

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



StadtGesundheit (Urban Health) – eine Blickfelderweiterung am Beispiel Hamburgs

Urban Health (StadtGesundheit): The Wider Perspective Exemplified by the City State of Hamburg

Autoren

R. Fehr¹, R. Fertmann², K.-P. Stender², N. Lettau³, A. Trojan⁴

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Schlüsselwörter

- StadtGesundheit
- Stadtplanung
- Gesundheitsförderung
- Integration
- Nachhaltigkeit
- Quellensicherung

Key words

- urban health
- urban planning
- health promotion
- integration
- sustainability
- protection of records

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-112458>
 Gesundheitswesen 2016; 78: 498–504
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Apl. Prof. Dr. med. Rainer Fehr, MPH, Ph.D.

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
 Umwelt und Gesundheit
 Universität Bielefeld
 Postf. 100131
 33501 Bielefeld
rainer.fehr@uni-bielefeld.de

Zusammenfassung

Öffentliche Gesundheit und Stadtplanung haben gemeinsame Wurzeln und kommen vielerorts erneut unter der Überschrift Urban Health zusammen. Urban Health (oder: StadtGesundheit) zu gestalten erfordert einen erweiterten, integrierenden Blick auf medizinische Versorgung, Gesundheitsförderung und intersektorale Stadtpolitik. Angesichts aktueller (Krisen-) Entwicklungen z.B. durch Klimawandel und Globalisierung dürfte solche Blickfelderweiterung auch in Deutschland nützlich sein. Am Beispiel des Stadtstaates Hamburg erkunden wir mit einem kombinierten historischen und systematischen Ansatz die Voraussetzungen für vertiefende Analysen. Im Ergebnis erweist sich „Gesundheit“ als bedeutendes Thema Hamburger Stadtpolitik mit ausgeprägter Vielfalt von Strukturen, Prozessen und Akteuren innerhalb des Gesundheitssektors und weit darüber hinaus. Insbesondere ist Gesundheitsförderung in den letzten 30 Jahren vom „Nischenthema“ zu einer etablierten Säule mit bemerkenswerten Kooperationsstrukturen geworden. Zwar hat sich die vor mehr als 200 Jahren begonnene Tradition umfassender Darstellungen Hamburger StadtGesundheit nicht bis zur Gegenwart erhalten. Doch weiterhin integriert Gesundheitsberichterstattung unterschiedlichste Teilthemen. Die Kommunikation der Hamburger Gesundheitsakteure lässt – über unmittelbare medizinische Qualitätssicherung hinaus – wenige Hinweise auf kritische Überprüfungen z.B. mit Blick auf soziale und ökologische Nachhaltigkeit erkennen. Eine Voraussetzung für vertiefende Analysen samt externer Vergleiche liegt in der dauerhaften Zugänglichkeit einschlägiger Quellen; hier scheinen allerdings robuste Ansätze bisher zu fehlen.

Abstract

Public health and city planning have common roots, and in many places they are now reuniting under the heading of urban health. To organize this field adequately requires a broad, integrative view of medical care, health promotion, and health in all urban policies. Given current crises and developments including climate change and globalization, such a wider perspective should also be useful for Germany. Using the City State of Hamburg as an example and combining historic and systematic approaches, we explore the preconditions for in-depth analyses. Our results show that health is a significant topic of Hamburg urban policy, featuring a broad range of structures, processes and actors, both within the health sector and far beyond. Health promotion over the last 30 years evolved notably from a niche topic into an established field with remarkable cooperative structures. The tradition of comprehensive reporting on urban health in Hamburg that was initiated more than 200 years ago is no longer alive today. However, local health reporting keeps integrating a wide range of diverse topics. Communication among the Hamburg health actors – beyond straightforward medical quality assurance – does not seem to focus on critical evaluations, e.g. concerning social and ecologic sustainability. A prerequisite for in-depth analyses including external comparisons is to secure permanent access to relevant sources. Robust approaches to this end, however, seem to be lacking.

Einleitung und Zielsetzung

▼
 Vielfältige Herausforderungen wie demografischer, technologischer und Klimawandel sowie fortschreitende Globalisierung und Digitalisierung verlangen nach verstärkten politischen Anstrengungen, die – neben anderen – auch den Ansprüchen von Gesundheitsverträglichkeit und gesundheitsförderlicher Ausrichtung aller Politikressorts gerecht werden. Entsprechende Impulse lassen sich von bestehenden Versorgungsstrukturen und -akteuren trotz ihrer Vielzahl und Vielfalt nur begrenzt erwarten.

Aus diesen und weiteren Gründen, u. a. da die städtische Lebensform weltweit an Bedeutung gewinnt, entstand international ein Themenfeld Urban Health (z. B. [1–4]), welches ausdrücklich als Rückkehr zu den gemeinsamen Wurzeln von öffentlicher Gesundheit und Stadtplanung interpretiert wird (so z. B. [5], p.2). Für eine gesundheitliche Gesamtschau im städtischen Umfeld erscheint uns das Konzept StadtGesundheit geeignet, eine wesentliche Blickfelderweiterung zu bewirken. Zur Markierung dieses eigenständigen Konzeptes schreiben wir hinfort „Stadt-Gesundheit“.

Städtische Lebensbedingungen umfassen sowohl belastende als auch gesundheitsförderliche Aspekte und spielen auch für die individuellen und sozialen Folgen eingeschränkter Gesundheit wie z. B. geminderte soziale Teilhabe oder Bedarf an spezifischer Versorgung eine wichtige Rolle. Die Lebenserwartung einer Bevölkerung spiegelt summarisch, wie gut StadtGesundheit „gelingt“. In den Berichten über die seit ca. 150 Jahren kontinuierlich steigende Lebenserwartung dominiert oft der „Fortschritt der Medizin“ als vermuteter Erfolgsfaktor (z. B. [6]). Von der Gesundheitssystemforschung wird dessen Anteil jedoch je nach Modellansatz nur auf 12–24% geschätzt [7]. Wie schnell und stark sich die Lebenserwartung durch außermedizinische Faktoren beeinflussen lässt, zeigte sich bei dem „natürlichen Experiment“ der Wiedervereinigung von Ost- und Westdeutschland durch den ausgeprägten Anstieg der Lebenserwartung bei Männern (5,7 Jahre) und Frauen (4,0 Jahre) in Ostdeutschland innerhalb von nur 18 Jahren [8].

