



Thomas Götz

Berlin als Gesunde Stadt – ein Hintergrundpapier aus der Verwaltungsperspektive

Berlin, 2021

Beitrag zu: Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg (Denkanstöße aus der Akademie ; 8)

Persistent Identifier: [urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36388](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36388)

Die vorliegende Datei wird Ihnen von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz zur Verfügung gestellt.



Berlin als Gesunde Stadt – ein Hintergrundpapier aus der Verwaltungsperspektive

Thomas Götz

Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

„...die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine sociale Wissenschaft“ – Salomon Neumann (1847) in „Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum“

Einleitung

Die Geschichte der Menschheit ist auch immer eine Geschichte der Urbanisierung (Wilson 2020). Städte bieten Bildungschancen, Sicherheit und Wohlstand aber auch Anonymität und Autonomie. Dabei korrelieren die sozioökonomischen Leistungen der Stadt überproportional zu der Gesamtgröße. Dieses „urban scaling law“, das sowohl historisch als auch weltweit beschreibbar ist, lässt sich u.a. auf die aktiveren sozialen Netzwerke und Netzwerkmöglichkeiten in einer urbanen Umgebung – auch zu Zeiten einer zunehmenden Globalisierung und Digitalisierung – zurückführen (Bettencourt 2013) und stellt einen weiteren Faktor in der Attraktivität der Stadt dar.

Bereits der Arzt Salomon Neumann (1819-1908) stellte mit dem oben angeführten Zitat eine enge Wesensverbundenheit zwischen sozialen und gesundheitlichen Fragestellungen fest. Dieser Gedanke sollte später von Rudolf Virchow (1821-1902), dem berühmten Arzt (und Politiker!) aufgegriffen und popularisiert werden, um schließlich in der bekannten Aussage zu münden: „Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen“ (R. Virchow (1848) in: Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift, erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849). Als diese Zitate getätigt wurden, war die Phase der Industrialisierung und damit auch einer Urbanisierung in vollem Gang. Durch die Verdichtung des Lebens entstanden auch zahlreiche „hygienische“ Probleme, die mit der städtischen Infrastruktur und den Lebensbedingungen in Verbindung gebracht wurden. Als klassische Beispiele seien hier die Cholera-Epidemie in London aus dem Jahr 1854 genannt, die der englische Arzt John Snow (1813-1858) nach einer epidemiologischen Kartografierung auf eine kontaminierte Wasserpumpe zurückführte (Fine, Victora et al. 2013) oder die Beschreibung des Zusammenhangs zwischen der infektiösen Natur der Tuberkulose, Armut und ungünstigen, verdichteten Lebensbedingungen, beginnend bei den Aufzeichnungen des französischen Arztes Jean-Antoine Villemin (1827-1892) (Zürcher, Ballif et al. 2016) (Barberis,

Bragazzi et al. 2017) bis hin zu den fotografischen Dokumentationen der Berliner Wohnbedingungen durch die Allgemeine Ortskrankenkasse in den Jahren 1915-1922 (https://digital.zlb.de/viewer/toc/34713152/0/LOG_0000/). Diese vielfältigen Erkenntnisse führten dazu, dass neben den zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten, auch immer mehr Ansätze zur Krankheitsprävention im Sinne der Verhältnisprävention etabliert wurden. Beispielhaft zu nennen seien hier der Bau der Kanalisationen der Großstädte oder die Ansätze der Wohnsiedlungen der Moderne, in denen auch immer ein gesundes Wohnumfeld mitgedacht wurde. Dies wird flankiert durch Artikel 155 der Verfassung der Weimarer Republik, der das Ziel benannte „jedem Deutschen eine gesunde Wohnung“ zu sichern. Doch was bedeutet eigentlich gesund?

Definitionen von Gesundheit oder der „healthy turn“

Die heute noch gängigste Definition von Gesundheit findet sich in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1946). Darin heißt es „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ Bereits in dieser Definition kommt die auch heute noch wahrgenommene Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit zum Ausdruck. Gleichwohl war die Zeit zwischen 1950 und 1980 vor allem durch die in rascher Folge eintretenden biomedizinischen Erkenntnisse geprägt, die v.a. die Beschreibung, das Verständnis und die Behandlung von Erkrankungen im Bereich der Individualmedizin zum Gegenstand hatten. Zwar wurden diese durch Präventionsüberlegungen sowohl im verhaltenspräventiven als auch verhältnispräventiven Bereich flankiert, jedoch zu einem geringeren Ausmaß. Der Bereich, der sich damit noch am intensivsten beschäftigte, war der Öffentliche Gesundheitsdienst, der aus der reinen Hygienekontrolle und „Gesundheitspolizei“ der Innenministerien herausgelöst einen bevölkerungsmedizinischen Ansatz verfolgte, der noch heute unter dem breiter gefassten Begriff der „public health“ wiederzufinden ist (Lindner 2011). Gleichwohl nahmen weltweit auch die Diskurse an Fahrt auf, die Gesundheit in einem breiteren Kontext als rein individualmedizinisch und krankheitsorientiert ausgerichtet verortet wissen wollten. Einflussfaktoren waren hier neben der zunehmenden Fokussierung auf sogenannte chronische Erkrankungen und deren Risikofaktoren (z.B. Lebensstilfaktoren beim metabolischen Syndrom und kardiovaskulären Erkrankungen) mit nachfolgenden starren Gesundheitserziehungsansätzen auch grundsätzliche wissenschaftstheoretische Neuansätze und dogmatische Hinterfragungen des biomedizinischen Modells in Folge der „1968er-Revolution“ (Neue Soziale Bewegung) (Dahme and Wohlfahrt 1997). Diese mündeten 1978 in

