift. Eigenverlag, Hamburg (60 Seiten); www.kiss-hh.de/fileadmin/redakteur/6-ueber-uns/Festschrift_Web_klein.pdf
- Omland F (2021): Gemeinsam – Ein Selbsthilfe-Comic. Ein Projekt in Zeiten der Pandemie. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.), Selbsthilfegruppen-Jahrbuch 2021, Gießen, S. 49–57
- Patienten-Initiative e. V. (Hrsg.) (2019): PlanB.hamburg, Barrierefreiheit in Arztpraxen; Broschüre. Eigenverlag Hamburg
- Szmidt M (2015a): Interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe in Hamburg. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.), Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015, Gießen, S. 75–85
- Szmidt M (2015b): Kultursensible Selbsthilfe. Wege zur Interkulturellen Öffnung der Selbsthilfe am Beispiel des Hamburger Praxisprojektes. Eigenverlag, Hamburg (66 Seiten)
- Trojan A, Estorff-Klee A (Hrsg.) (2004): 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und -bedarf am Beispiel Hamburgs. LIT-Verlag, Münster

6.5

Das Haus für Barrierefreiheit

Heike Clauss, Reinhard Giese, Bernd Kritzmann

Die Herstellung von Barrierefreiheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zur Förderung und Sicherung der Teilhabe und Lebensqualität der Bürger. Barrierefreiheit betrifft sämtliche Lebensbereiche und meint eine Lebensumwelt, die so gestaltet ist, dass sie für alle Menschen möglichst selbstständig zugänglich und nutzbar ist.⁴³

43 Eine ausführliche Definition von Barrierefreiheit gibt §4 des Gesetzes zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung von 2002. www.gesetze-im-internet.de/bgg/

Lange Zeit beschränkt auf einen Expertendiskurs zur Stärkung der Interessen von Menschen mit Behinderung, nimmt der gesellschaftliche Stellenwert von Barrierefreiheit heute erkennbar zu. Dies hat mehrere Ursachen:

- *Barrierefreiheit als Voraussetzung für Inklusion:* Mit der Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahre 2006 sind Barrierefreiheit und Teilhabe Menschenrechte. Wie in vielen Ländern wird auch in der Freien und Hansestadt Hamburg im Rahmen eines fortzuschreibenden Landesaktionsplanes (FHH 2013) an der Umsetzung einer inklusiven Gesellschaft gearbeitet. Die Anforderung »Barrierefreiheit« als Voraussetzung für Inklusion findet sich in nahezu allen Handlungsfeldern des Aktionsplanes.
- *Barrierefreiheit und demografischer Wandel:* Die Zunahme des Anteils an älteren und hochaltrigen Menschen forciert die Nachfrage nach einer barrierefreien Gestaltung von Wohnraum, Infrastruktur und Mobilitätsangeboten. Auch in dem Demografiekonzept *Hamburg 2030: Mehr. Älter. Vielfältiger* (FHH 2014) ist der Abbau von Barrieren Thema.
- *Barrierefreiheit als Wirtschaftsfaktor:* Die Orientierung an Barrierefreiheit generiert Wachstum. Die immer weiter wachsenden Fahrgastzahlen im Hamburger Verkehrsverbund könnten auch eine Folge des barrierefreien Ausbaus von Bussen, Bahnen und Bahnhöfen sein. Dieser ermöglicht es nicht nur Menschen mit Beeinträchtigungen, sondern auch Fahrradfahrer*innen oder Eltern mit Kinderwagen, das Angebot zu nutzen.

Die Umsetzung von Barrierefreiheit ist jedoch nach wie vor kein Selbstläufer. Dies liegt nicht nur an einer baulichen und technischen Umwelt, bei der sich Barrierefreiheit im Nachhinein häufig nur mit vergleichsweise hohen Kosten realisieren lässt. Die barrierefreie Gestaltung muss sich in der Praxis auch mit anderen gesellschaftlich definierten Anforderungen, z. B. Denkmalschutz, Brandschutz oder ästhetisch gesetzten Anforderungen, vereinbaren lassen.⁴⁴

Hinzu kommt, dass die barrierefreie Gestaltung selbst steten Modernisierungsprozessen unterliegt. Ein aktuelles Beispiel ist die traditionelle Orientierung durch Schilder, die durch digitale Geräte mit Navigationssoftware ersetzt bzw. ergänzt wird. Auch die Zugänglichkeit von Software, des Internets oder von Apps verändert sich durch den Einsatz neuer Technologien permanent (vgl. Morsbach 2018).

44 Z. B. Bayerisches Landesamt für Denkmalpflege 2018, Martin, Krautzberger et al. (Hrsg.) (2017)

Um Barrierefreiheit muss also nicht nur stetig gerungen werden, sondern es müssen auch neue Ansätze bewertet, erprobt und durchgesetzt werden.⁴⁵ Barrierefreiheit ist heute eine Querschnittsaufgabe, die sich über alle Lebensbereiche erstreckt.⁴⁶

Die mit der Umsetzung von Barrierefreiheit verbundenen Herausforderungen erkannte auch die Hamburgische Bürgerschaft, als sie am 26. September 2018 einstimmig die Schaffung eines Hauses für Barrierefreiheit beschloss und dafür Investitionsmittel bereitstellte. Mit dem Haus für Barrierefreiheit sollte ein Ort geschaffen werden, an dem Experten die unterschiedlichen Facetten von Barrierefreiheit repräsentieren, das vorhandene Know-how weiterentwickeln und Hamburger Bürger*innen, Fachleuten, Behörden, städtischen Einrichtungen und Vereinen sowie der Privatwirtschaft beratend in allen Belangen der Barrierefreiheit zur Verfügung stehen.

Vom »Beratungsstellennetzwerk Hamburger Straße« in das Haus für Barrierefreiheit

Idee und Konzeption für ein Haus für Barrierefreiheit entstand durch den Verein Barrierefrei Leben⁴⁷ in Kooperation mit den Partnervereinen des *Kompetenzzentrums für ein barrierefreies Hamburg*.⁴⁸ Mit seinem Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung war Barrierefrei Leben e. V. bis Ende 2018 Teil des Beratungsstellennetzwerks Hamburger Straße. Weitere Stellen waren der Blinden- und Sehbehindertenverein Hamburg e. V. (BSVH), der Bund der Schwerhörigen e. V. Hamburg sowie die Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen e. V. (LAG).

Neben dem Einsatz für ihre eigene Klientel war das Beratungsstellennetzwerk seit den 1990er-Jahren auch für den Hamburger Verkehrsverbund, das Verkehrswegenetz und öffentliche Neu- und Umbauten aktiv. Zu den Tätigkeiten gehörten die Begutachtung und Beratung zu öffentlichen Planungen und das Verfassen von Stellungnahmen. Ein Großteil dieser Leistungen wurde von ehrenamtlich tätigen Sachverständigen erbracht, deren Kapazitäten mit der wachsenden Bedeutung von Barrierefreiheit nicht mehr ausreichten.

Mit dem Ziel der Professionalisierung, der Bündelung von Ressourcen und der Schaffung einer zentralen Anlaufstelle zur Barrierefreiheit in Hamburg entwickelten die LAG, der BSVH und Barrierefrei Leben in Zusammenarbeit mit der Senatskordinatorin für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung und der Sozialbehörde

45 So wird z. B. das Standardwerk *Atlas barrierefrei bauen* (Metlitzky & Engelhard 2019) zweimal jährlich ergänzt und aktualisiert.

46 Vgl. die unterschiedlichen Facetten von Barrierefreiheit anhand der Beispiele »Museum« (Föhl, Erdrich et al. 2007) und »Universität« (Kritzmann, Renzelberg et al. 2012).

47 www.barrierefrei-leben.de

48 www.kompetent-barrierefrei.de

Hamburg im Jahr 2017 das Konzept eines Kompetenzzentrums für ein barrierefreies Hamburg.

Da Barrierefrei Leben e. V. seinen Standort in der Richardstraße verlassen musste, entstand die Idee, die Leistungen des Beratungszentrums für technische Hilfen und Wohnraumanpassung und des Kompetenzzentrums für ein barrierefreies Hamburg sowie gegebenenfalls ähnlicher Initiativen unter einem Dach anzubieten. Durch die räumliche Nähe können Kompetenzen gebündelt, Synergien geschaffen und durch den unmittelbaren Erfahrungsaustausch gute praxisnahe Lösungen erarbeitet werden.

Ein geeignetes, aber sanierungsbedürftiges Gebäude wurde 2017 am Alsterdorfer Markt mit dem 1898 erbauten denkmalgeschützten »Haus Michelfelder« der Evangelischen Stiftung Alsterdorf gefunden. Ein erster Bauabschnitt wurde im Sommer 2020 fertiggestellt. In diesen Gebäudeteil ist Barrierefrei Leben e. V. eingezogen. Der 2. Bauabschnitt wird voraussichtlich im Frühjahr 2022 fertiggestellt. Das Kompetenzzentrum ist wegen der Umbauphase provisorisch in einem anderen Gebäude der Evangelischen Stiftung untergebracht.



Abbildung 6.5-1: Haus für Barrierefreiheit: das Gebäude am Alsterdorfer Markt.

Foto: Barrierefrei Leben e. V.

Das Angebot

Das neue Haus für Barrierefreiheit ist nicht nur ein Ort, an dem Privathaushalte und Institutionen in Hamburg zu Barrierefreiheit beraten werden. In Ausstellungsräumen wird eine Vielfalt an Gestaltungsmöglichkeiten und Produktlösungen demonstriert, die von den Besuchern*innen auch erprobt werden können. Anwendungsorientierte Forschung sowie Veranstaltungen und Schulungen ergänzen das Angebot, das sich in vier Kernbereiche gliedert:

- das Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung
- ein in das Beratungszentrum integrierter Ausstellungsbereich
- das Kompetenzzentrum für ein barrierefreies Hamburg
- ein Bereich für Veranstaltungen und Schulungen.

Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung

Privathaushalte wenden sich an das Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung. Der Fokus der Beratung liegt auf Umbaumaßnahmen, Wohnungsanpassung und Hilfsmittelnutzung. Zielgruppen sind ältere Menschen und Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit sowie deren Angehörige. Das Zentrum ist aber auch offen für Hamburger Bürger*innen, die sich präventiv für einen barrierefreien Umbau ihres Wohnraumes interessieren.

Im Bereich der Wohnungsanpassung sind vor allem das Badezimmer, z. B. der Einbau einer ebenerdigen Dusche, oder die Überwindung von Treppen und Schwellen häufig nachgefragte Beratungsthemen. Das Ergebnis der Beratung sind Lösungsvorschläge und Umsetzungsempfehlungen, die die Ratsuchenden an ausführende Betriebe weitergeben können.

Bei den Hilfsmitteln reicht die Themenspanne von Alltagshilfen wie Strumpfanziern über Pflegehilfen, z. B. Pflegebetten oder Transferhilfen, bis hin zu Rollatoren, Rollstühlen und Liftsystemen. Auch neue technische Unterstützungsformen wie »Smart Home« und »Ambient Assisted Living (AAL)«-Anwendungen gewinnen an Bedeutung. Letzteres sind spezielle Lösungen für Menschen mit Pflege- oder Unterstützungsbedarf. Anwendungsbeispiele sind etwa Fenster und Türen, die sich per Sprachbefehl öffnen lassen, Sturzsensoren oder intelligente Tablettendosen.

Abbildung 6.5-2:

Haus für Barrierefreiheit:
Duschrollstuhl.

Foto: *Barrierefrei Leben e. V.*



Ein interdisziplinär zusammengesetztes Team berät neutral, herstellerunabhängig und kostenfrei. Dies schließt auch rechtliche Fragen und Fragen zur Finanzierung ein. Fragen zu Seh- oder Hörhilfen werden weiterhin von den Vereinen BSVH und Bund der Schwerhörigen entgegengenommen.

Ausstellung zu Hilfsmitteln und barrierefreiem Bauen

Einen der Eckpfeiler der Beratung stellt die Dauerausstellung dar. Sie ist sowohl an Privatnutzer*innen als auch Fachleute adressiert. Es geht darum, Technik und bauliche Lösungen in ihrer Anwendung bzw. in ihren unterschiedlichen Anwendungsvarianten zu demonstrieren und persönlich ihre Funktionalität und Gebrauchstauglichkeit erleben und erproben zu können.

Die Ausstellung ist in Form von Themenwelten konzipiert. Gezeigt werden die Themenräume Küche, Wohnen, Pflege, Mobilität, Höhenüberwindung, Hilfsmittel in Bad



Abbildung 6.5-3:
Haus für Barrierefreiheit:
Homelift.

Foto: Barrierefrei Leben e. V.

und WC, Bäder, Alltagshilfen, Wahrnehmung und Smart Home/technische Assistenzsysteme. Nach dem in Deutschland einzigartigem Konzept werden für jeden Themenbereich unterschiedliche Produktvarianten und -alternativen präsentiert. Die Bandbreite reicht von einfachen bis zu komplexen Lösungsansätzen.

Besucher*innen der Ausstellung haben die Möglichkeit, sich selbstständig über Touch-Infoterminals zu informieren. Für jeden Themenraum zeigen interaktive Monitore über Fotos, Videos und Produktinformationen die Einsatzbereiche und Funktionsweise technischer Hilfen und barrierefreier Lösungen auf.

Kompetenzzentrum für ein barrierefreies Hamburg

Getragen von den drei Vereinen BSVH, LAG und Barrierefrei Leben, berät das Kompetenzzentrum Hamburger Behörden und Einrichtungen, Vereine, Fachleute, Planer*innen und die Privatwirtschaft in vier unterschiedlichen Handlungsfeldern der Barrierefreiheit.

Textbox 6.5-1: Strukturierung der Themen des Kompetenzzentrums nach Handlungsfeldern *Quelle: eigene Darstellung*

Barrierefreier Hochbau

Öffentliche Gebäude, Wohnungsbau, Kultur- und Freizeiteinrichtungen, Bauten der Privatwirtschaft/Arbeitsstätten, Beratungsstellen

Barrierefreier öffentlicher Raum

Verkehrswege, Plätze, Orientierung im öffentlichen Raum, ÖPNV

Barrierefreie Quartiersentwicklung

Gesamtgestaltung, Infrastruktur, Orientierung, Einbindung von speziellen barrierefreien Hoch-/Tiefbaumaßnahmen

Barrierefreie Information und Kommunikation

Informations- und Kommunikationstechnik (Web, Apps), digitale Informationssysteme (ÖPNV), zugängliche Dokumente

Die Expert*innen des Kompetenzzentrums begutachten Pläne, führen Ortsbegehungen durch und entwickeln Stellungnahmen und Lösungsvorschläge für ihren Fachbereich. Informationen über neue Entwicklungen im Bereich Barrierefreiheit, Mitarbeit in Gremien, fachliche Beratung bei der (Weiter-)Entwicklung von Verordnungen und Gesetzesinitiativen und bei der Evaluation und Weiterentwicklung von Maßnahmen im Rahmen des Hamburger Aktionsplanes zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention gehören ebenfalls zum Angebotsspektrum.

Schulungen, Veranstaltungen und Forschung

Schulungen für Fachleute und Planer*innen sollen das notwendige Wissen zu Barrierefreiheit und technischen Hilfen vermitteln und Umsetzungen anregen. Das Beratungszentrum schult Fachkräfte und Auszubildende in Pflege- und Therapieberufen in der Nutzung von Hilfsmitteln. Architekt*innen, Planer*innen und Entwickler*innen können sich durch das Kompetenzzentrum in ihren jeweiligen Bereichen zu Fragen der Barrierefreiheit fortbilden lassen.

Thementage, Vorträge und Workshops sollen zukünftig Nutzer*innen und Expert*innen zusammenbringen, gute Lösungen in Hamburg bekannt machen und zur Weiterentwicklung von Normen, Produkten und barrierefreien Lösungen beitragen. Denn als Schnittstelle zwischen Nutzenden, Planer*innen und der Wirtschaft sowie durch die Expertise in den unterschiedlichen Bereichen der Barrierefreiheit können die Institutionen des Hauses für Barrierefreiheit einen wichtigen Beitrag zur anwendungsorientierten Forschung leisten. Barrierefrei Leben e. V. blickt bereits auf eine langjährige Tradition innovativer Projekte im digitalen Bereich zurück. Das Informationsportal »Online-wohn-beratung«⁴⁹ ist mit 60.000 Nutzern im Monat ein bundesweiter Erfolg. Seit Ende 2021 führt der Verein außerdem zwei Forschungsprojekte zu den Themen »Videoberatung« und »Smart Home« durch.

Ausblick

Das Haus wird sein Potenzial voll entfalten können, wenn Umbau und Einzug aller geplanter Institutionen abgeschlossen sind. Dann soll es zu einem »Leuchtturm« werden, der weit über Hamburg hinausstrahlt. Es soll dazu beitragen, Barrierefreiheit in der Mitte der Gesellschaft zu verankern, die Inklusion zu stützen und dabei auch die Privatwirtschaft für ein an Barrierefreiheit orientiertes Denken und Handeln zu gewinnen. Dies wird – wie eingangs skizziert – kein einfacher Weg sein, aber das Haus kann mit seiner gebündelten Kompetenz und einer vom Haus ausgehenden, inspirierenden Kreativität viel bewirken.

Die Digitalisierung verleiht dem Haus zusätzliche Schubkraft. So sollen die Möglichkeiten der digitalen Medien für den Austausch mit den Zielgruppen genutzt werden. Ziel ist, dass von jedem Ort, jedem Privathaushalt, jedem Unternehmen oder sonstigen Einrichtungen auf das Angebot des Zentrums zugegriffen werden kann. Die Ausgestaltung dieser digitalen Vernetzung wird eine der wesentlichen Herausforderungen nach der Startphase des Hauses sein.

49 www.online-wohn-beratung.de

LITERATUR

Bayerisches Landesamt für Denkmalpflege (2018): Denkmalpflege Informationen – Barrierefreiheit für Baudenkmäler und Bestandsbauten. www.blfd.bayern.de/mam/information_und_service/publikationen/denkmalpflege-sonderinfo_2018_barrierefreiheit_-_kopie.pdf

FHH/Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2013): Hamburger Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, www.hamburg.de/veroeffentlichungen-behinderung/3919538/landesaktionsplan-behinderung/

FHH/Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2014): Demografie-Konzept Hamburg 2030. www.hamburg.de/hamburg2030/

Föhl P, Erdrich S, John H, Maaß K (Hrsg.) (2007): Das barrierefreie Museum, transcript Verlag, Bielefeld

Kritzmann B, Renzelberg G, Dahlgrün B, Fleischmann N (2012): review II grenzenlos, ideen für eine barrierefreie universität – ein Kooperationsprojekt der HafenCity Universität Hamburg und dem Zentrum für Disability Studies der Universität Hamburg, HafenCity Universität, Universität Hamburg

Martin D, Krautzberger M et al. (Hrsg.) (2017): Handbuch Denkmalschutz und Denkmalpflege. Recht, fachliche Grundsätze, Verfahren, Finanzierung. C.H. Beck, München

Metlitzky N, Engelhardt L (Hrsg.) (2019): Atlas barrierefrei bauen, Ordnerwerk, Verlagsgesellschaft Rudolf Müller, Köln

Morsbach J (2018): Barrierefreiheit im Internet. anatom5 perception marketing, Düsseldorf

KAPITEL 7

Hamburger Stadtpolitik, Gesundheit und Nachhaltigkeit

■ Die engen Verbindungen zwischen »Gesundheit« und allen Stadtsektoren wie Bildung, Arbeit, Wohnen, Verkehr sind in Fachkreisen seit geraumer Zeit bekannt. Die Weltgesundheitsorganisation verwendet das Konzept »Health in all Policies«, was kürzlich mit »Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe« übersetzt wurde (Böhm et al. 2020¹). Schon die Berichte des 19. Jahrhunderts über Hamburger StadtGesundheit (z. B. Rambach 1801)² behandelten wie selbstverständlich auch die Gesundheitsbezüge anderer Stadtsektoren. Im ersten Hamburg-Band werden zahlreiche Stadtsektoren aus Gesundheitsperspektive betrachtet.³

In der Coronapandemie traten die Verbindungen aller Sektoren zum Thema Gesundheit erst recht deutlich zutage. Dies gilt für beide Wirkrichtungen: Alle Stadtsektoren sind von Auswirkungen der Pandemie betroffen, beeinflussen aber auch das Coronageschehen. Angesichts der enormen Auswirkungen der Pandemie stellen wir hier zwei coronabezogene Beiträge an den Anfang. Im ersten kommen u. a. Stellungnahmen überregionaler Gremien sowie Debatten in der Hamburger Zivilgesellschaft zur Sprache (▷ 7.1 Fehr, Augustin et al.). Der zweite vergleicht Hamburg mit anderen Städten, in denen sich kleinräumig soziodemografische Inzidenzungleichheiten zeigten und Maßnahmen ergriffen wurden (▷ 7.2 Trojan).

Zur Stadtentwicklung wurden im ersten Hamburg-Band programmatisch die Potenziale dieses Politikfeldes für die Förderung von Gesundheit aufgezeigt (Erdmann 2018)⁴ und wichtige Linien Hamburger Stadtentwicklungspolitik nachgezeichnet (Trojan 2018)⁵. Komplementär vertritt ein neuer Beitrag (▷ 7.3 Ngo & Keich) die These, es brauche innovative Methoden- und Gestaltungsfreiräume in der Stadt, um gesunde Plätze und nachhaltige Strukturen zu schaffen; hier wird ein fernöstlich inspirierter Ansatz mit vielfältigen Interventionen und Markierungen im Raum geschildert.

1 Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden

2 Rambach JJ (1801): Versuch einer physisch-medizinischen Beschreibung von Hamburg. Carl Ernst Bohn, Hamburg.

3 Kapitel 7, »Hamburger Stadtpolitik und Gesundheit«, Editionsband 2

4 Beitrag 7.9, »Stadtentwicklung und Gesundheit«, Editionsband 2

5 Beitrag 7.10, »Stadtentwicklungspolitik gestern und heute«, Editionsband 2

Wie in dem Vorspann zum Kapitel 6 erwähnt, bestehen Verbindungen zwischen dem grundlegenden Beitrag zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Gitschmann, Mellies et al. 2018)⁶, dem neuen Beitrag über das »Haus für Barrierefreiheit« (▷ 6.5 Clauss, Giese et al.) und dem Beitrag zur Stadtentwicklung unter dem Blickwinkel Inklusion in Mitte Altona (▷ 7.4 Gies). Noch gibt es umfangreiche Aufgaben zu lösen, um die Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen. Gleichwohl lässt die verliehene UN-Auszeichnung erkennen, dass der geschilderte Prozess Maßstäbe für die inklusive Entwicklung von Neubaugebieten setzen konnte.

Besonders eng ist auch der Verkehrssektor mit den Themen Gesundheit und Nachhaltigkeit verbunden. Anknüpfend an die Darstellung »Mobilität und Verkehr« (Gaffron 2018)⁷ wird auf die Radmobilität fokussiert (▷ 7.5 Kis, Pfaue et al.), denn Radverkehrsförderung unterstützt nicht nur die persönliche physische und psychische Gesundheit, sondern sie leistet auch grundlegende Beiträge zum Klimaschutz und zur Gestaltung eines lebenswerten Stadtraums.

Abschließend kommt das Thema Kommunikation zur Sprache. Die präventiven Hamburger Hausbesuche für Senior:innen zielen ab auf Zufriedenheit und Lebensqualität durch Erhalt von Selbständigkeit und den Verbleib in der Häuslichkeit (▷ 7.6 Dapp & Neumann). Digitale Nachbarschaftsprojekte haben die Absicht, Quartiere besser zu vernetzen und »Sorgestrukturen« zu entwickeln, bei denen es teilweise um explizit gesundheitsrelevante Aktivitäten geht, von denen aber auch implizite gesundheitliche Nutzwirkungen zu erwartet sind (▷ 7.7 Trojan).

Wie die Coronapandemie aufs Neue belegt, sind alle Stadtsektoren gefragt, zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit beizutragen. Das Kapitel zeigt eine Auswahl bestehender Ansätze, doch für Weiterentwicklungen gilt: »The sky is the limit.« ■

Rainer Fehr, Jobst Augustin

⁶ Beitrag 5.1, »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen«, Editionsband 2

⁷ Beitrag 7.8, »Mobilität und Verkehr«, Editionsband 2

7.1

Corona und StadtGesundheit

Rainer Fehr, Jobst Augustin, Alf Trojan

Am 27. 2. 2020 trat in Hamburg eine erste bestätigte Coronaerkrankung⁸ auf. Wie anderenorts wurde Corona rasch ein Hauptthema und erscheint bis heute täglich in den Medien. Dass es sich bei dieser Pandemie um ein Geschehen historischen Ausmaßes handelt, wurde bald deutlich. Im Gesundheitssektor sind in größtem Umfang Testungen, Impfungen, (Intensiv-)Behandlungen und Nachsorge durchzuführen. Weltweit war kein Gesundheitssystem auf diese Herausforderung vorbereitet.

Auswirkungen der Pandemie sind in allen Stadtsektoren und bei allen Bevölkerungsgruppen anzutreffen; mit besonderer Härte trifft die Pandemie jedoch sozial benachteiligte Gruppen. Auf allen politischen Ebenen führt die Pandemie zu einer Vielzahl von – teils sehr weitreichenden – Gegenmaßnahmen, die insbesondere durch Kontaktbeschränkungen und Schließungen von Einrichtungen das gesellschaftliche Leben nachdrücklich verändern.

Das Thema wird in zahlreichen Beiträgen des vorliegenden Bandes (mit)behandelt. Hierzu gehören ein Blick auf zurückliegende Hamburger Seuchenerfahrungen (▷ 1.1 Osten), die Beiträge über die Analysen aus der NAKO-Studie (▷ 3.2 Becher, Hussein et al.) und der Hamburg City Health Study (▷ 3.3 Twerenbold, Schäfer et al.) sowie der Vergleich zur kleinräumigen Coronapolitik in Hamburg und anderen Großstädten (▷ 7.2 Trojan).⁹

Der vorliegende Beitrag behandelt zunächst Aspekte der Pandemiebekämpfung in anderen Politiksektoren als dem Gesundheitsressort, vor allem anhand von Stellungnahmen oder Empfehlungen überregionaler Gremien, anschließend einige Aspekte der Hamburger Coronasituation (einschließlich Daten, Aktivitäten und Debatten in der Zivilgesellschaft). Er schließt mit einem Resümee und einigen vorläufigen Folgerungen.

8 Zu grundlegenden Informationen über die Coronapandemie: siehe Robert Koch-Institut (RKI), www.rki.de, insbesondere für medizinische Fachkräfte; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), www.bzga.de, für die Öffentlichkeit; und als frei zugängliches Lehrbuch (Living eBook) mit laufenden Aktualisierungen: Klemperer et al. 2021.

9 Weitere Bezüge finden sich in ▷ 3.5 Trojan: Armutsgeprägte Soziallagen und Gesundheit, ▷ 3.6 Lenfers, Ahmady-Moghaddam et al.: Digitaler Zwilling, ▷ 6.1 Hofrichter, Duwe et al.: Gesundheitsförderung in der Stadt unter dem Dach der HAG, ▷ 7.6 Dapp & Neumann: Hausbesuch, und ▷ 7.7 Trojan: Digitale Nachbarschaft.

Corona und »Health in all Policies« (HiaP)

Die Einsicht in die enge Verflechtung aller gesellschaftlichen Sektoren wie Arbeit, Bildung, Kultur, Verkehr oder Wirtschaft mit »Gesundheit« war auch innerhalb der Gesundheitswissenschaften über lange Zeit hinweg keine Selbstverständlichkeit.¹⁰ Einen Meilenstein setzte die finnische EU-Ratspräsidentschaft (Stahl, Wismar et al. 2006); in Deutschland wurde HiaP erst kürzlich systematisch aufgearbeitet (Böhm, Bräunling et al. 2020). Bis heute stehen dabei die – oft weitreichenden – gesundheitlichen Auswirkungen sektoraler Entscheidungen und Maßnahmen z. B. zur Bildungs- oder Verkehrspolitik im Vordergrund. Neben dieser Wirkung *auf* Gesundheit ist aber auch die Gegenrichtung bedeutsam: Alle Sektoren können *von* fehlender Gesundheit und von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes betroffen sein.

Die aktuelle Pandemie belegt mit Deutlichkeit diese Doppelrichtung (Fehr & Trojan 2020): Alle Stadtsektoren sind von der Pandemie betroffen, und das Reagieren auf Corona in allen Sektoren hat Einfluss auf den weiteren Verlauf. »Corona in allen Stadtsektoren« verlangt unterschiedlichste Reaktionen; dazu gehören Anpassungen des Schul- und Hochschulunterrichts und des Kulturbetriebs, Änderungen des Reise- und Freizeitverhaltens sowie des Veranstaltungsmanagements. In der Wirtschaft spielen u. a. veränderte Arbeitsorganisation, Einkaufsvorgänge und Lieferketten eine Rolle. Alle Sektoren haben mit neuen Abstands- und Lüftungsregelungen umzugehen. Bei allen Anpassungen gilt es, sozialverträgliche Regelungen zu finden und ohnehin benachteiligte Gruppen keinesfalls »abzuhängen«.

Die Politik in anderen Sektoren wird auch in den zahlreichen existierenden Stellungnahmen immer wieder angesprochen. Exemplarisch greifen wir hier vier Beispiele auf. Die Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften 2021a) hält in ihrer 8. Stellungnahme fest: »Für nahezu alle Kita-Kinder und Schulkinder ist der Präsenzbetrieb in Kitas und Schulen die effektivste Art des Lernens. Daher sollten Bildungseinrichtungen unter Berücksichtigung geeigneter Schutzmaßnahmen ... offengehalten ... werden ...« Besonders wichtig seien u. a. die »frühe Diagnostik der Sprachkompetenzen aller Kinder« und der »Ausbau einer bewegungsfördernden Infrastruktur für Kinder und Jugendliche«. Die 10. Stellungnahme (Leopoldina 2021b) empfiehlt neben einer massiven Verstärkung der Impfkampagne und Einführung einer Impfpflicht ... nochmals die Berücksichtigung der besonderen Situation von Kindern und Jugendlichen.

¹⁰ Auch wenn die zumindest seit den 1980er-Jahren laufende Diskussion um gesundheitliche Folgenabschätzung (Health Impact Assessment) von diesem Ansatz ausgeht.

Das Kompetenznetz Public Health zu COVID-19¹¹ (2021), in dem wissenschaftlichen Fachgesellschaften aus dem Bereich Public Health Informationen primär für Behörden und politische Entscheidungsträger*innen zusammenstellen, behandelt u. a. Modellierung, Wirksamkeit und Nebenwirkungen von nicht pharmakologischen Interventionen und Rapid Reviews. Empfohlen wird u. a. auch ein nach Zielgruppen differenziertes Angebot zum Schutz vor bzw. Richtigstellung von Fehl- und Desinformation, ferner die Definition von Anforderungen an die Anbieter (Techkonzerne) zum Umgang mit Fehl- und Desinformation.

Ein Positionspapier der Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft (ARL 2021) weist darauf hin, dass Katastrophen oftmals zur Erneuerung räumlicher und gesellschaftlicher Lebensverhältnisse und Infrastrukturen sowie zu veränderten Bodennutzungen und -werten geführt haben. Im Sinne resilienter Mobilitätskonzepte muss auf eine starke Integration der Verkehrsmodi und ihrer Netze sowie auf eine Stärkung des nichtmotorisierten Verkehrs hingewirkt werden. Gerade für vulnerable Bevölkerungsgruppen können öffentliche Räume samt Grün- und Freiflächen dazu beitragen, physischen und psychischen Dichtestress sowie Klimastress zu reduzieren und zu kompensieren. Um Bedarfe und Defizite festzustellen und Verbesserungsansätze erfolgsorientiert zu steuern, sollte kleinräumig vorgegangen werden, zweckmäßigerweise durch Organisationen, die – wie beispielsweise ein Quartiersmanagement – die Strukturen und Prozesse vor Ort kennen und in Kooperation nutzen können (▷ 7.2 Trojan).

Hinsichtlich des Ziels nachhaltiger Entwicklung gehört ein vernünftiges Konzept für den Umgang mit leider nur teilweise vermeidbaren umweltschädlichen Wegwerfmaterialien, z. B. Masken und Schutzkleidung, zu den Anforderungen an die Umweltpolitik. Gleichzeitig werden aus verschiedenen Gründen (Verminderung von Ortsbewegung, Produktion und Konsum) auch positive Effekte registriert, wie z. B. eine deutliche Reduktion gesundheits- und klimabelastender Emissionen und weniger Verkehrstote. Leider sind dies nur temporäre Wirkungen.

Die Pandemie wirkt als ein unfreiwilliger Intensivkurs für »Health in all Policies«. Ohne es bei diesem Namen zu nennen, ist die Relevanz von »Gesundheit in allen Politikbereichen« jetzt zum Allgemeinwissen geworden.

11 www.public-health-covid19.de/

Corona in Hamburg

In diesem Abschnitt gehen wir auf Daten, Studien und Debatten in Hamburg ein.

Hamburger Daten

Für das Verständnis des Pandemiegeschehens insgesamt sowie für die Analyse (sozial-)räumlicher und gruppenspezifischer Besonderheiten wie auch für die Erfolgsbeurteilung getroffener Maßnahmen sind verlässliche quantitative Daten unentbehrlich.

Mittlerweile bieten verschiedene Onlineplattformen Coronastatistiken zum Download an, so das Robert Koch-Institut (RKI¹²) und der Datenhub, der in Kooperation von RKI, Geo Health Centre (Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universität Bonn) und der Firma ESRI¹³ betrieben wird. In der Regel beziehen sich die Informationen auf Deutschland gesamt oder regional differenziert auf die Bundesländer sowie die Kreise und kreisfreien Städte. In nur wenigen Fällen liegen Daten noch kleinräumiger, d. h. unterhalb der Kreise und kreisfreien Städte, vor. Für Berlin sind diese beispielsweise auf Bezirksebene (RKI s. o.), für Köln¹⁴ und Bremen¹⁵ und einige weitere Städte (▷ 7.2 Trojan) noch kleinräumiger auf Stadtteilebene erhältlich.

Der überwiegende Teil der verfügbaren Daten basiert auf den kontinuierlichen Erhebungen des Robert Koch-Instituts (RKI). Die Daten für Köln und Bremen werden von den lokalen Gesundheitsämtern erhoben und aufbereitet. Die Kölner Daten werden zudem in einer Kooperation zwischen dem Fraunhofer-Institut für Intelligente Systeme und Informationssysteme (IAIS) und den lokalen Gesundheitsämtern im Sinne einer wissenschaftlichen Begleitforschung dahingehend analysiert, inwiefern sich Aussagen zur altersspezifischen, geografischen und damit auch sozioökonomischen Verbreitung des Coronavirus treffen lassen.¹⁶

In Hamburg fungiert das Institut für Hygiene und Umwelt, zugeordnet der Behörde für Umwelt, Klima, Energie und Agrarwirtschaft, als Landeslabor der Freien und Hansestadt Hamburg. Teil des Instituts ist auch das Infektionsepidemiologische Landeszentrum,¹⁷ in dem die Daten zum Coronageschehen in der Stadt (nicht namentlich)

12 Robert Koch-Institut (2022) COVID-19-Dashboard. <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c4544480e823b17327b2bf1d4>

13 ESRI Deutschland GmbH (2022): COVID-19-Datenhub. <https://covid-19-datenhub-datenschutz-impressum-npgeo-de.hub.arcgis.com/>

14 Stadt Köln (2022): Corona-Virus in Köln – Entwicklung der Fallzahlen. www.stadt-koeln.de/artikel/69443/index.html

15 Hansestadt Bremen (2022): Corona-Stadtteilzahlen. www.gesundheit.bremen.de/corona/zahlen/corona-fallzahlen-37649

16 Fraunhofer-Institut für Intelligente Systeme und Informationssysteme (IAIS) (2022): Unterstützung der Gesundheitsämter in der Corona-Response durch Analyse, Simulation und Visualisierung. www.iais.fraunhofer.de/de/geschaeftsfelder/healthcare-analytics/fraunhofer-projekte-corasiv-und-coperimoplus.html

17 www.hamburg.de/hu/infekt-info

zusammengeführt werden. Zwar haben die Gesundheitsämter auf Bezirksebene die Datenhoheit, jedoch ist das Institut für Hygiene und Umwelt zentraler Ansprechpartner, leitet die Daten an das RKI weiter und erstellt die offiziellen Statistiken zu Corona für die Stadt Hamburg.¹⁸ Diese beinhalten Zahlen zu den Fällen und Inzidenz, zu den Impfungen, klinischen Behandlungen und Todesfällen. Die Entwicklung der Zahl der positiv auf COVID-19 getesteten Personen liegt auf Ebene der Stadtbezirke vor, es wird sonst keine weitere oder kleinräumigere innerstädtische Differenzierung vorgenommen. Die Erkrankungsfälle auf Bezirksebene sind auch über Statista¹⁹ (2022) einsehbar. Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein²⁰ hat zwar eine Sonderseite zu den Auswirkungen von Corona in Hamburg und Schleswig-Holstein, verweist jedoch hinsichtlich der Zahlen zum Infektionsgeschehen in Hamburg auf die genannten Seiten der Hansestadt.

Hamburger Studien

Dieser Abschnitt berichtet über eine Auswahl veröffentlichter Studien zu Corona in Hamburg. Eine frühe Publikation (Klein, Edler et al. 2020) behandelt einen Coronahotspot in einem Hamburger Seniorenpflegewohnheim. Hier wurden Verfahrensabläufe in einer Wohneinheit mit 60 demenziell vorerkrankten Senioren analysiert. Eine Ausbreitung der Infektionswelle auf andere Wohnbereiche ließ sich verhindern. Bei den Sterbefällen wurde durch die Obduktion die Diagnose eines coronabedingten Todes gestellt. Im Rahmen eines Coronamonitorings erfolgte in zentralen Leichenhallen in Hamburg (hier: Institut für Rechtsmedizin; Krematorium) eine systematische Testung von Verstorbenen auf Coronainfektion durch Reverse-Transkriptase-quantitative Polymerasekettenreaktion (RT-qPCR) (Klein, Langenwalder et al. 2021). Bei 2,4 % der über 1.200 verdachtsunabhängig getesteten Verstorbenen lag eine zuvor nicht bekannte SARS-CoV-2-Infektion vor. Es wurde gefolgert, dass ein PCR-basiertes Monitoring von Todesfällen eine vollständigere Erfassung von SARS-CoV-2-positiven Sterbefällen insbesondere im nichtklinischen Sektor ermöglicht.

Eine weitere Studie (von Felden, Brehm et al. 2021) betraf die Merkmale und Verläufe von Infektionsfällen unter Mitarbeitenden am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in der ersten Welle der Pandemie. Die an Corona erkrankten Gesundheitsarbeitenden berichteten zum größten Teil über milde Verläufe; ein Teil von ihnen gab allerdings auch nach Monaten noch Symptome an. In einer Studie zu Prävalenz und

18 Freie und Hansestadt Hamburg (FHH) (2022): Corona: Zahlen, Fälle, Statistik von COVID-19. www.hamburg.de/corona-zahlen/

19 Statista (2022): Erkrankungsfälle in Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19) in Hamburg nach Bezirken. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1178562/umfrage/entwicklung-der-fallzahl-des-coronavirus-in-hamburg-nach-bezirken/>

20 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2022): Corona-Sonderseite. Auswirkungen von Corona in Hamburg und Schleswig-Holstein. www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/corona

Determinanten für Coronafurcht bei Obdachlosen (Hajek, Bertram et al. 2021) fand sich ein – angesichts der ungünstigen hygienischen Lebensumstände und erhöhter Vulnerabilität – überraschend niedriges Niveau coronabezogener Besorgnisse, was Anlass zu Aufklärungsaktionen geben könnte. Unter Überlebenden des »Hamburger Feuersturms« von 1943 wurde im Mai und im Dezember 2020 erfragt, ob Coronakrise und Lockdown sie an die Kriegserfahrungen erinnern (Lamparter, Althoff et al. 2021), dies wurde nur von einem kleinen Teil der Befragten bejaht.

Um ihre Situation in der Pandemie zu charakterisieren, wurden 2020 über 1.000 Hamburger Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11 und 17 Jahren befragt. Nahezu zwei Drittel empfanden die Zeit als belastend, und rund ein Fünftel zeigte Anzeichen einer depressiven Symptomatik. Jede/r zehnte Befragte war in allen vier berücksichtigten Bereichen (Schule, Familie, Freunde, Coronasorgen) belastet (Fertmann & Saier 2021). – Im Rahmen der Hamburg City Health Study (> 3.3 Twerenbold, Toprak et al.) werden Teilnehmer nach überstandener Coronainfektion hinsichtlich physischer und psychischer Spätfolgen untersucht. Ziel ist es, frühzeitig eventuelle Folgeerkrankungen von COVID-19-Patienten zu erkennen und entsprechende therapeutische Maßnahmen einzuleiten (Petersen, Großling et al. 2022).

Für das Coronageschehen in Hamburg existieren Ansätze einer Chronologie der Abläufe (Norddeutscher Rundfunk;²¹ Wikipedia;²² im Hamburger Ärzteblatt bisher fünf Folgen, zuletzt: Thiel 2021). Soweit erkennbar, fehlt jedoch noch jeder Versuch, die zahlreichen Teilaspekte des Coronageschehens in Hamburg zusammenzufassen; auch liegt weder eine Systematisierung getroffener Maßnahmen noch ein Versuch der evaluativen Bewertung der Maßnahmen vor.

