

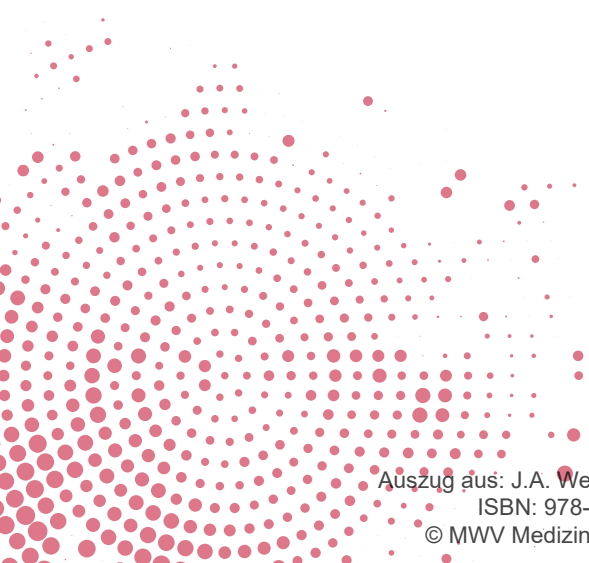


Transformation Ebene 1: Mensch, Gesellschaft und Gesundheit

Auszug aus: J.A. Werner | A. Schmidt-Rumpoß (Hrsg.) Human Hospital.

ISBN: 978-3-95466-855-7. Urheberrechtlich geschützt.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2024



1

Annäherung an ein neues Menschenbild in der Medizin

Jochen A. Werner

Ein normaler Werktag in Deutschland morgens um sieben Uhr: Viele hunderttausend Menschen drängen sich in Treppenhäusern und vor Hauseingängen und warten. Nein, sie warten nicht auf die Öffnung des Discounters, um bloß nicht das aktuelle Angebot zu verpassen. Sie warten auf Einlass, Einlass in eine von über 60.000 Arztpraxen, um dann gewöhnlich gegen acht Uhr endlich ins Wartezimmer gelassen zu werden. Dort heißt es weiter warten, bis der Haus- oder Facharzt endlich die durchschnittlich gut sieben Minuten Zeit findet (in Schweden übrigens über 20 Minuten), sich um seinen Patienten zu kümmern. 250 Werktage im Jahr das gleiche Bild und man muss kein Betriebs- oder Volkswirtschaftler sein, um zu erahnen, welche gigantischen Ressourcen an Arbeitszeit und damit Geld hier von Montag bis Freitag verschleudert werden. Und man muss auch kein Mediziner sein, um sich vorzustellen, dass es in dieser kurzen Behandlungs- und Gesprächszeit insbesondere bei einer Erstdiagnose schwierig ist, sich ein genaues Bild von den Beschwerden und damit von einer exakten Diagnose mit anschließender maßgeschneiderter Therapie zu machen.

1.1 Istzustand

Dieser szenische Einstieg in das Thema will keineswegs die Haus- und Fachärzte angreifen, die jeden Tag für ihre Patienten Großartiges leisten. Ganz im Gegenteil: Der „Massenbetrieb“ ist ja gerade Ausdruck ihres ärztlichen Ethos, ihres unermüdlichen Strebens, allen Menschen zu helfen, jedem gerecht zu werden, niemanden nicht zu behandeln. Sie reiben sich jeden

Tag in ihren Praxen auf, ohne aber natürlich in ihrem Kosmos und ihrem Verantwortungsbereich das System verbessern zu können. Aber auch die Arbeitszeit und die Kraft der Ärzte in Praxis und Krankenhaus sind beschränkt, zumal ein wesentlicher Teil davon auf Dokumentation, die Erfüllung von Vorschriften und die Abrechnung der erbrachten Leistungen verwendet wird, anstatt auf das Patientengespräch und die Behandlung. Nicht nur die Patienten,

sondern auch und gerade die niedergelassenen Ärzte sind Leidtragende eines Gesundheitssystems und einer verfestigten Fortschrittsverweigerung, die Deutschland langsam, aber mit jedem Tag deutlich spürbarer von einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung entfernt. Nicht

Das deutsche Gesundheitssystem gehört nicht mehr zu den Besten.

viel besser ist die Situation in den Kliniken, wo ebenfalls – auch bei elektiven Eingriffen

– unnötige Wartezeiten, ineffiziente Prozessabläufe, die Suche nach freien Betten und Kapazitäten eher die Regel als die Ausnahme sind – von teilweise untragbaren Zuständen in den Notaufnahmen ganz zu schweigen.