die Deklaration von Alma-Ata, in der das Menschenrecht auf Gesundheit hervorgehoben und eine breite gesundheitliche Primärversorgung unter Einbezug sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Expertise, also unter Einbezug sozio-ökonomischer Determinanten von Gesundheit, zum Standard werden sollte (Rifkin 2018). Damit spiegelt sich das biopsychosoziale Modell, das der US-Amerikanische Psychiater George Engel im Jahr 1977 formulierte (Engel 1977) auch in internationalen gesundheitspolitischen Leitlinien wider. Im Kern dieses Modells steht die Erkenntnis, dass zu Gesundheit (wie auch zu Erkrankungen) biologische, psychologische und soziale Faktoren beitragen, ohne, dass das Verhältnis zueinander a priori geklärt wäre oder dass die jeweiligen Bestandteile näher operationalisiert worden wären. Die Botschaft ist jedoch klar: Gesundheit ist ein komplexes Konstrukt, das nicht eindimensional betrachtet werden darf und kann (Gask 2018) (Bolton and Gillett 2019).

Darauf aufbauend fand 1986 die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt, deren Ergebnisse in der Ottawa-Charta festgehalten wurden (WHO 1986). Die große Leistung bestand dabei darin, die Herangehensweise an das Spektrum zwischen Gesundheit und Krankheit grundlegend zu ändern und eine Abkehr von einem vorrangig defizit-orientierten Gesundheitsverständnis hin zu einem ressourcen-orientierten Gesundheitsverständnis zu propagieren. Im Fokus stand nunmehr die Ausrichtung an dem Leitgedanken der Gesundheitsförderung und die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik („health in all policies“). Die Umsetzung dieser Neuausrichtung ist dabei nur möglich, wenn ein gemeinsames (lokales) Gesundheitsverständnis geschaffen wird und neben dem Einbezug der Gemeinschaft insbesondere auch die politischen Gestaltungsmöglichkeiten erkannt und genutzt werden. Abbildung 1 zeigt das daraus resultierende Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung mit den Ebenen-spezifischen Handlungsansätzen. Ergänzt werden diese durch die in der Ottawa-Charta propagierten Handlungsstrategien (Kaba-Schönstein 2018):

- 1) Advocacy im Sinne eines aktiven Eintretens aller für Gesundheit
- 2) Enable im Sinne einer Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit
- 3) Mediate im Sinne einer Vernetzung und aktiven Kooperation aller beteiligter Akteure

Einen weiteren konzeptionellen Rahmen erhielt dieses neue Verständnis von Gesundheit durch die Arbeiten des amerikanisch-israelischen Arztes Aaron Antonovsky (1923-1994). Dieser formulierte ausgehend von Untersuchungen bei Holocaust-Überlebenden, die trotz ihrer extremen Erfahrungen über ein gutes Wohlbefinden berichteten, in den 1970er-Jahren das Modell der Salutogenese. Dieses bietet – im Gegensatz zu der Pathogenese – einen Erklärungsansatz dafür, was Menschen gesund macht und hält. Damit hat es viele Anknüpfungspunkte zu den aktuellen Forschungen und Ansätzen zur Resilienzförderung. Im Zentrum des salutogenetischen Ansatzes steht laut Antonovsky das Kohärenzgefühl, das durch die Faktoren Verständlichkeit, Praktikabilität und Sinnhaftigkeit/Bedeutung beeinflusst