Hamburger Debattenthemen der Zivilgesellschaft

Um einen – aus methodischen Gründen ganz vorläufigen – Eindruck davon zu bekommen, welche Themen die Zivilgesellschaft in Hamburg bewegen, wurden Ergebnisse gesichtet, die sich bei der Suche mit dem Wörterkomplex »Corona Stellungnahme Hamburg« auf den ersten zehn von einer Suchmaschine ausgeworfenen Seiten finden ließen.²³ Von den 19 relevanten Links wurde als staatliche Instanz der Hamburgische Datenbeauftragte ausgeklammert und als wirtschaftlich orientierte Interessengruppe ein Hamburger Ärztenetz (»keine Benachteiligung der Hausärzte!«).

In der verbleibenden Menge relativ stark vertreten waren Stellungnahmen und Informationen aus dem *Bereich Schule*. Der Kreisschülerrat Hamburg-Eimsbüttel kritisierte zu hohe Hürden für Hybridunterricht. Die Elternkammer unterstützte die For-

21 www.ndr.de/nachrichten/info/Corona-Chronologie-Die-Ereignisse-im-Norden,coronachronologieindex100.html

22 https://de.wikipedia.org/wiki/COVID-19-Pandemie_in_Hamburg

23 www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Corona+Stellungnahme+Hamburg

derung, die Schulen möglichst lange offen zu halten, hatte aber auch Kritik am Maßnahmenkatalog. Der Grundschulverband plädierte ebenfalls für offene Schulen und Präsenzunterricht, stellte aber auch acht weitergehende Forderungen hinsichtlich Bildungsgerechtigkeit zur Diskussion. Die Lehrgewerkschaften Hamburgs distanzieren sich im November 2020 von Aussagen des Schulsenators, die ihrer Meinung nach die Situation in Schulen zu positiv darstellten. Auch Stellungnahmen des Landeselternausschusses Kindertagesbetreuung (LEA) setzten sich mit behördlichen Entscheidungen (insbesondere zum eingeschränkten Regelbetrieb) auseinander.

Aus dem *Musikbereich* meldete sich der Chorverband zur SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung, und der Landesmusikrat forderte Solidarität und Hilfe für betroffene Musikschaffende. Auch die *Stadtteilkultur* wünschte Hilfen für ihre Einrichtungen und setzte sich für mehr Teilhabe in den Stadtteilen ein. Große Träger *sozialen Engagements* (Nordkirche und Arbeiterwohlfahrt) hatten auf ihren Seiten umfangliche Infos unterschiedlicher Art, die von den Anfängen der Pandemie bis in das Jahr 2022 hinein dokumentiert sind.

Ebenfalls komplexe Informationen, aber vor allem auch entschiedene (*gesellschafts-*) *politische Forderungen* fanden sich in vier der Links: Die Poliklinik Veddel beeindruckt mit mehrsprachigen Videos und mit konkreten Maßnahmen wie einer Impfoffensive (»Impfen ohne Termin«). Bei hamburgasyl (Arbeitsgemeinschaft Kirchliche Flüchtlingsarbeit) findet sich eine Auflistung und Zusammenfassung politischer Stellungnahmen und Solidaritätsaufrufe im Zusammenhang von Corona, Migration und Flucht. Verikom gGmbH (ein Beratungs- und Qualifizierungsträger in mehreren Hamburger Stadtteilen) setzt sich auch coronabezogen gegen Rassismus, Sexismus und Diskriminierung ein und fordert weltweite Solidarität. BUNDjugend veröffentlicht zusammen mit 60 (u. a. auch Hamburger) klima- und sozialpolitischen Gruppen 24 Forderungen für eine sozial gerechte und ökologische Bewältigung der Krise.

In zwei Vereinigungen kamen die Stellungnahmen (inklusive Diskussionsbeiträgen) zustande, um sich von Äußerungen führender Mitglieder abzusetzen, die anscheinend zu dicht an Anti-Corona-Demos und »Querdenken« lagen (Clubkombinat Hamburg e. V. und Gemeinwohl Ökonomie, Regionalgruppe Hamburg). Die Auseinandersetzung um die »richtige« Wahrnehmung und angemessene Bekämpfung der Pandemie wird also auch in den zivilgesellschaftlichen Gruppen deutlich sichtbar. Umso wichtiger ist die letzte Gruppe: »correctiv – Recherchen für die Gesellschaft«²⁴ überprüft bereits seit Januar 2020 agitatorische Behauptungen in sozialen Netzwerken wie Facebook, Instagram etc. und bewertet nach einem Faktencheck, was zutrifft oder falsch ist.

24 <https://correctiv.org/faktencheck/hintergrund/2022/01/06/coronavirus-faktenchecks-diese-behauptungen-hat-correctiv-geprueft/> (11.1.22)

Resümee²⁵

Dass ein Gesundheitsthema das gesellschaftliche Leben dominiert, ist für die lebenden Generationen ein Novum; Vergleichbares gab es zuletzt 1918 bis 1920 als Influenzapandemie (»Spanische Grippe«). Eine umfassende Analyse der Pandemieauswirkungen auf die Stadtgesellschaft liegt – soweit erkennbar – weder für Hamburg noch für andere Orte vor. Die These, dass Infektionskrankheiten im Vergleich zu nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen an Bedeutung verloren haben, ist damit widerlegt. (Infektions-)Epidemiologische Daten sind – ähnlich den Wettervorhersagen und Verkehrslageberichten – zum Bestandteil täglicher Informationsversorgung geworden. In der schon erwähnten Stellungnahme des Kompetenznetzwerks Public Health²⁶ wird die Qualität der Informationen allerdings als teilweise problematisch oder unzureichend²⁷ angesehen: Da viele Maßnahmen nur funktionieren, wenn sie von einem großen Teil der Bevölkerung umgesetzt werden, können Fehl- und Desinformation die Pandemiebekämpfung untergraben.

Schon in der Frühzeit der Pandemie war erkennbar, dass rationale Prozesse zur Bewertung von Produkten wie Gesichtsmasken oder Lüftungssystemen oft nicht kurzfristig verfügbar sind. Fehleinschätzungen führen zu Verunsicherung und Glaubwürdigkeitsverlusten. Besonders gravierend ist daher das Fehlen evaluativer Routinen; zu wünschen wäre der Versuch, aus möglichst allen angewandten Maßnahmen möglichst intensiv zu lernen. Räumliche Vergleiche zwischen Städten oder Regionen erfolgen meist in »Einfachversion«. Der Mangel an erprobten Vergleichsverfahren ist zu spüren.

Breiteres Wissen über die Anwendung und Interpretation gesundheitsbezogener Modellierung – hier: für Pandemieverläufe – wäre jetzt hochwillkommen. Wie gut an der Nahtstelle von Wissenschaft und Politik der Austausch beispielsweise über die Wirksamkeit durchgeführter Maßnahmen funktioniert, ist nicht leicht zu erkennen. Unverkennbar besteht ein Bedarf, erwartbare Wirkungen von Maßnahmen schon im Vorwege abzuschätzen. Eine Kultur der prospektiven Abschätzung von Gesundheitsfolgen (Fehr, Viliani et al. 2014) als gemeinsame Aufgabe von Wissenschaft und Praxis ist bisher wenig entwickelt. Von solcher Kultur könnte auch Hamburg stark profitieren.

25 Angelehnt an Fehr & Trojan 2020

26 www.public-health-covid19.de/

27 www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id_91431034/corona-karl-lauterbach-koennte-recht-haben-oder-voellig-danebenliegen-.html; <https://schrapp.com/ms2/akt24.htm>

LITERATUR

- ARL/Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft (2021): SARS-CoV-2-Pandemie. Was lernen wir daraus für die Raumentwicklung? Positionspapier aus der ARL 118, Hannover
- Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden
- Fehr R, Trojan A (2020): Nachhaltige StadtGesundheit in Corona-Zeiten. Stadtpunkte-Thema (HAG), Ausgabe 02, November 2020, S. 9–11
- Fehr R, Viliani F, Nowacki J, Martuzzi M (Hrsg.) (2014): Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/261929/Health-in-Impact-Assessments-final-version.pdf
- Felden J von, Brehm TT, Schulze Zur Wiesch J, Addo MM, Lohse AW, Knobloch JK, Koch T (2021): Milde COVID-19-Verläufe bei Mitarbeitenden einer Universitätsklinik. Die »erste Welle« am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021 Sep;64(9):1165-1168. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03396-9>. Epub 2021 Aug 10. Erratum in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021 Sep 16
- Fertmann R, Saier U, unter Mitarbeit von Ravens-Sieberer U, Otto C, Kaman A (2021): Psychosoziale Gesundheit von Hamburger Kindern und Jugendlichen im Corona-Frühsummer 2020. Bericht und Analyse zur Gesundheit. Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Hamburg. www.hamburg.de/contentblob/15377938/f177026f34614b8ae8c9661a9b4e2794/data/copsy-bericht.pdf
- Hajek A, Bertram F, van Rühl V, Kretzler B, Püschel K, Heinrich F, König HH (2021): Prevalence and Factors Associated with Fear of COVID-19 Among Homeless Individuals During the COVID-19 Pandemic: Evidence from the Hamburg Survey of Homeless Individuals. Risk Manag Healthc Policy. 2021 Jun 24;14:2689-2695. doi: 10.2147/RMHP.S317039
- Klein A, Edler C, Fitzek A, Fröb D, Heinemann A, Meißner K, Mushumba H, Püschel K, Schröder AS, Sperhake JP, Ishorst-Witte F, Aepfelbacher M, Heinrich F (2020): Der erste COVID-19-Hotspot in einer Hamburger Senioreneinrichtung. Präventionskonzept, Letalität und Obduktionsbefunde. Rechtsmedizin. 2020 Jul 5:1-7. doi: 10.1007/s00194-020-00404-1. Epub ahead of print
- Klein A, Langenwalder F, Heinrich F, Meißner K, Schröder AS, Püschel K, Ondruschka B, Lütgehetmann M, Heinemann A (2021): SARS-CoV-2-Zufallsentdeckungen bei Hamburger Todesfällen. Ein epidemiologisches Monitoring während des dynamischen Infektionsgeschehens im Frühjahr 2020. Rechtsmedizin. 2021 Apr 20:1-7. German. doi: 10.1007/s00194-021-00481-w. Epub ahead of print
- Kompetenznetz Public Health COVID-19 (2021): Umgang mit Fehl- und Desinformation in Medien. Eine Übersicht über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Fehl- und Desinformation bei COVID-19. Hintergrundpapier. Version 03, 2. 9. 2021, www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/20210902_Hintergrund_Fehlinformation_update.pdf
- Lamparter U, Althoff H, Holstein C, Lucassen S, Pilz U, Rippel-Lau U (2021): Kommen die alten Ängste wieder? Eine Untersuchung zum Erleben der Corona-Krise bei Überlebenden des Hamburger Feuersturms (1943). Z Gerontol Geriatr. 2021 Aug 19:1-7. German. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01959-8>. Epub ahead of print

Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (2021a): Kinder und Jugendliche in der Coronavirus-Pandemie. Psychosoziale und edukative Herausforderungen und Chancen. 8. Ad-hoc-Stellungnahme, 21. 6. 2021. www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/kinder-und-jugendliche-in-der-coronavirus-pandemie-psychosoziale-und-edukative-herausforderungen-und-chancen-2021/

Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (2021b): Coronavirus-Pandemie: Klare und konsequente Maßnahmen – sofort! 10. Ad-hoc-Stellungnahme, 27. November 2021. www.leopoldina.org/fileadmin/redaktion/Publikationen/Nationale_Empfehlungen/2021_Coronaviurs-Pandemie_Klare_und_konsequente_Ma%C3%9Fnahmen.pdf

Petersen EL, Goßling A, Adam G, Aepfelbacher M, Behrendt C-A, Cavus E et al. (2022): Multi-organ assessment in mainly non-hospitalized individuals after SARS-CoV-2 infection: The Hamburg City Health Study COVID Programme. *Eur Heart J* 2022 Jan 6;ehab914. doi: 10.1093/eurheartj/ehab914. Online ahead of print

Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (eds.) (2006): *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health Finland and European Observatory on Health Systems and Policies; Helsinki

Thiel A (2021): Nach Impfansturm nun Ringen um jeden Piks. *Chronik der Corona-Pandemie in Hamburg, Teil 5*. *Hamburger Ärzteblatt* 10/2021, S. 22–25

7.2

Kleinräumige Coronaberichterstattung und -bekämpfung: Hamburg im Vergleich mit anderen deutschen Großstädten

Alf Trojan

Evans (1987/1990) stellte eine auch für die heutige Situation interessante Rangliste von Gründen für die Hamburger Choleraepidemie²⁸ auf: Die »chronische Überbelegung der Wohnungen, Armut und Mangelernährung« seien am wenigsten wichtig gewesen, wichtiger war der zu späte Bau einer zweckmäßigen Filteranlage für die Wasserversorgung, und am wichtigsten war die »Verzögerungs-...Politik der Hamburger Behörden«: keine Warnungen vor dem Ausbruch und keine sinnvollen Pläne für den Notfall einer Epidemie.²⁹

Auch für COVID-19 wurde nach anfänglich höheren Werten in der reiselustigen Mittelschicht (Plümper & Neumayer 2020) ein Zusammenhang mit sozialräumlich schlechteren Lagen deutlich nachgewiesen (Wahrendorf et al. 2020, Ginsburgh et al. 2020,

²⁸ <https://storymaps.arcgis.com/stories/059a83b352bb4a01852f4852c7f5b360>

²⁹ Zit. nach Fehr & Fertmann 2018, S. 36–37

Wachtler et al. 2020a, Wachtler et al. 2021, von dem Knesebeck 2021). Neben weiterer Forschung wird in den Studien des Robert Koch-Instituts (RKI) ein Monitoring gefordert, um zeitliche Dynamiken und Trends frühzeitig zu erkennen und einer möglichen Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheit zielgerichtet entgegenzuwirken (Wachtler et al. 2020b).

Den Ansätzen und Möglichkeiten hierfür soll in diesem Beitrag nachgegangen werden, indem wir Hamburg mit anderen Städten vergleichen, in denen sich kleinräumig soziodemografische Inzidenzungleichheiten zeigten und Maßnahmen ergriffen wurden.

Methoden

Um geeignete Städte für diese Pilotstudie zu identifizieren, wurde einfach eine Abfrage bei Google gestartet mit dem Suchkomplex »sozioökonomische Ungleichheit Corona Stadtteile Maßnahmen«. Am 26. 1. 2022 wurden 34 Links identifiziert, in denen nach einzubeziehenden Städten gesucht wurde. Mit zwei Ausnahmen wurden nur Hinweise auf (aus der laufenden Medienlektüre) schon bekannte Städte gefunden (Bremen und Köln je viermal, Berlin zweimal). Die Ausnahmen waren ein Bericht der *ZEIT* über zehn Städte und ein ausführlicher Datenbericht über Nürnberg. Bei allen in den unten stehenden Vergleich einbezogenen Städten wurde zusätzlich mit dem Begriff »Stadtname soziale Ungleichheit Corona Stadtteile Maßnahmen« gesucht und relevantes Material berücksichtigt. Dabei fanden sich Hinweise, dass auch andere Orte in eine intensivere Untersuchung einbezogen werden sollten, insbesondere Stuttgart^{30, 31} und München.^{32, 33}

Ergebnisse der Recherchen

Die Datenpräsentation in *ZEIT-Online* vom Mai 2021³⁴ präsentiert zehn Karten zu den »Corona-Hotspots in deutschen Großstädten«. Eine Übersichtstabelle zeigt statistische Zusammenhänge zwischen hohen Inzidenzen und bestimmten Indikatoren: hohe Zahl von Arbeitslosen, Migranten, große Haushalte, niedrige Anzahl von Abiturabschlüssen und Topverdienern. Maßnahmen in den Städten waren jedoch kein Thema des Artikels, ebenso wenig, ob die Städte ein kontinuierliches Monitoring der Inzidenzen hatten.

30 www.stuttgart.de/medien/ibs/datenstrukturanalyse-v4.pdf; www.stuttgart.de/medien/ibs/corona-stadtteil-studie-stuttgart-mai-2021.pdf

31 www.bw24.de/stuttgart/coronavirus-baden-wuerttemberg-stuttgart-studie-stadtbezirke-viertel-infektionsgeschehen-faktoren-massnahmen-90497700.html

32 <https://stadt.muenchen.de/infos/gbe-veroeffentlichungen.html>

33 www.sueddeutsche.de/muenchen/muenchen-coronavirus-stadtteile-brennpunkte-1.5286288

34 www.zeit.de/wissen/2021-05/soziale-ungleichheit-corona-infektionen-aermere-stadtteile-datenanalyse-soziale-brennpunkte

Hamburg

Kleinräumlich differenzierte Inzidenzzahlen und Aktivitäten für stärker betroffene Quartiere nach Vorbildern in Bremen und Berlin wurden im März 2021 von der Partei Die Linke angemahnt.³⁵ Anfang April wurden vom NDR Zahlen der Sozialbehörde und des Statistikamts Nord kleinräumig ausgewertet und veröffentlicht³⁶ (> 3.5 Trojan, Abb. 3.5-3). Im Mai 2021 wurde einem Antrag in der Hamburger Bürgerschaft stattgegeben, in vierwöchentlichen Abständen über die Inzidenzzahlen in den 104 Hamburger Stadtteilen zu berichten. Dies geschieht allerdings in Form absoluter Zahlen in einer einfachen Tabelle ohne Bezug zu den Einwohnerzahlen.³⁷ Für Zahlen auf Bezirksebene und Gesamtstadt gibt es das Portal Statista³⁸ bzw. Seiten der Hansestadt.³⁹ Über eine systematische Verknüpfung der von den Gesundheitsämtern gemeldeten Daten mit den für die Maßnahmen zuständigen Stellen auf verschiedenen politischen Ebenen ist nichts bekannt.

Die für Wissenschaft und Bezirksangelegenheiten verantwortliche Senatorin initiierte Mitte April 2021 erste lokale Maßnahmen in Harburg, die jedoch als zu gering kritisiert wurden.⁴⁰ Inzwischen gibt es einen bunten Strauß von Maßnahmen, allerdings »unabhängig davon, in welchem Stadtteil Sie wohnen«⁴¹ (Herv. d. Verf.), d. h. ganz allgemein und ohne zielgerichtete Schwerpunkte in »Hotspots«. Unter dem Titel »Corona – so schützen Sie sich und Ihre Familie!« unterstützt die Sozialbehörde Angebote der Information und Prävention in den Stadtteilen für Fachkräfte und Bürgerinnen und Bürger: die Veröffentlichung von allgemeinen und aktuellen Informationen in sieben Sprachen, ein Corona-Infomobil in Kooperation mit einem Migrantenprojekt für die aufsuchende Beratung im Stadtteil, Onlineveranstaltungen zu aktuellen Entwicklungen, Videos in mehreren Sprachen zu den jeweils aktuellen Fassungen der Corona-Eindämmungsverordnung. Eine zentrale Umsetzungsinstanz ist die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, die diese Corona-Kommunikationsstrategie⁴² seit 2022 fachlich koordiniert und darüber hinaus auf ihren Internetseiten zahlreiche zusätzliche Informationen, Fortbildungsangebote, Prozessbegleitung

35 <https://taz.de/Covid-Aufklaerung-in-aermeren-Stadtteilen/!5761273/>

36 www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Corona-Zahlen-Erhebliche-Unterschiede-in-Hamburgs-Stadtteilen,stadtteile628.html

37 https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/79288/buergerschaftliches_ersuchen_vom_8_april_2021_lokale_und_niedrigschwellige_corona_praevention_in_hamburger_stadtteilen_drs_22_3894_hier_februar_2022.pdf

38 Statista (2022): Erkrankungsfälle in Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19) in Hamburg nach Bezirken. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1178562/umfrage/entwicklung-der-fallzahl-des-coronavirus-in-hamburg-nach-bezirken/>

39 www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/corona

40 www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Harburg-Mit-Stelzenlaefern-gegen-hohe-Corona-Zahlen,stadtteile634.html

41 www.hamburg.de/corona-kurzinfo

42 www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesundheits-in-der-stadt/corona-kommunikationsstrategie

mit dem Instrument Standortanalyse und Anlaufstellen für Hilfe präsentiert – auch für die Stadtteilebene und besonders für vulnerable Zielgruppen.⁴³ Über die Koordinator*innen der Lokalen Vernetzungsstellen Prävention wurde ein gezielter Austausch zu Corona in einigen sozial prekären Stadtteilen, z. B. des Bezirks Eimsbüttel,⁴⁴ organisiert (vgl. ▶ 6.1 Hofrichter, Duwe et al.).

Berlin

Berlin berichtet im städtischen Portal Inzidenzzahlen auf Bezirksebene.⁴⁵ Unter der Überschrift »Maßnahmen« finden sich nur allgemeine, jedoch keine quartiers- oder stadtteilbezogenen Aktivitäten.⁴⁶ Eine Studie aus dem Bereich der amtlichen Gesundheitsberichterstattung kommt auf der Basis verschiedener Datenquellen (Coronadaten bis 29.10.2020) zu dem Ergebnis: »Grundsätzlich ist festzustellen, dass Bezirke, die eine ungünstigere Sozialstruktur aufweisen sowie dichter besiedelt sind und in denen weniger Frei- und Erholungsfläche zur Verfügung steht, signifikant stärker von der COVID-19-Epidemie betroffen sind.« (Gesundheitsberichterstattung Berlin 2020, S. 8) Für aktuelle Daten wird auf den Onlinelagebericht des Landesamtes für Soziales und Gesundheit verwiesen, auf dem u. a. Sieben-Tage-Inzidenzen der Bezirke berichtet werden.⁴⁷ Berlin-Neukölln wurde Gegenstand einer exemplarischen Beschreibung der Situation in prekären Stadtteilen.⁴⁸

Mitte 2021 wurden mobile Impfteams eingesetzt, um temporäre Schwerpunktimpfungen in einzelnen Bezirken durchzuführen. Kritik lautete: Um zielgenauer und dauerhafter »sozial und gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen«, müssten die bezirklichen Gesundheitsämter einbezogen werden.⁴⁹ Auch für die Verteilung der Teststationen (April 2021) gab es auf Basis kleinräumiger Daten empirisch gut belegte Kritik des Senders rbb24, weil gut situierte Gegenden in Mitte und Charlottenburg deutlich besser versorgt waren als die Randgebiete der Stadt.⁵⁰

43 www.hag-gesundheit.de/aktuelles/corona-aktuell/im-stadtteil

44 <https://gesund-bleiben-eimsbuettel.de/>

45 www.berlin.de/corona/lagebericht/

46 www.berlin.de/corona/massnahmen/

47 <https://data.lageso.de/lageso/corona/corona.html>

48 www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/corona-in-berlin-neukoelln-im-epizentrum-a-a06ee092-0002-0001-0000-000176982980

49 www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Corona-Impfkampagne-Es-geht-vor-allem-um-Aufklaerung-420210.html

50 www.rbb24.de/panorama/thema/corona/beitraege/2021/04/teststationen-aussenbezirke-corona-marzahn.html

Bremen

Bremen stellte schon im November 2020 ein ungleich verteiltes Infektionsgeschehen mit erhöhten Fallzahlen in einigen benachteiligten Quartieren fest und reagierte Ende desselben Jahres mit der Förderung stadtteilbezogener präventiver Unterstützungsangebote.⁵¹ Die differenzierte Analyse auf Basis einer Zuordnung zu Postleitzahlen kam aber offenbar nur gegen Widerstände zustande.⁵²

Auf den derzeitigen Coronaseiten der Stadt werden nur wöchentliche Gesamtinzidenzen für Bremen und Bremerhaven ausgewiesen. Eine kontinuierliche kleinräumige Berichterstattung gibt es auch auf den Bremer Projektseiten nicht.⁵³

Als Maßnahme beauftragte der Bremer Senat die Landesvereinigung Niedersachsen für Gesundheitsförderung (LVG & AFS) mit der Durchführung von zwei eng miteinander verzahnten Projekten:

- ein niedrighschwelliges Informations- und Qualifizierungsangebot in verschiedenen Sprachen zu entwickeln und in Bremer Stadtteilen zu verbreiten (IQ-COVID, Materialien dort abrufbar)⁵⁴ sowie
- Gesundheitsfachkräfte in benachteiligten Quartieren zu installieren (Beginn März 2021, Finanzierung aus dem »Bremen-Fonds zur Bewältigung der Folgen der Corona-Pandemie«).⁵⁵

Hervorzuheben ist, dass der spezifische gesundheitsbezogene Ansatz eingebettet ist in eine allgemeine Stärkung der sozialen Arbeit (Streetworker, Kulturvermittler) in den benachteiligten Quartieren.⁵⁶ In einem Interview wurde die Arbeit der Gesundheitsfachkräfte als ein Baustein für die sehr hohen Impfquoten Bremens angesehen⁵⁷ und an anderer Stelle berichtet, dass das Team von neun auf zwölf Kräfte aufgestockt und bis Ende 2023 verlängert wurde.⁵⁸ Eine systematische Evaluation gibt es allerdings nicht.

51 www.jugendhilfeportal.de/fokus/coronavirus/artikel/kein-erkenntnisdefizit-sondern-handlungsdefizit-eine-praeventionsstrategie-ist-ueberfaellig/

52 <https://gruene-bremen.de/carsten-von-wissel-coronazahlen-in-bremer-stadtteilen-vorhersehbar/>

53 www.gesundheit.bremen.de/corona/schutz-und-praevention/gesundheitsfachkraefte-in-bremer-quartieren-39475

54 https://lvgniedersachsen-my.sharepoint.com/personal/iris_lettaw_gesundheit-nds_de/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Firis%5Flettaw%5Fgesundheitsfachkraefte%2Dnds%5Fde%2FDocuments%2FMaterialsammlung%20Corona

55 www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitschwerpunkte-lvg/covid-19/1756-stadtteilbezogene-unterstuetzungsangebote-im-rahmen-der-covid19-pandemie

56 www.butenunbinnen.de/nachrichten/aktionsplan-corona-arme-stadtteile-bremen-fortschritte-100.html

57 www.rnd.de/gesundheits/corona-bremen-hat-die-hoechste-impfquote-wie-ist-das-gelungen-I2HMFKDC55AMLFEQOUI3OU7RQY.html

58 www.weser-kurier.de/bremen/bremen-gesundheitsfachkraefte-fuer-corona-im-quartier-unterwegs-doc7jdi5z8z0x51hrjrx2cr

Köln

Das Kölner Gesundheitsamt bemühte sich früh darum, im Rahmen der Pandemiebekämpfung in Köln Schwerpunkte zu setzen und bei vulnerablen Gruppen, in Schulen und Kindertagesstätten und bei der Erkennung von lokalen Ausbrüchen, ob in Betrieben oder in Stadtteilen, aktiv zu werden. Dazu wurden Daten zur lokalen Ausbreitung in den Stadtteilen geocodiert aufgearbeitet.

Als sehr hilfreich erwies sich die frühe Einbindung von Köln im Gemeinschaftsprojekt »CorASiV«,⁵⁹ das von mehreren Fraunhofer-Instituten durchgeführt wird.⁶⁰ Die darin entwickelte Software ermöglicht eine schnelle visuelle Aufbereitung der Daten von an COVID-19 Erkrankten und ihren Kontaktpersonen. Neben den Kontaktnachverfolgungsdaten wurden auch Daten über sozioökonomische Faktoren der Kölner Stadtteile integriert.⁶¹ Die Analysen der Fraunhofer-Wissenschaftler*innen zeigten altersspezifische, geografische und sozioökonomische Zusammenhänge in der Verbreitung von COVID-19 in Köln auf.⁶² Im Rahmen einer Pressekonferenz wurden erste Ergebnisse am 22. März 2021 veröffentlicht.

Inzwischen liegt eine vollständige Auswertung des Kölner Gesundheitsamts und der CoraSiV-Daten zur zeitlichen und räumlichen Verteilung in Köln für den Zeitraum Februar 2020 bis einschließlich Oktober 2021 und des Zusammenhangs mit sozioökonomischen Faktoren vor. Eine unabhängige Analyse des Marktforschungsinstituts Infas 360 für das ZDF zeigte ähnliche Zusammenhänge auf. Die Analyse von 102 verschiedenen Variablen aller 86 Kölner Stadtteile zeigte, dass sozial benachteiligte Gebiete in der Tendenz höhere Infektionszahlen aufwiesen als gut situierte Stadtteile.⁶³

Im Rahmen eines allgemeinen Digitalisierungsprozesses des Gesundheitsamtes Köln (des größten Deutschlands) wurden die Infektionszahlen pro Stadtteil auf Eigeninitiative des Gesundheitsamtes und unabhängig vom Fraunhofer-Projekt dargestellt (Nießen 2021). Die wöchentlich aktualisierte Kartendarstellung zeigt für jeden Stadtteil beim Anklicken die Sieben-Tage-Inzidenz und die positiv Getesteten der letzten sieben Tage.⁶⁴ Aufgrund dieser Erkenntnisse organisierte die Stadt Köln als eine der ersten Kommunen niederschwellige Corona-Impfangebote in sogenannten vulnerablen Stadtteilen.⁶⁵

59 Unterstützung der Gesundheitsämter in der Corona-Response durch Analyse, Simulation und Visualisierung

60 www.iais.fraunhofer.de/de/geschaeftsfelder/healthcare-analytics/fraunhofer-projekte-corasiv-und-coperimoplus.html

61 <https://machinelearning-blog.de/anwendung/maschinelles-lernen-gegen-corona/>

62 www.igd.fraunhofer.de/presse/aktuelles/fraunhofer-projekt-corasiv-unterstuetzt-mit-neuer-software-die-gesundheitsaemter

63 www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-armut-migration-koeln-studie-100.html

64 www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/gesundheit/infektionsschutz/corona-virus/corona-virus-koeln-entwicklung-der-fallzahlen

65 www.tagesschau.de/inland/brennpunkt-impfen-101.html

Ämtern gab, die einmalig den Zusammenhängen von sozialräumlichen Benachteiligungsindikatoren und gehäuften Coronainzidenzen nachgingen. Dabei bleibt zumeist undurchsichtig, inwieweit die jeweiligen Erkenntnisse zu systematischem Handeln geführt haben.

Zwei Städte, Köln und Nürnberg, können vorweisen, was man idealtypisch als kontinuierliche Problembestimmung bzw. Monitoring fordern würde: eine dauerhafte, öffentlich visualisierte Darstellung der kleinräumigen Entwicklungen im Internet. In Köln spielte dabei die Kooperation mit der Wissenschaft (Fraunhofer-Institut), in Nürnberg das Vorhalten einer offenbar gut ausgebauten Infrastruktur (Stadtforschung für Nürnberg und Fürth) eine wichtige Rolle.

Strategieformulierung: Eine als solche erkennbare und kommunizierte Strategie ist frühzeitig in Bremen formuliert worden, wobei die coronabezogenen Maßnahmen eingebettet waren in eine allgemeinere Unterstützungsstrategie für strukturschwache Stadtteile. Auch für Köln ist deutlich erkennbar, dass gezielte Maßnahmen in Reaktion auf identifizierte Probleme in einzelnen Stadtteilen erfolgen. Das Monitoring ist eingebettet in eine Strategie der Digitalisierung des Gesundheitsamtes.

In Hamburg hat sich eine Palette von Maßnahmen entwickelt, die im Nachhinein vielleicht als »Strategie« bezeichnet werden könnten. Worauf es uns hier ankommt: Eine politische Strategie für besondere Hotspots der Coronakrise ist das aber nicht. Dass es gezielte Maßnahmen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf gibt, ist wohl eher auf die Umsetzungsinstanz »Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung« zurückzuführen, die von ihrer Aufgabenstellung und Orientierung auf die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Chancenungleichheit ausgerichtet ist.

Umsetzung: Vor allem in Bremen ist entschieden in die Umsetzung mittels Personalstellen und deren Qualifizierung investiert worden. Die Idee der Impfmobile und mehrsprachigen Informationen scheint überall aufgegriffen worden zu sein. Insgesamt ist dieser Bereich schwer zu beurteilen, da es außer für Bremen praktisch keinerlei Angaben über die Quantitäten der eingesetzten Maßnahmen und Mittel gibt.

Evaluation: Hierzu wird nirgendwo etwas angegeben. In diesem Punkt vermisst man eine intensivere Diskussion und Kooperation mit der Wissenschaft.

Der Hintergrund dieser Recherche folgt einem schlichten Grundgedanken: Man muss wissen, wo's am heftigsten brennt, und dort muss dann gezielt auch stärker gelöscht werden. Dieses Prinzip wird in den betrachteten Städten meist nicht so konsequent verfolgt, wie es wünschenswert wäre. Ein kontinuierliches kleinräumiges Monitoring der Coronainzidenzen (und angrenzender Indikatoren wie Impfquote) fehlt fast über-

all. Die Ansätze, die Gesundheitschancen in schlechter gestellten Stadtteilen gezielt zu erhöhen, muten mit wenigen Ausnahmen zaghaf an.

Hamburg kann für die Pandemiebekämpfung von einigen der hier verglichenen Städte etwas lernen: von Bremen, wie eine stringente, finanziell abgesicherte Strategie zur Unterstützung strukturschwacher Quartiere aufgesetzt werden kann, von Köln, wie ein kleinräumiges Monitoring und unmittelbar damit verknüpfte Reaktionen auf zu hohe Inzidenzen und/oder zu niedrige Impfquoten organisatorisch umgesetzt werden. Für ein nachhaltiges Vorbereitetsein auf Pandemiebekämpfung bedarf es einer darauf ausgerichteten Infrastruktur, in der Datensammlung, Strategieformulierung und Handeln integriert sind. Hierfür sollte vor allem auf den ÖGD mit seinen Kompetenzen und seiner »sozialkompensatorischen Funktion« (Rieger-Ndakorerwa et al. 2018) gesetzt werden. Das Gesundheitsamt Köln ist ein gutes Beispiel.

Danksagung: Für kritische Durchsicht des Beitrags danke ich Frau Petra Hofrichter, Frau Dr. Gudrun Rieger-Ndakorerwa und Herrn Dr. Johannes Nießen. Der Beitrag geht zurück auf einen ausführlicheren Beitrag zu »Gemeinschaftlicher Resilienz in Zeiten der Pandemie« des Forums Gemeindepsychologie.

LITERATUR

- Dragano N, Hoebel J, Wachtler B, Diercke M, Lunau T, Wahrendorf M (2021): Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2. Bundesgesundheitsbl 64:1116-1124; www.doi.org/10.1007/s00103-021-03387-w
- Endt C, Fischer K, Greife-Huge C, Klack M, Tröger J (2021): Soziale Ungleichheit und Corona. Das sind die Corona-Hotspots in deutschen Großstädten. In: DIE ZEIT ONLINE vom 1. Juni 2021. www.zeit.de/wissen/2021-05/soziale-ungleichheit-corona-infektionen-aermere-stadteile-datenanalyse-soziale-brennpunkte
- Evans R (1987 engl./1990 dt.): Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830–1910. Rowohlt, Hamburg
- Fehr R, Fertmann R (2018): Stadtgesundheit in Hamburg und Altona: 1901 bis zum Ende der Weimarer Republik. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. oekom verlag, München, S. 32–41
- Gesundheitsberichterstattung Berlin (2020): Das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen in Berlin – Zusammenhang mit Soziodemografie und Wohnumfeld. kurz-informiert_2020-2; www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/kurz-informiert/
- Hartung S, Rosenbrock R (2022): Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. [doi:10.17623/BZGA:224-i099-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i099-1.0)
- Knesebeck O von dem (2021): Soziale Ungleichheit in der Covid-19-Pandemie. PPT. www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/vortrag/Knesebeck_Ungleichheit-COVID_2021-04-29.pdf
- Langeheine M, Schüle S (2021): Verteilung des Infektionsgeschehens von COVID-19 in Bremer Stadtteilen. PPT bei der Auftaktveranstaltung – Stadtteilbezogene Unterstützungsleistungen

im Rahmen der Covid-19-Pandemie, 29.4.2021. www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/vortrag/Schuele-Langeheine_Inzidenzen-Stadtteile_2021-04-29.pdf

Nießen J (2021): Corona-Pandemie. Krise als Chance zur Vernetzung im Gesundheitssystem. Referat auf dem Gesundheitswirtschaftskongress Hamburg 22. 9. 2021

Plümper T, Neumayer E (2020): The pandemic predominantly hits poor neighbourhoods? SARS-CoV-2 infections and COVID-19 fatalities in German districts. *The European Journal of Public Health*, 30 (6):1176-1180

Rieger-Ndakorerwa G, Nießen J, Wildner M (2018): Die sozialkompensatorische Funktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. *Public Health Forum* 26 (4):361-364; <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0095>

Wachtler B, Michalski N, Nowossadeck E, Diercke M, Wahrendorf M, Santos-Hövenner C et al. (2020a): Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19. Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. *Journal of Health Monitoring* 5(S7):3-18; DOI 10. 25646/7058

Wachtler B, Michalski N, Nowossadeck E, Diercke M, Wahrendorf M, Santos-Hövenner C et al. (2020b): Sozioökonomische Ungleichheit im Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2. Erste Ergebnisse einer Analyse der Meldedaten für Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 5(S7):19-30; DOI: 10.25646/7056

Wahrendorf M, Knöchelmann A, von dem Knesebeck O, Vonneilich N, Bolte G, Lehmann F et al. (2020): Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten? Kompetenznetz Public Health COVID-19. www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_SozUngl_COVID19_final.pdf

Wüstendörfer W (2021): Covid-Infektionsrisiko und sozialstrukturelle Merkmale von Stadtgebieten in Nürnberg. www.emwe-verlag.de/files/emwe-verlag-covidinfektionen_und_soziale_merkmale_.pdf

7.3

Neue Methodenansätze in der Entwicklung gesunder Stadträume am Beispiel des »Hamburger Altstadt-Drachen-Projektes«

Tu Phung Ngo, Roland Keich

Öffentliche Räume gewinnen in der Stadt- und Gesundheitsforschung an Bedeutung (Feireiss 2015, Baumgart et al. 2018). Der Bundesbericht zur Baukultur 2020/21 setzt ein deutliches Zeichen und fordert auf, öffentliche Räume neu und zukunftsgerichtet zu konzipieren (BSBK 2020). Die Notwendigkeit einer gesundheitsfördernden Gestaltung in der Stadtplanung und -architektur sei unabdingbar geworden, was aus der Forschung bestätigt wird, z. B. Baumgart et al. 2018. Folglich sollten »ungesunde« Stadträume neu definiert und gestaltet werden, um einen Beitrag zur gesunden Stadtentwicklung zu leisten.

In traditionellen westlichen Stadtplanungskonzepten wird eine gesunde Stadtgestaltung häufig nur materiell-physisch formuliert, im Sinne eines eher technischen Gesund-

heitsbegriffs. Eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit findet sich jedoch im Fernen Osten seit Jahrtausenden (Kubny 2008, S. 218–219; Miyazaki 2018, S. 28). Dieses Verständnis von »Gesundheit« bietet einen Ansatz, das Wohlbefinden in das Konzept gesunder (Stand-)Orte sowie gesunder Stadträume und Quartiere zu integrieren⁷⁰. Auch die fernöstliche Gestaltungstheorie *Feng-Shui* beschäftigt sich seit mehr als zwei Jahrtausenden mit der Frage nach der harmonischen Beziehung zwischen dem Menschen und der Natur. Zunehmend wird auch in Europa geforscht, welche Auswirkungen Feng-Shui auf den Stadtraum hat (Reiter 2011) bzw. was aus der chinesischen Stadtplanung abgeleitet werden kann (Hassenpflug 2013).

Für uns ergibt sich aus der aktuellen Forschung und aus den Erkenntnissen aus Asien, dass Sinneswahrnehmung, Gefühle und Seele auf Augenhöhe mit körperlicher Unversehrtheit stehen und diese ihre Entsprechung im Raum und in den Methoden einer gesunden Raumgestaltung brauchen (Brandl & Mackowitz 2019; Flade 2008, S. 102–105). Demnach lässt sich eine These formulieren, dass Raumerkundungen mit urbanen Aktionen zum Markieren des Stadtraums und qualitativen Raumwahrnehmungen die Analyse und Planung von Stadträumen sinnvoll ergänzen können. Im Folgenden wollen wir am Beispiel der Erfahrungen eines Modellprojektes mit vielfältigen Interventionen und Markierungen im Raum Ansätze für die Weiterentwicklung methodischer Vorgehensweisen aufzeigen.

Stadträumliches Modellprojekt »Altstadtdrache« der Hamburger Innenstadt

Um die eingangs genannte These zu überprüfen, ergab sich im Jahr 2019 die Möglichkeit, mit Fördermitteln aus dem Ideenwettbewerb #tatenfürmorgen des Rates für Nachhaltige Entwicklung⁷¹ ein Jahr lang ein stadträumliches Modellprojekt in einem Teil der Hamburger Altstadt zu realisieren. Angelehnt an Ansätze von »Stadtlabor«, sollten Stadtbewohner*innen und Bewohner*innen der Altstadt angeregt werden, sich aktiv in die Entwicklung von Orten einzubringen und ein gemeinsames Narrativ für eine wünschenswerte Zukunft zu entwerfen. Diese Vorgehensweise entspricht dem aktuellen Trend »Transforming Cities« (Feireiss 2015). Ziel des Modellprojekts sollte es sein, mit sinnlichen Markierungen, optischen und klanglichen Mitteln sowie sozialen Erfahrungen Stadtraum zu entdecken und Fantasien zu seiner Weiterentwicklung anzuregen. Damit Künstler*innen, gesellschaftliche Akteure und Bewohner*innen neue Sichtwei-

⁷⁰ In der Praxis dominiert noch die technisch-materielle Sichtweise, wobei die Forschung die neuen Ansätze zunehmend in den Mittelpunkt stellt, siehe hierzu u. a. die Werke von Brandl 2013, Brichetti & Mechsner 2019, Drasdo 2018, Flade 2008 & 2015, IWAP 2020, Keding 2012, Lee 2012, Rambow, Moczek et al. 2014, Richter 2009, Vollmer et al. 2020.

