ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Baumgart, Sabine (Ed.); Köckler, Heike (Ed.); Ritzinger, Anne (Ed.); Rüdiger, Andrea (Ed.)

Research Report

Planung für gesundheitsfördernde Städte

Forschungsberichte der ARL, No. 08

Provided in Cooperation with:
ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft

Suggested Citation: Baumgart, Sabine (Ed.); Köckler, Heike (Ed.); Ritzinger, Anne (Ed.); Rüdiger, Andrea (Ed.) (2018) : Planung für gesundheitsfördernde Städte, Forschungsberichte der ARL, No. 08, ISBN 978-3-88838-085-3, Verlag der ARL - Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Hannover,
https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-08537

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/180016

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/de/

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

AKADEMIE FÜR
RAUMFORSCHUNG UND
LANDESPLANUNG

Forschungsberichte der ARL 08

PLANUNG FÜR GESUNDHEITSFÖRDERNDE STÄDTE

Sabine Baumgart, Heike Köckler, Anne Ritzinger,
Andrea Rüdiger (Hrsg.)

AKADEMIE FÜR
RAUMFORSCHUNG UND
LANDESPLANUNG

Forschungsberichte der ARL 08

PLANUNG FÜR GESUNDHEITSFÖRDERNDE STÄDTE

Sabine Baumgart, Heike Köckler, Anne Ritzinger,
Andrea Rüdiger (Hrsg.)

Hannover 2018

Es wurden überwiegend grammatische Formen gewählt, die weibliche und männliche Personen gleichermaßen einschließen. War dies nicht möglich, wurde zwecks besserer Lesbarkeit und aus Gründen der Vereinfachung nur eine geschlechtsspezifische Form verwendet.

Die Beitragsentwürfe der Autorinnen und Autoren wurden im Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" mehrfach diskutiert (interne Qualitätskontrolle). Das Manuskript wurde darüber hinaus einer wissenschaftlichen Begutachtung unterzogen (externe Qualitätskontrolle) und nach Berücksichtigung der Gutachterempfehlungen der Geschäftsstelle der ARL zur weiteren Bearbeitung und zur Veröffentlichung übergeben. Die wissenschaftliche Verantwortung für die Beiträge liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Geschäftsstelle der ARL:
WR I „Gesellschaft und Kultur"
Leitung: Dr. Martin Sondermann, sondermann@arl-net.de /
Dr. Anne Ritzinger (bis 09/2016)

Forschungsberichte der ARL 08

ISBN 978-3-88838-085-3 (PDF-Version)
ISSN 2196-0461 (PDF-Version)
Die PDF-Version ist unter shop.arl-net.de frei verfügbar (Open Access)
CC-Lizenz BY-ND 3.0 Deutschland

ISBN 978-3-88838-086-0 (Print-Version)
ISSN 2196-0453 (Print-Version)
Druck: Books on Demand GmbH, 22848 Norderstedt

Verlag der ARL – Hannover 2018
Akademie für Raumforschung und Landesplanung
Sprachliches Lektorat: C. M. Hein, H. Wegner
Satz und Layout: G. Rojahn, O. Rose

Zitierempfehlung für die Netzpublikation:
Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea (Hrsg.) (2018):
Planung für gesundheitsfördernde Städte.
Hannover. = Forschungsberichte der ARL 08.
URN: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-08537

ARL
Akademie für Raumforschung
und Landesplanung
Hohenzollernstraße 11
30161 Hannover
Tel. +49 511 34842-0
Fax +49 511 34842-41
arl@arl-net.de
www.arl-net.de

INHALT

Gesundheitsförderung – ein aktuelles Thema für Raumplanung und Gesundheitswesen. Einführung
Sabine Baumgart, Heike Köckler, Anne Ritzinger, Andrea Rüdiger 5

Teil A: Grundlagen zum disziplinären Verständnis von Gesundheit, Raum und Intervention

Räumliche Planung und öffentliche Gesundheit – eine historische Verknüpfung
Sabine Baumgart 20

Gesundheitsförderung – ein Konzept und seine Entwicklung in Deutschland
Claudia Hornberg, Michaela Liebig-Gonglach, Andrea Pauli 37

Leitbilder einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung
Thomas Kistemann, Anne Ritzinger 59

Teil B: Strategische Anliegen auf dem Weg zu gesunden und lebenswerten Städten

Health in All Policies: Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und -entwicklung
Heike Köckler, Rainer Fehr 70

Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum – soziale Lage, Umweltqualität und Gesundheit zusammendenken
Christa Böhme, Heike Köckler 87

Partizipation für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung
Eike Quilling, Heike Köckler 101

Epidemiologische Methoden und Erkenntnisse als eine Grundlage für Stadtplanung und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung
Gabriele Bolte 118

Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung
Christa Böhme, Ulrich Dilger, Eike Quilling 135

Teil C: Ausgewählte Instrumente und ihre Steuerungswirkungen für eine Umsetzung von Gesundheitsförderung

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und Umweltgerechtigkeit als Problem des Städtebau- und Bauplanungsrechts
Wolfgang Köck, Henrik Fischer 145

Gesundes Wattenscheid
Heike Köckler 166

Gesundheit in der Umweltprüfung
Joachim Hartlik, Monika Machtolf 168

Das § 13a BauGB-Verfahren in der Landeshauptstadt Düsseldorf
Susanne Klein 196

Fachplan Gesundheit – Entwicklung von Strategien über die bisherige Gesundheitsberichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hinaus
Sabine Baumgart, Ulrich Dilger 200

Fachplan Gesundheit – partizipative Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Stadtteils für ältere Menschen in Stuttgart-Untertürkheim
Lina Wallus 213

Städtebauförderung: Ein Instrument zur Finanzierung gesundheitsfördernder Stadtentwicklung?
Christa Böhme, Gabriele Spies, Dieter Weber 215

Gesund & fit im Stadtteil – Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention in Fürth
Eva Göttlein 235

Das Präventionsgesetz und seine Potenziale für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung
Horst Rauland, Christa Böhme, Heike Köckler 238

Erprobungsprojekt zum kommunalen Fachplan Gesundheit im Kreis Unna mit Fokus auf Gesundheitsgefahren durch elektromagnetische Felder
Rudolf Welteke 252

Vielfältige Instrumente in der städtebaulichen Planung zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung – ein zusammenfassender Überblick
Sabine Baumgart, Thomas Kistemann 254

Teil D: Aktuelle interdisziplinäre Themen der Raum- und Gesundheitswissenschaft und -praxis

Berücksichtigung von Mehrfachbelastungen bei der planerischen Abwägung
Wilfried Kühling, Christiane Kawe 268

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung im Bestand
Tom Lecke-Lopatta 281

Walkability als ein Baustein gesundheitsförderlicher Stadtentwicklung und -gestaltung
Minh-Chau Tran 284

Urbane Grün- und Freiräume – Ressourcen einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung
Thomas Claßen 297

Bielefeld – Sieker Park
Mittendrin statt nur dabei: Entspannen, Spielen, Gärtnern
Inga Westerteicher, Achim Thenhausen 314

Gesundheitliche Bedeutung blauer Stadtstrukturen
Thomas Kistemann 317

Klimawandelgerechte Strategien als Baustein einer integrierten Stadtentwicklung
Andrea Rüdiger 332

Umweltgerechtigkeit im Land Berlin
Heinz-Josef Klimeczek 350

Alternsgerechte Quartiere
Tanja Brüchert, Paula Quentin 353

Das Quartier – fit fürs Alter
Gabriele Krefting 366

Flüchtlingsunterbringung: Bedeutung der baurechtlichen Erleichterungen für das Verständnis von gesunden Wohnverhältnissen
Katrin Gliemann, Andrea Rüdiger 369

Mobile Partizipation in der gesundheitsfördernden Stadtgestaltung – Zwei Fallbeispiele zu Datenerfassung und Interaktion im Stadtraum
Martin Knöll 387

Einflussfaktoren auf kommunales Planungshandeln – Ansatzpunkte zum verbesserten Umgang mit schleichenden Gesundheitsrisiken
Christian Lamker, Andrea Rüdiger 402

Planung für gesundheitsfördernde Städte – ein Ausblick
Alle AK-Mitglieder 422

Kurzfassung / Abstract 429

Sabine Baumgart, Heike Köckler, Anne Ritzinger, Andrea Rüdiger

GESUNDHEITSFÖRDERUNG – EIN AKTUELLES THEMA FÜR RAUMPLANUNG UND GESUNDHEITSWESEN. EINFÜHRUNG

Gliederung

1 Urbane Gesundheit – aktuelle Bezüge
2 Einrichtung eines inter- und transdisziplinären Arbeitskreiseses zur „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“
3 Unterschiedliche Disziplinen – unterschiedliche Perspektiven
4 Aufbau des Bandes
Literatur

Kurzfassung
Lebenswerte und somit auch gesunde Städte sind zentraler Bestandteil einer nachhaltigen Raumentwicklung. Urbane Gesundheit knüpft an viele aktuelle Diskussionen zu verschiedenen Rahmentrends im gesellschaftlichen und politischen Raum an, die zunächst kurz angerissen werden. Die Schnittstelle von räumlicher Planung und Gesundheitswissenschaft und -praxis näher zu beleuchten, war die Aufgabe eines inter- und transdisziplinären Arbeitskreises der ARL, der sich mit unterschiedlichen Perspektiven auf Begriffe und deren Verständnis, mit aktuellen Themenfeldern und Planungsebenen sowie Prozessen der Planung befasst hat. Dieser Sammelband enthält Ergebnisse aus der dreijährigen Arbeit des Arbeitskreises zu gesundheitsfördernden Stadtregionen für eine Leserschaft aus Planung und Gesundheitswesen in Praxis und Wissenschaft. Die Beiträge wurden überwiegend im Team aus Praxis-Wissenschaft sowie Planung-Gesundheit verfasst und punktuell durch weitere wissenschaftliche Expertise ergänzt.

Schlüsselwörter
Gesundheitsförderung – Public Health – Raumplanung – Umweltgerechtigkeit – Verfahrensgerechtigkeit

Health promotion – A current issue for spatial (urban) planning and public health: An introduction

Abstract
Liveable and thus healthy cities are a central component of sustainable spatial development. Urban health is linked to many current discussions on various social and political roles, which are first briefly assessed. An inter- and transdisciplinary working group of the ARL has dealt with different perspectives on concepts and their understandings, with current topics and planning levels, and with processes of urban development, and aimed to scrutinise the interface between spatial planning and health sciences and practices. This volume contains the results of three years of the working

group on health-promoting urban regions for a readership from planning and public health in both practice and academia. The contributions were mainly written in cooperation between scientists and practitioners from the different disciplines and supplemented by additional scientific expertise.

Keywords
Health promotion – public health – spatial planning – environmental justice – procedural justice

1 Urbane Gesundheit – aktuelle Bezüge

Aktuelle Diskussionen zu Gesundheit im urbanen Raum knüpfen an Trends wie den demografischen und den klimatischen Wandel ebenso an wie an Migrationsprozesse, eine zunehmende soziale Spaltung der Gesellschaft und sozialräumlich unterschiedlich ausgeprägte Entwicklungsprozesse insbesondere in den Stadtregionen. Diese Rahmentrends führen in ihren wechselseitigen Zusammenhängen dazu, dass das Thema Gesundheit der Bevölkerung zunehmend auch als Thema der Stadtentwicklung verstanden wird.

Menschen haben eine steigende Lebenserwartung und werden immer älter, was Fragen in Bezug auf ein selbstbestimmtes Leben im Alter aufwirft. Dem Wunsch vieler älterer Menschen, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu wohnen, stehen häufig parallele Prozesse des Aufbrechens familiärer generationenübergreifender Wohnformen sowie die Zunahme an Erkrankungen im hohen Alter entgegen. Eine besondere Rolle zur Entwicklung von Lösungen wird vonseiten der Gesundheitswissenschaften quartiersbezogenen Ansätzen zugewiesen. Beispielsweise wurde in Nordrhein-Westfalen vom Gesundheitsministerium das Programm *Altengerechte Quartiere* ins Leben gerufen, das einen klaren Sozialraumbezug in der Nachbarschaft älterer Menschen sieht.

Demografischer Wandel bedeutet auch, dass zugewanderte Menschen Teil der Städte und des Gesundheitswesens sind und werden. Eines der vorrangigen Probleme besteht für Kommunen in der Schaffung von temporären und kontinuierlichen Unterbringungsmöglichkeiten für die geflüchteten Personen (vgl. Busson/Fischer 2015: 10). Nicht zuletzt aufgrund der kommunalen Forderungen hat der Bundesrat im Oktober 2015 ein Gesetzespaket beschlossen, welches die Länder sowohl finanziell entlasten als auch eine Beschleunigung der Unterbringung von geflüchteten Personen ermöglichen soll. Die Bandbreite der sich daraus ergebenden planungsrechtlichen Möglichkeiten zur Schaffung von Unterbringungsmöglichkeiten im städtischen Raum ist u.a. unter gesundheitlichen Maßstäben kritisch zu bewerten.

Als einem weiteren gesellschaftlichen Trend ist sowohl in der Raumplanung als auch dem Gesundheitswesen der zunehmenden sozialen Ungleichheit Rechnung zu tragen. Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wird seit Jahrhunderten thematisiert und untersucht; es wird versucht, ihm mit Konzepten zu begegnen. Auch wenn diese Ansätze häufig zu einer wünschenswerten Verbesserung

des Gesundheitszustandes aller führen, tragen sie kaum zur Verringerung sozialer Ungleichheit bei. Denn soziale Ungleichheit schlägt sich im urbanen Raum über Bodenpreise und Mieten nieder. So nehmen räumliche Segregationsprozesse derzeit in entsprechenden Städten vielfach zu. In Modellen zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit werden räumliche Faktoren wie Umweltbelastungen- und -ressourcen sowie Infrastruktur, soziale Netzwerke und die demografische Zusammensetzung von Nachbarschaften als relevante Determinanten für die menschliche Gesundheit identifiziert und als Kontextfaktoren bezeichnet.

Angesichts der aktuellen Debatte um Luftreinhalte- und Lärmminderungsplanung in Hinblick auf den Bestand und die Möglichkeit der Ausweisung urbaner Gebiete bei Neuplanungen sind die Gesundheitsdeterminanten Luft- und Lärmbelastung ein aktuelles Thema. Denn sie stehen nachgewiesenermaßen mit Herz-Kreislauf-, Atemwegserkrankungen sowie neuerdings nachgewiesen auch mit demenziellen Erkrankungen in Zusammenhang.

Da Gesundheitsförderung ein ressourcenorientierter Ansatz ist, sei an dieser Stelle auf die positive Wirkung von Ruhezonen sowie Erholungsflächen und hier insbesondere auf urbane Grün- und Wasserflächen verwiesen. Auch diese stellen ein aktuelles Thema dar, das gegenwärtig durch die Veröffentlichung des Weißbuches „Grün in der Stadt“ (BMUB 2017) durch das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) und die damit verbundenen Forschungsvorhaben zu den Potenzialen von urbanem Grün sehr breit in Forschung und Praxis diskutiert und in Maßnahmenkonzepte überführt wird. Mit ihrem Beitrag zur Reduzierung städtischer Wärmeinseln und zur Verbesserung der lufthygienischen Bedingungen geraten Grün- und Blauräume, also durch Grünbestände und Wasser geprägte Freiräume, verstärkt in den Fokus von Klimaanpassungsstrategien. In der Entwicklung dieser Strategien stehen Raum, Gesundheit und Klimawandelfolgen in vielfältigen Wechselwirkungen zueinander. Diese berühren Fragen der Veränderungen städtischer Flora und Fauna mit gesundheitlichen Auswirkungen genauso wie die Verteilung der Hotspots städtischer Klimabelastungen unter Umweltgerechtigkeitsaspekten.

Die positiven Effekte von Bewegung auf die Gesundheit sind unumstritten. Bewegung verhindert Übergewicht und Adipositas, kann demenzielle Erkrankungen verlangsamen und wirkt sich positiv auf die physische und psychische Gesundheit aus. Die Forderung, Bewegung in den Alltag zu integrieren, ist naheliegend und daher eine häufig formulierte Empfehlung in der Gesundheitsförderung. Hier sind Nahmobilitätskonzepte und Ansätze, die unter dem Konzept der *Walkability* firmieren, sowohl in der Raumplanung als auch dem Gesundheitswesen vielversprechend.

Ein integrierter Ansatz zur Verknüpfung von Gesundheitsförderung mit räumlicher Planung von Stadtregionen ergibt sich bereits aus der „Agenda 21“ von 1992 (UN 1992), dem Abschlussdokument der seinerzeitigen UN-Konferenz von Rio de Janeiro. Hieraus resultierte 1994 ein „Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa“ (WHO 1994), der 1999 vom Bundesumweltministerium in ein „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ (APUG) umgesetzt wurde (BMUB 1999).

2 Einrichtung eines inter- und transdisziplinären Arbeitskreises zur „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“

Gesundheit in Städten ist ein Thema, das derzeit sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Raumplanung in Theorie und Praxis diskutiert wird. Die jeweiligen praxisnahen Zeitschriften *RaumPlanung* (Heft 186, 4 2016) des Informationskreises Raumplanung (IfR) und *Public Health Forum* (Heft 4, 2016) hatten beide im Jahr 2016 einen Schwerpunkt zum Thema Gesundheitsförderung, die *PlanerIn* (Heft 3, 2012) der Vereinigung der Stadt-, Regional- und Landesplanung e.V. (SRL) bereits im Jahr 2012. Es sind aktuelle Fachbücher herausgegeben worden, Kongresse finden statt.

Angesichts der dargestellten zahlreichen aktuellen thematischen Bezüge zwischen räumlicher Planung und Gesundheitsförderung hat die Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) 2013 einen bundesweiten Arbeitskreis eingerichtet, der sich Themen einer gesundheitsfördernden Entwicklung von Stadtregionen widmete.

Die ARL setzt als institutioneller Akteur am Gedanken einer transformativen Wissenschaft mit ihrer organisatorischen Struktur und ihren Arbeitskreisen an. In ihrem Selbstverständnis „versteht sich die ARL als Forum und Kompetenzzentrum für die Erforschung räumlicher Strukturen und Entwicklungen, ihrer Ursachen und Wirkungen sowie ihrer politisch-planerischen Steuerungsmöglichkeiten“ (ARL 2016). Sie agiert als Netzwerk zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Fachdisziplinen und Akteuren aus der planerischen Praxis auf der Ebene des Bundes, des Landes und der Kommunen und damit als institutioneller Akteur zur inter- und transdisziplinären Vernetzung

Demzufolge setzte sich der Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ aus Personen der fachlichen Disziplinen Medizin, Biologie, Public Health, Stadt- und Landschaftsplanung/-architektur, Architektur, Pädagogik und Erziehungswissenschaften sowie Geographie, Umweltwissenschaft, Ökologie und Sportwissenschaft zusammen. Die Mitglieder sind in den Bereichen der Hochschule mit Forschung und Lehre und in der raum- und gesundheitsbezogenen Praxis in konzeptionell-planerischen und umsetzungsorientierten Tätigkeitsfeldern engagiert. Sie brachten ihre jeweiligen Erfahrungen in die Diskussion ein, eigene Forschung ist in diesem Rahmen nicht vorgesehen. Die Zielsetzung des Arbeitskreises lag demzufolge explizit in

> einer Zusammenführung bestehender Instrumente (Rahmenbedarfsplanung, Genehmigungs- und Planfeststellungsverfahren sowie Programme und Projekte) und einer Entwicklung neuer Möglichkeiten räumlicher Planung zur Gesundheitsförderung (Fachplan ggf. Fachbeitrag Gesundheit, Möglichkeiten durch den Setting-Ansatz),

> einem interdisziplinären Austausch, insbesondere zwischen räumlicher Planung und Public Health, aber auch den weiteren Raum- und Sozialwissenschaften, und

> dem transdisziplinären Austausch zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Praktikerinnen und Praktikern aus verschiedenen staatlichen, privaten und wohltätigen Institutionen.

Im Arbeitskreis fand die Beschäftigung mit Gesundheit primär explizit auf Ebene der Stadt und weniger auf Ebene der Stadtregion statt. Nicht vorgesehen war zudem eine vertiefende Befassung mit Qualitätsstandards der gesundheitlichen Versorgung in der Stadtregion und im Quartier (z.B. raumbezogene Bedarfszahlen für ärztliche Versorgung, Pflegeeinrichtungen) oder die Erreichbarkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens in ländlich geprägten Räumen. Unbestritten ist dies ebenfalls ein aktueller und relevanter Themenbereich; er wird jedoch bereits in anderen Zusammenhängen behandelt, wie beispielsweise ökonomisch mit Blick auf die Tragfähigkeiten oder räumlich im Kontext von Fragen zur Sicherung der Daseinsvorsorge.

Der Arbeitskreis orientierte sich thematisch an der Zielsetzung eines auf Nachhaltigkeit angelegten gesellschaftlichen Veränderungsprozesses, in dem Wissenschaft eine neue Rolle zugewiesen wird: Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) prägte in seinem Gutachten zur Transformation (WBGU 2011: 374) die Definition einer transformativen Forschung. Eine transformative Wissenschaft beinhaltet demnach, dass sie die „Umbauprozesse durch spezifische Innovationen […] befördert. Sie unterstützt Transformationsprozesse konkret durch die Entwicklung von Lösungen sowie technischen und sozialen Innovationen; dies schließt Verbreitungsprozesse in Wirtschaft und Gesellschaft sowie die Möglichkeiten zu deren Beschleunigung ein und erfordert zumindest in Teilen systemische Betrachtungsweisen sowie inter- und transdisziplinäre Vorgehensweisen, darunter die Beteiligung von Stakeholdern“ (ebd.). Wissenschaft und Praxis arbeiten gemeinsam an Problemdefinitionen und Problemlösungsstrategien. Es geht dabei um eine Koproduktion von Wissen, um die Erfahrungen aus Wissenschaft und Praxis gemeinsam für nachhaltige Lösungen zu nutzen.

Zunächst wurde der Stand der Forschung zu bestehenden Instrumenten, Synergien und Zielkonflikten bestehender räumlicher Leitbilder, Konzepte und Strategien mit dem Ziel der Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung von Umwelt- und Verfahrensgerechtigkeit, Innenentwicklung und Nachverdichtung, Anpassung an den Klimawandel sowie Umgang mit dem demografischen Wandel diskutiert. Damit verbunden wurden unterschiedliche Begriffsverständnisse von Planungs- und Gesundheitswissenschaften, beispielsweise zu Umwelt und Partizipation, aufbereitet und aus unterschiedlichen Perspektiven auch mit Blick auf eine instrumentelle Weiterentwicklung diskutiert. Dieser Austausch wurde erweitert im Rahmen eines wissenschaftlichen Workshops (Experten-Workshop: Gesundheitsfördernde Stadtregionen) an der TU Dortmund am 8./9. Juni 2015 mit eingeladenen Expertinnen und Experten aus den genannten Bereichen.

3 Unterschiedliche Disziplinen – unterschiedliche Perspektiven

Entsprechend den unterschiedlichen Disziplinen der raumbezogenen Planung und der Gesundheitsförderung unterscheiden sich auch die jeweiligen Perspektiven und Begriffsverwendungen in Bezug auf Gesundheit. Diese zeigen sich in dem grundlegenden Verständnis von Gesundheit, verbunden mit der Definition von Gesundheitsschutz als Abwehr von Krankheitsgefahren und Gesundheitsförderung im Sinne unterstützender Strukturen für das menschliche Wohlbefinden. Unterschiedlich ist auch der Zu-

gang über raumbezogene Gebietskulissen, die für den Einsatz von Finanzmitteln beispielsweise der Städtebauförderung entscheidend sind; dem gegenüber steht der Ansatz des Settings in Public Health, das durch lebensweltliche Bezüge der Bevölkerung definiert wird. Gleiches gilt für die räumlichen Ebenen, die ebenfalls mit Blick auf Planung als räumlich abgegrenzte Gebiete und als lebensweltlicher Raum zu differenzieren sind, aber auch für den komplexen Begriff von Umwelt. Und schließlich besteht ein deutlicher Unterschied in dem Verständnis und den damit verbundenen Zielsetzungen von Partizipation mit unterschiedlichen Beteiligungsformaten im Rahmen von räumlichen Planungsverfahren und ein an individuelle Ressourcen der Bevölkerung gerichtetes Empowerment.

Ein gemeinsam getragenes Begriffsverständnis wurde weder im Arbeitskreis noch für diesen Sammelband angestrebt. Wichtiger erschien es hingegen, die jeweilige Kontextualisierung aus den unterschiedlichen Perspektiven der Autoren und Autorinnen wahrzunehmen. Die folgenden Ausführungen stellen zentrale Begriffe der Diskussion dar und basieren auf definitorischen Annäherungen, die im Arbeitskreis gemeinsam erarbeitet wurden. Sie dienen der Verbesserung der Dialogfähigkeit an inter- und transdisziplinären Schnittstellen.

Gesundheitsverständnis

Es gibt zahlreiche Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Basierend auf dem Modell von Aaron Antonovsky kann man von einem Kontinuum sprechen, das auf Ressourcen des Menschen im Umgang mit Stressoren beruht (Antonovsky 1997). Am bekanntesten ist sicherlich die WHO-Definition, die in ihrer 1948 in Kraft getretenen Verfassung die Gesundheit des Menschen als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ definierte. „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“ (WHO 1948). Hurrelmann definiert Gesundheit umfassend als „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010). Dieses Verständnis von Gesundheit entspricht dem Salutogenese-Ansatz.

In diesem umfassenden Sinne wird Gesundheit als mehrdimensionales Phänomen, das über die Abwesenheit von Krankheit hinausreicht, verstanden. So konkretisierte die WHO ihre Definition, oft als utopisch und nicht operationalisierbar kritisiert, 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung: „Um ein umfassendes […] Wohlbefinden zu erlangen, ist es demnach notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO 1986).

Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung
Gesundheitsförderung ist in Deutschland vor allem auf der Ebene der Bundesländer in den Gesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert. Der gestaltende Auftrag, „Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern“ (WHO 2005), ist eine Herausforderung für diese Institutionen. Hierzu sollen Menschen befähigt werden, ihre gesundheitsförderlichen Ressourcen zu nutzen und ihnen sollen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in ihrer Lebenswelt ermöglicht werden. Die Gesundheitsförderung ergänzt als ein ressourcenorientierter Ansatz, der nicht auf einzelne Krankheitsbilder fokussiert, die risiko-orientierte Prävention. Während es also bei der (Krankheits-)Prävention vorrangig darum geht, Risikofaktoren für Erkrankungen zu vermeiden, die überwiegend durch Medizin und Naturwissenschaften erkannt wurden, geht es bei der Gesundheitsförderung mit einem eher sozialwissenschaftlichen Ansatz darum, die Menschen darin zu unterstützen und zu stärken, ihre Gesundheit zu entwickeln wie auch ihre Lebensbedingungen zu verbessern.

Mit Bezug zur Definition von Gesundheit durch die WHO in ihrer Gründungskonvention 1948 entstand in der Folge die Ottawa Charta (1986) der WHO, die die bis heute gültige Definition der „Gesundheitsförderung“ enthielt: „Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health” (WHO 1986). Sie basierte auf der Erklärung von Alma Ata „Primäre Gesundheitsversorgung“, die Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen im Hinblick auf ihre Gesundheit forderte. Diese Definition wurde 2005 mit der „Bangkok Charta for Health Promotion in a Globalised World” leicht verändert: „Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health” (WHO 2005). Die Umwelt ist allerdings nicht in jeder Definition von „Health promotion“ enthalten, sondern der Einfluss der Umwelt wird als Einflussfaktor der individuellen Gesundheit, die im Vordergrund steht, gesehen.

Vorsorge als Prinzip
Vorsorge kann als ein Grundpfeiler des Umweltrechts gesehen werden. Sie entwickelte sich zu Beginn der 1970er Jahre im Rahmen grundlegender politischer Umweltprogramme aus der Erkenntnis heraus, dass die Sanierung bereits eingetretener Umweltschäden in der Regel erheblich teurer ist als Maßnahmen zur Vorsorge vor Umweltschäden. Gegenüber dem Gefahrenschutz zieht die Vorsorge nun auch solche Schadensmöglichkeiten in Betracht, für die noch keine Gefahr, sondern nur ein Gefahrenverdacht oder ein Besorgnispotenzial besteht. Somit betrachtet Vorsorge Schadensmöglichkeiten, für deren Eintritt sich nur begrenzt eine Wahrscheinlichkeit berechnen lässt, bzw. die ggf. nur theoretisch denkbar sind. Vorsorge bezieht zeitlich und räumlich entfernte Gefahren ein und verpflichtet den Gesetzgeber zu einer möglichst frühzeitigen Vorsorge auch gegenüber zukünftigen, u. U. erst spätere Generationen betreffenden Gefahren im Rahmen einer weiträumigen Vorsorgeperspektive (z. B. gemäß Art 20a GG).

Das Prinzip der Gefahrenabwehr basiert auf einem pathogenetischen Verständnis von Gesundheit und verweist auf die (oft unzureichenden) gesundheitsschützenden Mindeststandards/Normen, die durch die Behörden überwacht und durchgesetzt wer-

den. Weitergehender Gefahrenschutz bis hin zur gesundheitlichen Vorsorge gilt als Aufgabe der staatlichen Planung (von den gesamträumlichen Plänen wie Landesplanung und Bauleitplanung bis hin zu ergänzenden freiwilligen Plänen, Vereinbarungen etc.). Eine wirksame Vorsorge lässt sich dort im Rahmen der gerechten Abwägung durchsetzen und über Ermessensentscheidungen etc. verbindlich machen.

Daseinsvorsorge

Als Leitprinzip basiert die Daseinsvorsorge, verstanden als staatlich garantierte Grundversorgung, auf dem Gedanken der in Artikel 72 im Grundgesetz festgehaltenen „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse" und ist im Raumordnungsrecht verankert. Gleichwertigkeit steht in Zusammenhang mit dem grundgesetzlichen Verständnis der Bundesrepublik Deutschland als Sozialstaat und als Bundesstaat. Mit dem Begriff wird die Zielsetzung an die Akteure (u.a. der Raumordnung) formuliert, „zu einer dauerhaften, großräumig ausgewogenen Ordnung mit gleichwertigen Lebensverhältnissen in den Teilräumen" (§1 Abs. 2 Raumordnungsgesetz) beizutragen. Daseinsvorsorge erfordert ein breites Spektrum an Leistungen vor Ort. Unabhängig von der Lage des Wohnorts soll den Bürgerinnen und Bürgern die gleiche Teilhabe an öffentlich getragenen technischen und sozialen Infrastrukturleistungen und die gleiche Chance auf Selbstentfaltung der Person ermöglicht werden. Dies bezieht sich auch auf die gesundheitliche Versorgung in städtischen wie in ländlich geprägten Regionen.

Gebietskulissen und Setting

Aus Sicht der räumlichen Planung fokussieren Handlungsbedarfe bzw. Planungserfordernisse zum einen auf definierte abgegrenzte Teilräume in der Stadt, für die örtliche Bestimmungen als Satzung beschlossen werden (z.B. ein formeller Bebauungsplan). Zum anderen werden städtische Teilräume auch nach strategischen Gesichtspunkten thematisch und räumlich abgegrenzt und damit zu Gebietskulissen erklärt, für die Handlungserfordernisse bestehen. Hier sind es informelle Planwerke, die die Grundlage bieten, um planerische Maßnahmen und Finanzmittel (v.a. aus der Städtebauförderung des Bundes und der Länder) zu bündeln.

Demgegenüber basiert die Definition und Abgrenzung von sog. Settings auf sozialen Systemen im Sinne abgrenzbarer Lebenswelten von Menschen. Als Kernstrategie der Gesundheitsförderung werden auf das Individuum bezogene Maßnahmen („Verhaltensprävention") mit Maßnahmen, die auf die soziale und physische Umwelt abzielen („Verhältnisprävention") kombiniert. „Settings können in der Regel anhand physischer Grenzen, einer Anzahl von Menschen mit definierten Rollen und einer Organisationsstruktur identifiziert werden. Beispiele für Settings sind Schulen, Arbeitsplätze, Krankenhäuser, Städte und Stadtteile" (WHO 2013).

Geht es um das Erkennen von Problemlagen, die Entwicklung von Zielen und die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, so ist die partizipative Einbindung der Menschen vor Ort damit verbunden, die Verhältnisse in ihren Lebensräumen gesundheitsförderlich beeinflussen zu können. Die Verknüpfung von Teilhabe und Partizipation und die Befähigung der Menschen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung

ihrer Lebensräume als Empowerment im Sinne der Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen ist ein zentraler Aspekt von Gesundheitsförderung.

Räumliche Ebenen: Region, Stadt und Quartier

Der Fokus des Bandes liegt auf der Ebene der Stadt und des Quartiers. Dennoch wird punktuell die Stadtregion als Handlungsraum adressiert, der über die territorialen Grenzen einer Stadt hinausreicht. Die Stadtregion kann sowohl geographisch als auch von politischen, sozialen und kulturellen Determinanten bestimmt sein. Als Planungsraum kann eine Region normativ-programmatisch abgegrenzt werden. Mit der umgangssprachlichen Definition von Stadt korrespondieren Aspekte der Stadt als sozialer Lebensraum. Demgegenüber wird Stadt auch als politisch-administratives Territorium angesehen, das geographische Merkmale im Hinblick auf bauliche Dichte oder eine funktionale innere Gliederung umfasst und mit dem Blick auf den jeweiligen Planungsraum verknüpft ist. Ein Quartier wird als ein alltäglicher Lebens- und Erfahrungsraum betrachtet, der unterhalb der Gesamtstadt und des Stadtteils und oberhalb des Baublocks liegt. Durch die lebensweltlichen Bezüge wird das Quartier nicht nur städtebaulich-physisch und funktional konstruiert, sondern gilt auch als politischer und städtebaulicher Handlungsrahmen, der politisch-planerische Dimensionen aufweist. Als Gebietskulisse zeigen sich im Quartier Verknüpfungen zum Ansatz des Settings Kommune in der Gesundheitsförderung.

Partizipation und Empowerment

Diese beiden Begriffe zeigen sehr grundlegende unterschiedliche Verständnisse von Beteiligung der Bevölkerung auf. Partizipation hat in der räumlichen Planung und somit auch in der Stadtplanung einen hohen Stellenwert. Sie umfasst die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Interessensgruppen und Trägern öffentlicher Belange an Planungsverfahren und ist nicht nur ein Element gelebter Demokratie, sondern dient auch dazu, Entscheidungen zu legitimieren, sie durch Wissen relevanter Akteure zu bereichern sowie die Akzeptanz und in der Folge möglicherweise auch deren Umsetzung zu befördern (Bischoff et al. 2007). Aus dem Verständnis von räumlicher Planung als hoheitlicher Aufgabe ist es die zentrale Aufgabe der Bauleitplanung, die räumliche Entwicklung einer Stadt vorzubereiten und zu leiten und konkurrierende Ansprüche an den Raum gegen- und untereinander abzuwägen. In den gesetzlich geregelten Verfahren sind die Möglichkeiten der Partizipation, in diesem Falle der Öffentlichkeitsbeteiligung, geregelt. Diese Regelungen beziehen sich auf den Zeitpunkt innerhalb des Planungsverfahrens, die Akteure, die zur Öffentlichkeit zählen, sowie die Möglichkeiten der Einflussnahme. Werden gesetzliche Mindeststandards nicht eingehalten, liegt ein Formfehler vor, gegen den Betroffene klagen können. Ist ein Projekt oder ein Plan einer (Strategischen) Umweltverträglichkeitsprüfung zu unterziehen, so sind die Beteiligungsmöglichkeiten ausgeweitet. Die Möglichkeiten der Partizipation in formellen Verfahren wurden in Form von Beschleunigungsgesetzen (z. B. durch Einführung des § 13a BauGB im Jahre 2007) eingeschränkt, sie werden zeitgleich im Geist der Aarhus-Konvention (UN 1998) jedoch kontinuierlich ausgeweitet.

Die Mitwirkung in diesen als formell bezeichneten Planungsverfahren setzt in besonderem Maße voraus, dass alle Beteiligten über entsprechende Fähigkeiten verfügen. Ist eine erweiterte Beteiligung gewünscht, müssen Planerinnen und Planer neue Wege gehen, um Zielgruppen angemessen zu beteiligen. Hier setzt die von den Gesundheitswissenschaften formulierte Zielsetzung des Empowerment an, um Partizipation auf Augenhöhe im Sinne eines gleichberechtigten kooperativen Zusammenwirkens zu ermöglichen. Es gilt in diesem Verständnis, sozialer Ungleichheit in der Teilhabe an Entscheidungsverfahren im Sinne der umweltbezogenen Verfahrensungerechtigkeit entgegenzuwirken.

Wenn auch die Möglichkeiten der Beteiligung seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland ständig erweitert wurden – von der Information zur Anhörung bis zur Beteiligung –, kann man diese unterschiedlichen Stufen der Beteiligung als Ergänzung ansehen. Unabhängig von den planerisch definierten Beteiligungsformaten kommt in einigen Beiträgen ein weitergehendes Verständnis von Partizipation zum Ausdruck.

Umwelt

Der Begriff Umwelt wird in diesem Band sehr weitreichend verwendet; seine unterschiedlichen Dimensionen werden hier kurz aufgeführt. Dies wird von der jeweiligen disziplinären Perspektive, aber auch von politischer Kontextualisierung und damit verbundenen Handlungsaufträgen bestimmt.

So wird der Begriff Umwelt zum einen von einem allgemeinen Verständnis der Lebensumwelt, der Umweltbedingungen und -faktoren, -verhältnisse sowie -medien bestimmt. Er wird aber auch als wertender Begriff mit Blick auf überwiegend negativ konnotierte Zusammenhänge verstanden, mit Einordnungen wie einer umweltbelasteten Lage, umweltbedingter Benachteiligung, Umweltrisiken, Umweltressourcen, Umweltqualitäten und -belastungen sowie auch -entlastungen. Mit Blick auf Wirkungen auf die Umwelt finden sich Begriffe wie Umweltexpositionen, -kontext, Umwelteinflüsse, -determinanten, -noxen, -einwirkungen, aber auch -auswirkungen, verknüpft mit Umweltgerechtigkeit und Umweltfreundlichkeit. In dem Beitrag zu Umweltgerechtigkeit wird deutlich gemacht, dass es auch ein erweitertes Verständnis gibt, das neben der physischen auch die soziale Umwelt einbezieht. Darauf zielen auch die unterschiedlichen umweltbezogenen Instrumente der Fachressorts ab, wie Umweltverträglichkeitsprüfung, Umweltprüfung(-spflicht), Umweltbericht, umweltschutzbezogene Fachplanungen und Umweltverbesserungsziele als Teil von Umweltbelangen in der Umweltplanung mit Blick auf umweltpolitische Rahmenbedingungen.

Des Weiteren wird der Begriff Umwelt auch für räumliche Teilbereiche verwendet, etwa gebaute, soziokulturelle und natürliche Umwelt oder Wohnumwelt. Aus disziplinären Perspektiven wird von Umweltepidemiologie, Umweltmedizin, Umwelthygiene, Umweltpsychologie, Umweltstatistik, Umweltplanung gesprochen. Damit in Verbindung steht die Verwendung umweltbezogener Handlungskonzepte wie Umweltschutz und umweltbezogene (Verfahrens-, Verteilungs-)Gerechtigkeit, umweltgerechte Stadtentwicklung, Umweltvorsorge und Umweltpolitik sowie Umweltrecht. Adressaten als potenziell handelnde Akteure sind Institutionen des politisch-administrativen

Systems wie Umweltressorts, Umweltämter, das Referat Umwelt und Gesundheit, oder das Bundesumweltministerium, aber auch Umweltvereine.

4 Aufbau des Bandes

Der vorliegende Sammelband spiegelt die inter- und transdisziplinäre Besetzung des Arbeitskreises sowie die Struktur seines Arbeitsprogramms wider. Die sowohl planerischen und gesundheitsbezogenen als auch praxis- und wissenschaftlich orientierten Beiträge ordnen sich in die vier Abschnitte Grundlagen, Anliegen, Instrumente und Themen ein. Während in den ersten beiden Abschnitten wissenschaftliche Perspektiven dominieren, wurden viele der Beiträge aus den anderen beiden Abschnitten von Autorinnen und Autoren aus Praxis und Wissenschaft gemeinsam erarbeitet. Textboxen, die gute Beispiele in Städten unterschiedlicher Größe und geographischer Lage zeigen, befinden sich thematisch zugeordnet in den beiden letzten Abschnitten.

Der erste Abschnitt „Grundlagen zum disziplinären Verständnis von Gesundheit, Raum und Intervention" dient dem disziplinären Verständnis der Beziehung zwischen Gesundheit, Raum und Intervention. Er bildet den Rahmen für die nachfolgenden Beiträge. Aus fachlich planerischer Perspektive wird der Umgang mit Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge als zwei sich ergänzende Konzepte in ihrer historischen und heutigen Bedeutung und Entwicklung für die räumliche Planung vorgestellt (Beitrag Baumgart). Der hierzu korrespondierende Beitrag aus der Gesundheitswissenschaft diskutiert die Meilensteine auf dem Weg zum Konzept der Gesundheitsförderung, dessen Fundament die Gesundheitsdefinition der WHO aus dem Jahre 1946 ist (Beitrag Hornberg/Pauli/Liebig-Gonglach). Hier werden sowohl der Wandel eines Verständnisses von Gesundheit als auch Begriffe wie Salutogenese, Prävention und Settingorientierung und die Determinanten von Gesundheit erläutert. Als dritter Aspekt im ersten Abschnitt setzt sich der Betrag Kistemann/Ritzinger mit den Leitbildern einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung auseinander und nimmt somit eine integrierte Perspektive von Gesundheit, Raum und Intervention ein. Es geht hier vor allem um die Frage, ob das Konzept der Gesundheitsförderung als Leitbild des Städtebaus und der Stadtentwicklung geeignet bzw. bereits etabliert ist.

Im zweiten Abschnitt „Strategische Anliegen auf dem Weg zu gesunden und lebenswerten Städten" werden strategische Ansätze auf dem Weg zu lebenswerten und somit auch gesunden Städten beleuchtet. Die gesundheitspolitische Strategie der WHO „Health in All Policies" zielt darauf ab, Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung möglichst breit und nachhaltig zu fördern. Ausgangspunkt hierbei ist die Erkenntnis, dass politische Entscheidungen auf den unterschiedlichen Ebenen, die Einflüsse auf die Gesundheit der Menschen haben, in unterschiedlichen Wechselwirkungen zueinander stehen. Der erste Beitrag in diesem Abschnitt diskutiert die Entwicklung sowie die Ziele und Inhalte der Strategie anhand von internationalen Konferenzergebnissen (Beitrag Köckler/Fehr). Es wird davon ausgegangen, dass Umweltgerechtigkeit ein wichtiges Anliegen einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung ist. Das Konzept fordert, soziale Lage, Umweltqualität und Gesundheit zusammenzudenken. Neben der Auseinandersetzung mit dem theoretischen Konzept der Umweltgerechtigkeit

präsentiert der zweite Beitrag in diesem Abschnitt zentrale Ergebnisse eines Forschungsprojektes des Deutschen Instituts für Urbanistik (DIfU). Hier wurden am Beispiel von vier Pilotkommunen zentrale Elemente des strategischen Ansatzes zur Schaffung von Umweltgerechtigkeit erprobt (Beitrag Böhme/Köckler). Umweltgerechtigkeit fragt auch nach der gerechten Teilhabe aller Menschen an umweltpolitisch relevanten Entscheidungsprozessen. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Menschen zu befähigen und ihnen mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Damit wird Partizipation (Beteiligung) auch bei unterschiedlicher Auslegung des Begriffes von Raum- und Gesundheitswissenschaft zu einem zentralen Prinzip sowohl gesundheitsförderlicher Aktivitäten als auch planerischer Interventionen (Beitrag Quilling/Köckler). Um politische Entscheidungen zur Schaffung von mehr Umweltgerechtigkeit und eine gesundheitsfördernde Stadt herbeizuführen, sind verschiedene inhaltliche und strategische Bausteine vonnöten. Einer dieser Bausteine ist die Aufbereitung relevanter Informationen und Daten (Monitoring) sowie die Kommunikation der Ergebnisse im politischen Raum. Der Beitrag von Bolte skizziert, welche Bedeutung epidemiologische Daten, Methoden und Ergebnisse für eine Gesundheitsförderung im Raum bzw. eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung haben. Einen weiteren zentralen Baustein skizziert der Beitrag von Böhme/Dilger/Quilling. Wie alle querschnittsorientierten Anliegen benötigt die Gesundheitsförderung eine ressortübergreifende Herangehensweise. Zudem ist es wichtig, bestehende Schnittstellen und Andockstellen in den Kommunen zu identifizieren, um gesundheitsfördernde Stadtentwicklung als Querschnittsthema in laufende Prozesse in Politik und Verwaltung zu integrieren.

Mit Instrumenten beschäftigt sich der dritte Abschnitt „Ausgewählte Instrumente und ihre Steuerungswirkungen für eine Umsetzung von Gesundheitsförderung“. Seit jeher ein zentrales Anliegen räumlicher Planung, findet Gesundheitsförderung auch in deren gesetzlichen Regelwerken ihren Niederschlag. Dabei verfügt das Bauplanungsrecht sowohl über Ansatzpunkte als auch über Grenzen zur Überplanung von Stadträumen im Interesse der Gesundheitsförderung und Umweltgerechtigkeit (Beitrag Fischer/Köck). Der Beitrag identifiziert darüber hinaus verschiedene Umweltfachplanungsinstrumente wie die Luftreinhalte- und Lärmminderungsplanung, ebenso wie die integrierte gemeindliche Verkehrsplanung und Instrumente des besonderen Städtebaurechtes zur Implementation von Umweltgerechtigkeit und Gesundheitsförderung. Zu den Schutzgütern der Umweltprüfungen zählt insbesondere die menschliche Gesundheit. Umweltprüfungen eignen sich, um Auswirkungen auf das Schutzgut Mensch transparent und nachvollziehbar zu dokumentieren und Gesundheitsbelange in Planungs- und Zulassungsverfahren zu integrieren (Beitrag Hartlik/Machtolf). Ein neueres Instrument ist der Fachplan Gesundheit. Er soll auf kommunaler Ebene dabei helfen, die Arbeit der unteren Gesundheitsbehörde datenbasiert und zielorientiert zu steuern und das Aufgaben- und Leistungsspektrum des Gesundheitssektors übersichtlicher und transparenter darzustellen. Für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zentriert er die bedeutsamen gesundheitsbezogenen Anliegen, die sozialräumlichen Besonderheiten sowie quartiersbezogene Handlungsbedarfe (Beitrag Baumgart/Dilger). Am Beispiel der Städte Duisburg und München diskutiert der Beitrag Böhme/Spies/Weber die Integration des Themas Gesundheit in das Programm Soziale Stadt. Die der Städtebauförderung mit ihren Teilprogrammen zugrunde liegenden integrierten Handlungskonzepte bieten vielfältige Potenziale zur Integration

und auch zur Finanzierung von Maßnahmen gesundheitsfördernder Stadtentwicklung.

Zur Steuerung und Lenkung der räumlichen Ordnung sind Gesetze wichtige Instrumente. Das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention) unterstreicht die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Durch das Gesetz wird ein konkreter, finanziell hinterlegter Anlass für eine Zusammenarbeit zwischen Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung geschaffen (Beitrag Rauland/Böhme/Köckler). Im dritten Abschnitt zu Instrumenten sind Textboxen mit Beispielen aus der Planungspraxis den jeweiligen Instrumenten zur Veranschaulichung zugeordnet.

Beiträge zu aktuellen interdisziplinären Themen bilden den vierten und letzten Abschnitt „Aktuelle interdisziplinäre Themen der Raum- und Gesundheitswissenschaft und -praxis". Sie greifen Themen auf, die sowohl Raum- und Gesundheitswissenschaft als auch die Praxis gleichermaßen beschäftigen. Eine rechtliche und methodische Herausforderung einer wirksamen Umweltvorsorge zeigt sich in verdichteten Räumen, wo unterschiedliche Gesundheitsbelastungen kumulieren. Hier gilt es, die Gesamtbelastung anhand neuer Methoden zu verdeutlichen, um integrierte Lösungen und Handlungsansätze generieren zu können (Beitrag Kühling/Kawe). Der Ansatz der Walkability will einem gesamtgesellschaftlich festzustellenden Bewegungsmangel mit einer Kombination von verhaltenspräventiven Interventionen (mit Bezug auf die Individuen) und verhältnispräventiven Maßnahmen (mit Bezug auf den sozialen Kontext und die Verhaltensumgebung) entgegenwirken (Beitrag Tran). Vermehrt wird die Bedeutung von Grün- und Freiflächen unter den Gesichtspunkten Umwelt, Gesundheit und soziale Lage als Ausgleich von unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen hervorgehoben. Aufbauend auf der aktuellen Evidenz zu gesundheitlichen Wirkungen formuliert der Beitrag von Claßen Anforderungen an und Perspektiven für die Entwicklung von Stadtgrün im Rahmen einer integrierten, gesundheitsförderlichen Stadtplanung. Die Stadtentwicklung hat in den vergangenen Jahren die große Bedeutung von Wasser in der Stadt erkannt. Auch aus Sicht der Gesundheitsvorsorge bieten Wasserflächen, auch urbane Blauräume genannt, ein großes Potenzial, das Wohlbefinden und die Gesundheitsförderung in Wohnortnähe voranzubringen (Beitrag Kistemann). Grüne und blaue Strukturen bilden darüber hinaus wichtige Bausteine im Rahmen der kommunalen Klimaanpassung. Gleichwohl müssen die Berücksichtigung von Wechselwirkungen zwischen Raum und Gesundheit sowie ihre Beziehungen zu Aspekten des demografischen Wandels und der Umweltgerechtigkeit zentrale Anliegen bei der Entwicklung von Klimaanpassungsstrategien sein (Beitrag Rüdiger). Mit der Alterung der Gesellschaft als einem Phänomen des demografischen Wandels und den Anforderungen an die Gestaltung von Quartieren beschäftigt sich der Beitrag Brüchert/Quentin. Insbesondere die Möglichkeiten zur aktiven Fortbewegung und zur Wahrnehmung vielfältiger außerhäuslicher Aktivitäten unterstützten die gesellschaftliche Teilhabe Älterer. Zuwanderung hat als weitere Facette des demografischen Wandels Deutschland vor allem durch die hohe Zahl von Flüchtlingen und Asylbegehrenden in den Jahren 2015 und 2016 beschäftigt. Am Beispiel der bauplanungsrechtlichen Optionen zur Unterbringung von Flüchtlingen diskutiert der Beitrag Gliemann/Rüdiger das Verständnis von gesunden Wohnverhältnissen. Die Schaffung eines gesundheits-

fördernden Wohnumfeldes ist Ziel des Einsatzes nutzerfreundlicher Geoinformationssysteme und einer mobilen mediengestützten Partizipation. Am Beispiel von zwei Projekten dokumentiert der Beitrag von Knöll, wie es unterschiedlichen Nutzergruppen möglich ist, die eigenen Bedürfnisse und Anforderungen an den Stadtraum besser zu artikulieren und lokales Wissen einzubringen. Der letzte Beitrag in diesem Block (Lamker/Rüdiger) setzt sich mit Nutzungskonflikten und der wachsendenden Bedeutung der städtischen Lärmbelastung mit Fokus auf den Spezifika von Gewerbelärm auseinander. Auch in diesem Abschnitt sind Beispiele aus der Praxis in Form von Textboxen enthalten.

Der Ausblick ist inhaltlich mit seinen thesenhaften Aussagen ein Gemeinschaftsprodukt des Arbeitskreises. Hier wird aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven auf das Aufgabenfeld „Gesundheitsfördernde Stadt" diskutiert, was sich wie verändern muss, soll oder kann.

In diesem Sammelband werden Ergebnisse aus der dreijährigen Arbeit des transdisziplinären Arbeitskreises zu gesundheitsfördernden Stadtregionen für eine Leserschaft aus Planung und Gesundheitswesen in Praxis und Wissenschaft aufbereitet. Der Band enthält auch wertvolle Beiträge des am 6. November 2014 verstorbenen Arbeitskreis-Mitglieds Dr. med. Hans-Bernhard Behrends, bis März 2013 Leiter des Fachbereichs Gesundheit der Region Hannover. Wir haben ihn in der weiteren Arbeit sehr vermisst. Der Sammelband soll auch dazu dienen, seiner zu gedenken.

Autorinnen

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart (**1952*), *Architektin und Stadtplanerin, Univ.-Professorin für Stadt- und Regionalplanung an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL), Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft NRW der ARL, Leiterin des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL, seit 2017 Mitglied des Präsidiums der ARL.*

Prof. Dr.-Ing. Heike Köckler (**1972*), *Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und in deren Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen".*

Dr. Anne Ritzinger (**1977*), *Studium der sozialwissenschaftlichen Geographie an TU und LMU München. Nach beruflichen Stationen als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU München (2006–2012) und als Leiterin des Referats „Bevölkerung, Sozialstruktur, Siedlungsstruktur" in der Geschäftsstelle der Akademie für Raumforschung und Landesplanung in Hannover (2012–2016) ist sie nun in der Bayerischen Verwaltung für Ländliche Entwicklung am Bereich Zentrale Aufgaben tätig. Sie ist Systemische Berate-*

rin und Coach und hat zum Thema „Flächensparen zwischen Theorie und Praxis – eine akteursorientierte Analyse des Dorferneuerungsprozesses“ promoviert.

Dr.-Ing. Andrea Rüdiger *(*1966), Stadtplanerin und Diplom-Verwaltungswirtin, wissenschaftliche Angestellte des Fachgebietes Stadt- und Regionalplanung, Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund. Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der klimagerechten Stadtentwicklung, gesundheitsfördernden Stadtentwicklung und -planung sowie in der Analyse des Einflusses der Stadtgröße auf das planerische Handeln. Geschäftsführerin des Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.*

Literatur

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2016): Aufgaben und Ziele der ARL. https://www.arl-net.de/content/aufgaben-und-ziele-der-arl (26.11.2016).

Bischoff, A.; Selle, K.; Sinning, H. (2007): Informieren, Beteiligen, Kooperieren – Kommunikation in Planungsprozessen: Eine Übersicht zu Formen, Verfahren und Methoden. Dortmund.

BMUB- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (1999): Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. APUG-Bericht 1999-2005. https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/publikation/long/2988.pdf (20.09.2017).

BMUB- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2017): Weißbuch Stadtgrün. Grün in der Stadt – Für eine lebenswerte Zukunft. www.bmub.bund.de/fileadmin/Daten_BMU/Pools/.../weissbuch_stadtgruen_bf.pdf (20.09.2017).

Busson, H.-P.; Fischer, D. (2015). Flüchtlingszustrom: Herausforderungen für deutsche Kommunen. Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. http://www. ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-Fluechtlingszustrom-Herausforderungen-Kommunen-2015/$FILE/EY-Fluechtlingszustrom-Herausforderungen-Kommunen-2015.pdf (24.02. 2017).

De Gruyter (2016): Public Health Forum 4. Ettenheim.

Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Bern.

IfR – Informationskreis für Raumplanung (2016): Stadtentwicklung und Gesundheit. In: RaumPlanung 4 (186).

Schneidewind, U. (2014): Urbane Reallabore – ein Blick in die aktuelle Forschungswerkstatt. = pnd online III.

SRL – Vereinigung der Stadt-, Regional- und Landesplanung (2012): Gesundheit und Planung. = PlanerIn 3.

UN – United Nations (1992): Agenda 21. Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung. www.un.org/depts/german/conf/agenda21/agenda_21.pdf (20.09.2017).

UN – United Nations (1998): Convention on access to information, public participation in decision-making and access to justice in environmental matter. http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/pp/documents/cep43e.pdf (20.09.2017).

WBGU – Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (2011): Hauptgutachten. Welt im Wandel – Gesellschaftsvertrag für eine große Transformation. Berlin. http://www.wbgu.de/fileadmin/user_upload/wbgu.de/templates/dateien/veroeffentlichungen/hauptgutachten/jg2011/wbgu_jg2011.pdf (20.09.2017).

WHO – World Health Organization (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York.

WHO –World Health Organization (1978): Erklärung von Alma-Ata. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf (17.08.2017).

WHO – World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ (28.11.2016).

WHO – World Health Organization (1994): Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa. www.apug.de/archiv/pdf/who_helsinki94_bericht.pdf (20.09.2017).

WHO – World Health Organization (2005): Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf (17.08.2017).

WHO – World Health Organization (2013): Introduction to Healthy Settings. http://www.who.int/healthy_settings/about/en/ (17.08.2017).

Sabine Baumgart

RÄUMLICHE PLANUNG UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT – EINE HISTORISCHE VERKNÜPFUNG

Gliederung

1 Einführung: Gesundheitsschutz als traditionelles Thema der räumlichen Planung
2 Gesundheitsschutz in frühen städtebaulichen Leitkonzepten bis zum 18. Jahrhundert
3 Gesundheitsvorsorge im Rahmen der städtebaulichen Leitbilder und Konzepte des 19. und 20. Jahrhunderts
4 Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung in der Stadtplanung – eine interdisziplinäre Aufgabe
5 Fazit und Ausblick: Antworten der räumlichen Planung auf gesundheitsbezogene Herausforderungen und Zukunftsfragen in der Stadtplanung/-entwicklung
Literatur

Kurzfassung
Gesundheitsschutz ist eine traditionelle Aufgabe von Stadtplanung, die sich bereits in den frühen städtebaulichen Leitkonzepten der Antike findet. Mit der Industrialisierung und dem damit verbundenen dynamischen Wachstum der Städte durch Land-Stadt-Wanderung der Bevölkerung im 19. Jahrhundert rückte die Verbesserung der hygienischen Wohnbedingungen und Gesundheitsvorsorge in den Fokus ingenieurtechnischer und baukünstlerischer Aufgaben und führte zur Professionalisierung von Stadt- und Raumplanung. Es wird deutlich, dass sich zum einen die unterschiedlichen sozialen und räumlichen Lebensbedingungen in der Stadt auch auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung niederschlagen. Zum anderen wird auch eine problematische Verknüpfung von Gesundheits- mit politischen Zielen spätestens im Dritten Reich offenbar. Aktuelle Herausforderungen stellen sich für die Weiterentwicklung des städtebaulichen Bestands, aber auch für die Planung neuer Stadtgebiete. Für diese Aufgaben ist eine enge Kooperation von Akteuren aus räumlicher Planung und Public Health anzustreben.

Schlüsselwörter
Gesundheitsschutz – Gesundheitsförderung – öffentliche Gesundheit – städtebauliche Leitbilder – Stadtentwicklung

Urban planning and public health – A historical nexus

Abstract
Health protection is a traditional task of planning, which was already found in the early urban planning concepts of antiquity. With industrialisation and the dynamic growth of the cities caused by the rural-urban migration of the population in the 19th century, the provision of hygienic living conditions and health care became the focus of engineering and architectural tasks and led to the professionalisation of urban and spatial planning. It is obvious that, on the one hand, socio-economic segregation in the city is also reflected in the health status of the population. On the other hand, the problematic nature of the link between health and political goals was revealed in the Third Reich, at the latest. Current challenges include the further development of existing urban fabric, but also the urban planning of new urban areas. For these tasks it is necessary to seek for close cooperation between actors from spatial planning and public health.

Keywords
Health protection – health promotion – public health – urban visions – urban development

1 Einführung: Gesundheitsschutz als traditionelles Thema der räumlichen Planung

Die Stadt – baulich und räumlich abgegrenzt von der sie umgebenden Landschaft – war von jeher ein Ort, der für die in ihr lebende Bevölkerung Schutz vor Gefahren aus der Umwelt und vor Gefährdung des Einzelnen durch Krankheiten und Unfälle bot. Das Zusammenleben in urbanen Gemeinschaften stellte sich mit zunehmender Urbanisierung als neue Herausforderung für die soziale und räumliche Organisation dar, bedingt durch neue technische, wirtschaftliche und militärische Entwicklungen, ebenso wie durch eine verstärkte Arbeitsteilung und kulturelle sowie geistige Orientierungen. Die Gesundheit und körperliche Unversehrtheit des Einzelnen war durch die Lebensbedingungen und die Anpassungsfähigkeit der Menschen an deren Veränderungen sowie sozialen Fortschritten der politischen Gemeinschaft geprägt.

So trägt die Stadt von jeher unterschiedliche Schichten mit ihrer baulich-räumlichen Gestalt und ihren sozialen Ausdrucksformen der jeweiligen gesellschaftlichen und Machtverhältnisse in sich, die sich überlagern. Bei einem Blick in die Geschichte der räumlichen Entwicklung der Stadt zeigen sich die Kräfteverhältnisse, die städtebauliche Leitbilder vor allem sozio-ökonomisch determinierten. Aber es gilt auch die institutionellen Rahmenbedingungen einzubeziehen, ebenso wie die Akteurskonstellationen, die auf soziale und ökonomische Probleme im Rahmen ihrer Ressourcen und Kompetenzen reagieren. Dementsprechend ist es von Bedeutung, welche Planungsziele und Leitideen bzw. städtebaulichen Leitbilder angestrebt wurden und wie sie bis heute in nahezu alle Politik- und Handlungsfelder sowie Verwaltungsressorts nachwirken.

Der Fokus liegt hier auf den Schnittstellen zwischen räumlicher Planung und öffentlicher Gesundheit in einem kursorischen Rückblick. Der Beitrag widmet sich einführend dem Gesundheitsschutz in frühen Leitkonzepten des Städtebaus (Kap. 2) und dann dem Thema Gesundheitsschutz und -vorsorge in städtebaulichen Leitbildern und Konzepten (Kap.3). Im Weiteren werden Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung als interdisziplinäre Aufgabe behandelt (Kap. 4). Mit einem Fazit und Ausblick sollen Antworten der räumlichen Planung auf gesundheitsbezogene Herausforderungen und Zukunftsfragen in der Stadtplanung/-entwicklung (Kap. 5) angesprochen werden.

2 Gesundheitsschutz in frühen städtebaulichen Leitkonzepten bis zum 18. Jahrhundert

Die Gewährleistung gesunder Lebensverhältnisse fand sich bereits in den Konzepten der Antike für die Idealstadt, in denen gesamtplanerische Leitgedanken, wie wir sie heute aus der gesamtstädtischen Flächennutzungsplanung kennen, enthalten sind. Man strebte die Steuerung des Stadtwachstums an. Dies ist in der griechischen Medizin verankert, deren vier Elemente – wie die Welt als der Kosmos so auch der menschliche Körper als Mikrokosmos (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) – im Gleichgewicht sein müssen (Rodenstein 2012: 15). Der Ansatz basierte auf Hippokrates, Arzt und Naturforscher, der bereits ca. 450–350 v. Chr. seine Gedanken zur öffentlichen Hygiene durch begrenztes Wachstum der Städte mit den „Abhandlungen über Luft, Wasser und Örtlichkeit" vorlegte. „Die Stadt hatte demnach eine Mittlerstellung zwischen Mikro- und Makrokosmos. Stadtplanung und Wohnungsbau wurden als Schutz des Menschen angesehen, mit denen er sein Verhältnis zur natürlichen Umwelt regulieren konnte" (ebd.: 16).

Mit Vitruv fand ca. 60 v. Chr. eine Wiederbelebung der antiken Idealstadtkonzepte statt mit einem zentralen Marktplatz und radialen, aus hygienischen Gründen nach Hauptwindrichtungen orientierten Hauptstraßen. Daran knüpfte später in der Renaissance u.a. Albrecht Dürer mit seinen Überlegungen zum Idealstadtkonzept wieder an. Die Planungen im römischen Reich bezogen mit ihrem orthogonalen Straßenraster (cardo als Nord-Süd-Achse und decumanus als West-Ost-Achse) die Windrichtungen mit ein. Die funktionalen Zuweisungen innerhalb der Stadtmauern und die technischen Elemente der Stadt wie Straßenbau sowie Trinkwasserversorgung und Stadtentwässerung beeindrucken noch heute; sie trugen damals grundlegend zur Stadthygiene innerhalb der eng begrenzten Stadtmauern bei (Schröteler-von Brandt 2014: 25).

Bereits im Mittelalter mit seinen engen Straßen- und Freiräumen wurden Regelungen zum Brandschutz (Brandwände, feuerfeste Schornsteine) und zu Nutzungsrestriktionen getroffen (z.B. Standorte für Gerberei). Das Wachstum der Stadt zu ordnen und ggf. zu begrenzen sowie das soziale und politische Gemeinwesen zu organisieren bzw. auch zu beherrschen waren von jeher zentrale Aufgaben räumlicher Planung (Schröteler-von Brandt 2014: 18).

Nicht nur der Zuzug der Bevölkerung in die Städte, sondern vor allem auch repräsentative Aufgaben lagen den Entfestigungskonzepten, also dem Schleifen der Festungsanlagen des 18. Jahrhunderts zugrunde. Sie führten zu neuen Gestaltungsoptionen für Boulevards und Promenaden (Hilliges 2004: 170). Der Spaziergang wurde zu einem bürgerlichen Freizeitvergnügen und „Diese Modernisierung, die gleichzeitig mit den Fragen der Gesundheit und Hygiene unter dem Begriff der ‚Stadtverschönerung' den städtebaulichen Diskurs des 18. Jahrhunderts bestimmte" (ebd.: 172), führte somit zu gesundheitsfördernden Schritten.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass nicht nur umfassende Planungskonzepte, sondern auch teilräumliche Restrukturierungen des städtischen Gefüges relevante Gesundheitsaspekte aufwiesen. Dies zeigt sich in den antiken städtebaulichen Konzepten ebenso wie in den Entfestigungsmaßnahmen. Und dies gilt auch für die Fluchtlinienplanungen im 19. und die gesamtstädtische Flächennutzungsorganisation im 20. Jahrhundert, wie im Folgenden aufgezeigt wird.

3 Gesundheitsvorsorge im Rahmen der städtebaulichen Leitbilder und Konzepte des 19. und 20. Jahrhunderts

Überlegungen zur gesundheitsvorsorgenden räumlichen Organisation der Städte lagen Mitte des 19. Jahrhunderts eher bei naturwissenschaftlichen Disziplinen. So verfolgte Patrick Geddes, ein schottischer Biologe (1854–1932), während des dynamischen Prozesses der Industrialisierung im 19. Jahrhundert das Anliegen einer integrierten Perspektive auf Gesundheit und räumliche Aspekte. Denn die Industrialisierung führte zu einem äußerst starken Bevölkerungswachstum in den Städten, das sich räumlich in hoher baulicher Verdichtung, auch aufgrund von Bodenspekulation, niederschlug. So kritisierte er die schlechten hygienischen Bedingungen von Wohnungen im 19. Jahrhundert (Mumford 1980).

Ein weiterer wichtiger Akteur war der britische Beamte Edwin Chadwick (1800–1890), der mit dem „Sanitary Report" 1842 die schlechten Gesundheitsverhältnisse der unteren Schichten mit empirischen Daten belegte. „Chadwick beklagte, dass durch heilbare und vermeidbare Krankheiten mehr Menschen gestorben seien als in der Schlacht bei Waterloo. Er warb in der Öffentlichkeit für ein energisches Eingreifen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege und argumentierte damit, dass nur eine geringe Steigerung der Ausgaben für eine verbesserte Wasserversorgung und Kanalisation die Kosten der Armenpflege und Krankenfürsorge senken würde" (Schubert 2008: 103 f.).

Der erste Public Health Act (1848), für den sich auch Patrick Geddes ebenso einsetzte wie für die Etablierung eines Local Board of Health, bereitete die Grundlage für stadtplanerische Regularien. Diese zielten nicht nur auf die Erneuerung von Wohngebäuden mit unzureichendem Standard ab, sondern auch auf die räumlichen Lebensbedingungen in Zeiten der europäischen Industrialisierung. Institutionell wurden sie in England mit dem Board of Health verankert (Albers 1997: 58 ff). Die Erneuerung von

Substandard-Wohnungen, um den Aufbau von gesunden Nachbarschaften zu ermöglichen, wurde in diesen Jahrzehnten als Hauptziel städtebaulicher Planung eingeführt (Platt 2007).

Patrick Geddes war ein wichtiger Katalysator für eine gesundheits- und raumbezogene Perspektive in Europa und in Asien. Er erarbeitete nicht nur Masterpläne für zahlreiche Städte, sondern übte Kritik an hygienischen Standards in Architektur und Wohnungsbau des 19. Jahrhunderts in England. In Preußen wurde die Entwicklung von Standards für die Qualität von Wohngebäuden auch durch die rechtliche Ausgestaltung des Hypothekenwesens zur Absicherung der Werthaltigkeit der Immobilie für die Gläubiger gefördert (Schröteler-von Brandt 2014: 105). Die wirtschaftliche Lage und der Lebensstandard bestimmten die Wohnverhältnisse der Bevölkerung und damit auch deren Lebenserwartung. „Erst auf Stadtteilebene zeigten sich deutliche Zusammenhänge zwischen den Wohnverhältnissen und der Sterblichkeit an Tuberkulose“ (Vögele 2001: 403 f.).

Die von den englischen Reformern unterstützten Prinzipien führten zu den hygienischen Verbesserungen der leitungsgebundenen Infrastruktur – Gas, Entwässerung, Wasserversorgung – und zu flächennutzungsbezogenen Regularien. Denn es war weniger die schlechte Luft als die Wasserversorgung und -entsorgung, die zu den sich rasant ausbreitenden Seuchen in den Großstädten führte. Cholera und Typhus konnten durch diese umfassenden Infrastrukturmaßnahmen deutlich eingedämmt werden.

So wurden beispielsweise in Hamburg spätestens durch den Großen Brand in der Altstadt 1841 die Voraussetzungen geschaffen, ganzheitliche ingenieurtechnische Planungsgrundlagen für die Kanalisation zu erarbeiten. Die Bewilligung des Baus der Hamburger „Stadtwasserkunst“ durch die Rat- und Bürgerdeputation 1844 führte zur umfassenden Erneuerung der Wasserversorgung und -entsorgung einschließlich des Löschwesens als staatliche Aufgabe. Die Planung von 11 km Abwasserkanälen, einer zentralen Wasserversorgung und öffentlichen Badehäusern in Hamburg erfolgte maßgeblich durch den englischen Ingenieur William Lindley (Moeck-Schlömer 2008).

Die leitungsgebundene Ver- und Entsorgungsinfrastruktur trug sicher zu hygienischen Verbesserungen bei, auch wenn ein unmittelbarer kausaler Zusammenhang eher zwischen der drohenden als der konkreten Gefahr der Verbreitung von Krankheiten wie Cholera belegt werden kann (Vögele 2001: 268). Zudem galt dies weniger für die ärmere Stadtbevölkerung, die in der Nähe der Abflusssiele lebte oder hier ihr Trinkwasser schöpfte (ebd.: 406). Insgesamt ist festzustellen, dass unzureichende Gesundheitsverhältnisse, die mit Epidemien einhergingen, mit den sozioökonomischen Lebensbedingungen in den Großstädten einhergingen. In den armen Stadtteilen war die Sterblichkeit der Bevölkerung deutlich höher als in den wohlhabenden Stadtvierteln (ebd.: 190), nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund, dass ökonomische Motive bei den unterschiedlichen Systemen und Standards der Stadtentwässerung eine zentrale Rolle spielten (ebd.: 406).

Rechtliche Grundlage für die durch die massive Industrialisierung initiierten Stadterweiterungen waren das Badische (1868) und das Preußische Fluchtlinien-Gesetz

(1875). Dabei grenzten die Fluchtlinien nur die überbaubare private von der öffentlichen Fläche ab, ohne Einfluss auf die Eigentumsverhältnisse und die Nutzung der Grundstücke zu nehmen.

Die Versorgung mit Gas und später Elektrizität als künstliche Beleuchtung führte zur Verlängerung der Arbeitszeiten in den Fabriken und als Straßenbeleuchtung zu mehr Sicherheit und „Moral", insbesondere für die jungen alleinstehenden Fabrik- und Hafenarbeiterinnen, entsprechend des politisch-gesellschaftlichen Kodex. Der Aufbau von sozialer Infrastruktur wie Schulen und Krankenhäuser legte Gesundheit und Bildung in die Hände des Staates. Ingenieurtechnische Planungen wie die von Georges-Eugène Haussmann in Paris (1853/70), von Ildefonso Cerdà in Barcelona (1859) und von James Hobrecht in Berlin (1862) spielten eine führende Rolle bei der Etablierung moderner Flächennutzungsplanung, getragen von Zielsetzungen öffentlicher Hygiene und einer Verbesserung des Arbeitskräftetransports in den dynamisch wachsenden Städten. Neben trassengebundener Infrastruktur des öffentlichen Nahverkehrs (Eisenbahn) gehörte dazu auch der baupolizeilich induzierte Brandschutz in den Bauordnungen, die die technische Ausgestaltung der Gebäude und damit restriktiv Gebäudehöhe und Baustandards regelten, auch um damit der gründerzeitlichen dichten Bebauung und Bodenspekulation entgegenzuwirken. Die Gestaltung repräsentativer öffentlicher Frei- und Grünräume in einer sich verdichtenden Stadt kompensierte nur begrenzt den Verlust an privaten Gärten (Grassnick/Hofrichter 1982). Die Entwicklung öffentlicher Infrastruktur führte zu unterschiedlichen Standortqualitäten, und die Bodenpreisentwicklung förderte eine sozialräumliche Segregation.

Eine bis heute relevante Antwort für die Fragen des Stadtwachstums wurde von Ebenezer Howard als Pionier des Gartenstadt-Konzepts gegeben, der mit seinem Konzept die sozialen Problemlagen der großstädtischen Verdichtung lösen wollte. Aufmerksamkeit verdient auch die weniger bekannte Adelheid Poninska Gräfin Dohna, die ihre Ideen fast 30 Jahre früher als Howard unter dem Pseudonym Arminius veröffentlichte. Fragen der Moral waren ihr ein besonderes Kernanliegen, als sie ihr Buch im Jahre 1874 veröffentlichte („Die Großstädte in ihrer Wohnungsnot und die Grundlagen einer durchgreifenden Abhilfe"). Einige Jahrzehnte früher als Ebenezer Howard skizzierte sie bereits die Entwicklung von Gartenstädten im Hinblick auf erschwingliche öffentliche Verkehrsmittel und die Erreichbarkeit von Grünflächen: „dem Grundsatze zu genügen, der von außerordentlicher Tragweite ist: daß es jedem Bewohner einer Großstadt – einschließlich der Alten und der Kinder – möglich gemacht werden müsse, innerhalb des Zeitraums von einer halben Stunde aus dem Bereiche der Steinmassen in die freie Flur zu gelangen" (Arminius 1874: 149). Ihre Überlegungen bezogen sich nicht nur auf Wohngebäude mit großen Höfen anstelle von Mietskasernen mit vier oder mehr engen Hinterhöfen. Sie adressierte auch bereits Mehrfachbelastungen, einschließlich einer Differenzierung zwischen Arbeits- und Lebensbedingungen nach Geschlecht und Alter mit Blick auf die Bedürfnisse der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. „Die Verschiedenheit der socialen Verhältnisse einer großstädtischen Bevölkerung, so wie der Altersstufen, bedingt zahlreiche Modificationen in dem Charakter der Erholungsstätten in freier Natur" (ebd.: 150). So argumentierte sie beispielsweise, dass für die Näherinnen und ihre durch die Arbeit ermüdeten Augen am Abend frische Luft und Grünflächen zur Erholung erforderlich seien. Sie differenzierte: „Denjenigen Näherinnen, Stickerinnen und Schneiderinnen, welche in ihrer Wohnung arbeiten,

wird es durch ihre Arbeitsverhältnisse möglich sein, oftmals mehr als den Feierabend in ihrem Garten zu verbringen. […] Ihre Lungen dürfen eine längere Zeit den Balsam der frischen Luft athmen, was ihnen bei anstrengend sitzender Lebensweise doppelt nöthig ist, auch können sie am Feierabende der freien Bewegung mehr Zeit widmen" (ebd.: 194). „Ein anderer Theil der Näherinnen, und zwar der größere, diejenigen, welche in Confectionsgeschäften, oder tageweise in Familien arbeiten, wird erst am Feierabende Muße haben, um im Garten sich einzufinden" (ebd.: 195).

Ebenso sprach sie sich für Konzepte des Naturerlebens im Rahmen von Bildung aus; Natur sollte in Schulgärten erlebt werden, vor allem in benachteiligten Stadtgebieten. Sie forderte städtische Grünflächen in ausreichender Qualität und Größe, auch angesichts der defizitären Lebensbedingungen an Straßen mit starkem Verkehr und der Notwendigkeit von raumbezogenen Freizeitaktivitäten. „Je mehr Kinderlauben – destoweniger Einzelzellen; je mehr Spielplätze und Gartenbeete – desto weniger Krankenbetten, Verkrüppelungen und Siechthum!" (Arminius 1874: 172 f.). Man kann feststellen, dass sie bereits Mitte des 19. Jahrhunderts eine differenzierte Wahrnehmung von gefährdeten Bevölkerungsgruppen hatte, für die sie sogar Bewertungsstandards für städtebauliche Konzeptionen entwarf. Ihre Ideen orientierten sich auf verschiedene räumliche Ebenen: die Nachbarschaft, den Stadtteil sowie die gesamte Stadt, einschließlich des Stadtrandes mit einem Grüngürtel zur offenen Landschaft.

Aus heutiger Sicht kann Gräfin Dohna als eine nach ihren paternalistischen Idealen engagierte Christin eingeordnet werden, die sich sozialen Reformansätzen verpflichtet sah. Ihre Ansätze zielten zunächst auf die Verbesserung der Wohnsituation ab; darüber hinaus verknüpfte sie diese mit stadtplanerischen Aufgaben, Gestaltung und Organisation des städtischen Raums. Gräfin Dohna fokussierte vor allem auf die Wohn- und Erholungsqualitäten des städtischen Gefüges für junge Land-Stadt-Migranten und richtete ihren Blick insbesondere auf die Sicherheit junger Frauen. Mit ihren Überlegungen zu einer auf den Fußgänger bezogenen Mobilität und zur Ausstattung mit Grünflächen spricht sie implizit ebenfalls die Schnittstelle zwischen Stadtplanung und öffentlicher Gesundheit an.

Gräfin Dohna kann somit als Vorläuferin von Ebenezer Howard angesehen werden. Sein paternalistisches Modell einer Gartenstadt, das er 1898 veröffentlichte, verband die Vorteile des Urbanen mit der Landschaft im ländlichen Raum und einem planmäßig gesteuerten Siedlungs- und Infrastrukturwachstum. Funktionale Zuordnungen auf stadtregionaler Ebene sollten nicht nur die Landflucht eindämmen, sondern mit den neu zu planenden Gartenstädten sollte ein sozial orientiertes Gegengewicht zu den schlechten Wohnbedingungen in der Enge der gebauten Stadt gesetzt werden (Hotzan 1994). Seine Publikation „Gartenstädte von morgen" (Howard 1902) verschaffte ihm den Status als Gründervater des Gartenstadt-Konzepts, das bis heute beibehalten wird. Das Konzept wurde in vielen Städten des globalen Südens angepasst, z.B. führte 1912 ein Team britischer Stadtplaner die Gartenstadt-Konzeption in Delhi ein, als Symbol für britische imperiale Macht im kolonisierten Indien (Priya 1993: 824), und in Dar es Salaam/Tansania in Ostafrika, wo sich bis heute die städtebaulichen Elemente einer Gartenstadt übersetzt in die Stadtmorphologie wiederfinden (Hossain/Scholz/Baumgart 2015).

Die Gartenstadt-Idee von Howard wurde von Raymond Unwin 1912 aufgegriffen und in dessen Konzept der dezentralen Satelliten-Städte bzw. später New Towns fortgeschrieben, die sich eng an bestehenden Siedlungen orientierten (Kegler 2015: 95). Auch aktuell wird das an heutige Rahmensetzungen angepasste Konzept der Gartenstadt wieder für die städtebauliche Siedlungsentwicklung in den wachsenden Großstädten Europas herangezogen (Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2016). Damit werden implizit Zielsetzungen von Lebensqualität und Wohlbefinden der Bewohnerschaft formuliert, wenn auch eine im ökonomischen Sinne nachhaltige Investition in Standorte und Immobilien dominantere Interessenslagen widerspiegeln mögen.

Als Zwischenfazit wird deutlich, dass bereits im 19. Jahrhundert Städtebau ein Thema unterschiedlicher Fachdisziplinen aus den technischen und künstlerischen Bereichen wie auch der Sozialpolitik und der Hygieniker war (Kress/Haberland/Hegemann 2010). Hygiene war neben Verkehr, Stadtgestaltung und Wirtschaft eine zentrale Aufgabe der städtischen Organisation, wurde jedoch von anderen Disziplinen und Akteuren in die räumliche Planung eingebracht. Dazu gehörte auch die Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kauf- und Handelsleute und Apotheker Berlins, die ab 1914 die AOK wurde. Ihr Anliegen war es, die schlechten Wohnungsbedingungen ihrer Mitglieder zu verbessern. Diese wurden dokumentiert und mit statistischen Sozialdaten verknüpft in die öffentliche Diskussion eingebracht (Bodenschatz/Gräwe/Kegler et al. 2010: 162). Dies kann als eine frühe Gesundheitsberichterstattung angesehen werden.

Einer der ersten Planer, der Anfang des 20. Jahrhunderts über die administrativen Grenzen der Stadt hinausgehende Überlegungen für eine überörtliche Siedlungs- und Freiraumentwicklung formulierte, war Robert Schmidt im Ruhrgebiet, später dann Fritz Schumacher in Hamburg. Die Freihaltung von Grünflächen und die Planung von Freiräumen mit einem „systematischen Klein- und Großgrünflächennetz“ (Schmidt 1912/2009: 90) sollte ein Hauptbestandteil seines General-Siedelungsplans werden, nicht zuletzt auch im Sinne des Vorsorgeprinzips, denn es komme „bei den Grünflächen darauf an, die Kosten, die sicherlich entstehen werden, durch das vorläufige Freihalten später auf ein Minimum herabzudrücken. Es müssen also vorläufig genügend große Flächen an geeigneter und planmäßig bestimmter Stelle von der Bebauung freigehalten werden“ (ebd.). Zur Begründung seiner weitreichenden und weit vorausschauenden Planungsvision bezieht sich Robert Schmidt auf verschiedene Ursachenkomplexe, die alle letztlich mit der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zusammenhängen. „Anlaß zu dieser Arbeit gab zunächst der Wunsch, zu versuchen, ob es sich im Interesse der Volksgesundheit nicht ermöglichen ließe, die Grünflächen […] zu erhalten und den Bedürfnissen entsprechend zu ergänzen“ (Schmidt 1912: 5). Grünflächen sind „kein unnötiger Luxus“ (ebd.: 90), sondern „die natürlichen Luftgeneratoren“ (ebd.: 65) und sollten „im Interesse der Landesverteidigung und der öffentlichen Gesundheitspflege freigehalten werden“, weil sie „Lust schaffen zu regenerierender Bewegung im Freien“ (ebd.). Selbst der schnelle Rückgang der Mortalitätsziffern wird von Robert Schmidt mit der Durchgrünung der Städte in Verbindung gebracht (ebd.: 22).

Gesundheitsvorsorge war für Robert Schmidt das Leitthema für die stadtregionale Entwicklung mit Blick auf Grünflächen, Dichten und Infrastruktur: „Wo die Sonne hinkommt, braucht der Arzt nicht hinzugehen" (ebd.: 54). Er sieht Licht, Luft, Besonnung als zentrale Elemente der räumlichen Planung von Siedlungs- und Grünflächen, auch wenn das Freihalten von Grünzügen von Bebauung einen „scharfen Eingriff in das Privateigentum" (ebd.: 67) bedeutet. „Aufgabe der Planung wird es sein müssen, aus diesen Großgrünflächen durch Erhaltung, Ergänzung und insbesondere durch Verkehrsverbesserungen den notwendigen Vorteil für die Bevölkerung zu ziehen" (ebd.: 68). Auch auf der innerörtlichen Planungsebene orientiert sich Robert Schmidt an der Gesundheitsvorsorge: „Die gesunde, freie, luftige Bauart der Städte erreichen wir neben der Beschränkung der Geschoßzahl und Freihaltung des Innern des Baublocks von Bauwerken aller Art mit dem Anstreben durchgehender rückwärtiger Baulinien, am besten vermittels der Grünflächen in günstiger Anordnung. Sie sind zu betrachten bezüglich ihres Charakters, ihrer Größe, ihrer Lage und ihrer Zusammenhänge miteinander" (ebd.: 66).

Die in den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts entwickelten demokratischen Ansprüche menschenwürdiger Wohn- und Lebensbedingungen mit belichteten und belüfteten Wohnungen, räumlich verbunden mit sozialer Infrastruktur, wurden in zahlreichen Großsiedlungen wie beispielsweise 1925 der Römerstadt von Ernst May und der Hufeisensiedlung Bruno Taut oder auch 1927 der Weißenhofsiedlung Stuttgart im Rahmen der Werkbundausstellung unter der Leitung von Mies van der Rohe umgesetzt. Dies wurde begünstigt durch die Industrialisierung des Bauens mit funktions- und materialgerechter Gestaltung der Architektur und ihrer Grundrisse. Die fordistisch geprägte Produktion spiegelte sich auch in der funktionellen Zoneneinteilung der Stadtpläne mit „Grüngürteln" zwischen den verschiedenen Funktionsgebieten (Wohnen, Arbeiten, Erholung, Verkehr) wider und wurde in der Charta von Athen beim 4. Congrès Internationaux d'Architecture Moderne (CIAM 1933) manifestiert. Hier wurden die Grundsätze fortschrittlicher Stadtplanung als argumentative Grundlage für Immissionsschutzrecht mit Blick auf Luftreinhaltung und Lärmschutz formuliert, die sich nach dem Zweiten Weltkrieg im Bundesimmissionsschutzgesetz (§50) als Trennungsgrundsatz unverträglicher Nutzungen niederschlugen.

Diese Entwicklung wurde jedoch im nächsten Jahrzehnt von der strategischen Stadtsanierung des „Dritten Reichs" mit politischer und sozialer Kontrolle, verbrämt unter dem Deckmantel der "Stadtgesundung", abgelöst. Eine „biologisch-medizinische Metaphorik" (Kegler 2015: 144) fand sich in dieser Zeit sowohl auf der Ebene der Landes- und Regionalplanung als auch im Städtebau. Das noch heute in der Regionalplanung zugrunde gelegte Konzept der Zentralen Orte, das auf Walter Christaller zurückgeht, beinhaltete eine planerisch angestrebte Hierarchie der Versorgungszentren. Es verfolgte politisch determinierte Ansätze einer dezentralen Siedlungsstruktur. Kegler verweist auf Pfannschmidt und die in Zellen aufgegliederten Siedlungsbereiche: „Der Mensch und die menschliche Gemeinschaft sind an Blut und Boden gebunden. Bevölkerungskunde und Rassenkunde stellen daher zunächst die überkommene Erbmasse des Siedlungsorganismus dar" (Pfannschmidt 1935, zit. nach Kegler 2015: 145). Die Gesundung der Lebensverhältnisse durchzog die Auseinandersetzungen um die Anonymität, die hygienischen Verhältnisse sowie auch das Verkehrsaufkommen in der Großstadt im Gegensatz zum kleinstädtischen und Landleben mit seiner Überschau-

barkeit. Die im Konzept der Zentralen Orte angestrebte dezentrale Siedlungsstruktur wurde mit vielfältigen Argumentationslinien im Dritten Reich begründet, darunter auch Fragen der Rassenhygiene und Gesundheit. Mit dem Reichsbaurecht (1936) erfolgte eine Vereinheitlichung des Städtebaurechts mit den bekannten gigantischen städtebaulichen Gesamtplanungen (u.a. für Berlin, Hamburg oder Nürnberg). Analog dazu wurden 1934 mit dem „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" der staatliche Gesundheitsschutz, die kommunale Gesundheitspflege und die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege zu reichseinheitlichen Pflichtaufgaben und dem neu geschaffenen öffentlichen Gesundheitsdienst, den Gesundheitsämtern und den Einheitsmedizinalbeamten zugewiesen (Labisch/Tennstedt 1984). Darin liegt bis heute die Diskreditierung von Ansätzen staatlicher Einblicke in Gesundheitsbelange der Bevölkerung begründet.

Blickt man auf die beteiligten Akteure, so definiert der institutionelle Rahmen die Verantwortlichkeiten. Wurde im 19. Jahrhundert die Verantwortung für gesundheitsbezogene Fragen 1848 explizit an das örtliche Gesundheitsamt in England delegiert, so stellte in Deutschland die Sozialgesetzgebung von Bismarck 1883 den Grundstock des Wohlfahrtsstaates mit seiner differenzierten Rechts- und Verwaltungspraxis dar, die später durch politische Machtstrukturen während des NS-Regimes stark durchdrungen waren. Im Zeitraum von Weimarer Republik bis in die 1970er Jahre kennzeichneten Brüche und Kontinuitäten die räumliche und gesundheitsbezogene Entwicklung. Als Brüche kann man die politischen Perioden einschließlich der beiden Weltkriege sehen, während die fordistische Produktion, der gemeinnützige, soziale Wohnungsbau und die prägende Rolle von Grün und Landschaft als für die Gesundheit der Bevölkerung relevante Charakteristika der Stadtentwicklung identifiziert werden können, die sich auch in der Charta von Athen niederschlugen (Schröteler-von Brandt 2014: 175).

Auch die Zeit des Wiederaufbaus nach dem zweiten Weltkrieg stand unter der Leitvorstellung einer Ordnung des Raumes – Stadt und Region – im Fokus räumlicher Planung, die auf eine entsprechende Strukturierung von Planungsebenen und Verwaltungszuständigkeiten und -aufgaben abzielte. Auf der Grundlage des föderalistischen Systems wurden dem Bund mit dem Bundesbaugesetz (1960) u.a. Regelungsmöglichkeiten über die städtebauliche Planung und ihre Verfahren zugeordnet. Denn nach den Erfahrungen des Dritten Reichs wurden im Rechtsgutachten des Bundesverfassungsgerichts (1954) Gesetzeszuständigkeiten von Bund, Ländern und Gemeinden in der Raumordnung und im Baurecht neu geregelt. Das frühere Baupolizeirecht wurde als Bauordnungsrecht der Landeskompetenz zugeordnet. Die Zuständigkeit des Bundes bezog sich somit nur auf Regelungen über die städtebauliche Planung und ihre Verfahren sowie über die Bodenordnung, Grenzregelung, Enteignung und Erschließung.

Angesichts der Konzentration und Verdichtung in den Städten und vor allem ihrem Umland mit seiner suburbanen Siedungsentwicklung in der Zeit des Wiederaufbaus und des Wachstums, verbunden mit der Individualmotorisierung, gewannen Siedlungsachsen für regionale Planung an Bedeutung. Zentrale Orte sollten sich nunmehr in ein Netz einpassen, die „dezentralisierte Stadt" (Olaf Boustedt 1967, nach Kegler 2015: 453) der Ballungsräume wurde nunmehr positiv im Sinne gesunder Strukturen

neu bewertet. Basierend u.a. auf Überlegungen des Raumplaners Gerhard Isbary wurde in den 1960er Jahren eine funktionale Gliederung des Raumes mit Entwicklungsachsen und Schwerpunkten zum raumordnungspolitischen Leitkonzept.

Nach den Jahrzehnten der Suburbanisierung und des massiven Neubaus und später nach dem ersten Entwicklungsschub nach der Wiedervereinigung Deutschlands orientierten sich die Planungsaufgaben zunehmend auf den Bestand; damit veränderten sich die Aufgaben und Instrumente. Städtebauliche Sanierungs- und Entwicklungsmaßnahmen der 1970er Jahre setzten programmatisch und fördertechnisch an dem Sanierungserfordernis von Gebieten an, die durch eine ungenügende Situation allgemeiner Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse gekennzeichnet waren.

In den 1980er Jahren mit den wahrnehmbaren Grenzen des Wachstums in jedweder Hinsicht wurde die erhaltende Stadterneuerung als Aufgabe der Sanierung und Verbesserung der Lebensverhältnisse kleinteiliger, objektbezogen und partizipativ. Die Restrukturierung städtischer Teilräume als Reaktion auf das massive Brachfallen und die damit verbundene Restrukturierung größerer zusammenhängender Flächen, wie weltweit in den Hafenquartieren, beispielsweise in Hamburg, führte zur Veränderung des Stadtgefüges in seinen Nutzungszusammenhängen und seinen stadt-räumlichen Dimensionen. Die seit der UN-Konferenz in Rio de Janeiro 1992 propagierte nachhaltige (Stadt-)Entwicklung setzte auf Ökologie und damit die Reduzierung des motorisierten Individualverkehrs in den Städten, die Aufwertung städtischer Freiräume und Klimaschutz sowie die Energiebilanz von Gebäuden. Eine nachhaltige städtebauliche Entwicklung wurde im §1 des Baugesetzbuches als Grundsatz verankert und umfasste damit implizit auch gesundheitsrelevante Aspekte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Professionalisierung der räumlichen Planung zunächst mit einer an die industriellen Herausforderungen angepassten räumlichen Planung, ab dem 20. Jahrhundert zunehmend mit dem Anspruch des Auffangens der Auswüchse der ungebremsten kapitalistischen Produktion und der Lebensbedingungen der Arbeitskräfte einherging. Raumplanerischen Konzepten lag jedoch bis Ende des 20. Jahrhunderts ein pathogenetisches Gesundheitsverständnis zugrunde, das auf die Vermeidung von Krankheiten und die Verbesserung hygienischer Lebensbedingungen der Bevölkerung abzielte. Eine Verschiebung zu einem salutogenetischen Verständnis von Gesundheit im Sinne des Wohlbefindens zur Grundlage bei der Entwicklung von Zielen, Konzepten und Maßnahmen liegt in der raumplanerischen Forschung und Praxis noch in den Anfängen.

4 Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung in der Stadtplanung – eine interdisziplinäre Aufgabe

Gesundheitsbezogene Belange sind heute in vielen aktuellen Themen der Raumplanung präsent: In der überörtlichen Raumplanung geht es um die Einbindung der Umlandgemeinden, der Vororte und an die Stadt angrenzenden Gebiete, um eine regionale Entwicklung, die eine Reduzierung des Individualverkehrs und der Flächeninan-

spruchnahme ermöglicht. Angesichts der demografischen Veränderungen gilt es, die Bevölkerungsentwicklung in der Stadt, die Zu- und Abwanderung sowie deren Verteilung innerhalb der Stadt zu behandeln, um die Stadt als Wirtschafts- und Wohnstandort attraktiv zu erhalten und weiterzuentwickeln. Dazu gehören auch die Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens mit medizinischer Versorgung der Stadtbewohner sowie die soziale Betreuung, aber auch Bildung und Kultur. Nicht nur die technische und kulturelle Infrastruktur gilt es zu bewirtschaften, auch die Grünräume, die Freiflächen und Erholungsgebiete sowie der Erhalt von biologisch wertvollen Strukturen, die Planung, Anlegung und Erhaltung von Grünflächen, Parks usw. im Stadtgebiet sind sicherzustellen, um so ein nahräumliches Angebot für Freizeit, Erholung und Sport, auch durch den Bau von Freizeiteinrichtungen, Vergnügungseinrichtungen und Sportstätten, bereitzustellen. Schließlich gehören dazu auch die Belange des Verkehrs in Bezug auf die Vernetzung und Erreichbarkeit. Denn die individuellen Lebensmuster sind regional geprägt, meist ohne dass dies für die lebensweltlich orientierten Aktivitäten wahrgenommen wird.

Bereits das Bundesbaugesetz (1960), das inzwischen als rechtliche Grundlage für die Qualitätssicherung planerischer Grundsätze, Ziele und Leitlinien vom Baugesetzbuch (1986) abgelöst worden ist, benennt gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse als einen essenziellen Belang, der an erster Stelle der laufend ergänzten insbesondere zu berücksichtigenden Belange steht, die im Abwägungsprozess der Bauleitplanung (Flächennutzungsplanung, Bebauungsplanung) gegen und untereinander gerecht abzuwägen sind (vgl. § 1 (6) Bundesbaugesetz). Dies zeigt die hohe Bedeutung von Gesundheit bereits in der ersten Fassung des Bundesbaugesetzes nach dem Zweiten Weltkrieg. Festzustellen ist, dass es sich hier um ein als pathogenetisch einzustufendes Verständnis von Gesundheit im Sinne des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsvorsorge (Hoffmann 2014) zur Vermeidung von Krankheiten, Gefahren und Gefährdungen handelt. Einem umfassenden salutogenetischen Gesundheitsverständnis, das bereits 1948 von der WHO in der Ottawa-Charta vertreten wurde, wurde nicht gefolgt.

Auch wenn die Grenzen des Wachstums sowie der technische und wirtschaftliche Strukturwandel zu einer Paradigmenverschiebung hin zu mehr ökologischem Bewusstsein geführt haben, ist es in den vergangenen Jahrzehnten den Vertretern des Gesundheitswesens nicht gelungen, sich im Bewusstsein und in den Strategien der Stadtplanungs-Experteninnen und -Experten zu verankern, die ausdrücklich auf Umweltfragen abgestimmt waren. Dies zeigt eine 1991 von Marianne Rodenstein veröffentlichte Umfrage. Sie untersuchte die Frage, ob sich die Wahrnehmung der gesundheitsbezogenen Aspekte der Stadtplanung in sieben deutschen Städten seit den 1960er Jahren, als die letzte Umfrage veröffentlicht wurde, geändert hatte. Ausgehend von der Hypothese, dass das gesundheitliche Bewusstsein von Stadtplanern, Gesundheits- und Umweltexperten gespiegelt wird, stellte Rodenstein fest, dass sich deren Aufmerksamkeit überwiegend auf gesetzliche Anforderungen und Parameter von Lärm, Klima, Luftverschmutzung und Bodenverschmutzung konzentrierte. Weitere Faktoren, wie die Förderung des Wohlbefindens oder sozial orientierte Maßnahmen, wurden nur von einer Minderheit von Planerinnen und Planern berücksichtigt. Sie konstatierte, dass Umweltaspekte und nicht Gesundheit selbst das erhöhte Gesundheitsbewusstsein ausgelöst hatten. Einer der Gründe dafür wurde in dem Fehlen

von Evidenz für Gesundheitsparameter gesehen, da diese nicht objektivierbar und daher für die Stadtplanung rechtlich als nicht relevant angesehen wurden. Eine Förderung gesundheitlicher Belange sah Rodenstein somit eher in der Suche nach starken Bündnissen, die Beiträge der Gesundheitsbehörden für die räumliche Planung unterstützen könnten (Rodenstein 1991). Das Spannungsfeld zwischen den Handlungsfeldern Umwelt und Gesundheit in Bezug auf eine baulich-räumliche Stadtentwicklung spiegelt sich hier einmal mehr wieder. Dies stellt bis heute eine Herausforderung für die Ressortzuschnitte und Verwaltungsverfahren dar.

Um die Planungspraxis der Städte zu unterstützen, die versuchen, die Vision des Gesunde-Städte-Netzwerks der WHO zu integrieren, wurden einige Parameter für eine gesunde Stadt, wie eine sichere, ökologisch und sozial ausgewogene Umwelt mit wirtschaftlicher Stabilität und zuverlässiger Gesundheitsversorgung, vom Institut für Landes- und Stadtentwicklung (ILS) in Dortmund skizziert. Eine darauf basierende Umfrage des ILS (ILS 1994) zeigte, dass die Verknüpfung von Umwelt- und Gesundheitspolitik die schwierigste Aufgabe im Verwaltungshandeln war. Individuelles Verhalten wurde im Rahmen lokaler Politik als zentrale Rahmenbedingung für Gesundheit verantwortlich gemacht, obwohl sich Bezüge zu unterschiedlichen städtischen Handlungsfeldern abzeichneten. Urbane Entwicklung und Planung wurden zwar als zentrale Aufgabenfelder für lokale Gesundheit, basierend auf Visionen und Richtlinien, erkannt, ohne diese jedoch zu operationalisieren. Allerdings wurden die Festlegung gesundheitsrelevanter Ziele und die Verknüpfung bzw. der Austausch zwischen den verschiedenen Verwaltungsabteilungen auf der Grundlage politischer Entscheidungen als notwendig gesehen. Zur Sicherstellung der administrativen Umsetzung sollte die Einrichtung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe bei der Zusammenarbeit sektoraler Aufgaben und Verfahren die jeweiligen Zuständigkeiten verknüpfen (ebd.).

Inzwischen sind Aufgaben der Gesundheitsförderung nicht nur mit Aspekten der Gesundheit, sondern auch mit sozialen, umweltbezogenen und räumlichen Verantwortlichkeiten verknüpft. Administrativ liegen die Kompetenzen in den unterschiedlichen Ressortverantwortungen der umwelt- und gesundheitsbezogene Aufgaben. Während die räumliche Planung durch das Baugesetzbuch und das Raumordnungsgesetz auf Bundesebene gesetzlich gerahmt wird, ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) über die Gesetze der 16 Bundesländer mandatiert. Lagen bisher die Kernaufgaben zunächst im Gesundheitsschutz (Hygiene, Infektionsschutz, Umweltmedizin, Überwachung im Pharmaziebereich etc.), in der Prävention, Fürsorge, Aufklärung (u.a. Schulgesundheitspflege, Gesundheitsförderung sowie in der Gesundheitsberichterstattung, so wird inzwischen, unterstützt durch die Kommunale Gemeinschaftsstelle für das Verwaltungsmanagement (KGSt) seit 1998 eine Neuausrichtung des ÖGD im Rahmen der Verwaltungsreform angestrebt. Damit verbunden sollen die Leistungen stärker auf Bevölkerungsgruppen und auf den Lebensraum bezogen erfolgen (Kuhn/Wildner/Zapf 2012; vgl. auch Beitrag Köckler in diesem Band).

5 Fazit und Ausblick: Antworten der räumlichen Planung auf gesundheitsbezogene Herausforderungen und Zukunftsfragen in der Stadtplanung/-entwicklung

Der Rückblick auf die historische Verknüpfung von Städtebau und Gesundheitswesen in Deutschland und Europa zeigt, dass sich in den vergangenen Jahrhunderten beide Disziplinen auf die Bevölkerung und ihre Lebensverhältnisse orientiert haben. Die verfolgten Ziele und Leitgedanken haben sich gegenseitig durchdrungen und – abhängig von den politischen Machtverhältnissen – zumeist auch gegenseitig befruchtet. Städtebauliche bzw. gesundheitsorientierte Leitbilder sind zu einem großen Anteil ökonomisch determiniert und spiegeln die jeweiligen gesellschaftlichen Machtverhältnisse wider. Sie reagieren auf soziale und ökonomische Probleme ihrer Zeit im Rahmen ihrer jeweiligen Ressourcen und Kompetenzen und sind nicht unbedingt von Akteuren aus dem Bereich räumlicher Planung oder Gesundheit initiiert. Auch die Instrumentalisierung von Lösungsansätzen angesichts gesundheitlicher Problemstellungen für politische und ökonomische Ziele wird insbesondere im 19. und 20. Jahrhundert deutlich. Angesichts einer zunehmenden Professionalisierung mit fachlich-administrativer Spezialisierung in den letzten Jahrzehnten sowohl in der räumlichen Planung als auch im Gesundheitswesen spielen die politischen, administrativen, finanziellen und auch die räumlichen Zuständigkeiten eine wichtige Rolle.

In einem von mehreren Ebenen gestalteten politisch-administrativen System, wie es sich heute in einem föderalen Rechtsstaat wie der Bundesrepublik Deutschland darstellt, ist die Entwicklung von Strategien und Instrumenten deutlich komplexer geworden. Sie sind getragen von den jeweiligen rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen und den wirtschaftsstrukturellen, sozio-demografischen und technologischen Einflussfaktoren in einer globalisierten Welt. Die aktuellen Aufgaben der Kooperation von räumlicher Planung und Public Health liegen in

> einer Verknüpfung von Leitbildern für die Stadtentwicklung und -morphologie,

> der Entwicklung gemeinsamer bzw. komplementärer Strategien und Instrumente sowie

> dem Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure an den jeweiligen Schnittstellen.

Die aktuelle planerische Orientierung auf die Weiterentwicklung der gebauten Stadt und ihrer baulich-räumlichen und sozialen Qualitäten schlägt sich in dem Leitbild der Europäischen Stadt nieder, dass 2007 als Leipzig Charta formuliert wurde. Die Reduzierung der Flächeninanspruchnahme zur Siedlungsentwicklung und die städtebauliche Qualifizierung des baulichen und freiräumlichen Bestands, die Anpassung der räumlichen Strukturen an den Klimawandel und an die Anforderungen einer alternden Gesellschaft sind zentrale aktuelle Handlungsfelder von Städtebau und Raumordnung. Aktuelle städtebauliche Aufgaben orientieren sich auf die städtebauliche (Um)Gestaltung im urbanen Raum und haben dabei unterschiedliche, oftmals konfligierende Nutzungsansprüche zu befriedigen: kompakte Stadt mit hoher baulicher Dichte versus

Sicherung von Grün- und Freiräumen für das Mikroklima oder barrierefreie Gestaltung öffentlicher Räume versus Nutzungsvielfalt und Gebrauchswert für unterschiedliche Nutzungsanforderungen.

Gleichzeitig kann in den Agglomerationsräumen der Metropolregionen wie beispielsweise Berlin, München, Hamburg oder Düsseldorf massives Bevölkerungswachstum aufgrund von Zuwanderung beobachtet werden, aber auch in zahlreichen kleineren Großstädten und Stadtregionen Deutschlands. Dies führt nicht nur zu dramatischen Engpässen in der Versorgung mit bezahlbarem Wohnraum, sondern auch zu einer verstärkten Nachfrage auf dem Eigentums-Wohnungsmarkt. Damit stellt sich auch die Aufgabe der Planung von nachhaltigen Stadterweiterungsgebieten. Konzepte des frühen 20. Jahrhunderts, wie die Gartenstadt und die Bildung von Genossenschaften, werden wieder diskutiert, um städtebauliche Qualitäten für hochverdichtete Ballungsräume zu entwickeln (Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2016).

Darüber hinaus stehen auch Strategien gegen eine sozial-räumlich segregierte Stadtentwicklung zur Diskussion. Große Aufmerksamkeit ziehen benachteiligte Stadtquartiere auf sich mit der Zielsetzung einer funktionalen städtebaulichen Verbesserung, verbunden mit einer sozio-ökonomischen Stabilisierung. Dabei werden private Initiativen sowie kooperative Konzepte und Maßnahmen adressiert und mit Blick auf den Einsatz privater Finanzmittel gefördert, beispielsweise durch den Stadtumbau. Eine explizite Aufnahme gesundheitsrelevanter Aspekte und Ziele in die entwickelten Strategien bedarf einer Verknüpfung von Datengrundlagen zu Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage als Beitrag zu mehr Umweltgerechtigkeit in der Stadt (siehe Beitrag Böhme/Köckler in diesem Band). Angesichts des aktuell beschlossenen Präventionsgesetzes (siehe Beitrag Rauland/Böhme/Köckler in diesem Band), das die Einbeziehung der Lebenswelt Kommune explizit adressiert, kann man somit von einem günstigen Zeitfenster sprechen, um gesundheitsbezogene Zielsetzungen in einem salutogenetischen Gesundheitsverständnis mit einer nachhaltigen räumlichen Entwicklung zu verbinden. Eine Verknüpfung des auf Lebenswelten bezogenen Setting-Ansatzes mit räumlichen Gebietskulissen hat das instrumentelle Potenzial für eine bessere Einbeziehung der lokalen Bevölkerung in die Entwicklung planerischer Maßnahmen und für eine stärkere Zielgruppenorientierung.

Die komplexen Herausforderungen sind nur im Zusammenwirken unterschiedlicher Disziplinen – dazu gehören die räumliche Planung / die Raumforschung und der Öffentliche Gesundheitsdienst / Public Health – und mit unterschiedlichen Interessenträgern in der Gesellschaft einschließlich der Zivilgesellschaft zu bewältigen. Inter- und transdisziplinäres Forschung und ressortübergreifendes Verwaltungshandeln (siehe Beitrag Böhme/Dilger/Quilling in diesem Band) sind gefragt, denn räumliche Planung kann seit jeher einen essenziellen Beitrag zur Umsetzung der Forderung der WHO nach „Health in all policies“ auf lokaler und regionaler Ebene leisten.

Autorin

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart *(*1952), Architektin und Stadtplanerin, Univ.-Professorin für Stadt- und Regionalplanung an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL), Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft NRW der ARL, Leiterin des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL, seit 2017 Mitglied des Präsidiums der ARL.*

Literatur

Albers, G. (1997): Zur Entwicklung der Stadtplanung in Europa. Braunschweig.
Arminius (1874): Die Großstädte in ihrer Wohnungsnoth und die Grundlagen einer durchgreifenden Abhilfe. Leipzig.
Baugesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 2004 (BGBl. I S. 2414), zuletzt geändert durch AsylverfahrensbeschleunigungsG v. 20. Oktober 2014, BGBl. I S. 1, 2016. München.
Benevolo, L. (1984): Die Geschichte der Stadt. Frankfurt a.M., New York.
Bodenschatz, H.; Gräwe, C.; Kegler, H.; Nägelke, H.-D.; Sonne, W. (Hrsg.) (2010): Stadtvisionen 1910/2010 Berlin Paris London Chicago. Berlin.
Böhme, C.; Bunzel, A. (2014): Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum. Expertise „Instrumente zur Erhaltung und Schaffung von Umweltgerechtigkeit". Berlin.
Brennan, J.; Burton, A.; Lawi, Y. (2007). Dar es Salaam: Histories from an emerging African metropolis. Mkuki na Nyola Publishers.
BBSR – Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2016): 10 Thesen zur Gartenstadt 21. http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Aktuell/Aufrufe/aktuelle-meldungen/archiv/gartenstadt-21-dl-2.pdf - (22.01.2017).
Dieckmann, N. (2013): Umweltgerechtigkeit in der Stadtplanung. In: NVwZ 2013, 1575-1581.
Grassnick, M.; Hofrichter, H. (1982): Stadtbaugeschichte von der Antike bis zur Neuzeit. Braunschweig, Wiesbaden.
Hilliges, M. (2004): Entfestigung. Planungskonzepte zur Urbanisierung der „Leere" im 18. Jahrhundert. In: Die alte Stadt 3/2004. Stuttgart, 161-181.
Hoffmann, S. (2014): Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung – der Rechtsbegriff der ‚gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnisse' im Vergleich mit dem Gesundheitsverständnis der Gesundheitswissenschaften. Unveröffentlichte Master-Thesis an der Fakultät Raumplanung, TU Dortmund.
Hotzan, J. (1994): dtv-Atlas zur Stadt. Von den ersten Grundzügen bis zur modernen Stadtplanung. München.
Hossain, S.; Scholz, W.; Baumgart, S. (2015): Translation of urban planning models: Planning principles, procedural elements and institutional settings. In: Habitat International 48 (2015), 140-148.
Howard, E. (1902): Garden Cities of To-morrow. Second edition. London.
Kegler, K. R. (2015): Deutsche Raumplanung. Das Modell der „Zentralen Orte" zwischen NS-Staat und Bundesrepublik. Schöningh und Paderborn.
Kress, C.; Haberland, G.; Hegemann, W. (2010): Privater oder öffentlicher Städtebau? In: Stadtvisionen 1910/2010 Berlin Paris London Chicago. Berlin, 78-83.
Kuhn, J.; Wildner, M.; Zapf, A. (2012): Der öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. In: Deutsches Ärzteblatt 109 (9), A 413-6.
Labisch, A.; Tennstedt, F. (1984): 50 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Dr. med. Arthur Gütt und die Gründung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: Öffentliches Gesundheits-Wesen 46 (1984). Stuttgart und New York, 291-298.
Moeck-Schlömer, C. (2008): Hamburgs Wasserversorgung im 19. Jahrhundert. In: Pelc, O.; Grötz, S. (Hrsg.): Konstrukteur der Moderne. William Lindley in Hamburg und Europa 1808–1900. In: Schriftenreihe des Hamburgischen Architekturarchivs 23. Hamburg und München, 29-47.
Mumford, L. (1980): Die Stadt. Geschichte und Ausblick. Band 1. München.
Pahl-Weber, E. (2010): Informelle Planung in der Stadt- und Regionalplanung. In: Henckel, D.; von Kuczkowski, K.; **Lau, P.; Pahl-Weber, E.; Stellmacher, F.** (Hrsg.): Planen – Bauen – Umwelt. Ein Handbuch. Wiesbaden, 227-232.
Platt, H. L. (2007): From Hygeia to the Garden City. Bodies, Houses, and the Rediscovery of the Slum in Manchester, 1875-1910. In: Journal of Urban History 33, 756-772.
Priya, R. (1993): Town Planning, Public Health and Urban Poor: Some Explorations from Delhi. In: Economic and Political Weekly 28 (17), 824-834.

Rodenstein, M. (1991): Gesundheit, Stadtplanung und Modernisierung. In: Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.): Archiv für Kommunalwissenschaften 1/91, 47-63.
Rodenstein, M. (2012): Stadtplanung und Gesundheit – ein Rückblick auf Theorie und Praxis. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süße, W. (Hrsg. 2012): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern.
Schmidt, R. (1912/2009): Denkschrift betreffend Grundsätze zur Aufstellung eines General-Siedelungsplanes für den Regierungsbezirk Düsseldorf (rechtsrheinisch). Essen.
Schubert, D. (2008): Wilhelm Lindley und London, „das riesenmässige Stadtungeheuer an der Themse" im 19. Jahrhundert. In: Pelc, O.; Grötz, S. (Hrsg.): Konstrukteur der Moderne. William Lindley in Hamburg und Europa 1808–1900. In: Schriftenreihe des Hamburgischen Architekturarchivs 23. Hamburg und München, 93-111.
Schröteler-von Brandt, H. (2014): Stadtbau- und Stadtplanungsgeschichte. Wiesbaden.
Vögele, J. (2001): Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung. In: Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte 69. Berlin.

Claudia Hornberg, Michaela Liebig-Gonglach, Andrea Pauli

GESUNDHEITSFÖRDERUNG – EIN KONZEPT UND SEINE ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND

Gliederung

1 Einleitung
2 Gesundheitsförderung und Prävention – zwei Konzepte, unterschiedliche Denktraditionen, ergänzende Handlungsansätze
3 Das Konzept der Salutogenese und die Bedeutung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums als Fundament für Gesundheitsförderung
4 Die Konzeption des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung
5 Welche Antworten kann die Gesundheitsförderung auf die Herausforderungen und Zukunftsfragen in der Stadtplanung/-entwicklung geben?
Literatur

Kurzfassung
Das heutige Leitbild der Gesundheitsförderung ist historisch betrachtet maßgeblich durch die unterschiedlichen medizinischen Glaubens- und Denkrichtungen der vergangenen Epochen geprägt worden. Mit dem Wandel der gesundheitlichen Problemfelder hat sich auch das Verständnis von Gesundheitsförderung kontinuierlich verändert und weiterentwickelt. Neue Erkenntnisse über krankheitsvermeidende und gesundheitsfördernde Lebensweisen, die Entdeckung neuer Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken in Verbindung mit den sozialen Lebensverhältnissen als wichtige Gesundheitsdeterminanten spiegeln sich dementsprechend in aktuellen Leitbildern von Gesundheitsförderung wider.

Für das auf Public Health bezogene Konzept der Gesundheitsförderung im Rahmen städtebaulicher Maßnahmen hat der auf dem salutogenetischen Modell basierende *Setting-Ansatz* besondere Bedeutung. Dieser Ansatz intendiert, dass mittels gezielter Stadtplanung und Stadtentwicklung Lebens(um)welten geschaffen und verstetigt werden können, die nachhaltig einen positiven Beitrag zum Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen leisten.

Schlüsselwörter
Gesundheitsförderung – Gesundheitsdeterminanten – Lebenswelten – Salutogenese – Setting-Ansatz

Promoting health – a concept and its development in Germany

Abstract
Historically, today's model of health promotion has been shaped by different medical beliefs and lines of thoughts. As health problems have changed, so our understanding

of them has changed and continuously developed. Accordingly, our current models of health promotion include new insights into disease-preventing and health-promoting lifestyles, but also the discovery of new morbidity and mortality risks in connection with social living conditions as important determinants of health.

The salutogenic model is of particular relevance for the public health related concept of health promotion in the context of urban health, creating and stabilising living environments through urban planning and development with the aim of making a long-term positive contribution to sustaining health and well-being for the various population groups.

Keywords
Determinants of health – health promotion – living environment – salutogenesis – setting approach

1 Einleitung

Das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz, das dem sog. Setting-Ansatz und den gesundheitsförderlichen Lebenswelten hohe Bedeutung einräumt, zeigt deutlich, dass die Bemühungen um den Erhalt von Gesundheit die Zuständigkeitsbereiche der Krankheitsversorgung zunehmend überschreiten. Städte und Gemeinden werden in die Pflicht genommen, Lebens-Räume bzw. Lebens-Umwelten vorzuhalten, die den Bürgerinnen und Bürgern „gesunde", respektive die Gesundheit erhaltende oder/und verbessernde Lebensverhältnisse bieten (siehe hierzu ausführlich Beitrag von Rauland/Böhme/Köckler). Der Begriff der Gesundheitsförderung ist in diesem Kontext eine wichtige Größe und aus dem Handlungsrepertoire vieler Disziplinen (z. B. Public Health, Soziale Arbeit, Pflege, Medizin) nicht mehr wegzudenken.

Gesundheitsförderung mit Stadtplanung und Stadtentwicklung in Verbindung zu bringen, ist weitaus weniger gängig, erfreut sich aber international und national wachsender Aufmerksamkeit, sowohl aufseiten von Public Health als auch aufseiten der Disziplinen und Berufsgruppen, die bislang wenig Berührung mit dem Thema Gesundheit hatten. Das Wissen um die Bedeutung von Stadtplanung und Stadtentwicklung für die Gesundheit der Menschen ist aber keineswegs neu. *Dass* eine konsequent gesundheitsorientierte Stadtplanung und -entwicklung einen aktiven Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leisten kann, dürfte unumstritten sein. Was bleibt, ist jedoch die Frage nach dem „Wie" und damit die Frage, ob mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung für diese Aufgabe ein tragfähiges Fundament zur Verfügung steht. Unverzichtbar ist letztlich die Frage, welches Verständnis von Gesundheit im eigentlichen Sinne die Basis für die Gesundheitsförderung bildet. Welches sind die zentralen Pfeiler, auf denen Gesundheitsförderung seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986 fußt? Wie verhält sich Gesundheitsförderung zur Prävention und wo liegen Unterschiede, wo sind Gemeinsamkeiten auszumachen? Und nicht zuletzt: Welche Relevanz hat Gesundheit im Kontext von Stadtplanung und Stadtentwicklung zeitgeschichtlich betrachtet, d. h. an welchen Stellen konnten erste grundlegende Gedanken zur Gesundheitsförderung in diesem Handlungsfeld wirksam werden?

2 Gesundheitsförderung und Prävention – zwei Konzepte, unterschiedliche Denktraditionen, ergänzende Handlungsansätze

In der Gegenüberstellung von Prävention und Gesundheitsförderung wird schnell deutlich, dass diese nicht nur unterschiedlichen theoretischen Ursprungs sind und in unterschiedlichen Kontexten entstanden, sondern dass sie auch auf der praktischen Ebene unterschiedlichen Handlungslogiken und Zielen verpflichtet sind.

Beide Ansätze sind nicht als gegensätzliche, sich ausschließende Kategorien zu verstehen, sondern als sich ergänzende, ineinandergreifende und voneinander profitierende. So integrieren zahlreiche Aktivitäten, die unter dem Label „Prävention" firmieren (z. B. Prävention ernährungsbedingter Erkrankungen), zugleich Maßnahmen der Gesundheitsförderung, wie z. B. Bewegung und Stressabbau. Die Prävention hat insofern nicht unwesentlich von den Entwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung profitiert und wesentliche Impulse aufgegriffen. Dies lässt sich untermauern, betrachtet man die Entwicklungsleitlinien der Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit der Ottawa-Charta im Vergleich zur (Krankheits-)Prävention und ihrer Nähe zur Epidemiologie (vgl. „Koch'sches Modell der Übertragung von Infektionskrankheiten") und Medizin (Tietze/Bellach 1997; Waller 1995; Franzkowiak 2003a). Zudem lassen die aktuellen Konzepte und Strategien eine zunehmende Auflösung der ehemals stringenten Zuordnung im Sinne von Verhaltensorientierung (Prävention) versus Verhältnisorientierung (Gesundheitsförderung/-schutz), individuumbezogen (Prävention) versus bevölkerungsbezogen (Gesundheitsförderung/-schutz) etc. erkennen. Die Überschneidungsbereiche zwischen beiden Ansätzen sind auf der Ebene der konkreten Interventionen fließend, Unterschiede bestehen vor allem hinsichtlich konzeptioneller Rahmungen.

Innerhalb der Prävention wird zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention differenziert. Auf der Ebene der Verhaltensprävention, deren Zielgruppe der/die Einzelne oder bestimmte Risikogruppen sein können, werden vor allem die Verhaltensparameter fokussiert, die sich entsprechend dem Risikofaktorenmodell als relevante gesundheitliche Parameter, z. B. für chronische körperliche Erkrankungen, erwiesen haben (z. B. Rauchen, Fehlernährung) und die mittels spezifischer Präventionsmaßnahmen verhindert werden sollen (Waller 1995). Unspezifische Maßnahmen mit verhältnispräventiver Ausrichtung zielen in erster Linie auf die materiellen, sozialen und kulturellen Lebens- und Umweltbedingungen, die Gesundheit und Krankheit maßgeblich beeinflussen (Franzkowiak 2003b). In der Literatur hat sich zudem der Begriff der „strukturellen Prävention" etabliert, der sich auf verschiedene Systemebenen (z. B. individueller sozialer Nahraum, Gesundheitspolitik etc.) bezieht (Gutzwiller/Wydler/Jeanneret 1999).

Meilensteine und erste Denkansätze auf dem Weg zum Leitbild der Gesundheitsförderung

In jedem Kulturkreis, jeder Gesellschaft und jeder Epoche finden sich Anhaltspunkte für ein spezifisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, aus dem bestimmte Praktiken und Handlungsansätze zum Umgang mit Gesundheitsstörungen sowie zur Erhaltung von Gesundheit abgeleitet wurden. Über alle zeitlichen Epochen hinweg lassen sich diesbezüglich unterschiedlichste Glaubenssysteme und Denkrichtungen aus-

machen, die meist (noch) weit entfernt waren von dem, was heute als medizinische behandelnde Disziplin auf der einen und Gesundheitsförderung, respektive Prävention, auf der anderen Seite wissenschaftlich etabliert ist.

Der Vollständigkeit halber erfolgt zunächst ein komprimierter und größere Zeitsprünge umfassender Rückblick auf wichtige Entwicklungsprozesse, die als Wegbereiter und Vorläufer heutiger Prävention und Gesundheitsförderung gelten. Zur Vertiefung der Thematik sei an dieser Stelle auf medizinhistorische Schriften und historische Texte der Sozialmedizin verwiesen (z. B. Bergoldt 1999; Schlagen/Schleiermacher 2002; Flügel 2012).

Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsvorsorge in der kulturgeschichtlichen Retrospektive

Gesundheit und ihre Erhaltung hatten bereits in der Antike einen hohen Stellenwert als Voraussetzung für ein „glückliches" Leben. *Hippokrates von Kos* (466–377 v. Chr.) gilt bis heute als Wegbereiter und Begründer zentraler Paradigmen der abendländischen Medizin. Eng damit verbunden ist das von Hippokrates begründete und auf gesundheitsrelevanten Faktoren wie Ernährung, Bewegung, Reinigung, Wohnung, Ausscheidung etc. fokussierte Regelwerk der Diätetik als Voraussetzung und Grundlage für individuelles Wohlbefinden. Durch den Arzt *Galen* (129–199 n. Chr.) erfuhr die Diätetik eine grundlegende Erweiterung, indem der Entstehung von Krankheiten über den gesamten Lebenszyklus hinweg krankheitsvermeidende und die Gesundheit bewahrende Lebensweisen (im Sinne einer gesunden Lebensführung) entgegengesetzt wurden. Zugleich sah man den einzelnen Menschen in der Pflicht, sich für seine Gesundheit einzusetzen und Verantwortung für diese zu übernehmen – ein Umstand, der deutliche Parallelen aufweist zu der bis heute immer wiederkehrenden Diskussion, wieviel Eigenverantwortung dem Einzelnen für die Erhaltung seiner Gesundheit im Gesundheitssystem zuzumuten ist. Herausragend an der Diätetik ist, dass sie als Gesundheitslehre sowohl ein erstes, grundlegendes Verständnis von der Bedeutung präventiver Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit erkennen lässt und darüber hinaus die enge Verbindung zwischen den vorherrschenden Krankheiten und den Lebensweisen der Menschen herstellt (Eijk 2011; Eckart 2005).

Das „neue" Verständnis der gezielten Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch Maßhalten, sittliches Verhalten und geistige Tugenden als wesentliche Eckpfeiler für körperliche Gesundheit und der Einklang von Körper und Seele wurden im Christentum bis in das Mittelalter von einem strengen religiösen Glauben überlagert. Demzufolge mussten Krankheiten (u. a. als Folge menschlichen Fehlverhaltens gegenüber Gott) im wahrsten Sinne des Wortes bis zur Erlösung durch Gott „durchlitten" und „ertragen" werden. Die Vorstellung von Krankheit als selbstverschuldetem oder als gottgegebenem Schicksal, das es als unbeeinflussbar hinzunehmen galt, wich seit Beginn der frühen Neuzeit (um 1500 n. Chr.) einer sich weiterentwickelnden medizinischen Wissenschaft. In Alchemie ausgebildete Heilkundige diagnostizierten Krankheiten, indem sie Normabweichungen in der stofflichen Zusammensetzung des menschlichen Organismus analysierten und mit entsprechenden Arzneien behandelten. Der Fokus auf Gesundheitserhaltung verlor entsprechend an Bedeutung und das Erfordernis, sich mit dem Erkrankten selber zu befassen, spielte in diesem Geschehen nur noch eine untergeordnete Rolle (Haug 1991).

Die Entdeckung der Hygiene im Kontext der Gesundheitsvorsorge

Angesichts der in den Folgejahren wachsenden Zahl wissenschaftlicher Nachweise für Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen (z.B. Ernährungssituation, Hygiene, Arbeitssituation etc.) und Krankheiten wurde der Ruf nach der Verantwortung des Staates für diesen Bereich laut. Handlungsleitend waren hier jedoch zunächst weniger altruistische Motive im Sinne der Gesunderhaltung der Bevölkerung als vielmehr wirtschaftliche Erwägungen vor dem Hintergrund, die Wettbewerbsfähigkeit der Staatswirtschaft zu stärken. Die daraus abgeleitete konkrete Forderung nach einer durch den Staat zu organisierenden und sicherzustellenden Gesundheitsvorsorge geht auf den Arzt Johann Peter Frank (1745–1821) zurück. Er vertrat die Auffassung, dass es in der Verantwortlichkeit des Staates liege, der Bevölkerung angemessene („hygienische") Wohn- und Arbeitsverhältnisse zur Verfügung zu stellen und durch vorbeugende Medizin und Gesundheitsvorsorge die Begrenztheit der kurativen Medizin und der bloßen Gefahrenabwehr im Gesundheitsschutz zu überwinden. Mit seinem Einsatz gilt Frank bis heute als Wegbereiter einer modernen Sozialhygiene und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und nicht zuletzt als Vorreiter der heute etablierten Verhältnisprävention. Der besondere Verdienst seiner Arbeit liegt darin, dass er explizit auf unzureichende Lebensumstände und die daraus resultierende mangelnde Hygiene (z.B. Trinkwasserqualität) als Krankheitsursache und zentrales Moment sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen aufmerksam machte. Eng damit verbunden war das Eingeständnis einer begrenzten Reichweite von Appellen an die „Eigenverantwortung" der Bürger hinsichtlich einer gesunden Lebensweise (Flügel 2012).

Die von Frank als krankheitsverursachendes Moment beklagten Umwelteinflüsse und Lebensverhältnisse verschärften sich mit der industriellen Revolution Ende des 18. und mit Beginn des 19. Jahrhunderts zusehends. Bereits ab den 1830er Jahren verwiesen öffentliche Gesundheitsbehörden vielerorts auf die Verelendung und die gehäuften Krankheitsfälle in den feuchten und überbelegten Wohnungen der städtischen Unterschichthaushalte. Desolate Wohn- und Lebensbedingungen in Massenunterkünften (Überbelegung, Feuchtigkeit, mangelnde Lüftung etc.) bei gleichzeitig fehlender sozialer Sicherung bedeuteten für die Arbeiterschaft systematische Benachteiligung und gesundheitliche Risiken. Epidemien (z.B. Cholera, Typhus, Tuberkulose) hatten es entsprechend leicht, sich zu verbreiten und forderten viele Todesopfer (Hörmann 1997; Rodenstein 1988). Bahnbrechend waren daher im Laufe des 19. Jahrhunderts die Arbeiten des britischen Ingenieurs Chadwick. Beauftragt von der britischen Regierung, fokussierte er im Jahr 1842 im „Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain" den Zusammenhang von Lebensverhältnissen, Armut und Krankheit. Mit seinem Entwurf geschlossener Rohrleitungssysteme zur Wasserver- und -entsorgung legte er einen wichtigen Grundstein zur Verbesserung der hygienischen Verhältnisse und der Gesundheit in Städten, was zu Recht als Wendepunkt in der Krankheitsprävention und als wegbereitend für die moderne Stadthygiene zu bezeichnen ist.

Im Kontext der sich entwickelnden Hygiene als spezifisches Konzept der Gesundheitslehre waren Beziehungen zwischen gebauter Umwelt und spezifischen Krankheitsbildern etwa ab 1870 Gegenstand gezielter epidemiologischer Untersuchungen: die Zusammensetzung und Beschaffenheit von Böden, Luft- und Wasserqualität sowie der Einfluss des Sonnenlichtes auf die menschliche Physiologie standen dabei im Zentrum

des Interesses. Letztlich wurde klar, dass Infektionsepidemien den Ver- und Entsorgungsproblemen in den Bereichen Trinkwasser, Müll, Abwasser, Fäkalien etc. geschuldet waren und nach umfassenden hygienischen Reformen verlangten (Rodenstein 1996). „Mehr Licht, mehr Luft, mehr Sonne" lautete daher das Leitprinzip der späteren städtebaulichen Charta von Athen (Rodenstein 1988).

Die Wurzeln moderner Public-Health-Konzepte und sozialer Ungleichheitsforschung sind in den sozialhygienischen Bewegungen des 19. Jahrhunderts unverkennbar und aufs Engste mit Namen wie Max von Pettenkofer und Rudolf Virchow als Mitbegründer der neuzeitlichen Öffentlichen Hygiene und Sozialmedizin verbunden. Folgerichtig beschreiben sie als Ziel der Hygiene „(...) die Gewährleistung lebenserhaltender und lebensfördernder Umwelt- und sozialer Verhältnisse und Strukturen in einer Solidargemeinschaft sowie die Förderung gesundheitsgerechter individueller Verhaltensweisen" (Kistemann/Engelhart/Exner 2002: 9).

Pasteur, Koch, Pettenkofer, aber auch andere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben mit ihren Theorien über die Entstehung von Epidemien (z. B. durch mangelnde Abwasserbeseitigung) der Forderung eines gesundheitsgerechten Städtebaus das notwendige Fundament verliehen. Sie führten angesichts der baulichen und städtebaulichen Folgen des aufkommenden Industriezeitalters und der Urbanisierung im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts zu weitreichenden hygienischen Standardsetzungen und Sanierungsmaßnahmen in den Städten (Schäfer 1997).[1] Als ihrer Zeit weit voraus sind daher auch die Bemühungen des im Jahr 1873 gegründeten „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege" (DVöG) zu bewerten: Bauhygiene wurde hier bereits als ein wichtiges Betätigungsfeld öffentlicher Gesundheitspflege definiert. Ihr wurde sowohl eine politikberatende Funktion als auch eine Vermittlerrolle in der Transformation des theoretischen Hygienewissens in die Praxis zugesprochen (Rodenstein 1992).

Ein grundlegender Beitrag zur Etablierung der Sozialhygiene liegt von Mosse und Tugendreich aus dem Jahr 1913 vor. Die Autoren diskutieren in ihrem umfangreichen Werk „Soziale Ätiologie der Krankheiten" gesundheitsbeeinträchtigende Einflüsse von Lebensbedingungen (z. B. defizitäre Wohnbedingungen mit Feuchtigkeit, Lichtmangel, ungenügender Belüftung und Heizung) auf das Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen. Als vordringliche Aufgabe der Sozialhygiene formulieren sie: „[...] zu zeigen, welcher graduelle Anteil bei der Entstehung und Verlauf der Krankheiten dem sozialen Faktorenkomplex zukommt" (Mosse/Tugendreich 1913: 4).

Auch die Arbeiten von Virchow zeichnet bis heute ein fortschrittliches Denken aus, da er den Verlauf von Krankheiten in ihrer geographischen Ausprägung aufzeigen und auf diese Weise sozio-ökonomische Faktoren als mitunter krankheitsverursachende Größen darstellen konnte. Als einer der bedeutendsten sozial engagierten Ärzte seiner Zeit betonte Virchow folgerichtig die soziale Dimension der medizinischen Tätigkeit

1 Richtungsweisend war in dieser Hinsicht Frankreich mit der Gründung des „Comité consultatif d' hygiène publique" im Jahr 1851, das Fragen der Stadthygiene und Assanierung behandelte. Hygieniker, Statistiker und Sozialpolitiker widmeten sich innerhalb des Komitees disziplinübergreifend unter anderem der Verbesserung der Hygiene und der Lebensverhältnisse der Arbeiterklasse in Paris.

und forderte jenseits einer individualistisch verstandenen Eigenverantwortung staatliche Interventionen zum Schutz der Gesundheit der sog. unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen (Oppolzer 1986). Seine Forderung nach einer sozialen Medizin hat im Hinblick auf die heutigen Gesundheitsreformdebatten kaum an Aktualität eingebüßt. Trotz dieser Erkenntnisse mussten weitere Jahrzehnte vergehen, bevor im Zuge der Entwicklung von Public Health sozial benachteiligte Lebensverhältnisse als eine wichtige Gesundheitsgröße entsprechende Aufmerksamkeit in der Medizin und in der Gesundheitsversorgung erhielten.

Die Instrumentalisierung der Sozialhygiene zur sog. „Rassenhygiene" im Nationalsozialismus hat die Tradition der Sozialhygiene jäh unterbrochen, durch Vermischung der naturwissenschaftlich fundierten Hygiene mit dem nationalsozialistischen Gedankengut der „Rassenhygiene". Diese Art der Instrumentalisierung und Pervertierung hat die Sozialhygiene nachhaltig beeinflusst und der Öffentlichen Gesundheitsfürsorge einen erheblichen Bedeutungsverlust weit über das Ende des 2. Weltkrieges hinaus beschert (Weingart/Kroll/Bayertz 1993).