wird. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl bedingt, bzw. fördert Gesundheit. Dabei ist das Kohärenzgefühl nicht als isolierter interner Vorgang zu betrachten, sondern wird auch durch äußere gesundheitsförderliche und gesundheitskritische Faktoren beeinflusst. Gesundheit ist demnach ein dynamischer Prozess und keine absolute Größe (Antonovsky 1985, Lindström and Eriksson 2006) (Färber and Rosendahl 2018). Damit steht dieses dynamische, relative Konzept im Kontrast zu der eher statischen, absoluten Definition von Gesundheit der WHO. Auch heute gibt es eine Vielzahl von Definitionen, wobei sich die dynamische Sichtweise gepaart mit dem Ansatz, Gesundheit nicht als ultimativen Zweck zu sehen, sondern als Mittel zum Zweck (nämlich die Anpassung an emotionale, physische und soziale Situationen als Individuum aber auch als Teil einer Gemeinschaft) zunehmend durchgesetzt hat (Huber, Knottnerus et al. 2011, Leonardi 2018, McCartney, Popham et al. 2019). Dieser inklusivere Blick – denn dadurch ist es auch „möglich“, dass chronisch kranke Menschen Gesundheit als Ressource besitzen und entwickeln – ist auch für die Gesundheitsförderung von großer Bedeutung, ermöglicht er doch eine vielschichtige Herangehensweise und stellt die Rationale für einen gesundheitsförderliche Politik in allen Politikfeldern (health in all policies) dar.

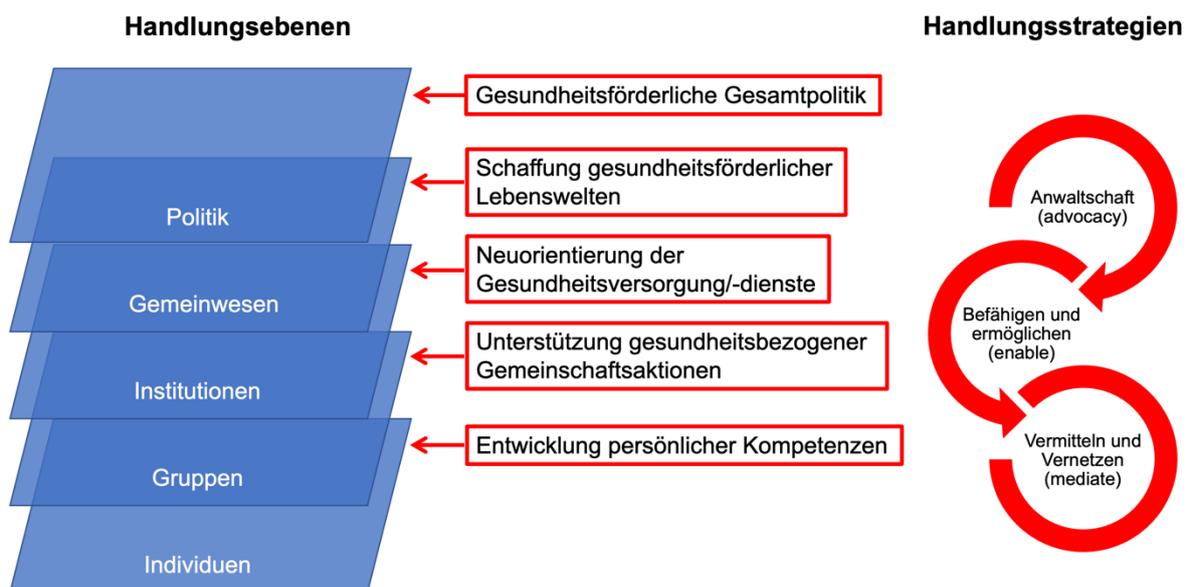


Abb.1: Handlungsebenen und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta (1986). Adaptiert von Kaba-Schönstein (2018).

Von Gesundheit zur Gesunden Stadt („healthy city“)

Der Trend zur Urbanisierung bleibt ungebrochen. Anfang der 2000er Jahre lebten erstmals gleich viele Menschen in der Stadt wie auf dem Land. Heute, 20 Jahre später und mehr als 150 Jahre nach Virchow leben weltweit 2/3 der Menschen in einer urbanen Umgebung (Rydin, Bleahu et al. 2012). Daher ist es umso wichtiger denn je, die komplexen Interaktionen