⁷¹ Der Rat für Nachhaltige Entwicklung ist das Beratungsgremium zur Nachhaltigkeit für die Bundesregierung. www.nachhaltigkeitsrat.de/ueber-den-rat/?cn-reloaded=1

sen und eigene Aktivitäten entwickeln, wurde ein Bottom-up-Ansatz im Sinne des Fördermittelgebers gewählt und dieses Projekt durch eine gemeinnützige, zivilgesellschaftliche Organisation eigenständig umgesetzt.

Für den Förderantrag erkundeten die beiden Initiatoren die fünf historischen Altstadtinseln und stellten in einem Bewerbungsvideo⁷² verödete bzw. von den Menschen vernachlässigte Orte vor. Diese Orte gilt es zu »heilen«, um eine gesundheitsfördernde Wirkung im Stadtraum zu erhalten. Da der Fokus die Schaffung von Lebendigkeit und eine nachhaltige, gesunde Stadtentwicklung war, bot sich eine Symbolsprache an, die sich an den fernöstlichen Drachen anlehnte. Der Drache steht in China für Lebendigkeit, Kraft und Dynamik (Kubny 2008, S. 218). Das Projekt erhielt den offiziellen Titel »Der Drache erweckt die hamburgische Altstadt« (kurz: Altstadt-drachen-Projekt) und wurde von der Patriotischen Gesellschaft von 1765 e. V. getragen und von der Bürgerinitiative »Altstadt für Alle«⁷³ unterstützt.

Das Altstadt-drachenprojekt wurde von einem Kernteam⁷⁴ umgesetzt und beinhaltete verschiedene Teilprojekte, wodurch über 20 weitere Personen am Projekt beteiligt waren.



Abbildung 7.3-1: Projektelemente »Altstadt-drachenprojekt«.

Quelle: eigene Darstellung.

Ein verbindendes Element war die *Stadthafensafari*, eine Entdeckungstour mit dem Symboltier des Drachen, um auf die verwaisten und »zu heilenden« Orte im Rahmen des Hamburger Architektursommers 2019 hinzuweisen. Dabei wurde der »Drachen«

⁷² www.youtube.com/watch?v=kycZa-4Mm1Q

⁷³ www.altstadt-fuer-alle.de/profil/wer-wir-sind.html

⁷⁴ Mitglieder des Kernteams: Rolf Kellner (Projektleiter, Initiator und Kurator), Tu Phung Ngo (Projektleiterin, Initiatorin), Julia Barthel (Tourmanagerin), Roland Keich (Projektberater)



Abbildung 7.3-2: Der Altstadtdrache am Hopfenmarkt-Pavillon mit den Drachenträgern.

Foto: Roland Keich.

durch eine tragbare Luftballonskulptur der Ballonkünstlerin Sina Greiner dargestellt. Als Symboltier des Projektes verkörperte der *Altstadtdrache* einerseits die Tradition der Hamburger Seefahrt und andererseits die Kraft der Lebendigkeit und Neugier, die ihm im asiatischen Kulturraum zugesprochen wird. Als spielerisches Element sollte der Drache Orte mit besonderem Potenzial aufsuchen und dort »schlafende« Energien wecken. Unterwegs im öffentlichen Raum, wurde der Altstadtdrache zu einem Türöffner für Gespräche und Erklärungen zu unserem Projekt und entfaltete eine starke kommunikative und mediale Wirkung. Es zeigte sich, dass ein Symboltier für die Entdeckung und Markierung von »neuen Orten« sehr förderlich ist.

Die *Stadthafensafari* umfasste geführte Touren durch die Altstadt als Dialoginstrument, um mit Anwohner*innen und Besucher*innen über die zukünftige Entwicklung dieses Stadtraums ins Gespräch zu kommen. Über vier Gründungsinseln,⁷⁵ drei Kraftorte und 21 Stationen wurde ein Pfad erschlossen, entlang dessen durch Lichtinstallationen, Interventionen und Kunstwerke anhand bestimmter Gebäude, Perspektiven und Signaturen die Aufmerksamkeit der Besucher*innen auf die im Raum eingeschriebene Geschichte, gegenwärtige Herausforderungen und Orte des Aufbruchs gelenkt wurde. Insgesamt wurden 30 Touren mit ca. 600 Teilnehmenden durchgeführt.

⁷⁵ Altstadtinsel, Cremon, Grimm und Neustadtinsel



Abbildung 7.3-3: Basement Poem im Kellergewölbe der St.-Nikolai-Kirche. Foto: Roland Keich.

Auf dem Hopfenmarkt, der einer der ältesten Wochenmärkte in Hamburg war und zur Parkplatzfläche mutierte, wurde ein temporärer Pavillon aufgebaut. Durch die Intervention sollte die Kultur des Marktes und des sozialen Austauschs aufgegriffen werden, was durch Veranstaltungen wie eine Open Stage durch den lokalen Klub K und die Nutzung als Ausgangs- und Endpunkt der Touren erprobt wurde. Die Position des *Hopfenmarkt-Pavillons* nahmen die Tourguides zum Anlass, über die historische Bedeutung des Hopfenmarktes zu sprechen und die Aufmerksamkeit der Besucher*innen auf die aktuellen baulichen Entwicklungen rund um den Platz zu lenken.

In dem angrenzenden Kellergewölbe des Kriegsmahnmals der St.-Nikolai-Kirche wurde mit Lichtprojektionen als *Basement Poem* die Magie des Raumes freigesetzt: Die Lichtkünstlerin Kathrin Bethge und der Musiker John Eckhardt öffneten mittels analoger Projektionen und Klänge einen Zugang zur Geschichte des Ortes. Licht und Sound lenkten die Wahrnehmung der Besucher*innen auf die Spuren architektonischer Transformation, Umbauten und Ablagerungen ferner Zeiten im Gewölbe. Somit konnten die Teilnehmer*innen ein Gespür für die Präsenz von Geschichte in der Hamburger Altstadt sowie Fantasien zur Nutzung verlassener Orte entwickeln. In dem Gewölbe ent-



Abbildung 7.3-4:
Klimaskulptur am Nikolaifleet.
Foto: Julia Barthel

deckten die Besucher*innen unerwartete Räume und tauchten – weg vom Straßenlärm – in eine ganz andere Welt ein.

So inspiriert, führte die Tour zu einem nächsten Haltepunkt: dem alten *Alsterhafen* am Nikolaifleet, der in der Vergangenheit von großer Bedeutung für die Entwicklung von Handel und Wirtschaft in Hamburg war als alte Keimzelle des Hamburger Hafens. Heute liegt er in unmittelbarer Nachbarschaft zur stark befahrenen Willy-Brandt-Straße. Das Künstlerduo Werner Jarmatz und Karl-Heinz Maukel installierte dort die *Skulptur Klimaprobe* über dem Nikolaifleet.

Die *Klimaprobe* war ein mehrteiliges Kunstwerk, das sich aus einer Lichtsäule, Projektionen und gewebten Drahtwolken zusammensetzte. Die Säule übertrug Klimadaten aus der Vergangenheit bis in die Gegenwart mittels Projektion auf luftige Fragmente aus Draht. Auf diese Weise wurde die bedrohliche klimatische Entwicklung der letzten Dekaden visualisiert. Räumlich konnten das Thema des Klimawandels und dessen Zusammenhang mit CO₂- und Feinstaubemissionen mit dem vorbeifließenden Verkehr verknüpft werden. Der alte Stadthafen wurde zugleich für Musik und sozialen Austausch genutzt und somit neu von Bewohner*innen und Stadtakteuren entdeckt. Diese Inspirationen sollen in dem in der Planung befindlichen neuen Wohnungs- und

Abbildung 7.3-5:
Klimaprobe auf einem hängenden Faden über dem Nikolaifleet bei Abenddämmerung.
 Foto: Julia Barthel



Büroprojekt Einfluss finden. Der Investor unterstützte mit Genehmigungen und Strom die Installation.

In einem alten städtischen, aber noch benutzten *Parkhaus Neue Gröninger Straße* wurde eine Projektwerkstatt in Kooperation mit der neu gegründeten Baugenossenschaft Gröninger Hof für das Planer- und Künstlerkollektiv LU'UM eingerichtet, welche dem Altstadtdrachen als Drachengarage diente. LU'UM baute hier Stadtmöbel, veranstaltete Diskussionen und Austausch. Mit einem Posaunenkonzert von »Tuten und Blasen« wurde das morbide Gebäude zum Tönen gebracht und in die Stadt hinein symbolisch nach Veränderung und Belebung gerufen. Die Drachengarage wurde intensiv als Ort des Dialogs, kooperativer Kollaboration im Quartier und für Studierendenprojekte der HafenCity Universität genutzt. Es entstand ein lebendiger Ort im morbiden Parkhaus.

Die Gröninger Hof eG i. Gr. führt mit LU'UM die Werkstatt als Diskussions- und Veranstaltungsort fort. Die Genossenschaft will das Parkhaus in ein gemischt genutztes modellhaftes Projekt für neues Wohnen und Arbeiten in der Innenstadt umbauen und hat von der Stadt hierzu zwischenzeitlich die Anhandgabe erhalten. Die Inspiration der Drachengarage kann somit in neuer Form verstetigt werden.



Abbildung 7.3-6: Posaunenkonzert im Parkhaus Neue Gröninger Straße. Foto: Roland Keich.

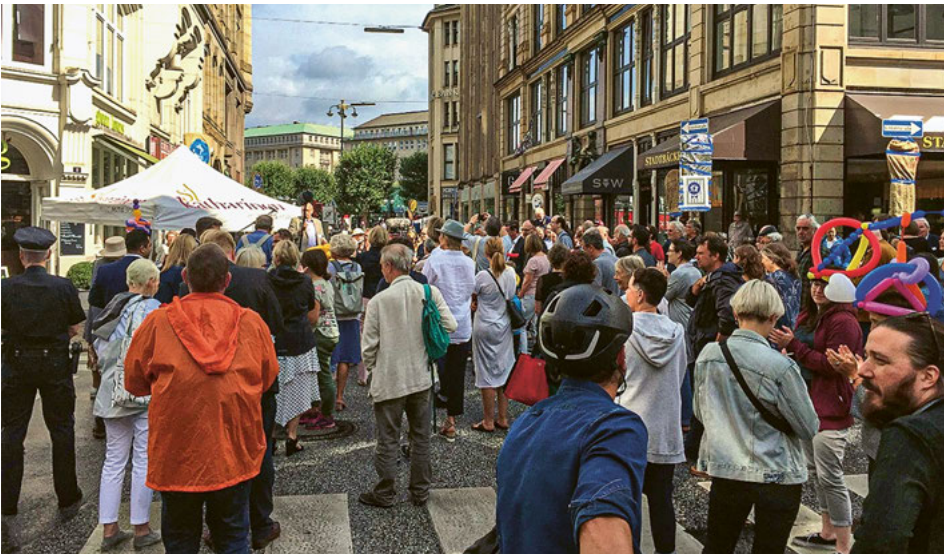


Abbildung 7.3-7: Fußgängerfreundliches Rathausquartier auf der Kleinen Johannisstraße. Foto: Tu Phung Ngo.

Das mit großer Öffentlichkeitswirksamkeit wahrgenommene Projekt *Fußgängerfreundliches Rathausquartier* hatte das Ziel, den Stadtraum dieses Quartieres zu beleben und für die Menschen eine experimentelle Fläche zum Entdecken des Straßenraums zu geben. Das Altstadttrachenprojekt förderte die Konzeption und Vorbereitung, die Patriotische Gesellschaft von 1765 setzte das Projekt Fußgängerfreundliches Rathausquartier mit der Initiative »Altstadt für Alle« um. Hierzu wurde die Kleine Johannisstraße von August bis Oktober 2019 temporär für den Autoverkehr gesperrt. Die Kleine Johannisstraße ist Teil eines Verbindungsweges vom Rathaus über den alten Stadthafen bis zur Hauptkirche St. Katharinen auf historischen Straßen (auch »Katharinenweg« genannt). Die Fußgänger konnten sich ungefährdet bewegen und den Raum vielfältig entdecken, mit kommerzfreiem Sitzen auf Stadtmöbeln von LU'UM, mit Gastroaußenflächen statt Parkplätzen sowie mit Sport wie Tischtennis und Yoga. Mehr Bewegungsfreiheit als Fußgänger*innen, weniger Luftverschmutzung und höherer sozialer Austausch wurde ein Modell für die Weiterentwicklung der Hamburger Innenstadt.

Das Projekt wurde sehr erfolgreich mit Beteiligung der Betroffenen umgesetzt. Der neue Business Improvement District Rathausquartier beabsichtigt zusammen mit der Politik, die Kleine Johannisstraße als Fußgängerweg bis zum Alten Stadthafen am Nikolaifleet zu entwickeln und 2022 umzusetzen.

Eine weitere Aktion des Altstadttrachenprojektes in Kooperation mit der Hauptkirche St. Katharinen war die Intervention »Leerstellen als Lehrstellen« des Künstlers Arne Lösekann von Juni bis Oktober 2019. Räumlich an mehreren Orten situiert, lagen



Abbildung 7.3-8:
»Leerstellen als
Lehrstellen« von
Arne Lösekann
am historischen
Stadthafen.

Foto: Frank Engelbrecht.



Abbildung 7.3-9: Der Altstadtdrache auf dem Domplatz. *Foto: Roland Keich.*

die Installationen, bestehend aus Fundstücken von lokalen Speichern und ausgemusterten Kirchenstühlen der Hauptkirche St. Katharinen, zwischen dem Rathausquartier und dem Katharinenquartier entlang der Kleinen Johannisstraße.

Diese erstmalig so umfangreiche künstlerische Markierung geht entlang des »Katharinenweges«, der seit mehreren Jahren die stadträumlichen Zusammenhänge und Verbindungen vom Rathausmarkt (mit einer Katharinenkulptur am Gebäude) bis hin zur Hauptkirche St. Katharinen zeigt und eine der zentralen Wegeadern über die Willy-Brandt-Straße (ehemalige Ost-West-Straße) bis hin zur HafenCity darstellt und Symbolkraft für die Überwindung der die Altstadt trennenden Verkehrsschneise Willy-Brandt-Straße hat.

Erfahrungen aus dem Drachenprojekt

In diesem Projekt verbanden sich der Diskurs über die Fragmentierung der Hamburger Altstadt und über eine Verkehrswende mit dem Diskurs über eine nachhaltige kulturelle und soziale Quartiersentwicklung. Künstlerische und aktive Formate wurden erfolgreich erprobt. Die positive Resonanz der Besucher*innen und der gesellschaftlichen Akteure sowie die Verstetigung von Projektinspirationen bestätigen dieses Fazit.

Die Symbolsprache mit Markierungen, dem Drachen und Installationen kann als Inkubator für Inspiration, Erinnerung sowie Andersdenken wirken. Was sie vor allem ausmacht, ist, den individuellen Charakter einer Stadt zu markieren. Mit dem Dra-

chen als Symboltier konnte ein Zeichen gesetzt werden, dass Stadtentwicklung mehr als technisches und ökonomisches Planen ist.

Die Erkenntnisse aus dem Altstadtdrachenprojekt wurden in einem Abschlussworkshop der Beteiligten aufbereitet. Der Drache als Symboltier für Lebendigkeit und Veränderung wurde von Gästen und Akteuren angenommen und brachte ein verbindendes Element fernöstlicher Methoden und westlicher Forschungen. Und die eingangs formulierte These hat aus der praktischen Erfahrung des Projektes ihre Bestätigung gefunden. Die Weiterentwicklung der Formate und ihr systematisierter Einsatz können ein wertvoller Beitrag zur Methodik nachhaltiger, gesundheitsfördernder Stadtentwicklung, zur sinnlichen Wahrnehmung von Stadträumen, der Integration des menschlichen Wohlbefindens in der Stadtraumgestaltung sowie zum Verständnis von »zu heilenden« Orten in der Stadt werden.

Die Ziele des Projektes wurden erreicht, was Mut machen sollte, beispielsweise in künftigen Reallaboren in Hamburg diese Wege und Methodiken vielfältig weiter zu untersuchen und soziale und planerische Innovationen systematisch voranzutreiben,⁷⁶ ohne die freie Entfaltung zivilgesellschaftlicher Akteure zu bremsen. Das Forschungsformat Reallabor gewinnt an Bedeutung (Anders, Kreutz et al. 2020; Deutscher Bundestag 2018; Wanner & Stelzer 2019), womit auch für die zivilgesellschaftlichen Akteure in Zusammenarbeit mit Hochschulen neue Projektmöglichkeiten entstehen könnten. Es braucht einen innovativen Methoden- und Gestaltungsfreiraum in der Stadt, um gesunde Plätze und nachhaltige Strukturen für Stadtbewohner*innen und Besucher*innen zu schaffen.

LITERATUR

Anders S, Kreutz S, Schaumann E, Schmidt J (2020): Reallabore zur Transformation urbaner Zentren. Erfahrungen und kritische Reflexion. TransZ Working Paper No. 2/2020, https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2021/118032/pdf/Anders_Kreutz_Schaumann_Schmidt_TransZ_WorkingPaper_02_2020_1.pdf

Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A (Hrsg.) (2018): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Verlag der ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Hannover

Brandl A (2013): Die sinnliche Wahrnehmung von Stadtraum. Städtebau theoretische Überlegungen, Dissertation, Stadt- und Regionalplanung der Technischen Universität Cottbus

Brandl A, Mackowitz M (2019): Atmosphäre als Haltung. Für eine wahrnehmungsorientierte Lehre in Städtebau und Architektur. Archimera, Nr. 8, S. 65–78

⁷⁶ Die Stadt Hamburg hat aktuell 2021 einen Projektförderaufruf zur Sozialen Innovation gestartet und etabliert künftig diese Innovationsförderung. Träger des Projektes »Reallabor Altstadtküste – Innovation und Social Impact für Hamburger Innenstadt« ist die Hauptkirche St. Katharinen in Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Akteuren, dem AIT Architektursalon und der HafenCity Universität.

- Brichetti K, Mechsner F (2019): Heilsame Architektur. Raumqualitäten erleben, verstehen und entwerfen. Transcript Verlag, Bielefeld
- BSBK/Bundesstiftung Baukultur, Nagel R (Hrsg.) (2020): Baukultur Bericht. Öffentliche Räume 2020/21. www.bundesstiftung-baukultur.de/publikationen/baukulturbericht/2020-21
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2018): Förderung von Reallaboren und Citizen Science in Deutschland. Dokumentation, Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages
- Drasdo F (2018): Der Mensch im Raum. Über verschiedene Verständnisse von Raum in Planung und Sozialwissenschaften und theoretische Ansätze zu Mensch-Raum-Beziehungen. Dissertation, Architektur und Stadtplanung der Universität Stuttgart
- Feireiss K (Hrsg.) (2015): Transforming Cities: Interventions in Public Space. jovis Verlag, Berlin
- Flade A (2008): Architektur – psychologisch betrachtet. Verlag Hans Huber, Bern
- Flade A (Hrsg.) (2015): Die Stadt aus psychologischer Perspektive. In: Stadt und Gesellschaft im Fokus aktueller Stadtforschung. Konzepte, Herausforderungen, Perspektiven. Springer, Wiesbaden
- Hassenpflug D (2013): Der urbane Code Chinas, 2. Aufl., Birkhäuser Verlag, Basel
- IWAP/Institut für Wohn- und Architekturpsychologie (Hrsg.) (2020): Architektur- & Wohnpsychologie. Informationsbroschüre. www.iwap.eu/wp-content/uploads/2020/05/Architektur-und-Wohnpsychologie.pdf
- Keding M (2012): Erlebter Stadtraum. Eine ethnografische Untersuchung zum Ulmer Münsterplatz. Dissertation, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Eberhard Karls Universität Tübingen
- Kubny M (2008): Feng Shui. Die Struktur der Welt. Drachen Verlag, Klein Jasedow
- Lee J-Y (2012): Die Stadt als Sequenzerlebnis. Analyse und Entwurf stadtgestalterischer Raumsequenzen. Dissertation, Architektur und Stadtplanung der Universität Stuttgart
- Miyazaki Y (2018): Shinrin Yoku. Heilsames Waldbaden. Die japanische Therapie für innere Ruhe, erholsamen Schlaf und ein starkes Immunsystem. Irisiana Verlag, München
- Rambow R, Moczek N, Hofmann M (Hrsg.) (2014): Aneignung, Teilhabe, Wohlbefinden. Städtische Räume und ihre Nutzung. Einführung in das Schwerpunktthema. Umweltpsychologie, 18. Jg., Heft 2, S. 3–9
- Reiter FC (Hrsg.) (2011): Feng Shui (Kan Yu) and Architecture: International Conference in Berlin. In: Asien- und Afrika-Studien der Humboldt-Universität zu Berlin, Band 38, Harrassowitz Verlag, Wiesbaden
- Richter PG (2009): Architekturpsychologie. Eine Einführung. 3. Aufl., Pabst Science Publishers, Lengerich
- Vollmer TC, Koppen G, Kohler K (2020): Wie Stadtarchitektur die Gesundheit beeinflusst: das PAKARA-Modell. Bundesgesundheitsblatt, Nr. 63, S. 972–978
- Wanner M, Stelzer F (2019): Reallabore – Perspektiven für ein Forschungsformat im Aufwind. Wuppertaler Impulse zur Nachhaltigkeit. In: brief 07/2019, https://epub.wupperinst.org/frontdoor/deliver/index/docId/7360/file/7360_Reallabore.pdf

7.4

Inklusive Stadtentwicklung in Altona

Lea Gies

Die Quartiersinitiative »Q8 – Quartiere bewegen« der Evangelischen Stiftung Alsterdorf arbeitet seit 2011 daran, das Soziale neu zu organisieren und somit der Frage nachzugehen, wie ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und andere selbstbestimmt und lange zu Hause leben können. Anstoß dafür war »die Auflösung von Sonderwelten⁷⁷ in der Eingliederungshilfe: durch ambulante Assistenzsettings auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, durch stadtteilintegrierte Wohn-, Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten und durch den Aufbau von Stadtteil-Treffpunkten« (Stiefvater et al. 2018, S. 267).

In seiner Arbeit verbindet Q8 Ansätze der Sozialraumorientierung (vgl. Fürst & Hinte 2020), der Quartiersentwicklung und der Inklusion. Die Q8-Koordinatorin fungiert als unabhängige, intermediäre Instanz im Quartier und baut als Stadtteilmoderatorin ein Netzwerk aus verschiedensten Akteuren auf, darunter Privatpersonen und Initiativen, soziale Träger und Gewerbetreibende sowie Verwaltung und Politik (Stiefvater et al. 2020). Die Q8-Koordinatorinnen sind als intermediäre, d. h. unabhängige und vermittelnde Instanz im Quartier tätig. Sie fördern das nachbarschaftliche Zusammenleben, unterstützen Kooperationen vor Ort und verbessern Angebotsstrukturen in den Quartieren. Außerdem unterstützen sie städtebauliche Entwicklungen, die eine inklusive bauliche und technische Infrastruktur in den Quartieren möglich macht.

Q8 initiiert, vermittelt und begleitet (Haubenreisser & Oertel 2016). Die Menschen im Quartier werden dabei unterstützt, ihre Belange und Bedarfe zu artikulieren und diese an der richtigen Stelle zu platzieren. Q8 wird maßgeblich über Mittel der Eingliederungshilfe finanziert. Als die hamburgische Sozialbehörde 2010 mit mehreren Sozialdienstleistern der Eingliederungshilfe (EGH) einen Sozialraumzuschlag für alle Leistungen vereinbarte, setzte die Stiftung Alsterdorf diesen für die stiftungsübergreifende Sozialrauminitiative Q8 ein (Haubenreisser & Oertel 2016).

⁷⁷ Viele Menschen mit Handicap lebten insbesondere im deutschsprachigen Raum in abgetrennten Sonderwelten oder Anstalten. Noch Ende der 1990er-Jahre lebten in Alsterdorf über 800 Menschen mit Handicap in einer Parallelwelt. Der Großteil ihres Lebens spielte sich innerhalb eines umzäunten Geländes ab, mit Schlafsälen, Großküche und Anstaltskrankenhaus.

Mitte Altona

Durch die Überlegungen der Deutschen Bahn, den Fernbahnhof Altona an die S-Bahn-Station Diebsteich zu verlegen, entstanden 2007 erste Planungen für das neue Wohngebiet Mitte Altona.

Der erste Bauabschnitt (Textbox 7.4-1) wurde inzwischen auf dem alten Güterbahnhofs-gelände realisiert, die letzten Häuser wurden im Dezember 2020 bezogen. Der zweite Bauabschnitt wird auf dem Areal der Gleise entstehen, sobald der Bahnhof verlegt wurde (Abb. 7.4-1).



Abbildung 7.4-1: Projektgebiete Mitte Altona. Foto: Matthias Friedel, 2018; Wiedergabe mit Genehmigung der Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen (BSW) Hamburg). WE = Wohneinheiten.

Textbox 7.4-1: Daten und Fakten zu Mitte Altona (Q8 2017)

- 1. Bauabschnitt: 1.613 Wohnungen auf 12,3 Hektar
- 2. Bauabschnitt: ca. 1.900 Wohnungen auf 13,6 Hektar
- 1/3-Mix: 1/3 geförderter Wohnungsbau, 1/3 frei finanziert Mietwohnungsbau, 1/3 Eigentumswohnungen
- 20 % der Wohnfläche für Baugemeinschaften
- 5 – 10 % Gewerbeflächen
- Ca. 8 Hektar Freifläche

Durch seine Wichtigkeit für die gesamte Stadt – damals war Mitte Altona das zweitgrößte Stadtentwicklungsprojekt nach der HafenCity – wurde das Gebiet als sogenanntes Vorbehaltsgebiet festgelegt. »Damit erfolgt die Planung nicht wie in Hamburg üblich auf Bezirksebene, sondern die Zuständigkeit wandert auf Senatsebene (...).« (Ferber 2020, S. 73) Mit den Eigentümerinnen der Fläche verhandelte die Stadt Hamburg 2012 einen Städtebaulichen Vertrag, in dem verschiedenste Maßnahmen verankert wurden.

Forum »Eine Mitte für Alle«

Als die damalige Q8-Koordinatorin, Karen Haubenreisser, erfuhr, dass in Mitte Altona ein neuer Stadtteil entstehen soll, entschied sie sich, im Februar 2012 eine Auftaktveranstaltung zu organisieren und die Teilnehmenden mit den Fragen zu konfrontieren: »Kann eine Stadt inklusiv geplant und gestaltet werden? Und wie kann das gehen?«

Mit über 200 Teilnehmenden wirkte die Veranstaltung wie eine Initialzündung: Das Forum »Eine Mitte für Alle« wurde ins Leben gerufen. Bis heute nehmen am Forum Bürger*innen sowie Institutionen aus verschiedensten Bereichen teil, u. a. aus Politik, Verwaltung, Baugemeinschaften, Initiativen, Universitäten, Kirche und Stadtplanung – dies sind Menschen mit und ohne Behinderung und aus verschiedenen Herkunfts- und Altersgruppen. Moderiert und organisiert wird das Forum von Q8 (Abb. 7.4-2).

Zunächst sammelte das Forum Informationen darüber, welche Barrieren Teilhabe verhindern, und formulierte daraus positive Kriterien, die sich über alle Lebensbereiche erstreckten. Die Teilnehmer*innen orientierten sich dabei auch an der 2006 verabschiedeten UN-Behindertenrechtskonvention.⁷⁸ So entstanden »30 Ziele und Etappen inklusiver Stadtentwicklung in Mitte Altona«,⁷⁹ die als Empfehlungen für den weiteren Prozess galten und die Arbeitsgrundlage für das Forum darstellen. Der Erfolg blieb nicht aus: Im August 2012 beschloss die Bezirksversammlung Altona einstimmig, dass diese Empfehlungen für die Planungen in Mitte Altona und darüber hinaus für alle weiteren Bauvorhaben in Altona berücksichtigt werden sollen.⁸⁰

In der Folge fand das Thema Inklusion auch im Städtebaulichen Vertrag⁸¹ auf verschiedenen Ebenen Eingang. So wird bereits in der Präambel erwähnt, dass Mitte Altona ein inklusiver Stadtteil werden soll. 5 bis 10 % der für Wohnen vorgesehenen Bruttogeschossfläche sollen für Integrationsprojekte zur Verfügung stehen und »möglichst viele Wohneinheiten barrierefrei oder barrierearm gestaltet werden«. Kitas sol-

78 www.behindertenrechtskonvention.info/

79 www.q-acht.net/altona/projekte/eine-mitte-fuer-alle.php

80 www.hamburg.de/contentblob/3944246/35604788adf2bec8808e2fd811bafdae/data/drucksache-xix-1693-beschluss-der-bezirksversammlung-altona-vom-23-8-2012.pdf

81 www.hamburg.de/staedtebaulicher-vertrag/

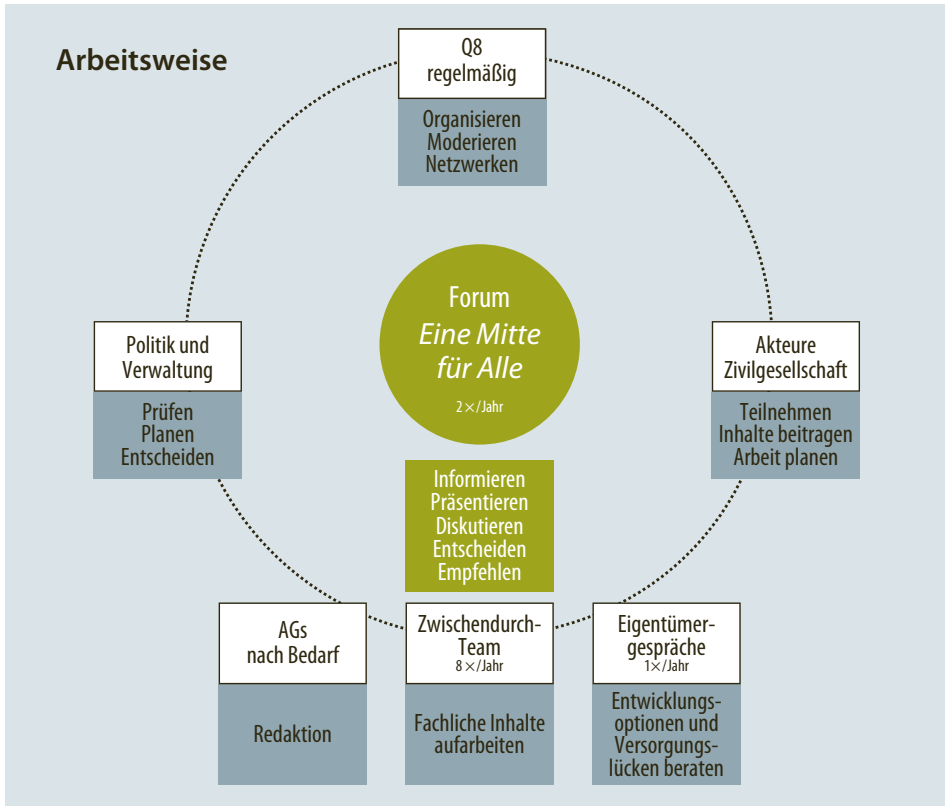


Abbildung 7.4-2: Arbeitsweise Forum »Eine Mitte für Alle«. Quelle: Q8 2017.

len, »soweit möglich, bauliche Voraussetzungen für Angebote der Eingliederungshilfe berücksichtigen«. Ein für das Quartier beauftragtes Quartiersmanagement soll inklusive Strukturen entwickeln und die Umsetzung evaluieren.

Bei der Formulierung der inklusiven Maßnahmen fällt auf, dass diese eher vage gehalten wurden. Dennoch wurden hier erste Maßstäbe für die inklusive Stadtentwicklung in Altona und Hamburg gesetzt. Die Umsetzung der Maßnahmen ist nicht zuletzt der klaren Linie der Plangruppe Mitte Altona der Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen zu verdanken.

Das Forum »Eine Mitte für Alle« trifft sich zweimal im Jahr. An diesen Sitzungen nehmen meist um die 30 Personen aus den verschiedensten o. g. Bereichen Altonas teil. Zwischen den Foren gibt es sogenannte Zwischendurchteams, um bestimmte Themen zu bearbeiten.

Im Forum wird Inklusion gelebt. Es gibt einen respektvollen Austausch, jede und jeder wird als Expert*in wahrgenommen – durch den professionellen Hintergrund, das Wissen über die Nachbarschaft oder Erfahrungen mit individuellen Hürden und Erleb-

nissen. Ist eine Perspektive zu einem bestimmten Thema noch nicht in der Runde vertreten, wird versucht, eine entsprechende Person einzuladen oder gute Beispiele für die Umsetzung zu finden. Wichtig ist, dass auch Personen aus der Verwaltung an den Treffen des Forums teilnehmen. Sie informieren über aktuelle Planungsstände und nehmen Anregungen für die inklusive Umsetzung mit.

Das Forum arbeitet konstruktiv und lösungsorientiert. Konflikte und Widersprüche werden als Ansporn genutzt, die beste Lösung für alle zu finden. Dies kann auch ein Kompromiss sein. Gemeinsames Ausprobieren und Reflektieren sind neben der Planung wichtige Schritte im Prozess.

Mitte Altona – ein inklusives Quartier?

In Mitte Altona ist deutlich zu erkennen, dass Inklusion mitgedacht wurde, z. B. durch die weitgehende Barrierefreiheit der Gebäude und Wohnungen sowie der Straßen und öffentlichen Plätze. Eine Auswertung der Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen im Herbst 2016 ergab, dass

- 97 % der Wohneinheiten bis zur Türschwelle barrierefrei erreichbar sind
- der Innenhof von 94 % der Wohnungen barrierefrei erreicht werden kann
- 33 % der Wohnungen nach der DIN-Norm § 52 Hamburger Bauordnung⁸² und
- 7 % nach DIN 80400-2⁸³ gebaut sind (Q8 2017).

Um den öffentlichen Raum so barrierefrei wie möglich zu gestalten, hat sich die Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen beispielsweise gemeinsam mit Betroffenen auf die Suche nach einem besonderen Bordstein gemacht. Er sollte rollend überquert werden können und dennoch mit dem weißen Stock blinder und sehbehinderter Menschen tastbar sein. Für die Erprobung wurde eine Musterfläche geschaffen und das neue barrierefreie Leitsystem gemeinsam erprobt (Abb. 7.4-3). Eine Evaluation nach Fertigstellung im Quartier ergab, dass es auf dem Weg zur Inklusion noch manch eine »Kante« zu überwinden gilt. Der neue Bordstein ist zum Teil doch schwer ertastbar und an manchen Stellen nicht wie vorgesehen verbaut. Was sich durchaus bewährt hat, ist ein kontrastreicher Streifen in der Mitte des Gehweges, der durch die helle Farbe gut von sehbehinderten Menschen erkannt wird und sich zusätzlich in der Größe des Pflastermaterials unterscheidet, sodass auch hier ein Unterschied ertastbar ist.

Auch für eine sichere Nutzung der Haupteinfahrungsstraße des Quartiers für alle setzten sich Menschen aus dem Forum »Eine Mitte für Alle« und Anwohnende ein. Durch Demonstrationen und Eingaben in der Hamburgischen Bürgerschaft machten sie

82 www.landesrecht-hamburg.de/bsha/document/jlr-BauOHA2005rahmen

83 <https://nullbarriere.de/din18040-2.htm>



Abbildung 7.4-3:
Erprobung
der Musterfläche
in Mitte Altona.
Quelle: Q8 2017.

auf die nicht zufriedenstellende Planung der Harkortstraße aufmerksam. Die Q8-Koordinatorin unterstützte sie dabei, indem sie Verbindungen zu Politik und Verwaltung herstellte und den Prozess moderierend begleitete. So erreichte die Initiative unter anderem den Kompromiss, dass ein Teil der Straße nun als Tempo-30-Zone ausgewiesen ist.

Nicht nur in der Planung, sondern auch während der Umsetzung soll Inklusion in Mitte Altona gelebt werden. So verankerte das Bezirksamt Altona auf Anraten des Forums »Eine Mitte für Alle« als erste städtische Institution Hamburgs die sogenannten sozialen Vergabekriterien in der bundesweiten Ausschreibung für den Parkbau. Diese Kriterien geben vor, dass ein Hauptauftragnehmer mit Beschäftigungs- und Bildungsträgern zusammenarbeitet, die Menschen mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt eine Perspektive bieten. Der Garten- und Landschaftsbaubetrieb, der den Zuschlag erhielt, schloss daraufhin einen Vertrag mit einem Konsortium aus sozialen Trägern.

Inklusives Leben wird auch durch verschiedene Baugemeinschaften sichtbar: Sie konnten auf 20 % der Fläche ihren Plan vom Wohnen verwirklichen. Ausgelöst durch eine Konzeptvergabe, gibt es heute eine Reihe inklusiver Baugemeinschaften, die auch einen Mehrwert für die Nachbarschaft darstellen. Hier wohnen Menschen mit und ohne Behinderung, aus verschiedenen Kulturen, in verschiedenen Altersgruppen – allein, als Familie oder Wohngemeinschaft. Eine Baugemeinschaft hat beispielsweise einen kultursensiblen Pflegedienst aufgenommen, eine andere eine inklusive Gastronomie.

Wie geht es weiter?

Oder: Was macht das Team »Inklusives Holstenquartier«?

Östlich von Mitte Altona befindet sich das Gelände der ehemaligen Holsten-Brauerei. Um erste Anhaltspunkte für die Umgestaltung des Geländes in ein Wohnquartier mit ca. 1.400 neuen Wohnungen zu verankern, setzte die Stadt Hamburg einen »Letter of Intent«⁸⁴ auf, der sich stark am Städtebaulichen Vertrag für Mitte Altona orientiert.

Das Forum »Eine Mitte für Alle« sah diese Entwicklungen als Chance, die inklusive Stadtentwicklung in der Nachbarschaft weiterzuführen. Die Evaluation für Mitte Altona fungierte als neues Empfehlungspapier für das zukünftige Holstenquartier.⁸⁵ Sowohl im April 2018⁸⁶ als auch im Mai 2019 (Bezirksversammlung Altona 2019) wurden Empfehlungen des aus dem Forum heraus gegründeten Teams »Inklusives Holstenquartier« in Beschlüsse der Bezirksversammlung übernommen.

Anders als in Mitte Altona wird der Drittmix gleichmäßiger über die Baublöcke verteilt, sodass eine inklusive Durchmischung der Anwohnenden stattfinden kann – auch in den Innenhöfen. Alle Wohnungen im Holstenquartier werden nach dem barrierefreien Standard der IFB-Förderrichtlinien⁸⁷ gebaut, auch wenn sie nicht gefördert sind. Zudem wird es fünf rollstuhlgerechte Wohnungen nach DIN 1840-2R⁸⁸ geben.

Wie in Mitte Altona sollen laut »Letter of Intent« auch im Holstenquartier »5 – 10 % der Wohnfläche für inklusive Wohnangebote vorgesehen« werden. Um dies umzusetzen, konnten über einen Aufruf durch das Bezirksamt Altona bereits neun soziale Träger gefunden werden, die auf ca. 7,5 % der Wohnfläche Wohnangebote u. a. für Menschen mit Behinderung, Jugendliche, Frauen aus Frauenhäusern, ehemals Wohnungslose und ältere Menschen mit Demenz vorgehalten werden. Für die weitere Zusammenarbeit initiierte Q8 ein Trägertreffen, durch das die Träger mittlerweile eine Vereinbarung über einen Trägerverbund geschlossen haben.

Fazit

Im Jahr 2012, als das Forum »Eine Mitte für Alle« ins Leben gerufen wurde, waren Stadtentwicklung und Inklusion zwei Themen, die weit voneinander entfernt zu liegen schienen. Mittlerweile werden inklusive Standards festgelegt; Grundsätze aus Mitte Altona werden in anderen Hamburger Quartieren fortgeführt und ausgebaut. Das Bezirksamt

84 <https://suche.transparenz.hamburg.de/dataset/loi-fhh-carlsberg-flaechenentwicklung-altona-transparenzgesetz?forceWeb=true>

85 www.q-acht.net/altona/projekte/team-inklusives-holstenquartier.php

86 <https://sitzungsdienst-altona.hamburg.de/bi/to020.asp?TOLFDNR=1022655>

87 www.ifbhh.de/api/services/document/760

88 www.aktion-barrierefreies-bad.de/glossar/rollstuhlgerecht/

Altona ist Vorreiter in Hamburg, was die Ansprüche an barrierefreie Wohnungen über die Hamburger Bauordnung hinaus angeht.

Nicht zuletzt durch die 2016 verliehene UN-Auszeichnung als Best Practice im Themenfeld »Barrierefreiheit und inklusive Stadtentwicklung«⁸⁹ ist zu erkennen, dass der Prozess »Eine Mitte für Alle« wichtige Maßstäbe für die inklusive Entwicklung von Neubaugebieten gesetzt hat. Dabei ist zu betonen, dass vor allem der Prozess und die Arbeitsweise im Forum »Eine Mitte für Alle« zu diesem Ergebnis beigetragen haben. Ohne die Menschen, die ihre Ideen, Gedanken, Ansprüche und Ressourcen immer wieder eingebracht haben, wäre dieses Ergebnis nicht möglich gewesen.