! Vor allem bleibt eines auf der Strecke: Menschlichkeit!

Bevor der mitunter komplexe Sachverhalt weiter erläutert wird, muss in diesem Zusammenhang mit einem Missverständnis, einem verbreiteten Selbstbetrug aufgeräumt werden: Dass Deutschland über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfügt. Das mag vielleicht einmal so gewesen sein, ist aber aktuell definitiv nicht mehr der Fall. Richtig ist vielmehr, dass wir in Deutschland trotz Ausgabe von fast einer halben Billion Euro jährlich (!) für Gesundheitsdienstleistungen eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung sowie – mit zunehmender Dynamik – ein ungesteuertes Krankenhaussterben verzeichnen. Obwohl es im Vergleich mit dem europäischen Schnitt ausreichend Pflegekräfte gibt, spürt man auch an der Universitätsmedizin Essen schmerzhaft den Mangel an gut ausgebildeten Pflegekräften, übrigens auch den Mangel an gut ausgebildetem Personal in fast allen anderen Berufsfeldern. Dafür gibt es jedoch bundesweit viel zu viele Krankenhausbetten, eine weit überbordende Bürokratie und das Primat des Datenschutzes statt des Patientenwohls. Deutschland ist leider zunehmend perfekt darin, risikoscheu zu agieren, Chancen und Perspektiven neuer Techno-

logien geradezu reflexartig zunächst einmal abzuwürgen, statt zu fördern. Ein gutes Beispiel für diese Verweigerungshaltung – just beim Schreiben dieses Beitrags – ist der im Dezember 2023 geschlossene EU AI Act, also die Verordnung zur Regulierung und Steuerung von Künstlicher Intelligenz.

Man kann zurecht die Frage stellen, ob es nicht prinzipiell naiv ist, seitens der EU die wahrscheinlich wirtschaftlich und technologisch wichtigste Kraft, eben die Künstliche Intelligenz, überhaupt regulieren zu wollen. Zumal in anderen Teilen der Welt diese staatliche Regulierung, im Übrigen auch noch ein bürokratisches Monster, überhaupt nicht zur Debatte steht: Eine Geisteshaltung, die zunächst nach Hindernissen und nicht nach Chancen sucht, die immer erst reguliert statt fördert, die Kreativität unterdrückt und auf Gleichmacherei setzt. Um es klar zu sagen: Es soll keineswegs für eine ungehinderte Ausbreitung einer zweifellos risikobehafteten Technologie plädiert werden. Im Gegenteil: Es muss gerade in der Medizin bei solchen Themen achtsam gehandelt werden, das ist auch gelebter Standard bei der Einführung neuer Verfahren, Operationstechniken oder Medikamente. Aber das Verhältnis zwischen Fortschrittsoffenheit und gerechtfertigter Skepsis, zwischen Optimismus und Pessimismus, zwischen Machen und Verweigern ist grundsätzlich aus der Balance geraten.

Das zweite Missverständnis neben der irrigen Annahme, unser Gesundheitssystem sei Weltspitze, ist die Verwendung des Terminus. Das Wort „System“ suggeriert Effizienz, ineinandergreifende Zahnräder, ganzheitliches Denken, ein harmonisches Zusammenwirken im Sinne eines übergeordneten Ziels. Dabei ist das genaue Gegenteil richtig: Unser Gesundheits-„System“ besteht aus Silos und Sektoren mit teils widerstrebenden Partikularinteressen, deren Schnitt- und Übergabestellen demzufolge mehr schlecht als recht funktionieren. Jeder Patient erlebt dies auf seiner Reise – manchmal auch seiner Odyssee – zwischen Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege-

heim. Der Terminus wird in diesem Beitrag dennoch weiterverwendet, einfach weil er eingeführt und bekannt ist. Man sollte aber niemals vergessen, dass das Gesundheitssystem eben kein funktionierender Organismus, keine geschmierte Prozesskette ist, sondern vielmehr von tiefen Gräben, Mauern und knallharten Individualinteressen geprägt ist.