zwischen Umwelt, Umgebung, Lebenswelt, Lebensstil, Gesundheit und Krankheit im urbanen Umfeld zu bewerten und zu beeinflussen. Eine Konsequenz der Ottawa-Charta von 1986 war die Erkenntnis, dass Städte als lebensweltnahe Organisationsformen der Gemeinschaft in der Förderung von Gesundheit eine bedeutende Rolle spielen. Dies sollte der Startschuss für das WHO Healthy Cities Netzwerk sein, welches zunächst in der Europäischen WHO-Region in den Jahren 1986 ff. etabliert wurde (Ashton, Grey et al. 1986). Die Kernidee ist die Realisierung eines sozio-ökologischen Ansatzes der Gesundheitsförderung durch Bürger:innenpartizipation, intersektorale Zusammenarbeit, aktive politische Beteiligung und konkrete Implementierung. In der europäischen WHO-Region werden seit 1988 jeweils ca. 5-Jahre dauernde Entwicklungsphasen mit Schwerpunkten definiert (s. Abbildung 2). Die daran beteiligten Städte können variieren. Im Zentrum der Phase I stand dabei der Aufbau von städtischen Gesundheitsnetzwerkstrukturen und -metastrukturen auf nationaler Ebene. So wurde in Deutschland 1989 in Frankfurt/Main das nationale Gesunde-Städte-Netzwerk gegründet. Waren initial zehn Städte und ein Landkreis beteiligt, ist das deutsche Netzwerk mittlerweile auf 90 Kommunen gewachsen, darunter 45 Großstädte, das Land Berlin und 9 Berliner Bezirke. Insgesamt sind in dem Netzwerk damit über 24 Mio. Einwohner:innen vertreten (<https://gesunde-staedte-netzwerk.de/>).

Phase	Periode	Ziele
I	1988-1992	Aufbau von (nationalen) Netzwerkstrukturen
II	1993-1997	Entwicklung gesundheitsförderlicher Politikansätze, umfassende Aktionspläne für eine gesunde Stadt ausgerichtet an Gleichheit und Nachhaltigkeit
III	1998-2002	Übergang von reiner Gesundheitsförderung zu integrierten Gesundheitsstadtentwicklungskonzepten, systematisiertes Monitoring und Evaluation
IV	2003-2008	Fokus auf Gesundes Altern, gesunde Stadtplanung, Gesundheitsfolgenabschätzung und aktives Leben
V	2009-2013	Umsetzung von Gesundheit in allen Politikfeldern, v.a. im Sozialen Bereich, hinsichtlich gesunder Lebensumstände und in Bezug auf eine gesunde Stadtentwicklung
VI	2014-2018	Fokus auf Lebensspannen-orientierte Gesundheitspolitik: Frühkindliche Entwicklung & Altern sowie auf große gesundheitliche Themenfelder: Körperliche Inaktivität, Übergewicht Tabak- und Substanzkonsum, psychische Gesundheit. Dazu: personen-zentrierte Gesundheitsversorgung und Förderung einer resilienten Gemeinschaft
VII	2019-2025	Synchronisation mit globalen Themen der Nachhaltigen Entwicklungsziele der UN basierend auf einem „think global, act local“-Ansatz als treibender Kraft

Abb. 2: Die 7 Phasen des WHO Europe Healthy Cities Programmes 1988-2025 (WHO-Europe 2021)

Das Netzwerk stellt eine praktische Umsetzung der Ottawa-Charta dar: Es organisiert Veranstaltungen und jährliche Netzwerktreffen, macht gesundheitspolitische Empfehlungen und verfügt neben regionalen Netzwerken (Berlin seit 1999)¹ über derzeit 9 Kompetenzzentren, die sich für das Netzwerk thematischen Schwerpunkten widmen. Dazu gehören u.a. die Bereiche Migration, Integration und (öffentliche) Gesundheit, kommunale Gesundheitsförderungskonferenzen, Gesundheit im Alter, integrierte kommunale Strategien, Gesundheitsförderung – und Berichterstattung im Kindes- und Jugendalter, Gesundheitsberichtserstattung sowie Umsetzung des Präventionsgesetzes nach § 20a SGB V. Dabei wirken Politik/Verwaltung und zivilgesellschaftliche Initiativen, Vereine und Träger aus der Gesundheits- und Selbsthilfearbeit immer auf Augenhöhe zusammen.

Die Mitgliedschaft setzt eine formale Bewerbung durch die jeweilige politische Führungskraft bei der WHO European Region voraus, die Bereitstellung von finanziellen Ressourcen, die Teilnahme an nationalen und regionalen Netzwerken und die Erfüllung von Qualitätskriterien, die von der WHO für die jeweilige Phase in einem Rahmenwerk festgelegt werden (u.a. Existenz eines urbanen Gesundheitsentwicklungsplans).

Die aktuelle Phase VII (2019-2025) setzt den Schwerpunkt in die Umsetzung des Konsenses der Kopenhagener Tagung der Bürgermeister aus dem Jahr 2018. (Abb. 3).