Grundsätzlich kann ein solcher Prozess in jedem Quartier stattfinden. Wichtig ist dabei die Offenheit aller Beteiligten, neue Ideen einzubeziehen und konstruktive Lösungen zu finden. Eine unabhängige, intermediäre Begleitung, wie sie durch Q8 erfolgt, dürfte ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg sein.

LITERATUR

Bezirksversammlung Altona (2019): Beschluss des Hauptausschusses stellvertretend für die Bezirksversammlung (§ 15 Absatz 3 BezVG) – Entwicklung Holstenquartier. A/BVG/123.30-01 Drucksache 20-9060 v. 23.05.2019

Ferber B (2020): Vielfältige Dichtekonzepte – Hamburg Mitte Altona. In: Wohnbund Informationen (Mitgliederzeitung des Wohnbund e. V.), Nr. 1+2/2020 – Wohnen in neuen Stadtquartieren. München, S.73–75

Fürst R, Hinte W (Hrsg.) (2020): Sozialraumorientierung 4.0 – Das Fachkonzept: Prinzipien, Prozesse & Perspektiven. Utb GmbH, Wien

Haubenreisser K, Oertel A (2016): Q8 – Quartiere bewegen. In: Terfloth K, Niehoff U, Klauß T, Buckenmaier S (Hrsg.): Inklusion Wohnen Sozialraum. Grundlagen des Index für Inklusion zum Wohnen in der Gemeinde. Marburg, S. 124–135

Q8 – Quartiere bewegen (2017): Eine Mitte für Alle – Inklusive Stadtentwicklung in Altona. Q8 Praxis, Nr. 01, Hamburg. www.q-acht.net/downloads/2017/2017-07-Eine-Mitte-fuer-Alle-inklusive-Stadtentwicklung.pdf

Stiefvater H, Haubenreisser K, Oertel A (2020): Von der Sonderwelt ins Quartier – Organisations- und Konzeptentwicklung (in) der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. In: Hinte W (Hrsg.): Sozialraumorientierung 4.0. Das Fachkonzept: Prinzipien, Prozesse & Perspektiven. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, S. 101–122

Stiefvater H, Oertel A, Haubenreisser K (2018): Q8 initiiert Prozesse zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Quartier. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Bd. 2. oekom verlag, München, S. 267–272

⁸⁹ www.un.org/development/desa/dspd/2016/10/good-practices-of-accessible-urban-development/

7.5

Radmobilität und Gesundheit

Anne Kis, Kirsten Pfaue, Philine Gaffron

Radmobilität nutzt der Gesundheit in mehrfacher Weise: Regelmäßiges Radfahren fördert die individuelle physische wie mentale Gesundheit, und gleichzeitig wirkt sich ein hoher Radverkehrsanteil an der urbanen Mobilität über ein verbessertes Stadtklima positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aller aus (vgl. Gaffron 2018).

Radfahren und die individuelle Gesundheit

Wer pro Woche mindestens 150 Minuten moderat oder 75 Minuten intensiv in Phasen von mindestens zehn Minuten körperlich aktiv ist,⁹⁰ kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Krebserkrankungen sowie Übergewicht signifikant senken und damit seine Lebenserwartung erhöhen. Gleichzeitig trägt körperliche Aktivität zum mentalen Wohlbefinden bei (WHO 2018, RKI 2003).

Für Kinder und Jugendliche wird ein höheres Aktivitätsniveau als für Erwachsene empfohlen (60 Minuten pro Tag laut WHO 2018, 90 bis 180 Minuten pro Tag laut BZgA 2017), da in dieser frühen Lebensphase eine regelmäßige Bewegung auch für den Knochen-, Gelenk- und Muskelaufbau, die Entwicklung von Koordination, die Funktionalität des Gehirns, die Stärkung des Herz-Kreislauf- und des Immunsystems genauso wie für die psychische Gesundheit essenziell ist. Auch in einem späten Lebensabschnitt kann regelmäßige Bewegung noch die individuelle Gesundheit fördern und ein wichtiger Baustein für ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben darstellen (BZgA 2017).

Laut verschiedenen Studien erreicht in Deutschland ein bedeutender Anteil der Erwachsenen und zunehmend auch viele Kinder und Jugendliche jedoch nicht das von der WHO empfohlene und gesundheitsförderliche Maß an körperlicher Aktivität (z. B. Bucksch, Häußler et al. 2020).⁹¹ In allen Altersklassen besteht somit Potenzial für Bewe-

90 »Bewegung bzw. körperliche Aktivität entspricht der durch die Skelettmuskulatur erzeugten Bewegung des Körpers, die zu einem substanziellen Anstieg des Energieverbrauchs über den Ruheenergieverbrauch (ein metabolisches Äquivalent = 1 MET) hinausführt.« (BZgA 2017:19) Zu körperlicher Aktivität zählt sportliche Bewegung im klassischen Sinne (intensive Bewegung) genauso wie leicht-intensive bis moderat-intensive Aktivitäten, zu denen z. B. Spazierengehen oder langsames Radfahren gezählt werden können.

91 Eine Untersuchung im Auftrag der BGV (2017) zum Bewegungsspensum Hamburger Grundschüler:innen kam für Hamburg zu dem Schluss, dass der Anteil der bewegungsaktiven Kinder zwischen 2006 und 2017 konstant geblieben ist.

gungsförderung im Alltag.⁹² Radfahren kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Es wird nicht nur als Sport- und Freizeitaktivität, sondern auch für alltägliche Wege genutzt und ermöglicht als kostengünstige Mobilitätsform die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Der Arbeits- oder Schulweg bietet eine Gelegenheit, Radfahren als regelmäßige Aktivität in den Tagesablauf zu integrieren (BMVBS 2012). Werden Kinder frühzeitig beim Radfahren gefördert, erhöht sich zudem die Wahrscheinlichkeit, auch im Erwachsenenalter das Fahrrad als Fortbewegungsmittel zu nutzen und eine aktive Form der Fortbewegung einer passiven vorzuziehen. Für Ältere ist das Radfahren als gelenkschonende Bewegungsform ebenfalls prinzipiell geeignet (BGV 2011).

Gesundheitsrisiken, die insbesondere in Städten wie Hamburg mit einer höheren Exposition gegenüber Luftschadstoffen und einem erhöhten Unfallrisiko auf viel befahrenen Straßen einhergehen, können den gesundheitsförderlichen Effekt von Radmobilität nach aktuellem Stand der Forschung nicht signifikant mindern. Laut einer Studie aus den Niederlanden zu Fahrradpendler:innen steht einer dank regelmäßiger Bewegung um drei bis 14 Monate erhöhten Lebenserwartung eine verkürzte von 0,8 bis 40 Tagen durch Einatmen von Luftschadstoffen und fünf bis neun Tagen aufgrund von Verkehrsunfällen gegenüber (de Hartog, Boogaard et al. 2010). Eine weitere niederländische Studie ergab, dass Arbeitnehmer:innen, die regelmäßig und ganzjährig mit dem Fahrrad zur Arbeit pendelten, durchschnittlich einen Tag pro Jahr weniger krankgeschrieben waren als jene, die dies nicht taten. Eine mit dem Rad gefahrene Pendeldistanz von mehr als 5 km wirkte sich zusätzlich reduzierend auf die Anzahl der Krankheitstage aus (Hendriksen, Simons et al. 2010). Eine andere internationale Querschnittsstudie konnte zeigen, dass regelmäßiges Fahrradpendeln mit einem im Vergleich zu anderen Mobilitätsformen signifikant geringeren Risiko für Stressempfinden assoziiert ist (Avila-Palencia, de Nazelle et al. 2017).

Nicht zuletzt wurde Radfahren im Rahmen der COVID-19-Pandemie zu einem von vielen bevorzugten Verkehrsmittel, das Mobilität unter Einhaltung der Abstandsregel ermöglicht.

Radfahren und die Gesundheit der anderen

Motorisierter Straßenverkehr ist ein vorherrschender Grund, dass in Hamburg die rechtlich bindenden EU-Standards für Luftqualität noch nicht flächendeckend erreicht werden (BUE 2017). Er führt außerdem auch dazu, dass in Hamburg knapp 242.000 Menschen an Straßen leben, an denen nachts als gesundheitsschädlich geltende Ver-

92 Im Rahmen der Strategie »Active City Hamburg« wird derzeit in Kooperation mit dem Arbeitsbereich Sport- und Bewegungsmedizin der Universität Hamburg ein Bericht zur körperlichen Aktivität in Hamburg erstellt, der sich verschiedener Datenquellen bedient (Schuleingangsuntersuchungen, Hamburg City Health Study u. a.).

kehrslärmpegel herrschen.⁹³ Radfahren ist also nicht nur gesundheitsfördernd für diejenigen, die es nutzen, sondern kann einen allgemeinen Beitrag zur Bevölkerungsgesundheit leisten, da es geräuscharm ist und keine gesundheitsschädigenden Luftschadstoffe verursacht. Die Förderung des Radverkehrs ist daher auch ein wichtiges Element des *Hamburger Klimaplans* (Optimierung und Ausbau der Radinfrastruktur, Verknüpfung mit dem ÖPNV und Wohnquartieren)⁹⁴ und der *Hamburger Luftreinhalteplanung*.⁹⁵

Radfahren in Hamburg: Zahlen – Daten – Fakten

In Hamburg wird bereits zunehmend Rad gefahren. Laut der *Studie Mobilität in Deutschland* wurden in 2002 9 % aller Wege in der Stadt mit dem Rad zurückgelegt, 2008 waren es 12 % und 2017 15 % (absolut: 900.000 Wege pro Tag). Damit lag Hamburg in 2017 vor Stuttgart (8 %) und gleichauf mit Berlin, jedoch hinter Städten wie Köln (17 %) und München (18 %) (INFAS 2018).

Die Gesamtlänge aller täglichen Wege der Hamburger:innen stieg zwischen 2008 und 2017 von etwa 55 Millionen auf etwa 70 Millionen Personenkilometer und somit um 21 % (ebd.). Bezogen auf diese zurückgelegten Strecken, lag der Fahrradanteil in 2017 bei knapp 5 %. Dabei kam das Fahrrad in Hamburg in 2017 sowohl für sehr kurze Strecken als auch für längere Fahrten zum Einsatz: 25 % aller Wege mit dem Rad waren unter 1 km, 14 % 5 bis 10 km und 5 % mindestens 10 km lang (Durchschnitt: 3,7 km, ebd.). 37 % aller Wege, die in Hamburg mit dem Rad gefahren wurden, dauerten zwischen einer Viertel- und halben Stunde und 23 % sogar länger als 30 Minuten (ebd.). Auf solchen Strecken trägt das Radfahren deutlich dazu bei, dass das empfohlene tägliche Bewegungspensum erfüllt wird – auch weil gerade Alltagswege häufig sowohl hin als auch zurück auf die gleiche Weise zurückgelegt werden.

Mit einem Wegeanteil von 31 % spielte Fahrradmobilität die größte Rolle auf dem Weg zur Ausbildungsstätte (einschließlich Schulen). Auf dem Weg zur Arbeit waren es 20 %. Von den 11- bis 17-Jährigen wurde das Fahrrad auf etwa 37 % aller Wege genutzt – bei den 18- bis 29-Jährigen waren es nur noch 13 %, dafür wurden in dieser Altersgruppe 19 % der Wege selbst mit dem Auto gefahren. Während Frauen in Hamburg in 2017 ihre Wege zwar häufiger als Fußgängerin und seltener als Autofahrerin zurücklegten als Männer, nutzten beide Gruppen das Fahrrad jedoch gleich häufig. Die *Studie Mobilität in Deutschland* unterscheidet bei den Analysen auch nach dem ökonomischen Haushaltsstatus der Befragten (fünf Gruppen): Menschen aus der Gruppe mit dem niedrigsten Status waren in Hamburg in 2017 am seltensten mit dem Rad unter-

93 >50dB(A) L_{night} = nächtlicher Umgebungslärm; Quelle: Lärmkarte 2017, www.hamburg.de/laermkarten/

94 www.hamburg.de/klimaplan/13255380/transformationsspfad-mobilitaetswende/

95 www.hamburg.de/luftreinhaltung/9036116/luftreinhalteplan/

wegs, nämlich nur auf 10 % ihrer Wege. Dafür gingen sie mit einem Anteil von 33 % am häufigsten zu Fuß.

Der Allgemeine Deutsche Fahrradclub (ADFC) führt alle zwei Jahre einen *Fahrradklimatest* zu den Themen Verkehrsklima, Stellenwert des Radfahrens, Sicherheit, Komfort und Infrastruktur durch.⁹⁶ Die Befragung ist nicht im demografischen Sinne repräsentativ (alle Interessierten können teilnehmen), liefert aber dennoch wichtige Ergebnisse. Besonders positiv wurden in Hamburg die Fahrradmitnahmemöglichkeiten im ÖPNV, die öffentlichen Leihräder (StadtRAD) und in Gegenrichtung befahrbare Einbahnstraßen bewertet. Besonders kritisch wurden Oberfläche und Reinigung der (Rad-)Wege [sic] sowie Wegweisung für Radfahrende und die Infrastruktur im Allgemeinen bewertet.⁹⁷

Messungen – das Hamburger Radverkehrszählnetz

Im August und September 2020 zeigten die jährlichen Erhebungen des Radverkehrs an 39 Hamburger Zählstellen gegenüber 2019 einen durchschnittlichen Zuwachs von 33 % bei der Anzahl der erfassten Radfahrenden.⁹⁸ Dieses bemerkenswerte Ergebnis bildete zwar in Teilen ein aufgrund der COVID-19-Pandemie verändertes Mobilitätsverhalten ab, es bestätigt aber auch den Trend, den die oben genannten Untersuchungen ergaben.

Seit Herbst 2020 wird Radverkehr in Hamburg zusätzlich an rund 100 Standorten kontinuierlich per Infrarotdetektor erfasst (Stand: März 2021⁹⁹, Abb. 7.5-1). Das sogenannte *Hamburger Radverkehrszählnetz* (kurz: HaRaZÄn) soll ein deutlich klareres und verlässlicheres Bild zeichnen als die bisher jährlich stattfindenden Erhebungen – auch von postpandemischen Entwicklungen.

Radverkehrsplanung in Hamburg

Die Radverkehrsplanung ist – neben der Ausweitung des ÖPNV – eine zentrale Säule, um in der Legislaturperiode 2020 – 2025 eine Mobilitätswende einzuleiten. Umfassende Mobilitätsangebote sollen die gesellschaftliche Teilhabe aller sozialen Gruppen sichern, klimaschädliche Emissionen senken, eine erfolgreiche Wirtschaftsentwicklung ermöglichen und die Lebens- und Aufenthaltsqualität in der Stadt stärken. Die Mobilitäts-

⁹⁶ www.fahrradklima-test.adfc.de/

⁹⁷ https://fkt.object-manager.com/data/2020/Hamburg_2000000_FKT2020.pdf

⁹⁸ www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/14632838/2020-11-17-bvm-radverkehr/

⁹⁹ www.metaver.de/trefferanzeige?

cmd=doShowDocument&docuuid=9072E37F-8505-41F0-9332-B80C02C7E802



Abbildung 7.5-1: Hamburger Radverkehrszählnetz (Ausbaustand 2021). *Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle: Behörde für Verkehr und Mobilitätswende.*

wende ist eingebettet in die Ziele des *Hamburger Klimaplan*¹⁰⁰ und ist mit weiteren Strategien und Konzepten des Senats verknüpft.

Ziel des Hamburger Senats ist es, den Verkehrsträgeranteil im Umweltverbund (Fuß, Rad, ÖPNV) von 64 % im Jahr 2017 auf 80 % der Wege im Jahr 2030 zu erhöhen. Um dies zu erreichen, ist die stadtweite Schaffung einer durchgängigen und bedarfsgerechten Radinfrastruktur von zentraler Bedeutung. So hat Hamburg im Jahr 2020 62 Kilometer Radwege neu gebaut oder saniert. Dies bedeutet einen Anstieg um 63 % gegenüber

¹⁰⁰ Hamburger Klimaplan vom 8. Dezember 2015 (Drs. 21/2521); inhaltlich und methodisch weiterentwickelt in Drs. 21/19200 vom 3.12.2019: Erste Fortschreibung des Hamburger Klimaplan und Gesetz zur Änderung der Verfassung, zum Neuerlass des Hamburgischen Klimaschutzgesetzes sowie zur Anpassung weiterer Vorschriften. www.hamburg.de/contentblob/13287332/bc25a62e559c42bfaae795775ef1ab4e/data/d-erste-fortschreibung-hamburger-klimaplan.pdf

dem Vorjahr. Die bisherige Höchstmarke lag bei 43 Kilometern und stammte aus dem Jahr 2016. Von 2017 bis 2020 wurden für den Infrastrukturausbau ca. 170 Millionen Euro ausgegeben (2017: 15,0 Millionen Euro, 2018: ca. 34 Millionen Euro, 2019: ca. 44 Millionen Euro, 2020: ca. 77 Millionen Euro), davon rund 35 Millionen Euro Bundesmittel.

Dieser Anstieg im Ausbau der Radverkehrsinfrastruktur basiert auf den durch das *Bündnis für den Radverkehr*¹⁰¹ geschaffenen Strukturen. Im Jahr 2016 hatte Hamburg mit dem Bündnis ein deutliches Zeichen gesetzt, Radfahren zukünftig wesentlich stärker fördern zu wollen. Die Bündnispartner:innen – Bürgermeister, Senatoren aus vier Ressorts und Vertreter:innen der sieben Bezirke – verständigten sich darauf, mit verstärktem personellen und finanziellen Einsatz zahlreiche Maßnahmen in den Bereichen Infrastruktur, Service und Kommunikation umzusetzen (Textbox 7.5-1).

Textbox 7.5-1: Auswahl einzelner Maßnahmen des Bündnisses für den Radverkehr (umgesetzt bzw. geplant)

- Seit 2016 sind 167 von 280 geplanten Kilometern fertiggestellt, und 24 Kilometer befinden sich derzeit im Bau. Weitere 27 % des Netzes (Alltagsrouten, die die Bezirke und wichtige Ziele miteinander verbinden, Abb. 7.5-2), also ca. 76 Kilometer, befinden sich derzeit in Bearbeitung (Stand 07/2021).
- Es wurden neun Machbarkeitsstudien für Radschnellwege in der Metropolregion Hamburg erstellt, davon sieben mit Ausrichtung auf das Hamburger Stadtgebiet. Eine Studie davon wurde später begonnen und ist noch in Bearbeitung, die übrigen sind erfolgreich abgeschlossen. Die Radschnellwege sollen in den kommenden Jahren sukzessive ausgeplant und umgesetzt werden.
- In den Jahren 2019 und 2020 wurden jeweils rund 1.200 zusätzliche Abstellplätze errichtet und das Bike+Ride-Angebot an Schnellbahnhaltestellen auf mittlerweile über 24.000 Plätze ausgebaut. Allein im Jahr 2020 wurden sieben Bike+Ride-Anlagen fertiggestellt. Für 2021 waren acht neue Anlagen mit rund 1.800 Plätzen geplant, inklusive des ersten Fahrradparkhauses im Hamburger U-Bahn-Netz am Halt Kellinghusenstraße mit 600 Plätzen. Ziel sind 28.000 Plätze in 2025 und 40.000 Plätze in 2030.
- Die Flotte des öffentlichen Leihradsystems StadtRAD umfasst 3.511 Standardräder und 20 Lastenpedelecs, die an über 270 Stationen zur Verfügung gestellt wurden (Stand 08/2021). Die Stadt fördert das Angebot mit jährlich etwa 1,5 Millionen Euro. Die ersten 30 StadtRAD-Minuten sind kostenlos.

¹⁰¹ www.hamburg.de/contentblob/6315730/f29870c0255816d649d9e6da5ce484dd/data/buendnis-fuer-den-radverkehr-download.pdf

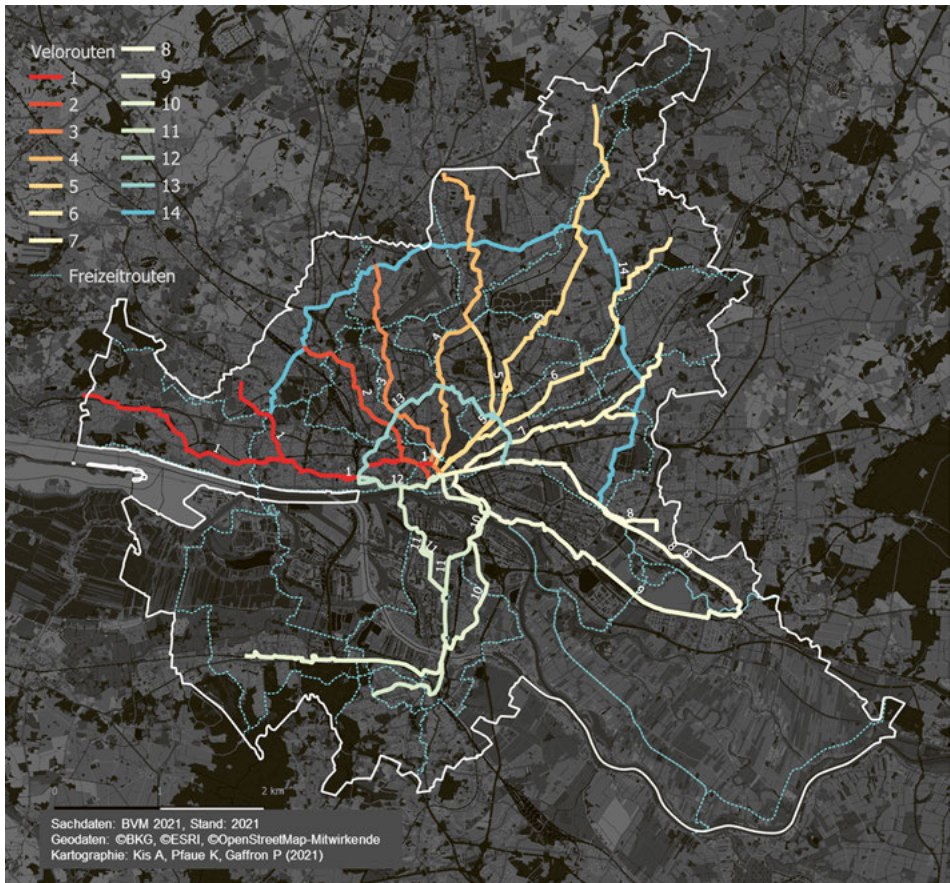


Abbildung 7.5-2: Veloroutennetz Hamburg (endgültiger Planungsstand 2019).

Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle: Behörde für Verkehr und Mobilitätswende.

Das o. g. Bündnis wird nun fortentwickelt. Es greift als *Bündnis für den Rad- und Fußverkehr* auf das Arbeitsprogramm des Senats für die 22. Legislaturperiode sowie die Vorgaben des Hamburger Klimaplans und die Einigung der Hamburgischen Bürgerschaft mit der Volksinitiative *Radentscheid Hamburg*.¹⁰² Als übergeordnetes Ziel wurde formuliert, allen Altersgruppen die Möglichkeit zu eröffnen, Radfahren im Rahmen ihrer Alltagsmobilität als eine aktive und gesundheitsfördernde Form der Fortbewegung zu nutzen. Es setzt neben einer Intensivierung oder Fortsetzung bisheriger Maßnahmen (s. Textbox 7.5-1) neue Schwerpunkte.

Dazu gehören folgende Maßnahmen: Beim Ausbau der bezirklichen Radwegnetze werden Schulwege in deren Konzeption integriert, um Schülerinnen und Schü-

¹⁰² Drucksache 22/106

lern ein gutes Angebot für die Nutzung des Fahrrads zu machen. Die jährliche Bilanz neuer oder deutlich verbesserter Radverkehrsinfrastruktur (inklusive der Instandsetzung bestehender Radwege) soll zunächst auf 60 bis 80 Kilometer, perspektivisch auf 100 Kilometer gesteigert werden. Neu ist dabei, dass dort, wo auf Hauptverkehrsstraßen anforderungsgerechte Radverkehrsanlagen bislang fehlten, Radfahrstreifen ohne größere bauliche Maßnahmen eingerichtet werden – sogenannte Pop-up-Bike-Lanes (PUBL). Die im Arbeitsprogramm des Senats aufgeführten PUBLs in den Straßenzügen Am Sandtorkai, Brooktorkai, Beim Schlump, Hallerstraße sowie Max-Brauer-Allee (zwischen Stresemannstraße und Holstenstraße) wurden zwischen Herbst 2020 und Sommer 2021 realisiert, hinzu kam die bezirkliche Maßnahme St. Petersburger Straße.

Durch diese Ad-hoc-Maßnahmen werden mehr und mehr zusammenhängende Strecken geschaffen und bestehende Netze miteinander verbunden. Die Regelbreite von Radfahrstreifen soll von 2,25 Meter auf 2,50 Meter steigen, und es sollen vermehrt baulich von der Fahrbahn getrennte Radwege gebaut werden, wie an der Hannoverschen Straße, der Esplanade oder der Jungiusstraße. Um ganzjährig eine sichere und komfortable Befahrbarkeit des Radverkehrsnetzes zu erreichen, sollen Winterdienst und Laubreinigung ausgeweitet und die Führung des Rad- und Fußverkehrs an Baustellen verbessert werden.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt ist das Fahrradparken, das nicht nur an den Schnell- und Fernbahnhöfen sowie ausgewählten Bushaltestellen weiter ausgebaut, sondern insbesondere auch in Wohnquartieren auf eine neue Basis gestellt werden soll – ergänzt durch die verstärkte Einrichtung von multimodalen Mobilitätsstationen. ÖPNV, Rad- und Fußverkehr sowie deren Verknüpfung mit der Wohnungsbauentwicklung sollen insgesamt stärker als bisher gemeinsam gedacht werden.

Das fortzuschreibende Bündnis baut auf der bewährten Partner- und Gremienstruktur auf. So wird neben Partnern wie der Innenbehörde, der Stadtentwicklungsbehörde, den sieben Bezirksämtern oder der Stadtreinigung beispielsweise auch die Schulbehörde dazukommen. Um die vereinbarten Maßnahmen in der Stadt sichtbar zu machen, führt die Koordinatorin für die Mobilitätswende, im Jahr 2015 ursprünglich als Radverkehrskordinatorin eingesetzt,¹⁰³ notwendige Entscheidungen zwischen den Partnern herbei, löst Konflikte und treibt durch den Abschluss jährlicher Vereinbarungen die Projektumsetzung voran. Vor dem Hintergrund der herausragenden Bedeutung des Themenfeldes hat sie direkte Vortragsrechte und kann Dienstwege verkürzen.

103 Siehe Drs. 21/1502

Zusammenfassende Betrachtung

Bewegungsverhalten hängt von Wissen, Fähigkeiten und Motivation der Einzelnen ab – und Letztere kann durch sichere und attraktive Angebote grundlegend gefördert werden. Das gilt auch für das Radfahren. Um also gerade jenen mehr aktive Mobilität zu ermöglichen, die das Fahrrad derzeit nur selten oder gar nicht zur Fortbewegung nutzen, ist es von zentraler Bedeutung, solche Bedingungen zu schaffen.

Ein wesentlicher Baustein hierfür sind gute Angebote und ausreichend Platz für den Radverkehr. Dies erfordert eine andere Aufteilung des Straßenraums, die folglich die bisher vom motorisierten Verkehr beanspruchten Räume verändern und verringern wird. Hier gilt es, gute Lösungen zu finden. Weitere Chancen liegen in einer Anpassung des Geschwindigkeitsniveaus, der Bevorzugung des Radverkehrs an Lichtsignalanlagen, einer engen Verzahnung mit dem ÖPNV sowie dem Ausbau des Fahrradparkens, insbesondere auch in Form von sogenannten Mobilitätsstationen.

Im Bau von Bezirksnetzen und in der Anbindung von Schulen und Ausbildungsstätten liegt ergänzend eine große Chance, die Fahrradmobilität von Kindern und Jugendlichen zu fördern und zu erweitern. Diese Zielgruppen zur aktiven Mobilität zu motivieren und ihre Bedürfnisse in verkehrsplanerische Belange zu integrieren bietet großes Potenzial, nachhaltige Impulse für eine lebenslange Nutzung dieser Mobilitätsformen zu setzen. Damit wird auch dem aktuellen Forschungsstand Rechnung getragen, dass Schul- und Arbeitswege aufgrund ihrer Länge und regelmäßigen Nutzung von besonderer gesundheitsförderlicher Bedeutung sind. Diese Aspekte werden in Hamburg nun im Rahmen der Fortschreibung des Bündnisses für den Rad- und Fußverkehr verstärkt aufgegriffen.

Generell kann eine verstärkte Verknüpfung von Verkehrsplanung und Gesundheit dazu beitragen, größere politische und öffentliche Akzeptanz entsprechender Maßnahmen zu fördern. Die Stadt London hat beispielsweise schon 2014 ihren *Verkehrsaktionsplan* mit »Improving the Health of Londoners« überschrieben.¹⁰⁴ Infrastrukturen für den Rad- und Fußverkehr sind außerdem relativ kostengünstig sowohl in Bau als auch Instandhaltung und können in Form von Radschnellwegen sogar Pendelnden aus der Metropolregion den Umstieg auf das Rad ermöglichen. Zunehmend heiße Sommer liefern ein weiteres Argument dafür, den Straßenraum im Sinne einer Klimaresilienz neu aufzuteilen und Platz für mehr Stadtgrün zu schaffen.

Radverkehrsförderung unterstützt somit nicht nur die physische und psychische Gesundheit der Einzelnen. Sie leistet auch einen grundlegenden Beitrag zum Klimaschutz und zur Gestaltung eines lebenswerten Stadtraums. Ein besonderes Augenmerk gilt in diesem Zusammenhang den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen.

104 <https://content.tfl.gov.uk/improving-the-health-of-londoners-transport-action-plan.pdf>

LITERATUR

- Avila-Palencia I, de Nazelle A, Cole-Hunter T, Donaire-Gonzalez D, Jerrett M et al. (2017): The relationship between bicycle commuting and perceived stress: a crosssectional study. In: *BMJ Open* 2017;7:e013542. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013542
- BGV/Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz – Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung – FHH (Hrsg.) (2011): Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg. www.albertinen.de/fileadmin/Media/Medizin_Gesundheit/AH/Geriatriische_Forschungsabteilung/LUCAS/Gesundheit_aelterer_Menschen_in_Hamburg_2.pdf (Stand: Mai 2021)
- BGV/Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz – FHH (Hrsg.) (2017): Hamburger Kinder in Bewegung 2017. www.hamburg.de/contentblob/10358430/a371681ab9449f69a241f9074caab829/data/hamburger-kinder-in-bewegung-download.pdf
- BMVBS/Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2012): Nationaler Radverkehrsplan 2020 – Den Radverkehr gemeinsam weiterentwickeln. <https://repository.difu.de/jspui/bitstream/difu/186525/1/DS0578.pdf>
- Bucksch J, Häußler A, Schneider K, Finne E, Schmidt K et al. (2020): Bewegungs- und Ernährungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 5(3):22-38. DOI 10.25646/6892. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/J/Focus/JoHM_03_2020_HBSC_Bewegung_Ernaehrung.pdf?__blob=publicationFile
- BUE/Behörde für Umwelt und Energie – FHH (Hrsg.) (2017): Luftreinhalteplan für Hamburg (2. Fortschreibung). Aufgestellt am 30. Juni 2017 gemäß § 47 des Bundes-Immissionsschutzgesetzes (BImSchG) mit Senatsbeschluss vom 30. Juni 2017. Hamburg. www.hamburg.de/contentblob/9024022/7dde37bb04244521442fab91910fa39c/data/d-lrp-2017.pdf
- BZgA/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2017): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Sonderheft 03. www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/Nationale_Empfehlung_fuer_Bewegung-und-Bewegungsfoerderung_BZgA_2017.pdf
- Gaffron P (2018): Mobilität und Verkehr. Beitrag 7.8 in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 389–395
- Hartog JJ de, Boogaard H, Nijland H, Hoek G (2010): Do The Health Benefits Of Cycling Outweigh The Risks? In: National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. DOI: 10.1289/ehp.0901747
- Hendriksen I, Simons M, Garre FG, Hildebrandt V (2010): The Association between Commuter Cycling and Sickness Absence. In: *Preventive Medicine* 51, H. 2. S. 132–135. DOI: 10.1016/j.ypmed.2010.05.007
- INFAS/Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2018): Mobilität in Deutschland 2017 – Kurzreport Hamburg und Metropolregion (aktualisierte Fassung April 2020). Im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) und der Freien und Hansestadt Hamburg. Bonn, Berlin. www.hamburg.de/contentblob/13901182/bedafb515593b51646be769b76c68c9c/data/mid-2017-kurzreport-stadt-hamburg-infas.pdf
- RKI/Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2003): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Robert Koch-Institut. Berlin. www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=12516&p_sprache=D
- WHO/World Health Organization (2018): More active people for a healthier world. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7.6

Der »Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren«: Ein innovatives Angebot der Freien und Hansestadt Hamburg

Ulrike Dapp, Lilli Neumann

In Anbetracht weiter steigender Lebenserwartung (Statistisches Bundesamt 2019) warnt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor dem Risiko, späte Lebensjahre in Behinderung mit entsprechendem Versorgungsbedarf zu verbringen (WHO 2015). Hierbei kommt dem Ausbau gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen ein hohes Potenzial zu (Rechel, Grundy et al. 2013), die das pathogenetisch orientierte Gesundheitssystem ergänzen und langfristig Kosten mindern können (Zingmark, Norström et al. 2019).

Ein in der Altersmedizin verbreiteter präventiver Ansatz ist das Konzept des sogenannten *präventiven Hausbesuchs für ältere Menschen*. Präventive Hausbesuche sind aufsuchende Unterstützungsangebote in der Häuslichkeit älterer Menschen, die häufig von einer Pflegekraft durchgeführt werden. Der Eintritt von Hilfs- und Pflegebedarf soll verzögert werden durch die Stärkung von Mobilität und alltagsrelevanter Handlungskompetenz sowie den Ausbau sozialer Netzwerke. Damit zielen präventive Hausbesuche auf die Erhöhung der Zufriedenheit und Lebensqualität durch Erhalt von Selbstständigkeit und den Verbleib in der Häuslichkeit.

Jedoch zeigen systematische Bestandsaufnahmen und Metaanalysen wissenschaftlich begleiteter präventiver Hausbesuchsprogramme inkonsistente Resultate hinsichtlich deren Wirksamkeit (van Haastregt, Diederiks et al. 2000; Elkan, Kendrick et al. 2001; Stuck, Egger et al. 2002; Huss, Stuck et al. 2008; Mayo-Wilson, Grant et al. 2014). Auch Untersuchungen in Deutschland blieben bislang ohne eindeutigen Nachweis positiver Effekte bezüglich alltagsrelevanter Zielgrößen, z. B. alltagsrelevante Handlungskompetenz, Lebensqualität, Hilfs- und Pflegebedarf. Gründe hierfür liegen in der Heterogenität präventiver Hausbesuchsprogramme hinsichtlich Zielgruppen, Zugang, Trägerschaft, Qualifizierung der Besucherinnen und Besucher, Abklärung (geriatrisches Assessment) sowie der Stärke der Intervention, beginnend mit Informationsangeboten bis hin zu einem integrierten Case-Management (Meinck, Lübke et al. 2004; Meinck 2012; Renz & Meinck 2020).

Ungeachtet dessen werden Hausbesuchsprogramme zunehmend als ein *Instrument der kommunalen Seniorenarbeit* betrachtet. Durch die Weiterentwicklung der kommunalen Infrastruktur mittels eines Informations- und Beratungsangebotes in der Häus-

lichkeit werden positive Effekte erwartet hinsichtlich der sozialen Teilhabe und Partizipation der älteren Menschen, der Erweiterung ihrer Handlungskompetenz sowie bezüglich der Vernetzung lokaler Akteure und deren präventiver Angebote (Renz & Meinck 2020; Weidner, Gebert et al. 2018).

Der Hamburger Weg: Merkmale des »Hamburger Hausbesuchs«

Mit dem »Demografie-Konzept Hamburg 2030: Mehr. Älter. Vielfältiger.« greift die Freie und Hansestadt Hamburg diese Entwicklungen auf, da der Anteil der 80-Jährigen und Älteren an der Hamburger Gesamtbevölkerung stetig steigt: von 5,1 % im Jahr 2015 auf 6,5 % in 2025 (FHH 2014). Zur Sicherung einer nachhaltigen, qualitativ hochwertigen Versorgung älterer Personen wurden in Hamburg Eckpfeiler gesetzt (Auswahl) (FHH 2014, 2016; Dapp & von Renteln-Kruse 2018):

- Priorität der wohnortnahen Versorgung,
- Vernetzung des ambulanten und des stationären Sektors,
- Aufbau geriatrischer Kompetenzzentren mit geriatrischen Institutsambulanzen,
- Weiterentwicklung der Seniorenarbeit und Sicherstellung der Partizipation Älterer,
- Erhöhung des individuellen, freiwilligen Engagements Älterer,
- Gewährleistung eigenständiger Mobilität bis ins hohe Alter,
- Vertretung der Belange Älterer in der Forschungsförderung,
- Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG), flankiert durch den »Pakt für Prävention« mit dem Rahmenprogramm »Gesund alt werden in Hamburg!«
- Ausbau aufsuchender Angebote in der Seniorenarbeit.

Vor diesem Hintergrund wurde 2017 die gesetzliche Grundlage für den innovativen »Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren« gelegt. Das freiwillige und kostenlose Angebot geht nicht anlassbezogen, sondern proaktiv auf ältere Personen zu, um zu informieren und bei Bedarf den Kontakt zu Fachdiensten der kommunalen Seniorenarbeit zu vermitteln (vgl. Tab. 7.6-1). Professionelle Beratung und Besuchsdienste werden nicht ersetzt. Präventions- und Unterstützungsbedarfe sollen erkannt und der Zugang zu Angeboten gebahnt werden. So sollen Lebensqualität und Selbstständigkeit erhalten, Einsamkeit vermindert und ein Verbleib in der Häuslichkeit unterstützt werden (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2017).

Tabelle 7.6-1: Merkmale des »Hamburger Hausbesuchs für Seniorinnen und Senioren«.

Quelle: eigene Zusammenstellung.

Übertragung hoheitlicher Aufgaben (Beleihung) der Fachbehörde auf eine Fachstelle	Eine externe Fachstelle »Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren« wurde für die Koordination und Durchführung des »Hamburger Hausbesuchs« durch die Fachbehörde juristisch beliehen. Die Fachstelle ist zuständig für Gewinnung, Schulung und Begleitung der Besuchskräfte, Entwicklung von Gesprächsleitfaden und Materialkoffer, Durchführung der Hausbesuche, Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit.
Freiberuflich tätige Besuchskräfte auf Honorarbasis	Durchführung der Hausbesuche durch freiberuflich tätige Besuchskräfte, die möglichst einen beruflichen Hintergrund im Gesundheits- oder Sozialwesen mitbringen. Zur Qualifizierung ist eine dreitägige Schulung obligatorisch. Die Honorarbasis schafft Flexibilität, um auf die unbekannte Nachfrage zu reagieren (Ziel: 25 % aller 80-Jährigen plus Selbstmelder nehmen das Angebot an), und vermeidet das finanzielle Risiko beim Einsatz von Festangestellten.
Systematischer Zugang zu allen 80-Jährigen (Fachamt Einwohnerwesen stellt monatlich Adressdaten datenschutzkonform bereit)	Das Angebot richtet sich an alle Personen mit 80. Geburtstag (Vollerhebung). Der populationsbasierte Ansatz soll auch Personen erreichen, die ein solches Angebot nicht aktiv nachfragen würden. Auch jüngere und ältere Personen können sich für einen Hausbesuch melden (sogenannte Selbstmelder) und einen Termin über die Fachstelle vereinbaren.
Gratulationsschreiben enthält konkreten Besuchstermin (Datum, Uhrzeit), der gegebenenfalls abzusagen ist	In einem Schreiben anlässlich des 80. Geburtstags gratuliert die Gesundheitssenatorin. Im Unterschied zu anderen Angeboten, für deren Inanspruchnahme ein Termin vereinbart werden muss, wird als Service in dem Gratulationsschreiben ein konkreter Besuchstermin (Datum, Uhrzeit, Name und Foto der Besuchsperson) gemacht. Dieser Termin muss vom Jubilar nicht bestätigt werden, sondern findet automatisch statt, sofern er nicht vorab abgesagt wird.
Gratulationsbesuch mit Würdigung der Lebensleistung plus Information zu Angeboten mittels Gesprächsleitfaden	Im Unterschied zu anderen Hausbesuchskonzepten wird kein altersmedizinisches Assessment durch geschultes Fachpersonal durchgeführt. Es wird über Angebote zu Gesundheitsförderung, Prävention und zu Angeboten bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit informiert. Bei Bedarf und auf Wunsch der besuchten Person erfolgt eine Vermittlung an professionelle Fachdienste der kommunalen Seniorenarbeit (z. B. Pflegestützpunkte und Beratungszentren für ältere, pflegebedürftige und körperbehinderte Menschen).
Strukturiertes Modellprojekt	Zur Überprüfung der Akzeptanz dieses innovativen Ansatzes wurde das Konzept als Modellprojekt in den Bezirken Eimsbüttel und Harburg begonnen.