1.2 Neue Patientenrolle

Zurück zum Eingangsbeispiel und der Rolle des Patienten: Es ist unklar, ob die immer noch sehr untertänige Mentalität gegenüber den Ärzten und allen übrigen Leistungserbringern etwas mit der obrigkeitshörigen deutschen Mentalität zu tun hat oder eher damit, sich in der Mangelwirtschaft Gesundheitssystem tunlichst nicht unbeliebt zu machen, um überhaupt noch behandelt zu werden. Wahrscheinlich liegt die Wahrheit in der Mitte. Klar ist aber: Die Maßstäbe haben sich verschoben, und wer in letzter Zeit einmal auf der Suche nach einem Handwerker war, hat ebenfalls erlebt, dass sich die eigene Rolle und Position von der eines Kunden immer mehr zu der eines Bittstellers verändert hat.

Es fehlt häufig an Wertschätzung gegenüber den Patienten. Und auch dies ist kein Vorwurf an die Menschen mit Patientenkontakt, kein Vorwurf an Ärzte, Pflegepersonal, Sprechstundenhilfen, MTAs und MFAs. Ich bin fest davon überzeugt und habe es in meiner ärztlichen Karriere durchgängig erlebt, dass alle diese Menschen fast ausnahmslos gewillt sind, das Beste für die Patienten zu erreichen, Freundlichkeit, Wärme und Wertschätzung eingeschlossen. Aber es fällt eben schwer, in einem zunehmend dysfunktionalen, an vielen Stellen von Überlastung geprägten Gesundheitssystem freundlich und wertschätzend zu sein, wenn zehn Patienten am Tresen in der Praxis stehen oder auf Station im Krankenhaus das Telefon ohne Unterlass klingelt, wenn man gerade im Gespräch mit Patienten ist. Nicht nur die Pa-

tienten selbst, auch die Leistungserbringer sind Opfer jahrzehntelanger struktureller Versäumnisse. Soweit die Zustandsbeschreibung, soweit das Delta zu einer menschenzentrierten Medizin, zu einem Human Hospital.

! Denn die zentrale Frage ist: Wie können die Zustände verändert und verbessert werden? Die Antwort lautet: durch den smarten Patienten.

Um gleich Missverständnissen vorzubeugen: Der Idealtyp des smarten Patienten ist (noch) keine Realität, die man sich durch die Benennung eines Begriffs gleichsam herbeizaubern kann. Der smarte Patient ist vielmehr das Endresultat eines Prozesses, der Änderung von Denk- und Verhaltensweisen. Andererseits liegt der smarte Patient auch nicht in der utopischen Zukunft. Er steht gewissermaßen schon vor der Tür. Es braucht nicht viel, um ihn Realität werden zu lassen.

Man sollte beim smarten Patienten selbst anfangen, genau genommen bei 84 Millionen Bundesbürgern. Jeder Mensch, egal wie alt, egal welchen Geschlechts, ob gesund oder krank, ist seit seiner Geburt eher sogar seit seiner Zeugung ein Patient. In hoffentlich nicht allzu ferner Zeit, wenn die Vitaldaten der Menschen über Smartwatches, Mobiltelefone oder ähnliche Geräte permanent überwacht und verdächtige Abweichungen sofort an den behandelnden Arzt übersendet werden, ist diese Neudefinition und Erweiterung des klassischen Begriffs „Patient“ durch die erlebte Rundumbetreuung womöglich schon etablierter als heute.

! Eine zentrale Kernbotschaft ist: Die Beschreibung „Patient“ muss von der Beschreibung „krank“ entkoppelt werden.

Jeder Mensch hat den Wunsch und hat das Recht, möglichst lange und mit möglichst hoher Lebensqualität zu leben. Das bedeutet:

Nicht der Umgang mit einer akuten Erkrankung, also gewissermaßen die Störung des angestrebten Normalzustandes, sondern die Gesamthaftigkeit des Lebens mit allen Anstrengungen, diesen Zustand des langen, gesunden Lebens zu erreichen, definiert den smarten, aufgeklärten, informierten Patienten.