Am Beispiel des Stadtstaats Hamburg untersuchen wir die Möglichkeit, StadtGesundheit im Sinne einer solchen Blickfelderweiterung darzustellen. Neben den eingangs genannten Herausforderungen liegt ein zusätzliches Motiv in der Ankündigung der aktuellen Hamburger Regierungskoalition, eine Strategie „Gesundes Hamburg“ zu entwickeln [9]. Wir erwarten, dass durch eine solche Gesamtschau die Voraussetzungen für vertiefende Analysen geschaffen werden und sich neue Perspektiven für das Zusammenspiel der Beteiligten in Hamburg ergeben, um die eingangs genannten Herausforderungen besser zu bewältigen.

Methodik

▼
 Unserem Verständnis von „Urban Health“ liegt ein integrierter Blick aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive zugrunde. Hinsichtlich des Gegenstandsbereichs ist anzuknüpfen an die Ottawa-Charta [10], ihre Weiterentwicklungen und verwandte Konzepte wie Health in all Policies [11], Whole-of-government approach [12] und Whole-of-society approach [13]. Dabei gliedern wir die Darstellung in die folgenden 3 großen Bereiche:

- ▶ Medizinische Versorgung; diesen Begriff verwenden wir hier übergreifend für ärztliche und pflegerische Krankenversorgung bis hin zur Rehabilitation

- ▶ (explizite) Gesundheitsförderung und Prävention als Aktivität im Gesundheitssektor und
- ▶ (implizite) gesundheitsrelevante Strukturen und Prozesse in anderen Sektoren.

Im Sinne der avisierten Blickfelderweiterung fokussieren wir in diesem Beitrag auf die weniger beachteten Bereiche der expliziten und impliziten Gesundheitsförderungs politik. Bei unserem Vorgehen kombinieren wir einen kurzen historischen Rückblick mit einem exemplarischen Status quo-Ansatz. Frühere Perioden werden historisch-chronologisch skizziert, um wesentliche Entwicklungslinien aufzuzeigen. Die jüngere Geschichte (seit der Ottawa-Konferenz 1986) und die Gegenwart werden eher synoptisch dargestellt. Zugrunde gelegt ist eine selektive Analyse relevanter Literatur einschließlich „grauer Literatur“. Neben besonders bedeutsamen Einzelquellen werden vor allem zusammenfassende Darstellungen herangezogen.

Für die Auswahl der Studienregion war ausschlaggebend, dass die Autorin und die Mehrzahl der Autoren seit mehreren Jahrzehnten in Hamburg die Gestaltung von Gesundheitsförderung und -versorgung teils mitgestaltend, teils forschend begleitet haben.

Ergebnisse

▼ Zur historischen Entwicklung von StadtGesundheit in Hamburg

Schon frühe Berichte [14, 15] zeichnen ein umfassendes Bild Hamburger StadtGesundheit. Im Jahre 1928 stellte die Gesundheitsbehörde das weite Spektrum ambulanter und stationärer Krankenbehandlung und -pflege sowie vorbeugender Gesundheitspflege, Krankenversicherung und weiterer Maßnahmen von Gesundheitsschutz und -förderung unter die Überschrift „Hygiene und Soziale Hygiene in Hamburg“. Später behandelte eine Gruppe von Historikern, Stadtplanern und GesundheitsexpertInnen Gesundheit und Krankheit (vor allem in Hamburg) als „städtische Herausforderung“ in historischer Perspektive [16].

Medizinische Versorgung

Früh belegt sind das Asyl „St. Georg“ für Leprakranke (ca. 1200), das Hospital zum Heiligen Geist (Mitte 13. Jh.) und der Pesthof auf dem Hamburger Berg (1606). Es folgte im selbstständigen Altona ein Allgemeines Krankenhaus (1760) und im 19. Jahrhundert eine Reihe staatlicher und privater Krankenhäuser und Anstalten, darunter die Separat-Irrenanstalt Friedrichsberg. Unter den Hamburg heimsuchenden Epidemien erlangte die große Cholera-Epidemie 1892 eine traurige Berühmtheit [17]. An die Epidemie, die Hamburg als einzige Stadt Westeuropas heimsuchte, erinnert der Hygieia-Brunnen im Innenhof des Rathauses ◉ **Abb. 1.**

Das 1889 eröffnete Neue Allgemeine Krankenhaus Eppendorf, welches mit seinem Pavillonsystem weltweit als Vorbild galt, wurde 1919 zum Universität-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE) ernannt. Im Jahre 1923 habilitierte sich Rahle Liebeschütz-Plaut als erste Frau an der Hamburger Medizinischen Fakultät. Verstrickungen der Hamburger Universitätsmedizin in den Nationalsozialismus betrafen Forschung, Lehre und Krankenversorgung (für umfassende Darstellung: [18]).

Auch aus den nachfolgenden Jahren sind hier nur wenige Eckpunkte zu erwähnen. 1951 gründete sich die Hamburger Krebsgesellschaft, die sich für Krebsforschung, Prävention und Krebsnachsorge in Hamburg einsetzt; 1952 die Hamburgische



Abb. 1 Hygieia als Brunnenfigur im Innenhof des Hamburger Rathauses.

Krankenhausgesellschaft (HKG). 1967 wurde die Cytogenetische Untersuchungsstelle am Allgemeinen Krankenhaus Barmbek eingerichtet [19]. 1984 entstand eine Patienteninitiative gegen den vormals am Allgemeinen Krankenhaus Barmbek tätigen Orthopäden Bernbeck; nach Kunstfehlerprozessen zahlte die Stadt Hamburg ca. 30 Millionen DM an geschädigte Patienten.