Zivilisationskrankheiten im Zentrum präventivmedizinischer Bemühungen
Lag vor dem Nationalsozialismus der Fokus im Gesundheitswesen auf der Vermeidung von Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose), traten nach den Entbehrungen der Kriegs- und Nachkriegsjahre und mit steigendem Lebensstandard in den 1950er Jahren die sog. „neuen Wohlstandskrankheiten" und hier vor allem die koronaren Herzerkrankungen sowie die ihnen zugrunde liegenden „Risikofaktoren"[2] in das Blickfeld der Medizin. Im Zuge neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und technologischer Fortschritte konnte sich die kurativ orientierte Medizin und mit ihr ein ausgeprägtes naturwissenschaftliches biomedizinisches Denken, das sich in erster Linie für Krankheitsprozesse und abweichende körperliche Funktionsparameter interessierte, eine dominante Position in der Gesundheitsversorgung verschaffen.

Auf der Suche nach den verursachenden Faktoren für das neue Spektrum an chronischen Krankheiten ging es vorrangig darum, bestimmte Laborparameter, z. B. Cholesterin- und Blutdruckwerte, sowie Verhaltensweisen wie Rauchen, Bewegungsmangel und Über-/Fehlernährung mit der Krankheitsentstehung in Verbindung zu bringen und frühe Krankheitszeichen, z. B. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einer entsprechenden Therapie zuzuführen. Präventive Bemühungen verlagerten sich folglich auf das individuelle Verhalten, das als selbst zu verantwortender Risikofaktor für eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit angenommen wurde. Das sog. epidemiologische Risikofaktorenmodell und daraus abgeleitete präventivmedizinische Bemühungen mit einem Schwerpunkt auf verhaltensorientierter, appellativer Gesundheitserziehung erlebten in dieser Zeit ihre Hochphase.

Die 1960er und 1970er Jahre waren zudem die Zeit der großen epidemiologischen Kohortenstudien und Programme, in denen teilweise über Jahrzehnte hinweg die Bevölkerung ganzer Gemeinden/Städte hinsichtlich potenzieller Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Wirkungsweise präventiver Maßnahmen beob-

2 „Risikofaktoren sind definierbare Ursachen, durch deren Wirkung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit entsteht, zu erkranken und/oder zu versterben" (Brennecke/Schelp1993: 40).

achtet wurde (Siegrist 1998; von Troschke, 1989). Internationale Bekanntheit haben u. a. die Framingham-Studie in den USA, das Deutsche Herz-Kreislauf-Programm (DHP) und das finnische Nord-Karelien-Projekt (Laaser 1986) erlangt. Die „Gemeinde" diente in diesen Studien und Programmen zunächst als ein geographisch definiertes Gebiet, das dem epidemiologischen Kriterium einer abgrenzbaren Interventionspopulation entsprach (medizinisch-epidemiologischer Ansatz). Parallel dazu entwickelte sich im weiteren Verlauf ein sozialwissenschaftlicher Ansatz. Er sollte zu einer besseren interdisziplinären Kooperation von Ärzteschaft, anderen gesundheitsbezogenen Berufsgruppen und wichtigen Multiplikatoren in der Gemeinde beitragen. Es galt, eine möglichst große Zahl von Bürgerinnen und Bürgern für die Teilnahme an den Präventionsmaßnahmen, z. B. Nichtraucher-, Sport- und Gewichtsreduzierungsprogramme, sowie für die Inanspruchnahme der gesundheitsfördernden Angebote in den unterschiedlichen Teilbereichen der Gemeinde (z. B. Arbeitsplätze, Bildungs- und Freizeiteinrichtungen) zu gewinnen. Dahinter stand die Absicht, die intendierten Ziele zu erreichen: Veränderungen individuellen „Risikoverhaltens" und damit die Verringerung der Morbiditäts- und Mortalitätsraten, aber auch eine Verbesserung präventiver Strukturen in der Gesundheitsversorgung. Wenngleich die Gemeindeorientierung in den Herz-Kreislauf-Programmen/-Studien vorrangig funktionale Aspekte hatte, sind in diesem sozialwissenschaftlichen Ansatz erste Bezüge zum sog. Setting-Ansatz[3] auszumachen. Ebenso finden sich grundlegende Elemente der in den Vereinigten Staaten in den 1960er Jahren entwickelten Gemeindepsychologie (vgl. Sommer/Ernst 1977) als eine Grundlage für die späteren Gesundheitsförderungskonzepte und die sog. „gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit" in der Tradition der Sozialen Arbeit (Ruckstuhl 2011).

Die eher ernüchternden Erfolge der gemeindebasierten Programme (Troschke v./Klaes/Maschewsky-Schneider 1991) bestätigten letztlich die wachsenden medizinkritischen Stimmen in den 1970er Jahren. Diese richteten sich gegen die häufig reduktionistische (ausschließlich biomedizinische) Betrachtung einzelner medizinischer Parameter als Risikofaktoren für potenzielle spätere Erkrankungen und die Tendenz, gesellschaftliche Problemlagen und Missstände (z. B. Überforderung am Arbeitsplatz) als behandlungs- und therapiebedürftige Krankheiten zu definieren bzw. zu stigmatisieren und damit in den Verantwortungsbereich des medizinischen Systems zu verlagern – mit der Folge steigender Kosten im und für das Gesundheitssystem.

Treibende Kraft in diesem Prozess waren u. a. diverse soziale Bürgerbewegungen mit dem Anliegen, gesellschaftliche Problemlagen (z. B. wachsende soziale Ungleichheitsverhältnisse und Benachteiligungen) politisch anzugehen und nicht ärztlich-medizinisch zu lösen. Letztlich waren diese Bewegungen somit auch Ausdruck nachlassenden Vertrauens in ein Gesundheitssystem mit Versorgungsmentalität und ohne aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten als „Experten und Expertinnen ihrer eigenen Situation".

3 „Gesundheitsförderung im Setting" bzw. „Gestaltung gesundheitsfördernder Settings" gelten heute in der Gesundheitsförderung als zentrale Handlungsansätze (Engelmann/Halkow 2008).

Mit den Kritikerinnen und Kritikern gründeten sich in den 1970er und vor allem in den 1980er Jahren stetig mehr Laienbewegungen und Selbsthilfegruppen als neues Segment in der Gesundheitsversorgung. „Beteiligung", „Selbstverantwortung" für das eigene Leben und (Selbst-)Befähigung im Sinne von „Empowerment" (Herriger 2010) wurden zu zentralen Schlagworten und Forderungen. Sie nahmen in den 1970er und 1980er Jahren deutlichen Einfluss auf die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und finden sich u.a. in der Ottawa-Charta wieder (Ruckstuhl 2011).

Die Rolle der Weltgesundheitsorganisation auf dem Weg zur Ottawa-Charta
Als wichtiger Wendepunkt in der Entwicklung einer umfassenden Programmatik für die Gesundheitsförderung gilt das Jahr 1978. Während der von WHO und UNICEF einberufenen internationalen Konferenz zur sog. „primären Gesundheitsversorgung" in Alma-Ata wurde das Konzept „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" verabschiedet (WHO 1978): ein Vorhaben mit dem Auftrag, für alle Menschen bis zum Jahr 2000 einen Gesundheitsstatus zu erreichen, der es ihnen ermöglichen sollte, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen. Die Neuausrichtung in der Arbeit der WHO hatte ihren Höhepunkt im Jahr 1986 mit der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im kanadischen Ottawa. Das Ergebnis der Konferenz war die Verabschiedung der sog. „Ottawa-Charta" (WHO 1986a; b) als Bilanz langjähriger internationaler Diskussionen[4] vor dem Hintergrund wachsender sozialer Unterschiede in den Chancen auf Gesundheit und als Reaktion auf einen steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen durch die Behandlung von Krankheiten (Waller 1995).

Die Inhalte, die seit der Ottawa-Konferenz im Jahr 1986 unter dem Begriff „Gesundheitsförderung" firmieren, gelten zurecht als Ausgangspunkt eines Paradigmenwechsels innerhalb des engen, vornehmlich an Risikofaktoren, Krankheit und Krankheitsvorbeugung orientierten Systems.

Die Ottawa-Charta repräsentiert den Rahmen für eine Globalstrategie zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der Menschen. Als zentrales Moment und vordringliche Aufgabe werden dabei der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten und eine sozial gerechtere Verteilung von Gesundheitschancen formuliert – ausgehend von der Erfahrung, dass Gesundheit überwiegend außerhalb der Gesundheitsversorgung in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen entsteht und verändert werden kann (Ruckstuhl 2011).

Als gesundheitspolitisches Grundsatzdokument und Aktionsprogramm formuliert die Charta das Paradigma der Gesundheitsförderung, das – im Unterschied zur Fixierung auf Krankheit (Pathogenese) und Risikofaktoren – die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit (Salutogenese) in den Mittelpunkt stellt. Gesundheitsförderung geht insofern weit über die auf Individuen bezogene Krankheitsprävention hinaus, indem sie die Frage nach den Rahmenbedingungen für und von Gesundheit betont und den Blick auf gesundheitsrelevante soziale, ökonomische und ökologische Bedingungen in den Lebensweisen und Lebenswelten der Menschen richtet. Entsprechend definiert die Ottawa-Charta Gesundheitsförderung als einen Prozess, der Menschen dazu befä-

4 Einen ausführlichen Überblick über die verschiedenen Entwicklungsprozesse und zeitlichen Abfolgen ist von Kaba-Schönstein (2011a; b), im aktuellen Glossar Gesundheitsförderung zu finden.

higt, mit Belastungen und Stressoren im Lebensverlauf umzugehen und diese so zu verändern, dass daraus keine negativen Folgen für die Gesundheit resultieren. Auf verschiedenen Ebenen in den unterschiedlichen Lebensumwelten und Alltagsbezügen sollen Handlungsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen gefördert werden, die der Entfaltung und Ausschöpfung von Gesundheitspotenzialen (Ressourcen) und Schutzfaktoren dienen. Begrifflichkeiten wie „Beteiligung" (Partizipation), „Kompetenz" und „Befähigung" spielen in diesem Anliegen eine wichtige Rolle als Weg und Ziel jeglicher Interventionen, um den Menschen zu ermöglichen, mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen (Bauch 1999).

Neben der Stärkung von Fähigkeiten und Kompetenzen hebt die WHO in ihrer Definition von Gesundheitsförderung auf Interventionen ab, die verändernd auf soziale, ökonomische und umweltbezogene Bedingungen einwirken mit dem Ziel, potenziellen gesundheitsabträglichen Folgen vorzubeugen bzw. diese zu mildern und letztlich zu beseitigen (ebd.). Mit der „Schaffung gesunder Lebenswelten" wird in der Ottawa-Charta ein prioritäres Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung benannt: Gemeinden, Stadtteile und Nachbarschaften als zentrale Lebenswelten von Menschen. Dieser Logik folgend, legt die Ottawa-Charta einen Schwerpunkt darauf, Gesundheitsförderung auf die Orte/Räume auszurichten, die Belastungen, wie z. B. hoher Arbeitslosigkeit, defizitären Wohnbedingungen, hohem Verkehrsaufkommen, mangelnden Grünflächen etc., ausgesetzt sind. Eine in erster Linie soziallagenorientierte Verbesserung der konkreten Lebensverhältnisse ist gefordert, die vielfältigen Strukturen und Bedingungen, die die individuelle und öffentliche Gesundheit beeinflussen, zu berücksichtigen (Naidoo/Wills 2010).

Die hier skizzierten Kriterien für gesundheitsfördernde Interventionen verweisen eindrücklich darauf, dass die Ottawa-Charta auf einem sozialökologischen, salutogenetisch orientierten Gesundheitsmodell und einem breiten Gesundheitsverständnis aufbaut.

Das Gesundheitsverständnis im Kontext der Gesundheitsförderung

Ein zentrales Fundament ist die Gesundheitsdefinition der WHO aus dem Jahre 1946 mit dem Verständnis von Gesundheit als „state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO 1946: 1). Ohne die Frage der Angemessenheit oder Tauglichkeit der WHO-Definition von Gesundheit an dieser Stelle aufzugreifen oder zu diskutieren, bleibt festzuhalten, dass sie mit dieser Beschreibung historisch betrachtet bereits sehr früh die Weichen gestellt hat, um das rein biomedizinische Gesundheitsverständnis aufzubrechen und der Vielzahl an Einflussfaktoren auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit zu entsprechen. Die auf den ersten Blick eher statisch anmutende Definition von Gesundheit und die darin angelegte Utopie eines anzustrebenden Ideals von Gesundheit stellt trotzdem bis heute eine wichtige Basis für das Paradigma der Gesundheitsförderung dar. Sie öffnet den Blick für Gesundheit als mehrdimensionales Geschehen, das körperlich-physische, psychische und psychosoziale Gesundheitsfaktoren integriert.

Erst die Ottawa-Charta hat diesem mehrdimensionalen Gesundheitsverständnis zu internationalem Durchbruch verholfen (Naidoo/Wills 2010) und einen grundsätzlichen Perspektivwechsel weg von einem biomedizinischen Krankheitsmodell, hin zu

einem biopsychosozialen Gesundheitsmodell eingeleitet, das psychische, physische und soziale Faktoren als zentrale Gesundheitsdeterminanten in Verbindung mit den Lebensweisen und Lebensumwelten der Menschen bringt.

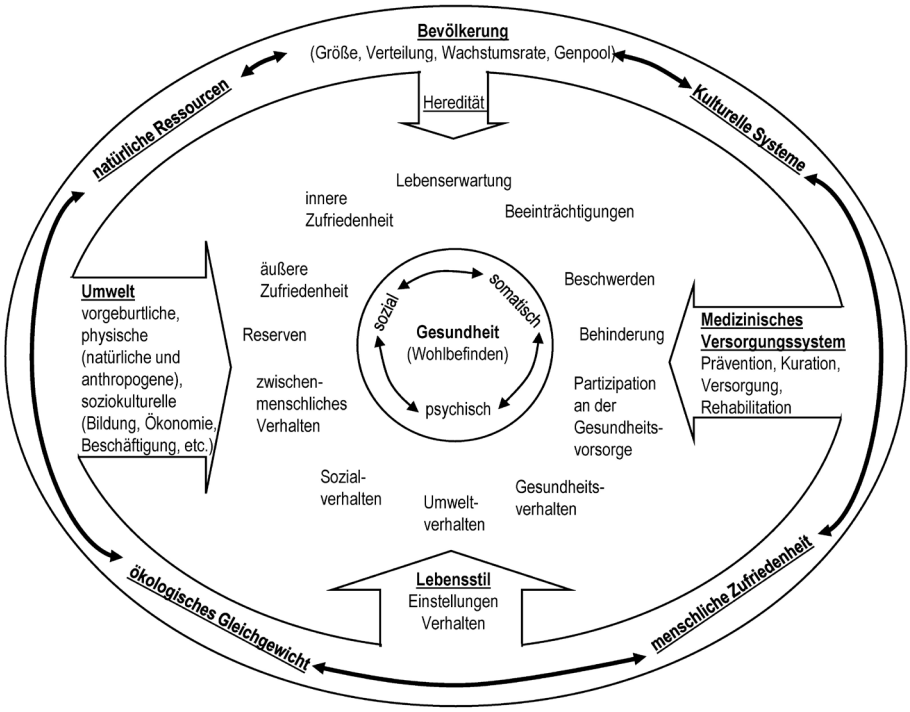


Abb. 1: „Force Field and Well-Being Paradigms of Health" / Quelle: eigene Übersetzung in Anlehnung an Blum 1974; 1981

Ein wichtiger Wegbereiter war in diesem Zusammenhang der Gesundheitsplaner Henrik Blum. Mit seinem zunächst unter dem Namen „Environment of Health" publizierten Modell legte Blum 1974 den Grundstein für die Entwicklung eines komplexen, mehrdimensionalen Gesundheitsverständnisses. Dies war verbunden mit der Vorstellung, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht primär und nicht allein von der Quantität und Qualität der verfügbaren Gesundheitsleistungen abhängig ist, sondern vielmehr ein Konglomerat aus zahlreichen, sich wechselseitig beeinflussenden Größen und simultan wirkenden Kräfte darstellt (Blum 1974): „Heredity, environmental factors, and behavior patterns have far greater influence on man's well-being or health than medical care" (Blum 1974: xiii).

Entsprechend benannte er sein Modell später um in „Force Field and Well-Being Paradigms of Health".

Nach Blum bilden die genetische Ausstattung und damit die Vererbung (Heredität) den Ausgangspunkt für die individuelle Gesundheit, wenn auch nur mit verhältnismäßig geringem Einfluss. Die verfügbare medizinische Versorgung als zweite große Kraft umfasst die verschiedenen Einrichtungen und Leistungen, die das Gesundheitssystem bereitstellt, um die Gesundheit der Bevölkerung durch die diversen präventiven Leistungen/Angebote zu erhalten und zu verbessern. Der Lebensstil eines Menschen wirkt sich mit Blick auf die individuellen Verhaltensmuster und Einstellungen als drittstärkster Faktor auf die Gesundheit aus. Den größten gesundheitsrelevanten Einfluss schreibt Blum jedoch der (Lebens-)Umwelt eines Menschen zu. Sie setzt sich seiner Ansicht nach zusammen aus der physischen und der soziokulturellen Umwelt, die den Menschen umgibt bzw. in der er lebt. Das Zusammenwirken bzw. das wechselseitige Zusammenspiel der vier skizzierten Gesundheitskräfte bezeichnet Blum als „Umgebung des Gesundheitssystems". Sie bilden die Basis für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Gesundheitsversorgung, der er nicht zuletzt gesundheitsfördernde Effekte zuschreibt (Blum 1974; 1981). Die Besonderheit des Modells ist aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive darin zu sehen, dass er bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt die Bedeutung natürlicher Ressourcen und des ökologischen Gleichgewichts für die Bevölkerungsgesundheit hervorhebt – ein Aspekt, der bis vor wenigen Jahren nur am Rande berücksichtigt wurde.

Einen ähnlichen Ansatz, allerdings mit anderer Schwerpunktsetzung, verfolgt der amerikanische Psychiater Engel (1977) mit seinem „biopsychosozialen Modell" von Gesundheit. Gesundheit setzt sich diesem Modell zufolge zusammen aus individuellen Dispositionen (z. B. genetische Ausstattung, körperlich-psychische Konstitution),Verhaltens- und Lebensweisen (z. B. Ernährungs- und Bewegungsverhalten), dem sozialen Nahraum (z. B. Familie, soziale Netzwerke, Freundschaften) sowie den (sozio-) ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (z. B. Wohnbedingungen, Infrastrukturen, Verkehrs- und Grünflächenplanung, medizinische Versorgung), die ineinandergreifen und in einem wechselseitigen Austausch miteinander stehen (Nutbeam 1998).

Ein weiteres, vor allem in den Gesundheitswissenschaften viel zitiertes Modell als theoretischer Hintergrund für die Gesundheitsförderung ist das von Whitehead und Dahlgreen (1991), welches später von Barton und Grant (2006) weiterentwickelt wurde und unter dem Begriff „Regenbogenmodell" (vgl. Abb. 2) Bekanntheit erlangt hat. Unter Public-Health-Gesichtspunkten erweist es sich vor allem im Zusammenhang mit der Thematik „Gesundheitsfördernde Stadtplanung/-entwicklung" als geeignetes, ganzheitliches „sozial-ökologisches" (Bauch 1999; Bengel/Strittmacher/Willmann 1998) Gesundheitsmodell. Es ordnet die vielfältigen biopsychosozialen Gesundheitsdeterminanten verschiedenen Ebenen zu und illustriert, dass menschliches Handeln auf vielfältige Art und Weise Umweltressourcen beansprucht, während Ökosysteme ihrerseits auf diese Inanspruchnahme – mit unter Umständen negativen Folgewirkungen (z. B. Luftschadstoffe, Klimawandel) antworten (Lavin/Higgins/Metcalfe et al. 2006; Williams/Fisher 2007).

Abb. 2: Determinanten von Gesundheit / Quelle: Trojan 2009

Lange Zeit in ihrer Gesundheitsrelevanz unterschätzt, greift das Modell explizit die Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit (z.B. Bildung, Einkommen soziale Lebensumwelt, physische Lebensumwelt) in Bezug auf die Verteilung von Gesundheitschancen auf. Neben Faktoren wie Bildung, Einkommen und psychosoziale Risiken determiniert auch die Lebensumwelt mit ihren konkreten Umweltqualitäten bzw. Umweltbelastungen wie Verkehrsaufkommen, Lärm, Luftverschmutzung, Wohnstruktur, Wohnungsqualität, Grünflächen etc. wichtige positive und negative Voraussetzungen für Gesundheit und Krankheit. Daran anknüpfend formulieren Kickbusch und Engelhardt: „Gesundheitsdeterminanten sind in einer Vielfalt gesellschaftlicher Strukturen, Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten verankert und beeinflussen sich gegenseitig, sodass bestimmte Muster der Interaktion von Risikofaktoren und Risikobedingungen – aber auch von Schutzfaktoren – entstehen“ (Kickbusch/Engelhardt 2009: 19). Indem das „Konzept der Gesundheitsdeterminanten“ (Kickbusch/Engelhardt 2009) explizit die Bedeutung von Schutzfaktoren und deren Stärkung betont, ist es in hohem Maße anschlussfähig an das Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky, wie es in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung implizit angelegt ist. Als empirisch geprüftes und bestätigtes Erklärungsmodell für Gesundheit und Krankheit hat die Theorie der Salutogenese internationale Bedeutung erlangt. Sie ist in der auf Public Health bezogenen Gesundheitsförderung eine wichtige Basis, um diese z.B. für das Handlungsfeld der Stadtplanung und Stadtentwicklung zu erschließen und in konkrete Interventionsansätze zu überführen. Insgesamt beinhalten alle hier exemplarisch aus der Fülle der vorhandenen Gesundheitsmodelle herausgegriffenen Ansätze wichtige Grundlagen und Anknüpfungspunkte für das Thema Gesundheitsförderung im Sinne von „Urban Health“ (siehe hierzu auch z.B. Galea/Vlahov 2005). Dem Konzept der Salutogenese gebührt in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit.

3 Das Konzept der Salutogenese und die Bedeutung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums als Fundament für Gesundheitsförderung

Wenngleich nachfolgend das salutogenetische Modell mit seinen zentralen Eckpunkten im Mittelpunkt steht, repräsentiert das Salutogenese-Konzept nur *einen theoretischen Zugang* unter vielen. Unterschiedlichste Bezugsdisziplinen von Public Health haben versucht, die Entstehung von Gesundheit und Krankheit mit je unterschiedlicher Gewichtung physischer, psychischer und sozialer Gesundheitsdeterminanten zu erklären und daraus ein in sich schlüssiges Konzept mit entsprechenden Handlungsansätzen abzuleiten. Dies hat eine Fülle an unterschiedlichen Theorien und Modellen hervorgebracht (z.B. Franke 2006).[5] Das Salutogenese-Modell des Medizinsoziologen Antonovsky (1923–1994) zählt zu den Stressbewältigungs-Modellen, die der Frage nachgehen, inwieweit bestimmte Anforderungen und Beanspruchungen im Alltag als (negative) Stressoren wahrgenommen werden und welche Ressourcen erforderlich sind, um diesen Stressoren im Sinne der Gesundheitserhaltung zu begegnen. Nach Antonovsky (1993; 1997) befindet sich der Mensch in einer ständig neu herzustellenden Balance zwischen Belastungen, die als Stressoren wirken können, und protektiven Faktoren. Er bewegt sich damit kontinuierlich auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, dessen Pole durch die Endpunkte „vollkommene Gesundheit" (engl.: health-ease) und „vollständig fehlende Gesundheit" (engl.: dis-ease) begrenzt werden.

Die zentrale Frage der Salutogenese befasst sich damit, warum manche Menschen trotz Belastungen gesund bleiben, während andere unter dem Einfluss vergleichbarer Stressoren erkranken, und wie es gelingen kann, Gesundheit immer wieder neu herzustellen. Die jeweilige Position eines Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wird in der Salutogenese interpretiert als das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen persönlichen und umweltgebundenen gesundheitsfördernden und gesundheitsbelastenden Faktoren bei der Bewältigung von Belastungen, in Abhängigkeit zum jeweiligen sozialen Kontext und zur Lebensgeschichte eines Menschen.

Mit dem salutogenetischen Ansatz treten diejenigen Schutzfaktoren und Bewältigungskompetenzen in den Vordergrund, die Gesundheit erhalten, fördern und die z.B. im Umgang mit potenziellen Stressoren aktiviert werden können. Gesundheit ist somit kein statischer Zustand. Das Gleichgewicht zwischen den die Gesundheit einschränkenden Risikofaktoren und den die Gesundheit erhaltenden Schutzfaktoren befindet sich vielmehr ständig im Fluss und muss immer wieder neu ausbalanciert werden. Für die Entstehung und Erhaltung der Gesundheit sind nach Antonovsky „generalisierte Widerstandsressourcen" verantwortlich (Antonovsky 1997), über die jeder Mensch in unterschiedlicher Ausprägung und Anzahl verfügt. Je ausgeprägter diese Ressourcen sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Herausforderungen und Problemlagen bewältigt werden können.

Als wichtigste Ressource nach diesem Konzept benennt Antonovsky das „Kohärenzgefühl/ Kohärenzerleben" („Sense of Coherence" kurz: „SOC"). Es basiert einerseits auf dem Vertrauen, die Erwartungen der Umwelt zu verstehen, auf dem Gefühl, Anforde-

5 Einen umfassenden Überblick der Konzepte, die für die Gesundheitsförderung zentrale Bedeutung haben, bieten z.B. Nutbeam/Harris (2001).

rungen kontrollieren und bewältigen zu können, sowie auf der Wertschätzung dem eigenen Leben gegenüber, für das sich Anstrengungen lohnen (Antonovsky 1997). Der salutogenetischen Perspektive eigen ist das Bewusstsein, dass Gesundheitsvorsorge sich nicht in der Bekämpfung negativer Stressoren (z. B. Beeinträchtigung der Umweltqualität durch Schadstoffe) erschöpft (zum planerischen Begriff der Vorsorge s. Beitrag Köckler/Rauland). Flankierend hierzu bedarf es weiterer Anstrengungen zur Stärkung und Vermehrung gesundheitsförderlicher Ressourcen, die auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sind:

> auf der personenbezogenen individuellen Ebene (z. B. Bildung, Selbstvertrauen, lebenspraktische Fähigkeiten, Intelligenz, Problemlösungsfähigkeiten),

> auf der Ebene des sozialen Umfeldes (z. B. die Erfahrung von Unterstützung, Familienzugehörigkeit, Einbindung in soziale Netzwerke),

> auf der umweltbezogenen, gesellschaftlichen Ebene (z. B. Verfügbarkeit ausreichender finanzieller Mittel, angemessener Wohnraum) und

> auf der kulturellen Ebene (z. B. Wertorientierungen, Tugenden, Lebenssinn).

Dies untermauert die Notwendigkeit, Menschen und ihre Gesundheit ganzheitlich, eingebettet in komplexe gesellschaftliche Strukturen und Lebensumwelten, zu betrachten. Die damit einhergehende Frage nach den „Interventionsfeldern" für gesundheitsfördernde Angebote führt unmittelbar zum *Setting-Ansatz*. Er stellt innerhalb des salutogenetischen Theoriegebäudes einen wichtigen Referenzpunkt für Interventionsstrategien dar, wenn es um den Praxistransfer und die Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote auf der konkreten Interventionsebene geht.

4 Die Konzeption des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung

Die Versuche, den Begriff des „Settings" oder des häufig synonym verwendeten Begriffs der „Lebenswelt" zu definieren, sind ebenso vielfältig wie die Theorien, auf die der Setting-Ansatz Bezug nimmt. Ursache hierfür ist, dass die Wurzeln des Setting-Begriffs in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (Philosophie, Soziologie, (Öko-)Psychologie) liegen, die sich aus ihren jeweiligen wissenschaftlichen Bezügen und Erkenntnisinteressen (phänomenologisch, sozialwissenschaftlich-gesellschaftskritisch) heraus mit der Bedeutung von „Lebenswelt" und „Lebensraum" befassen. In diesem Umstand mag auch begründet liegen, dass der Setting-Ansatz bis heute keine in sich konsistente theoretische Basis vorweisen kann, mit der Folge, dass es im Vergleich zur breiten Akzeptanz in der Praxis nach wie vor vielfach an (gesundheits-)wissenschaftlicher Evidenz mangelt (Engelmann/Halkow 2008).

Das Glossar der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) definiert Setting als einen „(...) Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat" (Hartung/Rosenbrock 2015). Ein Setting repräsentiert insofern die alltäglichen (gesundheitsrelevanten) Rahmenbedingungen/Strukturen (z. B. Wohnen, Arbeiten, Lernen, Konsumieren), die die Art und Weise

prägen, wie Menschen ihren Alltag gestalten, wie Gesundheit wahrgenommen wird, auf welche Gesundheitsressourcen zurückgegriffen werden kann bzw. wie diese aktiviert werden können und welche Formen des Umgangs mit Gesundheitsrisiken/Gesundheitsbeeinträchtigungen gepflegt werden (ebd.).

In der Ottawa-Charta wird der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung definiert. Ihn zeichnet aus, dass er über die reine Orientierung am (Gesundheits-)Verhalten der Menschen weit hinausgeht und die Zusammenhänge sowie die wechselseitige Beeinflussung von sozialer Umwelt, gebauter Umwelt und Natur sowie Kultur und Gesellschaft als Dreh- und Angelpunkt gesundheitsrelevanter Interventionen begreift. Charakteristisch für den Setting-Ansatz ist daher die Berücksichtigung individuellen Verhaltens *und* struktureller Verhältnisse. Ressourcenorientierung, Partizipation, Vernetzung und Befähigung/Aktivierung sind weitere markante Merkmale des Setting-Ansatzes. In der Umsetzung des Setting-Ansatzes wird differenziert zwischen „Gesundheitsförderung im Setting" und „Gesundheitsförderung durch Setting-Entwicklung" (vgl. Hartung/Rosenbrock 2015). Ersteres nutzt die alltäglichen Lebenswelten der Menschen, um Zugang zu bestimmten Bevölkerungs(teil)gruppen zu erhalten und an ihren Erfahrungshorizont sowie konkrete Bedarfe und Problemlagen anknüpfen zu können. Das Zweite hat sich erst in den zurückliegenden Jahren entwickelt. Es ist eine Antwort auf wachsende soziale Ungleichheitsverhältnisse, die sich nicht nur auf einer individuellen, sondern auch auf einer konkreten räumlichen Ebene im Sinne benachteiligter und benachteiligender Lebensbedingungen (z. B. infolge von beeinträchtigter Umweltqualität, mangelhafter Wohnsubstanz etc.) manifestieren. Sie verlangen nach einer Verbindung von individuums- und umweltbezogenen Interventionen, die die gesundheitsrelevanten bzw. gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensverhältnisse als solche verändern und optimieren.

Mit dem Setting-Ansatz eröffnet sich folglich die Chance, die gemeinsamen Anliegen von Public Health, Städtebau und Stadtentwicklung sowie die potenziellen Synergien gezielter Kooperation in Gebieten mit gesundheitsbeeinträchtigenden sozialen, umweltbezogenen und städtebaulichen Problemlagen zu bündeln. Im Fokus stehen dann z. B. Stadt, Stadtteil, Wohnquartier, Nachbarschaft oder Gemeinde als physikalisch-gebaute und soziale Lebenswelten. Sie bieten zahlreiche Anknüpfungspunkte für eine Verbindung verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen – nicht zuletzt mit dem Ziel, die Einflussmöglichkeiten der Menschen auf die Rahmenbedingungen ihrer Gesundheit und damit auf Lebensstile und Lebenswelten/-verhältnisse zu verbessern (Richter/Wächter 2009; Hartung/Rosenbrock 2015).

In Programmen und Projekten der sozialen Stadt(teil)entwicklung findet der Setting-Ansatz zunehmend Verwendung, da er sich vor allem für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen (z. B. sozial Benachteiligte, Migranten) als erfolgreich erwiesen hat (Altgeld 2004). Dass sich gesundheitsrelevante Verhaltensweisen stets in einem bestimmten (Lebens- und Umwelt-)Kontext konstituieren und somit Ausdruck einer spezifischen Lebenslage und eines durch diese Lebenslage geprägten Lebensstils bzw. einer Lebensweise sind, ist eine wichtige Erkenntnis und Grundlage für Interventionen, die Gesundheitsförderung über eine Veränderung der Umweltbedingungen anstreben. Die nahezu inflationäre Verwendung des Setting-Begriffs und die Tendenz, jeglichen gesundheitsbezogenen Angeboten zugleich gesundheitsförderliche Effekte

zu unterstellen, läuft allerdings Gefahr, dass Begrifflichkeiten zu einer leeren Worthülse werden und zunehmend verwässern. Zudem wird auf dieses Weise die Tendenz gefördert, sämtlichen Lebensbereichen und Lebensstilen Optimierungsbedarf bei Unzulänglichkeiten zu unterstellen, die es mittels gesundheitsfördernder Interventionen zu korrigieren gilt. Vor einer solchen „Kolonalisierung der Lebenswelten" sind auch diejenigen Disziplinen nicht gefeit, die im Zusammenhang mit gesundheitsorientierter Stadtplanung und Stadtentwicklung der (wiederentdeckten) Erkenntnis folgen, dass Gesundheit als Ressource für das täglichen Leben heute mehr denn je von der Qualität der alltäglichen Lebens*umwelt* und der Lebensverhältnisse der Menschen abhängig ist.

Zum Setting-Ansatz ist des Weiteren kritisch anzumerken, dass dieser im wissenschaftlichen Sinne nicht auf einem fundierten, theoretischen Konzept basiert, das mit einem einheitlichen methodischem Instrumentarium operiert, sondern vielmehr eine (Handlungs-)Leitlinie für die gesundheitsfördernde, am Bedarf der jeweiligen Zielgruppe orientierte Gestaltung von ausgewählten Lebens(um)welten bietet. Dieser Umstand hat in den zurückliegenden Jahren zu einem wahren Wildwuchs und Nebeneinander von Projekten und Angeboten geführt, die sich allesamt mit dem Label „Setting-Orientierung" schmücken. Während der Begriff und das Verständnis vom Setting sich in den allermeisten Ansätzen auf eine konkrete Institution bzw. einem räumlichen Ansatz folgend auf einen definierten Lebensraum beziehen, wird den ökologischen Rahmenbedingungen von Gesundheit und den ökologischen Lebensbedingungen in diesen Ansätzen dennoch nur wenig Aufmerksamkeit zuteil. Sie blenden damit eine wesentliche Verbindung zwischen Gesundheit und einer intakten ökologischen Umwelt aus, die ihrerseits auf der Balance von Ressourcenverbrauch und Ressourcenregenerierung vor dem Hintergrund nachhaltiger Entwicklung basiert. Eine solche „ökologische Gesundheitsperspektive" fußt auf dem vielfach unterschätzten Zusammenspiel von „Umwelt und Gesundheit" als Thema der Gesundheitsförderung und als Brückenschlag zwischen Umwelthygiene und Gesundheitsförderung. Fehr (1996; 2001) hat auf diesem Gebiet Pionierarbeit geleistet und erstmals den Prototyp eines (idealtypischen) Policy-Zyklus im Sinne „ökologischer Gesundheitsförderung" vorgelegt, die die Verknüpfung kommunaler Fachpolitiken (z. B. Umwelt- und Naturschutz, Stadtplanung) in das Zentrum der Betrachtung stellt.

Unter der Prämisse „ökologischer Gesundheitsförderung" wird deutlich, dass Gesundheitsförderung sich nicht allein auf kleinräumige und lokal begrenzte Interventionen beschränken kann, sondern dass es letztlich auch und nicht zuletzt darum geht, den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen zum Thema zu machen. Dies umfasst „Schonung, Schutz und Wiederherstellung lebenswichtiger Ressourcen" (Fehr 2001: 138) sowie „Rückbau […] und regenerative Maßnahmen, einschließlich Schonung […] straßen- und siedlungsfreier Gebiete" (ebd.: 142).

5 Welche Antworten kann die Gesundheitsförderung auf die Herausforderungen und Zukunftsfragen in der Stadtplanung/ -entwicklung geben?

Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta vor 30 Jahren ist viel Bewegung in die Diskussion um Gesundheitsförderung und Prävention als wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgaben in Deutschland gekommen. Seither ist eine unüberschaubare Zahl an staatlichen und nichtstaatlichen Initiativen und Zusammenschlüssen zu verzeichnen, die sich im Rahmen von Konferenzen, Gutachten, Entschließungen, Leitlinien, Handlungsempfehlungen etc. in unterschiedlicher Gewichtung und Akzentsetzung mit den vielfältigen Facetten von Gesundheitsförderung und Prävention befassen. Das wird besonders deutlich, wenn man die erste Ausgabe des Glossars Gesundheitsförderung, das von der WHO im Jahr 1998 veröffentlicht wurde, mit der heutigen aktualisierten Auflage vergleicht. Nach wie vor erfüllt das Glossar eine wichtige Aufgabe, indem es die Bedeutung und die Wechselbeziehungen vieler Begriffe, die in Verbindung mit Gesundheitsförderung und Prävention stehen, möglichst konkret und allgemein verständlich erklärt. Unübersehbar sind jedoch die gewachsene Komplexität und thematische Breite des Handlungsfeldes sowie der Erkenntnisgewinn nach nunmehr drei Jahrzehnten Beschäftigung mit der Thematik. Beide Ansätze – Gesundheitsförderung und Prävention – gewinnen angesichts der vielfältigen Herausforderungen an Bedeutung, aber auch an Brisanz, verbunden mit der Gefahr, Gesundheitsförderung und Prävention zu Allheilmitteln hochzustilisieren, die in der Lage sind, für gesellschaftliche Problemlagen maßgeschneiderte Antworten zur Verfügung zu stellen.

War es in erster Linie ein Verdienst stadthygienischer Maßnahmen, die im 19. und 20. Jahrhundert wesentlich dazu beitragen konnten, Seuchen wie Cholera und Tuberkulose zu überwinden, haben die aktuellen gesundheitlichen Problemfelder ihr Erscheinungsbild deutlich verändert. Doch damals wie heute sind die Chancen, Gesundheit zu erhalten und zu fördern, auf das Engste mit gesellschaftlichen Teilhabechancen verbunden. Soziale Ungleichheitsphänomene in der Teilhabe an Lebens*um*welten, deren Infrastrukturen so gestaltet und organisiert sind, dass sie Gesundheit und Wohlbefinden fördern, indem sie z. B. einen aktiven Lebensstil ermöglichen und zugleich Räume für Erholung und Rückzug bieten, rufen auch aktuell mehr denn je nach verantwortungsvoller, gesundheitsprotektiver Stadtplanung und Stadtentwicklung.

„Architektur für mehr Bewegung und Gesundheit" ist im Kontext gesundheitsförderlicher Stadtplanung und -entwicklung im angelsächsischen Raum ein bereits etablierter Ansatz, der vor allem in Verbindung mit den gestiegenen Folgeerscheinungen von Übergewicht, Fehlernährung, Diabetes mellitus, Bewegungsarmut etc. zu sehen ist. So wurden beispielsweise „Richtlinien für ein aktives Stadtdesign" erarbeitet, die u. a. den Umstieg vom motorisierten Individualverkehr auf das Zufußgehen und das Radfahren erleichtern und attraktive Grünräume in Gestalt von Parks, Sport- und Spielplätzen als Motivatoren für mehr Bewegung schaffen sollen. Ähnliche Initiativen und Vorhaben sind auch in Deutschland und insbesondere in Nordrhein-Westfalen seit einigen Jahren auf dem Vormarsch. Beispielsweise bietet der „Leitfaden Gesunde Stadt" konkrete Anhaltspunkte und praxisorientierte Empfehlungen, um gesundheitsrelevante Aspekte bei der Planung zu erkennen, zu bewerten und zu berücksich-

tigen (Baumeister/Köckler/Rüdiger et al. 2016). Gesundheit und Gesundheitsförderung müssen zentrale Eckpfeiler verantwortungsvoller, zukunftsfähiger Stadtplanung und Stadtentwicklung sein, um

a einer wachsenden Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern – unabhängig von der sozialen Zugehörigkeit / dem Sozialstatus – ökologisch intakte Lebensumwelten mit hoher Lebensqualität und sozialintegrativem Potenzial zur Verfügung zu stellen und

b ihnen durch entsprechende gesundheitsfördernde infrastrukturelle Umgebungsbedingungen Entscheidungen für gesundheitsbewusstes Verhalten im Alltag zu erleichtern.

Zukunftsfähige Gesundheitsförderung kann mittels innovativer, kreativer Strategien Antworten auf aktuelle gesellschaftliche Problemlagen und gesundheitspolitische Herausforderungen bereitstellen, wenn sie einer Mehrebenenstrategie folgt, mit klarer Ausrichtung auf Gesundheit und gesundheitsbezogene Bedarfe in unterschiedlichen Lebenswelten (z. B. Arbeiten, Wohnen, Freizeit) über die gesamte Lebensspanne. Der sog. Setting-Ansatz, der mit der Ottawa-Charta Verbreitung gefunden hat und der Gesundheitsförderung mit sozialräumlichen Aspekten im Sinne der Ausrichtung auf Lebensumwelten und Lebensverhältnisse verbindet, dürfte in dieser Hinsicht noch lange nicht ausgeschöpft sein.

Autoren

Univ.-Prof. Dr. Claudia Hornberg *ist Diplom-Biologin, Diplom-Ökologin und Professorin für Umwelt & Gesundheit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seit 2016 Vorsitzende des Sachverständigenrates für Umweltfragen (SRU). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte (Auswahl): Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung im Handlungsdreieck von Umwelt, Gesundheit und sozialen Lebensbedingungen (Umweltgerechtigkeit), Bedeutung von Stadtgrün als gesundheitsfördernde Ressource in urbanen Lebensumwelten unter besonderer Berücksichtigung des Klimawandels, Umweltmedizin, Environmental Burden of Disease.*

Dr. rer. nat. Michaela Liebig-Gonglach, *Diplom-Biologin und Gesundheitswissenschaftlerin (MPH) ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Umwelt & Gesundheit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Arbeits-/Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes mit dem Schwerpunkt auf gesundheitlichen Aspekten der Energiewende.*

Andrea Pauli, *Dipl. Sozialpädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, Arbeitsgruppe Umwelt & Gesundheit. Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung unter den Bedingungen sozial benachteiligter Lebensumwelten im Handlungsdreieck von Umwelt, Gesundheit und sozialen Lebensbedingungen (Um-*

weltgerechtigkeit), Gesundheitsfördernde Potenziale von Natur und Naturerfahrungen sowie Gendersensible Gesundheitsforschung unter besonderer Berücksichtigung individueller Lebensverläufe und Lebensumwelten.

Literatur

Altgeld, T. (2004): Expertise: Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. http://www.gesundheit-nds.de/downloads/altgeld.settingexpertise.pdf (02.04.2014).
Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung. In: Franke, A.; Broda M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen, 3-14.
Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen. = Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie 36.
Barton, H.; Grant, M. (2006): A health map for the local human habitat. In: Journal for the Royal Society for the Promotion of Health 126 (6), 252-253.
Bauch, J. (1999): Quo vadis Gesundheitsförderung – Überlegungen zur Rehabilitierung der Gesundheitserziehung. In: Prävention 4 (22), 99-102.
Baumeister, H.; Köckler, H.; Rüdiger, A.; Claßen, T.; Hamilton, J.; Rüweler, M.; Assmann, C.; Baumgart, S.; Hornberg, C. (2016): Leitfaden Gesunde Stadt – Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bielefeld.
Bengel, J.; Strittmacher, R.; Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Köln. = Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 6.
Bergdolt, K. (1999): Leib und Seele: Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens. München.
Blättner, B. (1997): Paradigmenwechsel: von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. In: Weitkunat, R.; Haisch, J.; Kessler, M. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte. Methoden. Prävention. Versorgung. Politik. Bern, 119-125.
Blum, H. L. (1974): Planning for health. Development and application of social change theory. New York.
Blum, H. L. (1981): Planning for health. Development and Application of Social Change Theory. New York.
Brenneke, R.; Schelp, F. P. (1993): Sozialmedizin. Stuttgart.
Eckart, W. (2005): Geschichte der Medizin. Berlin/Heidelberg.
Engel, G. L. (1977): The Need For a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: Science 196, 129-136.
Engelmann, F.; Halkow, A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin. = WZB Discussion Paper 302.
Fehr, R. (1996): Ökologische Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen. In: Fehr, R.; Vogt, A. (Hrsg.): Forum Umweltmedizin NRW 1995: Vernetzung von Informationsstrukturen für umweltbezogenen Gesundheitsschutz. Bielefeld, 5-8.
Fehr, R. (2001): Ökologische Gesundheitsförderung: Analysen – Strategien – Umsetzungswege. Bern.
Flügel, A. (2012): Public Health und Geschichte. Basel.
Franke, A. (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern.
Franzkowiak, P. (2003a): Prävention. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsaufklärung. Schwabenheim an der Selz, 179-180.
Franzkowiak, P. (2003b): Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsaufklärung. Schwabenheim an der Selz, 238-239.
Galea, S.; Vlahov, D. (2005): Urban Health: Evidence, Challenges, and Directions. In: Annual Review of Public Health 26, 341-365.
Gutzwiller, F.; Wydler H.; Jeanneret, O. (1999): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gutzwiller, F.; Jeanneret, O. (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin. Bern, 191-197.
Hartung, S.; Rosenbrock, R. (2015): Settingansatz/Lebensweltansatz. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung.
http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/ (20.06.2016).
Haug, C. V. (1991): Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn.
Herriger, N. (2010): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart.
Hörmann, G. (1997): Zur Funktion der Sozialarbeit im Gesundheitswesen: Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung. In: Homfeldt, H. G.; Hünersdorf, B. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied u.a., 11-27.

Kaba-Schönstein, L. (2011a): Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa. https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-ii-internationale-entwicklung-historische-und-programmatische-zusammenhaenge-bis-zur-ottawa-charta-1986-und-den-folgekonferenzen/ (20.06.2016).

Kaba-Schönstein, L. (2011b): Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-iii-internationale-entwicklung-historische-und-programmatische-zusammenhaenge-nach-ottawa-1986-bis-heute/ (20.06.2016).

Kickbusch, I.; Engelhardt, K. (2009): Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: von Meyer, K. (Hrsg.): Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern, 19-33. = Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.

Kistemann, T.; Engelhart, S.; Exner, M. (2002): Standortbestimmung: Umweltmedizin, Hygiene und Öffentliche Gesundheit. In: Dott, W.; Merk, H. F.; Neuser, J.; Osieka, R. (Hrsg.): Lehrbuch der Umweltmedizin. Stuttgart, 7-13.

Laaser, U. (1986): Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP): das Modell einer kooperativen Prävention. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Gemeindenahe Gesundheitserziehung, 155-183.

Lavin, T.; Higgins, C.; Metcalfe, O.; Jordan, A. (2006): Health Effects of the Built Environment: A Review. Dublin u.a.

Mosse, M.; Tugendreich, G. (1913): Krankheit und soziale Lage. Göttingen.

Naidoo, J.; Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln.

Nutbeam, D. (1998): Health promotion glossary. In: Health Promotion International 13 (4), 349–364.

Nutbeam, D.; Harris, E. (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Gamburg.

Oppolzer, A. (1986): Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit. Hamburg.

Richter, A.; Wächter, M. (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln. = Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 36.

Rodenstein, M. (1988): „Mehr Licht, mehr Luft": Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Frankfurt am Main u.a.

Rodenstein, M. (1992): Städtebaukonzepte – Bilder für den baulich-räumlichen Wandel der Stadt. In: Häußermann, H.; Ipsen, D.; Krämer-Badani, T.; Läpple, D.; Rodenstein, M.; Siebel, W. (Hrsg.): Stadt und Raum: Soziologische Analysen. Pfaffenweiler, 31-67.

Rodenstein, M. (1996): Stadt und Hygiene seit dem 18. Jahrhundert. In: Machule, D.; Mischer, O.; Sywottek, A. (Hrsg.): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hamburg, 19-31.

Ruckstuhl, B. (2011): Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Weinheim.

Schäfer, U. (Hrsg.) (1997): Städtische Strukturen im Wandel: Beiträge zu den Berichten zum sozialen und politischen Wandel in Ostdeutschland. Opladen. = KSPW-Berichte 5.2.

Schlagen, U.; Schleiermacher, S. (Hrsg.) (2002): Sozialmedizin, Sozialhygiene, Public Health: Konzepte und Visionen zum Verhältnis von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive. Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte. Berlin. = Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte 5.

Siegrist, J. (1998): Machen wir uns selbst krank? In: Schwartz, F.W; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe. H.; Siegrist, J. (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit im Gesundheitswesen. München/Jena, 110-123.

Sommer, G.; Ernst, H. (Hrsg.) (1977): Gemeindepsychologie: Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt. München.

Tietze, K.W; Bellach, B. (1997): Über den Zusammenhang von Prävention und Epidemiologie. In: Klotter, C. (Hrsg.): Prävention im Gesundheitswesen. Göttingen, 137-153.

Trojan, A. (2009): Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: Prävention und Gesundheitsförderung 4 (3), 184-194.

van der Eijk, P. (2011): Geschichte der Medizin: Gesundheit – Eigenverantwortung oder Schicksal? In: Deutsches Ärzteblatt 108 (44), A-2330-A-2323.

von Troschke, J. (1989): Gesundheit als Wert. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): 40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland: Rückblick – Ausblick – Perspektiven. Dokumentation des gleichnamigen Symposiums vom 3.–4. April 1989 in Bonn. Bonn, 17-54.

von Troschke, J.; Klaes, L.; Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.) (1991): Erfolge gemeindebezogener Prävention. Ergebnisse aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). St. Augustin.

Waller, H. (1995): Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart.

Weingart, P.; Kroll, J.; Bayertz, K. (1993): Rasse, Blut, Gene: Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt.

Wenzel, E. (1983): Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit – Synthese des Seminars. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Bericht über das Seminar „Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit, veranstaltet von der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa. Köln, 2-17. = Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5.

Whitehead, M.; Dahlgren, G. (1991): What can be done about inequalities in health? In: The Lancet 338 (8774), 1059-1063.
WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1978): Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung. Alma-Ata.
WHO – World Health Organization (ed.) (1946): Constitution of the World Health Organization. http://www.euro.who.int/de/who-we-are/who-worldwide (19.02.2010).
WHO – World Health Organization (ed.) (1986a): Ottawa Charta for health promotion: First international conference on health promotion, Ottawa.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ (08.08.2017).
WHO – World Health Organization (ed.) (1986b): Ottawa Charta for health promotion. In: Canadian Journal of Public Health, 77 (6), 425-430.
WHO – World Health Organization (ed.) (1998): The WHO health promotion glossary. Geneva.
Williams, C.; Fisher, P. (2007): Draft guidance on health in strategic environmental assessment: Consultation document. London.

Thomas Kistemann, Anne Ritzinger

LEITBILDER EINER GESUNDHEITSFÖRDERNDEN STADTENTWICKLUNG

Gliederung

1 Einleitung
2 Gesundheit in städtebaulichen Leitbildern
3 Konkretisierungen und Herausforderungen
Literatur

Kurzfassung
Leitbilder bieten die Möglichkeit, gesellschaftliche Interessen zu bündeln und in Prozesse der Stadtentwicklung einzubringen. Gesundheitliche Ziele nahmen in der Stadtplanung bereits früh, beispielsweise in der Gartenstadtbewegung oder auch in der Charta von Athen, eine wichtige Rolle ein. Aufbauend auf der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO werden in Stadtplanung und Städtebau zunehmend menschliche Gesundheit und Wohlbefinden in den Mittelpunkt öffentlicher Entscheidungsprozesse gerückt. Dieser Artikel geht insbesondere der Frage nach, ob Gesundheitsförderung als Leitbild des Städtebaus und der Stadtentwicklung geeignet oder bereits etabliert ist. Hierzu wird zunächst auf die Begriffe „Leitbild“ und „Gesundheitsförderung“ eingegangen. Im Anschluss werden historische und aktuelle Berührungen beider Bereiche diskutiert sowie praktische Umsetzungsansätze exemplarisch vorgestellt. Als konsekutive Herausforderungen schließlich werden gesellschaftliche Legitimation und politische Realisierbarkeit angesprochen.

Schlüsselwörter
Leitbild – Gesundheitsförderung – Stadtplanung – Städtebau – Gesunde Städte

Health promotion and general principles of urban planning

Abstract
General principles offer the opportunity to bundle societal interests and to integrate them into processes of urban planning and development. Health targets already played an important role in urban planning at an early stage, such as in the Garden City Movement or in the Athens Charter. Based on the WHO Ottawa Charter for Health Promotion, human health and well-being are increasingly considered as part of public decision-making processes in urban development and planning. The main objective of this article is to explore the extent to which health promotion is appropriate or has already been established as a general principle for urban development and planning. For this purpose, the terms “general principle” and “health promotion” need first to

be considered. In the following, historical and current interrelations of both areas are discussed and examples of practical implementation approaches are presented. Finally, societal legitimacy and political feasibility are addressed as consecutive challenges.

Keywords
General principles – health promotion – urban planning – urban design – healthy cities

1 Einleitung

Dieser Artikel geht insbesondere der Frage nach, ob Gesundheitsförderung als Leitbild des Städtebaus und der Stadtentwicklung geeignet oder bereits etabliert ist. Hierzu werden in der Einleitung zunächst die Begriffe „Leitbild" und „Gesundheitsförderung" erläutert. Im Anschluss werden historische und aktuelle Berührungen beider Bereiche diskutiert sowie praktische Umsetzungsansätze exemplarisch vorgestellt. Als konsekutive Herausforderungen werden schließlich gesellschaftliche Legitimation und politische Realisierbarkeit angesprochen.

Leitbilder des Städtebaus und der Stadtentwicklung
Gesellschaftliche Interessen können durch Leitbilder gebündelt und in Prozesse der räumlichen Entwicklung eingebracht werden. Der Vorteil von Leitbildern liegt in ihrer Anschaulichkeit und in ihrem Potenzial, Emotionen für das Geplante zu entfachen. Leitbilder dienen der Klärung komplexer städtebaulicher Fragestellungen, der Kommunikation von Konzepten und auch der Bildung politischer Allianzen für eine intendierte räumliche Entwicklung.

In der räumlichen Planung kommen Leitbilder als informelle Planungsinstrumente mit dem Ziel zum Einsatz, eine Orientierungsfunktion für räumliche Entwicklungen zu übernehmen und die Koordination von gesellschaftlichen Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozessen zu unterstützen (vgl. Becker 2010: 308). Die Stärke informeller Planungsinstrumente liegt in ihren flexiblen und auf breite Beteiligung zielenden Einsatzmöglichkeiten. Kritisch für die Durchsetzung von Anliegen ist die fehlende rechtliche Verbindlichkeit zu sehen.

Dabei lassen sich Leitbilder nach unterschiedlichen räumlichen Ebenen und fachlichen Disziplinen differenzieren. Leitbilder der Stadt- oder Regionalentwicklung und -planung beziehen sich auf zukünftige Perspektiven für die Gesamtentwicklung einer Stadt oder Region und führen in der Regel gesellschaftliche, wirtschaftliche, kulturelle und ökologische Aspekte im Rahmen einer integrierten Betrachtungsweise zusammen. Sie verbleiben in vielen Fällen auf einer räumlich abstrakteren Ebene (vgl. Mehlhorn 2015: 16; vgl. Engel 2015: 6).

Leitbilder im Städtebau beziehen sich hingegen insbesondere auf die baulich-räumliche Entwicklung. Sie dienen der Umsetzung von abstrakten Zielen in konkrete räumlich verortete Maßnahmen. Sie sind subjektive oder kollektive Sichtweisen und Vorstellungen, die in den Planungs- und Gestaltungsprozess der baulich-räumlichen

Umwelt eingebracht werden (vgl. Becker/Jessen/Sander 1999). Dabei handelt es sich nicht nur um architektonische oder städtebauliche, sondern auch um gesellschaftliche „Bilder", die Werthaltungen, Entwicklungen in Wirtschaft, Gesellschaft und Politik mit einschließen (Schäfers/Köhler 1989). Städtebauliche Leitbilder sind stets auch auf Lebensentwürfe und Ordnungsvorstellungen bezogen (vgl. Durth/Gutschow 1988) und weisen insofern auf den stets auch ideologisch geprägten Charakter wissenschaftlich-städtebaulicher Diskurse hin.

Städtebauliche Leitbilder entwickeln sich nicht unbedingt sukzessiv, sondern bestehen oft nebeneinander bzw. überschneiden sich. Dem städtebaulichen Leitbild der Moderne, das, in den 1920er Jahren unter Federführung von Le Corbusier entwickelt, im Jahr 1943 als „Charta von Athen" als Manifest des avantgardistischen Städtebaus der Zukunft und als Konzept einer funktionellen Stadt etabliert wurde und den städtebaulichen Diskurs der Nachkriegsjahrzehnte bestimmt hat, werden städtebauliche Konzepte der 1950er (gegliederte und aufgelockerte Stadt) und der 1960er Jahre (autogerechte Stadt, Urbanität durch Dichte) zugeordnet (zu Instrumenten der Stadtplanung s. Beitrag Baumgart/Kistemann und Beitrag Fischer/Köck).

Die Kritik am Leitbild der Moderne intensivierte sich in den 1990er Jahren. Die Publikation des „Club of Rome" (1972) zu den Grenzen des Wachstums, der Brundtlandt-Bericht „Our common future" (1987) und schließlich die UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung („Agenda 21", 1992) waren Meilensteine einer neuen Debatte um Nachhaltigkeit. Das Leitbild einer „nachhaltigen Stadtentwicklung" wurde als Kritik der Moderne in den 1990er Jahren etabliert. Auch zu diesem Leitbild gehören unterschiedliche vertiefende Konzepte wie „Öko-Stadt", „Soziale Stadt" oder „kompakte und durchmischte Stadt" (Zhu 2008).

Die Grenzen zwischen Leitbildern der Stadtentwicklung und des Städtebaus sind teilweise fließend: Während städtebauliche Leitbilder sich auf die baulich-räumliche Entwicklung einer Stadt beziehen, zielen Leitbilder der Stadtentwicklung umfassender auf die Gesamtentwicklung der Stadt, die auch gesellschaftliche, wirtschaftliche, kulturelle und ökologische Entwicklungsdimensionen umfasst.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, welche die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen zum Ziel haben. Menschen sollen befähigt werden, ihre Kontrolle über Determinanten der Gesundheit zu erhöhen und damit ihre Gesundheit zu stärken. Dabei sind nicht nur individuelle Verhaltensweisen des Einzelnen relevant, sondern auch soziale, ökonomische und Umweltbedingungen (zum Konzept der Gesundheitsförderung s. Beitrag Hornberg/Liebig/Pauli).

Gesundheitsförderung betrachtet Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Ressource des täglichen Lebens, um Individuen zu befähigen, individuelles und gesellschaftliches Leben positiv zu gestalten (Bengel/Strittmacher/Willmann 1998). Dabei wird die Gestaltung der Lebensverhältnisse im Wohnumfeld und Stadtviertel zunehmend in den Fokus genommen, um Krankheitsrisiken zu reduzieren und Gesundheitsressourcen zu fördern (vgl. Schott/Hornberg 2010). Als Instrumente werden neben der bekannten

Verhaltensprävention zunehmend auch der ressourcenfördernde und verhältnisorientierte Setting-Ansatz genutzt (Gebhard/Kistemann 2016: 7), eine Kernstrategie der modernen Gesundheitsprävention (Sterdt/Walter 2012).

Gesundheitsförderung umfasst mehr als medizinische und soziale Versorgung. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung in Stadt und Region berührt zahlreiche Politikbereiche und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden. Gesundheitsförderung impliziert auch die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Dies bedeutet, dass jeder Mensch eine Chance erhalten soll, sein Gesundheitspotenzial zu realisieren. Als Ziel wird durch die WHO definiert, dass „bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustands verringert sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen geschaffen werden sollen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen“ (Altgeld 2010). Diese Definition ist abstrakt und erfordert eine weitere Operationalisierung, auf welche Weise das Leitbild „Gesundheitliche Chancengleichheit“ konkretisiert und realisiert werden kann. Beispielhaft sei hier auf das Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) verwiesen, welchem die Prinzipien Autonomie und Empowerment, Partizipation, Lebenswelt- und Lebensstilbezug, gesundheitliche Chancengleichheit, Evaluation und Nachhaltigkeit zugrunde liegen (BVPG 2013).

2 Gesundheit in städtebaulichen Leitbildern

Um das Thema Gesundheit stärker in der Stadtplanung und im Städtebau zu verankern, müssen abstrakte Themen wie Gesundheitsförderung, Chancengleichheit, nachhaltige Mobilität oder Klimaanpassung Eingang in Leitbilder und daraufhin in Stadtstrukturen und räumlich-bauliche Maßnahmen finden (zum Thema Klimaanpassung s. Rüdiger in diesem Band).

Gesundheitliche Ziele nahmen in der Stadtplanung bereits früh, beispielsweise in der Gartenstadtbewegung oder auch in der Charta von Athen, eine wichtige Rolle ein (vgl. Rodenstein 2012). In der Rezeption der Charta von Athen werden die sozialen Aspekte der funktionalen Stadt häufig unterbewertet. Die Motivation zur Funktionstrennung wurde stets auch aus den ungenügenden Wohnbedingungen der Bevölkerung in der traditionellen Stadt abgeleitet. Ein Hauptziel bestand darin, die hochverdichteten Arbeiterquartiere der Industrialisierungsphase durch gut beleuchtete und durchlüftete Wohngebiete zu ersetzen. Dadurch sollte ein Gegenbild zu den durch Bodenspekulation entstandenen Gründerzeitvierteln mit unzureichender durchschnittlicher Wohnfläche und Grünversorgung sowie mangelhaften hygienischen Verhältnissen entworfen werden. Eine ausreichende Ausstattung mit Wohnraum und Grünflächen sollte nicht länger den wohlhabenden Bevölkerungsschichten vorbehalten bleiben (vgl. Fürst/Himmelbach/Potz 1999).

Als Leitmotiv der Charta von Athen für den Bereich Gesundheit ist insofern der *Gesundheitsschutz* anzusehen, das heißt Maßnahmen, die eine Gesellschaft aufwendet, um gesundheitlich unbedenkliche Lebensverhältnisse sicherzustellen (Kistemann/Engelhart/Exner 2002). Ganz in diesem Sinne führten auch Vogler und Kühn (1957) Me-

dizin und Städtebau zusammen: Systematisch behandeln sie im Wesentlichen großstädtische Zivilisationsschäden aus verschiedenen medizinischen Teilgebieten sowie Noxen, die die menschliche Gesundheit gefährden können (zum Beispiel Lärm, Luftverunreinigungen, Strahlung, Stadtklima, Verkehr) und mögliche städtebauliche Abwehrmaßnahmen.

Der einflussreiche deutsche Stadtplaner und Architekt Ernst May stellte 1956 fest, dass sich seit der Jahrhundertwende immer unumstrittener der Mensch als Maßstab durchgesetzt habe. „Was benötigt der Mensch für seine gesunde Entwicklung? Er braucht eine Wohnung, er muss arbeiten, er muss sich ernähren, er braucht die Natur, (...) gerade die, die ihm möglichst an seine Wohnungstür klopft, sich vom Fenster aus seinem Blicke eröffnet. Er braucht aber auch noch mehr als das, er (...) benötigt Gelegenheit zu sportlicher Betätigung, zur Erholung und zur Pflege seiner körperlichen Gesundheit. Die Stadt von morgen wird (...) das kalte anonyme Häusermeer von gestern in die Stadtlandschaft von morgen verwandeln“ (May 1956).

Dreißig Jahre später wurde in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Ergebnis der wegweisenden WHO-Konferenz zur *Gesundheitsförderung*, als ein vorrangiges Handlungsfeld der Gesundheitsförderung die Schaffung *gesunder Lebenswelten* benannt. Es wurde festgehalten, dass Gesundheit als Politikziel wegen der Komplexität moderner Gesellschaften untrennbar mit anderen Zielen und Politikfeldern verbunden ist und dass die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt die unverzichtbare Grundlage für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit bildet. Die Ottawa-Charta rief dazu auf, dass die Art und Weise, wie Gesellschaften Arbeit und Freizeit organisieren, Quelle von Gesundheit und nicht von Krankheit sein sollte. Gesundheitsförderung hat in diesem Sinne die wesentliche Aufgabe, sichere, anregende, befriedigende und angenehme *Arbeits- und Lebensbedingungen* herzustellen. Es wird dabei als essenziell angesehen, gesundheitliche Folgen der sich rasch wandelnden Umwelt – explizit auch der Urbanisierung – systematisch zu erfassen. Die Teilnehmer der Ottawa-Konferenz riefen zudem dazu auf, Nachbarschaften und Gemeinwesen als entscheidende Stimmen hinsichtlich Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren (WHO 1986).

Die Ottawa-Charta ist, aus der gesundheitswissenschaftlichen und -politischen Perspektive, der grundlegende und international akzeptierte Meilenstein für die Integration von Gesundheitsförderung in die Leitbilder von Städtebau und Stadtentwicklung.

Im Jahr 1992 wurde auf der Konferenz von Rio de Janeiro die Agenda 21 verabschiedet. Da viele der angesprochenen Probleme und Lösungen auf Aktivitäten auf der örtlichen Ebene zurückzuführen sind, war offensichtlich, dass die Beteiligung und Mitwirkung der Kommunen ein entscheidender Faktor bei der Verwirklichung der in der Agenda enthaltenen Ziele ist. Kommunen errichten, verwalten und unterhalten die wirtschaftliche, soziale und ökologische Infrastruktur, überwachen Planungsprozesse und entscheiden über die kommunale Umweltpolitik.

Das entsprechende Kapitel der Agenda 21 („Initiativen der Kommunen zur Unterstützung der Agenda 21“) ist allerdings sehr kurz, sodass die Notwendigkeit bestand, konkretisierende Leitlinien zu erarbeiten. Die Charta der Europäischen Städte und Ge-

meinden auf dem Weg zur Zukunftsbeständigkeit (Aalborg-Charta) brach schließlich die Ansprüche der Agenda auf ein neues lokales Leitbild einer nachhaltigen Stadtentwicklung herunter. Sie wurde im Jahr 1994 auf der Europäischen Konferenz über zukunftsbeständige Städte und Gemeinden im dänischen Aalborg verabschiedet und seitdem von über 2.500 lokalen und regionalen Verwaltungen in 39 Ländern unterzeichnet. Sie enthält eine Selbstverpflichtung auf eine zukunftsbeständige, nachhaltige Politik. Menschliche Gesundheit und Wohlergehen, soziale Grundbedürfnisse und Gesundheitsfürsorge sind explizit als zentrale Ziele nachhaltiger Stadtentwicklung aufgeführt: Nachhaltige Nutzung der Umwelt hat in diesem Sinne auch die Erhaltung … der menschlichen Gesundheit zu umfassen sowie die Sicherung von Luft-, Wasser- und Bodenqualitäten, die ausreichen, um das Leben und das Wohlergehen der Menschen (…) für alle Zukunft zu sichern. Auch die Gesundheitsfürsorge soll in den Schutz der Umwelt integriert werden (ICLEI 1994).

Zwei Jahre später wurde das Handlungsprogramm im Lissabonner Aktionsplan konkretisiert. Danach gilt es, mittels geeigneter Planungsinstrumente die soziale und wirtschaftliche Entwicklung mit der ökologischen Entwicklung zu verknüpfen, um die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen zu verbessern (ICLEI 1996). Mit der Charta von Aalborg und dem Lissabonner Aktionsplan liegt ein konkretisiertes Konzept für die Lokale Agenda 21 vor.

Die Leitvorstellungen für Raumordnung und Bauleitplanung haben die Förderung nachhaltiger Raumentwicklung rezipiert. Im deutschen Baugesetzbuch wird hierzu bestimmt, dass Bauleitpläne (Flächennutzungspläne und Bebauungspläne) eine nachhaltige städtebauliche Entwicklung gewährleisten sollen, die die sozialen, wirtschaftlichen und umweltschützenden Anforderungen auch in Verantwortung gegenüber künftigen Generationen miteinander in Einklang bringt. Sie sollen dazu beitragen, eine menschenwürdige Umwelt zu sichern, die natürlichen Lebensgrundlagen zu schützen und zu entwickeln sowie den Klimaschutz und die Klimaanpassung, insbesondere auch in der Stadtentwicklung, zu fördern (BauGB § 1 Abs. 5). Insbesondere sind die allgemeinen Anforderungen an *gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse* zu berücksichtigen (§ 1 Abs. 6). Die menschliche Gesundheit stellt mithin im kommunalen Planungssystem einen Belang von zentraler Bedeutung dar (Löhr 2012: 48).

Zum Verhältnis von Nachhaltigkeit und Gesundheitsförderung stellte Kickbusch (2011) fest, dass beide Ansätze wichtige Ähnlichkeiten hinsichtlich ihrer normativen und konzeptuellen Basis aufweisen. Beide verfolgen einen integrativen Governance-Ansatz, und sowohl ihre Agenden als auch ihre Argumentationsweisen konvergieren graduell. Gesundheitsförderung – das heißt Maßnahmen, die das Individuum befähigen, seine Gesundheit durch sein Verhalten zu erhalten und zu fördern (Kistemann/Engelhart/Exner 2002) – kann gewissermaßen als die Konkretisierung des Nachhaltigkeits-Paradigmas im Aktionsfeld menschliche Gesundheit verstanden werden. Sie stellt in diesem Sinne für die Stadtplanung nicht ein neues und eigenständiges städtebauliches Leitbild dar, sondern eher die Konkretisierung des Leitbildes der Nachhaltigkeit im Politikfeld Gesundheit.

Aufbauend auf die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO (1986) schlossen sich seit 1989 auch deutsche Kommunen zum Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland zusammen (in Bezug auf München s. Böhme/Spies/Weber in diesem Band). In einer „gesunden Stadt" werden menschliche Gesundheit und Wohlbefinden in den Mittelpunkt öffentlicher Entscheidungsprozesse gerückt. Nicht ein besonders hohes Gesundheitsniveau ist dabei entscheidend, sondern das allgemeine Bewusstsein, dass Gesundheit und Wohlbefinden der städtischen Bevölkerung wichtige Anliegen für die städtische Politik und Verwaltung ebenso wie für andere Akteure darstellen, sowie das gemeinsame Streben nach Gesundheitsförderung und Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen.

Inzwischen zählt das deutsche „Gesunde Städte-Netzwerk" über 70 Mitglieder. Es dient als Aktions- und Lerninstrument, mit dem die Arbeit vor Ort unterstützt werden soll. Die freiwillig zusammengeschlossenen Städte, Kreise und Stadtbezirke akzeptieren in Bezug auf eine gesundheitsfördernde Entwicklung bestimmte Selbstverpflichtungen (9-Punkte-Programm). Das sind beispielsweise ein Beschluss des Stadtrats, die Ziele der Ottawa-Charta anzuerkennen, die Bereitstellung personeller Ressourcen für die Arbeit im Gesunde Städte-Netzwerk sowie die Entwicklung einer ressortübergreifenden gesundheitsfördernden Politik (vgl. Gesunde Städte Netzwerk o. J.). Das Netzwerk führt unter anderem jährliche Symposien durch, zuletzt zu den Themen „Fachplan Gesundheit" in Rostock 2014 und „Macht Planung gesünder? – Planungsinstrumente für die Gesunde Stadt" in Hamburg 2015. Zur Umsetzung des Gesunde-Städte-Projektes der Weltgesundheitsorganisation wurde in Rostock schon 1992 die Arbeitsgruppe „Kommunale Gesundheitsförderung", angebunden an das dortige Gesundheitsamt, gegründet. Sie verfolgt seitdem das Ziel, das Leitbild „Gesunde Stadt" langfristig zu entwickeln. Auch auf regionaler Ebene werden zunehmend Leitbilder mit Gesundheitsbezug entwickelt (vgl. Kreis Segeberg 2011; Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014).

3 Konkretisierungen und Herausforderungen

Die Entwicklung und Umsetzung eines Leitbildes für eine gesundheitsfördernde Stadt stellt vielfältige Anforderungen an die Akteure in Politik, Verwaltung, Verbänden und Zivilgesellschaft. Ein integriertes Handeln verschiedener sektoraler Politikbereiche und teilweise über Verwaltungsgrenzen hinweg ist ebenso notwendig (s. Beitrag Böhme/Dilger/Quilling) wie die Einbindung der Bevölkerung (zu Partizipation siehe Beitrag Köckler/Quilling; zur E-Partizipation s. Beitrag Knöll).

Umsetzung eines Leitbilds Gesundheitsfördernde Stadt

Gesundheitsförderung bedarf nicht nur der Verankerung in einem Leitbild der Stadtentwicklung, sondern auch der Operationalisierung durch städtebauliche Instrumente. So sollten etwa verhältnisbedingte Gesundheitsaspekte explizit und dauerhaft als wichtiges Thema der Quartiersentwicklung in dem von Bund und Bundesländern getragenen Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt" verankert werden (vgl. ARL 2014); das Programm „Soziale Stadt" („Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf") dient seit 1999 der Förderung benachteiligter städtischer Wohnquartiere (zur Städtebauförderung als Instrument s. Beitrag Böhme/Spies/Weber).

Mögliche Handlungsfelder eines Leitbildes für eine gesundheitsfördernde Stadt sind neben baulich-physischen Faktoren wie beispielsweise Grün- und Erholungsflächen, Wohnumfeld und Verkehrsinfrastruktur auch soziale Faktoren wie die Integration in soziale Netzwerke, Mobilität, Versorgungsstruktur und Dienstleistungen. Ebenso sind politisch-administrative Faktoren wie z. B. nahräumliche gesundheitliche Versorgung, Präventions- und Gesundheitsförderangebote, politische Mitbestimmung sowie symbolische Faktoren wie das Image der Wohnumgebung von Bedeutung (vgl. Bär 2012).

In der deutschen politischen und administrativen Praxis stehen, trotz vielversprechender Ansätze, Stadtplanung und Gesundheitsförderung in der Regel weiterhin relativ unverbunden nebeneinander. Die Arbeit an einem Leitbild der Stadtentwicklung, das Gesundheitsförderung explizit integriert, kann jedoch dabei helfen, disziplinäre und organisatorische Barrieren zu überwinden. Eine gemeinsame Leitfrage könnte dabei sein, in welcher Form Gesundheitsförderung am sinnvollsten im kommunalen Handeln verankert werden kann und wie Stadträume städtebaulich gestaltet werden können, um die abstrakten Ziele zu erreichen.

Gesellschaftliche Legitimation eines Leitbildes Gesundheitsförderung
Aufgrund des querschnittsorientierten Charakters des Themas lässt sich das größtmögliche Gesundheitspotenzial nur über unterstützende soziale Umwelten, Zugangsmöglichkeiten zu Informationen und Angeboten sowie Entscheidungsfreiräume in Bezug auf die persönliche Gesundheit erreichen.

Wichtige Orte einer sozialraumorientierten Gesundheitsförderung sind Stadtteile und Quartiere, in denen sich Belastungen wie hohe Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnbedingungen, hohes Verkehrsaufkommen und limitierte Grün- und Spielflächen sowie wenig soziale Unterstützung bündeln. Ein Leitbild Gesundheitsförderung ist jedoch auch auf übergeordneten räumlichen Ebenen (Gesamtstadt/Stadtregion) bedeutsam, um eine konsistente Gesamtstrategie zu entwickeln.

Zweifellos bedürfen Leitbilder zur Entfaltung politischer Wirkung der Legitimation. Erst wenn kommunale Leitbilder für Gesundheitsförderung gesellschaftlich legitimiert sind, können diese in der Praxis vor allem als verwaltungsinterne Argumentationsbasis ihre Wirkung entfalten. Insofern ist etwa die zwingend erforderliche Legitimierung des Beitritts zum Gesunde Städte-Netzwerk durch einen Ratsbeschluss bedeutsam: Der Rat befürwortet die Gesunde-Städte-Konzeption und erklärt sich mit den Zielen und Inhalten der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung einverstanden.

Eine Herausforderung hinsichtlich der gesellschaftlichen Legitimation gesundheitsfördernder Leitbilder stellt, im Gegensatz zur Einbindung von Experten und Interessenvertretern, die Partizipation der Zivilgesellschaft dar. Erforderlich ist das koordinierte Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Politik, in Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftsverwaltung, in NGOs sowie in lokalen Institutionen, Unternehmen und Medien. Strategien zur Gesundheitsförderung sollten den örtlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten angepasst sein und unterschiedliche Gesellschafts- und Wirtschaftssysteme sowie kulturelle Gegebenheiten berücksichtigen.

Beispielsweise erging in München vom Stadtrat der Auftrag an die Stadtverwaltung, eine Leitlinie Gesundheit zu entwickeln (Landeshauptstadt München o.J.). Die abgestimmte und wiederum vom Stadtrat verabschiedete Leitlinie ist nun für alle Bereiche der Stadtverwaltung verbindlich. Zahlreiche Institutionen waren an der Formulierung der Leitlinie und den langwierigen Aushandlungsprozessen beteiligt (Gesundheitsbeirat, Umweltvereine, Bürgervereine, Vertreter Soziale Stadt, Jugendamt, freie Träger), am wenigsten jedoch die Bürgerinnen und Bürger der Stadtgesellschaft.

Politische Umsetzbarkeit im Kontext konkurrierender Leitbild-Interessen
Legitimation ist auch eine wesentliche Voraussetzung für die politische Umsetzbarkeit eines an Gesundheitsförderung orientierten Leitbilds der Stadtentwicklung im Kontext konkurrierender Leitbilder. Durch Vorgaben der EU und Anpassungen im Bauplanungsrecht haben Elemente einer Gesundheitsförderung faktisch in der stadtplanerischen Praxis an Gewicht gewonnen (vgl. Göpel 2012; Löhr 2012; zu den Ansatzpunkten im Bauplanungsrecht s. Beitrag Fischer/Köck). In Bezug auf die Erstellung von städtebaulichen Leitbildern und in der Stadtentwicklungsplanung zeigt sich jedoch noch eine Vernachlässigung des Themas. Andere Themen wie Klimawandel, soziale Integration oder Nachverdichtung für Wohnungsbau werden in der Kommunalpolitik und häufig auch in der Öffentlichkeit und im planerischen Handeln bisher als drängender wahrgenommen und überlagern das Thema Gesundheitsförderung. Dies zeigen beispielsweise umfassende Beteiligungsprozesse zur Leitbilderstellung, in denen Gesundheit entweder gar nicht oder keineswegs in ihrer Vielschichtigkeit behandelt wird (vgl. Stadt Karlsruhe 2015).

Gesundheit sollte daher nicht nur auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern sind darüber hinaus auch gesundheitliche Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für städtische Gesundheit und Gesundheitsförderung zu verdeutlichen.

Ebenso wie die Leitbilder des Städtebaus sind auch diejenigen des Gesundheitsbereichs eingebettet in umfassendere gesellschaftliche Entwicklungsprozesse und damit säkularen Veränderungen unterworfen. Beide Paradigmen sind dabei aufs Engste verknüpft: Die Geschichte des Städtebaus wird auch die zeitgemäße Leitidee eines die Gesundheit seiner Bewohnerinnen und Bewohner schützenden und fördernden Lebensraums widerspiegeln (vgl. Göpel 2012). Für die postindustrielle Dienstleistungsstadt des beginnenden 21. Jahrhunderts kristallisieren sich Nachhaltigkeit und Gesundheitsförderung als Leitbild-Tandem heraus; die räumliche und zeitliche Übertragbarkeit wird sich allerdings erweisen müssen. „Gesetzte" Elemente eines städtebaulichen Leitbildes gibt es nicht.

Autoren

Prof. Dr. Thomas Kistemann (**1961*) *studierte Medizin, Geographie und Klassische Philologie in Bonn und Göttingen; nach mehrjähriger klinisch-ärztlicher Tätigkeit seit 1994 am Institut für Hygiene und Public Health der Universität Bonn tätig; Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Leitung des GeoHealth Centre sowie des WHO-Kollabo-*

rationszentrums für Wassermanagement und Risikokommunikation; Professur für Hygiene, Umweltmedizin und Medizinische Geographie, stellvertretender Institutsdirektor und leitender Oberarzt (Umwelthygiene/Public Health).

Dr. Anne Ritzinger *(*1977), Studium der sozialwissenschaftlichen Geographie an TU und LMU München. Nach beruflichen Stationen als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität München (2006–2012) und als Leiterin des Referats „Bevölkerung, Sozialstruktur, Siedlungsstruktur" in der Geschäftsstelle der Akademie für Raumforschung und Landesplanung in Hannover (2012–2016) ist sie nun in der Bayerischen Verwaltung für Ländliche Entwicklung am Bereich Zentrale Aufgaben tätig. Sie ist Systemische Beraterin und Coach und hat zum Thema „Flächensparen zwischen Theorie und Praxis – eine akteursorientierte Analyse des Dorferneuerungsprozesses" promoviert.*

Literatur

Altgeld, T. (2010): Gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=189 (28.11.2016).

ARL (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Hannover (= Positionspapier aus der ARL 97).

Bär, G. (2012): Partizipation im Quartier – Gesundheitsförderung mit vielen Adressaten und Dynamiken. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): Partizipation und Gesundheit. Bern, 172-181.

Becker, H. (2010): Leitbilder. In: Henckel, D.; von Kuczkowski, K.; Lau, P. et al. (Hrsg.) (2010): Planen – Bauen – Umwelt. Ein Handbuch. Wiesbaden, 308-312.

Becker, H.; Jessen J.; Sander, R. (1999): Ohne Leitbild? Städtebau in Deutschland und Europa. Stuttgart.

Bengel, J.; Strittmacher, R.; Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. (= Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6). Köln.

BVPG – Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Bonn.

Durth, W.; Gutschow, N. (1988): Träumen in Trümmern. Bd. 1. Braunschweig/Wiesbaden.

Engel, B. (2015): Make no little plans: Oder: Leitbilder in der Stadtplanung. In: SRL (Hrsg.): PLANERIN 2/2015: Räumliche Leitbilder. Berlin.
http://istb.iesl.kit.edu/img/Planerin_2-2015_engel.pdf (28.11.2016)

Fürst, H.; Himmelbach, U.; Potz, P. (1999): Leitbilder der räumlichen Stadtentwicklung im 20. Jahrhundert – Wege zur Nachhaltigkeit? Dortmund. (= Berichte aus dem Institut für Raumplanung 41).

Gebhard, U.; Kistemann, T. (2016): Therapeutische Landschaften: Gesundheit, Nachhaltigkeit, „gutes Leben". In: Gebhard, U.; Kistemann, T. (Hrsg.): Landschaft – Identität – Gesundheit. Zum Konzept der Therapeutischen Landschaften. Wiesbaden.

Gesunde Städte Netzwerk (o.J.): Ziele und Aufgaben.
http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/index.php?id=7 (28.11.2016).

Göpel, E. (2012): Internationale Leitlinien und Konzepte für Gesundheit und Stadtentwicklung. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 49-58.

ICLEI – International Council for Local Environmental Initiatives (1994): Charter of European cities and towns towards sustainability: The Aalborg Charter.
http://www.sustainablecities.eu/the-aalborg-charter/ (28.11.2016).

ICLEI – International Council for Local Environmental Initiatives (1996): Lisbon Action Plan.
http://www.sustainablecities.eu/fileadmin/repository/Conferences/Lisbon/lisboa_action_plan.pdf (28.11.2016).

Kickbusch, I. (2011): The Food System. A prism of present and future challenges for health promotion and sustainable development. Health Promotion Switzerland. Bern/Lausanne.

Kistemann, T.; Engelhart, S.; Exner, M. (2002): Standortbestimmung: Umweltmedizin, Hygiene und Öffentliche Gesundheit. In: Dott, W.; Merk H. F.; Neuser, J. et al. (Hrsg.): Lehrbuch der Umweltmedizin. Stuttgart, 7-13.

Kreis Segeberg (Hrsg.) (2011): Leitbild Gesundheit Südholstein. Potenziale – Handlungsfelder – Projektideen.
http://www.dsn-online.de/fileadmin/user_upload/references-pdf/Leitbild_Gesundheit_S%C3%BCdholstein.PDF (28.11.2016).

Landeshauptstadt München (o.J.): Leitlinie Gesundheit. München gibt sich einen verbindlichen Rahmen für die Gesundheitspolitik.
https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Gesundheitsfoerderung/Leitlinie_Gesundheit.html (08.08.2017).
Löhr, R.-P. (2012): Das Recht der kommunalen Bauleitplanung und gesundheitliche Belange. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 37-48.
May, E. (1956): Hat der deutsche Städtebau seine Chancen verpasst? Hat er noch eine Chance? Schriften des Deutschen Verbandes für Wohnungswesen, Städtebau und Raumplanung. Heft 19. Köln.
Mehlhorn, D.-J. (2015): Geschichte der Leitbilder: Von den heiligen Städten zum städtebaulichen Leitbild im 21. Jahrhundert. In: SRL (Hrsg.): Leitbilder: Beiträge zu Stadtentwicklung und Städtebau. Schriftenreihe 57. Berlin, 9-20.
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.) (2014): Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg.
https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/Remote/sm/Gesundheitsleitbild-BW.pdf (28.11.2016).
Rodenstein, M. (2012): Stadtplanung und Gesundheit – ein Rückblick auf Theorie und Praxis. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 15-25.
Schäfers, B.; Köhler, G. (1989): Leitbilder der Stadtentwicklung. Pfaffenweiler. (= Beiträge zur gesellschaftswissenschaftlichen Forschung 7).
Schott, T.; Hornberg, C. (Hrsg.) (2010): 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick. Wiesbaden.
Stadt Karlsruhe (Hrsg.) (2015): Auf dem Weg zum Räumlichen Leitbild Karlsruhe. Karlsruhe.
http://dx.doi.org/10.5445/KSP/1000047352 (28.11.2016).
Sterdt, E.; Walter, U. (2012): Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 27-36.
Vogler, P.; Kühn, E. (1957): Medizin und Städtebau. Ein Handbuch für gesundheitlichen Städtebau. München.
WHO – World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ (28.11.2016).
Zhu, M. (2008): Kontinuität und Wandel städtebaulicher Leitbilder. Von der Moderne zur Nachhaltigkeit. Aufgezeigt am Beispiel Freiburg und Shanghai. Dissertation, Darmstadt.

Heike Köckler, Rainer Fehr

HEALTH IN ALL POLICIES: GESUNDHEIT ALS INTEGRALES THEMA VON STADTPLANUNG UND -ENTWICKLUNG

Gliederung

1 Einleitung
2 Health in All Policies: Ein strategischer Ansatz der Weltgesundheits-organisation
3 Stadtplanungsbezogene Politiken als Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung: internationale Erfahrungen
4 Chancen und Herausforderungen, Health in All Policies als Strategie zu verfolgen
Literatur

Kurzfassung
„Health in All Policies“ ist eine Strategie der WHO, die besagt, dass Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung nicht allein Aufgaben des Gesundheitssektors sind, sondern in allen Themenfeldern öffentlichen Handelns verfolgt werden sollten. In diesem Beitrag werden sowohl die Entwicklung als auch Ziele und Inhalte der Strategie anhand von internationalen Konferenzergebnissen dargestellt, die zudem einen Bezug zu vergleichbaren Konferenzen zur Stadtentwicklung erlauben. Internationale Erfahrungen zur Anwendung der Strategie im Themenfeld der Stadtplanung und -entwicklung aus Europa, den USA und Australien werden vorgestellt. Basierend hierauf werden zusammenfassend Chancen und Herausforderungen des Ansatzes diskutiert.

Schlüsselwörter
Gesundheitsziele – Gesundheitsförderung – WHO – Ottawa-Charta – Stadtplanung – Stadtentwicklung – sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Health in All Policies: Health as an integral focus of urban planning and development

Abstract
The WHO’s “Health in All Policies” strategy regards prevention, health promotion and care as a joint task for all public sectors. This is grounded in a broad understanding of human health. Focusing on the results of international conferences, this paper presents the goals and substance of this strategy as well as experience gained with the strategy in urban planning and development in Europe, the USA and Australia. The paper closes with concluding remarks on opportunities and challenges for “Health in All Policies” as a strategy.

Keywords
Health targets – health promotion – WHO – Ottawa Charta – urban planning – urban development – intersectoral cooperation

1 Einleitung

Ausgehend von einem erweiterten Gesundheitsbegriff und in Kenntnis der vielfältigen Determinanten von Gesundheit (siehe hierzu ausführlich Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli) verfolgt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Ziel umfassender Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Versorgung die Strategie „Health in All Policies" (HiAP). In der Politikwissenschaft wird unter „Policy" öffentliches Handeln in einem Themenfeld verstanden (von Prittwitz 1994: 13). Somit fordert die WHO, Gesundheit in allen Themenfeldern öffentlichen Handelns zu verfolgen.

Stadtplanung und -entwicklung bilden ein politisches Themenfeld öffentlichen Handelns, das sich zweifelsohne sowohl für die Förderung und den Erhalt menschlicher Gesundheit als auch für die gesundheitliche Versorgung anbietet. Stadtplanung soll, so der gesetzliche Auftrag im Baugesetzbuch (siehe Beitrag Baumgart in diesem Band), gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse schaffen. Der Stadtplanung und -entwicklung steht für die Verfolgung ihrer Ziele ein umfassendes Instrumentarium zur Verfügung, das für Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung erschlossen werden kann. In diesem Beitrag werden die „Health in All Policies"-Strategie der WHO und Potenziale stadtplanungsbezogener Politiken aufeinander bezogen. Hierzu wird auf die Entwicklung dieser Strategie mit ihren programmatischen Grundlagen anhand ausgewählter Konferenzen und Dokumente eingegangen. Da „Health in All Policies" ein international verfolgtes Leitbild ist, werden anschließend internationale Erfahrungen zur Anwendung der Strategie in Stadtplanung und -entwicklung beschrieben, um basierend hierauf Chancen und Herausforderungen dieser Strategie darzulegen.

2 Health in All Policies: Ein strategischer Ansatz der Weltgesundheitsorganisation

„Health in All Policies" findet sich als Ansatz in vielen internationalen Dokumenten wieder. Zur Darstellung der Genese und zur Einordnung in für die Stadtentwicklung ebenfalls zentrale internationale Konferenzen und Dokumente gibt Tabelle 1 einen Überblick über zentrale Konferenzen seit der Stockholmer Umweltkonferenz aus dem Jahre 1972, der einer Einordnung der im Folgenden beschriebenen Konferenz-Dokumente dient. Daher führt die Tabelle chronologisch programmatische Konferenzen auf, die sich zumeist primär auf Gesundheit beziehen, zum Teil aber auch auf inhaltlich verwandte Themen wie Nachhaltigkeit oder Siedlungswesen.

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
1972	United Nations Conference on the Human Environment, Stockholm	Stockholm Declaration	„The protection and improvement of the human environment is a major issue which affects the well-being of peoples and economic development throughout the world"	www.unep.org/documents.multilingual/default.asp?documentid=97&articleid=1503, Zugriff 12.06.2016
1976	Erste UN-Konferenz über menschliche Siedlungen (Human Settlements) in Vancouver, genannt „HABITAT-Konferenz"	Vancouver Declaration on Human Settlements	Wohnungsversorgung und Wohnungsnot	http://unhabitat.org/about-us/history-mandate-role-in-the-un-system/, Zugriff 12.06.2016
1978	Internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung in Alma-Ata	Alma-Ata-Deklaration	Anstrengungen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche erforderlich	www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1, Zugriff 09.03.2016
1986	1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa	Ottawa-Charta	„Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt ... bei allen Politikbereichen ..." Und: „Jede Strategie zur Gesundheitsförderung muss den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu [i]hrem Thema machen"	www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, Zugriff 09.03.2016

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
1988	Konferenz „Gesundheit in Städten – Neue kommunalpolitische Ansätze zu Förderung der öffentlichen Gesundheit“ in Wien	Wiener Empfehlungen zur Gesundheit in Städten	„Gesundheit ... einen höheren Stellenwert auf der politischen Tagesordnung einnehmen und bei allen Maßnahmen der Stadtplanung und Stadtentwicklung Berücksichtigung finden“	Bericht (Europarat, WHO, Stadt Wien 1990)
1989	1. Europäische Ministerkonferenz „Umwelt und Gesundheit“ in Frankfurt	Europäische Charta Umwelt und Gesundheit	„Jede Regierung und Behörde hat die Pflicht, innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs die Umwelt zu schützen, die Gesundheit zu fördern und zu gewährleisten, dass die Tätigkeiten in ihrem Zuständigkeits- und Einflussbereich nicht in anderen Ländern Gesundheitsschäden verursachen.“ „Jede öffentliche oder private Stelle sollte ihre Tätigkeiten so festlegen und ausführen, dass der Mensch vor Gesundheitsschäden durch physikalische, chemische, biologische, mikrobiologische und gesellschaftliche Faktoren geschützt wird.“	www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/136252/ICP_RUD_113_ger.pdf, Zugriff 09.03.2016

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
1992	UN Conference on Environment and Development (UNCED), „Rio-Konferenz", Rio de Janeiro	Agenda 21	Kapitel 6: Schutz und Förderung der menschlichen Gesundheit, mit folgenden Programmbereichen: Deckung der Bedürfnisse im Bereich der primären Gesundheitsversorgung, insbesondere im ländlichen Raum; Bekämpfung übertragbarer Krankheiten; Schutz schwächerer Gesellschaftsgruppen; Lösung der Gesundheitsprobleme in den Städten; Reduzierung der durch die Umweltverschmutzung und durch Umweltgefahren bedingten Gesundheitsrisiken	www.un.org/depts/german/conf/agenda21/agenda_21.pdf
1994	First European Conference on Sustainable Cities and Towns, „Aalborg-Konferenz"	Aalborg Charta	Ziel: die globalen Ziele der Agenda 21 in einem kommunalen Bündnis umsetzen	www.sustainablecities.eu/events/aalborg-1994/

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
2002	Rio + 10 (Earth Summit, Weltgipfel)	Bericht des Weltgipfels für nachhaltige Entwicklung	„Wir begrüßen es, dass der Schwerpunkt des Gipfeltreffens von Johannesburg auf der Unteilbarkeit der Menschenwürde liegt, und wir sind entschlossen, durch Entscheidungen über Zielvorgaben, Zeitpläne und Partnerschaften dafür zu sorgen, dass der Zugang zur Deckung von Grundbedürfnissen wie sauberem Wasser, Abwasserentsorgung, angemessenem Wohnraum, Energie, Gesundheitsversorgung und Ernährungssicherheit sowie der Schutz der biologischen Vielfalt rasch ausgeweitet wird.“	www.un.org/depts/german/conf/jhnnsbrg/a.conf.199-20.pdf
2004	Aalborg +10 – Inspiring Futures	10 Aalborg Commitments	encompass 10 shared sustainability pledges	www.sustainablecities.eu/events/aalborg-10-2004/
2007	EU-Konferenz in Rom: „Health in All Policies: Achievements and challenges”	„Declaration on ‘Health in All Policies’“	„We, the Ministerial Delegations of E.U. Member States, ... express their willingness to contribute to incorporating health concerns in other policies at all levels ...”	www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf, Zugriff 10.06.2016
2008	Europäische Ministerkonferenz der WHO „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ in Tallinn (Estland)	Charta von Tallinn, „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“	Wichtigkeit, „andere Politikbereiche zur Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in ihrem Handeln zu veranlassen“	www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf, Zugriff 10.03.2016

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
2010	WHO-Tagung zu Gesundheit in allen Bereichen der Politik (International Meeting on Health in All Policies) in Adelaide	Adelaide-Erklärung zu Gesundheit in allen Politikbereichen	(i) Rolle guter Gesundheit auch für andere Lebensfunktionen und damit für andere Sektoren, (ii) Voraussetzungen für erfolgreichen Ansatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“	www.who.int/social_determinants/german_adelaide_statement_for_web.pdf, Zugriff 12-6-16

Tabelle 1: „Health in All Policies“ als Thema von Fachkonferenzen

Die 1986 von der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung beschlossene, für die Gesundheitswissenschaften und ihre Praxis einen Meilenstein bildende Ottawa-Charta (WHO 1986) benennt im ersten Abschnitt „Gesundheitsförderung“: „Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt [...] nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen [...]“. Im darauf folgenden Abschnitt „Voraussetzungen für die Gesundheit“ heißt es dann: „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (WHO 1986: 1 f.).

Unter „Vermitteln und Vernetzen“ (WHO 1986: 2) wird dort ausgeführt: „Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien.“ Ferner heißt es in der Ottawa-Charta, dass „Gesundheitsförderung [weit mehr] beinhaltet [...] als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. [...] Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden“ (WHO 1986: 3). In der Ottawa-Charta (WHO 1986) fordern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu auf, sich in allen Politikfeldern für Gesundheitsförderung zu engagieren und gleichzeitig Gesundheitsbelastungen zu vermeiden. Hierbei wird explizit Bezug auf räumliche Planung und Umweltschutz genommen: Denn die Forderung lautet, „allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, auf die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder eine ungesunde Ernährung gerichtet sind. Es gilt dabei, Fra-

gen des öffentlichen Gesundheitsschutzes wie Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz, Wohn- und Raumplanung in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit zu stellen“ (WHO 1986: 5).

Nicht übersehen werden sollte, dass die Ottawa-Charta auch in anderer Richtung intersektorale Bezüge einfordert. Im Abschnitt „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ wird ausgeführt, dass der Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt integraler Bestandteil von Strategien der Gesundheitsförderung sein soll (WHO 1986: 3 f.).

Die Konferenz „Gesundheit in Städten – Neue kommunalpolitische Ansätze zu Förderung der öffentlichen Gesundheit“ 1988 verabschiedete die „Wiener Empfehlungen zur Gesundheit in Städten“. Im Bericht wird ebenfalls besonders auf die Rolle der Stadtplanung verwiesen. So heißt es: „Gesundheit müsse […] bei allen Maßnahmen der Stadtplanung und Stadtentwicklung Berücksichtigung finden. Dies gilt insbesondere bei der Lösung von Problemen des Wohnungsbaus, bei der Schaffung angemessener Wohnverhältnisse, bei der Gestaltung des öffentlichen Raumes, bei der Stadterhaltung und Stadterneuerung, sowie in der kommunalen Verkehrs-, Sozial- und Kulturpolitik, wobei die Anliegen der Kinder und Jugendlichen stärker berücksichtigt werden müssen […]“ (Europarat, WHO, Stadt Wien 1989: 9).

In den von der WHO Anfang der 1990er Jahre kommunizierten Gesundheitszielen (WHO 1992) lautet Ziel 37 (kurz bezeichnet als „Partner für die Gesundheit“): „Bis zum Jahr 2000 sollten in allen Mitgliedstaaten viele Organisationen und Gruppen im öffentlichen und privaten Sektor sowie in der freien Wohlfahrtsarbeit aktiv zur Verwirklichung der ‘Gesundheit für alle‘ beitragen“ (WHO 1992).

In einer neuen Runde der WHO zur Formulierung von Gesundheitszielen entstand „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ (WHO 1998). Unter den vier Hauptstrategien lautet die erste: „[M]ultisektorale Strategien, um sich mit den Determinanten von Gesundheit auseinanderzusetzen und dabei die physischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und geschlechtsspezifischen Perspektiven zu berücksichtigen und sicherzustellen, daß die gesundheitlichen Auswirkungen beurteilt werden[…]”(WHO 1998: 9). Für Ziele mit ausdrücklichem Bezug zu „Health in All Policies“ siehe Textbox 1.

Im Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft besagt Artikel 152 im ersten Absatz: „Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“ (Europäische Union 2002). Auch der Europäische Rat (Rat der Europäischen Union, nicht zu verwechseln mit dem Europarat) befasste sich in 2006 mit HiAP (Textbox 2).

Eine EU-Konferenz in Rom im Jahr 2007 mit dem Titel „Health in All Policies: Achievements and challenges” verabschiedete eine entsprechende Deklaration, in der Delegierte aus Ministerien der EU-Mitgliedsstaaten ihre Bereitschaft bekundeten, Gesundheitsbelange in anderen Politikbereichen auf allen Ebenen zu verfolgen (Italian Ministry of Health, EC, WHO/EURO: 2007).

Bezüge zu HiAP in „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ (WHO 1998)

Ziel 10: Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt
„Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit durch eine stärker gesundheitsfördernde natürliche, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Umwelt für die Menschen [...] Grundlegende gesundheitliche und wirtschaftliche Fortschritte lassen sich [...] mit durchdachten Konzepten für Bildung, Beschäftigung, Industriestruktur, Besteuerung und Sozialpolitik erzielen” (WHO 1998: 23).

Ziel 14: Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit
„Rechenschaftspflicht für die gesundheitlichen Konsequenzen des Handelns [...] Ein wirkungsvoller Ansatz zur gesundheitlichen Entwicklung setzt voraus, dass alle Sektoren der Gesellschaft für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Politik und Programme Verantwortung übernehmen und den Nutzen, den sie selbst aus der Förderung und dem Schutz der Gesundheit ziehen, erkennen. Deshalb sollten alle sozialen und wirtschaftlichen Konzepte oder Programme und alle Entwicklungsprojekte, die sich auf die Gesundheit auswirken könnten, einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung unterzogen werden“ (WHO 1998: 27).

Textbox 1

Beschluss des Europäischen Rates 2006 zu HiAP (Council of the European Union 2006: 4; 6)
„The Council of the European Union [...]

14. INVITES the Commission
> to set out a plan for work in Health in All Policies with a specific emphasis on equity in health and consider including such activities in its new Health Strategy; [...]
> exploit synergies between policy sectors with interrelated objectives for example through programme cooperation, in particular concerning health at work; [...]

16. INVITES the European Parliament
> to apply Parliamentary mechanisms to ensure effective cross-sectoral cooperation for high level of health protection in all policy sectors;
> to take into account and carry out health impact assessments of legislative and nonlegislative proposals;
> to consider health impacts, with particular emphasis on equity in health, of decisionmaking across all policy sectors.”

Textbox 2

Eine Studie zum „Health in All Policies"-Ansatz (St-Pierre 2009) gliedert entsprechende Werkzeuge folgendermaßen: Strukturen, Prozesse, Finanzinstrumente, Mandate (Rechtsvorschriften, Abmachungen, Verantwortlichkeiten). Dem Health Impact Assessment (HIA) wird besondere Beachtung geschenkt. Auf der WHO-Tagung zu Gesundheit in allen Bereichen der Politik in Adelaide 2010 (WHO 2010) wurde die Adelaide-Erklärung zu Gesundheit in allen Politikbereichen verabschiedet. Der Bericht ist überschrieben: „Auf dem Weg zu einer gemeinsamen Verantwortung und Steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden / Regierungsführung wird durch die Berücksichtigung von Gesundheit effektiver /Eine effektivere Regierungsführung verbessert die Gesundheit". Im Bericht wird u.a. die Rolle guter Gesundheit auch für andere Lebensfunktionen (und damit für andere Sektoren) dargelegt (WHO 2010: 2).

Weiter heißt es dort: „Gesundheit in allen Politikbereichen funktioniert am besten, wenn:

> ein klares Mandat die vernetzte Regierungsführung zwingend vorschreibt;

> systematische Prozesse die Interaktionen zwischen den Sektoren berücksichtigen;

> eine Interessensvermittlung stattfindet;

> Rechenschaftspflichten, Transparenz und partizipative Prozesse vorhanden sind;

> eine Zusammenarbeit mit Betroffenen außerhalb der Regierung stattfindet;

> praxisorientierte, sektorenübergreifende Initiativen Partnerschaften und Vertrauen aufbauen" (WHO 2010: 2).

Der Bericht nennt eine Reihe von Beispielen für vernetzte Regierungsmaßnahmen, und zwar zu folgenden Sektoren und Themen (WHO 2010: 4): Wirtschaft und Beschäftigung; Sicherheit und Justiz; Erziehung und Bildung sowie Kindheit und Jugend; Landwirtschaft und Ernährung; Infrastruktur, Planung und Verkehr; Umwelt und Nachhaltigkeit; Wohnungsbau und Dienstleistungen der Städte und Gemeinden; Land und Kultur.

Eine Buchpublikation aus 2012 trägt (übersetzt) den Titel: „Sektorübergreifende Steuerung für Gesundheit in allen Politikbereichen. Strukturen, Aktionen und Erfahrungen" (McQueen/Wismar/Lin et al. 2012), herausgegeben gemeinsam von IUPHE, WHO und European Observatory on Health Systems and Policies. Ein Ziel ist „the translation of Health in All Policies from a policy principle into a policy practice" (McQueen/Wismar/Lin et al. 2012: 7). Die Autoren betonen hierbei insbesondere die Rolle einer intersektoralen Zusammenarbeit und behandeln Themen wie Regierung, Verwaltung und Finanzierungsstrategien sowie die Zusammenarbeit in Governance-Strukturen. Ferner sind 24 Fallstudien beschrieben.

In der u.a. von zwei finnischen Ministerien, einem UN Institut und dem European Observatory on Health Systems and Policies herausgegebenen Buchpublikation „Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies" wird folgendermaßen de-

finiert (Leppo/Ollila/Peña et al. 2013: 6): „Health in All Policies (HiAP) is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health and health systems implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity […]". Es werden eine Reihe von Strukturen und Mechanismen zur Förderung intersektoraler Zusammenarbeit benannt (Leppo/Ollila/Peña et al. 2013: 1, Table 1.1) und 30 Fallstudien vorgestellt.

Das „Training Manual" zu HiAP (WHO 2015) ist als Grundlage für 2- bis 3-tägige Kurse angelegt, die folgende Ziele verfolgen: „Build capacity to promote, implement and evaluate HiAP; Encourage engagement and collaboration across sectors; Facilitate the exchange of experiences and lessons learned; Promote regional and global collaboration on HiAP[…]"(WHO 2015: viii). Die 12 Unterrichtsmodule behandeln u.a. den Prozess politischer Entscheidungsfindung, die Erstellung von „Policy briefs", Verhandlungsführung und HiAP-Implementierung. Für jedes Modul sind Lernziele formuliert, z.B. umfasst Modul 7, „The role of non-government stakeholders in HiAP/whole-of-society approaches", folgende Ziele: „Define a stakeholder and provide examples; Explain the benefits and challenges of non-government stakeholder engagement; List principles for effective and accountable stakeholder consultation; Identify formal and informal mechanisms for non-government stakeholder involvement in HiAP; Recognize strategies used by actors to counteract efforts to improve health …; Prepare a stakeholder analysis" (WHO 2015: 95).

3 Stadtplanungsbezogene Politiken als Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung: internationale Erfahrungen

Gerade angesichts der sektoralen Unterschiede zwischen Gesundheitsförderung und Stadtplanung bieten die hier beschriebenen Programme und Dokumente der WHO, die im Kontext der Strategie „Health in All Policies" stehen, vielfältige Anknüpfungspunkte für Stadtplanung und -entwicklung. So werden bereits im Glossar der WHO aus dem Jahr 1984 mit Industrie, Wohnungswesen, öffentlichen Bauvorhaben und der Trinkwasserversorgung Handlungsfelder benannt (WHO 1984), die Gegenstand von integrierenden und sektoralen Planungen sind. Zudem werden in der zwei Jahre später verabschiedeten Ottawa-Charta mit dem Schutz der natürlichen Umwelt, dem Erhalt der vorhandenen natürlichen Ressourcen sowie dem Schutz der sozialen Umwelt Grundziele der räumlichen Planung, die unter anderem im Baugesetzbuch, aber auch im Naturschutzgesetz verankert sind, benannt (siehe Beitrag Baumgart in diesem Band). Zumindest auf der programmatischen Ebene haben die Dokumente, aus denen die Strategie „Health in All Policies" entwickelt wurde, einen klaren Bezug zu zukunftsfähiger Entwicklung im Sinne der Agenda 21, die ihrerseits programmatischen Charakter für Stadtentwicklung und Stadtplanung hat. In der Aalborg-Charta, die von Kommunen im Jahr 1994 verabschiedet wurde, um die globalen Ziele der Agenda 21 in einem kommunalen Bündnis umzusetzen, werden der Schutz der menschlichen Gesundheit und die Gesundheitsfürsorge erwähnt. In den anlässlich des zehnjährigen Jubiläums der Charta verabschiedeten 10 Aalborg Commitments ist ein eigenes Kapitel zum Thema „Kommunale gesundheitsfördernde Maßnahmen" enthalten. Zudem wird neben anderen kommunalen Netzwerken explizit das Gesunde Städte-Netzwerk

aufgefordert, sein Wissen bereitzustellen und die Umsetzung der Aalborg Commitments zu unterstützen (Textbox 3).

Aalborg-Charta Commitments 2010
„7. Von Gesundheit und Wohlbefinden unserer Bürgerinnen und Bürger.

Wir werden daran arbeiten,

1 ein Bewusstsein für die breiteren, meist außerhalb des eigentlichen Gesundheitssektors zu findenden Gesundheitsfaktoren zu schaffen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

2 Gesundheitsprogramme der Städte zu fördern, die unseren Städten ein Instrument an die Hand geben, strategische Partnerschaften zur Förderung der Gesundheit einzugehen und zu pflegen.

3 Benachteiligungen im Gesundheitsbereich und Armut entgegenzuwirken, und regelmäßig über die Fortschritte, die bei der Verringerung bestehender Diskrepanzen erreicht werden, zu berichten.

4 Gesundheitsvertäglichkeitsprüfungen als Instrument für alle Bereiche zu fördern, um die Arbeit auf Fragen der Gesundheit und Lebensqualität zu lenken.

5 Stadtplaner zu mobilisieren, gesundheitliche Fragestellungen in ihre Planungsstrategien und Initiativen einzubeziehen."

(City of Aalborg 2010: o.S.)

Textbox 3

Die in der Adelaide-Erklärung der WHO aus dem Jahr 2010 aufgeführten Anforderungen an Teilhabe und Beteiligung gelten in vergleichbarer Weise auch für Verfahren der Stadtplanung. Es ist neben dieser generellen Übereinstimmung programmatischer Ziele bedeutend, Instrumente der Stadtplanung und -entwicklung nach ihrem Charakter zu unterscheiden. Je nachdem, ob es sich um planerisches Handeln im hoheitlichen Auftrag handelt oder um kooperative Formen jenseits gesetzlicher Vorgaben, gestaltet sich der Grad an Beteiligung im Sinne der Beteiligungsleiter sehr unterschiedlich (s. Beitrag Quilling/Köckler in diesem Band).

Die WHO brachte mit ihrer „Healthy Urban Planning Initiaitve" von 1993–1997 die Relevanz von räumlicher Planung als einem Handlungsfeld für „Health in All Policies" zum Ausdruck. Textbox 4 zeigt die Themen, die in diesem Programm als einschlägig eingeordnet werden, und verdeutlicht die Vielfalt der Anknüpfungspunkte.

Barton und Grant (2013) führten eine Analyse der Healthy Urban Planning Initiative der WHO durch und unterscheiden drei verschiedene Grade der Integration von Gesundheit in die Planung: die Versorgung mit Grundleistungen (wie die Bereitstellung von Wohnungen, Zugang zu frischem Wasser, Nahrung und sauberer Luft sowie Abwasserklärung), gefolgt vom zweiten Grad, worin die salutogenen Faktoren wie Parks, Kleingärten, Fahrradnetzwerke, Sicherheit im öffentlichen Raum betrachtet werden. Den dritten Grad beschreiben Barton und Grant wie folgt: „Planning for health and well-being becomes a fundamental purpose of plans at local, city and regional levels." Inwiefern dies kompatibel ist mit dem integrierenden Ansatz von Planung, verschiedene Belange und Anforderungen an den Raum miteinander und gegeneinander abzuwägen, wird von Barton und Grant nicht diskutiert.

WHO „Healthy Urban Planning Initiative" (Barton/Grant 2013: 132)

The 12 WHO healthy urban planning objectives:
> Promoting healthy lifestyles (especially regular exercise);
> Facilitating social cohesion and supportive social networks;
> Promoting access to good quality housing;
> Promoting access to employment opportunities;
> Promoting accessibility to good quality facilities (educational, cultural, leisure, retail and health care);
> Encouraging local food production and outlets for healthy food;
> Promoting safety and a sense of security;
> Promoting equity and the development of social capital;
> Promoting an attractive environment with acceptable noise levels and good air quality;
> Ensuring good water quality and healthy sanitation;
> Promoting the conservation and quality of land and mineral resources; and
> Reducing emissions that threaten climate stability.

Textbox 4

Europaweit wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Healthy Cities Teams von aktiven Städten im WHO Healthy Cities Program zu den aus ihrer Sicht bedeutendsten Themen gesundheitsfördernder Planung befragt. Es konnten Antworten von 51 Städten ausgewertet werden. Als wichtigstes Thema wurde Stadtplanung insgesamt sowie Stadtgestalt („overall planning and urban form") benannt, nur 2 % der Befragten nannten Koordination und Politik als wichtigstes Thema einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung. (Barton/Grant 2013: Abbildung 3).

Die Integration von Gesundheit in das Themenfeld der Wohnungsbauförderung, die als ein Teilthema von Stadtentwicklung verstanden werden kann, wird beispielsweise von Bostic/Thornton/Rudd et al. (2012) für Programme des US-amerikanischen „De-

partment of Housing and Urban Development“ beschrieben. So wurden in den 1990er Jahren gezielt Programme entwickelt, um die Innenraumbelastung, bspw. mit Blei, zu verringern. Andere Programme wie das der Housing Choice Voucher verfolgen das Ziel, einer Segregation entgegenzuwirken und den Wegzug aus isolierten benachteiligten Nachbarschaften in andere Stadtteile zu ermöglichen. Auch wenn dieses Programm nicht die erwünschte ökonomische Besserstellung der Nutzerinnen und Nutzer des Programms erwirkt hat, so konnten doch gesundheitliche Effekt beobachtet werden: „However, it did result in positive health outcomes, including reductions in psychological distress, depression, and obesity among adults, and mental health improvements among girls“ (Bostic/Thornton/Rudd et al. 2012: 2131).

Auch wenn es diese gesundheitsbezogenen Aspekte im Politikbereich der Wohnraumversorgung gab, so fand nach Einschätzung von Bostic/Thornton/Rudd et al. (2012) eine Umsetzung der „Strategie Health in All Policies“ in den USA erst im Jahr 2010 mit verschiedenen Programmen und Gesetzen sowie der Einrichtung eines sektorenübergreifenden „National Prevention Councils“ statt. Dieser verabschiedete die National Prevention Strategy in 2011. Dort werden systematisch Partner benannt, die bei der Umsetzung von Zielen der Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden werden sollen. Beispielsweise wird die gesamträumliche Planung explizit als „policy maker“ aufgeführt: „For example, a metropolitan planning organization can institutionalize the use of health criteria when making planning decisions on land use and design to provide opportunities for safe physical activity“ (National Prevention Council 2011: 9).

Eine der benannten strategischen Ausrichtungen der US-amerikanischen nationalen Präventionsstrategie ist mit „Healthy and Safe Community Environments“ umschrieben. Hier wird mit einem starken Bezug auf Stadtentwicklung das Thema umweltbezogener Ungerechtigkeit benannt (Beitrag Köckler/Böhme in diesem Band).

Zudem führte die Obama-Regierung beispielsweise ein sogenanntes „place based budgeting“ ein, das von den Behörden generell verlangt, räumliche Zusammenhänge bei der Vergabe von Mitteln zur Wohnraumförderung zu betrachten. Über den räumlichen Ansatz sollten isolierte Politikbereiche integriert werden, um neben anderen Zielen auch gesundheitlichen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken: „The goal was to promote new funding across agencies to help communities address such interconnected problems as distressed housing, underperforming schools, neighborhood violence, inadequate public transportation, and poor health“ (Bostic/Thornton/Rudd et al. 2012: 2131).

Eine Inhaltsanalyse zu gesamträumlichen und fachplanerischen gesetzlichen Grundlagen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung am Beispiel von Melbourne führten Lowe/Boulange/Giles-Corti 2013 durch. Es wurden die folgenden Dokumente ausgewertet: Planning and Environment Act 1987, Transport Integration Act 2010, Public Health and Wellbeing Act 2008. Den stärksten Bezug zu Gesundheit zeigte die Inhaltsanalyse in dem Verkehrsplanungsdokument, wohingegen die integrierende „planning and environment act“ Gesundheit und Lebensqualität nicht als gesetzlichen Auftrag formuliert hat. Dies bewerten die Autoren in der Diskussion als ein deutliches Manko: „In addition, there is no direct consideration of health and well-

being in the Planning and Environment Act 1987, which is an omission considering the growing understanding of the links between planning and health outcomes" (Lowe/Boulange/Giles-Corti et al. 2013: 8). Keines der untersuchten Gesetze benennt explizit „community liveability" als eine soziale Determinante von Gesundheit. Beteiligung spielt bei der Umsetzung aller analysierten Gesetze eine zentrale Rolle.

In den Analysen zu HiAP in stadtplanungsrelevanten Handlungsfeldern werden von Bostic/Thornton/Rudd et al. (2012: 2134) verschiedene Voraussetzungen hinsichtlich einer erfolgreichen langfristigen Umsetzung dieser Strategie benannt: eine grundlegende Neustrukturierung übergeordneter Institutionen, Finanzierungsansätze, die Investitionen in einem Sektor mit Einsparungen in einem anderen verrechnen sowie Führungsverantwortung als zentrales Element, welche grundlegende Veränderungen auf allen Ebenen der Regierung erfordert.

4 Chancen und Herausforderungen, Health in All Policies als Strategie zu verfolgen

Sowohl die programmatischen Grundlagen der WHO als auch internationale Erfahrungen machen deutlich, dass die Strategie „Health in All Policies" unentbehrlich ist, wenn Gesundheit und Wohlergehen der Bevölkerung gesellschaftlich ernsthaft verfolgte Ziele darstellen. Zudem ist die Strategie prinzipiell umsetzbar, da gesundheitliche Ziele bis zu einem gewissen Grade schon traditionell in zahlreichen Gesellschaftssektoren zum Einsatz kommen, z. B. in den Bereichen Wohnen, Bildung, Arbeit, Umwelt, Verkehr. Der Ansatz bietet ein bedeutendes Potenzial, gesundheitsfördernde Einflüsse zu stärken und belastende Faktoren einzudämmen; die gegenwärtige Praxis bleibt bisher hinter den Potenzialen noch zurück.

Neben einer über die Jahre immer deutlicher werdenden Programmatik von WHO und anderen Institutionen liegen inzwischen auch konkrete Empfehlungen, Instrumente und Fallstudien zu „Health in All Policies" vor. So gibt es bereits vielfältige Arbeitshilfen, von generellen Empfehlungen wie denen in der Adelaide-Erklärung (s. o.) bis hin zu konkreten Arbeitshilfen auch in Deutschland (LZG.NRW 2012; Beitrag Baumgart/Dilger in diesem Band).

Wenngleich die Strategie „Health in All Policies" überaus attraktiv erscheint, ist es für den im Vergleich der Ressorts meist nicht besonders starken Gesundheitssektor selber nicht ganz risikolos, die Rolle anderer Sektoren für die Gesundheit stark hervorzuheben. Es gehört Selbstbewusstsein dazu, hier zur Zusammenarbeit aufzurufen und die gemeinsame Verantwortung zu unterstreichen. Hinzu kommt: Wenn der Gesundheitssektor, der Öffentliche Gesundheitsdienst oder die für Gesundheitsförderung engagierten Einrichtungen von anderen Sektoren erwarten, sich aktiv und intensiv mit Gesundheit zu befassen, lassen sich auch reziproke Anforderungen z. B. bezüglich Nachhaltigkeit erwarten, die nicht allen Beteiligten willkommen sein müssen.

Einige Gründe für Zurückhaltung anderer Sektoren gegenüber dem Thema Gesundheit liegen auf der Hand, denn jeder Sektor hat vor allem seinen eigenen Traditionen, Werten, Zielen und Rahmenbedingungen zu genügen. Die Vielfalt dieser sektoralen

„Kulturen“ sollte bei der Forderung nach „Health in All Policies“ unbedingt im Blick behalten werden. Zudem sollte für das gegenseitige Verständnis der sektoralen Kulturen anerkannt werden, dass Stadtplanung einem ganzen Spektrum unterschiedlicher Interessen zu dienen hat. Gesundheit ist somit ein Belang von vielen. Die Gewichtung dieses Belanges im Vergleich zu anderen ist immer auch Teil eines politischen Aushandlungsprozesses. Die Chancen, das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung in Planungsprozessen zu stärken, erscheinen uns dann besonders hoch, wenn folgende Voraussetzungen zutreffen:

> Auch die Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitssektor besitzen ein solides Wissen über Strukturen und Prozesse der Stadtplanung und sind sich der Notwendigkeit von Güterabwägungen bewusst.

> Bereits bestehende Verbindungen anderer Sektoren zu gesundheitlichen Belangen werden angemessen gewürdigt.

> In Aushandlungsprozessen wird vor allem nach solchen Lösungen gesucht, bei denen alle Beteiligten gewinnen.

Autoren

Prof. Dr. Heike Köckler (**1972*), *Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und in deren Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen“.*

Prof. Dr. med. Rainer Fehr (**1947*), *MPH, Ph.D. (USA), Arzt und Gesundheitswissenschaftler. Frühere Tätigkeiten u.a. in der Gesundheitsbehörde Hamburg und als Leiter des Landeszentrums Gesundheit NRW. Mitglied der Arbeitsgruppe „Umwelt und Gesundheit“, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, als wissenschaftlicher Mitarbeiter für das Projekt „Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau“. Schwerpunkte: Humanökologische Gesundheitsperspektive, insbesondere StadtGesundheit und Integrierte Gesundheitsprogramme; Governance-unterstützende Gesundheitsanalysen.*

Literatur

Barton, H.; Grant, M. (2013): Urban planning for healthy cities: A review of the progress of the European healthy cities programme. In: Journal of Urban Health 90 (1), 129-141.

Bostic, R. W.; Thornton, R. L.; Rudd, E. C.; Sternthal, M. J. (2012): Health in all policies: The role of the US Department of Housing and Urban Development and present and future challenges. In: Health Affairs 31 (9), 2130-2137.

City of Aalborg (ed.) (2010): The Aalborg commitments: Die Aalborg commitments: Inspiring futures. www.ccre.org/docs/Aalborg03_05_deutsch.pdf (10.03.2016).

EU – Europäische Union (Hrsg.) (2002): Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (Nizza konsolidierte Fassung): Amtsblatt Nr. C 325 vom 24/12/2002, 0033-018.
http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:12002E/TXT&from=EN (10.03.2016).
Europarat; WHO Regionalbüro für Europa; Wiener Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit der Stadt Wien (Hrsg.) (1989): [Wiener Empfehlungen zur Gesundheit in Städten]. Wien.
Health Ministerial Delegations of E.U. Member States (ed.) (2007): Declaration on "health in all policies".
http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf (10.03.2016).
Leppo K.; Ollila E.; Peña S.; Wismar M.; Cook S. (2013): Health in all policies: Seizing opportunities, implementing policies.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf (10.03.2016).
Lowe, M.; Boulange, C; Giles-Corti, B. (2014): Urban design and health: progress to date and future challenges. In: Health Promotion Journal of Australia 25 (1), 14-18.
LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2012): Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen: Fiktionaler Bericht.
http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/2012_druckfrisch/fachplan_gesundheit_healthhausen_lzg-nrw_2012.pdf (26.06.2013).
McQueen D.; Wismar M.; Lin, V.; Jones, C. M.; Davies, M. (2012): Intersectoral governance for health in all policies: Structures, actions and experiences.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf?ua=1 (10.03.2016).
National Prevention in Council (ed.) (2011): National Prevention Strategy. Washington DC.
St-Pierre, L. (2009): Governance tools and framework for health in all policies.
http://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf (10.03.2016).
von Prittzwitz, V. (1994): Politikanalyse. Augsburg.
WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (09.03.2016).
WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1978): Erklärung von Alma-Ata.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1 (09.03.2016).
WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1992): Ziele zur „Gesundheit für alle". Die Gesundheitspolitik für Europa. Kopenhagen.
WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1998): Gesundheit 21 – Gesundheit für alle. Eine Einführung. Kopenhagen. = Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle" 5.
WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (2010): Bericht der internationalen Tagung zu Gesundheit in allen Bereichen der Politik (international meeting on health in all policies), Adelaide 2010. Genf.
WHO –Word Health Organization (ed.) (1984): Glossary of terms: used in the „Health for All Series" No. 1-8. In: WHO – Word Health Organization (ed.): Health for All Series, No. 9. Geneva.
WHO –Word Health Organization (ed.) (2015): Health in all policies: Training manual. Genf.

Christa Böhme, Heike Köckler

UMWELTGERECHTIGKEIT IM STÄDTISCHEN RAUM – SOZIALE LAGE, UMWELTQUALITÄT UND GESUNDHEIT ZUSAMMENDENKEN

Gliederung

1 Einleitung
2 Umweltgerechtigkeit – ein strategischer Ansatz für mehr Gesundheit in Stadtregionen
3 Umweltgerechtigkeit in der kommunalen Praxis – Ergebnisse eines Planspiels
4 Fazit und Ausblick
Literatur

Kurzfassung
Umweltgerechtigkeit ist ein Leitbild, das sowohl die gerechtere Verteilung von Umweltbelastungen und -ressourcen verfolgt als auch die gerechtere Teilhabe an umweltpolitisch relevanten Entscheidungsprozessen. Im Beitrag wird aufbauend auf theoretischen und empirischen Grundlagen aus Deutschland und dem Ausland herausgearbeitet, was Umweltgerechtigkeit ausmacht und wie dieses Leitbild mit Stadtentwicklung verknüpft ist. Hierbei werden auch Erkenntnisse eines mit deutschen Kommunen durchgeführten Planspiels zu Umweltgerechtigkeit dargestellt.

Schlüsselwörter
Umweltgerechtigkeit – Umweltbelastungen – Umweltressourcen – Kommune – Planspiel

Environmental justice in the urban realm – Thinking social position, environmental quality and health together

Abstract
Environmental justice is a vision that pursues the just distribution of environmental burdens and resources and fair treatment in environmental decision making. In this paper we present the national and international theoretical and empirical background, discuss the characteristics of environmental justice, and demonstrate how environmental justice is linked to healthy urban development. Experience gained from a planning game on environmental justice in municipalities in Germany is also presented.

Keywords
Environmental justice – environmental impacts – environmental resources – municipality – planning game

1 Einleitung

Umweltgerechtigkeit ist ein Leitbild, das in Deutschland seit einigen Jahren zunehmend diskutiert wird (Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012). Es geht im Kern darum, umweltbezogenen Ungerechtigkeiten zu begegnen. Dieses ursprünglich in den USA entstandene Leitbild bietet vielfältige Möglichkeiten, um im städtischen Raum die soziale Lage der Bewohnerinnen und Bewohner mit der Umweltqualität in ihrem Wohnumfeld und ihrer Gesundheit auf eine innovative Weise zusammenzudenken und umweltbezogene Ungerechtigkeiten zu vermeiden bzw. abzubauen. In diesem Beitrag wird zunächst der Begriff Umweltgerechtigkeit theoretisch mit einem Fokus auf Gesundheit eingeführt und anhand ausgewählter empirischer Befunde konkretisiert. Anschließend wird dann von ersten praktischen Erfahrungen in einem kommunalen Planspiel berichtet. Beides mündet in ein abschließendes Fazit.

2 Umweltgerechtigkeit – ein strategischer Ansatz für mehr Gesundheit in Stadtregionen

Umweltgerechtigkeit setzt sich mit umweltbezogenen Ungleichheiten auseinander, die aufgrund ihres Ausmaßes und der Benachteiligung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen als ungerecht bewertet werden. So ist es Fakt, dass in Hamburg für Ausländerinnen und Ausländer die Wahrscheinlichkeit, in der Nähe mehrerer emittierender Anlagen zu leben, größer ist als für andere Menschen, die in Hamburg wohnen (Raddatz/Mennis 2013). Ebenso wurde festgestellt, dass in Berlin Menschen mit einem niedrigeren sozio-ökonomischen Status häufiger mehreren Umweltbelastungen ausgesetzt sind als Menschen mit einem höheren Status (Klimeczek 2014). Beides kann als ungerecht bewertet werden, da Staatsangehörigkeit und sozialer Status im Zusammenhang mit gesundheitsbelastenden Faktoren stehen. Neben solchen räumlichen Verteilungszusammenhängen geht es bei Umweltgerechtigkeit auch um Ungerechtigkeiten bei der Teilhabe an umweltpolitisch relevanten Entscheidungsprozessen und bei sozialen Folgen umweltbezogener Politiken. Dies wird als umweltbezogene Verfahrensungerechtigkeit bezeichnet (Köckler 2014a).

Eine allgemein verbindliche Definition des Begriffs „Umweltgerechtigkeit“ gibt es in Deutschland jedoch nicht. „Der Begriff reicht von einem Verständnis von Umwelt als Risiko über die Nutzungschancen von Umwelt als Ressource bis hin zur gerechten beziehungsweise ungerechten Verteilung der Vor- und Nachteile, die aus der Umweltnutzung hervorgehen“ (Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012: 23).

Zu unterscheiden vom Begriff „Umweltgerechtigkeit“ ist der Begriff „umweltgerecht“, der vor allem im Bereich des Umweltschutzes Verwendung findet und sich auf menschliche Handlungs- und Produktionsweisen und deren Wirkungen auf die Umweltmedien (Boden, Wasser, Luft/Klima) bezieht. Um hier mehr begriffliche Klarheit zu schaffen, wird alternativ zu „Umweltgerechtigkeit“ teils auch der Begriff „umweltbezogene Gerechtigkeit“ verwendet (Köckler 2014a).

Für die Planung gesundheitsfördernder Stadtregionen ist die im Begriff Umweltgerechtigkeit implizit angelegte Zusammenführung der Themen Soziale Lage, Umwelt

und Gesundheit (Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012: 22 f.) von besonderer Relevanz. Umwelt kann in diesem Zusammenhang neben der physischen Umwelt (natürliche Umwelt mit den Naturressourcen Boden, Wasser, Luft/Klima, Pflanzen, Tiere und den ökologischen Systemen sowie gebaute Umwelt, zu der vor allem Gebäude, Plätze, Verkehrswege, aber auch gestaltete Grün- und Freiflächen zählen) auch die soziale Umwelt (Individuen, Gruppen, Organisationen und Kulturen sowie soziale Beziehungsgeflechte und Interaktionen) einschließen.

Bei Umweltgerechtigkeit geht es nicht allein um einen analytische Betrachtung von sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit, sondern um eine Bewertung von Zusammenhängen aus einer Gerechtigkeitsperspektive. Daher ist Umweltgerechtigkeit als ein „normatives Leitbild" (Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012: 23) zu verstehen, das auf die Vermeidung und den Abbau der sozialräumlichen Konzentration gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen sowie die Gewährleistung eines sozialräumlich gerechten Zugangs zu Umweltressourcen orientiert ist. Umweltgerechtigkeit verfolgt auf diese Weise das Ziel, sozialraumbezogen gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden und zu beseitigen sowie bestmögliche umweltbezogene Gesundheitschancen herzustellen (Böhme/Preuß/Bunzel et al. 2015: 46). Umweltgerechtigkeit fokussiert in der Regel auf den städtischen Raum bzw. Stadtregionen und nimmt Bezug auf das „Schutzgut" Mensch (Hornberg/Bunge/Pauli 2011: 27, Köckler 2014b) sowie auf die Verwirklichung des im Grundgesetz in Artikel 72 Abs. 2 verankerten Grundsatzes der „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse" (Böhme/Preuß/Bunzel et al. 2015: 47).

Theoretisch können insbesondere vier Teilkonzepte von Umweltgerechtigkeit unterschieden werden (Maschewsky 2001; Kloepfer 2006; Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012; Köckler 2016: 109 ff.): Verteilungsgerechtigkeit, Verfahrensgerechtigkeit, Ergebnisgerechtigkeit und Chancengerechtigkeit. Diese werden im Folgenden erläutert und in Abbildung 1 im Verhältnis zueinander dargestellt.

Verteilungsgerechtigkeit

In Studien zu umweltbezogener Verteilungsgerechtigkeit werden soziale Ungleichheiten in der räumlichen Verteilung von Umweltbelastungen und Umweltgütern analysiert. Die eingangs zitierten Untersuchungen zu Hamburg und Berlin sind hierfür Beispiele aus Deutschland. Viele Studien zeigen umweltbezogene Ungerechtigkeiten auf. So gibt es eine Vielzahl aktueller Untersuchungen aus dem Ausland, die diesen Zusammenhang für Luftbelastung in Frankreich (Padilla/Kihal-Talantikite/Vieira et al. 2014), Großbritannien und den Niederlanden (Fecht/Fischer/Fortunato et al. 2015), den USA (Clark 2014) und Chile (Rose-Pérez 2015) nachgewiesen haben. Andere Studien zeigen, dass der Zugang zu Grünflächen sozial und sozialräumlich ungleich verteilt ist (Kihal-Talantikite/Padilla/Lalloué et al. 2013; Heiler 2016). Einige Untersuchungen arbeiten heraus, dass bestimmte gesellschaftliche Gruppen nicht nur *einer* Belastung ausgesetzt sind oder weniger Zugang zu *einer* Umweltressource haben – betrachtet werden verschiedene Umweltfaktoren gemeinsam. So wurde in Frankreich für Lille herausgearbeitet, dass benachteiligte Stadtteile einen größeren Flächenanteil haben, der mehrere Belastungen aufweist als andere Stadtteile (Lalloué/Monnez/Padilla et al. 2015). Vergleichbare Ergebnisse gibt es beispielsweise auch für Dortmund (Flacke/Schüle/Köckler et al. 2016), die Niederlande (Kruize 2007) und Californien (Alexeeff/Faust/August et al. 2012).

In US-amerikanischen Studien werden im Sinne eines erweiterten Umweltverständnisses und einer systematischen Analyse von sozialer Benachteiligung nicht nur Faktoren wie Luftbelastung, Lärm und Grünflächenversorgung, die dem klassischen Umweltschutz zuzurechnen sind, analysiert. Es werden auch weitere Faktoren wie die Versorgung mit Nahrungsmitteln oder der Zugang zu öffentlichem Nahverkehr mit in die Debatte zu umweltbezogener Verteilungsgerechtigkeit einbezogen (Lucas 2012; Alkon/Agyeman 2011; Gottlieb 2009).

Studien zu umweltbezogener Verteilungsgerechtigkeit nehmen in der Regel einen statistisch ermittelten signifikanten und starken Unterschied zwischen den Gruppen einer Stadt als Argument für die Einschätzung, dass eine Verteilung ungerecht ist. Sie verstehen dabei eine unverhältnismäßige Ungleichheit als Ungerechtigkeit. Die Bewertung, was wiederum unverhältnismäßig ist, bedarf entweder gerechtigkeitsphilosophischer Überlegungen oder der normativen Entscheidung von Personen, die aufgrund solcher Analysen Entscheidungen treffen. Dies könnte der Stadtrat oder Landkreistag sein.