Doppeltes Dilemma

Es wird deutlich, dass eine solche zeitgemäße Definition das doppelte Dilemma des deutschen Gesundheitssystems offenbart: Zum einen beeinträchtigt die mangelnde Digitalisierung nicht nur die optimale Behandlung erkrankter Menschen. Fast noch schlimmer erscheint, dass die digitalen Defizite die wichtigste, bislang noch sträflich ungenutzte, aber unverzichtbare Ressource „Vorsorge und Eigenverantwortung“ ausbremsen – eine Ressource, die auch angesichts des demografischen Wandels und der zunehmenden Schwierigkeiten bei der Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung dringend gehoben werden muss.

1.3 Notwendige Veränderungen

Das Gesundheitssystem befindet sich seit Jahren in einem Zustand der Agonie und des Stillstands. Dieser Text ist vor dem Hintergrund der frustrierenden und desillusionierenden gesundheitspolitischen Entwicklungen gegen Ende des Jahres 2023 entstanden, die neben einer strategischen Zusammenhanglosigkeit sämtlich auszeichnet, dass im Grunde einige notwendige Gesetzes- und Reformvorhaben

Der Veränderungsimpuls wird von den Patienten ausgehen.

weitgehend zum Stillstand gekommen sind, wie die Krankenhausreform oder der Erfolg der Umsetzung immer noch ungewiss ist (z.B. die elektronische Patientenakte). Der „Wind of Change“ fegt garantiert nicht durch das deut-

sche Gesundheitswesen. Stattdessen entfernt sich die deutsche Gesundheitsversorgung mit jedem Tag mehr davon, zukunftsfest, leistungsfähig und dauerhaft finanzierbar zu sein.



Die Zeit zur Lösung vieler struktureller Herausforderungen wird knapp.

Und so wird eine Überzeugung immer stärker: Der überfällige Veränderungsimpuls kann nur aus dem System selbst heraus erfolgen. Und zwar nicht von den eigentlich dafür zuständigen Institutionen, der Politik, den Verbänden, Vereinigungen, Interessensgruppen, sondern von der Ressource, um die sich eigentlich alles drehen sollte, die bislang aber in einer zutiefst passiven Rolle gefesselt ist: die erwähnten 84 Millionen Patienten.

Ihnen wachsen eine neue Aufgabe und Verantwortung zu: Sie müssen und werden die Chancen der Digitalisierung für ihre Gesundheit vehement einfordern. Sie werden sich angesichts einer im Privaten zunehmend digitalisierten Welt, in der schon viele Friseurtermine online vereinbart, verschoben oder abgesagt werden können, nicht länger der gigantischen Zeit- und Ressourcenverschwendungsmaschine „Gesundheitsversorgung“ aussetzen wollen. Nicht aus einer altruistischen Verantwortung für das Gesundheitssystem. Sondern weil sie es für sich persönlich als unerträglich und anachronistisch empfinden, in Treppenhäusern zu warten, statt online Behandlungsslots beim Arzt zu vereinbaren.

Selbst in den Kontaktpunkten der Bürger zur deutschen Verwaltung, wahrlich kein Hort des Fortschritts und der Digitalisierung, hat sich in dieser Hinsicht zumindest eine marginale Servicequalität etabliert, über die digitale Vereinbarung von Behördenterminen bis hin zum Wartezeitenmanagement vor Ort – immerhin kleine Fortschritte. Wenn Patienten nur lange genug fordern, werden sich Ärzte und Kliniken fragen, ob es nicht doch angezeigt ist, sich über ein smartes, serviceorientiertes Patientenma-

nagement Gedanken zu machen. Ein Service, der übrigens nicht nur den Patienten hilft, sondern auch den Betrieb der Klinik oder der Praxis deutlich erleichtert und die Beschäftigten konkret entlastet – keine Theorie, sondern konkrete Erfahrungen, die wir an der Universitätsmedizin Essen mit der Einführung unseres digitalen Service- und Informationszentrums zur Steuerung von Patientenrufen machen.