Gesundheitsförderung und Prävention

Wer bedarf gesundheitsförderlicher Maßnahmen, wo sollte Prävention erfolgen? Auch in historischer Hinsicht steht am Anfang die Frage nach der Datenlage. Im Staatsarchiv und in Bibliotheken schlummern knappe und ausführliche Analysen zu Gesundheit in Hamburg.

Bereits ein 1901 veröffentlichter Bericht enthält modern anmutende regionalisierte Analysen. Darin wird der Zusammenhang von sozialer Lage und Säuglingssterblichkeit gezeigt: „Am ungünstigsten sind Neustadt-Süd, Uhlenhorst und Billwärder Ausschlag, am günstigsten Rotherbaum und Harvestehude. Dieses Ergebniss [sic] wird besonders lehrreich, wenn man unsere Figur mit den Figuren [...] über den Wohlstand in den einzelnen Districten zusammenhält“ [20]. Der umfangreiche Bericht „Hygiene und soziale Hygiene in Hamburg“ (1928) [21] bearbeitet u.a. Krankenbehandlung und -anstalten, vorbeugende Gesundheitspflege, Schwangerenfürsorge und Schulspeisung, die öffentliche und auch die vorbeugende Gesundheitspflege.

Eine Sonderstellung hat das weltweit erste Krebsregister, 1926 als Instrument für die Nachsorge und Überwachung gegründet. „Der hamburgische Landesausschuss für hygienische Volksbe-

lehrung... bereitet durch die Einleitung einer umfassenden und eingehenden Krebsstatistik gesundheitlicher Belehrung auf diesem noch unbebauten Gebiete die Wege“ ([21], S. 507). Bevölkerungsbezogene Auswertungen sind seit dem Bezugsjahr 1956 fortlaufend dokumentiert.

Hinsichtlich Gesundheitsberichterstattung ist die Kriegs- und Nachkriegszeit in Hamburg nur lückenhaft besetzt, z.B. mit einem Rechenschaftsbericht der Gesundheitsbehörde 1965 [22] oder dem 1972 veröffentlichten „Bericht über das Gesundheitswesen der Freien und Hansestadt Hamburg“ [23] mit einer rein medizinisch orientierten Bestandsaufnahme.

In den 1950er und 1960er Jahren dominierte der öffentliche Gesundheitsdienst in Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention, damals eher als Fürsorge, Aufklärung oder Gesundheitserziehung bezeichnet. Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre politisierte sich – mit internationalem Rückenwind – das Thema Gesundheit. In Hamburg unterstützen alternative Arztgruppen und Bürgerinitiativen die Emanzipation der Patienten gegenüber Ärzten, hinterfragten den Umgang mit Chemikalien und initiierten Selbsthilfe bei Erkrankungen. 1983 entstand die Hamburgische Landesvereinigung für Gesundheitserziehung, und parallel entwickelte sich aus einem 1984 begonnenen Projekt über gemeinnützige Gruppen und Vereine die „Werkstatt Gesundheit“, um die unterschiedlichen Welten von Gesundheitsinitiativen und Repräsentanten aus Politik, Verwaltung und formellen Organisationen zusammenzubringen. Welche Gründe zur Verstetigung oder auch zum Erlöschen dieser Aktivitäten führten, ist wenig aufgearbeitet.

Intersektorale Stadtpolitik für Gesundheit

Ein gut bekanntes Beispiel ist der Ausbau eines modernen Systems der Kanalisation/Stadtentwässerung als Reaktion auf die Hamburger Cholera-Epidemie 1892. Weitere Belege finden sich zahlreich im zitierten Bericht von 1901 [20]. Wasserversorgung und Wohnungssituation werden in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit skizziert, die Gesundheitsbedeutung der Entwicklung von „Kummerwagen“ zur Beseitigung von Fäkalien zum Sielsystem wird nachvollzogen. Als für die Gesundheitsverhältnisse wichtige äußere Ereignisse werden die Besetzungszeiten durch die Franzosen und die kriegerischen Auseinandersetzungen am Ende des 19. Jahrhunderts aufgeführt. Eine besondere Bedeutung wird auch dem großen Brand 1842 zugeschrieben. „Die sonstige Fürsorge der Behörden für die Gesundheitsverhältnisse“ gilt vielfältigen Umweltaspekten: Quarantäne-Vorschriften im Hafen, Regelungen für Ammenwesen und Nahrungsmittelverkehr, speziell Milch, Beherbergung von Auswanderern bis hin zur Einrichtung des Ohlsdorfer Friedhofs ([20], S. 64–S. 76).

Der erwähnte Bericht von 1928 [21] behandelte auch Themen wie Hygiene-Überwachungs- und Untersuchungsstellen für Lebensmittel (Fleisch, Milch) und Bedarfsgegenstände; Schulgesundheitspflege, Sonderschulen, Hilfsschulen; Speisungsdienst, Obdachlosenheime für Bedürftige; und Gewerbeaufsicht. Als „Technische Hygiene“ kamen u.a. Straßenbau, Abfallbeseitigung, Wasserversorgung, Badeanstalten, Gas und Elektrizität, Grünanlagen, Friedhofswesen, Versicherungswesen samt Unfallversicherung zur Sprache. Zu den Grünanlagen hieß es: „Jung und alt sollen hier Freude, Erholung und Erhebung finden, aus der Erwägung heraus, Gartenfürsorge spart Krankenfürsorge“ ([21], S. 654).

Ende der 30er Jahre bildete sich eine Gesundheitsfürsorge-Arbeitsgemeinschaft aus Behörden, Versicherungsträgern und

freien Verbänden. Ihre Ziele – Erfassung der gefährdeten Bevölkerung und Ausbau der Gesundheitsfürsorge – versuchte sie in enger Kooperation zu erreichen; im Fokus standen Säuglinge, Kinder und Jugendliche.