Verfahrensgerechtigkeit
Verfahrensgerechtigkeit ist ein Konzept, mit dem bewertet wird, ob ein Prozess der Entscheidungsfindung, bspw. der räumlichen Planung, gerecht ist. Hierbei können drei verschiedene Perspektiven eingenommen werden: 1) ein als gerecht empfundener Ablauf eines Verfahren, 2) eine gerechte Teilhabe an Entscheidungsprozessen, 3) mehr Verteilungsgerechtigkeit durch Verfahren.

Alle drei Perspektiven der Verfahrensgerechtigkeit haben einen Gesundheitsbezug, da die empfundene Teilhabe an Entscheidungsprozessen sich positiv auf die Gesundheit im Sinne der Salutogenese über eine Stärkung des Kohärenzsinns auswirkt (Antonovsky 1997) (vgl. Beitrag von Hornberg/Pauli/Liebig-Gonglach et al. in diesem Band). Ferner wird umweltbezogene Verteilungsungerechtigkeit als eine Determinante sozialer Ungleichheit bei Gesundheit gesehen (Köckler 2016).

Unter einem Verfahren wird in allen drei Perspektiven eine geordnete Abfolge von Schritten verstanden. Die Rolle unterschiedlicher Akteure als Interessenvertretung oder Privatperson ist je nach planerischem Instrument gesetzlich geregelt (bspw. Umweltverträglichkeitsprüfung/Strategische Umweltprüfung, Bauleitplanung, Planfeststellungsverfahren) oder findet auf informellem – also nicht gesetzlich verankertem – Wege nach verschiedenen Methoden (Runder Tisch, Zukunftswerkstatt, Planungszelle ...) statt (vgl. Beitrag Baumgart in diesem Band).

Zu 1) ein als gerecht empfundener Ablauf eines Verfahrens: Es gibt verschiedene Untersuchungen, häufig mit einem psychologischen Zugang, die untersuchen, inwieweit ein Verfahren subjektiv als gerecht empfunden wurde (Ittner/Montada 2009). Hierzu wurden beispielsweise von Leventhal (1976) sechs Regeln aufgestellt, deren Berücksichtigung zu mehr Verfahrensgerechtigkeit führen kann. Sie umfassen die Konsistenz-, Unvoreingenommenheits-, Genauigkeits-, Korrigierbarkeits- und Repräsentativitätsregel sowie die moralische Vertretbarkeit. Kloepfer (2006: 50) hat diese Regeln auch auf Raumplanung bezogen.

Zu 2) eine gerechte Teilhabe an Entscheidungsprozessen: Die erste Perspektive betrachtet zumeist diejenigen, die sich an Planungsprozessen beteiligen. Im Sinne einer gerechten Teilhabe – verstanden als wirksame Einflussnahme auf die Entscheidung – sollten aber auch diejenigen betrachtet werden, die potenziell von einer Planung betroffen sind, sich aber nicht in die bestehenden Entscheidungsprozesse einbringen. Die unzureichende Teilhabe von sozial Benachteiligten an Entscheidungsprozessen wird in der Debatte um Umweltgerechtigkeit als eine Ursache für umweltbezogene Ungerechtigkeit gesehen (Köckler 2011; Schlosberg 2007: 75). Teilhabe wird auch als ein wichtiges Element von Gesundheitsförderung angesehen, daher wird die mangelnde Beteiligung vulnerabler Gruppen an Entscheidungsprozessen ebenfalls als problematisch eingeordnet.

Zu 3) mehr Verteilungsgerechtigkeit durch Verfahren: Raumplanerische Entscheidungen können zu einer Benachteiligung einzelner gesellschaftlicher Gruppen führen oder entsprechende soziale Ungleichheiten manifestieren, die ihrerseits zu sozialer Ungleichheit bei Umweltqualität und Gesundheit führen. So können über planerische Entscheidungen bestehende umweltbezogene Belastungsschwerpunkte weiter belastet werden oder die Möglichkeit einer Kompensation von Belastungen, bspw. über die Ausweisung von Grünflächen oder Ruhezonen, kann nicht genutzt werden. Umgekehrt können einzelne Verfahren, aber auch verschiedene Verfahren in ihrer Summe einen Beitrag zu umweltbezogener Gerechtigkeit liefern. Kloepfer (2006) hat diesbezüglich den Begriff der Ergebnisgerechtigkeit eingeführt. Im Public Health Bereich wird das Thema hinsichtlich sozialer Ungleichheit durch Public Health Intervention ebenfalls diskutiert.

Im Zusammenspiel der drei Perspektiven ist zu bedenken: Auch ein von den Beteiligten mit Blick auf Teilhabe als subjektiv gerecht empfundenes Verfahren (1. Perspektive) kann im Ergebnis ungerecht sein (3. Perspektive) (Kloepfer 2006: 48).

Ergebnisgerechtigkeit

Kloepfer (2006: 302 ff.) diskutiert das Thema Kompensation von umweltbezogener Verteilungsungerechtigkeit vor dem Hintergrund bestehender rechtlicher Möglichkeiten. Diese Sichtweise berücksichtigt mögliche Kompensationsleistungen, bspw. monetärer Art, für die Exposition gegenüber einer umweltbezogenen Ungerechtigkeit. Kloepfer sieht generell in Kompensationsleistungen eine Möglichkeit, eine ungerechte Ungleichverteilung von Umweltgüte im Ergebnis gerechter werden zu lassen. In diesem Zusammenhang verwendet Kloepfer auch den Begriff der Ergebnisgerechtigkeit und greift damit das Verständnis von Gleichwertigkeit in der räumlichen Planung auf.

Davy (1997: 28) schlägt in diesem Zusammenhang für die Ansiedlung von Abfallanlagen ein sogenanntes Benefit-Sharing als eine Möglichkeit vor, um Belastung auszugleichen und Betroffene an dem Nutzen, der aus der Raumnutzung entsteht, teilhaben zu lassen. Er benennt drei Möglichkeiten des Benefit-Sharing: finanzielle Kompensation, Versicherung gegen unvorhersehbare Risiken und Förderprogramme für betroffene Gemeinden.

Angesichts existierender Problemsituationen wie bestehender Wohnbebauung an verkehrsbelasteten Einfallstraßen bietet das Konzept der umweltbezogenen Ergebnisgerechtigkeit Handlungsspielräume. So könnten beispielsweise Ruhezonen, die in der Lärmaktionsplanung vorgesehen sind, in fußläufiger Entfernung stark befahrener Straßen eingerichtet werden, sodass eine wohnortnahe Erholung im Wohnumfeld für Betroffene möglich ist. Umweltbezogene Ergebnisgerechtigkeit bietet die Möglichkeiten, mehr umweltbezogene Verteilungsgerechtigkeit und somit auch mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu verfolgen.

Chancengerechtigkeit

Chancengerechtigkeit versteht Mielck (2005: 11) im Kontext sozialer Lage bei Gesundheit als die Chance, die jeder Mensch erhält „(...) zur vollen Ausschöpfung seines individuellen Potentials für ein gesundes und langes Leben, d. h. alle vermeidbaren Hemmnisse sollen beseitigt werden." Somit ist Chancengerechtigkeit auch die Grundlage für Umweltgerechtigkeit, da sie die Grundlage für Verteilungs-, Verfahrens- und Ergebnisgerechtigkeit liefert (siehe Abbildung 1).

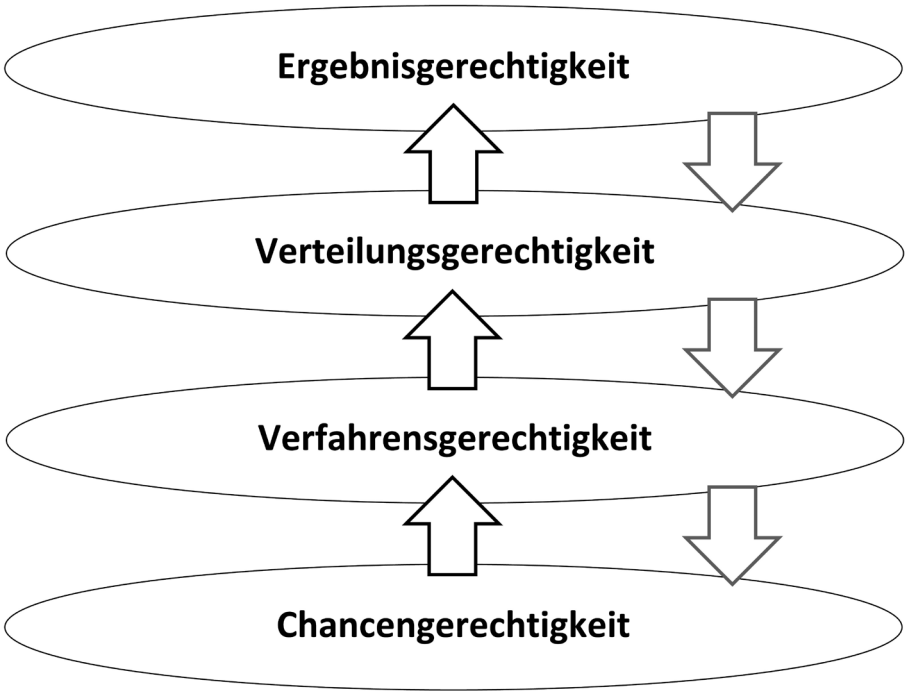


Abb. 1: Teilkonzepte umweltbezogener Gerechtigkeit / Quelle: eigene Darstellung, verändert nach Köckler (2011: 97)

In der Debatte zu Umweltgerechtigkeit wird der Fähigkeitsansatz (Capabilities Approach) von vielen als ein Zugang zu Chancengerechtigkeit gesehen. Der Fähigkeitsansatz wurde von Amartya Sen (2009) in der Ökonomie und von Martha Nussbaum (2010) im Bereich der Philosophie ausgearbeitet. Sen und Nussbaum gehen davon aus, dass es Fähigkeiten (Capabilities) gibt, die als grundlegende menschliche Ansprüche jedem Menschen zur Verfügung stehen sollten, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Nussbaum benennt zehn zentrale menschliche Fähigkeiten, zu denen neben der körperlichen Gesundheit auch die Kontrolle über die eigene Umwelt zählt. Die politische Fähigkeit sieht Nussbaum als eine Möglichkeit, Kontrolle über die eigene Umwelt auszuüben: „Die Fähigkeit, wirksam an den politischen Entscheidungen teilzunehmen, die das eigene Leben betreffen; ein Recht auf politische Partizipation, auf Schutz der freien Rede und auf politische Vereinigung zu haben“ (Nussbaum 2010: 114). Damit ist diese Fähigkeit eine wichtige Grundlage für umweltbezogene Verfahrensgerechtigkeit.

Die vier benannten Teilkonzepte umweltbezogener Gerechtigkeit stehen in einem Zusammenhang, den Abbildung 1 darstellt. Die Grundlage stellt Chancengerechtigkeit dar, welche sich unmittelbar auf Verteilungsgerechtigkeit auswirkt. So kann einem Wohnungssuchenden der Zugang zu einer Wohnung mit einer vergleichsweise guten Umweltgüte aufgrund von Diskriminierung ebenso verwehrt bleiben wie Haushalten mit Wohnungsberechtigungsschein, wenn Sozialwohnungen vorwiegend in stärker belasteten Gebieten realisiert werden.

Chancengerechtigkeit wirkt zudem vermittelt über Verfahrensgerechtigkeit. Denn im Idealfall liefert ein gerechtes Verfahren im Ergebnis auch einen Beitrag zu einer gerechten Verteilung. Chancengerechtigkeit kann durch eine jeweilige Ausprägung verschiedener Formen von umweltbezogener Gerechtigkeit beeinflusst werden. Dies wird in Abbildung 4 durch die gestrichelten Pfeile symbolisiert. Verfahrensgerechtigkeit wird als eine Determinante von umweltbezogener Verteilungs- und Ergebnisgerechtigkeit verstanden.

Entsprechend der Darstellung in Abbildung 4 ist Chancengerechtigkeit die zentrale Grundlage für Umweltgerechtigkeit. Damit wird auch deutlich, dass die Verfolgung des Leitbildes Umweltgerechtigkeit weder allein von räumlicher Planung und ihren politischen Entscheidungen noch nur auf städtischer Ebene zu realisieren ist. Nichtsdestotrotz gibt es viele Möglichkeiten, Umweltgerechtigkeit auf kommunaler Ebene zu verfolgen. Erste Ansätze werden im folgenden Kapitel beschrieben.

3 Umweltgerechtigkeit in der kommunalen Praxis – Ergebnisse eines Planspiels

Auch wenn das Thema Umweltgerechtigkeit in Deutschland zunehmend an Aufmerksamkeit gewinnt, fehlen in den Kommunen zumeist noch Ansätze zur Reduzierung sozial ungleich verteilter Umweltbelastungen. Vor diesem Hintergrund zielte das vom Umweltbundesamt (UBA) geförderte Forschungsvorhaben „Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum“ des Deutschen Instituts für Urbanistik auf die Implementierung des strategischen Ansatzes „Umweltgerechtigkeit“ in der kommunalen Praxis.

Ein zentraler methodischer Baustein dieses Vorhabens war die Durchführung eines Planspiels mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Städten Bottrop, Düsseldorf, Mülheim an der Ruhr und Nürnberg sowie des Berliner Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg. Ziel war es, Instrumente, Verfahren und Maßnahmen zur Implementierung von Umweltgerechtigkeit in der Kommunalverwaltung zu erproben, zu validieren sowie übertragbare und praxisanwendbare Handlungsansätze zu identifizieren. Am Planspiel nahmen diejenigen Akteure in den Stadtverwaltungen teil, die die Belange von Umweltgerechtigkeit insbesondere in den Zuständigkeitsbereichen Stadtentwicklung, Umwelt und Gesundheit zukünftig wesentlich mitbestimmen können. Sie waren als authentische Vertreterinnen und Vertreter ihrer jeweiligen Organisationseinheit in der Kommunalverwaltung und entsprechend ihrer tatsächlichen Funktion und thematischen Zuständigkeit beteiligt. In drei Planspielworkshops wurden die Ergebnisse zu den gestellten Aufgaben, die die Kommunen jeweils selbstständig bearbeiteten, vorgestellt und diskutiert. Im Folgenden werden einige Ergebnisse des Planspiels vorgestellt (Böhme/Preuß/Bunzel et al. 2015; Böhme/Preuß 2015).

Umweltgerechtigkeit: Mehrwert für Kommunen?
Für eine erfolgreiche Agendasetzung von Umweltgerechtigkeit in den Kommunen muss zunächst die Frage beantwortet werden, warum es für Kommunen sinnvoll sein kann, sich mit dem Thema Umweltgerechtigkeit auseinanderzusetzen. Dabei sind folgende Aspekte aus kommunaler Perspektive für die Argumentation hervorzuheben:

> Das Leitbild Umweltgerechtigkeit kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und Schaffung von gesunden Lebensbedingungen in der Stadt leisten.

> Das Leitbild Umweltgerechtigkeit kann zur Schaffung einer ausgewogenen Stadtstruktur und eines sozialen und gesellschaftlichen Ausgleichs beitragen (Chancengleichheit bei gesundheitsrelevanten Umweltbedingungen).

> Das Leitbild Umweltgerechtigkeit führt die Politikbereiche Umwelt, Gesundheit, Soziales und Stadtentwicklung zusammen und befördert daher integrierte Lösungs- und Handlungsansätze.

> Die Identifizierung von Gebieten in der Kommune, die mehrfach umweltbelastet sind und durch einen hohen Bevölkerungsanteil mit geringem Sozialstatus und damit hoher Vulnerabilität gekennzeichnet sind, bietet die Grundlage für einen bedarfsgerechten und effizienten Einsatz von Haushalts- und Fördermitteln.

> Nicht zuletzt kann aus der sozialraumorientierten Verbesserung des Standortfaktors Umwelt ein Imagegewinn für das betreffende Quartier und für die Kommune insgesamt erwachsen.

Daten für Taten
Für den Abbau und die Vermeidung der sozialräumlichen Konzentration gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen ist es erforderlich, zunächst eine gesamtstädtische Bestandsaufnahme der aktuellen Belastungssituation vorzunehmen. Durch eine Verknüpfung raumbezogener Daten zur Umweltqualität, zur Gesundheitssituation und

zur Sozialstruktur können Gebiete mit Mehrfachbelastungen identifiziert werden. Die integrierte Erfassung und Darstellung der Themenfelder ist eine wichtige Grundlage für politische Entscheidungen und administratives Handeln. Dadurch können Hinweise für den Instrumenten- und Fördermitteleinsatz und für eine räumliche Prioritätensetzung in besonders hoch belasteten Gebieten gegeben werden. Darüber hinaus wird die Möglichkeit eröffnet, die Wirksamkeit von durchgeführten Maßnahmen vor dem Hintergrund des Leitbilds Umweltgerechtigkeit aus einer integrierten Perspektive zu beurteilen. Schließlich können die Analyseergebnisse für die Öffentlichkeitsarbeit und die Aktivierung von Zivilgesellschaft und Betroffenen genutzt werden.

Im Forschungsvorhaben wurde unter anderem auf Basis der Ergebnisse des Modellvorhabens „Umweltgerechtigkeit im Land Berlin“ (Klimeczek 2014) ein zweistufiger Monitoringansatz entwickelt. Die erste Stufe umfasst die gesamtstädtische kleinräumige Betrachtung der Bereiche Umwelt, soziale Lage und Gesundheit und dient der Identifizierung mehrfach belasteter Gebiete in der Kommune. Für die Auswahl der Indikatoren wurden insbesondere folgende Kriterien zugrunde gelegt: inhaltliche Relevanz, Stabilität ihrer Bestimmungsgrößen, Verfügbarkeit sowie regelmäßige Neuauflage der Daten. Gleichzeitig war es Ziel, das Indikatorenset überschaubar und handhabbar zu halten. Im Einzelnen werden folgende Basisindikatoren vorgeschlagen:

> *Umweltsituation*: Belastung durch Straßenverkehrslärm, Feinstaub und Stickstoffdioxid, Versorgung mit öffentlichen Grünflächen

> *Soziale Lage*: Anteil von Langzeitarbeitslosen, Anteil der erwerbstätigen SGB II-Empfänger, Anteil der Kinderarmut und Anteil der Jugendarbeitslosigkeit

> *Gesundheitliche Lage*: Anteil von Kindern mit Übergewicht und Adipositas sowie mit grobmotorischen Störungen bei Schuleingangsuntersuchungen

Die Visualisierung der Analyseergebnisse kann unter Verwendung eines Geographischen Informationssystems in thematischen Einzelkarten sowie in zusammenfassenden Mehrfachbelastungskarten erfolgen (vgl. Beitrag von Kühling/Kawe in diesem Band). In der zweiten Stufe können mittels Vertiefungsindikatoren (z. B. Qualität öffentlicher Grünflächen) und ergänzender qualitativer Erhebungen (z. B. Bewohnerbefragungen) die als mehrfach belastet identifizierten Teilräume eingehender betrachtet werden. Die erneute Visualisierung der Ergebnisse kann durch textliche Stadtteil-/Gebietsprofile ergänzt werden.

Von den Planspielkommunen wurde der vorgeschlagene Monitoringansatz als prinzipiell praktikabel und anschlussfähig eingeschätzt. Alle am Planspiel beteiligten Kommunen verfügen über kleinräumige Daten zur sozialen Lage und zur Umweltsituation. Daten zu den vorgeschlagenen Basisindikatoren zur Erfassung der gesundheitlichen Lage liegen dagegen selten kleinräumig vor. Im Planspiel wurde zudem deutlich, dass zur Klassifizierung der städtischen Teilräume mit Blick auf Umweltgerechtigkeit eine Gewichtung der erhobenen Indikatoren notwendig ist. Darüber hinaus sind Interventionswerte im Sinne von kommunalpolitisch beschlossenen Umweltstandards unerlässlich, die den Handlungsbedarf anzeigen. Mit Blick auf das Vorsorgeprinzip er-

scheint es hierzu erforderlich, dass die Kommunen dabei strengere Interventionswerte/Umweltstandards als die gesetzlich vorgeschriebenen Grenzwerte festlegen. Hierzu sind politische Entscheidungen in der Kommune erforderlich.

Integriertes Handeln für Umweltgerechtigkeit
Die Ergebnisse des Planspiels zeigen, dass das neue Themenfeld Umweltgerechtigkeit querschnittsorientiert realisiert werden muss, indem Belange von Umweltgerechtigkeit bei allen relevanten Planungen und Vorhaben vor allem im Bereich der integrierten Stadt(teil)entwicklung, aber auch im Umweltbereich (u.a. Konzepte zur Klimaanpassung, Lärmaktionspläne, Freiraumkonzepte) Berücksichtigung finden. Erforderlich ist hierfür eine Abkehr vom zumeist sektoral ausgerichtetem Verwaltungshandeln hin zu einer integrierten Betrachtung und Umsetzung von Umwelt-, Sozial- und Gesundheitsbelangen (vgl. Beitrag von Böhme/Dilger/Quilling in diesem Band).

Anknüpfungspunkte für das Thema Umweltgerechtigkeit bieten im Bereich von Stadtentwicklung und Stadtplanung insbesondere Umwelt(verträglichkeits)prüfungen, Stadt(teil)entwicklungskonzepte, die Städtebauförderprogramme Soziale Stadt und Stadtumbau sowie die Bauleit-, Landschafts- und Lärmaktionsplanung (vgl. Beitrag von Baumgart in diesem Band). Jedes dieser Instrumente bietet spezifische Potenziale zur Schaffung von mehr Umweltgerechtigkeit in der Stadt. Umgekehrt ist keines der Instrumente alleine in der Lage, mehr Umweltgerechtigkeit zu schaffen. Vielmehr ist hierfür das gesamte ausdifferenzierte System formeller und informeller Planungsinstrumente je nach Ausgangslage variabel und aufeinander abgestimmt einzusetzen.

Dazu gehört auch, bei Umweltplanungen – anders als in der bisherigen Praxis – sozialräumliche Aspekte zu berücksichtigen und bei Umwelt(verträglichkeits)prüfungen stärker auf eine qualifizierte Betrachtung der Wirkungen auf das Schutzgut „Menschliche Gesundheit“ zu achten (Knetschke/Claßen 2014). Ein räumlich ausgerichteter Fachplan Gesundheit als neues Planungsinstrument kann die systematische und proaktive Wahrung von Gesundheitsbelangen – auch unter dem Aspekt von Umweltgerechtigkeit – in räumlichen Gesamt- und Fachplanungen unterstützen (vgl. Beitrag von Baumgart/Dilger in diesem Band). Damit verbunden sein muss eine stärkere sozialräumliche Ausrichtung im Handeln der kommunalen Gesundheitsämter.

Partizipation der Betroffenen
Wie bereits ausgeführt ist ein wesentliches Kriterium von Umweltgerechtigkeit, Möglichkeiten zu schaffen, Interessen aller potenziell von einer Planung oder einer Maßnahme Betroffenen frühzeitig und systematisch in die Entscheidung einfließen zu lassen (Verfahrensgerechtigkeit).

In den Kommunen zeigt die bisherige Praxis jedoch, dass durch formelle (frühzeitige Öffentlichkeitsbeteiligung, Offenlage von Plänen usw.) und auch viele informelle Beteiligungsverfahren (u.a. Planungswerkstätten, Stadtteilkonferenzen, Foren) einige Bevölkerungsgruppen kaum oder gar nicht erreicht werden. Dies gilt vor allem für Menschen, die ihre Interessen aufgrund ihres Sozial-, Bildungs- und Einkommensstatus, ihrer Sprachkompetenz oder kulturellen Herkunft in klassischen Beteiligungsverfahren schlecht vertreten können. Zudem ist die Bewältigung des eigenen Alltags häufig eine zentrale Herausforderung, die diesen Personenkreis bereits umfangreich in

Anspruch nimmt. Gleichzeitig sind sie aber oftmals diejenigen, die in den städtischen Quartieren leben, in denen sich Umweltbelastungen sowie soziale Benachteiligungen und gesundheitliche Risiken überlagern und konzentrieren.

Die Planspielkommunen schätzen vor allem aufsuchende („Geh-Strukturen") und aktivierende sowie zielgruppen- und projektbezogene (u.a. Mitmach-Angebote bei Projekten zur Freiraumentwicklung) Partizipationsansätze als geeignet ein, um sozioökonomisch benachteiligte und beteiligungsferne Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Lokale Quartiermanagerinnen und Quartiersmanager werden als Dreh- und Angelpunkt für eine erfolgreiche Ansprache und Partizipation gesehen. Kontinuierliche Quartiersarbeit über einen längeren Zeitraum mit niederschwelligen Angeboten kann die Basis für eine breite Bürgerbeteiligung bei Einzelmaßnahmen/-projekten sein. Hier wird die Notwendigkeit gesehen, lokale Quartiermanagerinnen und Quartiersmanager stärker für das Thema Umweltgerechtigkeit zu sensibilisieren.

Um passgenaue Aktivierungs- und Beteiligungsangebote für sozial benachteiligte und von Mehrfachbelastungen betroffene Bevölkerungsgruppen schaffen zu können, mangelt es in den Kommunalverwaltungen vielfach an entsprechenden Kompetenzen und/oder personellen sowie finanziellen Ressourcen (siehe auch Beitrag Quilling/Köckler zu Partizipation in diesem Band). Die Methodenkompetenz innerhalb der Verwaltung gilt es daher zu stärken. Daneben kann externen Expertinnen und Experten die Durchführung von Aktivierungs- und Beteiligungsverfahren übertragen werden. Ebenso können Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hilfreich sein, die an Einrichtungen oder Initiativen – wie Schulen, Umwelt- und Naturschutzverbände, Nachbarschaftstreffs, migrantische Vereine und Gemeinschaftsgartenprojekte – gebunden sind. Insgesamt erfordern diese Maßnahmen ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen und hängen nicht zuletzt vom „Willen" der Kommunalpolitik ab.

4 Fazit und Ausblick

Ein Mehr an Umweltgerechtigkeit kann ein bedeutender Baustein bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Stadtregionen sein. Auch wenn Kommunen dabei eine Schlüsselrolle zukommt, werden sie alleine mit dieser Aufgabe überfordert sein, da die Ursachen umweltbezogener Ungerechtigkeit vielfältig sind und nicht nur auf kommunaler Ebene beeinflusst oder ausschließlich durch räumliche Planung gesteuert werden können. Nur durch das Zusammenwirken von Politik und Verwaltung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie von Wissenschaft und Zivilgesellschaft wird es möglich sein, das Thema Umweltgerechtigkeit dauerhaft zu verankern und Lebensbedingungen für alle in unseren Städten zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund haben die inzwischen verstärkt stattfindenden Aktivitäten von Fachpolitik und Fachverwaltungen auf Bundes- und Landesebene eine wichtige Bedeutung. Im Jahr 2016 wurde Umweltgerechtigkeit in den Förderbestimmungen der Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung zum Programm Soziale Stadt neu verankert. Zudem veranstaltete das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMUB) im Juni 2016 den bundesweiten Kongress „Umweltgerechtigkeit in der Sozialen Stadt". Ebenfalls im Juni 2016 forderte die Umweltministerkon-

ferenz der Länder in einem einstimmigen Beschluss, „dass Umweltgerechtigkeit unter dem Dach eines optimierten strategischen Gesamtkonzeptes zielführend umgesetzt werden sollte". Das Umweltbundesamt (UBA) und das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) haben mehrere Forschungsvorhaben zur Umsetzung von Umweltgerechtigkeit auf kommunaler Ebene initiiert. So unterstützt das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) im Forschungs-Praxis-Projekt „Umsetzung einer integrierten Strategie zu Umweltgerechtigkeit – Pilotprojekt in deutschen Kommunen" (2015–2017) gefördert vom BMUB und UBA die drei Pilotkommunen Marburg, München und Kassel bei der Umsetzung zentraler Elemente des strategischen Ansatzes zu Umweltgerechtigkeit. Die Erkenntnisse aus den Pilotkommunen werden in eine Toolbox „Umweltgerechtigkeit vor Ort" einfließen. Im Masterplan Umwelt und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen ist Umweltgerechtigkeit als ein Schwerpunktthema gesetzt und das Land Berlin hat ein kleinräumiges Umweltgerechtigkeitsmonitoring entwickelt und implementiert.

Gleichwohl kommt den Kommunen und der räumlichen Planung bei der Schaffung von mehr Umweltgerechtigkeit eine herausgehobene Rolle zu. Sie können Umweltgerechtigkeit als einen strategischen Ansatz für mehr Gesundheit in Stadtregionen nutzen. Im Rahmen der räumlichen Planung haben sie vielfältige Möglichkeiten im Sinne des Leitbildes Umweltgerechtigkeit zu steuern. Voraussetzung hierfür ist, die spezifischen Potenziale jedes einzelnen Instrumentes zu nutzen und das gesamte ausdifferenzierte System formeller und informeller Planungsinstrumente je nach Ausgangslage variabel und aufeinander abgestimmt einzusetzen.

Auch das Beschreiten innovativer Wege kann hierbei hilfreich sein. Einen solchen Weg zeigt Dieckmann (2013) für die Bauleitplanung als einen Baustein des Instrumentenmix auf: „Eine Mehrfachbelastung führt möglicherweise sogar zu einer Planungspflicht gem. § 1 III 1 BauGB, wonach die Gemeinden die Bauleitpläne aufstellen müssen, sobald und soweit es für die städtebauliche Entwicklung und Ordnung erforderlich ist" (Dieckmann 2013: 1578). Hierbei argumentiert sie mit dem Belang der gesunden Wohnverhältnisse. Wenn umweltbezogene (gesundheitsrelevante) Verteilungsungerechtigkeiten in entsprechenden Analysen offensichtlich werden und ihre räumliche Dimension deutlich wird, so kann der Logik Dieckmanns folgend das bestehende Recht bereits genutzt werden, um über die Instrumente der Bauleitplanung Festsetzungen zu treffen, die in mehrfach belasteten Gebieten bestehende Belastungen verringern. Das Instrument des Bebauungsplans würde dann genutzt, um ein Bestandsgebiet zu überplanen. Auch wenn dies noch nicht gängige Planungspraxis ist, zeigen die Überlegungen doch, dass nicht zuletzt kreative Ideen in der räumlichen Planung zu mehr Umweltgerechtigkeit in Städten und Stadtregionen beitragen können.

Autorinnen

Christa Böhme (**1960*), *Landschaftsplanerin; seit 1991 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin im Deutschen Institut für Urbanistik, Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales. Arbeitsschwerpunkte: Integrierte und gesundheitsfördernde Stadt(teil)entwicklung, Umweltgerechtigkeit, Freiraumplanung. Mitglied der Arbeits-*

gruppe Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung (AGGSE), des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL und des beratenden AK des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit.

Prof. Dr. Heike Köckler *(*1972), Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und in deren Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen".*

Literatur

Alexeeff, G. V.; Faust, J. B.; August, L. M.; Milanes, C.; Randles, K.; Zeise, L.; Denton, J. (2012): A screening method for assessing cumulative impacts. In: International Journal Environental Research and Public Health 9 (2), 648-659.

Alkon, A. H.; Agyeman, J. (2011): Cultivating food justice: Race, class, and sustainability. Cambridge, MA.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

Böhme, C.; Preuß, T. (2015): Mehr Umweltgerechtigkeit in unseren Städten schaffen! In: Difu-Berichte 41 (3), 2-3.

Böhme, C.; Preuß, T.; Bunzel, A.; Reimann, B.; Seidel-Schulze, A.; Landua, D. (2015): Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum – Entwicklung von praxistauglichen Strategien und Maßnahmen zur Minderung sozial ungleich verteilter Umweltbelastungen. Dessau-Roßlau. = Umwelt & Gesundheit 01/2015.

Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. Eine Einführung in die Thematik und Zielsetzung dieses Buches. In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern, 15-37.

Davy, B. (1997): Essential injustice. When legal institutions cannot resolve environmental and land use disputes. Wien u.a.

Dieckmann, N. (2013): Umweltgerechtigkeit in der Stadtplanung. In: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 32 (24), 1575-1581.

Fecht, D.; Fischer, P.; Fortunato, L.; Hoek, G.; de Hoogh, K.; Marra, M.; Kruize, H.; Vienneau D.; Beelen, R.; Hansell, A. (2015): Associations between air pollution and socioeconomic characteristics, ethnicity and age profile of neighbourhoods in England and the Netherlands. In: Environmental Pollution 198, 201-210.

Flacke, J.; Schüle, S.; Köckler, H.; Bolte, G. (2016): Mapping environmental inequalities relevant for health for informing urban planning interventions – A case study in the City of Dortmund, Germany. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 13 (7), 711. DOI: 10.3390/ijerph 13070711.

Gottlieb, R. (2009): Where we live, work, play ... and eat: Expanding the environmental justice agenda. In: Environmental Justice 2 (1), 7-8.

Heiler, A. (2016): Die Wahrnehmung, Nutzung und gesundheitliche Bedeutung von öffentlichen Grünräumen in den Städten Bielefeld und Gelsenkirchen: Eine Querschnittuntersuchung im Kontext der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung. Bielefeld.

Hornberg, C.; Bunge, C.; Pauli, A. (2011): Strategien für mehr Umweltgerechtigkeit. Handlungsfelder für Forschung, Politik und Praxis. Bielefeld.

Ittner, H., Montada, L. (2009): Gerechtigkeit und Umweltpolitik. In: Umweltpsychologie 13 (1), 35-51.

Kihal-Talantikite, W.; Padilla, C.; Lalloué, B.; Gelormini, M.; Zmirou-Navier, D.; Deguen, S. (2013): Green space, social inequalities and neonatal mortality in France. In: BMC Pregnancy Childbirth 13 (1), 191. DOI: 10.1186/1471-2393-13-191.

Kloepfer, M. (2006): Umweltgerechtigkeit – Environmental Justice in der deutschen Rechtsordnung. Berlin. = Schriften zum Umweltrecht 150.

Klimeczek, H.-J. (2014): Umweltgerechtigkeit im Land Berlin – Zur methodischen Entwicklung des zweistufigen Berliner Umweltgerechtigkeitsmonitorings. In: Umwelt und Mensch – Informationsdienst 2014 (2), 16-22.
Knetschke, T.; Claßen, T. für die AG Menschliche Gesundheit der UVP-Gesellschaft e.V. (2014): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit – Für eine wirksame Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen und Zulassungsverfahren. In: Umwelt und Mensch – Informationsdienst 2014 (2): 38-43.
Köckler, H. (2011): MOVE: Ein Modell zur Analyse umweltbezogener Verfahrensgerechtigkeit. In: Umweltpsychologie, 15 (2), 93-113.
Köckler, H. (2014a): Nur die Einladung reicht nicht. Teilhabe als Schlüssel umweltbezogener Gerechtigkeit. In: politische ökologie 136, 43-48.
Köckler, H. (2014b): Environmental justice – aspects and questions for planning procedures. In: UVP-report 28 (3/4), 139-142.
Kruize, H. (2007): On environmental equity: Exploring the distribution of environmental quality among socio-economic categories in the Netherlands. Utrecht.
Lalloué, B.; Monnez, J.-M.; Padilla, C.; Kihal, W.; Zmirou-Navier, D.; Deguen, S. (2015): Data analysis techniques: a tool for cumulative exposure assessment. In: Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology, 25 (2), 222-230.
Leventhal, G. S. (1976): What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. Research report. Detroit, MI.
Lucas, K. (2012): Transport and social exclusion: Where are we now? In: Transport Policy 20, 105-113.
Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern.
Nussbaum, M. C. (2010): Die Grenzen der Gerechtigkeit: Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Berlin.
Padilla, C.; Kihal-Talantikite, W.; Vieira, V.; Rossello, P.; Le Nir, G.; Zmirou-Navier, D.; Deguen, S. (2014): Air quality and social deprivation in four French metropolitan areas: A localized spatiotemporal environmental inequality analysis. In: Environmental Research 134, 315-324.
Raddatz, L.; Mennis, J. (2013): Environmental justice in Hamburg, Germany. In: The Professional Geographer 65 (3), 495-511.
Schlosberg, D. (2007): Defining environmental justice: Theories, movement, and nature. Oxford.
Sen, A. (2009): The idea of justice. London.

Eike Quilling, Heike Köckler

PARTIZIPATION FÜR EINE GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTENTWICKLUNG

Gliederung

1 Einleitung
2 Partizipation in der Gesundheitsförderung
3 Partizipation als Begriff der räumlichen Planung
4 Partizipation ermöglichen: ein gemeinsames Anliegen von Gesundheitsförderung und räumlicher Planung
4.1 Befähigung (von Institutionen, Multiplikatoren und Individuen) zur Partizipation
4.2 Machtstrukturen begegnen, um Partizipation zu ermöglichen
5. Voraussetzungen für mehr Partizipation: Thesen zur Diskussion
Literatur

Kurzfassung
Partizipation wird in den letzten Jahren in vielen Zusammenhängen ein wachsender Stellenwert beigemessen. In zahlreichen Projekten der Gesundheitsförderung und der Stadtentwicklung zeigte sich, dass ein partizipativer Ansatz gewinnbringend für die Projektentwicklung und -umsetzung war. Der Begriff „Partizipation" wird jedoch in Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung divergent eingesetzt. Während in der Gesundheitsförderung Partizipation als Ansatz zur Planung und Umsetzung von Interventionen und als Teil des Empowerments der Zielgruppe betrachtet wird, wird Partizipation in der Stadtentwicklung eher als Verfahrensbestandteil begriffen. Trotz der unterschiedlichen Verwendung des Begriffs ist die Förderung von mehr Partizipation ein gemeinsames Anliegen beider Disziplinen. Im Beitrag werden zwei hierfür zentrale Erfolgsfaktoren dargelegt: Institutionen, Multiplikatoren und Individuen zur Partizipation befähigen und gleichzeitig Machtstrukturen begegnen. Abschließend wird aufgezeigt, welche weiteren Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Partizipation in der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung erforderlich sind.

Schlüsselwörter
Partizipation – Beteiligung – Gesundheitsförderung – Stadtentwicklung – Empowerment

More participation for health-promoting urban development

Abstract
In recent years participation has been attributed increasing relevance in several contexts. A participatory approach has proved helpful for the development and realisation of many health promotion and urban development projects. However, currently

the term "participation" is used differently in health promotion and urban planning. While in health promotion participation is considered as an approach for planning and the realisation of interventions, and as a way to empower the target group, urban development rather understands participation as element of procedures. Despite the different uses of the term, the promotion of participation is a common concern of both disciplines. In the paper two key success factors are described: empowering institutions, multipliers and individuals to participate and simultaneously react to power structures. Finally, discussion turns to additional requirements for the implementation of participation in health-promoting urban planning.

Keywords
Participation – health promotion – urban planning – empowerment

1 Einleitung

Die WHO beschreibt in „Taking a participatory approach to development and better health" die Notwendigkeit für Partizipation wie folgt: „If the ultimate goal of all development is to improve the prerequisites for long-term survival and the well-being of the population in a region, then this entails action for increased social inclusion and a more equitable distribution of the social determinants of health. The intentional consequences of participatory approaches go far beyond the health sector and more into the realm of creating positive sustainable social change" (WHO 2015: 1). Die WHO sieht somit im „participatory approach" die Möglichkeit, Bürgerinnen und Bürger und verschiedene Stakeholder möglichst breit zu beteiligen: „[...] that involves a range of stakeholder at all levels" (WHO 2015: 1). Gleichzeitig bestätigt die WHO erneut die Bedeutung der Partizipation im Hinblick auf die Voraussetzungen für ein langes Leben und Wohlbefinden. Zudem betont die WHO in ihrer aktuellen Veröffentlichung die Bedeutung der Partizipation für Gesundheitsförderung und Chancengerechtigkeit wie auch schon in der Vergangenheit (vgl. WHO 1986, 1998).

Auch in der Stadtentwicklung ist Partizipation ein fester Bestandteil. Sie ist als „Beteiligung" bei formellen Planungen wie der Bauleitplanung oder Landschaftsplanung gesetzlich verankert und auch weit darüber hinausgehend Bestandteil vieler Planungs- und Entwicklungsverfahren (u.a. Stadtentwicklungskonzepte, Verkehrsentwicklungsplanung, Freiraumkonzepte).

Partizipation spielt demnach sowohl für die räumliche Planung als auch in der Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle. Zugleich suchen beide Disziplinen nach Möglichkeiten, Partizipation weitergehend zu fördern. Es scheint daher für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung von zentraler Bedeutung zu sein, sich disziplinübergreifend mit dem Thema Partizipation und den Möglichkeiten der gerechten Beteiligung zu befassen. Die verwendeten Begriffe folgen je nach Disziplin jedoch unterschiedlichen Logiken. Diese werden im Folgenden aufgezeigt, um ein differenziertes Verständnis für den Begriff „Partizipation" aus unterschiedlichen Perspektiven zu erhalten. Hierbei geht es nicht um eine gemeinsame Definition des Begriffs, sondern vielmehr darum, den Wert von Partizipation in den jeweiligen Disziplinen einordnen zu können, um ihn für eine Planung gesundheitsfördernder Stadtregionen nutzen zu können.

Weil es nicht um eine gemeinsame Definition, sondern um ein gegenseitiges Verständnis geht, werden im Folgenden Partizipation in Gesundheitsförderung und räumlicher Planung sowie die mit dem Thema aktuell verbundenen Herausforderungen getrennt beschrieben (Kapitel 2 und 3). Im Anschluss werden die beiden Partizipationsbegriffe aufeinander bezogen (Kapitel 4), um dann abschließend Voraussetzungen für Akzeptanz und Ermöglichung von mehr Partizipation einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung zur Diskussion zu stellen (Kapitel 4).

2 Partizipation in der Gesundheitsförderung

Ausgehend von dem Gesundheitsbegriff der WHO, der über eine kurativ-medizinische Sichtweise der bloßen Krankheitsvermeidung hinausgeht, wurde von der WHO Gesundheitsförderung erstmals als Konzept in der Ottawa-Charta im Jahre 1986 definiert, das auf Stärkung und Selbstbestimmung zielt, um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen (siehe hierzu ausführlich Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band).

Der Gesundheitsförderung in diesem Sinne kommt eine wachsende Bedeutung zu, nicht zuletzt deshalb, weil Krankheiten wie Adipositas in den vergangenen Jahren stark zugenommen haben und auch psychische Auffälligkeiten – insbesondere im Kindes- und Jugendalter – besorgniserregend angestiegen sind. In Deutschland waren zwischen 2008 und 2011 etwa 67% der Männer und 53% der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren übergewichtig oder adipös. Dabei scheinen die Prävalenzdaten für Übergewicht nicht weiter anzusteigen, wohingegen ein deutlicher Anstieg der Adipositashäufigkeit zu verzeichnen ist (vgl. Kurth/Kamtsiuris/Lange et al. 2012: 982). Laut KIGGS (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) leiden ca. 22% aller Kinder und Jugendlichen von 7 bis 17 Jahren an gravierenden psychischen Auffälligkeiten. Dabei stehen Angststörungen (10%), gravierende Störungen des Sozialverhaltens (7,6%) und Depressionen (5,4%) im Vordergrund (vgl. Ravens-Sieberer/Wille/Bettge et al. 2007: 873). Egal ob bei Übergewicht oder psychischen Auffälligkeiten, alle Studien zeigen, dass es einen sozialen Gradienten bei der Prävention gibt. So sind beispielsweise Kinder und Jugendliche mit geringem Sozialstatus deutlich häufiger betroffen als andere (Ravens-Sieberer/Wille/Bettge et al. 2007: 875; Branca/Nikogosian/Lobstein 2007: 13).

Angesichts dieser Zahlen wird der Ruf nach wirksamen Interventionen, die insbesondere schwer erreichbare Zielgruppen adressieren, immer lauter. Der Ottawa-Charta (WHO 1986) zufolge ist die Befähigung von Bürgerinnen und Bürgern dazu, ihre individuelle Gesundheit und ihr Wohlbefinden selbstständig beeinflussen zu können, Kern der Gesundheitsförderung. Dahinter verbirgt sich die Grundhaltung, dass Bürgerinnen und Bürger eine individuelle Gesundheitskompetenz entwickeln sollen, die ihre Autonomie, Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit wahrt und diese – im Sinne des Empowerments – fördert. Besonders wichtig ist dies für Kinder und Jugendliche in der Phase des Aufwachsens mit besonderem Fokus auf schwer erreichbare Zielgruppen. Insbesondere sozial benachteiligten Zielgruppen muss die Teilhabe ermöglicht werden.

Empowerment (engl. empowerment = Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung) dient verschiedenen psychosozialen Arbeitsfeldern als konzeptueller Ansatz zur Unterstützung und Stärkung von Individuen. Das Empowerment-Konzept steht für die Abkehr von einer defizitorientierten Grundhaltung gegenüber den Zielgruppen hin zu einer ressourcenorientierten Perspektive, die die Autonomie des Einzelnen wahrt und die Selbstverantwortung und Entscheidungsfreiheit der Zielgruppe respektiert. Empowerment und Partizipation sind demnach nicht nur sehr eng miteinander verbunden, sondern bedingen sich gegenseitig. Für die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen wird Empowerment neben der Gesundheitsbildung als wesentliches Konzeptelement gesehen (vgl. Schaeffer/Dierks 2012: 757).

In der Gesundheitsförderung wird Partizipation als eine elementare Ressource für bessere Gesundheitschancen verstanden und stellt gleichzeitig ein wesentliches Merkmal für die Qualitätssicherung von gesundheitsfördernden Projekten dar. Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit sollte nach Wright zwischen Zielgruppe, Geldgebern und wichtigen Akteuren angestrebt werden (vgl. Wright/Block/von Unger 2008: 748-754).

Partizipation meint die „[...] aktive Einbeziehung der Menschen, die in irgendeiner Form der gesellschaftlichen Organisation leben, in die kohärente Planung, Durchführung und Überwachung der primären Gesundheitsversorgung, und zwar unter Ausnutzung örtlicher, nationaler und anderer Ressourcen“ (WHO 1998: 256). Folgt man in der Gesundheitsförderung dem Public Health Action Cycle (PHAC) und den Prinzipien der Partizipation, folgt daraus, dass die Beteiligung der Zielgruppe und die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Stakeholdern über alle Phasen hinweg erfolgen müssen. Die Zusammenführung des Modells des PHAC mit den Prinzipien der Partizipation und Zusammenarbeit mündet in das Modell der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ-Zyklus, siehe Abb. 1):

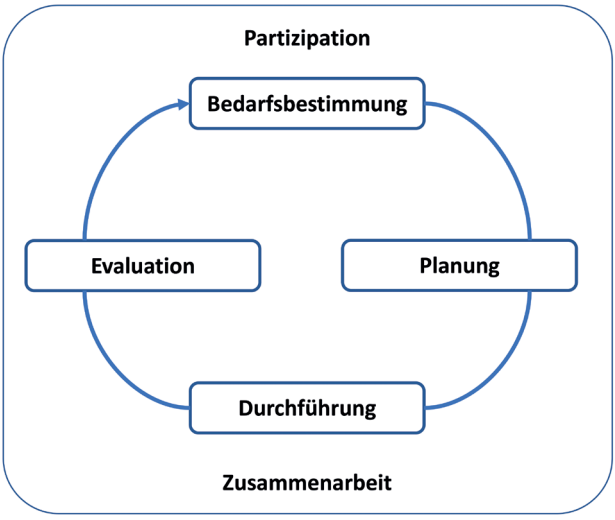


Abb. 1: Modell des Kreislaufs der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ-Zyklus) / Quelle: Eigene Abbildung nach Wright/Block/von Unger 2009b: 159

Partizipation ist ein zentraler Aspekt für die erfolgreiche Durchführung gesundheitsfördernder Interventionen, mit dem Ziel, diversen lebensstilbedingten Erkrankungen im Erwachsenenalter wie beispielsweise Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2 und koronaren Herzkrankheiten vorzubeugen. Interventionen, die ohne die Zielgruppe geplant und umgesetzt werden, gehen häufig an den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe vorbei. Im Setting Schule beispielsweise ist es wenig zielführend, am Nachmittag eine Fußball-AG zur Bewegungsförderung zu etablieren, wenn die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen kein Fußball spielt, sondern lieber die Sportart Parcours lernen möchte. Der objektiv festgestellte Bedarf, z. B. Bewegungsförderung, muss mit den Bedürfnissen der Zielgruppe abgestimmt werden. Die Intervention wird von der Zielgruppe nur angenommen, wenn diese auch bei der Bedarfsfeststellung und der Planung mitbestimmen darf. Noch wichtiger wird eine aktive Beteiligung der Zielgruppe, wenn es um lebensstiländernde Interventionen geht, die langfristig in den Alltag der Zielgruppe integriert werden sollen. „Maßnahmen dieser Art können nicht ‚von oben' verordnet werden, sondern sind notwendigerweise lokal situiert und von den Interessen der Menschen vor Ort bestimmt (community-driven), so dass deren Beteiligung an der Gestaltung und Ausrichtung der Maßnahmen maximiert wird" (Wright/Block/von Unger et al. 2009a: 8).

Nach Wright, Block und von Unger (2007) kann in der Gesundheitsförderung eine Einteilung in „Nicht-Partizipation", „Vorstufen der Partizipation", „Partizipation" und „weit über Partizipation hinaus" vorgenommen werden. Hierzu beziehen sich die Autorinnen und Autoren auf Arnstein, die im Kontext der Stadtentwicklung bereits 1969 die Partizipationsleiter (A ladder of citizen partizipation, Arnstein 1969: 217) entwickelt hat (Abb. 2):

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Abb. 2: Stufenmodell der Partizipation / Quelle: Wright/Block/von Unger 2007

Partizipation bedeutet demnach „[...] nicht nur Teilnahme, sondern auch Teilhabe an Entscheidungsprozessen (Entscheidungsmacht). Dazu gehört die Definitionsmacht, d.h. die Möglichkeit, das Gesundheitsproblem (mit-)bestimmen zu können, auf das die

gesundheitsfördernden Maßnahmen abzielen. Je mehr Einfluss jemand auf einen Entscheidungsprozess nimmt, umso größer ist seine bzw. ihre Partizipation“ (Wright/Block/von Unger et al. 2009a: 13 f.).

Diese Definition hat ihren Ursprung in der zentralen Forderung der Ottawa-Charta, Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger als Kern der Gesundheitsförderung umzusetzen. Entsprechende Forschungsansätze, die Partizipationsansätze systematisch mit erfassen, sind in Deutschland bisher deutlich unterrepräsentiert, obwohl die Notwendigkeit von partizipativen Prozessen in Bezug auf die Wirksamkeit lebensweltorientierter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in verschiedenen Zusammenhängen nachgewiesen werden konnte (vgl. Wright 2009a: 8).

Demgegenüber wird in den Gesundheitswissenschaften oftmals Evidenz von Interventionen, die ihren Ursprung in der medizinischen Forschung hat, als Schlüssel zur Akzeptanz von gesundheitsfördernden Ansätzen gesehen.

Gesundheitsfördernde Interventionen und Projekte, denen es gelingt, die Zielgruppen schon in die Planungs- und Entscheidungsphase aktiv miteinzubeziehen, haben (nach Angaben der Projektleiterinnen und Projektleiter) weniger Akzeptanzprobleme bei der Zielgruppe als die Projekte, denen dies nicht gelingt (vgl. Quilling/Lütkemeier/Müller et al. 2013). „[…] Ein frühzeitiger Einbezug der Zielgruppen schon bei der Problemdefinition muss der Goldstandard für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden“ (Altgeld 2011: 56).

So betonen auch Süß und Trojan (2012) die Bedeutung von Bürgerbeteiligung bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Projekte und verweisen ebenfalls auf die WHO: „Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung, ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken, ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung“ (WHO 1986 in: Süß/Trojan 2012: 183).

Dementsprechend scheint es sinnvoll und zielführend zu sein, mit der aktiven Beteiligung der Zielgruppe bereits in der Planungsphase zu beginnen und dabei Mitsprache- und Aushandlungsprozesse und damit die aktive (Mit-)Gestaltung zu ermöglichen. Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse sollten dabei stets von Transparenz geprägt sein. Die Teilnahme beziehungsweise die aktive Teilhabe an solchen Prozessen sollte unbedingt auf einer freiwilligen Basis erfolgen. Nur wenn alle involvierten Akteure (Zielgruppen und Stakeholder) die Möglichkeit der Beteiligung erhalten und das Prinzip der Partizipation unterstützen, kann es gelingen, dies auch in der Praxis umzusetzen.

Dazu sollten sich insbesondere die Projektverantwortlichen z. B. in Kommunen frühzeitig Gedanken über die verschiedenen Formen der Beteiligung machen, in Abhängigkeit zur avisierten Partizipationsstufe. In vernetzten Projekten der Gesundheitsförderung wird dies zum Teil durch die Einbindung der Zielgruppe oder anderer Stakeholder

in das Entscheidungsgremium (z. B. eine Steuerungsgruppe) umgesetzt. Darüber hinaus bietet es sich in der Praxis der Gesundheitsförderung an, weitere Gremien wie z. B. fachbezogene Arbeitskreise etc. einzuberufen, in denen alle relevanten Akteure, einschließlich anwaltschaftlicher Vertretung der Zielgruppe bzw. die Zielgruppe selbst, vertreten sind. Dabei sollten die Beteiligten über die aktive Einbindung in Entscheidungsgremien eine tatsächliche Beratungs- und Entscheidungsmacht für relevante Aufgaben zugesprochen bekommen. Wird ein gesundheitsförderndes Projekt beispielsweise im Kontext Schule und Kommune umgesetzt, kann die Beteiligung der Zielgruppe auf unterschiedliche Arten erfolgen. Entweder können z. B. Schülerinnen und Schüler als Vertreterinnen und Vertreter mit in die Steuerungsgruppe aufgenommen werden, in der die grundsätzlichen Entscheidungen für Schulen in der Kommune getroffen werden, oder die Schülerinnen und Schüler werden erst schulbezogen beteiligt. Dies sollte in Abhängigkeit schulischer Rahmenbedingungen geschehen. Eine weitere Möglichkeit wäre darüber hinaus, die Schülerinnen und Schüler auf beiden Ebenen vertreten zu haben. Je näher das Projekt an die Lebenswelt der Zielgruppe rückt, umso wichtiger ist die frühzeitige Beteiligung für eine langfristige Akzeptanz.

Wenn Partizipation ernst genommen und von allen Projektverantwortlichen im Vorfeld gewünscht wird, müssen bereits bei einer Beantragung von Fördermitteln entsprechende Ressourcen (finanzielle Mittel, Dauer des Projektes) für eine Beteiligung mit kalkuliert werden. Voraussetzung ist eine Einigung aller Beteiligten über Form und Intensität der Beteiligung. Darüber hinaus ist eine Professionalisierung sowohl der Multiplikatoren als auch der Zielgruppe notwendig, damit alle Akteure über die notwendige „Beteiligungskompetenz" verfügen. Die verschiedenen Settings wie beispielsweise Schulen, aber auch Quartiere bzw. Stadtteile, bieten hier große Möglichkeiten für gesundheitsfördernde Interventionen.

3 Partizipation als Begriff der räumlichen Planung

Partizipation hat in der räumlichen Planung und somit auch in der Stadtplanung einen hohen Stellenwert. Sie umfasst die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Interessensgruppen und Trägern öffentlicher Belange an Planungsverfahren. Beteiligung ist nicht nur ein Element gelebter Demokratie, sie dient auch dazu, Entscheidungen zu legitimieren, sie durch Wissen relevanter Akteure zu bereichern, die Akzeptanz und in der Folge möglicherweise auch deren Umsetzung zu befördern (vgl. Bischoff/Selle/Sinning 2007).

Partizipation wird im Folgenden zunächst vor dem Verständnis von räumlicher Planung als hoheitlicher Aufgabe eingeordnet. So ist es die zentrale Aufgabe der Bauleitplanung, die räumliche Entwicklung einer Stadt vorzubereiten und zu leiten. Hierbei sind konkurrierende Ansprüche an den Raum gegeneinander abzuwägen. In den gesetzlich geregelten Verfahren sind die Möglichkeiten der Partizipation, in diesem Falle der Öffentlichkeitsbeteiligung, geregelt. Diese Regelungen beziehen sich auf den Zeitpunkt innerhalb des Planungsverfahrens, die Akteure, die zur Öffentlichkeit zählen, sowie die Möglichkeiten der Einflussnahme. Werden gesetzliche Mindeststandards nicht eingehalten, liegt ein Formfehler vor, gegen den Betroffene klagen können. Ist ein Projekt oder ein Plan einer (Strategischen) Umweltverträglichkeitsprüfung zu un-

terziehen, so sind die Beteiligungsmöglichkeiten ausgeweitet. Aufgrund der langen Dauer mancher Planungsverfahren wurden die Möglichkeiten der Partizipation in formellen Verfahren durch Beschleunigungsgesetze eingeschränkt, in der Erwartung, hiermit Planungsverfahren schneller durchzuführen. Zeitgleich wurden die Möglichkeiten der Partizipation durch die Aarhus-Konvention kontinuierlich ausgeweitet. Hierbei handelt es sich um einen völkerrechtlichen Vertrag aus dem Jahr 1998, der in deutsches Recht umgesetzt wurde und jeder Person einen Zugang zu Informationen, Beteiligung an Entscheidungsverfahren sowie Zugang zu Gerichten in Umweltangelegenheiten ermöglichen soll (vgl. Meunier 2006). So zeichnet Schlacke zur Einordnung der Proteste gegen Stuttgart 21 die Fortentwicklung von Beteiligung nach: „Es kann auf einen durch Gesetzgebung und Rechtsprechung fortentwickelten Rechtsbestand an Informations- und Mitwirkungsrechten zugunsten von Bürgerinnen und Bürgern sowie Verbänden, insbesondere in Verwaltungsverfahren zurückgegriffen werden, der mit der positiv-rechtlichen Situation in den 1970er Jahren nicht vergleichbar ist. Auch der Rechtsschutz wurde fortentwickelt, so dass der Zivilgesellschaft der Zugang zu Verwaltungsverfahren und Verwaltungsgerichten über ein ganz maßgeblich durch Völker- und Unionsrecht bedingtes, ausgeprägtes Beteiligungs- und Klageinstrumentarium eröffnet ist“ (Schlacke 2013: 32).

Die Mitwirkung in diesen als formell bezeichneten Planungsverfahren setzt in besonderem Maße voraus, dass alle Beteiligten über entsprechende Fähigkeiten verfügen. Planerinnen und Planer müssen Wege gehen können, mit denen sie Zielgruppen angemessen beteiligen. Andererseits müssen Betroffene, die Belange in die Planung einbringen, gerade in einem formalen Verfahren über detaillierte Kenntnisse der Möglichkeiten verfügen. Nur so sind sie in der Lage einzuschätzen, ob ihre Belange in dem Verfahren berücksichtigt werden können und wie sie diese erfolgreich einbringen können. In einem hoheitlichen formalen Planungsverfahren bleibt das Planungsamt zumeist die einladende Institution. Partizipation auf Augenhöhe im Sinne einer gleichberechtigten Kooperation findet somit im Bereich der formellen Planung nicht statt. Die Entscheidungsmacht liegt bei den demokratisch legitimierten Gremien – Stadt-/Gemeinderat auf kommunaler Ebene sowie Legislative auf Bundes- und Landesebene –, die mit den entsprechenden Planungsgesetzen den rechtlichen Rahmen vorgeben und der Judikative, die über Vollzug der Gesetze Recht spricht.

Die Möglichkeiten der Beteiligung wurden seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland ständig erweitert. So wurde zu Beginn lediglich informiert, dann angehört und heute beteiligt. Diese Stufen der Beteiligung lösen sich nicht gegenseitig ab, sondern ergänzen sich. Außerhalb der formalen Planung – in den informellen Planungen – werden die Stufen noch weitergegangen. Informelle Verfahren haben einen großen Stellenwert und zeichnen sich häufig durch ein erweitertes Beteiligungsverständnis aus. So unterscheidet Selle (1996: 69) die Kooperation von der Partizipation, da bei der Kooperation die Akteure gleichberechtigt zusammenarbeiten und die Entscheidungsmacht, anders als bei formalen Verfahren, nicht beim Staat liegt. Dieses Stufenverständnis weist Parallelen zu dem von Wright (siehe Kap. 2) auf. Beide basieren auf dem Ansatz von Arnstein (1969). Je nach Planungsgegenstand liegt die Entscheidungsmacht bei informellen Planungen nicht bei der öffentlichen Hand. So kann bspw. in einem Quartiersentwicklungsprojekt die Umgestaltung von Grünflächen in einem partizipativen Projekt geplant werden. Teil dieses Projekts könnte die Umnutzung von

Grünflächen zwischen Zeilenbebauung zu Mietergärten sein. Ist die Bebauung beispielsweise im Eigentum einer Wohnungsbaugesellschaft, entscheidet diese unabhängig von der öffentlichen Hand. Healey (1996) beschreibt diese Planungskultur als einen *Communicative Turn in Planning*. Dieser berücksichtigt in besonderem Maße das Wissen lokaler Akteure und beabsichtigt eine erhöhte Akzeptanz von Planungen, um deren Umsetzung zu fördern. Häufig ist auch in informellen Verfahren die öffentliche Hand die einladende Institution und verfügt über mehr Ressourcen wie Wissen und Finanzen. Eine Ausnahme bilden teilweise Lobbygruppen, die über sehr gute finanzielle Ressourcen und Wissen verfügen und damit besser ausgestattet sein können als die öffentliche Hand.

Akteure aus dem Gesundheitsbereich haben verschiedentlich die Möglichkeit, an Planungsverfahren zu partizipieren. Auch wenn das Gesundheitsamt ein Träger öffentlicher Belange ist, so ist es im Verwaltungsalltag jedoch selten an Planungsverfahren beteiligt. Häufig werden Belange des Gesundheitsschutzes vom Umweltamt vertreten, da deren Personal in der Regel besser dafür ausgebildet ist, sich in Planungs- und Genehmigungsverfahren einzubringen, als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes. Zudem können Betroffene selbst oder über Interessensverbände auf gesundheitliche Belange des Schutzgutes Mensch hinweisen.

Zu den bedeutendsten Herausforderungen hinsichtlich der Partizipation in Planungsprozessen zählt, dass diese nur wenigen Personen, vor allem gebildete mittleren Alters, erreichen. So stellt Meunier (2006: 3) fest: „Öffentlichkeitsbeteiligung ist meist sozialstrukturell unausgewogen. Es dominieren Hochausgebildete, Angehörige höherer beruflicher Positionen und des öffentlichen Dienstes, Männer in den mittleren Jahrgängen und Vertreter/-innen von Parteien, Verbänden, Vereinen und Kirchen. Schwach vertreten sind dagegen ausländische Mitbürger/-innen, Jugendliche, untere Einkommensschichten und Personen mit großen zeitlichen Abkömmlichkeitsproblemen, wie bpsw. allein erziehende Eltern und Arbeiter im Schichtdienst.“ Ferner beschreibt Bertram bezogen auf die Proteste gegen Stuttgart 21: „Die Protestierenden kommen überwiegend aus Stuttgart (75%; sämtlich Ruch et al.; 18.10.2010; vgl. Baumgarten, 2010) oder Baden-Württemberg (98%), sie sind überwiegend zwischen vierzig und 64 Jahre alt (62%, verglichen mit einem Anteil von 36% an der Gesamtbevölkerung), verfügen zur Hälfte über einen Hochschulabschluss, hatten großteils bei der vorangegangenen Bundestagswahl für Bündnis 90/Die Grünen gestimmt (48,6%) und hätten dies bei einer anstehenden Wahl zu drei Vierteln (wieder) getan“ (Bertram 2014: 87).

Selektive Beteiligung führt in der Konsequenz zu einer selektiven Vertretung von Interessen. Daher kommt auf Planerinnen und Planer neben der Herausforderung einer möglichst breiten Beteiligung auch die Aufgabe zu, die Belange derer, die sich nicht in partizipative Prozesse einbringen, zu berücksichtigen.

Soziale Ungleichheit in der Teilhabe an umweltrelevanten Entscheidungsverfahren wird mit dem Begriff der umweltbezogenen Verfahrensungerechtigkeit gefasst (siehe Beitrag zu Umweltgerechtigkeit von Köckler und Böhme in diesem Band).

4 Partizipation ermöglichen: ein gemeinsames Anliegen von Gesundheitsförderung und räumlicher Planung

Angesichts der beschriebenen Situation von Partizipation in Gesundheitsförderung und Stadtplanung kann die Förderung von mehr Partizipation als ein gemeinsames Anliegen formuliert werden. Es wird im Folgenden auf zwei Aspekte im Themenschwerpunkt fokussiert, da diese für zentral gehalten werden, um mehr Partizipation zu ermöglichen. Zum einen geht es im Sinne des Empowerment-Ansatzes um die Befähigung von Institutionen, Multiplikatoren und Individuen zur Partizipation. Zum anderen geht es darum, Machtstrukturen zu begegnen, um Partizipation zu ermöglichen.

In der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung kann Empowerment beispielsweise durch Entscheidungsgewalt verwirklicht werden nach dem Prinzip: inform, consult, involve, collaborate und empower (vgl. Kickbusch 2012: 436).

Dies bedeutet für die unterschiedlichen handelnden Professionen im Bereich der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung, die konsequent den Empowerment-Ansatz verfolgen und dementsprechend Selbstverantwortung und Autonomie des Einzelnen respektieren und fördern, dass sie ihre Expertenmacht zugunsten von Gleichberechtigung aufgeben und ihre Arbeitsbeziehung auf der Grundlage partnerschaftlichen Aushandelns gestalten (vgl. Herriger 2006).

4.1 Befähigung (von Institutionen, Multiplikatoren und Individuen) zur Partizipation

Wie in Kapitel 2 und 3 beschrieben, zählt es zu den bedeutendsten Herausforderungen hinsichtlich der Partizipation in Gesundheitsförderung und Planungsprozessen, auch Zielgruppen zu erreichen, die außerhalb der gebildeten Mittelschicht mittleren Alters liegen. Diese Zielgruppen bilden bislang unter denjenigen, die sich aktiv an Planungsprozessen beteiligen, eine Minderheit. Sieht man sich daneben die Bemühungen der Gesundheitsförderung an, ist zu beobachten, dass deren Interventionen auch eher von einer gut gebildeten Mittelschicht angenommen werden und sozial benachteiligte Zielgruppen, die am dringendsten erreicht werden müssten, häufig nicht von den Interventionen erreicht werden.

„Um lebensweltorientierte Maßnahmen vor allem bei sozial Benachteiligten zu realisieren, ist es in der Regel notwendig die Kompetenzen der zu erreichenden Menschen (Zielgruppen) zu stärken (*capacity building*) und Strukturen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, die Ursachen für ihre gesundheitlichen Probleme zu benennen und angemessene Lösungsstrategien (mit) zu entwickeln“ (Wright/Block/von Unger et al. 2009a: 8).

Nimmt gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und -planung den Empowerment-Gedanken ernst und ermöglicht durch die Befähigung des Individuums mehr gesellschaftliche Teilhabe und damit Chancengerechtigkeit, führt dies zwangsläufig zu Machtverlust auf verschiedenen Seiten und dazu, dass sich das Expertentum mit einer neuen Rollendefinition auseinandersetzen muss. Eine zentrale Frage ist daher, wie es

gelingen kann, als Experte/Expertin auf Augenhöhe mit den Zielgruppen zu kommunizieren, sie zu begleiten und eine ressourcenorientierte Grundhaltung einzunehmen, ohne sie zu bevormunden.

Befähigung zur Partizipation zielt dabei jedoch nicht nur auf den Einzelnen. Vielmehr ist es ebenso notwendig, Multiplikatoren und Institutionen zu befähigen, Empowerment und Partizipation zu ermöglichen. Hier muss zunächst an der Einstellung der Verantwortlichen gearbeitet werden. Um Chancengerechtigkeit zu erhöhen, ist es notwendig, die verschiedenen Institutionen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Hinblick auf kommunikative Kompetenzen und Einstellung/Haltung zur aktiven Teilhabe zu qualifizieren.

Erst wenn Projektverantwortliche von der Bedeutung der Partizipation überzeugt sind und die entsprechenden kommunikativen Fähigkeiten aufweisen, können sie selbst entsprechend handeln und partizipative Strukturen aufbauen. Darüber hinaus müssen die Individuen zu Partizipation befähigt werden, damit diese auch erfolgreich praktiziert werden kann.

Damit ein gesundheitsförderndes Projekt in einer Lebenswelt, wie beispielsweise einem Quartier, partizipativ gestaltet werden kann, sollten neben den relevanten Entscheidungsträgern auch Vertreter verschiedener Interessengruppen sowie die Zielgruppe(n) selbst in die Planung und Umsetzung mit einbezogen werden (siehe Abb. 1). Das bedeutet, dass alle Prozesse und Entscheidungen für die verschiedenen Stakeholder transparent gemacht und moderiert werden müssen. Dies muss ebenso frühzeitig berücksichtigt werden wie die Einhaltung gängiger Qualitätsstandards in der Gesundheitsförderung. Insbesondere die Entwicklung gemeinsamer Visionen bzw. gemeinsamer Ziele (smart: spezifisch, messbar, angemessen, realistisch, terminiert) sind dabei von entscheidender Bedeutung für den Erfolg von Projekten und Maßnahmen. Damit dies funktioniert, ist der gemeinsame Dialog mit Kooperationspartnern und Adressaten erforderlich. Die kommunikativen Kompetenzen spielen daher für eine gelungene Partizipation eine entscheidende Rolle.

Um Gesundheitsförderung erfolgreich in der Praxis umzusetzen, sind darüber hinaus die Nutzung vorhandener lokaler Strukturen und die Zusammenarbeit mit lokalen und kommunalen Akteuren unerlässlich. Diese müssen frühzeitig in alle Überlegungen und Planungen miteinbezogen und für einen inter- und transdisziplinären Dialog qualifiziert werden (Quilling/Lütkemeier/Müller et al. 2013). „Partizipative Qualitätsentwicklung bedeutet eine ständige Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber/in/nen und eventuell anderen wichtigen Akteur/in/nen. Ein Kennzeichen dieser Zusammenarbeit ist eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der Projektmitarbeiter/innen und vor allem der Zielgruppen an den vier Phasen der Entwicklung von Maßnahmen: Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Durchführung und Evaluation/Auswertung […]“ (Wright/Block/von Unger 2009b: 159).

Kommunikation stellt sich dabei insofern als Schlüsselfaktor dar, als sie einerseits die Zugänge zu den Zielgruppen ermöglicht und andererseits ein fester Bestandteil für

gelungene Kooperation in einem heterogen besetzten Arbeitsfeld ist. Die Kommunikation sollte dabei stets wertschätzend sowohl mit Kooperationspartnern als auch mit Zielgruppen erfolgen und Prozess- und Entscheidungsstrukturen für alle gleichermaßen transparent und damit beeinflussbar machen.

Dementsprechend müssen die Verantwortlichen und Multiplikatoren in diesem Feld entsprechend qualifiziert werden. Dies muss sich einerseits in einem entsprechenden Weiterbildungsangebot wiederfinden und andererseits langfristig vor allem in der Ausbildung. Das bedeutet, dass sich die relevanten Inhalte für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung in den entsprechenden Studiengängen wiederfinden und insbesondere der Aspekt der Partizipation von Stakeholdern und Zielgruppen eine zentrale Bedeutung bekommt. Dazu zählt neben einer kulturellen Kompetenz und dem Umgang mit Diversity insbesondere eine umfassende methodische Kompetenz. Damit eine breite methodische Kompetenz in den Studiengängen vermittelt werden kann, sollte verstärkt an neuen, innovativen und zielgruppenadäquaten Verfahren und Methoden zur Beteiligung geforscht werden, die über die in der Stadtplanung angewandten traditionellen Beteiligungsinstrumente wie Bürgerforen, runde Tische, Zukunftswerkstätten, Themen- und Fokusgruppen sowie Interviews und aktivierende Befragung hinausgehen.

Insbesondere der Aspekt der Motivation der Zielgruppe sollte dabei stärker fokussiert werden. Hier sollten innovative Verfahren im Mittelpunkt stehen, wie Knöll sie in diesem Band („Mobile Partizipation in der gesundheitsfördernden Stadtgestaltung“) beschreibt.

4.2 Machtstrukturen begegnen, um Partizipation zu ermöglichen

In der Praxis wird Partizipation in der Gesundheitsförderung sehr unterschiedlich umgesetzt und orientiert sich an unterschiedlichen Stufen der Partizipationsleiter. Die tatsächliche Entscheidungsmacht (siehe Abb. 2) findet sich nur in den wenigsten Ansätzen wieder (vgl. Quilling/Lütkemeier/Müller et al. 2013; Quilling/Lütkemeier/Müller et al. 2014). Das kann unterschiedliche Ursachen haben: Zum einen scheinen häufig nicht genug zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stehen, um Partizipation im Sinne von Entscheidungsmacht umzusetzen, und zum anderen müssten die betroffenen Stakeholder ihre Macht teilen und unter Umständen ihre Vorteile gegenüber anderen aufgeben. Es entstünde ein neues Machtgefüge, in dem sich Kooperation und Konkurrenz verschieben und sich die bestehende (Vor-)Macht einiger weniger auf viele Akteure verschiebt.

Um allen Partizipation zu ermöglichen, ist es relevant, Machtstrukturen, die vielen gesellschaftlichen und auch stadtplanerischen Entscheidungsprozessen immanent sind, zu beachten. Ansonsten besteht die Gefahr einer Scheinpartizipation oder einer Partizipation von gesellschaftlichen Gruppen, die ihre Interessen besonders gut artikulieren und verfolgen können. Häufig wird das Stadtplanungsamt von anderen Ämtern als besonders einflussreich innerhalb der Stadtverwaltung wahrgenommen. Bürgerinnen und Bürger sind zum Teil verdrossen, weil sie ihre Argumente gegen die starke Politik und Stadtverwaltung nicht durchsetzen können. Gesetzliche Mindest-

standards in Planungsverfahren versuchen diesem Missstand zu begegnen, was jedoch nur begrenzt gelingt. Das Konzept der umweltbezogenen Verfahrensgerechtigkeit geht ebenfalls von einem Machtgefälle aus, das sich vor allem in unterschiedlichen Fähigkeiten beteiligter Akteure begründet. Auch Partizipation in der Gesundheitsförderung ist auf allen Stufen der Partizipationsleiter (vgl. Wright/Block/von Unger 2008) von Machtstrukturen beeinflusst.

Um Machtstrukturen zu identifizieren und in ihnen agieren zu können, ist eine kritische Analyse erforderlich. Dryzek (2008) hat Aufgaben für einen kritischen Analysten entwickelt, die als Fragenraster auch für eine kritische Analyse von Partizipation einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung genutzt werden können. So fordert er unter anderem, einen ethischen Standard zur Kommunikation zu erarbeiten: „Forester (1981) recommends a code of communicative ethics for all policy actors, including analysts, that forbids manipulation, hiding and distorting information, deflecting attention from important questions, and the displacement of debate by the exercise of power or claims to expertise“ (Dryzek 2008: 201). Dieser Standard sollte darauf abzielen, die kommunikativen Fähigkeiten verschiedener Akteure anzugleichen. Hier kann sehr gut auf Erkenntnisse zum *Communicative Turn in Planning* (vgl. Healey 1996, 2012) oder dem *Argumentative Turn in Public Policy* (vgl. Fischer/Forester 1993; Fischer/Gottweis 2012) aufgebaut werden.

Ein weiterer zentraler Aspekt Dryzeks ist, die sogenannten *Agents of Impairment* zu thematisieren. Hierbei bezieht er sich auf herrschende Denkmodelle, Verständnisse und mächtige Stakeholder sowie Institutionen, die diese verfolgen. Das Konzept geht zurück auf Lindblom. Woodhouse (2008: 453) betont die zentrale Aussage des Ansatzes „Among many barriers to self-guiding society, foremost is impairment, Lindblom argued: Not only corporation and government, but family, school, church, and media hamper development of capacities for probing problems and possibilities.“ Themen einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung sind von einigen *Agents of Impairment* beeinflusst: Diese reichen von einem „Blaiming the Victim“, einem nach wie vor bestehenden Schwerpunkt auf Verhaltensprävention, der Forderung nach evidenzbasierten Ergebnissen, also Voraussetzung für Handeln, bis zu Diskriminierung und Stigmatisierung einschließlich fehlender Sensibilität gegenüber kultureller Vielfalt sowie der Rolle und Macht von Krankenkassen und der Pharmaindustrie oder den Bedürfnissen des Kämmerers. Die Liste ließe sich erweitern.

5 Voraussetzungen für mehr Partizipation: Thesen zur Diskussion

Die nachfolgenden Thesen zeigen auf, welche Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Umsetzung von Partizipation in der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung erforderlich sind.

> *Mitbestimmung der Zielgruppe an Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen*: Um Partizipation z.B. im Rahmen gesundheitsfördernder Stadtentwicklung in die Praxis umsetzen zu können, muss bereits bei der Anlage der Projektstruktur darauf geachtet werden, dass Partizipation auf unterschiedlichen Stufen stattfinden kann und die entsprechenden zeitlichen Ressourcen mit eingeplant werden, die

durch Abstimmungs-, Entscheidungs- und Zielfindungsprozesse benötigt werden. In Abhängigkeit vom Projektziel können unterschiedliche Stufen der Partizipation von Bedeutung sein und sollten entsprechend Berücksichtigung finden.

> *Orientierung am Public Health Action Cycle / Policy Cycle*:
Zu Beginn von gesundheitsfördernden Raumplanungsprozessen soll dementsprechend eine Bestands- und Bedarfsanalyse ebenso stehen wie eine Stakeholderanalyse. Diese soll sicherstellen, dass alle relevanten Stakeholder beteiligt werden. Die Bestands- und Bedarfsanalysen geben Auskunft über die Ist-Situation und mögliche Lücken und Bedarfe in der Versorgung. In der Analysephase ist es von zentraler Bedeutung, die Interessen der Zielgruppen herauszufinden und entsprechend zu berücksichtigen.

> *Interdisziplinarität fördern*:
Damit Partizipation gelingt, müssen neben den Akteuren aus Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung sektorübergreifend insbesondere Akteure aus dem Bildungsbereich (Kita, Schule und Jugendhilfe) einbezogen und im Sinne des Empowerments entsprechend qualifiziert werden. Während im Bereich der Jugendhilfe schon zahlreiche Ansätze der Partizipation Anwendung finden, spielt Partizipation für die Umsetzung in gesundheitsfördernden Projekten im Setting Schule bisher in Deutschland eine eher untergeordnete Rolle.

> *Offenheit und Flexibilität*:
Zur erfolgreichen Umsetzung von Partizipation bedarf es der Offenheit und Flexibilität aller Beteiligten insbesondere gegenüber neuen Ideen und sich verändernden Umständen. Um dies zu erleichtern, sollte der Prozess fokussiert werden und nicht ein mögliches „Endprodukt". Solange ein bestimmtes Endprodukt fokussiert wird, besteht die Gefahr, dass der Prozess zu stark in eine bestimmte vorgedachte Richtung gelenkt wird. Eine Fokussierung auf den Prozess erlaubt eine tatsächliche Beteiligung ohne zu starke Lenkung in eine bestimmte Richtung.

> *Kommunikation*:
Um eine gleichberechtigte Beteiligung zu ermöglichen, muss darauf geachtet werden, wer die Meinungsführer sind, z.B. durch eine neutrale Moderation, die die Beteiligung durch unterschiedliche Methoden steuert und nicht die besonders starken Akteure oder Beteiligten bevorzugt behandelt. Dies erfordert eine methodische Grundfertigkeit an Kommunikations- und Moderationsmethoden. Informationen müssen verständlich kommuniziert werden und die Kommunikation muss gleichberechtigt auf Augenhöhe stattfinden.

> *Ressourcenstärkung und Vertrauen*:
Es ist wichtig, dass die Projektverantwortlichen dem Prozess und den Akteuren (Kooperationspartnern und Betroffenen) vertrauen und deren Ressourcen im Sinne von Entscheidungskompetenzen stärken, sodass sie die beste Entscheidung für sich und ihre Lebenswelt treffen können. Dies erfordert von Projektverantwortlichen, Kontrolle und Verantwortung an Kooperationspartner und Individuen abgeben zu können, damit die Beteiligten eigene Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen können.

> *Partizipation als Lernprozess verstehen*:
Insgesamt muss die Befähigung zur Partizipation als ein gesamtgesellschaftlicher Lernprozess verstanden werden, bei dem sowohl die handelnden Akteure als auch die Zielgruppe voneinander lernen und das gegenseitige Zutrauen und Vertrauen gefördert wird. So betont Wright: „Partizipation ist kein ‚Entweder/Oder', sondern ein Entwicklungsprozess. Selbstreflexion und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren vor Ort fördern die Weiterentwicklung der Partizipation in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention" (Wright/Block/von Unger 2007: 2).

> *Netzwerke/Kooperationen*:
Zur Sicherung der Beteiligung sind Netzwerke oder auch andere Kooperationsformen bzw. -strukturen langfristig aufzubauen, die professionell moderiert werden müssen. Nur die Implementation interdisziplinärer Netzwerk-/Kooperationsstrukturen mit unterschiedlichem Institutionalisierungs- bzw. Verbindlichkeitsgrad kann die Partizipation der Zielgruppe nachhaltig sicherstellen. Wichtig bei der Implementierung von Netzwerken ist die Vermeidung von Doppelstrukturen und eine gemeinsame Zielstellung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und Raumplanung gesundes Aufwachsen und Altern in Städten und Gemeinden ermöglichen kann, wenn es gelingt, die Zielgruppen frühzeitig zu beteiligen und Empowerment zu fördern. Um die Realisierung von Partizipation zu überprüfen und die partizipativen Instrumente weiterzuentwickeln, müssen die Beteiligungsmöglichkeiten und die Zufriedenheit der Zielgruppe mit dem Prozess anhand geeigneter Instrumente prozessbegleitend wissenschaftlich evaluiert werden.

Autorinnen

Eike Quilling (**1972*), *Dr., Erziehungswissenschaftlerin, seit 2016 Professorin für Public Health im Kontext Sozialer Arbeit an der Hochschule RheinMain, Wiesbaden. Schwerpunkte: Rolle von Netzwerkstrukturen und Interventionsansätzen in der Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten, Resilienzförderung, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Partizipation in der Gesundheitsförderung, Mitglied des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL.*

Heike Köckler (**1972*), *Dr., Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und ihres Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen" der ARL.*

Literatur

Altgeld, T. (2011): Gesundheit gemeinsam fördern – Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern, 52-62. = Prävention und Gesundheitsförderung.

Arnstein, S.R. (1969): A ladder of citizen participation. In: Journal of the American Institute of Planners 35 (4), 216-224.

Bertram, G.F. (2014): Wir sind die Zielgruppe! Zur Bedeutung bürgerschaftlichen Protests bei der Konstruktion von Zielgruppen. In: Altrock, U.; Huning, S.; Kuder, T.; Nuissl, H. (Hrsg.): Zielgruppen in der räumlichen Planung: Konstruktionen, Strategien, Praxis. Berlin, 65-106.

Bischoff, A.; Selle, K.; Sinning, H. (2007): Informieren, Beteiligen, Kooperieren: Kommunikation in Planungsprozessen. Eine Übersicht zu Formen, Verfahren und Methoden. Dortmund. = Kommunikation im Planungsprozess 1.

Branca, F.; Nikogosian, H.; Lobstein, T. (2007): The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO 2007. Denmark.

Dryzek, J.S. (2008): Policy analysis as critique. In: Moran, M.; Rein, M.; Goodin, R.E. (eds.): The Oxford handbook of public policy. Oxford/New York, 189-203. = The Oxford handbooks of political science.

Fischer, F.; Forester, J. (eds.) (1993): The argumentative turn in policy analysis and planning. Durham, NC.

Fischer, F.; Gottweis, H. (eds.) (2012): The argumentative turn revisited. Public policy as communicative practice. Durham, NC.

Healey, P. (1996): The communicative turn in planning theory and its implications for spatial strategy formation. In: Environment and Planning B: Planning and Design 23 (2), 217-234.

Healey, P. (2012): Performing place governance collaboratively: Planning as a communicative process. In: Fischer, F.; Gottweis, H. (eds.): The argumentative turn revisited: Public policy as communicative practice. Durham, NC, 58-82.

Herriger, N. (2006): Stichwort Empowerment. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Berlin.

Israel, B.A.; Schulz, A.J.; Parker, E.A.; Becker, A.B. (1998): Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. In: Annual Review of Public Health 19, 173-202.

Kickbusch, I. (2012): Bürgerorientierte Gesundheit: Ein Kommentar. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern, 429-438.

Kurth, B.M.; Kamtsiuris, P.; Lange, M.; Hoffmann, R. (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). Berlin.

Meunier, C. (2006): Öffentlichkeitsbeteiligung in der Bauleitplanung: Bedeutung der Aarhus-Konvention und der ihrer Umsetzung dienenden EU-Richtlinien – Öffentlichkeitsbeteiligung in Berlin-Brandenburg im Praxistest – Arbeitshilfe für die Praxis. Dortmund. = UVP spezial 20.

Quilling, E.; Lütkemeier, L.; Müller, M.; Ordelmans, E.; Rühl, E. (2013): Sekundäranalyse der im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM seitens des BMG geförderten Projekte. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Köln.

Quilling, E.; Lütkemeier, L.; Müller, M.; Ordelmans, E. (2014): Bestandsaufnahme von gesundheitsfördernden Angeboten in Settings im Auftrag des LZG NRW. Unveröffentlicht.

Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6), 871-878.

Schaeffer, D.; Dierks, M.L. (2012): Patientenberatung. In: Hurrelmann, K.; Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/Basel, 757-790.

Schlacke, S. (2013): Öffentlichkeitsbeteiligung, Kommunikation und Rationalität von Planungsentscheidungen – eine Einführung. In: UVP report 27 (1/2), 32-33.

Selle, K. (1996): Planung und Kommunikation: Gestaltung von Planungsprozessen in Quartier, Stadt und Landschaft; Grundlagen, Methoden, Praxiserfahrungen. Wiesbaden/Berlin.

Süß, W.; Trojan, A. (2012): Partizipation und Beteiligung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern, 183-196.

Viswanathan, M.; Ammermann, A.; Eng, E.; Gartlehner, G.; Lohr, K.N.; Griffith, D. (2004): Community-based participatory research: Assessing the evidence. In: Evidence Reports/Technology Assessments 99, 1-8.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (05.11.2015).
WHO – Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (Hrsg.) (1998): Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region. Kopenhagen. = Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle" 6.
WHO – World Health Organization Regional Office for Europe (ed.) (2015): Taking a participatory approach to development and better health: Examples from the Regions for Health Network. Venice.
Woodhouse, E.J. (2008): Charles E. Lindblom. In: Darity, W.A. (ed.): International encyclopedia of the social sciences. Detroit (MI), 452-454.
Wright, M.; Block, M.; von Unger, H. (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 13. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin.
Wright, M.T.; Block, M.; von Unger, H. (2008): Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. In: Gesundheitswesen 70 (12), 748-754.
Wright, M.T.; Block, M.; von Unger, H.; Kilian, H.; Brandes, S.; Ziesemer, M. (2009a): Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern: Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Abschlussbericht. https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjbksO69oPNAhXD2xoKHU_5DPsQFggqMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.knp-forschung.de%2Fdocext.php%3Fidx%3D100&usg=AFQjCNG_vsBfEzjfZPDL-u0b1g8l4DKrKg&bvm=bv.123325700,d.d2s (31.05.2016).
Wright, M.T.; Block, M.; von Unger, H. (2009b): Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P.; Müller, V.E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern, 157-175. = Handbuch Gesundheitswissenschaften.
Wright, M.T. (Hrsg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern. = Prävention und Gesundheitsförderung.

Gabriele Bolte

EPIDEMIOLOGISCHE METHODEN UND ERKENNTNISSE ALS EINE GRUNDLAGE FÜR STADTPLANUNG UND GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTENTWICKLUNG

Gliederung

1 Einleitung
2 Epidemiologie als eine Kerndisziplin von Public Health
3 Der epidemiologische Blick auf Gesundheit im Raum
4 Nutzung epidemiologischer Daten, Methoden und Erkenntnisse für stadtplanerische Interventionen und Gesundheitsförderung im Raum
4.1 Problemwahrnehmung und Problemdefinition
4.2 Strategieentwicklung und Bewertung ihrer möglichen Auswirkungen
4.3 Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen
5 Fazit: Nutzung epidemiologischer Erkenntnisse für zielgenaue Gesundheitsförderung im Raum
Literatur

Kurzfassung
Die Zusammenarbeit von Stadtplanung und Public Health ist grundlegend für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und zur Bewältigung von ungerechten gesundheitlichen Ungleichheiten. Die Epidemiologie als eine Kerndisziplin von Public Health befasst sich mit der Häufigkeit von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen sowie mit deren Determinanten in Bevölkerungen und der Anwendung der Erkenntnisse in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes. Moderne epidemiologische Ansätze betrachten komplexe Zusammenhänge durch Berücksichtigung individueller und kontextueller Einflussfaktoren für Gesundheit sowie deren Interaktionen auf Bevölkerungsebene. Epidemiologische Daten, Methoden und Ergebnisse sind für Stadtplanung wesentlich hinsichtlich integrierter Berichterstattung, Strategieentwicklung, prospektiver Abschätzung von Gesundheitseffekten von Maßnahmen sowie Evaluation durchgeführter Interventionen.

Schlüsselwörter
Epidemiologie – Public Health – gesundheitliche Ungleichheiten – Indikatoren – logische Modelle – gebaute Wohnumwelt – sozialer Kontext

Epidemiologic methods and findings as a basis for urban planning and healthy urban development

Abstract
The collaboration of urban planning and public health is fundamental for healthy urban development and to tackle health inequities. Epidemiology, as a core discipline of

public health, analyses the frequency of health-related conditions and outcomes, investigates their determinants at population level, and applies the findings to measures of health promotion and health protection. Modern epidemiologic approaches examine complex relationships by considering individual and contextual drivers for health as well as their interactions at population level. Epidemiologic data, methods, and results are essential for urban planning with regard to integrated monitoring, development of strategies, prospective health impact assessment of measures, and evaluation of realised interventions.

Keywords
Epidemiology – public health – health inequalities – indicators – logic models – built environment – social context

1 Einleitung

In den letzten Jahren wurde zunehmend eine stärkere Zusammenarbeit von Stadtplanung und Public Health für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung gefordert (exemplarisch: Rydin/Bleahu/Davies et al. 2012: 2080; Nieuwenhuijsen 2016). Zentral für Public Health ist der „Health in All Policies"-Ansatz, der die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in Entscheidungsfindungen in allen Politikbereichen beinhaltet (Rudolph/Caplan/Ben-Moshe et al. 2013: 6).[1] Ausgehend von der Erkenntnis, dass soziale, physische und ökonomische Umwelten die Gesundheit beeinflussen, zielt der „Health in All Policies"-Ansatz auf intersektorale Zusammenarbeit zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und zur Förderung von Gesundheit. Für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung spielt die Zusammenarbeit von Stadtplanung und Public Health daher eine zentrale Rolle. Dieser Beitrag stellt konzeptionell dar, welche Bedeutung epidemiologische Methoden und Erkenntnisse hierbei haben.

2 Epidemiologie als eine Kerndisziplin von Public Health

Die Epidemiologie ist eine Kerndisziplin von Public Health (Kuhn/Bolte 2011: 61; Dreier/Kramer/Stark 2012: 410). Die Wissenschaftsdisziplin der Epidemiologie befasst sich mit der Häufigkeit von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen sowie deren Determinanten in Bevölkerungen und der Anwendung der Erkenntnisse in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes (Kuhn/Bolte 2011: 61; Szklo/Nieto 2014: 3). Dabei werden nicht nur im Sinne einer pathogenetischen Sichtweise Risikofaktoren für Erkrankungen sowie Versorgungsaspekte analysiert, sondern auf Basis einer salutogenetischen Sichtweise auch gesundheitsfördernde Einflussfaktoren und Gesundheitspotenziale. Epidemiologische Methoden tragen zur Evaluation von Interventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Komplexität von Zusammenhängen und Prozessen bei. Als eine Grundlage für Gesundheitskommunikation und Gesundheitsberichterstattung leistet die Epidemiologie einen Beitrag zur Beteiligungsfähigkeit der Bevölkerung.

1 "Health in All Policies is a collaborative approach to improving the health of all people by incorporating health considerations into decision-making across sectors and policy areas" (Rudolph/Caplan/Ben-Moshe et al. 2013: 6).

In der deskriptiven Epidemiologie wird der Ist-Zustand hinsichtlich des Vorkommens, der Häufigkeit, räumlicher Verteilungen und zeitlicher Trends von Einflussfaktoren für Gesundheit und von Gesundheitszuständen bzw. Krankheiten untersucht. Die analytische Epidemiologie hat zum Ziel, durch multivariable statistische Verfahren quantitative Effekte von Expositionen auf Gesundheitszielgrößen abzuschätzen unter Berücksichtigung von Interaktionen, möglichen Störfaktoren sowie Intermediärfaktoren. Das Ziel der Epidemiologie ist letztlich, zur Aufklärung ursächlicher Zusammenhänge beizutragen, gesunderhaltende bzw. krankmachende Faktoren und Mechanismen und somit geeignete Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu identifizieren. Definitionen der Epidemiologie aus Sicht anderer Disziplinen stellen oftmals diesen Aspekt der quantitativen Analysen in den Mittelpunkt, beispielsweise wird in dem Handbuch „The Built Environment and Public Health" Epidemiologie als technisches Fachgebiet, das vor allem statistische Methoden anwendet, charakterisiert (Lopez 2012: 10).[2]

Auch wenn in epidemiologischen Studien Daten von Individuen erhoben werden, zielt Epidemiologie nicht auf Erklärungen, warum einzelne Personen gesund sind oder erkranken. Vielmehr ist in der Epidemiologie der Bevölkerungsbezug grundlegend. Epidemiologische Theorie bezieht sich auf den Gesundheitszustand im gesellschaftlichen und ökologischen Kontext auf Bevölkerungsebene und entwickelt Erklärungsansätze für bestehende und sich verändernde Verteilungen von Gesundheit und Krankheit in Bevölkerungen im zeitlichen und räumlichen Vergleich von Gesellschaften (Krieger 2011: vii).[3] In der Epidemiologie werden oftmals Spezialisierungen mit Fokus auf bestimmte Krankheiten oder Expositionen unterschieden (ohne trennscharf zu sein im Sinne einer klaren Abgrenzung verschiedener Subdisziplinen). Für Stadtplanung und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung insbesondere relevant sind Konzepte, Methoden und Erkenntnisse der Umweltepidemiologie, der *spatial epidemiology* und der Sozialepidemiologie.

Die Umweltepidemiologie befasst sich mit dem Einfluss von Umweltfaktoren auf Gesundheit und Krankheit in Populationen (Brunekreef 2008: 118). Meist liegt der Schwerpunkt auf einzelnen Umweltexpositionen, z.B. chemischen oder physikalischen Faktoren, und deren Gesundheitseffekten. Zunehmend wird aber auch die gesundheitliche Bedeutung von Mehrfachbelastungen (vgl. Beitrag Kühling/Kawe) und komplexen Zusammenhängen wie z.B. der gebauten Wohnumwelt oder dem globalen Klimawandel in den Blick genommen (Hertz-Picciotto 2008: 599).

In der sog. *spatial epidemiology* werden Gesundheitsdaten mit Raumbezug in Hinblick auf demografische, sozioökonomische, umwelt- und verhaltensbezogene Einflussfaktoren analysiert. Ansätze hierbei sind Studien auf kleinräumiger Ebene zur räumlichen Verteilung von Krankheiten, geografische Korrelationsstudien zum Zusammenhang zwischen der räumlichen Variation von Einflussfaktoren und von Gesundheitszielgrö-

2 "Epidemiology is a technical field that uses a number of statistical and other techniques that aim to provide basic scientific evidence that may inform health practice and public policy" (Lopez 2012: 10).

3 "Epidemiologic theory is about the health status of populations – in societal and ecological context. (...) Epidemiologic theory instead seeks to explain extant and changing population distributions of health, disease, and death, within and across societies, over time, space, and place" (Krieger 2011: vii).

ßen sowie Untersuchungen von Krankheitsclustern in Bezug auf eine Expositionsquelle. Oftmals werden Routinedaten auf aggregierter Ebene im Rahmen ökologischer Studien genutzt (Elliott/Wartenberg 2004).

Die Sozialepidemiologie untersucht soziale Verteilungen und soziale Determinanten für Gesundheit und Krankheit in Bevölkerungen (Berkman/Kawachi 2014: 5). Sie verfolgt dabei einen weiten Ansatz, der den Einschluss von sozialen, ökonomischen oder kulturellen Größen in der Expositionsdefinition beinhaltet (Kaufman 2008: 532) und die Analyse von Mechanismen, wie soziale Interaktionen und kollektive Aktivitäten ein bestimmtes Expositionsmuster und damit Gesundheit beeinflussen (Oakes/Kaufman 2006: 3 f.). Somit beschäftigt sich Sozialepidemiologie nicht allein mit der Identifizierung von Risikofaktoren für Krankheiten, sondern auch mit gesellschaftlichen und ökonomischen Prozessen, die zu bestimmten Expositionsverteilungen und gesundheitlichen Ungleichheiten führen (Oakes/Kaufman 2006: 4).[4]

Gesundheitsförderung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten sind zentrale Anliegen von Public Health. Soziale Ungleichheiten bei Gesundheit werden als eine der größten Herausforderungen für Public Health angesehen. Prioritär sind die Public-Health-Maßnahmen, die solche sozialen Ungleichheiten verringern, die als ungerecht angesehen werden und die vermeidbar bzw. behebbar sind (CSDH 2008). Interventionen, die bei sozioökonomischen Faktoren und beim Umweltkontext ansetzen, wird die größte Public-Health-Wirkung zugeschrieben (Frieden 2010: 591). Dementsprechend wird in WHO-Dokumenten wie dem Bericht der Commission on Social Determinants of Health auf die Notwendigkeit intersektoraler Politikansätze verwiesen, um das erste Ziel, die Verbesserung der Lebensumstände, zu erreichen. Als ein wesentliches Aktionsfeld hierfür wird die Stadtplanung angesehen, die insbesondere Aspekte von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit thematisieren sollte (CSDH 2008: 60 ff.).

Sozialepidemiologische Erkenntnisse sind essentiell für das Verständnis der Mechanismen von der Mikro- bis zur Makroebene, wie gesundheitliche Ungleichheiten entstehen und reproduziert werden (Galea/Link 2013). Sozialepidemiologische Erkenntnisse sind eine Voraussetzung für die Identifizierung von Ansatzpunkten für Gesundheitsförderung und für Strategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten. Angewandte Sozialepidemiologie zielt auf die Nutzung der Forschungsergebnisse für positive soziale Veränderungen durch Bereitstellen von Erkenntnissen und Daten für die Konzeption und Evaluation von Strategien und Programmen, die zum Ziel haben, soziale Ungleichheiten zu verringern bzw. aufzuheben (O'Campo/Dunn 2012: 5 ff.).

4 "Social epidemiology is thus concerned with more than the identification of new disease-specific risk factors (for example, a deficit of social capital); it also considers how well-established exposures, such as cigarette smoking, lead paint, and lack of health insurance, emerge and are distributed by the social system. With such a focus, social epidemiology must consider the dynamic social relationships and human activities that ultimately locate toxic dumps in one neighbourhood instead of another; make fresh produce available to some and not others, and permit some to enjoy resources such that they can purchase salubrious environments and competent health care. In short, social epidemiology is about social allocation mechanisms (that is, economic and social forces) that produce differential exposures that often yield health disparities, whether deemed good or bad" (Oakes/Kaufman 2006: 4).

3 Der epidemiologische Blick auf Gesundheit im Raum

Das Risikofaktorenparadigma herrschte lange Zeit in der Epidemiologie vor. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der Untersuchung der gesundheitlichen Bedeutung von Risikofaktoren auf der individuellen Ebene und der isolierten Betrachtung einzelner Gesundheitseffekte. Risiken wurden individualisiert, d.h. den Eigenschaften eines Individuums zugeschrieben und nicht den Umwelt- oder Sozialeinflüssen, die Bevölkerungsgruppen oder gesamte Bevölkerungen betreffen. Der Komplexität der Ursachen und der Vielfalt der Mechanismen, wie die Lebensumwelt mit Gesundheit zusammenhängt, wird dieser biomedizinisch und lebensstilorientierte Ansatz, der den Kontext ignoriert, nicht gerecht (Krieger 2011: 163 f.; Diez-Roux 1998: 216).

Aktuell ist eine Wende in der epidemiologischen Forschung zu verzeichnen, oft benannt als *spatial turn* oder *place matters* (vgl. Andrews/Hall/Evans et al. 2012: 1925). Kontext und Raum rücken in den Mittelpunkt. Studien zeigten, dass Merkmale der Nachbarschaft und raumbezogene Maße wie z.B. Deprivation unabhängig von individuellen Eigenschaften mit Gesundheit assoziiert sein können (Diez-Roux 1998: 217). Ort bzw. Raum wird zum Surrogat für Interaktionen zwischen individuellen Faktoren und Kontextfaktoren der sozialen, natürlichen und gebauten Umwelt.

Macintyre/Ellaway/Cummins (2002: 130) schlugen drei Erklärungsansätze für räumliche Variationen von Gesundheit vor: (1) Komposition: Eine unterschiedliche Bevölkerungszusammensetzung aus Individuen mit bestimmten Merkmalen je nach Region oder räumlicher Einheit führt zu beobachtbaren regionalen bzw. räumlichen Unterschieden in Erkrankungshäufigkeiten. Dies ist insbesondere bei ausgeprägter Segregation der Wohnbevölkerung zwischen Stadtteilen der Fall. (2) Kontext: Die für eine räumliche Einheit spezifische soziale und gebaute Umwelt beeinflusst die Gesundheit der Wohnbevölkerung. (3) Gemeinschaft/Kollektiv: Soziokulturelle und historische Eigenschaften von Gemeinschaften wie Traditionen, gemeinsame Werte und Normen beeinflussen die Gesundheit. Auch wenn diese drei Erklärungsansätze zum besseren Verständnis getrennt formuliert wurden, sind sie jedoch weder konzeptionell noch in Datenanalysen vollständig voneinander zu trennen (Macintyre/Ellaway/Cummins 2002: 129).

Merlo/Wagner/Ghith et al. (2016) unterscheiden drei analytische Ansätze, kontextuelle Einflüsse auf Gesundheit zu untersuchen: (1) Analyse der Varianz zwischen Regionen auf Basis aggregierter Daten („small area variation approach"), (2) Quantifizierung der Assoziationen zwischen Kontextvariablen (auf Nachbarschaftsebene) und Gesundheit (auf individueller Ebene) mit Mehrebenenmodellen unter Berücksichtigung von Clustereffekten („multilevel analysis of associations approach"), (3) Kombination der Mehrebenenanalyse der Assoziationen spezifischer kontextueller Effekte und Mehrebenenanalyse der Varianz, d.h. des Ausmaßes von Clustereffekten („multilevel analysis of individual heterogeneity approach"). Auf die methodischen Herausforderungen, räumlichen Kontext in epidemiologischen Studien adäquat zu konzeptualisieren und zu analysieren sowie dynamische Prozesse in komplexen Systemen zu modellieren, sei an dieser Stelle nicht näher eingegangen (vgl. Diez-Roux 1998; Macintyre/Ellaway/Cummins 2002; Cummins 2007; O'Campo/O'Brien Caughy 2006; Diez Roux 2011).

Nach wie vor besteht Forschungsbedarf, mittels epidemiologischer Studien in einem Mehrebenendesign den Zusammenhang zwischen kontextuellen Faktoren der gebauten und sozialen Umwelt auf Nachbarschaftsebene, individuellen Merkmalen, deren Interaktionen und Gesundheit auf Bevölkerungsebene systematisch aufzuklären (Schüle/Bolte 2015).

Eine aktuelle Entwicklung in der Sozialepidemiologie ist die ökosoziale Theorie von Nancy Krieger (Krieger 2001; Krieger 2011: 202 ff.). Sie geht davon aus, dass das Verständnis der Wechselbeziehungen zwischen einem Organismus und seiner Umwelt Analysen hinsichtlich Ebene, Zeit und Raum erfordert. Der Kontext rückt in den Mittelpunkt. Kernelemente der ökosozialen Theorie sind (1) die Verkörperung der sozialen und materiellen Lebensumstände („embodiment"), (2) die vielfältigen Prozesse der Verkörperung („multiple pathways of embodiment"), (3) die Wechselwirkung zwischen Exposition, Empfindlichkeit und Widerstandsfähigkeit auf verschiedenen Ebenen und im Lebensverlauf („interplay of exposure, susceptibility and resistance") und (4) Handlungsmöglichkeiten und Verantwortung von Individuen und Institutionen („accountability and agency") (Krieger 2011: 214 ff.). Das Konzept des *embodiment* der ökosozialen Epidemiologie umfasst die biologische Inkorporation des sozialen und ökologischen Lebenskontextes als aktiver und auch reziproker Prozess in einer Lebenslaufperspektive. Die Theorie der ökosozialen Epidemiologie ermöglicht eine Verbindung der Komplexität urbaner Systeme und Städte mit Maßnahmen zum Erreichen gesundheitlicher Chancengleichheit: „Eco-social epidemiology is an important framework for urban policy-making because it seeks to understand what explains the *distribution* of morbidity and mortality over time and place" (Corburn 2013: 15). Nach Corburn (2013: 16) stellt das Konzept des *embodiment* eine Verbindung zwischen Epidemiologie und Stadtplanung dar, da Stadtplanung regelmäßig die physisch-gebaute, soziale und kulturelle Lebensumwelt gestaltet. Weiterhin ist das Konzept der Wechselwirkungen zwischen Expositionen, Empfindlichkeit und Widerstandsfähigkeiten für Stadtplanung von Bedeutung, da soziale Strukturen, Maßnahmen und Faktoren auf der Nachbarschaftsebene die individuelle Vulnerabilität und Resilienz beeinflussen können (Corburn 2013: 18 ff.). Das vierte Kernelement der ökosozialen Theorie bezieht sich auf Aspekte von Macht und damit auf die Fähigkeit von Institutionen und Individuen zu handeln und auf ihre Verantwortung für Handlungen oder das Unterlassen von Handlungen. Aus der ökosozialen Theorie leitet Corburn (2013: 23) die Notwendigkeit eines Monitorings ab, das „new urban health equity indicators" einschließt, die praxis- bzw. planungsrelevante Informationen liefern.

4 Nutzung epidemiologischer Daten, Methoden und Erkenntnisse für stadtplanerische Interventionen und Gesundheitsförderung im Raum

Im *Policy Cycle* (im Public-Health-Kontext auch *Public Health Action Cycle, Public Health Cycle* oder *Gesundheitspolitischer Aktionszyklus* (Rosenbrock/Hartung 2011: 469 ff.; Haveman-Nies 2010: 83 ff.)) werden vier Phasen eines Prozesses im politisch-administrativen System idealtypisch beschrieben (Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012: 30 ff.):

1 Problemwahrnehmung und Problemdefinition („agenda setting“)

2 Strategieentwicklung und Bewertung ihrer möglichen Auswirkungen („programme development“)

3 Umsetzung von Maßnahmen („implementation“)

4 Evaluation: Bewertung der Wirksamkeit und Folgen von Maßnahmen („evaluation“)

Nach Haveman-Nies (2010: 83 ff.) trägt die Epidemiologie wesentlich zu allen Phasen im *Policy Cycle* bei, wie in den nachfolgenden Abschnitten skizziert.

4.1 Problemwahrnehmung und Problemdefinition

Epidemiologische Evidenz zu Häufigkeiten und regionalen Verteilungen von Erkrankungen auf Bevölkerungsebene sowie Einflussfaktoren auf individueller und kontextueller Ebene ist eine wichtige Grundlage für die Bedarfsanalyse als erster Schritt der Problemwahrnehmung und -definition. Diese Evidenz wird in sozial- und umweltepidemiologischen Studien zum Zusammenhang von sozialer und gebauter Umwelt mit Gesundheit in erster Linie durch Beobachtungsstudien gewonnen. Ein häufiger Kritikpunkt ist, dass in diesem Themenfeld keine klassischen Studiendesigns wie in der klinischen Epidemiologie in Form randomisierter kontrollierter Studien (RCT) mit Verblindung der experimentellen Intervention möglich sind (Barton/Thompson/Burgess et al. 2015: 589). Diese Kritik berücksichtigt jedoch nicht die Schwächen von RCTs im Hinblick auf Selektionseffekte bei der Studienpopulation und auf die unzureichende Berücksichtigung bzw. im Studiendesign konzeptionell erfolgende Ausblendung von Kontextfaktoren der realen Welt. Im Bereich der Sozial- und Umweltepidemiologie werden neben Beobachtungsstudien weitergehende Studiendesigns mit Interventionskomponenten wie z. B. gemeindebasierte Interventionsstudien, Cluster-randomisierte Studien oder quasi-experimentelle Studien eingesetzt (Hannan 2006; Rothman/Greenland/Lash 2008).

Wie oben bereits beschrieben stellen Mehrebenenanalysen einen wichtigen Ansatz dar, die wechselseitigen Beziehungen von individuellen und kontextuellen Merkmalen und deren Effekte auf Gesundheit zu quantifizieren. Epidemiologische Forschung bietet Erkenntnisse zu den komplexen Zusammenhängen von sozialer und gebauter Umwelt, individuellen Merkmalen und Gesundheit, den Interaktionen zwischen den Ebenen und zum Ausmaß der Gesundheitsrisiken. Epidemiologische Ergebnisse gehen – gemeinsam mit Erkenntnissen aus anderen Disziplinen – in die quantitative Expositions- und Risikoanalyse ein. Diese Ergebnisse sind wichtig für die kumulative Risikoabschätzung als Werkzeug zur Information der politischen Ebene.[5] Besonderheiten der kumulativen Risikoabschätzung sind die Berücksichtigung multipler Stressoren

5 “‘Cumulative risk assessment’ is defined as a science-policy tool for organizing and analyzing relevant scientific information to examine, characterize, and possible quantify the combined adverse effects on human health from exposure to a combination of environmental stressors” (Sexton 2012: 371).

der Umwelt einschließlich psychischer (z. B. hohe Bevölkerungsdichte in einem Quartier) und sozialer Stressoren (z. B. Diskriminierung ethnischer Gruppen), die Integration des Konzeptes der Vulnerabilität in die Abschätzung sowie der Schwerpunkt auf bevölkerungs- oder ortsbezogene reale kumulative Expositionen (Sexton 2012: 383). Dem Konzept kumulativer Wirkungen liegen nach Solomon/Morello-Frosch/Zeise et al. (2016: 84) folgende Annahmen zugrunde:

> Gesundheitliche Ungleichheiten sind bei vielen Krankheiten mit sozialen und Umweltfaktoren verbunden.

> Ungleichheiten in Expositionen gegenüber Umweltbelastungen sind wesentlich.

> Intrinsische biologische und physiologische Faktoren können die Wirkungen von Umwelteinflüssen modifizieren.

> Extrinsische soziale Vulnerabilitätsfaktoren auf der individuellen und auf der Gemeindeebene können die Gesundheitseffekte von Umweltfaktoren verstärken.

Methodisch ist die Quantifizierung kumulativer Wirkungen aufgrund der komplexen Beziehungen, Wechselwirkungen und Rückkopplungsschleifen schwierig und in konkreten Situationen aufgrund fehlender Daten mit Raumbezug und validierter Modelle oftmals nicht möglich. Neue Entwicklungen bei Expositionsmessung und -kartierung, Toxikologie und Epidemiologie haben das Potenzial, die kumulative Risikoabschätzung und damit die Entscheidungsfindung zu verbessern (Solomon/Morello-Frosch/Zeise et al. 2016: 83 f.). Beispielsweise schlagen Olden/Lin/Gruber et al. (2014) in ihrem „Framework for proposed neighborhood-specific epigenome analysis for the study of environmental health disparities" als eine Weiterentwicklung vor, epigenetische Marker auf Nachbarschaftsebene zu analysieren, um Mechanismen für soziale Ungleichheiten bei Gesundheit aufzuklären und Ansatzpunkte für Interventionen zu identifizieren.

In epidemiologischen Studien zu Gesundheit im räumlichen Kontext werden individuelle, personenbezogene Daten, raumbezogene Umweltdaten, auf Raumeinheiten aggregierte Daten der amtlichen Bevölkerungsstatistik oder Daten von Krankheitsregistern etc. verwendet. Häufig werden subjektive Daten zur Einschätzung der Wohnumwelt und zur Belästigung z. B. durch Lärm oder durch fehlende zugängliche Grünflächen mit objektiven Belastungsdaten (z. B. adressgenaue Lärmexpositionsdaten, Entfernung der Wohnung zur nächsten öffentlichen Grünfläche) kombiniert. Für die Expositionsabschätzung werden in der Umweltepidemiologie geografische Informationssysteme (Gulliver/Briggs/de Hoogh 2015; Nuckols/Ward/Jarup 2004) und Modelle auf Basis von Fernerkundungs- und Flächennutzungsdaten eingesetzt („land use regression (LUR)"-Modelle z. B. für die Luftschadstoffbelastung (de Hoogh/Briggs/Gulliver 2015; Hoek/Beelen/Brunekreef 2015), Satellitendaten z. B. für die Erhebung der Landnutzung und Verfügbarkeit von Grünflächen (Dadvand 2015)). Auf Ebene der individuellen Expositionsmessung kommen Smartphones mit GPS und tragbare Sensoren (Nieuwenhuijsen 2015) sowie das Humanbiomonitoring (Angerer/Ewers/Wilhelm 2007; Pedersen/Droz/Nieuwenhuijsen 2015) hinzu.

Ein neues, noch in der Erprobung befindliches Konzept ist das Exposom. Das Exposom umfasst alle Expositionen, die ein Individuum im Lebenslauf erfährt (Rappaport 2012: 101; Wild 2012: 24). Das Konzept wurde ausgehend von der Kritik an der bisher verfügbaren Evidenz aus umweltepidemiologischen Studien mit oftmals nur auf einzelne oder wenige Umweltexpositionen begrenztem Fokus und unzureichenden Methoden der Expositionserfassung entwickelt (Wild 2012: 24). Durch die Berücksichtigung komplexer Mechanismen auf multiplen Ebenen und kontextueller Faktoren der sozialen, gebauten und natürlichen Umwelt bietet das Exposom einen konzeptionellen Ansatz mit dem Potenzial, die Expositionsverhältnisse im urbanen Raum besser als bisher abzubilden und Entscheidungsträgern z. B. im Bereich der Stadt- und Verkehrsplanung validere Daten zu bieten (Nieuwenhuijsen 2016).

Bereits in der Ottawa-Charta der WHO von 1986 zur Gesundheitsförderung und in Weiterentwicklung in der Jakarta-Erklärung der WHO von 1997 wird Gesundheitsförderung „verstanden als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit“ (Kaba-Schönstein 2011: 137; siehe hierzu auch den Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band). Dieser Aspekt der Gesundheitsförderung wird in dem Bereich der epidemiologischen Forschung aufgegriffen, der Ansätze einer „community-based participatory research (CBPR)“ oder „popular epidemiology“ verfolgt (Leung/Yen/Minkler 2004: 499 f.). Bei der CPBR geht es um die aktive und gleichwertige Zusammenarbeit von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und Betroffenen bzw. der Bevölkerung im gesamten Forschungsprozess z. B. zu lokalen Umweltproblemen.

Community-based participatory research (CBPR)

> ermöglicht die Integration lokaler Wissensbestände zu Umwelt und Gesundheit in die Forschung,

> hat das Potenzial, die Expositionsabschätzung zu verbessern,

> erhöht die (praktische und politische) Relevanz der Forschung,

> erleichtert die Übersetzung bzw. Kommunikation der Ergebnisse für lokale Akteure sowie Politikerinnen und Politiker,

> fördert das Empowerment der Bevölkerung (z. B. durch eigene Datenerhebung),

> berücksichtigt strukturelle soziale Faktoren,

> führt zu innovativen Interventionsstragien auf lokaler Ebene,

> erhöht die Umsetzbarkeit der Forschungsergebnisse in lokale Maßnahmen

(Balzs/Morello-Frosch 2013; Lantz/Israel/Schulz et al. 2006; O‘Fallon/Dearry 2002; Leung/Yen/Minkler 2004).

Im zweiten Schritt der Problemwahrnehmung und -definition, der Prioritätensetzung, ist es Aufgabe von Epidemiologinnen und Epidemiologen, ihre Forschungsergebnisse nicht nur innerhalb der Wissenschaft (*scientific community*) zur Diskussion zu stellen, sondern auch gegenüber Nutzern der Daten, insbesondere aus der Politik (Public-Health-Praxis, Umwelt-, Sozialpolitik, Stadt- und Verkehrsplanung) und Bevölkerung, mit einer selbstkritischen Einschätzung der Aussagekraft epidemiologischer Evidenz zu kommunizieren (vgl. Szklo/Nieto 2014: 385). Systematische Reviews und Metaanalysen werden verwendet, um epidemiologische Erkenntnisse auf wissenschaftlicher Ebene zusammenzufassen. Epidemiologinnen und Epidemiologen haben somit eine Rolle als Wissensvermittler, um den Prozess der Prioritätensetzung durch die Politik in einem spezifischen Kontext bzw. einer spezifischen Situation zu unterstützen. An dieser Stelle ist auch die Gesundheitsberichterstattung zu nennen, die eine Basis für die informierte Entscheidungsfindung von Bürgerinnen und Bürgern und Politikerinnen und Politikern bilden soll. In der Gesundheitsberichterstattung kommen im Wesentlichen Methoden der deskriptiven Epidemiologie zur Anwendung.

Für den Prozess der Problemwahrnehmung und -definition spielen weiterhin Systeme eines kontinuierlichen Monitorings, z. B. in Form einer – noch zu etablierenden – kleinräumigen integrierten Sozial-, Umwelt- und Gesundheitsberichterstattung, und die Entwicklung und Anwendung von Indikatoren zur Unterstützung von Entscheidungsprozessen eine Rolle. Indikatoren zu umweltbezogener Gesundheit haben u. a. die Funktion, aktuelle Zustände und zeitliche Trends bei Umwelt und Gesundheit aufzuzeigen, im räumlichen Vergleich auf besondere Problemlagen aufmerksam zu machen und die Wirkung von Maßnahmen und Interventionen abzuschätzen (Briggs 1999: 3). Im Bereich umweltbezogener Gesundheit werden meist zwei Arten von Indikatoren verwendet: expositionsbasierte und effektbasierte Indikatoren. Der Rahmen von DPSEEA (Driving force, Pressure, State, Exposure, Effect, Action) bietet eine Hilfe, Indikatoren zu konzeptualisieren (Briggs 1999: 5 f.). In den letzten 30 Jahren wurde in mehreren Projekten eine Vielzahl von Gesundheitsindikatoren und Indikatoren speziell zu umweltbezogener Gesundheit entwickelt (Rothenberg/Weaver/Dai et al. 2014; Rothenberg/Stauber/Weaver et al. 2015). Das Interesse an Indikatoren für den Zusammenhang zwischen städtischen Lebensverhältnissen und Gesundheit hat stark zugenommen (Prasad/Gray/Ross 2016: 125). Die Verwendung von Daten mit Raumbezug und deren Darstellung in Karten wird als effektive Methode eingeschätzt, Entscheidungsträger zu informieren (Prasad/Gray/Ross 2016: 126).[6]

Derzeit fehlen noch ein systematischer Abgleich der Vergleichbarkeit und die Definition von Indikatoren, die für verschiedene Arten urbaner Räume gleichermaßen verwendbar sind. Indikatoren zum Nachweis sozialer Ungleichheiten sind mit dem methodischen Problem behaftet, ob diese auf einer absoluten oder relativen Skala gemessen werden sollen. Für das Aufdecken gesundheitlicher Ungleichheiten auf der lokalen Ebene sollten kleinräumige Daten und einfache, flexible Instrumente verwendet werden (Rothenberg/Stauber/Weaver et al. 2015).

6 "The current status of urban health metrics has a number of strengths. Increased research on the social and built environments has the potential to impact decision making on key topics of public interest, such as air quality, public spaces, transport, and housing" (Prasad/Gray/Ross 2016: 126).

Aktuell gibt es verschiedene Ansätze zur Identifizierung von kleinräumigen Belastungsschwerpunkten (*hot spots*) im urbanen Raum, die Gegenmaßnahmen (von Stadtplanung, Public Health) erfordern, wie beispielsweise der „urban health index for small area disparities" auf Grundlage sozioökonomischer Daten (Rothenberg/Weaver/Dai et al. 2014), der „environmental justice index" basierend auf sozialen Ungleichheiten bei Lärmbelastung und Grünflächen (Lakes/Brückner/Krämer 2014), die „Environmental Justice Screening Method (EJSM)", die kumulative Wirkungen auf Basis umfangreicher Daten zu Gesundheit, Umwelt und sozialer Vulnerabilität räumlich darstellt (Solomon/Morello-Frosch/Zeise et al. 2016: 90), oder eine Kombination von Indikatoren zu kleinräumigen sozialen Ungleichheiten in der Exposition gegenüber Luftschadstoffen, Lärm bzw. Verfügbarkeit von Grünflächen im Rahmen des „Spatial Urban Health Equity Indicators (SUHEI)"-Konzeptes (Flacke/Schüle/Köckler et al. 2016). Wie bei der ökosozialen Theorie bereits angesprochen, fordert Corburn in seinem Konzept einer gesundheitsfördernden Stadtplanung („adaptive urban health justice = healthy city planning", Corburn (2013: 27), ein multidimensionales Monitoring durchzuführen und „urban health equity indicators" (Corburn 2013: 31) einzusetzen. Generell sind Erkenntnisse aus epidemiologischen Studien grundlegend für die Auswahl und Operationalisierung sinnvoller Indikatoren zu Soziallage, Umwelt und Gesundheit.

4.2 Strategieentwicklung und Bewertung ihrer möglichen Auswirkungen

Zu Beginn der Strategieentwicklung steht die Formulierung von Programmzielen. Epidemiologische Erkenntnisse können dazu beitragen, die Realisierbarkeit von kurzfristigen und langfristigen Zielen einzuschätzen.

Der zweite Schritt der Strategieentwicklung beinhaltet die Konstruktion eines logischen Modells. Ein logisches Modell ist ein kausales Modell, das die Programmziele und erwarteten Ergebnisse mit den vorgesehenen Interventionsschritten in eine logische Abfolge bringt. Es dient zur Visualisierung der angenommenen kausalen Abfolgen und Mechanismen, wie Interventionen zu den gewünschten Zielen führen können. Epidemiologische Evidenz trägt zur Klärung möglicher kausaler Mechanismen bei und bildet eine Grundlage für die Entscheidung, welche Interventionsstrategien am wahrscheinlichsten zu den gewünschten Programmzielen führen. Eine wesentliche Grundlage sind theoretische Modelle zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen sozialen und umweltbezogenen Faktoren auf kontextueller und individueller Ebene und der Gesundheit in Bevölkerungen (Bolte/Kohlhuber 2009; Bolte/Voigtländer/Razum et al. 2012). Gelormino/Melis/Marietta et al. (2015) beschreiben ein Modell zum Zusammenhang zwischen städtischer gebauter Wohnumwelt und gesundheitlichen Ungleichheiten, das die wesentlichen bisher bekannten Mechanismen umfasst und nach Einschätzung der Autorinnen und Autoren geeignet ist, Entscheidungsträger und Akteure auf die Bedeutung sozialer Ungleichheiten bei Gesundheit aufmerksam zu machen. Letztlich soll das Modell zu einer gesundheitsfördernden Stadtplanung beitragen.

Der dritte Schritt der Strategieentwicklung umfasst die Entwicklung eines Evaluationsplans. Hierzu sind in Abhängigkeit von der geplanten Intervention und des logischen Modells ein geeignetes Studiendesign sowie spezifische und messbare Indikato-

ren für die Evaluation zu definieren. Epidemiologische Ansätze sind für Prozess- und Effektevaluation geeignet.

Epidemiologische Daten und Methoden gehen in die systematische (prospektive) Beurteilung von Planungsverfahren, Programmen, Projekten und politischen Maßnahmen im Rahmen einer gesundheitlichen Wirkungsbilanzierung („Health Impact Assessment" (HIA)) ein. Obwohl ein Fokus auf Chancengleichheit jedem HIA immanent sein sollte (Nowacki/Mekel 2012: 291), besteht hinsichtlich der Erfassung von Effekten auf gesundheitliche Ungleichheiten noch Handlungsbedarf (Braubach 2013; Fehr/Viliani/Nowacki et al. 2014; Povall/Haigh/Abrahams et al. 2014). Spezifische HIA-Instrumente bzw. -Ansätze für den urbanen Raum werden diskutiert (Prasad/Kano/Dagg et al. 2015; Pennington/Dreaves/Scott-Samuel et al. 2017). Eine Bestandsaufnahme der bereits existierenden quantitativen HIA-Instrumente zeigte, dass diese noch nicht ausreichen, um Gesundheitseffekte von umfassenden Interventionen oder Maßnahmen, die viele soziale und Umweltdeterminanten beeinflussen, vorherzusagen (Fehr/Mekel/Hurley et al. 2016).

4.3 Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen

Während der Implementation von Maßnahmen und nach ihrem Abschluss können epidemiologische Methoden zur Qualitätskontrolle eingesetzt und eine Prozessevaluation durchgeführt werden. Im Rahmen der Evaluation zur Bewertung der Wirksamkeit und der Folgen von Maßnahmen werden die Ergebnisse einer Intervention analysiert. Epidemiologische Analysen tragen einerseits zum Nachweis bei, ob die spezifischen Programmziele erreicht wurden, und andererseits zum Verständnis, welche Faktoren eine Zielerreichung be- bzw. verhindert oder unterstützt haben.

Aus Public-Health-Sicht besonders relevant ist die Frage, ob Maßnahmen bzw. Interventionen zur Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Gesundheit geführt oder unbeabsichtigt soziale Unterschiede verschärft haben. Letzteres scheint insbesondere bei sogenannten „downstream"-Interventionen, die auf Individuen gerichtet sind wie beispielsweise Medienkampagnen, der Fall zu sein im Gegensatz zu „upstream"-Interventionen, die strukturelle Veränderungen zum Ziel haben (Lorenc/Petticrew/Welch et al. 2013). Obwohl bekannt ist, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention ungewollt soziale Ungleichheiten bei Gesundheit hervorrufen oder bereits bestehende gesundheitliche Ungleichheiten weiter verstärken können (sogenannte „intervention-generated inequalities"), werden diese Effekte bisher in Evaluationen von Public-Health-Interventionen nicht systematisch erfasst. Zudem fehlt es noch an innovativen Methoden, Ungleichheitseffekte komplexer Interventionen umfassend quantitativ abzuschätzen. Diese Problematik besteht auch bei Verfahren von Stadtplanung und planerischem Umweltschutz, wenn soziale Ungleichheiten bei der Teilhabe an Entscheidungsprozessen zu sozialen Ungleichheiten bei den Auswirkungen der Verfahren führen (Köckler 2014).

5 Fazit: Nutzung epidemiologischer Erkenntnisse für zielgenaue Gesundheitsförderung im Raum

Die großen Public-Health-Probleme des 21. Jahrhunderts sind dynamisch, komplex und miteinander verbunden (Northridge/Freeman 2011: 593). Soziale Ungleichheiten bei Gesundheit, die an sich vermeidbar und daher ungerecht sind, stellen eine wesentliche Herausforderung für Public Health dar (CSDH 2008). Diesen Herausforderungen kann nur mit intersektoralen Ansätzen begegnet werden, im Bereich einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung insbesondere durch Zusammenarbeit von Stadtplanung und Public Health.

„Healthy urban planning means planning for people in cities. It promotes the idea that the city is much more than buildings, streets, and open spaces; it is a dynamic social space, the health of which is closely linked to its residents. This perspective is especially consonant with efforts to utilize urban planning to promote health equity" (Northridge/Freeman 2011: 593).

In diesem Beitrag wurde skizziert, welche Bedeutung epidemiologische Daten, Methoden und Ergebnisse für eine Gesundheitsförderung im Raum bzw. eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung haben. Epidemiologische Daten und Methoden sind wesentlich für Monitoring bzw. integrierte Berichterstattung, Aufklärung von Mechanismen, prospektive Abschätzung von Gesundheitseffekten von Maßnahmen und die Evaluation durchgeführter Interventionen. Epidemiologische Analysen können komplexe Zusammenhänge, dynamische Prozesse und Wechselwirkungen auf individueller und kontextueller Ebene berücksichtigen. Vulnerable Bevölkerungsgruppen können identifiziert werden. Auf epidemiologischen Erkenntnissen beruhende theoretische Modelle tragen zur Strategieentwicklung bei. Für die Entwicklung von Maßnahmen für mehr Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit sind quantitative Abschätzungen von sozialen Unterschieden bei Umweltexpositionen, individueller und kontextueller Vulnerabilität sowie umweltbezogener Gesundheit und die Aufklärung von Entstehungsmechanismen grundlegend (Braubach 2013; Kruize et al. 2014). Epidemiologische Erkenntnisse bilden eine wichtige Basis für das Wissen darüber, was eine gesundheitsfördernde und -erhaltende Wohnumwelt („healthy urban environment") ausmacht. Diese Evidenz gilt es nun im Sinne von „healthy urban planning" umfassend in der Stadtplanung zu nutzen (Barton/Thompson/Burgess et al. 2015: xxxiii). Eine intersektorale Zusammenarbeit und die Nutzung epidemiologischen Wissens für die Planungspraxis kann nur durch einen wechselseitigen Wissenstransfer gelingen, wenn einerseits die epidemiologische Evidenz adäquat kommuniziert wird und andererseits Fragestellungen und Probleme an die epidemiologische Forschung herangetragen werden.

Autorin

Gabriele Bolte (**1966*), *Professorin für Sozialepidemiologie am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, Leiterin der Abteilung Sozialepidemiologie im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Geschäftsführende Direktorin des IPP. Forschungsschwerpunkte: Umweltgerechtigkeit – Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit, Urban Health – Gesundheit im urbanen Raum, Intervention-generated Inequalities – durch Public-Health-Interventionen verstärkte gesundheitliche Ungleichheiten.*

Literatur

Andrews, G. J.; Hall, E.; Evans, B.; Colls, R. (2012): Moving beyond walkability: On the potential of health geography. In: Social Science & Medicine 75 (11), 1925-1932.
Angerer, J.; Ewers, U.; Wilhelm, M. (2007): Human biomonitoring: state of the art. In: International Journal of Hygiene and Environmental Health 210 (3/4), 201-228.
Balazs, C.; Morello-Frosch, R. (2013): The three r's: How community based participators research strengthens the rigor, relevance and reach of science. In: Environmental Justice 6 (1), 9-16.
Barton, H.; Thompson, S.; Burgess, S.; Grant, M. (eds.) (2015): The Routledge handbook of planning for health and well-being: Shaping a sustainable and healthy future. London.
Berkman, L. F.; Kawachi, I. (2014): A historical framework for social epidemiology: Social determinants of population health. In: Berkman, L. F.; Kawachi, I.; Glymour, M. M. (eds.): Social Epidemiology. Oxford/New York, 1-16.
Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Eine Einführung in die Thematik und Zielsetzung dieses Buches. In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern, 15-37.
Bolte, G.; Kohlhuber, M. (2009): Soziale Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, 99-116.
Bolte, G.; Voigtländer, S.; Razum, O.; Mielck, A. (2012): Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit. In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern, 39-50.
Braubach, M. (2013): Benefits of environmental inequality assessments for action. In: Journal of Epidemiology and Community Health 67 (8), 625-628.
Briggs, D. (1999): Environmental health indicators: Framework and methodologies. Geneva.
Brunekreef, B. (2008): Environmental epidemiology and risk assessment. In: Toxicology Letters 180 (2), 118-122.
Corburn, J. (2013): Healthy city planning: From neighbourhood to national health equity. London/New York.
CSDH – Commission on Social Determinants of Health (ed.) (2008): Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva.
Cummins, S. (2007): Commentary: Investigating neighbourhood effects on health – avoiding the 'Local Trap'. In: International Journal of Epidemiology 36 (2), 355-357.
Dadvand, P. (2015): Remote sensing. In: Nieuwenhuijsen, M. J. (ed.): Exposure assessment in environmental epidemiology. Oxford/New York, 311-328.
de Hoogh, K.; Briggs, D.; Gulliver, J. (2015): Environmental measurement and modeling. Source dispersion and micro-environmental models. In: Nieuwenhuijsen, M. J. (ed.): Exposure assessment in environmental epidemiology. Oxford/New York, 69-86.
Diez-Roux, A. V. (1998): Bringing context back into epidemiology: Variables and fallacies in multilevel analysis. In: American Journal of Public Health 88 (2), 216-222.
Diez Roux, A. V. (2011): Complex systems thinking and current impasses in health disparities research. In: American Journal of Public Health 101 (9), 1627-1634.