Im Gespräch mit niedergelassenen Ärzten hört man oft, dass diese angesichts einer in den nächsten zehn Jahren bevorstehenden Praxis-schließung oder -übergabe nicht mehr bereit oder in der Lage seien, neue und vor allem digitale Technologien einzuführen. Ich kann auf der einen Seite diese nur zu menschliche Haltung verstehen, zumal angesichts der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen die Refinanzierung der damit verbundenen Investitionen ungewiss ist. Man fragt sich nur: Wer sonst im Wirtschaftsleben – vom Konzern bis zum Handwerksbetrieb – könnte es sich leisten, frank und frei zu erklären, nicht mehr in die Zukunft investieren zu wollen? Wahrscheinlich niemand, weil er sonst vom Markt verschwinden würde. Nur in der Medizin ist diese Einstellung überhaupt denkbar. Bei allem Verständnis für die schwierigen Umstände: Wenn man sich fragt, warum das Faxgerät nach wie vor im Gesundheitswesen nicht wegzudenken ist, ist diese Geisteshaltung ein wesentlicher Grund.

Der smarte Patient ist dazu ein Kontrapunkt. Er fordert eben genau das ein, was noch häufig fehlt: eine datenbasierte Gesundheitsversorgung und damit das Ausschöpfen der medizinischen Möglichkeiten. Der smarte Patient will lange gesund und aktiv leben. Und er nutzt dazu die Möglichkeiten, die ihm eine digitale Medizin bietet.

Dies hört sich zunächst harmlos an, ist aber im Kern ein epochaler Wandel des damit verbundenen Menschenbildes. Denn die augenblickliche Struktur des Gesundheitssystems gibt die Entmündigung der Patienten gleichsam vor. Sie haben keine Ansprüche zu stellen, sie sind

keine fordernden Kunden, sondern brave Wartende. Im Gegenzug wird ihnen auch nichts abverlangt. Sie brauchen keine Rechnungen zu bezahlen, als Kassenpatient noch nicht einmal zu kontrollieren. Der monatliche Kassenbeitrag reicht, um alle medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen zu dürfen.

! Bisher sind Intransparenz, Ineffektivität, Passivität die Leitplanken des Gesundheitssystems.

1.4 Fazit

Nach über 40 Jahren in verschiedenen verantwortlichen Positionen im Gesundheitssystem habe ich erst in jüngerer Zeit – schmerzlich – erkannt: Die großen Herausforderungen – Smart Hospital, Green Hospital, Human Hospital als Verbindung und Dach aller Anstrengungen – das ist in der Tat alles unverzichtbar. Aber alle diese Themen bilden eben nur den Rahmen, sie formen die Infrastruktur. Sie sind die institutionalisierten Eck- und Endpunkte eines langen Weges, aber eben nicht der tatsächliche Hebel der Veränderung.

Ein smarter Patient denkt und verhält sich eigenverantwortlich.

! Der tatsächliche Hebel ist – wie immer in großen und übergreifenden Transformationsprozessen – der Mensch.

Für die notwendigen und tiefgreifenden Bewusstseins- und Verhaltensveränderungen hin zum smarten Patienten sind ein hoher Informationsstand, Aufgeklärtheit und digitale Affinität erforderlich. Gesundheit und gesunde Lebensführung müssen daher zwingend früh und fest im staatlichen Bildungssystem verankert sein. Bei aller staatlichen Fürsorge, und gerade bei uns in Deutschland sind die Ansprüche in dieser Hinsicht besonders hoch, wird das

Gesundheitssystem der Zukunft ohne deutlich gesteigerte Eigenverantwortung nicht mehr funktionieren und auch nicht mehr bezahlbar sein. Es braucht daher im Idealfall 84 Millionen smarte Patienten, eine Volksbewegung aufgeklärter Menschen, die ihr wichtigstes Gut, die Gesundheit, deutlich stärker selbst verantwortet und nicht den Partikularinteressen einer lösungsunfähigen Gesundheitspolitik überlassen möchte.