In den 1980er Jahren traten umweltbedingte Risiken wie radioaktive Strahlung, Dioxine am Arbeitsplatz, Luftbelastung im Hamburger Osten in den Vordergrund. Die Gesundheitsberichterstattung wurde in eine neue Abteilung der Gesundheitsbehörde mit Fachleuten für Toxikologie und Epidemiologie integriert. Besondere mediale Aufmerksamkeit galt gewissen, als Drama oder Skandal wahrgenommenen Vorkommnissen, z. B. im Zusammenhang mit der Firma Stoltzenberg (1928, 1979), der Deponie Georgswerder (1983), den Dioxin-Emissionen der Firma Boehringer (1984), der bewohnten Altlast Bille-Siedlung sowie der vom Kernkraftwerk Krümmel ausgehenden Strahlung (Leukämiestudie, Fehlbildungsstudie).

Zur StadtGesundheit in Hamburg seit der Ottawa Charta

Nach der Kompetenzverteilung des Grundgesetzes erstreckt sich die gesundheitspolitische Zuständigkeit auch der Stadtstaaten insbesondere auf die Krankenhausplanung/-investitionsförderung und den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Rechtsgrundlagen sind u. a. das Hamburgische Gesundheitsdienstgesetz 2001 (HmbGDG) [24] und das Kammergesetz für die Heilberufe 2005 (HmbKGGH) [25]. Wesentliche Akteure sind die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, der Bezirkliche Öffentliche Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter), mehrere berufsständische Kammern sowie die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg.

Auch in dem seit April 2015 amtierenden Senat sind die Aufgaben der Gesundheitsversorgung, der Pflegeinfrastruktur sowie die Aufgaben des Arbeits- und Verbraucherschutzes unter einem Behördendach vereint. Die genannten und weitere Aufgabenfelder wie z. B. Maßregelvollzug, Suchtkrankenhilfe, Sozialversicherung, Produkt- und Anlagensicherheit, Patienten- sowie umweltbezogener Gesundheitsschutz sind hier gebündelt.

Medizinische Versorgung

Für die stationäre medizinische Versorgung halten die 57 Kliniken in Hamburg ca. 12 000 Betten sowie knapp 1 000 teilstationäre Behandlungsplätze vor. Das Hamburgische Krankenhausgesetz (HmbKHG) [26] umfasst u. a. Regelungen zur Qualitätssicherung und Krankenhaushygiene, zu sozialer Beratung und Patientendatenschutz sowie zur Investitionsförderung der Krankenhäuser. Der Anteil auswärtiger Patientinnen und Patienten liegt bei ca. 30%.

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung und der medizinische Fortschritt erfordern stete Anpassung der Krankenhausplanung, der Strukturen der Krankenhäuser und der ambulanten Versorgung. Prioritär erfolgt der Ausbau der wohnortnahen Versorgung in der Altersmedizin, für Schlaganfallpatientinnen und -patienten in der Inneren Medizin, Neurologie und Frührehabilitation ([27], S. 2). Für seltene aber lebensbedrohende Infektionen steht seit 2010 ein speziell ausgebautes Behandlungszentrum für hochkontagiose Infektionen an der I. Medizinischen Klinik des UKE in gemeinsamer Trägerschaft von 5 Bundesländern zur Verfügung.

Die ambulante medizinische Versorgung wird von mehr als 4 000 selbständigen Arzt-, Psychotherapie- und sonstigen Praxen sowie von Medizinischen Versorgungszentren mit z. T. angestellten Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen. In Bezug auf alle

Arztgruppen besteht Überversorgung i. S. d. § 101 SGB V mit der Folge von Zulassungsbeschränkungen nach § 103 SGB V. Wie in der stationären Versorgung werden auch hier ca. 30% der Leistungen von Patientinnen und Patienten aus dem Umland in Anspruch genommen.

Um die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, existiert ein seit 2008 vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) gefördertes umfangreiches Netzwerk aus über 100 Einrichtungen der ambulanten und stationären Behandlung und Beratung sowie der Selbsthilfe, Forschung, Wirtschaft und Verwaltung [28].

Mit Fragen gesundheitlicher Versorgung befassen sich die nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gebildete Hamburger „Landeskongress Versorgung“ [29] und der nach § 90 SGB V gebildete Hamburger „Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen“. Die Landeskongress berät Fragen der medizinischen Gesamtversorgung, bezieht dabei raumplanerische Aspekte und demografische Entwicklung ein und beschließt Empfehlungen an den Landesausschuss. Im Landesausschuss geht es u. a. um kleinräumig unterschiedliche Dichte ambulanter Versorgung, samt möglicher Zulassungsbeschränkungen.

Insgesamt ist die Versorgungsregion Hamburg eine der medizinisch am besten versorgten Regionen Deutschlands. Nach Bereinigung um die „Mitversorgerfunktion“ für das Umland liegt die Arzt- und Psychotherapeutendichte pro Einwohner ca. 5% über Bundesdurchschnitt, die Dichte der Krankenhausbetten um 16% darunter [30]. Für Flüchtlinge gibt es in Hamburg reguläre Krankenkassenkarten.

Gesundheitsförderung und Prävention

Die unmittelbaren Auswirkungen der Ottawa-Charta begannen schon Ende 1987 mit der Gründung des Initiativkreises „Gesündere Zukunft für Hamburg“ durch die damalige Gesundheitsbehörde, die Krankenkassen AOK, BKK und IKK, das Institut für Medizin-Soziologie u. a. m. Von hier aus führte der Weg über die informelle „Gesundheitsförderungskonferenz Hamburg“ zur vereinsrechtlich organisierten Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit (HAG e. V.) [31], die als Landesvereinigung kooperativ die Gesundheitsförderung in Hamburg organisiert. Hervorzuheben ist die gemeinschaftliche Finanzierung der HAG-Aktivitäten durch die Gesundheitsbehörde und die Hamburger Krankenkassen seit der Gründung 1997. Parallel dazu spielt Hamburg seit 1988 eine tragende Rolle im Netzwerk Gesunde Städte.