¹ Die Stadt/das Land Berlin ist seit 2002 Mitglied, einzelne Bezirke schon früher (z.B. der Alt-Bezirk Charlottenburg seit 1991). Derzeit sind neben "Berlin" 9 weitere Bezirke Mitglied (durch die Bezirksreform meistens seit 2001/2002: Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf, Mitte, Neukölln, Pankow, Tempelhof-Schöneberg und Treptow-Köpenick. Tempelhof-Schöneberg kam als bislang letzter teilnehmender Bezirk 2009 hinzu)

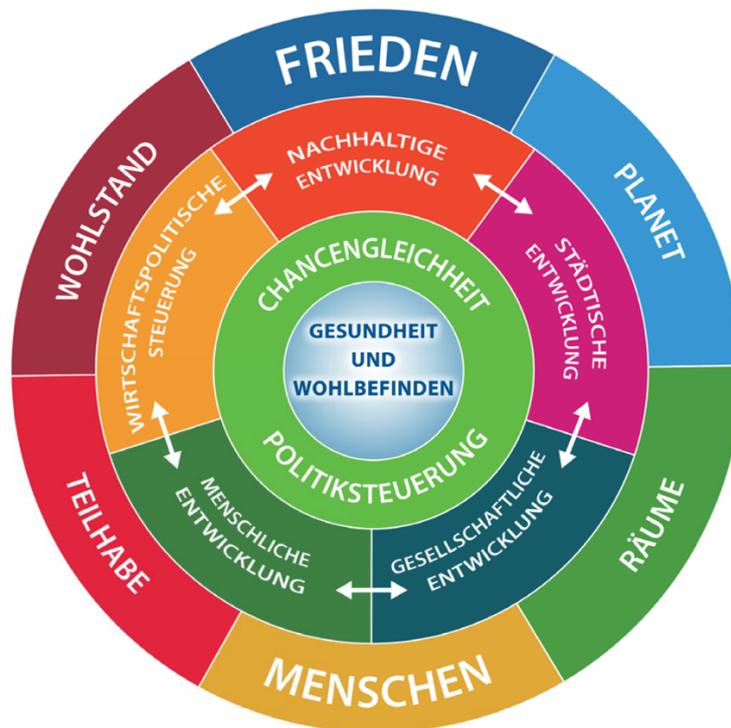


Abb. 3: Die Kopenhagener Erklärung der Bürgermeister (WHO-Europe 2018)

Dieser synchronisiert die nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen mit den Zielen des Healthy Cities-Netzwerkes und setzt diese in einen interdependenten, gleichzeitig regionalen und globalen Kontext. Im Konsens wird noch einmal deutlich die herausragende Stellung der Städte bei der Bewältigung der globalen Herausforderungen betont. In der Phase VII nehmen 85 Städte, darunter zwei in Deutschland (Dresden und Düsseldorf) teil. Der große Vorteil des Gesunde-Städte-Ansatzes liegt nicht nur wegen der großen Reichweite direkt in den Lebensrealitäten der Bürger:innen auf der Hand. Gebietskörperschaften (hier: Städte) sind Garanten der Daseinsvorsorge (vgl. § 28 (1) Grundgesetz: „...Den Gemeinden muß das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln.“). Grob gesagt beinhaltet die Daseinsvorsorge das Vorhalten/die Organisation aller für die menschliche Existenz notwendiger Dienstleistungen und Güter, an denen ein öffentliches Interesse besteht. Auch wenn die Daseinsvorsorge einen unbestimmter Rechtsbegriff darstellt, besteht Konsens, dass zur Daseinsvorsorge auch die gesundheitliche Daseinsvorsorge gehört (Neu 2009). Allerdings ist die Reichweite derselben abhängig von der jeweiligen Perspektive, aus der man darauf blickt. Kim et al. unterscheiden hier drei große Ansätze: 1) Die „Urbane Gesundheitswissenschaft“ mit Fokus auf der Beschreibung von städtischen Gesundheitsproblemen und technischen Lösungsansätzen, 2) die „Gesunde Stadtplanung“, die aus einer geografisch-räumlichen Planungskultur stammt sowie die 3) „Gesunde Stadt“ im Sinne des „Gesunde Städte-Netzwerkes), die einen großen Fokus auf soziale Determinanten von Gesundheit und Werte-basierte Ansätze wie Solidarität,

Empowerment, Chancengleichheit und Nachhaltigkeit legt (Kim, de Leeuw et al. 2020). Letzteres eignet sich daher aber auch besonders dazu, die beiden anderen Ansätze zu integrieren, auch wenn die kontinuierliche Öffnung hin zu diesen unterschiedlichen Kulturen immer wieder eine Herausforderung darstellt. Darüber hinaus bietet das Gesunde-Städte-Netzwerk einen äußeren Rahmen und Strukturen, die eine Anpassung, eine Umsetzung und ein Monitoring – auch aus Sicht einer Verwaltung – erheblich vereinfachen (de Leeuw, Green et al. 2015). Wichtig ist dabei den Bezug zu den Bürger:innen nicht zu verlieren. Daten und Indikatoren dürfen dabei nicht einem Selbstzweck dienen sondern müssen partizipativ an die Beteiligten rückgekoppelt und in eine konkret erlebbare Gestaltung umgesetzt werden („Daten für Taten“) (de Leeuw 2017). Neuen Aufwind erfährt die Idee der „healthy city“ auch durch Adaptation des Konzeptes in den schnell wachsenden urbanen Agglomerationen in China (Yang, Siri et al. 2018) und blickt damit gut gerüstet und mit weiteren Vernetzungspotentialen in die Zukunft.