Natürlich wird es nicht über Nacht geschehen, jahrzehntealte Denk- und Handlungsstrukturen, auch anerzogene Passivität aufzubrechen. Es kann aber dennoch schnell gehen: Weil erkannt wird, wie eklatant durch mangelnde Digitalisierung das Delta zwischen medizinischen Möglichkeiten und eigener medi-

zinischer Versorgung auseinandergeht. Weil realisiert wird, wie wenig die eigenen Anstrengungen zur Prävention gewürdigt und beispielsweise auch in geringere Kassenbeiträge umgesetzt werden.

Der smarte Patient zeichnet sich nicht nur durch die Nutzung des Mobiltelefons oder der Smartwatch aus. Dies ist unverzichtbar, aber es sind letztlich nur Instrumente. Der smarte Patient hat vor allem ein neues, selbstbewusstes, auch von Eigenverantwortung geprägtes Bild von sich und seiner Rolle in der Gesundheitsversorgung. Er ist damit nicht Bestandteil, sondern vielmehr Nukleus einer menschenzentrierten, wertschätzenden Medizin – im Human Hospital und einem ganzheitlich funktionierenden Gesundheitswesen.



Prof. Dr. Jochen A. Werner

Jochen A. Werner hat Medizin an der Christian-Albrechts-Universität Kiel studiert. 1987 promovierte er und begann seine Tätigkeit als Arzt und Wissenschaftler der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie des Universitätsklinikums Kiel. 1993 Habilitation und 1995 Ernennung zum leitenden Oberarzt der Kieler Universitäts-HNO-Klinik. 1998 wurde Jochen A. Werner Professor und Direktor der Marburger Universitäts-HNO-Klinik und war von 2004 bis 2006 auch Prodekan der Marburger Medizinischen Fakultät. Von 2011 bis 2015 war er hauptamtlicher Ärztlicher Geschäftsführer der Universitätsklinik Gießen und Marburg (UKGM GmbH). Ebenfalls 2011 Aufnahme in die Deutsche Akademie der Nationalen Leopoldina. Zusätzlich übernahm Werner 2014 und 2015 die Rolle des Sprechers im Medical Board des UKGM Mutterkonzerns Rhön-Klinikum AG. Seit 2015 widmet sich Jochen A. Werner in seiner Funktion als Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen der Digitalisierung und Nachhaltigkeit im Gebiet der Medizin und der Transformation der Universitätsmedizin Essen in ein Smart und Green Hospital.

2

Von der Rückkehr der Krankenhäuser zu den Menschen

Susanne Moebus

2.1 Hintergrund

Mit Blick auf die großen Themen – Demokratie, Klimawandel und Urbanisierung – die unsere Gesellschaften bereits enorm prägen, wird auch die nachhaltige Transformation unseres Gesundheitssystems dringend notwendig. Als zentrale Akteure im Gesundheitssystem sind Krankenhäuser nicht nur von den Auswirkungen des Klimawandels betroffen, sondern sind auch Verursacher von klimaschädlichen Entwicklungen. Sie tragen somit Verantwortung für nachhaltige Praktiken und Prozesse. Doch aus der Perspektive von Public Health wird die Bedeutungszumessung unvollständig, wenn Menschlichkeit und Nachhaltigkeit dabei vernachlässigt werden.

Die Ottawa-Charta von 1986 (WHO 1986) legt den Grundstein für ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit. Sie betont u.a. die Notwendigkeit, Gesundheit in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen zu gestalten. Damit stehen die Wechselwirkungen zwischen Umweltveränderungen,

sozialen Determinanten und wirtschaftlicher Entwicklung im Zentrum zur Förderung der Gesundheit der Menschen. In diesem Kontext kann eine systemisch orientierte Krankenversorgung ein zentraler Baustein der Transformation sein.

Vor diesem Hintergrund diskutiert dieses Kapitel, wie Krankenhäuser grundlegende Veränderungen herbeiführen können, um gesundheitsförderliche, nachhaltige und insgesamt menschenfreundliche Einrichtungen zu werden. Es wird argumentiert, dass Ansätze und Denkweisen von Public Health und insbesondere von Urban Public Health wertvolle Ideen beisteuern können. Dieses Kapitel beleuchtet, wie Public Health dazu beitragen kann, den Zusammenhang zwischen Klimawandel, Gesundheit und Krankenhäusern neu zu interpretieren und auf diese Weise transformative Maßnahmen zu identifizieren. Im Vordergrund steht das Konzept der Salutogenese, darauf aufbauend wird die Krankenhausgestaltung als zentraler Teil kommunaler Gesundheitslandschaften vertieft.