Dreier, M.; Kramer, S.; Stark, K. (2012): Epidemiologische Methoden zur Gewinnung verlässlicher Daten. In: Schwartz, F. W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M. L.; Busse, R.; Schneider, N. (Hrsg.): Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München, 410-449.
Elliott, P.; Wartenberg, D. (2004): Spatial epidemiology: Current approaches and future challenges. In: Environmental Health Perspectives 112 (9), 998-1006.
Fehr, R.; Mekel, O. C. L.; Hurley, J. F.; Mackenbach, J. P. (2016): Health impact assessment – a survey on quantifying tools. In: Environmental Impact Assessment Review 57, 178-186.
Fehr, R.; Viliani, F.; Nowacki, J.; Martuzzi, M. (eds.) (2014): Health in impact assessments: Opportunities not to be missed. Copenhagen.
Flacke, J.; Schüle, S. A.; Köckler, H.; Bolte, G. (2016): Mapping environmental inequalities relevant for health for informing urban planning interventions – a case study in the city of Dortmund, Germany. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 13 (7), 711. DOI: 10.3390/ijerph13070711.
Frieden, T. R. (2010): A framework for public health action: The health impact pyramid. In: American Journal of Public Health 100 (4), 590-595.
Galea, S.; Link, B. G. (2013): Six paths for the future of social epidemiology. In: American Journal of Epidemiology 178 (6), 843-849.
Gelormino, E.; Melis, G.; Marietta, C.; Costa, G. (2015): From built environment to health inequalities: An explanatory framework based on evidence. In: Preventive Medicine Report 2, 737-745.
Gulliver, J.; Briggs, D.; de Hoogh, K. (2015): Environmental measurement and modeling: Introduction and methods using geographical information systems. In: Nieuwenhuijsen, M. J. (ed.): Exposure assessment in environmental epidemiology. Oxford/New York, 45-67.
Hannan, P. J. (2006): Experimental social epidemiology – controlled community trials. In: Oakes, J. M.; Kaufman, J. S. (eds.): Methods in Social Epidemiology. San Francisco, CA, 341-369.
Haveman-Nies, A. (2010): Seven epidemiologic steps in the public health cycle. In: Haveman-Nies, A.; Jansen, S.; van Oers, H.; van 't Veer, P. (eds.): Epidemiology in public health practice. Wageningen, 83-96.
Hertz-Picciotto, I. (2008): Environmental Epidemiology. In: Rothman, K. J.; Greenland, S.; Lash, T. L. (eds.): Modern Epidemiology. Philadelphia, PA, 598-619.
Hoek, G.; Beelen, R.; Brunekreef, B. (2015): Land use regression models for outdoor air pollution. In: Nieuwenhuijsen, M. J. (ed.): Exposure assessment in environmental epidemiology. Oxford/New York, 271-294.
Kaba-Schönstein, L. (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, 137-144.
Kaufman, J. S. (2008). Social Epidemiology. In: Rothman, K. J.; Greenland, S.; Lash, T. L. (eds.): Modern Epidemiology. Philadelphia, PA, 532-548.
Köckler, H. (2014): Nur die Einladung reicht nicht: Teilhabe als Schlüssel umweltbezogener Gerechtigkeit. In: Politische Ökologie 136, 43-48.
Krieger, N. (2001): Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. In: International Journal of Epidemiology 30 (4), 668-677.
Krieger, N. (2011): Epidemiology and the people's health: Theory and context. Oxford/New York.
Kruize, H.; Droomers, M.; van Kamp, I.; Ruijsbroek, A. (2014): What causes environmental inequalities and related health effects? An analysis of evolving concepts. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 11 (6), 5807-5827.
Kuhn, J.; Bolte, G. (2011): Epidemiologie und Sozialepidemiologie. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, 61-64.
Lakes, T.; Brückner, M.; Krämer, A. (2014): Development of an environmental justice index to determine socio-economic disparities of noise pollution and green space in residential areas in Berlin. In: Journal of Environmental Planning and Management 57 (4), 538-556.
Lantz, P. M.; Israel, B. A.; Schulz, A. J.; Reyes, A. (2006): Community-based participatory research: Rationale and relevance for social epidemiology. In: Oakes, J. M.; Kaufman, J. S. (eds.): Methods in social epidemiology. San Francisco, CA, 239-266.
Leung, M. W.; Yen, I. H.; Minkler, M. (2004): Community-based participatory research: A promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. In: International Journal of Epidemiology 33 (3), 499-506.
Lopez, R. P. (2012): The built environment and public health. San Francisco, CA.

Lorenc, T.; Petticrew, M.; Welch, V.; Tugwell, P. (2013): What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. In: Journal of Epidemiology and Community Health 67 (2), 190-193.
Macintyre, S.; Ellaway, A.; Cummins, S. (2002): Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them? In: Social Science and Medicine 55 (1), 125-139.
Merlo, J.; Wagner, P.; Ghith, N.; Leckie, G. (2016): An original stepwise multilevel logistic regression analysis of discriminatory accuracy: The case of neighbourhoods and health. In: PLoS One 11 (4). DOI: 10.1371/journal.pone.0153778.
Nieuwenhuijsen, M. J. (2015): Personal exposure monitoring and modeling. In: Nieuwenhuijsen, M. J. (ed.): Exposure assessment in environmental epidemiology. Oxford/New York, 87-111.
Nieuwenhuijsen, M. J. (2016): Urban and transport planning, environmental exposures and health – new concepts, methods and tools to improve health in cities. In: Environmental Health 15 (Suppl. 1), 161-171.
Northridge, M. E.; Freeman, L. (2011): Urban planning and health equity. In: Journal of Urban Health 88 (3), 582-597.
Nowacki, J.; Mekel, O. (2012): Health Impact Assessment und Umweltgerechtigkeit. In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern, 283-293.
Nuckols, J. R.; Ward, M. H.; Jarup, L. (2004): Using geographic information systems for exposure assessment in environmental epidemiology studies. In: Environmental Health Perspectives 112 (9), 1007-1015.
O'Campo, P.; Dunn, J. R. (2012): Introduction. In: O'Campo, P.; Dunn, J. R. (eds.): Rethinking social epidemiology: Towards a science of change. Dordrecht/Heidelberg u.a., 1-19.
O'Campo, P.; O'Brien Caughy, M. (2006): Measures of residential community contexts. In: Oakes, J. M.; Kaufman, J. S. (eds.): Methods in social epidemiology. San Francisco, CA, 193-208.
O'Fallon, L. R.; Dearry, A. (2002): Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. In: Environmental Health Perspectives 110 (Suppl. 2), 155-159.
Oakes, J. M.; Kaufman, J. S. (2006): Introduction: Advancing methods in social epidemiology. In: Oakes, J. M.; Kaufman, J. S. (eds.): Methods in social epidemiology. San Francisco, CA, 3-20.
Olden, K.; Lin, Y. S.; Gruber, D.; Sonawane, B. (2014): Epigenome: biosensor of cumulative exposure to chemical and nonchemical stressors related to environmental justice. In: American Journal of Public Health 104 (10), 1816-1821.
Pedersen, M.; Droz, P.; Nieuwenhuijsen, M. (2015): Biological monitoring. In: Nieuwenhuijsen, M. J. (ed.): Exposure assessment in environmental epidemiology. Oxford/New York, 113-137.
Pennington, A.; Dreaves, H.; Scott-Samuel, A.; Haigh, F.; Harrison, A.; Verma, A.; Pope, D. (2017): Development of an urban health impact assessment methodology: Indicating the health equity impacts of urban policies. In: European Journal of Public Health 27 (Suppl. 2), 56-61.
Povall, S. L.; Haigh, F. A.; Abrahams, D.; Scott-Samuel, A. (2014): Health equity impact assessment. Health Promotion International 29 (4), 621-633.
Prasad, A.; Gray, C. B.; Ross, A.; Kano, M. (2016): Metrics in Urban Health: Current Developments and Future Prospects. In: Annual Review of Public Health 37, 113-133.
Prasad, A.; Kano, M.; Dagg, K. A.; Mori, H.; Senkoro, H. H.; Ardakani, M. A.; Elfeky, S.; Good, S.; Engelhardt, K.; Ross, A.; Armada, F. (2015): Prioritizing action on health inequities in cities: An evaluation of urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART) in 15 cities from Asia and Africa. In: Social Science & Medicine 145, 237-242.
Rappaport, S. M. (2012): Discovering environmental causes of disease. In: Journal of Epidemiology and Community Health 66 (2), 99-102.
Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2011): Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, 469-471.
Rothenberg, R.; Stauber, C.; Weaver, S.; Dai, D.; Prasad, A.; Kano, M. (2015): Urban health indicators and indices – current status. In: BMC Public Health 15, 494. DOI: 10.1186/s12889-015-1827-x.
Rothenberg, R.; Weaver, S. R.; Dai, D.; Stauber, C.; Prasad, A.; Kano, M. (2014): A flexible urban health index for small area disparities. In: Journal of Urban Health 91 (5), 823-835.
Rothman, K. J.; Greenland, S.; Lash, T. L. (2008): Types of epidemiologic studies. In: Rothman, K. J.; Greenland, S.; Lash, T. L. (eds.): Modern epidemiology. Philadelphia, PA, 87-99.
Rudolph, L.; Caplan, J.; Ben-Moshe, K.; Dillon, L. (2013): Health in all policies: A guide for state and local governments. Washington, D.C./Oakland, CA.

Rydin, Y.; Bleahu, A.; Davies, M.; Dávila, J. D.; Friel, S.; de Grandis, G. et al. (2012): Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. In: The Lancet 379, 2079-2108.
Schüle, S. A.; Bolte, G. (2015): Interactive and independent associations between the socioeconomic and objective built environment on the neighbourhood level and individual health: A systematic review of multilevel studies. In: PLoS One 10 (4). DOI: 10.1371/journal.pone.0123456.
Sexton, K. (2012): Cumulative risk assessment: An overview of methodological approaches for evaluating combined health effects from exposure to multiple environmental stressors. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 9 (2), 370-390.
Solomon, G. M.; Morello-Frosch, R.; Zeise, L.; Faust, J. B. (2016): Cumulative environmental impacts: science and policy to protect communities. In: Annual Review of Public Health 37, 83-96.
Szklo, M.; Nieto, F. J. (2014): Epidemiology: Beyond the basics. Burlington, MA.
Wild, C. P. (2012): The exposome: from concept to utility. In: International Journal of Epidemiology 41 (1), 24-32.

Christa Böhme, Ulrich Dilger, Eike Quilling

INTEGRIERTES VERWALTUNGSHANDELN FÜR EINE GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTENTWICKLUNG

Gliederung

1 Einleitung
2 Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung: Was heißt das eigentlich?
3 Vor welchen Herausforderungen steht ein integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung?
4 Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung: Wie kann es besser gelingen?
Literatur

Kurzfassung
Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ist eine interdisziplinäre Querschnittsaufgabe, die nur durch integriertes Verwaltungshandeln bewältigt werden kann. Unter einem solchen Handeln sind nicht nur die fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Ressorts sowie die Einbeziehung verschiedener sektoraler Handlungsfelder und Fachplanungen, sondern auch die Bündelung von Ressourcen, die Vernetzung mit Akteuren außerhalb von Politik und Verwaltung sowie die Verknüpfung unterschiedlicher räumlicher Ebenen zu verstehen. Vor allem die Versäulung der Verwaltung, unterschiedliche Herangehensweisen, Methoden und „Sprachwelten" der Fachdisziplinen sowie mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen erweisen sich in der Praxis als Hürden für ein integriertes Handeln der Verwaltung. Politik auf allen Ebenen – Kommunen, Länder, Bund – kann aber auf vielfältige Weise dazu beitragen, die erforderlichen Rahmenbedingungen für integriertes Verwaltungshandeln und damit für die Kooperation von räumlicher Planung und Gesundheitsförderung zu verbessern.

Schlüsselwörter
Verwaltung – Kommune – Ressort – Kooperation – Vernetzung – Organisation – Beteiligung

Integrated administrative actions for health-promoting urban development

Abstract
Health-promoting urban development is an interdisciplinary cross-sectional task that needs to be managed through integrated administrative action. This involves not only the interdisciplinary cooperation of various departments across different sectors and the interconnecting of their public health policy plans, but also the pooling of resources, networking with actors from beyond politics and administration, and interlinkages

between spatial levels. Especially the pillarisation of the administration, the different approaches, methods and "languages" of the disciplines, and insufficient human and financial resources have proved to be barriers to integrated administration. However, policy at all levels – local, regional and national – can contribute to the necessary requirements for integrated administration in a variety of ways and can consequently improve spatial planning and health promotion.

Keywords
Administration – municipality – department – cooperation – networking – organisation – participation

1 Einleitung

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ist eine Querschnittsaufgabe, die unterschiedliche Themen und damit unterschiedliche Ressorts der Kommunalverwaltung betrifft. Hierzu zählen insbesondere Stadtentwicklung/Stadtplanung, Gesundheit und Umwelt, aber auch Bereiche wie Sport, Bildung und Soziales. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung kann daher nur gelingen, wenn die verschiedenen Fachverwaltungen ressortübergreifend zusammenarbeiten und unter Nutzung der verschiedenen Ansätze, Denkweisen und Methoden interdisziplinär Ziele und Strategien abstimmen und Maßnahmen umsetzen. Eine solche Herangehensweise folgt dem Leitbild einer kooperativen Kommune, das in den letzten Jahren die Debatte zur Verwaltungsmodernisierung stark geprägt hat (Berndt/Sinning 2012: 212), und kann auch als integriertes Verwaltungshandeln bezeichnet werden (Böhme/Preuß/Bunzel et al. 2015: 129 ff.).

Dabei stellt sich im Kontext von integriertem Verwaltungshandeln eine Reihe von Fragen, denen in diesem Beitrag nachgegangen wird:

> Was ist unter integriertem Verwaltungshandeln genau zu verstehen? Bezieht sich der integrierte Handlungsansatz allein auf das ressortübergreifende Agieren der Verwaltung oder gibt es im Zusammenhang mit gesundheitsfördernder Stadtentwicklung noch weitere Aspekte, auf die das integrierte Handeln ausgerichtet sein kann bzw. sollte?

> Was kann einem integrierten kommunalen Verwaltungshandeln – auch wenn sein Erfordernis für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung nicht infrage gestellt wird – im Weg stehen? Was sind die hemmenden Faktoren?

> Wie kann integriertes Verwaltungshandeln besser gelingen? Welche Handlungsempfehlungen können hierfür den Kommunen selbst, aber auch Bund und Ländern als wichtige rahmensetzende Akteure gegeben werden?

2 Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung: Was heißt das eigentlich?

Der Frage, was mit Blick auf gesundheitsfördernde Stadtentwicklung unter integriertem Verwaltungshandeln zu verstehen ist, kann sich über den folgenden Definitionsansatz für integrierte Handlungsansätze in der Stadtentwicklung aus dem Vorbereitungspapier zur Leipzig-Charta genähert werden: „Allgemein kann unter integrierten Ansätzen eine räumliche, zeitliche sowie sachliche Abstimmung und Vernetzung unterschiedlicher politischer Handlungsfelder und Fachplanungen verstanden werden, bei der unter Vorgabe bestimmter (finanzieller) Instrumente definierte Ziele erreicht werden sollen. Dabei spielt die frühzeitige und umfassende Einbindung aller relevanten Akteure auch außerhalb von Politik und Verwaltung eine herausragende Rolle“ (BMVBS/BBSR 2007: 15). Auf integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung übertragen bedeutet diese Definition, dass für dieses Handeln ein ressortübergreifendes Agieren von raumplanerischen sowie gesundheitsfördernden Verwaltungsbereichen die essentielle Grundlage ist, sich das Integrative von Verwaltungshandeln aber darüber hinaus auf verschiedene Aspekte beziehen kann. Integriert werden können insbesondere:

- verschiedene sektorale Handlungsfelder (z. B. Stadtplanung, Gesundheitsförderung, Umweltschutz) und Fachplanungen (z. B. Flächennutzungsplan, Fachplan Gesundheit, Lärmaktionsplanung (zur Funktion des Fachplans Gesundheit bei integrierten Planverfahren siehe Beitrag von Baumgart/Dilger in diesem Band),
- unterschiedliche Ressourcen (Finanzmittel, Sachmittel, Know-how),
- Akteure außerhalb von Politik und Verwaltung (u. a. lokale Bevölkerung, Umweltverbände, freie Träger),
- unterschiedliche räumliche Ebenen (Quartiere/Stadtteile, Gesamtstadt, Region) (BMVBS/BBSR 2007: 101).

Fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Ressorts
Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachressorts in der Kommunalverwaltung ist von essentieller Bedeutung für eine erfolgreiche und nachhaltige gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Für die Schnittstelle „Räumliche Planung und Gesundheitsförderung“ sind in diese fachübergreifende Zusammenarbeit vor allem die Verwaltungsbereiche für Stadtentwicklung/Stadtplanung, Umwelt und Gesundheit und ggf. auch die zuständigen Verwaltungen für Sport, Bildung und Soziales einzubeziehen. Die konkrete Form der Zusammenarbeit in der Kommune wird sich auch an den ortsspezifischen Strukturen und der jeweiligen Leistungsfähigkeit der Verwaltung orientieren müssen. Während in Großstädten formelle Schnittstellen (u. a. ämterübergreifende Arbeitsgruppen, Koordinatoren) unumgänglich sind, wird sich ein integriertes Handeln in kleineren Kommunen oft auch informell auf „kurzem Wege“ zwischen Kolleginnen und Kollegen aus den unterschiedlichen Ressorts realisieren lassen. Im stadtregionalen/interkommunalen Kontext sind wiederum eher formalisierte

Strukturen für die Zusammenarbeit erforderlich. Mit Blick auf kreisangehörige Kommunen ist zudem zu berücksichtigen, dass viele Zuständigkeiten für Umwelt, Gesundheit und Soziales regelmäßig beim Kreis angesiedelt sind.

Einbeziehung verschiedener sektoraler Handlungsfelder und Fachplanungen
Die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachressorts soll vor allem gewährleisten, dass alle für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung relevanten Handlungsfelder einbezogen werden. Neben der ressortübergreifenden Zusammenarbeit kann die Einbindung unterschiedlicher sektoraler Handlungsfelder und Fachplanungen aus dem städtebaulichen, gesundheitlichen, sozialen und Umweltbereich daher als Kernelement integrierten Verwaltungshandelns betrachtet werden (BMVBS/BBSR 2007: 101 ff.). Dabei werden an der Schnittstelle „Räumliche Planung und Gesundheitsförderung" in der Regel durch baulich-städtebauliche Themen und Planungen (Stadtentwicklungsplanung, Bauleitplanung) „Klammern" um die anderen Handlungsfelder und Fachplanungen gebildet, die je nach thematischer Ausrichtung unterschiedliche Schwerpunkte setzen (u. a. Kindergesundheit, Lärmschutz, Luftreinhaltung, Klimaschutz, Freiraumentwicklung). Aber gerade am Maß der Berücksichtigung der anderen Handlungsfelder – beispielsweise bei der Abwägung im Rahmen der Bauleitplanung – lässt sich ablesen, wie ernst Kommunalpolitik eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung nimmt (BMVBS/BBSR 2007: 103).

Ressourcenbündelung
Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung erfordert Ressourcen. Neben Sachmitteln und Know-how sind damit in erster Linie finanzielle Mittel angesprochen. Benötigt werden Mittel zur Finanzierung von Vorhaben sowohl im baulich-städtebaulichen als auch im sozial-integrativen Bereich. Es geht darum, Förderprogramme des Bundes und der Länder aufeinander abzustimmen, EU-Mittel in die Finanzierungskulisse zu integrieren sowie kommunale Ressortmittel miteinander zu vernetzen und mit Förderprogrammen in Einklang zu bringen. Dabei spielen für baulich-städtebauliche Maßnahmen die investiven Mittel der Städtebauförderung eine zentrale Rolle (zur Städtebauförderung siehe Beitrag von Böhme/Spies/Weber). Wichtig ist aber auch die Aktivierung anderer (Förder-)Mittel. Vor allem gilt es, für die Finanzierung sozial-integrativer Maßnahmen auch nicht-investive Mittel in die gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zu lenken. Dabei muss sich das Verwaltungshandeln nicht allein auf die Integration öffentlicher Mittel beschränken, sondern kann darauf angelegt sein, Finanzmittel von Akteuren außerhalb von Politik und Verwaltung, wie z. B. Wohnungsunternehmen und Krankenkassen, in die gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zu lenken.

Vernetzung mit Akteuren außerhalb von Politik und Verwaltung
Damit integriertes Verwaltungshandeln im Sinne einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung funktioniert und die unterschiedlichen Fachdisziplinen gut miteinander zusammenarbeiten können, ist es notwendig, nicht nur die unterschiedlichen Verwaltungsbereiche zusammenzubringen, sondern darüber hinaus auch die Akteure im Feld mit einzubeziehen und sich gemeinsam zu vernetzen.

Hierfür ist es erforderlich, entsprechende Strukturen für professionelles Handeln aufzubauen. Je nach Anzahl der zu Beteiligenden – also je nach Größe des Netzwerks – sollten folgende Arbeitsgremien definiert werden: eine Steuerungsgruppe als zentrales Entscheidungsgremium, ein Netzwerkmanagement, das alle Handlungsebenen und Maßnahmen koordiniert, sowie ggf. fachbezogene Arbeitsgruppen.

Steuerungsgruppe: Das zentrale Gremium, in dem die relevanten externen Institutionen und die verschiedenen Bereiche der Verwaltung vertreten sein sollten, ist die Steuerungsgruppe. Da dieses Gremium die Beschlüsse fasst, ist es erforderlich, dass in einer Steuerungsgruppe Akteure mit Entscheidungsbefugnis vertreten sind. Die Steuerungsgruppe bildet den Kern der Organisation in vernetzten Strukturen (Böhm/Janßen/Legewie 1999: 41).

Netzwerkmanagement: Das Netzwerkmanagement bildet die Arbeitsebene und sollte aus einem kompetenten (Kern-)Team bestehen, das die Steuerungsgruppe zusammenstellt und diese in ihrer Arbeit operativ unterstützt. Diese Koordinationsstelle forciert zielgerichtet den Prozessfortschritt. Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, werden „Netzwerkmanager" benötigt, die moderieren und motivieren können. „Darüber hinaus sollten sie [die Netzwerkmanager] auch fachkompetent sein und sich in die unterschiedlichen Inhalte einarbeiten können, um authentisch auftreten zu können und von den verschiedenen Partnern gleichermaßen akzeptiert zu werden. Sie sind für den Informationsfluss in alle Richtungen zuständig und haben darüber hinaus die Aufgabe, die aktive und zielgerichtete Beteiligung der Betroffenen sicherzustellen" (Quilling/Nicolini/Graf et al. 2013: 16).

Arbeitsgruppen: In großen interdisziplinären Arbeitsstrukturen kann es darüber hinaus erforderlich sein, fachbezogene Arbeitsgruppen einzurichten, um möglichst viele verschiedene Fachkompetenzen zusammenzuführen, die bestimmte Aufgaben übernehmen und Entscheidungsgrundlagen für die Steuerungsgruppe vorbereiten.

Verknüpfung unterschiedlicher räumlicher Ebenen

Die Realität vor Ort in den Kommunen ist durch komplexe Zusammenhänge gekennzeichnet. „Damit sind unter anderem die räumlichen Bezugsebenen integrierten kommunalen Handelns angesprochen, die eben jene ‚Realität' darstellen (Teilräume bzw. Quartiere, Gesamtstadt, Region)" (BMVBS/BBSR 2007: 105) und daher insbesondere hinsichtlich ihrer wechselseitigen Abhängigkeiten und Wirkungen integriert zu betrachten sind. So kann beispielsweise verhindert werden, dass quartiersbezogenen Strategien durch Maßnahmen der gesamtstädtischen Stadtentwicklung entgegengewirkt wird. Gesamtstädtische Konzepte können aber auch in hohem Maße stadtregionale Implikationen aufweisen. Dabei kann es beispielsweise um eine interkommunale Entwicklung von gesundheitsfördernden Angeboten in der Region wie Naherholungsgebiete/Regionalparks gehen. In der Praxis der Stadtentwicklung ist die Integration der verschiedenen räumlichen Ebenen allerdings noch generell wenig eingeübt; vor allem regionale Aspekte werden in der Regel vernachlässigt (vgl. BMVBS/BBSR 2007: 105). Dies trifft somit auch auf eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zu.

3 Vor welchen Herausforderungen steht ein integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung?

Obwohl die Notwendigkeit eines integrierten Verwaltungshandelns für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung mit Blick auf die Ausdifferenzierung betroffener Fachstellen und Ressorts unbestritten ist, zeigen sich in der Praxis diverse Hürden bei der tatsächlichen Implementierung dieser Maxime. Diese Hürden können, müssen aber nicht auftreten, wie beispielsweise die Erstellung der Fachpläne Gesundheit in der Pilotphase in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen gezeigt hat (zum Fachplan Gesundheit siehe Beitrag von Baumgart/Dilger in diesem Band). Auch werden in der Regel nicht alle geschilderten Hürden auf einmal zum Tragen kommen, einzelne Hürden können aber durchaus eine erhebliche Herausforderung mit Blick auf integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung sein.

Organisationsstruktur
Die größte Herausforderung liegt in der „versäulten" Grundstruktur der Verwaltungsapparate. Eine thematisch-sektorale Aufteilung von Zuständigkeiten und Aufgabenbereichen in die Geschäftsbereiche Planung, Gesundheit, Umwelt, Soziales fördert zwangsläufig ein traditionelles Ressortdenken und bringt eine Konkurrenzsituation, beispielsweise um Projektmittel, Personalstellen und politische/öffentliche Aufmerksamkeit, mit sich. Eine fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Ämter „auf Augenhöhe" ist aufgrund teilweise konkurrierender Interessenslagen und unterschiedlicher politischer Aufträge keine Selbstverständlichkeit.

Insbesondere in größeren Kommunen kann auf Arbeitsebene auch das fehlende Wissen über Aufgaben, Ziele und Instrumente der jeweils anderen Verwaltungsbereiche eine Hürde sein. Ressortübergreifende Arbeitsgruppen decken als verbindende Elemente thematisch festgelegte Schnittmengen im Verwaltungsapparat teilweise ab. Einen Gesamtüberblick können aber auch sie nicht geben.

Unter räumlichen Gesichtspunkten stellt die regionale bzw. interkommunale Vernetzung von Verwaltungsexperten ein weiteres Problem dar. Auch hier verhindern eine grundlegende Konkurrenzsituation (politisches „Kirchturmdenken") und fehlende Kooperationsstrukturen zwischen benachbarten Kommunen in der Regel eine Zusammenarbeit über die Gemeindegrenze hinweg. Zudem mangelt es häufig an Erfahrungen mit interkommunalen Kooperationen (vgl. BMVBS/BBSR 2007: 105).

Disziplinarität
Neben den durch die Verwaltungsorganisation vorgegebenen strukturellen Hindernissen für ein integriertes Verwaltungshandeln stellen die verschiedenen Herangehensweisen und Methoden der Fachdisziplinen eine weitere Hürde dar. Ein Beispiel im Kontext der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung soll dies veranschaulichen. Während die Stadtplanung einen räumlichen Fokus einnimmt (siehe hierzu Beitrag von Baumgart), handelt die Gesundheitsförderung schwerpunktmäßig zielgruppen- und settingbezogen (siehe hierzu Beitrag von Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band). Der Umweltschutz wiederum orientiert sich vor allem an Umweltmedien (Wasser, Boden, Luft), Belastungspfaden bzw. Gefahr- und Schadstoffen.

Zusätzlich zum unterschiedlichen Blickwinkel, den die betroffenen Disziplinen einnehmen, behindern die verschiedenen „Sprachwelten“ und ein oftmals extrem spezialisiertes Fachwissen einen einfachen Austausch und das Ableiten gemeinsamer Ziele. Generalisten und Netzwerker sind in den Fachverwaltungen immer noch wenig verbreitet. Dies trifft auch auf die proaktive Einbindung von Akteuren außerhalb der Verwaltung und Politik zu. Zwar nimmt die Bedeutung partizipativer Ansätze bundesweit zu, in der Regel verhindert jedoch das Fehlen einer entsprechenden (Nach-)Qualifikation von Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern das Fehlen von verbindlichen Richtlinien eine umfassende Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern und anderen zivilgesellschaftlichen Akteursgruppen.

Ressourcen
Eine erfolgreiche ressortübergreifende Kooperation kann auch aufgrund mangelnder Ressourcen scheitern. Austausch und insbesondere eine gemeinsame Projektarbeit setzen finanzielle Ressourcen sowie personelle Kapazitäten auf der Arbeits- und Lenkungsebene voraus. Eine Bündelung von Ressourcen über Ressortgrenzen hinaus ist aufgrund der bereits dargestellten „versäulten“ Grundstruktur der Verwaltung kaum verbreitet. Ein zunehmender Konsolidierungsdruck in vielen Kommunen führt – wie sich in der kommunalen Praxis zeigt – zudem zu einer Erhöhung der Arbeitsbelastung bei den Verwaltungsangestellten und damit zu einer Fokussierung auf sektorale Kernthemen. Auch fehlen oftmals die finanziellen Mittel, Personalstellen mit Schnittstellenprofil neu zu schaffen.

Faktor Mensch
Ebenso wird in der kommunalen Praxis deutlich, dass eine funktionierende Kooperation durchaus auch von der persönlichen Motivation und den sozialen Kompetenzen der beteiligten Führungskräfte und Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter abhängt. Stimmt die „Chemie“ im ressortübergreifenden Netzwerk nicht, lässt sich auch ein von der Leitungsebene verordnetes integriertes Verwaltungshandeln nicht erfolgreich umsetzen. Häufig mangelt es zudem daran, dass eine Kultur der Anerkennung der jeweils anderen Fachkompetenzen von der Leitungsebene nicht vorgelebt wird und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern keine ausreichend kommunikativen Fähigkeiten vermittelt werden, um eine Kommunikation auf Augenhöhe zu ermöglichen.

4 Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung: Wie kann es besser gelingen?

Um integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung in den Kommunen zu stärken und auszuweiten, lässt sich eine Reihe von Handlungsempfehlungen für die Kommunen, aber auch für Bund und Länder als rahmensetzende Akteure formulieren.

Handlungsempfehlungen für die kommunale Ebene
Eine wesentliche Voraussetzung für integriertes Verwaltungshandeln ist ein verpflichtender übergeordneter Auftrag aus der Politik bzw. Verwaltungsspitze. Ein zielgerichtetes integriertes Handeln muss daher zur „Chefsache“ und „Handlungsprämisse“ gemacht werden.

Alleine die Verordnung der Kooperation „von oben“ reicht aber nicht aus. Es gehört auch dazu, den beteiligten administrativen Einheiten die Vorteile des integrierten Agierens aufzuzeigen (u.a. integrierte Lösungen für komplexe Problemlagen, Erzeugung von Synergien, Einsparung von Ressourcen) und vor allem allen einbezogenen Verwaltungsbereichen einen Mehrwert aus dem integrierten Handeln im Sinne von „Win-win-Situationen“ zu ermöglichen. Werden die beteiligten Ressorts lediglich als Zuarbeiter verstanden und profitiert allein eine Verwaltungsstelle, wird das integrierte Handeln in der Verwaltung nicht von langer Dauer und daher wenig nachhaltig sein.

Auch die Einführung einer für integriertes Handeln geeigneten Organisationsstruktur in der Verwaltung kann sinnvoll sein, die neben der „versäulten“ Linienstruktur ressortübergreifendes, projektorientiertes Arbeiten mit kurzen Entscheidungswegen zulässt (BMVBS/BBSR 2007: 105). Dies kann beispielsweise durch die Etablierung einer Matrixorganisation in der Verwaltung erreicht werden. Bei einer solchen Organisationsform bleibt die vertikale Linienstruktur erhalten, wird aber um eine horizontale Dimension (Matrixstruktur) ergänzt, auf der typischerweise Querschnittsaufgaben wie gesundheitsfördernde Stadtentwicklung abgebildet werden können.

Integriertes Handeln an der Schnittstelle „Räumliche Planung und Gesundheitsförderung“ erfordert zudem eine stärkere sozialräumliche Orientierung der Gesundheits- und auch Umweltämter als bisher. Analog zum Setting-Ansatz, der die Rolle der Verhältnisprävention betont und die soziale und gebaute Umwelt als zentrale Determinanten von Gesundheit herausstellt, kann ein stärker sozialraumbezogenes Handeln die Umsetzung von Zielen der Gesundheitsförderung unterstützen (s. Beitrag Fischer/Köck in diesem Band).

Für den kommunalen Umweltschutz bietet sich insbesondere die Möglichkeit, im Hinblick auf das Schutzgut Mensch sozialraumbezogen kumulative Wirkungen gesundheitsfördernder und -schädlicher Umweltfaktoren zu betrachten und integrierte Maßnahmen zum Schutz von Mensch und Umwelt umzusetzen (ARL 2014: 14; Böhme/Preuß/Bunzel et al. 2015: 131).

Nicht nur die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Verwaltung muss gewollt und von den strukturellen Bedingungen gestärkt werden, auch das Potenzial und die Einbindung externer Partner müssen gesehen und gewollt werden. Um eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung langfristig in der Kommune zu integrieren, müssen die relevanten Stakeholder aktiviert und sowohl externe Akteure als auch Bürgerinnen und Bürger beteiligt werden. Die Partizipation der Beteiligten ist für die Akzeptanz und den Erfolg von Maßnahmen von entscheidender Bedeutung. Damit dies gelingt, benötigt gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ein professionelles Management, das organisationsempathisch handelt und Akteure sowie Bürgerinnen und Bürger aktiviert und beteiligt. So fordern auch Süß und Trojan (2012) ein Gesundheitsförderungsmanagement, das „[...] ausdrücklich die Organisation und Durchführung von Bürgerbeteiligung vorsieht [...]“ (Süß/Trojan 2012: 195). Für ein solches Gesundheitsförderungs- oder Netzwerkmanagement müssen die entsprechenden personellen Ressourcen bereitgestellt werden, um professionelles Handeln zu ermöglichen.

Nicht zuletzt erscheint es zudem erforderlich, Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern Fortbildungen zum ressortübergreifenden (Projekt-)Arbeiten, zum vernetzten Handeln und zur Bürgerbeteiligung anzubieten.

Handlungsempfehlungen für Bund und Länder
Sinnvoll erscheint eine stärkere Verankerung integrierten kommunalen Handelns in Förderrichtlinien des Bundes und der Länder. So können beispielsweise die Erstellung eines integrierten Konzeptes und die Bildung ressortübergreifender Arbeitsstrukturen zur Fördervoraussetzung gemacht werden (Böhme/Preuß/Bunzel et al. 2015: 131). Beispielgebend hierfür können die Bestimmungen zur Städtebauförderung sein, die für alle Teilprogramme (Soziale Stadt, Stadtumbau etc.) als Fördervoraussetzung ein unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger erstelltes integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept vorsehen (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015). Herangezogen werden kann auch das Beispiel der Fachpläne Gesundheit, die bereits in einzelnen Bundesländern erfolgreich erprobt wurden.

Auch die Erarbeitung von Arbeitshilfen für integriertes Handeln im Sinne eines „niedrigschwelligen", pragmatisch ausgerichteten Grundstandards sowie die Förderung des kommunalen Wissens- und Erfahrungsaustausches durch die Bereitstellung geeigneter Plattformen durch Bund und Länder können das integrierte Handeln vor Ort unterstützen und erleichtern (BMVBS/BBSR 2007: 107 f.). Zur Zusammenarbeit von kommunalen Akteuren aus Stadtentwicklung, Gesundheit, Umwelt, Soziales u.a. für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung gibt es bislang so gut wie keine Routinen, es sind aber bereits verschiedentlich ortspezifische Lösungsansätze hierzu zu finden. Der Austausch über solche Ansätze kann über internetbasierte Plattformen und „Face-to-Face"-Veranstaltungen unterstützt werden (ARL 2014: 11 f.; Böhme/Preuß/Bunzel et al. 2015: 131).

Zur Qualifizierung von Verwaltungsakteuren für integriertes Handeln sollten darüber hinaus die Länder die Lehrpläne von Bachelor- und Masterstudiengängen (Stadtplanung, Public Health, Umweltschutz u.a.) hinsichtlich ihrer Kompatibilität mit den komplexen Anforderungen integrierten Verwaltungshandelns überprüfen und gegebenenfalls anpassen (BMVBS/BBSR 2007: 107 f.).

Zudem ist nicht nur in den Kommunen, sondern auch auf den Ebenen von Bund und Ländern zur Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen (Instrumente, Förderprogramme/-richtlinien) für die Planung gesundheitsfördernder Stadtregionen eine intensivere Zusammenarbeit der Ressorts Stadtentwicklung, Gesundheit und Umwelt sinnvoll.

Autoren

Christa Böhme (**1960*), *Landschaftsplanerin. Seit 1991 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin im Deutschen Institut für Urbanistik, Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales. Arbeitsschwerpunkte: Integrierte und gesundheitsfördernde Stadt(teil)entwicklung, Umweltgerechtigkeit, Freiraumplanung. Mitglied der „Arbeitsgruppe gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung“ (AGGSE), des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL und des beratenden AK des „Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit“.*

Ulrich Dilger (**1984*), *Dipl.-Ing. (FH) Stadtplanung, M.A. (Univ.) Humangeographie. Seit 2010 als Stadtentwicklungsplaner im Amt für Stadtplanung und Stadterneuerung der Landeshauptstadt Stuttgart tätig. Arbeitsschwerpunkte: Bevölkerung, Sozialräumliche Grundsatzfragen und soziale Infrastruktur. Mitglied des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL.*

Eike Quilling (**1972*), *Prof. Dr., Erziehungswissenschaftlerin. Seit 2016 Professorin für Public Health im Kontext Sozialer Arbeit an der Hochschule RheinMain, Wiesbaden. Schwerpunkte: Rolle von Netzwerkstrukturen und Interventionsansätzen im Kontext gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten, Resilienzförderung, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Partizipation in der Gesundheitsförderung. Mitglied des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL.*

Literatur

ARL – Akademie für Raumordnung und Landesplanung (Hrsg.) (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt: Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Hannover. = Positionspapier aus der ARL 97.
http://shop.arl-net.de/media/direct/pdf/pospaper_97.pdf (29.12.2015).

Berndt, P.; Sinning, H. (2012): „Health-Governance“ in der Stadtentwicklung – Partizipation und Kooperation als Instrumente zur Gesundheitsförderung in der Stadt. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 211-219.

BMVBS/BBSR – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung; Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2007): Integrierte Stadtentwicklung als Erfolgsbedingung einer nachhaltigen Stadt. Berlin.

Böhm, B.; Janßen, M.; Legewie, H. (1999): Zusammenarbeit professionell gestalten. Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz. Freiburg im Breisgau.

Böhme, C.; Preuß, T.; Bunzel, A.; Reimann, B.; Seidel-Schulze, A.; Landua, D. (2015): Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum – Entwicklung von praxistauglichen Strategien und Maßnahmen zur Minderung sozial ungleich verteilter Umweltbelastungen. Dessau-Roßlau. = UBA-Reihe Umwelt & Gesundheit 01/2015.

Quilling, E.; Nicolini, H. J.; Graf, C.; Starke, D. (2013): Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden.

Süß, W.; Trojan, A. (2012): Partizipation und Beteiligung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern, 183-196.

Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015 über die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach Artikel 104b des Grundgesetzes zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen (VV-Städtebauförderung 2015) vom 18.12.2014/18.04.2015.
http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/staedtebaufoerd/A3_VVStaedtebaufoerderung2015_Liste.pdf (10.12.15).

Wolfgang Köck, Henrik Fischer

GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTENTWICKLUNG UND UMWELTGERECHTIGKEIT ALS PROBLEM DES STÄDTEBAU- UND BAUPLANUNGSRECHTS

Gliederung

1 Einführung: Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Umweltgerechtigkeit und die Aufgaben der Stadtplanung
2 Rechtliche Ansatzpunkte für die Überplanung von Stadträumen im Interesse der Gesundheitsförderung und Umweltgerechtigkeit
2.1 Ausgangspunkt: Das eingeschränkte Konfliktsteuerungspotenzial der Genehmigung von Bauvorhaben gem. §34 BauGB
2.2 Die Überplanung von Innenbereichslagen: Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung durch Bauleitplanung
2.3 Anreize für die Überplanung von Innenbereichslagen: Bebauungspläne der Innenentwicklung (§13a BauGB) und „Seveso-Recht“
2.3.1 Bebauungspläne der Innenentwicklung
2.3.2 Planungsanreize in Stadtquartieren, die dem Abstandswahrungsgebot der Seveso-II-Richtlinie unterliegen
2.4 Zur Anerkennung von Überplanungspflichten (§1 Abs. 3 BauGB)
2.4.1 Annäherung an eine objektiv determinierte Planungspflicht in der Bauleitplanung
2.4.2 Annährung an eine subjektiv determinierte Planungspflicht aus informellen Plänen
2.5 Zwischenfazit
3 Zur Rolle der Luftreinhalte- und Lärmminderungsplanung für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung
4 Integrierte gemeindliche Verkehrsplanung als Instrument zur Herstellung von Umweltgerechtigkeit: zur Notwendigkeit eines Gemeindeverkehrsplanungsgesetzes
5 Das Instrumentarium des besonderen Städtebaurechts, insbesondere städtebauliche Sanierungs- und Entwicklungsmaßnahmen
6 Fazit
Literatur

Kurzfassung
Die kommunale Bauleitplanung mit ihrer umfassenden Einbeziehung der Umwelt- und Gesundheitsbelange, den vielfältigen Festsetzungsmöglichkeiten im Interesse von Umwelt- und Gesundheitsschutz und dem Entscheidungsmaßstab des Gebots gerechter Abwägung ist im Wesentlichen ein Instrument für die wachsende Stadt, taugt aber nur partiell zur Problembewältigung, wenn es um bereits bebaute Areale geht. Auf entsprechende Überplanungen kommt es aber an, wenn Städte versuchen, mehrfach belastete Stadtquartiere, also städtische Räume, die durch eine Vielzahl

erheblicher Umwelteinwirkungen (Lärm, schlechte Luft, schlechtes Bioklima und schlechte Freiflächenversorgung) charakterisiert sind, zu entlasten, um damit mehr lokale Umweltgerechtigkeit herzustellen. Der folgende Beitrag zeichnet die gegenwärtige planerische Diskussion um eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und um Umweltgerechtigkeit in der Stadt nach, analysiert die rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen, mithilfe der Bauleitplanung sowie anderer städtebaulicher Instrumente entsprechende Planungsziele zu erreichen, und prüft in diesem Zusammenhang insbesondere auch die Planungspflichten der Gemeinde gem. §1 Abs. 3 BauGB. Ein großes Augenmerk gilt den Anreizen, die das Städtebaurecht sowie das Umwelt- und Klimawandelrecht für Überplanungen im Interesse des Umwelt- und Gesundheitsschutzes setzen. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Umweltfachplanungsinstrumente betrachtet und auch die Möglichkeiten kommunaler Verkehrsplanung erörtert.

Schlüsselwörter
Überplanung – Bauleitplanung – Planungspflicht – Innenentwicklung – Bestandsschutz – Sanierungsgebiet – Verkehrsplanung

Health-promoting urban development and environmental justice as an issue of urban planning legislation

Abstract
Urban land-use planning with its comprehensive inclusion of environmental and health issues, its various designation options and its guiding rule of fair consideration is a suitable instrument for a growing city. However, its ability to overcome problems is limited in existing built-up areas. Nevertheless, redesign is necessary to achieve more environmental justice in situations where municipalities try to relieve districts facing various considerable environmental impacts (noise, poor air quality, poor bioclimate or a poor provision of green areas). This paper presents the current discussion about health-promoting urban development and environmental justice, analyses the legal options and limitations of using land-use planning and other urban planning instruments to achieve these goals, and thereby especially considers the legal planning obligations of the municipalities laid out in Section 1 (3) BauGB. It also focuses on how urban planning law, environmental law und climate change law incentivise municipalities to redevelop in the interests of environmental and health protection. In this context it also regards different environmental planning instruments and discusses options related to urban traffic planning.

Keywords
Redesign – land-use planning – planning obligation – inner urban development – protection of existing fabric – redevelopment area – transport planning

1 Einführung: Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Umweltgerechtigkeit und die Aufgaben der Stadtplanung

„Not ist hierarchisch, Smog ist demokratisch" (Beck 1986) lautete die plakative Formel von Ulrich Beck in seiner berühmten Studie über die „Risikogesellschaft" aus dem Jahre 1986. Ob Umweltrisiken sich allerdings wirklich dadurch auszeichnen, dass sie demokratisch sind, indem sie alle gleich treffen, ist höchst zweifelhaft (Fisahn 2014; Diekmann/Meyer 2011). Becks These mag für einige Typen von Umweltbelastungen stimmen, insbesondere für tendenziell globale und permanente, nicht aber für die vielen räumlich eng begrenzten Umweltbelastungen, wie etwa den Umgebungslärm oder andere verkehrsbedingte Belastungen, die insbesondere in den Städten zunehmend zu einem Problem geworden sind, das nach integrativen Lösungskonzepten verlangt.

Überlagert wird die Debatte um Möglichkeiten der Bewältigung lokaler Umweltbelastungen zur Förderung des Gesundheitsschutzes und der städtischen Lebensqualität durch eine neue Diskussion über Umweltgerechtigkeit und Gesundheitsförderung im städtischen Raum (Böhme/Bunzel/Landua et al. 2014; Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012; Maschewsky 2001; Dieckmann 2013), die eine sozialräumlich ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen, die ungleichen Zugangsmöglichkeiten zu natürlichen Ressourcen, insbesondere städtischen Erholungsräumen wie etwa Grünanlagen oder Wasser in der Stadt (Kistemann/Völker 2014), sowie ungleiche Partizipationschancen an planerischen und vorhabenbezogenen Entscheidungsverfahren thematisiert (Böhme/Bunzel/Landua et al. 2014: 5; Böhme/Köckler in diesem Band). Umweltgerechtigkeit in diesem Verständnis beinhaltet nicht, die Nutzung der natürlichen Ressourcen in die Bahnen ökologischer Leitplanken zurückzuführen, wie in der politischen Ökologiedebatte („dauerhaft-umweltgerechte Entwicklung" SRU 1994) gefordert, sondern schaut allein auf das Schutzgut Mensch und auf soziale Ungleichgewichtslagen bei der Exposition von Umweltbelastungen sowie den Möglichkeiten, diese zu beseitigen oder doch wenigstens zu mindern (Böhme/Bunzel/Landua et al. 2014: 5). Eine so verstandene Umweltgerechtigkeitsdebatte schließt an die US-amerikanische „Environmental Justice"-Diskussion an (Kloepfer 2008). Diese hatte ihren Ausgangspunkt in der Beobachtung, dass Giftmülldeponien und andere besonders gefährliche Aktivitäten bevorzugt ihren Standort in Minderheiten-Gemeinden der USA zugewiesen bekamen (Kloepfer 2006: 57 ff.; 2000: 751). Heute wird die Gerechtigkeitsdebatte breiter verstanden, ist nicht auf ethnische Zumutungen fokussiert und erfasst auch Alltagsrisiken, wie Straßenlärm, Fluglärm oder Mobilfunkmasten (Kloepfer 2008: 2).

Besondere Schritte in dem Bemühen, die Umweltgerechtigkeit in der Stadt voranzutreiben, hat das Land Berlin mit seinem Modellvorhaben „Umweltgerechtigkeit im Land Berlin" eingeleitet, das für seinen städtischen Raum eine „Umweltgerechtigkeitskarte" anhand der Umweltfaktoren „Lärm, Luft, Bioklima und Freiflächenversorgung" erarbeitet hat und auf diese Weise Stadtquartiere identifizieren konnte, die durch drei- oder gar vierfache Umweltbelastungen charakterisiert sind (Dieckmann 2013: 1576). Der Befund, dass diese Quartiere zumeist im „hochverdichteten Innenstadtbereich" gelegen sind (Dieckmann 2013: 1576; Lakes/Klimeczek 2011: 42 f.), überrascht nicht; denn die städtebauliche Nutzung im innerstädtischen Bereich ist i. d. R. historisch gewachsen und nicht bewusst geplant. Planungsrechtliche Konfliktbewältigungs-

regeln, wie das in §50 BImSchG verankerte Trennungsgebot für konfligierende Nutzungen, das für alle raumbedeutsamen Planungen und Maßnahmen gilt, sind hier gerade nicht zur Anwendung gekommen. Auch das Gebot der planerischen Abwägung und die besonderen Steuerungsmöglichkeiten, die die Bauleitplanung bietet, wenn neue Räume für die städtebauliche Entwicklung erschlossen werden sollen (siehe für den Umgang mit Gewerbelärm: Rüdiger/Lamker in diesem Band), sind für den „unbeplanten Innenbereich" nicht einsetzbar. Die bauliche Nutzung solcher Räume vollzieht sich i.d.R. über die Anforderungen des §34 BauGB, der Schutz nur nach Maßgabe des an den relativen Umgebungsbedingungen orientierten Rücksichtnahmegebots gewährt (dazu näher unten 2.1). Spezielle immissionsschutzrechtliche Anforderungen sind sehr unterschiedlich entwickelt: Sie sind im Bereich der Ansprüche an die Luftqualität deutlich höher (Köck/Lehmann 2013) als mit Blick auf den Lärmschutz, der im Wesentlichen lediglich quellenbezogen, aber nicht akzeptorbezogen konzipiert, und mit Blick auf den Straßenverkehr nur bei baulichen Veränderungen einer Straße zu beachten ist (§41 BImSchG), nicht aber bei Belastungsveränderungen durch straßenrechtliche Maßnahmen, wie etwa der Umwidmung von Straßen (Schulze-Fielitz 2001: 186 f.). Auch die europarechtlich veranlasste Lärmminderungsplanung (§§ 47a ff. BImSchG) hat diesen Zustand bisher nicht signifikant verbessern können, weil es an klaren Vorgaben für eine Lärmsanierungsplanung fehlt (näher unten 3.), was auch als „größtes Defizit des Verkehrslärmschutzes" bezeichnet worden ist (Schulze-Fielitz 2001: 191).

Es gibt also insbesondere mit Blick auf die (Verkehrs-)Lärmbelastung (aber in engem Zusammenhang damit auch mit der Verkehrsschadstoffbelastung; Stichwort: Feinstaub und Stickoxide) viel zu tun in den Stadtquartieren, die durch Hauptverkehrsstraßen belastet und durch eine Gemengelage unterschiedlicher Nutzungen geprägt sind.

Für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklungspolitik insbesondere an solchen „hot spots" anzusetzen, ist sicherlich sinnvoll, und das Recht gebietet dies auch, wenn man auf die Pflichten zur Luftreinhalteplanung und zur Lärmminderungsplanung schaut (siehe unten 3.). Die städtebaurechtlichen und fachrechtlichen Instrumente, solchen Zuständen aktiv zu begegnen, sind vorhanden, in ihrer Reichweite aber unterschiedlich entwickelt, wie im Folgenden zu zeigen sein wird (siehe unten die Abschnitte 2, 3 und 5). Der Einsatz insbesondere des städtebauplanerischen Instrumentariums ist zudem auf flankierende finanzielle Instrumente angewiesen, weil die Überplanung intensiv genutzter Stadtquartiere den baurechtlichen Bestandsschutz nicht ohne Weiteres aushebeln kann (siehe unten 2.2). Für die Bewältigung der spezifischen Probleme des städtischen Verkehrs erscheint darüber hinaus ein besonderes fachplanerisches Instrument, die Gemeindeverkehrsplanung, sinnvoll, dessen Rechtsrahmen gegenwärtig nur lückenhaft entwickelt ist (siehe unten Abschnitt 4).

Die Berliner „Umweltgerechtigkeitskarte" gibt nicht nur Auskunft darüber, dass intensiv genutzte Innenbereichslagen in deutlich höherem Maße mehrfach belastet sind als Stadtquartiere in der Peripherie, sondern macht auch transparent, dass die mehrfach belasteten Stadtquartiere in hohem Maße von Menschen mit einem „niedrigen Entwicklungsindex" genutzt werden. Der Berliner Entwicklungsindex basiert auf dem Monitoring „Soziale Stadtentwicklung Berlin", das soziale Statusindikatoren

und Dynamikindikatoren räumlich auswertet (Welsch/Bömermann/Nagel 2011). Eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklungspolitik, der es nicht nur um die Umweltqualitätsverbesserung mehrfach belasteter Stadtquartiere geht, sondern zugleich um die Verbesserung der stadträumlichen Lebenssituation von Bevölkerungsschichten mit niedrigem Entwicklungsindex, ist mit noch weitergehenden Steuerungsproblemen konfrontiert, denn eine Umweltrisiken mindernde Stadtentwicklungspolitik in den „hot spot"-Lagen wird zur Aufwertung dieser Quartiere führen und jedenfalls mittelfristig Gentrifizierungsprobleme auslösen. Will man erreichen, dass die heute in den mehrfach belasteten Quartieren wohnenden Menschen sich auch morgen noch das Leben in den dann entlasteten Gebieten leisten können, bedarf es vielfacher sozialer Maßnahmen, die nur sehr partiell über das Städtebaurecht gesteuert werden (Stichwort: Milieuschutzsatzungen, § 172 BauGB (Schmidt-Eichstaedt 2002); Maßnahmen der Sozialen Stadt, § 171e BauB; dazu unten 5.) und nicht mehr Gegenstand dieser Untersuchung sein können.

2 Rechtliche Ansatzpunkte für die Überplanung von Stadträumen im Interesse der Gesundheitsförderung und Umweltgerechtigkeit

Das wichtigste städtebaurechtliche Instrument zur Steuerung der Flächennutzung ist die Bauleitplanung der Gemeinden. Durch das BauGB sind die Gemeinden dazu ermächtigt worden, die bauliche und sonstige Nutzung der Grundstücke in der Gemeinde vorzubereiten und zu leiten (§ 1 Abs. 1 BauGB). Das BauGB bietet ihnen dafür vielfache Gestaltungsmöglichkeiten, wie sich insbesondere aus dem Festsetzungskatalog des § 9 BauGB für die verbindliche Bauleitplanung ergibt (Dieckmann 2013: 1576 f.). Wie bereits einleitend festgestellt (siehe oben 1.), sind die hier besonders interessierenden intensiv genutzten Innenbereichsquartiere i.d.R. dadurch charakterisiert, dass für diese Räume gar kein qualifizierter Bauleitplan besteht, der die Raumnutzung regelt. Demgemäß vollzieht sich in diesen Räumen die (bauliche) Nutzung auf der Grundlage von § 34 BauGB, der nur wenige Möglichkeiten für gestalterische Einflussnahmen der Gemeinden bietet (dazu näher unten 2.1). Gemeinden haben allerdings die Möglichkeit und unter bestimmten Voraussetzungen sogar die Pflicht, bislang unbeplante Räume des Innenbereichs zu überplanen und damit der künftigen Nutzung eine neue Ordnung zu geben. Von dieser Möglichkeit machen die Gemeinden nur äußerst selten Gebrauch, weil Bauleitplanung aufwendig und teuer ist (und deshalb zumeist nur vorhabenbezogen erfolgt, § 12 BauGB), und weil die Überplanung für sich allein nicht die Probleme des Bestandes lösen kann, denn der bauliche Bestand genießt den sog. baurechtlichen Bestandsschutz. Korrekturen in diesem Bereich lösen vielfach Entschädigungspflichten aus und erreichen damit schnell die finanziellen Handlungsgrenzen der Gemeinden (siehe unten 2.2). Hinzu kommt, dass bei der Überplanung baulich genutzter Gebiete die privaten Belange der dort wohnenden Menschen und der dort wirtschaftenden Gewerbebetriebe in die Planungsüberlegungen eingestellt werden müssen. Immissionsschutzbezogene Festsetzungen, wie etwa ein Verbot, künftig Holz, Kohle oder andere geruchsbelästigende und die Gesundheit belastende Stoffe zu verbrennen (§ 9 Abs. 1 Nr. 23a BauGB), müssen demgemäß auch die wirtschaftliche Zumutbarkeit für die dort lebenden Menschen und produzierenden Betriebe in der Abwägung mitbedenken (Schrödter in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: § 9 Rn. 154). Immerhin aber könnte durch eine Überplanung eine Trend-

umkehr eingeleitet werden und deshalb sollten die Erträge der Überplanung für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung nicht unterschätzt werden. Weitergehend erscheinen die Möglichkeiten, auf fachrechtlicher (immissionsschutzrechtlicher) Grundlage die Verhältnisse zu verbessern. Die Nutzung immissionsschutzrechtlicher Eingriffsbefugnisse kann aber nur teilweise durch die Gemeinde gesteuert werden, weil der Immissionsschutz staatlichen Behörden obliegt und keine weisungsfreie Selbstverwaltungsangelegenheit der Gemeinden ist (dazu näher unten 3.).

In gewissem Maße bietet das Recht auch Anreize, Innenbereichslagen zu überplanen. So ist mit dem „Bebauungsplan der Innenentwicklung" (§ 13a BauGB) ein besonderer Planungstypus geschaffen worden, der für die Gemeinden den planerischen Aufwand in Grenzen halten soll. Ob dieser Anreiz allerdings ausreicht, um Gemeinden zur Überplanung bislang nicht planerisch gestalteter Innenbereichslagen zu veranlassen, ist sehr skeptisch zu beurteilen (dazu unten 2.3). Ein gewisser Anreiz, künftig verstärkt auf die Bauleitplanung im Innenbereich zurückzugreifen, ist kürzlich durch die europäische Rechtsprechung zum Störfallrecht ausgelöst worden (Köck 2012b). Diese Entwicklung könnte auch von Interesse sein für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklungspolitik, weil sie die gemeindliche Hemmschwelle für die Überplanungsentscheidung in bestimmten räumlichen Lagen absenken kann (siehe unten 2.3). In vielen Fällen wird es aber für die Frage der Überplanung darauf ankommen, ob die Situation des mehrfach belasteten Stadtquartiers eine Überplanungspflicht auslöst. Damit beschäftigt sich der Abschnitt 2.4.

2.1 Ausgangspunkt: Das eingeschränkte Konfliktsteuerungspotenzial der Genehmigung von Bauvorhaben gem. § 34 BauGB

Die Nutzung von Stadträumen, die nicht überplant sind, werden städtebaulich durch § 34 BauGB gesteuert, was praktisch bei einer weit überwiegenden Zahl der Fall ist. Dazu gibt es zwar keine den Autoren bekannten empirischen Untersuchungen, Stadtbaudirektoren nennen aber Zahlen von bis zu 80% des gesamten Stadtkörpers, für die kein qualifizierter Bebauungsplan besteht. § 34 BauGB ersetzt in diesen Fällen den Bebauungsplan und wird deshalb als planersetzende Vorschrift bezeichnet (BVerwGE 119: 30; Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: § 34 Rn. 1) und als solche in der Lage, einfach gelagerte städtebauliche Konflikte zu lösen, die ohne § 34 BauGB eine Planung erfordern würden (§ 1 Abs. 3 BauGB). § 34 BauGB gilt nur für Bauvorhaben, die bestehende Situation kann er nicht beeinflussen. In komplexen Situationen, wie gesundheitsbelastenden Gemengelagen, sind die Steuerungsmöglichkeiten des § 34 BauGB als defizitär anzusehen.

Gem. § 34 Abs. 1 S. 1 BauGB ist ein Vorhaben zulässig, wenn es sich in die Eigenart der näheren Umgebung einfügt. Dafür muss es grundsätzlich innerhalb eines aus der Umgebung abgeleiteten Rahmens liegen (BVerwGE 55: 369; Mitschang/Reidt in: Battis/Mitschang/Reidt et al. 2014: § 34 Rn. 25; Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: § 34 Rn. 38). Die Zulässigkeit richtet sich also nicht nach absoluten Vorgaben, sondern orientiert sich relativ an der Umgebung. Zeichnet sich diese Umgebung bereits durch eine Belastungssituation aus („Vorbelastung"), kann sich ein ebenfalls störendes Vor-

haben einfügen, wenn seine Auswirkungen in den vorhandenen Immissionen „untergehen“ (Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: §34 Rn. 42).

Passt ein Vorhaben in diesen Rahmen, ist es nur ausnahmsweise unzulässig, wenn gegen das Rücksichtnahmegebot verstoßen wird, das Bestandteil des Tatbestandselements des „sich Einfügens“ ist (BVerwGE 55: 386; BVerwG ZfBR 1981: 151; BVerwG NVwZ 1999: 880; Mitschang/Reidt in: Battis/Mitschang/Reidt et al. 2014: §34 Rn. 32; Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: §34 Rn. 39). Das Rücksichtnahmegebot ist keine einzeln stehende, absolute Härtefallklausel, sondern wird an den Kriterien gemessen, die §34 Abs. 1 BauGB vorgibt (BVerwG NVwZ 1999: 880). Es dient daher der Auslegung des §34 BauGB (Gaentzsch 2009: 324) und ist somit ebenfalls relativ an der Umgebung orientiert (Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: §34 Rn. 40). Das Rücksichtnahmegebot dient der Feinsteuerung und soll insbesondere die Belange der unmittelbaren Nachbarschaft, die regelmäßig kleiner als die nähere Umgebung ist, berücksichtigen (BVerwGE 55: 386; Mitschang/Reidt in: Battis/Mitschang/Reidt et al. 2014: §34 Rn. 32; Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: §34 Rn. 39). Zumutbare Rücksichtnahme wird dabei sowohl von der störenden wie auch von der gestörten Nutzung erwartet (BVerwG NVwZ 1984: 647; Spannowsky in: Spannowsky/Uechtritz 2016: §34 Rn. 43). Was daraus im Einzelnen folgt, beurteilt sich nach der jeweiligen Situation der benachbarten Grundstücke und insbesondere auch nach den vorhandenen Vorbelastungen (Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: §34 Rn. 59). „Ist der Standort schon durch Belästigungen in einer bestimmten Weise vorgeprägt, so vermindern sich entsprechend die Anforderungen des Rücksichtnahmegebots“ (Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: §34 Rn. 59). Ein Bauvorhaben, das nach §34 BauGB zu beurteilen ist, ist nach alledem nur unzulässig, wenn es die gegebene Situation verschlechtert, stört, belastet oder so in Bewegung bringt, dass aufgrund der Veränderung der näheren Umgebung eine Erhöhung der städtebaulichen Spannungen zu erwarten (BVerwGE 55: 386 f.; BVerwGE 75: 43) und ein „trading-down-Effekt“ (Bayrischer VGH BauR 2012: 1626; BVerwG NVwZ 1995: 700) zu befürchten sind. §34 BauGB taugt nach alledem lediglich dazu, groben Verschlechterungen entgegenzuwirken, kann aber eine Verminderung der Belastung nicht sicherstellen.

So kommt beispielsweise aufgegebenen und beseitigten Nutzungen (Altbestand) noch so lange eine prägende Wirkung zu, wie mit der Wiederaufnahme der Tätigkeit nach der Verkehrsauffassung gerechnet werden kann (BVerwGE 68: 368; BVerwG BauR 1999: 155; BVerwG BauR 2008: 482; OVG Greifswald DVBl 2012: 575; Mitschang/Reidt in: Battis/Mitschang/Reidt et al. 2014: §34 Rn. 23; Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: §34 Rn. 29). Dies kann bis zu zwei Jahre lang der Fall sein (Mitschang/Reidt in: Battis/Mitschang/Reidt et al. 2014: §34 Rn. 151). Die Norm reagiert somit träge auf realisierte Verbesserungen und hält eine gesundheitsbelastete Lage normativ länger aufrecht, als diese tatsächlich besteht.

Die Entscheidung über die Zulässigkeit nach §34 BauGB ist Teil des bauordnungsrechtlichen Baugenehmigungsverfahrens (bspw. §§63 f. SächsBO; §§68 Abs. 1 S. 3, 75 Abs. 1 S. 1 BauO NRW), das durch die Bauaufsichtsbehörden durchgeführt wird, die den Kreisen und kreisfreien Städten zugeordnet sind (§57 Abs. 1 Nr. 1 SächsBO; §60 Abs. 1 Nr. 3 BauO NRW). Dabei handelt es sich um eine gebundene, sich nur an

den Kriterien des § 34 BauGB orientierende Entscheidung. Daran ändert auch die Notwendigkeit des gemeindlichen Einvernehmens gem. § 36 BauGB nichts, da sie mit Mitteln der Kommunalaufsicht erzwungen werden kann, wenn sie in rechtswidriger Weise – also trotz Vorliegen der Voraussetzungen des § 34 BauGB – verweigert worden ist (Reidt in: Battis/Mitschang/Reidt et al. 2014: § 36 Rn. 14).

2.2 Die Überplanung von Innenbereichslagen: Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung durch Bauleitplanung

Als geeignetes Instrument einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung rückt daher die Überplanung bislang unbeplanter intensiv genutzter Innenbereichslagen in den Fokus der Betrachtung, mit der die Städte und Gemeinden die Erteilung künftiger Baugenehmigungen, aber mit Blick auf den Immissionsschutz auch die künftige Nutzung bereits bestehender baulicher Anlagen, nach ihrem planerischen Konzept und ihren Vorstellungen steuern können, soweit der Bebauungsplan dem Gebot der gerechten Abwägung aller öffentlichen und privaten Belange genügt.

Überplanungen dürfen grundsätzlich auch mit dem ausschließlichen Planungsziel durchgeführt werden, die Umweltsituation zu verbessern (zum planerischen Vorsorgeauftrag siehe den Beitrag von Kühling/Kawe in diesem Band). Wichtige Festsetzungsmöglichkeiten der planenden Gemeinde, die diesem Zweck dienen, sind beispielsweise die Festsetzung von Grünanlagen (Rößler 2015: 125; § 9 Abs. 1 Nr. 15 BauGB), von Wasserflächen („Wasser in der Stadt“; § 9 Abs. 1 Nr. 16 BauGB) und insbesondere die Festsetzung von Gebieten, in denen zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen bestimmte luftverunreinigende Stoffe nicht oder nur beschränkt verwendet werden dürfen (§ 9 Abs. 1 Nr. 23a BauGB), sowie die Festsetzung von Flächen für Anlagen und Vorkehrungen zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen und sonstigen Gefahren im Sinne des Bundes-Immissionsschutzgesetzes (§ 9 Abs. 1 Nr. 24 BauGB).

Soweit in dem Stadtgebiet, das überplant werden soll, verbindliche Grenzwerte für die Luftqualität oder den Lärm überschritten sind, dürfte eine planerische Abwägung, die im Ergebnis zu deutlichen Nutzungsbeschränkungen kommt, i. d. R. nicht zu beanstanden sein. Je mehr aber die planende Gemeinde eine gesundheitsfördernde Vorsorgestrategie verfolgt, desto stärker schlagen die privaten Belange derjenigen durch, die auf die bisherige Nutzung angewiesen sind, weil sie wirtschaftlich nicht in der Lage sind, die Investitionen aufzubringen, um für den Gewerbebetrieb bzw. die Wärmeversorgung von Gebäuden auf bestimmte luftverunreinigende Stoffe zu verzichten. Die Berücksichtigungsfähigkeit dieser Belange ergibt sich aus § 1 Abs. 6 Nrn. 2 und 8a BauGB. Gerade in Gebieten, in denen viele Menschen mit einem niedrigen Entwicklungsindex im Sinne des Monitorings „Soziale Stadtentwicklung Berlin“ wohnen, kann eine zu ambitionierte Bauleitplanung mit dem Ziel der Gesundheitsförderungsplanung gegen das Abwägungsgebot verstoßen, wenn die Nutzungsfestsetzungen für die dort Wohnenden und Produzierenden wirtschaftlich unvertretbar sind.

Jenseits des Immissionsschutzes setzt schon der baurechtliche Bestandsschutz einer Überplanung faktische (finanzielle) Grenzen. So kann beispielsweise durch die Festsetzung von Grünflächen nicht in den Bestand der Gebäude eingegriffen, sondern es können lediglich die noch nicht bebauten Freiflächen in den betroffenen Räumen vor einer Bebauung bewahrt werden. Will man bestehende Gebäude „wegplanen" (§ 85 BauGB), um beispielsweise die notwendigen Flächen für einen kleinen Quartierspark zu sichern, muss der Hauseigentümer für seinen Verlust kompensiert werden. Aber auch das bloße Festsetzen von Grünflächen für noch nicht bebaute Grundstücke im Innenbereich wird zumeist eine Ausgleichspflicht zur Folge haben, weil hier ein „Sonderopfer" einiger Grundstückseigentümer im Interesse des gesamten Quartiers vorliegen könnte. Durch Nutzung des Instrumentes der Umlegung (§§ 45 ff. BauGB) könnte solchen Konsequenzen möglicherweise effektiv entgegengewirkt werden, weil die Umlegung eine neue Zuordnung der Grundstücke im Quartier herbeiführt, die sicherstellt, dass alle Grundeigentümer im Quartier zu gleichem Maße die Last der Gemeinschaftsflächen teilen.

Die Beispiele zeigen, dass auch durch eine Überplanung die Dinge nur begrenzt zum Besseren gewendet werden können und dass durchgreifende Lösungen von den finanziellen Möglichkeiten der Gemeinde bzw. den Fördermöglichkeiten, die aus staatlichen Töpfen kommen, abhängig sind. Unabhängig davon scheuen die meisten Städte schon den Aufwand einer Überplanung, wenn nicht durch ein konkretes Interesse eines Investors die Neuordnung eines Stadtquartiers durch Bebauungsplanung als lohnend erscheint (vorhabenbezogener Bebauungsplan, § 12 BauGB).

Vor diesem Hintergrund soll deshalb im Folgenden auf die Anreizstrukturen des BauGB zur Überplanung von Innenbereichslagen (siehe dazu sogleich unter 2.3) und auf die Voraussetzungen für die Annahme einer Rechtspflicht zur Überplanung eingegangen werden (siehe dazu unten 2.4).

2.3 Anreize für die Überplanung von Innenbereichslagen: Bebauungspläne der Innenentwicklung (§ 13a BauGB) und „Seveso-Recht"

2.3.1 Bebauungspläne der Innenentwicklung

Die Verfahrenserleichterungen für Bebauungspläne der Innenentwicklung sind im Jahre 2007 in das BauGB aufgenommen worden, um einen Anreiz zu schaffen, die Planungsüberlegungen zur Stadtentwicklung auf das Ziel der Innenentwicklung zu lenken. Die Gesetzesänderung steht in einem Zusammenhang mit dem Nachhaltigkeitsziel der Bundesregierung, den Flächenverbrauch für Siedlung und Verkehr bis 2020 auf eine Neuinanspruchnahme von 30 ha pro Tag zu senken (Köck/Bovet 2008).

Bebauungspläne der Innenentwicklung sind von der Praxis gut angenommen worden, sie sind in vielen Städten und Gemeinden zum Regelverfahren für die Innenentwicklung geworden (Schrödter in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: § 13a Rn. 2). Mit Blick auf die hier interessierenden Ziele der Überplanung dürften Bebauungspläne der Innenentwicklung aber nur einen begrenzten Nutzen haben, weil die anreizstiftenden Verfahrenserleichterungen nur für solche Bebauungspläne gelten, deren Grundfläche

nicht mehr als 20.000 m² (bzw. unter bestimmten Voraussetzungen auch bis zu 70.000 m²) in Anspruch nehmen. Diese Begrenzung beruht darauf, dass für größere Planungsräume europarechtlich eine Umweltprüfung vorgeschrieben ist und die Verfahrenserleichterung gerade den Umweltbericht betrifft. Eine Überplanung zum Zwecke der Gesundheitsförderung wird aber den Umweltauswirkungen ohnehin größte Bedeutung beimessen, sodass die Verfahrenserleichterungen gerade in diesem Planungssegment kaum einen Vorteil beinhalten dürften und deshalb auch keine besondere Anreizwirkung zur Überplanung entfaltet wird. Die 20.000-m²-Grenze dürfte zudem für die Zwecke der Überplanung mehrfach belasteter Stadtquartiere vielfach ohnehin zu eng bemessen sein. Immerhin könnten Bebauungspläne der Innenentwicklung für die planerische Sicherung von Grünflächen (z. B. um kleine Stadtquartier-Parks einzurichten) nützlich sein. Nicht nur die bauliche Nutzungsplanung, sondern auch die Planung von Grünflächen ist als „Wiedernutzbarmachung von Flächen" im Sinne von § 13a BauGB anzusehen, und die Verfahrenserleichterung (keine Umweltprüfungspflicht) führt dazu, dass beispielsweise Ermittlungen über geschützte Arten im Planungsraum nicht vorgeschrieben sind, sodass mangels artenschutzrechtlicher Ermittlungen der Artenschutz die Grünflächenversorgung nicht hindern wird, wenn entsprechende Kenntnisse nicht von dritter Seite in den Planungsprozess eingespeist werden (Köck 2009).

2.3.2 Planungsanreize in Stadtquartieren, die dem Abstandswahrungsgebot der Seveso-II-Richtlinie unterliegen

Ein weiterer Anreiz zur Überplanung könnte sich aus den Konsequenzen ergeben, die das sog. „Seveso-Recht" für solche Stadtquartiere setzt, in denen Betriebsbereiche gelegen sind, die den besonderen Pflichten der Seveso-II-Richtlinie (RL 96/82/EG) bzw. seit Kurzem der Seveso-III-Richtlinie (RL 2012/18/EU) unterliegen (Köck 2012a). Das sind in Deutschland mittlerweile über 1.000 Betriebsbereiche (Köck 2012a: 1355), die zu einem Gutteil mitten in Stadt- und Wohnquartieren liegen, weil sie sich über die Jahrzehnte um den Industriebereich herum entwickelt haben. Zu diesen Betriebsbereichen müssen sog. geschützte Nutzungen, wie insbesondere das Wohnen oder für den Publikumsverkehr geöffnete Flächen, einen angemessenen Mindestabstand wahren (Art. 12 Abs. 1 Seveso-II-Richtlinie), der je nach Gefahrstoff und möglicher Störfallauswirkung u. U. als sog. „Achtungsabstand" sogar mehrere Kilometer betragen kann (Kommission für Anlagensicherheit 2010). Lediglich aus dringenden sozialen, ökonomischen und ökologischen Gründen darf von solchen Abständen abgesehen werden (EuGH Rs. C-53/10; Köck 2012b). Diese Gründe lassen sich aber gegenwärtig nur in sehr engen Grenzen in das Entscheidungsprogramm des § 34 BauGB integrieren (VGH Kassel ZUR 2015: 485; BVerwGE 145: 290), sodass einzig die Überplanung der Gemeinde wieder Spielraum verschaffen kann, betroffene Stadtquartiere weiterzuentwickeln. Das „Seveso-Recht" dürfte daher einen starken Anreiz zur gemeindlichen Planung auslösen, aber wahrscheinlich wiederum nur dann, wenn es konkrete Vorhaben gibt, deren Realisierung aufgrund der verschärften Bedingungen des „Seveso-Rechts" andernfalls gefährdet wären.

2.4 Zur Anerkennung von Überplanungspflichten (§1 Abs. 3 BauGB)

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass eine Überplanung mehrfach belasteter Stadtquartiere Chancen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung bietet, auch wenn der baurechtliche Bestandsschutz und das Gebot gerechter Abwägung dafür sorgen, dass eine durchgreifende Änderungsplanung auf finanzielle Mittel zur Kompensation für von der Planung betroffene Grundeigentümer angewiesen ist. Die bisherigen Ausführungen haben darüber hinaus deutlich gemacht, dass Gemeinden in innerstädtischen Lagen jenseits von sog. vorhabenbezogenen Bebauungsplänen wegen des damit verbundenen Planungsaufwands nur selten das Instrument der Bauleitplanung nutzen und dass auch das Anreizinstrument der Bebauungspläne der Innenentwicklung daran – jedenfalls für die hier verfolgte Fragestellung – wenig ändern wird. Demgemäß stellt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Gemeinde rechtlich verpflichtet ist, den bislang nicht beplanten Innenbereich zu überplanen, um damit zumindest eine Trendumkehr zur Besserung der Umweltsituation einzuleiten. Die Frage ist am Maßstab des §1 Abs. 3 BauGB (Erfordernis der Bauleitplanung) zu beantworten, den das BVerwG in einer Grundsatzentscheidung aus dem Jahre 2003 aktiviert hat (BVerwGE 119: 28), auf die gleich näher eingegangen wird. Allerdings ist schon vorweg darauf hinzuweisen, dass die Planungspflicht nicht von dritter Seite (z. B. von Stadtquartiers-Akteuren) eingeklagt werden kann; denn gemäß §1 Abs. 3 S. 2 BauGB besteht auf eine Bauleitplanung kein Rechtsanspruch. Soweit die Gemeinde nicht selbst ihre Verpflichtung erkennt und entsprechend handelt, sind Planungspflichten daher nur im Wege der Kommunalaufsicht durchsetzbar. Die mit Mitteln der Kommunalaufsicht durchsetzbare Planungspflicht muss als Eingriff in Planungshoheit der Gemeinde gem. Art. 28 Abs. 2 GG erforderlich sein. Es darf daher kein die Planungshoheit schonenderes, aber gleich effektives Mittel in Betracht kommen. Daher sind zunächst Anordnungen im Bereich der Weisungsaufgaben zu treffen. So kann der Eingriff beispielsweise deshalb nicht erforderlich sein, weil die durch Verkehrslärm verursachte umweltbelastende Situation bereits durch eine Reduzierung der Geschwindigkeit aufgelöst werden kann. Daher müssen sich die in Betracht kommenden Maßnahmen bereits so weit reduziert haben, dass offensichtlich nur die Bauleitplanung als Ultima Ratio in Betracht kommt. Das ist insbesondere der Fall, wenn die Auflösung nur durch eine mit Mitteln der Bauleitplanung vorzubereitende und durchzusetzende Flächeninanspruchnahme möglich ist (Enteignung, § 85 BauGB; Baugebot, §176 BauGB).

Bei der Bestimmung der Planungspflicht ist zu beachten, dass den Gemeinden ein auf Art. 28 Abs. 2 GG fußendes Planungsermessen eingeräumt ist, das auch ein Entschließungsermessen enthält (BVerwGE 119: 28), und sie daher einen wesentlichen Einfluss darauf haben müssen, wann die Planungspflicht entsteht. In seiner *Mühlheim-Kärlich-Entscheidung* hat das BVerwG daher folgende Regel aufgestellt: „Das Planungsermessen verdichtet sich im unbeplanten Innenbereich zur strikten Planungspflicht, wenn qualifizierte städtebauliche Gründe von besonderem Gewicht vorliegen“ (BVerwGE 119: 32).

Ob die angesprochene Mehrfachbelastung eines Stadtquartiers solche städtebaulichen Gründe von besonderem Gewicht sind, dürfte wesentlich davon abhängen, ob nach der städtebaulichen Konzeption der Gemeinde solche Mehrfachbelastungsla-

gen gemindert werden sollen. Die Rechtsprechung hält eine Planung für erforderlich, wenn sie anhand der planerischen Konzeption der Gemeinde vernünftigerweise geboten ist (BVerwGE 92: 15). Diese Konzeption bestimmt sich nach den städtebaulichen Zielen, die sich die Gemeinde im Rahmen ihres Planungsermessens selbst setzt (BVerwGE 133: 314). Daraus kann sich eine subjektiv determinierte Planungspflicht ergeben, die dadurch gekennzeichnet ist, „dass dem Planungsträger für Entstehen und Bestand der […] Pflicht eine entscheidende Einflussmöglichkeit zukommt, so dass dieser letztlich durch […] seine subjektiven Vorstellungen die Pflicht herbeiführt und ihre Durchsetzbarkeit gegen den Willen des Planungsträgers tatsächlich ausscheidet“ (Ingold 2007: 73).

Allerdings übt die Gemeinde ihr Planungsermessen nicht völlig frei, sondern innerhalb rechtlicher Grenzen aus. Gebietet der Rechtsrahmen in bestimmten Situationen die Bauleitplanung, handelt es sich um objektiv determinierte Planungspflichten, die sich „allein aus objektiven Kriterien ohne maßgebliche Einflussmöglichkeiten des Planungsträgers […] [ergeben] und die […] zudem selbstständig durchsetzbar“ (Ingold 2007: 192) sind. Beide Figuren (Ingold 2007: 39 ff.) stehen nicht in einem Konkurrenzverhältnis, sondern können nebeneinanderstehen (Ingold 2007: 204 ff.).

Zunächst wendet sich der Beitrag der objektiv determinierten Planungspflicht zu.

2.4.1 Annäherung an eine objektiv determinierte Planungspflicht in der Bauleitplanung

Anhaltspunkte für eine objektiv determinierte Planungspflicht können sich aus dem bauplanungsrechtlichen Zulassungsregime ergeben. Nach § 29 BauGB ist ein Vorhaben dann zulassungsbedürftig, wenn die in § 1 Abs. 5, 6, § 1a BauGB genannten Belange in einer Weise berührt werden, die das Bedürfnis nach einer verbindlichen Bauleitplanung hervorrufen (BVerwGE 44: 62; BVerwGE 91: 236; BVerwGE 114: 209). Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass eine Planungspflicht für alle gem. § 29 BauGB zulassungspflichtigen Bauvorhaben besteht, unabhängig davon, ob sie neu errichtet werden sollen oder bereits bestehen.

Die Spannungen erfordern hingegen keine Planung, wenn sie auf anderem Wege aufgelöst werden können, wie bspw. durch die planersetzenden Vorschriften §§ 34 f. BauGB (BVerwGE 119: 30, 32; zu § 35 BauGB: BVerwGE 117: 30). Für den hier besonders relevanten Innenbereich kommt daher § 34 BauGB als objektive Determinante des Planungsermessens in Betracht (andere Ansicht: Moench 2005). Dabei gilt, dass eine Planungspflicht dann besteht, wenn die städtebauliche Entwicklung mit § 34 BauGB nicht mehr steuerbar ist, da andernfalls die Verletzung der rechtlich geschützten Interessen der Nachbarschaft oder des Eigentümers nicht zu rechtfertigen wäre.

Dies ist zunächst bei allen Vorhaben im Innenbereich der Fall, die gem. § 34 BauGB unzulässig sind, weil sie sich nicht in die nähere Umgebung einfügen. Daneben enthält § 34 BauGB die gesundheitsrelevante Regelung des § 34 Abs. 1 S. 2 HS. 1 BauGB, in der es heißt: „Die Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse müssen ge-

wahrt bleiben", was den Anwendungsbereich des §34 BauGB auf Gebiete beschränkt, in denen gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse bestehen. Von einer Nichtvereinbarkeit mit der Anforderung an „gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse" gehen Literatur und Rechtsprechung allerdings nur dann aus, wenn ein städtebaulicher Missstand im Sinne von §136 Abs. 2 Nr. 1 BauGB besteht (BVerwGE 119: 32; BVerwG ZfBR 1997: 325; BVerwG NVwZ 1991: 880), und nicht schon dann, wenn einzelne Grenzwerte, z.B. die Lärmbelästigung oder die Luftqualität betreffend, überschritten sind (Rieger in: Schrödter/Schrödter/Breuer 2015: §34 Rn. 70). Geht es bei der Zielsetzung der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung gar um Maßnahmen, die weit im Vorsorgebereich ansetzen, wird deutlich, dass die äußerste, absolute Grenze der Zulässigkeit nach §34 Abs. 1 BauGB (gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse) nicht erreicht ist. Die gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnisse werden daher nur in sehr krassen Fällen die Planungspflicht begründen können.

Im Folgenden wendet sich der Beitrag den eingangs bereits erwähnten subjektiven determinierten Planungspflichten zu.

2.4.2 Annährung an eine subjektiv determinierte Planungspflicht aus informellen Plänen

Die überragende Rolle des städtebaulichen Konzepts der Gemeinde zeigt sich auch bei der Frage, ob Städte und Gemeinden die Grenze der Erforderlichkeit einer Bauleitplanung so determinieren können, dass sie erforderlich ist, obwohl §34 BauGB die städtebaulichen Belange hinreichend ausgleicht. Würde man in diesen Situationen von einem Planungsverbot ausgehen, würde man den Städten und Gemeinden weitgehend die durch Art. 28 Abs. 2 GG geschützte Möglichkeit nehmen, die Nutzung ihres Raums zu steuern. Daher kann eine subjektiv determinierte Planungspflicht bestehen, obwohl §34 BauGB anwendbar ist (BVerwG NVwZ-RR 1997: 83; Mitschang/Reidt in: Battis/Mitschang/Reidt et al. 2014: §34 Rn. 35).

Während §34 BauGB und die von ihm objektiv determinierte Planungspflicht die Fortschreibung eines bestehenden, gesundheitsbelastenden Zustands ermöglichen, kann nur eine auf den gesundheitsfördernden Zielen der Gemeinde aufbauende Planung zielgerichtete Veränderungen herbeiführen (BVerwGE 133: 315).

Als eine die Planungspflicht subjektiv determinierende städtebauliche Konzeption soll hier nicht auf Situationen eingegangen werden, in denen sich das Konzept erst bei einer konkreten Bauleitplanung zeigt und dann als Planrechtfertigung fungiert. Relevanter ist die subjektive Determination des Planungsermessens durch Stadtentwicklungskonzepte, in denen die planerische Konzeption einer Gemeinde festgehalten wird, unabhängig davon, ob sie den Anforderungen des §1 Abs. 6 Nr. 11 BauGB genügen (Söfker in: Ernst/Zinkahn/Bielenberg et al. 2015: §1 Rn. 32a). Auch die subjektiv determinierte Planungspflicht muss Ultima Ratio zur Durchsetzung des Ziels der Gesundheitsförderung sein. Dafür erscheint es zunächst notwendig, dass die informellen Pläne hinreichend bestimmte Angaben zur planerischen Konzeption der Gemeinde enthalten.

Diesen Anforderungen genügt die als Leitbild erarbeitete „Berlin Strategie | Stadtentwicklungskonzept Berlin 2030“, indem es unter der Überschrift „Mehr Umweltgerechtigkeit und Gesundheit durch reduzierte Umweltbelastungen“ heißt: „Die Wohnqualität, das Wohnumfeld und die Gesundheit der Menschen im Quartier werden verbessert. Besonders in den Fokus rückt, Mehrfachbelastungen zu vermindern sowie Grünflächen und öffentliche Räume als Begegnungs- und Bewegungsräume weiterzuentwickeln“ (Senatsverwaltung Berlin 2015: 41). Daraus lässt sich für mehrfach belastete Stadträume ein stark verdichtetes Planungsermessen herleiten, da sich aus der Analyse zur Umweltgerechtigkeit konkrete Stadträume ergeben und für diese Stadträume konkrete Ziele (Verminderung von Mehrfachbelastungen) und mögliche Instrumente (bspw. Förderung von Grünflächen zur Minderung der Wärmebelastung und Steigerung der Luftqualität) genannt werden.

Zudem muss die Bauleitplanung das erforderliche Instrument zur Umsetzung dieser hinreichend bestimmten Ziele sein, wobei grundsätzlich auf die entsprechenden Ausführungen zu objektiv determinierten Planungspflichten verwiesen werden kann. Hier kann die Bauleitplanung jedoch zudem erforderlich sein, um die von der Gemeinde angestrebte Trendumkehr bauplanungsrechtlich abzusichern, insbesondere um zu verhindern, dass die angestrebten Ziele durch die Zulassung gesundheitsbelastender Bauvorhaben gem. §34 BauGB konterkariert werden.

Eine subjektiv determinierte Planungspflicht ist grundsätzlich mit den Mitteln der Kommunalaufsicht ebenso durchsetzbar wie eine objektiv determinierte. Die Gemeinden werden so dazu angehalten, ihre selbst gesteckten Ziele konsequent zu verfolgen. Allerdings kann von den Gemeinden nicht erwartet werden, sämtliche Bauleitpläne gleichzeitig zu ändern, sodass letztlich ein schlüssiges Konzept zur Erfüllung der selbst gesteckten Ziele ausreichend sein dürfte. Faktisch stößt die Durchsetzbarkeit allerdings an Grenzen, da eine planungsunwillige Gemeinde ihr planerisches Konzept jederzeit ändern kann.

2.5 Zwischenfazit

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass eine gesundheitsfördernde Stadtquartiersentwicklung auf eine Überplanung angewiesen ist, um eine neue Nutzungsordnung für den betroffenen Stadtraum zu etablieren. Eine Überplanung sichert rechtlich die Trendumkehr zur Besserung der Belastungssituation, ist aber auf flankierende Instrumente, insbesondere auch öffentliche Finanzmittel, angewiesen, um den Konsequenzen des baurechtlichen Bestandsschutzes und auch des Abwägungsgebotes Rechnung tragen zu können. Daran wird es häufig fehlen. Darüber hinaus scheuen Gemeinden auch den Aufwand der Überplanung. Bauleitplanung erfolgt wesentlich anlassbezogen, d.h. auf der Basis eines konkreten Investor-Interesses als sog. „vorhabenbezogener Bebauungsplan“. Fehlt es an solchen Investoren, werden meist auch nicht die Mühen der Überplanung aufgebracht. Neue Anreizinstrumente, wie die im vereinfachten Verfahren zu beschließenden Bebauungspläne der Innenentwicklung, haben daran nur sehr bedingt etwas ändern können, und auch die vom BVerwG vor einigen Jahren aktivierte „Planungspflicht“ der Gemeinde ist wenig effektiv. Es hängt also maßgeblich vom

Willen der Gemeinde ab, ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in besonders belasteten Stadtquartieren durch eine neue planerische Nutzungsordnung des Raumes zu sichern.

3 Zur Rolle der Luftreinhalte- und Lärmminderungsplanung für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung

Bauleitplanung ist die räumliche Gesamtplanung einer Gemeinde bzw. eines Gemeindeabschnitts. Sie wird mittlerweile in vielerlei Hinsicht durch eine Reihe umweltschutzbezogener Fachplanungen ergänzt und beeinflusst. Mit Blick auf die Ziele einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung verdienen zwei Fachplanungen besondere Aufmerksamkeit: die Luftreinhalteplanung (§§ 44-47 BImSchG) und die Lärmminderungsplanung (§ 47a-f BImSchG), die unter bestimmten Voraussetzungen europarechtlich vorgeschrieben sind und einem gebietsbezogenen Ansatz (Cancik 2007: 170) folgen.

Luftreinhaltepläne (LRP) müssen von der dafür zuständigen Behörde aufgestellt werden, soweit rechtsverbindliche Luftqualitätswerte zum Schutz der menschlichen Gesundheit überschritten sind (§ 47 Abs. 1 BImSchG). Sie dienen dazu, durch eine koordinierte und verursachergerechte Planung von emissionsmindernden Maßnahmen sicherzustellen, dass die Luftqualität so schnell wie möglich wieder in Einklang mit den Schutzzielen steht. Zuständig für die Aufstellung von LRP sind die nach Landesrecht dafür bestimmten Behörden. In Sachsen und in Niedersachsen sind dies die Landkreise bzw. die kreisfreien Städte, in anderen Bundesländern demgegenüber höherstufige Behörden (Mittelbehörden, Sonderbehörden), teilweise auch die Ministerien (Köck/Lehmann 2013: 69). Zu den Maßnahmen, die in einem LRP verankert werden dürfen, können auch bauplanerische Festsetzungen gehören. Allerdings kann die Gemeinde durch den LRP nicht strikt gebunden, sondern lediglich zur abwägenden Berücksichtigung verpflichtet werden (§ 47 Abs. 6 S. 2 BImSchG), d. h. eine strikte Planungspflicht kann auch durch Festsetzungen im LRP nicht begründet werden. Gleiches gilt nach Auffassung der Gerichte auch für vorhabenbezogene Straßenpläne in der Form der Planfeststellung (BVerwGE 121: 63; Hansmann/Röckinghausen in: Landmann/Rohmer/Beckmann et al. 2015: § 47 BImSchG Rn. 56). Auch hier soll die Planfeststellungsbehörde durch den LRP nicht strikt gebunden werden können (kritisch zu dieser Rechtsprechung: Jarass 2015: § 47 Rn. 56).

Der Wert der Luftreinhaltepläne für eine gesundheitsfördernde Stadtquartiersentwicklung liegt zum einen in ihrer Informationsfunktion für die Gemeinde (Bestandsaufnahme, Bewertung und Verursacherzurechnung mit Blick auf bestimmte Schadstoffemissionen), weil Ansatzpunkte des Handelns aufgezeigt werden, zum anderen in der Unterstützungsleistung für das gemeindlich angestrebte Umweltverbesserungsziel, weil die im LRP festgelegten Maßnahmen zur Luftverbesserung von allen staatlichen Behörden im Rahmen ihrer Befugnisse und Zuständigkeiten umzusetzen sind (Köck/Lehmann 2013: 70). LRP sind allerdings – wie erwähnt – nur in Sachsen und Niedersachsen gemeindliche Planungsinstrumente (für die kreisfreien Städte), im Übrigen aber Planungsinstrumente, die von höherstufigen staatlichen Behörden aufzu-

stellen sind. Die Reichweite der Informations- und Unterstützungsfunktion hängt davon ab, ob der für die städtische Gesundheitsförderung ins Auge gefasste Raum überhaupt Gegenstand eines LRP ist und ggf. wie detailliert diesbezüglich die Ermittlungen und Bewertungen durchgeführt worden sind.

Deutlich weniger konturiert entwickelt als die LRP sind die Aktionspläne zur Lärmminderung (§47a-f BImSchG). Ihre Aufstellung ist für Ballungsräume mit mehr als 250.000 Einwohnern (sowie für Orte in der Nähe von Hauptverkehrsstraßen mit einem Verkehrsaufkommen von über 6 Mio. Kraftfahrzeugen pro Jahr) zwar vorgeschrieben (§47 d Abs. 1 S. 1 BImSchG), sie dienen aber nicht dazu, Lärmbelastungen in möglichst kurzer Zeit wieder auf zumutbare Zustände und damit auf bestimmte Lärmgrenzwerte zurückzuführen, vielmehr sind das anzustrebende Lärmminderungsniveau und die dafür notwendigen Maßnahmen in das Ermessen der für die Planaufstellung grundsätzlich zuständigen Gemeinde (§47e Abs. 1 BImSchG) gestellt. Allerdings muss die planende Gemeinde bei ihrer Ermessensbetätigung die Belastung durch mehrere Lärmquellen berücksichtigen und sie muss auf die Prioritäten eingehen, die sich gegebenenfalls aus der Überschreitung relevanter Grenzwerte oder aufgrund anderer Kriterien ergeben (§47 Abs. 1 S. 3 BImSchG). Beide Anforderungen führen dazu, dass mehrfach belastete Gebiete in den Fokus der Lärmminderungsplanung geraten, jedenfalls soweit die Lärmbelastung in diesen Gebieten auf unterschiedliche Lärmquellen zurückzuführen ist, die im Raum zusammenwirken. Auch in diesen Räumen wird aber eine Ermessensreduzierung auf Null nicht einfach vermutet werden können, sondern im Einzelfall zu prüfen sein. Da es der Lärmminderungsplanung u.a. auch darum geht, bislang ruhige Gebiete gegen eine Zunahme des Lärms zu schützen (§47d Abs. 2 S. 2 BImSchG), wird sich die Lärmaktionsplanung nicht darauf beschränken können, den Lärm durch Verlagerung lediglich gerechter zu verteilen (Jarass 2015: §47d Rn. 10).

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Planungspflichten, die die Gemeinde mit Blick auf die Lärmminderung in verlärmten Gebieten treffen, nicht nur ein wichtiger Schritt für die vielerorts notwendige Lärmsanierung sind, sondern auch ein wichtiger Impuls, um die Sanierung mehrfach belasteter Gebiete voranzutreiben. Wenn von der Gemeinde ohnehin ein Lärmaktionsplan aufzustellen ist, dann mag diese Verpflichtung einen wichtigen Anstoß geben, um mehrfach belastete Stadtquartiere nicht nur unter dem Lärmaspekt zu Leibe zu rücken, sondern umfassend durch Überplanung nach dem BauGB.

4 Integrierte gemeindliche Verkehrsplanung als Instrument zur Herstellung von Umweltgerechtigkeit: zur Notwendigkeit eines Gemeindeverkehrsplanungsgesetzes

Luftqualität und Lärmbelastung sind europarechtliche Anknüpfungspunkte für sektorale Planungspflichten zur Besserung der Umweltqualität belasteter Gebiete. Bei beiden Planungen spielt der Straßenverkehr als Verursacher eine bedeutende Rolle (Cancik 2007: 170; Köck/Lehmann 2013: 72). Beide Pläne sind aber nur sehr eingeschränkt in der Lage, auf die Verkehrsplanung Einfluss zu nehmen, und beide Pläne schauen nur von ihren sektoralen Problemwahrnehmungen auf den Verkehr.

In vielen Städten existieren gegenwärtig bereits informelle lokale Verkehrspläne, um integrierte Konzepte zu entwickeln (Koch/Hofmann/Reese 2001: 31 ff.; Dieckmann 2013: 1580; zur Notwendigkeit eines integrierten Verwaltungshandelns auch Böhme/Dilger in diesem Band). Die Qualität dieser informellen Planwerke ist sehr unterschiedlich (SRU 2005: Rn. 470), allen gemeinsam ist jedoch, dass ihnen die Bindungswirkung fehlt, sodass nicht sichergestellt werden kann, dass konzeptgemäß integriert gehandelt wird (SRU 2005: Rn. 471). In seinem Sondergutachten „Umwelt und Straßenverkehr" aus dem Jahre 2005 hatte der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen (SRU), aufbauend auf einer Studie von Koch/Hofmann/Reese für das Bundesumweltministerium aus dem Jahre 2001 (Koch/Hofmann/Reese 2001: 31 ff.; Dieckmann 2013: 1580), das rechtliche Instrumentarium zur Umweltentlastung des Straßenverkehrs als zersplittert bezeichnet und ein Gemeindeverkehrsplanungsgesetz gefordert (SRU 2005: Rn. 472-484). Ein solches Gesetz soll die Gemeinden dazu verpflichten, einen kommunalen Verkehrsplan aufzustellen, „der jedenfalls einen Assessmentteil, quantifizierte Zielbestimmungen auch bezüglich des Umweltschutzes, einen Maßnahmeteil, ein Umsetzungskonzept und Maßnahmen der Erfolgskontrolle vorsehen muss" (SRU 2005: Rn. 486). Das vom SRU empfohlene Gesetz soll darüber hinaus verbindliche Immissionsgrenzwerte für Lärm und für Luftschadstoffe enthalten (SRU 2005: Rn. 486) sowie die Verpflichtung der Gemeinden, „einen Sanierungsplan aufzustellen, wenn bestimmte Belastungsschwellenwerte überschritten sind". Das vorgeschlagene Gesetz soll schließlich auch ordnungsrechtliche Vollzugsinstrumente zur Durchsetzung der Planung bereitstellen sowie eine Modifikation des Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetzes vorsehen, „die die Planungsautonomie der Gemeinden als Grundvoraussetzung einer den individuellen Gegebenheiten angemessenen integrierten Gesamtverkehrsplanung respektiert" (SRU 2005: Rn. 486).

Der Vorschlag des SRU hat beim Gesetzgeber leider keine Resonanz erzeugt und ist bis heute nicht aufgegriffen worden. Eine solche integrierte lokale Verkehrsplanung mit klaren Zielwerten und Durchsetzungsinstrumenten sowie einer Neuverteilung der Gemeindeverkehrsfinanzierung wäre aber ein sehr effektives Instrument, um zentrale Ziele einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung im Hinblick auf die Neuordnung des Straßenverkehrs konzeptionell vorbereiten und durchsetzen zu können, sodass die aktuelle Debatte um Gesundheitsförderung und Umweltgerechtigkeit in der Stadtentwicklung auch dazu genutzt werden sollte, diesen mittlerweile fast vergessenen Vorschlag wieder in Erinnerung zu rufen.

5 Das Instrumentarium des besonderen Städtebaurechts, insbesondere städtebauliche Sanierungs- und Entwicklungsmaßnahmen

Am Ende der Betrachtung des lokalen Rechtsinstrumentariums zur gesundheitsfördernden Stadtentwicklung soll noch kurz das Besondere Städtebaurecht in den Blick genommen werden.

Eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, die insbesondere mehrfach belastete Gebiete aufwerten und an ein allgemeines Belastungsniveau heranführen möchte, könnte durch eine sog. Sanierungssatzung (§ 142 BauGB) vorbereitet werden. Der Erlass einer solchen Satzung setzt allerdings einen „städtebaulichen Missstand" vor-

aus. Dieser kann sich aus der Substanz oder der Funktion des betreffenden Gebiets ergeben (§ 136 Abs. 2 BauGB). Zur Beurteilung, ob ein städtebaulicher Missstand vorliegt, sind gem. § 136 Abs. 3 Nr. 1 BauGB mit Blick auf die Substanz insbesondere die Wohn- und Arbeitsverhältnisse oder die Sicherheit der in dem Gebiet wohnenden und arbeitenden Menschen in Bezug auf eine Reihe von Aspekten heranzuziehen. Zu den Beurteilungsaspekten gehören u.a. die „Einwirkungen, die von Grundstücken, Betrieben, Einrichtungen oder Verkehrsanlagen ausgehen, insbesondere durch Lärm, Verunreinigungen und Erschütterungen" (§ 136 Abs. 3 Nr. 1 f BauGB). Im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit des Gebietes beurteilt sich der städtebauliche Missstand demgegenüber u.a. in Bezug auf „die infrastrukturelle Erschließung des Gebiets, seine Ausstattung mit Grünflächen, Spiel- und Sportplätzen und mit Anlagen des Gemeinbedarfs" (§ 136 Abs. 3 Nr. 2c BauGB). Die Beurteilungskriterien zeigen, dass mehrfach belastete Stadtquartiere in besonders deutlichen Fällen den Tatbestand des städtebaulichen Missstands erfüllen werden.

Der gemeindliche Aufwand, der für die Vorbereitung und die Durchführung einer Sanierung aufzubringen ist, übersteigt allerdings ein Vielfaches den Aufwand einer normalen Bauleitplanung, die lediglich ein Element der Sanierungsvorbereitung ist (§ 140 BauGB). Zudem sind die rechtlichen Konsequenzen für die Grundeigentümer im Sanierungsgebiet erheblich, nicht nur mit Blick darauf, dass die Sanierungssatzung die Rechtsgrundlage für den gem. der Sanierungsziele u.U. notwendigen Abriss und Neubau einzelner Gebäude sowie der Neuordnung von Grundstücken bis hin zum Umzug von Bewohnern und Betrieben ist, sondern auch deshalb, weil die Grundstückseigentümer im Sanierungsgebiet eine Finanzierungsverantwortung trifft. Insbesondere haben sie einen Ausgleichsbetrag zur Abgeltung der Erhöhung des Bodenwerts infolge der Sanierung zu leisten (§ 154 BauGB), sodass zu erwarten ist, dass Teile der Quartiersbevölkerung infolge der Finanzierungslasten nicht mehr in den Genuss der Sanierung kommen werden.

Den besonderen Sanierungsproblemen in Stadtquartieren, die durch soziale Missstände charakterisiert sind, kann allerdings mit Maßnahmen der Sozialen Stadt (§ 171e BauGB) begegnet werden. Hier geht es um Stadtquartiersentwicklung auf der Grundlage eines förmlich festgelegten räumlichen Entwicklungsbereichs (§ 165 ff. BauGB), die auf die wirtschaftliche Situation der dort lebenden Menschen besondere Rücksicht nimmt, indem bei den Entwicklungszielen nicht nur auf die Verbesserung der Wohn- und Arbeitsverhältnisse, sondern auch auf die „Schaffung und Erhaltung sozial stabiler Bewohnerstrukturen" geachtet wird (§ 171e Abs. 4 BauGB).

Die Festlegung von Sanierungsgebieten und Entwicklungsbereichen sowie Maßnahmen der Sozialen Stadt sind Grundlagen für Inanspruchnahme öffentlicher Förderungsmittel des Staates (Bund und Länder) jenseits kommunaler Mittel (siehe etwa § 139 BauGB), sodass für die Gemeinden ein gewisser Anreiz gegeben ist, das Instrumentarium des Besonderen Städtebaurechts zu nutzen. Ob die Bewohnerinteressen in diesen Räumen gleich gerichtet sind, ist allerdings, angesichts der Finanzierungslasten, die sich aus Sanierung und Entwicklung für die Grundstückseigentümer ergeben, fraglich.

6 Fazit

Gesundheitsförderung und Herstellung von Umweltgerechtigkeit beinhalten in rechtlicher Hinsicht, dass durch Überplanung bestehender Stadtquartiere eine Nutzungsordnung etabliert wird, die die bauliche und sonstige Nutzung der Grundstücke an diese Zielsetzung anpasst. Da die mehrfach belasteten Innenstadtquartiere i. d. R. nicht qualifiziert beplant, sondern lediglich auf der Basis von § 34-BauGB-Genehmigungen entwickelt worden sind, fehlt es an entsprechenden planerischen Ordnungsentscheidungen. Die für die Bauleitplanung zuständigen Gemeinden scheuen gegenwärtig den Aufwand von Überplanungen. Planungsanreize ergeben sich für Bebauungspläne der Innenentwicklung (§ 13a BauGB), die aber für die hier interessierende Problemlage nur eine begrenzte Bedeutung haben.

Durch eine Überplanung kann eine Trendumkehr eingeleitet und gesichert werden. Die Überplanung löst für sich allein aber nicht die Implementationsprobleme einer gesundheitsfördernden, auf Umweltgerechtigkeit bedachten Stadtquartiersentwicklungspolitik. Implementationsprobleme ergeben sich insbesondere aus der Eigentumsordnung und dem baurechtlichen Bestandsschutz (Stichwort: Entschädigungspflichten).

Mit Blick auf den Immissionsschutz sind wegen der dynamischen Grundpflichten des Immissionsschutzrechts die (entschädigungslosen) Handlungsmöglichkeiten deutlich größer. Wichtige vorbereitende fachplanerische Konzepte und Durchsetzungsmöglichkeiten (Bindungswirkung für staatliche Behörden) ergeben sich aus der Luftreinhalteplanung und der Lärmminderungsplanung, die eine kommunale Politik der Entlastung bislang mehrfach belasteter Stadtquartieren mit Blick auf die Luftqualität und die Lärmeinwirkungen unterstützen können.

Die Verkehrsplanung ist ein weiteres bedeutsames Planungsinstrument zur Unterstützung einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung. Der Rechtsrahmen für eine solche Verkehrsplanung im lokalen Raum ist allerdings gegenwärtig nur unzureichend entwickelt. Der Vorschlag des SRU aus dem Jahre 2005, ein Gemeindeverkehrsplanungsgesetz zu schaffen, ist immer noch aktuell und würde helfen, eine gesundheitsfördernde und umweltgerechte Stadtteilentwicklung voranzubringen.

Das schärfste rechtliche Schwert für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ist die Festlegung von Sanierungsgebieten, Entwicklungsbereichen und Maßnahmen der Sozialen Stadt gemäß dem Besonderen Städtebaurecht (§§ 136-186 BauGB). Die Nutzung dieser Instrumente ist aber sehr voraussetzungsvoll, i. d. R. mit erheblichen rechtlichen Konsequenzen für die Grundstückseigentümer und die Bewohner des betroffenen Gebiets verbunden und zudem mit Finanzierungslasten verknüpft, die jedenfalls das Risiko bergen, dass die in den Sanierungs- bzw. Entwicklungsgebieten wohnenden Menschen nach Beendigung der Maßnahmen aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr in der Lage sind, die Umweltentlastungen zu genießen.

Autoren

Wolfgang Köck (**1958*), *Prof. Dr., ist Jurist, Leiter des Departments für Umwelt- und Planungsrecht am Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung – UFZ und lehrt an der Juristenfakultät der Universität Leipzig.*

Henrik Fischer (**1991*), *ist Jurist und am Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung – UFZ als Doktorand tätig.*

Literatur

Battis, U.; Mitschang, S.; Reidt, O.; Krautzberger, M.; Löhr, R.-P. (2014): Baugesetzbuch: Kommentar. München.

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main. = Edition Suhrkamp 1365.

Böhme, C.; Bunzel, A.; Landua, D.; Preuß, T.; Reimann, B.; Seidel-Schulze, A. (2014): Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum: Strategien und Maßnahmen zur Minderung sozial ungleich verteilter Umweltbelastungen. Berlin.

Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (2012): Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern.

Cancik, P. (2007): Aktionspläne zur Lärmminderung: Effektives Instrument oder „Aktionismus"? In: Zeitschrift für Umweltrecht 18 (4), 169-176.

Dieckmann, N. (2013): Umweltgerechtigkeit in der Stadtplanung. In: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 32 (24), 1575-1581.

Diekmann, A.; Meyer, R. (2011): Demokratischer Smog? Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Sozialschicht und Umweltbelastungen. In: Umwelt und Mensch – Informationsdienst 02/2011, 74-80.

Ernst, W.; Zinkahn, W.; Bielenberg, W.; Krautzberger, M. (2015): Baugesetzbuch: Kommentar. München.

Fisahn, A. (2014): Ist das Risiko demokratisch? (Welt)Risikogesellschaft in der Diskussion. In: Dilling, O.; Markus, T.; Winter, G. (Hrsg.): Ex Rerum Natura Ius? Sachzwang und Problemwahrnehmung im Umweltrecht: Tagungsband anlässlich des 70. Geburtstags von Prof. Dr. Dr. h.c. Gerd Winter. Baden-Baden, 61-69.

Gaentzsch, G. (2009): Das Gebot der Rücksichtnahme bei der Zulassung von Bauvorhaben. In: Zeitschrift für deutsches und internationales Bau- und Vergaberecht 32 (4), 321-329.

Ingold, A. (2007): Erstplanungspflichten im System des Planungsrechts. Berlin. = Schriften zum öffentlichen Recht 1078.

Jarass, H. D. (2015): Bundes-Immissionsschutzgesetz: Kommentar unter Berücksichtigung der Bundes-Immissionsschutzverordnungen der TA Luft sowie der TA Lärm. München.

Kistemann, T.; Völker, S. (2014): Wie urbane Wasserflächen die Gesundheit fördern. In: Nachrichten der ARL 44 (4), 7-10.

Kloepfer, M. (2000): Environmental justice und geographische Umweltgerechtigkeit. In: Deutsches Verwaltungsblatt 115 (11), 750-754.

Kloepfer, M. (2006): Umweltgerechtigkeit: environmental justice in der deutschen Rechtsordnung. Berlin. = Schriften zum Umweltrecht 150.

Kloepfer, M. (2008): Aspekte der Umweltgerechtigkeit. In: Jahrbuch des öffentlichen Rechts der Gegenwart (56), 1-22.

Koch, H.-J.; Hofmann, E.; Reese, M. (2001): Lokal handeln: nachhaltige Mobilitätsentwicklung als kommunale Aufgabe. Berlin. = UBA-Berichte 05/2001.

Köck, W. (2009): Europarechtlicher Artenschutz in der Bauleitplanung. In: Spannowsky, W. (Hrsg.): Umweltrechtliche Einflüsse in der städtebaulichen Planung. Berlin, 35-59.

Köck, W. (2012a): Störfallrecht. In: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 31 (21), 1353-1360.

Köck, W. (2012b): Das Abstandswahrungsgebot im europäischen Störfallrecht: Zum Urteil des EuGH im Müksch-Fall. In: Zeitschrift für Umweltrecht 23 (7/8), 418-422.

Köck, W.; Bovet, J. (2008): Potentiale des Raumordnungs- und Bauleitplanungsrechts zur Reduzierung des Flächenverbrauchs. In: Troge, A.; Bovet, J. (Hrsg.): Was kann das Planungsrecht für die Umwelt tun? Reduzierung des Flächenverbrauchs, Schutz des Klimas, Erhalt der biologischen Vielfalt. Stuttgart, 26-48. = Beiträge der Akademie für Natur- und Umweltschutz Baden-Württemberg 47.
Köck, W.; Lehmann, K. (2013): Die Entwicklung des Luftqualitätsrechts. In: Zeitschrift für Umweltrecht 24 (2), 67-75.
Lakes, T.; Klimeczek, H.-J. (2011): Umweltgerechtigkeit im Land Berlin: Eine erste integrierte Analyse der sozialräumlichen Verteilung von Umweltbelastungen und -ressourcen. In: Umwelt und Mensch – Informationsdienst 02/2011, 42-45.
Landmann, R.; Rohmer, G.; Beckmann, M.; Bartsch, T. (2015): Umweltrecht: Kommentar. München.
Maschewsky, W. (2001): Umweltgerechtigkeit, Public Health und soziale Stadt. Frankfurt am Main.
Moench, C. (2005): Die Planungspflicht der Gemeinde. In: Deutsches Verwaltungsblatt 120 (11), 676-686.
Rößler, S. (2015): Klimawandelgerechte Stadtentwicklung durch grüne Infrastruktur. In: Raumforschung und Raumordnung 73 (2), 123-132.
Schmidt-Eichstaedt, G. (2002): Soziale Sanierungsziele und Mietobergrenzen. In: Zeitschrift für deutsches und internationales Bau- und Vergaberecht 25 (3), 212-223.
Schrödter, W.; Schrödter, H.; Breuer, R. (2015): Baugesetzbuch: Kommentar. Baden-Baden. = Nomos-Kommentar.
Schulze-Fielitz, H. (2001): Lärmschutz bei der Planung von Verkehrsvorhaben. In: Die öffentliche Verwaltung 54 (5), 181-191.
Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt des Landes Berlin (Hrsg.) (2015): BerlinStrategie Stadtentwicklungskonzept Berlin 2030.
http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/stadtentwicklungskonzept/download/strategie/BerlinStrategie_de_PDF.pdf (31.03.2016).
Spannowsky, W.; Uechtritz, M. (2016): Beck'scher Online-Kommentar zum BauGB. München.
SRU – Rat von Sachverständigen für Umweltfragen (Hrsg.) (1994): Umweltgutachten 1994 – Für eine dauerhaft-umweltgerechte Entwicklung.
SRU – Rat von Sachverständigen für Umweltfragen (Hrsg.) (2005): Umwelt und Straßenverkehr: Hohe Mobilität – Umweltverträglicher Verkehr.
Welsch, J.; Bömermann, H.; Nagel, H. (2011): Datengrundlagen des Berliner Modellvorhabens: Der Umweltatlas Berlin und das Monitoring Soziale Stadtentwicklung Berlin. In: Umwelt und Mensch, Informationsdienst 02/2011, 21-25.

Heike Köckler

GESUNDES WATTENSCHEID

Der Stadtteil Bochum-Wattenscheid umfasst knapp 71.500 Einwohner. Seit einigen Jahren ist der Stadtteil von Bevölkerungsverlusten (von 2004 bis 2013 über 5%) gekennzeichnet. Neben diesem allgemeinen Trend muss sich der Stadtteil sehr vielschichtigen Herausforderungen stellen, die sich in Form von sozialräum lichen Segregationsprozessen, Arbeitslosigkeit, sozialen Spannungen, Leerständen sowie einer teilweise vorhandenen Vernachlässigung von Gebäuden und Freiflächen in einzelnen Quartieren in Wattenscheid sehr unterschiedlich ausprägen (Mölders/Boddenberg/Heinz 2014: 3).

Die Stadt Bochum setzt sich seit einigen Jahren im Rahmen ihrer gesamtstädtischen Entwicklung mit dem Thema Gesundheit auseinander. Dieses zeigt sich nicht zuletzt in der Ansiedlung des Gesundheitscampus oder in der Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk seit 2013. Mittels des integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzeptes (ISEK) „Gesundes Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht“ soll mit Beschluss des Rates der Stadt Bochum vom 19. Februar 2015 eine gesamtstädtische thematische Schwerpunktsetzung modellhaft auf Stadtteilebene umgesetzt werden. Diese Schwerpunktsetzung für den Stadtteil Wattenscheid hat sich aus vorbereitenden Analysen ergeben, in die Daten der Gesundheitsberichterstattung eingeflossen sind. Diese haben insbesondere bei Kindern eine im Vergleich zu Bochum schlechtere gesundheitliche Situation aufgezeigt.

Das ISEK umfasst sechs Handlungsfelder, in denen konkrete Projekte im Programmgebiet vorgesehen sind. Einige der Projekte beziehen sich auf die Gestaltung von Spiel- und Bewegungsräumen, um die Angebote insbesondere für Kinder und Jugendliche vor Ort zu verbessern. Zu einem der ersten Projekte, das 2018 begonnen wird, gehört die Um- und Neugestaltung des Parks am Ehrenmal, einer Grünfläche in unmittelbarer Nähe zum Zentrum der Wattenscheider Innenstadt. Bei diesem Projekt hat eine erste Bürgerbeteiligung stattgefunden.

Wattenscheid ist nicht nur durch seine unmittelbare Lage an der A40 mehrfach lärmbelastet. Daher sieht das ISEK im Handlungsfeld „Mobilität, Wege und Plätze“ Projekte unter dem Titel „Ruhiges Wattenscheid – Maßnahmen gegen die Lärmbeeinträchtigung der Bevölkerung“ vor. Hierbei wird explizit auf die Lärmaktionsplanung Bezug genommen. Der Lärmaktionsplan für Bochum bezieht sich wiederum explizit auf das ISEK. Sowohl in der Vorbereitung als auch in der Durchführung des Projekts „Gesundes Wattenscheid“ gibt es eine enge ämterübergreifende Zusammenarbeit. Das Gesundheitsamt Bochum ist aktiv auf Bochumer Hochschulen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, zugegangen und versucht hierdurch, die

Aktivitäten im gesundheitlichen Bereich zu stärken. Die Problematik eines fehlenden Partnerprogramms des Bundesgesundheitsministeriums zum Programm „Soziale Stadt" des Bundesbauministeriums kann dadurch zwar nicht aufgehoben werden. Es bietet sich aber so die Möglichkeit, unter Nutzung lokaler Ressourcen eine Schwerpunktsetzung im Sinne einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung zu vollziehen.

Mit dem ISEK hat Wattenscheid die Voraussetzung zur Aufnahme in das Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt" geschaffen. Nun können Maßnahmen gefördert werden wie bspw. Um- bzw. Ausbauten von öffentlichen Plätzen und Gebäuden oder auch die Erarbeitung eines Nahmobilitätskonzepts. Auch die Einrichtung eines Quartiersmanagements mit vielfältigen Aufgaben ist Teil der finanzierten Maßnahmen. Im Quartiersmanagement WAT-Bewegen arbeitet ein erfahrenes Team von Raumplanern, das bereits langjährige Erfahrungen in Bochumer Soziale-Stadt-Gebieten hat, gemeinsam mit Sozialarbeiterinnen eines Wohlfahrtsverbandes (AWO Bochum), der in der gesundheitlichen Versorgung vor Ort aktiv ist.

Der Prozess in Wattenscheid hat im Jahr 2016 begonnen. Es wird also spannend sein, den weiteren Verlauf zu beobachten.

Autorin

Heike Köckler (**1972*), *Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und ihres Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen" der ARL.*

Literatur

Mölders, U.; Boddenberg, A.; Heinz, V. (2014): Gesundes Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht. Integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept für Bochum-Wattenscheid. Köln. http://geodatenportal.bochum.de/bogeo/web/61/Stadterneuerung_Wattenscheid/2015-10-14_ISEK_WAT_Ergebnisbericht.pdf (25.09.2017).

Joachim Hartlik, Monika Machtolf

GESUNDHEIT IN DER UMWELTPRÜFUNG

Gliederung

1 Einleitung
2 Instrumente der Umweltprüfung
2.1 Überblick
2.2 Umweltverträglichkeitsprüfung
2.3 Strategische Umweltprüfung
2.4 Umweltprüfung von Bauleitplänen
3 Umwelt- und Gesundheitsbegriff in Umweltprüfungen
3.1 UVP-Richtlinie, UVPG und Fachrecht
3.2 Baurecht
4 Praxisdefizite und Ursachen für eine unzureichende Integration von Gesundheitsbelangen
4.1 Beispiel UVP-Praxis
4.2 Defizite bei der Berücksichtigung vorsorgeorientierter Wertmaßstäbe
4.3 Ausblendung sozialräumlicher Determinanten
5 Bewertung von Gesundheitsfolgen
5.1 Konzept und Charakter der Bewertung nach UVP- und Fachrecht
5.2 Vorsorgeorientierte Bewertung und vulnerable Bevölkerungsgruppen
5.3 Möglichkeiten und Grenzen der vorsorgeorientierten Bewertung von Gesundheitsfolgen
6 Schlussfolgerungen, Strategien und Maßnahmen zur besseren Integration von Gesundheitsbelangen
Literatur

Kurzfassung
Umweltprüfungen – sowohl auf der Ebene konkreter Vorhaben (Umweltverträglichkeitsprüfung) sowie der Ebene der Pläne und Programme (Strategische Umweltprüfung) als auch auf der Ebene der Bauleitplanung – eignen sich als formale Zulassungs- und Planungsverfahren hervorragend zur Integration und Berücksichtigung von Gesundheitsbelangen. Der Schutz der menschlichen Gesundheit und die Bewertung von gesundheitsbezogenen Auswirkungen im Hinblick auf eine wirksame Umweltvorsorge, womit auch die besonders empfindlich reagierenden vulnerablen Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, ist im UVP-Gesetz und den betroffenen Fachgesetzen schon seit längerem festgeschrieben. Gleichwohl mangelt es in der Praxis der Umweltprüfungen häufig an einer hinreichenden inhaltlichen Auseinandersetzung und methodisch adäquaten Bearbeitung in der Ermittlung und Bewertung von umweltbedingten Gesundheitseffekten. Vielmehr dominieren in Umweltverträglichkeitsstudien und Umweltberichten die Anwendung von Trivialindikatoren oder die Reduktion auf die Überprüfung, ob die rechtsverbindlichen medialen Grenz- und Orientierungswerte mit Gesundheitsbezug eingehalten werden. Sie bilden in der Regel die Erheblichkeitsschwelle, unterhalb derer Auswirkungen auf Mensch und Umwelt

nicht mehr entscheidungsrelevant sind. Hinzu kommt eine ungenügende Einbindung der Gesundheitsämter und behörden in die entsprechenden Verwaltungsverfahren. Trotz grundsätzlicher Eignung der Umweltprüfungen ist jedoch offensichtlich, dass diese an ihre Grenzen stoßen, wenn z.B. aktuelle umweltbedingte Gesundheitsrisiken in städtischen Ballungsgebieten betrachtet werden. Einerseits sind die formalen Instrumente der Umweltprüfungen inhaltlich-methodisch – auch unter Einbeziehung sozialräumlicher Kriterien – und verfahrensbezogen besser auszugestalten. Wichtig sind diesbezüglich beispielsweise untergesetzliche Regelwerke oder Merkblätter, die zu einer besseren, guten fachlichen Praxis führen können, wie sie die *Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit* darstellen. Andererseits sind jedoch auch informelle Instrumente, wie sie in diesem Sammelband in vielfältiger Weise dargestellt werden, stärker zu nutzen, die die Stadtplanung und -entwicklung durch partizipative Elemente, methodisch-planerische Tools oder durch Änderungen im Verwaltungshandeln positiv im Hinblick auf die Umsetzung gesundheitsfördernder Strukturen und Aktivitäten beeinflussen. Eine Herausforderung stellt hierbei die Verschränkung und Integration beider Ansatzpunkte in ein Gesamtkonzept dar.

Schlüsselwörter
Umweltprüfung – Gesundheitsfolgenabschätzung – Schutzgut Menschliche Gesundheit – vulnerable Gruppen – vorsorgeorientierte Bewertungsmaßstäbe

Health in Environmental Impact Assessments

Abstract
Environmental assessments – on the level of concrete projects (Environmental Impact Assessment), on the level of plans and programmes (Strategic Environmental Assessment), and on the level of land-use planning – are formal approval and planning procedures that are extremely suitable for integrating and considering health issues. The protection of human health and the evaluation of health impacts in terms of effective precautionary environmental protection has long been regulated by EIA law and the relevant sectoral legislation, also with reference to particularly vulnerable population groups. Nonetheless in practice there is often a lack of debate about the content of environmental assessments and the methodology used to survey and assess the environmental health impacts is frequently inadequate. It is rather generally the case that environmental impact assessments and environmental reports apply trivial indicators or are reduced to assessing whether the legally binding average thresholds and reference values related to health are observed. Such thresholds usually represent the level of materiality in that effects on human beings and the environment that fall below such values are no longer relevant to decision making. Health authorities and officials are insufficiently involved in the relevant administrative procedures. Despite the fundamental suitability of environmental assessments it is clear that they reach their limits when, for instance, current environmental health risks are to be assessed in urban conurbations. On the one hand, the formal instruments of environmental assessments should be better designed in terms of content, methodology (also in order to include social-spatial criteria) and procedure. In this context non-legislative guidelines and leaflets, such as the *Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit,* are important as they can lead to improvements in practice. On the other

hand, informal instruments of the sort frequently discussed in this volume should be more commonly used. Their participative elements, methodological and planning tools, and innovations in administrative action may have a positive influence on the implementation of health-promoting structures and activities. The linking and integration of both of these aspects in one overall concept is something of a challenge.

Keywords
Environmental Assessment – Health Impact Assessment – factor human health – vulnerable groups - precaution orientated thresholds

1 Einleitung

Umweltprüfungen eignen sich grundsätzlich in hervorragender Weise für eine effektive Integration von Gesundheitsbelangen in Planungs- und Zulassungsverfahren. Zu den Schutzgütern der Umweltprüfungen zählt von Beginn an der Mensch. Im Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVPG) vom 01.07.1990 führt „Menschen" die Aufzählung der Schutzgüter an. Seit der Novellierung des UVPG 2005 ist auch die *menschliche Gesundheit* expliziter Bestandteil der Untersuchungsgegenstände von Umweltprüfungen.[1] Auch die baurechtlichen Vorschriften kennen den Belang der gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnisse noch vor Inkrafttreten des UVPG.[2]

Gleichwohl ist in der Praxis nach mehr als zweieinhalb Jahrzehnten Erfahrung immer noch eine nicht zufriedenstellende Behandlung der gesundheitlichen Folgen in den jeweiligen Umweltverträglichkeitsstudien oder Umweltberichten zu beobachten.[3] Die inhaltliche Operationalisierung der Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit wird in der Regel immer noch anhand von sogenannten „Trivial-Indikatoren" geleistet. Anspruchsvolle Techniken und Methoden finden sich nur in Ausnahmefällen.[4] Die „Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit – Für eine wirksame Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen und Zulassungsverfahren" (UVP-Gesellschaft, AG Menschliche Gesundheit 2014, im Folgenden kurz *Leitlinien*) haben zum Ziel, diese Praxis zu verändern. Um dies zu erreichen, werden Informationen, umfassende Erläuterungen zu Wirkungsmechanismen und Gesundheitsdeterminanten sowie Methoden und Instrumente bereitgestellt, die einen Beitrag zur Herausbildung einer *guten fachlichen Praxis* leisten.

---

1 „Umweltprüfungen" wird – soweit im Text nicht näher konkretisiert – im Sinne eines übergeordneten Begriffs für die vorhabenbezogene Umweltverträglichkeitsprüfung und die Strategische Umweltprüfung für Pläne und Programme im Sinne des § 2 Abs. 10 UVPG sowie für die Umweltprüfung gemäß § 2 Abs. 4 BauGB für die Belange des Umweltschutzes bei der Aufstellung von Bauleitplänen verwendet.

2 Im BauGB vom 08.12.1986 sind diese Anforderungen bereits Bestandteil des Regelungsgehalts.

3 Der Begriff Umweltverträglichkeitsstudie hat sich bei der projektbezogenen UVP etabliert, während in der Strategischen Umweltprüfung für Pläne und Programme sowie in der Umweltprüfung für Bauleitpläne der Begriff „Umweltbericht" fachrechtlich verankert ist. Aufgrund der UVPG-Novelle vom Juli 2017 ist nun der Begriff UVP-Bericht zu verwenden.

4 Ein Beispiel, bei dem die Behandlung von Gesundheitsaspekten systematisch von einem Expertenteam begleitet wurde, war die HIA-Fallstudie zur Planung für den Flughafen Berlin Brandenburg International (Welteke/Claßen/Mekel et al. 2006).

Das Praxisdefizit wird begleitet von aktuellen umweltbedingten Gesundheitsrisiken, die sich immer stärker auch relativ klar räumlich manifestieren. Die Belastung der Bevölkerung insbesondere in städtischen Agglomerationsräumen mit Luftschadstoffen wie Feinstaub, Stickoxiden oder Ozon mit Konzentrationen in der Atemluft, die zum Teil die EU-Grenzwerte überschreiten, führen ganz offensichtlich *nicht* zu den angestrebten gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnissen.

Die bis zum 17. Mai 2017 umzusetzende Richtliniennovelle zur UVP der EU bietet darüber hinaus ebenfalls einen aktuellen Anlass, das Schutzgut Gesundheit näher zu betrachten, denn nun ist dort auch der Begriff „Bevölkerung" verankert. Hintergrund sind hier diverse Aktivitäten auf EU-, aber auch WHO-Ebene, die das Themenfeld *Gesundheit in der Umweltprüfung* stärker in den Mittelpunkt rücken wollen.[5]

Im Folgenden werden die Instrumente der Umweltprüfung kurz charakterisiert (Kap. 2) und die ihnen zugrunde liegenden Definitionen von Umwelt und Gesundheit dargestellt (Kap. 3). Anschließend ist die Bewertung von Auswirkungen auf die Umwelt und die Gesundheit sowie auf das Wohlbefinden Gegenstand der Betrachtung (Kap. 4). Dabei geht es um Ansatzpunkte für eine vorsorgeorientierte Bewertung einschließlich entsprechender Maßstäbe, die insbesondere auch vulnerable Bevölkerungsgruppen stärker einbeziehen. Schließlich werden Lösungsmöglichkeiten angesprochen, die einen Beitrag zur verbesserten Integration von Gesundheitsbelangen leisten können (Kap. 5).

2 Instrumente der Umweltprüfung

2.1 Überblick

Sowohl das UVPG in der novellierten Fassung vom 20.07.2017 als auch das ebenfalls 2017 novellierte Baugesetzbuch (BauGB) nutzen den Terminus *Umweltprüfung*. Der Begriff ist doppelt belegt und bedarf daher einleitend einer Differenzierung. Die Umweltprüfung ist

> gemäß UVPG der Oberbegriff für die beiden Instrumente *Umweltverträglichkeitsprüfung* oder kurz *UVP* (für bestimmte konkrete Vorhaben) einerseits sowie *Strategische Umweltprüfung* oder *SUP* (für bestimmte Pläne und Programme) andererseits,

> gemäß BauGB der Begriff für die Prüfung der Auswirkungen auf die Umweltbelange, die bei der Aufstellung von Flächennutzungs- sowie Bebauungsplänen (*Bauleitplanung*) gemäß den baurechtlichen Regelungen durchzuführen ist.

5 Zum Beispiel die zweitägige WHO-Tagung „Health impact assessment and health integration into environmental assessments" mit 25 internationalen Experten am 24./25.09.2015 in Bonn; und der LIASE (Europäisches Exzellenznetzwerk von Impact Assessment Instrumenten und Nachhaltigkeitsexpertise, gefördert von der EU-Kommission) Workshop „Health in Environmental Impact Assessment" 15.04.2014 in Brüssel.

Abbildung 1 verdeutlicht dies in einer Übersicht. Damit stehen drei unterschiedliche Instrumente zur Verfügung, die jeweils eigene Anwendungsbereiche, Verfahrensabläufe, inhaltliche Konkretisierungen und Bewertungsmaßstäbe aufweisen. Zwar sind die Verfahren und die zu beteiligenden Akteure im Grundsatz durchaus vergleichbar, jedoch existieren zahlreiche Unterschiede im Detail, die im Folgenden skizziert werden.

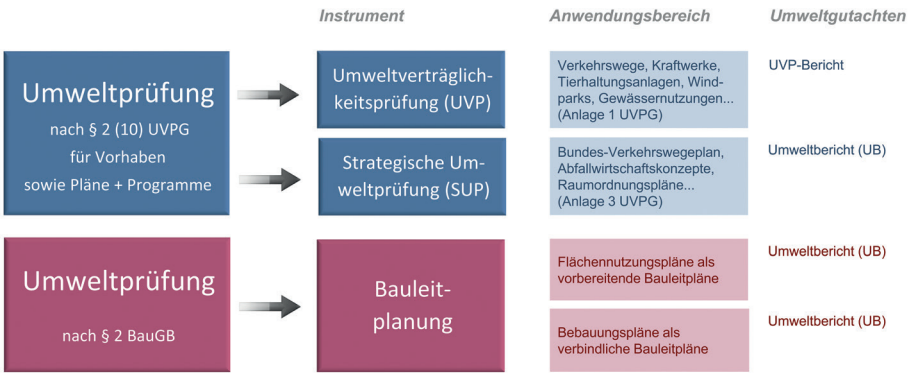


Abb. 1: Begriff Umweltprüfung gemäß UVPG und BauGB / Quelle: Hartlik 2017

2.2 Umweltverträglichkeitsprüfung

Im Jahr 1990 eingeführt, hat sich der Anwendungsbereich der UVP mit den Novellierungen der EU-Richtlinie im Lauf der Zeit ausgeweitet. Die Anlage 1 zum UVPG mit insgesamt 19 Projektklassen regelt, welche Vorhaben entweder direkt prüfpflichtig sind und welche Projekte ggf. aufgrund besonderer Größen- oder Leistungswerte erst mittels einer überschlägigen Vorprüfung (auch als *Screening* bezeichnet) einer UVP zugeführt werden müssen. So sind beispielsweise Kraftwerke ab 200 MW Leistung, Windparks ab 20 Anlagen mit mehr als 50 m Höhe und Anlagen zur Intensivhaltung oder aufzucht für Mastgeflügel mit mehr als 85.000 Plätzen unmittelbar UVP-pflichtig. Kleiner dimensionierte Vorhaben werden im Screening mittels Kriterien der Anlage 2 UVPG in einer Vorprüfung im Sinne einer Erheblichkeitseinschätzung durch die Behörde dahingehend geprüft, ob erhebliche Auswirkungen auf die Schutzgüter begründet vermutet werden.

Auch wenn die Schwellenwerte zur direkten UVP-Pflicht teilweise sehr hoch gegriffen erscheinen, sorgen Regelungen zur Berücksichtigungspflicht kumulativer Auswirkungen mit Vorhaben im selben Wirkraum, die gemeinsam bestimmte Schutzgüter beeinträchtigen können, grundsätzlich dafür, dass Umweltprüfungen nicht dauerhaft aufgrund von Unterschreitungen der Mindestschwellen (sog. „Salamitaktik“) vermieden werden können.

Die UVP ist kein eigenständiges Verfahren, sondern unselbstständiger Bestandteil bestehender Verwaltungsverfahren auf Grundlage des Fachrechts, etwa des Immissions-

schutz-, Wasserhaushalts- oder Fernstraßenrechts. Der grundsätzliche Verfahrensablauf der UVP als verbindlicher Mindestumfang ist in Abbildung 2 dargestellt.[6] Die Verfahren nach Fachrecht werden um diese Elemente angereichert, soweit nicht bereits vorhanden. In UVP-Verfahren sind die in ihrem Aufgabenbereich berührten Behörden – zu denen regelmäßig auch die Gesundheitsämter/-behörden/-ministerien (je nach Planungsebene) zählen – an allen wichtigen Verfahrensschritten zu beteiligen. Unter strategischen Gesichtspunkten kommt den Gesundheitsbehörden hinsichtlich des Einbringens von Gesundheitsbelangen eine Schlüsselrolle zu. Sie können z. B. im richtungsweisenden Verfahrensschritt *Scoping* (Unterrichtung über den Untersuchungsrahmen) dafür sorgen, dass entsprechende Untersuchungen zu den möglichen Gesundheitsfolgen Bestandteile des UVP-Berichts werden.