Durch die Kooperation der beiden wichtigsten Kostenträger, Gesundheitsbehörde und Krankenkassen, konnte eine Fülle gesundheitsfördernder Aktivitäten und Projekte realisiert werden. Eine ebenso etablierte Kooperation gibt es seit mehr als 30 Jahren bei der Selbsthilfeförderung [32]. Weil es jedoch weiterhin bei der Gesundheitsförderung auch Unübersichtlichkeiten und Parallelaktivitäten gab, wurde von einer neuen Stadtregierung 2010 der Pakt für Prävention [33] ins Leben gerufen. Die von der Gesundheitsbehörde organisierte und von der HAG koordinierte Gemeinschaftsaktion umfasst mittlerweile über 110 Partnerorganisationen, entwickelte partizipativ 3 lebensphasenbezogene Rahmenprogramme und unterstützt deren Umsetzung. Der Pakt für Prävention soll zu einer Strategie „Gesundes Hamburg“ weiterentwickelt werden [9].

Das erwähnte Hamburgische Gesundheitsdienstgesetz [24] regelt u. a. die für StadtGesundheit wichtigen Bereiche Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitshilfen und Gesund-

heitsschutz, auch für die bezirkliche Ebene. In bezirklichen Gesundheitsämtern werden Gesundheitskonferenz, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung und weitere Maßnahmen zusammengefasst als „Gesundheitsförderungsmanagement“. Für die kleinräumige Ebene verzeichnet die Datenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit [34] in Hamburg 51 Projekte, davon 10 mit dem Prädikat „Good Practice“.

Intersektorale Stadtpolitik für Gesundheit

Zahlreiche Sektoren und Aktivitäten weisen Bezüge zu „Gesundheit“ und deren Rahmenbedingungen auf. Zu den Gesundheitsthemen der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration gehören die Themen Arbeitslosigkeit, Migration, Kinder- und Jugendschutz oder Organisation der Kinderbetreuung. Im schulischen Bereich sorgt das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung für die Verknüpfung von Bildung und Gesundheit. Die Hamburger Universitäten und Hochschulen bieten ein Spektrum gesundheitsbezogener Studiengänge an.

Das Amt für Arbeitsschutz [35] in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) überwacht den Arbeitsschutz in Hamburger Betrieben und berät darüber hinaus Unternehmen beim betrieblichen Gesundheitsmanagement. Zum Verbraucherschutz der BGV gehören als weitere Themen u.a. gesundheitlicher Umweltschutz, Lebensmittel und Veterinärwesen, Pharmaziewesen und Medizinprodukte sowie Produkt- und Anlagensicherheit. Als Landeslabor fungiert dabei das Institut für Hygiene und Umwelt [36]. Hier werden Lebens- und Futtermittel amtlich untersucht und begutachtet sowie Aufgaben zur Städte- und Krankenhaushygiene wahrgenommen; ebenso erfolgen human- und veterinärmedizinische Diagnostik sowie Umweltanalytik und Überwachung, mithin ist das Institut auch mit bedeutsamen Anteilen präventiv tätig.

Beispiele aus der für Stadtentwicklung zuständigen Behörde [37] sind das Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung, das auch die gesundheitliche Lebensqualität in Quartieren mit Entwicklungsbedarfen verbessern will, und das „Bündnis für das Wohnen in Hamburg“, welches Wohnungsbaupolitik, Quartiersentwicklung und Pflegeplanung verbindet.

Aktivitäten der Behörde für Umwelt und Energie weisen mit Lärmschutz, Luftreinhaltung, Grünplanung und Klimaschutz deutliche Gesundheitsbezüge auf [38]. Zur Hamburger Behörde für Inneres und Sport [39] gehört das Sportamt, das die Rahmenbedingungen für Breiten- und Leistungssport gestaltet. Im Hamburger Sportbund sind über 800 Vereine organisiert mit ca. 578 000 Mitgliedern [40]. Polizei und Feuerwehr wehren in unterschiedlicher Aufgabenstellung gesundheitliche Gefahren ab. In der Behörde für Wirtschaft, Verkehr und Innovation [41] werden einfache Zugänge zu öffentlichen Verkehrsmitteln gefördert, Radfahrkonzepte entwickelt oder alternative Verkehrsformen konzipiert. Aus ökonomischem Blickwinkel ist „Gesundheit“ zu einem bedeutenden Faktor geworden. In Hamburg rechnen zur Gesundheitswirtschaft (im Sinne der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung auf Bundesebene, [42]) rd. 6 100 Unternehmen. Die 57 Hamburger Kliniken erwirtschaften einen Jahresumsatz in Höhe von 1,7 Mrd. € pro Jahr, beschäftigen 30 000 Menschen und bieten 3 000 Ausbildungsplätze [43]. Die Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH [44] will die verschiedenen Akteure vernetzen.

Diskussion wesentlicher Ergebnisse

Wie schon dieser Schritt in Richtung einer Gesamtschau zeigt, erfolgen innerhalb des Gesundheitssektors und in zahlreichen weiteren Sektoren der Hamburger Stadtpolitik umfangreiche Anstrengungen, die Gesundheit zu schützen und zu fördern. Alle drei zugrunde gelegten Bereiche (medizinische Versorgung; Prävention und Gesundheitsförderung; intersektorale Stadtpolitik) weisen hierzu Strukturen, Akteure und Aktivitäten in großer Anzahl und Differenzierung auf, die sich im Laufe der Zeit deutlich wandelten.

So ist Gesundheitsförderung in Hamburg in den letzten 30 Jahren, auch dank engagierter Initiativen in den 1990er Jahren, vom „Nischenthema“ zu einer etablierten Säule Hamburger StadtGesundheit geworden, welche insbesondere durch die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit und den „Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg“ laufend weiterentwickelt wird. Die Gesundheitswirtschaft ist zu einem bedeutenden Teilbereich der Hamburger Lokalökonomie aufgestiegen.

Bezüglich Zusammenspiel der Beteiligten in Hamburg ist folgendes festzuhalten: Die entstandenen Netzwerke und Allianzen sind vermutlich am ehesten geeignet, mit der Heterogenität der Akteure und Themen umzugehen. Allerdings fokussiert der Diskurs – auch in den großen Vernetzungsstrukturen – in weiten Teilen auf aktuelle Einzelthemen und den Umgang mit Partikularinteressen. Eine Blickfelderweiterung erscheint angebracht, auf deren Basis auch Zukunftsvisionen und ein Gesamtkonzept „StadtGesundheit“ entstehen können.