Überprüfung über 15 Monate mittels Vollerhebung in zwei Hamburger Bezirken

Inhalte und Ziele des »Hamburger Hausbesuchs« wurden mit Experten aus Wissenschaft und Praxis durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH) (2016) erarbeitet. Im Herbst 2017 wurde die Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, von der BGV mit Einrichtung und Betrieb der Fachstelle »Hamburger Hausbesuch« beauftragt. Im Rahmen der repräsentativen, fortlaufenden Longitudinalen Urbanen

Cohorten-Alters-Studie (LUCAS) (Dapp, Anders et al. 2012) konzipiert, koordiniert und evaluiert die Forschungsabteilung seit Langem Interventionsstudien, u. a. mit präventiv-geriatrischen Hausbesuchen (Dapp, Anders et al. 2011; Profener, Anders et al. 2016) und pflegt eine langjährige Zusammenarbeit mit der kommunalen Seniorenarbeit (BGV 2011).

Für die Durchführung der 15-monatigen Modellphase wählte die BGV zwei der sieben Hamburger Bezirke aus, die sich in ihrer Bevölkerungszusammensetzung sowie der räumlichen Struktur stark unterscheiden (s. Tab. 7.6-2).¹⁰⁵

Tabelle 7.6-2: Charakteristika der Modellbezirke Eimsbüttel und Harburg.

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Referenz 105).

Charakteristika	Bezirk Eimsbüttel	Bezirk Harburg
Anzahl Einwohner	267.053	169.427
Deutsche Staatsangehörigkeit (in %)	86,1	76,1
Personen 65 Jahre und älter (in %)	18,8	17,8
Sozialhilfeempfänger (in %)	5,8	12,6
Bevölkerungsdichte (Personen/km ²)	5.362	1.354
Niedergelassene Ärzte/100.000 Einwohner	350,9	185,3
Grün-/Gewässerflächen (in %)	14,2	57,9

Abb. 7.6-1 zeigt die Akzeptanz in Form der Annahmequote aller 4.716 Personen, die in der 15-monatigen Modellphase (September 2018 – Dezember 2019) ein Angebot für einen »Hamburger Hausbesuch« in den Modellbezirken erhielten. Diese lag – unabhängig von soziodemografischen und räumlichen Unterschieden beider Bezirke – in jedem Monat mindestens 5 Prozentpunkte über der vorab getroffenen Annahmequote von 25 % und streute zwischen 30 und 42 % Hausbesuchsakzeptanz.

In den Hausbesuchen kam ein strukturierter Gesprächsleitfaden zum Einsatz, der je nach Bedarf fünf Themen aufgreifen konnte (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2017):

1. Wohnumfeld/Wohnsituation inklusive Barrierefreiheit und Rückmeldung zum Stadtteil als Beitrag zu »demografiefesten Quartieren«
2. Soziale Kontakte, Einsamkeit, gesellschaftliche Einbindung und Engagementmöglichkeiten
3. Mobilität, Bewegung inklusive Sturz und Ernährung
4. Gesundheitliche Situation
5. Hauswirtschaftliche Hilfen, sich abzeichnender Pflegebedarf und Angehörigenpflege.

¹⁰⁵ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Regionaldaten für Eimsbüttel und Harburg. <http://region.statistik-nord.de/main/2>

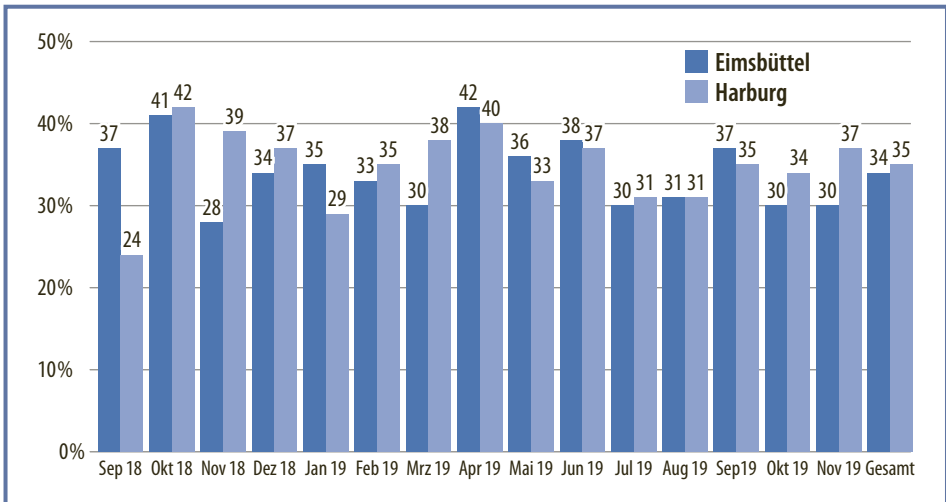


Abbildung 7.6-1: Akzeptanz des »Hamburger Hausbesuchs« in Eimsbüttel und Harburg, Modellphase September 2018 bis November 2019: Anteile derer, die das Angebot annehmen (von insgesamt 4.716 Personen mit Hausbesuchsangebot). *Quelle: eigene Darstellung.*

Abb. 7.6-2 zeigt die Verteilung der in den Hausbesuchen angesprochenen Themen (Mehrfachnennungen möglich). Begleitend wurden themenspezifische Informationsmaterialien aus dem sogenannten Materialkoffer »Hamburger Hausbesuche« ausgegeben.

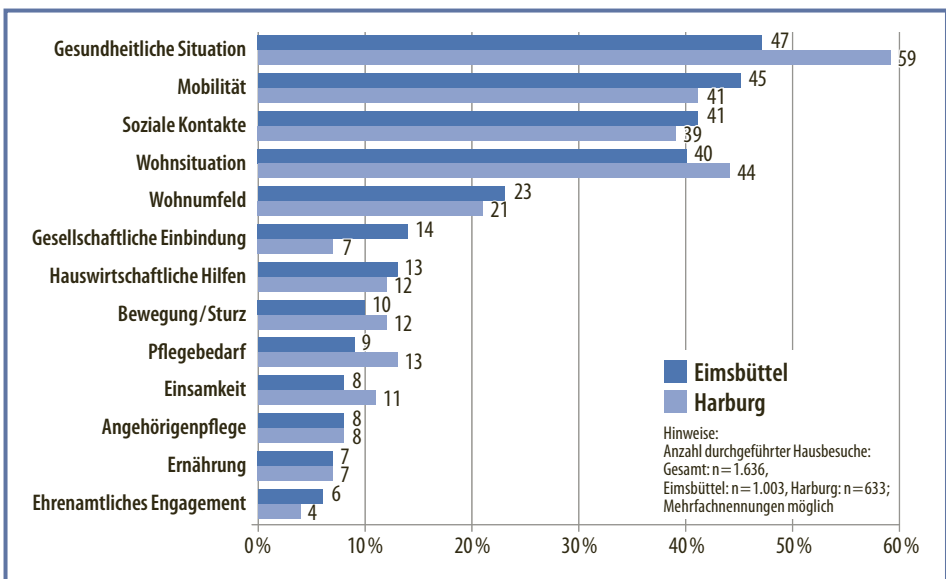


Abbildung 7.6-2: Häufigkeit der Gesprächsthemen »Hamburger Hausbesuch« in Eimsbüttel und Harburg, Modellphase September 2018 bis November 2019: prozentuale Verteilung angesprochener Themen. *Quelle: eigene Darstellung.*

Dieser Materialkoffer setzt sich zusammen aus ca. 40 Broschüren bzw. Faltblättern zu den oben genannten fünf Themen. Hinzu kommen die bezirklichen Seniorenbroschüren, die bezirksspezifische Freizeit-, Gesundheits- und Pflegeangebote enthalten. Der Inhalt des Materialkoffers wurde gemeinsam von der BGV und den Vertretern der Bezirke zusammengestellt und umfasst die große Bandbreite der kommunalen Seniorenangebote. Beispiele aus dem Materialkoffer zeigt Abb. 7.6-3.



Abbildung 7.6-3: »Hamburger Hausbesuch« 2018/19: Exemplarischer Inhalt des Materialkoffers.
Quelle: eigene Darstellung.

»Lessons learnt« für die Weiterentwicklung und langfristige Etablierung

Für das Modellprojekt wurde in der Planung eine Akzeptanzquote von 25 % erwartet (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2017). Über den Modellzeitraum von 15 Monaten (September 2018 bis Dezember 2019) wurde diese Erwartung in beiden Bezirken Eimsbüttel und Harburg um 10 Prozentpunkte übertroffen (Neumann, Dapp et al. 2021).

Das Modellprojekt zeigt auch, dass es der Fachstelle gelang, jedem älteren Menschen ein konkretes Besuchsangebot zu unterbreiten. Hierfür waren die Gewinnung und Schulung von knapp 60 kompetenten Besuchskräften nötig. Ablauf und Organisation des anspruchsvollen und komplexen Terminvergabeverfahrens (Vollerhebung) sowie Durchführung, Dokumentation und Nachbereitung werden im Detail an anderer Stelle zur Umsetzung auch in anderen Kommunen beschrieben (Neumann, Dapp et al. 2021).

Ebenso belegt das Modellprojekt, dass die Zusammenarbeit in Hamburg über Schnittstellen hinweg gelingt (Bezirke, Pflegestützpunkte und Beratungszentren für ältere und körperbehinderte Menschen, Landes- und Bezirksseniorenbeiräte, Anbieter gesundheitsfördernder und präventiver Gesundheitsangebote sowie Anbieter bei benötigter Unterstützung bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit).

Da der »Hamburger Hausbesuch« kein geriatrisches Assessment beinhaltet und professionelle Beratung und Besuchsdienste nicht ersetzt werden (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2017), ist in der weiteren Entwicklung des Modellprojekts zu prüfen, ob es notwendig ist, im Hausbesuch auffällige Beeinträchtigungen angemessener fachlicherer Abklärung – z. B. geriatrische Institutsambulanzen – zuzuführen.

Seit Januar 2020 wird der »Hamburger Hausbesuch« für alle 80-Jährigen in allen sieben Hamburger Bezirken angeboten. Die Fachstelle in Schnelsen organisiert den »Hamburger Hausbesuch« zusätzlich zu den Bezirken Eimsbüttel und Harburg auch für die Bezirke Altona und Hamburg-Nord. Zudem wurde eine Dependence der Fachstelle östlich der Alster am Evangelischen Amalie-Sieveking-Krankenhaus in Volkssdorf eingerichtet, die die Bezirke Wandsbek, Hamburg-Mitte und Bergedorf mit dem Hausbesuchsangebot versorgt. Der Pool an Besuchskräften konnte auf rund 110 Personen erweitert werden.

Vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wurde die fachliche Entscheidung getroffen, mit den »Hamburger Hausbesuchen« zu pausieren.

Die während der Lockdowns alternativ angebotenen Hausbesuche am Telefon wurden selten angenommen. Ein striktes Hygienekonzept wurde in Abstimmung mit dem Institut für Hygiene und Umwelt der FHH erarbeitet. Alle Besuchskräfte wurden entsprechend geschult und belehrt mit dem Ziel, Besuchte und Besuchskräfte vor COVID-19 sowie anderen ansteckenden Krankheiten zu schützen. Mit der Ausweitung auf das gesamte Bundesland Hamburg sind jährlich ca. 15.000 Personen mit 80. Geburtstag mit dem Hausbesuchsangebot zu versorgen. Die Absicht, den »Hamburger Hausbesuch« als dauerhaft bedarfsgerecht zu etablieren, ist im Koalitionsvertrag 2020 enthalten (SPD und Grüne 2020).

Fazit für die Praxis

Der »Hamburger Hausbesuch« – ein Modellprojekt für alle 80-Jährigen – wurde vom Albertinen Haus erfolgreich entwickelt und durchgeführt, basierend auf der LUCAS Langzeit-Kohortenstudie, in der präventive Hausbesuche in mehreren Erhebungswellen eingebettet waren (BGV 2011, 2016, Dapp, Anders et al. 2011, 2012; Profener, Anders et al. 2016; Dapp & von Renteln-Kruse 2018). Damit ist der »Hamburger Hausbesuch« ein Beispiel dafür, wie hamburgische Versorgungsforschung eine essenzielle Grundlage für die Umsetzung innovativer Gesundheitsangebote in Hamburg ist. Die Ergeb-

nisse geben Impulse zu relevanten Themen, die bei der Weiterentwicklung passgenauer nachhaltiger Gesundheitsangebote für Seniorinnen und Senioren in der Stadt Hamburg berücksichtigt werden können. Sie helfen somit, eine gesundheitsfördernde Lebenswelt in Hamburg zu gestalten, und dienen der Steuerung und Weiterentwicklung Hamburgischer Gesundheitsangebote und -konzepte, wie z. B. der Weiterentwicklung des »Demografie-Konzepts Hamburg 2030: Mehr. Älter. Vielfältiger.« für eine lebenswerte Stadt der Zukunft.

LITERATUR

- BGV/Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) der Freien und Hansestadt Hamburg (2011): Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II. www.hamburg.de/contentblob/3092126/bf6b4899a196d3d66b36d1c815038daa/data/pdf-gesundheit-aelterer-menschen-in-hamburg-2.pdf
- BGV/Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) der Freien und Hansestadt Hamburg (2016): Experten-Gespräch zum präventiven Hausbesuch. 17. Juni 2016 in Hamburg
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2017): Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Gesundheitsdienstgesetzes anlässlich der Einführung des Hamburger Hausbesuchs für Seniorinnen und Senioren. Drucksache 21/10874
- Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W et al. (2012): The longitudinal urban cohort ageing study (LUCAS): study protocol and participation in the first decade. *BMC Geriatr* 12:35. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-12-35>
- Dapp U, Anders JA, von Renteln-Kruse W et al. (2011): A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 66A:591-598
- Dapp U, von Renteln-Kruse W (2018): Integrative Prävention und Versorgung bei älteren Menschen – Zielgruppen und Netzwerke. Beitrag 8.5 in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 483–491
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M et al. (2001): Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 323:719-725
- FHH/Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2016): Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg. www.hamburg.de/krankenhausplanung/4659140/krankenhausplan2020/
- FHH/Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2014): Demografie-Konzept Hamburg 2030: Mehr. Älter. Vielfältiger. Hamburg. www.hamburg.de/hamburg2030/
- Haastregt JC van, Diederiks JP, van Rossum E et al. (2000): Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 320:754-758
- Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ et al. (2008): Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 63:298-307
- Mayo-Wilson E, Grant S, Burton S et al. (2014): Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 9(3):e89257

Meinck M (2012): Präventive Hausbesuche für ältere Menschen. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 249–257

Meinck M, Lübke N, Lauterberg J et al. (2004): Präventive Hausbesuche im Alter: Eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen* 66:732-738

Neumann L, Dapp U, Böttcher-Völker S et al. (2021): Der »Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren«. Entwicklung, Durchführung und Akzeptanz bei 4716 älteren Menschen in 15 Monaten. *Z Gerontol Geriatr*. 54:471-478

Pröfener F, Anders J, Dapp U et al. (2016): Akzeptanz des präventiven Hausbesuchs bei älteren Personen mit Frailty. Teilnehmende und Nichtteilnehmende im Zwei- und Vierjahres-Follow-up im Rahmen der LUCAS-Langzeitstudie. *Z Gerontol Geriatr* 49:596-605

Rechel B, Grundy E, Robine JM et al. (2013): Ageing in the European Union. *Lancet* 381:1312-1322

Renz J-C, Meinck M (2020): Präventive Hausbesuche für ältere Menschen. Eine systematische Bestandsaufnahme ihrer praktischen Anwendung in Deutschland. *Gesundheitswesen* 82: 339-344

SPD und Grüne/SPD-Landesorganisation Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen Landesverband Hamburg (2020): Zuversichtlich, solidarisch, nachhaltig – Hamburgs Zukunft kraftvoll gestalten. Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 22. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft zwischen der SPD, Landesorganisation Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen. www.hamburg.de/senatsthemen/koalitionsvertrag/

Statistisches Bundesamt (2019): Bevölkerung im Wandel – Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile

Stuck AE, Egger M, Hammer A et al. (2002): Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 287: 1022-1028

Weidner F, Gebert A, Weber C et al. (2018): Handreichung für Kommunen – Umsetzung präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln

WHO/World Health Organization (2015): World Health Report on ageing and health. Luxembourg <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

Zingmark M, Norström F, Lindholm L et al. (2019): Modelling Long-Term Cost-Effectiveness of Health Promotion for Community-Dwelling Older People. *Eur J Ageing* 16:395-404

7.7

Digitale Nachbarschaft und Gesundheit

Alf Trojan

Auch in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung hat das Thema Digitalisierung Hochkonjunktur (Krüger-Brand 2020).^{106, 107, 108} Größte Relevanz und Breitenwirkung hat unseres Erachtens der Achte Altenbericht (Deutscher Bundestag 2020). Er gibt Empfehlungen zum Thema »Ältere Menschen und Digitalisierung«. In der sechsten von insgesamt zwölf Empfehlungen heißt es u. a. (S. 136): »... insbesondere sollten die Möglichkeiten der Digitalisierung zur Vernetzung von Quartieren und damit zur Entwicklung von Sorgestrukturen genutzt werden.« Die Bundesländer, in unserem Fall Hamburg, sollen diese Aktivitäten beratend begleiten und finanziell unterstützen.

In diesem Beitrag fragen wir, welche digitalen Netzwerkprojekte in Hamburg die Absicht haben, im Sinne des Altenberichts Quartiere besser zu vernetzen und »Sorgestrukturen« zu entwickeln. Bei den Sorgestrukturen geht es einerseits um *explizit* gesundheitsrelevante Aktivitäten. Die bessere Vernetzung hat aber auch *implizite* gesundheitsrelevante Wirkungen: Seit Langem ist aus sozialepidemiologischen Untersuchungen bekannt, dass die Einbindung in gute (nicht digitale) soziale Netzwerke mit einer geringeren Krankheitshäufigkeit und höheren Lebenserwartung einhergeht (Trojan 2020, Richter & Wächter 2009, BMI o. J.).

Die Recherche fand statt in einem Feld ohne scharfe Konturen. Das Spektrum reicht von expliziten Gesundheitsprojekten bis zu solchen, die die Gesundheit fördern, indem sie allgemein den sozialen Zusammenhalt und die Lebensqualität verbessern.

Beispiele aus Hamburg

Den Beispielen ist gemeinsam, dass bei älteren Menschen digitale Kompetenzen und die Nutzung digitaler Medien gesteigert werden sollen.

*Aktive und Gesunde Quartiere Uhlenhorst und Rübenkamp (AGQua)*¹⁰⁹

Das Projekt wird getragen von acht Kooperationspartnern, darunter auch Gesundheitswirtschaft Hamburg.de als Koordinator. Im Rahmen eines ganzheitlichen Quar-

¹⁰⁶ <http://highways2health.de>

¹⁰⁷ www.healthsciences.uni-bremen.de/fileadmin/public-health-bremen/downloads/WhitePaper-WSP-DigitalPublicHealth_2020.pdf

¹⁰⁸ www.gwhh.de/digital-health-hub-hamburg/wer-steht-hinter-dem-dhhh/

¹⁰⁹ www.agqua.de/startseite.html?no_cache=1

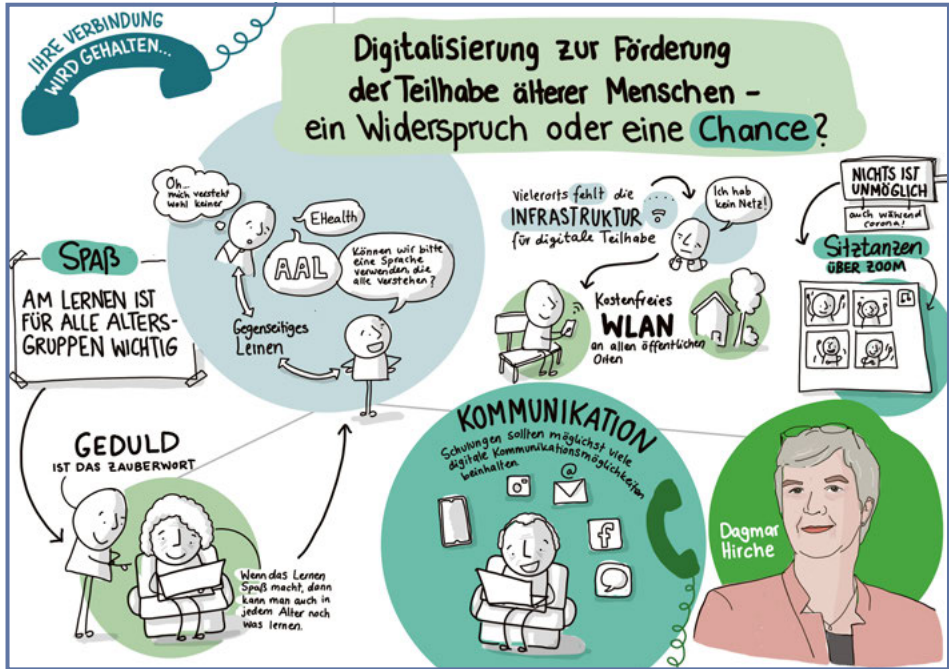


Abbildung 7.7-1: Visualisierung des Themas im Kontext eines Vortrags von Dagmar Hirche (Wege aus der Einsamkeit e.V., Hamburg) (Hirche 2021). Quelle: mit freundlicher Erlaubnis der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) e.V.

tiersansatzes (Quast & Rose 2018, S. 430) mit verschiedenen Bausteinen wird ein digitales Nachbarschaftsnetz erprobt, mit dem Krankheiten verringert und Lebensqualität gesteigert werden sollen. Dadurch hofft man auch Aufenthalte in stationären Einrichtungen verhindern zu können. Innovative Akzente sind:

- »die Entwicklung eines digitalen quartiersbezogenen Informationssystems zur Vermittlung professioneller gesundheitsfördernder Angebote zur Aktivierung der Bewohner,
- die Entwicklung einer mobilen Applikation zur Vermittlung von einfachen nachbarschaftlichen Unterstützungsleistungen,
- die Einbindung bestehender eHealth-Applikationen zur Vitaldatenmessung in ein individuelles Gesundheitstagebuch und
- der Aufbau eines individuellen eHealth-basierten Beratungsangebotes.«¹¹⁰

Das Projekt wurde im Frühjahr 2021 beendet. Teilweise werden Aktivitäten jedoch fortgeführt und in andere Quartiere transferiert. In einer vorläufigen Bilanz heißt es u. a.:

110 www.agqua.de/das-projekt-agqua/projektpartner.html

»Es wurde der Nutzen der nachbarschaftlichen Aktivitäten in Verbindung mit Gesundheitsberatung und Präventionsangeboten gezeigt. Es wurde weiterhin festgestellt, dass die Maßnahmen zu einer Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führten und dass die gesundheitliche Kompetenz und die Souveränität der Bewohnerinnen und Bewohner erhöht werden konnte.«¹¹¹

*Hamburger Pilotprojekt »Netzwerk gesund aktiv«*¹¹²

Dieses Projekt wird vom Albertinen Haus in Eimsbüttel koordiniert und beabsichtigt ebenfalls, die Gesundheitsförderung von Senior*innen im Quartier zu stärken. Es hat derzeit rund 800 Senioren als Teilnehmer. Diese können Bewegungsangebote und ein interprofessionelles Team samt Geriatrie, Physiotherapie und Sozialarbeit nutzen.

Wichtiger Baustein ist der Persönliche Assistent für Unterstütztes Leben (PAUL),¹¹³ der als App oder im Webportal auf allen Endgeräten nutzbar ist. Für die Nutzer gibt es beispielsweise ein Schwarzes Brett oder die Onlinesprechstunde mit Hausärzten, Videotelefonie und Internetnutzung. Die Unterstützungs- und Kommunikationsplattform wurde gemeinsam mit verschiedenen Nutzergruppen entwickelt und gestaltet. Dieses Netzwerk ist nicht durch örtliche Zugehörigkeit definiert. Ziel- bzw. Nutzergruppen sind ältere Menschen in Pflegestufe 1 bis 3 oder mit einem erhöhten Risiko, in absehbarer Zeit hilfs- und pflegebedürftig zu werden.

*Netzwerk Nachbarschaft*¹¹⁴

Dieses Netzwerk fördert gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg (jährliche Ausschreibung eines Förderpreises) innovative und nachhaltige Projekte für ein gesundes und solidarisches Miteinander aller Generationen in Nachbarschaften. Es gibt u. a. auch drei digitale Hamburger Nachbarschaftsmodelle in der Mitgliederdatei.

Das *Mehrgenerationenhaus Billstedt* ist ein Beispiel einer kleinen Nachbarschaft, das sehr auf die Stärkung der digitalen Kompetenz bei älteren Menschen setzt.¹¹⁵ Die Bewohner*innen organisieren sich in verschiedenen Vereinen und Gruppen vor Ort und initiieren stets neue Projekte, um aktiv und gesund zu bleiben. Gegenseitige Hilfe ist zentral.

Eine andere Initiative ist *Wege aus der Einsamkeit e. V.*,¹¹⁶ die unter anderem – zusammen mit der Stiftung Generationen-Zusammenhalt – ein Projekt mit dem Titel

111 www.agqua.de/details/das-projekt-agqua-verabschiedet-sich.html

112 <http://netzwerk-gesundaktiv.de/>

113 <http://netzwerk-gesundaktiv.de/was-ist-paul/>

114 <https://aok-foerderpreis.netzwerk-nachbarschaft.net/rh/nachbarschaften.html>

115 <http://hamburg-billstedt.mehrgenerationenhaus.de;> <https://aok-foerderpreis.netzwerk-nachbarschaft.net/rh/nachbarschaften/mgh-billstedt-hamburg-billstedt.html>

116 http://de.wikipedia.org/wiki/Wege_aus_der_Einsamkeit

»DIGITALHOCH2«¹¹⁷ trägt. Schüler*innen des Lise-Meitner-Gymnasiums in Hamburg-Osdorf geben ihr Know-how an circa 270 Senior*innen weiter und ermöglichen ihnen so digitale Teilhabe. Ziel ist es, 2021 für die Arbeit mit insgesamt fünf neuen Schulen einen festen Mitarbeiter einzustellen.

In der *Machbarschaft-Wandsbek-Hinschenfelde e. V.*¹¹⁸ unterstützen ca. 50 Nachbar*innen mit regelmäßigen Angeboten 160 ältere Menschen in ihrer Umgebung. Neben den überwiegend praktischen Hilfen unterstützt der Verein auch beim Umgang mit Smartphone oder Laptop.

Überregionale Nachbarschaftsplattformen

Neben den kleinräumigen, lokal organisierten internetbasierten Netzwerken gibt es auch überregionale Internetplattformen, die – anders als die ortlosen virtuellen Communities wie z. B. Facebook – in kleine stadtteilbezogene Nachbarschaften untergliedert sind.

Nextdoor.de

Ein Vorreiter der Nachbarschaftsportale war das 2011 in den USA entstandene Portal Nextdoor.com.¹¹⁹ Seine Funktionen sind so ähnlich wie im nachfolgend dargestellten Netzwerk. Veraltete »Neuigkeiten«, kaum genutzter Blog, fehlende Detailinformationen und ein probeweiser Blick des Autors auf die Seiten seiner unmittelbaren Nachbarschaft lassen allerdings vermuten, dass das Netzwerk in Deutschland nicht sehr stark Fuß fassen konnte.

Nebenan.de

Das Portal mit der größten Verbreitung in der Bundesrepublik ist nebenan.de (gegründet 2015). Das Projekt wird von der gemeinnützigen nebenan.de Stiftung begleitet. Die Initiatoren engagieren sich in gemeinwohlorientierten Projekten und verfolgen mit der Plattform das Ziel, »der zunehmenden Anonymität in der Gesellschaft entgegenzuwirken und Nachbarn auf digitalem Weg zu mehr echter lokaler Gemeinschaft zu verhelfen«.¹²⁰ Digitale Nachbarschaften werden von nebenan.de eingerichtet, wenn sich in einer Nachbarschaft von bis zu 5.000 Einwohnern mindestens zehn Menschen für die Nachbarschaft registrieren. Im Gegensatz zu den gängigen sozialen Medien muss man

117 <https://aok-foerderpreis.netzwerk-nachbarschaft.net/rh/nachbarschaften/digitalhoch2-hamburg.html>.

118 <https://aok-foerderpreis.netzwerk-nachbarschaft.net/rh/nachbarschaften/machbarschaft-wandsbek-hinschenfelde-e-v-hamburg.html>. Ein unmittelbarer Zusammenhang mit dem überregionalen Netzwerk Machbarschaft (s. u.) ist auf keiner der beiden Internetseiten erkennbar.

119 <http://nextdoor.de/>

120 <http://presse.nebenan.de/pm/das-geschäftsmodell-von-nebenan-de>

sich mit vollem Namen und Adresse anmelden, die Zugehörigkeit zur Nachbarschaft wird überprüft. Inzwischen hat nebenan.de 1,7 Millionen Nutzer in rund 8.000 Nachbarschaften. Hamburg wird bei den aktivsten Städten an dritter Stelle mit 110.000 Nutzern aufgeführt.¹²¹

Für vernetzte, gesundheitsbezogene Stadtteilarbeit ist nebenan.de gut geeignet, weil es sowohl von kommunalen Einrichtungen und Behörden als auch von gemeinnützigen Organisationen und zivilgesellschaftlichen Initiativen kostenlos genutzt werden kann (s. Abb. 7.7-1). Die Gemeinwohlfunktion von nebenan.de wurde im Frühjahr 2020 von Familienministerin Giffey genutzt, um für kleinräumige Nachbarschaftshilfen in Coronazeiten zu werben.¹²²



Abbildung 7.7-2: Idealmodell der Vernetzung und Nachbarschaftsfunktionen, mit dem nebenan.de für die Mitgliedschaft wirbt.¹²³ Quelle: nebenan.de, Service der Good Hood GmbH.

nebenan.de verschickte Ende 2020 einen Dankesbrief an die Mitglieder, in dem als Erfolge in der Coronakrise u. a. genannt wurden:

- »Zigtausende Nachbarn haben über nebenan.de Risikogruppen ihre Hilfe angeboten und sich gegenseitig im Corona-Alltag unterstützt.
- Über die kostenlose Hotline unserer Stiftung (0800-866 55 44) haben tausende Menschen Hilfe erhalten: Beim Einkaufen, bei der Tierbetreuung oder im Haushalt.

121 <http://presse.nebenan.de/pm/zahlen-und-fakten-zu-nebenan-de>

122 www.youtube.com/watch?v=rveDaeB0j7s

123 https://static.nebenan.de/system/nebenfiles/attachments/000/001/191/00a95beb9b55246ee02a9c669df908e357454dc2/original/Pr%C3%A4sentation_nebenan.de_Organisationsprofile.pdf?1531129292

- Nachbarn haben über unsere Aktion »Kauf nebenan!« schon 1,2 Millionen Euro für ihre Lieblingsläden gesammelt, um ihnen durch die Krise zu helfen.«

Präzise Informationen sind in einem auf systematischen Erhebungen beruhenden *Soziale Wirkungen Bericht 2020* verfügbar (nebenan.de 2021).

Nachbarschaft.net

Auch dieses Netzwerk verbindet Nachbarn, »um den zwischenmenschlichen Kontakt insbesondere in der Anonymität der Stadt zu fördern.«¹²⁴ Der gemeinnützige Aspekt spielt allerdings so gut wie keine Rolle. Die Finanzierung läuft teilweise über Werbung.¹²⁵

Machbarschaft (Zusammenrücken mit System)

Das Projekt wird im Rahmen eines Bundesprogramms gefördert, in dem vielversprechende Lösungen in Zeiten von COVID-19 entwickelt werden sollten. Zur zentralen Aufgabe heißt es: »Aus Deutschlands Nachbarschaften werden Machbarschaften. Machbarschaft löst die Herausforderung der Versorgung in deiner Umgebung. Wir bringen hilfsbereite Menschen per App und Telefonservice mit Menschen zusammen, die Hilfe z. B. beim Einkauf benötigen.«¹²⁶

Die Entwicklung solcher Plattformen ist im Fluss. Einige sind auch schon wieder verschwunden (wie z. B. wirnachbarn.com). Einen umfassenden Überblick mit Schwerpunkt auf den Finanzierungsmodellen, aber auch zahlreichen anderen Merkmalen von Nachbarschaftsportalen geben Ritter & Hampe (2019).

Kritische Würdigung und Perspektiven

Die quartiersbezogenen Beispiele in Hamburg sind alle explizit gesundheitsbezogen. Das Projekt Aktive und gesunde Quartiere wurde positiv evaluiert und soll auch auf andere Quartiere ausgedehnt werden. Das u. a. von der AOK geförderte Netzwerk Nachbarschaften vereint unter einem Portaldach sehr unterschiedliche kleine Modelle, die vor allem digitale Kompetenzen und sozialen Zusammenhalt fördern, allerdings nicht systematisch evaluiert sind.

Bei den überregionalen Nachbarschaftsportalen ist sowohl von der Verbreitung her als auch von seiner generellen Gemeinwohlorientierung nebenan.de der relevanteste Organisator kleiner lokaler Nachbarschaftsnetze, die für die Gesundheit Bedeutung haben. Dies ist besonders in der Coronakrise sichtbar geworden.

124 <http://nachbarschaft.net/>

125 <https://nachbarschaft.net/agb/>

126 www.machbarschaft.jetzt

Die berichteten Ansätze betonen die Chancen, die die Digitalisierung bietet. Dies sind vor allem leicht zugängliche und gut aktualisierbare Informations- und Beratungsangebote, die Vermittlung nachbarschaftlicher Unterstützungsleistungen, die Initiierung (realer) nachbarschaftlicher Kontakte und Beziehungen, Vernetzung mit professionellen Diensten über Apps mit unterschiedlichen Zielsetzungen sowie der Erwerb digitaler Kompetenzen als ein wesentliches Element allgemeiner Gesundheitskompetenz. Bei den überregionalen Netzwerken geht es darüber hinaus um die Entwicklung »echter« lokaler Nachbarschaft mit besserem Zusammenhalt und gegenseitiger sozialer Unterstützung – also Aspekte, die in der Sozialepidemiologie als positive Gesundheitsfaktoren identifiziert wurden (von dem Knesebeck 2020).

Als allgemeine Risiken werden besonders thematisiert, dass digitale Kontakte eine »Erosion« des (realen) Zusammenlebens bedeuten könnten (Heinze, Kurtenbach et al. 2019) und dass damit die Autonomie, Privatsphäre und Datenhoheit der Menschen gefährdet seien (Korczak 2020). Von beiden Autoren wird die Notwendigkeit gesehen, die weitere Entwicklung von Digitalisierungsprozessen durch Politik und Zivilgesellschaft zu kontrollieren und zu steuern.

Als Risiken und Herausforderungen sieht der Altenbericht beim Einsatz digitaler Medien: Viele Technologien gingen an den Bedürfnissen älterer Menschen und deren Bezugspersonen vorbei, überforderten die Nutzerinnen und Nutzer, verstärkten negative Altersbilder, erhöhten die Gefahr des Datenmissbrauchs oder würfen ethische Dilemmata auf. Als Antwort auf diese Probleme wird vor allem empfohlen, die Zielgruppen frühzeitig in die Erforschung und Entwicklung neuer digitaler Technologien einzubeziehen, um die entstehenden Produkte bedarfsgerecht, bedienfreundlich und sicher zu gestalten.

Größtes Risiko ist jedoch vermutlich, dass die digitale Vernetzung am besten in den urbanen Mittelschichtsmilieus funktioniert, in den Quartieren mit besonderem Entwicklungsbedarf jedoch eher zur gesundheitlichen Chancenungleichheit beiträgt. Hierin liegt die größte Herausforderung für die weitere Entwicklung digitaler Nachbarschaften.

LITERATUR

BMI/Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (o. J.): Bericht der Bundesregierung zur Umsetzung der ressortübergreifenden Strategie »Soziale Stadt – Nachbarschaften stärken, Miteinander im Quartier« (online März 2021). www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/bauen/wohnen/bericht-der-bundesregierung-strategie-soziale-stadt.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Deutscher Bundestag (13. 08. 2020): Unterrichtung durch die Bundesregierung: Achter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Ältere Menschen und Digitalisierung. Drucksache 19/21650; <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/216/1921650.pdf>

Heinze RG, Kurtenbach S, Üblacker J (Hrsg.) (2019): Digitalisierung und Nachbarschaft. Erosion des Zusammenlebens oder neue Vergemeinschaftung? Nomos, Baden-Baden

Hirche D (2021): Digitalisierung zur Förderung der Teilhabe älterer Menschen. Fachvortrag in: Dokumentation zur Regionalkonferenz »Gesund und aktiv älter werden – Ihre Verbindung wird gehalten – Einsamkeit im Alter digital und sozial begegnen«. Hamburg 19.01.2021; www.hag-gesundheit.de/menu/veranstaltung/dokumentation-veranstaltungen/dokumentation-regionalkonferenz

Knesebeck O von dem (2020): Soziales Kapital. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Onlineversion. Köln; doi:10.17623/BZGA:224-i111-2.0

Korczak D (Hrsg.) (2020): Digitale Heilsversprechen. Zur Ambivalenz von Gesundheit, Algorithmen und Big Data. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main

Krüger-Brand HE (2020): Digitale Gesundheit. Tech-Konzerne als Treiber. Deutsches Ärzteblatt 117 (8): A375-A378

nebenan.de (2021): Soziale Wirkungen Bericht 2020. https://impact.nebenan.de/pdf/210430_Social-Impact-Report-2020_Doppelseiten.pdf

Quast J, Rose G (2018): Die Hamburger Gesundheitswirtschaft. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) (2018) Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 426–431

Richter A, Wächter M (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 36. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Ritter M, Hampe M (2019): Lokal und Digital. Geschäftsmodellentwicklung von Nachbarschafts-plattformen und -apps im deutschsprachigen Markt. Ein Working Paper im Rahmen des Projektes »Soziale Nachbarschaft und Technik (SoNaTe)«. Universität Freiburg, Working Paper 11-2019. www.zee-uni-freiburg.de/fileadmin/PDF/Ritter_und_Hampe_2019_Lokal_und_Digital.pdf

Trojan A (2020): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Onlineversion. Köln; doi:10.17623/BZGA:224-i108-2.0

KAPITEL 8

Resümee und Blick nach vorn. Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg im Kontext überregionaler Entwicklungen

Rainer Fehr, Alf Trojan, Jobst Augustin

Der erste Hamburg-Band (Fehr & Trojan 2018) sollte die Konturen Hamburger Stadt-Gesundheit besser erkennen lassen und einen Diskussionsprozess über Nachhaltige StadtGesundheit in Hamburg anregen. In der Zwischenzeit ist »Gesundheit« unerwartet und auf eine eindrucksvolle Weise zum beherrschenden Thema der Gesellschaft geworden. Hierfür speziell, aber auch unabhängig davon erscheint uns der Bedarf an Orientierung für das Ziel nachhaltiger StadtGesundheit weiterhin hoch. Der vorliegende Band soll zu konstruktiver Debatte und kooperativem Handeln beitragen. Im Folgenden resümieren wir die lokale Entwicklung, reflektieren Gelegenheiten zum Austausch im In- und Ausland und schließen mit einem kurzen Blick nach vorn.

Auch dieses Mal war die Bereitschaft, am Buchband als »Gemeinschaftsproduktion« mitzuwirken, sehr hoch. AutorInnen aus unterschiedlichsten Institutionen lieferten informative und interdisziplinär verständliche Fachbeiträge, belegen damit die Vieltgestaltigkeit und Dynamik des Themenfeldes und vervollständigen die Konturen eines Gesamtbildes. Naheliegenderweise ist es aber weiterhin nicht leicht, bestehende Strukturen und Prozesse zu hinterfragen, (auch) kritisch auf eigene Aktivitäten zu blicken und konkrete Schritte in Richtung ökologisch-sozialer Nachhaltigkeit zu unternehmen. Im Ausbau strukturierter Vergleiche und umfassender Evaluationen liegt eine große Chance, eigene Aktivitäten realistisch einzuschätzen.

Bereits im ersten Hamburg-Band und auch im vorliegenden Werk ist wiederholt von »Fallbeispiel« oder »Fallstudie« die Rede. Es wurde dagegegehalten, dass Anforderungen für eine »Fallstudie« weiter gehen als die hiesige Realisierung. Unabhängig von Auslegungen dieser Begriffe wäre es sehr zu begrüßen, wenn für Hamburg und für andere Orte/Regionen noch intensivere, integrative Fallstudien mit hohen methodischen Ansprüchen zustande kommen.

Lokale Entwicklung

Wie beabsichtigt, bleiben die Bemühungen um Nachhaltige StadtGesundheit in Hamburg nach dem Erscheinen des ersten Bandes nicht auf die weitere Buchproduktion beschränkt. Wie in der Einführung dargestellt, wurde bei der Hamburger Gesellschaft zur Förderung der Künste und nützlichen Gewerbe (Patriotische Gesellschaft von 1765) ein Arbeitskreis »Nachhaltige Stadtgesundheit« gegründet, der sich seither über 30-mal getroffen hat und im Zusammenwirken mit Hamburger Institutionen aus Gesundheits- und anderen Bereichen mehrere (digitale) Veranstaltungen zu verschiedenen Themen durchgeführt hat. Einzelheiten der Aktivitäten sind auf den Seiten der Patriotischen Gesellschaft dokumentiert.¹

Die Herausgeber des ersten Hamburg-Bandes veröffentlichten einen Beitrag im Bundesgesundheitsblatt (Trojan & Fehr 2020), der die hiesige Entwicklung in größere Kontexte einbettet und das Leitprinzip »Blickfelderweiterung« auf folgende WHO-Konzepte anwendet: Intersektorale Politik/Alma-Ata-Deklaration zur Primären Gesundheitsversorgung 1978, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Ottawa-Charta 1986 und Gesundheit in allen Politikbereichen/Helsinki-Konferenz 2013. Im Beitrag folgen ein Überblick über das Konzept »Nachhaltige StadtGesundheit« und eine kurze Darstellung zu den Hamburger Entwicklungen. Auch eine Recherche zum Stand der integrierten Stadtentwicklung in Hamburg ist unmittelbar aus dem Kontext des Arbeitskreises Nachhaltige StadtGesundheit hervorgegangen (Trojan 2021); das Thema soll dort weiterbearbeitet werden.