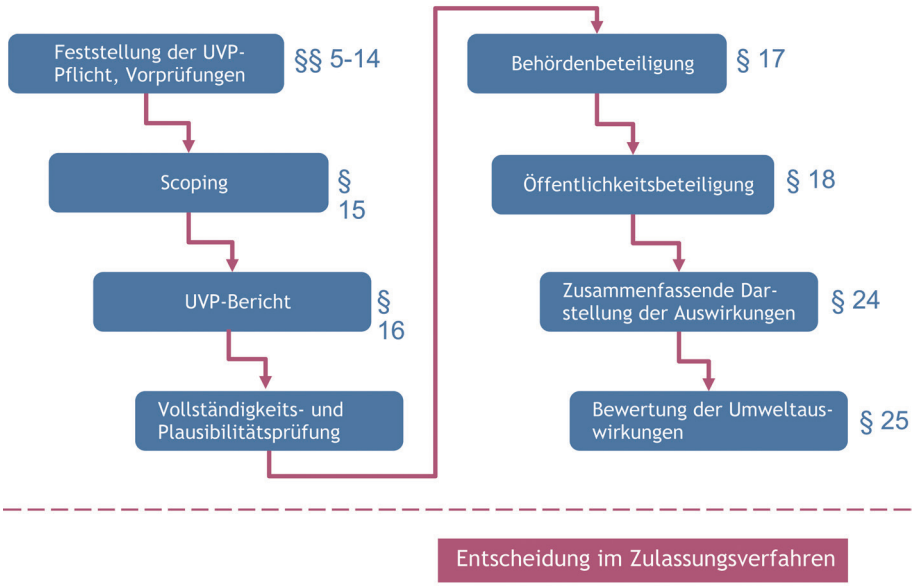


Abb. 2: UVP-Verfahrensablauf mit zugeordneten Paragraphen des UVPG / Quelle: Hartlik 2017

2.3 Strategische Umweltprüfung

Die SUP stellt die Erweiterung der auf konkrete Projekte bezogenen UVP auf Plan- und Programmebene dar und folgt im Wesentlichen dem Verfahrensablauf in Abbildung 2. Sie stellt die konsequente Erweiterung der vorsorgeorientierten Umweltfolgenabschätzung dar und ist damit in die sogenannte *Abschichtung* integriert. Das Prinzip der

6 Die Vollständigkeits -und Plausibilitätsprüfung ist kein eigenständiger Verfahrensschritt, es fehlt daher auch ein Verweis auf den entsprechenden Paragraphen im UVPG. Allerdings ist die Prüfung der Antragsunterlagen des Vorhabenträgers, bevor sie im Rahmen der Auslegung in die Öffentlichkeitsbeteiligung gehen, zwingend auf Grundlage der Sachverhaltsermittlungspflicht durchzuführen. Einen entsprechenden Verfahrensschritt sieht auch die 9. BImSchV für UVP-pflichtige immissionsschutzrechtliche Vorhaben vor.

Abschichtung am Beispiel der Regional- und Bauleitplanung gibt Abbildung 3 wieder. Sind Umweltbelange auf verschiedenen Planungs- und Verfahrensstufen zu berücksichtigen, ist zur Vermeidung von Mehrfachprüfungen und Doppelarbeit festzulegen, welche Inhalte auf welcher Stufe abzuarbeiten sind. Ferner gilt, dass die Ergebnisse zur Überprüfung der Umweltauswirkungen auf der sich nach unten anschließenden Ebene vollumfänglich berücksichtigt werden und nur neue Auswirkungen zu untersuchen sind.

Da konkrete Projekte wie etwa ein Windpark in der Regel Bestandteile übergeordneter Planungen sind (z. B. eines Regionalplans, der die Vorranggebiete oder Konzentrationszonen für Windenergie festlegt, oder eines sachlichen Teilplans „Energie") ist diese Ergänzung folgerichtig. Nur auf der regionalplanerischen Ebene können z. B. überörtlich und verbindlich, sinnvoll und effizient alternative Standortkonzepte diskutiert, Mindestabstände zwischen den Einzelstandorten festgelegt sowie harte und weiche Tabukriterien für Windenergie-Vorranggebiete formuliert werden.

Analog zum UVP-Anwendungsbereich existiert zur SUP die Anlage 5 UVPG mit einer Auflistung der zu prüfenden Pläne und Programme, ein Screening ist hier ebenfalls vorgesehen. Der Ablauf der SUP ist vergleichbar mit der UVP. Danach sind die Umweltauswirkungen bei der Durchführung des Plans oder Programms zu ermitteln, zu beschreiben, zu bewerten und schließlich nach Realisierung zu überwachen, um frühzeitig unvorhergesehene nachteilige Auswirkungen identifizieren und Abhilfe schaffen zu können.

Im Übrigen schreibt §41 UVPG ausdrücklich vor, den Behörden, deren *gesundheitsbezogener Aufgabenbereich* berührt wird, den Entwurf zum Plan/Programm zu übermitteln und diesbezüglich eine Stellungnahme einzuholen. Die Einbeziehung des Sachverstands der Gesundheitsbehörden ist damit explizit geregelt und geht über die Bestimmungen zur Behördenbeteiligung bei der UVP hinaus.

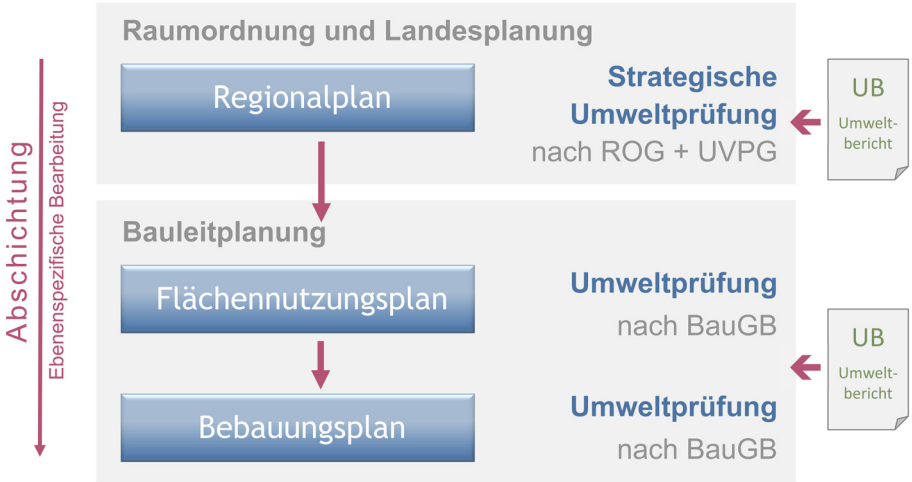


Abb. 3: Abschichtung am Beispiel Regional- und Bauleitplanung / Quelle: Hartlik 2017

2.4 Umweltprüfung von Bauleitplänen

Die Aufstellung von Bauleitplänen folgt den Vorgaben der §§2 bis 4c BauGB. Mit einem Entwurf zum Bauleitplan mit Begründung und Umweltbericht als eigenständigem Bestandteil ist die Öffentlichkeit gemäß §3 (1) BauGB möglichst frühzeitig zu unterrichten und ihr ist Gelegenheit zur Äußerung und Erörterung zu geben. Gleichzeitig sind die berührten Behörden, zu denen selbstverständlich auch die Gesundheitsämter zählen, und sonstige Träger öffentlicher Belange gemäß §4 (2) BauGB zu beteiligen. Innerhalb eines Monats sollen ihre Stellungnahmen eingehen. Der Planentwurf ist gemäß §3 (2) BauGB anschließend mit den wesentlichen bereits vorliegenden umweltbezogenen Stellungnahmen für einen Monat öffentlich auszulegen; Stellungnahmen können abgegeben werden. Nach Behandlung der Stellungnahmen ist das Ergebnis als Feststellungs- bzw. Satzungsbeschluss gem. §3 (2) BauGB mitzuteilen.

Gemäß §2 (4) BauGB ist für die Belange des Umweltschutzes grundsätzlich eine Umweltprüfung mit der Erstellung eines Umweltberichts durchzuführen. Inhalt und Struktur des Umweltberichts richten sich nach Anlage 1 BauGB und damit nach einer etwas anderen Systematik als die Regelungen des UVPG. Abweichend von der Grundpflicht zur Umweltprüfung kann von einer solchen in einem *beschleunigten Verfahren* abgesehen werden, wenn es sich um Bebauungspläne der Innenentwicklung gemäß §13a BauGB oder um Pläne gemäß § 13b BauGB (Einbeziehung von Außenbereichsflächen in das beschleunigte Verfahren) handelt.[7] Pläne zur Innenentwicklung sind hierbei an die Größe (zulässige Grundfläche kleiner 2 ha) bzw. an eine Einzelfallprüfung bei Plänen mit einer zulässigen Grundfläche größer 2 und kleiner 7 ha (analog des Screenings in der UVP) geknüpft.

3 Umwelt- und Gesundheitsbegriff in Umweltprüfungen

3.1 UVP-Richtlinie, UVPG und Fachrecht

Die Novellierung des Gemeinschaftsrechts aufgrund der UVP-Änderungsrichtlinie 2014/52/EU vom 16.04.2014 sieht eine Neuakzentuierung und auch neue Schutzgüter vor: *Bevölkerung und menschliche Gesundheit, biologische Vielfalt, Fläche, Boden, Wasser, Luft und Klima, Sachgüter, kulturelles Erbe und Landschaft sowie die Wechselbeziehung* zwischen den genannten Faktoren. *Mensch* wurde also durch *menschliche Gesundheit* ersetzt, zusätzlich wird die *Bevölkerung* als neues Schutzgut aufgenommen. In den Erwägungsgründen ist nun dreifach von *Gesundheit* die Rede, die Aussagen sind jedoch allgemeiner Natur. Dass mit dem Begriff *Bevölkerung* hier eine Neuakzentuierung verbunden sein dürfte, liegt allein schon im Umstand, dass der Begriff nun eigenständig neben der Gesundheit platziert wird. *Bevölkerung* muss demnach etwas anderes meinen als die *individuelle* Gesundheit des Einzelnen. Ein Interpre-

7 Im vereinfachten Verfahren nach § 13 BauGB kann die Kommune auf die vorgezogene Öffentlichkeits- und Behördenbeteiligung verzichten, ein Umweltbericht sowie die naturschutzrechtliche Eingriffskompensation können entfallen und die Änderungen am Flächennutzungsplan können nachträglich erfolgen. Dies gilt nun auch durch den § 13b BauGB im Außenbereich bei Plänen zur Wohnnutzung unterhalb von 1 ha Grundfläche. Hierzu liegt der EU-Kommission eine Beschwerde deutscher Umweltverbände vor, da dies offensichtlich gegen die SUP-Richtlinie der EU verstößt.

tationsansatz, der sich aus Sicht der Verfasser geradezu aufdrängt, ist die explizite Berücksichtigung *empfindlicher Bevölkerungsgruppen*, die aufgrund von Alter, Geschlecht, Lebenssituation, verminderten Abwehrkräften oder Vorerkrankungen sensibler auf die Veränderung der Gesundheitsdeterminanten reagieren als durchschnittliche, gesunde Erwachsene mittleren Alters. Auf die auch als *vulnerable Gruppen* bezeichneten Individuengruppen wird im Weiteren detailliert eingegangen (vgl. Kap. 5.2 und 5.3).

Das UVPG führt zum Umwelt- und Gesundheitsbegriff von UVP und SUP einheitlich folgende Schutzgüter auf: *Menschen, insbesondere die menschliche Gesundheit, Tiere, Pflanzen und die biologische Vielfalt, Fläche, Boden, Wasser, Luft, Klima und Landschaft, kulturelles Erbe und sonstige Sachgüter sowie die Wechselwirkung zwischen den vorgenannten Schutzgütern*. Eine weitergehende, allerdings sehr eingeschränkte Konkretisierung der Schutzgüter auf Kriterien- und Indikatorenebene findet sich noch in Anlage 4 zum UVPG (Angaben des UVP-Berichts für die Umweltverträglichkeitsprüfung). Der Gesundheitsbegriff wird dort jedoch lediglich durch den Begriff *Bevölkerung* ohne jede nähere Erläuterung ergänzt. Warum die *Bevölkerung* nicht Eingang in die Schutzgutaufzählung an prominenter Stelle in § 2 Abs. 1 UVPG fand und somit den Vorgaben der Richtlinie entsprochen hätte, ist unverständlich.[8]

Da die Untersuchung der schutzgutbezogenen Auswirkungen und in der Folge deren Bewertung und Berücksichtigung in der Zulassungsentscheidung in den Kanon der fachrechtlichen Zulässigkeitsvoraussetzungen integriert ist – das UVP-Recht liefert keine eigenständigen verbindlichen Rechtsmaßstäbe für die Schutzgüter –, ist auch das Fachrecht mit seinen gesundheitsbezogenen Wertmaßstäben heranzuziehen (vgl. Kap. 5).

3.2 Baurecht

Das Baugesetzbuch (BauGB) verfolgt hinsichtlich der Operationalisierung von Umwelt und Gesundheit einen anderen Ansatz und beschränkt sich nicht auf die Aufzählung von Schutzgütern. In § 1 Abs. 6 BauGB werden (nicht abschließend) relativ konkret formulierte Belange aufgelistet, die es bei der Aufstellung von Bauleitplänen zu berücksichtigen gilt. Dazu zählen vor allem folgende mit Gesundheitsbezug:

1 die allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse und die Sicherheit der Wohn- und Arbeitsbevölkerung,

2 die Wohnbedürfnisse der Bevölkerung, die Schaffung und Erhaltung sozial stabiler Bewohnerstrukturen, die Eigentumsbildung weiter Kreise der Bevölkerung und die Anforderungen Kosten sparenden Bauens sowie die Bevölkerungsentwicklung,

8 Die UVP-Gesellschaft e.V. hat während des Gesetzgebungsverfahrens und des Planspiels zum UVP-Modernisierungsgesetz mehrfach darauf hingewiesen, dass der Bevölkerung eine weitergehende, zusätzliche Bedeutung zukommen müsste, wurde doch auf WHO- und EU-Ebene in zahlreichen Veranstaltungen der letzten Jahre immer wieder der Aspekt der effizienteren Integration von Gesundheitsbelangen in die Verfahren der Umweltprüfung betont.

3 die sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere die Bedürfnisse der Familien, der jungen, alten und behinderten Menschen, unterschiedliche Auswirkungen auf Frauen und Männer sowie die Belange des Bildungswesens und von Sport, Freizeit und Erholung.

In §1 Abs. 6 Nr. 7 BauGB werden darüber hinaus explizit die Belange des Umweltschutzes angesprochen und weitere Belange mit Umwelt- und Gesundheitsbezug thematisiert, insbesondere:

a) die Auswirkungen auf Tiere, Pflanzen, Boden, Wasser, Luft, Klima und das Wirkungsgefüge zwischen ihnen sowie die Landschaft und die biologische Vielfalt,

c) umweltbezogene Auswirkungen auf den Menschen und seine Gesundheit sowie die Bevölkerung insgesamt,

h) die Erhaltung der bestmöglichen Luftqualität in Gebieten, in denen die durch Rechtsverordnung zur Erfüllung von Rechtsakten der Europäischen Union festgelegten Immissionsgrenzwerte nicht überschritten werden.

Zusätzlich finden sich in § 1a BauGB ergänzende Vorschriften zum Umweltschutz, etwa der sparsame und schonende Umgang mit Boden und die Vermeidung und der Ausgleich erheblicher Beeinträchtigungen des Landschaftsbildes und der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Naturhaushaltes. Bei der Aufstellung von Bauleitplänen sind die unterschiedlichen öffentlichen und privaten Belange gegeneinander und untereinander gerecht abzuwägen.

Damit bestimmt das Baurecht durchaus konkreter als das UVP-Recht, was unter Umwelt und Gesundheit zu verstehen ist. Mit den aufgezählten Belangen werden einerseits unbestimmte Rechtsbegriffe wie „gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse“ eingeführt, die es planbezogen zu konkretisieren gilt. Andererseits wird der Gesundheitsbegriff deutlich erweitert, in dem der Sozialraum als eigenständiger Belang etabliert wird („sozial stabile Bewohnerstrukturen“, „soziale und kulturelle Bedürfnisse“). Darüber hinaus werden auch potenziell vulnerable Bevölkerungsgruppen, namentlich junge, alte und behinderte Menschen, angesprochen.

4 Praxisdefizite und Ursachen für eine unzureichende Integration von Gesundheitsbelangen

4.1 Beispiel UVP-Praxis

Ungeachtet der Einführung der verschiedenen Instrumente der Umweltprüfungen, beginnend mit dem Erlass des UVPG 1990, stellt sich die Praxis bezogen auf die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange inhaltlich wie methodisch ernüchternd und wenig anspruchsvoll dar. Gründe liegen einerseits in der Art und Weise, wie die Schutzgüter in Umweltverträglichkeitsstudien auf mögliche Auswirkungen hin untersucht werden. Die häufig anthropozentrisch geprägte Sichtweise führt dazu, dass bei den neben der menschlichen Gesundheit ebenfalls zu untersuchenden Schutzgütern wie

Boden, Wasser, Luft, Klima und Landschaft gesundheitsbezogene Aspekte integraler Bestandteil sind. Die *gesundheitlichen Auswirkungen* werden in der Folge nicht weiter operationalisiert. Das Untersuchungsprogramm zum Schutzgut Menschliche Gesundheit wird vielmehr auf die Einhaltung einschlägiger umweltmedienbezogener Grenzwerte, den Verlust von Siedlungs-, Wohnumfeld- und Erholungsflächen sowie deren pauschalierte Betrachtung von Beeinträchtigungen durch Schall- oder Luftschadstoffimmissionen reduziert. Gleichzeitig werden die Gesundheitsämter, die dazu beitragen können, dass die Gesundheitsbelange in umfassender und qualifizierter Weise Eingang in den Untersuchungsrahmen von Umweltverträglichkeitsstudien finden, nicht als Regelfall und auch ansonsten in nicht hinreichender Weise beteiligt.[9] Dadurch fehlen dort oft auch die Routinen, wie gesundheitsfolgenbezogene Beiträge effizient in die Entscheidungsstrukturen von Zulassungsverfahren zu integrieren sind, um dort als bedeutender Belang Gewicht im Abwägungsprozess zu erlangen (vgl. Landeszentrum Gesundheit NRW 2016).

Ein Beispiel, wie das Schutzgut Menschen/Menschliche Gesundheit in Planungsverfahren (hier: Straßenplanung) zu bearbeiten ist, bieten die *Richtlinien für die Erstellung von Umweltverträglichkeitsstudien im Straßenbau* (RUVS) auf der Ebene der untergesetzlichen sektorbezogenen Leitfäden.[10] Im Merkblatt „MB 8.1" zur RUVS werden die Kriterien und Wertmaßstäbe genannt, die in Tab. 1 zusammengestellt sind. Damit erschöpft sich die Betrachtung der Gesundheitsaspekte auf die Einhaltung der verbindlichen Luft- und Schallimmissionsgrenzwerte. Die vorsorgeorientierten Orientierungswerte der DIN 18005, die als eine sachverständige Konkretisierung der Anforderungen an den Schallschutz im Städtebau aufzufassen sind, bleiben aufgrund ihrer strengeren Werte allerdings bei Verkehrsprojekten regelmäßig unberücksichtigt.

4.2 Defizite bei der Berücksichtigung vorsorgeorientierter Wertmaßstäbe

Eine Verbesserung der Umweltbedingungen und aktive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit der Folge einer erhöhten Lebensqualität, wie in den Erwägungsgründen der UVP-Richtlinie gefordert, sind auf Basis der aktuellen Konzeption der Umweltprüfungen kaum erreichbar. Es dominiert der Erhalt des Status quo. Dabei ist die Definition der Erheblichkeitsschwelle von entscheidender Bedeutung. Der Grundlogik der UVP und der Bewertungssystematik des UVPG in § 12 folgend gilt es, lediglich die *erheblichen* Umweltauswirkungen zu berücksichtigen. Auf Grundlage dieses Ermittlungsergebnisses wird dann nach Maßnahmen zur Vermeidung, Verminderung, Kompensation oder aber nach Alternativen und Varianten des Vorhabens gesucht. Die Zielsetzung des Grundgedankens, dass nicht jedwede noch so geringfügige Auswir-

9 Vgl. z. B. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (2011), Kap. 9.

10 Die RUVS wurden vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung herausgegeben und werden zurzeit überarbeitet. Die Straßenplanung gilt als ein Anwendungsbereich der Umweltprüfung mit relativ langer Tradition. Es existieren zahlreiche untergesetzliche Regelwerke, die inhaltlich-methodische Vorgaben konkretisieren, wie Umweltverträglichkeitsstudien, FFH-Verträglichkeitsstudien oder artenschutzrechtliche Prüfungen zu bearbeiten sind.

kung Gegenstand der Bewertung wird und eine Konzentration auf wesentliche Konfliktpunkte erfolgt, ist durchaus sinnvoll, um ein Ausufern zu vermeiden. Wie jedoch kann die Schwelle der Erheblichkeit genauer eingegrenzt werden?

Kriterien	Werthintergrund	Maßstäbe	Verbindlichkeit	Praxis-aspekte
(1) Gesundheit und Wohlbefinden	Schutz der Nachbarschaft vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Verkehrsgeräusche (16. BImSchV); Schutz der menschlichen Gesundheit	16. BImSchV (Verkehrslärmschutz-VO) 39. BImSchV (Luftqualitäts-+Emissionshöchstmengen-VO)	Hoch, da rechtsverbindliche Grenzwerte	Darstellung der räumlichen Verteilung (Schallimmissionsprognose); pauschalierte Wirkzonen
	Schalltechnische Orientierungswerte als Zielvorstellungen für Schallschutz im Städtebau (39. BImSchV);	DIN 18005 (Teil 1, Beiblatt 1) Schallschutz im Städtebau	Gering, da gutachterliche Einschätzung; (vorsorgeorientiert)	Ggf. Darstellung der Räume, in denen Orientierungswerte überschritten werden
(2) Wohn- und Wohnumfeldfunktion	Schutz siedlungsnaher Freiräume für wohnungsnahe Feierabenderholung	Gutachterliche Einschätzung der Funktion	Gering, da gutachterliche Einschätzung	Pauschale Betrachtung 500 m-Umkreis um Siedlungsränder
	Schutz ausgewiesener Freizeiteinrichtungen, z. B.: Badegewässer, Freibäder Freizeitparks, Sportanlagen Freilichtmuseen	In Bauleitplänen verbindlich ausgewiesene Flächen	Hoch, da per Satzung verbindlich festgelegt	Pauschale Betrachtung von Beeinträchtigungen durch Immissionen und Erreichbarkeit

Kriterien	Werthintergrund	Maßstäbe	Verbindlichkeit	Praxis-aspekte
(3) Erholungs- und Freizeitfunktion	Schutz von Bereichen mit besonderem Schwerpunkt + Eignung für die Erholungsnutzung durch entsprechende Ausstattung, Sehenswürdigkeiten, Erholungszielpunkte	§1 (4) Nr. 2 BNatSchG (Schutz der freien Landschaft zu Erholungszwecken)	Nur, wenn Gebiete in Regional- und Flächennutzungsplänen verankert	Pauschale Betrachtung von Beeinträchtigungen durch Immissionen und fehlende Erreichbarkeit

Tab. 1: Schutzgut Menschliche Gesundheit gemäß RUVS / Quelle: eigene Zusammenstellung gesundheitlicher Belastungen auf Basis der RUVS (2009)[11]

Einen Anhaltspunkt bieten die Kriterien zur Vorprüfung der Anlage 3 UVPG, die im Rahmen der Einzelfallprüfung für Vorhaben der Spalte 2 der Anlage 1 UVPG anzuwenden sind.[12] Diese sind zur Einschätzung gedacht, ob erhebliche Auswirkungen durch ein bestimmtes Vorhaben, das unterhalb der Schwelle hinsichtlich der Größen- oder Leistungswerte der direkten UVP-Pflicht liegt, begründet möglich sind. *Art und Merkmale der* möglichen *Auswirkungen* unter Ziffer 3 der Anlage 3 UVPG hinsichtlich ihrer Erheblichkeit sind danach unter anderem bezüglich ihrer *Schwere* und *Komplexität*, ihres *räumlichen* und *bevölkerungsbezogenen Ausmaßes* sowie ihres *grenzüberschreitenden Charakters* zu bewerten. Einen weiteren Anhaltspunkt bietet die Bewertung gem. §25 UVPG. Danach erfolgt die begründete Bewertung der Auswirkungen nach Maßgabe des geltenden Fachrechts. Mangels originärer UVP-Wertmaßstäbe ist die Einbindung in den Kontext der Fachgesetze wie z. B. Immissionsschutz-, Wasserhaushalts-, Bodenschutz- und Naturschutzrecht einschließlich der jeweiligen Ausführungsvorschriften durchaus sachlogisch. In der Konsequenz bedeutet dies jedoch in der Praxis, dass in aller Regel nur die verbindlichen Grenz-, Richt- oder Orientierungswerte als Maßstab herangezogen werden. Für niedrigschwellige Auswirkungen, etwa Folgen für das Wohlbefinden, den schlechteren Zugang zu wohnumfeldnahen Grünflächen oder zusätzliche Schallimmissionen von Naherholungsflächen durch Gewerbebetriebe, die unterhalb der TA-Lärm-Richtwerte liegen, bleibt in der Regel wenig Raum. Aufgrund mangelnder Erheblichkeit finden daher häufig auch keine Kompensa-

11 Die genannten Rechtsvorschriften wurden den inzwischen erfolgten Aktualisierungen angepasst.

12 Die Vorhaben mit der Kennzeichnung „A“ (für Allgemeinen Vorprüfung des Einzelfalls) und „S“ (für „Standortbezogene Vorprüfung des Einzelfalls) in Spalte 2 der Anlage 1 UVPG sind Projekte mit geringeren Leistungs- und Größenwerten, bei denen erst nach überschlägiger Einschätzung der Behörde über die zu erwartenden Umweltauswirkungen festgestellt wird, ob eine UVP tatsächlich durchzuführen ist. Maßgabe ist, dass erhebliche Umweltauswirkungen begründet möglich sind. Bei der standortbezogenen Vorprüfung sind die Kriterien der Merkmalsgruppe 2 der Anlage 3 UVPG (Standort der Vorhaben) heranzuziehen; nur wenn Gebiete mit besonderem Schutzstatus betroffen sind, kann es zu einer positiven Feststellung der UVP-Pflicht kommen. Bei der allgemeinen Vorprüfung sind die weiteren Merkmalsgruppen 1 „Merkmale der Vorhaben“ und 3 „Art und Merkmale der Auswirkungen“ zu berücksichtigen.

tionsmaßnahmen als Auflagen oder Nebenbestimmungen Eingang in den Zulassungsbescheid.

Ein darüber hinaus am Maßstab einer wirkungsvollen Prophylaxe ausgerichteter Ansatz, der bei prognostizierten gesundheitsbezogenen Folgen nicht nur deren Vermeidung und Minimierung verfolgt, sondern gesundheitsfördernde Maßnahmen als mögliche Auflagen in Zulassungsverfahren vorsieht, wäre hier notwendig und seine Umsetzungschancen sind zu diskutieren. Solange eine Orientierung am Erhalt des Status quo im Vordergrund steht und über den Ausgleich niedrigschwelliger Gesundheitsfolgen nicht nachgedacht wird, hat dieser Ansatz in den formellen Verfahren nur geringe Chancen. Hier kommt den informellen Instrumenten – zumindest bei den aktuellen Rahmenbedingungen – größere Bedeutung zu.

4.3 Ausblendung sozialräumlicher Determinanten

Umweltverträglichkeitsprüfungen dienen der effizienten Bündelung der Umweltbelange, um ihnen im Rahmen der Abwägung mit anderen Belangen ein möglichst hohes Gewicht zu verleihen. Der explizite Umweltbezug wird auch in der UVP-Verwaltungsvorschrift (UVPVwV) betont. Danach sind nichtumweltbezogene Anforderungen wie die Verbesserung von Verkehrsverhältnissen oder der Erhalt von Arbeitsplätzen nicht berücksichtigungsfähig (vgl. Nr. 0.6.1.1 UVPVwV). Die Begrenzung auf umweltbezogene Belange ist dabei durchaus verständlich, soll doch vermieden werden, dass eine frühzeitige Einbeziehung anderer Belange einerseits zu einer Verwässerung des Umweltbezugs führt und andererseits eine Doppelberücksichtigung in der später ohnehin zu leistenden Gesamtabwägung aller Belange, etwa im Rahmen der planerischen Abwägung bei Planfeststellungsverfahren, erfolgt.

Gleichwohl ist hier jedoch eine Nachjustierung der Gesundheitskriterien überfällig, die das physische und psychische Wohlbefinden des Menschen stärker in den Mittelpunkt rückt und nicht nur einseitig die über die Umweltmedien transportierten Noxen mit ihren Gesundheitsfolgen betrachtet. Hier ist der jeweilige Wohnkontext stärker zu beachten. Dieser wird von Infrastrukturelementen wie Grünräumen, Nahversorgungs- und Verkehrsbereichen geprägt und kann auch als materieller und chemisch-physikalischer Wohnkontext bezeichnet werden (Riedel 2014). Die Qualität des Wohnkontextes ist abhängig von den gesellschaftlichen und ökonomischen Funktionen, die vonseiten der Stadtplanung durch die räumliche und soziale Verteilung von Gesundheitsrisiken wie Feinstaub und Lärm in den Gebieten beeinflusst wird. Andererseits ergibt sich das Charakteristische eines Wohnumfelds vor allem auch aus der Sozialstruktur seiner Bewohnerschaft und ihren unterschiedlichen, ökonomisch begrenzten Wahlmöglichkeiten. Je nach sozialer, ethnischer und demografischer Zusammensetzung schreibt die Bewohnerschaft dem Wohngebiet unterschiedliche Gebrauchswerte zu, bindet es in ihre Alltagspraktiken (z. B. Alltagsmobilität und Verhaltensroutinen wie Ernährung und Bewegung in den unterschiedlichen Lebensbereichen) ein und erzeugt somit einen psychosozialen Wohnkontext (Riedel 2014). Verbunden damit sind zum einen die Fähigkeit und Bereitschaft der Bewohner zur Beteiligung an Planverfahren, zum anderen die politische Wahrnehmung und der Stellenwert eines Wohngebietes. Das BauGB fordert indes die Bauleit-

planung zur Schaffung und Erhaltung sozial stabiler Bewohnerstrukturen (§ 1 Abs. 6 Nr. 2 BauGB) auf und sieht die Möglichkeit vor, die Zusammensetzung der Wohnbevölkerung aus besonderen städtebaulichen Gründen zu erhalten (§ 172 Abs. 4 Satz 1 BauGB).

5 Bewertung von Gesundheitsfolgen

5.1 Konzept und Charakter der Bewertung nach UVP- und Fachrecht

Grundanforderungen an die Bewertung nach UVP-Recht

Die effektive Berücksichtigung von Umwelt- und Gesundheitsbelangen in Verfahren der Umweltprüfung ist abhängig vom Charakter der Bewertung und von den Wertmaßstäben, die herangezogen werden können. Bewerten bedeutet im Sinne der Nr. 0.6.1 UVPVwV die Auslegung und Anwendung der umweltbezogenen Tatbestandsmerkmale der einschlägigen Fachgesetze auf den entscheidungserheblichen Sachverhalt. Dabei sind die fachgesetzlichen Anforderungen entweder im Gesetz bzw. in den Ausführungsvorschriften ausdrücklich formuliert oder im Wege der Auslegung aus unbestimmten Rechtsbegriffen wie etwa dem *Wohl der Allgemeinheit*[13] oder aus den *Zielen des Naturschutzes und der Landschaftspflege*[14] abzuleiten. Hinsichtlich der Bewertungskriterien schreibt Nr. 0.6.1.2 UVPVwV einen hierarchischen Ermittlungsprozess vor, der in Abbildung 4 dargestellt ist. Demnach können beim Bewertungsprozess von UVP und SUP auch fachlich abgeleitete Maßstäbe, die Vorsorgeaspekten mehr Raum geben, Berücksichtigung finden, wenn verbindliche Grenzwerte oder Orientierungswerte in der UVPVwV nicht vorliegen.

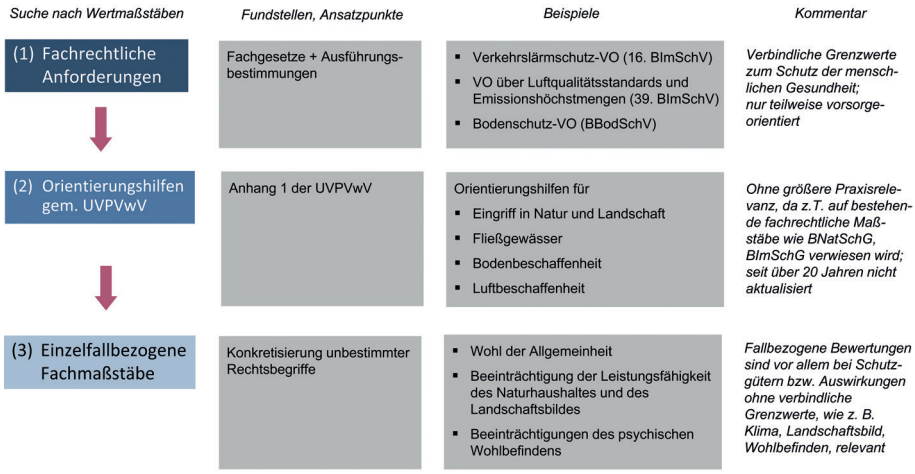


Abb. 4: Bewertungsprozess und Ermittlung der Wertmaßstäbe gem. UVPVwV / Quelle: Hartlik 2013:39, verändert

13 Im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 3 Wasserhaushaltsgesetz.

14 Gemäß § 1 Bundes-Naturschutzgesetz.

Die Bewertung ist, wie bereits dargelegt, gemäß §25 UVPG einerseits an die Vorgaben des geltenden Fachrechts gebunden, da keine eigenen materiellen UVP-Standards existieren. Darüber hinaus ist sie jedoch auch im *Hinblick auf eine wirksame Umweltvorsorge* durchzuführen. Umweltauswirkungen als Gegenstand von Umweltprüfungen sollten daher stets auch unter Einbeziehung vorsorgeorientierter Wertmaßstäbe erfolgen. Einen weiteren Ansatzpunkt zur vorsorgeorientierten und gleichzeitig schutzgutübergreifenden Gesamtbewertung bieten auch die sogenannten *medienübergreifenden Bewertungsgrundsätze für Grenzbelastungen* der UVPVwV.[15] Dieser Ansatz bezieht sich beispielhaft auf Fälle, bei denen aufgrund der nur knappen Einhaltung mehrerer gesetzlicher Qualitätsanforderungen für unterschiedliche Umweltmedien fallbezogen und nach Maßgabe einer bestimmten, medienübergreifend anwendbaren Rechtsnorm zu entscheiden ist, ob *insgesamt* eine unzulässige Gesamtumweltbelastung vorliegt. In der Praxis wird auf diesen *Grenzbelastungsansatz* mit seinem fachrechtübergreifenden Konzept jedoch kaum Bezug genommen.

Bewertung gesundheitlicher Effekte – Beispiel Immissionsschutzrecht

Der Vorsorgeanspruch stößt in der Verfahrenspraxis regelmäßig an seine Grenzen. Insbesondere bei den sogenannten gebundenen Entscheidungen, wie etwa Verfahren nach Bundes-Immissionsschutzrecht, wird regelmäßig lediglich geprüft, ob die verbindlichen Qualitätsstandards der relevanten Immissionsschutz-Verordnungen eingehalten werden. Kann der Antragsteller dies nachweisen, hat er im Grundsatz Anspruch auf Genehmigung.

Der Immissionsschutz bedient sich u.a. humantoxikologischer Betrachtungen von Noxen und Einflussfaktoren und legt für chemische Noxen rechtsverbindliche Vorgaben in Form von Grenz- und Zielwerten für bestimmte Luftschadstoffe in Gestalt der 39. BImSchV fest, die im Sinne der Gefahrenabwehr zu verstehen sind. Damit soll eine Mindestqualität sichergestellt werden. Wie bereits dargestellt, kann die Einhaltung dieser verbindlichen Werte nicht flächendeckend gewährleistet werden. Zudem wird bei den Grenz- und Zielwerten nicht auf empfindlichere Individuen abgestellt. Vorsorgeorientierte Werte finden sich dagegen in anderen untergesetzlichen Quellen wie z.B. VDI-Richtlinien oder den WHO-Leitwerten. Die VDI-Richtlinie 2310 über maximale Immissionswerte (MIK) dient als Entscheidungshilfe zur Beurteilung von Luftverunreinigungen und der Ableitung von Rechtsnormen. Die Festlegung der Werte erfolgt wirkungsbezogen explizit unter der Zielsetzung, Gefahren, erhebliche Nachteile oder erhebliche Belästigungen für den Menschen, insbesondere auch für Kinder, Kranke und Alte zu vermeiden. Dementsprechend sind die Werte strenger formuliert und im Vergleich zu den Werten der 39. BImSchV etwa für PM_{10} und Stickstoffdioxid halbiert.[16] Auch die WHO legt an ihre Leitwerte zur Luftqualität in der Regel strengere Maßstäbe als die 39. BImSchV an unter der Zielsetzung, dass bei Einhaltung der Leitwerte bei durchschnittlicher oder lebenslanger Belastung bei Menschen kein nennenswertes gesundheitliches Risiko besteht (WHO 2006).

Für Luftschadstoffe, für die keine verbindlichen Immissionswerte festgelegt wurden, hat die Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft für Immissionsschutz (LAI) Orientierungs-

15 Vgl. die Nrn. 2.3.3, 3.3.4, 4.3.4, 5.3.4, 6.3.4, 16.3.3 UVPVwV.

16 Gilt für den Jahresmittelwert für PM10 und NO2: 40 µg/m3 (39. BImSchV) zu 20 µg/m3 (VDI-RL).

werte vorgelegt, die im Rahmen der Sonderfallprüfung gem. Nr. 4.8 der TA Luft für kanzerogene Luftschadstoffe heranzuziehen sind. Das Schutzniveau des als hinnehmbar erachteten Risikos für Kanzerogene bewegt sich in Abhängigkeit vom Stoff zumeist im Bereich von 10^{-4} bis 10^{-5}. Klare und verbindliche Leitlinien zur Quantifizierung der gesundheitlichen Vorsorgeanforderungen bestehen bislang nicht. In den verschiedenen Regelwerken sowie der Fachliteratur bewegt sich das als hinnehmbar erachtete Risiko für das Schutzniveau *Vorsorge* in aller Regel eine Zehnerpotenz niedriger, im Bereich von 10^{-5} bis 10^{-6} (Heller 2014).

Für physikalische Determinanten – wie beispielsweise hoch- und niederfrequente elektromagnetische Felder – schreibt die 26. BImSchV Grenzwerte zum Schutz der Allgemeinbevölkerung vor. Vulnerable Bevölkerungsgruppen wie z. B. Kinder werden nicht explizit berücksichtigt, die Gültigkeit der Grenzwerte im Hinblick auf Risikogruppen wie Implantatträger wird explizit ausgeschlossen.

Das derzeitige Regelungssystem zum Schutz vor Lärm mit technischen Regelwerken und Verordnungen für Gewerbelärm, Straßen- und Schienenlärm sowie Freizeitlärm setzt isoliert an den jeweiligen Quellen an, d. h. Lärm wird für die verschiedenen Verursachergruppen jeweils separat beurteilt und begrenzt. Es findet also in der Regel keine Summation und Beurteilung des beim Empfänger insgesamt einwirkenden Lärms aufgrund mehrerer, gleichzeitig einwirkender Geräusche statt.

Für weitere mögliche physikalische Determinanten, wie beispielsweise Infraschall und tieffrequenter Schall, Erschütterungen oder Licht, ist der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand sowohl hinsichtlich eindeutiger Ursachen-Wirkungsbeziehungen als auch im Hinblick auf einheitliche und fachgerechte Messmethoden noch ungenügend. Damit liegen auch rechtsverbindliche Vorgaben für diese Einflussfaktoren nur bedingt vor. In der Bewertungspraxis wird infolgedessen auf (regionale) Abstandsregelungen, DIN-Vorschriften (beispielsweise DIN 4150-2 zur Bewertung der Schwingstärke als Maß für Erschütterungen) oder Empfehlungen der LAI zurückgegriffen. Für andere, schwer fassbare Auswirkungen auf das Wohlbefinden wie z. B. den sogenannten *optischen Bedrängungseffekt*, der in Randlagen von Siedlungen oder Einzelgebäuden im Außenbereich auftritt, wenn diese in zu geringer Entfernung von Windenergieanlagen stehen, werden als Maßstab auch Gerichtsurteile herangezogen.[17]

Für biologische Determinanten wie beispielsweise Bioaerosole existieren keine Wirkschwellenwerte, die auf Basis von Erkenntnissen aus toxikologischen und umweltepidemiologischen Untersuchungen abgeleitet wurden. Rechtsverbindliche Vorgaben liegen auch hier nicht vor. Inhaltliche Vorgaben zur Ermittlung von Immissionskenngrößen sind in VDI-Richtlinien (4250, 4251) niedergelegt. Als Bewertungsmaßstab für die Sicherstellung des Schutzes vor Gefahren für die menschliche Gesundheit, welcher

17 Während Folgen durch Schattenwurf (WEA-Schattenwurf-Hinweise des LAI) und Schallimmissionen (TA Lärm) von Windenergieanlagen geregelt sind, gelten hier auf Grundlage eines Urteils des BVerwG vom 23.12.2010 Anhaltswerte von 2-facher bis 3-facher Gesamthöhe. Unterhalb einer Distanz der zweifachen Höhe ist regelmäßig von einer optisch bedrängenden Wirkung auszugehen, ab einer Entfernung, die der dreifachen Höhe entspricht, gilt dies im Regelfall nicht. In den Fällen zwischen 2- und 3-facher Entfernung ist eine fallbezogene Einschätzung nach den Umständen des Einzelfalls durchzuführen.

im Rahmen von Genehmigungsverfahren nach Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) und TA Luft herangezogen werden kann, wird in wissenschaftlichen Beiträgen zur Bewertungsproblematik im Bereich der Bioaerosole übereinstimmend eine Orientierung an der jeweiligen Hintergrundkonzentration vorgeschlagen (Heller 2014). Das Bundesland Nordrhein-Westfalen hat in einem Erlass vom 19.02.2013 für Immissionsschutzrechtliche Anforderungen an Tierhaltungsanlagen Leitparameter und Orientierungswerte für Anlagen zur Tierhaltung formuliert, die sich an der Bestimmungsgrenze der Parameter orientieren.

Bewertung gesundheitlicher Effekte – Beispiel Bodenschutzrecht
Die Bundes-Bodenschutzverordnung BBodSchV gibt im Sinne der Nachsorge bzw. Gefahrenabwehr für bereits bestehende Bodenbelastungen nutzungsbezogene Prüfwerte für Kinderspielflächen, Wohngärten/Wohngebiete oder Park- und Freizeitflächen vor, denen szenariospezifische Expositionsbetrachtungen zugrunde liegen. Die in Anhang 2 BBodSchV aufgeführten Prüfwerte für bestimmte Stoffe wie Arsen, Blei, Cadmium etc. werden für vier Kategorien (Kinderspielflächen, Wohngebiete, Park-/Freizeitanlagen, Industrie-/Gewerbegebiete) festgelegt. Orientiert am sensiblen Organismus des Kindes, sind die Werte für Kindespielflächen halbiert gegenüber den Werten für Wohngebiete. Für Park-/Freizeitanlagen sowie Industrie- und Gewerbeflächen gelten noch einmal deutlich höhere Werte.

Das Schutzniveau für die menschliche Gesundheit wird im Sinne des Gefahrenabwehrprinzips mit einem hinreichenden Gefahrenverdacht versehen. Dazu wurde ein Konzept zur Ermittlung sogenannter gefahrenverknüpfender Faktoren entwickelt (Konietzka/Dieter 1998). Für Kanzerogene ohne Wirkschwelle wird darin als Konvention ein zusätzliches Krebsrisiko von 5×10^{5} festgelegt. Demzufolge sind die für die verschiedenen Nutzungsszenarien abgeleiteten Prüfwerte nach BBodSchV als konkrete Anhaltspunkte zu werten, bei deren Überschreiten ein hinreichender Verdacht für eine Gefahr der menschlichen Gesundheit durch schädliche Bodenveränderungen angezeigt ist und weitere Prüfschritte erforderlich werden.

Soll eine über die Gefahrenabwehr hinausgehende Betrachtung bestehender schädlicher Bodenveränderungen, beispielsweise im Rahmen von Planungsvorhaben, erfolgen, wird von der ARGE BAU (2001) aufgrund des Anspruchs des Baugesetzbuches nach „gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnissen" i.S.d. §1 Abs. 5 BauGB die Unterschreitung der Prüfwerte gefordert. Rechtsverbindliche Vorgaben zur Beurteilung des Bodens im Sinne vorsorgeorientierter gesundheitlicher Betrachtungen liegen nicht vor (Machtolf 2014).

Bewertung gesundheitlicher Effekte – Beispiel Planfeststellungsrecht
Demgegenüber gestaltet sich die Situation bei Planfeststellungsverfahren, die bei allen größeren Infrastrukturmaßnahmen wie z.B. Straße, Schiene, Bundeswasserstraße oder Freileitungen durchzuführen sind, flexibler. Hier besitzen die Behörden ein Versagensermessen, sodass die Entscheidung in einem regelmäßig sehr komplexen Planungsverfahren, in dem eine Vielzahl unterschiedlicher Belange abzuwägen ist, nicht direkt oder ausschließlich an die Einhaltung medienbezogener Qualitätsstandards gebunden ist. Zudem ist eine Alternativenprüfung regelmäßiger Bestandteil von Planfeststellungsverfahren. Beim Vergleich, welche der betrachteten Alternativen die

aus Umweltsicht beste Lösung darstellt, geht es zunächst weniger um die rechtliche Zulässigkeitsprüfung, sondern um Kriterien und Maßstäbe aus Umwelt- und Gesundheitssicht, die ein differenziertes Abbild der zu erwartenden Auswirkungen liefern, um die günstigste Alternative zu identifizieren. Diesbezüglich ist die Wahl der Vergleichskriterien viel flexibler und offen für strengere Werte zur Definition der Umweltqualität und der Einbeziehung von Vorsorgezielen.

Bewertung gesundheitlicher Effekte – Beispiel Bauleitplanung
Gesundheitsfolgen und deren Bewertung sind ein klassisches Thema der kommunalen Bauleitplanung, die sich in Deutschland aus der vorbereitenden, behördenverbindlichen Bauleitplanung in Form der *Flächennutzungsplanung* für das gesamte Gebiet einer Gemeinde und dem verbindlichen *Bebauungsplan* zusammensetzt. Gemäß §1 Abs. 6 Nr. 1 BauGB sind, wie bereits dargestellt, bei der Aufstellung der Bauleitpläne insbesondere die *allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse und die Sicherheit der Wohn- und Arbeitsbevölkerung zu berücksichtigen*. Ferner sind nach §1 Abs. 6 Nr. 7 Buchst. c) die *umweltbezogenen Auswirkungen auf den Menschen und seine Gesundheit sowie die Bevölkerung insgesamt* im Rahmen einer gerechten Abwägung zu berücksichtigen.

Das deutsche Planungsrecht enthält damit also durchaus materielle Zielsetzungen und Ansatzpunkte hinsichtlich eines vorsorgenden Gesundheitsschutzes, die im Abwägungsprozess der Bauleitplanung zu den explizit zu berücksichtigenden Grundsätzen zählen. Sie sind mit anderen Belangen öffentlicher und privater Interessenträger abzuwägen. Dabei kommt den Kommunen als Träger der Bauleitplanung (analog zu den Planfeststellungsbehörden) bei der Abwägung innerhalb bestimmter rechtlicher Grenzen eine planerische Gestaltungsfreiheit zu. Bei der Abwägung sind nicht nur alle Belange nach Lage der Dinge einzustellen, sie sind in ihrer Bedeutung und ihrem objektiven Gewicht nach gerecht und unter dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz abzuwägen (vgl. Jarass/Kment 2013, §1 Rn. 39 ff.).

5.2 Vorsorgeorientierte Bewertung und vulnerable Bevölkerungsgruppen

Für die Bewertung von Auswirkungen auf den Menschen, die menschliche Gesundheit und das Wohlbefinden ist die Vorsorgeorientierung der heranzuziehenden Wertmaßstäbe von großer Bedeutung. Wie mehrfach dargelegt und angesprochen, sollten mögliche Gesundheitsfolgen auch unterhalb der fachrechtlichen Erheblichkeitsschwelle Berücksichtigung finden.

Die WHO-Definition von Gesundheit intendiert den vorsorgeorientierten Gesundheitsschutz, in dem explizit auch auf das seelische und soziale Wohlbefinden abgestellt wird. Hier kommt einem weiteren Begriff eine wesentliche Rolle zu: der Empfindlichkeit oder Vulnerabilität von Menschen. Vulnerabilität wird von der WHO (2002) als Prozess charakterisiert, der durch Mangel, ungedeckte Bedürfnisse, Anfälligkeit, Unsicherheit und Schutzlosigkeit gekennzeichnet ist. Nach Ansicht des Sachverständigenrats zur Begutachtung des Gesundheitswesens ist eine erhöhte Vulnerabilität besonders dort zu finden, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft prekär oder beschädigt ist (z. B. Arbeitslose, alte Menschen), mit engen

oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft (Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesen 2007). Der Sozialraum ist daher eine wichtige Gesundheitsdeterminante. Vulnerabilität kann aber auch unabhängig von der sozialen Lage aus der individuellen Disposition (Gesundheitszustand, chronische Erkrankungen, Behinderungen) oder aus biologischen Faktoren (Alter, Geschlecht, genetische Veranlagung) resultieren. Es gilt, beide Vulnerabilitätsansätze bei der Bewertung bzw. der Suche nach adäquaten Wertmaßstäben zu beachten.

Vulnerable Bevölkerungsgruppen eignen sich gut, um die Diskussion hinsichtlich vorsorgeorientierter Wertmaßstäbe in Umweltprüfungen zu initiieren und weiter voranzubringen. Solche Gruppen können nicht allgemeingültig festgelegt werden, sondern sind kontextbezogen zu ermitteln und hängen in starkem Maße von den Wirkprozessen, den möglichen Wirkpfaden und der Art und Weise der Exposition ab. Bei der Betrachtung der gesundheitlichen Auswirkungen von niederfrequenten Feldern durch Freileitungen des Höchstspannungsnetzes gelten vor allem Kinder und Jugendliche als besonders sensibel (erhöhtes Gesundheitsrisiko für Leukämie), ferner bestimmte Gruppen von Implantatträgern (vgl. Hartlik/Machtolf/Scholz 2016). Bei der Betrachtung von Gesundheitsrisiken durch Luftschadstoffe zählen dagegen u.a. Personen zu den Risikogruppen, die Vorerkrankungen im Bereich Herz-Lungen-Krankheiten aufweisen oder weitere lebensstilbedingte Risiken (z. B. Rauchen, Bewegungsmangel, Diabetes) auf sich vereinen.

Als Gegenbegriff zu Vulnerabilität wird häufig *Resilienz* genannt (vgl. ARL 2013, Christmann et al. 2011). Dieser Begriff drückt unter anderem die Fähigkeit eines Individuums aus, auf veränderte (Umwelt-)Rahmenbedingungen zu reagieren und die gesundheitliche Funktionsfähigkeit in einem dynamischen Prozess aufrechtzuerhalten (auch als Anpassungs- oder Pufferkapazität bezeichnet). Ein Mangel oder Verlust an Resilienz geht danach einher mit steigender Vulnerabilität und umgekehrt. Beispiele für Faktoren, die die Vulnerabilität bestimmen können, zeigt Abbildung 5.

5.3 Möglichkeiten und Grenzen der vorsorgeorientierten Bewertung von Gesundheitsfolgen

Wie in den Beispielen des vorangehenden Abschnitts gezeigt werden konnte, existieren genügend Ansatzpunkte für eine vorsorgeorientierte Bewertung einschließlich entsprechender Bewertungsmaßstäbe. Allerdings gilt es, Möglichkeiten und Grenzen vorsorgeorientierter Bewertung von Gesundheitsfolgen realistisch einzuordnen.

Im Rahmen immissionsschutzrechtlicher Verfahren mit integrierter Umweltprüfung ist der Spielraum für Umweltvorsorge und vorsorgebezogenen Gesundheitsschutz in der Praxis gering. Die Erheblichkeitsschwelle und in der Folge die Berücksichtigungsfähigkeit von Gesundheitsfolgen ist in diesen Zulassungsverfahren an die einschlägigen Ausführungsvorschriften mit ihren Grenz- und Zielwerten gebunden. Mit Einhaltung dieser Werte ist in der Logik des Immissionsschutzrechts der Schutz des Menschen und der Gesundheit vor erheblichen Nachteilen und Belästigungen gewährleistet.

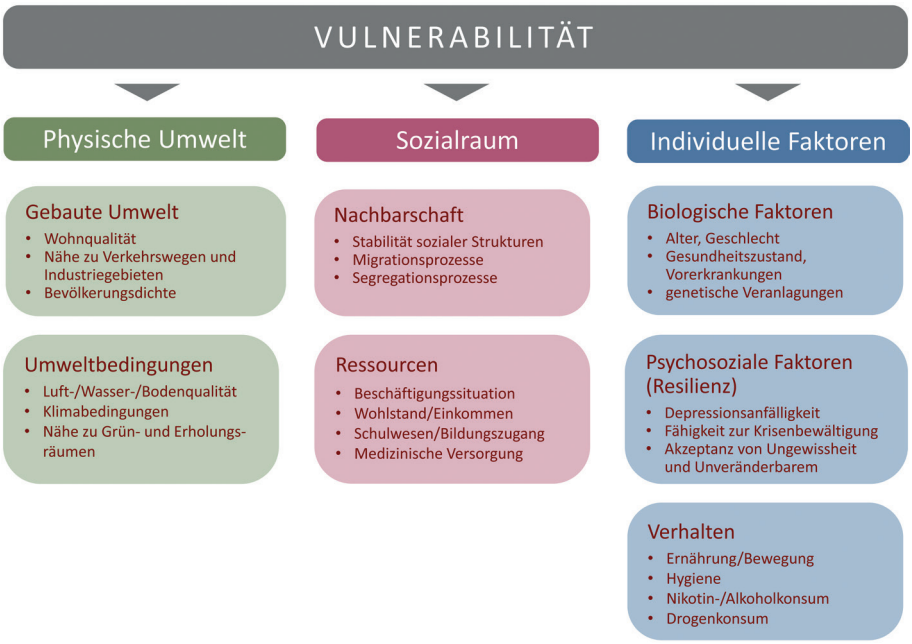


Abb. 5: Faktoren zur Ermittlung der Vulnerabilität von Bevölkerungsgruppen / Quelle: Hartlik 2017

Anders stellt sich die Situation bei Raumordnungs- und Planfeststellungsverfahren für größere Infrastrukturmaßnahmen dar, für die in aller Regel eine UVP durchzuführen ist. Sowohl bei der Alternativenprüfung als auch bei der Bewertung der Umwelt- und Gesundheitsfolgen im Rahmen der Entscheidung können hier durchaus Bewertungsmaßstäbe herangezogen werden, die Vorsorgeniveau erreichen. Das planerische Ermessen der Behörde und die Zusammenschau aller schutzgutbezogenen Auswirkungen in ihrer Gesamtheit bieten hier entsprechende Ansatzpunkte. Inwieweit Belangen des vorsorgenden Gesundheitsschutzes bei der Bewertung und Abwägung ein hohes Gewicht eingeräumt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab, z. B.:

> Vorbelastung: Sind Gebiete betroffen, in denen die in Vorschriften der Europäischen Union festgelegten Umweltqualitätsnormen bereits überschritten sind? Eine zusätzliche Belastung ist hier zu vermeiden, eine positive Zulässigkeitsentscheidung daher eher unwahrscheinlich.

> Engagierte Einwendergruppen: Existieren Umweltverbände und andere Vereinigungen, die das Verfahren und die Fachgutachten kritisch mit fachlicher und juristischer Unterstützung/Expertise begleiten, die ggf. klagebereit sind, ist der Druck auf die Behörde und die Vorhabenträger groß, sodass umwelt- und gesundheitsschonendere Alternativen oder umfangreichere Kompensationsmaßnahmen leichter durchsetzbar sind.

> Qualität der Einwendungen: die Berücksichtigungsfähigkeit von Belangen in der Abwägung steigt mit der Prognosequalität, der Ermittlungstiefe und der Validität des ermittelten Sachverhalts – die Behörde kann diese im Sinne einer nachvollziehenden Sachverhaltsaufklärung ggf. einfach übernehmen.[18]

> Engagierte Behörde:Steht die Behörde als Entscheidungsträger Gesundheitsbelangen, die über den Ansatz der „Einhaltung von Grenz- und Zielwerten" hinausgehen, grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber, kann sie Belange des Wohlbefindens oder die Beachtung vulnerabler Bevölkerungsgruppen stärker gewichten.

> Einstellung des Vorhabenträgers: Projektträger erkennen zunehmend, dass offene und transparente Verwaltungsverfahren, die kooperativ mit den Verfahrensbeteiligten auch unter Berücksichtigung von Vorsorgeaspekten durchgeführt werden, zur Steigerung von Akzeptanz behördlicher Entscheidung und eigenem Ansehen beitragen.

Bei der Umweltprüfung für Bauleitpläne kommt der zuständigen kommunalen Planungsbehörde ähnliche planerische Gestaltungsfreiheit zu wie bei der Planfeststellung. Die Ausfüllung und Interpretation von baurechtlichen Wertmaßstäben wie den bereits zitierten *gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnissen* bietet genügend Spielraum und Flexibilität bei der Abwägung privater und öffentlicher Belange. Ob sich anspruchsvolle, strengere Wertmaßstäbe für die Abschätzung von Gesundheitsfolgen durchsetzen können, hängt von ähnlichen Faktoren ab wie bei Planfeststellungsverfahren (siehe Aufzählungspunkte oben). Allerdings bietet die Bauleitplanung einen überschaubareren Rahmen der Beteiligung; die verschiedenen Interessengruppen kennen sich in der Regel, Kompromissbereitschaft und kooperative Umgangsformen sind ggf. verbreiteter als bei Planfeststellungsverfahren mit einer Vielzahl von möglichen Betroffenen und Einwendungen, die zahlenmäßig nicht selten im fünfstelligen Bereich liegen.

Vereinzelt stellen Kommunen auch Umwelt- und Gesundheitsziele auf, die im Rahmen ihrer Bauleitplanung zu berücksichtigen sind. Die Stadt Köln verwendet z. B. im Rahmen ihrer Planungstätigkeit als Vorsorgemaßstab zum Gesundheitsschutz der Wohnbevölkerung vor elektromagnetischen Strahlen von 1 Mikrotesla einen Richtwert, der um den Faktor Hundert niedriger liegt als der immissionsschutzrechtliche Grenzwert der 26. BImSchV (Stadt Köln 2015).

Auf der Ebene der Pläne und Programme im Rahmen der SUP ist die Berücksichtigungsfähigkeit vorsorgeorientierter Maßstäbe ebenfalls gegeben. Ausdrücklich zu berücksichtigen sind bei der SUP gemäß §40 Abs. 2 Nr. 2 UVPG die für den Plan oder das Programm geltenden Ziele des Umweltschutzes, wozu auch Vorgaben aus Plänen und Programmen der Bundesregierung, wie etwa der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung, zählen (vgl. Hoppe/Beckmann 2012, §14g UVPG, Rn. 41). In der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie wird unter Punkt *4a*) *Emission von Luftschadstoffen* z. B. die Reduzierung von bestimmten Stoffen auf etwa die Hälfte des Referenzwertes

18 Zur Maßgeblichkeit von Prognosequalität und Ermittlungstiefe vgl. Balla (2003: 345 ff.).

aus dem Jahr 2005 festgelegt.[19] Explizit wird dort auch beim Unterziel *3.9 Todesfälle durch Feinstaub* und *11.6 Senkung der Umweltbelastung pro Kopf* auf vorsorgeorientierte Zielsetzungen hingewiesen (vgl. Bundesregierung 2016: 86).

6 Schlussfolgerungen, Strategien und Maßnahmen zur besseren Integration von Gesundheitsbelangen

Stärkung der Instrumente der Umweltprüfung
Wie gezeigt werden konnte, bietet die Mehrzahl der formalen Instrumente der verschiedenen Typen der Umweltprüfung genügend Ansatzpunkte für eine erweiterte, vorsorgeorientierte Berücksichtigung von Gesundheitsfolgen in Planungs- und Zulassungsverfahren. Diese Möglichkeiten und Ansätze sind zunächst stärker in das Bewusstsein der Akteure und Verfahrensbeteiligten zu rücken. Hier gilt es unter anderem, die bereits begonnenen Qualifizierungsaktivitäten der Gesundheitsämter[20] weiter fortzuführen und sie bei der Einflussnahme im Rahmen von Stellungnahmen zu Planungsverfahren praxisorientiert zu unterstützen. Nur wenn die Beiträge auf allen Ebenen der Verfahren (Screening, Scoping, Vollständigkeitsprüfung, Behördenbeteiligung, Zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Auswirkungen) praxisgerecht eingebracht werden, können behördliche Entscheidungen effizient unterstützt werden und die Gesundheitsbelange im Abwägungsprozess höheres Gewicht erlangen. Instrumente wie der *Fachplan Gesundheit* sowie der *Leitfaden Gesunde Stadt* können hier wertvolle Unterstützung leisten.

Die Neujustierung der Schutzgüter aufgrund der neu gefassten UVP-Richtlinie der EU verpflichtete Deutschland zu einer grundlegenden Novellierung des UVP-Gesetzes. Die Einführung der *Bevölkerung* als neues Schutzgut neben der menschlichen Gesundheit weist auf die Dringlichkeit hin, mit der auf Ebene der EU, aber auch der WHO, die stärkere Berücksichtigung von Gesundheitsfolgen in der Umweltprüfung verfolgt wird. Dem hat der deutsche Gesetzgeber leider nicht entsprochen. Eng verknüpft mit dem Begriff *Bevölkerung* ist die stärkere Berücksichtigung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen, die bei der vorherrschenden Logik zur Ableitung der Grenz- und Zielwerte (Immissionsschutz) als Akzeptor von Belastungen ausgeblendet wird. Hier kann nur fallbezogen versucht werden, Einfluss auf Inhalte und Abwägung durch effiziente Stellungnahmen zu erlangen. Ziel sollte es sein, die auf Einhaltung von Grenzwerten basierende Erheblichkeitsschwelle bei der Betrachtung von Gesundheitsfolgen zu senken und damit die Berücksichtigungsfähigkeit auch von Belangen des Wohlbefindens oder des Sozialraums zu gewinnen.

Auf den Ebenen der Strategischen sowie baurechtlichen Umweltprüfung können die vorliegenden Wertmaßstäbe mit Gesundheitsbezug weitgehend flexibel und vorsorgeorientiert angewendet werden. In der Bauleitplanung können Kommunen mit selbstverpflichtenden Umwelt- und Gesundheitsqualitätszielen Maßstäbe für eine lebenswerte gesunde Stadt setzen. Hier verfügen die Kommunen aufgrund ihrer weitgehenden planerischen Gestaltungsfreiheit über einen Spielraum, den sie nutzen soll-

19 Betreffend die Stoffe NH3, NOx, NMVOC, SO2 und PM2,5.

20 Vgl. z. B. LÖGD (2004).

ten. Ein wesentlicher Ansatz ist sicherlich die Operationalisierung gesunder Wohn- und Arbeitsverhältnisse. Hilfreich kann hier auch ein Bezug zur Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie sein, deren Ziele für den kommunalen Raum heruntergebrochen und konkretisiert werden müssen.

Neue Instrumente zur Gesundheitsfolgenabschätzung in der Umweltprüfung
Die sinnvolle Erweiterung des Instrumenten- und Methodenrepertoires kann sich auf eine Vielzahl von Ansätzen stützen. Beispielhaft seien hier nur Ansätze wie *Quantitative Risikoanalyse*, *Fachplan Gesundheit*, *Sozialraumanalyse*, *Konzept der umweltbedingten Krankheitslasten, Leitfaden Gesunde Stadt* oder *Praxisleitfaden gesundheitsbezogene Bauleitplanung* genannt. Einige werden im Folgenden kurz skizziert (vgl. Machtolf/Heller 2014).

Unter *Quantitativer Risikoabschätzung* (*QRA*) ist ein Verfahren zu verstehen, das auf naturwissenschaftlich-technischer Grundlage unter Einbeziehung von Konventionen darauf abzielt, bestehende oder anzunehmende gesundheitliche Risiken in Abhängigkeit von der Exposition quantitativ zu beschreiben. Zur Betrachtung chemischer, physikalischer und biologischer Determinanten wird dazu sowohl die Wahrscheinlichkeit des Kontakts, in Abhängigkeit von Expositionsdauer und -häufigkeit, als auch deren Konzentration oder Vorkommen im jeweiligen Umweltmedium sowie deren gesundheitliche Wirkungen auf verschiedene Zielorgane im menschlichen Organismus berücksichtigt. Dosis-Wirkungs-Abschätzungen beschreiben die Beziehung zwischen der Exposition gegenüber Noxen und resultierenden Wirkungen anhand vorliegender experimentell-toxikologischer und/oder epidemiologischer Daten. Vom Umweltbundesamt werden zur Beurteilung humantoxischer Wirkungen von chemischen Noxen Wirkschwellen (TRD-Werte: Tolerierbare Resorbierte Dosen) abgeleitet, wobei je nach Qualität der herangezogenen Datenbasis mithilfe von Sicherheitsfaktoren die noxenspezifische Empfindlichkeit bestimmter Bevölkerungsgruppen berücksichtigt wird. Für kanzerogene Stoffe, für die keine Wirkschwelle angegeben werden kann, werden Krebsrisikoabschätzungen durchgeführt (Heller/Machtolf 2014). Expositionsbetrachtungen dienen zur Abschätzung, welcher Schadstoffmenge der Mensch aufgrund seines Aufenthalts bzw. seines Verhaltens ausgesetzt ist. Zur Betrachtung verschiedener Expositionsbedingungen werden in der Regel Wirkungspfade definiert und sogenannte Expositionsszenarien entworfen, die beschreiben, welche Bevölkerungsgruppen mit welchen Noxen bzw. gesundheitsbestimmenden Faktoren wo, wie lange, wie oft und in welcher Form in Kontakt kommen (vgl. Mekel/Mosbach-Schulz/Schümann et al. 2007; European Chemicals Agency 2012).

Dass Umweltbedingungen, die durch Belastung von chemischen, physikalischen und biologischen Noxen geprägt sind, zu Krankheit, verlorenen Lebensjahren und damit zu vorzeitigen Sterbefällen führen können, wird seit den 1990er Jahren u. a. von der WHO untersucht. In der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wurde das Konzept der *umweltbedingten Krankheitslasten* (Environmental Burden of Disease – EBD) entwickelt (vgl. UBA 2016d). Die Methode, die auch bei der Ermittlung der vorzeitigen Sterbefälle durch Feinstaub zum Einsatz kam, ist komplex und umfasst eine Reihe aus ethischer und wissenschaftlicher Sicht nicht ganz unproblematischer Arbeitsschritte.

Zu ihnen zählen die Berechnung verlorener Lebensjahre,[21] die Ermittlung der Gewichtung des Schweregrads der gesundheitlichen Einschränkung und die Berechnung des Effektanteils aufgrund der angenommenen Expositions-Wirkungs-Funktionen, um nur einige zu nennen. Bei allen Schwachstellen und Mängeln – so werden etwa keine Kombinationen verschiedener Umwelteinflüsse betrachtet – kann mit diesem methodischen Ansatz beispielsweis bei Alternativenprüfungen im Rahmen umfangreicher Raumordnungs- und Planfeststellungsverfahren von Verkehrswegen, Flughäfen und anderen konfliktträchtigen Großprojekten auf ganz anderer Ebene argumentiert werden.

Mit dem Konzept *Fachplan Gesundheit* sollen Daten und Informationen an der Schnittstelle zwischen Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage zusammengeführt werden (vgl. den Beitrag Baumgart/Dilger in diesem Band). Auf Grundlage der Analyse sowohl möglicher gesundheitsbezogener Defizite als auch Entwicklungspotenziale sollen gesundheitsbezogene Zielsetzungen entwickelt und operationalisiert werden, die schließlich in eine Maßnahmenplanung münden. Darüber hinaus intendiert der *Fachplan Gesundheit* eine Stärkung der Gesundheitsbehörden bei ihren Aufgaben, einerseits qualifizierte Planungsbeiträge zu den gesundheitsbezogenen Auswirkungen aufgrund raumbezogener Planungs- und Zulassungsverfahren zu erstellen und andererseits bei der Unterstützung der Gesundheitsberichterstattung sowie der Gesundheitsplanung auf Ebene der Kommunen und Kreise. Der Fokus liegt dabei auf der raumbezogenen, ressort- und sektorübergreifenden Darstellung der Gesundheitsbelange in Form von Potenzial- und Belastungskarten (vgl. Beitrag Baumgart/Dilger in diesem Band sowie Hartlik/Machtolf/Scholz 2016).[22]

Der *Leitfaden Gesunde Stadt* wurde Ende 2016 vom LZG NRW veröffentlicht. Er soll als Arbeitshilfe für Kommunen dienen und die formellen und informellen Planungen in Kommunen bei der Integration gesundheitsbezogener Belange unterstützen.

Der *Praxisleitfaden gesundheitsbezogene Bauleitplanung* soll die Fortsetzung der hier mehrfach zitierten *Leitlinien* darstellen. Während die *Leitlinien den Orientierungsrahmen mit umfangreichem Hintergrundwissen, Informationen zu Wirkungsprozessen und Übersichten zu vorsorgeorientierten Qualitätszielen für Gesundheit und Wohlbefinden aufspannen, sollen entsprechende Leitfäden die Integration der Gesundheitsbelange verfahrens- und praxisnah mit Arbeitshilfen und Handlungsanweisungen unterstützen. Hier bietet sich z. B. das Verfahren der Aufstellung von Bauleitplänen mit integrierter Umweltprüfung an; weitere Leitfäden für bestimmte Sektoren, die Raumordnung und Regionalplanung* sowie für andere Anwendungsbereiche könnten folgen.

---

21 Auch mit DALY bezeichnet: disability-adjusted life years. Gemeint ist ein Summenmaß der verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod kombiniert mit dem Verlust an Lebenszeit durch das Leben in eingeschränkter Gesundheit.

22 Zur Erprobung des Fachplankonzeptes, das vom LZG NRW initiiert und unterstützt wurde, wurden zwei Praxiserprobungen durchgeführt. Im Kreis Unna wurde modellhaft der Aspekt gesundheitsbezogener Auswirkungen elektromagnetischer Felder (dargestellt am Beispiel der 50 Hz Wechselfelder) gewählt. Im zweiten Pilotvorhaben wurde in der Städteregion das Fachplankonzept erprobt, zu den Ergebnissen in der Städteregion Aachen siehe Enderle/Dickersbach/Welteke (2015) in UVP-report 1/2015, zu Konzept und Anwendungsbereichen des Fachplans allgemein siehe Baumgart (2013) in UVP-report 1+2/2013.

Schlussfolgerungen

Komplexe Problemstellungen wie die bessere Verankerung der Gesundheitsbelange in Planungs- und Zulassungsverfahren verlangen nach einer Mehrebenensteuerung (Sachverständigenrat für Umweltfragen 2004, Textzif. 1221 ff.) bei der Suche nach Lösungsansätzen. Sie sollten folgende Eigenschaften und Komponenten berücksichtigen:

> Akteursbezogen: Gesundheitsämtern kommt eine Schlüsselrolle zu, wenn es um die bessere Integration von Gesundheitsbelangen in behördliche Entscheidungsprozesse geht. Aber auch andere Akteure wie Umweltverbände können dafür Sorge tragen, dass Beeinträchtigungen von Gesundheit und Wohlbefinden stärker beachtet werden.

> Handlungs-/verfahrensbezogen: Unterstützungsangebote sollten den konkreten Verfahrensablauf von Umweltprüfungen und die kontextspezifischen Anforderungen betrachten, um berücksichtigungsfähige und entscheidungserhebliche Sachverhalte beizusteuern. Auf der Ebene der SUP oder im Scoping sind andere Informationen relevant als auf der Ebene der Bauleitplanung oder bei der Vollständigkeitsprüfung der Unterlagen.

> Methodenbezogen: Betrachtung von Gesundheitsfolgen aufgrund von Trivialindikatoren sollten überwunden werden, die Vielfalt vorliegender bereichernder Methoden und Instrumente sollte genutzt werden. Ziel sollte die Entwicklung von Fachkonventionen sein, die die Basis für eine gute fachliche Praxis der Bearbeitung und Berücksichtigung von Gesundheitsfolgen in Umweltprüfungen bilden können.

> Ausbildung/Wissenstransfer: Bereitstellung von Wissen über Wirkungszusammenhänge zwischen Mensch – Exposition – Noxe, Zusammenstellungen relevanter Wertmaßstäbe und das Verfügbarmachen für alle interessierten Akteure ist ein Prozess der ökologisch-gesundheitswissenschaftlichen Qualifizierung. Ob in Form von *Leitlinien oder Leitfäden oder einem webbasierten Kompetenznetz ist dabei zweitrangig. Aus- und Fortbildung sollten stärker interdisziplinär gestaltet sein: raumbezogene Planung benötigt mehr Wissen.*

> Rechts- und politikbezogen: Lösungsansätze sollten eingebettet sein in das Recht der Umweltprüfungen und der fachgesetzlichen Wertmaßstäbe. Auf politischer Ebene bieten die vielfältigen Programme und Strategien der Bundesregierung mit ihren mittel- bis langfristigen Zielvorstellungen und Maßstäben vielfältige Verknüpfungsmöglichkeiten zu den angestrebten Gesundheitszielen. Aus übergeordneten, zunächst unverbindlich wirkenden Zielen lassen sich ggf. konkrete Ziele und Vorgaben für Zulassungs- und Planungsverfahren auf kommunaler Ebene entwickeln. Dies schließt informelle Instrumente mit ihren wichtigen Lösungsansätzen ein.[23]

23 Vgl. dazu die Beiträge von Hornberg/Pauli/Liebig-Gonglach; Köckler/Fehr; Böhme/Köckler; Köckler/Quilling; Baumgart/Dilger; Böhme/Spies/Weber; Rauland/Böhme/Köckler; Rüdiger; Lamker/Rüdiger.

Autoren

Joachim Hartlik (**1959*), *Dr.-Ing., Dipl.-Ing. Landespflege an der Uni Hannover (1986), Promotion an der TU Berlin zum Thema Qualitätsmanagement in der UVP (1996). Inhaber des Büros für Umweltprüfungen & Qualitätsmanagement in Lehrte, Erster Vorsitzender der UVP-Gesellschaft, UVP-Sachverständiger für Verkehrs- und Bauvorhaben der IHK-Hannover. Arbeitsschwerpunkte: Umweltverträglichkeitsstudien und Umweltberichte im Bereich Infrastrukturmaßnahmen und Bauleitplanung, Forschungsvorhaben zur Umweltfolgenabschätzung sowie Gutachten zur Qualitätssicherung von komplexen Infrastrukturvorhaben, webbasierte Assistenzsysteme zur Umweltprüfung auf Basis von Content Management Systemen.*

Monika Machtolf (**1961*), *Dipl.-Oec.troph., Studium der Ernährungswissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Seit 1987 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin, seit 1989 als Gesellschafterin der IFUA-Projekt-GmbH, Bielefeld, tätig. Arbeitsschwerpunkte: Forschungsprojekte und Bewertungskonzepte im Bodenschutz, Expositions- und Risikoabschätzungen, humantoxikologische Stoffbewertungen, Bürgerbeteiligung und Risikokommunikation. Sie ist seit 2008 Mitglied der AG „Menschliche Gesundheit in Planungsverfahren" der UVP-Gesellschaft und seit 2011 Mitglied des Arbeitskreises Bioverfügbarkeit im NA 119 DIN-Normenausschuss Wasserwesen (NAW).*

Literatur

ARGE BAU – Fachkommission „Städtebau" (Hrsg.) (2001): Mustererlass zur Berücksichtigung von Flächen mit Bodenbelastungen, insbesondere Altlasten, bei der Bauleitplanung und im Baugenehmigungsverfahren.
https://www.is-argebau.de/Dokumente/4231262.pdf (30.06.2017).
ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.) (2013): Glossar Klimawandel und Raumentwicklung. Hannover. = E-Paper der ARL 10.
Balla, S. (2003): Bewertung und Berücksichtigung von Umweltauswirkungen nach §12 UVPG in Planfeststellungsverfahren. Berlin. = Beiträge zur Umweltgestaltung A 153. Berlin.
Baumgart, S. (2013): „Ein Fachplan Gesundheit"? – Ziele und Anwendungsbeispiele in einer Pilotphase in Nordrhein-Westfalen. In: UVP-report 2013 (H. 1+2), 50-54.
BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung; Bundesanstalt für Gewässerkunde (Hrsg.) (2007): Leitfaden zur Umweltverträglichkeitsprüfung an Bundeswasserstraßen. Bonn.
BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2009): Richtlinien für die Erstellung von Umweltverträglichkeitsstudien im Straßenbau (RUVS). Ausgabe 2009.
Bundesregierung (Hrsg.) (2016): Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Neuauflage 2016. Berlin, Entwurf Mai.
https://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/Nachhaltigkeit/0-Buehne/2016-05-31-download-nachhaltigkeitsstrategie-entwurf.pdf?__blob=publicationFile& (29.06.2017).
Christmann, G.; Ibert, O.; Kilper, H.; Moss, T. (2011): Vulnerabilität und Resilienz in sozio-räumlicher Perspektive. Erkner. = Working Paper des Leibniz-Instituts für Regionalentwicklung und Strukturplanung.
EBA – Eisenbahn-Bundesamt (Hrsg.) (2010): Umweltleitfaden zur eisenbahnrechtlichen Planfeststellung und Plangenehmigung sowie für Magnetschwebebahnen. Teil I. Bonn.
ECHA – European Chemicals Agency (ed.) (2012): Guidance on information requirements and chemical safety assessment Chapter R.15: Consumer exposure estimation.
https://echa.europa.eu/docu-ments/10162/13632/information_requirements_r15_en.pdf (28.06.2017).
Enderle, M.; Dickersbach, M.; Welteke, R. (2015): Zukunftskonzept Lokaler Fachplan Gesundheit: Innovation an der Schnittstelle zwischen Planungs- und Gesundheitssektor. In: UVP-report 2015 (H. 1), 25-33.

FGSV – Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen e.V. (Hrsg.) (2001): Merkblatt zur Umweltverträglichkeitsstudie in der Straßenplanung: MUVS. Köln.
Hartlik, J. (2013): Inhalte und Methoden der Umweltprüfungen. In: Sinner, W.; Gassner, U. M.; Hartlik, J. (Hrsg.): Umweltverträglichkeitsprüfung, Strategische Umweltprüfung. Bearbeitung umweltrechtlicher Praxisfälle. Erläuterungswerk. Wiesbaden. = Erg.-Lieferung 9/2013.
Hartlik, J. (2017): Einführung in die Umweltprüfung. In: Institut für Umweltplanung der Leibniz Universität Hannover (Hrsg.). Hannover. Vorlesungsmanuskript.
Hartlik, J.; Machtolf, M.; Scholz, C. (2016): Der Fachplan Gesundheit in der praktischen Erprobung – Teil 1: Anwendungsbereich Elektromagnetische Felder – wissenschaftliche und fachrechtliche Grundlagen. In: UVP-report 2016 (1), 23-32.
Heller, D. (2014): Luft. In: UVP-Gesellschaft e.V.; AG Menschliche Gesundheit (Hrsg.): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit. Paderborn, 93-106.
Hoppe, W.; Beckmann, M. (Hrsg.) (2012): Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung: Kommentar. Köln.
Jarass, H. D.; Kment, M. (2013): Baugesetzbuch. München.
Konietzka, R.; Dieter, H. (1998): Ermittlung gefahrenbezogener chronischer Schadstoffzufuhrdosen zur Gefahrenabwehr beim Wirkungspfad Boden-Mensch. In: Rosenkranz, D.; Bachmann, G.; Einsele, G.; Harreß, H. (Hrsg.): Handbuch Bodenschutz: Ergänzbares Handbuch der Maßnahmen und Empfehlungen für Schutz, Pflege und Sanierung von Böden, Landschaft und Grundwasser. Berlin.
LIGA NRW – Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2011): Vorarbeiten zum lokalen Fachplan Gesundheit. = LIGA-Praxis 9.
LÖGD NRW – Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Planungsverfahren mit Relevanz für den kommunalen umweltbezogenen Gesundheitsschutz. Bielefeld. = Materialien „Umwelt und Gesundheit" 43.
LZG NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2016): Leitfaden Gesunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bielefeld.
Machtolf, M. (2014): Boden. In: UVP-Gesellschaft e.V.; AG Menschliche Gesundheit (Hrsg.): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit. Paderborn, 180-191.
Machtolf, M.; Heller, D. (2014): Quantitative Risikoabschätzung. In: UVP-Gesellschaft e.V.; AG Menschliche Gesundheit (Hrsg.): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit. Paderborn, 180-187.
Mekel, O.; Mosbach-Schulz, O.; Schümann, M.; Okken, P.; Peters, C.; Herrmann, J.; Hehl, O.; Bubenheim, M.; Fehr, R.; Timm, J. (2007): Evaluation von Standards und Modellen zur probabilistischen Expositionsabschätzung. Berlin. = WaBoLu-Hefte 02/07-05/07. Berlin.
Riedel, N. (2014): Die gesundheitliche Relevanz des Wohnumfeldes. In: UVP-Gesellschaft e.V.; AG Menschliche Gesundheit (Hrsg.) (2014): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit. Paderborn, 68-70.
SRU – Sachverständigenrat für Umweltfragen (Hrsg.) (2004): Umweltgutachten 2004: Umweltpolitische Handlungsfähigkeit sichern. Baden-Baden.
Stadt Köln (Hrsg.) (2015): Ausbau der Stromnetze: Abstandsempfehlungen und Vorsorgewerte. http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/gesundheit/umwelthygiene/ausbau-der-stromnetze (04.10.2015).
SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2007): Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung: Gutachten. Kurzfassung.
http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/ Kurzfassung_2007.pdf (21.11.2016).
UBA – Umweltbundesamt (2016): Umweltbedingte Krankheitslasten.
https://www.umweltbundesamt.de/ themen/gesundheit/belastung-des-menschen-ermitteln/umwelt bedingte-krankheitslasten (09.02.2017).
UVP-Gesellschaft; AG Menschliche Gesundheit (Hrsg.) (2014): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit: Für eine wirksame Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen und Zulassungsverfahren. Hamm.
Welteke, R.; Claßen, T.; Mekel, O.; Fehr, R. (2006): HIA Case Study "Airport Berlin-Brandenburg International" (BBI). In: European Journal of Public Health 16 (Suppl. 1), 85-86.
WHO – World Health Organization (ed.) (2002): Environmental health in emergencies and disasters: A practical guide.
http:// www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/em2002intro.pdf. (21.11.2016).

Susanne Klein

DAS § 13 A BAUGB-VERFAHREN IN DER LANDESHAUPTSTADT DÜSSELDORF

1 Der §13a BauGB

Im Zuge der vierten BauGB-Novelle am 1. Januar 2007 wurde mit dem §13a BauGB ein neues, beschleunigtes Verfahren ohne Umweltprüfung für Bebauungspläne der Innenentwicklung eingeführt. Den Kommunen obliegt im Einzelfall, diesen neuen Verfahrenstyp anzuwenden oder ein Normalverfahren zu wählen. Anwendung findet ein Verfahren nach §13a BauGB, wenn ein Bebauungsplan z. B. für die Wiedernutzbarmachung von Flächen, die Nachverdichtung oder für andere Maßnahmen der Innenentwicklung aufgestellt wird.

Ein Bebauungsplan kann im vereinfachten Verfahren nur dann aufgestellt werden, wenn in ihm eine zulässige Grundfläche im Sinne des §19 Abs. 2 der BauNVO oder die Größe der Grundfläche festgesetzt wird.

Ist eine Grundfläche größer als unter §13a (1) und (2) BauGB angegeben, ist ein vereinfachtes Verfahren nicht durchführbar. Ebenso ist es nicht möglich, wenn eine Umweltprüfung gemäß §13 (3) BauGB erfolgen muss.

In §13a BauGB wird unter (1) Nr. 1 von einem sog. Schwellenwert von 20.000 m² Grundfläche bzw. unter (1) Nr. 2 von 20.000–70.000 m² Grundfläche gesprochen. Liegt ein Bebauungsplan von der Flächengröße unter dem unter (1) Nr. 1 benannten Schwellenwert, ist ein vereinfachtes Verfahren potenziell möglich. Liegt er zwischen dem unter (1) Nr. 2 genannten Bereich, ist im Zuge einer überschlägigen Prüfung sicherzustellen, dass der Bebauungsplan voraussichtlich keine erheblichen Umweltauswirkungen hat, die nach §2 Abs. 4 Satz 4 der Abwägung unterliegen (Vorprüfung des Einzelfalls). Die Behörden und sonstigen Träger öffentlicher Belange, die durch die Planung berührt sind, müssen nach §13a BauGB (1) Nr. 2 an der Vorprüfung des Einzelfalls beteiligt werden. Im Zuge der Vorprüfung des Einzelfalls wird dann ermittelt, ob das vereinfachte Verfahren Anwendung finden kann.

2 Das §13a-Verfahren in der Landeshauptstadt Düsseldorf

Der Projektverantwortliche prüft zunächst, ob für das Bebauungsverfahren ein vereinfachtes Verfahren in Betracht kommt, indem er die Grundfläche ermittelt; er überprüft, dass es sich um kein UVP-pflichtiges Vorhaben gemäß dem UVP-Gesetz und dem Landesrecht handelt und dass der Artenschutz gemäß der FFH und der Vogelschutzrichtlinie gewährleistet wird. Werden die Kriterien zur Durchführung eines vereinfachten Verfahrens bejaht, dann wird ein Aufstellungsbeschluss für ein Verfahren nach § 13a BauGB gefasst. Im Arbeitskreis Umwelt und Planung, zu dem das Stadtplanungsamt die Fachämter einlädt, werden die Fachämter vorab kurz über das Verfahren informiert und über den anstehenden sog. Scopingtermin in Kenntnis gesetzt. Es erfolgt ein Scopingtermin, zu dem der Projektverantwortliche die Behörden einlädt, um das Vorhaben vorzustellen, um zu ermitteln, ob Gutachten für das Verfahren benötigt werden, und um umweltrelevante Informationen einzuholen. An diesem Termin können die Behörden Stellung zu dem Verfahren nehmen, Gutachten einfordern und ihre Bedenken äußern. Im Anschluss an den Scopingtermin wertet der Projektverantwortliche die Ergebnisse des Scopingtermins aus und arbeitet ggf. Änderungen und neue Aspekte in die Begründung sowie in die textlichen Festsetzungen ein. Die frühzeitige Öffentlichkeitsbeteiligung nach § 3 (1) BauGB erfolgt im Nachgang des Scopingtermins.

Der Bereich 61/23 im Stadtplanungsamt Düsseldorf, der u.a. für die Umweltbelange in der Stadtplanung zuständig ist, wertet die umweltrelevanten Informationen des Scopingtermins aus und verfasst ein Kapitel Umweltbelange, das der Projektverantwortliche in die Begründung zum Bebauungsplan aufnimmt. Im Anschluss daran erfolgt der weitere Verlauf gemäß den Regelverfahren bis zum Satzungsbeschluss (siehe Abbildung 1). Bis zu diesem Zeitpunkt wird von den notwendigen Verfahrensschritten des Normalverfahrens nach BauGB abgewichen.

APS

Aufstellungsbeschluss
(einschließlich Vorentwurf und Begründung)

Arbeitskreis Umwelt und Planung

Im Arbeitskreis des Stadtplanungsamtes wird den Fachämtern das Vorhaben vorgestellt.

Scoping im Sinne der Behördenbeteiligung nach § 4 (1) BauGB

Das Stadtplanungsamt lädt durch den Projektverantwortlichen die Träger öffentlicher Belange zum Scopingtermin ein, um das Vorhaben vorzustellen, um zu ermitteln, welche Gutachten benötigt werden, und um umweltrelevante Informationen einzuholen.

Auswertung des Scopingtermins durch den Projektverantwortlichen

Der Projektverantwortliche wertet das Scoping aus und erarbeitet die Begründung sowie die textlichen Festsetzungen.

Auswertung des Scopingtermins durch den Bereich 61/23

Der Bereich 61/23 stellt die umweltrelevanten Ergebnisse aus dem Scoping zusammen und verfasst ein Kapitel Umweltbelange, dieses wird Bestandteil der Begründung.

Frühzeitige Öffentlichkeitsbeteiligung nach § 3 (1) BauGB

Behördenbeteiligung nach § 4 (2) BauGB

Der Projektverantwortliche arbeitet die Stellungnahmen in die Abwägung ein. Die wesentlichen umweltrelevanten Stellungnahmen werden durch den Bereich 61/23 in das Kapitel Umweltbelange eingearbeitet.

Auslegung des Bebauungsplanes als Entwurf

Der Bebauungsplan wird mit der Begründung, die ein Kapitel Umweltbelange enthält, den textlichen Festsetzungen und den Stellungnahmen gemäß für vier Wochen öffentlich im Stadtplanungsamt ausgelegt.

Abb. 1: Verfahrensschema zum § 13 a BauGB in der Landeshauptstadt Düsseldorf Quelle: eigene Darstellung, vgl. Planungshandbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf

Autorin

Susanne Klein (**1988*), *M.Sc. Geographie, Schwerpunkt Stadt- und Landschaftsökologie, Mitarbeiterin im Stadtplanungsamt Düsseldorf im Sachgebiet Stadterneuerung und Umweltbelange in der Stadtplanung.*

Sabine Baumgart, Ulrich Dilger

FACHPLAN GESUNDHEIT – ENTWICKLUNG VON STRATEGIEN ÜBER DIE BISHERIGE GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES HINAUS

Gliederung

1 Einleitung
2 Ein Fachplan Gesundheit: Anlass und Einordnung
2.1 Ziele eines Fachplans Gesundheit
2.2 Anwendungsbereiche eines Fachplans Gesundheit
2.3 Erstellung eines Fachplans Gesundheit
3 Aktueller Stand in der Praxis
3.1 Nordrhein-Westfalen
3.2 Baden-Württemberg
4 Ein Fachplan Gesundheit als Instrument zur Stärkung einer gesundheitsfördernden Stadt-/Regionalentwicklung – Fazit und Ausblick
Literatur

Kurzfassung
Ein Fachplan Gesundheit ist ein neues Instrument des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, um dessen Problemstellungen, Ziele und Maßnahmen auf örtlicher und überörtlicher Ebene in Planungsprozesse einzubringen. Er kann zu den informellen sektoralen Planwerken gezählt werden. Erste Erfahrungen mit der Aufstellung dieses Planwerks wurden bereits gemacht.

Schlüsselwörter
Fachplanung – Gesundheit – Gesundheitsförderungsstrategie – Öffentlicher Gesundheitsdienst – gesundheitsfördernde Raumentwicklung

Sectoral Health Plan – Development of strategic approaches beyond public health reporting systems

Abstract
A departmental health plan is a new instrument of the Public Health Service intended to introduce the relevant problems, objectives and actions to local and regional level planning processes. It can be classified as an informal non-statutory sectoral plan. Initial experience with the preparation of this plan has already been gathered.

Keywords
Sectoral planning – health – strategic approach to health promotion – public health – health promoting spatial development

1 Einleitung

Ein Fachplan Gesundheit ist ein neues, noch in der Entwicklung befindliches Instrument des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Er hat das Potenzial, als Instrument zu einer gesundheitsfördernden Stadt- und Regionalentwicklung beizutragen. Als sektorales Planungsinstrument ist er den informellen Fachplänen zuzuordnen und geht über die bisher praktizierte Gesundheitsberichterstattung hinaus. In diesem Beitrag wird zunächst der Anlass beschrieben, und im Weiteren werden die Ziele und Inhalte des Fachplans Gesundheit vorgestellt. Pilotprojekte und Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg werden dargestellt und ein erstes Fazit wird gezogen.

2 Ein Fachplan Gesundheit: Anlass und Einordnung

Gesundheitsförderung ist auf der örtlichen wie auf der überörtlichen Ebene eine Querschnittsaufgabe, zu der unterschiedliche Ressorts in der Lage sind, ihren Beitrag zu leisten. Zunächst liegt diese Aufgabe bei den Gesundheitsämtern als Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der dafür zuständig ist. Die gesetzliche Grundlage ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, ebenso die damit verbundenen inhaltlichen Schwerpunktsetzungen. Als Kernbestand kann traditionell der Gesundheitsschutz mit Aufgaben der Hygieneüberwachung, des Infektionsschutzes, der Umweltmedizin, der Überwachung im Pharmaziebereich etc. gelten. Dazu gehörte auch Prävention als gesundheitliche Aufklärung, wie beispielsweise in der Schulgesundheitspflege.

Nicht zuletzt in Verbindung mit dem neuen Steuerungsmodell des Verwaltungshandelns wurde 1998 von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für das Verwaltungsmanagement (KGSt) eine Neuausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes angeregt, die sich stärker auf die Ergebnisse der Leistungserbringung fokussiert und diese eher von fallbezogenen zu gruppen- und lebensraumbezogenen Leistungen, von vorwiegend unmittelbaren Dienstleistungen zu Managementleistungen und Qualitätssicherung sowie von Kriseninterventionen zu präventiven Leistungen hin orientiert (vgl. https://www.kgst.de/produkteUndLeistungen/arbeitsergebnisse) und damit eine kommunale Gesundheitspolitik gestaltet. Diese Bemühungen, mit politischen Zielsetzungen die Wachstums- und Veränderungsprozesse der öffentlichen Verwaltung zu beeinflussen, waren mit der Zielsetzung der Entbürokratisierung der öffentlichen Verwaltung und einer Entwicklung der Kommunen zu Dienstleistungsunternehmen verbunden. Damit erhoffte man sich mehr Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern und eine Beschleunigung von Verwaltungsvorgängen, nicht zuletzt auch durch den Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechnologien, die die Vermittlung komplexer Sachverhalte unterstützen. Vor diesem Hintergrund sind auch die Erfordernisse und Möglichkeiten der Aufbereitung und Kommunikation sektoraler Planungen der Fachressorts gestiegen, auch für den Gesundheitsbereich und für Strategien der Gesundheitsförderung.

Durch eine räumliche Darstellung seiner Analyse sowie seiner Ziele und Maßnahmen kann ein Fachplan Gesundheit – parallel zur räumlichen Planung – die Identifikation

von Stadtteilen mit erhöhtem Bedarf an Gesundheitsförderung auf örtlicher Ebene herausstellen. Während in anderen Fachbereichen themenspezifische Fachpläne, beispielsweise Jugendhilfeplanung, Kulturentwicklung, aber auch Landschaftsplanung und Sportentwicklung, weit verbreitet sind, konnte sich das Gesundheitsressort bisher lediglich auf die Gesundheitsberichterstattung stützen (vgl. Fehr/Stollmann/Welteke 2016). Durch einen gesundheitsspezifischen und räumlich-strategisch ausgerichteten Fachplan sollte diese Lücke gefüllt werden und die Gesundheitsförderung eine stärkere Rolle bei der räumlichen Entwicklung erhalten (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen 2011: 18).

Ein solcher Fachplan Gesundheit gehört zu den informellen sektoralen Planungen. Er enthält keinen unmittelbaren Anspruch an die Raum- und Bodennutzung und bietet somit als Instrument nicht die alleinige gesetzliche Grundlage, um eine selbständige Sicherung von Flächen für seine Ziele und Maßnahmen vorzunehmen. Er kann diese aber aus der fachlichen Perspektive des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vorbereiten und durch eine Verknüpfung mit weiteren Planungsinstrumenten die argumentative Grundlage für deren Bindungswirkungen darstellen. Seine Erstellung zählt nicht zu den kommunalen Pflichtaufgaben und wird in den Gesundheitsleitbildern einzelner Bundesländer postuliert. Ein Fachplan Gesundheit ist ein relativ neues informelles Werkzeug einer integrativen und räumlich ausgerichteten Gesundheitsförderung, das vielfach noch in der Pilotphase betrieben wird.

2.1 Ziele eines Fachplans Gesundheit

Ein Fachplan Gesundheit verfolgt die Zielsetzung der Förderung der Gesundheit aller Menschen, insbesondere aber der Gesundheit vulnerabler Bevölkerungsschichten. Er kann sowohl thematische als auch räumliche Schwerpunkte setzen – in Abhängigkeit von der Relevanz und Dringlichkeit des Handlungsbedarfs, aber auch von verfügbaren Daten. Die Inhalte eines Fachplans Gesundheit sind innerhalb der Gesundheitskonferenz zwischen den Beteiligten aus dem Bereich der Gesundheitsadministration, der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, der Sozialversicherungsträger sowie ggf. auch der Wohlfahrtsverbände und Forschungseinrichtungen abzustimmen. Er geht durch das Aufzeigen von Problemen und Potenzialen durch Problemanalyse, gesundheitsbezogene Zielsetzungen und die Entwicklung von Strategien über die bisherige Gesundheitsberichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hinaus. Auf dieser Grundlage kann eine bessere Integration von Gesundheitsbelangen im öffentlichen Handeln, insbesondere auch in der räumlichen Planung, verfolgt und eine spätere Evaluierung ermöglicht werden. Zudem hat ein solcher Fachplan das Potenzial einer wirkungsvolleren Strukturierung und Darstellung des Leistungsspektrums der Unteren Gesundheitsbehörde und bündelt damit die Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung verschiedener Akteure aus öffentlicher Verwaltung, der Gesundheitskonferenz und den Krankenkassen.

Der Fachplan Gesundheit strebt neben der nach außen gerichteten Wirkung auch eine innere Wirkung an. So ergänzt er die Werkzeuge der lokalen Gesundheitskonferenzen und der Berichterstattung und dient damit der Entscheidungsfindung für das Gesundheitsressort. Er ermöglicht dadurch eine strategische und integrative Vorgehensweise

der Gesundheitsämter. Mit den vorliegenden systematisierten Informationen über Grundlagen und gesundheitsbezogene Zielvorstellungen verfolgt der Fachplan nicht nur die Zielsetzung der Bündelung der gesundheitsfachlichen Belange für den fachlichen Austausch zwischen den Ressorts, sondern auch die Vermittlung gesundheitsbezogener Belange in die politische Diskussion in der Öffentlichkeit. Damit kann er Zielkongruenzen und Zielkonflikte innerhalb des Fachplans Gesundheit aufzeigen und Synergien und Konflikte mit anderen sektoralen oder integrierenden Planwerken frühzeitig abstimmen. Dies ermöglicht eine explizite und frühzeitige Einstellung von zu berücksichtigenden Gesundheitsbelangen in die formellen und informellen Planverfahren und in die damit verbundenen Abwägungsprozesse auf kommunaler und regionaler Ebene. Indem Probleme sowie Ziele und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in einem ressortbezogenen Planwerk enthalten sind, kann sich der Fachplan Gesundheit in die etablierten Fachpläne der anderen Ressorts einreihen (Fehr/Stollmann/Welteke 2016) und somit Anschlussfähigkeit eröffnen.

2.2 Anwendungsbereiche eines Fachplans Gesundheit

Bei den integrierten Planverfahren kann ein Fachplan Gesundheit seine Belange in die formellen Planwerke auf gesamtstädtischer Ebene, in den Flächennutzungsplan (FNP) und auf teilräumlicher Ebene in den Bebauungsplan einbringen (zur Aufgabe des integrierten Verwaltungshandelns siehe Beitrag Böhme/Dilger/Quilling in diesem Band). Gesundheitsbezogene Themen können für alle Bebauungspläne relevant werden, seien es qualifizierte Bebauungspläne mit definierten Mindestfestsetzungen (gem. § 30 Baugesetzbuch (BauGB)), einfache Bebauungspläne, die diese Mindestfestsetzungen nicht enthalten, oder vorhabenbezogene Bebauungspläne, die auf konkreten Planungen eines Investors beruhen. Der Fachplan Gesundheit möchte sich im Rahmen der frühzeitigen Beteiligung und der öffentlichen Auslegung (gem. § 3 BauGB), der Strategischen Umweltprüfung ((SUP), gem. § 2 BauGB) einbringen. Dies gilt auch unter den Bedingungen eines beschleunigten Verfahrens, z.B. bei einer erneuten Auslegung oder bei einer Planung für Vorhaben der Innenentwicklung (gem. § 13a BauGB).

Die Inhalte des Fachplans Gesundheit – Problemfelder, Handlungsbedarf, Ziele, Maßnahmen aus proaktiver Perspektive des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – sind auch für informelle Planwerke von Bedeutung. Dazu gehören Entwicklungskonzepte auf gesamtstädtischer oder teilräumlicher Ebene der Stadt, in denen strategische oder räumliche Schwerpunkte gesetzt werden können. Teilräumliche Entwicklungskonzepte, die sich oftmals an Stadtteil- oder Bezirksgrenzen orientieren und sich somit auf die spezifischen Themen vor Ort beziehen, bilden zudem gute Möglichkeiten zur aktiven Beteiligung der Bevölkerung zum Thema Gesundheit. Wird bei diesen Planverfahren die Stellungnahme von den Nachbargemeinden eingeholt, so besteht auch hier die Gelegenheit, gesundheitsrelevante Belange einzubringen. Nicht zuletzt kann die Mitwirkung des Gesundheitsamtes bei Projekten zur Anwendung neuer innovativer Planungswerkzeuge als Basis der Konzeptentwicklung in wichtigen Themenbereichen zu einer höheren Qualität der räumlichen Planung beitragen. Aktuell ist dies im Rahmen der Entwicklung von Strategien zur Klimaanpassung relevant, wie beispielweise der „Stadtklimalotse“ oder auch „Reallabore“.

Der Fachplan Gesundheit bietet auch Informationen, Zielsetzungen und Maßnahmen an, die für sektorale Planverfahren bei fachplanerischen Vorhaben durchgeführt werden, z.B. bei der Straßenverkehrsplanung. Im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) sind Gesundheitsbelange im Rahmen der Stellungnahmen zum „Schutzgut Mensch" von großer Bedeutung. Auch bei informellen sektoralen Planverfahren, die auf städtischer Ebene zur Vorbereitung integrierter Planungen entwickelt werden – z.B. Entwicklungskonzepte oder Masterpläne (wie beispielsweise in Dortmund), die sich auf aktuelle Themen wie Demografie, Einzelhandel, Mobilität oder auch Wohnen beziehen –, kann er eine wichtige Rolle spielen. Hier wäre ein eigener Masterplan bzw. Fachbeitrag zum Thema „Gesundheit" erstrebenswert.

Der Fachplan Gesundheit versteht sich somit als ein proaktives Instrument, mit dem der Öffentliche Gesundheitsdienst relevante und prioritäre Themen setzen und damit auf aktuelle oder zukünftig zu erwartende Problemlagen hinweisen kann, um Zielsetzungen zu formulieren und Lösungsstrategien anzudenken. Er verfügt damit über das Potenzial, indikativ für andere öffentliche und private Akteure aus den unterschiedlichen Bereichen der Planung und Umsetzung von Konzepten und Maßnahmen zu wirken und Impulse für neue Aktivitäten und neue Bündnispartnerschaften zu geben.

Der Fachplan Gesundheit kann aber auch als reaktives Instrument zum Einsatz kommen und dient darüber hinaus als Grundlage für Stellungnahmen der Unteren Gesundheitsbehörden zu räumlich relevanten Planungs- und Genehmigungsverfahren.

Dies ist dann der Fall, wenn er im Laufe von integrierten und sektoralen Planverfahren herangezogen wird, um Gesundheitsbelange im Rahmen von Stellungnahmen explizit einzubringen. Diese fließen dann in einen Abwägungsprozess mit anderen öffentlichen und privaten Belangen ein. Als proaktiv entstandenes Instrument kommt der Fachplan Gesundheit reaktiv im Rahmen von Planungsverfahren zum Einsatz, in denen er auf räumlich oder thematisch von anderen Planungsträgern formulierte Problemlagen, Ziele und Lösungsansätze reagiert. Er sollte somit in den Prozess abwägungsdirigierter Planungsentscheidungen einfließen. Durch eine gemeinsame/ressortübergreifende Erarbeitung können bereits frühzeitig Problemlagen diskutiert und evtl. schon auf kurzem Wege gelöst werden. Zumindest aber werden fachliche Blickwinkel verändert, und die räumliche Planung wird für Gesundheitsthemen sensibilisiert.

Der Fachplan Gesundheit steht aber auch im Spannungsfeld von gebundenen Zulassungsentscheidungen, die zu erteilen sind, wenn alle gesetzlich geforderten Voraussetzungen vorliegen. Ist dies der Fall, besteht ein Rechtsanspruch des Antragstellers auf Genehmigung; eine Abwägung in diesem Genehmigungsverfahren findet nicht statt. Der Fachplan Gesundheit kann als Grundlage für die Stellungnahme die rechtliche Beurteilung unterlegen, aber darüber hinausgehend auch dazu herangezogen werden, Themen zu platzieren, die ggf. dazu führen, die Genehmigung in ein aufzustellendes Planverfahren einzubetten.

Schließlich bietet der Fachplan Gesundheit auch eine gute Grundlage für Stellungnahmen des Gesundheitsamtes im Rahmen von Genehmigungsverfahren. Dazu gehören Bauanträge für genehmigungspflichtige Vorhaben, die im Bauordnungsamt bearbeitet werden, ebenso wie Planvorhaben nach dem Bundesimmissionsschutzgesetz

(BimschG). Darüber hinaus kann der Fachplan Gesundheit auch im Rahmen von Gutachter- bzw. Wettbewerbsverfahren herangezogen werden, um gesundheitsbezogene Vorgaben frühzeitig in städtebauliche Lösungen auch für private Investoren einzubringen. Diese können dann später ggf. zwischen Gemeinde und Investor verhandelt und in städtebauliche Verträgen (gem. § 11 BauGB) aufgenommen und damit verbindlich für die Umsetzung werden. Ebenso kann der Fachplan Gesundheit im Rahmen der planungsrechtlichen Stellungnahmen als Teil des gemeindlichen Einvernehmens im Falle von § 34 BauGB, im Rahmen von Satzungen nach § 34 BauGB und bei der Genehmigung von sog. privilegierten Anlagen nach § 35 BauGB, wie beispielsweise bei Vorhaben erneuerbarer Energien wie Windkraft- oder Biomasseanlagen, gesundheitsrelevante Aspekte einbringen. Hier, wie auch bei Bebauungsplanverfahren oder sektoralen Planverfahren könnten Stellungnahmen folgende Aspekte thematisieren, z. B. zum Themenfeld/Ziel: „Erhalt und Stärkung der körperlichen Mobilität älterer Menschen“: neue Grünflächen ausweisen oder bestehende „grüne“ Strukturen verändern, Ausweisung von Kinderspielplätzen (Seniorenbänke, u. U. auch multifunktionale Flächen und Geräte), Veränderung oder Neuausweisung von fuß- oder radläufigen Wegebeziehungen (Qualitäts- und Quantitätsansprüche: Lückenschluss, sichere Erreichbarkeit von Nahversorgungseinrichtungen und ärztlicher Infrastrukturausstattung, Barrierefreiheit …) von sozialer Infrastruktur oder Pflegeheimen.

2.3 Erstellung eines Fachplans Gesundheit

Der Fachplan Gesundheit ist als informelles Instrument sowohl auf der strategischen als auch auf der operativen Ebene im Verwaltungshandeln mit vielen Ressorts verknüpft. Seine inhaltliche und prozessuale Ausgestaltung muss sich dementsprechend auch in die spezifische Situation vor Ort einbinden. Insbesondere die in ihm enthaltenen raum- und flächenbezogenen Zielsetzungen stehen in der Konkurrenz zu den Zielsetzungen anderer Ressorts und anderer Flächennutzungsanforderungen. Es ist die Aufgabe der Verwaltung, die Abwägungsmaterialien für die Entscheidungsfindung der Politik vorzubereiten. Somit soll der Fachplan Gesundheit seine Argumente in die Waagschale legen und kann damit durchaus auch zur Lösung von Konflikten zwischen anderen fachlichen Belangen beitragen.

Die Erstellung eines Fachplans Gesundheit ist nicht nur von der Stadtgröße, ihrer Lage und Raumstruktur sowie der raumordnerischen Funktionszuweisung geprägt, sondern auch von der Haushaltssituation und Diskussionskultur, die als Rahmenbedingungen bestehen. Dazu gehört auch die Zusammensetzung der politischen Gremien und deren – zumindest teilweise – Unterstützung für das Vorhaben der Erarbeitung, Abstimmung und Umsetzung eines solchen Fachplans Gesundheit. Sicher wird es auch eine entscheidende Rolle spielen, ob eine Gemeinde sich anderen aktuellen Fragen auf der strategischen Ebene widmet und konzeptionelle planerische Lösungen anstrebt, beispielsweise im Rahmen der Lärmaktionsplanung oder auch der Klimaanpassung.

Dies kann dazu führen, dass sich der Fachplan Gesundheit zunächst nur auf wenige, aber zentrale Themen mit ihren Zielen und ihren konkreten Maßnahmen konzentriert, die auch von der Unteren Gesundheitsbehörde zu erarbeiten und im weiteren Verwal-

tungshandeln einzubringen sind. Die Ziele und Maßnahmen sollten in der Umsetzung überprüft und dafür handhabbare Indikatoren entwickelt und genutzt werden (vgl. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2012: 69-70).

Der Aufbau von Fachplänen gliedert sich in der Regel in eine Sachstandsanalyse, die Definition von Zielvorstellungen sowie einen Maßnahmenkatalog. Gesundheitsrelevante Problemlagen und Ziele werden auf den Raum bezogen formuliert und teilweise auch visualisiert. Diese Struktur entspricht dem formal-logischen Planungsablauf, wie er in anderen Fachplanungen enthalten ist. Es ist davon auszugehen, dass dies in einem ersten Schritt mit vorhandenen Datengrundlagen aus unterschiedlichen Ressorts ortsspezifisch erfolgen kann (beispielsweise aus den Schuleingangsuntersuchungen). Die Erstellung erfolgt ressortübergreifend unter Federführung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Form der Gesundheitsämter und unter Einbezug der Instrumente der Gesundheitskonferenzen und der Gesundheitsberichterstattung.

Eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsbeteiligung ist ebenfalls ein wichtiger methodischer Bestandteil, um die unterschiedlichen Ansätze zur Partizipation aus dem Gesundheitsbereich (personenbezogen) und die Formate der räumlichen Planung (raumbezogen) zueinander zu führen. Auch hier können Erfahrungen aus der räumlichen Planung herangezogen werden, denn die fachlich-administrativen Planungsschritte werden während des Planungsablaufs zumeist den legitimierten politischen Gremien sowohl frühzeitig zur Information und im Weiteren im Entwurfsstadium sowie abschließend zur Beschlussfassung vorgelegt. Damit ist nicht nur die Information der politischen Vertreter gesichert, sondern es wird auch die Umsetzungsorientierung, beispielsweise über Finanz- und Fördermittelbindungen, ggf. auch in Verknüpfung mit anderen Maßnahmen, deutlich erhöht.

Die Erstellung von Gesundheitsfachplänen hat sich bisher nicht verstetigt. Das mag zum einen darin begründet liegen, dass dies nicht den Pflichtaufgaben zuzuordnen ist; zum anderen dürfte es auch an einer mangelnden Ressourcenausstattung aufgrund sektoraler Versäulung der Verwaltung liegen, in der vonseiten der Kommunalpolitik für ressortübergreifende Vorhaben und zusätzliche Planwerke oftmals keine Finanzmittel bereitgestellt werden. Zudem fokussiert das Selbstverständnis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bisher vor allem auf schützende und versorgende, weniger auf gestaltende Aufgabenbereiche. Somit handelt es sich bei allen aktuellen Beispielen um Pilotvorhaben zur Erprobung des Werkzeugs, die durch die Bundesländer gefördert werden.

3 Aktueller Stand in der Praxis

Derzeit nehmen bei der Entwicklung und Erprobung des neuen Instruments „Fachplan Gesundheit“ die Länder Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg eine Schlüsselrolle ein. Beide Ansätze werden in ihren Eckpunkten vorgestellt.

3.1 Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen werden als Grundlage für die Erstellung die Paragraphen 8 (Mitwirkung an Planungen), 21 (Gesundheitsberichterstattung) und 2 (u.a. Gesundheitsschutz und -förderung) des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) NRW herangezogen.

Im Auftrag des Landes begann das Landeszentrum Gesundheit NRW bereits im Jahr 2010 die Aufnahme einer Pilotphase mit dem Kreis Unna und den beiden Städten Solingen und Bielefeld. Vorausgegangen waren Fachgespräche im Jahr 2009, die ebenfalls zur Erstellung eines konzeptionellen Ansatzes für einen Fachplan Gesundheit dienten. Auf dieser Grundlage entstand der fiktive Fachplan Gesundheit, zum einen für die Handlungsebene des Kreises, zum anderen für die Handlungsebene einer kreisfreien Stadt. Explizite Kernelemente waren eine Ziel- und Maßnahmenorientierung, Evidenzbasierung und eine räumliche Darstellung in Form von Karten und Plänen, die an vorhandenen Datengrundlagen ansetzen und lokalspezifisch räumlich und strategisch auszugestalten sind. Als fiktionale Berichte entstanden der „Fachplan Gesundheit des Landkreises Gesundbrunnen“ und der „Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen“ (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2012a, b).

In einem weiteren Schritt wurde im Zeitraum von September 2013 bis Juli 2014 eine Erprobungsphase in der StädteRegion Aachen und im Kreis Unna in Form einer Prozess- und Ergebnisevaluation durchgeführt. Dabei standen jeweils selbst gewählte Teilelemente im Fokus. In der StädteRegion Aachen waren dies die Daten der Schuleingangsuntersuchung, die unter Einbeziehung des schulärztlichen Dienstes und der Erkenntnisse aus der lokalen Gesundheitsberichterstattung herangezogen wurden. Auf Basis der Daten der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen wurde zudem eine Differenzierung nach einzelnen Kommunen der StädteRegion Aachen vorgenommen. Die räumliche Bewertung erfolgte mit Bezugnahme auf die sozialräumliche Differenzierung nach Lebensräumen mit Blick auf eine Dringlichkeit bzw. Notwendigkeit von präventiven oder gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur stärkeren Steuerung des Ressourceneinsatzes in unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen. Damit sollte eine Verbesserung des Qualitäts- und Wissensmanagements in der Unteren Gesundheitsbehörde erreicht werden.

Im Kreis Unna wurde eine mögliche gesundheitliche Gefährdung durch Elektromagnetische Felder (EMF), ein Thema aus dem umwelthygienischen Bereich mit hoher gesundheitlicher Relevanz, gewählt und in enger Zusammenarbeit mit dem Geoservice der Kreisverwaltung unter der Zielsetzung bearbeitet. Einbezogen wurde die Exposition von Wohngebieten und Einrichtungen unter besonderer Berücksichtigung von Kindern als vulnerable Gruppe. Ziel der Fachplanerprobung war es u.a., das Thema aus gesundheitsfördernder Sicht so aufzubereiten, dass es in räumliche Planungs- und Genehmigungsverfahren eingebunden werden kann (zur Erprobung im Landkreis Unna siehe Beitrag Welteke in diesem Band).

Insgesamt wurde festgehalten, dass der Fachplan Gesundheit auch in der praktischen Anwendung mit den jeweiligen ortsspezifischen und strukturellen Rahmenbedingungen funktioniert. Die Evaluation erfolgte sowohl prozessbegleitend durch teilstandar-

disierte Einzelgespräche mit beteiligten Akteuren und durch Round-Table-Gespräche. Die Ergebnisevaluation wurde in Form einer teilstandardisierten Befragung eines größeren Kreises von Projektteilnehmern vorgenommen. In beiden Projekten wurde deutlich, dass es nicht nur für die thematische Auseinandersetzung, sondern auch für Fragen der amtsinternen Steuerung und für den damit verbundenen Ressourceneinsatz wichtig ist, Prioritäten zu bilden und Handlungserfordernisse im Gesundheitsbereich aufzuzeigen. Die Erprobungsphase hat auch gezeigt, dass es innerhalb einer kurzen Projektlaufzeit möglich ist, Themen und Akteure vor Ort zu bewegen, um das Grundgerüst für einen umfassenden, auch iterativ zu entwickelnden, fortschreibungsfähigen Fachplan Gesundheit aufzustellen.

3.2 Baden-Württemberg

Neben Nordrhein-Westfalen fördert auch Baden-Württemberg seit 2014 die Erstellung von exemplarischen Gesundheitsfachplänen. Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren BW unterstützt dabei insgesamt sechs Land- und Stadtkreise.

Die Grundlage für die exemplarischen Gesundheitsfachpläne bildet das übergeordnete Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg (vgl. Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg 2014: 5). Als eines von vier Leitzielen wird darin die Bedeutung von regionalen Diskussionsprozessen unter Einbindung der Bürgerschaft hervorgehoben. Ein weiterer Impuls für die Initiierung exemplarischer lokaler Gesundheitsfachpläne wurde durch die Pilotgesundheitsdialoge aus dem Jahr 2013 gesetzt und in einer „Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen“ (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2014) formuliert. Bestehende Formate der Bürgerbeteiligung wurden darin mit dem Fokus auf eine Eignung im Gesundheitskontext hin geprüft und praktische Handlungsempfehlungen für die lokale bzw. regionale Ebene ausgesprochen.

Um das Leitziel des Gesundheitsleitbildes in der Praxis umzusetzen und die Handlungsempfehlungen konkret anzuwenden, wurde im Jahr 2014 durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren BW eine Ausschreibung zur Erstellung exemplarischer Gesundheitsfachpläne vorgenommen. Insgesamt sechs Land- und Stadtkreise erhielten so finanzielle Mittel zur Erstellung der genannten Fachpläne. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg wurde mit der fachlichen Begleitung und Koordination betraut.

Nach der landesweiten Ausschreibung wurden folgende Land- bzw. Stadtkreise ausgewählt:

> Enzkreis

> Landkreis Karlsruhe

> Landkreis Lörrach

> Landkreis Reutlingen

> Rhein-Neckar-Kreis

> Landeshauptstadt Stuttgart

In allen genannten Land- bzw. Stadtkreisen leiten sich die Pilotvorhaben aus laufenden kommunalen Gesundheitskonferenzen ab. Die Schwerpunkte liegen größtenteils auf dem Handlungsfeld des Gesundheitsleitbildes des Landes „Gesundheitsförderung und Prävention" (vgl. Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Stuttgart 2017; Gesundheitsplanung des Landkreises Karlsruhe 2017; Gesundheitsplanung des Landkreises Lörrach 2017) mit Ausrichtung auf die Zielgruppe älterer Menschen. Lediglich der Landkreis Reutlingen widmet sich dem Handlungsfeld „medizinische Versorgung und Pflege" (vgl. Gesundheitsplanung des Landkreises Reutlingen 2017) unter Betrachtung des ländlichen Raums.

Während sich die jeweiligen Datengrundlagen, Projektpartner und Herangehensweisen teilweise unterscheiden, so weisen alle Gesundheitsfachpläne folgende Elemente auf, die vom Fördergeber definiert wurden (vgl. Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Stuttgart 2017; Gesundheitsplanung des Landkreises Karlsruhe 2017; Gesundheitsplanung des Landkreises Lörrach 2017, Gesundheitsplanung des Landkreises Reutlingen 2017, Gesundheitsplanung des Enzkreises und der Stadt Pforzheim 2017):

> Kartografische Darstellung von gesundheitsrelevanten Daten mit räumlichem Bezug

> Ämter- und dezernatsübergreifende Zusammenarbeit

> Blickpunkt auf gesundheitliche Chancengleichheit

> Bürgerbeteiligung

Insbesondere die kartografische Darstellung von gesundheitsrelevanten Daten mit räumlichem Bezug und eine umfassende Einbindung der Bürgerschaft kann als Novum in der Gesundheitsplanung gesehen werden.

Vorgesehen ist nach der Projektdurchführung eine Evaluation der Zielerreichung, um eine Weiterentwicklung des Instruments „Fachplan Gesundheit" in Baden-Württemberg voranzutreiben (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg). Entsprechend der Auswertung der Ergebnisse der Pilotphase mit nordrhein-westfälischen Gesundheitsämtern (Enderle/Cremer/Scholz et al. 2011: 552) erwies sich das Initialkonzept als in der Praxis einsetzbar. Eine Fortführung des Instruments wurde demnach empfohlen. Wie Gesundheitsfachpläne von den Unteren Gesundheitsbehörden in der Fläche angenommen und umgesetzt werden, ist derzeit noch offen.

4 Ein Fachplan Gesundheit als Instrument zur Stärkung einer gesundheitsfördernden Stadt-/Regionalentwicklung – Fazit und Ausblick

Zusammenfassend kann man festhalten, dass sich Gesundheitsfachpläne an den jeweiligen Erfordernissen der Unteren Gesundheitsbehörden auf Landkreisebene bzw. auf der Ebene der kreisfreien Städte als zuständige Projektträger orientieren. Die thematische Ausrichtung ist damit nicht einheitlich. Dies haben bereits die Auswertungen der Pilotverfahren in Nordrhein-Westfalen gezeigt (Enderle/Cremer/Scholz et al. 2011: 552). Gesundheitsfachpläne fokussieren sich auf eine vulnerable Teilgruppe der Gesellschaft. Daraus resultieren die inhaltlichen Themenstellungen wie Pflege, medizinische Versorgung oder Prävention.

Bezüglich der räumlichen Ebene beziehen sich die Fachpläne auf den Landkreis, die Gesamtstadt oder räumliche Teilbereiche.

Für den öffentlichen Gesundheitsdienst schließt der Fachplan eine bestehende instrumentelle Lücke und fördert damit nicht nur die Interessensvertretung gesundheitlicher Belange gegenüber der räumlichen Planung, sondern leistet auch einen Beitrag zu dem längst überfälligen Innovationsschub im Gesundheitswesen. Mit Blick auf die politische Diskussion über Umwelt(un)gerechtigkeiten kann der Fachplan Gesundheit insbesondere durch eine Verknüpfung von gesundheitlichen, umweltbezogenen und sozialräumlichen Aspekten verstärkte Bedeutung und öffentliche Aufmerksamkeit erlangen.

Bezüglich der Relevanz für die tatsächliche Verbesserung gesundheitsrelevanter Umweltbedingungen kommen Böhme/Preuß/Bunzel et al. (2015: 102) aber zu dem Schluss, dass Gesundheitsfachpläne im Vergleich zu anderen Fachplänen, wie z.B. Verkehrsentwicklungsplänen oder Freiraumentwicklungsplänen, nur eine nachgeordnete Bedeutung haben. Denn diese sind weit eher in der Lage, räumliche Maßnahmen planerisch vorzubereiten und in der Umsetzung zu implementieren. Andererseits können sich die rechtlichen Vorgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst als anpassungsbedürftig zeigen, um auf der Grundlage normativer Vorgaben die Bindungswirkungen und die Umsetzung zu erhöhen. Dazu bedarf es jedoch einer weiteren Etablierung eines Fachplans Gesundheit.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob eine instrumentelle Trennung von Gesundheits- und Umweltbelangen sinnvoll ist bzw. wie die Schnittstelle zwischen beiden Handlungsfeldern und damit verbundenen Ressortzuschnitten gestaltet werden kann. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob die untereinander nicht abgestimmten räumlich orientierten Konzepte und Fachplanungen der Fachämter inkl. der Beteiligung der Öffentlichkeit die Umsetzung ihrer jeweiligen Ziele durch die Stadt(entwicklungs)planung einfordern. Letztere kann jedoch die geweckten erheblichen Erwartungen oftmals kaum decken bzw. abarbeiten, oder die Erwartungen können abwägungsbedingt nicht weiterverfolgt werden.

Nach der Erprobung und Evaluierung des Werkzeugs „Fachplan Gesundheit“ in Nordrhein-Westfalen besteht nun die Herausforderung, den Ansatz flächendeckend zum Einsatz zu bringen. Die Modellvorhaben der Bundesländer Nordrhein-Westfalen und

Baden-Württemberg stellen lediglich einen Einstieg dar. Soll das Instrument tragfähig eingesetzt werden, müsste es den Pflichtaufgaben eines Gesundheitsamtes zugeordnet werden; dies dürfte ohne zusätzliche personelle Ressourcen kaum möglich sein. Angesichts einer alternden Bevölkerung spielt Gesundheitsförderung und Erhaltung der Mobilität eine zentrale Rolle (Kompression der Morbidität als Zielsetzung der Gesundheitswissenschaften). Ohne eine finanzielle Breitenförderung durch die Länder wird sich der Ansatz des informellen Werkzeugs Fachplan Gesundheit aber voraussichtlich nur schwer verbreiten lassen.

Autoren

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart *(*1952), Architektin und Stadtplanerin, Univ.-Professorin für Stadt- und Regionalplanung an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL), Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft NRW der ARL, Leiterin des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL, seit 2017 Mitglied des Präsidiums der ARL.*

Ulrich Dilger *(*1984), Dipl.-Ing. (FH) Stadtplanung, M.A. (Univ.) Humangeographie. Seit 2010 als Stadtentwicklungsplaner im Amt für Stadtplanung und Stadterneuerung der Landeshauptstadt Stuttgart tätig. Arbeitsschwerpunkte: Bevölkerung, Sozialräumliche Grundsatzfragen und soziale Infrastruktur. Mitglied des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL.*

Literatur

Böhme, C.; Preuß, T.; Bunzel, A.; Reimann, B.; Seidel-Schulze, A.; Landua, D. (2015): Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum – Entwicklung von praxistauglichen Strategien und Maßnahmen zur Minderung sozial ungleich verteilter Umweltbelastungen. Umwelt und Gesundheit 1/2015, 102.

Enderle, M.; Cremer, D.; Scholz, C.; Seiffert-Petersheim, U.; Fehr, R. (2011): Lokaler Fachplan Gesundheit – Ergebnisse der Pilotphase 2010 mit nordrhein-westfälischen Gesundheitsämtern. Gesundheitswesen 73 (8/9).

Fehr, R.; Stollmann, F.; Welteke, R. (2016): Zur Entwicklung kommunaler „Fachpläne Gesundheit". In: Die Öffentliche Verwaltung, 246-253.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2011): Vorarbeiten zum lokalen Fachplan Gesundheit. LIGA.Praxis 9. Düsseldorf.
https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/mitarbeiter/welteke_fachplan_gesundheit_gesunde-staedte-netzwerk.pdf (31.01.2016).

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2012a): Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen. Fiktionaler Bericht. Bielefeld.
https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/2012_druckfrisch/fachplan_gesundheit_healthhausen_lzg-nrw_2012.pdf (31.01.2016).

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2012b): Fachplan Gesundheit des Landkreises Gesundbrunnen. Fiktionaler Bericht. Bielefeld.
https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/2012_druckfrisch/fachplan_gesundheit_gesundbrunnen_lzg-nrw_2012.pdf (31.01.2016).

KGSt – Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (1998): Bericht: Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes (B 11/1998).

Kuhn, J. et al. (2012): Der öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. In: Deutsches Ärzteblatt 2012; 109 (9): A 413–416.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.): Zukunftsplan Gesundheit.
https://www.gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit (31.01.2016).

Welteke, R. (2014) Fachplan Gesundheit – ein Ansatz zur Stärkung der Gesundheitsbelange im kommunalen Kontext. In: Gesunde Städte Nachrichten (2014), Nr. 1, 8-9. https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/mitarbeiter/welteke_fachplan_gesundheit_gesunde-staedte-netzwerk.pdf (31.01.2016).

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.) (2014): Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg. Stuttgart. https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsleitbild_Baden-Wuerttemberg.pdf (12.10.2017).

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2014): Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen. Stuttgart. https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/03_Fachinformationen/Fachpublikationen+Info-Materialien/gesundheitsthemen_buergerbeteiligung_handlungsempfehlung.pdf (12.10.2017).

Gesundheitsamt Enzkreis / Netzwerk looping (Hrsg.) (2017): Gesundheitsplanung des Enzkreises und der Stadt Pforzheim. https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/GP_Enzkreis.pdf (12.10.2017).

Landkreis Karlsruhe / Gesundheitsamt (Hrsg.) (2017): Gesundheitsplanung des Landkreises Karlsruhe. https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/GP_LK_Karlsruhe.pdf (12.10.2017).

Landkreis Lörrach (Hrsg.) (2017): Gesundheitsplanung des Landkreises Lörrach. https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/GP_LK_Loerrach.pdf (12.10.2017).

Landratsamt / Kreisgesundheitsamt Reutlingen (Hrsg.) (2017): Gesundheitsplanung des Landkreises Lörrach. https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/GP_LK_Loerrach.pdf (12.10.2017).

Rhein-Neckar-Kreis (Hrsg.) (2017): Gesundheitsplanung des Rhein-Neckar-Kreises. https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/GP_Rhein-Neckar-Kreis.pdf (12.10.2017).

Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt (Hrsg.) (2017): Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Stuttgart am Beispiel des Pilotprojekts „Gesund älter werden in Untertürkheim". https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/GP_Landeshauptstadt_Stuttgart.pdf (12.10.2017).

Lina Wallus

FACHPLAN GESUNDHEIT – PARTIZIPATIVE ENTWICKLUNG EINES GESUNDHEITSFÖRDERLICHEN STADTTEILS FÜR ÄLTERE MENSCHEN IN STUTTGART-UNTERTÜRKHEIM

Hintergrund
Seit 2012 beschäftigt sich die kommunale Gesundheitskonferenz Stuttgart mit dem Thema „Gesund älter werden". Ziel ist eine systematische und interdisziplinäre Gesundheitsplanung, die sowohl stadtweit wie auch auf kleinräumiger Ebene umgesetzt werden soll. Dieses Ziel konnte im Rahmen einer Projektförderung vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg modellhaft im Stuttgarter Stadtteil Untertürkheim erprobt werden. Die Federführung für das Pilotprojekt „Fachplan Gesundheit" liegt beim Gesundheitsamt im Sachgebiet Strategische Gesundheitsförderung mit einer engen Anbindung an die Gesundheitskonferenz Stuttgart (Projektlaufzeit: Dezember 2014 bis Mai 2016).

Ziele
Das Gesundheitsziel des Fachplans ist „Gesund älter werden" mit dem Schwerpunktthema „Gesundheitsförderung und Prävention" im Vorfeld der Pflege. Mit dem Projekt werden sowohl Ziele auf der strategischen (systematisierte, verbesserte und abgestimmte Gesundheitsplanung, optimierte Ressourcenplanung sowie Zusammenarbeit verschiedener Ämter und Trägerorganisationen) als auch auf operativer Ebene (strukturierte und planerische Vorgehensweise unter Einbeziehung der Bedarfe und Bedürfnisse der Einwohnerinnen und Einwohner sowie der lokalen Institutionen) verfolgt.

Umsetzung
Das Projekt ist in drei Handlungsfelder gegliedert:
> Ämterkooperation: abgestimmte Gesundheits-, Sozial- und Stadtplanung
> Kleinräumiger Aufbau der Gesundheitsberichterstattung zur Bedarfsanalyse
> Bürgerbeteiligung zur Bedürfnisanalyse und Umsetzung vor Ort

Eine gesundheitsfördernde Planung für ältere Menschen im Stadtteil ist ein Querschnittsthema verschiedenster Institutionen und erfordert integrierte und multidisziplinäre Handlungskonzepte. Deutlich wird bei diesem Thema eine hohe Überschneidung der Arbeitsgebiete des Gesundheitsamts mit anderen Arbeitsbereichen der Stadtverwaltung, z. B. Altenhilfeplanung, Stadtplanung und -entwicklung, Gemeinwesenarbeit, Bewegungsförderung etc. Aus diesem Grund wurde zu Beginn des Pilotprojekts eine ämterübergreifende Begleitgruppe gebildet, in der neben dem Gesundheitsamt das Sozialamt (Altenhilfeplanung sowie städtische Altenberatung), das Amt für Sport und Bewegung, das Jugendamt als das zuständige Amt für Gemeinwesenarbeit und das Amt für Stadtplanung und Stadterneue-

rung der Landeshauptstadt Stuttgart vertreten sind. In regelmäßigen Treffen wurden Bedarfe und Bedürfnisse für den Stadtteil Untertürkheim analysiert, Strategien erarbeitet und gemeinsam mit Einwohnerinnen und Einwohnern vor Ort umgesetzt. Zusätzlich fand eine Stadtteil-Gesundheitskonferenz mit lokalen Schlüsselpersonen und interessierten Einwohnerinnen und Einwohnern statt. Als Ergebnis dieser Gesundheitskonferenz haben sich vier Arbeitsgruppen gebildet, die sich inhaltlich mit den Themen „Wohnumgebung und Infrastruktur", „Soziales Miteinander", „Bewegungsförderung" sowie „Informationsvermittlung" beschäftigen und auch nach der Konferenz weiterarbeiten und Projekte umsetzen.

Fazit

Das Instrument der Fachplanung zeigte im Pilotprojekt viele Vorteile für eine nachhaltige und systematische Gesundheitsplanung, vor allem aufgrund der Ämterkooperation, die im Rahmen des Pilotprojekts intensiviert wurde. Ebenfalls konnte aufgezeigt werden, dass eine gute und transparente Kooperation mit der Bezirksvorsteherin und weiteren Beteiligten auf Stadtteilebene als wichtiger Erfolgsfaktor für eine gelungene Umsetzung gesehen werden kann. In einem nächsten Schritt soll es darum gehen, die Kooperationen und Strukturen zu festigen, um eine nachhaltige, fachlich fundierte und qualitativ hochwertige Planung zur Gesundheitsförderung im Alter in Stuttgart zu ermöglichen. Eine Dokumentation des Pilotprojekts liegt in Form eines Stadtteil-Gesundheitsberichts vor (Landeshauptstadt Stuttgart 2016).

Autorin

Lina Wallus (**1986*), *M.A. Prävention und Gesundheitsförderung, Mitarbeiterin im Sachgebiet Strategische Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Stuttgart. Arbeitsbereiche: Gesundheitsförderung im Alter und Gesundheitsberichterstattung.*

Literatur

Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt (Hrsg.) (2016): Gesund älter werden in Untertürkheim. Stadtteil-Gesundheitsbericht. Stuttgart.
http://www.stuttgart.de/img/mdb/item/388090/121907.pdf (14.06.2017).

Christa Böhme, Gabriele Spies, Dieter Weber

STÄDTEBAUFÖRDERUNG: EIN INSTRUMENT ZUR FINANZIERUNG GESUNDHEITSFÖRDERNDER STADTENTWICKLUNG?

Gliederung

1 Einleitung
2 Grundlagen und Rahmenbedingungen der Städtebauförderung
3 Potenziale der Städtebauförderung für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung
4 Blick in die kommunale Praxis
5 Fazit und Empfehlungen
Literatur

Kurzfassung
Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ist zu großen Teilen eine freiwillige Aufgabe der Kommunen. Die Spielräume für solche Aufgaben sind in den Städten und Gemeinden gering. Große Bedeutung kommt deshalb Förderprogrammen und hier insbesondere der Städtebauförderung zu. Sie bietet mit ihren verschiedenen Teilprogrammen (u.a. Soziale Stadt, Stadtumbau) vielfältige Potenziale zur Finanzierung von Maßnahmen gesundheitsfördernder Stadtentwicklung. Programmübergreifend bestehen Potenziale vor allem in den Bereichen Klimaschutz und Klimaanpassung, Bewegungs- und Mobilitätsförderung im Stadtquartier, Schaffung von Grün- und Freiräumen und Unterstützung partizipativer Prozesse. Je Teilprogramm gibt es darüber hinaus spezifische Potenziale. Um die Potenziale der Städtebauförderung für eine gesundheitsfördernde Städtebaupolitik nachhaltig nutzen zu können, bedarf es einer ausreichenden und dauerhaften finanziellen Ausstattung der Städtebauförderprogramme und genügend finanzieller Spielräume der Kommunen, um den erforderlichen Eigenanteil für die Förderung aufzubringen. Da der Einsatz von Städtebaufördermitteln auf investive Maßnahmen beschränkt ist, sind zudem zur Finanzierung sozial-integrativer Maßnahmen entweder ergänzende Partnerprogramme oder aber die Weiterentwicklung der Städtebauförderung – insbesondere des Programms Soziale Stadt – zu einem integrierten Programm erforderlich, mit dem alle Maßnahmen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung aus einem Topf finanziert werden können.