Ein wichtiger integrierender Ansatz liegt in der Gesundheitsberichterstattung. Hier werden kontinuierlich Grundlagen für Handlungsprioritäten der Akteure geschaffen. Auch in der Gesundheitswirtschaft wird eine „Gesamtschau“ auf StadtGesundheit verfolgt, allerdings aus der spezifischen Perspektive auf Märkte, Wachstum und Gewinne.

Ob Gesundheitsberichterstattung in Anknüpfung an frühere, bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts zurückreichende Traditionen sich auch dazu eignet, eine Gesamtanalyse Hamburger StadtGesundheit zu leisten, bleibt zu prüfen. Insgesamt erscheint ungewiss, in welchem Maße das Zusammenspiel der Akteure in der bisherigen Form auch kritische Überprüfungen unterstützt, z.B. mit Blick auf soziale und ökologische Nachhaltigkeit oder mit Blick auf künftige Veränderungen bezüglich Demografie, Diversität, Klima oder ökonomischer Instabilität.

Hierzu sind vertiefende Analysen nötig, welche die vielgestaltigen Strukturen, Prozesse und Akteure, ihre Rechtsgrundlagen und Arbeitsergebnisse abbilden, darunter auch Stoffströme (z.B. Pharmaka), Informations- und Kommunikationsprozesse sowie kooperative Netzwerke. Eine besondere Herausforderung liegt darin, nicht nur die multiplen Wechselwirkungen beteiligter sozialer und physischer Systeme herauszuarbeiten, sondern dabei auch dem besonderen Charakter des Themas gerecht zu werden, welches den Grundfragen menschlicher Existenz wie kaum ein anderes nahekommt.

Den gewählten Ansatz für StadtGesundheit halten wir für grundsätzlich geeignet, um das angestrebte Gesamtbild zu zeichnen. Unterschiedlichste Primär- und Sekundärquellen, Informationssysteme (z.B. Hamburger Parlamentsdatenbank; Datenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit), Archive (z.B. Staatsarchiv) und Recherchen (z.B. zur „grauen Literatur“ Hamburger und anderer Institutionen) können wesentlich zu einer systematischen Analyse beitragen.

Um den StadtGesundheits-Ansatz zu entfalten, bedarf es der Einbindung von Expertise aus weiteren urbanen Sektoren. Um z. B. die Integration einzelner Aktivitäten ins „Große Ganze“ oder die Qualität und Nachhaltigkeit erbrachter Leistungen kritisch zu analysieren und zu bewerten, bieten sich externe Vergleiche mit anderen Großstädten und Metropolregionen im In- und Ausland (auch z. B. mit Hamburgs Partnerstädten) an. Auf diese Weise ließe sich eine weitere, bedeutsame Blickfelderweiterung ansteuern, um aus problembezogenen Vergleichen zu Strukturen und Prozessen der Bewältigung typischer Urban Health Probleme zu lernen.

Eine Voraussetzung für künftige, vertiefende Analysen liegt jedoch in der Zugänglichkeit einschlägiger Quellen. Inwieweit robuste Ansätze für die dauerhafte Sicherung und Nutzbarkeit wichtiger Quellen existieren, ist uns nicht bekannt. Der Übergang zu elektronischen Speichermedien hat – neben Vorteilen wie Suchfunktion – neue Probleme aufgeworfen, darunter Verzicht auf herkömmliche Archivierung sowie Lesbarkeitverluste durch Systemwechsel.

Schlussfolgerungen

Dieser Beitrag erkundet die Möglichkeit, das Konzept StadtGesundheit auf eine deutsche Großstadt anzuwenden. Wir sehen diesen Ansatz in Einklang mit mehreren aktuellen Diskussionenlinien, darunter das Memorandum „Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken“ mit Empfehlungen zur politikfeldübergreifenden Gestaltung und zur Bildung interprofessioneller Allianzen [45], die Reflexionen über Entwicklungslinien der Sozialmedizin und Öffentlichen Gesundheit, die einer Community Medicine hohen Stellenwert zuschreiben [46], und die Entwicklung neuartiger Gesundheitsregionen mit ausgeprägtem Brückenschlag zwischen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung [47].

Dem explorativen Charakter entsprechend wurde auf vorhandene und leicht zugängliche Text- und Wissens Elemente zurückgegriffen und weitgehend deskriptiv gearbeitet. Aus unserer Sicht zeigt der vorliegende Versuch die Möglichkeit auf, trotz begrenzter Detaillierung ein thematisch umfassendes Gesamtbild Hamburger StadtGesundheit zu skizzieren.

Wie nicht anders vermutet ist die urbane Gesundheitslandschaft in Hamburg umfangreich und vielgliedrig; herausgebildete Strukturen und Prozesse scheinen in vieler Hinsicht erfolgreich. Zusätzliche Chancen eröffnen sich mit dem 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention [48], das den Abschluss gemeinsamer Rahmenvereinbarungen auf Länderebene vorsieht. In Hamburg ist dazu beabsichtigt, die bestehenden Strukturen – den Pakt für Prävention und die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit – zukünftig in größeren Kooperationszusammenhängen weiterzuführen.

Ebenfalls vielversprechend erscheint die im Koalitionsvertrag der aktuellen Hamburger Regierungskoalition angekündigte Strategie „Gesundes Hamburg“, wenn ihr der Brückenschlag zwischen medizinischer Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung sowie sonstiger gesundheitsbezogener Stadtpolitik gelingt.

Eine umfassende Analyse Hamburger StadtGesundheit, die neben den bestehenden Stärken auch Integrationslücken und mögliche Stabilitätsmängel ins Blickfeld nimmt, fehlt bisher. In den zukunftsorientierten Diskussionen zur „Wachsenden Stadt“,

„Digitalen Stadt“, „Grünen Stadt“ oder in der Arbeit des Hamburger Zukunftsrates sind Themen der StadtGesundheit zwar angelegt, haben aber nicht viel Gewicht. Dieser Mangel sollte dringend behoben werden.