Überregionaler Austausch

Im Rahmen der Adaptierung von »Health in All Policies« in Deutschland (Böhm et al. 2020) erfolgte unter der Überschrift »Wie kommt Gesundheit auf die Agenda der Politikfelder? Das Beispiel der Stadtentwicklung« (Fehr 2020) ein chronologisch strukturierter Rückblick auf die 1970er- bis 2010er-Jahre aus persönlich-arbeitsbiografischer Sicht. Ein zum 50-jährigen Bestehen des Sachverständigenrates für Umweltfragen (SRU) der Bundesregierung erstellter Beitrag umreißt Verbindungen zwischen Stadtentwicklung, Klimaschutz und Gesundheit und unterstreicht den Stellenwert von Instrumenten wie Fachplan Gesundheit (Fehr & Hornberg 2022).

Die Wirkung des Förderprogramms »Stadt der Zukunft« fasst das Deutsche Stiftungszentrum in seinem Jahresbericht 2019/20 (DSZ 2020) folgendermaßen zusammen: »Bedeutender Impuls für die systematische und kooperative Erforschung des Themas Stadt und Gesundheit«, »Erarbeitung von regional und international umsetz-

¹ www.patriotische-gesellschaft.de/de/ueber-uns/arbeitskreise-und-projektgruppen/arbeitskreis-nachhaltige-stadtgesundheit.html

baren Transformationsstrategien für Städte« sowie »Verfolgung der UN-Nachhaltigkeitsziele 2030: mehr Gesundheit und Wohlergehen der Bevölkerung in nachhaltigen Städten und Gemeinden«.

Offensichtlich wäre für Fortschritte und zukünftige Aktivitäten ein intensiverer überregionaler Austausch über lokale Ressourcen und Entwicklungen zu begrüßen. Exemplarisch werden hier drei Regionen kurz beschrieben, um das Potenzial für wechselseitiges Voneinanderlernen sichtbar zu machen.

So verfügen insbesondere der Stadtstaat *Berlin und die Region Berlin-Brandenburg* über ein breites Spektrum von Aktivitäten. Genannt seien beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung »Gesundheit Berlin-Brandenburg«,² das langjährige Sozialmonitoring³ und die (überregional angelegten) Konferenzen »Armut und Gesundheit«. ⁴ Die 1996 bis 1997 geführte Diskussion über Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk ist umfangreich dokumentiert (Geene & Denzin 1997); es gibt auch einen *Stadtführer durch 300 Jahre [Medizin-]Geschichte* (Brinkschulte & Knuth 2010). Beim Deutschen Institut für Urbanistik (difu) ist die (überregional zusammengesetzte) Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung (AGGSE⁵) angesiedelt, aus der heraus vor geraumer Zeit der Band *Stadtplanung und Gesundheit* (Böhme, Kliemke et al. 2012) entstand.

Im Rahmen des Forschungsprogramms »Stadt der Zukunft« (s. Einführung) ist Berlin der Standort der vierten Forschungsgruppe (Säumel & Butenschön 2018). Der gemeinnützige Verein »Gesundheitsstadt Berlin« hat laut eigener Angabe die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege in der Region Berlin-Brandenburg durch Veranstaltungen und Informationsangebote über Gesundheit, Demografie und Medizin zum Ziel; er organisiert dazu Fachveranstaltungen, setzt Forschungsprojekte um und betreibt ein »Portal für Nachrichten aus der Gesundheitsbranche«. ⁶ Auf der 15. Berliner Landesgesundheitskonferenz 2018 (Pospiech, Dirks et al. 2019) konnte über Hamburger Entwicklungen berichtet werden. Eine aktuelle Äußerung aus der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (Ganten, Löhning et al. 2021) fordert u. a. die beschleunigte Umsetzung des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg und den Ausbau des Biotechparks Berlin-Buch.

Für das *Ruhrgebiet* existiert eine historische Darstellung mit der Überschrift »Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850–1929« (Weyer-von Schoultz 1994), die das Beispiel der »jungen Industriestadt Gelsenkirchen« behandelt. Das inzwischen auf dem Gesundheitscampus Bochum angesiedelte Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

2 www.gesundheitbb.de

3 www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/monitoring/index.shtml

4 www.armut-und-gesundheit.de/

5 <https://difu.de/arbeitsgruppe-gesundheitsfoerdernde-gemeinde-und-stadtentwicklung>

6 <https://Gesundheitsstadt-Berlin.de>

(LZG.NRW)⁷ befasst sich seit Langem mit den Themen Stadt und Gesundheit⁸ sowie »Gesunde Regionen« (Healthy Regions, WHO-RHN). Hier entstanden das Konzept »Fachplan Gesundheit« (Fehr, Reinecke et al. 2016) samt Musterplänen für Stadt und Land sowie der Leitfaden *Gesunde Stadt* (Baumeister, Rüdiger et al. 2016/2019) mit seinen umfangreichen Checklisten.

An der Technischen Universität Dortmund war die zweite Forschungsgruppe »Salus« (Köckler, Baumgart et al. 2018) des Förderprogramms »Stadt der Zukunft« angesiedelt; dort erfolgte die 5. Konferenz »Stadt der Zukunft« unter der Überschrift »Nachhaltigkeit und Gesundheit gemeinsam fördern – Neue methodische Ansätze«,⁹ und von dort stammt der Editionsband 4 (Baumgart & Rüdiger 2022). In Essen ist das erwähnte Institut für Urban Public Health (s. Einführung) angesiedelt, welches die Konferenz »Stadt der Zukunft 2022« durchführt. Die Hochschule für Gesundheit in Bochum koordiniert die digitale Plattform »Urban Health digiSpace«,¹⁰ MedEcon Ruhr, das »Netzwerk der Gesundheitswirtschaft«, berichtete unter der Überschrift »Stadt & Gesundheit. Eine Metropole stellt sich auf«¹¹ über Projekte und Institute.

Für *Ostwestfalen-Lippe* seien aus der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld exemplarisch die frühen Arbeiten zu integrierten Programmen wie »Gesunde Städte« und »Lokale Agenda 21« (Wolf, Philippsen et al. 2001) genannt, außerdem die bis heute aktuellen Arbeiten zu gesundheitsbezogenen Verträglichkeitsprüfungen (Kobusch, Fehr et al. 1997), die im Rahmen des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes »Public Health« starteten, und die durch die Berg-Stiftung geförderte Juniorforschungsgruppe »StadtLandschaft & Gesundheit« (2011–2015)¹². An der seit 2021 bestehenden Medizinfakultät Ostwestfalen-Lippe ist die Juniorforschungsgruppe »Gesunde Orte – Therapeutische Landschaften (LebensLand)«¹³ angesiedelt, die durch die Peter Beate Heller-Stiftung im Stifterverband gefördert wird. Im Zusammenspiel der beiden Fakultäten liegen besondere Chancen, das Thema Stadt- und RegionalGesundheit vor Ort fortzuführen (Hornberg & Fehr 2021).

Zweifellos variieren die Rahmenbedingungen, Initiativen und Trends in den exemplarisch genannten Regionen in hohem Maße. Gleichwohl dürfte ein intensiverer Austausch für beteiligte Städte und Regionen wertvoll sein.

7 Bzw. Vorläuferinstitutionen, vgl. Fehr, Barrenberg et al. 2012

8 www.lzg.nrw.de

9 <http://stadt-und-gesundheit.de/foerderprogramm/jahreskonferenzen-stadt-der-zukunft/archiv-der-konferenzserie-stadt-der-zukunft/dortmund-2016/>

10 <https://urbanhealth-digispace.de/>

11 MedEcon Ruhr Magazin Nr. 36, Okt. 2020, https://medecon.ruhr/wp-content/uploads/downloads/mm36_web.pdf

12 <http://stadt-und-gesundheit.de/foerderprogramm/die-forschungskonsortien-und-ihre-forschungsgruppen/konsortium-und-juniorforschungsgruppe-1-stadtlandschaft-gesundheit/>

13 www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/fakultaet/arbeitsgruppen/environment/forschung/lebensland/

Ein *internationaler Austausch* sollte hierbei als Ergänzung stets dazugehören. Für die Entwicklungen der zurückliegenden Jahre zu StadtGesundheit wurde ausdrücklich auf die internationalen Entwicklungen zu *Urban Health* Bezug genommen (vgl. Editionsband 1).

Auch weiterhin wird der Austausch gesucht, z. B. durch Bereitstellung von Informationen über hiesige Entwicklungen durch das Projekt »Brückenbau« auch auf einer englischsprachigen Website.¹⁴ An dieser Stelle seien exemplarisch einige Kontakte zur Europäischen Public-Health-Gesellschaft (EUPHA) genannt. So wurde 2019 der EUPHA-Sektion Public Health Monitoring and Reporting (PHMR) über die hiesigen Entwicklungen samt historischen Wurzeln berichtet: »For sustainably securing and promoting human health in the urban setting, a multitude of urban systems, fierce dynamics, and systemic interactions need to be considered – capturing the ›forest‹ instead of merely the ›trees‹ ... ›Health‹ activities constitute a remarkable element of urban culture, but with room for improvement, e.g. quality assurance on a systems level, and more focus on sustainability ...« (PHMR 2019).

In ähnlicher Weise informierte ein Beitrag im Newsletter der EUPHA-Sektion Urban Public Health über hiesige Entwicklungen:¹⁵ »Based on an integrative ›human ecology‹perspective, the aim is to identify synergies, try and resolve antagonisms, and thus promote both human health and sustainable development ...« Auch wurden im Beitrag das Förderprogramm, die Edition, das neue Institute for Urban Public Health und der Arbeitskreis der Patriotischen Gesellschaft umrissen. Ein dritter Beitrag erfolgte im Rahmen der europäischen Public-Health-Woche 2021 zu einem Fotoprojekt der genannten EUPHA-Sektion Urban Public Health. Hier wurden sieben Fotos mit Hamburger Motiven samt Erläuterungen eingereicht, davon vier zur Rubrik »Challenges in the local community« (samt wenig einladender Bahnunterführung und abweisendem Parkhaus Gröninger Hof) und drei als »Signs of hope«, samt Hygieia-Brunnen und »Sidewalk mini gardening«.

Ausblick

Abschließend erwähnen wir eine Auswahl inhaltlicher und methodischer Themen, zu denen wir uns dringend Fortschritte wünschen.

Die bitteren Erfahrungen mit der *Coronapandemie* sollten zu möglichst großen gesellschaftlichen Lernfortschritten für die Zukunft führen. Wie lässt sich in Hamburg (und anderswo) ein Prozess organisieren, der dem Spektrum unterschiedlicher

¹⁴ www.urban-health.de

¹⁵ UPH/EUPHA Section Urban Public Health (2021): In difficult times, Sustainable Urban Health gaining ground in Germany. Newsletter January 2021, https://rise.articulate.com/share/1NZ67TvNiMpg_cudkTtAt-2SEs0GxoNG#/

Erfahrungen und Meinungen gerecht wird und gleichzeitig die Evidenzbasierung für künftige Maßnahmen in den Mittelpunkt stellt? Lässt sich die für die Zukunft erhoffte urbane Resilienz durch bloße Addition von (beispielsweise digitalen) »Alternativen«, spezifischen »Kompetenzen« verschiedener Akteure und entsprechenden »Ressourcen« erzeugen, oder bedarf es dazu integrierter Handlungskonzepte von der kommunalen bis zur internationalen Ebene?

In Hamburg wurde das Potenzial, das mit einem engeren Austausch epidemiologisch arbeitender Institutionen und Personen unter der Überschrift »*Stadtepidemiologie*« verbunden wäre, erkannt. Die örtliche Gesundheitsberichterstattung (Fertmann & Fehr 2018), das Hamburger Krebsregister (Nennecke, Waldmann et al. 2018), das Meldewesen zu Infektionskrankheiten, unterschiedlichste Einzelstudien sowie die »Megastudien« NAKO/Teilstudie Hamburg (▷ 3.2 Becher, Hussein et al.) und HCHS (▷ 3.3 Twerenbold, Toprak et al.) weisen sowohl Gemeinsamkeiten als auch charakteristische Unterschiede auf. Es wurde begonnen, den Austausch zwischen diesen Strängen zu intensivieren; auch die epidemiologische Aufbereitung und Analyse des Coronageschehens sind ins Blickfeld gerückt.

Um die auch für Gesundheit bestehenden urbanen Gestaltungschancen optimal zu nutzen, dürfte – nach dem Beispiel anderer Stadtsektoren – eine *Fachplanung Gesundheit*, beispielsweise auf Bezirksebene, wertvoll sein. Offen ist bisher die Frage, welche Institution und/oder Kooperation imstande ist, die Gesundheitspolitik im engeren Sinne und die Gesundheitsbelange in anderen Politiksektoren wirksam zu integrieren und dabei auch ökologische Nachhaltigkeit und soziale Gerechtigkeit zu verwirklichen.

Fragen, die bisher vorwiegend in Fachkreisen diskutiert wurden, erreichten in der Pandemie auch die öffentliche Diskussion: Tun wir das Richtige? Welche Maßnahmen sind wirksam, wo bestehen Verbesserungsbedarfe? *Qualitätskontrolle und -sicherung*, wie in der Laboranalytik zum selbstverständlichen Bestandteil geworden, ist bedeutsam für alle Themenfelder. *Evaluationen* (▷ 5.4 Wild, Golubinski et al.) sollten routinemäßiger Bestandteil von Interventionen sein.

Wie in der Einführung erwähnt, werden mit dem vorliegenden Band einige Schritte in Richtung auf ein systematisches *Vergleichen* unternommen (s. insbes. ▷ 3.7 Augustin, Mohr et al.), jedoch sollte sich – im Sinne des Leitprinzips »Blickfelderweiterung« – eine umfassendere Kultur konstruktiver Städtevergleiche entwickeln, um den Blick für lokale Stärken und Schwächen zu schärfen und Positivbeispiele ausfindig zu machen. Neben dem Vergleich Hamburgs mit anderen Großstädten und Metropolregionen im In- und Ausland (Beispiele s. o.) können auch innerstädtische sowie gegebenenfalls historische Vergleiche von Nutzen sein.

Unsere abschließenden Überlegungen wie auch der gesamte vorliegende Band zeigen deutlich, wie breit das »zu beackernde Feld« ist. Gleichzeitig war, wie oben erwähnt, auch dieses Mal die Bereitschaft erfreulich groß, Beispiele für *neue Ziele, Wege und Ini-*

tiativen beizutragen. Mit anderen Worten: Es gibt mehr innovatives Mitdenken, Mitstreiten und Mitgestalten, als auf den ersten Blick sichtbar ist. Zusätzlich besteht mit dem Arbeitskreis in der Patriotischen Gesellschaft ein guter Rahmen für Diskurs und Aktivitäten. Auch in diesem Kontext wollen wir das Ziel Nachhaltige StadtGesundheit für Hamburg weiterverfolgen.

LITERATUR

- Baumeister H, Rüdiger A, Köckler H, Claßen T, Hamilton J, Rüweler M, Şahin C, Baumgart S, Hornberg C (2016/2019): Leitfaden »Gesunde Stadt«. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. 2. Auflage 2019. www.lzg.nrw.de/versorgung/ges_plan/gesunde_stadt/index.html
- Baumgart S, Rüdiger A (2022): Gesundheit in der Stadtplanung. Instrumente, Verfahren, Methoden. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 4. oekom verlag, München
- Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden
- Böhme C, Kliemke C, Reimann B, Süß W (Hrsg.) (2012): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Hogrefe, Bern
- Brinkschulte E, Knuth T (2010): Das medizinische Berlin. Ein Stadtführer durch 300 Jahre Geschichte. berlin edition im be.bra verlag, Berlin
- DSZ/Deutsches Stiftungszentrum (2020): DSZ-Jahresbericht 2019/20 Lichtblicke. www.deutsches-stiftungszentrum.de/medien/dsz-jahresbericht-2020
- Fehr R (2020): Wie kommt Gesundheit auf die Agenda der Politikfelder? Das Beispiel der Stadtentwicklung. Beitrag in: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 409–426
- Fehr R, Barrenberg E, Meikel OCL (Hrsg.) (2012): Im Dienst der Öffentlichen Gesundheit – Entwicklungslinien von den hygienisch-bakteriologischen Untersuchungsämtern bis zum Landeszentrum Gesundheit NRW. www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2012_df/entwicklungslinien_lzg-nrw_2012.pdf
- Fehr R, Hornberg C (2022, im Druck): Gesundheit und nachhaltige Stadtentwicklung. Brücken bauen in die Zukunft. Politische Ökologie. Schwerpunktheft zum 50jährigen Jubiläum des Sachverständigenrates für Umweltfragen (SRU) der Bundesregierung
- Fehr R, Reinecke H, Stollmann F, Welteke R (2016): Zur Entwicklung kommunaler »Fachpläne Gesundheit«. Die Öffentliche Verwaltung 69, H. 6, S. 229–268
- Fehr R, Trojan A (Hrsg.) (2018) Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, <https://doi.org/10.14512/9783962384845>
- Fertmann R, Fehr R (2018): Gesundheit und Krankheit in Hamburg heute. Kapitel 2.1 in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) (2018): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 84–106, <https://doi.org/10.14512/9783962384845>
- Ganten D, Löhning M, Rutert B, Siegmund B (2021): Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg. Denkanstöße aus der Akademie. Eine Schriftenreihe der Berlin-Brandenburgischen Akademie der

Wissenschaften, Nr. 8, Dez. 2021. www.bbaw.de/files-bbaw/user_upload/publikationen/BBAW_Denkanstoesse_8_2021_Lay4_Web_.pdf

Geene R, Denzin C (1997): Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy-City-Programm. Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik. Verlag Schmengler, Berlin

Hornberg C, Fehr R (2021): Nachhaltige StadtGesundheit. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fakultätsnewsletter Ausgabe 12, Dez. 2021, S. 2–3. www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/kommunikation/News_Gesundheit_Dez21.pdf

Kobusch A-B, Fehr R, Serwe H-J (Hrsg.) (1997): Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Grundlagen – Konzepte – Praxiserfahrungen. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Köckler H, Baumgart S, Blättner B, Bolte G, Flacke J, Hemetek U, Rüdiger A, Schule SA, Shrestha R, Sieber R, Waegerle L (2018): Stadt als gesunder Lebensort unabhängig von sozialer Ungleichheit. Die Forschungsgruppe Salus. Kapitel 12 in: Fehr R, Hornberg C (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 1. oekom verlag, München, S. 265–289, <https://doi.org/10.14512/9783962385064>

Nennecke A, Waldmann A, Hentschel S, Fehr R (2018): Hamburgisches Krebsregister. Kapitel 2.2 in: Fehr R, Trojan A (Hrsg.) (2018). Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 2. oekom verlag, München, S. 106–111. <https://doi.org/10.14512/9783962384845>

PHMR/EUPHA Section Public Health Monitoring and Reporting (2019): Extended Public Health reporting (and debate) for fostering Sustainable Urban & Regional Health. Pre-conference Newsletter, S. 7. https://eupha.org/repository/sections/PHMR/7th_EUPHA_PHMR_Newsletter_2.pdf

Pospiech S, Dirks J, Elle M, Janella M, Weigand S (Red.) (2019): 15. Landesgesundheitskonferenz Berlin. Wachsende Stadt – Gesunde Stadt. Alterung und Zuwanderung in Berlin. 26. November 2018, Tagungswerk Jerusalemkirche. Hrsg.: Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/Landesgesundheitskonferenz/15_LGK/2018_15_Landesgesundheitskonferenz_Doku_1_.pdf

Sämel I, Butenschön S (2018): HealthyLiving. Strategie und Planungsinstrument für gesundheitsförderndes Wohnumfeldgrün in der Stadt der Zukunft. Kapitel 14 in: Fehr R, Hornberg C (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 1. oekom verlag, München, S. 321–333. <https://doi.org/10.14512/9783962385064>

Trojan A (2021) Integrierte Stadtentwicklung und Gesundheit. Programmatik und Realität am Beispiel Hamburgs. Eine Dokumentenanalyse. Gesundheitswesen 83:297-302. DOI: 10.1055/a-1152-4609

Trojan A, Fehr R (2020): Nachhaltige StadtGesundheit. Konzeptionelle Grundlagen und aktuelle Initiativen. Bundesgesundheitsbl 63:953-961. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03187-8>, <https://rdcu.be/b5v6B>

Weyer-von Schoultz M (1994): Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850–1929. Verstädterung und kommunale Gesundheitspolitik am Beispiel der jungen Industriestadt Gelsenkirchen. Schriftenreihe des Instituts für Stadtgeschichte, Beiträge – Band 5. Klartext Verlag, Essen

Wolf U, Philippsen D, Fehr R (2001): Infoband Agenda 21 und Gesundheit. Projekt »Agenda 21 und Gesundheit«, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Biografische Angaben der AutorInnen

Ahmady-Moghaddam, Nima B. Sc., studentische Hilfskraft und Studierender im Master Informatik am Department Informatik der HAW Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: Konzeption und Modellierung von menschlichem Verhalten in Multiagentensystemen, insbesondere basierend auf Verhaltenstheorien aus den Sozial- und Kognitionswissenschaften. Entwicklung von modularen Kognitionsarchitekturen in Softwareagenten.

Albrecht, Ruth Prof. Dr. theol., apl. Prof. am Fachbereich Evangelische Theologie der Universität Hamburg; Aufbau und Leitung der Arbeitsstelle Ethik des Evangelisch-lutherischen Kirchenkreisverbandes Hamburg (KKVHH) von 2011 bis 2020 mit Schwerpunkt Netzwerkarbeit in der Metropolregion Hamburg für Institutionen des Gesundheitswesens.

Ansen, Harald Prof. Dr., Diplom-Sozialpädagoge, Hochschullehrer für Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg im Department Soziale Arbeit. Arbeitsschwerpunkte: Armut und soziale Teilhabe sowie Beratung in der sozialen Arbeit.

Augustin, Jobst PD Dr. rer. nat., Diplom-Geograph, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Forschungsgruppenleiter (FG Gesundheitsgeographie) im Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Räumliche Ungleichheit von Gesundheit und Versorgung, Urban Health, Global (Climate-)Change and Health.

Becher, Heiko Prof. Dr. rer. nat., Epidemiologe und Biostatistiker, Direktor des Instituts für medizinische Biometrie und Epidemiologie am UKE. Principal Investigator der NAKO Gesundheitsstudie. Arbeitsschwerpunkte: Bevölkerungsbezogene Kohortenstudien, Gesundheit bei MigrantInnen, Epidemiologie neurologischer Erkrankungen (MS, Schlaganfall), Krebs Epidemiologie, statistische Methoden, Epidemiologie von COVID-19.

Bremer, Daniel Diplom-Soziologe, Koordinator des Zentrums für Versorgungsforschung (Center for Health Care Research) und des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung, Sozialepidemiologie, soziale Ungleichheiten und Gesundheitsversorgung, Versorgung im höheren Lebensalter, organisationsbezogene Gesundheitskompetenz.

Clauss, Heike Diplom-Soziologin, von 1997 bis 2018 Leiterin von EU- und Bundesprojekten zu unterschiedlichen Bereichen der Barrierefreiheit. Seit Ende 2018 Geschäftsführerin des Vereins Barrierefrei Leben.

Clemen, Thomas Prof. Dr. rer. nat., Diplom-Informatiker, Professor für Datenbanken und Künstliche Intelligenz am Department Informatik der HAW Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: Multiagentensysteme, Modellierung von menschlichem Verhalten, Analyse von spatio-temporalen Daten, Politikberatung.

Dapp, Ulrike Dr. rer. nat., Diplom-Geographin, Forschungs Koordinatorin der Medizinisch-Geriatriischen Abteilung für Forschung und Dokumentation Albertinen Haus, wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg. Leitung der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS) in Hamburg seit 2000 und stellvertretende Leitung »Hamburger Hausbesuch« seit 2018.

Diemert, Anke Prof. Dr. med., Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Professorin für Hebammenwissenschaft – Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Schwerpunkte: Pränatalmedizin, Risikoschwangerschaften, Pränatale Prägung, Feto-maternale Immunität, Frauengesundheit.

Dingoyan, Demet Diplom-Psychologin, Dr. phil., Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Psychologische Psychotherapeutin für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; Forschungsschwerpunkte: Migrationsforschung in Bezug auf psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung von Migrant:innen und Inter-/transkulturelle Kompetenz in der Gesundheitsversorgung.

Duwe, Claudia Studium der Sozialpädagogik (Dipl.), Schwerpunkt Sozialpsychiatrie, Studium Public Health (MPH), Fachreferentin in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft e. V. (HAG). Arbeitsschwerpunkte: Koordination des »Pakt für Prävention« – Koordination und strategische Weiterentwicklung des Landesprogramms für Gesundheitsförderung und Prävention, Inklusion und Gesundheitsförderung, Instruktorin für MHFA Ersthelferkurse für psychische Gesundheit. www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/pakt-fuer-praevention

Dzukowski, Frank Diplom-Ingenieur, Leiter der Vorstandsstabsstelle Nachhaltigkeit und Klimamanagement des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf KÖR (UKE). Langjährige Erfahrung als Geschäftsführer der UKE-Service-GmbHs für Bau, Facility-Management, Energie und Medizintechnik sowie über den Aufbau der strategischen Nachhaltigkeitsorganisation im UKE-Konzern.

Eßler, Henrik Sozial- und Wirtschaftshistoriker, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Kurator am Medizinhistorischen Museum Hamburg. Seine Dissertation *Krankheit gestalten. Eine Berufsgeschichte der Moulagenbildnerei* wurde 2021 eingereicht. Weitere Forschungsschwerpunkte: materielle Kulturen der Medizin: Hygienediskurse und Biopolitik im Städtebau; historische Berufsforschung im Gesundheitswesen.

Fehr, Rainer apl. Prof. Dr. med., MPH, Ph. D. (USA). Mediziner, Epidemiologe. Promovierte über Algorithmen (Hamburg), Surveillance (Berkeley). Habilitation: Ökologische Gesundheitsförderung (Bielefeld). War Leiter des Landesentrums Gesundheit NRW, jetzt Mitarbeiter der Universität Bielefeld. Fokus: StadtGesundheit; Methodik und Praxis von Health Assessments/Gesundheitsanalysen. www.rfehr.eu

Fischer, Alexander M. Sc. Gesundheitsökonom, Geschäftsführer der Gesundheit für Billstedt/Horn UG und Konsortialführung von INVEST – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. Arbeitsschwerpunkte: Strategische Gesamtkonzeption und Personalverantwortung GfBH UG/Gesundheitskiosk, Netzwerkaufbau und Verhandlungsführung mit Krankenkassen.

Franzen, Henrieke Prävention und Gesundheitsförderung, MA. Leitung Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft e. V. (HAG). Arbeitsschwerpunkte: Förderung soziallagenbezogener Gesundheitsförderung in Lebenswelten; Prozessbegleitung zum Aufbau integrierter kommunaler Strategien. www.hag-gesundheit.de

Gaffron, Philine Dr., MLA (Edinburgh), Ökologin, Verkehrswissenschaftlerin und Oberingenieurin am Institut für Verkehrsplanung und Logistik der TU Hamburg und Mitglied des Klimabeirats des Hamburger Senats (2021–2026). Arbeitsschwerpunkte: Umweltfolgen und soziale Aspekte von Mobilität und Verkehr, Mobilität und Klimaschutz, Umsetzungsforschung.

Gatting, Sinja Interdisziplinäres Studienprofil (B. Sc. in Health Communication, M. A. in Gender Studies). Derzeit Promotion und wissenschaftliche Mitarbeit am Lehrstuhl »Umwelt und Gesundheit« der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.

Gies, Lea Seit 2017 Koordinatorin bei Q8 – Quartiere bewegen in Hamburg Altona. Q8 ist eine Initiative der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Vor Q8 hat sie als Logopädin gearbeitet und Pflege- und Gesundheitsmanagement studiert mit Abschluss Bachelor of Arts. Als Intermediärin begleitet und unterstützt sie unter anderem Bewohner*innen und Akteure aus Altona bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Empfehlungen für die neuen Quartiere Mitte Altona und Holstenquartier und ist seit 2021 auch in Bahrenfeld aktiv.

Gies, Maria Diplom-Kunsttherapeutin und Sexualpädagogin (isp). Fachreferentin bei der HAG im Arbeitsfeld Gesund aufwachsen. Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung und bundesweiter Roll-out des Elternprogramms Schatzsuche, seelische Gesundheit, Resilienzförderung, Ressourcenorientierte Zusammenarbeit mit Eltern, Einfache Sprache und Kommunikation. www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesund-aufwachsen/kita/schatzsuche

Giese, Reinhard Diplom-Soziologe, von 1991–1995 Geschäftsführer des neuen Beratungszentrums für technische Hilfen und Wohnraumanpassung in Hamburg, seit 1996 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Hamburg, Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung, Forschungsschwerpunkte Betriebliche Gesundheitsförderung, Rehabilitations- und Rechtswirkungsforschung. Vorstand Barrierefrei Leben e. V.

Golubinski, Veronika M. Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen am Hamburg Center for Health Economics der Universität Hamburg. Arbeitsschwerpunkt: Versorgungsforschung und Evaluation neuer Versorgungsformen.

Hauschildt, Katharina Diplom-Ökotrophologin, Referentin für Prävention und Gesundheitsförderung bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse in Hamburg mit dem Schwerpunkt kommunale Prävention und Gremienarbeit. Mitglied im Koordinierungsgremium der Landesrahmenvereinbarung Hamburg.

Herrmann, Christa Diplom-Sozialpädagogin. Seit 1998 beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. zunächst als Selbsthilfeberaterin mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten tätig. Seit 2012 Leitung der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen/KISS Hamburg.

Heß, Anke Soziologin und systemische Beraterin. Seit 2016 beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. mit seinen Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS Hamburg) als Projektleitung in dem gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg initiierten Projekt »Neue Wege in der Selbsthilfe« tätig.

Hofrichter, Petra Soziologin und Ethnologin. Geschäftsführung und Fachliche Leitung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG). Arbeitsschwerpunkte: Soziale Lage und Gesundheit mit dem Fokus auf vulnerable Personengruppen (z. B. Wohnungslose), Partizipation, kommunale Strategien und Praxisforschung. www.hag-gesundheit.de

Höldke, Birgitt Dr. phil. M. P. H., Berufspädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin. 2017 bis 2021 Referentin bei der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung/der KGC Hamburg. Geschäftsstelle zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung entspr. § 20 f SGB V.

Hornberg, Claudia Universitätsprofessorin, Dr. med., Diplom-Biologin, Diplom-Ökologin, Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin. Dekanin der Medizinischen Fakultät in Ostwestfalen-Lippe der Universität Bielefeld, Leiterin der Arbeitsgruppe Sustainable Environmental Health Sciences. Seit 2016 Vorsitzende des Sachverständigenrates für Umweltfragen der Bundesregierung. www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/

Husemann, Jana Dr. med., Fachärztin für Allgemeinmedizin, 1. Vorsitzende Hausärzteverband Hamburg. Stellvertretende Sprecherin Forum Hausärztinnen. Arbeitsschwerpunkt: hausärztliche Versorgung. Themenschwerpunkte: Fragen rund um die Niederlassung, Weiterbildung in Hamburg, ärztliche Fortbildung, Einstieg in die Berufspolitik. Praxis St. Pauli. www.praxis-st-pauli.de

Hussein, Yassin B. A., IT-Spezialist und Datamanager. Operative Studienzentrumsleitung des Epidemiologischen Studienzentrums am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Hamburg City Health Study, NAKO-Gesundheitsstudie, Studienmanagement, IT-Projektmanagement und Business Administration.

Jaeger, Maja Krankenkassenbetriebswirtin, Gesundheitsmanagerin Prävention bei der IKK classic, Arbeitsinhalte: angewandte Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Schwerpunkt trägerübergreifender Zusammenarbeit auf Landesebene, Mitglied im Koordinierungsgremium der Landesrahmenvereinbarung Hamburg.

Kahlke, Winfried Prof. em., Dr. med. 1969 Habilitation für Innere Medizin, Universität Heidelberg. 1973 Berufung an das Interdisziplinäre Zentrum für Hochschuldidaktik (IDHD), Universität Hamburg. Aufbau des Arbeitsschwerpunktes Didaktik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Mitbegründer der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Mitarbeit im Hamburger Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethikseminar. 1999 Emeritierung.

Keich, Roland begleitete das Altstadttrachenprojekt für die Hauptkirche St. Katharinen, in der er Kirchengemeinderatsmitglied ist. Außerdem ist er akademischer Campusleiter an der EBZ Business School in Hamburg, forscht und berät im Bereich Nachhaltigkeit und Finanzierung und ist Geschäftsführer der GSF Gesellschaft für Immobilienberatung mbH, welche Kirchen, Baugemeinschaften und soziale Institutionen berät. Er war zuvor Abteilungsleiter für Immobilienförderung bei der Hamburgischen Investitions- und Förderbank.

Kis, Anne Diplom-Geographin, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Mitglied der FG Gesundheitsgeographie im Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Mitarbeiterin in einem Planungsbüro für Stadtentwicklung und Mobilität in Hamburg (GGR GbR). Arbeitsschwerpunkte: aktive Mobilität, Urban Health, gesundheitsförderliche Stadtentwicklung, regionale Disparitäten (Gesundheit, Versorgung).

Knesebeck, Olaf von dem Prof. Dr. phil., studierte Sozialwissenschaften, Informationswissenschaft sowie Entwicklungs- und Sozialpsychologie; Venia Legendi in Soziologie. Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Forschungsschwerpunkte u. a. soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit (Sozialepidemiologie), Versorgungs-, Präventions-, Evaluations- und Stigmaforschung, internationale Vergleiche.

Kofahl, Christopher Dr. phil., Diplom-Psychologe, stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Selbsthilfe und Patientenorientierung, Versorgungsforschung, Public Health.

Kohler, Martin Urbanist, Stadtfotograf, Lehrbeauftragter an der HafenCity Universität und Leuphana Universität Lüneburg und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Creative Space for Technical Innovation der HAW Hamburg.

Krause, Niklas Studium der Humanmedizin in Hamburg, Approbation, Ausbildung in Allgemein- und Rehabilitationsmedizin, 1990 Promotion Hamburg, 1991 MPH, 1995 PhD Epidemiology, UC Berkeley, 2000–2010 Professor of Medicine, UC San Francisco, 2011–2021 Professor of Environmental Health Sciences and Epidemiology; Director Southern California NIOSH Education and Research Center, UC Los Angeles.

Kritzmann, Bernd Prof. Dr., Architekturstudium in Münster und Hannover, wissenschaftlicher Mitarbeiter (HfbK), Promotion 1989, seit 1985 selbstständig als Architekt in Hannover und Hamburg. 1990 Professur für Entwerfen und Baukonstruktion an der HAW, 2006 bis 2017 HafenCity Universität Hamburg Studiengang Architektur. Arbeits- und Forschungsbereich »Barrierefreies Bauen«. Vorsitzender Barrierefrei Leben e. V.

Kuhn, Julia B. Ed., M. Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Bereich Gesundheitsschutz und Epidemiologie. Studierte Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der TU München und Public Health an der Universität Bielefeld. Während des Masterstudiums am Lehrstuhl für Umwelt und Gesundheit zu StadtGesundheit und transdisziplinärer Zusammenarbeit tätig.

Lenfers, Ulfa Annette Dr. rer. nat., Diplom-Geographin, M. Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrbeauftragte und Forschungsgruppenleiterin (multimodale Mobilität) am Department Informatik der HAW Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: interdisziplinäre Fragestellungen an der Schnittstelle zwischen Geographie und Informatik, Arbeiten mit Stakeholdern, Smart & Sustainable Cities.

Lühmann, Dagmar Dr. med., Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Forschungs Koordinatorin Arbeitsschwerpunkte: evidenzbasierte Medizin, Health Technology Assessment, Versorgungsforschung, Leitlinienerstellung. Thematische Schwerpunkte: komplexe Interventionen, Multimorbidität, chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates. 1. Stellvertretende Vorsitzende des Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin. www.uke.de/ipa

Maltese, Simona Dr. phil., Studium der Psychologie an den Universitäten Mannheim, Heidelberg und Silliman University, Dumaguete, Philippinen (Diplom-Psychologin). Promotion an der Universität Landau und Weiterbildung als Systematische Beraterin am isb Wiesloch. Psychologische Psychotherapeutin (VT) am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. Seit 2019 im Leitungsteam von MHFA Ersthelfer – Kurse für psychische Gesundheit. www.mhfa-ersthelfer.de

Metzner, Franka Diplom-Psychologin, Dr. phil., Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dozentin im Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie am Lehrstuhl für Förderpädagogik mit dem Schwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung der Universität Siegen. Psychologische Psychotherapeutin (i. A.). Forschungsschwerpunkte: Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen, Kinderschutz, interkulturelle Kompetenz.

Mews, Claudia Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Fachärztin für Allgemeinmedizin am Institut und an der Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; gemeinsam mit Nico Vonneilich Leitung und Organisation Wahlpflichtfach intermed im Modellstudiengang iMed UKE. Forschungsschwerpunkte: soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung, kultursensible Gesundheitsversorgung.

Mohr, Nicole Dr., M. Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Epidemiologie, Versorgungsforschung, Gesundheitsgeographie, Gesundheitsökonomie, Versorgungsqualität dermatologischer Erkrankungen.

Molle, Jana Prof. Dr., M. A. Soziale Arbeit, Hochschullehrerin für Beratung in der Sozialen Arbeit an der Hochschule Bremen an der Fakultät Gesellschaftswissenschaften. Arbeitsschwerpunkte: Armut, Arbeitslosigkeit sowie Beratung in der Sozialen Arbeit.

Möller, Ingeborg Studium der Humanmedizin und der Psychologie in Hamburg, Abschluss mit Diplom und Approbation. 1980 Promotion: »Strahlenbelastung und Strahlenrisiko durch die craniale Computertomografie«, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychotherapie, 1995 bis 2015 Arbeit als niedergelassene Frauenärztin und Psychotherapeutin.

Neumann, Lilli Dr. rer. pol., Diplom-Gesundheitsökonomin, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Medizinisch-Geriatriischen Abteilung für Forschung und Dokumentation Albertinen Haus, wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg. Arbeitsschwerpunkt Longitudinale Urbane Cohorten-Alters-Studie (LUCAS) seit 2009. Projektleitung »Hamburger Hausbesuch« seit 2018.

Ngo, Tu Phung war Co-Projektleiterin des Altstadttrachenprojektes, ist aktives Mitglied im AK Stadtentwicklung und des Beirats der Patriotischen Gesellschaft von 1765. Beruflich ist Frau Ngo Geschäftsführerin der GSF Gesellschaft für Strategie- und Finanzierungsberatung mbH und hat den Beratungsschwerpunkt nachhaltige Raum- & Stadtvisionen und -konzeptionen sowie ökologisches Bauen.

Obi, Nadia Dr. rer. nat., Diplom-Biologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Epidemiologie des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: NAKO-Gesundheitsstudie, Krebsepidemiologie. Interessen und frühere Schwerpunkte: Umweltepidemiologie, Klima und Gesundheit.

Omland, Frank Diplom-Sozialpädagoge. Seit 2002 als Selbsthilfeberater beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. in der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen tätig; langjährige Erfahrung in der Gruppenunterstützung (Schwerpunkte u. a. Sucht, Männergesundheit). Seit 2019 für die Öffentlichkeitsarbeit von KISS Hamburg zuständig und für das Comicprojekt verantwortlich.

Osten, Philipp Prof. Dr. med., leitet das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und ist Direktor des Medizinhistorischen Museums Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: Sozial- und Wissenschaftsgeschichte, Geschichte der Gesundheitsaufklärung, Medizin im Nationalsozialismus. www.uke.de/museum

Peters, Cornelia Dr., Diplom-Ingenieur Landespflege, Diplom-Ingenieur Stadtplanung, leitet das Referat Gesamtstädtische Freiraumstrategien in der Behörde für Umwelt, Klima, Energie und Agrarwirtschaft, Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: Aufwertung des Grünen Netzes angesichts städtischer Verdichtung sowie Klimaanpassung in der Freiraumplanung. Aktuelle Projekte: Landschaftsachse Horner Geest, Vertrag für Hamburgs Stadtgrün, Gründachstrategie.

Pfaue, Kirsten Volljuristin, seit 2020 Leitung der Stabstelle Koordinierung Mobilitätswende in der Behörde für Verkehr und Mobilitätswende, ab 2015 Hamburgs erste Radverkehrs Koordinatorin und Initiatorin des Bündnisses für den Radverkehr aus dem Jahr 2016. Aufgabenfelder aktuell: Fußverkehr, Radverkehr, Verkehrsoptimierung, Geschäftsstelle der BVM für die Senatskommission für Klimaschutz und Mobilitätswende; Mitglied im Aufsichtsrat der Hamburger Verkehrsanlagen GmbH sowie im Verwaltungsrat des Landesbetriebs Verkehr.