Schlüsselwörter
Städtebauförderung – Soziale Stadt – Stadtumbau – Stadt- und Ortsteilzentren – Städte und Gemeinden – Finanzierung – Förderprogramm

Urban development funding – An instrument for financing health-promoting urban development?

Abstract
Health-promoting urban development is a largely voluntary task for any communal administration. Financial scope for such tasks is limited in both cities and municipalities. Hence funding is of pivotal importance, in particular subsidised urban development, which has various subprogrammes (Soziale Stadt, Stadtumbau) with manifold potential for financing health-promoting measures. Across programmes, potential exists especially in the fields of climate protection and adjustment to climate change, promotion of physical activity and mobility in city quarters, creation of green and open spaces, and promotion of participatory processes. Depending on the individual subprogrammes there may be further potential. Sustainable use of urban development funding can ony be made with adequate and long-term financial resources for corresponding programmes and sufficient financial leeway for communities to fund the required co-payments. Since urban development subsidies are confined to investment, both social and integrative measures must be implemented either through complementary partner programmes or by transforming subsidised urban development projects into integrated programmes comprising all measures related to health-promoting urban development and financed from one single fund.

Keywords
Urban development funding – Soziale Stadt (Social City) – Stadtumbau (Urban Redevelopment) – urban and district centres – municipalities– financing – funding programmes

1 Einleitung

Als generelle Rahmenbedingung gesundheitsfördernder Stadtentwicklung ist zu berücksichtigen, dass viele kommunale Haushalte strukturell unterfinanziert sind und die Haushalte unter zum Teil sehr strengen Auflagen der Kommunalaufsicht geführt werden müssen. Die Spielräume für freiwillige, d. h. gesetzlich nicht verpflichtende Ausgaben, als die sich die Ausgaben für gesundheitsfördernde Stadtentwicklung größtenteils darstellen, sind in diesen Gemeinden sehr gering.

Große Bedeutung kommt deshalb Förderprogrammen des Bundes, der Länder und der Europäischen Union zu. Förderprogramme sollen Anreize für ein den Zielen des Fördergebers entsprechendes Handeln anderer Akteure geben. Sie können für jedes in der Zuständigkeit des Fördergebers liegende Handlungsfeld eingesetzt werden und dabei die unterschiedlichsten Ziele verfolgen. Dies gilt auch für die Städtebauförderung des Bundes und der Länder, die der Finanzierung von besonderen städtebaulichen Aufgaben dient.

Die Städtebauförderung blickt mittlerweile auf eine 45-jährige Geschichte zurück und hat seit ihrer Einführung im Jahr 1971 eine große Bedeutung für die Stadtentwicklung und die Lebensbedingungen in unseren Städten. Die Städtebauförderung versteht sich als ein lernendes Programm. Wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der

Städtebauförderung gingen unter anderem von der Entfaltung des Denkmalschutz- und Stadterhaltungsgedankens Mitte der 1970er Jahre, dem Modernisierungs- und Instandsetzungsstau in den neuen Ländern nach der Wiedervereinigung, der zunehmenden Entstehung benachteiligter Stadtquartiere ab den 1990er Jahren und der Leipzig-Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt im Jahr 2007 aus (BMVBS 2011: 7 ff.).

Nach § 164 Baugesetzbuch (BauGB) verfolgt die Städtebauförderung heute folgende Ziele:

> Stärkung von Innenstädten und Ortszentren in ihrer städtebaulichen Funktion,

> Herstellung nachhaltiger städtebaulicher Strukturen in von erheblichen Funktionsverlusten betroffenen Gebieten; Kennzeichen für solche Funktionsverluste ist insbesondere ein dauerhaftes Überangebot an baulichen Anlagen (z. B. Wohnungsleerstand, innerstädtische Brachflächen),

> städtebauliche Maßnahmen zur Behebung sozialer Missstände.

Zur Umsetzung dieser Förderziele haben Bund und Länder verschiedene Teilprogramme der Städtebauförderung aufgelegt – Soziale Stadt, Stadtumbau Ost und West, Städtebaulicher Denkmalschutz, Aktive Stadt- und Ortsteilzentren, Kleinere Städte und Gemeinden –, die teils auch gebündelt eingesetzt werden können.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Mittel der Städtebauförderung auch für Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen in den Städten nutzbar gemacht werden können. Um diese Frage zu beantworten, werden im Beitrag zunächst die Grundlagen und Rahmenbedingungen der Städtebauförderung dargestellt und darauf aufbauend die Potenziale der Städtebauförderung mit Blick auf die Finanzierung gesundheitsfördernder Stadtentwicklung aufgezeigt. Praxisbeispiele aus den Städten Duisburg und München illustrieren diese Potenziale, zeigen aber auch Probleme und Grenzen der Städtebauförderung in der kommunalen Praxis auf. Abschließend werden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und Empfehlungen gegeben, wie die Potenziale der Städtebauförderung für die Entwicklung gesundheitsfördernder Städte optimiert und besser erschlossen werden können. Der Beitrag richtet sich sowohl an die in erster Linie für die Umsetzung der Städtebauförderungsprogramme zuständige Zunft der Stadtplanung als auch an Akteure des Gesundheitsbereiches, die Stadtentwicklung aktiv und gesundheitsförderlich mitgestalten wollen.

2 Grundlagen und Rahmenbedingungen der Städtebauförderung

Grundlage der Städtebauförderung ist eine jährlich neu aufgelegte Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern (§ 164b Abs. 1 Satz 2 BauGB).[1] In der Verwaltungsvereinbarung werden die Förderquoten, der Schlüssel zur Verteilung auf die einzelnen Länder sowie die förderfähigen Maßnahmen festgelegt. Der Bund beteiligt sich an der Finanzierung der Maßnahmen grundsätzlich mit 33 1/3 v. H. der förderfähigen Kosten bei in der Regel gleich hohem Förderanteil der Länder. Die restlichen Kosten tragen die Kommunen als Eigenanteil.

Im Jahr 2015 standen insgesamt 650 Millionen Euro Bundesmittel (2014: 650 Millionen Euro, 2013: 455 Millionen Euro) für die verschiedenen Teilprogramme der Städtebauförderung zur Verfügung (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015: Art. 1 Abs. 2):

> „Soziale Stadt" zur Stabilisierung und Aufwertung von benachteiligten Quartieren (150 Millionen Euro),

> „Stadtumbau" für die Anpassung an den demografischen und strukturellen Wandel in Ost (105 Millionen Euro) und West (105 Millionen Euro),

> „Städtebaulicher Denkmalschutz" für den Erhalt historischer Stadtkerne und Stadtquartiere in Ost (70 Millionen Euro) und West (40 Millionen Euro),

> „Aktive Stadt- und Ortsteilzentren" für die Innenentwicklung (110 Millionen Euro),

> „Kleinere Städte und Gemeinden" zur Sicherung der Daseinsvorsorge in ländlichen oder dünn besiedelten Räumen (70 Millionen Euro).

Die Umsetzung der Förderung – einschließlich der Auswahl der zu fördernden städtebaulichen Maßnahmen – erfolgt durch die Länder (d. h. durch die zuständigen Landesministerien bzw. Regierungspräsidien) und zwar auf Basis jeweils landesspezifischer Förderrichtlinien. Bei den Ländern können Städte und Gemeinden auch den Antrag auf Förderung stellen. Die Beantragung bezieht sich immer auf ein jeweils auf Basis umfassender Voruntersuchungen genau begrenztes Fördergebiet. Kommunen legen so Gebiete fest, die langfristig und vorrangig entwickelt werden sollen. In der durch die Gebietsabgrenzung definierten städtebaulichen Gesamtmaßnahme steht jedes Einzelprojekt im Bezug zu den Entwicklungszielen für das gesamte Fördergebiet (BMUB 2015: 26).

Fördervoraussetzung ist bei allen Programmen der Städtebauförderung ein unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger erstelltes integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept. Bezugsraum des Konzepts und seiner Ziele und Maßnahmen ist das von der Kommune jeweils räumlich abgegrenzte Fördergebiet (BMUB: 27 f.). Sofern dieses Entwicklungskonzept gesamtstädtische Belange nicht beinhaltet, ist es in ein gege-

1 Dem vorliegenden Beitrag liegen die Inhalte der Verwaltungsvereinbarung aus dem Jahr 2015 zugrunde (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015).

benenfalls bereits vorhandenes gesamtstädtisches Konzept einzubetten bzw. davon abzuleiten (Gegenstromprinzip). Die Aktualität des Entwicklungskonzepts ist sicherzustellen (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015); die Konzepte sind daher regelmäßig fortzuschreiben.

Die Städtebauförderung unterliegt Artikel 104b Grundgesetz, wonach „der Bund den Ländern Finanzhilfen für besonders bedeutsame Investitionen" auf Landes- und Gemeindeebene gewähren kann. Bei der Städtebauförderung und ihren Teilprogrammen handelt es sich daher um Investitionsprogramme. Die Mittel können grundsätzlich nur für Investitionen im baulichen bzw. städtebaulichen Bereich sowie für investitionsvorbereitende und -begleitende Maßnahmen (u.a. Maßnahmen zur Beteiligung, Öffentlichkeitsarbeit) eingesetzt werden.

Weiter heißt es in Artikel 104b Grundgesetz unter anderem: „Die Mittel sind befristet zu gewähren und hinsichtlich ihrer Verwendung in regelmäßigen Zeitabständen zu überprüfen. Die Finanzhilfen sind im Zeitablauf mit fallenden Jahresbeträgen zu gestalten". Fördergebiete können daher die Förderung aus Bundes- und Landesmitteln nur für einen begrenzten Zeitraum erhalten; zudem sind die Mittel degressiv angelegt.

3 Potenziale der Städtebauförderung für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung

Programmübergreifende Potenziale
In der Präambel zur Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015 haben Bund und Länder unabhängig von den einzelnen Teilprogrammen übergreifende Ziele der Städtebauförderung vereinbart. Mit Blick auf eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung sind insbesondere die unter Punkt III der Präambel formulierten Ziele von Bedeutung:

„Bund und Länder stimmen überein, dass die Städtebauförderung einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung der Leipzig Charta und der Ziele der Nationalen Stadtentwicklungspolitik leistet. Die Stadtquartiere sollen unter Berücksichtigung des Klimaschutzes und der Klimaänderung an die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger angepasst werden, insbesondere der Familien bzw. der Haushalte mit Kindern und der älteren Menschen. Das umfasst auch die Ausstattung mit Gemeinbedarfseinrichtungen, Spielplätzen und Sportstätten im Rahmen der integrierten Stadtentwicklung.

Bund und Länder unterstreichen dabei die Bedeutung von Grün- und Freiräumen in den Städten und Gemeinden für den Umwelt-, Klima- und Ressourcenschutz, die biologische Vielfalt, die Gesundheit und den sozialen Zusammenhalt in Stadtquartieren. Sie bekräftigen das Ziel der energetischen Erneuerung in den Quartieren sowie die besonderen Möglichkeiten der Städtebauförderung, öffentliche Räume und Gebäude sowie das Wohnumfeld barrierefrei bzw. barrierearm zu gestalten und damit die Städte und Gemeinden für alle Bevölkerungsgruppen lebenswert und nutzbar zu erhalten" (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015: Präambel, III).

Bund und Länder rücken damit wesentliche Bereiche gesundheitsfördernder Stadtentwicklung in den Mittelpunkt der Städtebauförderung:

> Klimaschutz und Klimaanpassung, insbesondere mit Blick auf vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Kinder und alte Menschen (in Bezug auf Klimawandelfolgen siehe Beitrag von Rüdiger),

> Bewegungs- und Mobilitätsförderung im Stadtquartier (Errichtung von Spielplätzen und Sportstätten, barrierefreie/barrierearme Gestaltung),

> die Schaffung von Grün- und Freiräumen mit Fokussierung auf deren positiven Einfluss auf die menschliche Gesundheit.

Die Umsetzung von Grün- und Freiräumen sowie Maßnahmen der Barrierearmut bzw. -freiheit wurden zudem mit der Förderung 2015 in allen Teilprogrammen der Städtebauförderung explizit als Fördertatbestand benannt. Bund und Länder reagieren damit auf zwei auch für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung relevante aktuelle Herausforderungen der Städtebaupolitik: die Verbesserung der städtischen Lebensqualität und die Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels (BMUB 2015: 4).

Ein besonderes Augenmerk legt die Städtebauförderung zudem auf die Beteiligung und Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger. Maßnahmen, die diesem Ziel dienen, sind ebenfalls in allen Teilprogrammen förderfähig. Zudem kann die Kommune zur stärkeren Beteiligung und Mitwirkung von Betroffenen einen Verfügungsfonds einrichten, über dessen Mittelverwendung ein lokales Gremium entscheidet. Mit der Unterstützung partizipativer Prozesse bietet die Städtebauförderung die Chance, einen für gesundheitsfördernde Stadtentwicklung als zentral angesehenen Erfolgsfaktor zu stärken (zur Partizipation siehe Beitrag von Köckler/Quilling in diesem Band).

Programmspezifische Potenziale
Jedes Teilprogramm der Städtebauförderung verfolgt neben den generellen Zielsetzungen der Städtebauförderung spezifische Zielsetzungen, aus denen sich – abgesehen vom Programm „Städtebaulicher Denkmalschutz" – weitere spezifische Potenziale der Städtebauförderung für die gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ergeben.

Programm Soziale Stadt
Das Programm Soziale Stadt wird für Investitionen in städtebauliche Maßnahmen zur Stabilisierung und Aufwertung von Stadt- und Ortsteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf eingesetzt, die aufgrund der Zusammensetzung und wirtschaftlichen Situation der darin lebenden und arbeitenden Menschen erheblich benachteiligt sind (vgl. § 171e BauGB). Anknüpfungspunkt des Programms sind damit soziale Kriterien wie ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Langzeitarbeitslosen, SBG-II-Empfängerinnen und -Empfängern oder Kinderarmut im Fördergebiet. Ein besonderer Entwicklungsbedarf, der Voraussetzung der Gebietsfestlegung ist, liegt insbesondere vor, wenn es sich um benachteiligte innerstädtische oder innenstadtnah gelegene Gebiete oder verdichtete Wohn- und Mischgebiete handelt, in denen es einer aufeinander abgestimmten Bündelung von investiven und sonstigen Maßnahmen bedarf (vgl. § 171e

Abs. 2 BauGB). Seit dem Start des Programms Soziale Stadt im Jahr 1999 sind bis Ende 2015 insgesamt 716 Fördergebiete in 419 Städten und Gemeinden in das Programm aufgenommen worden (Graf 2015: 7).

Maßnahmen des Programms Soziale Stadt verfolgen einen integrativen Ansatz und nehmen komplexe, miteinander zusammenhängende Problemlagen in den Blick. Neben städtebaulichen, nachbarschaftlichen und Imageproblemen, Defiziten im Bereich infrastrukturelle Ausstattung und lokale Ökonomie gehören hierzu auch Umweltprobleme sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen im Kontext sozioökonomischer Problemlagen. Mit dem Programm Soziale Stadt soll ein Beitrag zur Erhöhung der Wohnqualität und Nutzungsvielfalt, zur Verbesserung der Generationengerechtigkeit der Quartiere und zur Integration aller Bevölkerungsgruppen geleistet werden (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015: Art. 4 Abs. 1). Die Fördermittel können u.a. insbesondere eingesetzt werden zur

> Verbesserung der Wohnverhältnisse, des Wohnumfeldes und des öffentlichen Raumes, um das Gebiet städtebaulich aufzuwerten, die Wohn- und Lebensqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner zu steigern, die Bildungschancen und die Wirtschaftskraft im Quartier zu verbessern und die Sicherheit und Umweltfreundlichkeit zu erhöhen,

> Verbesserung kinder-, familien- und altengerechter sowie weiterer sozialer Infrastrukturen, um die Nutzungsvielfalt im Stadtteil zu erhöhen und den Zusammenhalt zu stärken,

> Verbesserung der Integration benachteiligter Bevölkerungsgruppen und von Menschen mit Migrationshintergrund,

> Umsetzung von Grün- und Freiräumen sowie von Maßnahmen der Barrierefreiheit beziehungsweise -reduzierung,

> Beteiligung und Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger sowie zur Mobilisierung ehrenamtlichen Engagements (VV-Städtebauförderung 2015: Art. 4 Abs. 5).

Damit kann das Programm – auch wenn das Thema Gesundheit im Förderkatalog nicht explizit benannt wird – auf vielfältige Weise zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebens- und Umweltbedingungen beitragen, und zwar in solchen Quartieren, deren Bevölkerung mehrheitlich durch soziale Benachteiligung und damit durch eine besonders hohe Vulnerabilität (ARL 2014: 7) gekennzeichnet ist. Zudem spielen Aktivierung, Beteiligung und individuelle Befähigung – und damit „ein wesentlicher Faktor, um die Vulnerabilität der Menschen (...) zu reduzieren“ (Bunge 2012: 183) – im Kontext der Sozialen Stadt eine zentrale Rolle (zum Aspekt der Vulnerabilität siehe Beitrag von Bolte in diesem Band). Aktivierung und Beteiligung in der Sozialen Stadt sollen dazu beitragen, die Gebietsbewohnerschaft in weit stärkerem Maße in Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse vor Ort einzubeziehen, als dies bei förmlichen Beteiligungsverfahren nach Baugesetzbuch der Fall war bzw. ist. Sie sollen (wieder) in die Lage versetzt werden, sich stärker für ihre Nachbarschaft zu engagieren und sich an Entwicklungs- bzw. Veränderungsprozessen vor Ort zu beteiligen.

Die Komplexität des integrierten Ansatzes des Programms Soziale Stadt erfordert bei der Umsetzung – stärker als bei jedem anderen Teilprogramm der Städtebauförderung – die Bündelung verschiedener Finanzierungsquellen. So betonen einige Evaluationen des Programms „die nur eingeschränkte Reichweite des Programmansatzes mit Blick auf die Finanzausstattung durch die Städtebauförderung" (Wallraff/Zimmer-Hegmann 2016: 37). Mittelbündelung ist daher ein programmatischer Schwerpunkt der Sozialen Stadt, denn insbesondere Maßnahmen in sozial-integrativen Bereichen (Gesundheit, Bildung, Integration u.a.) lassen sich mit den investiven Mitteln der Städtebauförderung nicht finanzieren. Es geht also darum, auch sozial-integrative Förderprogramme von EU, Bund und Ländern, kommunale Ressortmittel sowie auch Mittel Dritter (Unternehmen, Stiftungen u.a.) „in die Kulisse der Programmgebiete ‚hineinzubündeln' bzw. mit dem Quartiersfokus untereinander passfähig zu machen" (Franke/Nelle/Böhme et al. 2013: 195). In der Vergangenheit wurden Partnerprogramme zur Finanzierung sozial-integrativer Maßnahmen in den Gebieten der Sozialen Stadt vor allem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten – E & C, Lokales Kapital für soziale Zwecke – LOS, Stärken vor Ort, JUGEND STÄRKEN im Quartier – JUSTiQ) und vom für die Soziale Stadt zuständigen Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung selbst (ESF-Bundesprogramm „Bildung, Wirtschaft, Arbeit im Quartier – BIWAQ) aufgelegt. Ein Partnerprogramm des Bundesgesundheits- und des Bundesumweltministeriums gab und gibt es bislang nicht.

Programm Stadtumbau Ost
Das Programm Stadtumbau Ost kommt seit dem Jahr 2002 in den neuen Ländern und im Ostteil der Stadt Berlin zum Tragen. Es zielt auf die Bewältigung des demografischen und wirtschaftlichen Strukturwandels in ostdeutschen Kommunen ab. Ansatzpunkte sind die Aufwertung von Innenstädten und erhaltenswerten Stadtquartieren, der Erhalt von Altbauten sowie die Stabilisierung städtischer Strukturen durch den Abriss leer stehender und dauerhaft nicht mehr nachgefragter Wohnungen (BMUB 2015: 15). Mit Stand 31.12.2014 wurden rund 470 Städte und Gemeinden mit etwa 1.100 Stadtumbaugebieten in diesem Programm gefördert (ebd.).

Eingesetzt werden können die Fördermittel für

> die Aufwertung von Stadtquartieren,

> den Rückbau von Wohnungen,

> die Sanierung und Sicherung von Altbauten, einschließlich des hierfür ggf. erforderlichen Erwerbs durch die Kommune,

> die Rückführung städtischer Infrastruktur wie soziale Einrichtungen (Kindergärten, Schulen u.a.) und für technische Infrastruktur (Leitungsnetze zur Ver- und Entsorgung u.a.) (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015: Art. 6).

Potenziale mit Blick auf gesundheitsfördernde Stadtentwicklung eröffnen insbesondere folgende förderfähigen Maßnahmen zur Aufwertung von Stadtquartieren (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015: Art. 5 Abs. 2):

> Verbesserung des öffentlichen Raums und des Wohnumfeldes sowie der privaten Freiflächen,

> Wieder- und Zwischennutzung freigelegter Flächen sowie von Brachflächen,

> Aufwertung und Umbau des vorhandenen Gebäudebestands,

> Umsetzung von Grün- und Freiräumen sowie von Maßnahmen der Barrierefreiheit bzw. -reduzierung,

> Beteiligung und Mitwirkung von Bürgerinnen und Bürgern.

Programm Stadtumbau West
Mit dem im Jahr 2004 aufgelegten Programm Stadtumbau West sollen die Städte in den alten Ländern dabei unterstützt werden, sich frühzeitig auf Strukturveränderungen vor allem mit Blick auf Demografie und Wirtschaft sowie auf die damit verbundenen städtebaulichen Auswirkungen einzustellen. Die Vermeidung drohender oder die Behebung bestehender städtebaulicher Funktionsverluste (wie z. B. Leerstände, Brachfallen von Flächen) stehen dabei im Mittelpunkt. Zudem soll das Programm die Anpassung von Neubaugebieten der 1950er bis 1970er Jahre an die heutigen Anforderungen sowie die Konversion industrieller und militärischer Liegenschaften unterstützen (BMUB 2015: 20). Bis Ende 2014 wurden etwa 450 Kommunen mit rund 520 Stadtumbaugebieten in das Programm aufgenommen (ebd.).

Wenn auch mit dem Programm Stadtumbau West ebenfalls Maßnahmen zum Rückbau leerstehender, dauerhaft nicht mehr benötigter Gebäude/Gebäudeteile oder der dazu gehörenden Infrastruktur gefördert werden können, liegt doch der Schwerpunkt des Programms – anders als beim Stadtumbau Ost – auf der städtebaulichen Neuordnung und der Aufwertung der Stadtumbaugebiete. Der Katalog der förderfähigen Maßnahmen entspricht in diesem Bereich dem des Programms Stadtumbau Ost und eröffnet daher mit Blick auf gesundheitsfördernde Stadtentwicklung vergleichbare Potenziale.

Programm Aktive Stadt- und Ortsteilzentren
Das Förderprogramm „Aktive Stadt- und Ortsteilzentren" dient der Stärkung von zentralen Versorgungsbereichen (Innenstadtzentren, Nebenzentren in Stadtteilen, Grund- und Nahversorgungszentren in Stadt- und Ortsteilen kleinerer Gemeinden), die durch Funktionsverluste – insbesondere durch gewerblichen Leerstand – bedroht oder betroffen sind. Das im Jahr 2008 aufgelegte Programm soll der Erhaltung und Entwicklung dieser Bereiche als Standorte für Wirtschaft und Kultur sowie als Orte zum Wohnen, Arbeiten und Leben dienen. Bis zum 31.12.2014 sind etwa 500 Fördergebiete in rund 450 Städten und Gemeinden in das Programm aufgenommen worden (BMUB 2015: 27 f.).

Die Fördermittel können eingesetzt werden für Investitionen zur Standortaufwertung und Profilierung der Zentren. Für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung bieten insbesondere folgende förderfähige Maßnahmen Ansatzpunkte (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015: Art. 7 Abs. 3):

> Aufwertung des öffentlichen Raumes (Straßen, Wege, Plätze),

> Bau- und Ordnungsmaßnahmen für die Wiedernutzung von Grundstücken mit leerstehenden, fehl- oder mindergenutzten Gebäuden und von Brachen einschließlich vertretbarer Zwischennutzung,

> Umsetzung von Grün- und Freiräumen sowie von Maßnahmen der Barrierefreiheit bzw. -reduzierung,

> Beteiligung und Mitwirkung von Bürgerinnen und Bürgern.

Programm Kleinere Städte und Gemeinden
Dieses jüngste Programm der Städtebauförderung (Start: 2010) richtet sich vor allem an kleinere Städte und Gemeinden in dünn besiedelten, ländlich geprägten und von Abwanderung bedrohten oder vom demografischen Wandel betroffenen Räumen. Ziel ist es, sie als Ankerpunkte der Daseinsvorsorge zu stärken und für die Zukunft handlungsfähig zu machen. Ein Handlungsschwerpunkt des Programms ist die Unterstützung aktiver interkommunaler bzw. überörtlicher Zusammenarbeit bei der Anpassung und arbeitsteiligen Erbringung der städtebaulichen Infrastruktur für die Daseinsvorsorge. Bis Ende 2014 wurden 370 Gesamtmaßnahmen in diesem Programm gefördert (BMUB 2015: 30).

Förderfähige Maßnahmen sind insbesondere (Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015: Art. 8 Abs. 3):

> die Erarbeitung und Fortschreibung von verbindlich abgestimmten überörtlich oder regional integrierten Entwicklungskonzepten, welche insbesondere Aussagen zur Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels, zur kooperativen Verantwortungswahrnehmung und zu gemeinsamen Entwicklungszielen und Schwerpunkten zur künftigen Sicherung der Daseinsvorsorge enthalten,

> die Bildung interkommunaler Netzwerke bzw. Stadt-Umland-Vernetzungen zur Sicherung der Daseinsvorsorge,

> die Beteiligung und Mitwirkung von Bürgerinnen und Bürgern,

> Investitionen zur Behebung städtebaulicher Missstände, insbesondere zur Anpassung der Infrastruktur aufgrund zurückgehender Bevölkerung und des Rückzugs öffentlicher und privater Anbieter, die in der überörtlichen bzw. interkommunalen Abstimmung gemeinsam als dauerhaft erforderlich benannt sind. Dazu gehören auch Maßnahmen zur Schaffung und Erhaltung von Grün- und Freiräumen sowie zur Barrierearmut und -freiheit von Gebäuden und Flächen.

Mit der Stärkung der Daseinsvorsorge in schrumpfenden ländlichen Regionen bietet das Programm Kleinere Städte und Gemeinden auch Chancen zur Finanzierung von Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsförderlicher Infrastruktur als wichtiger Teil der Daseinsvorsorge in diesen Regionen.

4 Blick in die kommunale Praxis

Die Potenziale, aber auch Grenzen der Städtebauförderung für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung werden im Folgenden am Beispiel der im Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) vertretenen Städte Duisburg und München und damit anhand einer stark schrumpfenden und einer stark wachsenden Stadt illustriert.

Duisburg: Integrierte Stadtentwicklung im Stadtteil Marxloh
Die Ruhrregion, insbesondere die Stadt Duisburg, hat in den letzten 40 Jahren einen gravierenden Strukturwandel durchgemacht. Schon früh wurden daher klassische Instrumente der Stadtentwicklung in Stadtteilen Duisburgs angewendet, in denen sich aufgrund der räumlichen Lage vielfältige Probleme erkennen ließen. Die Duisburger Stadtteile Marxloh und Bruckhausen wurden bereits seit Anfang der 1990er Jahre im Rahmen des nordrhein-westfälischen Landesprogramms „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf", später Städtebauförderprogramm „Soziale Stadt", gefördert. Als erste Stadt in Nordrhein-Westfalen (NRW) nahm Duisburg an der Gemeinschaftsinitiative der EU „Urban I" teil. Zur Umsetzung dieser Programme wurden bereits seit Anfang der 1990er Jahre durch Stadtteilprojekte und Vorläufergesellschaften der im Jahre 1999 in Duisburg gegründeten Entwicklungsgesellschaft Duisburg mbH (EG DU) für die Stadtteile Marxloh und Bruckhausen Handlungskonzepte mit einem integrierten Entwicklungsansatz vorgelegt. Später wurden diese Ansätze durch die EG DU auf weitere Stadtteile (Beeck, Hochfeld, Obermarxloh, Laar) übertragen.

Am Beispiel von Duisburg-Marxloh kann anhand des dort weiterhin laufenden Prozesses integrierter Stadtteilentwicklung exemplarisch gezeigt werden, welche Rolle hierbei die Städtebauförderung mit Blick auf gesundheitsförderliche Aspekte der Stadtteilentwicklung spielt. Dabei wurde in Marxloh, im Gegensatz zu Duisburg Bruckhausen, zwar „Gesundheit" nicht als eigenständiges Handlungsfeld benannt, es war und ist aber nach Angaben der den Stadtteilentwicklungsprozess betreuenden EG DU Entwicklungsgesellschaft Duisburg mbH integraler Bestandteil einer Vielzahl von Projekten:

> So weisen durchgeführte Maßnahmen im Umweltbereich vielfach Gesundheitsbezug auf. Zu nennen sind hier insbesondere die Minderung des CO_2-Ausstosses im Wohnbereich durch Neuregelung des Durchgangsverkehrs, die Schaffung von mehr „Gün" im Stadtteil, die Förderung der Bewegung durch Umbau von Schulhöfen zu Spielflächen, Bau von Kinderspielplätzen, Fitnessparcours etc.

> In z. T. muttersprachlichen „Elternschulen" werden kontinuierlich Gesundheitsthemen wie Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, gesunde Ernährung und Bewegung etc. vermittelt. Das örtliche Jugendzentrum hat sich als „Gut drauf"-Einrichtung qualifiziert und Kindergärten wurden in Kooperation mit den örtlichen Sportvereinen zu „Bewegungskindergärten" weiterentwickelt.

> Ein langjähriges Problem in Marxloh war z. B. die gesundheitliche Versorgung älterer türkischer Migrantinnen und Migranten. Viele aus dieser Bevölkerungsgruppe können nicht mehr auf die Versorgung und Pflege durch die Familie zurückgreifen.

Vor diesem Hintergrund wurde z. B. ein Dienstleistungspool aufgebaut und Pflegedienstleister wurden interkulturell geschult. Mittlerweile sind in Duisburg eine ganze Reihe auch türkischer Pflegedienste auf dem Markt etabliert.

Durch die in den letzten Jahren eingetretene massive Zuwanderung von Menschen aus Südosteuropa steht Duisburg-Marxloh aktuell vor neuen Herausforderungen, deren Bewältigung ausschlaggebend für die nachhaltige Sicherung der bislang erreichten Erneuerungserfolge im Stadtteil ist. Dabei steht das Armutsproblem in Verbindung mit einer fehlenden gesundheitlichen Versorgung bei ungeklärtem Krankenversicherungsschutz bei insgesamt rund 5.000 Duisburger Bürgerinnen und Bürgern in diesem Stadtteil ganz im Vordergrund. Die für Duisburg-Marxloh im Frühjahr 2015 erstellte und 2017 aktualisierte Sozialraumanalyse (Stadt Duisburg, Amt für Stadtentwicklung und Projektmanagement/EG DU Entwicklungsgesellschaft mbH 2017: 6 ff.) verweist zudem auf folgende weitere Problemlagen im Stadtteil:

> 43,5% der Bewohnerschaft lebt von Transferleistungen.

> Der Ausländeranteil liegt bei rund 45%, der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund bei 60% und der Anteil der aus Südosteuropa zugewanderten Menschen bei 30% der Bevölkerung.

> Feinstaubbelastung durch Industriebetriebe und Straßenverkehr sowie Verkehrs- und Schienenlärm führen zum Teil zu gesundheitsbeeinträchtigen Wohnverhältnissen.

> Große Teile der Bausubstanz sind deutlich sanierungsbedürftig.

> Eine Investitionstätigkeit findet seit Jahren im Stadtteil praktisch kaum noch statt.

> Rund 25 sog. Problemimmobilien mit deutlich erkennbaren baulichen Mängeln – zum Teil im Zustand der Verwahrlosung – liegen in diesem Bezirk und sind praktisch nur für Menschen aus Bulgarien und Rumänien „attraktiv".

> Kinder aus Marxloh erhalten wesentlich häufiger nur Empfehlungen für Schulformen mit niederschwelligem Schulcurriculum; der Übergang in das Gymnasium ist vergleichsweise selten.

Vor dem Hintergrund der neuen Entwicklungen wurde der als bereits in der Verstetigung befundene Stadtteil Marxloh erneut ins Städtebauförderprogramm Soziale Stadt aufgenommen und es wurden auf der Grundlage gesamtstädtischer Planungen und Ziele erneut ortsteilbezogene Planungen und Ziele für Marxloh formuliert. Hierzu gehören das Grüngürtelkonzept Duisburg-Nord Marxloh (Stadt Duisburg o. J.) und das Städtebauliche Entwicklungskonzept Duisburg-Marxloh (Stadt- und Regionalplanung Dr. Jansen GmbH 2011). Diese sehen konkrete bauliche Änderungen vor, wie z. B. den Rückbau von Wohngebäuden bei gleichzeitiger Schaffung städtebaulicher und urbaner Qualitäten auf entstehenden Brachen und Baulücken und die Sanierung von Wohnungen, um Mindest(wohn)standards (inkl. energetische Sanierung) zu erfüllen. 2015/2016 wurde das „Integrierte Handlungskonzept Marxloh" (EG DU 2015/2016)

fortgeschrieben, das den „Bildungsstandort Marxloh“ zum Leitthema hat. Folgende Entwicklungsziele werden damit verfolgt:

> die Bildungsmöglichkeiten im Sinne eines ganzheitlichen lebenslangen Lernens im Stadtteil stärken,

> die Lebensbedingungen und die Lebensqualität im Stadtteil in den Bereichen Städtebau, Wohnen, Wirtschaft und Soziales verbessern,

> dem zunehmenden Negativimage von Marxloh entgegenwirken.

Dazu wird u.a. eine Gesamtschule zu einer Stadtteilschule ausgebaut und es werden Treffpunkte im öffentlichen Raum, wie Plätze, Outdoor-Fitnesspark und Generationenpfad, geschaffen. Beispielhaft an der integrierten Stadtteilentwicklung in Marxloh ist die Vernetzung der verschiedenen Handlungsfelder. Die Handlungsfelder „Wohnen und Wohnumfeld“, „Öffentlicher Raum und Plätze“ sowie „Umwelt, Grün und Mobilität“ werden als integrierte städtebauliche Maßnahmen bearbeitet. Sie knüpfen mit den Handlungsschwerpunkten „Zusammenleben im Quartier und Bildung“ sowie „Lokale Ökonomie und Arbeitsmarkt“ an Handlungsfelder an, die bereits in der Vergangenheit in Marxloh verfolgt wurden. Im Handlungsfeld „Zusammenleben im Quartier und Bildung“ werden beispielsweise konkrete Ansätze der Kinder- und Jugendarbeit (z.B. durch die Umnutzung von Räumlichkeiten einer Kirchengemeinde) und der Bildungs- und Sprachförderung (z.B. Projekt „Tausche Bildung für Wohnen“) angegangen. Zur Besserung der gesundheitlichen Situation werden im Handlungsfeld „Zusammenleben im Quartier und Bildung“ bei fehlendem und ungeklärtem Krankenversicherungsschutz vieler Zuwanderer Impfmaßnahmen im Stadtteil durchgeführt (EG DU Entwicklungsgesellschaft Duisburg mbH o.J.).

Um die im Handlungskonzept formulierten Ziele zu erreichen, wurden abschließend Maßnahmensteckbriefe formuliert, die ganz konkrete Maßnahmen und die zu ihrer Umsetzung vorgesehenen Finanzierungen formulieren. Beispielhaft zu nennen sind hier das Fußgängerleitsystem oder die Umgestaltung von Plätzen, der Ankauf von Wohngebäuden und die Umgestaltung der öffentlichen Grünflächen. In dem laufenden Prozess bildet die Akquisition von Drittmitteln, insbesondere der öffentlichen Förderprogramme, einen Schwerpunkt. Für den Stadtteil Marxloh sind hier aus Mitteln des Verfügungsfonds der Städtebauförderprogramme zahlreiche Aktivitäten mit dem Ziel der Förderung des friedlichen Zusammenlebens der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und der Integration in die Stadtgesellschaft gefördert worden. Beispielsweise wurde die Unterstützung dafür verwandt, dass sich Vereine und Initiativen dem Stadtteil öffnen und ihre Aktivitäten transparent machen.

Resümee

Aus gesundheitlicher Sicht sind die im Kontext der Städtebauförderung erstellten integrierten Handlungskonzepte für die verschiedenen Stadtteile in Duisburg immer auch mit einer Verbesserung der öffentlichen Gesundheit verbunden. In der Vergangenheit wurde dabei das Gesundheitsamt vor allem für die Bereithaltung der statistischen Daten der Einschulungsuntersuchungen sowie bei Problemen mit dem ungeklärten Krankenversicherungsschutz der EU-Zuwanderer beteiligt. Eine weitergehende Beteiligung

des Gesundheitsamtes an der Planung hat bislang die personellen Ressourcen dieses Amtes überfordert. Trotzdem ist eine möglichst enge Begleitung durch das Gesundheitsamt bei der Planung integrierter Handlungskonzepte – z.B. beim nordrhein-westfälischen Projektaufruf „Starke Quartiere – Starke Menschen" – für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit sinnvoll und zwingend erforderlich. Das integrierte Handlungskonzept wird in diesem Rahmen um städtebauliche Maßnahmen aus dem Europäischen Strukturfonds (EFRE) und um arbeitsmarktbezogene Maßnahmen insbesondere mit dem Ziel der Armutsbekämpfung und Prävention ergänzt.

Problematisch ist vor dem Hintergrund einer Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse die notwendige Anpassung der integrierten Handlungskonzepte an die vielfachen Vorgaben der Projektförderer. Eine deutlich bessere finanzielle Ausstattung der Kommune würde der Entwicklung einer bürgernäheren Gestaltung zukünftiger integrierter Handlungskonzepte dienen, da diese dann stärker von den Bürgerinnen und Bürgern des Stadtteils und weniger von den Vorgaben der Projektförderer gesteuert würden.

Ergänzt werden müssen die Maßnahmen der Städtebauförderung gerade auch in Stadtteilen wie Marxloh zudem durch eine noch weitergehende Förderung sozial-integrativer Maßnahmen, wie der Einrichtung von Beratungs-und Förderangeboten sowie auch medizinischer Behandlungsmöglichkeiten. Um aus gesundheitlicher Sicht gleiche Lebensverhältnisse zu schaffen, müsste beispielweise nicht nur die Einrichtung von Ambulanzen oder Praxen, sondern auch deren personelle Ausstattung in diesen Quartieren gefördert werden. Die laufenden Städtebauförderprogramme, die vor allem die Verbesserung der Infrastruktur finanzieren, greifen in diesen Stadteilen zu kurz und lassen die Kommunen mit unlösbaren gesundheitlichen und sozialen Problemen zurück.

Analog den Ko-Programmen des Bundes zur Sozialen Stadt, wie BIWAQ und JUSTIQ, und dem Armutsbekämpfungsprogramm EHAP könnte der Bereich „Gesundheit" durch ein spezielles Ko-Programm des Bundes aufgewertet werden. Eine weitaus größere Hilfe für Kommunen mit multiplen Problemlagen wäre allerdings ein integrierter, auf den Sozialraum bezogener Fördertopf zur Lösung der örtlichen Probleme – anstelle von sektoralen Einzelprogrammen, die gerade auch die personell stark begrenzten Nothaushaltskommunen wie Duisburg vor erhebliche bürokratische Herausforderungen stellen.

München: Gesundheit in der Sozialen Stadt
Die Landeshauptstadt München beteiligt sich seit 1999 am Städtebauförderprogramm Soziale Stadt und organisiert die Umsetzung in ausgewählten Quartieren. Die Strategie zur Entwicklung und Förderung der Gebiete ist verankert in der PERSPEKTIVE MÜNCHEN – Leitlinien und Leitprojekte (Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung 2017). Zur Umsetzung der Ziele und Maßnahmen wurde sowohl innerhalb der Verwaltung als auch in den Programmgebieten vor Ort folgende Organisationsstruktur aufgebaut:

> Die Projektsteuerung wird von der referatsübergreifenden Lenkungsgruppe mit einem ständigen Teilnehmerkreis (Sozialreferat, Referat für Arbeit und Wirt-

schaft, Referat für Gesundheit und Umwelt, Kulturreferat, Referat für Bildung und Sport, Baureferat und Referat für Stadtplanung und Bauordnung) übernommen.

> In den Quartieren sorgen Koordinierungsgruppen unter Beteiligung der Bezirksausschüsse, der Netzwerke der Akteure, der Bewohnerinnen und Bewohner und der Verwaltung in regelmäßigen Treffen für die örtliche Umsetzung des Programms.

Bei der Umsetzung des Programms Soziale Stadt konnte in München auf Erfahrungen mit der Stadtsanierung in Quartieren aufgebaut werden, die bereits von einer intensiven ressortübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Planungsreferat und Sozialreferat geprägt war. Dies gilt auch für den Bereich der Gesundheit. Konzepte und Maßnahmen, Gesundheit vor Ort in den Stadtteilen zu fördern, gibt es in München bereits seit den 1990er Jahren (u.a. Karhausen-Beermann/Sontheim 2006). Mit dem Städtebauförderprogramm Soziale Stadt und dem darin enthaltenen Auftrag einer engen Zusammenarbeit zwischen Verwaltung, Trägern der sozialen und gesundheitsförderlichen Einrichtungen sowie Bürgerinnen und Bürgerinnen hat die Münchner Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf jedoch neue wichtige Impulse erhalten.

Daneben lieferte die 2009 durch den Stadtrat für die Landeshauptstadt München verabschiedete Leitlinie Gesundheit (Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt 2010) den konzeptionellen Rahmen für eine integrierte Gesamtstrategie, die Gesundheit als Querschnittsaufgabe aller Verwaltungs- und Politikbereiche versteht. Übergeordnetes Themenfeld der Leitlinie ist die „Gesundheitliche Chancengleichheit". Weitere inhaltliche Themenfelder sind „Prävention und Gesundheitsförderung", „Gesundheitsförderliche Umwelt" und „Gesundheitliche Versorgung". Alle diese Themenfelder weisen enge inhaltliche Bezüge zu Themenfeldern und Zielgruppen der Sozialen Stadt auf.

Das Referat für Gesundheit und Umwelt engagiert sich aktiv in den Gremien der Sozialen Stadt: als Mitglied in der referatsübergreifenden Lenkungsgruppe sowie in den Koordinierungsgruppen und regelmäßigen Jours Fixes in den Quartieren vor Ort. Diese regelmäßige Zusammenarbeit ermöglicht ein vernetztes und integriertes Handeln der verschiedenen Akteurinnen und Akteure. Durch Fördermittel aus dem Programm Soziale Stadt können so Projekte zur Gesundheitsförderung ermöglicht werden, die sonst nicht realisierbar wären.

Das Projekt „Gesundheit in den Quartieren der Sozialen Stadt", in dem sich sowohl die konkreten Aktivitäten vor Ort als auch das integrierte Handeln wiederfinden, konnte als Leitprojekt in die Leitlinie Gesundheit integriert werden (Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt 2010: 38). Es hat zum Ziel, ergänzend zu den städtebaulichen Maßnahmen das Thema Gesundheit als Querschnittsaufgabe zu verankern und konkrete Projekte zur Gesundheitsförderung vor Ort umzusetzen. Das Leitprojekt bildet das konzeptionelle Dach für alle Maßnahmen, die in den Programmgebieten der Sozialen Stadt im Bereich Gesundheit durchgeführt werden. Das Thema Gesundheit soll so zu einem Bestandteil des integrierten und ressortübergreifenden Handlungsansatzes im Städtebauförderprogramm werden, mit dem Ziel, gesundheit-

liche Chancengleichheit für die Bewohnerinnen und Bewohner zu schaffen und die Schwerpunkte der Leitlinie in die Praxis umzusetzen. Der Partizipation der Bürgerinnen und Bürger sowie der Vernetzung und Kooperation aller Akteure vor Ort kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Beispiele für konkrete Projekte in Quartieren der Sozialen Stadt sind:

> *Gesunde Ernährung im Quartier*: Das Thema Ernährung, insbesondere an Schulen, bietet Ansatzpunkte für eine Gesundheitsförderung, die über die Familienstrukturen einen breiten Personenkreis erreichen kann und durch vermitteltes Wissen weit über die Projektzeit hinaus wirkt. Konkrete Maßnahmen waren bislang „Gesundes Frühstück" an Schulen, Kinderkochkurse, Mittagstische für Bewohnerinnen und Bewohner in Nachbarschaftstreffs, Schulung von Ehrenamtlichen, Informationsveranstaltungen sowie Fachgespräche (Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt 2012: 9).

> *Beratung im Wohnbereich*: Mit der „Beratung im Wohnbereich", die Themen wie Schimmelpilzbefall, Wohngifte, Folgen von Passivrauchen und Energiesparmöglichkeiten umfasste, wurde darauf reagiert, dass Bewohnerinnen und Bewohner in Sanierungsgebieten überdurchschnittlich hohen Belastungen in ihrem privaten Wohnbereich ausgesetzt sind. Dieses Teilprojekt konnte mit Mitteln des bayerischen Modellvorhabens „Kooperationen – Pilotprojekte für die Stadtgesellschaft" im Rahmen der Sozialen Stadt finanziert werden. Der Schwerpunkt lag in der wohnortnahen Aufklärung und Verbreitung von Informationen. Dafür wurden vorhandene Informationsmaterialien gebündelt und in relevante Sprachen übersetzt, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in sozialen Einrichtungen geschult und Informationsveranstaltungen durchgeführt (ebenda).

Neben dem Leitprojekt „Gesundheit in Quartieren der Sozialen Stadt" wirkt das Referat für Gesundheit und Umwelt bei der Auswahl neuer Gebiete der Sozialen Stadt in der referatsübergreifenden Lenkungsgruppe mit. So sind gemäß der Leitlinie Gesundheit für die Auswahl geeigneter Gebiete neben dem kleinräumigen Sozialmonitoring auch z.B. die Lärmbelastung, die Luftverschmutzung, die Versorgung mit Grünflächen u.a.m. von Bedeutung. Geleitet wird diese Auswahl nicht zuletzt durch das Ziel einer verbesserten Umweltgerechtigkeit, ausgehend von der Tatsache, dass es eine hohe Korrelation zwischen sozialer, gesundheitlicher und umweltbedingter Benachteiligung gibt.

Resümee

Die Integration des Themas Gesundheit in das Programm Soziale Stadt ermöglicht es – neben der Förderung kleinerer Maßnahmen im Bereich Gesundheit – die Verankerung des Themas als Querschnittsaufgabe der gesamten Verwaltung zu stärken und umfassende Verhältnisprävention im Wohnumfeld der Bürgerinnen und Bürger mit deren aktiver Beteiligung voranzubringen. Darunter fällt auch das wichtige Ziel, Chancengleichheit in den Bereichen Gesundheit und Umwelt (im Sinne von Umweltgerechtigkeit) zu erhöhen.

Wünschenswert wäre jedoch eine verbesserte finanzielle Ausstattung des Programms explizit für Maßnahmen in diesen Bereichen. Die bisher in München eingesetzten Mittel stammen zum großen Teil aus Fördermitteln des Referates für Gesundheit und Umwelt, so z. B. für den gemeinnützigen Verein Münchner Aktionswerkstatt Gesundheit (MAGs) als mobile Gesundheitsberatung vor Ort. Kleinere Projekte werden mit Mitteln des sog. Verfügungsfonds der Sozialen Stadt (bis 2.600 €) gefördert. Ein Teilprojekt konnte aus Mitteln des bayerischen Modellvorhabens „Kooperationen – Pilotprojekte für die Stadtgesellschaft" im Rahmen der Sozialen Stadt finanziert werden.

5 Fazit und Empfehlungen

Die Städtebauförderung mit ihren verschiedenen Teilprogrammen bietet vielfältige Potenziale zur Finanzierung von Maßnahmen gesundheitsfördernder Stadtentwicklung. Programmübergreifend sind Maßnahmen in den Bereichen Klimaschutz und Klimaanpassung, Bewegungs- und Mobilitätsförderung im Stadtquartier, zur Schaffung von Grün- und Freiräumen sowie zur Unterstützung partizipativer Prozesse förderfähig. Darüber hinaus weisen die Teilprogramme spezifische Potenziale auf:

> Soziale Stadt: Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebens- und Umweltbedingungen in sozial benachteiligten und damit vulnerablen Quartieren,

> Stadtumbau Ost und West: gesundheitsfördernde Aufwertung von Stadtumbauquartieren,

> Aktive Stadtteil- und Ortsteilzentren: gesundheitsfördernde Aufwertung von Zentren,

> Kleinere Städte und Gemeinden: Stärkung gesundheitsfördernder Daseinsvorsorge in schrumpfenden ländlichen Regionen.

Die Themenfelder Gesundheit und Umwelt sind jedoch bislang in der Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung explizit kaum oder gar nicht verankert. Eine explizite Benennung der Bereiche Gesundheit und Umwelt in der Verwaltungsvereinbarung bei den Zielen und/oder bei den möglichen Fördergegenständen des jeweiligen Programmes würde deutlich machen, dass ausdrücklich auch baulich-investive Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und der Umwelt (u.a. Verkehrsberuhigung, Einsatz von Flüsterasphalt, Schaffung neuer Rad- und Fußwege zur Förderung der Nahmobilität und der Bewegung) förderfähig sind. Dies könnte möglicherweise zu einer besseren Nutzung der Potenziale der Städtebauförderung für die Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebens- und Umweltbedingungen führen. Die in 2016 neu erfolgte Verankerung von Umweltgerechtigkeit in den Förderbestimmungen der Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung zum Programm Soziale Stadt ist ein Schritt in diese Richtung.

Zudem stellt der Einsatz der Städtebaufördermittel allein für investive Maßnahmen eine Restriktion mit Blick auf gesundheitsfördernde Stadtentwicklung dar. Für sozial-

integrative Maßnahmen zur gesundheitsfördernden Stadtentwicklung sind weitere Förderprogramme erforderlich. Insbesondere mit Blick auf das Programm Soziale Stadt erscheint es nötig, zur Finanzierung sozial-integrativer Maßnahmen in größerem Umfang als bisher komplementäre Bundes- und Landesprogramme auch anderer Ressorts – insbesondere der Bereiche, Gesundheit, Umwelt, Soziales, Jugend – aufzulegen oder aber die Soziale Stadt zu einem integrierten Programm weiterzuentwickeln, mit dem alle für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung erforderlichen Maßnahmen – egal ob baulich-investiv oder sozial-integrativ – aus einem Topf finanziert werden können.

Darüber hinaus sind sowohl auf den Ebenen von Bund und Ländern als auch in vielen Kommunen das Gesundheits- und das Umweltressort noch nicht oder zu wenig in die Umsetzung der Städtebauförderprogramme einbezogen. Für eine Stärkung der Bereiche Gesundheit und Umwelt in der Programmumsetzung scheint eine intensivere Zusammenarbeit der Programmverantwortlichen mit dem Gesundheits- und mit dem Umweltressort erforderlich. Erfolg versprechend wäre hier z. B. die Einrichtung einer interministeriellen Arbeitsgruppe auf Bundes- und auf Länderebene bzw. – wie unter anderen die Erfahrungen aus der Stadt München zeigen – einer ämterübergreifenden Arbeitsgruppe auf kommunaler Ebene (ARL 2014: 9 f.).

Für eine solche ressortübergreifende Zusammenarbeit wäre es hilfreich, wenn das Gesundheits- und das Umweltressort sich stärker als bisher gebietsbezogen bzw. sozialräumlich aufstellen. Im Umweltschutz sind sozialräumliche Ansätze nicht rechtlich verankert und auch in der Praxis bislang nicht zu finden. Im Gesundheitsbereich wird dagegen bereits häufig in den Lebenswelten der Zielgruppen (Kinder, ältere Menschen, Suchtkranke u. a.) angesetzt. Diese werden als Settings bezeichnet und können beispielsweise die Schule, der Betrieb aber auch das Wohnumfeld/der Stadtteil sein. Das Setting Wohnumfeld/Stadtteil steht dem gebietsbezogenen/sozialräumlichen Ansatz der Städtebauförderung am nächsten und betont die Rolle der Verhältnisprävention, die Faktoren in der sozialen und gebauten Umwelt als zentrale Determinanten von Gesundheit versteht und daher an diesen, und nicht allein am Verhalten von Zielgruppen, ansetzt (ARL 2014: 14).

Auch wenn die Mittel für die Städtebauförderung seit dem Förderjahr 2014 deutlich von 455 Millionen Euro im Jahr 2013 auf 650 Millionen Euro jährlich (Stand 2015) aufgestockt wurden, liegt ein wesentliches Defizit der Städtebauförderung generell und mit Blick auf eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung in der Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Fördermittel. Um den Erfolg einer nachhaltigen und gesundheitsfördernden Städtebaupolitik sicherzustellen, bedarf es vor allem einer ausreichenden und dauerhaften finanziellen Ausstattung der Städtebauförderprogramme.

Selbst eine verbesserte finanzielle Ausstattung der Förderprogramme kommt jedoch nicht unbedingt bei allen Städten an. Insbesondere Kommunen unter Haushaltssicherung sind bei der Übernahme des kommunalen Eigenanteils sehr enge Grenzen gesetzt. Die Programme der Städtebauförderung schreiben zwar in den meisten Fällen keinen festen kommunalen Eigenanteil vor, sondern definieren in der Regel Mindestanteile. Zudem kann das Land im Wege der Einzelfallentscheidung bei Kommunen in Haushaltsnotlage zulassen, dass Mittel, die von Dritten aufgebracht werden, als kom-

munale Eigenmittel gewertet werden. In der Regel müssen gleichwohl mindestens zehn Prozent der förderfähigen Kosten von der Kommune selbst aufgebracht werden (BMVBS 2011). Für Kommunen mit prekärer Haushaltssituation könnte die Anrechnung von Personal- oder Sachleistungen ein Weg sein, die Leistungsfähigkeit dieser Kommunen zu berücksichtigen und auch ihnen die Teilnahme an den Programmen der Städtebauförderung zu ermöglichen.

Ein weiteres Problem besteht – gerade auch für Kommunen unter Haushaltsicherung – darin, dass häufig weder der Planungs- noch der Gesundheits- und Umweltbereich über eine ausreichende personelle Ausstattung verfügen, um die erheblichen Anforderungen bei der Erstellung von Projekt- und Förderanträgen ausreichend zu bearbeiten. Eine Vereinfachung der Antragstellungsverfahren wäre daher wünschenswert.

Unabhängig von den dargestellten Restriktionen sollten sowohl Stadtplanerinnen und Stadtplaner als auch Akteure des Gesundheits-, aber auch des Umweltbereichs die Potenziale der Städtebauförderung zur Finanzierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zukünftig stärker in den Blick nehmen und sie explizit für eine gesundheitsfördernde Städtebaupolitik nutzbar machen. Dies wird besonders dann gelingen, wenn die kommunalen Verwaltungsbereiche Planung, Gesundheit und Umwelt gemeinsam und integriert für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung handeln.

Autoren

Christa Böhme (**1960*), *Landschaftsplanerin; seit 1991 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin im Deutschen Institut für Urbanistik, Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales. Arbeitsschwerpunkte: Integrierte und gesundheitsfördernde Stadt(teil)entwicklung, Umweltgerechtigkeit, Freiraumplanung. Mitglied der Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung (AGGSE), des beratenden AK des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit und des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL.*

Gabriele Spies (**1954*), *Diplompsychologin; seit 1996 bei der Landeshauptstadt München, Leiterin des Sachgebiets „Gesundheits- und Umweltberichterstattung, Nachhaltige Entwicklung" im Referat für Gesundheit und Umwelt. Arbeitsschwerpunkte: Integrierte Gesundheits- und Umweltberichterstattung, Umweltgerechtigkeit, gesundheitsförderliche Umwelt. Aktive Mitarbeit bei der Erstellung der Leitlinie Gesundheit und der Überarbeitung/Weiterentwicklung der PERSPEKTIVE München. Mitglied des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL.*

Dr. med. Dieter Weber (**1955*), *Internist und Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde; seit 2014 Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Duisburg; zuvor seit 1988 beim Gesundheitsamt der Stadt Mülheim an der Ruhr tätig, zunächst als Leiter der Abteilung Umweltmedizin und Infektionsschutz und ab 2003 als stellvertretender Amtsleiter. Mitglied des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL.*

Literatur

ARL – Akademie für Raumordnung und Landesplanung (Hrsg.) (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt: Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Hannover. = Positionspapier aus der ARL 97.
http://shop.arl-net.de/media/direct/pdf/pospaper_97.pdf (29.12.2015).
BMUB – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hrsg.) (2015): Städtebauförderung 2015. Anwenderhinweise zu den Förderprogrammen. Frankfurt/Main.
BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2011): 40 Jahre Städtebauförderung. Berlin.
Bunge, C. (2012): Potenziale für mehr Umweltgerechtigkeit – Handlungsfelder und Instrumente einer integrierten Strategie. In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit – Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektive. Bern, 175-189.
EG DU – Entwicklungsgesellschaft Duisburg mbH (o.J.): Duisburg-Marxloh. Aktuelles aus dem Stadtteil.
https://www2.duisburg.de/micro/eg-du/stadtteile/egdu_marxloh_news.php (02.10.2017).
EG DU – Entwicklungsgesellschaft Duisburg mbH (2015): Integriertes Handlungskonzept Duisburg-Marxloh. Duisburg.
https://www.duisburg.de/micro/eg-du/marxloh_medien/IHK_Marxloh_komplett_mit_Gliederung_Anlagen_EG_DU_11_2015.pdf (03.02.2016).
Franke, T.; Nelle, A.B.; Böhme, C.; Strauss, W.-C. (2013): Soziale Stadt und Stadtumbau. In: Kummer, K.; Frankenberger, J.; Kötter, T. (Hrsg.): Das deutsche Vermessungs- und Geoinformationswesen 2014. Berlin und Offenbach, 191-238.
Graf, N. (2015): Das Programm Soziale Stadt – alte und neue Herausforderungen. In: Nachrichten der ARL 45 (4), 6-10.
Karhausen-Beermann, R.-R.; Sontheim A. (2006): Förderschwerpunkt Lokale Aktivitäten im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (APUG). Projekt „Förderung gesunder Wohnbedingungen und eines gesunden Wohnumfeldes für Kinder und Jugendliche in München-Südost. Abschlussbericht. Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.
http://www.apug.de/archiv/pdf/Abschlussbericht_Muenchen_APUG.pdf (02.10.2017).
Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (2012): Perspektive München. Leitlinie Gesundheit. Bericht über den Stand der Leitprojekte. Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 19.04.2012.
https://www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/2622996.pdf (02.10.2017).
Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.) (2010): Rundum gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern.
Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung: Das Stadtentwicklungskonzept „Perspektive München".
http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/Stadtentwicklung/Perspektive-Muenchen.html (02.10.2017).
Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung: Soziale Stadt München.
http://www.sozialestadt-muenchen.de (01.02.2016).
Stadt Duisburg, Amt für Stadtentwicklung und Projektmanagement; EG DU Entwicklungsgesellschaft mbH (Hrsg.) (2017): Soziale Stadt NRW – Duisburg-Marxloh. Managementfassung des Integrierten Handlungskonzepts.
https://www2.duisburg.de/micro/eg-du/medienneu/3001_IHK_DU-Marxloh_Managementfassung_2017.pdf (02.10.2017).
Stadt Duisburg (o.J.): Projekt Grüngürtel.
http://www.duisburg.de/micro/ggn/index.php (03.02.2016).
Stadt- und Regionalplanung Dr. Jansen GmbH (2011): Städtebauliches Entwicklungskonzept für Duisburg-Marxloh mit dem Fokus auf Wohnen und Wohnumfeld. Köln.
https://www.duisburg.de/micro/ggn/medien/013_SEK_Marxloh_2009.pdf (03.02.2016).
Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2015 über die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach Artikel 104b des Grundgesetzes zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen (VV-Städtebauförderung 2015) vom 18.12.2014/18.04.2015.
http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/staedtebaufoerd/A3_VVStaedtebaufoerderung2015_Liste.pdf (10.12.2015).
Wallraff, M.; Zimmer-Hegmann, R. (2016): Evaluation und Selbstevaluation der „Sozialen Stadt". Stand und Perspektive. In: Informationen zur Raumentwicklung 21 (1), 29-39.

Eva Göttlein

GESUND & FIT IM STADTTEIL – KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN FÜRTH

Die Stadt Fürth ist eine kreisfreie Großstadt mit 125.054 Einwohnerinnen und Einwohnern. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund liegt bei 37,2%, die Arbeitslosenquote bei 5,3%, der Anteil der Bedarfsgemeinschaften (SGB II) mit Kindern bei 13,3%[1].

Im Jahr 2006 trat das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) mit der Anfrage an die Stadt Fürth heran, ob das Forschungsprojekt „Mehr als gewohnt – Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung" im Rahmen von „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen" des BMBF umgesetzt werden könnte (Reimann/Böhme/Bär 2010). Die Stadt Fürth war zu dieser Zeit mit dem Stadtteil Innenstadt bereits im Städtebauförderprogramm „Soziale Stadt". Daraufhin wurde das integrierte Handlungskonzept um das Handlungsfeld Gesundheitsförderung/Prävention erweitert. 2008 wurde die Koordinierungsstelle Gesundheit gegründet. Zur fachlichen Begleitung und Beratung wurde eine städtische Steuerungsgruppe ins Leben gerufen, bestehend aus Jugendamt, Sportservice, Landratsamt/Gesundheitsamt, Jugendärztlichem Dienst, Stadtplanungsamt, Sozialreferat, Umweltamt und Integrationsbeauftragter. Die Handlungsfelder Ernährung, Bewegung und Entspannung sowie die Zielgruppen „Kinder – Jugendliche – junge Erwachsene" wurden festgelegt. Aus dem Arbeitstitel „Mehr als gewohnt…" wurde „gesund & fit im Stadtteil" (Baureferat der Stadt Fürth 2015: 42).

Das Projekt durchlief mehrere Förderphasen und Finanzierungen unter Beteiligung von Krankenkassen (TK und BKK), „Sozialer Stadt", Experimentellem Wohnungs- und Städtebau (ExWoSt) und aktuell bis 2019 „Gesundheitsregion plus" des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. Über ExWoSt konnte das Projekt nach einer Bedarfsanalyse von der Innenstadt auf vier weitere Stadtteile ausgedehnt werden (Transfer).

Die Koordinierungsstelle Gesundheit arbeitet settingbezogen und basisorientiert. Methodisch wurden in allen Stadtteilen Arbeitskreise ins Leben gerufen und stadtteilübergreifende Netzwerktreffen organisiert. Somit wurden die Stadtteile als Ganzes aktiviert, die Kooperationen untereinander und Verknüpfungen mit weiteren Institutionen nachhaltig angelegt. Die Themen Gesundheitsförderung und Prävention wurden in den Stadtteilen implementiert. Vorhandene Strukturen und Angebote wurden miteinbezogen, gute Ideen und Praxisbeispiele weitergegeben, übernommen und weiterentwickelt. Die Stadtteile erfuhren am Beispiel von Gesundheitsförderung eine einrichtungsübergreifende Vernetzung und nachhaltige Akzeptanz.

1 Alle Zahlen auf der Basis innergebietlicher Strukturdaten des Amts für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2014.

Über einen Verfügungsfonds der Techniker Krankenkasse (TK) konnten basisorientierte Projekte in den Einrichtungen der Stadtteile durchgeführt werden. Die Koordinierungsstelle hat sowohl die Projekte beraten und begleitet als auch die Öffentlichkeitsarbeit geleistet. Durch die Individualität der Projekte und passgenaue Abstimmung auf die Bedürfnisse der Einrichtungen waren alle Projekte sehr erfolgreich, die Zielgruppen wurden problemlos erreicht und die Kinder und Jugendlichen waren mit Begeisterung dabei. Seit 2008 wurden insgesamt über 100 Mikroprojekte mit Mitteln des Verfügungsfonds und aus anderen Förderungen durchgeführt. Derzeit gibt es Vorbereitungen für eine Evaluierung des Verfügungsfonds und der Zusammenarbeit von Kommune und Krankenkasse durch das Difu in Kooperation mit der TK und der Stadt Fürth.

Durch die Mittel von ExWoSt konnten fünf investive Maßnahmen in den verschiedenen Stadtteilen umgesetzt werden: Flutlichtanlage für die „Jedermann-Sportplätze“ (Innenstadt), Multifunktionsfeld mit Basketballkörben und Fußballtoren (Südstadt), Boulder-Anlage auf einem Spielplatz (Eigenes Heim), Anschaffung einer mobilen Skater-Anlage und einer mobilen Streetsoccer-Anlage zur Ausleihe für alle Fürther Einrichtungen.

Außerdem wurden seit 2014 21 Gärten in Form von Hochbeeten und Urban-Gardening-Projekten in verschiedenen Einrichtungen angelegt, weitere sind in Planung. In allen Einrichtungen wurden Garten-AGs gegründet, die Schüler/-innen und Kinder sind sowohl am Bau als auch beim Bepflanzen, bei der Pflege, bei der Ernte und beim Verspeisen partizipativ beteiligt.

Fazit: Eine „Koordinierungsstelle Gesundheit“ ist für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zwingend notwendig und sollte dauerhaft in der Kommune eingerichtet werden. Die Aufgaben umfassen Netzwerkarbeit, Schaffung von Kooperationen, Öffentlichkeitsarbeit, Einbindung von Akteuren, Akquise von Mitteln, Umsetzung von Mikroprojekten und strukturellen Maßnahmen sowie Leitung der kommunalen Steuerungsgruppe.

Autorin

Eva Göttlein (**1964*), *Inhaberin der Projektagentur Göttlein in Fürth. Leiterin der Koordinierungsstelle Gesundheit in Fürth, der Koordinierungsstelle Gesundheit in St. Leonhard, Nürnberg, Quartiersmanagerin für das Soziale-Stadt-Gebiet Schwabach-Altstadt und das Soziale-Stadt-Gebiet Fürth-Innenstadt, Leitung der „Gesundheitsregion plus“ Fürth, Mitglied der „Arbeitsgruppe gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung“ (AGGSE), Mitglied der partnet-Gruppe. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsförderung und Prävention, Soziales und Kultur.*

Literatur

Baureferat der Stadt Fürth (Hrsg.) (2015): Soziale Stadt – Innenstadt Fürth. Bund-Länder-Programm, Projektbeispiele von A–Z. Fürth.
Reimann, B.; Böhme, C.; Bär, G. (2010): Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin. = Difu-Berichte 1.

Horst Rauland, Christa Böhme, Heike Köckler

DAS PRÄVENTIONSGESETZ UND SEINE POTENZIALE FÜR EINE GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTENTWICKLUNG

Gliederung

1 Einleitung
2 Das Präventionsgesetz im Überblick
3 Förderung von Maßnahmen nach dem Präventionsgesetz im Handlungsfeld Stadtplanung
4 Praxisbeispiele mit Modellcharakter
5 Fazit
Literatur

Kurzfassung
Mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention) als Teil des Fünften Sozialgesetzbuches im Jahre 2015 hat der Bundestag die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten unterstrichen. Beide sollen dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Hieraus ergeben sich auf Basis des Leistungskatalogs des Leitfadens Prävention des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen eine Reihe von Anknüpfungspunkten für Stadtplanung und Stadtentwicklung in den Bereichen Bedarfsermittlung und Zielentwicklung, Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen, Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen, Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung sowie Öffentlichkeitsarbeit und Förderung von Vernetzungsprozessen. Bereits vor dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes haben sich vereinzelt Krankenkassen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung finanziell engagiert. Dieses Engagement kann konkrete Vorbilder für die Umsetzung des Präventionsgesetzes im Setting Kommune liefern.

Schlüsselwörter
Prävention – Präventionsgesetz – Krankenkassen – Stadtplanung – Praxisbeispiele

The Prevention Act and its potential for health-promotion in urban regions

Abstract
By passing the Prevention Act in 2015 the German Bundestag underlined the importance of prevention and health promotion in various settings. Both are to be implemented where people live, learn and work. Based on a guideline on prevention by the statutory health insurance organisations several starting points for urban planning and development can be identified: needs assessment, development of goals, advice on environmental health prevention, development of multipliers, planning and imple-

mentation of measures for environmental health promotion, documentation, evaluation, public relations and support of network activities. Even before the Prevention Act was passed a few health insurance organisations provided financial support for health-promoting urban development. These activities could function as examples for the implementation of the Prevention Act in the settings of municipalities and neighbourhoods.

Keywords
Prevention – Prevention Act – health insurance organisations – urban planning – examples from practice

1 Einleitung

Das Präventionsgesetz ist nach einer über 20 Jahre dauernden Debatte als Teil des Sozialgesetzbuches im Juli 2015 im Bundesgesetzblatt publiziert worden (BGBl. 2015 I: 1368). Es soll sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen stärken. Damit spricht das Gesetz zwei Handlungsansätze an, die trotz unterschiedlichen theoretischen Ursprungs und unterschiedlicher Handlungslogiken als sich ergänzend und voneinander profitierend zu verstehen sind (siehe ausführlich zu Prävention und Gesundheitsförderung Beitrag von Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band).

Im Präventionsgesetz finden die Kommunen als Setting, also Lebenswelt, Berücksichtigung, was für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ein neuer Ansatzpunkt ist. Somit gibt es nicht nur einen gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung in Kommunen, sondern auch eine Finanzierungsmöglichkeit, da das Gesetz die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, einen Teil ihrer Mitgliedsbeiträge für Prävention in verschiedenen Settings, und eben auch in der Kommune und dem Wohnumfeld, auszugeben.

Ziel dieses Beitrags ist es, das Potenzial dieses Gesetzes für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung herauszuarbeiten. Da es zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Beitrags noch keine Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes gibt, handelt es sich bei den hier skizzierten Gedanken und Ideen um eher theoretische Überlegungen.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick zum Präventionsgesetz und zu ersten Schritten seiner Umsetzung auf Bundes- und Landesebene gegeben. Anschließend werden bisher erkennbare Möglichkeiten einer Finanzierung im Handlungsfeld der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung skizziert. Auch vor der Verabschiedung des Präventionsgesetzes gab es bereits erste modellhafte Aktivitäten von Krankenkassen in der Praxis, von denen ebenfalls berichtet wird, bevor im letzten Abschnitt ein Fazit gezogen wird.

2 Das Präventionsgesetz im Überblick

Historie

Bis Ende der 1970er Jahre dominierten paternalistische Präventionskonzepte in der deutschen Gesundheitsförderung. Mit der Gründung des „Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung" (heute Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.) im Jahr 1954 sowie der Einrichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 1967 wurden in den alten Bundesländern mit Unterstützung seitens der Politik Institutionen geschaffen, die sich vor allem um die Gesundheitserziehung des Einzelnen bemühten (Verhaltensprävention). Demgegenüber wurde die Gesundheitspolitik in der ehemaligen DDR staatlich-zentralistisch gestaltet und die staatliche Verantwortung für eine allgemeine Prophylaxe betont. Gesundheitsförderung und -vorsorge begriff man in der ehemaligen DDR als allgemeine sozialpolitische Aufgabe und führte beispielsweise Massenimpfungen und Reihenuntersuchungen in Schulen und Betrieben ein. Die sozialhygienische Orientierung im Gesundheitswesen schlug sich auch in der Gründung verschiedener Institute nieder. So entstand beispielsweise im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden im Jahr 1967 das Institut für Gesundheitserziehung. In beiden deutschen Staaten dominierten bis zum Ende der 1970er Jahre eher bevormundende Erziehungskonzepte, die den Einfluss der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse auf die Gesundheit nicht betrachteten (RKI 2006: 125-127).

Ab Anfang der 1980er Jahre rückten sowohl in der Wissenschaft als auch in der Gesundheitspolitik zunehmend die gesellschaftliche Determiniertheit (soziale Verhältnisse) von Gesundheit und Krankheit sowie umwelthygienische Aspekte in den Blick. Damit gewann die Verhältnisprävention an Bedeutung. Die sogenannte Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation stärkte die Idee der Verhältnisprävention auf internationaler Ebene. Mit der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) wurde das erste umfassende deutsche Projekt zur gemeindebezogenen kardiologischen Präventionsforschung initiiert. Daneben gab es zahlreiche Forschungsarbeiten zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie diverse Krankenkassenprojekte, beispielsweise die BKK-Studie „Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen" (Georg/Stuppardt/Zoike 1981/1982). Im Jahr 1989 wurden durch Einführung des §20 in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) die Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung auch gesetzlich verankert.

Dabei erhielten die gesetzlichen Krankenkassen einen allgemeinen Präventionsauftrag, der im Jahr 1996 im Zuge der sogenannten „Bauchtanzdiskussion" wieder gestrichen wurde. Teilweise hatten die Gesundheitsangebote den Charakter von Marketingmaßnahmen angenommen und entsprachen nur rudimentär Qualitätssicherungsaspekten. Dies führte im sog. Beitragsentlastungsgesetz von 1996 dazu, dass der §20 wieder enger gefasst wurde. Er beschränkte die Pflichtleistungen der Krankenkassen auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, auf Schutzimpfungen und krankheitsbezogene Selbsthilfeunterstützung. Damit wurde die weitere Entwicklung der primären Prävention im Gesundheitswesen unterbrochen. Mit der Neufassung des §20 SGB V im Jahr 2000 haben die Krankenkassen jedoch wieder einen erweiterten Handlungsspielraum in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten.

Aktuelle Entwicklung: Das Präventionsgesetz

Der Deutsche Bundestag hat am 18.06.2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) als Artikelgesetz verabschiedet. Die Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach führte dazu aus: „Mit dem Präventionsgesetz stärken wir die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld – in der Kita, der Schule, am Arbeitsplatz und im Pflegeheim. Außerdem werden die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiterentwickelt, und der Impfschutz wird verbessert. Ziel ist, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen“ (BMG 2016: 1).

Das Präventionsgesetz soll die Grundlagen für eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung schaffen – für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen. Prävention und Gesundheitsförderung sollen dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Zudem sollen die Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Der Gesetzentwurf setzt auf die zielgerichtete Zusammenarbeit verschiedener Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung: Neben der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch das Gesetz als weitere Sozialversicherungsträger die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung in Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden. So erhält die soziale Pflegeversicherung einen neuen Präventionsauftrag, um künftig auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreichen zu können. Die privaten Krankenkassen werden mit dem Präventionsgesetz allerdings nicht adressiert.

Die Krankenkassen sollen künftig jährlich mindestens rund 490 Millionen Euro in Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Dazu soll der Ausgabenrichtwert entsprechend §20 Abs. 6 SGB V von derzeit 3,17 Euro auf 7 Euro je Versicherten und Jahr angehoben werden. Hiervon sind mindestens 2 Euro für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu verausgaben.

Die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe wird durch das Präventionsgesetz um rund 30 Millionen Euro erhöht. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stellen die Krankenkassen nach §20h Abs. 3 SGB V ab dem Jahr 2016 je Versicherten 1,05 Euro zur Verfügung. Damit wird unterstrichen, dass sich Patienten/Betroffene aktiv im Sinne von Selbstbestimmung/Selbstverantwortung für ihre Belange einsetzen können (Empowerment).

In einer Nationalen Präventionskonferenz (§20e SGB V) sollen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele festlegen und sich auf ein gemeinsames Vorgehen verständigen, wobei Länder und Kommunen allerdings nicht stimmberechtigt sind. Die hierfür zu entwickelnde nationale Präventionsstrate-

gie soll sich auf die konkrete Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung insbesondere in den Kommunen, in Kitas, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen beziehen.

Bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen
Die nationale Präventionsstrategie (§20d SGB V) umfasst insbesondere die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Rahmenempfehlungen sollen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Sie sollen die Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen verbessern.

Inhalt der Rahmenempfehlungen sind insbesondere Festlegungen zu gemeinsamen Zielen, vorrangigen Handlungsfeldern und Zielgruppen der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen. Bei dieser Festlegung werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt.

Beschlossen werden die Rahmenempfehlungen von der Nationalen Präventionskonferenz, der neben den Sozialversicherungsträgern u.a. folgende Institutionen angehören:

> die Bundesagentur für Arbeit,

> die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene,

> die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie

> die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden.

Die im Februar 2016 verabschiedeten ersten Bundesrahmenempfehlungen (Nationale Präventionskonferenz 2016) gliedern sich in drei am Lebenslauf orientierte Ziele, denen sich die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung widmen: „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“. Die gewählte Systematik gewährleistet, dass grundsätzlich jede Person mit den lebensweltbezogenen Angeboten der Sozialversicherungsträger in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Sicherheit und Teilhabe erreicht werden kann.

Im Kapitel 2 (Grundsätze) der Rahmenempfehlungen heißt es: „Die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen sind von erheblicher gesundheitlicher Bedeutung. Sie werden maßgeblich in den Lebenswelten der Menschen gestaltet. Lebenswelten sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, des Arbeitens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports. Dazu zählen insbesondere:

> Kommunen

> Kindertagesstätten

> Sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung

> Allgemeinbildende und berufsbildende Schulen

> Hochschulen

> Betriebe

> Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

> Einrichtungen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung“

(Nationale Präventionskonferenz 2016: 5 f.).

Weiter wird explizit herausgestellt:

„Die Kommune (auch Stadtteil/Quartier) ist eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. In der Lebenswelt Kommune werden auch Zielgruppen erreicht, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können (z. B. allein lebende Ältere, Arbeitslose, Selbständige, Freiberufler, Hausfrauen/-männer, Erwerbsgeminderte). Darüber hinaus besitzen Kommunen – zusätzlich zu und auch unabhängig von ihrer Trägerverantwortung für einzelne weitere Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen – politische Gestaltungskompetenz für ihr Gebiet“ (Nationale Präventionskonferenz 2016: 6).

Landesrahmenvereinbarungen
Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen (u. a. Gesundheitsministerium, Landesbehörde Arbeitsschutz) auf Basis der bundesweiten Rahmenempfehlungen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene (§20f SGB V).

Darin werden insbesondere Festlegungen getroffen über

> gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,

> die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,

> die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,

> Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger,

> die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe und

> die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

Bis Dezember 2016 hatten folgende Länder eine entsprechende Landesrahmenvereinbarung beschlossen: Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen. Im Wesentlichen orientieren sich diese Landesrahmenvereinbarungen an den Vorgaben der Bundesrahmenempfehlungen.

3 Förderung von Maßnahmen nach dem Präventionsgesetz im Handlungsfeld Stadtplanung

Das Setting Kommune wurde zwischen den Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden in den letzten Jahren bereits mehrfach thematisiert und hat sich beispielsweise im Jahr 2013 in der gemeinsamen „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune“ niedergeschlagen. Auch im „Leitfaden Prävention“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen ist bereits seit vielen Jahren dem Setting Kommune ein eigenes Kapitel gewidmet.

Im Leitfaden Prävention wird betont, dass die übergreifenden Kriterien für die Durchführung von Maßnahmen in Settings auch für das Setting Kommune gelten. Es wird jedoch besonders hervorgehoben, dass Gesundheit(sförderung) bereits in den kommunalen Zielkatalog aufgenommen sein muss (GKV-Spitzenverband 2014: 28). Dies kann beispielsweise durch einen Ratsbeschluss im Rahmen der Mitgliedschaft einer Stadt im Gesunde Städte-Netzwerk gewährleistet sein. Die Krankenkassen verstehen sich also nicht als Initiatoren einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung, sondern unterstützen bestehende Prozesse. Ferner wird im Leitfaden Prävention deutlich gemacht, dass sich Krankenkassen bei Projekten nur dann einbringen, wenn die Partner ihren jeweiligen inhaltlichen und finanziellen Teil erfüllen (ebd.). Kommunale Pflichtaufgaben können von Krankenkassen generell nicht übernommen werden.

Der GKV-Spitzenverband sieht vor allem im Setting Kommune die Möglichkeit solche Gruppen zu erreichen, die über die Settings Kita, Schule und Betriebe nicht erreicht werden. Hierzu zählen insbesondere Arbeitslose, sozial isolierte, alte Menschen und auch Alleinerziehende (siehe ausführlich im Leitfaden Prävention Kapitel 4.5.4 „Besondere Zielgruppen im Setting Kommune“). Weitergehende Ansätze setzen an einer Veränderung der Gesundheitsdeterminanten im Setting Kommune an und verfolgen somit das Ziel der Kommune als gesundheitsförderndes Setting und nicht – allein – der Gesundheitsförderung im Setting Kommune.

Der übergreifende Leistungskatalog zur Prävention in Settings des Leitfadens Prävention, der demnach auch für das Setting Kommune gilt, umfasst die folgenden Aufgaben:

> „Bedarfsermittlung und Zielentwicklung

> Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen

> Fortbildung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung

> Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen

> Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung

> Öffentlichkeitsarbeit

> Förderung von Vernetzungsprozessen“ (GKV-Spitzenverband 2014: 25)

Da es bislang keinerlei Erfahrungswerte für eine Förderung im Handlungsfeld Stadtplanung nach dem Präventionsgesetz gibt, werden im Folgenden als Anregung für die aktuelle Diskussion mögliche Beispiele von Maßnahmen/Projekten, die einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung dienen und nach unserer Einschätzung von Krankenkassen gefördert werden könnten bzw. sollten, exemplarisch skizziert.

Bedarfsermittlung und Zielentwicklung
In einem Wohnquartier mit einem hohen Anteil an älteren Menschen könnte, finanziert durch eine Krankenkasse, eine Analyse von Barrieren (Bordsteinkanten, Hauseingänge, Anbindung an den ÖPNV, ...) sowie von Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner durchgeführt und die Entwicklung konkreter räumlicher Ziele veranlasst werden. Diese Ziele könnten adressatenspezifisch aufbereitet werden. So könnten das Tiefbauamt als Adressat für bauliche Maßnahmen im öffentlichen Straßenraum, eine Wohnungsbaugesellschaft als Eigentümerin von Immobilien sowie die Verkehrsbetriebe gezielt angesprochen werden. Sollte das entsprechende Quartier per politischen Beschluss als Handlungsraum für altengerechtes barrierearmes Wohnen identifiziert worden sein, würde dies eine Förderung einer Bedarfsanalyse und Zielentwicklung durch eine gesetzliche Krankenkasse unterstützen.

Im Bereich einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung gibt es verschiedene Möglichkeiten, Bedarfe und Ziele zu ermitteln. Verschiedene Möglichkeiten für Bestandsanalysen wurden exemplarisch in fiktionalen Fachplänen Gesundheit erarbeitet (zum Fachplan Gesundheit siehe Beitrag von Baumgart/Dilger in diesem Band).

Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen
Eine Vielzahl von räumlichen Planungen könnte durch konkrete gesundheitsbezogene Inhalte stärker auf Gesundheitsförderung ausgerichtet werden. So ist es beispielsweise bei der Überplanung eines zentralen Stadt-/Quartiersplatzes vorstellbar, Belange sozial isolierter Menschen einzubringen. Diese Bevölkerungsgruppe bringt sich auf-

grund ihrer isolierten Lebensweise in der Regel nicht selbst in die Planung ein. Unterstützt durch die Krankenkassen – über verschiedene Beteiligungsformen (Anwaltsplanung oder Ähnliches) – könnten die Belange dieser spezifischen Zielgruppe beratend in einen Planungsprozess einfließen.

Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung
Möglichkeiten einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung werden in Verfahren der formellen und informellen räumlichen Planung nicht immer routinemäßig betrachtet. Dies ist sowohl in einer begrenzten Berücksichtigung gesundheitlicher Belange vonseiten der Planerinnen und Planer als auch in mangelnden Beiträgen von Akteuren des Gesundheitswesens in Planungsverfahren begründet. Hier könnten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadtverwaltung spezifisch für dieses Handlungsfeld als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult werden. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind aber nicht nur in der Verwaltung, sondern auch in privaten Planungsbüros und unterschiedlichen Trägern des Gesundheitswesens zu sehen. Eine Zusammenarbeit mit den entsprechenden Berufsverbänden und den Krankenkassen ist hier zielführend.

Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen
Verhaltenspräventive Maßnahmen sind weniger in der Gestaltung als vielmehr in der Nutzung von Räumen anzusiedeln. Die Qualität eines Raumes (Platz, Park, Schulhof) ergibt sich erst aus dem Zusammenspiel von Gestaltung und Nutzung. Wenn verhaltenspräventive Maßnahmen zu einer aktiven Nutzung des öffentlichen Raums führen (z.B. Angebote wie Qigong, Boule, Parcours, Nordic Walking in öffentlichen Parkanlagen), ist dies eine Möglichkeit der Gesundheitsförderung, die von Krankenkassen im Sinne des Präventionsgesetzes unterstützt werden kann.

Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung
Wenn Maßnahmen und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung entwickelt, geplant und implementiert werden, ist eine Dokumentation und Evaluation im Sinne einer Qualitätssicherung für die verschiedensten Bereiche und auch für den Bereich der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung anwendbar.

Öffentlichkeitsarbeit
Der Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ist in verschiedenen Bereichen der räumlichen Planung relevant und erstreckt sich über die Teilhabe an Entscheidungsprozessen (vgl. Beitrag Köckler/Quilling zu Partizipation in diesem Band) bis zu Informationen zur Nutzung von Angeboten. Eine über die Pflichtaufgaben hinausgehende Öffentlichkeitsarbeit, die insbesondere gesundheitliche Aspekte von Stadtplanung thematisiert, kann die gesundheitsfördernden Möglichkeiten, die viele Stadträume bieten, einer breiteren Öffentlichkeit bekannt machen (z.B. Broschüre zu Stadtteilspaziergängen).

Förderung von Vernetzungsprozessen
Die Krankenkassen könnten unterschiedliche kommunale Vernetzungsprozesse stärken und deren Verstetigung unterstützen. Dies reicht von dauerhaft eingerichteten Strukturen wie der kommunalen Gesundheitskonferenz (Parallelstrukturen gilt es zu vermeiden) bis hin zu Strukturen, die im Rahmen von Förderprogrammen von EU,

Bund und Ländern entstanden sind und deren Erhalt auch über die staatliche Förderung hinaus begrüßenswert ist. So entstehen im Rahmen des Programms „Soziale Stadt" häufig Vernetzungsstrukturen in den Quartieren, deren Fortbestand beispielsweise über die Einrichtung eines Verfügungsfonds, wie er im folgenden Kapitel beschrieben wird, gestärkt werden kann.

4 Praxisbeispiele mit Modellcharakter

Bereits vor dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes haben sich vereinzelt Krankenkassen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung finanziell engagiert. Dieses Engagement kann nun Modellcharakter für die Umsetzung des Präventionsgesetzes im Setting Kommune haben. Gleichzeitig kann das Präventionsgesetz dazu beitragen, diese Ansätze zu verstetigen und in die Breite zu tragen. Einige solcher beispielhaften Praxiserfahrungen werden daher im Folgenden dargestellt.

Gesundheitsteam vor Ort
Das Setting-Projekt „Gesundheitsteam vor Ort" wurde im Rahmen der Familien unterstützenden Kampagne „Viva Familia" durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) in Rheinland-Pfalz ins Leben gerufen (hierzu und im Folgenden: Bär/Böhme/Reimann 2009: 102 ff.; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2009; Ohlig/Aman 2012). Das vom Land gemeinsam mit Krankenkassen finanzierte Modellprojekt zielte auf die Verbesserung der Gesundheitssituation von Familien in sozial benachteiligten Wohngebieten und wurde in den Soziale-Stadt-Gebieten Trier-Nord und Mainz-Neustadt umgesetzt. Mit vielfältigen gesundheitsfördernden Maßnahmen, die sich an den im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes formulierten Kriterien orientierten, ergänzte das Projekt „Gesundheitsteams vor Ort" die investiven baulichen Maßnahmen des Programms „Soziale Stadt" zur Verbesserung der Lebensbedingungen in den beiden Stadtteilen.

Konkret setzten sich die Gesundheitsteams berufsübergreifend aus Fachkräften des Gesundheits- und Sozialbereichs (Ärzte, Hebammen, Psychologen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter) zusammen. Eine Steuerungsgruppe, der die Gesundheitsteams sowie Vertreterinnen und Vertreter aus lokalen Einrichtungen, Arbeitsgruppen und Initiativen des Gesundheits- und Sozialbereichs angehörten, analysierte die Bedarfssituation im Stadtteil, legte auf dieser Grundlage Zielgruppen und Handlungsfelder fest und entwickelte schließlich die Maßnahmen, die vor Ort umgesetzt wurden (u.a. niedrigschwellig, im Stadtteilbüro angesiedelte medizinische und zahnmedizinische „Sprechstunde vor Ort", Bewegungs- und Sportangebote für Frauen sowie Kinder und Jugendliche). Mitglied der Steuerungsgruppe war zudem die für das Projektmanagement zuständige Projektkoordination, die die Zusammenarbeit der Akteure sowie den Austausch und die Kontaktpflege mit dem MASGFF unterstützt hat. In Trier-Nord war die Koordinierungsstelle an das seit 1999 im Rahmen des Programms „Soziale Stadt" eingerichtete Quartiersmanagement angebunden, in der Mainzer Neustadt beim Caritasverband Mainz, ein im Stadtteil fest etablierter und seit 30 Jahren in der Gemeinwesenarbeit aktiver Träger, angesiedelt.

Für die Durchführung von Projekten stand für jeden der beiden Stadtteile ein jährliches Budget von rund 30.000 Euro zur Verfügung, welches vom MASGFF und kassenübergreifend von gesetzlichen Krankenkassen (u. a. AOK Rheinland-Pfalz, BKK Landesverband Rheinland-Pfalz, IKK Südwest-Plus, Landesverband VdeK/AEV) finanziert wurde. Der Kontakt und der Austausch zu den Krankenkassen erfolgte über das Ministerium. Dabei wurde die Koordinierungsstelle ausschließlich durch das Land finanziert, während die Kosten für die Maßnahmen zu 75% von den Krankenkassen und zu 25% vom Land getragen wurden. Die einzelnen Krankenkassenverbände finanzierten anteilig unter Berücksichtigung der offiziellen KM6-Statistik (Mitgliederzahlen der einzelnen Kassenarten).

Ein solches kassenübergreifendes Engagement für gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist aufgrund der Konkurrenzsituation der Kassen bislang immer noch selten und kann beispielhaft für die im Präventionsgesetz gewünschten kassenübergreifenden Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sein.

Verfügungsfonds für stadtteilbezogene Gesundheitsförderung
Die Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) hat in Kooperation mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) und der Techniker Krankenkasse (TK) in fünf benachteiligten Stadtteilen in Hamburg (Harburg, Hohenhorst, Langenhorn, Lurup, Rothenburgsort) Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung (KoBa) eingerichtet (hierzu und im Folgenden: Difu 2015; TK 2014a: 8).

Die Aufgaben der KoBa sind:

> Bestandsaufnahme von Ressourcen und Bedarfen,

> Entwicklung einer Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung im jeweiligen Quartier und Stärkung des Aufbaus von Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten,

> Lotsenfunktion zwischen den Bereichen Gesundheit, Quartiersentwicklung, Bildung, Soziales und Beschäftigung,

> Aufbau von Vernetzungs- und Partizipationsstrukturen,

> Projektentwicklung und Beratung von Trägern,

> Öffentlichkeitsarbeit.

Die TK unterstützt die beteiligten Stadtteile im Rahmen ihres Förderkonzeptes „Gesunde Kommune“ mit einem Verfügungsfonds für Mikroprojekte im Bereich Gesundheitsförderung (jährlich ca. 10.000 Euro pro Standort). Der Einsatz der Mittel aus dem Verfügungsfonds wird mit einem lokalen Gremium (z. B. Stadtteilbeirat, Runder Tisch Gesundheit) abgestimmt. Die finanzielle Förderung kleinerer Projektvorhaben im Stadtteil unterstützt lokale Empowerment- und Partizipationsprozesse.

Dabei kann die TK nur solche Projekte unterstützen, die den Förderkriterien des Leitfadens Prävention (GKV-Spitzenverband 2014) und den Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015) genügen. Förderfähig sind demnach insbesondere Projekte aus den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressreduktion/Entspannung, Suchtprävention. Zudem sind Öffentlichkeitsarbeit für Gesundheitsförderung sowie Unterstützung von Vernetzungstätigkeiten förderfähige Bereiche.

Die TK finanziert solche Verfügungsfonds auch in den Städten Fürth und Nürnberg. Voraussetzungen für die Einrichtung eines TK-Verfügungsfonds sind insbesondere:

> ein klares Bekenntnis der Kommune zur gesundheitsfördernden Stadt(teil)entwicklung,

> das Vorhandensein einer Strategie bzw. eines Konzeptes für die gesundheitsfördernde Stadt(teil)entwicklung sowie

> die Festlegung des Vergabeverfahrens einschließlich der Mittelbeantragung und -vergabe (Bär/Böhme/Reimann 2009: 95).

Dieses Praxisbeispiel macht deutlich, dass Krankenkassen – soweit die notwendigen Rahmenbedingungen in der Kommune erfüllt sind und Gesundheitsförderung als verbindliches kommunales Ziel verfolgt wird – durchaus auch zu ungewöhnlichen und experimentellen Maßnahmen, wie sie Verfügungsfonds darstellen, bereit sind und damit einen wichtigen Beitrag zur gesundheitsfördernden Stadtentwicklung – auch im Sinne von Partizipation und Empowerment – leisten können.

Gesunder Landkreis

Ein weiteres Beispiel für das Engagement der TK im Bereich „Gesunde Kommune" ist das Modellprojekt „Gesunde Landkreise in Bayern" (hierzu und im Folgenden: Difu 2015; TK 2014b: 9). Das Modellprojekt wurde vom Bayerischen Gesundheitsministerium im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern." in acht Landkreisen Bayerns ins Leben gerufen. Ziel war es, in einem partizipativ angelegten Prozess die Bedarfe, aber auch die Ressourcen vor Ort zu ermitteln und mit den lokalen Akteuren auf Gemeindeebene Schwerpunkte und Ziele von Gesundheitsförderung zu definieren. Es sollten Strukturen geschaffen werden, die nachhaltige Präventionsarbeit vor Ort möglich machen. Die koordinierende Stelle in jedem der acht Landkreise wurde durch die Gesundheitsinitiative finanziert, die Techniker Krankenkasse stellte Mittel in einem Gesamtvolumen von 150.000 Euro für die konkrete Umsetzung qualitätsgesicherter Maßnahmen zur Verfügung. So haben beispielsweise einige Gemeinden Bewegungsparcours für Erwachsene eingerichtet.

Das finanzielle Engagement von Krankenkassen – so zeigt dieses Praxisbeispiel – kann also auch im regionalen Kontext erfolgen. Dies ist insbesondere für die vielen kreisangehörigen Kommunen wichtig, die aufgrund ihrer Größe kein eigenes Gesundheitsamt haben und auf die Unterstützung der Kreisgesundheitsämter angewiesen sind.

5 Fazit

Das Präventionsgesetz bietet ein Potenzial für gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, das es auszugestalten und zu nutzen gilt. Durch das Gesetz wird ein konkreter, finanziell hinterlegter Anlass für eine Zusammenarbeit zwischen Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung geschaffen. Hierdurch können Maßnahmen umgesetzt werden, die derzeit im Rahmen der Wahrnehmung kommunalpflichtiger Aufgaben zu kurz kommen. Das Potenzial hat jedoch dort seine Grenzen, wo es um kommunale Pflichtaufgaben bzw. hoheitliche Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge geht. Diese können und dürfen nicht aus Beiträgen von Sozialversicherten finanziert werden. Krankenkassen engagieren sich nur in solchen Kommunen, die Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich als kommunales Ziel verfolgen und selbst einen angemessenen Eigenanteil erbringen.

Es bleibt kritisch zu begleiten, was aus dieser Chance gemacht wird. Eine Revision des Gesetzes steht nach Einschätzung Vieler nach einer ersten Implementierung an und sollte von kommunaler und raumplanerischer Seite begleitet werden.

Autoren

Christa Böhme (**1960*), *Landschaftsplanerin; seit 1991 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin im Deutschen Institut für Urbanistik, Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales. Arbeitsschwerpunkte: Integrierte und gesundheitsfördernde Stadt(teil)entwicklung, Umweltgerechtigkeit, Freiraumplanung. Mitglied der „Arbeitsgruppe gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung“ (AGGSE), des beratenden AK des „Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit“ und des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL.*

Heike Köckler (**1972*), *Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und ihres Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen“ der ARL.*

Horst Rauland (**1954*), *Verwaltungsdirektor a. D. Krankenversicherung. Mitglied des Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.*

Literatur

Bär, G.; Böhme, C.; Reimann, B. (2009): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin. = Difu-Berichte 3.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016): Glossar. http://www.bmg.bund.de/service/begriffe-von-a-z.html (08.04.2016).

Difu – Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2015): Für eine bessere Gesundheitsförderung und Prävention in der Stadt: Kommunen und Krankenkassen engagieren sich gemeinsam. Dokumentation der Fachtagung am 08. Dezember 2014 in Berlin.
http://www.difu.de/dokument/fuer-eine-bessere-gesundheitsfoerderung-und-praevention-in.html (17.01.2016).
Georg, A.; Stuppardt, R.; Zoike, E. (1981/1982): Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen. 3 Bde. Essen.
GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin.
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin.
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2009): Praxisdatenbank. Gesundheitsteams vor Ort.
https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesundheitsteams-vor-ort/ (17.01.2016).
Nationale Präventionskonferenz (Hrsg.) (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach §20d Abs. 3 SGB V – verabschiedet am 19.02.2016.
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf (13.12.2016).
Ohlig, M.; Aman, H. (2012): Gesundheitsteams vor Ort: Vortrag bei der Fachtagung „Gesunde Netzwerke und Präventionsketten – Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Lebenslagen" des Regionalen Knotens Rheinland-Pfalz am 21.11.2012.
https://www.lzg-rlp.de/fileadmin/pdf/2012-11-21_Fachtag_RegKnoten/2012-11-21_Praesentation_Workshop1.pdf (17.01.2016).
RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin.
TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014a): Prävention konkret: Praxisbeispiele aus der TK-Gesundheitsförderung.
https://de.slideshare.net/TK_Presse/tkbroschre-prvention-konkret-stand-november-2014 (29.09.2017).
TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014b): TK fördert gesunde Lebenswelt.
http://tk-aktuell.tk.de/tk-aktuell-1-2014/tk-foerdert-gesunde-lebenswelt/ (23.01.2016).

Rudolf Welteke

ERPROBUNGSPROJEKT ZUM KOMMUNALEN FACHPLAN GESUNDHEIT IM KREIS UNNA MIT FOKUS AUF GESUNDHEITSGEFAHREN DURCH ELEKTROMAGNETISCHE FELDER

Projektgegenstand
An einem landesgeförderten Erprobungsprojekt zum nordrhein-westfälischen Konzept „Fachplan Gesundheit" mit Laufzeit vom 15.08.2013–15.08.2014 nahmen der Kreis Unna und die Städteregion Aachen teil (Fehr/Dickersbach/Welteke 2011). Der Titel für das Teilprojekt in Unna lautete: „Stärkere Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in Planungs- und Genehmigungsverfahren sowie in der Kommunalentwicklung am Beispiel elektromagnetischer Felder (EMF)". Projektträger war der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz des Kreises Unna in Kooperation mit dem Landeszentrum Gesundheit NRW. Die planungsfachliche Projektbegleitung lag beim Büro für Umweltprüfungen und Qualitätsmanagement Dr. Hartlik, Lehrte; die wissenschaftliche Evaluation erfolgte durch das Planungsbüro BPW baumgart+partner, Bremen.

Projektziele und Methodik
Der Projektschwerpunkt lag auf einem Teilaspekt zur gesundheitsbezogenen „Mitwirkung an Planungen", wie sie den kommunalen Gesundheitsbehörden nach § 8 ÖGDG NRW obliegt. Das Schwerpunktthema EMF war in Unna unter der Vorstellung gewählt worden, hiermit einen relevanten, aber überschaubaren Projektgegenstand in Bearbeitung zu nehmen. Vorrangige Zielsetzung war, in enger Zusammenarbeit mit dem Geoinformationsmanagement des Kreises mögliche gesundheitliche Belastungen für die Bevölkerung durch EMF kartografisch für das Kreisgebiet darzustellen. Eine solche Bewertungsgrundlage soll (zunächst exemplarisch für den gesundheitlichen Belastungsfaktor EMF) künftige Mitwirkungsvorgänge der Kreisgesundheitsbehörde bei raumbezogenen Planungen und Genehmigungsverfahren empirisch absichern und verbessern. Neben einem solchen Projektergebnis ging es – prozessbezogen – um Aufbau und Erprobung effektiver Kooperationsstrukturen innerhalb der Kreisverwaltung unter ämterübergreifender Anwendung von GIS-Software (zu Konzept und Bewertungsgrundlagen: Hartlik/Machtolf/Scholz 2016).

Projektresultate
Das Projektteam befasste sich zunächst intensiv mit der Anwendung des im Fachplankonzept relevanten Vulnerabilitätsbegriffs auf das EMF-Thema. Im Resultat entschied man sich für eine Konzentration auf die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche" (und deren Aufenthaltsorte im Kreisgebiet) im Sinne einer besonders vulnerablen Personengruppe hinsichtlich potenziell schädlicher gesundheitlicher

EMF-Wirkungen. Weitere Vorarbeiten richteten sich auf eine gesundheitliche Bewertung der verschiedenen EMF-Qualitäten sowie auf eine Sichtung der zahlreichen rechtlichen und fachlichen Angaben zu gesundheitlichen Schutznormen und vorsorgeorientierten Achtungsabständen hinsichtlich EMF-Emissionen. Dokumentiert und kartografisch erfasst wurden daraufhin Standorte und Verläufe von Emittenten hoch- und niederfrequenter elektromagnetischer Felder – insbesondere von Mobilfunkmasten, Funkanlagenstandorten, Bahnstrom- und Hochspannungsleitungen. So entstand eine Serie von Kartendarstellungen, in denen – kleinräumig gerastert – relevante Bevölkerungsdaten mit räumlich verorteten EMF-Belastungsangaben verschnitten wurden. Drei Teilflächen, für die bestehende Mehrfachbelastungen durch EMF-Emittenten ermittelt wurden, wurden einer besonderen Untersuchung unterzogen. Der Kreis Unna hat eine ausführliche Dokumentation zu Projektverlauf und -ergebnissen erstellt – zusätzlich liegt dort eine projektbegleitende wissenschaftliche Evaluation vor. Eine Zusammenfassung des in Unna wie in Aachen sehr ertragreich abgeschlossenen Erprobungsprojekts zum Konzept „Fachplan Gesundheit" des Landes Nordrhein-Westfalen ist bisher nicht publiziert worden. Auskunft zu den Erfahrungen und Resultaten vor Ort erteilen die projektbeteiligten Kommunen.

Autor

Rudolf Welteke (**1949*), *Bielefeld, Dr. med., Arzt, bis Oktober 2014 Mitarbeiter des nordrhein-westfälischen Landeszentrums Gesundheit am Standort Bielefeld mit inhaltlichem Schwerpunkt gesundheitsbezogener Kommunalentwicklung und -planung. In dieser Funktion 2013/2014 Projektleitung der beiden erwähnten Fachplanerprobungsprojekte in Aachen und Unna. Derzeit ehrenamtlich tätig in gesundheitsbezogener Projektarbeit zur bürgernahen Quartiersentwicklung.*

Literatur

Fehr, R.; Dickersbach, M.; Welteke, R. (2011): Vorarbeiten zum lokalen Fachplan Gesundheit. Düsseldorf. = LIGA. Praxis 9.

Hartlik, J.; Machtolf, M.; Scholz, C. (2016): Der Fachplan Gesundheit in der praktischen Erprobung – Teil 1: Anwendungsbereich Elektromagnetische Felder – wissenschaftliche und fachrechtliche Grundlagen. In: UVP-report 30 (1), 23-32.

Sabine Baumgart, Thomas Kistemann

VIELFÄLTIGE INSTRUMENTE IN DER STÄDTEBAULICHEN PLANUNG ZUR GESUNDHEITSVORSORGE UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG – EIN ZUSAMMENFASSENDER ÜBERBLICK

Inhalt

1 Einführung
2 Überörtliche Ebene
3 Allgemeines Städtebaurecht im Baugesetzbuch
4 Besonderes Städtebaurecht im Baugesetzbuch
5 Informelle Konzepte
6 Gesundheitsrechtliche Bezüge
7 Fazit
Literatur

Kurzfassung
Planerische Instrumente für gesunde Lebensverhältnisse existieren spätestens seit der dynamischen Periode der Industrialisierung ebenso wie städtebauliche Leitbilder. Sie sind auf örtlicher und überörtlicher Ebene mit unterschiedlichen Zuständigkeiten angesiedelt. Dabei hat räumliche Planung im Kern die Aufgabe, zwischen unterschiedlichen Raumansprüchen und Nutzungskonflikten einen Abwägungsprozess zu gestalten, um die politische Entscheidungsfindung vorzubereiten. Die gesetzlichen Grundlagen und institutionellen Rahmenbedingungen für räumliche Planung und Gesundheitsrecht sind unterschiedlich, weisen aber über das aktuelle Präventionsgesetz Schnittstellen auf. Diese gilt es kooperativ auszugestalten.

Schlüsselwörter
Städtebaurecht – städtebauliche Instrumente – gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse – Gesundheit – Wohlbefinden – Gesundheitsrecht

Diverse urban planning instruments for health care and health promotion – A summary

Abstract
Planning tools for healthy living conditions have existed at least since the dynamic period of industrialisation, as have urban development visions. They are assigned to local and regional levels with different responsibilities. The crucial element of spatial planning is the task to develop procedures to consider and weigh up different spatial demands and conflicts of use in order to prepare political deliberation and decision-making processes. The legal and the institutional frameworks for spatial planning and

health differ, but they are interlinked through the current Prevention Act. This presents an opportunity for a co-operative approach.

Keywords
Urban planning instruments – healthy living conditions – health – well-being – health legislation

1 Einführung

Planerische Instrumente für gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse existieren spätestens seit der dynamischen Periode der Industrialisierung ebenso wie städtebauliche Leitbilder, die an Reformbewegungen zur Behebung städtebaulicher hygienischer Missstände ansetzen und ganzheitliche planerische Konzepte beinhalten.

Räumliche Planung trägt im Kern die Aufgabe der gerechten Abwägung unterschiedlicher, teilweise konkurrierender Interessen bzw. Belange verschiedener Gruppen und Akteure gegen- und untereinander in sich. Diese ist von den politisch legitimierten Organen (auf der Ebene der Städte und Gemeinden: Stadt-/Gemeinderat) in ihrer Beschlussfassung vorzunehmen; vorbereitet wird dies administrativ durch in den Eckpunkten geregelte Verwaltungsverfahren. Dabei gilt es Vorgaben zu beachten, wenn sie verbindlich sind, oder, wenn sie dies nicht sind, zu berücksichtigen, das heißt in den Abwägungsprozess einzustellen. Dies ist insofern erforderlich, als sich heterogene individuelle und gesellschaftliche Bedürfnisse und Werthaltungen sowie politische Zielvorstellungen und Normsetzungen gegenüberstehen, die Ansprüche an die Raumnutzung und damit an die Inanspruchnahme einer begrenzten Ressource stellen. Planung umfasst als zentrale Aufgabe eine Abwägung von (Raumnutzungs-)Konflikten als private und öffentliche Belange.

Dieser Band thematisiert, mit einem Fokus auf der kommunalen Ebene, Möglichkeiten und Hemmnisse der Weiterentwicklung und Qualifizierung des städtebaulichen Bestands mit dem Ziel der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. Diese Themen sind auch auf unterschiedlichen Planungsebenen mit ihren vertikalen Verknüpfungen präsent. Sie sollen hier kursorisch angesprochen werden.

Raumordnung und Städtebau sind durch unterschiedliche räumliche Zuständigkeiten charakterisiert, denen wiederum eine Vielzahl von Instrumenten zur Verfügung steht, um die Raumentwicklung im föderalen Staatssystem, im Zusammenwirken von Bund, Ländern und Gemeinden, zu sichern und zu steuern. So haben sich die Ebenen im räumlichen Planungssystem in Deutschland jeweils an die Ziele (die konkret und bestimmbar formuliert sein müssen) der übergeordneten Planungsebene anzupassen; hier besteht kein Abwägungsspielraum. Gleichzeitig basiert das System aber auf dem Gegenstromprinzip, nach dem die Entwicklung, Ordnung und Sicherung des Gesamtraums die Gegebenheiten und Erfordernisse seiner Teilräume zu berücksichtigen hat. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sind auch auf den überörtlichen Planungsebenen Belange, diese stehen aber nicht im Fokus dieses Bandes.

In diesem zusammenfassenden Beitrag werden zunächst kurz gesundheitsbezogene Handlungsansätze auf überörtlicher Ebene angesprochen. Der Schwerpunkt liegt jedoch auf der kommunalen Ebene und den zentralen Instrumenten städtebaulicher Planung, die mit Blick auf Gesundheitsvorsorge und -förderung zusammengeführt und punktuell ergänzt werden. Unser Beitrag behandelt dabei zunächst die formellen Regelungen zum Allgemeinen Städtebaurecht sowie zum Besonderen Städtebaurecht und im Weiteren informelle Konzepte sowie kurze Ausführungen zum gesundheitsrechtlichen Rahmen. Er schließt mit einem knappen Fazit ab.

2 Überörtliche Ebene

Anknüpfungspunkte für Gesundheitsaspekte finden sich auf der überörtlichen Ebene, und zwar im Raumordnungsgesetz (ROG) §2 Abs. 3, der besagt: „Die Versorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen, ist zur Sicherung von Chancengerechtigkeit in den Teilräumen in angemessener Weise zu gewährleisten. […] Dem Schutz kritischer Infrastrukturen ist Rechnung zu tragen." Angesichts des demografischen Wandels ist die infrastrukturelle Dimension im Rahmen der Daseinsvorsorge auch ein Thema räumlicher Planung. Dieser zeigt vielfältige Auswirkungen in den Regionen Deutschlands, vor allem für ländliche periphere Regionen. Mit schrumpfenden finanziellen Ressourcen ist hier kaum das Spagat zwischen wirtschaftlicher Tragfähigkeit und Erreichbarkeit von medizinischer Versorgung und Betreuung, aber auch von gesundheitsbezogener Ausstattung mit mobilen und stationären Angeboten zu leisten, sodass diese bereits heute gerade in ländlichen Regionen ein äußerst wichtiger Faktor ist.

Gleichzeitig stößt Raumordnung als Planung auf der überörtlichen Ebene hier an ihre Grenzen, da eine Fachplanung „Gesundheit" bisher kaum eine Koordinierung von Dritten, hier des Gesundheitswesens, erreichte. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass einerseits der stationäre Sektor des Gesundheitswesens, im Rahmen der Vorgaben der von den Bundesländern aufgestellten Krankenhauspläne (z. B. MGEPA NRW 2013), zunehmend marktwirtschaftlich organisiert ist, und andererseits der im Rahmen der Bedarfsplanungs-Richtlinie (G-BA 2016) in ärztlicher Selbstverwaltung organisierte ambulante ärztliche Sektor kaum durch raumordnerische Festlegungen erreicht wird. Allenfalls wird Gesundheitswirtschaft explizit als ein regionaler Standortfaktor hervorgehoben.

Mit Blick auf regionale Flächennutzungspotenziale und -konkurrenzen, die regionalplanerische Handlungsfelder definieren, ist Gesundheitsvorsorge ein zentrales Thema, das im Rahmen der Umweltprüfung gemäß §9 ROG zu bewerten ist (vgl. Beitrag Hartlik/Machtolf in diesem Band). Aktuelle Herausforderungen sind beispielsweise im Kontext der Energiewende die Ausweisung von Standorten für Windenergieerzeugung und deren mögliche Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit.

Mit der Zielsetzung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Regionalplanung sind potenziell auch Fachbeiträge befasst, wie vor allem solche zu Kulturlandschaften, beispielsweise zum Regionalplan Münsterland, oder auch ein Fachbeitrag Erholung und

Tourismus. Im Sinne des Konzepts Therapeutischer Landschaften (Kistemann 2016) kann die dort enthaltene fachliche Perspektive auf gesundheitsfördernde Qualitäten in der Region sicherlich noch expliziter herausgestellt werden.

Soziale und gesundheitliche Belange der Bevölkerung vor Ort sollen auch überörtlich koordiniert und unterstützt werden. Dies ist beispielsweise in Niedersachsen der Fall, wo die Landesregierung gemeinsam mit der AOK Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen sowie dem BKK Landesverband Mitte Niedersachsen die Entwicklung von kommunalen Strukturen und innovativen Projekten fördert, um eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung sicherzustellen.[1] Die Außenwirksamkeit von Gesundheitsregionen, die auf der Ebene einzelner Bundesländer gefördert werden, wird noch erhöht durch den Zusammenschluss in einem Netzwerk.[2]

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auch auf regionaler Ebene gesundheitsbezogene Themen in den letzten Jahren wichtiger geworden sind. Dies liegt in den demografischen Veränderungen begründet, aber vermutlich auch in der Suche nach Profilbildung durch die Gestaltung von Lebensqualität vor Ort. Es ist weniger die Regionalplanung als die Regionalentwicklung, die hierbei durch koordiniertes Handeln die Akteure auf der kommunalen Ebene unterstützt und dies nach außen kommuniziert. Die kommunale Ebene spielt dabei die zentrale Rolle als Handlungsraum, auch für die Umsetzung von gesundheitsbezogenen Zielen und Strategien.

3 Allgemeines Städtebaurecht im Baugesetzbuch

§1 Absatz 6 Baugesetzbuch (BauGB) umfasst eine nicht abschließende Zusammenstellung von Belangen, die insbesondere zu berücksichtigen sind. Diese Aufzählung nicht konfliktfreier Belange wurde seit Inkrafttreten des Bundesbaugesetzes bzw. Baugesetzbuches (seit 1986) kontinuierlich ergänzt und spiegelt die jeweils aktuellen Problemstellungen wider. So enthält §1 Abs. 1 Nr. 1 Satz 6 BauGB die Planungsleitlinie, die sich auch in weiteren Regelungen im BauGB findet: „Bei der Aufstellung der Bauleitpläne sind insbesondere zu berücksichtigen: die allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse und die Sicherheit der Wohn- und Arbeitsbevölkerung." Darüber hinausgehend zielen auch weitere Planungsleitlinien indirekt auf das Wohlbefinden der Bevölkerung ab und tragen insofern zur Gesundheitsförderung bei, wenn beispielsweise auf die „sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung" (§1 (6) 3 BauGB) oder „umweltbezogene Auswirkungen auf den Menschen und seine Gesundheit sowie die Bevölkerung insgesamt" (§1 (6) 7c) BauGB) abgehoben wird. Damit ist zum einen die Flächennutzungsplanung als vorbereitende Flächennutzungsorganisation auf gesamtstädtischer Ebene adressiert. Aktuelle Herausforderungen wie vor allem eine stadträumliche Segregation, die Sicherung und Entwicklung von Versorgungsstrukturen und eine ungleiche Belastung von Stadträumen durch Lärm und Feinstaub sind bereits auf dieser Ebene unter der Zielsetzung von Umweltgerechtigkeit zu betrachten (vgl. Beitrag Böhme/Köckler in diesem Band).

1 http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html (27.02.2017).

2 http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/home/ (27.02.2017).

Zum anderen ist die Bebauungsplanung ein wichtiges Instrument, mit welchem für Teilräume auf der Grundlage eines Planungserfordernisses für jedermann verbindliche Regelungen getroffen werden. Hier ist auf § 9 BauGB mit dem abschließenden Katalog städtebaulicher Festsetzungen zu verweisen. Die dort enthaltenen Regelungen zu Art und Maß baulicher Nutzungen bestimmen entscheidend die lokale Lebensqualität der Bevölkerung. Nicht verpflichtend an diese Vorgaben gebunden ist ein vorhabenbezogener Bebauungsplan, der auf der Grundlage eines Vorhaben- und Erschließungsplans eines Investors erstellt wird. Dies setzt allerdings voraus, dass „der Vorhabenträger auf der Grundlage eines mit der Gemeinde abgestimmten Plans zur Durchführung der Vorhaben und der Erschließungsmaßnahmen (Vorhaben- und Erschließungsplan) bereit und in der Lage ist und sich zur Durchführung innerhalb einer bestimmten Frist und zur Tragung der Planungs- und Erschließungskosten ganz oder teilweise vor dem Beschluss nach § 10 Abs. 1 verpflichtet (Durchführungsvertrag)“ (§ 12 Abs. 1 BauGB). Angesichts knapper kommunaler Haushalte ist diese Form der Umsetzung konkreter Vorhaben für viele Städte und Gemeinden eine interessante Option für eine städtebauliche Entwicklung. Konsensuales Vorgehen bei der Verhandlung des Durchführungsvertrags eröffnet potenziell Chancen, gesundheitsbezogene Qualitäten in einen solchen Bebauungsplan aufzunehmen. Dies ist beispielsweise denkbar mit Blick auf die Qualität von Grün- und Freiräumen oder auch auf die Übernahme von Infrastrukturfolgekosten, wenn diese unmittelbar mit den Planvorhaben verknüpft werden können.

Mit § 13 a BauGB wurde ein beschleunigtes Verfahren für Bebauungspläne eingeführt, die der Wiedernutzbarmachung von Flächen, der Nachverdichtung oder anderen Maßnahmen der Innenentwicklung dienen, um die Innenentwicklung im Sinne einer Reduzierung der Inanspruchnahme von bisher nicht bebauten Flächen für Siedlungszwecke zu fördern. Damit werden sowohl Beteiligungsschritte für die Öffentlichkeit reduziert als auch die Prüfung von Umweltauswirkungen im Abwägungsprozess unter definierten Voraussetzungen eingeschränkt. Es dürfen keine „Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung der in § 1 Abs. 6 Nr. 7 Buchstabe b genannten Schutzgüter bestehen“ (§ 13a (1) BauGB). Dazu zählt auch das Schutzgut „menschliche Gesundheit“, dessen Kriterien der Prüfung sich bisher vor allem auf Lärm und Feinstaub beziehen (vgl. Beitrag Hartlik/Machtolf in diesem Band). Diese Form der Bebauungsplanung bezieht sich auf bestehende Quartiere mit traditionell gewachsenen Gemengelagen mit unterschiedlichen, oftmals konfligierenden Nutzungen wie Wohnen und Gewerbe. Räumliche Planung kann hier im Rahmen derartiger Planverfahren in räumlich begrenzten Gebietskulissen nur eingeschränkt zur Minderung der bestehenden Mehrfachbelastungen der ansässigen Bevölkerung beitragen.

Mit der Einführung einer neuen Gebietskategorie „Urbanes Gebiet“ in die Baunutzungsverordnung soll dem Leitbild der Stadt der kurzen Wege und neuen Formen urbaner Mischung von Wohnen und Arbeiten Rechnung getragen werden. Dies wurde beispielsweise in der Leipzig-Charta (2007) formuliert: „Eine wichtige Grundlage für die effiziente und nachhaltige Nutzung von Ressourcen ist eine kompakte Siedlungsstruktur. Diese kann durch eine Stadt- und Regionalplanung, die eine Zersiedelung des städtischen Umlandes verhindert, erreicht werden. Hier muss engagiert dafür gesorgt werden, dass das Flächenangebot gesteuert und Spekulationen einge-

dämmt werden. Als besonders nachhaltig hat sich dabei das Konzept der Mischung von Wohnen, Arbeiten, Bildung, Versorgung und Freizeitgestaltung in den Stadtquartieren erwiesen."[3]

Eine Nutzungsmischung von Wohnen und Gewerbe mit sozialen und kulturellen Einrichtungen soll im städtebaulichen Bestand eine Abwendung von der Charta von Athen (1933) mit ihrer strikten Funktionstrennung, die mit dem Trennungsgrundsatz unverträglicher Nutzungen im § 50 Bundesimmissionsschutzgesetz festgeschrieben wurde, ermöglichen. Damit soll den realen urbanen Lebensmustern stärker entsprochen werden, für die eine funktionale Mischung auf Quartiersebene Optionen zur Vereinbarkeit von Berufs-, Familien- und Haushaltsorganisation eröffnet, die eine Inanspruchnahme von haushaltsbezogenen Dienstleistungen und insgesamt soziale und ökonomische Teilhabechancen im nahräumlichen Umfeld ermöglicht. Der neue Gebietstyp beinhaltet dementsprechend höhere Lärmwerte, deren Konsequenzen für passiven Schallschutz und damit gesundheitliche Verträglichkeit noch unklar sind. Zudem stellt sich in der Planungspraxis die Frage nach der Berücksichtigung der Lärmwerte bei der Abwägung und insgesamt nach dem Umgang mit Immissionsschutz (Rüdiger 2017).

4 Besonderes Städtebaurecht im Baugesetzbuch

Der wirtschaftsstrukturelle und technologische Wandel der letzten Jahrzehnte, einhergehend mit einer Heterogenisierung von Lebensmustern und Lebensstilen, hat in den Städten und Regionen zu sozioökonomischen Disparitäten und dem Erfordernis der Anpassung bestehender städtebaulicher Strukturen an diese Entwicklungen geführt. Diese drücken sich in sozialräumlichen Disparitäten und einer Segregation von Stadtbereichen auf den unterschiedlichen räumlichen Ebenen aus – vom Quartier bis zur stadtregionalen teilräumlichen Ausdifferenzierung über territoriale Grenzen hinweg. Das planerische Instrumentarium hat insbesondere mit dem Besonderen Städtebaurecht auf diese Problemlagen reagiert.

Das Besondere Städtebaurecht bezieht sich auf die Verbesserung und Erneuerung sowie eine Aufwertung im städtebaulichen Bestand der gebauten Stadt. Und ungesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse gelten als ein städtebaulicher Missstand, den es durch städtebauliche Sanierungsmaßnahmen gemäß § 135 ff. BauGB zu beheben gilt (vgl. Beitrag Köck/Fischer in diesem Band). Zur Vorbereitung der Sanierung gehört neben der vorbereitenden Untersuchung, der Festlegung des Sanierungsgebietes in einer Sanierungssatzung, der Bestimmung von Ziel und Zweck der Sanierung auch die städtebauliche Planung. Die Einbeziehung vorhandener Daten der Gesundheitsberichterstattung kann hier bisher in der Praxis noch wenig beobachtet werden. Die Entwicklung von Zielen und Strategien, die über die gesetzlich geforderte Lösung bestehender Nutzungskonflikte, beispielsweise in Gemengelagen, hinausgehen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der ansässigen Bevölkerung umfassen, erfolgt ebenso noch kaum.

3 http://www.bbr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/IzR/2010/4/Inhalt/DL_LeipzigCharta.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D2 (27.02.2017).

Ein eher präventiv ausgerichtetes Instrument des Städtebaus bietet der Stadtumbau gemäß § 171a)-e) BauGB. Diese Form der Stadterneuerung kann in solchen Bestandsgebieten angewendet werden, die von erheblichen städtebaulichen Funktionsverlusten betroffen sind und Anpassungen zur Herstellung nachhaltiger städtebaulicher Strukturen erfordern. Das als Grundlage für diese Maßnahmen zu erarbeitende städtebauliche Entwicklungskonzept (gem. § 171 b) BauGB) eröffnet als ein proaktives Instrument die Möglichkeit der Zusammenführung von sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen Datengrundlagen, um auch gesundheitsfördernde Ziele und Strategien zu integrieren.

In den letzten Jahrzehnten gab es zahlreiche Programme der Städtebauförderung, die spezifischen Sach- und Raumbezug aufweisen (BMVBS 2011). Dabei sind die Programme Stadtumbau Ost und West, die 2017 zu einem Stadtumbauprogramm zusammengeführt wurden, von besonderer Bedeutung für Gesundheitsförderung im Quartier, insbesondere, wenn sie mit dem Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt" verknüpft werden (siehe Beitrag Böhme/Spies/Weber in diesem Band).

Auch die Gesundheitswissenschaften haben mit Blick auf sozialräumlich benachteiligte Quartiere und Stadtteile mit ihrem Public-Health-Ansatz in den letzten Jahren zunehmend räumliche Zusammenhänge sozialer, umweltbezogener und gesundheitlicher Lebensbedingungen in ihre Betrachtung genommen. Mit der Zielsetzung der Schaffung von Umweltgerechtigkeit im urbanen Raum entstand somit eine große Dynamik auch in dem Feld Verfahrensgerechtigkeit, da sich die hier lebenden Bevölkerungsgruppen nur wenig in Planungsverfahren einbringen. Diese komplexen Verknüpfungen werden auch in internationalen Debatten reflektiert. Damit rücken interdisziplinäre Schnittstellen zwischen den Instrumenten der Raum- und Gesundheitswissenschaften in das Blickfeld.

5 Informelle Konzepte

Große Chancen zur Etablierung gesundheitsbezogener Aspekte bieten informelle Konzepte und Planwerke. Sie sind sach- und fachbezogen und beschreiben strategische Ziele und Handlungsempfehlungen auf räumlicher und fachbezogener Ebene. Die Planverfahren sind rechtlich nicht normiert, denn durch sie werden in erster Linie Ziele, Absichtserklärungen und Prioritäten fixiert. Sie können – wie beispielsweise Stadtentwicklungskonzepte oder Rahmenpläne – strategisch thematische und räumliche Schwerpunkte setzen.

Stadtentwicklungskonzepte oder -pläne sind Beispiele für ein informelles Planverfahren auf kommunaler Ebene, dies kann aber auch für andere Verfahren wie z. B. Rahmenplanung, Masterpläne (z. B. Masterplan: grün 3.0 der Region Köln Bonn, 2012) oder auch Wettbewerbe (mit formellen Verfahrensteilen) angewandt werden. Teilräumlich sind informelle integrierende städtebauliche Konzepte die Voraussetzung für die Beantragung von Städtebauförderungsmitteln als Drittelfinanzierung von Bund, Land und Kommune. Sie beziehen sich auf den baulichen Bestand in urbanen Teilräumen wie Stadtquartieren.

Damit sind sie sehr gut geeignet, gesundheitsrelevante Datengrundlagen zu berücksichtigen sowie gesundheitsförderliche Ziele, Strategien und Maßnahmen zu entwickeln und aufzugreifen und Impulse für gesamträumliche Planungsaufgaben und -prozesse zu setzen. Denn als indikative Planung haben sie das Ziel, Initialzündungen auszulösen, die nicht den Gesamtrahmen aller möglichen raumbezogenen Aktivitäten und deren Akteure ausschöpfen müssen, sondern durch gezielte Maßnahmen den Anreiz zu weiteren Maßnahmen geben und weitere Akteure einbeziehen sollen. So ergab eine 2015 durchgeführte studentische Untersuchung von ausgewählten integrierten städtebaulichen Entwicklungs- bzw. Handlungskonzepten, dass Belange der Gesundheitsförderung vor allem implizit in den Datenanalysen enthalten waren und weniger in den Zielen und Maßnahmen explizit formuliert worden waren. Eine Ausnahme bildete das integrierte städtebauliche Entwicklungskonzept „Gesundes Wattenscheid – familienfreundlich und generationengerecht“ in Bochum (2015; siehe Textbox „Gesundes Wattenscheid“ von Köckler in diesem Band).

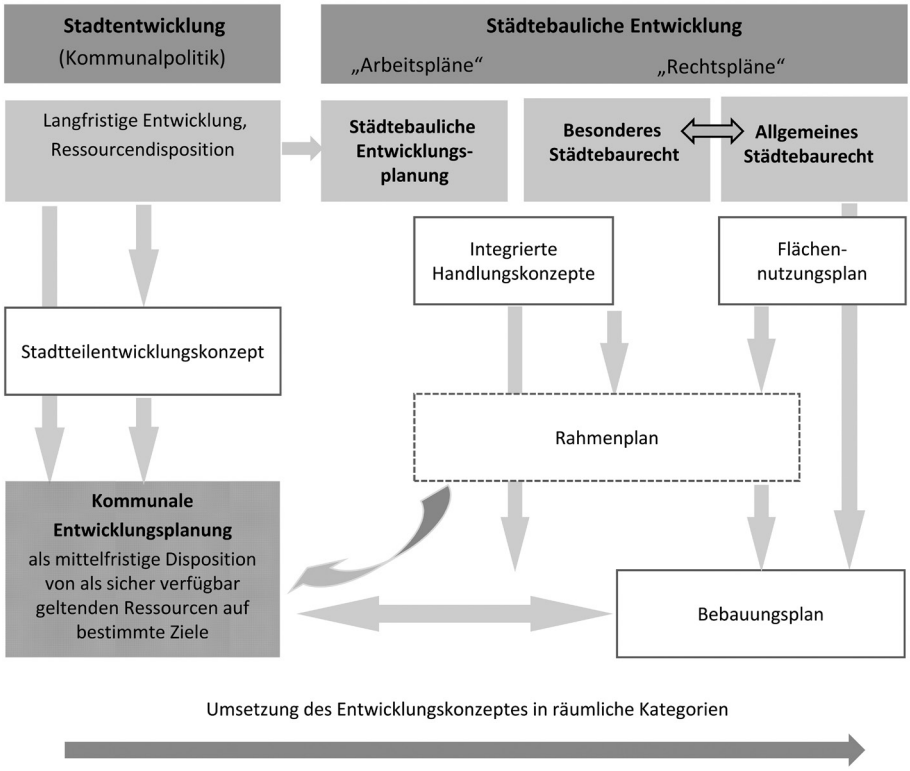


Abb.1: Typen von Plänen auf kommunaler Ebene

Informelle Konzepte und Pläne sind gleichzeitig rahmensetzend für weitere Planungen, z.B. auch formeller Art mit Blick auf die spätere Finanzplanung, für die sie Zielsetzung und Maßnahmen sowie Richtungen vorgeben, auch wenn sie letztendlich nicht

verbindlich sind. Solche Entwicklungskonzepte können auf gemeindlicher, stadtregionaler und auch interkommunaler sowie regionaler Ebene erarbeitet werden. Die Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Typen von Plänen auf kommunaler Ebene werden in Abbildung 1 veranschaulicht.

Entscheidend für die Gestaltung informeller Verfahren sind der Anlass, die Themenstellung, die involvierten Akteure und der räumliche Kontext. Die Art und Form des Zusammenwirkens der Akteure ist in hohem Maße auf Dialog angelegt, um ein Ausbalancieren von Interessenlagen und eine Konsensfindung zu erreichen; aufgrund dessen eignen sich informelle Verfahren auch besonders gut zur Zusammenführung von Akteuren mit unterschiedlichen Handlungsrationalitäten. Für diesen trans- und interdisziplinären Diskurs stehen politisch-administrative Planungsverfahren auf der Grundlage des Verwaltungsverfahrensgesetzes und darauf basierend des Baugesetzbuches und des Raumordnungsgesetzes zur Verfügung, die normativ gerahmt sind und mit vielfältigen Kommunikationsmethoden und -formaten verbunden werden können.

Von daher spielen auch gesamt- und teilräumliche informelle Konzepte, fachlich sektorale Konzepte und Pläne eine wichtige Rolle; besonders hervorzuheben ist hier der Fachplan Gesundheit (siehe Beitrag Baumgart/Dilger). Dieser wird dann besonders wirksam, wenn er in politische Vorgaben auf kommunaler Ebene in Form von Leitbildern in den Planungsprozess einfließt.

6 Gesundheitsrechtliche Bezüge

Das Erfahrungswissen um die komplexen Wechselwirkungen zwischen städtebaulicher Planung und Gesundheit lässt sich in Europa bis in die Antike zurückverfolgen; es umfasst nicht nur Annahmen darüber, wie Menschen durch widrige städtische Umweltbedingungen (Luft, Wasser, Boden) erkranken, sondern auch darüber, wie menschliche Gesundheit erhalten werden kann (Rodenstein 2012). Der wesentliche Akteur zur Wahrnehmung gesundheitsrelevanter Belange in der städtebaulichen Planung ist vonseiten des Gesundheitswesens heute zweifellos der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), auf kommunaler Ebene repräsentiert durch die untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt). Ein allgemeines Ziel der Tätigkeit des ÖGD ist die Verringerung der gesundheitlichen Belastungen der Bevölkerung aus der Umwelt. Risikofaktoren für die menschliche Gesundheit sollen erkannt und bewertet werden; gegen schädliche Einflüsse sind Maßnahmen zu erlassen oder zu ergreifen (Schell 1995). In der aktuellen Diskussion wird inzwischen immer wichtiger, welchen Einfluss die städtebauliche Gestaltung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohner, vermittelt durch Bewusstsein und Verhalten auf Quartiersebene, hat (Baumeister/Köckler/Rüdiger et al. 2016).

Der Infektionsschutz als Teil des Gesundheitsschutzes erhielt in Deutschland mit dem Reichsseuchengesetz (1900) seine bis heute durch Bundesseuchengesetz (BseuchG) (1961) und Infektionsschutzgesetz (IfSG) (2000) kontinuierlich fortgeschriebene rechtliche Grundlage. Vor dem Hintergrund der großen seuchenhygienischen Bedeu-

tung ist ein eigener Abschnitt dem Thema Wasser und Abwasser gewidmet. Der Schutz unter anderem des Menschen vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnliche Vorgänge ist seit 1974 im Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) und zahlreichen Durchführungsverordnungen verankert. Das aus der Gewerbeordnung hervorgegangene Gesetz bezweckt die Abwehr bestehender oder bevorstehender Gefahren und beruht sowohl auf dem Verursacherprinzip als auch auf dem Vorsorgeprinzip. Mit dem Ziel sicherzustellen, dass bei bestimmten Vorhaben, Plänen und Programmen die Wirkungen unter anderem auf die menschliche Gesundheit im Rahmen von Umweltprüfungen frühzeitig und umfassend ermittelt, beschrieben und bewertet werden und die Ergebnisse so früh wie möglich berücksichtigt werden, wurde schließlich das Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP-G) (1990) erlassen. In § 14i ist dort festgelegt, dass Behörden, deren umwelt- und gesundheitsbezogener Aufgabenbereich berührt wird (z. B. das Gesundheitsamt), informiert werden und Stellung nehmen. Vor dem Hintergrund, dass in UVP-Prozessen zumeist ein sehr enges, am BImSchG orientiertes Verständnis von Gesundheit zugrunde gelegt wird, das sich auf chemische und bio-physikalische Umweltaspekte beschränkt, hat in der UVP-Gesellschaft die AG „Menschliche Gesundheit" Leitlinien für eine umfassendere Gesundheitsfolgenabschätzung im Sinne eines Health Impact Assessment (HIA) in Planungsprozessen erarbeitet (Knetschke/Claßen 2014).