Es stellt sich die Frage, wie eine kritisch-konstruktive Analyse Hamburger StadtGesundheit samt ihrer Entwicklungsdynamik zu leisten ist, um – auch in Verbindung zu den anderen zukunftsorientierten Diskussionen – eine Strategie „Gesundes Hamburg“ solide vorzubereiten.

Durch die geschilderte Vielzahl von Akteuren und Aktivitäten ist dies keine kleine Aufgabe. Jedoch lässt sich an die vor mehr als 200 Jahren begonnene Tradition umfassender Darstellungen Hamburger StadtGesundheit anknüpfen. Auch heute integriert die gerade in Hamburg wohlentwickelte Gesundheitsberichterstattung unterschiedlichste Teilthemen. Zudem wird in den Kooperationsverbänden der Prävention und Gesundheitsförderung der Brückenschlag zur medizinischen Versorgung wie auch zu stadtpolitischen Sektoren außerhalb von Gesundheit bereits praktiziert. Ebenso verfolgt die Gesundheitswirtschaft, mit ihrem spezifischen Blick, einen übergreifenden Ansatz.

Ein Zusammenführen der Facetten Hamburger StadtGesundheit zu einem Gesamtbild samt kritisch-konstruktiver Analyse sollte also möglich sein. Als Grundlage wäre eine gemeinsame Debatte der wichtigsten Akteure zu organisieren. Hier wäre auch einzu beziehen, welche Erfahrungen mit Instrumenten und Strukturen anderenorts u. a. in Landesgesundheitskonferenzen und Gesundheitsdialogen gemacht werden.

Die prominente Position des erwähnten Hygieia-Brunnens im Innenhof des Hamburger Rathauses lässt darauf hoffen, dass StadtGesundheit in Hamburg in breiter Koalition weiter verfolgt wird.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass es innerhalb der letzten 3 Jahre z. T. folgende Verbindungen gab: Beschäftigungsverhältnisse in Gesundheitsbehörde bzw. Universität; Mitgliedschaft im Wissenschaftlichen Beirat des Förderprogramms „Stadt der Zukunft – Gesunde und nachhaltige Metropolen“ der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung; Honorare von Universitäten.

Institute

- ¹ Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Umwelt und Gesundheit, Bielefeld
- ² Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung, Hamburg
- ³ c/o Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung, Hamburg
- ⁴ Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Literatur

- 1 *Freudenberg N, Galea S, Vlahov D* (eds.). *Cities and the Health of the Public*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2006
- 2 *Vlahov D, Boufford JI, Pearson C, Norris L* (eds.). *Urban Health – Global perspectives*. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2010
- 3 *Jackson RJ, Sinclair S*. *Designing healthy Communities*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2012
- 4 *Corburn J*. *Health City Planning. From Neighbourhood to national Health Equity*. Planning, History and Environment Series. London & New York, NY: Routledge; 2013
- 5 *Galea S, Vlahov D*. *Handbook of urban Health. Populations, Methods, and Practice*. New York, NY: Springer; 2005
- 6 *Heinrich C*. Verdammt alt. *Lebenserwartung*. DIE ZEIT N° 13 v. 28.03.2013. Im Internet: ZEIT Online (21.3.2013), <http://pdf.zeit.de/2013/13/Lebenserwartung-Anstieg-Alter.pdf> Stand: 02.02.2016
- 7 *Schwartz FW, Busse R*. Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. Kap. 22. In: *Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P et al.*, (Hrsg.). *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 3. Völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer; 2012: S.576