Platz, Dieter Studium der Informatik und der Humanmedizin in Hamburg, Abschluss mit Diplom und Approbation. 1988 Promotion. Facharzt für Innere Medizin, Teilgebiet Hämatologie und Onkologie, Facharzt für Nuklearmedizin, Teilgebiet Palliativmedizin. 1996 bis 2015 Arbeit als niedergelassener Hämato-Onkologe und Nuklearmediziner.

Pruskil, Susanne Dr. med., M. Sc. Public Health, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Gesundheitswissenschaftlerin. Leitet seit 2019 im Bezirk Hamburg-Altona das Fachamt Gesundheit. Arbeitsschwerpunkte: Versorgung von Geflüchteten und Migrant:innen, Vernetzung zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Public-Health-Forschung, kommunale Gesundheitsförderung, Etablierung innovativer Versorgungsmodelle.

Püschl, Monika Pädagogin M. A., wissenschaftliche Angestellte der Sozialbehörde, Hamburg. Fachabteilung Prävention, Gesundheitsförderung und ÖGD, Leiterin des Referates Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Selbsthilfe und Grundsatzfragen. Mitglied im Koordinierungsgremium der Landesrahmenvereinbarung Hamburg. www.hamburg.de/gesundheitsfoerderung/

Rieger-Ndakorerwa, Gudrun Dr. med., Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen. Leitet seit 2013 im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel das Fachamt Gesundheit. Lehrbeauftragte an der HAW Hamburg und Sprecherin des Fachausschusses GBE und Prävention des BVÖGD. Langjährige Erfahrung im ÖGD auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene sowie in der Entwicklungszusammenarbeit.

Ritzinger, Silja B. Sc. in Health Communication, Universität Bielefeld. Mitarbeiterin der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld: Projekt Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau.

Rost, Amelie Selbstständige Architektin. Mit ihrem Büro Amelie Rost Architect arbeitet sie disziplinar grenzübergreifend. Die Transformation innerstädtischer Wasserräume ist sowohl thematischer Schwerpunkt ihrer Projekte als auch Thema ihrer laufenden Promotion.

Rostosky, Svenja Studium der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung (M. A.), Fachreferentin bei der HAG im Arbeitsfeld Gesund Aufwachsen. Arbeitsschwerpunkte: Leitung des Projekts »Landungsbrücke 2«, seelisches Wohlbefinden junger Menschen im Übergang Schule – Ausbildung/Beruf, Resilienzförderung. www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/landungsbruecke-2

Schäfer, Ines MPH Dr. rer. pol., Sozialwissenschaftlerin und Epidemiologin. Wissenschaftlich-koordinative Leitung des Epidemiologischen Studienzentrums am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Wissenschaftsmanagement, epidemiologische und versorgungswissenschaftliche Methoden, Public Health.

Scharrer, Siegfried Prof. em. Dr. theol., langjähriger Assistent von Prof. Dr. Thielicke, dann Dozent an Universität Hamburg, Lehrauftrag am UKE, Studienleiter an der Evangelischen Akademie Nordelbien, seit 1992 Prof. für Philosophie/Sozialwissenschaftliche Methoden und Arbeitsweisen/Theologie an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Schwerpunkte: Grundfragen der Medizin- und Wirtschaftsethik, Wissenschaftstheorie und Theologie/Interreligiöser Dialog.

Schaser, Angelika Professorin für Neuere Geschichte an der Universität Hamburg. Forschungsschwerpunkte: Sozial- und Kulturgeschichte des 18. bis 20. Jahrhunderts, Autobiographie- und Biographieforschung, Frauen- und Geschlechtergeschichte, Stadtgeschichte.

Scherer, Martin Prof. Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Direktor Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Arbeitsschwerpunkte: Klinische Versorgung; Methoden der Versorgungsforschung, kardiovaskuläre Erkrankungen, Multimorbidität, Über- und Unterversorgung, Leitlinien, Entwicklung von Qualitätsindikatoren. www.uke.de/ipa

Schlünzen, K. Heinke Prof. Dr. rer. nat., Diplom-Meteorologin, Professorin für Meteorologie, Universität Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: Stadtklima, Klimaänderungen, Dynamik und Interaktion kleinräumiger atmosphärischer Phänomene, Umweltkompartiment-Wechselwirkungen, Modellunsicherheit, Modellevaluierung.

Schmittinger, Janne Bachelor of Arts, Hebamme, im Masterstudium Gesundheitsmanagement/Hebammenwissenschaft, Studiengangsleitung für Hebammenwissenschaft am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Schwoch, Rebecca habilitiert für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Stellvertretende Leiterin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Forschungsschwerpunkte: Medizin- und Psychatriegeschichte des späten 19. und 20. Jahrhunderts, »Euthanasie«- und Holocaustgeschichte, Biografie-, Institutionen- und Fluchtforschung.

Stokman, Antje freischaffende Landschaftsarchitektin, Mitglied des Studio urbane Landschaften und Professorin für Architektur und Landschaft an der HafenCity Universität Hamburg. Hauptarbeitsschwerpunkte: u. a. Erforschung und Gestaltung urbaner Flussräume.

Stridde, Sandra Studium Gesundheitsförderung und Prävention, Public Health (M. A.) an der Leuphana Universität Lüneburg. Seit 2018 Referentin für Prävention des Landesverbandes Nordwest der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV). Mitglied im Koordinierungsgremium der Landesrahmenvereinbarung Hamburg. www.dguv.de/landesverbaende

Thietje, Roland Prof. Dr. med., Arzt und Unfallchirurg, Chefarzt am Querschnittgelähmten-Zentrum im BG Klinikum Hamburg. 1. Vorsitzender Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie. www.bgk-hamburg.de

Toprak, Betül Dr. med., Assistenzärztin in der Klinik für Kardiologie am Universitären Herz- und Gefäßzentrum Hamburg, Forschungsmitglied der AG Twerenbold am University Center of Cardiovascular Science (UCCS) und der »Biomarkers in Acute Cardiac Care (BACC)«-Studie. Forschungsschwerpunkte: Biomarker, epidemiologische Forschung in der Kardiologie, kardiovaskuläre Risikoprädiktion, Myokardinfarkt.

Trojan, Alf Prof. Dr. med., Dr. phil., M. Sc. (London), Mediziner, Soziologe, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Selbsthilfe und Gesundheitssystem; kommunale Gesundheitsförderung; Bürgerbeteiligung, StadtGesundheit. www.uke.de/kliniken-institute/institute/medizinische-soziologie/team/index.html

Twerenbold, Raphael Prof. Dr. med., Interventioneller Kardiologe am Universitären Herz- und Gefäßzentrum Hamburg und Vorstandsmitglied des University Center of Cardiovascular Science (UCCS), Universitätsprofessur für klinische Kardiologie (Schwerpunkt Biomarkerforschung und Genomik) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Wissenschaftlich-strategischer Studienzentrumsleiter der Hamburg City Health Study.

Vonneilich, Nico Dr. phil., Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Lehrkoordinator, leitet und organisiert gemeinsam mit Claudia Mews (Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE) das Wahlpflichtfach intermed im Modellstudiengang iMed des UKE. Forschungsschwerpunkte: soziale Ungleichheit und Gesundheit, soziale Beziehungen und Gesundheit.

Wagner, Mechthild Studium der Humanmedizin und Soziologie in Frankfurt und Hamburg. 1988 bis 1990 Ärztin an einem ländlichen Distriktkrankenhaus in Simbabwe, DED. Fachärztin für Allgemeinmedizin, Tropenmedizin, Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen. 1992–2019 Hafenärztin, Bremen. 2003 bis 2006 Training Specialist im EU-finanziertem Routineimpfprogramm in Nigeria. 2020 Coronakrisenstab Bremerhaven.

Walsh, David M. A., M. Sc., Ph. D.: Public Health Programme Manager am Glasgow Centre for Population Health (GCPH) in Glasgow (Schottland) und Senior Lecturer an der Universität Glasgow. Arbeitsschwerpunkt: gesundheitliche Ungleichheiten und ihre Determinanten in Schottland und im Vereinigten Königreich.

Wessel, Astrid Dr. med., Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Leitende Ärztin Rehabilitation am Querschnittgelähmten-Zentrum im BG Klinikum Hamburg. www.bgk-hamburg.de

Wild, Eva-Maria Prof. Dr. rer. oec., Juniorprofessorin für BWL, insbesondere Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg (Hamburg Business School) und Kernmitglied des Hamburg Center for Health Economics (HCHE). Arbeitsschwerpunkte: Krankenhausmanagementforschung und Evaluation neuer Versorgungsformen.

Woellert, Katharina Dr. phil., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin und Vorstandsbeauftragte für Klinische Ethik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Hauptverantwortlich für die Entwicklung und Geschäftsführung der Klinischen Ethik am UKE. Promovierte Historikerin. Zertifizierte Beraterin, Koordinatorin und Trainerin für Ethik im Gesundheitswesen (AEM K1-3). Zertifizierte systemische Beraterin, Coach und Supervisorin (DGSF).

Zimmermann, Thomas Dr. sc. hum., Diplom-Psychologe, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Fachkoordination Sozialmedizin im Studiengang Humanmedizin; Versorgungsforschung zu sektorübergreifenden, interprofessionellen, kooperativen Versorgungsmodellen; Selbstmanagementförderung in der ambulanten Versorgung; Metawissenschaft. www.zettmann.de

Zyriax, Birgit-Christiane Prof. Dr. oec. troph., Ernährungswissenschaftlerin, Professorin für Hebammenwissenschaft – Versorgungsforschung und Prävention, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Schwerpunkte: Frauengesundheit, Lebensstil, Gesundheitsförderung, Versorgungsforschung, interprofessionelle Zusammenarbeit (DNVF).

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.1-1: Durchlöcherter Karte der Cholera Todesfälle Hamburgs im Jahr 1831. Quelle: Fricke 1831.</i>	31
<i>Abbildung 1.2-1: Trinkbrunnen in der Schule Volksdorf (heute: Walddorfer Schule). SUB: Schule Volksdorf.</i>	36
<i>Abbildung 1.2-2: Trinkbrunnen in der Volksschule in der Adlerstraße (Lämmersieth 72). SUB: Schule Adlerstraße.</i>	36
<i>Abbildung 1.2-3: Nordansicht der Volksschule Langenfort 1927. Quelle: HHStA 720-1/346-3 Volksschule Langenfort.</i>	38
<i>Abbildung 1.2-4: Straßenansicht der Volksschule in der Adlerstraße. Quelle: HHStA 720-1/346-3 Volksschule Adlerstraße.</i>	39
<i>Abbildung 1.3-1: Dr. Emma Schindler. Quelle: Archiv Dr. Anna von Villiez.</i>	43
<i>Abbildung 1.3-2: Dr. Hermann Bohm. Quelle: Staatsarchiv Hamburg, 720-1_388-37 Israelitisches Krankenhaus/Felix Epstein, Mappe mit Porträts des med. Personals (unsignierte Fotos).</i>	43
<i>Abbildung 1.3-3: Dr. Rahel Plaut (später: Liebeschütz-Plaut). Quelle: Privatarchiv Maggie Carver.</i>	44
<i>Abbildung 1.3-4: Rezept Eugen Klewansky. Quelle: Archiv der Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg (FZH), Bestand Hans Schwarz, 13.3.0.3.</i>	44
<i>Abbildung 1.3-5: Dr. Berthold Hannes. Quelle: Staatsarchiv Hamburg, 611-11 IK, Sig 36.</i>	47
<i>Abbildung 1.3-6: Dr. Hans Sommerfeld um 1938. Quelle: Museum Hagenow. Alte Synagoge. Archiv Hanna-Meinungen-Haus, Mappe Sommerfeld.</i>	47
<i>Abbildung 1.3-7: A Page of Testimony: Yad Vashem. Quelle: The World Holocaust Remembrance Center, https://yvng.yadvashem.org/index.html?language=de&s_id=13461815&s_lastName=&s_firstName=&s_place=&s_dateOfBirth=&cluster=true.</i>	48
<i>Abbildung 1.4-1: »Umfassende Neuordnung«: Stadtmodell Neu-Altona, um 1954. Quelle: Stiftung Historische Museen Hamburg – Altonaer Museum, Inv.-Nr. AB13758. Foto: Elke Schneider.</i>	52
<i>Abbildung 1.4-2: Blick über den unzerstörten Teil der Altonaer Altstadt, um 1954. Foto: Hamburgisches Architekturarchiv, Bestand Neue Heimat, Foto: Neue Heimat/Herbert Dombrowski, Sign. HAA_NH_FA113, S. 39, 346-16.</i>	53
<i>Abbildung 1.4-3: Proletarische Lebenswelten im Sanierungsviertel, um 1954. Foto: Hamburgisches Architekturarchiv, Bestand Neue Heimat, Foto: Neue Heimat/Herbert Dombrowski, Sign. HAA_NH_FA113, S. 65, 347-32.</i>	55
<i>Abbildung 1.4-4: Hygienisierter Stadtraum für die bürgerliche Familie: Spielplatz in Neu-Altona. Foto: Hamburgisches Architekturarchiv, Bestand Neue Heimat, Foto: Neue Heimat/ Peter-H. Benecke, Sign. HAA_NH_FH 1.02.005.1, Benecke 2386</i>	56

<i>Abbildung 1.4-5: Wohnhochhäuser an der neu angelegten Holstenstraße, 1962. Foto: Hamburgisches Architekturarchiv, Bestand Neue Heimat, Foto: Neue Heimat/Peter-H. Benecke, Sign. HAA_NH_FH 1.02.005.1, Benecke 970-55</i>	58
<i>Abbildung 1.5-1: Gesundheitstag Hamburg 1981: Aufruf zum Gesundheitstag. Quelle: Gesundheitsladen 1981b.</i>	62
<i>Abbildung 1.5-2: Gesundheitstag Hamburg 1981: Programmbroschüre. Quelle: Gesundheitsladen Hamburg 1981.</i>	64
<i>Abbildung 1.6-1: Broschüre <i>Gesundheit oder Atomkraft</i>, Deckblatt. Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977.</i>	73
<i>Abbildung 1.6-2: Broschüre <i>Gesundheit oder Atomkraft</i>: Unter der Annahme einer linearen Dosis-Wirkung-Beziehung ohne Schwellenwert ist eine »Verdünnung« radioaktiver Emissionen für das Ausmaß an Gesundheitsschäden irrelevant. Quelle: AG Ärztinnen und Ärzte 1986, S. 27.</i>	73
<i>Abbildung 1.6-3: Broschüre <i>Gesundheit oder Atomkraft</i>: Anreicherung im Menschen. Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977, S. 21.</i>	75
<i>Abbildung 1.7-1: Forschungsbaum des Instituts für Medizin-Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg (UKE), letzter Stand ca. 2001. Darstellung: Hanneli Döhner.</i>	80
<i>Abbildung 1.7-2: Forschungsaktivitäten des Instituts für Medizinische Soziologie nach Themenschwerpunkten. Quelle: eigene Darstellung, 2020.</i>	82
<i>Abbildung 2.1-1: Direkte und indirekte Wirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit. Quelle: Augustin 2020.</i>	90
<i>Abbildung 2.1-2: Jahresmittelwerte von NO₂ an verschiedenen Hamburger Messstationen. Die blaue Linie zeigt den gegenwärtigen (40 µg m⁻³), die rote Linie den von WHO (2021) vorgeschlagenen (10 µg m⁻³) Grenzwert für die Jahresmittelwerte. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus Umweltbundesamt (2020).</i>	92
<i>Abbildung 2.1-3: Anzahl der jährlichen Überschreitungen des Zielwertes von 120 µg m⁻³ des Ozons als stündlich gleitende 8-Stunden-Mittelwerte eines Tages. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus Hamburger Luftmessnetz (2021).</i>	92
<i>Abbildung 2.2-1: »Wilde Wiesen« in der Landschaftsachse Horner Geest. Quelle: BUKEA/Peters.</i>	102
<i>Abbildung 2.2-2: Grünes Netz Hamburg. Quelle: BUKEA.</i>	103
<i>Abbildung 2.2-3: »Geestschaukel« in der Landschaftsachse Horner Geest. Quelle: BUKEA/Tast.</i>	106
<i>Abbildung 2.2-4: Urban-Gardening-Projekt »Horner Paradiese« am Stadtteilhaus Horn. Quelle: BUKEA/Tast.</i>	107
<i>Abbildung 2.2-5: Baden an der Alster während der Coronapandemie 2020. Quelle: BUKEA/Peters.</i>	108
<i>Abbildung 2.3-1: Übersicht über das Gewässersystem Hamburgs. Grafik: Amelie Rost.</i>	113
<i>Abbildung 2.3-2: Nebeneinander von Badeaktivitäten, Freizeitnutzungen und Schiffsverkehr auf der Winterhuder Seite des Alsterfleets, oberhalb der Eppendorf-Winterhuder Brücke zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Quelle: Melhop 1932, S. 519.</i>	114
<i>Abbildung 2.3-3: Waterfronts der Hafencity als exklusive Wasserkulisse, jedoch ohne Förderung der Nutzbarkeit des Wassers. Foto: Antje Stokman.</i>	116

<i>Abbildung 2.3-4: An heißen Sommertagen drängen sich Stand-up-Paddler neben Tret- und Schlauchbooten auf der Alster und ihren angrenzenden Kanälen. Foto: www.sylent-press.de/Peter Sylent.</i>	117
<i>Abbildung 2.4-1: Mögliche Maßnahmen des Green-Hospital-Ansatzes. Quelle: Litke et al. 2020.</i>	122
<i>Abbildung 2.4-2: UKE-Konzernleitbild. Quelle: eigene Darstellung.</i>	123
<i>Abbildung 2.4-3: Corporate Carbon Footprint CCF des UKE. Rastgooy & Scheurich 2020.</i>	125
<i>Abbildung 3.1-1: Gesamtkrankheitslast der Hamburger Bevölkerung, berechnet nach dem Relativen Risikoscore (RRS). Quelle: Erhart et al. 2013.</i>	
<i>Abbildung 3.1-2: Ambulante Behandlungsfälle Erwachsener (20 Jahre und älter). Quelle: Sozialbehörde 2020.</i>	135
<i>Abbildung 3.2-1: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg: Vergleich der subjektiven Gesundheit zur Baseline- und während der COVID-19-Befragung. Eigene Daten und Berechnungen.</i>	142
<i>Abbildung 3.2-2: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg: Mittlere PHQ-9-Scores zur Baseline und bei COVID-19-Befragung nach Alter, Geschlecht und Migrationsstatus. Quelle: eigene Darstellung.</i>	146
<i>Abbildung 3.2-3: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg: Mittlere Differenz des PHQ-9-Scores nach Alter, Geschlecht und Migrationsstatus. Quelle: eigene Darstellung.</i>	146
<i>Abbildung 3.4-1: Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen insgesamt. Quelle: in Anlehnung an F+B GmbH 2020; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020b, eigene Darstellung.</i>	158
<i>Abbildung 3.4-2: Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen in Risikogebieten. Quelle: in Anlehnung an F+B GmbH 2020; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020b, eigene Darstellung.</i>	159
<i>Abbildung 3.5-1: Soziale Lage Hamburger Stadtgebiete. Quelle: Statistikamt Nord und eigene Berechnungen aus der GBE; Basisbericht, S. 29.</i>	166
<i>Abbildung 3.5-2: Sterblichkeit in Hamburg: Sterbefälle pro 100.00 Einwohner (altersstandardisiert); 2018. Quelle: Statistikamt Nord und eigene Berechnungen aus der GBE, Basisbericht, S. 28.</i>	167
<i>Abbildung 3.5-3: Coronainzidenzen in Hamburger Stadtteilen (März 2021). Quelle: NDR (Summe der gemeldeten Fälle pro 100.000 Einwohner von Februar 2020 bis 23. März 2021).</i>	169
<i>Abbildung 3.6-1: Schematische Darstellung eines Ausschnitts aus der Verkehrssimulation mittels agentenbasierter Modellierung. Quelle: eigene Darstellung.</i>	174
<i>Abbildung 3.6-2: Vergleichende Darstellung des Reizes und der Reaktion eines Agenten mit der Eingabe und Ausgabe eines Algorithmus als konzeptionelle Grundlage für die Modellierung menschlichen Verhaltens. Quelle: eigene Darstellung.</i>	176
<i>Abbildung 3.6-3: Schematische Darstellung der Virenausbreitung in einem Hamburger Verkehrsmittel. Quelle: eigene Darstellung.</i>	177
<i>Abbildungen 3.7-1 bis 3.7-4: Stadtperspektiven aus Hamburg ... Fotos: powell83-stock.adobe.com (oben), Dirk-stock.adobe.com (rechts).</i>	180
<i>... und Glasgow. Fotos: PK4289-stock.adobe.com (oben), Richard Johnson-stock.adobe.com (unten).</i>	180

<i>Abbildung 3.7-5: Lebenserwartung (2015–2019) Männer in Glasgow nach Stadtteilen in Jahren. Datengrundlage: Understanding Glasgow (2021).</i>	186
<i>Abbildung 3.7-6: Vorzeitige Sterblichkeit in Hamburg nach Stadtteilen und Stadtteilclustern. Sterbefälle pro 100.000 Einwohner (altersstandardisiert). Datengrundlage: Sozialbehörde 2020.</i>	187
<i>Abbildung 3.7-7: Arztmobil zur medizinischen Versorgung von auf der Straße lebenden Menschen in Hamburg. Quelle: ArztMobil Hamburg.</i>	190
<i>Abbildung 4.1-1: Dokumente der Hamburgischen Bürgerschaft: Mittlerer Ausstoß pro Quartal, nach Wahlperiode (WP). Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.</i>	201
<i>Abbildung 4.1-2: Dokumente der Hamburgischen Bürgerschaft mit Bezug zu den Schlagwortgruppen »gesund*« oder »krank*«: Mittlerer Ausstoß pro Quartal, nach Wahlperiode (WP). Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.</i>	204
<i>Abbildung 4.2-1: Stellingen: Ziegeleiteich. Zweiter Grüner Ring im Bezirk Altona, Streckenkilometer 3,0. Foto: Rainer Fehr.</i>	213
<i>Abbildung 4.2-2: Allermöhe in Richtung Tatenberg: Dove Elbe. Zweiter Grüner Ring im Bezirk Bergedorf, Streckenkilometer 52,2 (Halbpanorama). Foto: Rainer Fehr.</i>	219
<i>Abbildung 4.2-3: Niendorf: Kollau beim Niendorfer Gehege. Zweiter Grüner Ring im Bezirk Eimsbüttel, Streckenkilometer 13,6. Foto: Rainer Fehr.</i>	223
<i>Abbildung 4.2-4: Billstedt: Öjendorfer See. Zweiter Grüner Ring im Bezirk Hamburg-Mitte, Streckenkilometer 38,5. Foto: Rainer Fehr.</i>	227
<i>Abbildung 4.2-5: Wilstorf: Harburger Stadtpark mit Außenmühlenteich. Zweiter Grüner Ring im Bezirk Harburg, Streckenkilometer 79,1. Foto: Rainer Fehr.</i>	232
<i>Abbildung 4.2-6: Alsterdorf: Alster (Fluss). Zweiter Grüner Ring im Bezirk Nord, Streckenkilometer 20,8. Foto: Rainer Fehr.</i>	234
<i>Abbildung 4.2-7: An der Grenze von Steilshoop und Bramfeld: Seebek (Nebenfluss der Osterbek). Zweiter Grüner Ring im Bezirk Wandsbek, Streckenkilometer 26,7. Foto: Rainer Fehr.</i>	239
<i>Abbildung 4.3-1: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Quelle: Wright, Block et al. 2010.</i>	245
<i>Abbildung 4.3-2: Internetauftritt des Forums Patientenvertretung in Hamburg. Quelle: http://www.patienten-hamburg.de/das-forum-pv-in-hh-stellt-sich-vor.html2010.</i>	246
<i>Abbildung 5.1-1: Drei Säulen der medizinischen Versorgung in Hamburg. Quelle: eigene Darstellung.</i>	272
<i>Abbildung 5.2-1: QR-Code für den Zugang zu Zielsetzungen der Behandlung querschnittgelähmter Patient:innen im BG Klinikum Hamburg.</i>	284
<i>Abbildung 5.3-1: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung in Hamburg. Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2020.</i>	289
<i>Abbildung 5.4-1: Der Gesundheitskiosk in Billstedt. Quelle: Gesundheit für Billstedt/Horn UG.</i>	299

<i>Abbildungsverzeichnis</i>	463
<i>Abbildung 5.4-2: Zugangswege und Aufgaben des Gesundheitskiosks. Quelle: Gesundheit für Billstedt/Horn UG.</i>	301
<i>Abbildung 5.4-3: Anlässe und Motive zur Nutzung des Gesundheitskiosks (N = 302). Quelle: eigene Darstellung.</i>	302
<i>Abbildung 5.4-4: Erfolgsbewertung des Gesundheitskiosks. Quelle: eigene Darstellung.</i>	304
<i>Abbildung 5.5-1: Anzahl der Geburten 2018 in 68 Hamburger Stadtteilen bzw. Stadtteilclustern. Datenbasis: BGV 2020.</i>	307
<i>Abbildung 5.5-2: Anteil der durch die teilnehmenden Hebammen vorgeburtlich und nachgeburtlich betreuten Frauen differenziert nach Bezirken in 2018. Datenbasis: BGV 2020.</i>	311
<i>Abbildung 5.5-3: Anzahl der Kursangebote durch die teilnehmenden freiberuflichen Hebammen nach Bezirken. Quelle: BGV 2020.</i>	313
<i>Abbildung 6.1-1: Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention der HAG. Quelle: HAG 2021.</i>	327
<i>Abbildung 6.1-2: Das neue Instrument »Standortanalyse«. Quelle: Medienmelange.</i>	333
<i>Abbildung 6.2-1: Lokale Vernetzungsstellen für Prävention und ihre Einzugsbereiche. Quelle: Sozialbehörde Hamburg 2021.</i>	341
<i>Abbildung 6.3-1: Logo des Elternprogramms Schatzsuche. Quelle: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) e. V.</i>	344
<i>Abbildung 6.3-2: Zwei Haltungskarten des Elternprogramms Schatzsuche: »Alle an Bord!« und »Nicht mitmachen erlaubt!« Quelle: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) e. V., MedienMélange, Anna Marie Eisen.</i>	345
<i>Abbildung 6.3.3: Logo des Programms Landungsbrücke 2. Quelle: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) e. V.</i>	346
<i>Abbildung 6.3-4: Logo des Programms Mental Health First Aid. Quelle: MHFA Ersthelfer.</i>	348
<i>Abbildung 6.4-1: Kampagne Gemeinsam statt einsam. Quelle: Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e. V., Hamburg 2015.</i>	353
<i>Abbildung 6.4-2: Cover von Gemeinsam. Ein Selbsthilfecomic. Quelle: Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. (Hrsg.) 2020.</i>	354
<i>Abbildung 6.4-3: Drei Auszüge aus Gemeinsam. Ein Selbsthilfecomic. Quelle: Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. (Hrsg.) 2020.</i>	355
<i>Abbildung 6.4-4: Selbsthilfe für unterwegs: KISS Hamburg Selbsthilfe-App. Quelle: Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e. V., Hamburg 2020.</i>	357
<i>Abbildung 6.5-1: Haus für Barrierefreiheit: das Gebäude am Alsterdorfer Markt. Foto: Barrierefrei Leben e. V.</i>	362
<i>Abbildung 6.5-2: Haus für Barrierefreiheit: Duschrollstuhl. Foto: Barrierefrei Leben e. V.</i>	363
<i>Abbildung 6.5-3: Haus für Barrierefreiheit: Homelift. Foto: Barrierefrei Leben e. V.</i>	364
<i>Abbildung 7.3-1: Projektelemente »Altstadtdrachenprojekt«. Quelle: eigene Darstellung.</i>	391

<i>Abbildung 7.3-2: Der Altstadtdrache am Hopfenmarkt-Pavillon mit den Drachenträgern. Foto: Roland Keich</i>	392
<i>Abbildung 7.3-3: Basement Poem im Kellergewölbe der St.-Nikolai-Kirche. Foto: Roland Keich.</i>	393
<i>Abbildung 7.3-4: Klimaskulptur am Nikolaifleet. Foto: Julia Barthel</i>	394
<i>Abbildung 7.3-5: Klimaprobe auf einem hängenden Faden über dem Nikolaifleet bei Abenddämmerung. Foto: Julia Barthel</i>	395
<i>Abbildung 7.3-6: Posaunenkonzert im Parkhaus Neue Gröninger Straße. Foto: Roland Keich.</i>	396
<i>Abbildung 7.3-7: Fußgängerfreundliches Rathausquartier auf der Kleinen Johannisstraße. Foto: Tu Phung Ngo.</i>	396
<i>Abbildung 7.3-8: »Leerstellen als Lehrstellen« von Arne Lösekann am historischen Stadthafen. Foto: Rolf Kellner.</i>	397
<i>Abbildung 7.3-9: Der Altstadtdrache auf dem Domplatz. Foto: Frank Engelbrecht.</i>	398
<i>Abbildung 7.4-1: Projektgebiete Mitte Altona. Foto: Matthias Friedel, 2018; Wiedergabe mit Genehmigung der Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen (BSW) Hamburg). WE = Wohneinheiten.</i>	402
<i>Abbildung 7.4-2: Arbeitsweise Forum »Eine Mitte für Alle«. Quelle: Q8 2017.</i>	404
<i>Abbildung 7.4-3: Erprobung der Musterfläche in Mitte Altona. Quelle: Q8 2017.</i>	406
<i>Abbildung 7.5-1: Hamburger Radverkehrszählnetz (Ausbaustand 2021). Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle: Behörde für Verkehr und Mobilitätswende.</i>	413
<i>Abbildung 7.5-2: Veloroutennetz Hamburg (endgültiger Planungsstand 2019). Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle: Geportal Hamburg.</i>	415
<i>Abbildung 7.6-1: Akzeptanz des »Hamburger Hausbesuchs« in Eimsbüttel und Harburg, Modellphase September 2018 bis November 2019: Anteile derer, die das Angebot annehmen (von insgesamt 4.716 Personen mit Hausbesuchsangebot). Quelle: eigene Darstellung.</i>	423
<i>Abbildung 7.6-2: Häufigkeit der Gesprächsthemen »Hamburger Hausbesuch« in Eimsbüttel und Harburg, Modellphase September 2018 bis November 2019: prozentuale Verteilung angesprochener Themen. Quelle: eigene Darstellung.</i>	423
<i>Abbildung 7.6-3: »Hamburger Hausbesuch« 2018/19: Exemplarischer Inhalt des Materialkoffers. Quelle: eigene Darstellung.</i>	424
<i>Abbildung 7.7-1: Visualisierung des Themas im Kontext eines Vortrags von Dagmar Hirche (Wege aus der Einsamkeit e. V., Hamburg) (Hirche 2021). Quelle: mit freundlicher Erlaubnis der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) e. V.</i>	429
<i>Abbildung 7.7-2: Idealmodell der Vernetzung und Nachbarschaftsfunktionen, mit dem nebenan.de für die Mitgliedschaft wirbt. Quelle: nebenan.de, Service der Good Hood GmbH.</i>	432

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 3.2-1: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg; Baseline Erhebung (2014–2019), Charakteristika der Hamburger NAKO-Stichprobe nach Geschlecht und Teilnahme an der COVID-19-Befragung 2020. Quelle: eigene Daten.</i>	141
<i>Tabelle 3.2-2: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg; Einschätzung der subjektiven Gesundheit bei Basiserhebung und COVID-19-Befragung. Quelle: eigene Daten.</i>	142
<i>Tabelle 3.2-3: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg; Verteilung der PHQ-9-Scores zu Baseline und während der COVID-19-Befragung. Quelle: eigene Daten.</i>	144
<i>Tabelle 3.2-4: NAKO-Gesundheitsstudie, Hamburg; Einflüsse soziodemografischer Merkmale und der subjektiven Gesundheit auf den PHQ-9-Score zur Baseline und COVID-19-Befragung. Quelle: eigene Daten.</i>	145
<i>Tabelle 3.3-1: Durchgeführte Untersuchung im Rahmen der HCHS (HCHS). Quelle: eigene Darstellung.</i>	149
<i>Tabelle 3.3-2: Baseline-Charakteristika der ersten 10.000 Teilnehmer:innen der Hamburg City Health Studie (HCHS). Quelle: eigene Darstellung.</i>	150
<i>Tabelle 3.4-1: Polarisierung der Versorgung mit allgemeinmedizinischen Praxen in Hamburg am Beispiel von ausgewählten Stadtteilen. Quelle: in Anlehnung an F+B GmbH 2020; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020b.</i>	158
<i>Tabelle 3.4-2: Exemplarische Darstellung von Risikogebieten und geringer Dichte an Allgemeinärzt:innen. Quelle: in Anlehnung an F+B GmbH 2020; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2020b; eigene Berechnungen.</i>	159
<i>Tabelle 3.7-1: Gegenüberstellung ausgewählter Indikatoren für Hamburg und Glasgow. Quellen: Hamburg Statistik Nord (2019), Sozialbehörde 2020; Glasgow: National Records of Scotland (2021a), Scottish Government (2021).</i>	184
<i>Tabelle 4.1-1: Anzahl von Dokumenten in der Parlamentsdatenbank für Wahlperiode 16 bis 21. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.</i>	200
<i>Tabelle 4.1-2: Anzahl von Parlamentsdokumenten der Hamburgischen Bürgerschaft, unterteilt in Haupt- und sonstige Dokumente nach Wahlperiode (WP). Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.</i>	201
<i>Tabelle 4.1-3: Vorgegebene Schlagworte zu »gesund*« bzw. »krank*« innerhalb der Datenbank nach Wahlperiode (WP). Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.</i>	202
<i>Tabelle 4.1-4: Anzahl ausgewählter Dokumente mit Bezug zu den Schlagwortgruppen »gesund*« oder »krank*« nach Wahlperiode (WP). Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.</i>	203

<i>Tabelle 4.1-5: Mittlere quartalsbezogene Ausstoßraten für ausgewählte Dokumententypen mit Bezug zu den Schlagwortgruppen »gesund*« oder »krank*« nach Wahlperiode (WP). Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.</i>	203
<i>Tabelle 4.1-6: Titel der Großen Anfragen in den Wahlperioden 16 und 17 sowie 20 und 21 innerhalb der Schlagwortgruppe »gesund*«. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Angaben in der Parlamentsdatenbank.</i>	205
<i>Tabelle 4.2-1: Basisdaten des Bezirkes Altona. Quelle: Statistikamt Nord.</i>	212
<i>Tabelle 4.2-2: Basisdaten des Bezirkes Bergedorf. Quelle: Statistikamt Nord.</i>	218
<i>Tabelle 4.2-3: Basisdaten des Bezirkes Eimsbüttel. Quelle: Statistikamt Nord.</i>	222
<i>Tabelle 4.2-4: Basisdaten des Bezirkes Hamburg-Mitte. Quelle: Statistikamt Nord.</i>	227
<i>Tabelle 4.2-5: Basisdaten des Bezirkes Harburg. Quelle: Statistikamt Nord.</i>	231
<i>Tabelle 4.2-6: Basisdaten des Bezirkes Nord. Quelle: Statistikamt Nord.</i>	233
<i>Tabelle 4.2-7: Basisdaten des Bezirkes Wandsbek. Quelle: Statistikamt Nord.</i>	238
<i>Tabelle 5.1-1: Unterschiede von hausärztlicher Versorgung und ÖGD. Quelle: eigene Darstellung.</i>	274
<i>Tabelle 5.2-1: Querschnittgelähmte in stationärer Erstbehandlung im BG Klinikum Hamburg nach Zeitperioden. Quelle: eigene Darstellung.</i>	280
<i>Tabelle 5.2-2: Entlassmanagement im BG Klinikum Hamburg: Verlegung der Querschnittgelähmten nach dem Ende der Erstbehandlung. Quelle: eigene Darstellung.</i>	285
<i>Tabelle 5.2-3: Potenzial für berufliche Reintegration für Querschnittgelähmte nach dem Ende der Erstbehandlung. Quelle: eigene Darstellung.</i>	285
<i>Tabelle 5.4-1: Profil der Nutzer:innen des Gesundheitskiosks. Quelle: eigene Darstellung.</i>	302
<i>Tabelle 5.4-2: Einfluss der ärztlichen Überweisung zum Gesundheitskiosk auf die Nutzenintensität der Beratungsangebote. Quelle: eigene Darstellung.</i>	303
<i>Tabelle 5.6-1: Innovationsfondsprojekte, an denen Hamburger Institutionen beteiligt sind. Quelle: eigene Darstellung.</i>	318
<i>Tabelle 5.6-2: Studienmerkmale und Anzahl der Projekte im Förderbereich Versorgungsforschung (Stand: März 2021). Quelle: eigene Darstellung.</i>	320
<i>Tabelle 5.6-3: Studienmerkmale und Anzahl der Projekte im Förderbereich neue Versorgungsformen (Stand: März 2021). Quelle: eigene Darstellung.</i>	322
<i>Tabelle 7.6-1: Merkmale des »Hamburger Hausbesuchs für Seniorinnen und Senioren«. Quelle: eigene Zusammenstellung.</i>	421
<i>Tabelle 7.6-2: Charakteristika der Modellbezirke Eimsbüttel und Harburg. Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Referenz 105).</i>	422

Textboxenverzeichnis

<i>Textbox 0-1: StadtGesundheit in Hamburg (und anderswo): Themenbereiche und Funktionen</i>	12
<i>Textbox 0-2: Funktionen des Ansatzes Sustainable Urban Health/Nachhaltige StadtGesundheit</i>	13
<i>Textbox 0-3: Leitprinzip »Blickfelderweiterung« für StadtGesundheit</i>	14
<i>Textbox 0-4: Leitprinzip »Brückenbau« für StadtGesundheit</i>	15
<i>Textbox 0-5: Forschungsprogramm »Stadt der Zukunft – Gesunde und nachhaltige Metropolen« und seine Bezüge zu Hamburg</i>	18
<i>Textbox 1.6-1: Broschüre Gesundheit oder Atomkraft: Gefahren der Atomenergie Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977, S. 61.</i>	72
<i>Textbox 1.6-2: Broschüre Gesundheit oder Atomkraft: Radioaktive Emissionen eines AKWs während des Normalbetriebs. Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977, S. 10.</i>	72
<i>Textbox 1.6-3: Broschüre Gesundheit oder Atomkraft: Unberücksichtigte Effekte. Quelle: AG gegen Atomkraftwerke 1977, S. 31.</i>	74
<i>Textbox 2.3-1: Überblick über die potenziellen gesundheitlichen Wirkungen urbaner Gewässer (auf der Basis von Claßen & Bunz 2018, Völker et al. 2012)</i>	111
<i>Textbox 3.3-1: Merkmale der Hamburg City Health Study</i>	149
<i>Textbox 3.4-1: Zentrale Begriffe (eigene Darstellung)</i>	155
<i>Textbox 3.4-2: Fortsetzung zentrale Begriffe (eigene Darstellung)</i>	156
<i>Textbox 4.2-1: Einrichtungen, Initiativen und Projekte</i>	210
<i>Textbox 4.2-2: Altonaer Bewegungsrouten</i>	214
<i>Textbox 4.4-1: Ethikseminar 1980 – Initiale Aufstellung von Grundfragen und Themen (Auszug)</i>	253
<i>Textbox 4.4-2: Ausgewählte Themenkomplexe und Seminartitel des Hamburger Ethikseminars</i>	256
<i>Textbox 5.1-1: Gemeinsamkeiten von ambulant-hausärztlicher Versorgung und ÖGD</i>	275
<i>Textbox 5.2-1: Ausgewählte Zielsetzungen der Behandlung Querschnittgelähmter im BG Klinikum Hamburg</i>	283
<i>Textbox 5.2-2: Weiterentwicklung der Konzepte zur Behandlung und Begleitung querschnitt- gelähmter Patient:innen im BG Klinikum Hamburg</i>	286
<i>Textbox 5.3-1: Psychosoziale Versorgungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg</i>	292

<i>Textbox 5.3-2: Anreize und Barrieren für die Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund aus Sicht der interviewten Fachkräfte von Migrant:innenselbstorganisationen, n = 7 (Dingoyan, Metzner et al. in Review).</i>	293
<i>Textbox 5.6-1: Projekte aus dem Bereich Versorgungsforschung mit Konsortialführung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), alphabetische Auflistung</i>	319
<i>Textbox 5.6-2: Projekte aus dem Bereich neue Versorgungsformen mit Konsortialführung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), alphabetische Auflistung</i>	321
<i>Textbox 6.1-1: Zum Angebotsportfolio der HAG</i>	328
<i>Textbox 6.3-1: Niedrigschwelliger Ansatz Elternprogramm <i>Schatzsuche</i></i>	344
<i>Textbox 6.3-2: <i>Landungsbrücke 2</i>, »Schulgarten stärkt Selbstwirksamkeit«</i>	347
<i>Textbox 6.5-1: Strukturierung der Themen des Kompetenzzentrums nach Handlungsfeldern <i>Quelle: eigene Darstellung</i></i>	365
<i>Textbox 7.4-1: Daten und Fakten zu Mitte Altona (Q8 2017)</i>	402
<i>Textbox 7.5-1: Auswahl einzelner Maßnahmen des Bündnisses für den Radverkehr (umgesetzt bzw. geplant)</i>	414

Register

Sachregister¹

A

Abfall(wesen) 119–122, 126, 127
 Adipositas, Übergewicht 151, 165, 221, 307, 313, 409
 Agenda 21, Lokale Agenda 21 440
 AIDS, HIV 66, 216, 255, 292
 Alkohol 34, 183, 234
 Allergie 90, 93, 94, 101
 Ältere Menschen, SeniorInnen, Altern 82, 104, 105, 141, 144, 145, 184, 188, 206, 215, 220, 222, 223, 224, 229, 231, 235, 282, 285, 319, 320, 322, 327, 329, 340, 360, 370, 375, 419–428, 430, 434
 Alterstruktur *Siehe* Demografie
 Altlast *Siehe* Boden
 Ambient Assisted Living 363
 Ambulant sensitive Krankenhausfälle 304
 Ambulante Versorgung, Arztpraxis, Poliklinik 63, 135, 154–162, 188, 230, 241, 264, 269, 271–279, 281, 295, 308, 316, 358, 376, 377, 401, 420, 422
 Anti-AKW-Bewegung 63, 71–77
 Approbation(sordnung) 45, 46, 78, 79
 Arbeit(sschutz) 31, 73, 119, 121, 123, 126, 127, 133, 182, 287, 297, 325, 327, 329, 330, 338, 340, 346, 365, 369, 372, 377, 385, 401, 406, 410
 Arbeitshilfe *Siehe* Leitlinie
 Arbeitskreis Kritische Medizin (AKM) *Siehe* Kritische Medizin
 Arbeitslosigkeit, Erwerbslosigkeit 155, 165, 181, 184, 186, 192, 205, 298, 302, 342, 381
 Architektur, Landschaftsarchitektur 25, 33, 35, 115, 214, 366, 389, 391, 393

Armut 33, 54, 84, 154, 157, 161–171, 181, 182, 192, 206, 215, 288, 380, 439
 Ärztekammer 46, 61, 67, 71, 237, 246, 259, 261, 266, 277, 355, 358
 Ärztlicher Verein Hamburg 28
 Arztmobil Hamburg 189–190
 Arztpraxis *Siehe* Ambulante Versorgung
 Atomenergie, -kraft 69–77
 Ausbildung 63, 78, 84, 205, 206, 277, 327, 346, 401, 411, 417

B

Badestelle, Baden, (Frei-)Bad 35, 110, 114, 115, 117
 Bakteriologie 28, 29, 32
 Barriere(freiheit) 14, 120, 154, 161, 207, 214, 236, 248, 283, 284, 286, 326, 358–367, 370, 401–408, 422
 Behinderung 63, 64, 217, 231, 237, 253, 258, 290, 317, 318, 330, 334, 370, 403, 406, 421, 425
 Benachteiligung (soziale), Deprivation 16, 111, 131, 133, 156, 162–171, 186, 189, 191, 216, 297–306, 338, 371, 372, 383, 385
 Berichterstattung (gesundheitliche) *Siehe* Gesundheitsbericht(erstattung)
 Bernhard-Nocht-Institut (BNITM) 209, 229
 Bevölkerungsdichte, Verdichtung, Dichte 104, 109, 114, 116, 212, 218, 222, 227, 231, 233, 238
 Bewegung (körperlich) 96, 110, 111, 116, 151, 163–164, 214, 221, 228, 236, 240, 338, 372, 409–418, 411, 430
 Bildgebendes Verfahren 149–151
 Bildung(sgrad) 88, 140, 141, 144, 154, 288, 369, 372
 Biodiversität 88, 101, 109, 126

1 Das Register wurde in Kombination von mechanischer Suche und inhaltlicher Auswertung erstellt; eine Ergänzung durch die Suchfunktion im E-Book bietet sich an.