Die in den genannten Gesetzen bezeichneten Aufgaben für den Gesundheitsschutz finden ihren Bezug in den vor etwa zwanzig Jahren in den einzelnen Bundesländern erlassenen Gesundheitsdienstgesetzen, welche die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes regeln (im Folgenden exemplarisch: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) NRW 1997). Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem (umweltbezogenen) Gesundheitsschutz wird regelhaft (mit Ausnahme von Niedersachsen, Sachsen und Thüringen) als allgemeiner Auftrag der unteren Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt) aufgeführt (§ 6 ÖGDG). Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (§ 9 ÖGDG) sowie Hygieneüberwachung (§ 17 ÖGDG) werden als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung hochrangig festgeschrieben (Kuschke/Lafontaine/Scharf et al. 2001). Als pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben werden die Mitwirkung an Planungen (§ 8 ÖGDG: Stellungnahmen zu Planungs- und Genehmigungsverfahren, wenn gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden) sowie die Umweltmedizin (§ 10 ÖGDG: Förderung des Schutzes der Bevölkerung vor gesundheitsgefährdenden und gesundheitsschädigenden Einflüssen aus der Umwelt) aufgeführt. Aufgaben im Bereich Umweltgefahren sind nur in Niedersachsen explizit formuliert, während in der Mehrzahl der ÖGD-Gesetze die Problematik benachteiligender Lebensbedingungen thematisiert wird. Somit bestehen durchaus Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Aufgabenzuweisung sowohl für Prävention und Gesundheitsförderung als auch für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz, der teilweise keine Erwähnung findet oder sich auf die Gefahrenabwehr beschränkt.

Die Umsetzung erfolgt auf lokaler Ebene als Aufgabe im eigenen Wirkungskreis überwiegend in den (kommunalisierten) Gesundheitsämtern. Die Wahrnehmung der letztgenannten Aufgaben (Planungsmitwirkung, Umweltmedizin) im kommunalen

Verwaltungsalltag ist durchaus uneinheitlich. Sie wird quantitativ und qualitativ erheblich beeinflusst von den personellen Ressourcen und Qualifikationen der Gesundheitsbehörden sowie von der Berücksichtigung in den Nachbarressorts. Zur Stärkung der Kompetenzen des ÖGD hinsichtlich gesundheitsförderlicher Stadtentwicklung wurde kürzlich ein Leitfaden publiziert, der auf der australischen „Healthy Urban Development Checklist" basiert. Er soll den Gesundheitsbehörden helfen, in verständlichen und einheitlichen Stellungnahmen mit gesundheitlicher Expertise vorzuschlagen, wie positive Effekte von städtebaulichen Projekten auf die Gesundheit maximiert und negative Effekte minimiert werden können (Baumeister/Rüdiger/Köckler et al. 2016).

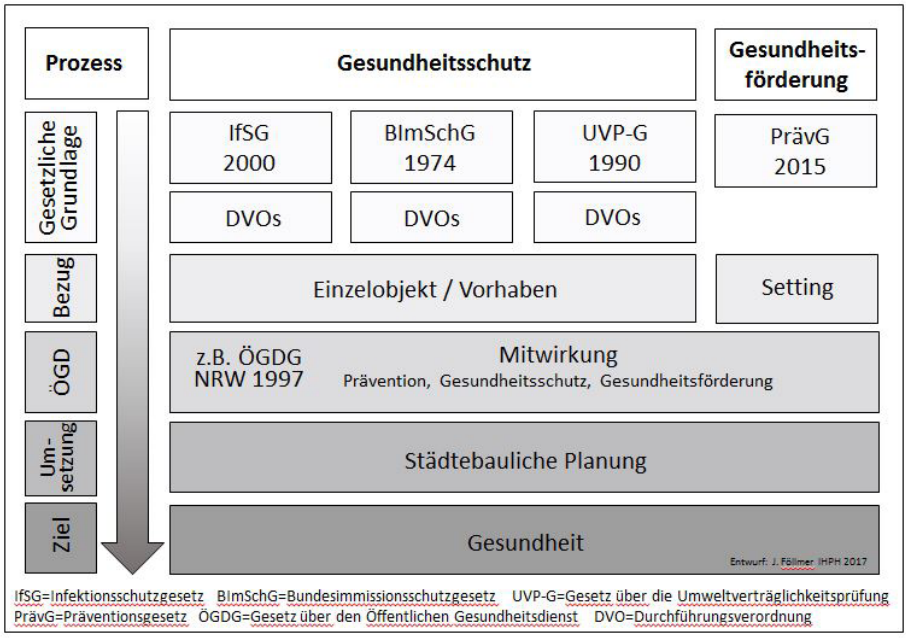


Abb. 2: Gesundheitsrecht und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) im städtebaulichen Planungsprozess

Auf Bundesebene liegt die Zuständigkeit für Gesundheitsförderung bei den Krankenkassen gem. Sozialgesetzbuch (SGB V), der Unfallversicherung (SGB VII), der Rehabilitation (SGB IX) und der Arbeitsschutzgesetzgebung. Die Leistungen der Krankenkassen sind gegenüber ihren Versicherten grundsätzlich im sogenannten „Einzelversichertenbezug" zu erbringen, womit systematische Grenzen gegenüber dem bevölkerungsmedizinischen Ansatz der Gesundheitsförderung gesetzt sind. Erst kürzlich wurde die Gesundheitsförderung durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG 2015) mit seinen Artikeln 1-5 (Änderungen des Fünften bis Achten Buches Sozialgesetzbuch: Gesetzliche Kranken-, Renten-, Unfallversicherung, Kinder und Jugendhilfe) stärker in den Fokus gerückt. Nach diesem Gesetz haben die gesetzlichen Krankenkassen nun Leistungen zur Verhinderung

und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) explizit vorzusehen (Art. 1, Abs. 4: §20 Abs. 1). Der Bezug zur städtebaulichen Planung wird hergestellt, indem diese Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbracht werden (§ 20 Abs. 4). Unter Lebenswelten werden dabei für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens sowie der Freizeitgestaltung verstanden. Und dort sind gesundheitsförderliche Strukturen als kassenübergreifende Leistungen, also neu ohne Bezug zu einem Einzelversicherungsverhältnis, aufzubauen und zu stärken (§20a Abs. 1). Mindestens zwei Euro müssen die Versicherungen jährlich je Versicherten für diese Form der Gesundheitsförderung in Lebenswelten aufwenden.

Wir können zusammenfassend feststellen, dass von gesundheitsrechtlicher Seite ein recht umfassender Rahmen von Anknüpfungspunkten besteht (s. Abb. 2), um gesundheitliche Aspekte der städtebaulichen Planung, sowohl hinsichtlich Gesundheitsschutz und Prävention als auch hinsichtlich Gesundheitsförderung, einzubringen, den es im Sinne einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung bestmöglich auszuschöpfen gilt.

7 Fazit

Der Städtebau und die räumliche Planung halten eine Vielzahl von Instrumenten in Form von gesetzlichen Vorgaben und Förderprogrammen bereit, die den Gesundheitsschutz berücksichtigen. Diese werden aktiv zur Gesundheitsvorsorge angewandt, da sie in ihren Regelungen diesen Auftrag explizit enthalten. Bisher noch weniger beachtet wird die Gesundheitsförderung als eine Aufgabe, die ebenfalls die räumliche Planung berührt. Das 2015 beschlossene Präventionsgesetz (PrävG), das vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt wurde, zielt auch auf Gesundheitsförderung im Lebensumfeld (§20a PrävG). Damit sollen auf der Ebene des Quartiers, aber auch darüber hinausgehend, nicht nur Fördermittel des Städtebaus eingesetzt, sondern auch Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherungen herangezogen werden (siehe Beitrag Rauland/Böhme/Köckler in diesem Band). Das ist ein Paradigmenwechsel insofern, als erstmals Krankenversicherungsbeiträge nicht individualbezogen, das heißt für einen bestimmten Versicherten, sondern settingbezogen verwendet werden dürfen. Dies verweist potenziell in Richtung einer stärkeren Kooperation zur proaktiven Gestaltung der Lebenswelt im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit und Wohlbefinden.

Die unterschiedlichen Facetten von raumbezogener Planung – ingenieurtechnisch, rational-wissenschaftlich, politisch-administrativ, politisch-normativ – bestimmen inter- und transdisziplinäre Schnittstellen zwischen Raum- und Gesundheitswissenschaften und spiegeln die Komplexität von gesellschaftlichen Prozessen wider. Unterschiedliche Interessen der organisierten und nicht organisierten Zivilgesellschaft kennzeichnen eine Mitwirkungsbereitschaft der Bürgerinnen und Bürger an planerischen Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen und werden von diesen angesichts der ubiquitären medialen Verfügbarkeit von Informationen und Datengrundlagen eingefordert.

Somit ist der Einsatz wissenschaftlicher Methoden und Instrumente gefordert, auch jenseits des faktenbasierten Diskurses in einem interaktiven Austausch mit zivilgesellschaftlichen Akteuren standzuhalten. Auch deshalb sind ein kooperativer Austausch unterschiedlicher Disziplinen und ein gestaltender Einsatz der jeweiligen Instrumente notwendig und geboten.

Autoren

Sabine Baumgart (**1952*), *Dr.-Ing., Architektin und Stadtplanerin, Univ.-Professorin für Stadt- und Regionalplanung an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund, Mitglied der ARL, Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft NRW der ARL, Leiterin des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der ARL.*

Thomas Kistemann (**1961*), *Prof. Dr., Studium der Medizin, Geographie und Klassischen Philologie in Bonn und Göttingen; nach mehrjähriger klinisch-ärztlicher Tätigkeit seit 1994 am Institut für Hygiene und Public Health der Universität Bonn tätig; Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Leitung des GeoHealth Centre sowie des WHO-Kollaborationszentrums für Wassermanagement und Risikokommunikation; Professur für Hygiene, Umweltmedizin und Medizinische Geographie, stellvertretender Institutsdirektor und leitender Oberarzt* (*Umwelthygiene/Public Health*).

Literatur

Baugesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 2004 (BGBl. I: 2414), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I: 1722) geändert worden ist.
Baumeister, H.; Köckler, H.; Rüdiger, A.; Claßen, T.; Hamilton, J.; Rüweler, M.; Sahin, C.; Baumgart, S.; Hornberg, C. (2016): Leitfaden Gesunde Stadt – Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bochum.
BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bauen und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2011): 40 Jahre Städtebauförderung. Berlin.
Bundes-Immissionsschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Mai 2013 (BGBl. I: 1274), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. Mai 2017 (BGBl. I S. 1298) geändert worden ist.
Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 25. November 1997 (GV. NRW: 430), zuletzt geändert am 14. Mai 2013 (GV. NRW: 202).
Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Februar 2010 (BGBl. I: 94), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29. Mai 2017 (BGBl. I: 1298) geändert worden ist.
Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 17. Juli 2015 (BGBL I: 1368).
Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I: 1045), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 20 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I: 1666) geändert worden ist.
Kistemann, T. (2016): Das Konzept der therapeutischen Landschaften. In: Gebhard, U.; Kistemann, T. (Hrsg.): Landschaft, Identität und Gesundheit. Wiesbaden, 123-149.
Knetschke, T.; Claßen, T. (2014): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit – Für eine wirksame Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen und Zulassungsverfahren. In: UMID 02/2014, 38-43.
Kuschke, W.; Lafontaine, J.; Scharf, B.; Stollmann, F. (2001): Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Wiesbaden.
Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (2017): Gesundheitswirtschaft im Aufbruch. http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/home/ (27.02.2017).

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2017): Gesundheitsregionen Niedersachsen.
http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html (27.02.2017).
Raumordnungsgesetz vom 22. Dezember 2008 (BGBl. I: 2986), das zuletzt durch Artikel 5 Satz 2 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I: 1245) geändert worden ist.
Rodenstein, M. (2012): Stadtplanung und Gesundheit – ein Rückblick auf Theorie und Praxis. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 15-25.
Rüdiger, A. (2017): Gewerbelärm contra Nutzungsmischung – zur Praxistauglichkeit des Urbanen Gebietes. In: RaumPlanung 190 (2), 14-20.
Schell, W. (1995): Das deutsche Gesundheitswesen von A bis Z. Stuttgart.

Wilfried Kühling, Christiane Kawe

BERÜCKSICHTIGUNG VON MEHRFACHBELASTUNGEN BEI DER PLANERISCHEN ABWÄGUNG

Gliederung

1 Einführung
2 Problemsicht „Mehrfachbelastungen“
3 Aufgaben und Probleme einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung im Kontext von Abwägung und Vorsorge
4 Konkretisierungen/Darstellungsoptionen
5 Empfehlungen
Literatur

Kurzfassung
Mehrfachbelastungen zeigen sich meist in städtischen Quartieren, die unter der Einwirkung von mehreren Belastungsursachen leiden. Diese werden unter dem Gesichtspunkt von „Umweltgerechtigkeit“ seit einiger Zeit stärker in den Fokus genommen. Der Beitrag geht anhand von Beispielen zu toxikologischen Erkenntnissen über gesundheitsrelevante Kombinationswirkungen von Schadstoffen davon aus, dass auch verschiedenartige Umweltnoxen chemischer, physikalischer und psychosozialer Art als Einwirkungskomplex zu einer Belastungsverstärkung beitragen. Da bisher kaum Lösungsansätze zur Verminderung von Mehrfachbelastungen eingeübt sind, werden Möglichkeiten diskutiert, wie man diesem Problem begegnen kann. Als generelle Grundlage wird die Vorsorge angesprochen, die bereits heute Maßnahmen zur deutlichen Belastungsminderung ermöglicht, wenn planerische Instrumente der Abwägung zugänglich sind. Als weiterer zentraler Ansatzpunkt werden politische Entscheidungen gesehen, die es aufgrund des gemeindlichen Planungsermessens erlauben, ein eigenes Schutzniveau der Kommune in Form der Selbstbindung (z. B. über Instrumente der informellen Planung) zu definieren. Aber auch eine neu einzuführende planungsrechtliche Bestimmung zur expliziten Steuerung der Abwägung wird als hilfreich angesehen. Hinweise auf konkrete Darstellungen und Bewertungen (auch anhand weiterer Beiträge in diesem Band) erlauben die praktische Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Schlüsselwörter
Mehrfachbelastung – Kombinationswirkungen – Belastungsfaktoren – Umweltqualität – Umweltgerechtigkeit – Abwägung – informelle Planung

Considering multiple burdens in the planning process

Abstract
Multiple burdens occur mainly in urban neighbourhoods suffering from a number of different stressors. Due to the debate on environmental justice, multiple burdens have attracted greater interest recently. This paper draws on toxicological findings on the health-determining combinative effects of pollutants, and discusses how different environmental noxa – chemical, physical or psychosocial – contribute to an increased health burden as one aggregate of impact. To date very little experience has been gathered with practical solutions intended to tackle multiple burdens. Therefore the discussion focuses on how to deal with this challenge. One fundamental approach is that of the precautionary principle already used when considering conflicting interests in planning procedures, thus enabling environmental impacts to be significantly reduced. Another opportunity is found in local political decisions to adopt environmental thresholds that are stricter than the existing binding environmental standards. Furthermore new legal requirements for consideration procedures in planning are seen to be helpful. Hints for clear presentation and evaluation provide the basis for a practical debate.

Keywords
Multiple burdens – combinative effects – environmental quality – environmental justice – informal planning

1 Einführung

Betrachtet man gesundheitsrelevante Einwirkungen auf den Menschen, so sind diese in der Regel auf einzelne Belastungsfaktoren (Noxen) bezogen, die sich aus Luftschadstoffen, Lärm, Strahlen, Stoffen in Nahrungs- oder Futtermitteln, dem Trink- oder Badewasser etc. ergeben. Dementsprechend ist die Organisation des Umwelt- und Gesundheitsschutzes häufig sektoral/medial auf das jeweilige Umweltmedium oder auch auf spezifische Noxen ausgerichtet bzw. nach einzelnen Belastungsbereichen unterschieden (z. B. nach Schadstoffen im Innenraum oder in der Außenluft). Diese Sicht- und Arbeitsweise lässt meist außer Acht, dass in der jeweiligen örtlichen Realität vielfältige Belastungsfaktoren auf den individuellen Organismus kumulativ einwirken können; man kann dann von einer „Mehrfachbelastung" sprechen. Mit diesem (umgangssprachlichen) Begriff wird häufig die Ansammlung von belastenden Einwirkungen beschrieben, die ggf. zu einer (über die Relevanz der Einzelwirkungen hinausgehenden) Gesamtbelastung als Einwirkungskomplex führen können. Im gesundheitsfachlichen Sinn wird darunter die Überlagerung von Einzelbelastungen in ihrer Auswirkung auf einzelne Organe, Organsysteme und den Gesamtorganismus des Menschen verstanden (Landau/Pressel 2009). Im Kern geht es hierbei um die kombinatorische Beziehungsstruktur der einzelnen Belastungselemente. Man kann näher unterscheiden:

> *Kombinationswirkungen* einzelner physikalischer, biologischer oder chemischer Komponenten untereinander (z. B. Stoffgemische)

> *Mehrfachbelastungen* durch die gleichzeitige Einwirkung verschiedener Belastungsarten (wie Luftschadstoffe, Lärm, Strahlen etc.)

Die Einwirkung von mehreren Belastungsursachen auf den Menschen zeigt sich meist in städtischen Quartieren, die unter dem Gesichtspunkt von „Umweltgerechtigkeit" seit einiger Zeit stärker in den Fokus genommen werden (Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012). Die fachlich und rechtlich unbefriedigende Betrachtung und Begrenzung auf einzelne Schadkomponenten führt inzwischen in der EU zu einer entsprechenden Diskussion, und es werden erste Vorschläge unterbreitet, wie zumindest Kombinationswirkungen zukünftig besser berücksichtigt werden können (Europäische Kommission 2012). Zwar sind diese Fragen eher auf Chemikalien bezogen (EU-Chemikalienverordnung REACH), aber die dort gewonnenen Erkenntnisse über Wirkungsverstärkungen beim gleichzeitigen Einwirken verschiedener Noxen legen zumindest nahe, dass auch die bisher meist sektoral erfolgte Interpretation von Belastungssituationen im Raum (sektorale Betrachtung von Lärm, von Luftschadstoffen etc.) bei räumlich-planerischen Fragen nun auch einer gesamthaften Sicht unterzogen werden müssten. Dies ergibt sich nicht nur aus dem Aufgabenfeld zur Herstellung von Umweltgerechtigkeit (Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012), sondern ist auch der hier aufzuzeigenden Tatsache geschuldet, dass die Aufgaben der gesamträumlichen Planung im Grunde genommen eine solche Sicht bereits beinhaltet und die planerische Berücksichtigung bzw. Abwägung helfen kann, vorhandene Defizite zu überwinden. Damit reift das Thema der Mehrfachbelastungen zu einer originären Planungsaufgabe heran, mit der zumindest ansatzweise Lösungen erzielt werden können.

2 Problemsicht „Mehrfachbelastungen"

An einem Beispiel umweltmedizinischer Wirkungsuntersuchungen soll zum Verständnis der Problematik nachfolgend aufgezeigt werden, dass das Zusammenwirken verschiedener Noxen zu einer Wirkungsverstärkung führt. Als beachtliches Ergebnis kann daran deutlich werden, dass selbst stoffliche Einwirkungen, die einzeln betrachtet keine toxische (giftige) Wirkung erzeugen, mit zunehmender Anzahl in ihrer toxischen Wirkung ebenfalls zunehmen. Mangels expliziter Untersuchungen zu diesem Thema dürfte dieser Befund im Prinzip auf das Problem „Mehrfachbelastungen" übertragen werden können. Das Zusammenwirken verschiedener Noxen spielt auch hinsichtlich des üblicherweise geforderten wissenschaftlichen Nachweises von Belastungswirkungen eine Rolle, wenn der kausale Bezug zwischen einer einzelnen Noxe und den sich daraus ergebenden gesundheitlichen Effekten gefordert wird (sog. Evidenz der wissenschaftlichen Aussage). Eine solche Vorgabe, die sicherstellen soll, dass weitere Ursachen(komplexe) dabei auszuschließen sind, läuft einer Erkennung von Mehrfachbelastungen zuwider. Hierauf wird weiter unten noch eingegangen.

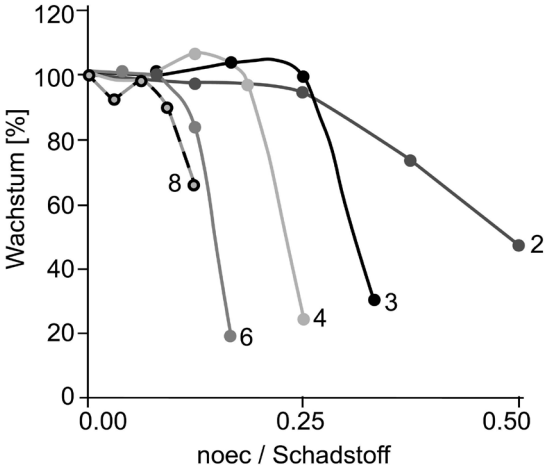
In verschiedenen Untersuchungen zeichnet sich inzwischen neben den bisher hauptsächlich isoliert betrachteten stoff- bzw. noxenspezifischen Ursachen eine Tendenz zur Betrachtung der Kumulation verschiedener Umweltbelastungen ab (synergistische, antagonistische und additive Wirkungen). Daraus lässt sich schließen, dass das Gefährdungspotenzial beispielsweise von stofflichen Mischungen durch die alleinige Bewertung der Einzelstoffe bisher unterschätzt wird. Im „State of the Art Report"

(Kortenkamp/Backhaus/Faust 2009) wird anhand der Ergebnisse einer großen Anzahl wissenschaftlicher Studien belegt, dass stoffliche Gemische Kombinationseffekte bei aquatischen und terrestrischen Organismen in der Weise hervorrufen, dass Stoffmischungen toxischer als die jeweiligen Einzelstoffe sind. Bei den verschiedenartigen Wirkungen unterscheidet man:

> Synergistische Wirkungen (mehr als additiv); sie können auf verschiedene Weise entstehen.

> Antagonistische Wirkungen (weniger als additiv); wie bei synergistischen Wirkungen können auch antagonistische Wirkungen auf chemische oder biologische Weise entstehen.

> Additive Wirkungen; im Gegensatz zu antagonistisch und synergistisch wirkenden Stoffen besitzen additiv wirkende Chemikalien A und B denselben Wirkort in der Zelle und dieselbe Wirkweise. Die Wirkungsadditivität lässt sich jedoch nicht durch rein rechnerische Addition der Effekte von Substanz A und B ermitteln.



(noec = no observed effect concentration)

Abb. 1: Hemmung des Wachstums menschlicher Fibroblasten nach einstündiger Einwirkung durch Mischungen aus 2 bis 8 Substanzen in Abhängigkeit von ihrer Konzentration / Quelle: Witte 2012

An näher untersuchten Kombinationswirkungen lässt sich die Bedeutung einer übergreifenden Betrachtung von gesundheitlichen Wirkungen verdeutlichen. Witte (2012) beschreibt Untersuchungen zu synergistischen Kombinationswirkungen durch Gemische aus 4 bis 8 Komponenten unspezifisch wirksamer Chemikalien in untoxischen Konzentrationen der Einzelsubstanzen (Abb. 1). Die Toxizität wurde anhand der Wachstumshemmung menschlicher Zellen (Fibroblasten) bestimmt. Das Ergebnis:

> Alle Mischungen waren trotz nicht toxischer Konzentration der einzelnen Komponenten insgesamt toxisch.

> Je höher die Anzahl der Stoffe im Gemisch war, desto toxischer wirkte das Gemisch.

> Bei Berechnung der Kombinationseffekte wirkten alle Gemische synergistisch. Dies steht im Widerspruch zur allgemeinen Annahme einer additiven Wirkung von unspezifisch wirksamen Substanzen.

> Viele weitere Untersuchungsergebnisse liegen vor, die diese und andere Befunde stützen (Witte/Beyersmann/Filser et al. 2007; Altenburger 2005).

Ein ähnliches, wenn auch andersartig gelagertes Problem besteht zum Beispiel bei Kombinationswirkungen durch die Belastungskomponente Lärm. Das derzeitige Regelungssystem zum Schutz vor Lärm setzt mit verschiedenen Verordnungen bisher ausschließlich separat an den jeweiligen Quellen an (Verkehrslärm Straße, Verkehrslärm Schiene, Freizeitlärm, Fluglärm etc.) und beurteilt und begrenzt den Lärm auch rechtlich in der Regel jeweils für die verschiedenen Verursachergruppen getrennt. Eine Beurteilung des beim Empfänger insgesamt einwirkenden Lärms aufgrund mehrerer, gleichzeitig einwirkender Geräusche (siehe Beispiel bei Kühling 2012a) findet selten statt, da sich die sehr unterschiedlich auswirkenden Geräusche der Verursachergruppen nur schwer addieren lassen. Dagegen dürfte der Begriff „Schädliche Umwelteinwirkungen" gemäß §3 Abs. 2 BImSchG auch zulassen, die „Geräusche" als Gesamtheit der als Immission einwirkenden Noxe zu betrachten. Auch wenn verständlich ist, dass die Maßnahmen zur Begrenzung schädlicher Einwirkungen bei verschiedenen Verursachern zum Teil auch fachlich bzw. rechtlich unterschiedlich ansetzen müssen, werden doch die bei Betroffenen einwirkenden Geräusche meist nicht als einzelne Teilbelastungen, sondern als Gesamtbelastung wahrgenommen. Auch die gesundheitlichen Wirkungen (z. B. Bluthochdruck) dürften kaum den einzelnen Geräuschquellen zuzuordnen sein (Giering 2010).

Naheliegend wäre danach, das Zusammenwirken mehrerer Schadkomponenten eines Umweltmediums (zum Beispiel Luft) zu erfassen und entsprechend zu bewerten, um auch weitergehende Maßnahmen ergreifen zu können. Erschwerend kommt dabei hinzu, dass nicht nur der unterschiedlich belastete Ort oder Raum zu betrachten wäre, sondern die Betroffenen oft verschieden exponiert sind. So können Betroffene mit geringerer räumlicher Mobilität (wie Ältere und Kinder) eher ganztägig einer örtlichen Belastung ausgesetzt sein, während Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine andere Exposition am Arbeitsplatz und auf dem Weg dorthin erfahren.

Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung von Mehrfachbelastungen
Überträgt man die Erkenntnisse der oben beispielhaft aufgezeigten Kombinationswirkungen einzelner Noxen auf belastete Räume und Bezirke, wo verschiedenartige Belastungen zusammentreffen (Mehrfachbelastungen), dürfte auch dort eine verstärkende Wirkung zu einem Wirkungskomplex gegeben sein. Eine Berücksichtigung solcher Belastungen durch Umweltnoxen chemischer, physikalischer und psychosozialer Art als Einwirkungskomplex ist jedoch insbesondere aus medizinischer Sicht

schwierig: Die große Variationsbreite der persönlichen Gegebenheiten (wie physischer und psychischer Gesundheitszustand, Vorschädigung etc.) und deren Relevanz für die Reaktion eines Organismus auf zusätzliche Einwirkungen lässt sich nur schwer validieren und praktisch handhaben. Eine nachvollziehbare, kombinatorische Beziehungsstruktur dürfte sich meist nicht ableiten lassen.

Daraus folgt auch, dass der in Forschung, Risikobewertung und Gesetzgebung zugrunde liegende Anspruch einer wissenschaftlichen Erkenntnis (und dementsprechend eine rechtsfähige Aussage) meist kaum möglich ist. Denn eine Evidenz wird erst dann als verlässlich angesehen (obwohl es hierzu keine Vorschrift gibt), wenn eine kausale (und valide nachgewiesene) Beziehung zwischen der Wirkung einer Noxe zu einer einzelnen Ursache hergestellt werden kann. Ein Anspruch, der in vielen Fällen mangels Untersuchungen, Langzeitbeobachtungen etc. gar nicht erfüllt werden kann. Im Grunde „muss ein neues Schutzkonzept her" (Kühling 2012b).

Ein weiterer Grund der schwierigen Handhabbarkeit liegt in der Aufgabe des Gesetzgebers, bei störenden oder gefährlichen Belastungen die Bandbreite von Erkenntnissen oder unklare Einordnungen von Wirkungen justiziabel zu machen. In der Regel sind mit rechtlichen Normen Aussagen verbunden, die Maßnahmen ausschließen oder zulassen, also klare Vollzugsregeln beinhalten. Auch für die Erlangung von Rechtssicherheit (z.B. in Klageverfahren) wird meist ein quantifizierbarer und messtechnisch überprüfbarer Wert erforderlich. Es werden also meist eindimensionale, auf mögliche Sanktionen hin ausgerichtete, rechtssichere Zahlenwerte verlangt. Gerade durch die vielfältige, nicht immer quantifizierbare Art des Zusammenwirkens verschiedener Umweltnoxen entsteht also meist eine große Lücke in der praktischen Handhabung.

Da die genannten Schwierigkeiten kurzfristig keine vollziehbaren Vorgaben durch fachrechtliche Bestimmungen erwarten lassen, verbleibt für die Praxis eher der Aufgabenbereich der ebenfalls rechtlich wirksamen Vorsorge, wo auch weniger starke Evidenzen Maßnahmen auslösen können. Insbesondere ist hier die gesamträumliche Planung angesprochen, die gesundheitsrelevante Belange bei der Erstellung von Plänen und Programmen im Rahmen der Abwägung rechtlich verbindlich machen kann, wenn lediglich Hinweise auf Gefahren vorliegen und so Schutz- oder Vorsorgemaßnahmen festgelegt werden können (Kühling 2012b). Dies soll nachfolgend aufgezeigt werden.

3 Aufgaben und Probleme einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung im Kontext von Abwägung und Vorsorge

Abwägungsfragen

Die zuvor aufgezeigte komplexe Problematik, aber auch die bei einer Mehrfachbelastung vielfältig berührten Belange erfordern Instrumente, mit denen diese Aspekte angemessen aufgegriffen werden können. Damit sind insbesondere Instrumente der räumlichen Planung angesprochen, bei denen eine Abwägung von Belangen eingeübt ist. Denn gerade die Abwägung verschiedener, auch gegenstreitiger Belange oder die Berücksichtigung häufig ungenügend quantifizierbarer Belastungsaspekte bei Mehrfachbelastungen im Rahmen von Abwägungsprozessen bieten einen zentralen Ansatz

zur Lösung dieser Aufgaben. Über die Abwägung können bzw. sollten diese Belange berücksichtigt werden und über das planerische Instrumentarium – von informellen über behördenverbindliche bis zu allgemeinverbindlichen Festsetzungen (wie bei der Bauleitplanung) – gesteuert werden. So können verbindliche Festlegungen getroffen werden, wenn die unzureichenden Möglichkeiten der fachrechtlichen Instrumente (z. B. Grenzwerte) hier meist keine Steuerung erlauben.

Fokussiert man nun die Aufgaben einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung auf den Bereich der räumlichen Planung/Planfeststellung, so ist zunächst zu beachten, dass in den meisten Fällen mehrfach belasteter Räume eine gebaute Bestandssituation vorliegt. Damit müssen auch rechtliche Probleme hinsichtlich des Bestandsschutzes, fehlender bzw. schwieriger Eingriffsmöglichkeiten etc. beachtet werden. Ein planerisches Herangehen verlangt nicht zuletzt deswegen ein überlegtes, strategisches Vorgehen. Demgegenüber spielen Aspekte der Mehrfachbelastung gerade in fachgesetzlichen Verfahren der Planfeststellung oder Genehmigungsverfahren nach Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) bisher so gut wie keine Rolle.

Die Stellung der in der Planung zu berücksichtigenden Belange ist i. d. R. höchst unterschiedlich: besitzen die gesundheitlichen oder Umweltbelange nicht selten eine relativ schwache Durchsetzungskraft, genießen die eher investorengesteuerten Belange oft ein größeres Gewicht. Mehrfach belastete Raumsituationen drängen sich daher kaum aus sich selbst heraus in den Vordergrund, vor allem wenn die Betroffenen sich nicht deutlich artikulieren. Nicht selten wird in der gesamtplanerischen Praxis die Berücksichtigung der Gesundheits- und Umweltbelange auch von den (als eher zuständig angesehenen) fachrechtlichen Planfeststellungs- und Genehmigungsverfahren erwartet. Des Weiteren herrscht im Bestand meist eine baurechtliche Situation nach §34 Baugesetzbuch vor. Zum einen sind Vorsorge- oder Schutzanforderungen bei der Verwirklichung von Einzelbaumaßnahmen für deren Umfeld kaum durchzusetzen, zum anderen können die konkreten Planungs-/Baumaßnahmen auch zu einer Verschlechterung der Situation führen (Baulückenschließung, Inanspruchnahme von Grünflächen etc.). Gerade die vorgesehene Einführung der neuen Kategorie „Urbanes Gebiet" im Rahmen der Novellierung der Baunutzungsverordnung (BauNVO) (BMUB 2016) senkt den bisherigen Standard (z. B. hinsichtlich geringerem Lärmschutz oder höherer Grund- und Geschossflächenzahlen). Ein anderer Punkt betrifft die z. T. sehr unterschiedliche Planungssituation in Groß- und Kleinstädten. Je nach fachlicher Bereitschaft der planenden Verwaltung oder der mehr oder weniger großen Nähe zwischen Politik und Planung bestehen Möglichkeiten, um gesundheitliche Belange stärker in den Vordergrund zu stellen – vor allem, wenn Partizipationsmöglichkeiten der Betroffenen geschaffen werden und entsprechender Einfluss auf politische Entscheidungen möglich ist. Auch können spezielle Konzepte des Stadtmarketings einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung dienlich sein (sofern sich eine solche Zielrichtung durch die räumliche Situation stellt, wie bei Kurorten, Bädern etc.). Es wird daher Sinn machen, diese Aspekte in der planerischen Vorbereitung von politischen Entscheidungen zu berücksichtigen, damit den gesundheitlichen Fragen das notwendige Gewicht bei der Abwägung eingeräumt wird. Dies kann als zentraler Ansatzpunkt gesehen werden, wenn aufgrund des gemeindlichen Planungsermessens ein eigenes Schutzniveau der Kommune in Form der Selbstbindung (z. B. über Instrumente der informellen Planung) definiert werden kann.

Ein informelles städtebauliches Konzept für Gesundheitsförderung mit belastbaren Eckpunkten und möglicher planerischer Umsetzbarkeit kann letztlich sogar ein Planungserfordernis begründen (Dieckmann 2013), um andere Instrumente (z. B. § 34 BauGB) auszuschließen, mit denen sonst die Ziele des Konzepts unterlaufen würden (siehe Beitrag Köck in diesem Band).

Planungsrechtliche Vorgabe

Wie das Beispiel Berlin zeigt (siehe Beitrag Klimeczek in diesem Band), kann bei fehlender Planungsvorgabe/Planungspflicht nur recht „mühsam" ein kommunalpolitisches Ziel (mit mehr oder weniger großer Bindungswirkung) gesetzt werden, um die Belange Gesundheit/Mehrfachbelastung berücksichtigungsfähiger zu machen. Gäbe es ein gesetzliches Erfordernis, wäre eine stärkere Durchsetzung solcher Belange von der Planerstellung bis zur Abwägung möglich. Ein solches Berücksichtigungsgebot oder eine kommunalpolitische Zielsetzung zur Steuerung der Entwicklung könnte auch deshalb ein adäquates Vorgehen sein, da in absehbarer Zeit kaum eine wissenschaftlich verlässliche Bewertung einer Mehrfachbelastung gelingen wird bzw. keine rechtlich haltbare Standardsetzung erwartet werden kann.

Solange ein direktes gesetzliches Erfordernis fehlt, kann eine kommunale Selbstbindung nach § 1 Abs. 6 Nr. 11 BauGB (z. B. durch einen formell beschlossenen informellen Plan) Ausgangspunkt für eine stärkere Berücksichtigung der mehrfach belasteten Orte sein. Auch dies könnte bei der Auseinandersetzung um verschiedene Interessen z. B. in der Bauleitplanung zum entsprechenden Gewicht gesundheitlicher Belange führen und deren teilweise mangelnder Durchsetzung entgegenwirken. Auch aus der Überlegung heraus, dass gerade neue oder fremde Planungsthemen nur allmählich/mühsam vermittelt werden können, ist die eingeübte planerische Strategie des Top-down (vom informellen Planungsziel/Planungsleitbild bis hinunter zu den konkreten Bestimmungen im Bebauungsplan) ein eingeübter Arbeitsansatz.

Möglichkeiten der Vorsorge

Eine andere Möglichkeit zur konkreten Begründung gesundheitlicher Belange bietet die Ausschöpfung der international und national eingeführten Vorsorge zur Begrenzung von Belastungen (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2000; Kühling 2014). Diese Vorsorge greift insbesondere dann, wenn belegbare Faktorgrößen einer Mehrfachbelastung nicht bekannt sind und eine Standardsetzung auf valider wissenschaftlicher Basis erschwert ist. Aufgrund der durch Rechtsprechung und Rechtsetzung gewonnenen Sicherheit können Mehrfachbelastungen so genügend objektives Gewicht erlangen, um angemessene Maßnahmen begründen zu können. In der konkreten Umsetzung hilft auch der oft große Spielraum bei der Abwägung von Gesundheits- und Umweltbelangen in Ermessensentscheidungen (wie bei Planfeststellungen und in der gesamträumlichen Planung).

Dieser Ansatz zur Konfliktlösung erhält sein besonderes Gewicht durch den inzwischen rechtlich normierten Ziel-Maßstab zur Erreichung einer angestrebten Umweltqualität insgesamt. So verfolgt die Umweltpolitik der Union gemäß Artikel 191 Abs. 1 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) die Ziele *Erhaltung und Schutz der Umwelt sowie Verbesserung ihrer Qualität* und *Schutz der menschlichen Gesundheit*. Gemäß Abs. 2 zielt die Umweltpolitik der Union auf ein ho-

hes Schutzniveau ab und beruht auf den Grundsätzen der Vorsorge und Vorbeugung. Dieser Anspruch eines hohen Schutzniveaus ist bereits am Beispiel von Luftschadstoffen in deutsche Normen überführt:

> §50 Satz 2 BImSchG: Bei raumbedeutsamen Planungen und Maßnahmen in Gebieten, in denen die in Rechtsverordnungen (...) festgelegten Immissionsgrenzwerte nicht überschritten werden, ist bei der Abwägung der betroffenen Belange die *Erhaltung der bestmöglichen Luftqualität als Belang* zu berücksichtigen.

> Analog dazu bestimmt §26 der 39. BImSchV, dass sich die zuständigen Behörden darum bemühen, die *bestmögliche Luftqualität* unterhalb der genannten Werte, die mit einer nachhaltigen Entwicklung in Einklang zu bringen ist, *aufrechtzuerhalten und* dies bei allen relevanten Planungen *berücksichtigen*.

> Ebenso klar äußert sich §1 Abs. 6 Ziffer 7 Lit. h BauGB, wonach die *Erhaltung der bestmöglichen Luftqualität* in Gebieten, in denen die durch Rechtsverordnung festgelegten Immissionsgrenzwerte nicht überschritten werden, als Belang zu berücksichtigen ist.

Damit sind zumindest bei Ermessensentscheidungen und in der räumlichen Planung Anforderungen gestellt, die im Rahmen des Abwägungsgrundsatzes zwingend eine „Berücksichtigung“ (und damit eine nachprüfbare Auseinandersetzung) dahingehend erfahren müssen, ob die „bestmögliche Qualität“ erreicht wird. Darüber hinaus kann eine „bestmögliche Qualität“ auch im Sinne der EU als Verbesserungsgebot interpretiert werden. Dieser generelle, aber auch konkretisierbare Qualitätsanspruch kann aus Gründen der Gleichbehandlung auf Noxen außerhalb von Luftschadstoffen übertragen werden und Maßnahmen zur Belastungsverringerung auch rechtlich begründen. In der Planungspraxis scheint diese Sicht- und Handlungsweise bisher eher gering ausgeprägt zu sein; erfordert dies doch einen besonderen Sachverstand der planenden Verwaltung und auch ein deutliches Durchsetzungsvermögen bei gegenläufigen Interessen. Insbesondere die vertiefte Kenntnis über den konkreten Schutz- und Vorsorgeumfang von Normen/Grenzwerten (Kühling 2014) könnte in der Abwägung der Belange/Interessen häufig ein anderes Gewicht ermöglichen.

Zu hinterfragen sind jedoch auch die jeweiligen fachgesetzlichen Bestimmungen. Besonders problematisch ist die gebundene Entscheidung nach Immissionsschutzrecht. Dort ist eine Abwägung von Belangen zur Vorsorge erschwert. Allerdings können dort wie auch in anderen Verfahren, in denen eine Umweltverträglichkeitsprüfung durchzuführen ist, bei der Bewertung im Hinblick auf eine wirksame Umweltvorsorge auch Mehrfachbelastungen bei der Entscheidung berücksichtigt werden. Auch die anweisende Formulierung in §26 der 39. BImSchV (siehe oben) dürfte auf weitere Belastungsfaktoren und auch im Hinblick auf Mehrfachbelastungen übertragbar sein. Eine bewusste und streitbare Planungsabteilung etc. vorausgesetzt, können Entscheider mit kompetenten Vorlagen bedient werden.

4 Konkretisierungen/Darstellungsoptionen

Fachliche, rechtliche und regionale Differenzierung der Kriterien, Daten etc.
In Räumen mit Mehrfachbelastung kommt es insbesondere darauf an, das Maß einer Gesamtbelastung zu verdeutlichen, um Lösungen/Handlungsansätze generieren zu können. Hier ist aus der Empfehlung der EU-Kommission zu Kombinationswirkungen (Europäische Kommission 2012) abzuleiten, dass auch das Zusammenwirken mehrerer Noxen unterhalb gesetzter Normen im Hinblick auf eine Wirkungsverstärkung unzulässig oder unerwünscht sein kann. Das oben genannte Beispiel zur Luftqualität kann hierzu als Pendant betrachtet werden. Um eine Einschätzung über die Wirksamkeit der jeweiligen Belastungsfaktoren unterhalb verbindlich gesetzter Schutznormen zu erhalten, sei auf die Leitlinien Umweltvorsorge (UVP-Gesellschaft 2014) hingewiesen. Für wesentliche gesundheitsrelevante Faktoren wird dort neben den jeweiligen fachlichen Differenzierungen der Noxen auch der rechtlich definierte Maßstab der wirksamen Umweltvorsorge quantifiziert. Damit kann in gegebenen räumlichen Situationen die Abweichung von einem wünschenswerten Maß an gesundheitlichem Schutz der Bevölkerung meist recht exakt eingeschätzt werden. Diese fachlich-rechtliche Differenzierung gesundheitlicher Aspekte dürfte erheblich dabei helfen, mögliche Maßnahmen gegen eine Mehrfachbelastung im politischen Prozess durchzusetzen.

Zusammenschau verschiedener Belastungsfaktoren
Die über einzelne Bereiche physikalischer, biologischer oder chemischer Noxen hinausgehende Beurteilung insgesamt wird seit geraumer Zeit anhand verschiedener Darstellungen und Methoden versucht. Hier sei auch auf den Beitrag von Klimeczek (in diesem Band) verwiesen. Eine Übersicht über Methoden zur Bewertung verschiedener Raumwirkungen bieten beispielsweise Fürst und Scholles (2008). Meist erfordert die Verschiedenartigkeit von Wirkungen einzelner Belastungsarten die Überführung der einzelnen Messgrößen und Bewertungsmaßstäbe (wie Dezibel, Schadstoffkonzentrationen, magnetische Flussdichte) in eine neue, einheitliche Skalierung, um bewertungsmethodisch verlässliche Aussagen zu erzielen. Hier bieten sich verschiedene Methoden an (siehe konkrete Beispiele und weitere Hinweise bei Kühling 2012a):

> Belastungsindizes: Durch die Bildung von Indizes können Ausprägungen mehrerer Belastungsfaktoren auf eine dimensionslose Skala übertragen werden.

> Unit-Risk-Schätzungen bei Kanzerogenen: Quantifizierung kanzerogener Stoffe für vergleichende Betrachtungen.

> Wertträgerskalierungen: Die Überführung mehrerer Messergebnisse oder Belastungswirkungen in eine neue, einheitliche Skalierung. Dies ermöglicht, unterschiedliche Belastungswirkungen zueinander in Beziehung zu setzen.

> Normierung anhand kollektiver Mortalitätsrisiken: Vergleich unterschiedlicher Belastungswirkungen auf den Menschen.

Oft werden die verschiedenen Belastungsarten – insbesondere dann, wenn keine präzisen Messgrößen vorliegen – hinsichtlich ihrer Wirkmächtigkeit bewertet und in ordinal skalierten Bewertungsklassen kartographisch dargestellt. Dabei ist zu beach-

ten, dass die meist mit Zahlen versehenen Belastungsstufen prinzipiell aus bewertungsmethodischen Gründen nicht zusammenaddiert werden dürfen (Kühling/Schebek 2015). Beispiele aus der Praxis zeigen immer wieder erhebliche fachliche Schwierigkeiten bei der Zusammenschau unterschiedlicher Wirkungskomplexe. Diese Probleme einer adäquaten fachlichen Zusammenschau und Begründung mehrfacher Wirkungen (auch im Hinblick auf die Wirkungsverstärkung bei unterschiedlich einwirkenden Noxen) sind allerdings nicht neu: Von jeher ist es Aufgabe der räumlichen Planung, auch bei unvollständiger Information und unzureichendem Wissen adäquate Einschätzungen zu gewinnen, um Lösungen zu finden und Wege im Rahmen von planungsrechtlichen Festsetzungen einzuschlagen. Dies soll abschließend zusammengefasst werden.

5 Empfehlungen

Bewertet man die aufgezeigten Möglichkeiten zur Berücksichtigung von Mehrfachbelastungen bei der räumlichen Gestaltung, so zeigen sich – gestaffelt nach den Bindungswirkungen – zusammenfassend die folgenden Vorschläge:

> Wünschenswert wäre, in einem Artikelgesetz eine Bestimmung (in Anlehnung an Artikel 191 Abs. 1 AEUV zur Erreichung eines hohen Schutzniveaus der Umwelt) in die zentralen Fachgesetze, die (auch) dem Schutz der Gesundheit und der Umwelt dienen (wie BImSchG, KrWG, BBodSchG, HWG etc.), mit etwa folgendem Wortlaut einzufügen: „Um ein hohes Schutzniveau der Umwelt insgesamt zu verwirklichen, sind bei der Anwendung gesetzlicher Schutzanforderungen auch mögliche Kombinationswirkungen verschiedener Noxen und Mehrfachbelastungen zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für anthropogene Lebensräume, in denen solche Mehrfachbelastungen zu besorgen sind. Auch unterhalb der für einzelne Noxen geltenden Grenzwerte der Umweltqualität sind Minimierungsmaßnahmen hinsichtlich der Belastung zu ergreifen, so lange Schädigungen nicht ausgeschlossen werden können.“ Dies könnte die lediglich für Luftschadstoffe bereits geltende Planungsnorm erweitern. Damit dies im Vollzug nicht übergangen werden kann, sollten in Ergänzung der genannten generellen Norm verpflichtende Prüfnormen eingeführt werden, etwa wie folgt formuliert: „In Verfahren, die der Entscheidung über die Zulässigkeit von Vorhaben und Plänen dienen, ist zu prüfen, ob Kombinationswirkungen durch verschiedene Noxen und Mehrfachbelastungen zu berücksichtigen sind.“ Eine Aufnahme dieser Bestimmung in §1 Abs. 6 BauGB wäre im Grunde unverzichtbar.

> Solange eine rechtlich bindende Vorgabe fehlt bzw. eine adäquate Standardsetzung bei Mehrfachbelastungen erschwert ist, greifen die Möglichkeiten der international und national eingeführten Vorsorge zur Begrenzung oder zum Abbau von Belastungen. Vorsorge geht über den Gefahrenschutz hinaus und erlaubt ebenfalls verbindliche Festlegungen. Ihr Problem ist der fehlende Drittschutz, denn Vorsorge kann – bis auf Ausnahmen – kaum eingeklagt werden. Hier kommt also den staatlichen und kommunalen Behörden eine besondere Verantwortung zu: Der oft große Spielraum bei der Abwägung von Gesundheits- und Umweltbelangen in Ermessensentscheidungen (wie bei Planfeststellungen und in der gesamt-

räumlichen Planung) bietet weitgehende Möglichkeiten, Kombinationswirkungen und Mehrfachbelastungen (bei entsprechend objektivem Gewicht) bei Entscheidungen zu berücksichtigen, sofern die Abwägungsspielräume behördlicherseits sachgerecht vorstrukturiert werden (also nicht in der Abwägung mangels Gewicht übergangen werden können). Hier könnte insbesondere dem Öffentlichen Gesundheitsdienst als Träger öffentlicher Belange eine besondere Rolle zukommen, wenn die oft vorhandenen Unsicherheiten in der Abschätzung von gesundheitlichen Wirkungen eine Berücksichtigung des Vorsorgeprinzips nahelegen bzw. einfordern. Denn dieses Vorsorgeprinzip kann ja bereits auch außerhalb einer hinreichenden Beurteilungssicherheit angewendet werden.

> Über das vorhandene planerische Instrumentarium (z.B. informelle Pläne oder behördenverbindliche Darstellungen des Flächennutzungsplans) können kommunale Selbstbindungen zur Berücksichtigung mehrfach belasteter Räume entwickelt werden. Oder es können auch gezielt rechtswirksame Entscheidungen getroffen werden, die die Möglichkeiten von Abwägungsspielräumen nutzen. Da gesamträumliche Planung verbindliche Festlegungen treffen kann, in die sich die (späteren) fachrechtlichen Genehmigungen etc. einpassen müssen, können so in Fragen der Mehrfachbelastung die unzureichenden Möglichkeiten der fachrechtlichen Instrumente bereits im Vorfeld überwunden werden. Dies kann insbesondere über die weitergehende Bewertung bzw. Gewichtung bei unsicherer Kenntnis der möglichen gesundheitlichen Wirkungen gelingen.

Die Möglichkeiten der informellen und gesamträumlichen Planung stellen mithin ein Potenzial dar, um das Problem mehrfach belasteter räumlicher Strukturen anzugehen. Eine rechtlich verankerte Aufforderung dazu würde nicht nur die planenden Akteure verpflichten, solchen Fragen nachzugehen, sondern würde auch die Berücksichtigung solcher Belange im politischen Kräftespiel verstärken.

Autoren

Wilfried Kühling (**1948*), *Studium der Raumplanung an der Universität Dortmund, Diplomprüfung 1979. Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fakultät Raumplanung, Promotion zum Dr.-Ing. 1985. In den Jahren 1986 bis 1993 als wissenschaftlicher Mitarbeiter Aufbau und Leitung des Sachgebietes Umweltplanung im Amt für Umweltschutz der Stadt Wuppertal. Danach wissenschaftlicher Angestellter der Universität Dortmund; Habilitation 1998. Seit 1996 Professur Raum- und Umweltplanung am Institut für Geowissenschaften und Geographie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats des Bundes für Umwelt und Naturschutz Deutschland e.V. (BUND) und Mitglied im Bundesvorstand.*

Christiane Kawe (**1963*), *Studium der Biologie an der Universität Köln, Diplomarbeit am Institut für Umwelthygiene in Düsseldorf. Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Pharmaforschungszentrum der Bayer AG in Wuppertal. Seit Januar 1993 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Amt für Umweltschutz der Stadt Leipzig. Tätig in der Umweltplanung, insbesondere zuständig für Umweltverträglichkeitsprüfungen und die Anpassung an den Klimawandel.*

Literatur

Altenburger, R.; Schmitt, H.; Schürmann, G. (2005): Algal toxicity of nitrobenzenes: combined effect analysis as a pharmacological probe for similar modes of interaction. In: Environ Toxicol Chem 24 (2), 324-333.

BMUB – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hrsg.) (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2014/52/EU im Städtebaurecht und zur Stärkung des neuen Zusammenlebens in der Stadt: Referentenentwurf vom 16.06.2016. http://www.bmub.bund.de/fileadmin/Daten_BMU/Download_PDF/Staedtebaurecht/umweltvertraeglichkeitspruefung_staedtebaurecht_entwurf_bf.pdf (04.07.2017).

Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (2012): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern.

Dieckmann, N. (2013): Umweltgerechtigkeit in der Stadtplanung. In: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 2013, 1575-1581.

Europäische Kommission (Hrsg.) (2012): Mitteilung der Kommission an den Rat: Kombinationswirkungen von Chemikalien. Chemische Mischungen. COM(2012) 252 final. Brüssel.

Fürst, D.; Scholles, F. (2008): Handbuch Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung. Dortmund.

Giering, K. (2010): Lärmwirkungen: Dosis-Wirkungsrelationen. Dessau.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.) (2000): Mitteilung der Kommission: die Anwendbarkeit des Vorsorgeprinzips. COM(2000) 1 final. Brüssel.

Kortenkamp, A.; Backhaus, T.; Faust, M. (2009): State of the Art Report on Mixture Toxicity. Report for the Directorate General for the Environment of the European Commission. http://ec.europa.eu/environment/chemicals/effects.htm (30.10.2011).

Kühling, W. (2012a): Mehrfachbelastungen durch verschiedenartige Umwelteinwirkungen. In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern, 135-150.

Kühling, W. (2012b): Die Mehrfachbelastung durch Immissionen erfordert einen Paradigmenwechsel bei Grenzwert- und Entscheidungsfindungen. In: Immissionsschutz 2012 (3), 125-131.

Kühling, W. (2014): Anforderungen an den Schutz der menschlichen Gesundheit und ‚wirksame Umweltvorsorge': Der Vorsorgebegriff; Vorsorge als gesetzlicher Auftrag. In: UVP-Gesellschaft e.V., AG Menschliche Gesundheit (Hrsg.): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit. Hamm, 23-28.

Kühling, W.; Schebek, L. (2015): Ökologische Bewertungsansätze. In: Kaltschmitt, M.; Schebek, L. (Hrsg): Umweltbewertung für Ingenieure. Berlin/Heidelberg, 94-127.

Landau, K.; Pressel, G. (Hrsg.) (2009): Medizinisches Lexikon der beruflichen Belastungen und Gefährdungen. Stuttgart.

UVP-Gesellschaft e.V., AG Menschliche Gesundheit (Hrsg.) (2014): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit. Hamm.

Witte, I. (2012): Kombinationswirkungen von Umweltgiften. In: Steinmetz, B.; Trautmann, S. (Hrsg.): Vergiftet und allein gelassen: Arbeitsmedizin und Umweltmedizin im Schatten wirtschaftlicher Interessen. Weimar.

Witte, I.; Beyersmann, D.; Filser, J.; Berthe-Corti, L.; Butte, W.; Backhaus, T. (Hrsg.) (2007): Toxische Kombinationswirkungen: Komplexe Wirkungen chemischer und physikalischer Stressoren auf Mensch und Umwelt. Oldenburg.

Tom Lecke-Lopatta

GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTENTWICKLUNG IM BESTAND

Welche Rolle kann die Flächennutzungsplanung dabei spielen?
Bei der Neuaufstellung des Flächennutzungsplans Bremen in den Jahren 2008 bis 2015 wurde der Versuch gemacht, das Instrument Flächennutzungsplan hinsichtlich der Aufgabenstellung der Innenentwicklung weiterzuentwickeln (Freie Hansestadt Bremen, Der Senator für Umwelt, Bau und Verkehr 2014).

Ein Blick zurück: Die Darstellung des Flächennutzungsplans 1967 unterschied nicht zwischen Wohnbaufläche und Gemischter Baufläche. Der Flächennutzungsplan 1983 setzt die Charta von Athen um und stellt auf „gesunde Lebensverhältnisse" durch eine klare Trennung von Gewerbe, Gemischten Bauflächen und Wohngebieten ab. Entsprechend der „Leipzig-Charta zur nachhaltigen Europäischen Stadt" (2007) wurden 2015 die Siedlungsflächen in der Summe nicht weiter ausgeweitet und innerhalb der Bauflächen wurde die Gemischte Baufläche wieder vergrößert, um durch Dichte und Mischung Verkehre zu vermindern. Dies löste aus Sicht des Gesundheitsressorts und der Bevölkerung ganz erhebliche Probleme aufgrund von Lärmkonflikten aus. Zu dem Zeitpunkt stand zudem noch nicht das mit der Änderung der Baunutzungsverordnung 2017 eingeführte „Urbane Gebiet" (§6a BauNVO) als neue Darstellungsmöglichkeit zur Verfügung.

Hauptkritikpunkt, der von verschiedenen Seiten im Verfahren zum Flächennutzungsplan hinsichtlich der umfangreichen Darstellungen von Gemischter Baufläche (urban geprägten Gebieten) vorgebracht wurde, war sinngemäß: „Innenentwicklung ist ja gut und schön, aber alles, was sich an größeren Grünbeständen in der Stadt findet, darf nicht angetastet werden, um die ‚gesunden Lebensbedingungen' (z.B. Schutz des Stadtklimas) nicht weiter zu gefährden." Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass die Darstellung „Bauflächen mit zu sichernden Grünfunktionen / besonderes Planungserfordernis bei Innenentwicklungsvorgaben" als Schraffur über Wohnbauflächen (im Sprachgebrauch allgemein nur noch „Grünschraffur") nicht nur bei neuen Bebauungsplänen materiell nachhaltig wirkt, d.h. dass Gesundheitsvorsorge durch Grünausstattung auf hohem Niveau beachtet wird, sondern dass auch ein Diskussionsprozess über die Umsetzung in Bestandsgebieten angestoßen wurde.

Die Planerinnen und Planer des Fachbereiches Bau sahen in den (grünen) Baulücken ideale Nachverdichtungspotenziale, die im Rahmen einer die Infrastruktur effizienter auslastenden Innenentwicklung nach Möglichkeit entwickelt werden sollten. Der Kompromiss war die Darstellung von „Bauflächen mit zu sichernden

Grünfunktionen / besonderes Planungserfordernis bei Innenentwicklungsvorgaben“ im Flächennutzungsplan Bremen als Überlagerung von Bauflächen mit einer sog. „Grünschraffur“. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass in Bereichen besonders wichtiger Grünbestände zwar Innenentwicklung zulässig ist, diese aber in hohem Maße auf die Grünbestände Rücksicht nehmen muss. Damit können und sollen natürlich nicht die Innenentwicklungsprivilegierungen des §13 a des Baugesetzbuches außer Kraft gesetzt werden. Es hat sich aber sowohl in der Ortspolitik als auch unter den Planerinnen und Planern eine heftige und fruchtbare Diskussion darum entwickelt, wie in Gebieten, die mit dieser „Grünschraffur“ belegt sind, die Innenentwicklung so erfolgen kann, dass nicht zuletzt klima- und damit auch gesundheitspolitische Aspekte sorgfältig beachtet werden. Zunächst werden hier bei Pilotprojekten, die innerhalb der Grünschraffur liegen, erste Maßnahmenpakete zur Sicherung des Grünvolumens z.B. durch Dachbegrünung oder Baumpflanzungen und Sicherstellung der öffentlichen Durchwegung erprobt. Auf der Basis systematischer Betrachtungen sollen darauf aufbauend auch Vorgaben für die verbindliche Bauleitplanung in Gebieten im städtebaulichen Bestand und bei neuen Planungen entstehen und so auch Gesichtspunkte der Gesundheitsvorsorge von stadtklimatischen Fragen bis hin zu gesundheitsfördernden Mobilitätsmöglichkeiten gestärkt werden.

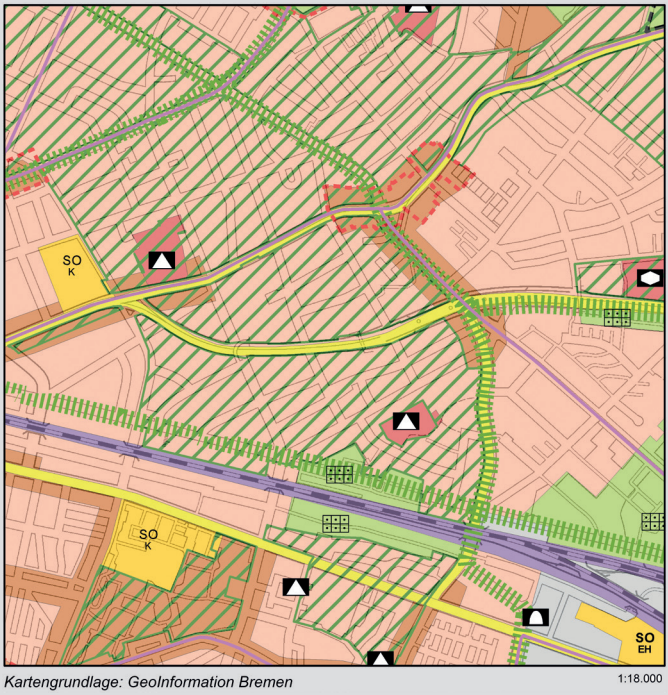


Abb. 1: Ausschnitt Flächennutzungsplan Bremen mit „Grünschraffurbereichen“ / Quelle: Flächennutzungsplan Bremen in der Beschlussfassung vom 04.12.2014

Autor

Tom Lecke-Lopatta (**1955*), *Bremen, Dipl.-Ing. Landschaftsarchitekt, Studium der Landespflege an der Technischen Universität München. Nach beruflichen Stationen als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Münster und Inhaber eines eigenen Büros seit 1990 in unterschiedlichen Bereichen der Senatsverwaltung Bremen, dort seit 1995 zuständig für die Flächennutzungsplanung und Gesamtstädtische Standortplanung, Betreuung verschiedener EU-Projekte unter anderem zur Revitalisierung von Brachen. 2005 bis 2017 Lehrauftrag an der Hochschule Bremen.*

Literatur

Freie Hansestadt Bremen, Der Senator für Umwelt, Bau und Verkehr (2014): Begründung zum Flächennutzungsplan Bremen. Bremen.
http://www.fnp-bremen.de (04.12.2014).

Minh-Chau Tran

WALKABILITY ALS EIN BAUSTEIN GESUNDHEITSFÖRDERLICHER STADTENTWICKLUNG UND -GESTALTUNG

Gliederung

1 Einleitung: Von autogerechten zu bewegungsanimierenden lebenswerten Städten und Quartieren
2 Walkability – mehr als nur Gehfreundlichkeit
3 Wie schafft man es, Orte so zu gestalten, dass sie die aktive Bewegung im Alltag erleichtern?
4 Fazit
Literatur

Kurzfassung
Gesundheitsbelastungen infolge von Bewegungsmangel stehen im Zusammenhang mit der Stadtentwicklung der letzten Jahrzehnte und gehen einher mit inaktiven Lebensweisen. Gehen ist die umweltfreundlichste Fortbewegungsart, es ist sozialverträglich, d. h. unabhängig von sozialer Stellung, Alter oder finanziellen Möglichkeiten für fast alle Menschen machbar – und zugleich gesund. Das Konzept der Walkability zielt aus Planungssicht daher auf eine bewegungsanimierende gebaute Umwelt. Zunehmend wird erkannt, dass Walkability in den letzten Jahren ein wichtiges Thema im Bereich Planung, Städtebau und Gesundheit geworden ist, da die gebaute Umwelt bestimmte Verhaltensweisen beeinflusst. Aus der Praxis werden konkretere Anleitungen gefordert, welche städtebaulichen Merkmale zu erfassen oder anzuwenden sind, um die Walkability zu bewerten oder bewegungsfreundliche Städte zu schaffen. Die Messung von Merkmalen der gebauten Umwelt nimmt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle ein, aber auch die Frage, wie die Forschungsergebnisse Politik und Planungs- und Baupraxis erreichen.

Schlüsselwörter
Walkability – gebaute Umwelt – Bewegungsförderung – Gesundheitsförderung – städtebauliche Merkmale

Walkability as a component of health-promoting urban development and design

Abstract
Health impairments due to inactivity are related to the urban development of recent decades, along with sedentary lifestyles. Walking is identified as the most environmentally friendly mode of transport, social and healthy. From a planning point of view, the concept of walkability therefore aims at a built environment that facilitates physi-

cal activity. It is increasingly recognised that walkability has become an important topic in the field of planning, urban design and health, since the built environment affects certain behaviours. From practice, demands are heard for concrete guidance on which urban design features should be captured to evaluate walkability or implemented to create active cities. The measurement of features of the built environment plays a special role in this context, as does the question of how research results can reach policies, planning and building practice.

Keywords
Walkability – built environment – active living – health promotion – urban design features

1 Einleitung: Von autogerechten zu bewegungsanimierenden lebenswerten Städten und Quartieren

Die Ursachen für Gesundheit und Krankheit lassen sich nicht mehr nur individuell erklären. Aus Perspektive der gesundheitswissenschaftlichen Forschung ist vielmehr mittlerweile belegt, dass Gesundheit aus einer Interaktion zwischen Individuum und sozialer und gebauter Umwelt entstehen (Barton/Tsourou 2000; Sallis/Cervero/Ascher et al. 2006).

Nachdem lange Zeit in der Bewegungsförderung personenzentrierte Ansätze dominierten, wird heute der transdisziplinäre und intersektoral abgestimmte Ansatz verfolgt, bewegungsfreundliche Lebensbedingungen zu schaffen, damit eine nachhaltige und bevölkerungsweite Bewegungsförderung erreicht werden kann (Bucksch/Schneider 2014). „Nur dadurch kann Bewegung im Alltag als einfache und gesunde Alternative wahrgenommen und genutzt werden" (ebd.: 9). Die gebaute Umwelt sollte dabei nicht nur direkt die gesundheitsgefährdenden (pathogenen) Risiken reduzieren, sondern ebenso zu gesunderhaltenden (salutogenen) Bedingungen beitragen, die zum Beispiel auch aktive Bewegung beeinflussen können (zum Konzept der Salutogenese siehe ausführlich Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band).

Unter dem Planungsideal einer autogerechten Stadt sind seit etwa einem halben Jahrhundert Räume entstanden, die das Verhalten und die Gesundheit nachteilig beeinflussen. Autogerechte Stadträume erschweren beispielsweise eine aktive Alltagsbewegung, einhergehend mit unseren modernen inaktiven Lebensweisen. Der Mangel an grünen Aufenthalts- und Bewegungsräumen und an sicheren Verkehrsräumen für umweltgerechte Nahmobilität wirkt sich negativ auf Gesundheit und Lebensqualität von Stadtbewohnerinnen und Stadtbewohnern aus mit der Folge, dass sich z. B. die täglichen Fußwege auf ein Minimum reduziert haben (MiD 2008). Nur eine Minderheit der Erwachsenen erreicht das empfohlene Aktivitätsniveau (Robert Koch Institut 2010: 77). Zusammenhänge zwischen Bewegungsmangel und erhöhtem Risiko, z. B. an kardiovaskulären Erkrankungen und Krebs zu erkranken, sind bekannt (Lee/Shiroma/Lobelo et al. 2012).

Dabei wird Gehen als das am ehesten beeinflussbare Bewegungsverhalten identifiziert und ist zugleich die gängigste und einfachste Form körperlicher Aktivität. Zunehmend

wird erkannt, dass der Fußgänger nicht nur ein Objekt der Verkehrsplanung und dass Gehen mehr als nur irgendeine Mobilitätsform ist: Es ist auch menschliches Verhalten und damit international ein wichtiges Thema im Bereich Städtebau, Mobilität und Gesundheit, da die gebaute Umwelt Verhaltensweisen beeinflusst (Gehl 2010). In jüngster Zeit beschäftigen sich immer mehr interdisziplinäre Forschungen mit Zusammenhängen zwischen gehfreundlichen Stadträumen und langfristigen Gewinnen für die Gesellschaft (Sallis/Spoon/Cavill et al. 2015). Zugleich scheinen die Bereitschaft zu neuen Mobilitätsformen sowie die Rückgewinnung von Stadträumen für Fußgängerinnen und Fußgänger sowie Radfahrerinnen und Radfahrer dieser Entwicklung zusätzlich Dynamik zu verleihen (Abbildung 1).

Abb. 1: Autoorientierter Straßenraum versus menschenorientierter Straßenraum / Quelle: © ISS

Dieser Beitrag befasst sich mit dem Konzept der Walkability und skizziert einen Überblick über die Walkability-Forschung. Auf Basis aktueller Studien wird beispielhaft dargestellt, über welche Merkmale der gebauten Umwelt der Grad der Walkability erfasst werden kann, welche Herausforderungen in der Schaffung bewegungsfreundlicher Städte und Quartiere bestehen und wie die Forschungsergebnisse die Politik sowie Planungs- und Städtebaupraxis erreichen.

2 Walkability – mehr als nur Gehfreundlichkeit

Das Konzept der Walkability verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz und zielt aus planerischer Sicht auf eine bewegungsanimierende Umwelt unter Berücksichtigung verschiedener räumlicher Ebenen (Makro- und Mikroebene). Walkability beschreibt im Grunde, inwieweit durch fußgängerfreundliche Stadtstrukturen und -räume das Gehen oder im weiteren Sinne aktive Mobilität angeregt und gefördert wird (Robertson-Wilson/Giles-Corti 2010; New Zealand Agency 2009). Planungsempfehlungen können sich daher nicht ausschließlich auf Einzelmaßnahmen wie die Verbesserung von Ampelschaltungen oder Geschwindigkeitsbegrenzungen beschränken, da es nicht nur um Gefahrenabwehr für den Fußgängerverkehr geht, sondern zugleich auch um die Schaffung von Urbanität, Identifikation und Lebensqualität durch bewegungsanimierende öffentliche Stadträume. Beispielsweise nehmen Menschen, die in einer fußgängerfreundlich gestalteten Umgebung leben, stärker am gesellschaftlichen Leben teil und haben größeres Vertrauen in ihre Umwelt – ein erheblicher Gewinn an „Sozialkapital“ und damit mehr Lebensqualität (Rogers/Halstead/Gardner et al. 2010). Heute spricht man auch von Walkability und ihren verschiedenen Dimensionen (Walljasper 2013: 5) (Abbildung 2). Vor diesem Hintergrund wird Walkability als umfassendes Konzept für eine lebenswerte nachhaltige Stadt verstanden und bedeutet nicht ausschließlich Gehfreundlichkeit.

Walkability-Forschung – ein multidisziplinäres Feld

Walkability als Forschungsfeld wurde zunächst im Bereich Public Health aus Sorge um die weltweit zu beobachtenden, stetig steigenden Adipositasraten angestoßen. Seit den 1990ern häufen sich multidisziplinäre Walkability-Forschungen aus der Gesundheitswissenschaft, der Verkehrsplanung und später auch der Stadtplanung vor allem im englischsprachigen Raum (Saelens/Sallis/Frank 2003; Cervero/Kockelmann 1997). Der Gedanke, das Gehen durch Planung und Städtebau zu erleichtern, ist aber auch in Deutschland nicht neu (Kühn/Vogler 1957; ILS 1979; ILS 2001). Obwohl insgesamt das Bewusstsein von der Bedeutung der Gesundheit in den letzten drei Jahrzehnten im Bereich Stadtplanung gewachsen ist, scheint das Gehen als Verkehrsart in der Planung in Deutschland noch immer nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Da heute im Vergleich zur Industrialisierungsphase vermeintlich keine direkte akute Gesundheitsgefahr von der gebauten Umwelt ausgeht, kann offensichtlich „Stadtplanung (...) nur dort Gesundheitsprobleme als Planungsprobleme thematisieren, (...) wo Gesundheit objektivierbar, meßbar und verallgemeinerbar ist“ (Rodenstein 1996: 30).

Walkability-Forschungen aus den Bereichen Verkehrsplanung und Gesundheitswissenschaft fokussieren daher stark auf das messbare Ausmaß oder die Wahrscheinlichkeit des Gehens in Relation zu unterschiedlichen Umweltmerkmalen auf Basis von Ana-

lysemodellen (Lee/Moudon 2006; Brownson/Hoehner/Day et al. 2009). Das Messen des Gehverhaltens dient dazu, Politik und Planung zu informieren und deren Auswirkungen zu bewerten (Sauter/Hogertz/Tight et al. 2010). Vielversprechend ist ein erhöhtes Forschungsinteresse auf internationaler Ebene, verstärkt auch durch neue Bewertungsmethoden und Technologien (ebd.). Diese Forschungen belegen z. B. Zusammenhänge zwischen Einwohnerdichte, Konnektivität, Nutzungsmischung und Gehhäufigkeit (Saelens/Sallis/Frank 2003).

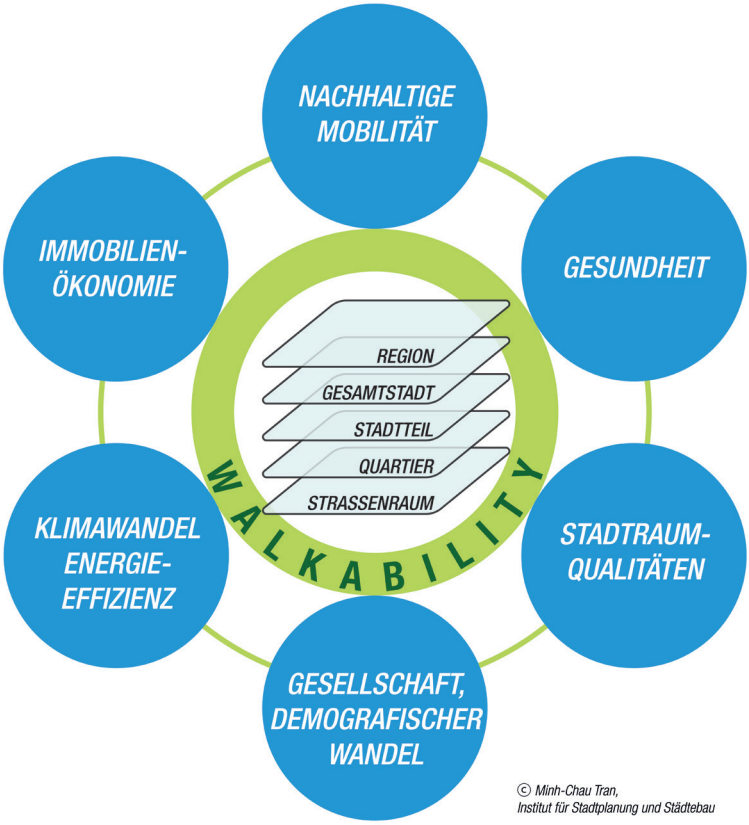


Abb. 2: Die Dimensionen von Walkability / Quelle: eigene Darstellung © ISS

Empirische Studien werden durch diese Ergebnisse auf objektiv messbare Weise untermauert. Allerdings greifen sie zu kurz. Denn Stadträume, in denen wir zu Fuß gehen, sind zu komplex für Quantifizierungen. Das Gehen ist nicht nur zweckgerichtetes Laufen, sondern erlaubt von allen Fortbewegungsarten die meiste Spontanität und Kommunikation.

Daher finden sich im Bereich Städtebau Studien, die die Messbarkeit auch von qualitativen Merkmalen vor Ort untersuchen (Ewing/Clemente 2013). Hier wurden subjektive Qualitäten wie u.a. menschlicher Maßstab, Transparenz und Verknüpfung von Stra-

ßenräumen erhoben mit dem Ziel, operationale Definitionen zur Messung städtebaulicher Qualitäten dieser Räume aufzustellen. Diese Qualitäten sind eng mit grundlegenden städtebaulichen Prinzipien verknüpft, die in zahlreichen älteren Schlüsselwerken in den Bereichen Architektur und Städtebau formuliert wurden und bis heute Gültigkeit haben (Gehl 1971; Appleyard 1981; Whyte 1980; Jacobs 1961). Sie befassen sich vor allem durch Beobachtungsstudien mit den Einflüssen des urbanen Raums auf Verhaltensweisen und soziale Aktivitäten, um die Nutzung öffentlicher Räume besser zu verstehen.

Letztlich ist die Betrachtung der objektiv gemessenen Umweltmerkmale und der subjektiven Umweltwahrnehmung wesentlich für ein umfassenderes Verständnis von Walkability (Tran/Schmidt 2014).

Auf die Balance kommt es an – Städtebauliche Merkmale zur Bewertung der Walkability und für die Planung von bewegungsanimierenden Quartieren

Trotz der Zunahme an evidenzbasierten Erkenntnissen und des Bestrebens in der Forschung, sich mithilfe von Studienergebnissen für eine Änderung der Stadtplanungspolitik und -praxis einzusetzen, scheint es Unklarheiten darüber zu geben, welche städtebaulichen Merkmalen in welcher Gewichtung nötig sind, um aktive Verhaltensweisen zu fördern. Stadtplanerinnen und Stadtplaner sowie politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger fordern eine klarere handhabbare Anleitung aus der Forschung bezüglich der wesentlichen städtebaulichen Gestaltungsmerkmale, die die Gesundheit und gesundes Verhalten wie das Gehen fördern (Allender/Cavill/Parker et al. 2009). Zudem ist oft unklar, welche geeignete(n) Methode(n) zu wählen ist (sind), um diese Merkmale am besten zu erfassen. Es existiert eine Reihe unterschiedlicher Methoden zur Messung der Merkmale der gebauten Umwelt. Sie lassen sich in drei Kategorien gliedern: 1) Interviews oder selbst durchgeführte Befragungen, die vor allem Wahrnehmungen erfassen, 2) Methoden, die (existierende) Daten sammeln, oft mithilfe von Geoinformationssystem (GIS)-Analysen, und 3) systematische Beobachtungen oder Audit-Instrumente (Brownson/Hoehner/Day et al. 2009; Tran 2015).

Die fünf D

Empirisch haben sich als Kriterien für Walkability z. B. die fünf „D" bewährt: „Density", „Diversity", „Design", „Destination accessibility", „Distance to transit" (Ewing/Cervero 2010; Campoli 2012) (s. Tabelle 1).

Die fünf „D" haben den größten Einfluss, wenn sie zusammenwirken. Es erfordert daher eine Balance an Wohnnutzung, Arbeitsplätzen, Dienstleistungen und Einrichtungen in der Nähe von ÖV-Haltestellen und innerhalb fußläufiger Radien sowie ein Einpassen all dieser Elemente in ein engmaschiges Netz und in ein Stadtbild, das das Geherlebnis auf Straßenraumebene verbessert (ebd.; Bucksch/Schneider 2014). Die Dichte und Vielfalt europäischer Städte bzw. ihrer Kernstädte bieten gegenüber den großräumigen, autoorientierten Stadtstrukturen in den USA oder Australien erhebliches Potenzial, kleinräumige Mobilität im Alltag zu fördern.

Kriterium	Indikator	Messmethode
„Density" – Dichte	**Verdichtungsgrad, z. B. Einwohner, Wohneinheiten oder Arbeitsplätze pro km² oder Hektar** Als ein Maß, das auf viele Merkmale der gebauten Umwelt anwendbar ist, beschreibt die Dichte die Intensität eines bestimmten Elements oder einer Aktivität.	z. B. GIS-Analyse
„Diversity" – Diversität	**Grad der Vielfalt in der Flächennutzung und somit an Menschen und Orten (Nutzungsmischung)** Durch eine gute Mischung an Nutzungen können Bewohnerinnen und Bewohner mehr alltägliche Produkte und Dienstleistungen in ihrem Quartier finden und müssen dafür nicht mit dem Auto fahren. Der Diversitätsgrad, d. h. wie viele Nutzungen an einem Ort koexistieren und wie nah sie zueinander sind, ist entscheidend.	z. B. GIS-Analyse
„Design" – Gestalt	**Vorhandensein und Gestaltung von Straßen, Fuß- und Radwegen sowie Vernetzung von Straßen** Zwei Strategien sind hier wichtig: Die Vernetzung von Straßen (Konnektivität), um Wegelängen zu verkürzen, und die Schaffung von fußgänger- und radfahrerfreundlichen Straßen, um die Wegequalität zu verbessern. Die Kreuzungsdichte wird als wichtiger Indikator identifiziert. Unter den „D"-Variablen ist die Straßenraumgestalt aufgrund der Komplexität am schwierigsten zu messen. Sie umfasst z. B. Straßen- und Gehwegbreite, sichere Querungsmöglichkeiten, straßenbegleitende Bäume, Unterstellmöglichkeiten an Haltestellen und Erdgeschossgestaltung.	z. B. GIS-Analyse, Vor-Ort-Begehung durch Walk Audits und Checklisten, Interviews, Befragungen

Kriterium	Indikator	Messmethode
„Destination accessibility“ – Erreichbarkeit von Zielen	**Entfernung zu wichtigen Zielen des täglichen Bedarfs oder zeitliche Dauer des Weges** Die Erreichbarkeit von Zielen, d.h. wie nah Orte an Zielen liegen, die Menschen am regelmäßigsten aufsuchen, wird am stärksten mit reduzierter MIV-Leistung assoziiert. Diese Variable kann durch die Entfernung zum Versorgungszentrum oder durch die Anzahl an Zielen, die innerhalb eines 15-minütigen Fußwegs erreicht werden können, gemessen werden.	z.B. GIS-Analyse, Testläufe
„Distance to transit“ – Entfernung zum ÖV	**Wegstrecke vom Startpunkt zur nächsten Haltestelle des Öffentlichen Verkehrs (ÖV)** Die Entfernung zu und die Erreichbarkeit von ÖV-Haltestellen ist entscheidend, um mehr Fahrgäste anzulocken. Ein dichtes Netz an Wegen und Haltestellen stellt sicher, dass ÖV-Nutzerinnen und -Nutzer keine langen Wege bis zu oder von den Haltestellen zurücklegen müssen.	z.B. GIS-Analyse, Testläufe, Vor-Ort-Begehung

Tab. 1: Übersicht über die fünf „D“, die dazugehörigen Indikatoren und möglichen Messmethoden / Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Ewing/Cervero (2010) und Campoli (2012)

3 Wie schafft man es, Orte so zu gestalten, dass sie die aktive Bewegung im Alltag erleichtern?

Ein wichtiges Ziel ist es, diese evidenzbasierten Forschungsergebnisse in die Planungspraxis einfließen zu lassen. Die Aufgabe der Planungswissenschaft in diesem Themenbereich besteht daher u.a. darin, diejenigen Merkmale und städtebaulichen Konfigurationen zu identifizieren, die die Entscheidung, sich aktiv zu bewegen, und die Wahrnehmung von Fußgängerinnen und Fußgängern beeinflussen, und sie für die Planungs- und Städtebaupraxis zu operationalisieren (zur Gestaltung alternsgerechter Quartiere siehe Beitrag von Brüchert/Quentin in diesem Band).

Messmethoden zur Gewinnung adressatenscharfer Argumente entwickeln
Die Herausforderung liegt u.a. darin, die Verknüpfung zwischen einerseits bestimmten städtebaulich-freiräumlichen Konfigurationen und andererseits dem tatsächlichen Einfluss auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und weitere gesellschaftliche Gewinne überzeugend aufzuzeigen. Dabei spielt Politik eine entscheidende Rolle: „In welchem Ausmaß sich die wachsende gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheit

jedoch in der Stadtplanung niederschlagen kann, (...) hängt letztlich wohl davon ab, ob der gesundheitliche Gesichtspunkt politische Unterstützung erhält aus den kommunalen Entscheidungsgremien" (Rodenstein 1994: 54).

Stadtplanerinnen und Stadtplaner sowie politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger haben selbst darauf hingewiesen, dass dringend praxisbezogene Evidenzen erforderlich sind, die die Wirksamkeit bestehender Planungspolitik bewerten (Allender/Cavill/Parker et al. 2009; Koohsari/Badland/Giles-Corti 2013). Daher könnte einer der nächsten Schritte sein, Messmethoden zu entwickeln, um „Erfolg" zu bewerten, auch ökonomisch, um z. B. Investoren und zukünftige Bewohner und öffentliche Vertreter, die Finanzentscheidungen treffen, zu adressieren. Welchen Mehrwert bekommt man, wenn man gesundheitsförderlich plant und gestaltet? Umfasst dies höhere Produktivität, längere Lebenserwartung oder niedrigere Gesundheitsausgaben (Bassett 2014: I)?

Sensibilisierung für Walkability durch geeignete Beteiligungsformate
Zugleich ist die Frage entscheidend, wie die abstrakten Ergebnisse aus diesen Messungen in der konkreten baulichen Gestaltungspraxis angewendet werden können und wie die Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden. Die Aufgabe, Bewegung in den Alltag der Menschen „einzubauen", dürfte daher in Zukunft innovative Beteiligungs- und Kommunikationsformate sowie geeignete Instrumente erfordern.

Daher ist nicht nur der Aspekt der baulich-räumlichen Gestaltung, sondern auch der gemeinsamen Gestaltung der räumlichen Prozesse mit den Menschen vor Ort entscheidend, um gesundheitsförderliche Städte zu schaffen im Sinne der Toronto-Charta: „Facilitate healthy personal choices by making the physically active choice the easy choice" (GAPA 2010: 2). Der erste Schritt ist die Sensibilisierung der Beteiligten und Betroffenen für das Thema.

Walk Audits, temporäre urbane Interventionen und „natürliche Experimente"
Ein wirkungsvolles Instrument für die Sensibilisierung sind systematische Vor-Ort-Begehungen (Walk Audits) unter Führung einer Auditorin oder eines Auditors, z. B. einer Expertin oder eines Experten aus der Stadtplanung, da die so erarbeiteten Verbesserungsvorschläge an die individuellen Gegebenheiten des jeweiligen Gebiets angepasst sind. Dafür gibt es Walk Audit Tools, die aus Checklisten, Fragebogentools oder computergestützten Audit Verfahren bestehen.

Urbane temporäre Interventionen im öffentlichen Raum sind ein weiteres Mittel der informellen Planung, um mögliche Anstöße zu langfristigen gesundheitsförderlichen Verhaltensänderungen zu geben. Temporäre Straßensperrungen für Autos beispielsweise können als Test und Vorstufe zu einem zukünftigen Projekt die Möglichkeiten aufzeigen, wie Straßen fußgänger- und aufenthaltsfreundlicher gestaltet werden können (Abbildung 3). Mit relativ geringen Mitteln können *gemeinsam* mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie weiteren Akteurinnen und Akteuren vor Ort Voraussetzungen z. B. für Sicherheit und soziale Teilhabe im öffentlichen Raum geschaffen und diese Potenziale sichtbar und fühlbar gemacht werden. Dadurch kann direkt ein Feedback vonseiten der Nutzerinnen und Nutzer gegeben und die Wirksamkeit der Maß-

nahmen überprüft werden. In der Praxis haben diese zeitlich begrenzten Veränderungen oft Impulse für eine dauerhafte Umgestaltung gegeben: Was von der Stadtverwaltung in den Ressorts Stadt- oder Verkehrsplanung anfangs als Experiment betrachtet wurde, wurde bei positiver Bewertung zur Dauerlösung umgebaut.

Gelegenheitsfenster sollten erkannt und genutzt werden, indem diese Ideen z. B. mit bestehenden Initiativen oder Stadtumbauprojekten verknüpft werden. Somit bietet sich die besondere Gelegenheit für die Forschung, z. B. „natürliche Experimente" durchzuführen, um Vorher-Nachher-Effekte bezüglich der Gesundheitsauswirkungen zu evaluieren, auch wenn die verkehrspolitischen oder baulichen Veränderungen nicht vorrangig auf die Veränderung von Gesundheitsverhalten abzielen. Diese Vorher-Nachher-Evaluationen können wertvolle Informationen liefern, die typische Querschnittsstudien nicht bieten.

Abb. 3: Urbane Intervention „Urban Living Room" in Essen – vorher/nachher / Quelle: © ISS

4 Fazit

Zusammenfassend betrachtet geht es allen Akteurinnen und Akteuren, die sich mit der Planung gesundheitsförderlicher Städte und Quartiere auseinandersetzen, um das gemeinsame Ziel, gesundheitsbelastende Bedingungen zu mindern, menschliche Gesundheit zu fördern und gleichzeitig Lebensqualität zu verbessern. Kooperative Forschungsansätze, die auf Erkenntnissen z. B. aus der Stadtplanung, dem Städtebau, der Verkehrsplanung, den Gesundheitswissenschaften und der Sozialraumforschung basieren, sind ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Damit die Forschungserkenntnisse aber auch die Menschen in der Praxis erreichen, die unsere Städte, Quartiere und Straßenräume planen und bauen, bedarf es geeigneter Beteiligungs- und Kommunikationsformate sowie weiterer Unterstützung z. B. durch Expertinnen und Experten aus den Bereichen Stadtsoziologie, Pädagogik und Kommunikationswissenschaft. Strategische Maßnahmen jenseits bloßer Veränderung der gebauten Umwelt erfordern zudem Bildungskampagnen im Bereich Public Health, den Austausch von Informationen über gesundheitsförderliche Stadtplanung – z. B. auch durch die Nutzung neuer Medien –, Änderungen von gesetzlichen Richtlinien, die Anregung zum öffentlichen Dialog sowie die Schaffung von Gelegenheiten für Teilhabe und Mitsprache.

Es ist Zeit, die heute noch sicht- und erfahrbaren Spuren der autogerechten Planung zu beseitigen und die Städte zu gesundheitsförderlichen und menschenbezogenen Lebenswelten umzugestalten. Mit Blick auf Energieknappheit und soziale Gerechtigkeit gilt es, wieder den menschlichen Maßstab anzulegen, um gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse für alle zu schaffen.

Autorin

Minh-Chau Tran (**1977*), *Studium der Architektur an der Universität Karlsruhe (TH). Tätig in verschiedenen Planungsbüros, seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Stadtplanung und Städtebau, Universität Duisburg-Essen. Koordination der Lehre im Bereich Stadtplanung u. a. auch in den internationalen Masterstudiengängen „Urbane Systeme". Projektleitung u. a. in den Projekten „Zukunftswerkstatt Mülheim a. d. Ruhr – Masterplan Spiel- und Bewegungsräume" (2012), „Urbane Interventionen im Eltingviertel, Essen" (2016), „Erstellung des Walkability-Index für die Stadt Essen" (2016). Mitglied im ARL-Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen".*

Literatur

Allender, S.; Cavill, N.; Parker, M.; Foster, C. (2009): 'Tell us something we don't already know or do!' The response of planning and transport professionals to public health guidance on the built environment and physical activity. In: Journal of Public Health Policy 30 (1), 102-116.

Appleyard, D. (1981): Livable streets. University of California Press. Berkeley.

Barton, H.; Tsourou, C. (2000): Healthy Urban Planning – A WHO Guide to Planning for People. London.

Bassett, E. M. (2014): Designing the Healthy Neighborhood: Deriving Principles from the Evidence Base. In collaboration with Hart Howerton. Virginia.

Brownson, R. C.; Hoehner, C. M.; Day, K.; Forsyth, A.; Sallis, J. F. (2009): Measuring the built environment for physical activity: state of the science. In: American Journal of Preventive Medicine (36), 99-123.
Bucksch, J.; Schneider, S. (2014): Walkability – Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune. Bern.
Campoli, J. (2012): Made for Walking - Density and Neighborhood Form. Lincoln Institute of Land Policy. Cambridge, Massachusetts.
Cervero, R.; Kockelmann, K. (1997): Travel Demand and the 3 Ds: Density, Diversity, and Design. In: Transportation Research Part D: Transport and Environment 2 (1997), Nr. 3, 199-219.
Ewing, R.; Cervero, R. (2010): Travel and the Built Environment. A Meta-Analysis. In: Journal of the American Planning Association 76 (3), 265-294.
GAPA – Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health (2010): The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action. http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-eng-20may2010.pdf (21.09.2017).
Gehl, J. (1971): Life Between Buildings. Kopenhagen.
Gehl, J. (2010): Cities for People. Washington, D.C.
ILS – Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung und Bauwesen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (1979a): Raum für Fußgänger: Wege durch die Stadt. Essen. = Schriftenreihe Landes- und Stadtentwicklungsforschung: Stadtentwicklung, Städtebau 1.
ILS – Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung und Bauwesen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (1979b): Raum für Fußgänger: Wohnbereiche. Essen. = Schriftenreihe Landes- und Stadtentwicklungsforschung: Stadtentwicklung, Städtebau 2.
ILS – Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung und Bauwesen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (1979c): Raum für Fußgänger: Straße und Stadtgestalt. Essen. = Schriftenreihe Landes- und Stadtentwicklungsforschung: Stadtentwicklung, Städtebau 3.
ILS – Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001): Fußverkehr. Eine Planungshilfe für die Praxis. Bausteine 24. Dortmund.
Jacobs, J. (1961): The Death and Life of Great American Cities. New York.
Koohsari, M. J.; Badland, H.; Giles-Corti, B. (2013): (Re)Designing the built environment to support physical activity: Bringing public health back into urban design and planning. In: Cities 35, 294-298.
Kühn, E.; Vogler, P. (Hrsg.) (1957a): Medizin im Städtebau: Ein Handbuch für gesundheitlichen Städtebau. Band 1. München/Berlin/Wien.
Kühn, E.; Vogler, P. (Hrsg.) (1957b): Medizin im Städtebau: Ein Handbuch für gesundheitlichen Städtebau. Band 2. München/Berlin/Wien.
Lee, C.; Moudon, A. V. (2006): Correlates of Walking for Transportation or Recreation Purposes. In: Journal of Physical Activity and Health, (3), 77-98.
Lee, I.-M.; Shiroma, E. J.; Lobelo, F.; Puska, P.; Blair, S. N.; Katzmarzyk, P. T. (2012): Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. In: The Lancet 380 (9838), 219-229. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9 (12.12.2015).
MiD 2008: Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH und Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. (2010): Mobilität in Deutschland 2008. Ergebnisbericht Struktur – Aufkommen – Emissionen – Trends. Bonn/Berlin.
New Zealand Transport Agency (2009). Pedestrian planning and design guide.
RKI – Robert-Koch-Institut. (2010): Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". Berlin.
Robertson-Wilson, J.; Giles-Corti, B. (2010): Walkability, Neighbourhood Design, and Obesity. In: Lake A. A.; Townshend, T. G.; Alvanides, A. (Hrsg.): Obesogenic Environments: Complexities, perceptions and objective measures. Oxford, 21-39.
Rodenstein, M. (1994): Wird das Leben in unseren Städten gesünder? In: Stumm, B.; Trojan, A. (Hrsg.): Gesundheit in der Stadt. Modelle – Erfahrungen – Perspektiven. Frankfurt am Main, 39-55.
Rodenstein, M. (1996): Stadt und Hygiene seit dem 18. Jahrhundert. In: Machule, D.; Mischer, O.; Sywottek, A. (Hrsg.): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hamburg, 19-31.
Rogers, S. H.; Halstead, J. M.; Gardner, K. H.; Carlson, C. H. (2011): Examining walkability and social capital as indicators of quality of life at the municipal and neighborhood scales. In: Journal of Applied Research in Quality of Life 6 (2), 201-213.
Saelens, B. E.; Sallis, J. F.; Frank, L. D. (2003): Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. In: Annals of Behavioral Medicine 25 (2), 80-91.

Sallis, J. F.; Cervero, R.-B.; Ascher, W.; Henderson, K.-A.; Kraft, M.-K.; Kerr, J. (2006): An ecological approach to creating active living communities. In: Annual Review Public Health 27, 297-322.
Sallis, J. F.; Spoon, C.; Cavill, N.; Engelberg, J. K.; Gebel, K.; Parker, M.; Thornton, C. M.; Lou, D.; Wilson, A. L.; Cutter, C. L.; Ding D. (2015): Co-benefits of designing communities for active living: an exploration of literature. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2015, 12:30.
DOI:10.1186/s12966-015-0188-2.
Sauter, D.; Hogertz, C.; Tight, M.; Thomas, R.; Zaidel, D. (2010): COST 358: Pedestrians' quality needs: Measuring walking. PQN Final Report Part B4: Documentation. In: Methorst, R.; Monterde i Bort, H.; Risser, R.; Sauter, D.; Tight, M.; Walker, J. (eds.): Pedestrians' Quality Needs. Final Report of the COST project 358. Cheltenham, 5-75.
Tran, M. C.; Schmidt, J. A. (2014): Walkability aus Sicht der Stadt- und Verkehrsplanung. In: Bucksch, J.; Schneider, S. (2014): Walkability – Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune. Bern.
Tran, M. C. (2015): Walkability – Erfassung stadtstruktureller und stadtgestalterischer Merkmale auf Makro- und Mikroebene. In: Koch, M. K.; Krüger, V.; Schmidt, A. (Hrsg.): Wettbewerb Energieeffiziente Stadt – Stadtentwicklung und Mobilität. Berlin. = Energie und Nachhaltigkeit 18.
Vogler, P.; Kühn, E. (Hrsg.) (1957): Medizin und Städtebau. Ein Handbuch für gesundheitlichen Städtebau 1 und 2. München u.a.
Walljasper, Jay (2013): Walking As a Way of Life Movement for Health & Happiness. http://everybodywalk.org/media_assets/WalkingAsAWayOfLife1_Final.pdf (03.08.2017).
Whyte, W. (1980): The social life of small urban spaces. Washington, D.C.

Thomas Claßen

URBANE GRÜN- UND FREIRÄUME – RESSOURCEN EINER GESUNDHEITSFÖRDERLICHEN STADTENTWICKLUNG

Gliederung

1 Einleitung
2 Gesundheitliche Bedeutung urbaner Grün- und Freiräume
2.1 Gesundheitsschützende Eigenschaften von Stadtgrün
2.2 Gesundheitsförderliche Eigenschaften von Stadtgrün
2.2.1 Seelisches (psychisch-mentales) Wohlbefinden
2.2.2 Physisches (körperliches) Wohlbefinden
2.2.3 Soziales Wohlbefinden
3 Anforderungen an gesundheitsförderliche Grün- und Freiräume zwischen Anspruch und Wirklichkeit
4 Perspektiven für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung
Literatur

Kurzfassung
Urbanen Grün- und Freiräumen (Stadtgrün) wird bereits seit Langem ein hoher Stellenwert und ein großes Potenzial im Hinblick auf den Schutz und die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden zugesprochen. Deshalb wird häufig pauschal gefordert, diese Strukturen im Rahmen einer integrierten, zukunftsfähigen Stadtentwicklungsplanung zu erhalten, zu fördern und gegebenenfalls wiederherzustellen. Doch welche konkreten Wirkkomplexe bestehen zwischen Grün- und Freiräumen und der Gesundheit? Welche Forderungen ergeben sich für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklungsplanung? Aufbauend auf der aktuellen Evidenz zu gesundheitlichen Wirkungen werden Anforderungen an und Perspektiven für die Entwicklung von Stadtgrün im Rahmen einer integrierten, gesundheitsförderlichen Stadtplanung formuliert.

Schlüsselwörter
Stadtgrün – StadtGesundheit – Gesundheit und Wohlbefinden – Natur und Gesundheit – Gesundheitsressourcen – gesundheitsförderliche Stadtentwicklung – Gesundheit in der Planung

Urban green and open spaces – Resources for healthy urban development and planning

Abstract
Urban green and open spaces have for a long time been recognised as crucial factors with great potential for protecting and promoting human health and well-being. Hence creating, restoring and enhancing urban green and open spaces is often globally

claimed as part of sustainable, health-promoting and integrated urban development. But which concrete impacts or exposure-response functions exist between green and open spaces and health? What are the pressing demands with respect to health-promoting urban development and planning? Based on the most recent evidence on associated health effects, requirements and perspectives are formulated for the further development of urban green spaces in the context of integrated, healthy urban planning.

Keywords
Urban green spaces – health and wellbeing – nature and health – health resources – urban health – healthy urban development – health planning

1 Einleitung

Die städtische Lebensumwelt[1] beeinflusst in vielfältiger Weise direkt, aber auch indirekt Wohlbefinden, Lebensqualität und Gesundheit der Bevölkerung. Städte weisen – neben unterschiedlichen, oftmals gesundheitsschädigenden (pathogenen) Belastungen von Boden, Wasser, Luft sowie aus der baulich-technischen und der sozialen Umwelt – zahlreiche gesundheitsförderliche (salutogene) Ressourcen auf (Frumkin 2003) (zum Konzept der Salutogenese siehe Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band). Diese Ressourcen können gesundheitliche Belastungen mildern, das allgemeine Wohlbefinden und die gesundheitliche Lebensqualität erhalten, aber auch steigern. Zu den gesundheitsförderlichen Ressourcen gehören unter anderem (vgl. Maller/Townsend/Pryor et al. 2006; Richardson/Mitchell 2010; Dannenberg/Frumkin/Jackson 2011; Claßen/Heiler/Brei 2012; Hornberg/Pauli 2012):

> eine hohe Dichte an gesundheitsrelevanten Einrichtungen (z. B. Sportvereine, Ärzte, Krankenhäuser)

> soziale Unterstützung durch Familie und Nachbarschaft

> eine starke Quartiersidentität

> urbane Grün- und Freiräume (Stadtgrün[2])

1 Im gesundheitswissenschaftlichen Kontext wird der Begriff Umwelt sowohl an die physikalischen, chemischen und biologischen als auch an die sozialen, kulturellen, technischen und ökonomischen Lebensbedingungen geknüpft. Damit beschreibt der Umweltbegriff weit mehr als lediglich die „grüne oder natürliche Umwelt“ (vgl. Graumann/Kruse 2003).

2 Als urbane Grün- und Freiräume („Stadtgrün“) werden in diesem Beitrag punktuelle Freiräume (z. B. Parkanlagen, Privatgärten und Kleingartenanlagen), lineare Freiräume (z. B. Grünzüge, Alleen) und großflächige, natürliche oder naturnahe Freiräume (z. B. Waldflächen), gemeinhin oft auch heutzutage als „grüne Infrastrukturen“ bezeichnet, verstanden (vgl. Claßen/Heiler/Brei et al. 2012). Primär landwirtschaftlich genutzte Freiräume sind zwar nicht explizit Bestandteil von Stadtgrün, in zahlreichen umweltepidemiologischen Studien zu „green & health“ fließen sie jedoch, im Gegensatz zu Brachflächen, subsummiert über den „Faktor Grün“ in die Berechnungen mit ein (Claßen/Völker 2015).

Grün- und Freiräume sind häufig eng verzahnt mit Gewässern, so beispielsweise als Linienstrukturen entlang von Gewässerläufen, als Umrandung größerer Gewässerflächen oder über deren Integration als weiteres städtebauliches Element (Springbrunnen, Teiche etc.) in Park- und Grünanlagen (Kistemann/Völker/Lengen 2010; Heiler/Baumeister/Völker et al. 2014). Ebenso haben auch Gewässer (häufig als Stadtblau explizit von Stadtgrün abgegrenzt) eine hohe gesundheitliche Bedeutung, die an dieser Stelle nur angerissen wird (siehe Beitrag Kistemann in diesem Band).

In den vergangenen zwei Jahrzehnten und insbesondere seit der Jahrtausendwende ist die gesundheitliche Bedeutung von urbanen Grün- und Freiräumen im Kontext einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung international und zunehmend auch national in den Fokus von Wissenschaft und Forschung ebenso wie der kommunalen Planungs- und Vollzugspraxis gerückt (Claßen/Kistemann/Schillhorn 2005; Rittel/Bredow/Wanka et al. 2014; Claßen/Völker 2015). Inzwischen stellt das Thema „Stadtgrün und Gesundheit“ (und zunehmend auch das ursprünglich oftmals subsummierte Thema „Stadtblau und Gesundheit“) einen Schwerpunktbereich der Forschungsaktivitäten und Praxisfelder von „Urban Health“ dar. Ausschlaggebend war für diese Entwicklung u. a. die bereits in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1986 formulierte Erkenntnis, dass entgegen früheren Ansätzen in der Gesundheitsförderung verhaltensbezogene Interventionen nur dann Erfolg haben können, wenn die Verhältnisse (soziokulturell ebenso wie natürlich und baulich-technisch) gesundheitsförderliche Lebensweisen unterstützen und anregen (vgl. Hornberg/Pauli 2012).

Siedlungen und Städte wurden bereits in der Antike bevorzugt an Hochflutufern von Gewässern oder am Fuße von Erhebungen errichtet, da hier der Zugang zu Frischwasser, eine gute Durchlüftung, günstige Voraussetzungen für den Transport von Gütern sowie für die Ver- und die Entsorgung gewährleistet waren. Darüber hinaus wurden in den Städten in der Blütezeit der antiken Großreiche in großem Umfang Gärten und Parks zur „Erbauung der Bevölkerung“ angelegt (Ward Thompson 2011). Implizit waren somit auch damals bereits sowohl der Schutz als auch die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung ein handlungsleitendes Thema in der Siedlungs- und vor allem Stadtentwicklung (zur historischen Entwicklung siehe Beitrag Baumgart in diesem Band). Auch wenn dieses Wissen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – bis in die frühe Neuzeit hinein verloren ging, markierten die Romantik und schließlich die großflächigen städtischen Erweiterungen im Zuge der Industrialisierung im 19. Jahrhundert einen deutlichen Wendepunkt. In großem Stile wurden Parks und andere Grünräume als städtische Naherholungsgebiete angelegt und entwickelten sich rasant zu wichtigen Identifikationsorten der städtischen Bevölkerung (man denke hier z. B. an den Central Park in New York, den Tiergarten in Berlin oder den Kölner Grüngürtel). Dies geschah nicht zuletzt auch als stadthygienische Maßnahme vor dem Hintergrund der erforderlichen Frischluftzufuhr und Luftreinhaltung (Stichwort: „grüne Lunge“, vgl. Wagner 1915; Rodenstein 1988; Claßen/Hornberg 2008; Ward Thompson 2011). Insofern dienten die Grünräume in der Stadt dem Gesundheitsschutz sowie der Erholung und damit auch der Förderung des Wohlbefindens, auch wenn es gerade zu letzterem Aspekt in dieser Zeit keine belastbare Evidenz gab (Rodenstein 2012).

Im Zuge der städtischen Erweiterungen im ausgehenden 19. und 20. Jahrhundert und insbesondere nach dem zweiten Weltkrieg wurde der Stellenwert von Grünräumen und Gewässern in vielen Städten neu bewertet – mit drastischen Folgen für diese Räume. Eine vermehrt naturwissenschaftlich-technokratische Sicht auf Natur und Landschaft leitete einen Prozess der Entfremdung von Natur ein. Insbesondere kleine Fließgewässer wurden kanalisiert oder – wo möglich – verrohrt. Viele urbane Grün- und Freiräume wurden im Zuge von Bauvorhaben, Verkehrsentwicklung und vor allem der Nachverdichtung umgenutzt und gingen somit verloren. Spätestens seit der Jahrtausendwende erfährt Stadtgrün jedoch wieder vermehrte Aufmerksamkeit in der öffentlichen Wahrnehmung und in der Stadtplanung. Dies ist nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass die Evidenz im Hinblick auf die gesundheitliche Bedeutung von *Stadtgrün* (vereinzelt zusammen mit Gewässern auch als *Stadtnatur* bezeichnet) in den vergangenen zwei Jahrzehnten und verstärkt in den letzten Jahren erheblich angestiegen ist (Claßen/Völker/Baumeister et al. 2014). Nachfolgend wird die aktuell verfügbare Evidenz im Hinblick auf die gesundheitlichen Wirkungen dargestellt.

2 Gesundheitliche Bedeutung urbaner Grün- und Freiräume

Seit langem wird Stadtgrün als urbanen gesundheitsförderlichen Strukturen in Wissenschaft und Politik international wie national ein hoher Stellenwert zugesprochen (u.a. Wagner 1915; Rodenstein 1988; Barton/Tsourou 2000; Rodenstein 2012). Inzwischen ist die *gesundheitsschützende* ebenso wie die *gesundheitsförderliche Wirkung* von Stadtgrün im Hinblick auf die Gesundheit von Individuen, Bevölkerungsgruppen und die städtische Bevölkerung insgesamt vielfach belegt (u. a. Claßen/Hornberg 2008; Körner/Nagel/Bellin-Harder 2008; Heiler/Baumeister/Völker et al. 2014; Claßen/Völker 2015; Hornberg/Beyer/Claßen et al. 2016). Somit steht oftmals pauschal die Forderung im Raum, im Rahmen einer integrierten, zukunftsfähigen Stadtentwicklungsplanung – neben der Belastungsminimierung – insbesondere gesundheitliche Ressourcen zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen (vgl. u.a. Barton/Tsourou 2000; Frumkin 2001; Dannenberg/Frumkin/Jackson et al. 2011; Hartig/Mitchell/de Vries et al. 2014; BMUB 2015). Doch welche konkreten Wirkkomplexe bestehen zwischen Grün- und Freiräumen und der Gesundheit?

2.1 Gesundheitsschützende Eigenschaften von Stadtgrün

Urbane Grün- und Freiräume erfüllen zahlreiche Ökosystemleistungen (vgl. Kowarik/Bartz/Brenck 2016) und besitzen ein erhebliches Potenzial, lufthygienische Problemlagen und Lärm zu mindern sowie als klimaökologische Ausgleichsräume zu fungieren (Claßen/Völker 2015).

So können urbane Grünräume als Schadstoffsenken dienen. Besonders laubtragende Gehölze sind in der Lage, Schadstoffe direkt aufzunehmen oder Partikel auf ihrer Oberfläche anzulagern und mit dem nächsten Niederschlag in den Boden abzuleiten (Bruse 2003).

In Bezug auf Lärm sind direkt lärmmindernde Effekte und lärmmoderierende Wirkungen hervorzuheben. So mindert Stadtgrün den Lärm durch den größeren Abstand zwischen Lärmquelle und lärmexponierten Personen sowie durch Schallreflektion und Streuung aufgrund der rauen Oberfläche, wobei die faktische Pegelminderung zumeist überschätzt wird (u. a. Yang/Bao/Zhu 2011). Zudem überlagert Stadtgrün durch die selbst erzeugte Geräuschkulisse als positiv bewertete „Soundscape" (z. B. Blätterrauschen, Vogelgezwitscher) den störenden Umgebungslärm, trägt zu einer Lärmmoderation bei und mindert hierdurch die subjektiv empfundene Beeinträchtigung (Irvine/Devine-Wright/Payne et al. 2009; Gidlöf-Gunnarsson/Öhrström 2010; de Coensel/Vanwetswinkel/Botteldooren 2011). Dieser Effekt wird verstärkt im Falle einer visuellen Abschirmung der Lärmquelle.

Abb. 1: Lärmminderung und Lärmmoderation durch Stadtgrün: Karatetraining im Bielefelder Bürgerpark in unmittelbarer Nähe zu einer vielbefahrenen Hauptstraße / Quelle: © Thomas Claßen (2009)

Aus klimaökologischer Sicht sind urbane Grün- und Freiräume (ebenso wie Gewässer) in mehrfacher Hinsicht wirksam. Während Bebauung und Versiegelung in den Städten u. a. verantwortlich sind für das Entstehen hitzebelasteter urbaner Räume (Hitzeinseln), üben urbane Grün- und Freiräume auf die umgebende städtische Bebauung eine kühlende Wirkung aus und können dadurch die Aufheizeffekte verringern (Matzarakis 2001). So können sie erheblich dazu beitragen, die Temperatur an heißen Tagen zu senken (Bowler/Buyung/Knight et al. 2010b). Tagsüber bietet das Kronendach von Bäumen Schatten und verhindert dadurch die Aufwärmung des darunter befindlichen Areals (z. B. asphaltierte Flächen), zudem fällt die Wärmespeicherung auf der rauen Oberfläche natürlicher, bewachsener Böden geringer aus als auf betonier-

ten Flächen (vgl. Bruse 2003). Darüber hinaus sorgt die Transpiration für eine zusätzliche Kühlung und führt zu einer Erhöhung der absoluten Luftfeuchtigkeit. In der kälteren Jahreszeit hingegen wirken insbesondere offene Wasserflächen als Wärmespeicher (Völker/Baumeister/Claßen et al. 2013).

Mit der Zunahme der Anzahl der Hitzetage und Tropennächte infolge des erwarteten Klimawandels gewinnen urbane Grün- und Freiräume als Klimakomfortinseln, sowohl hinsichtlich ihrer Verminderungs- als auch bezüglich ihrer Ausweichkapazität insbesondere für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen, erheblich an Bedeutung (Schmidt/Seidel/Kolodziej 2010).

2.2 Gesundheitsförderliche Eigenschaften von Stadtgrün

Urbane Grün- und Freiräume können das seelische, körperliche und soziale Wohlbefinden von Individuen und Bevölkerungsgruppen direkt und indirekt positiv beeinflussen (Abraham/Sommerhalder/Bolliger-Salzmann et al. 2007; Bowler/Buyung/Knight et al. 2010a; Lee/Maheswaran 2011; Claßen/Heiler/Brei 2012; Hartig/Mitchell/de Vries et al. 2014). Zahlreiche Studien und Übersichtsarbeiten zur Wirkung von Stadtgrün gaben deutliche Hinweise auf eine Steigerung des allgemeinen (gesundheitlichen) Wohlbefindens der Bevölkerung (vgl. u. a. Frumkin 2001, 2003; Frank/Frohn/Härtich et al. 2004; Bedimo-Rung/Mowen/Cohen 2005; Groenewegen/van den Berg/de Vries et al. 2006; Maller/Townsend/Pryor et al. 2006; White/Alcock/Wheeler et al. 2013), auch wenn die Quantität und Qualität des betrachteten Grüns nicht systematisch erfasst wurde. Es gibt aber inzwischen auch eine Vielzahl an Studien, die den Einfluss auf das seelische, körperliche und soziale Wohlbefinden auch differenziert betrachten.

2.2.1 Seelisches (psychisch-mentales) Wohlbefinden

Insbesondere im Hinblick auf das *seelische* (*psychisch-mentale*) *Wohlbefinden*, das stark von der individuellen Raumwahrnehmung, Konstruktion und Raumbewertung beeinflusst wird, wird Stadtgrün eng mit Natur und Landschaft assoziiert. Bereits seit den 1970er Jahren besteht ein durch evolutionsbiologisch-anthropologische Theorien sowie wahrnehmungspsychologische Erklärungsansätze geprägter Diskurs, demzufolge Menschen eine Präferenz für halboffene, als natürlich empfundene Umgebungen (z. B. parkartige Strukturen) und einzelne natürliche Elemente (Tiere, Pflanzen) besitzen. So konnte gezeigt werden, dass das Natur- und Landschaftserlebnis eine stressreduzierende, blutdrucksenkende, aufmerksamkeitserhöhende, konzentrationssteigernde und dennoch erholsame (restorative) Wirkung haben kann (u. a. Kaplan/Kaplan 1989).

Hartig/Evans/Jamner et al. (2003) konnten in einer viel beachteten Studie nachweisen, dass die Auswirkungen negativen Stresserlebens durch einen Spaziergang in der Natur signifikant stärker gemindert wurden als durch einen Spaziergang entlang einer stark befahrenen Straße oder das Durchblättern eines Buches in einem Raum. Roe/Aspinall (2011) führten eine quasi-experimentelle Studie durch, in der zwei Gruppen

(eine Gruppe mit guter mentaler Verfassung, die andere mit einer weniger guten mentalen Verfassung) jeweils einen Spaziergang in einem ländlichen, naturnahen Raum und in einem städtischen Gebiet absolvierten. Die Ergebnisse zeigten, dass der Spaziergang im ländlichen Gebiet die Erholung in emotionaler und kognitiver Hinsicht in beiden Gruppen im Vergleich zu dem Spaziergang im urbanen Raum begünstigte. Die Gruppe mit dem schlechteren mentalen Zustand profitierte von dem Spaziergang im ländlichen Raum zudem in einem höheren Maß als die Vergleichsgruppe (Roe/Aspinall 2011). In weiteren Studien konnte gezeigt werden, dass das Naturerlebnis Ängsten und depressiven Symptomen entgegenwirken kann (Maas/Verheij/de Vries et al. 2009; Ward Thompson/Roe/Aspinall et al. 2012). Der Zustand des Grüns (z. B. gepflegt oder ungepflegt) hat offensichtlich keinen großen Einfluss auf die gesundheitliche Wirkung, vielmehr macht der Typus des Grüns (naturnah oder stark anthropogen überformt, Wald oder Park) den Unterschied (Martens/Bauer 2011).

2.2.2 Physisches (körperliches) Wohlbefinden

In der jüngeren Vergangenheit haben verschiedene Studien explizit die Wirkungen von Natur und Stadtgrün auf die physische Gesundheit untersucht. Hierbei wurden mögliche Effekte auf die Mortalität, die Morbidität oder weitere kurzzeitige körperliche Reaktionen, wie beispielsweise stressmindernde Effekte von Aufenthalten in der Natur, beschrieben.

Erste statistisch abgesicherte Hinweise zu direkten Wirkungen von Stadtgrün auf die physische Gesundheit finden sich in den 1980er Jahren. In einer sehr kleinen, aber vielbeachteten Studie untersuchte Ulrich (1984) retrospektiv in einer quasi-experimentellen Studie den Heilungsprozess von frisch operierten, stark bewegungseingeschränkten Menschen nach Gallenblasenentfernung in einem US-amerikanischen Klinikum (n=46, Alter von 20 bis 69 Jahre, ohne ernsthafte Komplikationen oder bekannte psychische Störungen). Bei ansonsten vergleichbaren Bedingungen lag der Unterschied im Blick aus dem Fenster. Während eine Gruppe an einer Hauswand entlang auf eine Baumgruppe schaute, fiel der Blick der anderen Gruppe auf eine gegenüberliegende Backsteinwand. Das erstaunliche Ergebnis: Diejenigen Patientinnen und Patienten mit Blick auf die Baumgruppe hatten u. a. eine geringere Anzahl postoperativer Krankenhaustage, d. h. sie wurden früher entlassen, nahmen deutlich weniger Schmerzmittel ein, riefen seltener nach dem Krankenhauspersonal und wiesen weniger bzw. leichtere Komplikationen auf (Ulrich 1984).

In einer primär umweltpsychologischen Studie zeigten Hartig/Evans/Jamner et al. (2003) die deutliche Wirkung des Naturerlebnisses auf das Stressniveau. So sank der diastolische Blutdruck in einer Probandengruppe während des Spaziergangs durch eine naturnahe Landschaft ab, während er in der Gruppe entlang der Straße nach kurzzeitigem Absinken wieder deutlich anstieg. In der Zwischenzeit sind zahlreiche Studien durchgeführt worden, die die Ergebnisse von Hartig/Evans/Jamner et al. (2003) stützen. Stets geht die Exposition gegenüber natürlichen Umgebungen einher mit einer Absenkung des Blutdrucks sowie des Cortisolspiegels als Indikator für ein reduziertes Stressniveau (vgl. u.a. Bowler/Buyung/Knight et al. 2010a).

Auch Li/Morimoto/Kobayashi et al. (2008) bestätigten in einer Vielzahl von Einzelstudien, in der die Wirkung des längeren Aufenthalts im Wald (das sogenannte „forest bathing") analysiert wurde, den Abbau von Stresshormonen. Darüber hinaus wiesen sie jedoch auch eine krebspräventive Wirkung durch den Aufbau von sogenannten „Krebskillerzellen" (*human natural killer activity*) sowie die Ausschüttung von intrazellulären Krebsabwehr-Proteinen nach (vgl. auch Bowler/Buyung/Knight et al. 2010a). Diese Wirkung wird direkt mit der erhöhten Konzentration von Phytonziden (pflanzliche Biozide) in Verbindung gebracht.

Takano/Nakamura/Watanabe (2002) fanden in einer Studie aus Japan Hinweise, wonach eine gute Versorgung mit und ein guter Zugang zu städtischen Grünflächen signifikant positiv mit Lebensqualität und Lebenserwartung der Menschen assoziiert ist. Demgegenüber fanden Mitchell und Popham (2008) in einer Untersuchung auf der Ebene der kleinsten statistischen Raumeinheiten Englands (32.482 lower level super output areas, LSOA) in solchen LSOAs, in denen Menschen mit einem niedrigen Einkommen leben, eine starke Assoziation zwischen einer schlechten Ausstattung mit naturnahen Grünräumen (*natural green*) und dem gesundheitlichen Allgemeinzustand ebenso wie der physischen Gesundheit. Richardson und Mitchell (2010) untersuchten in Großbritannien mögliche Assoziationen zwischen geschlechtsspezifischen Unterschieden im gesundheitlichen Status und dem urbanen Grünanteil. Die Mortalitätsraten durch kardiovaskuläre und respiratorische Erkrankungen waren bei Männern negativ mit dem zur Verfügung stehenden Grünanteil korreliert, d. h. die Sterblichkeit war umso geringer, je größer der Grünanteil war. Diese Assoziation ließ sich jedoch für Frauen nicht nachweisen. Dies erklärten die Autoren mit der geschlechterdifferenzierten Wahrnehmung und Nutzung von Stadtgrün (Richardson/Mitchell 2010).

Maas/Verheij/de Vries et al. (2009) konnten in einer niederländischen Untersuchung, in der das Vorkommen von 24 Krankheitsbildern in Bezug zur Entfernung zu Grün- und Freiräumen (einschließlich landwirtschaftlich genutzter Flächen) berücksichtigt wurde, zeigen, dass Menschen, die im städtischen Umfeld mit größerer Entfernung zu Grünräumen leben, zum Teil signifikant häufiger an den untersuchten Krankheitsbildern (kardiovaskuläre, muskuloskeletale, psychisch-mentale, respiratorische, neuronale und degenerative Erkrankungen) leiden als Personen, die in geringer Entfernung zu Grünräumen leben.

In den vergangenen Jahren haben zudem verschiedene Studien untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Grünraumanteil in der Wohnumgebung und dem Geburtsgewicht von Neugeborenen besteht. Das erstaunliche Ergebnis: nach Adjustierung für Luftverunreinigungen, Abstand zu stark befahrenen Straßen, Bevölkerungsdichte und Bildungsgrad verstärkte sich der statistische Zusammenhang (Markevych/Fuertes/Tiesler et al. 2014; vgl. Dadvand/Sunyer/Basagaña et al. 2012; Laurent/Wu/Li et al. 2013).

Den bisher vorgestellten Studien ist gemeinsam, dass sie einzig die Quantität von natürlicher Umgebung im Studiendesign zugrunde legten, nicht jedoch qualitative Aspekte. Van Dillen/Vries/Groenewegen et al. (2012) und de Vries/van Dillen/Groenewe-

gen et al. (2013) untersuchten hingegen in 80 niederländischen Wohnquartieren sowohl die Verfügbarkeit als auch die Qualität von Grünräumen sowie Straßenbegleitgrün und setzten dies in Beziehung zur selbstbewerteten Gesundheit ihrer Studienteilnehmer. Für alle erfassten Gesundheitsindikatoren (darunter „aktuelle gesundheitliche Beschwerden") zeigten sich positive Assoziationen, wobei diese für den Landschaftsbestandteil Straßenbegleitgrün besonders ausgeprägt waren.

Verschiedene Studien beschäftigten sich mit der Frage, inwieweit urbane Grün- und Freiräume zu erhöhter körperlicher Aktivität anregen (u.a. Pikora/Giles-Corti/Bull et al. 2003). Denn regelmäßige Bewegung, besonders vor Einsetzen der Pubertät, wirkt sich beispielsweise positiv auf den Knochenbau aus (vgl. Sardinha/Baptista/Ekelund et al. 2008). Darüber hinaus trägt körperliche Aktivität u.a. zur Stärkung des Herz-Kreislauf- und des Immunsystems sowie zur Prävention von Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ II, Darmkrebs, Osteoporose und Rückenschmerzen bei und vermindert das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden (vgl. Claßen/Hornberg 2008). Frank/Frohn/Härtig et al. (2004) konnten für Bielefeld zeigen, dass Parkanlagen und Grünzüge von 56% der Bevölkerung als alternative Verkehrswege genutzt werden und dass für 71% der Befragten „Bewegung" der Grund dafür ist, Grünräume im urbanen Umfeld aufzusuchen. De Vries/Claßen/Eigenheer-Hug et al. (2011) konnten in einem Review anhand zahlreicher Studien die oben genannte Frage eindeutig bejahen und insofern auch einen Beitrag zum Erhalt und zur Förderung der psychisch-mentalen und physischen Gesundheit postulieren. So zeigten einige Studien, dass Personen, die die Möglichkeit haben, sich zu Fuß oder mit dem Rad fortzubewegen, seltener Übergewicht und Adipositas aufweisen und grüne Wege für ihre Nahmobilität präferieren (Giles-Corti/Broomhall/Knuiman et al. 2005; de Vries/Claßen/Eigenheer-Hug et al. 2011).

In all diesen Fällen stellen Grün- und Freiräume vor allem eine Kulisse und Arena für körperliche Aktivität dar. Es stellt sich allerdings die Frage, ob möglicherweise ein additiver gesundheitlicher Effekt durch die Bewegung in der naturnahen Landschaft besteht (de Vries/Claßen/Eigenheer-Hug et al. 2011) und welche Grün- und Freiraumstrukturen sich als besonders bewegungsförderlich erweisen. Einige wenige Studien verglichen gesundheitliche Wirkungen durch körperliche Aktivität in Innenräumen (Fitness-Studios) mit solchen mit Blick auf naturnahe Landschaften (Pretty/Peacock/Sellens et al. 2005) sowie mit körperlicher Aktivität in Grünräumen (Hug/Hartig/Hansmann et al. 2009). Ein zusätzlicher gesundheitsförderlicher Effekt durch die Bewegung in Grünräumen konnte zwar nicht belegt werden (vgl. de Vries/Claßen/Eigenheer-Hug et al. 2011). Da Grün- und Freiräume jedoch Räume für Bewegung in jeglicher Hinsicht bereitstellen, wird ihnen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive dennoch zunehmend Aufmerksamkeit zuteil.

2.2.3 Soziales Wohlbefinden

Als öffentlicher und frei zugänglicher Begegnungsraum wirken sich Grünräume über die bisher beschriebenen Effekte hinaus auch positiv auf das soziale Wohlbefinden der Menschen aus (Maas/Verheij/Groenewegen et al. 2006; Strohmeier/Mai 2007). Denn hinsichtlich der Möglichkeiten, soziale Kontakte zu erschließen oder zu pflegen, gelten

urbane Grünräume als bedeutende sozialräumliche Systeme und soziale Begegnungsstätten (Ellaway/Macintyre/Bonnefoy 2005; Strohmeier/Mai 2007). Insbesondere in (Stadt-)Parks kommt es zu einer Durchmischung unterschiedlichster sozialer Gruppen (z. B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft). Urbane Grünräume besitzen ein nicht zu unterschätzendes Potenzial zur sozialen Integration, Inklusion und Akzeptanzsteigerung (Strohmeier/Mai 2007) und können im Wohnumfeld als unbelasteter Begegnungs- und Kommunikationsraum den sozialen Zusammenhalt der dort ansässigen Bevölkerung stärken (Kuo/Sullivan 2001). Dies spiegelt sich auch in aktuellen Bewegungen wie „Urban Gardening" oder „Guerilla Gardening" anschaulich wider (u. a. Müller 2011; Rosol 2006).

Darüber hinaus verfügen Grünräume auch über das Potenzial, der Kriminalitätsentstehung beispielsweise in sozial benachteiligten Stadtgebieten entgegenzuwirken, sofern sie offen und einladend gestaltet sind und damit zum häufigeren Aufenthalt draußen anregen (Kuo/Sullivan 2001; Ellaway/Macintyre/Bonnefoy 2005). Allerdings ist an dieser Stelle auch der Hinweis angebracht, dass im konkreten Falle konkurrierender Nutzungsinteressen (Grillen, Skaten, Rad fahren, Joggen, Spielen, Lesen, Ruhen etc.) unterschiedlicher Gruppen in kleinflächigen Grünräumen und auf grünen Wegeverbindungen ebenfalls Konflikte entstehen können (vgl. Claßen/Heiler/Brei 2012).

3 Anforderungen an gesundheitsförderliche Grün- und Freiräume zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Aufgrund der aktuellen Erkenntnisse gewinnen insbesondere in städtischen Agglomerationen mit hoher Bebauungs- und Wohndichte die Verfügbarkeit und die Aneignungsmöglichkeiten von Grün- und Freiräumen, die unterschiedlichsten Nutzungsbedürfnissen verschiedener Bevölkerungsgruppen entsprechen, immer stärker an Bedeutung (Pikora/Giles-Corti/Bull et al. 2003; Frank/Frohn/Härtich et al. 2004; de Vries/Claßen/Eigenheer-Hug et al. 2011; Claßen/Heiler/Brei 2012). Dies gilt umso mehr für Bevölkerungsgruppen, die aufgrund eingeschränkter Mobilität eng an ihr Wohnumfeld gebunden sein können, beispielsweise Kinder, ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen (vgl. Takano/Nakamura/Watanabe 2002; Roemmich/Epstein/Raja et al. 2006; Hornberg/Pauli 2012). Insofern wird zunehmend in Wissenschaft und Praxis diskutiert, wie urbane Grün- und Freiräume beschaffen sein sollten, um die gesundheitsförderlichen Potenziale zu optimieren. Hierbei haben sich folgende Kriterien als besonders wichtig herauskristallisiert (Pikora/Giles-Corti/Bull et al. 2003; Bedimo-Rung/Mowen/Cohen et al. 2005; Nordh/Alalouch/Hartig 2011; Claßen/Heiler/Brei 2012):

> schnelle und direkte Erreichbarkeit (Orientierungswert ca. 5 Minuten Fußweg) und Zugänglichkeit öffentlicher Grünräume, möglichst ohne Notwendigkeit der Nutzung eines Autos

> optimale räumliche Verteilung und Vernetzung von Stadtgrün im Hinblick auf die Schaffung grüner und alternativer Wegeverbindungen und die Möglichkeit der Wegekopplung

> Möglichkeiten zur Aufnahme und Pflege von Kontakten (insbesondere für Eltern mit kleinen Kindern, sozial benachteiligte und ältere Menschen)

> Vermeidung von Angsträumen und Mobilitätsbarrieren (z. B. möglichst geringes Verletzungsrisiko, Beleuchtung von Wegen)

> ästhetisch ansprechende urbane Landschaft mit multifunktional genutzten öffentlichen Grün- und Freiräumen

Zudem sollten die verschiedenen Wahrnehmungs- und Aneignungsmuster unterschiedlicher soziodemografischer und kultureller Gruppen in Bezug auf Stadtgrün ebenso wie sozialräumlich differenzierte Problemlagen in der Bevölkerung berücksichtigt werden (Claßen/Heiler/Brei 2012; Rittel/Bredow/Wanka et al. 2014). Denn schließlich ist für sozial benachteiligte Gebiete anzunehmen, dass Umweltbelastungen im Quartier einerseits sowie eine unzureichende Ausstattung mit Grün- und Freiräumen andererseits zu einer Verstärkung gesundheitlicher Belastungen führen können (Mitchell/Popham 2008). So belegt eine Vielzahl von Studien auf den Gebieten der Umweltgerechtigkeits- und Urban Health-Forschung, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger gesundheitsbeeinträchtigenden Umwelteinwirkungen (z. B. durch verkehrsbedingte Lärm- und Luftschadstoffbelastungen) ausgesetzt sind (Riedel/Hoffmann/Fuks et al. 2011; Hornberg/Pauli 2012). Zudem sind für die Bevölkerung in sozial benachteiligten Quartieren die Zugänge zu Grünräumen und damit ihre gesellschaftlichen Teilhabechancen sowohl objektiv als auch in der subjektiven Wahrnehmung oftmals deutlich begrenzt (vgl. Ellaway/Macintyre/Bonnefoy 2005; Hornberg/Pauli 2012). Die Textbox zum Siekerpark (Thenhausen/Westerteicher in diesem Band) zeigt anschaulich, wie diese Erkenntnisse im Rahmen eines „Soziale Stadt"-Vorhabens in konkrete Maßnahmen zur Aufwertung eines Quartiers und zum Abbau von Umweltgerechtigkeit münden können. Allerdings sollten nicht allein die urbanen Grün- und Freiräume im Fokus des öffentlichen Interesses stehen, sondern auch kleinere Strukturen wie private Gärten und kleinere Brachflächen (z. B. Baulücken). Denn diese besitzen als kleinräumige Landschaftselemente gerade für die Förderung der Gesundheit von Kindern über das aktive Naturerlebnis eine besonders große Bedeutung, da viele Kinder in urbanen Räumen nicht mehr die Möglichkeit haben, sich Natur im alltäglichen Spiel anzueignen (vgl. u. a. Gebhard 2013). Darüber hinaus sollte ein weiterer wichtiger Aspekt nicht übersehen werden: Urbane Grün- und Freiräume können auch gesundheitsabträglich wirken, z. B. über allergene Pflanzen (Riesenbärenklau, Ambrosie, Birke etc.) und Tiere (Eichenprozessionsspinner etc.) oder als mögliche Brutstätten von krankheitsübertragenden Tieren (Zecken, Mücken etc.), gerade auch im Hinblick auf den zu erwartenden Klimawandel (u. a. Hornberg/Beyer/Claßen et al. 2016).

Trotz oder vielleicht auch gerade wegen dieses hohen Anspruchs an die Entwickler von Stadtgrün sieht die Umsetzung aktuell oftmals ernüchternd aus. Zudem bestehen zahlreiche, bislang weitgehend ungeklärte Fragen (vgl. Claßen/Völker/Baumeister 2014; Rittel/Bredow/Wanka et al. 2014), z. B. im Hinblick auf

> die Wahrnehmung von und den faktischen Umgang mit Stadtgrün in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen sowie in Kommunalpolitik, Planungs- und Vollzugspraxis (zu Instrumenten der Bauleitplanung siehe Beitrag Fischer/Köck in diesem Band),

> die unterschiedlichen effektiven Zugangsmöglichkeiten u.a. in Abhängigkeit von sozialem Status, Ethnie, Kultur und Religion sowie gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen,

> die damit einhergehende Effektstärke der gesundheitlichen Wirksamkeit,

> belastbare Kausalzusammenhänge zwischen Stadtgrün und Gesundheit (generell, aber auch räumlich differenziert sowie mit Blick auf unterschiedliche ökologische Qualitäten),

> die Übertragbarkeit von Studienergebnissen aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum auf die Bedingungen in Deutschland sowie

> die integrierte Betrachtung von gesundheitlichen, ökologischen und sozialen Belangen, Stadtgrün im Planungsalltag (zu integrierter Berichterstattung siehe Beitrag Bolte in diesem Band).

Die Klärung dieser Fragen ist von entscheidender Bedeutung, um räumlich und bevölkerungsgruppenspezifisch differenzierte präventive Strategien und Maßnahmen für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung entwickeln und umzusetzen zu können (Hornberg/Pauli 2012). In diesem Kontext beschäftigte sich die von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung (im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft) innerhalb der Förderinitiative „Stadt der Zukunft: Gesunde, nachhaltige Metropolen" geförderte, inter- und transdisziplinär agierende Juniorforschungsgruppe „StadtLandschaft & Gesundheit" in den Jahren 2011–2016 eingehend mit den oben genannten Fragen. Ein Ziel bestand darin, kommunalen Akteurinnen und Akteuren ein Argumentations- und Entscheidungswerkzeug in Bezug auf die Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung urbaner Grünräume (und Gewässer) an die Hand zu geben und strategische Allianzen zwischen Gesundheits-, Umwelt- und Stadtplanung zu initiieren (Juniorforschungsgruppe StadtLandschaft & Gesundheit 2016; Claßen/Völker/Baumeister 2014).