Gesunde Politik – gesunde Verwaltung

Als Ambrogio Lorenzetti 1338/1339 – also vor den großen Pestepidemien des Mittelalters/der frühen Neuzeit – die großen Fresken zu der guten und der schlechten Regierung und deren jeweiligen Auswirkungen auf die Stadt und das Land im Ratssaal des Stadtstaates Siena malte (Abb. 4), lag der Fokus naturgemäß nicht auf unseren heutigen Vorstellungen einer gesunden Stadt (Starn 1987, Boucheron 2013). Die Fresken stellen allerdings den noch heute gültigen Zusammenhang zwischen Wohlstand (Wohlbefinden), baulicher und infrastruktureller Entwicklung, Stabilität und Sicherheit und einer gütigen, dem Gemeinwohl verpflichteten Regierung dar. Eine gute – in unserem Sinne: Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik – kann nur stattfinden, wenn a) ein breites Interesse für das Thema Gesundheit besteht, bzw. geschaffen werden kann und b) eine entsprechend gut aufgestellte Verwaltungsstruktur diesen politischen Willen spiegelt und unterstützt.

Wesentliche Elemente sind dabei eine gute und klare Gesundheits- und Wissenschaftskommunikation (Rose, Markowitz et al. 2020) sowie die nachhaltige Arbeit an einer evidenz-informierten Politik, die auch gesundheitliche Aspekte berücksichtigt und die es schafft, Interesse an einer systemischen, partizipativen und transdisziplinären Herangehensweise an komplexe Herausforderungen zu wecken und in einen Gestaltungswillen umzusetzen, der auch über reguläre Legislaturperioden hin anhält (Newson, King et al. 2018, Lowe, Hooper et al. 2019, Haynes, Garvey et al. 2020, Lamont 2021).



Abb. 4: Ambrogio Lorenzetti 1338/1339. Die Auswirkungen der guten Regierung auf die Stadt. Palazzo Pubblico Siena, Q: Alamy

Der Grund dafür liegt darin, dass überkomplexe, multifaktorielle Probleme, insbesondere sogenannte „wicked problems“, oft nicht in kurzen Zeitspannen zu bewältigen sind, es sich aber dennoch lohnt, diese konsequent anzugehen (Sturmberg 2021). Eine besondere Rolle kommt hierbei der Legislatur-übergreifenden Verwaltung zu. Neben einem im positiven Sinn Impulsbewahrenden Charakter hat sie auch das Potential, Ideen zu vermitteln und Innovationen anzutreiben. Dies sollte gezielt entwickelt und genutzt werden, gerade auch vor dem Hintergrund des „healthy cities“-Ansatzes eines Dialogs mit der Zivilgesellschaft auf Augenhöhe.

Fazit und Ausblick für Berlin

Berlin als größte Stadt Deutschlands, die sich aus 12 Großstädten zusammensetzt hat große Potentiale, sich zu einem führenden Akteur im „Gesunde Stadt“-Diskurs zu entwickeln, bereits seit einigen Jahren sind 9 der 12 Bezirke Mitglied und das gesamte Land Berlin seit 2002. So wurden bezirkliche Strukturen wie z.B. die direkt bei den für den Bereich Gesundheit politisch verantwortlichen Bezirkstadträt:innen angesiedelten Organisationseinheiten Qualität, Planung und Koordination des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (QPKs) geschaffen. In diesen ist z.B. neben dem Thema Gesundheitsförderung/Prävention auch die Gesundheitsberichtserstattung („Daten für Taten“) und Planung verortet und eine lokale Vernetzung zwischen Politik, Verwaltung und zivilgesellschaftlichen Akteuren ist somit gewährleistet. Etwas misslich ist der Umstand, dass nicht alle Bezirke Teil des Gesunde-Städte-Netzwerkes sind, was auch die Interaktion und gemeinsame Entwicklung zwischen der Landes- und der Bezirksebene

komplizierter gestaltet. An einer gesamtstädtischen, gemeinsamen und sichtbaren Haltung sollte hier weiter intensiv gearbeitet werden.