Boden, Industriebranche, Altlast 94, 229, 373
 Burden of Disease *Siehe* Krankheitslast
 BürgerInnenbeteiligung *Siehe* Partizipation
 Bürgerschaft (Hamburgische) 65, 66, 103, 136,
 168, 170, 198, 199, 201, 204, 207, 214, 240,
 249, 259, 361, 382, 405, 415

C

Center for Health Care Research (CHCR) 82,
 84, 315
 Chancengleichheit, -gerechtigkeit 121,
 154–162, 211, 278, 326–330, 338, 346, 387,
 388, 434
 Cholera 9, 25, 27, 30–32, 181, 380
 CLEVER cities 232, 233
 Community Health Nurse 299
 Competence Center Gesundheit (CCG) 221
 Cordon sanitaire 30
 Corona, COVID-19 9, 11, 21, 25, 28, 107, 108,
 129, 139–147, 152, 162, 168–170, 172, 178, 241,
 264, 271, 273, 276–277, 325, 330, 332, 334,
 369, 371–389, 410, 412, 425, 432, 433, 441,
 442
 Corporate Carbon Footprint 124, 125
 Covid-19 *Siehe* Corona

D

Dach-, Fassadenbegrünung, Vertikalgrün 103,
 105, 122, 126
 Demenz 148, 185, 217, 220, 222, 223, 226, 258,
 282–284, 286, 329, 375, 407
 Demografie, Altersstruktur, demografischer
 Wandel 12, 139–162, 183, 184, 269, 280–287,
 307, 315, 360, 369, 381, 412, 420, 422, 426,
 439
 Depression *Siehe* Seelische Gesundheit
 Deprivation *Siehe* Benachteiligung
 Desinformation *Siehe* Fehlinformation
 Diabetes mellitus 93, 133, 139, 150, 163–165,
 205, 409
 Dichte *Siehe* Bevölkerungsdichte
 Digitaler Zwilling 172–179
 Digitalisierung, Telekommunikation 122, 164,
 172–179, 206, 220, 223, 224, 226, 257, 286,
 308, 317, 321, 322, 326, 356–358, 360, 365,
 366, 370, 385, 387, 428–435, 442
 Diskriminierung 290, 293–295, 377
 Disparität *Siehe* Ungleichheit
 Diversität 12, 82, 105, 288–297

Dolmetschen 275, 276, 291, 293, 294, 354
 Drogen *Siehe* Sucht(hilfe)

E

Energie(versorgung), -wende 71, 76, 119,
 120–122, 125–127, 226
 Entlassmanagement 269, 283–285
 Epidemie, Pandemie 9, 11, 21, 25, 28, 29, 108,
 140, 143, 170, 264, 271, 273, 275–278, 328,
 330, 332, 334, 369, 371–389, 410, 411
 Epidemiologie 76, 93, 236, 374–376, 378,
 381–386, 428, 434, 442
 Ernährung 106, 121, 126, 191, 206, 216, 217, 221,
 226, 236, 237, 241, 300, 328, 338, 380, 422,
 423
 Erwerbslosigkeit *Siehe* Arbeitslosigkeit
 Ethik, Moral 81, 198, 251–268, 434
 Evaluation 13, 22, 137, 188, 190, 192–193, 215,
 225, 236, 269, 297–306, 317, 324, 329, 333,
 346, 365, 376, 378, 384, 387, 407, 419, 421,
 422, 433, 437, 442
 Exklusion *Siehe* Teilhabe

F

Fachplan(ung) 438, 440, 442
 Fahrrad *Siehe* Radfahren
 Faktencheck 377
 Fassadenbegrünung *Siehe* Dachbegrünung
 Fauna, Tierwelt, Haus-, Wildtier 108, 205, 432
 Fehl- und Desinformation 373, 378
 Feinstaub 91, 93, 95, 96, 156, 394
 Feng-Shui 390
 Flucht, Geflüchtete(r) 45, 81, 189, 217, 226,
 257, 260, 275, 291, 292, 295, 347, 377
 Flughafen 28, 92, 222, 233, 237
 Fluglärm *Siehe* Lärm
 Folgenabschätzung *Siehe* Gesundheitsverträglichkeit
 Forschungsgruppe *Siehe* Juniorforschungsgruppe
 Forschungsprogramm »Stadt der Zukunft«
 4, 10, 17, 18, 438, 439, 440, 441
 Frauen *Siehe* Geschlecht
 Freibad *Siehe* Badestelle
 Frieden *Siehe* Krieg(sende)
 Fritz und Hildegard Berg-Stiftung 4, 10, 17,
 440
 Fußgänger *Siehe* Zufußgehen

G

Garten *Siehe* Urbane Landwirtschaft
 Gefangene 205, 207
 Geflüchtete(r) *Siehe* Flucht
 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 316, 317, 321, 324
 Gender *Siehe* Geschlecht
 Genetik, Genom *Siehe* Humangenetik
 Gerechtigkeit *Siehe* Ungleichheit
 Geriatrie, Gerontologie 81, 280, 281, 283, 286, 419–422, 425, 430
 Geschlecht (Gender), Frauen, Männer 63, 192, 205, 206, 207, 249, 290, 292, 302–303, 407, 411
 Gesunde Region *Siehe* Gesundheitsregion
 Gesunde Städte-Netzwerk (GSN), Healthy Cities Network (HCN) 20, 439, 440
 Gesundheit in allen Politikbereichen *Siehe* Health in all Policies
 Gesundheit, seelische *Siehe* Seelische Gesundheit
 Gesundheitsamt *Siehe* Öffentlicher Gesundheitsdienst
 Gesundheitsbehörde Hamburg (funktionell) 19, 28, 188, 224, 229, 273, 276, 330, 340, 348, 358, 382
 Gesundheitsbericht(erstattung) 14, 15, 16, 20, 129, 131–139, 163, 169, 170, 181, 188, 191, 214, 215, 220, 235, 271, 278, 383, 384, 386, 442
 Gesundheitsdienstgesetz, Hamburgisches (HmbGDG) 210, 211, 234, 249, 272–273
 Gesundheitsforum 21, 221, 240
 Gesundheitskiosk 189, 230, 269, 297–306
 Gesundheits-/Pflegekonzferenz 210, 211, 213–215, 219, 223–224, 228, 231, 235, 249
 Gesundheitsladen 26, 61–69, 84
 Gesundheitsregion, Gesunde Region 439, 440
 Gesundheitstag 26, 61–69, 230
 Gesundheitstagebuch 429
 Gesundheitsverträglichkeit, Folgenabschätzung, Health Impact Assessment (HIA) 16, 378, 440
 Gesundheitswirtschaft, -standort 20, 205, 230, 270, 323, 428, 440
 Gesundheitswissenschaft(en) *Siehe* Public Health
 Gesundheitsziel 16, 214, 215, 220
 Gewässer *Siehe* Wasser
 Grippe, grippaler Infekt 25, 27, 28, 90, 135, 378

Grünanlage, -struktur, Park, Stadtgrün 18, 39, 50, 53, 58, 87, 100–110, 115, 122, 154, 190, 216, 220, 221, 232, 240, 373, 417
 Grünes Krankenhaus 88, 119–122
 Grünes Netz, Grüner Ring 103–109, 213, 219, 223, 227, 232, 234, 239

H

Hafen(stadt), Schifffahrt, Seefahrt 27–30, 54, 112, 113, 115, 118, 178, 226, 230, 392, 394, 397
 HafenCity Universität (HCU) 18, 21, 230, 233, 395
 Hamburger City Health Study (HCHS) 130, 148–153, 371, 376, 442
 Hamburger Ethik-Netzwerk (HEN) 261–268
 Hamburger Hausbesuch 419–427
 Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET) 316
 Hamburger Zukunftsrat 20
 Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) 20, 84, 182, 224, 228, 229, 236, 249, 325–335, 337, 343–351, 355, 382, 387
 Hamburgische Bürgerschaft *Siehe* Bürgerschaft
 Hamburgische Patriotische Gesellschaft von 1765 10, 21, 209, 391, 397, 438, 441, 443
 Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz (HmbGDG) *Siehe* Gesundheitsdienstgesetz
 Handlungszyklus *Siehe* Policyzyklus
 Haustier *Siehe* Fauna
 Health Impact Assessment (HIA) *Siehe* Gesundheitsverträglichkeit
 Health in all Policies (HiaP), Gesundheit in allen Politikbereichen 9, 12, 13, 325, 326, 369–370, 372, 373, 438
 Healthy Cities Network (HCN) *Siehe* Gesunde Städte-Netzwerk (GSN)
 Hebamme 224, 269, 306–315
 Herzkreislauferkrankung 93, 139, 148, 150, 151, 163, 185, 317, 318, 321, 323, 409
 Hitze, Wärme(insel) 90, 91, 101, 104, 109, 116, 417
 HIV *Siehe* Aids
 Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg 21, 173, 220, 221, 308, 309, 314

Homosexualität 255
 Humangenetik, Genom 26, 72, 147, 148, 151, 260
 Hygieia(-Brunnen) 9, 441
 Hygiene, Städte-, Umwelt- 25, 26, 34, 42, 50–60, 87, 100, 104, 120, 132, 181, 183, 229, 230, 273, 275, 283, 374–376, 425

I

Impfen 152, 178, 229, 241, 371, 372, 375, 377, 383, 384–388
 Industriebranche *Siehe* Boden
 Infektion, Infekt(i)ologie, Seuche 12, 27–32, 33, 120, 139, 152, 172, 175–178, 181, 205, 272, 274, 275, 276, 318, 371–389, 442
 Inklusion *Siehe* Teilhabe
 Innenraumluft *Siehe* Luft
 Innovationsfonds 269, 270, 298, 315–324
 Institut für Urban Public Health (InUPH) 18, 19, 440, 441

J

Jenks-Caspall-Algorithmus 166
 Juden, jüdisch 25, 29, 41–50, 222
 Jugendliche *Siehe* Kinder
 (Junior-)Forschungsgruppe 17, 439, 440

K

Kassenärztliche Vereinigung (KV) 43, 188, 237, 246, 272, 276, 354, 356
 Katastrophe(nschutz) 63, 75, 76, 275, 373
 Kinder, Jugendliche 33–41, 54, 72, 74, 105, 125, 130, 155, 161, 163–164, 170, 178, 182, 183, 188, 191, 205, 207, 217, 221, 226, 228, 239, 241, 275, 292, 306–315, 319–322, 328, 343–348, 360, 372, 376, 409, 410, 415, 417
 Kindertagesbetreuung, -tagesstätte 164, 327, 338, 345, 372, 385, 403
 Kirche *Siehe* Theologie
 Klima(wandel, -schutz, -anpassung) 9, 12, 76, 87–99, 101, 102, 104, 108, 111, 116, 118, 119, 121, 124, 127, 172, 238, 294, 370, 373, 377, 394, 395, 409, 411, 412, 413, 415, 417, 438
 Klinik *Siehe* Krankenhaus
 Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien (KEG) 332–334
 Kommunalplanung *Siehe* Stadt(entwicklung)
 Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 373, 378

Konflikt 15, 16, 51, 88, 107, 259, 260, 405, 416
 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) 83, 219, 351, 352, 355–357
 Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) 211, 224, 327–333, 338
 Krankenbehandler 46, 47
 Krankenhaus, Klinik, stationäre Versorgung 61, 119–128, 189, 198, 205, 241, 246, 247, 261–268, 272, 281, 301, 308, 316, 354, 420, 429
 Krankenkasse, -versicherung 43, 106, 134, 164, 182, 188, 197, 224, 236, 244, 270, 293, 298, 300–305, 310, 313, 316, 319, 320, 322, 323, 336, 337, 340, 341, 344, 349, 356, 358, 430, 433
 Krankheitslast, Burden of Disease 94, 121, 133, 134, 168
 Krebs(erkrankung) 63, 72, 74, 75, 84, 90, 95, 129, 132, 136, 139, 148, 154, 185, 188, 236, 249, 280, 289, 318, 319, 321, 323, 355, 409, 442
 Krieg(sende), Frieden, Militär 51, 53, 54, 57, 69, 191, 281, 376, 393
 Kritische Medizin (Arbeitskreis, AKM) 61, 78
 Kultursensibel 269, 288–297, 299, 406
 Künstliche Intelligenz 173, 174, 322,

L

Landesrahmenvereinbarung (Prävention) 164, 211, 325, 328–331, 334, 336, 337, 342, 346
 Ländlicher Raum 12, 17, 89, 131, 188, 317
 Landschaftsachse 101–109
 Landschaftsarchitektur *Siehe* Architektur
 Lärm, Fluglärm 12, 96, 104, 108, 111, 132, 137, 138, 156, 172, 183, 207, 229, 237, 271, 394, 411
 Lebenserwartung *Siehe* Mortalität
 Legislaturperiode *Siehe* Wahlperiode
 Leitbild 13, 14, 56, 115, 119, 123, 226, 273
 Leitlinie, -faden, Arbeitshilfe, Leitsatz 81, 254, 261, 263, 282, 283, 291, 317, 338, 339, 341
 Lenzgesund 225, 226
 Lockdown 107, 140, 145, 376, 425
 Lokale Agenda 21 *Siehe* Agenda 21
 Luft, -qualität, -verunreinigung (Außen-, Innenraumluft) 12, 34, 35, 38, 39, 53, 58, 87, 89–95, 100, 104, 120, 132, 138, 172, 173, 177, 182, 183, 237, 372, 378, 397, 410, 411

M

- Männer *Siehe* Geschlecht
 Maske(npflicht) 28, 177, 274, 373, 378
 Medizinische Soziologie *Siehe* Soziologie
 Metropolregion, -funktion, Umland, Region
 4, 12, 15, 29, 72, 89, 172, 261–268, 281, 414,
 417, 440, 442
 Migration, MigrantIn 43, 49, 81, 82, 84, 132,
 140, 141, 143–146, 155, 164, 183, 185, 205–207,
 212, 218, 222, 224, 225, 227, 228, 231, 233,
 238, 239, 257, 269, 288–297, 300, 319, 326,
 347, 352, 353, 377, 381, 382
 Militär *Siehe* Krieg(sende)
 Mobilität *Siehe* Verkehr
 Modell(ierung), Simulation 130, 173–178, 373,
 378
 Monitoring, Surveillance 155, 156, 170, 286,
 331, 375, 381, 387, 388, 439, 441
 Moral *Siehe* Ethik
 Morbidität(satlas), multimorbid 91, 131–139,
 154, 168, 280, 282, 284, 286, 319
 Mortalität, Sterblichkeit, Lebenserwartung 91,
 104, 132, 134, 136, 154, 165, 167, 183, 185–187,
 192, 409, 410, 419, 428

N

- Nachbarschaft(shilfe, -splattform) 30, 51, 53,
 58, 67, 190, 370, 394, 401, 404, 406, 407,
 428–435
 Nachhaltigkeit(sziel), Zukunftsfähigkeit 4, 9,
 16, 17, 20, 87–88, 119–128, 271, 369, 398, 437,
 439, 440, 442, 443
 NAKO-Gesundheitsstudie 129, 139–147, 371,
 442
 Nationalsozialismus 25, 41–50, 55–56, 67, 81,
 84, 230, 252, 256

O

- Obdachlosigkeit 188, 189, 191, 257, 260, 376,
 386, 407, 468
 Obduktion *Siehe* Sektion
 Öffentliche Gesundheit *Siehe* Public Health
 Öffentliche(r) Gesundheit(sdienst) (ÖGD),
 Öffentliches Gesundheitswesen, Gesund-
 heitsamt 84, 121, 188, 197, 205, 209–244,
 269, 271–279, 334, 336, 355, 374, 382, 383,
 385, 388, 439
 Öffentlicher Verkehr 172, 175, 214, 231, 365,
 411–413, 416, 417

- Ökologie, Stadtökologie 4, 9, 12, 13, 16, 20, 90,
 104, 109, 116–119, 123–127, 226, 233, 240, 377,
 437, 442
 Ökonomie/-sierung, Wirtschaft 16, 32, 63,
 106, 115, 118, 182, 191, 244, 254, 256, 260, 269,
 294, 312, 319, 360, 372, 411
 Ottawa-Charta 13, 67, 182, 438
 Ozon 91–95

P

- Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst
 273, 334, 342
 Pakt für Prävention (Hamburg) 20, 164, 215,
 219, 220, 327–330, 334, 337, 342, 334, 348,
 420
 Pandemie *Siehe* Epidemie
 Park *Siehe* Grünanlage
 Parlamentsdatenbank 197–209
 Partikel *Siehe* Feinstaub
 Partizipation, BürgerInnenbeteiligung
 19, 83, 84, 197, 244–251, 332, 340, 346, 348,
 420
 Patientenschutz *Siehe* Verbraucherschutz
 Pest(haus, -hof) 25, 27–30
 Pflegekonferenz *Siehe* Gesundheitskonferenz
 Planung *Siehe* Stadtentwicklung
 Policy-, Planungszyklus 15, 16, 386
 Poliklinik *Siehe* Ambulante Versorgung
 Präventionsgesetz 164, 211, 325, 328, 330, 331,
 336–343
 Präventionskette 216, 224, 331, 332, 337–339
 Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik
 63, 136, 226, 249, 257, 258, 275, 291, 292
 Psychologie 62, 110, 137, 230, 255, 282, 284,
 286, 303, 388
 Psychosoziale Gesundheit *Siehe* Seelische
 Gesundheit
 Public Health, Gesundheitswissenschaft(en),
 Öffentliche Gesundheit 4, 13, 17–19, 42, 75,
 96, 129, 209–244, 273, 373, 440, 441

Q

- Qualität(ssicherung), -management, -standard
 15, 16, 39, 77, 93, 96, 103, 109, 110, 115, 136,
 137, 150, 172, 173, 192, 198, 212, 215, 220, 233,
 235, 244, 245, 247, 264, 265, 272, 277, 281,
 282, 284, 291, 306, 307, 309, 315, 319, 321,
 329, 331, 332, 346, 350, 359, 378, 410, 412,
 419, 420, 428–430, 441, 442

Quartiersbeirat *Siehe* Stadtteilbeirat
 Quartiersinitiative Q8 236, 241, 401–408
 Querschnittslähmung 269, 280–287

R

Radfahren 96, 116, 172, 173, 176, 190, 191, 214, 229, 360, 370, 409–418
 Radioaktivität 69–77, 182
 Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE) 206, 212, 218, 222, 228, 231, 233, 235, 238
 Raum(planung) *Siehe* Stadt(entwicklung)
 Reallabor 399
 Region *Siehe* Metropolregion
 Rehabilitation, auch: medizinische 19, 247, 280–287, 326, 370
 Religion *Siehe* Theologie
 Resilienz, Widerstandsfähigkeit 9, 242, 344, 347, 417, 442

S

Sanierung 53–56, 232, 240, 362
 Schifffahrt *Siehe* Hafen
 Schule, SchülerIn 25, 33–41, 163, 170, 221, 225, 327, 328, 340, 344–346, 372, 376, 377, 385, 410, 411, 415, 431
 Seefahrt *Siehe* Hafen
 Seelische (psychische, psychosoziale) Gesundheit, Depression 11, 34, 82, 84, 90, 111, 135, 136, 140, 143, 147, 148, 228, 230, 241, 289, 292, 297, 317–319, 321, 323, 325, 328, 330, 339, 343–351, 355, 409, 417
 Segregation *Siehe* Teilhabe
 Sektion, Obduktion 28, 30, 149, 375
 SeniorInnen *Siehe* Ältere Menschen
 Sensornetzwerk 173, 176
 Seuche *Siehe* Infektion
 Simulation *Siehe* Modell
 Smart Home 363, 365, 366
 Social Prescribing 300, 303
 Sozialmonitoring 155–161, 331, 439
 Soziologie, Sozialwissenschaft(en), Medizinische Soziologie 26, 55, 61, 78–86, 225, 236, 351
 Spanische Grippe 25, 27, 28, 378
 Spielplatz 37, 56, 105, 216
 Sport(verein, -platz) 34, 37–39, 87, 101, 105–107, 111, 114, 115, 164, 205–207, 220, 224, 228, 237, 240, 286, 293, 322, 337, 340, 397, 410

Stadt(entwicklung), Stadt-, Raumplanung, Stadtteil(entwicklung), Kommunalplanung, -entwicklung, Städtebau 4, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 25, 50–60, 96, 100, 112, 114, 118, 155–171, 178, 206, 209–244, 315, 327, 329–333, 361, 366, 369, 370, 374, 381, 383, 389–400, 422, 438, 439

Stadtblau *Siehe* Wasser
 Städtebau *Siehe* Stadtentwicklung
 Städtebaulicher Vertrag 403, 407
 Städtehygiene *Siehe* Hygiene
 Stadtepidemiologie 18, 129–195, 198, 442
 Städtevergleich *Siehe* Vergleich
 Stadtgrün *Siehe* Grünanlage
 Stadtklima *Siehe* Klima
 Stadtkultur 12, 20, 441
 Stadtökologie *Siehe* Ökologie
 Stadtplanung *Siehe* Stadtentwicklung
 Stadtteilbeirat/Quartiersbeirat 21, 197, 210, 212, 222, 227, 230, 233, 237, 238
 Standortanalyse 328, 331–334, 383
 Stationäre Versorgung *Siehe* Krankenhaus
 Sterben, Tod 29, 63, 69, 163, 256, 257
 Sterblichkeit *Siehe* Mortalität
 Stickoxide (NO_x) 91–93, 96
 Stress 12, 91, 105, 111, 147, 373, 410
 Sturz *Siehe* Unfall
 Sucht(hilfe), Drogen 28, 63, 185, 205, 230, 259, 321, 356
 Surveillance *Siehe* Monitoring

T

Teilhabe, In-, Exklusion, Segregation 111, 115, 132, 212, 214, 326, 334, 359–367, 370, 401–408, 410, 412, 431
 Telekommunikation *Siehe* Digitalisierung
 Theologie, Kirche, Religion 251–254, 261–266, 293, 294, 352, 377, 386, 397, 403
 Tier(welt) *Siehe* Fauna
 Tod *Siehe* Sterben
 Transformation(swissen) 9, 93, 118, 323, 390, 393, 439
 Trinkbrunnen 35–37, 39
 Trinkwasser *Siehe* Wasser
 Tuberkulose 34, 217

U

Übergewicht *Siehe* Adipositas
 Umland *Siehe* Metropolregion

Umwelt, -schutz, -verträglichkeit 12–16, 19, 26, 63, 66, 87, 93, 100, 110, 119, 120–122, 124–126, 130, 132, 133, 137, 138, 148, 156, 182, 183, 207, 211, 217, 221, 225, 229, 233, 237, 238, 240, 253, 287, 343, 359, 360, 373, 413

Umweltgerechtigkeit *Siehe* Ungleichheit

Unfall, Sturz, Verletzung 46, 70–72, 110, 111, 207, 280–282, 410, 423

Ungleichheit, Disparität, Ungerechtigkeit 4, 15, 20, 66, 70, 72, 82, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 179, 183, 185–187, 193, 288, 314, 330, 331, 338, 377, 381, 442

Urban Health 4, 9, 11, 13, 16, 87, 437–444

Urbane Landwirtschaft, Garten 34, 39, 54, 101, 105–107, 230, 233, 347, 406

V

Verbraucher, -schutz, Patientenschutz 63, 66, 198, 211, 230, 238, 244–251, 270, 316, 323, 336, 337, 356

Verdichtung *Siehe* Bevölkerungsdichte

Vergleich (Städte-) 14, 15, 101, 130, 154, 162–171, 179–195, 221, 225, 229, 240, 310, 369, 378, 380–389, 437–442

Verkehr, Ortsbewegung, Mobilität 18, 51, 53, 57, 89, 93, 114, 115, 125, 127, 130, 172–179, 190, 193, 214, 233, 315, 360, 361, 370, 372, 373, 398, 406, 409–418, 420, 422

Verletzung *Siehe* Unfall

Vernetzungsstelle (lokale) 197, 211, 215–216, 224, 228, 232, 235–236, 239–240, 331, 341, 383

Vertikalgrün *Siehe* Dachbegrünung

Vulnerabilität 91, 104, 168, 306, 331, 373, 376, 383, 385, 386

W

Wahlperiode, Legislaturperiode 136, 199–209, 412, 415

Wärme(insel) *Siehe* Hitze

Wasser, Trinkwasser, Gewässer, Stadtblau 12, 18, 31–32, 35–39, 72, 88, 89, 96, 110–122, 181, 227, 233, 380, 422

Widerstandsfähigkeit, Widerstandskraft *Siehe* Resilienz

Wildtier *Siehe* Fauna

Wirtschaft *Siehe* Ökonomie

Z

Zahngesundheit, -medizin 34, 35, 44, 63, 81, 149, 150, 206, 234, 245, 289, 318

Zivilgesellschaft 11, 15, 21, 75, 244, 336, 369, 371, 376, 377, 391, 399, 404, 432, 434

Zufußgehen, Fußgänger 53, 122, 172, 174, 190, 191, 391, 396, 397, 411, 412, 413, 415–417

Zukunftsfähigkeit *Siehe* Nachhaltigkeit

Geografisches Register**A**

Adlerstraße (histor.) 37, 38

Afghanistan 288

Afrika 290

Allermöhe 219

Alma-Ata 438

Alster 108, 110, 112–114, 117, 233, 234, 425

Alster-City 237

Alsterdorf 234, 236, 401

Alsterdorfer Markt 362

Altona 26, 50–60, 115, 211–217, 252, 292, 310, 312, 351, 401–404, 406–408, 425

Altona-Altstadt 50, 133, 167, 212, 216, 217

Altona-Nord 217

Altstadt Hamburg 137, 160, 389–399

Altstadtinseln Hamburg 391

Am Sandtorkai 416

Amsterdam 28

Argentinien 46

Armenien 289

Aserbaidshjan 289

Asien 390, 392

Auschwitz 48

Außenalster 108, 113, 115

Außenmühlenteich 232

Australien 346

B

Baakenhafenpark 105

Baden-Württemberg 277

Bad Segeberg 255–256, 258, 292

Barmbek 252

Barmbek-Nord 37, 233

Barmbek-Süd 233, 237

Bayern 121
 Beim Schlump 416
 Belfast 182
 Bergedorf 211, 218–221, 340, 342, 355, 425
 Bergedorf-Serrahn 218
 Bergedorf-Süd 218
 Bergedorf-West 218
 Berlin 17, 18, 61, 63, 64, 67, 346, 374, 381–383,
 411, 439
 Berlin-Charlottenburg 383
 Berlin-Mitte 383
 Berlin-Neukölln 383
 Bielefeld 17, 18, 440
 Billbrook 160
 Bille 110, 112–114, 356
 Billstedt 107, 159, 160, 186, 189, 226–228, 230,
 269, 297–306, 310, 312, 430
 Billwerder 160
 Binnenalster 113, 115
 Blankenese 252, 310
 Bochum 440
 Bonn 374
 Bramfeld 239, 241
 Brandenburg 439
 Brasilien 46
 Braunschweig-Lüneburg (histor.) 30
 Bremen 67, 71, 374, 381, 382, 384, 387, 388
 Bremerhaven 384
 Broadstreet (London) 31
 Brokdorf 70, 71
 Brooktorkai 416
 Brunsbüttel 70, 76
 Buxtehude 112

C

China 391

D

Dänemark 30
 Danzig 29
 Davos 151
 DDR (histor.) 70
 Deichstraße 116
 Detroit 48
 Diebsteich 402
 Domplatz 398
 Doormannsweg 223
 Dortmund 17, 18, 440
 Dove Elbe 112, 219

Duisburg 18, 19
 Dulberg 135, 157–159, 168, 233
 Duvenstedter Brook 112

E

Eichtalpark 240
 Eidelstedt 212, 223, 224, 226, 339
 Eidelstedt-Mitte 222
 Eidelstedt-Nord 222
 Eidelstedt-Zentrum 222
 Eilbek 238
 Eimsbüttel 49, 104, 137, 212, 222–226, 306, 310,
 339, 355, 376, 383, 421–425, 430
 Einbeck 258
 Eißendorf-Ost 231
 Elbbrücken 116
 Elbe 32, 51, 70, 110, 112–116, 137, 216, 231, 242
 Elbmündung 226
 Elbvororte 312
 Energieberg 226
 England 43, 46, 119
 Eppendorf 49, 137, 236, 238, 375
 Eppendorf-Winterhuder Brücke (histor.) 114
 Esplanade 416
 Essen 18, 19, 305, 440
 Essener Straße (Quartier) 235
 Esslingen 332, 333
 Este 112
 Estland 289

F

Fernost 369, 390, 391, 399
 Finkenwerder 226
 Finnland 299, 372
 Flughafen Hamburg-Fuhlsbüttel 222, 233,
 237
 Frankfurt 28, 52
 Friedhof Ohlsdorf 233
 Fuhlsbüttel 237, 312
 Fuhlsbüttler Straße 233
 Fukushima 76
 Fürth 387

G

Gängeviertel (histor.) 54, 228
 Gelsenkirchen 439
 Georgien 289
 Ghana 288
 Glasgow 130, 131, 179–195

Glasmoor (Norderstedt) 205
 Gorleben 70
 Goseelbe 112
 Grasbrook 30
 Greater Govan (Glasgow) 185
 Grindelallee 43
 Grohnde 70
 Grömitz 34
 Groß Borstel 233, 312
 Großbritannien 45, 300
 Große Bergstraße 216
 Großlohe 238, 240–242
 Gut Karlshöhe 238
 Gut Moor (Hamburg) 160

H

Hafen 27, 28, 30, 112, 113, 206, 230
 HafenCity 105, 115, 116, 229, 395, 398, 403
 Hallerstraße 416
 Hamburger Straße 237, 361
 Hamburgisches Wattenmeer 227
 Hamburg-Mitte 112, 136, 168, 211, 226–230,
 310, 314, 351, 425
 Hamburg-Nord 233–238, 312, 425
 Hamm (Hamburg) 229
 Hammerbrook 117, 160, 226, 227
 Hannover 83
 Hannoversche Straße 416
 Harburg 136, 168, 186, 231–233, 310, 314, 351,
 382, 421–425
 Harburger Binnenhafen 231
 Harburger Stadtpark 232
 Hardtwaldt (Karlsruhe) 70
 Harkortstraße 406
 Harrisburg 70
 Harvestehude 43, 104
 Hausbruch 34, 232
 Heathrow 28
 Heilighafen 34
 Helsinki 438
 Hessen 261
 Heuckenlock 112
 Hiroshima 69
 Hochallee 43, 226
 Hoheluft-Ost 160, 238
 Hohenfelde 312
 Hohenhorst 238–240
 Holstenquartier 407
 Holstenstraße 50, 54, 58, 416

Holzhafen 112
 Hopfenmarkt 392, 393
 Horn 106, 107, 135, 167, 168, 189, 228, 230, 269,
 297–305
 Horner Geest 102, 106

I

Innenstadt (Hamburg) 112, 397
 Iran 288
 Iserbrook 310

J

Jenfeld 167, 241
 Jenfeld-Zentrum 238
 Jungiusstraße 416

K

Kaltehofe 112, 227
 Karlsruhe 67, 70
 Karolinentempel 252
 Kasachstan 289
 Katharinenquartier 398
 Katharinenweg (histor.) 397, 398
 Kellenhusen 34
 Kellinghusenstraße 414
 Kirchwerder 165
 Kirgisistan 289
 Kleine Johannisstraße 396–398
 Kleiner Grasbrook 30, 160, 227
 Kollau 223
 Köln 84, 374, 381, 385–388, 411
 Krümmel (Geesthacht) 70

L

Lämmersieth 38
 Langenfort 37, 38
 Langenhorn 233, 235–238
 Lappenbergsallee 224
 Lenzsiedlung 222, 224–226, 339
 Lettland 289
 Litauen 289
 Liverpool 182
 Lohbrügge 218, 221, 242
 Lohkampstraße 226
 Lohsepark 105
 Lokstedt 226
 London 31, 232, 417
 Lübeck 29, 261, 266
 Luhe 112

Lüneburg 30, 48
Lurup 212, 215, 216

M

Magdeburg 21
Mailand 232
Manchester 182
Mannheim 346
Marburg 61
Marschlande 218
Max-Brauer-Allee 416
Mesterkamp 237
Metropolregion Hamburg 261–268
Mitte Altona 105, 216, 370, 402–407
Mittlerer Landweg 218
Mühlenteichpark (Wandsbek) 107
Mümmelmannsberg 228, 292, 299, 300, 302, 305
München 67, 381, 411
Münzviertel 227
Müssenredder 238

N

Neuallermöhe 218
Neu-Altona (histor.) 50–60
Neuengamme 252
Neugraben-Fischbek 231, 232
Neuland (Hamburg) 160
Neuseeland 46
Neustadt 228
Neuwerk 226
Niederlande 410
Niedersachsen 384
Niendorf 223, 226
Niendorfer Gehege 223
Nikolaifleet 113, 394, 395, 397
Norddeutschland 45
Nordirland 300
Nordrhein-Westfalen 439
Nordsee 95
Norwegen 46
Nürnberg 386, 387

O

Oberbillwerder 220
Öjendorfer Park 107, 228
Öjendorfer See 227
Osdorf 431
Osdorfer Born 212, 215, 339

Osterbek 239
Ostsee 95
Ostwestfalen-Lippe 440
Ost-West-Straße (histor.) 398
Othmarschen 104
Ottawa 13, 67, 438
Ottensen 104, 133, 190, 216, 217

P

Palästina 45, 46
Paris 119, 124
Phoenix-Viertel 232
Pinnasberg 217
Polen 288
Pollokshields West (Glasgow) 185

R

Rahlstedt 240, 241, 306
Rahlstedt-Ost 238, 240
Rathausmarkt 398
Rathausquartier 396–398
Republik Moldau 289
Richardstraße 362
Rickling (Kreis Segeberg) 292
Rissen 310
Rothenburgsort 159, 160, 167, 227, 229, 230
Rotherbaum 43, 49, 222
Rübenkamp 236, 237, 428
Ruhrgebiet 439
Russische Föderation 288, 289

S

Sasel 240, 241
Schanghai 46
Scheuen 34
Schleswig-Holstein 48, 375
Schlüterstraße 74
Schnelsen 226, 425, 426
Schnelsen-Süd 222, 224, 339
Schottland 182, 188
Seebek 239
Sowjetunion 52
Spanien 25, 27, 28
Speicherstadt 116
Stade 70, 112
Stadthafen (histor.) 391, 392, 394, 397
Stadtpark Hamburg 100, 233
Steilshoop 104, 135, 168, 238, 239
Steinwerder 160

Stellingen 213, 225
 Stellingen-Langenefelde 212
 St. Georg 30, 159, 160, 227, 292
 St.-Katharinen-Kirche 397, 398
 St.-Nikolai-Kirche 393
 Stockholm 121
 Stormarn 238
 St. Pauli 51, 167, 212, 230
 St. Petersburger Straße 416
 Stresemannstraße 416
 Stuttgart 17, 18, 91, 381, 411
 Süderelbe 112
 Sülldorf 310
 Sylt 34
 Syrien 288

T

Tadschikistan 289
 Tatenberg 219
 Tegelsberg 238
 Theresienstadt 46, 48
 Tonndorf 241
 Tschernobyl 75, 76
 Türkei 141, 144, 145, 288, 290
 Turkmenistan 289

U

Uhlenhorst 237, 312, 428
 Ukraine 289
 Unterelbe 70
 USA 28, 43, 45, 46, 48, 69, 178, 261, 299, 431
 Usbekistan 289

V

Valentinskamp 228
 Veddel 104, 135, 159, 160, 168, 227, 228, 230,
 377
 Vereinigtes Königreich 182, 188, 189, 192
 Vierlande 218
 Volksdorf 32, 425

W

Walddörfer 238, 252
 Wallanlagen 100
 Wallring (histor.) 101
 Walter-Möller-Park 58
 Wandsbek 238–241, 351, 425
 Wandsbek-Hinschenfelde e. V. 431
 Wandse 112
 Weißrussland 289
 Wellingsbüttel 133, 310, 312
 Wilhelmsburg 117, 135, 165, 167, 168, 186,
 227–230, 306, 310, 312
 Wilhelmsburger Inseipark 105
 Wilhelmsburg-Ost 228
 Willy-Brandt-Straße 394, 398
 Wilstermarsch 70
 Wilstorf 232
 Wilstorf-Reeseberg 231
 Winterhude 114, 137, 306
 Wohldorf-Ohlstedt 158
 Wyhl 70, 71

Z

Ziegeleiteich 213

Gesundheit und Nachhaltigkeit sind essenziell für das Wohlergehen jeder Stadtgesellschaft. Dieser Band führt die exemplarische Analyse Hamburger StadtGesundheit fort und fokussiert auch das Thema Nachhaltigkeit. Facetten der historischen Entwicklung, der Hamburger Stadtepidemiologie und der Steuerung von StadtGesundheit – samt Blick auf lokale Einrichtungen und Projekte – ergänzen sich mit neuen Wegen der Versorgung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung. Gezeigt werden außerdem weitere Stadtsektoren, deren enge Verbindung zum Thema Gesundheit die Coronapandemie überdeutlich belegt. Die Fallstudie vertieft die Situationsbeschreibung einer Großstadt und den bestehenden Entwicklungsbedarf.

Die »Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region« wird unterstützt von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung im Stifterverband.

Rainer Fehr war Leiter des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen und ist jetzt Seniormitarbeiter der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Er promovierte im Fach Medizin über Algorithmen (Hamburg), in Epidemiologie über Surveillance (Berkeley, CA) und wurde mit einer Arbeit über Ökologische Gesundheitsförderung habilitiert (Bielefeld). Seine Arbeitsschwerpunkte sind StadtGesundheit sowie Methodik und Praxis Governance-unterstützender Gesundheitsanalysen.

Jobst Augustin ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er leitet dort die Forschungsgruppe Gesundheitsgeographie. Seine Promotion im Fach Geographie (Göttingen) setzte sich mit den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels auseinander. Er wurde mit einer Arbeit über den Mehrwert einer räumlichen Betrachtung von Gesundheit habilitiert (Hamburg). Seine Arbeitsschwerpunkte sind räumliche Ungleichheit von Gesundheit und Versorgung, StadtGesundheit und Global (Climate-)Change and Health.