- 8 Vogt T. Ein längeres Leben durch gesellschaftlichen Wandel – die deutsche Wiedervereinigung als natürliches Experiment. Forschungsbericht. Rostock: Max-Planck-Institut für demografische Forschung; 2014. Im Internet: www.mpg.de/7770342/MPIDF_engl_MPIDR_JB_2014 Stand: 02.02.2016
- 9 SPD, Landesorganisation Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen, Landesverband Hamburg. Zusammen schaffen wir das moderne Hamburg. Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 21. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft zwischen der SPD, Landesorganisation Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen, Landesverband Hamburg 2015. Im Internet: www.spd-hamburg.de/linkableblob/128150/data/koalitionsvertrag_download.pdf Stand: 02.02.2016
- 10 Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986. Im Internet: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf Stand: 02.02.2016
- 11 Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S (eds.). Health in all Policies. Seizing Opportunities, implementing Policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, National Institute for Health and Welfare, Finland, European Observatory on Health Systems and Policies, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Ministry for Foreign Affairs of Finland. Im Internet: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf Stand: 02.02.2016
- 12 Christensen T, Lægreid P. The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review* 2007; 67: 1059–1066 Article first published online: 20 Nov 2007 doi:10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x. Im Internet: https://athene.nmbu.no/emner/pub/AOS320/Pensum/Christensen_Lægreid_2007_Public%20sector%20reform.pdf Stand: 02.02.2016
- 13 Addy NA, Poirier A, Blouin C et al. Whole-of-society approach for public health policymaking: a case study of polycentric governance from Quebec, Canada. *Ann N Y Acad Sci* 2014; 1331: 216–229 doi:10.1111/nyas.12503. Epub 2014 Aug 12. Im Internet: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25118135 Stand: 02.02.2016
- 14 Rambach JF. Versuch einer psychisch-medizinischen Beschreibung von Hamburg. Hamburg: Carl Ernst Bohn; 1801
- 15 Schmidt P, (Hrsg.). Hamburg in naturhistorischer und medicinischer Beziehung. Zum Andenken an die im September 1830 in Hamburg stattgefundene Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte. Hamburg: Conrad Müller Wwe.; 1830
- 16 Machule D, Mischer O, Sywottek A, (Hrsg.). Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hamburg: Dölling und Galitz Verlag; 1996
- 17 Evans RJ. Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830–1910. Reinbek: Rowohlt Verlag; 1990
- 18 van der Bussche H. Die Hamburger Universitätsmedizin im Nationalsozialismus. Reihe: Hamburger Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte. Berlin & Hamburg: Dietrich Reimer Verlag; 2014
- 19 Schenk B-M. Behinderung – Genetik – Vorsorge. Sterilisationspraxis und humangenetische Beratung in der Bundesrepublik. Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Online-Ausgabe, 10 (2013), H. 3; www.zeithistorische-forschungen.de/3-2013/id=4678 Stand: 03.02.2016. Druckausgabe: S. 433–454
- 20 [Anonym] Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert (den ärztlichen Teilnehmern der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte gewidmet von dem Medicinalcollegium). Hamburg: Verlag von Leopold Voss; 1901: S. 147
- 21 Gesundheitsbehörde Hamburg. Hygiene und Soziale Hygiene in Hamburg. Zur neunzigsten Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte in Hamburg im Jahre 1928. Hamburg: Paul Hartung Verlag; 1928
- 22 Gesundheitsbehörde Hamburg. Gesund leben in Hamburg – Aus der Arbeit der Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg: Verlag Freie und Hansestadt Hamburg, Gesundheitsbehörde 1965
- 23 Hamburger Senat. Bericht über das Gesundheitswesen der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 7/2190, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Hamburg: Hamburger Senat; 1972
- 24 Freie und Hansestadt Hamburg. Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG) vom 18. Juli 2001. Fundstelle: HmbGVBl. 2001; S. 201. Im Internet: www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psm1?showdoccase=1&doc.id=jlr-GesDGHArahmen&st=lr Stand: 02.02.2016
- 25 Freie und Hansestadt Hamburg. Hamburgisches Kammergesetz für die Heilberufe (HmbKHG) vom 14. Dezember 2005. Fundstelle: HmbGVBl. 2005; S. 495. Im Internet: www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psm1?showdoccase=1&doc.id=jlr-HKHGArahmen&st=lr Stand: 02.02.2016
- 26 Freie und Hansestadt Hamburg. Hamburgisches Krankenhausgesetz (HmbKHG) vom 17. April 1991. Fundstelle: HmbGVBl. 1991; S. 127. Im Internet: www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psm1?showdoccase=1&st=lr&doc.id=jlr-KHGHArAhmen Stand: 02.02.2016
- 27 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Krankenhaus-Plan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg. Im Internet: www.hamburg.de/krankenhausplanung/2699654/krankenhausplan2015/ Stand: 02.02.2016
- 28 Psychenet. Hamburger Netz psychische Gesundheit. Im Internet: www.psychenet.de Stand: 02.02.2016
- 29 Freie und Hansestadt Hamburg. Hamburgisches Gesetz über die Bildung einer Landeskonferenz Versorgung (HmbLKVG) vom 19. Februar 2013. Fundstelle: HmbGVBl. 2013; S.45. Im Internet: www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psm1?showdoccase=1&st=lr&doc.id=jlr-LKVGHArahmen&doc.part=X&doc.origin=bs Stand: 11.05.2016
- 30 Niggeschmidt M. Ambulantisierung. Hamburg ist „Best-practice-Region“. *Hamburger Ärzteblatt* 2015; 07-08: 20–21. Im Internet: www.aerztekammer-hamburg.org/funktionen/aeonline/haeb_07_2015/page20.html#j20 Stand: 02.02.2016
- 31 Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit (HAG e.V.). Im Internet: www.hag-gesundheit.de/ Stand: 02.02.2016
- 32 Trojan A, Estorff-Klee A, (Hrsg.). 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und -bedarf am Beispiel Hamburgs. Hamburg: LIT Verlag; 2004
- 33 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz: Pakt für Prävention. Im Internet: www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention/ Stand: 02.02.2016
- 34 Bundeszentrale für gesundheitliche Chancengleichheit (BZgA) und Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Im Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=suche#suchmaske Stand: 02.02.2016
- 35 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Arbeitsschutz in Hamburg. Im Internet: www.hamburg.de/arbeitschutz/ Stand: 02.02.2016
- 36 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz: Instiut für Hygiene und Umwelt. Im Internet: www.hamburg.de/hu/ Stand: 02.02.2016
- 37 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen. Im Internet: www.hamburg.de/bsw/ Stand: 02.02.2016
- 38 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Umwelt und Energie. Im Internet: www.hamburg.de/bue/ Stand: 02.02.2016
- 39 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Inneres und Sport. Im Internet: www.hamburg.de/innenbehoerde/ Stand: 02.02.2016
- 40 Hamburger Sportbund. Im Internet: www.hamburger-sportbund.de/ Stand: 02.02.2016
- 41 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wirtschaft, Verkehr und Innovation. Im Internet: www.hamburg.de/bwvi/ Stand: 02.02.2016
- 42 Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi). 2015; Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland. Im Internet: www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/Studien/die-gesundheitswirtschaftliche-gesamtrechnung-fuer-deutschland,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf Stand: 11.05.2016
- 43 Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH. Gesundheitswirtschaft Hamburg – Zahlen – Daten – Fakten. Im Internet: www.gwhh.de/index.php/gesundheitsmetropole/zahlen-daten-fakten Stand: 02.02.2016
- 44 Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH. Gesundheitswirtschaft Hamburg. Im Internet: www.gwhh.de/ Stand: 02.02.2016
- 45 Walter U, Nöcker G, Pawils S et al. Memorandum – Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 382–388
- 46 Wildner M, Niehoff J-U, Hoffmann W. Entwicklungslinien der Sozialmedizin und Öffentlichen Gesundheit in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 113–119
- 47 Holleder A, Eicher A, Pfister F et al. Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch Gesundheitsregionen^{plus}: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. *Gesundheitswesen* 2015 Online-Publikation doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1555892> Stand: 11.05.2016
- 48 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015*. Im Internet: [www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/||%255B@attr_id=%27bgbl115s1368.pdf%27%255D#_bgbl__%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27\]_1453193028970](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/||%255B@attr_id=%27bgbl115s1368.pdf%27%255D#_bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27]_1453193028970) Stand: 02.02.2016