2.2 Begrifflich-konzeptionelle Grundlagen

(Urban) Public Health

Public Health orientiert sich an der Vision einer Gesellschaft, in der das Recht auf Gesundheit für alle Menschen gesichert ist. Hierfür stehen Instrumente zur Verfügung, die nicht nur auf medizinischen Erklärungsmodellen basieren, sondern auch die Adressierung gesellschaftlicher Verhältnisse umfassen.

In einer Ära, die von globalen Herausforderungen wie Klimawandel, Biodiversitätsverlust und sozialer Ungerechtigkeit geprägt ist, können die Konzepte, wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen von Public Health eine integrative Rolle spielen, die weit über ihr traditionelles Handlungsfeld hinausgeht. Die Potenziale, die Public Health in die anstehenden Transformationsprozesse für eine gesunde, chancengerechte und nachhaltige Zukunft einbringen kann, sind jedoch noch kaum bekannt und daher erheblich unterschätzt.

Eine wirksame Strategie zur Bewältigung der Herausforderungen des Klimawandels und zur Reduktion des ökologischen Fußabdrucks des

Gesundheitssystems liegt in der Fokussierung auf die Vermeidung von Krankheiten, insbesondere

Die Potenziale von Public Health für Transformationsprozesse werden bisher erheblich unterschätzt.

durch eine verhältnisorientierte Gesundheitsförderung. Dies betrifft insbesondere Maßnahmen, die Auswirkungen auf die Lebensumwelt der Menschen und damit auf ihre Gesundheit haben. Zentrale Hebel sind dabei die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Umwelt-räume sowie die konsequente Integration von Gesundheitsaspekten in alle politischen Entscheidungen („Health in All Policies“). Diese Hebel sind v.a. für urbane Gebiete relevant, da die globale Verstädterung als der „mächtigste Prozess des sozialen Wandels im 21. Jahrhundert“ gilt (WBGU 2016).

Die räumliche Gestaltung beeinflusst maßgeblich, wie Menschen in ihrem Alltag lernen, arbeiten, sich fortbewegen und sich erholen können. Eine gesundheitsförderliche räumliche Gestaltung zielt darauf ab, allen Menschen den Zugang zu sozial-ökologisch nachhaltigen Produktions- und Konsumformen, Mobilitäts- und Infrastrukturen und eben auch zu Gesundheitseinrichtungen – zu ermöglichen. Durch die Schaffung entsprechender Strukturen und Verhältnisse werden den Menschen bestmögliche Chancen für ein ökologisch und sozial nachhaltiges sowie gesundes Verhalten ermöglicht. Urban Public Health adressiert diese räumlich orientierte und umfassende Perspektive.

Gesundheit und Gesundheitsförderung

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt gestaltet und gelebt: an den Orten, wo sie lernen, arbeiten, spielen und lieben.“ (WHO 1986)

Die Ottawa-Charta, die durch die internationale Staatengemeinschaft, darunter auch Deutschland, verabschiedet wurde, beruht auf einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit. Sie ist eines der zentralen Leitbilder von Public Health. Gesundheitsförderndes Handeln verlangt die Gestaltung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller und ökologischer Faktoren mit dem Ziel einer für alle Menschen gerechten Entwicklung. Dieses Gesundheitsverständnis erfordert die Reflexion der vielfältigen Einflüsse, die sich aus den Interaktionen des Menschen mit seiner physischen, sozialen und ökonomischen Umwelt ergeben.

Die Salutogenese wird als Perspektivenerweiterung zum pathogenetischen Modell der Medizin verstanden. Während in der pathogenetischen Denkfigur vor allem die Entstehung von Krankheiten und die Mechanismen pathogener Prozesse im Vordergrund stehen, zielt die Salutogenese auf die Gestaltung gesundheits-erhaltender und -fördernder Prozesse. Dem