Entwicklungspotential wird nach wie vor in der Etablierung und Umsetzung eines Health in All Policies- (Shankardass, Muntaner et al. 2018), bzw. eines Health Equality in all Policies-Ansatzes (Ritsatakis, Ostergren et al. 2015) (Scheele, Little et al. 2018) gesehen. Die grundsätzlichen Voraussetzungen dafür sind sowohl auf Bezirks- als auch auf Landesebene gegeben. Dabei sollten dringend auch die Chancen und Risiken der Digitalisierung mit in die Betrachtung einbezogen werden (Mouton, Ducey et al. 2019).

Drei Stellschrauben sollen hier noch einmal besonders hervorgehoben werden:

1. Politik und Bürger:innen:

Alle Gesetzesvorhaben sollen auf positive und negative gesundheitliche Auswirkungen (Gesundheitsfolgenabschätzung) geprüft werden und werden beispielweise durch ein bei der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung angesiedeltes Beratungsgremium, in dem sowohl Gesundheitsexpert:innen als auch Vertreter:innen der Zivilgesellschaft vertreten sind, unterstützt.

2. Verwaltung:

Für die Umsetzung bedarf es entsprechender finanzieller aber v.a. auch personeller Ressourcen.

3. Wissenschaft:

Neben einer divers aufgestellten exzellenten Berliner Hochschullandschaft und weiteren Wissenschaftseinrichtungen, existieren bereits eine Vielzahl von Datenquellen in Berlin (siehe hierzu z.B. <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/> und <https://www.gbe-bund.de/gbe/>) mit dem Potential, diese gezielt auszuweiten bzw. für spezifische Fragestellungen anzupassen. Voraussetzung dafür ist ein public health Datenerhebungs- und Datenmanagementkonzept. Dieses sollte im Rahmen von public academic-partnerships (Salerno, Dixon et al. 2011); (Kilbourne, Neumann et al. 2012); (Kang-Yi 2019) entwickelt werden. Unter strukturell-steuernden und synergetischen Gesichtspunkten würde sich hier v.a. die Etablierung eines Senatsressorts mit den Bereichen Wissenschaft, Forschung und Gesundheit unter einem Dach bezahlt machen, zumindest aber die Einrichtung eines Landes-Förderprogramms für public-academic-Partnerships zu „urban health“ unter Beteiligung dieser Akteure (siehe hierzu auch die Ausführungen in dem Hintergrundpapier zu „Psychischer Gesundheit“).

Es wäre zu wünschen, dass die COVID-19-Pandemie, die uns überdeutlich die Intersektoralität von Gesundheitsthemen vor Augen geführt hat (z.B. im Bereich Jugend und Bildung oder Soziales) mit Hilfe eines kritischen „lessons learnt“ hier Anschub und Motor für derartige Entwicklungen sein könnte (Monti, Torbica et al. 2021).

Literatur

- Antonovsky, A. (1985). "The life cycle, mental health and the sense of coherence." Isr J Psychiatry Relat Sci **22**(4): 273-280.
- Ashton, J., et al. (1986). "Healthy cities — WHO's New Public Health initiative." Health Promotion International **1**(3): 319-324.
- Barberis, I., et al. (2017). "The history of tuberculosis: from the first historical records to the isolation of Koch's bacillus." J Prev Med Hyg **58**(1): E9-e12.
- Bettencourt, L. M. A. (2013). "The Origins of Scaling in Cities." Science **340**(6139): 1438-1441.
- Bolton, D. and G. Gillett (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*. Cham (CH), Palgrave Pivot Copyright 2019, The Editor(s) (if applicable) and The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Switzerland AG. This book is an open access publication.
- Boucheron, P. (2013). Conjurer la peur. Siècle, 1338. Essai sur la force politique des images Seuil, Paris.
- Dahme, H.-J. and N. Wohlfahrt (1997). "Paradigmawechsel in der Prävention—von der Gesundheitsförderung zum Gesundheitsmanagement? ." Zeitschrift für Sozialreform **43**(10): 778-803.
- de Leeuw, E. (2017). "Healthy Cities are back! (They were never gone)." Health Promotion International **32**(4): 606-609.
- de Leeuw, E., et al. (2015). "Policymaking in European healthy cities." Health Promot Int **30 Suppl 1**: i18-i31.
- Engel, G. L. (1977). "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine." Science **196**(4286): 129-136.
- Färber, F. and J. Rosendahl (2018). "The Association Between Resilience and Mental Health in the Somatically Ill." Dtsch Arztebl Int **115**(38): 621-627.
- Fine, P., et al. (2013). "John Snow's legacy: epidemiology without borders." Lancet **381**(9874): 1302-1311.
- Gask, L. (2018). "In defence of the biopsychosocial model." Lancet Psychiatry **5**(7): 548-549.
- Haynes, A., et al. (2020). "What Can Policy-Makers Get Out of Systems Thinking? Policy Partners' Experiences of a Systems-Focused Research Collaboration in Preventive Health." International Journal of Health Policy and Management **9**(2): 65-76.
- Huber, M., et al. (2011). "How should we define health?" Bmj **343**: d4163.
- Kaba-Schönstein, L. (2018). "Gesundheitsförderung 1: Grundlagen." Retrieved 12.09.2021, from <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen/>.
- Kang-Yi, C. D. (2019). "Optimizing the Impact of Public-Academic Partnerships in Fostering Policymakers' Use of Research Evidence: Proposal to Test a Conceptual Framework." JMIR Res Protoc **8**(5): e14382.

- Kilbourne, A. M., et al. (2012). "Public-academic partnerships: evidence-based implementation: the role of sustained community-based practice and research partnerships." Psychiatr Serv **63**(3): 205-207.
- Kim, J., et al. (2020). "The three paradigms on urban health." European Journal of Public Health **30**(Supplement_5).
- Lamont, T. (2021). "But Does It Work? Evidence, Policy-Making and Systems Thinking Comment on "What Can Policy-Makers Get Out of Systems Thinking? Policy Partners' Experiences of a Systems-Focused Research Collaboration in Preventive Health"." Int J Health Policy Manag **10**(5): 287-289.
- Leonardi, F. (2018). "The Definition of Health: Towards New Perspectives." International Journal of Health Services **48**(4): 735-748.
- Lindner, U. (2011). Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit: Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Lindström, B. and M. Eriksson (2006). "Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development." Health Promot Int **21**(3): 238-244.
- Lowe, M., et al. (2019). "Evidence-Informed Planning for Healthy Liveable Cities: How Can Policy Frameworks Be Used to Strengthen Research Translation?" Curr Environ Health Rep **6**(3): 127-136.
- McCartney, G., et al. (2019). "Defining health and health inequalities." Public Health **172**: 22-30.
- Monti, M., et al. (2021). "A new strategy for health and sustainable development in the light of the COVID-19 pandemic." The Lancet.
- Mouton, M., et al. (2019). "Towards 'smart cities' as 'healthy cities': health equity in a digital age." Can J Public Health **110**(3): 331-334.
- Neu, C. H. (2009). Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung., VS – Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Newson, R., et al. (2018). "Looking both ways: a review of methods for assessing research impacts on policy and the policy utilisation of research." Health Res Policy Syst **16**(1): 54.
- Rifkin, S. B. (2018). "Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity." BMJ Glob Health **3**(Suppl 3): e001188.
- Ritsatakis, A., et al. (2015). "Tackling the social determinants of inequalities in health during Phase V of the Healthy Cities Project in Europe." Health Promot Int **30** **Suppl 1**: i45-i53.
- Rose, K. M., et al. (2020). "Scientists' incentives and attitudes toward public communication." Proceedings of the National Academy of Sciences **117**(3): 1274-1276.
- Rydin, Y., et al. (2012). "Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century." The Lancet **379**(9831): 2079-2108.
- Salerno, A., et al. (2011). "Public-academic partnerships: a public-academic partnership to support a state mental health authority's strategic planning and policy decisions." Psychiatr Serv **62**(12): 1413-1415.

Scheele, C. E., et al. (2018). "Governing health equity in Scandinavian municipalities: The inter-sectorial challenge." Scand J Public Health **46**(1): 57-67.

Shankardass, K., et al. (2018). "The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action." Health Res Policy Syst **16**(1): 26.

Starn, R. (1987). "The Republican Regime of the "Room of Peace" in Siena, 1338-40." Representations(18): 1-32.

Sturmberg, J. P. (2021). "Without Systems and Complexity Thinking There Is no Progress - or Why Bureaucracy Needs to Become Curious; Comment on "What Can Policy-Makers Get out of Systems Thinking? Policy Partners' Experiences of a Systems-Focused Research Collaboration in Preventive Health"." International Journal of Health Policy and Management **10**(5): 277-280.

WHO (1946). "Constitution of the World Health Organization." Retrieved 12.09.2021, 2021, from <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

WHO (1986). "OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION." Health Promotion International **1**(4): 405-405.

WHO-Europe (2018). "Konsens der Kopenhagener Tagung der Bürgermeister - Gesundere und glücklichere Städte für alle." from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2018/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all-2018>.

WHO-Europe (2021). "Phases of the Network." Retrieved 12.09.2021, from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/phases-of-the-network>.

Wilson, B. (2020). Metropolis - A History of the City. Humankind's greatest Invention., Penguin Randomhouse.

Yang, J., et al. (2018). "The Tsinghua-Lancet Commission on Healthy Cities in China: unlocking the power of cities for a healthy China." Lancet **391**(10135): 2140-2184.

Zürcher, K., et al. (2016). "Tuberculosis Mortality and Living Conditions in Bern, Switzerland, 1856-1950." PLoS One **11**(2): e0149195.