4 Perspektiven für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung

Stadtgrün gilt heutzutage aufgrund der vielfältigen gesundheitsschützenden und gesundheitsförderlichen Wirkungen als wichtige Gesundheitsdeterminante und als wesentlicher Baustein der Daseinsvorsorge im urbanen Raum. In Wissenschaft und Politik besitzt Stadtgrün international wie national, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des fortschreitenden soziodemografischen Wandels und Klimawandels als gesellschaftlichen und urbanen Herausforderungen, einen entsprechend hohen Stellenwert (Claßen/Völker/Baumeister 2014; Hornberg/Beyer/Claßen et al. 2016), wie nicht zu-

letzt auch die aktuelle, ressortübergreifende Bundes-Initiative „Grün in der Stadt – Für eine lebenswerte Zukunft“ (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit 2016) belegt. Hierbei geht es darum, basierend auf den aktuellen Erkenntnissen Ziele für die Entwicklung von Stadtgrün in den kommenden Jahrzehnten abzuleiten und gesellschaftspolitisch verbindliche Maßnahmenvorschläge zu erarbeiten (BMUB 2015). In diesem Zusammenhang ist auch eine weitere Initiative äußerst vielversprechend. Im Rahmen des vom Bundesamt für Naturschutz geförderten Vorhabens „Naturkapital Deutschland TEEB DE“ (Helmholtz Zentrum für Umweltforschung 2016) wurde in den Jahren 2013–2016 der sogenannte Stadtbericht „Naturleistungen in der Stadt – Gesundheit schützen und Lebensqualität erhöhen“ verfasst (Kowarik/Bartz/Brenck 2016). Ziel war es, die spezifischen Ökosystemleistungen von Stadtnatur darzustellen und aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive im Hinblick auf zukünftige gesellschaftspolitische Erfordernisse zu bewerten.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen scheint die pauschale Forderung, im Rahmen einer integrierten, zukunftsfähigen Stadtentwicklungsplanung die bestehenden Belastungen weiterhin zu minimieren, zudem aber Stadtgrün als grüne Infrastruktur sowie gesundheitliche Ressource zu erhalten, zu fördern, neu zu schaffen oder ggf. wiederherzustellen, sinnvoll und notwendig (Claßen/Völker 2015; Kowarik/Bartz/Brenck 2016). Sie erhält umso mehr Nachdruck, als in Deutschland im Baugesetzbuch in §1(6) die Berücksichtigung der „allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse“ sowie der „umweltbezogenen Auswirkungen der Planung auf den Menschen und seine Gesundheit und die Bevölkerung insgesamt“ in der bauleitplanerischen Abwägung fest verankert ist (zur Schnittstelle Stadtplanung und Gesundheitsförderung siehe Beitrag Baumgart in diesem Band).

Die aktuellen und zukünftigen soziodemografischen Prozesse in Deutschland und die daran anknüpfende Entwicklung im Siedlungsbereich bieten – auch in Zeiten verstärkter Immigration – Chancen, frei werdende Räume in der Stadt im Sinne der verhältnisbezogenen Gesundheitsförderung zu nutzen (siehe Thenhausen/Westerteicher in diesem Band). Denn urbane Grün- und Freiräume stellen wichtige Erholungs-, Entspannungs-, Bewegungs- und Begegnungsräume für die Alltags-, Berufs- und Freizeitgestaltung der Bevölkerung dar. Gerade die Weiterentwicklung von Grünachsen sowie -netzen entlang von Grünzügen, Alleen oder Gewässern fördert nicht nur die „aktive Mobilität“ (de Vries/Claßen/Eigenheer-Hug et al. 2011; Völker/Kistemann 2015) sowie die klimatische Ausgleichskapazität innerhalb der städtischen Hitzeinsel (Bowler/Buyung/Knight et al. 2010b; Völker/Baumeister/Claßen et al. 2013), sondern trägt auch zur positiven Imageentwicklung und Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens in der Bevölkerung bei (Völker/Kistemann 2013; White/Alcock/Wheeler et al. 2013; Krekel/Kolbe/Wüstemann 2016). Umso wichtiger ist die ressortübergreifende Vernetzung der Handlungsfelder der Stadtentwicklung im Sinne integrierten Politik- und Verwaltungshandelns auf dem Weg in eine grünere und gesundheitsförderliche Stadt der Zukunft (in Bezug auf integriertes Verwaltungshandeln siehe Beitrag Böhme/Dilger/Quilling in diesem Band).

Autor

Dr. rer. nat. Thomas Claßen (**1972*), *Dipl.-Geogr., Gesundheitsgeograph. Langjährige Tätigkeit als wissenschaftlicher Angestellter an den Universitäten Bonn und Bielefeld, seit 2015 am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachgruppe Gesundheitsanalysen und -prognosen, Bielefeld. 2011–2015 Leiter der Juniorforschungsgruppe „StadtLandschaft & Gesundheit". Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Urban Health, Gesundheitsfolgenabschätzungen, Gesundheit in der Planung, Natur und Gesundheit, transdisziplinäre und transformative Forschung. Mitglied des Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" sowie der Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.*

Literatur

Abraham, A.; Sommerhalder, K.; Bolliger-Salzmann, H.; Abel, T. (2007): Landschaft und Gesundheit. Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte. Bern.

Barton, H.; Tsourou, C. (2000): Healthy urban planning: A WHO guide to planning for people. London.

Bedimo-Rung, A. L.; Mowen, A. J.; Cohen, D. A. (2005): The significance of parks to physical activity and public health: A conceptual model. In: American Journal of Preventive Medicine 28 (2), 159-168.

BMUB – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hrsg.) (2015): Grün in der Stadt – Für eine lebenswerte Zukunft: Grünbuch Stadtgrün. Bonn.

BMUB – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2016): Aktuelles. http://grün-in-der-stadt.de (30.11.2016).

Bowler, D. E.; Buyung-Ali, L. M.; Knight, T. M.; Pullin, A .S. (2010a): A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments. In: BMC Public Health 10, 456-466.

Bowler, D. E.; Buyung-Ali, L. M.; Knight, T. M.; Pullin, A. S. (2010b): Urban greening to cool towns and cities: A systematic review of the empirical evidence. In: Landscape and Urban Planning 97 (3), 147-155.

Bruse, M. (2003): Stadtgrün und Stadtklima: Wie sich Grünflächen auf das Stadtklima auswirken. In: LÖBF-Mitteilungen 2003 (1), 66-70.

Claßen T.; Kistemann T.; Schillhorn K. (2005): Naturschutz und Gesundheitsschutz: Identifikation gemeinsamer Handlungsfelder. Bonn/Bad Godesberg. = Naturschutz und Biologische Vielfalt 23.

Claßen, T.; Heiler, A.; Brei, B. (2012): Urbane Grünräume und gesundheitliche Chancengleichheit – längst nicht alles im „grünen Bereich". In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern, 113-123.

Claßen, T.; Hornberg, C. (2008): Gesundheitsförderung durch Stadtgrün: Impulse und Voraussetzungen einer gesundheitsgerechten Stadtentwicklung. In: BfN – Bundesamt für Naturschutz (Hrsg.): Naturschutz und Gesundheit: Eine Partnerschaft für mehr Lebensqualität. Bonn/Bad Godesberg, 49-64. = Naturschutz und Biologische Vielfalt 65.

Claßen, T.; Völker, S. (2015): Stadtgrün & Stadtblau im Dienste der Gesundheit? Zur wiederentdeckten Rolle intakter grüner und blauer Infrastruktur für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung. In: RaumPlanung 180 (4), 46-53. = Themenheft „Grüne Infrastruktur in urbanen Räumen".

Claßen, T.; Völker, S.; Baumeister, H.; Heiler, A.; Matros, J.; Pollmann, T.; Kistemann, T.; Krämer, A.; Lohrberg, F.; Hornberg, C. (2014): Welchen Beitrag leisten urbane Grünräume (Stadtgrün) und Gewässer (Stadtblau) für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung? Einblicke in die Arbeit der Juniorforschungsgruppe „StadtLandschaft & Gesundheit". = UMID 02/2014, 30-37.

Dadvand, P.; Sunyer, J.; Basagaña, X.; Ballester, F.; Lertxundi, A.; Fernández-Somoano, A.; Estarlich, M.; García-Esteban, R.; Mendez, M. A.; Nieuwenhuijsen, M. J. (2012): Surrounding greenness and pregnancy outcomes in four Spanish birth cohorts. In: Environ Health Perspect 120 (10), 1481-1487.

Dannenberg, A. L.; Frumkin, H.; Jackson, R. J. (Hrsg.) (2011): Making healthy places: Designing and building for health, well-being, and sustainability. Washington D.C.

de Coensel, B.; Vanwetswinkel, S.; Botteldooren, D. (2011): Effects of natural sounds on the perception of road traffic noise. In: Journal of the Acoustical Society of America 129 (4), 148-153.

de Vries, S.; Claßen, T.; Eigenheer-Hug, S. M.; Korpela, K. M.; Maas, J.; Mitchell, R.; Schantz, P. (2011): Contributions of natural environments to physical activity. In: Nilsson, K.; Sangster, M.; Gallis, C.; Hartig, T.; de Vries, S.; Seeland, K.; Schipperijn, J. (eds.): Forests, trees and human health. Dordrecht, 205-243.
de Vries, S.; van Dillen, S. M.; Groenewegen, P. P.; Spreeuwenberg, P. (2013): Streetscape greenery and health: stress, social cohesion and physical activity as mediators. In: Soc Sci Med 94, 26-33.
Ellaway A.; Macintyre S.; Bonnefoy X (2005): Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey. In: British Medical Journal 333 (7517), 612-613.
Frank, K.; Frohn, J.; Härtich, G.; Hornberg, C.; Mai, U.; Malsch, A.; Sossinka, R.; Thenhausen, A. (2004): Grün für Körper und Seele: Zur Wertschätzung und Nutzung von Stadtgrün durch die Bielefelder Bevölkerung. Bielefeld 2000plus. Bielefeld. = Forschungsprojekte zur Region 37.
Frumkin, H. (2001): Beyond toxicity: Human health and the natural environment. In: American Journal of Preventive Medicine 20 (3), 234-240.
Frumkin, H. (2003): Healthy places: Exploring the evidence. In: American Journal of Public Health 93 (9), 1451-1456.
Gebhard, U. (2013): Kind und Natur: Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung. Wiesbaden.
Gidlöf-Gunnarsson, A.; Öhrström, E. (2010): Attractive "quiet" courtyards: A potential modifier of urban residents' responses to road traffic noise? In: International Journal of Environmental Research and Public Health 2010 (9), 3359-3375.
Giles-Corti, B.; Broomhall, M. H.; Knuiman, M.; Collins, C.; Douglas, K.; Ng, K.; Lange, A.; Donovan, R. J. (2005): Increasing walking: How important is distance to, attractiveness, and size of public open space? In: American Journal of Preventive Medicine 28 (2), 169-176.
Graumann, C. F.; Kruse, L. (2003): Räumliche Umwelt: Die Perspektive der humanökologisch orientierten Umweltpsychologie. In: Meusburger, P.; Schwan, T. (Hrsg.): Humanökologie: Ansätze zur Überwindung der Natur-Kultur-Dichotomie 135. Stuttgart, 239-256.
Groenewegen, P. P.; Berg, A.v.d.; de Vries, S.; Verheij, R. A. (2006): Vitamin G: Effects of green space on health, well-being, and social safety. In: BMC Public Health 6 (149), 1-9.
Hartig, T.; Evans, G. W.; Jamner, L. D.; Davis, D. S.; Gärling, T. (2003): Tracking restoration in natural and urban field settings. In: Journal of Environmental Psychology 23, 109-123.
Hartig, T.; Mitchell, R.; de Vries, S.; Frumkin, H. (2014): Nature and health. In: Annual Revue of Public Health 35, 207-228.
Heiler, A.; Baumeister, H.; Völker, S.; Claßen, T.; Hornberg, C. (2014): Gesundheitsförderung im urbanen Raum – Stadtgrün und -blau als Chance? In: Schmidt, B. (Hrsg.): Akzeptierende Gesundheitsförderung – Gesundheitliche Unterstützung im Spannungsfeld zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Weinheim, 283-295.
Hornberg, C.; Beyer, R.; Claßen, T.; Herbst, T.; Hofmann, M.; Honold, J.; van der Meer, E.; Wissel., S.; Wüstemann, H. (2016): Stadtnatur fördert die Gesundheit. In: Kowarik, I.; Bartz, R.; Brenck, M. (Hrsg.): Ökosystemleistungen in der Stadt: Gesundheit schützen und Lebensqualität erhöhen. Berlin/Leipzig, 98-124.
Hornberg, C.; Pauli, A. (2012): Soziale Ungleichheit in der umweltbezogenen Gesundheit als Herausforderung für Stadtplanung. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 129-138.
Hug, S. M.; Hartig, T.; Hansmann, R.; Seeland, K.; Hornung, R. (2009): Restorative qualities of indoor and outdoor exercise settings as predictors of exercise frequency. In: Health & Place (15), 971-980.
Irvine, K. N.; Devine-Wright, P.; Payne, S. R.; Fuller, R. A.; Painter, B.; Gaston, K. J. (2009): Green space, soundscape and urban sustainability: An interdisciplinary, empirical study. In: Local Environment 14 (2), 155-172.
Juniorforschungsgruppe StadtLandschaft & Gesundheit (2016): StadtLandschaft und Gesundheit. www.stadtlandschaft-und-gesundheit.de (30.11.2016).
Kaplan R.; Kaplan S. (1989): The experience of nature: A psychological perspective. Cambrigde.
Kistemann, T.; Völker, S.; Lengen, C. (2010): Stadtblau – die gesundheitliche Bedeutung von Gewässern im urbanen Raum. In: NUA-Heft 26 (5), 61-66.
Körner, S.; Nagel, A.; Bellin-Harder, F. (2008): Grün und Gesundheit. Kassel.
Kowarik, I.; Bartz, R.; Brenck, M. (Hrsg.) (2016): Ökosystemleistungen in der Stadt: Gesundheit schützen und Lebensqualität erhöhen. Berlin/Leipzig.
Krekel, C.; Kolbe, J.; Wüstemann, H. (2016): The greener, the happier? The effect of urban land use on residential well-being. In: Ecological Economics 121, 117-127.

Kuo, F. E.; Sullivan, W. C. (2001): Environment and crime in the inner city: Does vegetation reduce crime? In: Environment and Behaviour 33 (3), 343-367.
Laurent, O.; Wu, J.; Li, L.; Milesi, C. (2013): Green spaces and pregnancy outcomes in Southern California. In: Health & Place (24), 190-195.
Lee, A. C.; Maheswaran, R. (2011): The health benefits of urban green spaces: A review of the evidence. In: Journal of Public Health 33 (2), 212-22.
Li, Q.; Morimoto, K.; Kobayashi, M.; Inagaki, H.; Katsumata, M.; Hirata, Y.; Hirata, K.; Suzuki, H.; Li, Y. J.; Wakayama, Y.; Kawada, T.; Park, B. J.; Ohira, T.; Matsui, N.; Kagawa, T.; Miyasaki, Y.; Krensky, A. M. (2008): Visiting a forest, but not a city, increases human natural killer activity and expression of anticancer proteins. In: International Journal of Immunopathology and Pharmacology 21 (1), 117-127.
Maas, J.; Verheij, R. A.; de Vries, S.; Spreeuwenberg, P.; Schellevis, F. G.; Groenewegen, P. P. (2009): Morbidity is related to a green living environment. In: Journal of Epidemiological and Community Health 63 (12), 967-973.
Maas, J.; Verheij, R. A.; Groenewegen, P. P.; de Vries, S.; Spreeuwenberg, P. (2006): Green space, urbanity, and health: How strong is the relation? In: Journal of Epidemiology & Community Health, 60 (7), 587-592.
Maller, C.; Townsend, M.; Pryor, A.; Brown, P.; St. Leger, L. (2006): Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. In: Health Promotion International 21 (1), 45-54.
Markevych, I.; Fuertes, E.; Tiesler, C. M.; Birk, M.; Bauer, C. P.; Koletzko, S.; von Berg, A.; Berdel, D.; Heinrich, J. (2014): Surrounding greenness and birth weight: Results from the GINIplus and LISAplus birth cohorts in Munich. In: Health & Place (26), 39-46.
Martens, D.; Bauer, N. (2011): Erholung in unterschiedlich genutzten Landwirtschaftsgebieten. In: Natur und Landschaft 86 (7), 307-311.
Matzarakis, A. (2001): Die thermische Komponente des Stadtklimas. Freiburg. = Berichte des Meteorologischen Institutes der Universität Freiburg 6.
Mitchell, R.; Popham, F. (2008): Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. In: The Lancet 372 (9650), 1655-1660.
Müller, C. (2011): Urban Gardening: Über die Rückkehr der Gärten in die Stadt. München.
Nordh, H.; Alalouch, C.; Hartig, T. (2011): Assessing restorative components of small urban parks using conjoint methodology. In: Urban Forestry & Urban Greening 10 (2), 95-103.
Pikora, T.; Giles-Corti, B.; Bull, F.; Jamrozik, K.; Donovana, R. (2003): Developing a framework for assessment of the environmental determinants of walking and cycling. In: Social Science & Medicine 56, 1693-1703.
Pretty, J. N.; Peacock, J.; Sellens, M.; Griffin, M. (2005): The mental and physical health outcomes of green exercise. In: International Journal of Environmental Health Research 15 (5), 319-337.
Richardson, E. A.; Mitchell, R. (2010): Gender differences in relationships between urban green space and health in the United Kingdom. In: Social Science & Medicine 71 (3), 568-575.
Riedel, N.; Hoffmann, B.; Fuks, K.; Jöckel, K.-H.; Dragano, N. (2011): Gesundheitliche Ungleichheit in der Stadt: Eine gemeinsame Bewertung von sozialen und umweltbezogenen Belastungen im Ruhrgebiet, 89-94. = UMID 2/2011.
Rittel, K.; Bredow, L.; Wanka, E. R.; Hokema, D.; Schuppe, G.; Wilke, T.; Nowak, D.; Heiland, S. (2014): Grün, natürlich, gesund: Die Potenziale multifunktionaler städtischer Räume. Bonn. = BfN-Skripten 371.
Rodenstein, M. (1988): „Mehr Licht, mehr Luft": Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Frankfurt am Main.
Rodenstein, M. (2012): Stadtplanung und Gesundheit: Ein Rückblick auf Theorie und Praxis. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 15-26.
Roe, J.; Aspinall, P. (2011): The restorative benefits of walking in urban and rural settings in adults with good and poor mental health. In: Health & Place 17 (1), 103-113.
Roemmich, J. N.; Epstein, L. H.; Raja, S.; Yin, L.; Robinson, J.; Winiewicz, D. (2006): Association of access to parks and recreational facilities with the physical activity of young children. In: Preventive Medicine 43, 437-441.
Rosol, M. (2006): Gemeinschaftsgärten in Berlin: Eine qualitative Untersuchung zu Potenzialen und Risiken bürgerschaftlichen Engagements im Grünflächenbereich vor dem Hintergrund des Wandels von Staat und Planung. Berlin.
Sardinha, L. B.; Baptista, F.; Ekelund, U. (2008): Objectively measured physical activity and bone strength in 9-year-old boys and girls. In: Pediatrics 122 (3), e728-e736. DOI: 10.1542/peds.2007-2573.
Schmidt. C.; Seidel, A.; Kolodziej, J. (2010): Vulnerabilitätsanalyse Westsachsen: Zwischenstand. Leipzig/Dresden.

Strohmeier A.; Mai, U. (2007). In guter Gesellschaft: Städtische Öffentlichkeit in Parks. Eine vergleichende Untersuchung von Nordpark und Bürgerpark in Bielefeld. Bielefeld. = Bielefeld 2000plus – Forschungsprojekte zur Region 45.
Takano, T.; Nakamura, K.; Watanabe, M. (2002): Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. In: Journal of Epidemiology & Community Health 56 (12), 913-918.
UFZ – Helmholtz Zentrum für Umweltforschung (2016): Naturkapital. http://www.naturkapitalteeb.de/aktuelles.html (30.11.2016).
Ulrich, R. (1984): View through a window may influence recovery from surgery. In: Science 224 (4647), 420-421.
van Dillen, S. M.; de Vries, S.; Groenewegen, P. P.; Spreeuwenberg, P. (2012): Greenspace in urban neighbourhoods and residents' health: Adding quality to quantity. In: Journal of Epidemiolpogy & Community Health 66 (6), e8.
Völker, S.; Baumeister, H.; Claßen, T.; Hornberg, C.; Kistemann, T. (2013): Evidence for the temperature-mitigating capacity of urban blue space: A health geographic perspective. In: Erdkunde 67 (4), 355-371.
Völker, S.; Kistemann, T. (2013): "I'm always entirely happy when I'm here!" Urban blue enhancing human health and well-being in Cologne and Düsseldorf, Germany. In: Social Science & Medicine (78), 113-124.
Völker, S.; Kistemann, T. (2015): Developing the Urban Blue: Comparative health responses to blue and green urban open spaces in Germany. In: Health & Place (35), 196-205.
Wagner, M. (1915): Das sanitäre Grün der Städte: Ein Beitrag zur Freiflächentheorie. Berlin.
Ward Thompson, C. (2011): Linking landscape and health: The recurring theme. In: Landscape and Urban Planning (99), 187-195.
Ward Thompson, C.; Roe, J.; Aspinall, P.; Mitchell, R.; Clow, A.; Miller, D. (2012): More green space is linked to less stress in deprived communities: Evidence from salivary cortisol patterns. In: Landscape and Urban Planning 105, 221-229.
White, M. P.; Alcock, I.; Wheeler, B. W.; Depledge, M. H. (2013): Would you be happier living in a greener urban area? A fixed-effects analysis of panel data. In: Psychological Science 24 (6), 920-928.
Yang, F.; Bao, Z. Y.; Zhu, Z. J. (2011): An assessment of psychological noise reduction by landscape plants. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 2011 (8), 1032-1048.

Inga Westerteicher, Achim Thenhausen

BIELEFELD – SIEKER PARK
MITTENDRIN STATT NUR DABEI: ENTSPANNEN, SPIELEN, GÄRTNERN

Der Stadtteil Sieker im Osten der Stadt weist eine vergleichsweise heterogene Bebauung auf. Großwohnsiedlungen, alte Bauernhöfe, ein Friedhof, Wald und Siedlungsgrün, öffentliche Infrastrukturen, landwirtschaftliche Flächen, Gewerbeanlagen und Einkaufszentren fügen sich zu einem bunten Mix. Ebenso vielfältig ist die Bewohnerschaft. Hauptstraßen und die Bielefelder Stadtbahn teilen den Bezirk in mehrere inselartige Bereiche, was dazu führte, dass im Laufe der Zeit jede „Insel" ihr eigenes Zentrum und Milieu sowie eine eigene Szene entwickelte. Die Kleinteiligkeit wirkte unübersichtlich, sodass sich kaum ein Gefühl von Zusammengehörigkeit einstellen konnte.

Zu den räumlichen Potenzialen des Stadtteils Sieker gehören die gut verteilten Freiraumflächen: Bachauen, Brachen, Gärten, Abstandsgrün, ein Friedhof, Elemente einer landwirtschaftlich geprägten Kulturlandschaft sowie Spiel- und Sportflächen. Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten waren also vorhanden, wurden jedoch nicht voll genutzt. Es galt, Nutzungsangebote zu entwickeln bzw. sie so neu zu strukturieren, dass eine erfolgreiche Aneignung durch die Bewohner stattfinden konnte. Durch Umgestaltung der Freiraumflächen sollten die verinselten Bereiche eine verbindende Basis bekommen, die mehr Möglichkeiten für nachbarschaftliche Interaktion bieten.

Der Sieker Park sollte neben vielen anderen Maßnahmen eine besondere Rolle als zentraler Aufenthalts- und Begegnungsort für die Bewohner, mit Angeboten für Freizeitsport, Spiel und Entspannung bekommen. Die Einrichtung von Gärten wurde auf Wunsch der Bewohner berücksichtigt. Das vielseitige Nutzungspotenzial – Natur, Platz zum Spielen, Wiesen zum Ausruhen und Spazieren – bedurfte einer behutsamen Wiederherstellung klarer Strukturen für mehr Übersichtlichkeit. Dieser Ansatz wurde über die Maßnahme „Sieker Park" im Rahmen der Städtebauförderung „Soziale Stadt NRW" umgesetzt. Planerische Grundlage war hierbei das Integrierte Handlungskonzept Soziale Stadt „Sieker-Mitte" (Stadt Bielefeld 2010).

Die Parkfläche auf einer ehemaligen Brache wies sieben Bereiche (Kämpe) mit jeweils eigenem charakteristischen Vegetationsbestand auf, der als Landschaftsthema mit der Neugestaltung betont werden sollte. Es gibt daher den Gartenkamp (= Gartenfläche) im Nordwesten, den Wiesenkamp (= Wiesenfläche mit Sträuchern) in der Parkmitte, den X-Camp (= Sportfeld) im Norden, den Birkenkamp (= Birkenhain) im Nordosten, den Apfelkamp (= Obstwiese) im Osten, den Eichenkamp (= Wiese mit Einzelbäumen) südlich unterhalb des Wiesenkamps und ganz im Süden den Kottenskamp (= Kotten mit Garten).

Die Mischung aus Ruderalvegetation und gestaltetem Park funktioniert. Locker verteilen sich Gärten, Spiel- und Sportflächen, von dem alten Pflanzen- und Grünbestand konnte viel übernommen werden. Behutsames Auslichten sorgte für mehr Kontur, teils wurden neue Rasenflächen angelegt und an ausgesuchten Stellen kamen Neupflanzungen hinzu. Das neue Wegenetz entstand ähnlich, indem das existierende Wegesystem (Trampelpfade in den Wiesen) aufgegriffen wurde. Der Gebrauchswert bestimmte das Design: Nützlichkeit und Entspannung für die Parkbesucher standen an vorderster Stelle. Hauptwege dienen der bequemen Begehbarkeit des Parks und schaffen eine räumliche Verbindung in die angrenzende Wohnsiedlung. Sie dürfen auch von Radfahrern genutzt werden. Nebenwege sind Fußgängern vorbehalten und verbinden die kleinen Plätze der Kämpe.

Jeder Kamp verfügt über kleine Plätze mit Einbauten, wie Spielgeräte oder Sitzgelegenheiten, die ganz im Zeichen von Entspannung und Bewegung stehen. So verfügt der Eichenkamp über einen großen Platz mit mehreren gut verteilten Sitzgruppen. Angeschlossen ist ein Sandfeld zum Spielen mit Schaukeln, Rutsche, Sandbaustelle und einer Kletter-Pyramide aus Seilen. Weitere Spielpunkte im Park richten sich sowohl an kleinere als auch an ältere Kinder. Im Bereich des Gartenkamps gibt es etwa Spielplätze mit Sandkästen und zusätzlichen Spielgeräten. Das Sportangebot auf dem X-Kamp im Norden an der Bahntrasse richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene. Hier befindet sich ein Kleinspielfeld mit Kunststoffplatz und Ballfangzaun. An zwei Seiten des Bolzplatzes wurden Sitzgelegenheiten eingerichtet. Zusätzlich gibt es ein Basket- und Streetballfeld sowie eine Tischtennisplatte.

Der Gartenkamp trägt seinen Namen nicht ohne Grund, denn hier ist das Projekt „Interkultureller Garten Sieker (IKG)“ beheimatet, wo Anwohner unter fachlicher Anleitung auf kleinen Beeten Gemüse anbauen. Der Verein Garten-Kultur-Verein(t)-Sieker e.V. übernahm im Januar 2015 die Pacht, startete mit seinen Mitgliedern im Frühjahr mit der Gartenarbeit und feierte im Mai ein großes, offizielles Fest zur Parkeröffnung. Mitten im Park, auf dem Wiesenkamp, bieten sich weitere Möglichkeiten zum Gärtnern: Der Gartenverein ist für die Pflege des Kamps mitverantwortlich. Auch hier gärtnern Bewohner und gestalten auf diese Weise ihr Wohnumfeld aktiv mit.

Das Beispiel Sieker Park zeigt, wie durch die qualitative Aufwertung und Vernetzung vorhandener Freiflächen der Lebenswert eines Quartiers erheblich verbessert werden kann. Der neue Sieker Park eröffnet vielen Menschen ganz unterschiedliche Möglichkeiten, sich im Freien aufzuhalten und zu bewegen, und er verstärkt die Kommunikation und das Zusammenleben. Damit sind auch gute Rahmenbedingungen für die Integration der dort lebenden Migrantinnen und Migranten geschaffen worden.

Autoren

Inga Westerteicher (**1971*), *M.A., Studium der Germanistik, Literaturwissenschaft und Pädagogik in Bielefeld. Seit 1998 selbstständig als freie Lektorin und Redakteurin für verschiedene deutsche Verlage, Redaktionsbüros, Agenturen und Verbände mit den Arbeitsschwerpunkten Pädagogik und Erwachsenenbildung.*

Achim Thenhausen (**1957*), *Dipl.-Ing., Studium der Landespflege an der Universität Hannover. Seit 1990 technischer Angestellter bei der Stadt Bielefeld, derzeit Leiter des Abschnitts Freiraum, Grünflächen, Gewässer der Abteilung Umweltplanung im Umweltamt.*

Anmerkung

Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine überarbeitete Fassung des Artikels „Siekerpark. Mittendrin statt nur dabei: Entspannen, Spielen, Gärtnern". In: Natur erleben: Erlebnisvielfalt in Bielefeld (Magazin), Ausgabe 2015, 52-55.

Literatur

Stadt Bielefeld (2010): Integriertes Handlungskonzept Bielefeld Sieker-Mitte. Bielefeld.

Thomas Kistemann

GESUNDHEITLICHE BEDEUTUNG BLAUER STADTSTRUKTUREN

Gliederung

1 Einleitung
2 Stadtblau im Wandel
3 Urbane Blauräume und Gesundheit
4 Gesundheitsschutz durch Blauräume
5 Gesundheitsförderung durch Blauräume
6 Fazit
Literatur

Kurzfassung
Wasser hat zentrale Bedeutung für Genese und Gestalt menschlicher Siedlungen. Das stadtblaue Inventar aus überformten natürlichen und künstlichen Gewässern ist divers zusammengesetzt und unterliegt einem stetigen Wandel, der aus geänderten Nutzungsansprüchen resultiert. Besonders markant sichtbar ist dieser Prozess derzeit am Niedergang innerstädtischer Hafenanlagen und an deren postindustrieller Revitalisierung. Positive Wirkungen urbaner Blauräume auf die Gesundheit haben im Diskurs um *waterfront revitalization* bislang kaum eine Rolle gespielt, obwohl für blaue Stadtstrukturen inzwischen durchaus spezifische, Gesundheit schützende und fördernde Wirkungen nachgewiesen werden konnten. Gesundheitsschutz bezieht sich dabei etwa auf innerstädtische Kühlung, Durchlüftung, reduzierte Lärmwahrnehmung, Belichtung und Vorhaltung von Trinkwasserressourcen; Gesundheitsförderung umfasst Möglichkeiten zu körperlicher Aktivität, sozialer Interaktion oder Kontemplation an Gewässern. Zur Durchsetzung gesundheitsbezogener Ziele bedarf es angepasster Governance-Strukturen, welche die gesundheitsrelevanten Potenziale blauer Stadtstrukturen berücksichtigen und entwickeln.

Schlüsselwörter
Stadtblau – Gewässer – Gesundheitsschutz – Gesundheitsförderung – Stadtstrukturen – Stadtentwicklung

The significance of urban blue spaces for health

Abstract
Water plays a central role for the formation and the form of human settlements. The urban blue inventory of natural and artificial water bodies is diverse and subject to continuous change. Currently, this is particularly visible for abandoned inner-urban harbour sites and their post-industrial revitalisation. The positive impacts of urban

blue spaces have not played a major role in the discourse about waterfront revitalisation so far, although specific health-protecting and health-promoting effects of urban blue have been proven. In terms of health protection such effects include urban thermal stress reduction, ventilation, reduction of noise perception, insolation and drinking water provision, while health promotion effects include options for physical activity, social interaction and contemplation near urban blue. Sensitive governance structures are essential to recognise and develop the health-relevant potential of urban blue spaces and to achieve health-related targets.

Keywords
Urban blue spaces – water – health protection – health promotion – urban structures – urban development

1 Einleitung

Wasser hat seit jeher eine zentrale Bedeutung für Genese und Gestalt menschlicher Siedlungen. Seine Verfügbarkeit ist von herausragender Bedeutung für den Wohlstand, die ökonomische Entwicklung und auch die Gesundheit von Gesellschaften (Mehta 2014). Offensichtlich ist der Süßwasserbedarf in den privaten Haushalten und in der Landwirtschaft zur Lebensmittelproduktion. Aber auch Gewerbe und Handel waren und sind in vielfacher Weise von Wasser abhängig: als Grundstoff in der Fabrikation, zur Energiegewinnung, zur Kühlung und Entsorgung von Abfallstoffen, und schließlich zum Transport von Rohstoffen, Gütern und Menschen. Wasser ist eine obligatorische Voraussetzung für das Gelingen menschlichen Lebens, und insofern ist es nur konsequent, dass seit der Sesshaftwerdung Siedlungen bevorzugt am Wasser angelegt wurden (Buer 1926: 97).

Zweifellos gehen von urbanen Wasserflächen aber auch gesundheitliche Risiken aus, wie etwa die Gefahr des Ertrinkens, die Gefahr der Verbreitung von Krankheitserregern oder die Möglichkeit der Vermehrung von Insekten, die Infektionskrankheiten übertragen können. Auch Belästigungen durch Geruch, Geräusche oder Hochwasser sind zu erwähnen. Auf diese negativen Aspekte von Stadtblau, die zahlreich belegt und untersucht sind, wird aber im Folgenden nicht näher eingegangen.

Im städtischen Raum wurden natürliche Gewässer nur selten in ihrer ursprünglichen Form belassen. Zumindest wurden Ufer befestigt und begradigt, oft wurden sie verlegt, kanalisiert, verrohrt, reduziert oder ganz aufgelöst. Gleichzeitig wurden und werden vielerorts und aus unterschiedlichen Gründen Gewässer neu geschaffen: zur besseren Beherrschung und Bewirtschaftung natürlicher Gewässer, als Transportweg, zur Energiegewinnung und -bevorratung, zur Regen- und Abwasserbewirtschaftung, zu militärischen Zwecken, als Sport- und Spielstätten, zur ästhetischen Gestaltung öffentlicher und privater Flächen, in jüngerer Zeit auch aus ökologischen Gründen.

Das stadtblaue Inventar ist infolge naturräumlicher Voraussetzungen, historischer Entwicklungen und aktueller Nutzung sehr divers zusammengesetzt und bietet eine Vielzahl verschiedenartiger sichtbarer und erlebbarer Erscheinungsformen des Ele-

ments Wasser (vgl. Tabelle 1), die in ihrer Summe als „Stadtblau" bezeichnet wurden (Kistemann/Völker/Lengen 2010; Völker/Kistemann 2011; Baumeister 2016). Ausgeschlossen sind lediglich Grundwasser sowie in unterirdischen Gerinnen und Becken fließendes oder stehendes Wasser. Unter „urbanen Blauräumen" („blue spaces") werden alle Räume verstanden, die durch sichtbare, erlebbare, natürliche oder künstliche Wasserflächen, also Stadtblau, wesentlich geprägt werden (White/Smith/Humphryes et al. 2010; Völker/Kistemann 2011; 2013). Urbane Blauräume unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht erheblich, unter anderem in ihrer räumlichen Dimension (Zierbecken – Meer), ihrer Genese (natürlich – anthropogen), ihrer zeitlichen Konstanz (episodische Gewässer, temporär betriebene Springbrunnen – dauerhaft vorhandene Wasserflächen), den Eigentumsverhältnissen (öffentlich – privat) sowie in Bezug auf die aktuelle wirtschaftliche Nutzung (Berufsschifffahrt – industriegeschichtliches Relikt).

In den letzten Jahren wurde deutlich, dass Blauräume, insbesondere im urbanen Kontext, eine durchaus spezifische und eigenständige gesundheitliche Relevanz entfalten können (Völker/Kistemann 2011). Im vorliegenden Beitrag wird es darum gehen, diese Aspekte im Überblick herauszuarbeiten. Dabei sind zunächst auch historische und aktuelle stadtplanerische Entwicklungen des Umgangs mit Stadtblau darzustellen. Denn diese bestimmen maßgeblich die heutige Situation in ihrer Diversität, welche wiederum die Basis der sehr unterschiedlichen, potenziell gesundheitswirksamen Effekte von Stadtblau bilden.

2 Stadtblau im Wandel

Aufgrund veränderter gesellschaftlicher Nutzungsansprüche war die Bedeutung und Erscheinung urbaner Gewässer immer wieder säkularen Wandlungsprozessen unterworfen. So wurden im frühen 19. Jahrhundert, in der langen Friedenszeit seit dem Wiener Kongress, zahlreiche städtische Wallgräben als militärisch nutzlos gewordene Relikte aufgegeben, trockengelegt oder eingeebnet, um Flächen in öffentlichem Besitz für die Errichtung weitläufiger öffentlicher Grünanlagen, für Verkehrsinfrastruktur und andere Einrichtungen zu gewinnen (Beispiele: Wallanlagen in Frankfurt a. M., Hamburg, Bremen; Kölner Ringe). Spätestens gegen Ende des 19. Jahrhunderts verloren urbane Fließgewässer ihre Bedeutung als unmittelbarer Energielieferant für die entlang der Bach- und Flussläufe angesiedelten Gewerbe- und Industriebetriebe. Sie wurden durch standortunabhängige Technologien (Dampfmaschine, Verbrennungsmotor, Elektrizität) ersetzt. In der Zwischenkriegszeit wurden in großer Zahl städtische Freibäder errichtet (Kistemann/Schmidt/Flemming 2016), die eine neue Klasse von Stadtblau darstellten. Es gibt auch Beispiele für die Neuanlage von Zierkanälen und -weiher aus dieser Epoche, etwa im äußeren Kölner Grüngürtel.

Kategorie	Konkretisierung	Beispiele
Natürliche Oberflächengewässer		
(Überwiegend anthropogen überformt)	Quellen, Rinnsale, Bäche, Flüsse, Ströme Pfützen, Tümpel, Weiher, Seen, Meer und Meeresbuchten	Paderquelle (Paderborn), Strunde (Bergisch Gladbach), Main (Frankfurt), Weser (Bremen), Bodensee (Konstanz), Nordsee (Cuxhaven), Kieler Förde (Kiel)
Künstliche Oberflächengewässer		
Transport	Kanäle, Grachten, Hafenbecken, Schleusen, Schiffshebewerke, Werftanlagen	Mittellandkanal (Wolfsburg), Ruhrorter Hafen (Duisburg)
Militär und Zivilschutz	Wallgräben, Burggräben, Kanäle, Löschteiche	Wallanlagen (Frankfurt a.M.), Burggraben (Nürnberg), Feuersee (Stuttgart)
Sport, Spiel, Freizeit	Freibäder, künstliche Seen, künstliche Regattastrecken, Marinas, Wasserspielplätze, Eisflächen	Hangeweiher (Aachen), Phoenix-See (Dortmund), Fühlinger See (Köln), Marina Rheinauhafen (Köln), Wasserspielplatz Volksgarten (Düsseldorf), Eislauffläche Prinzregentenstraße (München)
Ästhetische Gestaltung	Teiche, Schlossgräben, Zierbrunnen, Zierteiche, Zierkanäle, Springbrunnen, Flachwasserflächen	Karlsbrunnen (Aachen), Schlossgraben (Detmold), Decksteiner Weiher (Köln), Lindenthaler Kanal (Köln) Potsdamer Platz (Berlin)
Tagebauliche Rohstoffgewinnung	Baggerseen, Bergbaurestseen, Steinbruchseen	Unterbacher See (Düsseldorf), Bleibtreusee (Brühl)
Energieversorgung	Kanäle, Teiche, Wasserspeicher	Wasserkraftanlage Sensenhammer mit Wehr, Mühlgraben und Teich (Leverkusen), Stausee Cossebaude des Pumpspeicherwerks Niederwartha (Dresden)

Kategorie	Konkretisierung	Beispiele
Trinkwasserversorgung	Oberirdische Trinkwasserleitungen, Wassertürme, Trinkwasser-Reservoire, Stauseen	Relikte römischer Wasserleitungen (Köln), Wasserturm Belvedere (Aachen), Fort Canning Service Reservoir (Singapur)
Abwassermanagement	Klär-, Schönungsteiche, Regenrückhaltebecken, Retentionsflächen, Retentionsbodenfilter	Stauweiher Diepenbenden (Aachen), Thelen's Wiese (Wesseling)
Urbane Landwirtschaft	Tränk- und Bewässerungsanlagen, Fischteiche	städtische Fischteiche (Hannover), Wette (Viehtränke, Tübingen)
Hochwassermanagement	Polder, Pumpwerke, Kanäle	Poller Wiesen (Köln)
Ökologie	Vegetationsflächen, Kühlflächen	Urbanes Gewässer Potsdamer Platz (Berlin)

Tab. 1: Urbane Gewässer – Stadtblau / Quelle: eigene Zusammenstellung (2017)

Der markanteste Wandel aber vollzog sich entlang der Industrialisierungsgeschichte: Während urbane Gewässer seit der frühen Industrialisierung vor allem für den Transport und die Energiegewinnung genutzt wurden, dienen sie postindustriellen Stadtgesellschaften vermehrt der Stadtgestaltung, Naherholung und Freizeitnutzung (Sieverts 2010). Im Zuge der Industrialisierung war Stadtblau zunächst vielfach unzugänglich geworden: Hafenanlagen wurden gebaut, Bahnlinien und Straßen angelegt, und die Industriestandorte wuchsen entlang der Flüsse, ihren Ver- und Entsorgungsadern. Bebauung und Befestigung verkrusteten die Ufer der Gewässer, die innerstädtisch vielerorts zudem privatisiert wurden. Die urbanen Gewässer entzogen sich durch diese Unzugänglichkeit geradezu dem Bewusstsein der städtischen Gesellschaft. Die Domestizierung verzweigter Auen zu begradigten und gebündelten Flussläufen und die mit den gleichen Zielen – Schiffbarkeit und Beherrschung von Hochwassergefahren – errichteten technischen Bauwerke wandelten natürliche Gewässer in eine harte Infrastruktur, deren Attraktivität zusätzlich unter der Verschmutzung durch Industrie- und Siedlungsabwässer litt. So wurden städtische Gewässer lange Zeit für andere Nutzungen uninteressant oder standen gar nicht zur Verfügung. Ästhetische Reize und symbolische Bedeutungen traten in den Hintergrund.

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wanderte dann der wassergebundene Güterumschlag mit steigendem Raumbedarf der Logistikbranche an die Peripherie der Ballungsräume, sodass innerstädtische Hafenanlagen ihre ursprüngliche Funktion einbüßten und brachfielen (Winkler 2015). Neue Verkehrsregimes veränderten die räumlichen Muster gewerblicher Ansiedlungen.

Die Stadtplanung beschäftigt sich mit diesen Wasserlagen, ausgehend von Nordamerika und bald darauf Europa, seit etwa dreißig Jahren im großen Stil. Inzwischen erfasste diese Entwicklung alle Kontinente, auch viele Städte des globalen Südens (Hoyle 2000). Dabei konzentrierten Stadtplaner sich auf die besonders flächenwirksamen urbanen Blauräume: die Revitalisierung, Recodierung und Wieder-Inwertsetzung ehemals gewerblich, industriell, verkehrlich oder militärisch genutzter Hafen- und Kanallagen. Eine Konferenz zur „Waterfront Revitalization", die 1987 in Southampton stattfand, gilt als erste Veranstaltung, die dieses Thema auf globaler Ebene verhandelte (Hoyle/Pinder/Husain 1988).

Funktionale Bedeutungsverluste urbaner Oberflächengewässer haben Freiraum geschaffen für neue Nutzungen. Stadtblau wurde von Planern als weicher Standortfaktor entdeckt und seit den 1990er Jahren rückten Gewässerlagen nicht nur in den Metropolen, sondern zunehmend auch in Mittel- und Kleinstädten in den Mittelpunkt von Stadtsanierungs- und Entwicklungsprojekten. Die Skala reicht von den Londoner Docklands über den Medienhafen Düsseldorf und die Internationale Bauausstellung Emscherpark im nördlichen Ruhrgebiet bis nach Stade und Buxtehude am niedersächsischen Geestrand (Halama 2015): Allerorten begann man, natürliche und anthropogene Oberflächengewässer als wichtige Elemente einer nachhaltigen und attraktiven Stadt- und Regionalentwicklung zu entdecken.

Im Gegensatz zu den größtenteils sehr dicht bebauten Innenstadtkernen bieten am Wasser gelegene Standorte weite, unverbaubare Ausblicke und die Möglichkeit zur Entwicklung von durchgehenden Freiraumachsen. Während Flüsse und Kanäle in der Vergangenheit eher als trennendes Element im Stadtraum empfunden wurden, gewinnen sie nun als integrierendes und verbindendes Element in der Stadtentwicklung neue Bedeutung (Sieverts 2010). Stadtquartiere am Wasser erfuhren in Stadtplanung und Städtebaupraxis eine Neubewertung. Das Zusammenspiel von Wasser und Stadtraum wurde als Grundlage für ein lebendiges Stadtleben an der Wasserkante entdeckt (BMVBS 2011). Die Einrichtung von Wegen zum Ufer, für jedermann zugängliche Uferkanten und die Möglichkeit, das Element Wasser erleben zu können, lassen Uferlagen zum strukturierenden und identitätsstiftenden Faktor, geradezu zu emotionalen Planungsachsen werden. Ästhetik und Gestaltung urbaner Gewässer werden heute mit ökologischen, erlebnispädagogischen und soziokulturellen Aspekten verknüpft. Derart gestaltete Gewässer bilden mit ihren Ufer- und Nahbereichen als blaugrüne Infrastruktur naturnahe Korridore in urbanen Räumen und spielen so eine große Rolle für Freizeit und Erholung.

Quartiersentwicklungen in Wasserlagen sind in vielen deutschen Städten ein sehr präsentes Thema. In einer großen Befragung mit 187 antwortenden Kommunen (BMVBS 2011) berichteten zwei Drittel der Städte von einem oder mehreren derartigen Projekten, deren Bedeutung für die gesamtstädtische Entwicklung von fast 90% der Städte als (sehr) hoch eingeschätzt wurde. Bei den Wasserlagen, die Anlass für städtebauliche Projekte sind, dominieren Fließgewässer und Kanäle. Aber auch Meer, Seen, Regenrückhaltebecken und Bergbaufolgelandschaften wurden genannt. Drei Viertel der Projekte sind prominent in der Innenstadt oder am Rand der Innenstadt lokalisiert.

Hafen, Industrie, Gewerbe, Lager- und Verkehrsflächen waren die beherrschenden historischen Nutzungen. Die realisierten oder intendierten neuen Nutzungen nach der Umgestaltung umfassen vor allem Kultur und Freizeit, Grünflächen, Handel und Wohnen. Aber auch Schifffahrt (Kanal), Gewerbe, Dienstleistungen und Logistik sollen vielerorts weiterhin eine gewisse Bedeutung haben. Als wichtige Faktoren für den städtebaulichen Erfolg der Quartiersentwicklung am Wasser werden folgende Aspekte angesehen (BMVBS 2011):

> Aufwertung der Innenstadt durch eine neue, reaktivierte oder intensivierte Beziehung zum Wasser

> Erschließung und Erlebbarmachung von Uferlagen und Gewässern

> Schaffung qualitätsvoller öffentlicher Freiräume und touristischer Anziehungspunkte am Wasser

> Erhalt und Wiederherstellung identitätsstiftender historischer Stadtgrundrisse, Denkmalensembles, prägender Gebäude und Infrastrukturen

> zielgruppenorientierter Wohnraum und (schwimmende) Häuser

3 Urbane Blauräume und Gesundheit

Die spezifischen positiven Wirkungen urbaner Blauräume auf Gesundheit und Wohlbefinden haben erstaunlicherweise im Diskurs um *waterfront revitalization* und Stadtentwicklung am Wasser, im Gegensatz zur diesbezüglichen Bewertung von Grünräumen, in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung bislang kaum Beachtung gefunden (Baumeister 2016), obwohl zahlreiche Studien anderer Disziplinen (z. B. der Umweltpsychologie) positive Wirkungen von Blauräumen hervorheben. Blauräume wurden hinsichtlich ihrer gesundheitsrelevanten Wirkungen selten eigenständig beachtet, sondern mit Grünflächen zusammengefasst, obwohl Wasser als eines der wichtigsten ästhetischen Landschaftselemente angesehen wird (Kaplan/Kaplan 1989). Lediglich implizit klingen gesundheitswirksame Aspekte des Wohnens, Arbeitens und Lebens am Wasser an, wenn

> der Unverwechselbarkeit und Identität schaffende Charakter der Stadt-Wasser-Kanten,
> die raum- und erlebnispsychologischen Dimensionen von Stadtgewässern,
> die mit Gewässern assoziierten atmosphärischen Orte von hoher Freizeit- und Erlebnisvielfalt
> die von fortwährend stattfindenden Veränderungen, Weite, Ruhe und unbändiger Energie ausgehende Faszination
> die Besonderheit von Orten, wo Wasser und Land zusammentreffen
> die Anziehungskraft von Gewässern mit ihren harten und weichen Uferzonen

angesprochen werden (BMVBS 2011).

Dabei liegt der Blau-Flächenanteil in deutschen Städten durchaus in der Größenordnung des städtischen Grün-Flächenanteils. In einer Reihe deutscher Städte haben Wasserflächen einen Anteil von 5–10% an der städtischen Gesamtfläche, bzw. ist der Anteil sogar größer als derjenige, der auf Grünflächen entfällt.[1] Zudem ist zu bedenken, dass in dieser quantitativen Betrachtung nur wenige Kategorien aus dem stadtblauen Inventar (Tabelle 1) überhaupt eine signifikante Rolle spielen. Kleine, aber gestalterisch durchaus wirksame Elemente, die nicht aufgrund ihrer Größe, sondern qualitativer Merkmale (Lage, Sichtbarkeit, Geschichte, Gestalt, Funktion etc.) wirken, werden bei dieser quantitativen Betrachtung praktisch nicht erfasst.

Inzwischen liegen aber erste Befunde vor, die belegen, dass Blauräume spezifische, die Gesundheit sowohl schützende als auch fördernde Eigenschaften besitzen (Völker/Kistemann 2011; White/Smith/Humphryes et al. 2010). Dabei versteht man unter Gesundheitsschutz die Wahrung oder Wiederherstellung umwelthygienisch einwandfreier Lebensverhältnisse durch Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft, während Gesundheitsförderung Angebote und Möglichkeiten, Umwelt- und Lebensbedingungen schafft, die den Einzelnen befähigen, seine Gesundheit durch sein persönliches Verhalten zu erhalten und zu fördern (Kistemann/Engelhart/Exner 2002).

Zwei Konzepte bieten sich an, um die Gesundheitswirksamkeit von Stadtblau systematisch zu betrachten: das eher naturwissenschaftliche Konzept der Ökosystemleistungen eignet sich dabei insbesondere für die Aspekte des Gesundheitsschutzes, das eher kulturwissenschaftliche Konzept der Therapeutischen Landschaften für die Aspekte der Gesundheitsförderung. Es sei aber betont, dass beide Konzepte interessante Gemeinsamkeiten haben und eher komplementär als konkurrierend zu verstehen sind.

4 Gesundheitsschutz durch Blauräume

Das Konzept der Ökosystemleistungen fokussiert auf Güter und Dienstleistungen, die von Ökosystemen bereitgestellt werden und von der menschlichen Gesellschaft genutzt werden, um menschliches Wohlbefinden zu erhöhen (MEA 2005, Kowarik/Bartz/Brenck 2016). Das Konzept schließt explizit menschlich modifizierte Ökosysteme wie urbane Ökosysteme ein. Die Ökosystemleistungen werden in bereitstellende (z. B. Nahrungsmittelproduktion, Bioenergieproduktion, Wasserbereitstellung), regulierende (z. B. Tierbestäubung, Hochwasserregulation, natürliche Schädlingsbekämpfung, Luftreinhaltung und Klimaregulation), kulturelle (z. B. Naherholung, Tourismus, spirituelle Werte) und unterstützende (z. B. Nährstoffzirkulation, Bodenbildung) Leistungen gegliedert. Insbesondere kulturelle Ökosystemleistungen sind bisher aber relativ wenig untersucht worden (Seppelt/Dormann/Eppink et al. 2011). Die menschliche Gesundheit ist im urbanen Raum spezifischen Umweltstressoren aus-

1 Diese Städte liegen entweder direkt an der Küste (Kiel, Rostock), am Unterlauf der großen Ströme Rhein, Weser und Elbe (Duisburg, Bremen, Hamburg), oder im Bereich der glazial geformten norddeutschen Fluss- und Seenlandschaft (Berlin, Potsdam, Schwerin). In Süddeutschland sowie in den Mittelgebirgen liegt der städtische Wasserflächenanteil hingegen in der Regel bei 1–2%.

gesetzt (insbesondere Wärme, Luftschadstoffe, Lärm), welche durch regulierende und bereitstellende Ökosystemdienstleistungen von Blauräumen abgemildert werden können (Frumkin 2002; Galea/Vlahov 2005; WHO 2010).

Angesichts der im Zuge des Klimawandels prognostizierten Zunahme von Hitze- und Schwületagen und tropischen Nächten in Deutschland gewinnen Wasserlagen einen Standortvorteil. Denn Gewässer mit ihren Uferzonen zählen innerhalb städtischer Wärmeinseln zu den thermisch weniger belasteten Räumen. Besonders für die Bevölkerung mit hoher Empfindlichkeit gegenüber Hitzestress (z. B. Ältere, Säuglinge und Kleinkinder, Herz-Kreislauf-Patienten) kann dies bedeutsam sein. Gewässerachsen bilden oft wichtige städtische radiale Frischluftschneisen, welche die städtische Überwärmung abmildern können. Gewässerbegleitende und in die Stadtquartiere hineinragende Grünflächen verbessern zusätzlich die Austausch- und Entlastungseffekte und damit die Konvektionskühlung (BMVBS 2011; vgl. Beitrag zu Grün- und Freiflächen in diesem Band). Zudem besitzen große Wasserflächen eine eigenständige, thermisch dämpfende Wirkung: Einerseits entstehen über Gewässern und der begleitenden Vegetation durch Verdunstung Kühlungseffekte (Coutts/Tapper/Beringer et al. 2012). Für städtische Teiche und Seen wurden Temperaturabsenkungen um 0,58°C gegenüber Grünanlagen und 3,74°C gegenüber bebauten Flächen ermittelt (Sun/Chen 2012). Der thermische Effekt wurde bis zu 40 m in den angrenzenden, bebauten Stadtraum nachgewiesen (Saaroni/Ziv 2003). In einer Metaanalyse global vorliegender empirischer Untersuchungen konnte ein mittlerer Kühlungseffekt großer urbaner Blauräume von 2,5°C ermittelt werden (Völker/Baumeister/Claßen et al. 2013), der um 70% größer ist als der Kühlungseffekt von Grünflächen (Bowler/Buyung-Ali/Knight et al. 2010). Andererseits haben Wasserflächen eine gegenüber Landflächen größere thermische Kapazität und damit im Winter und nachts eine wärmende Wirkung. In der warmen Jahreszeit kann dies jedoch auch zum Problem werden, da die nächtliche Überwärmung von Städten mit großen intra-urbanen Wasserflächen noch verstärkt wird.

Die durch die Gewässerachsen verbesserte Durchlüftung des Stadtraums sorgt auch für einen intensivierten bodennahen Luftaustausch und damit für eine Reduzierung von stadttypischen Luftschadstoff-Konzentrationen. Zudem konnte gezeigt werden, dass infolge der höheren Luftfeuchtigkeit an Gewässern die Feinstaubbelastung geringer ist (Chazette/Liousse 2001; Kuttler/Lamp/Weber 2002).

Unter bestimmten Voraussetzungen kann das Wasser als Energieträger zur Kühlung und Wärmegewinnung genutzt werden, indem Wasser Wärmepumpen zugeführt wird und die Wasserwärme bzw. -kälte genutzt wird. So können Stadtquartiere am Wasser einen Beitrag zur CO_2-Einsparung leisten.

Darüber hinaus können breite urbane Gewässer verschieden genutzte städtische Bereiche räumlich separieren und damit zu einer objektiv oder subjektiv reduzierten Lärmbelastung in Wohnquartieren beitragen: Über die relativ weiten Distanzen an Flüssen oder Seen werden Lärmbelastungen vom gegenüberliegenden Ufer reduziert (Kistemann/Völker/Lengen 2010). Mit dem Geräusch bewegten Wassers assoziieren Menschen Frische, Reinheit und Beruhigung, auch wenn das Wasser gar nicht sichtbar ist (Herzog 1985; Kaiser 2005; Völker/Kistemann 2011). Wegen der natürlichen Ge-

räuschkulisse an Gewässern werden störende Lärmeinwirkungen in geringerem Maße wahrgenommen und ihre stresserzeugende Wirkung wird abgedämpft (Alvarsson/ Wiens/ Nilson 2010; Bird 2007; De Coensel/Vanwetswinkel/Botteldooren 2011; White/ Smith/Humphryes et al. 2010).

Offene Wasserflächen können partiell auch die Belichtungsverhältnisse von angrenzenden Stadtquartieren verbessern, indem sie einerseits keinerlei Schattenwurf provozieren. Dieser Effekt ist besonders wirksam bei Sonnenauf- und -untergang sowie in den Wintermonaten bei niedrigem Sonnenstand. Andererseits verstärken Wasserflächen durch Reflexion die Wirkung des einfallenden Sonnenlichts.

Und schließlich stellen die Gewässer selbst oder Grundwasserleiter im Bereich ihrer flankierenden Grünflächen bisweilen wichtige städtische Trinkwasserressourcen dar, welche die Wasserabhängigkeit des Stadtraums von seinem Umland (Kistemann 1997) reduzieren können.

5 Gesundheitsförderung durch Blauräume

Als Grundlage für die systematische Behandlung gesundheitsfördernder Leistungen urbaner Blauräume dient das Konzept der Therapeutischen Landschaften (Gesler 1992; Kistemann/Claßen 2012; Kistemann 2016), das heute als ein maßgebliches Paradigma der geographischen Gesundheitsforschung anerkannt wird. Es handelt sich um ein Modell gesundheitsrelevanter Wirklichkeitsdimensionen von Räumen. Dabei geht es nicht so sehr um die Betrachtung eines euklidischen Raum-Containers, sondern um Aufdeckung immanenter Strukturen, Handlungen und Akteure an spezifischen Orten („places“).

Diese Raumbedeutungen überlagern sich; die relative Bedeutung verschiedener therapeutischer Landschaftsschichten variiert von Ort zu Ort, von Situation zu Situation, von Individuum zu Individuum. Derzeit werden mehrere theoretische Erklärungsansätze diskutiert, um die gesundheitsfördernde Wirkung therapeutischer Landschaften zu erklären (Kistemann 2016). Urbane Gewässer können zweifellos als eigenständige Therapeutische Landschaften oder als bedeutende Elemente derselben in einem umfassenden Sinne verstanden werden (Kistemann/Claßen 2012):

> als ästhetisch ansprechende urbane Landschaftselemente

> als institutionell-gesellschaftlich gestaltete und der bürgerlichen Öffentlichkeit *zugängliche* Landschaftselemente, d.h. als soziale Konstrukte

> als personale, symbolische Konstrukte, erinnerungsbesetzt und identitätsstiftend

> als Landschaften, die Glauben und Überzeugungen symbolisieren

> als Landschaften sozialer Beziehungen

Alle diese Aspekte haben eine wichtige Bedeutung für das gesundheitliche Wohlbefinden von Individuen und sozialen Gruppen. Neben der „Beschaffenheit" urbaner Blauflächen (ihrer Wirklichkeitsdimensionen) spielen die Formen ihrer Aneignung eine entscheidende Rolle für die Entfaltung gesundheitsfördernder Wirkungen. Als relevante Aneignungsdimensionen wurden körperliche Aktivität, soziale Interaktion, kontemplatives Erleben und symbolische Aufladung vorgeschlagen (Völker/Kistemann 2011). Für zahlreiche von Wasser geprägte Stadtlandschaften liegen inzwischen grundlegende Untersuchungen vor, welche die verschiedenen genannten Aspekte berücksichtigen (Gesler 1996; Völker/Kistemann 2011, 2013, 2015; Thomas 2015; Foley 2015).

Urbane Gewässer stellen ideale, vielseitige und beliebte Orte zur wohnortnahen körperlichen Aktivität dar. Dies umfasst neben wassergebundenen Sportaktivitäten wie Schwimmen, Rudern, Paddeln, Segeln und Angeln auch die Möglichkeiten uferbegleitender, körperlicher Betätigung (z. B. Spazieren, Joggen, Radfahren, Skaten), ggf. auch Feldsport (Smith/Croker/McFarlane 1995; Völker/Kistemann 2013; Foley 2015). Die positiven Wirkungen derartiger körperlicher Aktivitäten für das Herz-Kreislaufsystem, den Bewegungsapparat, aber auch die hormonelle Regulation und das Koordinationsvermögen sind hinreichend untersucht und belegt.

Auch kontemplative Erfahrungen und symbolische Konnotationen sind häufig mit Gewässern verknüpft (Smith/Croker/McFarlane 1995; White/Smith/Humphryes et al. 2010). Stadtblau-Erfahrungen wirken stressmildernd und verbessern die Gemütslage (Völker/Kistemann 2013). Die visuellen Effekte, wie Oberflächenbewegungen oder Reflexionen von Licht und Umgebung, lassen Stadtblau als besonders attraktiv erscheinen (Fernandez/Wilkins 2008; Kaplan 1995; Tessin 2008). Insbesondere die Grenzflächen zwischen Wasser und Land werden als attraktiv wahrgenommen (Lengen 2015; Herzog 1985).

Wasser wurde als hochwirksamer Faktor für Landschaftspräferenzen (hinsichtlich Komplexität, Kohärenz, Lesbarkeit, Symbolik) identifiziert (Kaplan/Kaplan 1989), sogar dann, wenn das Wasser nicht direkt erlebbar ist, sich seine Präsenz aber indirekt, zum Beispiel durch linienhafte Ausrichtung der Vegetation abbildet (Dramstad/Tveit/Fjellstad et al. 2006). Urbane Blauräume werden genauso präferiert wie Blauräume im ländlichen Raum (White/Smith/Humphryes et al. 2010). Diese positiven Konnotationen fördern die emotionale Bindung an den Wohnort, was sich wiederum positiv auf das gesundheitliche Wohlbefinden auswirkt (Eyles/Williams 2008). Bewohner in Gewässernähe bewerten ihr Wohnumfeld vornehmlich positiv, würden bei einem Umzug insbesondere die Nähe zum Wasser vermissen und sich auch in Zukunft bevorzugt für eine Wohnung in Gewässernähe entscheiden (Asakawa/Yoshida/Yabe 2004).
Auch als Ort sozialer Interaktion werden städtische Blauräume genutzt. Menschen beobachten, neue Bekanntschaften schließen, Freunde treffen und sich unter Menschen aufhalten wurden als beliebte soziale Aktivitäten von Besuchern der Rheinufer-Promenaden in Köln und Düsseldorf genannt (Völker/Kistemann 2015). Von einem anderen Beispiel berichtete Foley (2015), der das gemeinsame körperliche Erlebnis als wichtige Erfahrung affektiver Kraft bei Schwimmern an Meerbadestellen in Dublin identifizierte.

6 Fazit

Die Schaffung ausreichend dimensionierter Blauräume und die Einbindung von Wasser in urbane Landschaften werden seit Längerem empfohlen. Die steigende Zahl städtischer Planungen an und mit Stadtblau macht deutlich: Die Stadtplanung, aber auch die Immobilienwirtschaft hat den Mehrwert von „Wassermilieus" längst erkannt. Begünstigend kommt hinzu, dass Blauräume im Vergleich zu Grünräumen rascher gestaltbar und weniger pflegeintensiv sind (Luttik 2000). Urbane Blauräume wirken nicht nur – auf verschiedene Weise – gesundheitsschützend, sie bieten auch vielfältige Möglichkeiten für Entspannung, Stressreduktion, Erholung und Freizeit und damit zur Gesundheitsförderung in Wohnortnähe. Auch hinsichtlich der positiven Effekte von Blauräumen auf die soziale, mentale und emotionale Dimension von gesundheitlichem Wohlbefinden mehren sich die empirischen Befunde. Als gesundheitswirksame Stadträume werden sie allerdings in der Planungspraxis bislang kaum explizit interpretiert und eingesetzt (Baumeister 2016).

Um städtische Blauräume nicht nur als gesundheitsschützende, sondern insbesondere auch als gesundheitsfördernde Erholungs-, Aktiv- und Begegnungsräume nachhaltig nutzbar zu machen, müssen Zugang, Aufenthalt und Nutzung für die städtische Bevölkerung gewährleistet sein. Dazu gehören allgemeines Zutrittsrecht, Erschließung durch zumindest teilweise barrierefreie Wege, eine gewisse Gestaltungs- und Pflegequalität, die Gewährleistung von Sicherheit sowie Partizipation bei Planung, Gestaltung und letztlich Nutzungspraxis der blauen Stadträume. Gesundheit ist ein bislang unterschätztes und unterrepräsentiertes, aber nicht zuletzt vor dem Hintergrund demografischer, gesellschaftlicher und ökologischer Herausforderungen gewichtiges Argument für die Stadtplanung, sich urbanen Blauräumen kreativ zuzuwenden und diese unter expliziter Berücksichtigung gesundheitlicher Belange und Interessen zu entwickeln.

Mit der zunehmenden Attraktivität von Wasserlagen für Freizeit, Wohnen und Arbeiten konkurriert eine Vielzahl sozioökonomischer, ökologischer, wasserwirtschaftlicher und verkehrlicher Ansprüche (Bomba 2011). Als Konsequenz drohen sozial unausgewogene, nicht umweltgerechte Entwicklungen, die, in Analogie zum Begriff der grünen Gentrifizierung (Gould/Lewis 2017), als blaue Gentrifizierungen bezeichnet werden können. Auch deshalb wird es wichtig sein, zur Sichtbarmachung und Durchsetzung gesundheitsbezogener Ziele in der Stadtplanung limitierende Faktoren wie ressortbezogene Aufgabenzuschnitte und Ressourcenmangel zu überwinden und eine „Good Urban Blue Governance for Health" (Baumeister 2016) zu entwickeln.

Autor

Prof. Dr. Thomas Kistemann (**1961*) *studierte Medizin, Geographie und Klassische Philologie in Bonn und Göttingen; nach mehrjähriger klinisch-ärztlicher Tätigkeit seit 1994 am Institut für Hygiene und Public Health der Universität Bonn tätig; Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Leitung des GeoHealth Centre sowie des WHO-Kollabo-*

rationszentrums für Wassermanagement und Risikokommunikation; Professur für Hygiene, Umweltmedizin und Medizinische Geographie, stellvertretender Institutsdirektor und leitender Oberarzt (Umwelthygiene/Public Health).

Literatur

Alvarsson, J. J.; Wiens, S.; Nilson, M. E. (2010): Stress Recovery during Exposure to Nature Sound and Environmental Noise. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 7, 1036-1046.
Asakawa, S.; Yoshida, K.; Yabe, K. (2004): Perceptions of urban stream corridors within the greenway system of Sapporo, Japan. In: Landscape and Urban Planning 68, 167-182.
Baumeister, H. (2016): Blue Governance – Chance für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung. Dissertation, Universität Bielefeld.
Bird, W. J. (2007): Natural Thinking: For the Royal Society for the Protection of Birds, Investigating the links between the Natural Environment, Biodiversity and Mental Health. Royal Society for the Protection of Birds.
https://www.rspb.org.uk/Images/naturalthinking_tcm9-161856.pdf (18.10.2017).
BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2011): Integrierte Stadtquartiersentwicklung am Wasser. Berlin. = Werkstatt Praxis Heft 77.
Bomba, R. (2011): Vorwort. In: BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2011): Integrierte Stadtquartiersentwicklung am Wasser. Berlin, 2-3. = Werkstatt Praxis Heft 77.
Bowler, D. E.; Buyung-Ali, L.; Knight, T. M.; Pullin, A. S. (2010): Urban greening to cool towns and cities: A systematic review of the empirical evidence. In: Landscape and Urban Planning, 97 (3), 147-155.
Buer, M. C. (1926): Health, wealth and population in the early day of the industrial revolution. London/New York.
Chazette, P.; Liousse, C. (2001): A case study of optical and chemical ground apportionment for urban aerosols in Thessaloniki. In: Atmospheric Environment 35 (14), 2497-2506.
Claßen T.; Völker S. (2015): Stadtgrün & Stadtblau im Dienste der Gesundheit? In: RaumPlanung 180 (4), 46-53.
Coutts, A. M.; Tapper, N. J.; Beringer, J.; Loughnan, M.; Demuzere, M. (2012): Watering our cities: The capacity for water sensitive urban design to support urban cooling and improve human thermal comfort in the Australian context. In: Progress in Physical Geography 37 (1), 2-28.
De Coensel, B.; Vanwetswinkel, S.; Botteldooren, D. (2011): Effects of natural sounds on the perception of road traffic noise. In: The Journal of the Acoustical Society of America 129 (4), 148-153.
Dramstad, W.; Tveit, M. S.; Fjellstad, W.; Fry, G. (2006): Relationships between visual landscape preferences and map-based indicators of landscape structure. In: Landscape and Urban Planning 78, 465-474.
Eyles, J.; Williams, A. (2008): Sense of place, health and quality of life. Aldershot.
Fernandez, D.; Wilkins, A. J. (2008): Uncomfortable images in art and nature. In: Perception 37 (7), 1098-1113.
Foley, R. (2015): Swimming in Ireland: Immersions in therapeutic blue space. In Health & Place 35, 218-225.
Frumkin, H. (2002): Urban Sprawl and Public Health. In: Public Health Reports 117 (5/6), 201-217.
Galea, S.; Vlahov, D. (Hrsg.) (2005): Handbook of urban health: Populations, methods, and practice. New York.
Gesler, W. M. (1992): Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. In: Social Science & Medicine 34 (7), 735-746.
Gesler, W. M. (1996): Lourdes: healing in a place of pilgrimage. In: Health & Place 2, 95-105.
Gould, K. A.; Lewis, T. L. (2017): Green gentrification. Urban sustainability and the struggle for environmental justice. New York.
Halama, A. (2015): Die Hansestädte Stade und Buxtehude an der Unterelbe – zwei Geestrandhäfen im Wandel. In: Nagel, F. N. (Hrsg.): Europäische Hafenquartiere zwischen Dornröschenschlaf, Industriekultur und Zukunftsvisionen. Norderstedt, 9-68. = Kulturlandschaftsforschung und Industriearchäologie. Beiträge der Geographie Band 5.
Herzog, T. R. (1985): A Cognitive Analysis of Preference for Waterscapes. In: Journal of Environmental Psychology 5, 225-241.

Hoyle, B. S. (2000): Global and Local Change on the Port-City Waterfront. In: Geographical Review, Vol. 90 (3), 395-417.
Hoyle, B. S.; Pinder, D. A.; Husain, M. S. (1988): Revitalising the Waterfront: International Dimensions of Dockland Redevelopment. London.
Kaiser, O. (2005): Bewertung und Entwicklung von urbanen Fließgewässern. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.
http://www.landespflege-freiburg.de/ressourcen/ culterra/culterra44.pdf (18.10.2017).
Kaplan, S. (1995): The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. In: Journal of Environmental Psychology (15), 169-182.
Kaplan, R.; Kaplan, S. (1989): The Experience of Nature: A Psychological Perspective. New York.
Kistemann, T. (1997): Trinkwasserinfektionen – Risiken in hochentwickelten Versorgungsstrukturen. In: Geographische Rundschau 49 (4), 210-215.
Kistemann T. (2016): Das Konzept der therapeutischen Landschaften. In: Gebhard, U.; Kistemann, T. (Hrsg.): Landschaft, Identität und Gesundheit. Wiesbaden, 123-149.
Kistemann, T.; Claßen, T. (2012): Therapeutische Landschaften – Schlüsselkonzept einer post-medizinischen Geographie der Gesundheit. In: Berichte zur deutschen Landeskunde 86 (2), 109-124.
Kistemann T.; Engelhart S.; Exner M. (2002): Standortbestimmung: Umweltmedizin, Hygiene und Öffentliche Gesundheit. In: Dott, W.; Merk, H. F.; Neuser, J.; Osieka, R. (Hrsg.): Lehrbuch der Umweltmedizin. Stuttgart, 7-13.
Kistemann, T., Schmidt, A., Flemming, H. C. (2016): Post-industrial river water quality – Fit for bathing again? In: International Journal of Hygiene and Environmental Health 219 (7), 629-642.
Kistemann, T.; Völker, S.; Lengen, C. (2010): Stadtblau – Die gesundheitliche Bedeutung von Gewässern im urbanen Raum. In: Natur- und Umweltschutz-Akademie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Die Bedeutung von Stadtgrün für die Gesundheit. Recklinghausen, 61-75.
Kowarik, I.; Bartz, R.; Brenck, M. (2016): Ökosystemleistungen in der Stadt. Gesundheit schützen und Lebensqualität erhöhen. Berlin/Leipzig.
Kuttler, W.; Lamp, T.; Weber, K. (2002): Summer air quality over an artificial lake. In: Atmospheric Environment, 36 (39-40), 5927-5936.
Lengen C. (2015): The effects of colours, shapes and boundaries of landscapes on perception, emotion and mentalising processes promoting health and well-being. In: Health & Place 35, 166-177.
Luttik, J. (2000): The value of trees, water and open space as reflected by house prices in the Netherlands. In: Landscape and Urban Planning, 48 (3-4), 161-167.
MEA – Millenium Ecosystem Assessment (2005): Ecosystems and human well-being: current state and trends. Washington, D.C.
Mehta, L. (2014): Water and Human Development. In: World Development 59, 59-69.
Saaroni, H.; Ziv, B. (2003): The impact of a small lake on heat stress in a Mediterranean urban park: the case of Tel Aviv, Israel. In: International Journal of Biometeorology 47 (3), 156-165.
Seppelt, R.; Dormann, C. F.; Eppink, F. V.; Lautenbach, S.; Schmidt, S. (2011): A quantitative review of ecosystem service studies: approaches, shortcomings and the road ahead. In: Journal of Applied Ecology 48, 630-636.
Sieverts, T. (2010): Der Reiz von Stromlagen. In: Montag Stiftung Urbane Räume und Regionale 2010 (Hrsg.): Stromlagen. Urbane Flusslandschaften gestalten. Basel u.a., 22-25.
Smith, D. G.; Croker, G. F.; McFarlane, K. (1995): Human perception of water appearance – 1. Clarity and colour for bathing and aesthetics. In: New Zealand Journal of Marine and Freshwater Research 29, 29-43.
Sun, R.; Chen, L. (2012): How can urban water bodies be designed for climate adaptation? In: Landscape and Urban Planning 105 (1-2), 27-33.
Tessin, W. (2008): Ästhetik des Angenehmen: Städtische Freiräume zwischen professioneller Ästhetik und Laiengeschmack. Wiesbaden.
Thomas, F. (2015): The role of natural environments within women's everyday health and wellbeing in Copenhagen, Denmark. In: Health & Place 35, 187-195.
Völker S., Kistemann, T. (2015): Developing the urban blue: Comparative health responses to blue and green urban open spaces in Germany. In: Health & Place 35, 196-205.
Völker, S.; Baumeister, H.; Claßen, T.; Hornberg, C.; Kistemann, T. (2013): Evidence for the temperature-mitigating capacity of urban blue space – a health geographic perspective. In: Erdkunde 67 (4), 355-371.
Völker, S.; Kistemann, T. (2011): The impact of blue space on human health and well-being – Salutogenetic health effects of inland surface waters: A review. In: International Journal of Hygiene and Environmental Health 214 (6), 449-460.

Völker, S.; Kistemann, T. (2013): "I'm always entirely happy when I'm here!" Urban blue enhancing human health and well-being in Cologne and Düsseldorf, Germany. In: Social Science and Medicine 78, 113-124.
White, M.; Smith, A.; Humphryes, K.; Pahl, S.; Snelling, D.; Depledge, M. (2010): Blue space: The importance of water for preference, affect, and restorativeness ratings of natural and built scenes. In: Journal of Environmental Psychology 30, 482-493.
WHO – World Health Organisation (2010): Urban Planning, environment and health. From evidence to policy action. Meeting Report. Kopenhagen.
Winkler, E. (2015): Magdeburg – Industriekultur im Fokus der Stadtentwicklung. Der historische Handelshafen auf dem steinigen Weg zum urbanen Standort für Wissenschaft und Forschung. In: Nagel, F. N. (Hrsg.): Europäische Hafenquartiere zwischen Dornröschenschlaf, Industriekultur und Zukunftsvisionen. = Kulturlandschaftsforschung und Industriearchäologie. Beiträge der Geographie Band 5. Norderstedt, 69-95.

Andrea Rüdiger

KLIMAWANDELGERECHTE STRATEGIEN ALS BAUSTEIN EINER INTEGRIERTEN STADTENTWICKLUNG

Gliederung

1 Komplexität und Dynamik der Aufgabe der Klimaanpassung
2 Integration von Aspekten des demografischen Wandels und der Umweltgerechtigkeit
3 Die Klimaanpassungsstrategie der Stadt Nürnberg – ein Baustein für eine gesundheitsfördernde Stadtregion
4 Fazit
Literatur

Kurzfassung
Komplexität und Wechselwirkungen der zukünftigen klimatischen Herausforderungen stellen kommunale Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger vor große Aufgaben. Klima, Raum und Gesundheit stehen in vielfachen Wechselbeziehungen zueinander, die sich in indirekten und direkten Folgen für die menschliche Gesundheit niederschlagen. Im Wissen um die Wechselwirkungen und die Betroffenheit des Raumes gegenüber Klimawandelfolgen ist diese nachvollziehbar, dass städtische Veränderungsprozesse wie ökonomische Umstrukturierungen, demografische Verschiebungen, soziodemografische Veränderungen sowie Globalisierungstendenzen mit städtischen Ausprägungen in der Entwicklung von Strategien und Maßnahmen für eine raumbezogene klimawandelgerechte und gesundheitsfördernde Stadtregion miteinzubeziehen sind. Am Beispiel der Erkenntnisse aus Modellvorhaben des Forschungsprogramms ExWoSt „Urbane Strategien zum Klimawandel" diskutiert der folgende Beitrag erfolgreiche Beispiele und Ansätze zur Umsetzung einer klimawandelgerechten, gesundheitsfördernden Stadtregion. Der Beitrag fokussiert Strategien der Klimaanpassung; der Aspekt des Klimaschutzes wird nur in seinen Wechselwirkungen mit der Klimaanpassung thematisiert.

Schlüsselwörter
Klimafolgen – Klimaanpassung – integrierte Stadtentwicklung – Wirkfolgen – Wechselwirkungen

Climate friendly strategies as an important component for integrated urban development

Abstract
The complexity and interdependencies of future climatic challenges will place increasing demands on municipal decision makers. Climate, space and health are in many ways interdependent. This is reflected in direct and indirect exposures to human

health. Knowledge of these interactions and of the impacts of climate change makes clear the necessity to consider the spatial challenges of urban change processes when developing climate-friendly and health-promoting urban strategies. This should include broad social, economic, and demographic trends. The paper discusses some of the successful results of the research project "Urban Strategies for Adapting to Climate Change (StadtKlimaExWoSt)" as a contribution to healthy and climate-friendly urban development. This paper focuses on strategies for climate change adaptation, with climate protection discussed according to its interdependencies with climate adaptation.

Keywords
Climate change – climate adaptation – integrated urban development – interdependencies

1 Komplexität und Dynamik der Aufgabe der Klimaanpassung

Vor dem Hintergrund der aktuellen, nicht nur bundesdeutschen energiewirtschaftlichen und umweltpolitischen Rahmenbedingungen müssen Klimaanpassungsstrategien für gesundheitsfördernde Stadtregionen nicht nur den Klimawandel und seine Folgen im Blick haben. Sie müssen die Herausforderungen der demografischen Entwicklung und der soziodemografischen Bedingungen sowie die daraus resultierenden Aufgaben für den Umbau der Städte und Stadtregionen berücksichtigen.

„Wir müssen unsere Städte neu erfinden" so fordern Endlicher und Kress (2008). Um die Entwicklung und Gestaltung von Städten sowie des urbanen Zusammenlebens neu zu überdenken, müssen vor allem die Handlungsträgerinnen und Handlungsträger befähigt werden, Komplexität und Wechselwirkungen der zukünftigen klimatischen Herausforderungen zu durchdringen und mit weiteren aktuellen Aufgaben der Stadtentwicklung in Einklang zu bringen. Durch das Zusammenfallen von Ursache und Wirkung des Klimawandels sind Städte und Ballungsräume in idealer Weise geeignet, möglichen ökologischen, sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Klimafolgen zu begegnen und mit betroffenen und relevanten Akteuren Anpassungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen.

Ziel einer klimawandelgerechten Stadtentwicklung muss es sein, durch integrierte Ansätze und mittels planerischer Vorsorge zu veränderten und resilienteren Raumstrukturen zu gelangen (zum Begriff und zur Aufgabe der planerischen Vorsorge siehe Beitrag Kühling/Kawe in diesem Band). Resilienz wird dabei verstanden als ein Maß für die Widerstandsfähigkeit eines Systems. Sie bezeichnet dessen Potenzial, Störungen oder Veränderungen aufzunehmen, ohne seine grundlegenden Qualitäten und funktionalen Eigenschaften zu verlieren (Holling 1973: 14). Auf sozioökonomische Systeme übertragen beschreibt der Begriff die Kapazität einer Gesellschaft oder eines Raums, Störungen und Schocks zu absorbieren (vgl. Stadtklima-ExWoSt 2013).

Zum Zusammenhang von Raum, Gesundheit und Klimaänderung

Klima, Raum und Gesundheit stehen in vielfachen Wechselbeziehungen zueinander. Dem Fünften Sachstandsbericht des Weltklimarats IPCC aus den Jahren 2013 und

2014 ist zu entnehmen: „In urban areas, climate change is projected to increase risks for people, assets, economies and ecosystems, including risks from heat stress, storms and extreme precipitation, inland and coastal flooding, landslides, air pollution, drought, water scarcity, sea-level rise, and storm surges (very high confidence). These risks are amplified for those lacking essential infrastructure and services or living in exposed areas“ (IPCC 2014:15).

In urbanen Räumen zeigen sich die Folgen des Klimawandels in besonders deutlicher Form. Zum einen führen häufigere und heftigere Extremereignisse (wie z. B. Flusshochwässer, Hitzewellen und Starkregenereignisse) zu Schäden an der Bausubstanz und zur Gefährdung der Bewohnerschaft. Zum anderen entstehen durch die schleichenden, klimatischen Veränderungen (wie z. B. in den Niederschlagsverhältnissen oder der Temperaturentwicklung) veränderte Ansprüche an Bausubstanz und Infrastruktureinrichtungen (z. B. an die Kanalisation oder an Verkehrswege). Viele der klimatisch bedingten Veränderungen werden durch die besonderen Charakteristika des urbanen Raumes (z. B. durch die thermischen und hydrologischen Eigenschaften städtischer Oberflächen, die anthropogene Wärmestromdichten bspw. aus dem Betrieb von Kraftfahrzeugen, Kraftwerken etc. oder auch Emission von Luftverunreinigungen) in ihrer Wirkung verstärkt (vgl. Kuttler 2004). Welche Folgen diese Veränderungen für eine Stadt haben, ist allerdings nicht nur von der Veränderung klimatischer Parameter abhängig. Eine Auseinandersetzung mit den Folgen umfasst auch die Betrachtung der Prozesse und Merkmale, die die Schadenshöhe in ökonomischer und sozialer Hinsicht und das mögliche Bewältigungspotenzial einer Gesellschaft oder eines Raumes bestimmen. Die Wirkungen von Klimawandelfolgen sind also in vielerlei Hinsicht ein komplexes Produkt, welches durch soziale, ökonomische, ökologische und physisch-infrastrukturelle Faktoren sowie die Exposition einer Stadt oder Gesellschaft gegenüber den Einwirkungen des Klimawandels bestimmt wird.

Räumliche Strukturen sind in vielfältiger Hinsicht von den Folgen des Klimawandels betroffen. Gleichzeitig können räumliche Strukturen besonders im städtischen Kontext – wie Art und Maß der baulichen Nutzung, Stadtstruktur sowie Einbindung des Stadtkörpers in die Umgebung – die klimatische Situation maßgeblich beeinflussen. Die stadtklimatische Situation steht in direkter Wechselwirkung mit der Bebauung und Nutzung einer Stadt (vor allem in Form der dort entstehenden Abwärme und Schadstoffemissionen). Im Wissen um Wechselwirkungen und Betroffenheit des Raumes gegenüber Klimawandelfolgen ist nachvollziehbar, dass insbesondere die städtischen Veränderungsprozesse – wie ökonomische Umstrukturierungen, demografische Verschiebungen sowie Globalisierungstendenzen mit städtischen Ausprägungen – in die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen für eine raumbezogene klimawandelgerechte und gesundheitsfördernde Stadtregion miteinzubeziehen sind.

Stadtplanung kann damit sowohl auf die klimatischen Situationen vor Ort Einfluss nehmen (aktiv) als auch unvermeidbare Folgen für räumliche Strukturen in ihren Anpassungsbemühungen berücksichtigen (reaktiv). Beide Strategien haben mittelbaren Einfluss auf die menschliche Gesundheit. Dobler und Jendritzky (1998) unterteilen in direkte und indirekte Folgen für die Gesundheit durch die Klimaänderungen in Form der

> Zunahme der thermischen Belastungen (Stadtplanung kann bspw. Dichte und Höhe der Bebauung, Grad der Versiegelung etc. beeinflussen)

> Zunahme von Extremwetterereignissen wie starke Unwetter, Stürme, Hitzewellen und Überschwemmungen (Stadtplanung kann Einfluss nehmen auf Zuordnungen von Nutzungen, Abstands- und Retentionsflächen, Notentwässerungen etc.)

> Zunahme von vektorbasierten Infektionskrankheiten (Pflanzlisten z.B. mit Bäumen ohne allergene Pollen)

> stratosphärischen Ozonabnahme und Verstärkung der UV-Strahlung (z.B. Verschattungsmöglichkeiten vorsehen)

> Erhöhung der Lufttemperatur in Verbindung mit einer Verstärkung der Luftbelastung (Zuordnung von Nutzungen; Maßnahmen zur Reduktion der Luftbelastung im Bereich von Gewerbe, Hausbrand, Mobilität etc.).

Exemplarische, gesundheitsfördernde Maßnahmen der Klimaanpassung und ihre Wechselwirkungen

Mit dem Forschungsprogramm „Experimenteller Wohnungs- und Städtebau" (ExWoSt) fördert der Bund innovative Planungen und Maßnahmen zu wichtigen städtebau- und wohnungspolitischen Themen, die – als Modellvorhaben konzipiert – den Wissenstransfer in die kommunale Praxis unterstützen sollen. Das Forschungsprogramm ExWoSt ist ein Programm des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) und wird vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) betreut.

Von Dezember 2009 bis November 2013 fand im Rahmen des Forschungsprogramms ExWoSt das Modellvorhaben „Urbane Strategien zum Klimawandel" statt. Ziel hierbei war es, aus der Umsetzung von Strategien und Aktionen in den Modellprojekten allgemeine Rückschlüsse auf integrierte Ansätze zum Klimaschutz und zur Anpassung an den Klimawandel zu erhalten. Die Modellprojekte wurden fachlich und wissenschaftlich durch die Bundesforschungsassistenz[1] unterstützt, in deren Team u.a. die Autorin mitgewirkt hat. Die Erkenntnisse im folgenden Beitrag basieren auf der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung dieser erfolgreichen Beispiele und Ansätze zur Umsetzung einer klimawandelgerechten Stadtregion.

Wie die frei gewählten Ansätze der Modellprojekte gezeigt haben, ist einer der bedeutendsten Effekte des Klimawandels das vermehrte Auftreten hoher Temperaturen. Es beeinflusst zum einen die thermisch-mechanische Belastung von Gebäuden und Infrastruktur, hat aber vor allem eine bioklimatische und damit gesundheitliche Bedeutung. Neben der Temperatur wirken die Luftfeuchte, die Windgeschwindigkeit und der Strahlungshaushalt auf das thermische Wohlbefinden des Menschen. Die Zunahme

1 Einem Team aus Wissenschaftlern der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund (Prof. Dr. Stefan Greiving, Dr. Mark Fleischhauer, Dr. Christian Lindner und Dr. Andrea Rüdiger) in Kooperation mit dem Büro BPW baumgart+partner aus Bremen und dem Büro plan + risk consult Dortmund.

der baulichen Dichte eines Stadtkörpers sowie seine Ausdehnung in die Fläche verstärken die Wärme- und Hitzeinseleffekte (BMVBS/BBSR 2009a: 14 ff.).

Am Beispiel der Wechselwirkungen ausgewählter Maßnahmen für eine thermische Entlastung von Städten sollen die hohe Komplexität und die Anforderungen verdeutlicht werden, mit denen Städte auf dem Weg zu einer klimawandelgerechten und gesundheitsfördernden Stadtentwicklung konfrontiert werden. Zentrale Handlungsbereiche mit Auswirkungen auf den Wärmeinseleffekt und eine Verbesserung der klimatisch-lufthygienischen Bedingungen sind u.a. die Freiflächenplanung, die Versorgung der Städte mit Frisch- und Kaltluft, die Reduzierung des Verkehrsaufkommens und die bautechnische Optimierung von Gebäuden.

Grüne und insbesondere blaue (Völker/Kistemann 2013) Strukturen haben einen abkühlenden Effekt auf die urbane Umgebung und sollten vielfältig, auch kleinteilig im Stadtgefüge vorgesehen werden. Die positiven Wirkungen von Grünflächen auf die klimatischen Verhältnisse einer Stadt werden durch Größe, Aufbau und Zusammensetzung der Grünflächen und ihrer Vegetation bestimmt. Eine mit Gras bepflanzte Fläche kann bereits günstige Veränderungen in der Strahlungs- und Wärmebilanz erzeugen, wenn sie ausreichend mit Wasser versorgt wird (Kuttler 2010: 379). Bei einer schrumpfenden Bevölkerungszahl kann die Pflege und Entwicklung von Grünflächen jedoch zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung für die Kommune werden. Viele Studien zeigen, dass Grün- und Freiflächen u.a. durch ihren Bewegungsraum der Erholung und Gesundheitsvorsorge dienen (vgl. Claßen/Völker/Baumeister et al. 2014). Sträucher und schattenspendende hohe Bäume verstärken die bioklimatischen Effekte (Kuttler 2010: 379). Stark bepflanzte Grünanlagen sind jedoch für flächenhafte Sportarten und für „linienhafte Aktivitäten“ nur bedingt geeignet (Radfahren, Joggen, Skaten etc.). Auf der anderen Seite hat eine Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) gezeigt, dass Sportarten wie Radfahren und Joggen etc. zu „Dauerbrennern“ der Sportaktivtäten der Bevölkerung gehören (GfK 2005).

So müssen die Transportbahnen für die urbane Frischluftzufuhr, auch benachbarter Gemeinden, freigehalten werden, unvermeidbare bauliche Querungen sollten den Luftaustausch wenig beeinträchtigen.

Der Erhalt bzw. die Schaffung von Frischluftentstehungsgebieten sowie Entwicklung und Erhalt von zusammenhängenden Grün-, Frei- und Wasserflächen als Luftaustauschbahnen mit stadtklimaverbessernder Wirkung ist ein zentrales Anliegen der Strategien zur thermischen Entlastung von Siedlungskörpern. Großflächige Grün- und Brachflächen bewirken eine Verbesserung der klimatisch-lufthygienischen Belastungssituation durch Filterung und Festlegen von Schadstoffen und Stäuben sowie durch Abkühlung der Lufttemperaturen. Dem städtebaulichen Planungsgrundsatz der Innenentwicklung steht der Anspruch an eine Durchlüftung von Verdichtungsräumen sowie der Entwicklung und dem Erhalt von Kaltluftentstehungsgebieten und Durchlüftungsschneisen, die von einer Bebauung freigehalten werden müssen, ggf. entgegen (zur gesundheitlichen Bedeutung blauer Stadtstrukturen siehe Beitrag von Kistemann in diesem Band; bzgl. urbaner Grün- und Freiräume – Ressourcen einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung siehe Beitrag von Claßen in diesem Band).

Insbesondere in klimatisch-lufthygienisch stark belasteten Bereichen ist auf eine Verringerung des Emissionsaufkommens (v.a. der Verkehrsemissionen) hinzuwirken. Innentwicklung optimiert die Effizienz und damit auch die Kosten der kommunalen, innerstädtischen Infrastruktur. Mit einer Innenentwicklung und einer damit verbundenen erhöhten Verdichtung gehen zwangsläufig auch ungeliebte Folgen wie etwa erhöhte Immissionen und Verschattungen einher (Schröer/Kullick 2012: 98).

Aus Sicht der Klimaanpassung ist, wie eben skizziert, eine stärkere Begrünung von vor allem verdichteten Quartieren anzustreben. Auch eine technische Optimierung und architektonische Anpassung öffentlicher und auch privater Gebäude ist aufgrund der Zunahme der Extremhitzetage empfehlenswert. Dabei handelt es sich um Maßnahmen, die vor allem aus klimatischer Sicht eine Verbesserung der Wohn- und Lebensqualität herbeiführen. Studien zeigen, dass sowohl der Pflegezustand als auch die Gestaltungs- und Aufenthaltsqualität von Grünflächen geeignet sind, den Wert von Immobilien und Grundstücken im näheren Umfeld zu beeinflussen (Gruehn 2006). Ähnlich verhält es sich mit immobilienbezogenen, energetischen Aufwertungs- und Sanierungsmaßnahmen. Die räumlich-bauliche, aber auch soziale und symbolische Veränderung (Aufwertung) eines Stadtgebiets führt nicht selten zu einer Verdrängung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen und damit von Personen, welche über wenige ökonomische und soziale Ressourcen verfügen – also der Bewohnerschaft, die in der Literatur häufig mit den sogenannten „vier A“ (Arme, Alte, Ausländer, Arbeitslose) charakterisiert wird. Eine mietpreiserhöhende Sanierung von Gebäuden und Quartieren, mit der die Reduzierung des Wärme-, aber eben auch des Kältebedarfs einhergeht, wird in der Literatur bereits mit dem Begriffspaar der *energiebedingten Gentrifizierung* diskutiert (von Malottki/Vaché 2013: 31).

Klimaanpassung als Mainstream in kommunalen Produkten und Prozessen

Zentrale Erkenntnis aller ExWoSt-Modellvorhaben ist die „erprobte Realität“, Klimaanpassung als Querschnittsthema zu begreifen (BMVBS/BBSR 2012: 5). Die jeweiligen Prozesse und auch die Art der erarbeiteten Produkte und Maßnahmen (Leitfäden, Handbücher, Maßnahmen- und Festsetzungskatalog etc.) zeigen, dass Klimaanpassung in der Praxis als Mainstream-Strategie verstanden und umgesetzt wird. Die Strategie des Mainstreaming besagt dabei, dass versucht wird, ein Querschnittsthema in bestehende Instrumente, Prozesse und Routinen zu implementieren und mit aktuellen Herausforderungen in Einklang zu bringen.

Mit dem „Handbuch Klimaanpassung – Bausteine für die Nürnberger Anpassungsstrategie“ setzt das ExWoSt-Projektteam aus Nürnberg auf eine breite verwaltungsseitige Umsetzung und Verantwortung des Themas (siehe auch Abschnitt 2.2 in diesem Beitrag). Um dieser Breite gerecht zu werden, kommt der interdisziplinären Kommunikation innerhalb der Stadtverwaltung eine hohe Bedeutung zu (Stadt Nürnberg 2012: 47).

Verschiedene Ressorts müssen im Hinblick auf eine vorsorgende Planung zur Klimaanpassung eng zusammenarbeiten. Hierbei müssen auch bewährte Sicht- und Handlungsweisen überprüft und neu gedacht werden. Damit weist das Thema der Klimaanpassung auf der Umsetzungsebene viele Parallelen zu städtischen Anforderungen an die Berücksichtigung gesundheitsrelevanter und umweltgerechter Belange auf.

Die kurzen Ausführungen in Bezug auf die Komplexität von Klimaanpassungsanforderungen zeigen die Breite von Akteuren und städtischen Aufgaben, die hiervon berührt sind. Klimaanpassung muss in nahezu alle Handlungsfelder der Stadtentwicklung integriert werden. Eine klimawandelgerechte Stadtentwicklung berührt eine Vielzahl von anderen anpassungsrelevanten Themen wie Städtebau, Landschafts- und Freiraumentwicklung, Transport/Verkehr, Tourismus, Wasserver- und -entsorgung oder Bildung und Gesundheit. Die Einbeziehung von unterschiedlichen Akteuren unterstützt den Anspruch einer Mainstream-Strategie maßgeblich. Grundsätzlich bilden in allen Modellprojekten die Kommunalverwaltung, die Kommunalpolitik und eine wissenschaftliche Forschungsbegleitung das engere Projektteam. Der erweiterte Akteurskreis setzt sich aus unterschiedlichen Fachbehörden (z. T. auch von der regionalen oder Landesebene), der Öffentlichkeit, Unternehmen und Verbänden sowie Personen aus weiteren Forschungsprojekten zusammen. Das Öffentlichkeitsinteresse wurde hierbei insbesondere dann geweckt, wenn Veranstaltungsangebote an bürgernahe und aktuelle Vorkommnisse angelehnt waren (z. B. Überschwemmungsereignis im eigenen Quartier) oder besondere Beteiligungsformate wie Stadtspaziergänge gewählt wurden (BMVBS/BBSR 2012: 6).

Doch nicht nur die Integration von Klimaanpassung in der Breite wurde als eine der notwendigen Mainstream-Strategien diskutiert. Auch im Kommunikationsprozess sollte das Thema Klimaanpassung von einem Nischen- zu einem Mainstream-Thema reifen. Klimaanpassung muss im Tagesgeschäft der Kommunen und Ressorts ankommen. Nur wenn das Thema alltäglich wird, verliert es seine Exklusivität, wird es niedrigschwellig bis barrierefrei zugänglich. Allerdings haben neue Themen den Vorteil, dass eine politisch notwendige Aufmerksamkeit erzeugt wird. Das Thema wird „gepuscht" und droht nicht im Tagesgeschehen unterzugehen. Dennoch ist aus fachlicher Sicht dringend geboten, Standards, Qualitäten und Strategien im Sinne einer klimawandelgerechten Stadtentwicklung dauerhaft zu etablieren.

Eine weitere Ebene der Mainstream-Strategie ist die Einbettung in aktuelle, kommunale Entwicklungsdebatten und Aufgaben.

2 Integration von Aspekten des demografischen Wandels und der Umweltgerechtigkeit

Der allseits diskutierte und vielerorts spürbare demografische Wandel hat Auswirkungen auf nahezu alle städtischen Lebensbereiche und damit auch auf viele öffentliche Aufgaben. Die zentrale Aufgabe der Klimaanpassung in den Städten und Stadtregionen muss es sein, u. a. die vielfältigen Facetten des demografischen Wandels in ihren Wirkungen und die daraus resultierenden Handlungserfordernisse zu erkennen und ihre Wechselwirkungen mit den Erfordernissen der klimagerechten Stadtentwicklung zu diskutieren.

So hat auch der Deutsche Städtetag in seinem Positionspapier „Anpassung an den Klimawandel" auf die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Anforderungen an die Stadtentwicklung hingewiesen. Prioritär seien dabei „solche Maßnahmen, die Klimaschutz und Anpassung miteinander verbinden" (Deutscher Städtetag 2012: 1 f.). Und

weiter: „Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in deutschen Städten ist davon auszugehen, dass das hitzebedingte Gesundheitsrisiko einer Stadtbevölkerung in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen wird“ (Deutscher Städtetag 2012: 2).

Ganz grundsätzlich hat die Berücksichtigung der Facetten des demografischen Wandels im Rahmen der Klimaanpassung auf mehreren Ebenen zu erfolgen. Zunächst erscheint zwingend notwendig, eine Betroffenheitsabschätzung unter Einbezug sozioökonomischer Informationen durchzuführen.

Wie bereits einleitend diskutiert, wird die menschliche Gesundheit auch von den klimatischen Verhältnissen beeinflusst. Demografische Strukturen stehen in einem engen Verhältnis zur Vulnerabilität einer Bevölkerung, wobei Vulnerabilität als Funktion von Exposition, Sensitivität und Anpassungskapazität zu verstehen ist (Rüdiger/Greiving/Fleischhauer et al. 2013: 46).

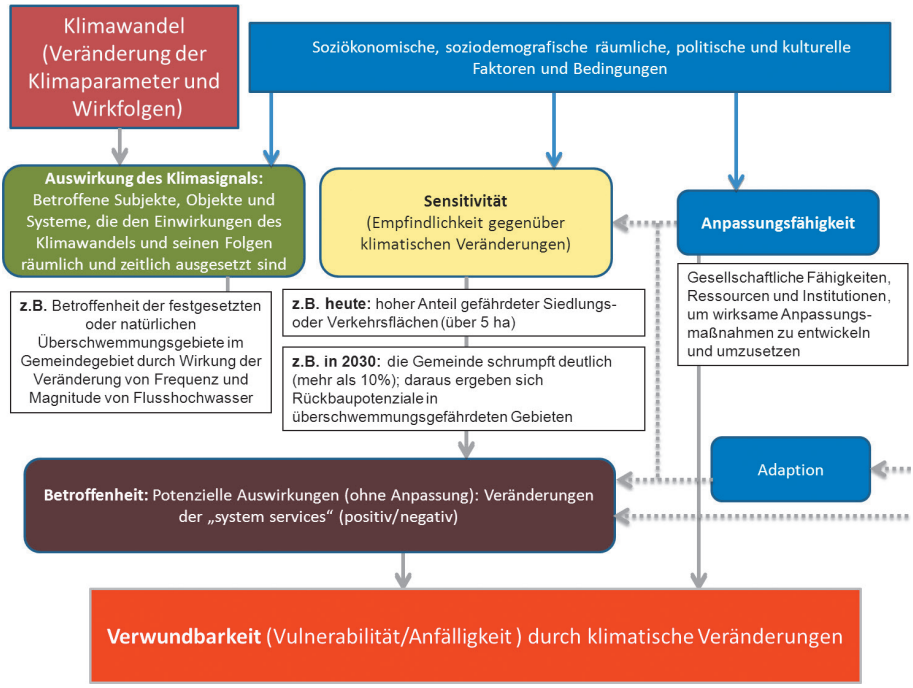


Abb. 1: Klimawandelbezogene Vulnerabilität / Quelle: Rüdiger/Greiving/Fleischhauer et al. 2013: 46

Wie in Abbildung 1 ersichtlich ist, bestimmt der demografische Wandel mit seinen Hauptmerkmalen Alterung, Schrumpfung und Heterogenisierung und damit durch *Zusammensetzung* und *Gesamtgröße* der Bevölkerung in vielschichtiger Weise die Empfindlichkeit von Städten gegenüber klimatischen Veränderungen.

Unter Verwendung von demografischen Szenarien ist bspw. anzunehmen, dass die gegenüber einer Zunahme der thermischen Belastung besonders sensitive Bevölke-

rungsgruppe der über 75-Jährigen stark zunehmen wird und gleichzeitig der Anteil der Kleinkinder und Säuglinge sinkt. Gleichzeitig ist die Stadtgröße, gemessen in Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner, ein Kriterium, das zumindest in der Tendenz einen Einfluss auf die klimatische Verwundbarkeit (Bebauungs- und Einwohnerdichte) abbildet.

Wirkfolgen des Klimawandels	Demografische Relevanz	Betroffenheit sozialer Gruppen
Steigende Gefährdung der menschlichen Gesundheit durch Extremereignisse	Verstärkender Effekt, da insbesondere ein erhöhter Anteil hilfsbedürftiger Personen das Risiko deutlich erhöht und die Anpassungsfähigkeit verringert	Gegeben, da gerade sozial schwache Gruppen häufig in hochverdichteten Quartieren leben (z. B. anfällig für Hitzewellen)
Steigender Energiebedarf für Kühlung und sinkender thermischer Komfort	Ambivalenter Effekt, da eine schrumpfende Bevölkerung insgesamt geringere Bedarfe hat, ältere Menschen aber besonders verwundbar sind	Gegeben, da gerade sozial schwache Gruppen häufig in hochverdichteten Quartieren leben (Gefahr energiebedingter Gentrifizierung)
Veränderte Ansprüche an Wasser- und Energieversorgung sowie Wasserentsorgung	Ambivalenter Effekt, da eine schrumpfende Bevölkerung insgesamt geringere Bedarfe hat, die Perforation von Quartieren aber die Fixkosten der technischen Infrastruktur eher steigen lässt. Zudem müssen die Kanalnetze auf intensivere und häufigere Starkregenereignisse ausgelegt werden	Gegeben, da steigende Nebenkosten eine erhebliche Belastung für sozial Schwache bedeuten
Anpassungsbedarf beim Bauen in von Extremereignissen gefährdeten Bereichen	Gegeben, da Rückbau prioritär in gefährdeten Bereichen erfolgen könnte	Gegeben, da technische Objektschutzmaßnahmen z. T. sehr kostenträchtig sind
In Ballungszentren sollte die Frischluftzufuhr über unverbaute Frischluftkorridore gewährleistet sein	Gegeben, da gezielter Rückbau in Schrumpfungsräumen Frischluftkorridore wiederherstellen und Freiflächen schaffen könnte	Gegeben, da sozial Schwache, Alte und Migranten primär in schlecht durchlüfteten innerstädtischen Quartieren leben
Verhaltens- und Eigenvorsorge der Bevölkerung durch Informationsbereitstellung und Bewusstseinsbildung	Gegeben, da insbesondere Ältere physisch kaum in der Lage sind, Eigenvorsorge zu betreiben	Gegeben, da insbesondere sozial Schwache und Migranten häufig nur schwer durch Informationen erreicht werden

Tab. 1: Wirkfolgen des Klimawandels und ihre demografische und soziodemografische Relevanz / Quelle: Eigene Darstellung nach BMVBS/BBSR 2009b: 14

Andererseits hat die Stadtgröße einen Einfluss auf den Handlungsspielraum von Städten (ausführlicher hierzu: Rüdiger/Greiving/Fleischhauer et al. 2013: 46). Viele Studien weisen darüber hinaus auf den Zusammenhang zwischen Stadtgröße und Ausprägung urbaner Hitzeinseleffekte hin (Kuttler/Oßenbrügge/Halbig et al. 2016: 22 ff.).

Zur Einschätzung der jeweiligen Sensitivität sind sowohl qualitative als auch quantitative Angaben zu den
> vorhandenen baulichen Strukturen wie Anordnung und Gestaltung der Baukörper, Versiegelungsgrad und Einwohnerdichte,
> ebenso zum Freiraum (Größe, Bepflanzung, Anzahl der schattenspendenden Bäume, Windschutz...)
> und zur Anzahl der gefährdeten Personengruppen und sozialen Einrichtungen notwendig.

Betrachtet man den Einfluss der Klimafolgen auf die menschliche Gesundheit unter gesamtgesellschaftlich veränderten Rahmenbedingungen, so erscheinen sozioökonomische Bedingungen (Einkommen, Bildungsstand etc.) wie auch gesamtgesellschaftliche Bedingungen, bspw. eine Veränderung der Gesundheitsvorsorge, geeignet, die Verwundbarkeit (siehe Abb. 1) einer Stadtregion zu verstärken oder auch zu verringern. Dieser Aspekt ist eng verknüpft mit der Frage der Verteilung von gesundheitlichen Chancen und Risiken/Belastungen im Raum und damit auch mit der Verteilung von sozioökonomischen und soziodemografischen Bedingungen.

„Vor diesem Hintergrund gewinnt das Thema Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum – verstanden als Vermeidung und Abbau der räumlichen Konzentration gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen sowie als Gewährleistung eines sozialräumlich gerechten Zugangs zu Umweltressourcen [...] an Aufmerksamkeit“ (UBA 2015: 5). Wie Einzeluntersuchungen zeigen, besteht ein Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und erhöhten Umweltbelastungen in Form vom Lärm, Luftschadstoffen, mangelnder Ausstattung mit Grün- und Freiflächen sowie bioklimatischen Belastungssituationen in sozial benachteiligten Quartieren (UBA 2015: 43).

Im Kontext des Klimawandels ist der Aspekt der Umweltgerechtigkeit vor allem in seiner intragenerationalen Dimension relevant. Es ist davon auszugehen, dass der Klimawandel insbesondere in den Quartieren, wo bereits eine hohe Umweltbelastung und soziale Problemlagen verstärkt durch Alterungs- und Schrumpfungsprozesse vorliegen, als gravierendes Problem wahrgenommen wird (BMVBS/BBSR 2009b: 13). In diesen Quartieren sind Faktoren, die das Stadtklima beeinflussen, wie ein hoher Versieglungsgrad, eine geringe Durchgrünung oder hohe Verkehrsbelastungen, tendenziell häufiger vorzufinden. Der klimawandelbedingte erhöhte Investitionsbedarf in Infrastruktur und baulichen Bestand trifft hier auf eine bereits durch demografische Prozesse bedingte Angebotsverschlechterung u.a. im sozialen Bereich und auf finanzielle Belastungen bspw. aufgrund steigender Fixkosten im Bereich der technischen Infrastruktur. Ein kleinräumiges Nebeneinander von begrünten Vorstadtvierteln und verdichteten, schlecht durchlüfteten Quartieren ist geeignet, das Risiko von sozialen Spannungen zu verstärken (BMVBS/BBSR 2009b: 13). Tabelle 1 setzt die Wirkfolgen des Klimawandels entsprechend der Deutschen Anpassungsstrategie (DAS) in Beziehung zu ihrer demografischen Relevanz und der Betroffenheit sozialer

Gruppen. Sie verweist damit auf die komplexen Wechselwirkungen zwischen Klimaanpassung, Demografie und Umweltgerechtigkeit. Der Begriff der Wirkfolgen beschreibt die spürbaren Konsequenzen, die durch die Veränderungen des Klimas für die Gesellschaft entstehen. Die Veränderungen der Klimaparameter wie Temperatur lösen unmittelbare Folgen aus (z.B. das häufigere Auftreten von Hitzeperioden).

Entscheidungsunterstützung für die Umsetzung von Klimaanpassungsmaßnahmen

Zur Implementierung und Umsetzung klimagerechter Strategien liefern die Forschungsergebnisse sowohl zum Klimaschutz als auch zur Klimaanpassung wertvolle Erkenntnisse. Durch die Auseinandersetzung mit Fragen der Klimaanpassung wurden folgende begünstigende Umsetzungsfaktoren identifiziert:

> Eine klimawandelgerechte Stadtentwicklung fordert stärker als bisher die Integration der vielfältigen sozialen, ökologischen, ökonomischen und auch gesundheitlichen Aspekte. Es erscheint damit unabdingbar, einen Handlungsansatz zu konzipieren, der im Umgang mit dem Klimawandel eine *integrierte und strategische Komponente* verfolgt.

> Zusätzlich stellen Komplexität und Unsicherheit die Entscheidungsträger vor besondere Schwierigkeiten. Um sich mit den skizzierten Aufgaben auseinanderzusetzen, müssen Handlungsträger und Entscheider befähigt werden, diese *Komplexität zu erfassen und zu bewerten und in den Kontext weiterer, aktueller Herausforderungen* zu stellen.

> Ein zentraler Weg zur Implementation von Klimaanpassung in das kommunale Verwaltungshandeln, den die neun Modellvorhaben intuitiv oder auch pragmatisch beschritten haben, ist dadurch gekennzeichnet, aktuelle oder zukünftige *Anknüpfungspunkte und Möglichkeitsfenster für das Thema* zu finden.

> Um eine sozialräumliche Konzentration gesundheitsrelevanter Umwelt- und damit auch Klimafolgenbelastungen zu verringern, ist eine *umfangreiche Dokumentation der momentanen Belastungssituation* unter Berücksichtigung von klimatischen Informationen nötig.

Der im Rahmen der genannten Modellprojekte entwickelte und weitergetragene Ansatz des *Stadtklimalotsen* trägt diesen Umsetzungsfaktoren Rechnung. Aufbauend auf den wissenschaftlichen Grundlagen wurde im Rahmen der ExWoSt-Projekte *Klimawandelgerechte Stadtentwicklung* und *Urbane Strategien im Klimawandel* dieses akteursspezifische Entscheidungsunterstützungswerkzeug entwickelt.

Der *Stadtklimalotse*[2] ist ein eigenständig anwendbares Beratungsinstrument zur Auswahl von geeigneten Klimaanpassungsmaßnahmen für die kommunale Stadtentwicklung. Der Lotse soll Städten und Gemeinden ermöglichen, sowohl lokalspezifisch als auch allgemein den Ursachen und Folgen des Klimawandels durch urbane Konzepte begegnen zu können. Er führt die Nutzerinnen und Nutzer durch verschiedene Auswahlschritte zu einer Liste von Anpassungsmaßnahmen, die sich für die lokale Stadtentwicklung eignen. Für alle Maßnahmen ist ein Steckbrief mit Informationen zu Anwendungsbeispielen, rechtlichen Grundlagen und weiterführender Literatur abrufbar. Eine besondere Bedeutung misst der Stadtklimalotse der Identifikation von Wechselwirkungen (Synergien und Konflikte) zwischen einzelnen Maßnahmen bei. Die Kenntnisse der Wechselwirkungen ermöglichen eine zielgerichtete Diskussion der Vor- und Nachteile einzelner Maßnahmen.

Der Stadtklimalotse enthält:

> 138 Maßnahmen aus 10 Handlungsfeldern, 330 Verweise auf Gesetzestexte

> Konflikte und Synergien zwischen den Maßnahmen sowie unter Berücksichtigung der Aspekte „Demografischer Wandel“ und „Klimaschutz“

> Ansätze zur flexiblen Planung unter Unsicherheit inkl. Umsetzungsbeispielen aus der Planungspraxis

> Ansätze zur ökonomischen Bewertung von Anpassungsmaßnahmen inkl. Umsetzungsbeispielen aus der Planungspraxis

> Good-Practice-Datenbank mit 61 Beispielen für die Planung und Anwendung von Maßnahmen

> Ein Betroffenheitsmodul zur Selbsteinschätzung der Betroffenheit durch den Klimawandel. Die Betroffenheitseinschätzung für die Wirkfolgen im Bereich „Menschliche Gesundheit“ basiert auf den Kategorien:
  - Zunahme der thermischen Belastung als objektiv messbare Größe
  - steigende Gefahr von vektorbasierten Krankheiten
  - steigende Gefährdung durch Extremereignisse
  - Zunahme weiterer (vor allem durch Regenereignisse) klimabedingter Gesundheitsrisiken

Die nachfolgende Tabelle 2 zeigt nur wenige, exemplarische Maßnahmen aus dem Wirkfolgenbereich „Menschliche Gesundheit“ sowie die Einflussfaktoren auf die Maßnahmen und ihre Wechselwirkungen mit den Aspekten des demografischen Wandels.

2 Öffentlich zugänglich unter www.stadtklimalotse.de.

Maßnahme	Einflussfaktoren (EF) und Wechselwirkungen mit der Herausforderung des demografischen Wandels (DW)
Thermische Entlastung: Entwicklung und Schutz von zusammenhängenden Grün- und Freiflächen als Luftaustauschbahnen mit stadtklimaverbessernder Wirkung	EF: Demografische und sozioökonomische Struktur, Bevölkerungsdichte DW: U.a. finanzielle Möglichkeiten der Grünflächenunterhaltung
Thermische Entlastung: Grüne Strukturen haben einen abkühlenden Effekt auf die urbane Umgebung und sollten vielfältig, auch kleinteilig im Stadtgefüge vorgesehen werden. Sie bewirken eine Verbesserung der klimatisch-lufthygienischen Belastungssituation durch Filterung und Festlegung von Schadstoffen und Stäuben sowie durch Abkühlung der Lufttemperaturen	EF: Grad der städtischen Vegetation und der Versiegelung insgesamt, Lage der städtischen Grünflächen, Oberflächenstruktur von Flächen DW: Wohnortnahe Grün- und Freiflächen sind ein wichtiger Faktor für die Wohnqualität von Seniorinnen und Senioren. Sie sind ebenfalls Standortvorteile bei der Ansiedlung von jungen Familien. Berücksichtigung der Verteilung städtischer Belastungssituationen
Lufthygiene: Insbesondere in klimatisch-lufthygienisch stark belasteten Bereichen ist auf eine Verringerung des Emissionsaufkommens (v.a. der Verkehrsemissionen) hinzuwirken	EF: Städtisches Emissionsverhalten (Verkehr, Hausbrand, Gewerbe etc.) DW: U.a. Entwicklung von Kfz-Besatz/ Haushalt; Sicherstellung der Mobilität älterer Menschen

Tab. 2: Einfluss des demografischen Wandels auf Maßnahmen der Klimaanpassung / Quelle: Eigene Darstellung

Die Aspekte des demografischen Wandels stehen in Wechselwirkungen mit den Faktoren, die einen direkten Einfluss auf Klimaanpassungsmaßnahmen haben. Sie können Folge oder auch Voraussetzung sein. So bestimmen demografische und sozioökonomische Faktoren beispielsweise den Bedarf und die Ausstattung von Grünflächen insgesamt. Sie stehen jedoch auch in Wechselwirkungen mit den finanziellen Möglichkeiten der kommunalen Grünflächenunterhaltung.

3 Die Klimaanpassungsstrategie der Stadt Nürnberg – ein Baustein für eine gesundheitsfördernde Stadtregion

In den ExWoSt-Modellprojekten ist mit den verschiedensten Ansätzen eine Vielzahl von Maßnahmen entwickelt worden. Von städtebaulichen Rahmenplänen (Nachbarschaftsverband Karlsruhe) über Grün- und Freiraumkonzepte (Nürnberg und Saar-

brücken) bis zum Handbuch „Klimagerechte Stadtentwicklung in Jena“ handelt es sich vor allem um handlungs- und umsetzungsorientierte Instrumente, die auf eine Verwirklichung mittels formeller Instrumente abzielen (ThINK 2013).

Gegenstand des Modellvorhabens „Nürnberger Anpassungsstrategie zum Klimawandel – am Beispiel von innerstädtischen Gebieten“ war die Erarbeitung einer auf die Kommune ausgerichteten Handlungs- und Anpassungsstrategie für den Klimawandel (Stadt Nürnberg 2012). Im Fokus standen die beiden unterschiedlich strukturierten Nürnberger Stadtteile Altstadt und Weststadt. Das Projekt wurde maßgeblich vom Umweltamt Nürnberg, der Umweltplanung und der lokalen Forschungsassistenz (Institut für Geographie, Uni Erlangen) getragen. Schlüsselakteure waren die Mitglieder der eigens für das Projekt gegründeten Arbeitsgruppe Klimawandel. Sie waren allesamt für die Multiplikation der Inhalte, das Knüpfen von Kontakten, den Informationsaustausch und die Planung konkreter Projekte/Maßnahmen von besonderer Bedeutung.

Die Klimasimulation für die Dekaden 2040–2050 und 2090–2100 erfolgte unter Berücksichtigung der regionalen Klimamodelle WETTREG und REMO. Sie zeigen für den Raum Nürnberg eine Zunahme der Sommertage und der Hitze- und Trockenperioden als markanteste Entwicklung im Bereich der Klimafolgen. Der Fokus des Modellprojektes wurde daher auf den Aspekt der Temperaturerhöhung ausgerichtet. Im Projektverlauf wuchs die Bedeutung der *Integration der Bevölkerung* in das Thema Klimaanpassung. Der Anspruch des Projektes, nicht nur durch soziostrukturelle und klimatische Daten Anpassungserfordernisse und Verwundbarkeiten zu identifizieren, sondern auch die Ergebnisse durch die Informationen und Meinungen der Bevölkerung zu ergänzen bzw. zu bestätigen oder zu widerlegen, wurde durch verschiedenartige Befragungen erfüllt.

In Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Soziologie und empirische Sozialforschung (Institut für Arbeitsmarkt und Sozialökonomik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg) erfolgte in den städtischen Modellgebieten West- und Altstadt eine Befragung der Bevölkerung zur Betroffenheit durch Klimafolgen. Dabei wurden sowohl Experten (mit qualitativen Methoden) als auch repräsentative Bevölkerungsgruppen (durch quantitative Methoden wie Briefsendungen und Telefonkontakt) befragt. Ziel war es u.a., vor allem vulnerable Bevölkerungsgruppen zu erreichen und an der Gestaltung des Projektes zu beteiligen. Die Zufallsstichprobe des Einwohnermeldeamtes, bezogen auf die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, umfasste 8.000 Einwohner. Die von den Interviewern angesprochenen Themen umfassten die lokale Betroffenheit durch den Klimawandel, Erwartungen an die Stadtverwaltung/-planung, eigene private Klimaanpassungsmaßnahmen sowie den allgemeinen und lokalen Informationsstand zu Klimaprojekten und klimagerechter Ausstattung der Wohnumgebung.

Es wurde u.a. festgestellt, dass immerhin jeder zweite Nürnbergin/Nürnberger sein Wohlbefinden in Bezug auf den Jahrhundertsommer 2003 mit „es ging“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ klassifiziert hat. Gelitten wurde besonders in Bussen, Straßenbahnen und in der Innenstadt, wo es aufgrund der Nürnberger stadtstrukturellen Entwicklung wenig „grüne Inseln“ gibt. Gegebenheiten wie eine große Wohnung, ein eige-

ner Garten und ein guter Gesundheitszustand verringern die gefühlte Betroffenheit von Hitze, während sich die Beeinträchtigungen mit zunehmendem Lebensalter und Stockwerk der Wohnung verstärken. Vor allem für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist die Belastung durch lange Hitzeperioden u. U. besonders spürbar. Rund 90% aller Befragten sehen das „Grün" in ihrer Wohnumgebung und an ihrem Wohnhaus als besonders wichtig an, um die Hitzebelastung zu verringern.

Die beiden Modellgebiete Altstadt und Weststadt sind durch spezifische städtebauliche und, damit verbunden, auch klimatische Bedingungen geprägt. Zudem lässt sich die Bevölkerung anhand von verschiedenen soziostrukturellen Faktoren charakterisieren, die ihr Potenzial, sich an die Folgen des Klimawandels anzupassen, beeinflussen. Die drei Komponenten – klimatische Belastungen, städtebauliche Rahmenbedingungen und Sensibilitäten der Einwohner – gaben in ihrer komplexen Interaktion Aussagen darüber, in welchen Bereichen und gegenüber welchen Klimafolgen ein Stadtteil besonders vulnerabel ist und wo Anpassungspotenzial besteht. Durch eine Analyse der Modellgebiete auf Ebene der einzelnen Distrikte wurde diese Vulnerabilität genauer bestimmt. Erste Ergebnisse im Projektzeitraum spezifizierten, in welchen Bereichen die beiden Stadtteile Problemstellungen und welche differenzierten Anpassungserfordernisse sie haben. Insbesondere in der Weststadt werden Sensibilitäten der Bevölkerung gegenüber Klimafolgen durch sozioökonomische Faktoren verstärkt. Das Gebiet ist in Bezug auf seine „Sozialräume" sehr heterogen, in einigen Gebieten ist die ökonomische Belastung jedoch überdurchschnittlich hoch.

Durch die Kombination der Klimadaten mit den Strukturdaten wurde eine Planungsgrundlage geschaffen, um die Notwendigkeit von Anpassungsmaßnahmen erfassen zu können.

Das Projektteam erarbeitete für die Weststadt ein Grün- und Freiraumkonzept, dessen Ziel es war, Klimaanpassungsmaßnahmen mit Fokus auf Grün- und Freiraum in ihrer konkreten Umsetzbarkeit in einem Stadtgebiet zu verankern und in den aktuellen Prozess des Stadtumbaus einzubringen. In diesem Konzept spiegelten sich die betrachteten ExWoSt-Handlungsfelder Stadtentwicklung und Bauleitplanung, Grün- und Freiraumplanung sowie Gesundheit wider. Das *Grün- und Freiraumkonzept „Weststadt"* erlangte Vorbildfunkton für die ganze Stadt und soll zukünftig auf andere Nürnberger Stadtquartiere übertragen werden.

Zum Thema Gesundheit wurden Daten der für die Gesundheitsvorsorge zuständigen Einrichtungen der Stadt Nürnberg sowie bei ambulanten Pflege- und Mahlzeitendiensten ausgewertet und damit Bedürfnisse und potenzielle Schwachstellen von Pflegeeinrichtungen bei extremen Hitzeereignissen erhoben. Die daraus mit Experten abgeleiteten Maßnahmenvorschläge wurden Gegenstand des *„Handbuches Klimaanpassung"*. Das publizierte Handbuch stellt unter anderem einen Arbeits- und Argumentationsleitfaden für Mitglieder/Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Stadtverwaltung dar (Stadt Nürnberg 2012). Darüber hinaus dient es als Informationsangebot für die interessierte Öffentlichkeit.

Die im „Handbuch Klimaanpassung“ zusammengefassten Ergebnisse sollen auch dazu dienen, die erarbeiten Resultate zu verstetigen. Es dient nicht nur zur Information, sondern auch als Arbeits- und Argumentationsleitfaden für Akteure der Nürnberger Stadtverwaltung, um Klimaanpassungsaspekte zukünftig obligatorisch in laufende Stadtentwicklungsprojekte zu integrieren. Der konzeptionelle Teil des Handbuchs umfasst insgesamt 15 Maßnahmen-Steckbriefe. Darin werden Maßnahmen auf unterschiedlichen Handlungsfeldern der Stadtentwicklung skizziert.

Ein Kapitel des Handbuches widmet sich den zentralen Ergebnissen aus der Nürnberger Erhebung zur Klimabetroffenheit der Bevölkerung sowie zu den Bedarfen der Gesundheitsvorsorge und Pflege im Umgang mit besonders vulnerablen Gruppen (zur epidemiologischen Differenzierung von Vulnerabilität siehe Beitrag Bolte in diesem Band). Insgesamt erlangte die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Zielgruppen in Nürnberg eine große Bedeutung, insbesondere über die verschiedenen Befragungsaktivitäten in Form von Telefon- oder schriftlichen Umfragen.

4 Fazit

Die Diskussionen in und die Ergebnisse aus den ExWoSt-Projekten, aber auch aus anderen Projekten wie KLIMGZUG Nordhessen verdeutlichen, dass die Auseinandersetzung mit Hitze in der Stadt ein sehr relevantes Thema städtischer Klimaanpassung mit starkem Bezug zum Schutz der Gesundheit und mittelbar auch zur Gesundheitsförderung ist. Das Thema zeigt eine hohe Affinität zu Aspekten des demografischen Wandels und den soziodemografischen Bedingungen. Für viele Kommunen wird es in den nächsten Jahren eine große Herausforderung sein, die Themen und spezifischen kommunalen Anliegen systematisch und integrierend als Strategie- und Maßnahmenprogramm im Umgang mit dem Klimawandel zu erarbeiten.

Bereits auf der Ebene der Analyse und Bewertung der Betroffenheit müssen sozioökonomische und sonstige Faktoren, die einen Einfluss auf die künftige Verwundbarkeit (Vulnerabilität) gegenüber sommerlicher Extremhitze in einzelnen Stadtquartieren ausüben, berücksichtigt werden. Um eine sozialräumliche Konzentration gesundheitsrelevanter Umwelt- und damit auch Klimafolgenbelastungen zu vermeiden, ist eine umfangreiche Dokumentation der momentanen Belastungssituation notwendig. Innerhalb der Diskussion um die Implementation von Klimaanpassungsstrategien in die städtebauliche Planung ist gleichzeitig auch eine Auseinandersetzung mit der Frage zum Umgang mit Unsicherheiten, vor allem in der planerischen Abwägung, notwendig. Um abwägungssichere Entscheidungen unter Unsicherheiten zu treffen, sollte eine Kommune unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und der soziodemografischen Bedingungen ermitteln, ob sie bereits gegenüber dem heutigen Klima in den verschiedenen Handlungsbereichen der Stadtentwicklung betroffen ist und ob dies eher auf die Klimaparameter oder auf sozioökonomische Faktoren zurückgeht. In einem zweiten Schritt sollte sich eine Kommune vergegenwärtigen, welche Veränderungen sozioökonomischer Stellgrößen die Sensitivität der Kommune gegenüber Klimaparametern beeinflussen. Hier kommt insbesondere der demografische Wandel zum Tragen, es können aber auch absehbare Trends in der kommunalen Siedlungsflächenentwicklung und Wirtschaft berücksichtigt werden.

Da der Mensch Teil verschiedener Wirkfolgenbereiche ist (z. B. Nutzer der technischen und sozialen Infrastruktur, Beschäftigter in der Land- und Forstwirtschaft, Adressat der Nahrungsmittelproduktion und des Tourismus), sind die Wirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit immer auch im Kontext mit anderen Wirkfolgenbereichen (vor allem Lufthygiene) zu betrachten. Gleichzeitig determinieren, wie bereits erwähnt, demografische und sozioökonomische, aber auch gesamtgesellschaftliche Bedingungen die Entwicklung einer Stadt und einer Stadtgesellschaft und damit auch der menschlichen Gesundheit.

Auf der konzeptionellen Ebene scheint ein zentraler Weg zur Implementation von Klimaanpassung im Verwaltungshandeln dadurch gekennzeichnet zu sein, Anknüpfungspunkte und Möglichkeitsfenster für das Thema zu finden. Handlungsträgerinnen und Handlungsträger sowie Entscheiderinnen und Entscheider müssen befähigt werden, die Komplexität des Themas zu erfassen und zu bewerten und in den Kontext weiterer, aktueller Herausforderungen zu stellen. Der im Rahmen der genannten Modellprojekte entwickelte und weitergetragene Ansatz des *Stadtklimalotsen* trägt diesem Ansinnen Rechnung.

Autorin

Andrea Rüdiger (**1966*), *Dr.-Ing. Stadtplanerin und Diplom-Verwaltungswirtin; wissenschaftliche Angestellte des Fachgebietes Stadt- und Regionalplanung, Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund. Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der klimagerechten Stadtentwicklung, der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung und -planung sowie in der Analyse des Einflusses der Stadtgröße auf das planerische Handeln. Geschäftsführerin des Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.*

Literatur

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung; BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen (Hrsg.) (2009a): Klimawandelgerechte Stadtentwicklung. Wirkfolgen des Klimawandels.
http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BBSROnline/2009/DL_ON232009.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (04.01.2016).

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung; BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen (Hrsg.) (2009b): Ursachen und Folgen des Klimawandels durch urbane Konzepte begegnen. Skizzierung einer klimawandelgerechten Stadtentwicklung.
http://www.klimamoro.de/fileadmin/Dateien/Ver%C3%B6ffentlichungen/Externe_Publikationen/BBSR-Online-Publikation_22-09_Ursachen_und_Folgen_des_Klimawandels_durch_urbane_Konzepte_begegnen.pdf (04.01.2016).

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung; BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen (Hrsg.) (2012): Klimaanpassung als Mainstream in kommunalen Produkten und Prozessen. In: ExWoSt-Informationen 39 (3), 5-6.

Claßen, T.; Völker, S.; Baumeister, H.; Heiler, A.; Matros, J.; Pollmann, T.; Kistemann, T.; Krämer, A.; Lohrberg, F.; Hornberg, C. (2014): Welchen Beitrag leisten urbane Grünräume (Stadtgrün) und Gewässer (Stadtblau) für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung? Einblicke in die Arbeit der Juniorforschungsgruppe „StadtLandschaft & Gesundheit". In: Umwelt und Mensch – Informationsdienst 2014 (2), 30-37.

Deutscher Städtetag (Hrsg.) (2012): Positionspapier Anpassung an den Klimawandel – Empfehlungen und Maßnahmen der Städte.
http://www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/positionspapier_klimawandel_juni_2012.pdf (07.01.2016).
Dobler, G.; Jendritzky, G. (1998): Krankheiten und Klima. In: Lozán, J. L.; Graßl, H.; Hupfer, P. (Hrsg.): Warnsignal Klima: Wissenschaftliche Fakten. Hamburg, 334-340. = Das Klima des 21. Jahrhunderts.
Endlicher, W.; Kress, A. (2008): Wir müssen unsere Städte neu erfinden. Anpassungsstrategien für Stadtregionen. In: Informationen zur Raumentwicklung 2008 (6/7), 437-445.
GfK – Gesellschaft für Konsumforschung (2005): Studie: Sport und Mode 2 [Study: sport and fashion]. Nürnberg.
Gruehn, D. (2006): Bedeutung von Freiräumen und Grünflächen für den Wert von Grundstücken und Immobilien. Forschungsprojekt im Auftrag der GALK-DST. Endbericht.
http://www.galk.de/fvh_gruen/down/fvh_gruen_endbericht_lang_0608.pdf (07.01.2016).
IPCC – Intergovernmental Panel on Climate Change (ed.) (2014): Climate change 2014: Synthesis report. Contribution of working groups I, II and III to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Geneva.
Holling, C. S. (1973): Resilience and stability of ecological Systems. In: Annual Review of Ecology and Systematics 4, 1-23.
Klimzug Nordhessen: www.klimzug-nordhessen.de/ (26.09.2017).
Kuttler, W. (2004): Stadtklima. Teil 1: Grundzüge und Ursachen. In: Umweltwissenschaften und Schadstoff-Forschung 16 (3), 187-199.
Kuttler, W. (2010): Urbanes Klima – Teil 2. In: Gefahrstoffe – Reinhaltung der Luft 70 (9), 378-382.
Kuttler, W.; Oßenbrügge, J.; Halbig, G. (2016): Städte. In: Brasseur, G. P.; Jacob, D.; Schuck-Zöller, S. (Hrsg.): Klimawandel in Deutschland. Berlin/Heidelberg, 225-234.
Rüdiger, A.; Greiving, S.; Fleischhauer, M.; Schlegelmilch, F. (2013): Alles im Wandel: Demografische und klimatische Veränderungen im Kontext der integrierten Stadtentwicklung.
http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Online/2013/DL_ON233013.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (07.01.2016).
Schröer, T.; Kullick, C. (2012): Lagebericht zur Novellierung des Baugesetzbuchs – Klima und Innenentwicklung. In: Neue Zeitschrift für Baurecht und Vergaberecht 13 (2), 98-100.
Stadtklima-ExWoSt (Hrsg.) (2013): Glossar der Arbeitsplattform des Forschungsfeldes „Klimawandelgerechte Stadtentwicklung – Ursachen und Folgen des Klimawandels durch urbane Konzepte begegnen".
http://www.stadtklimalotse.net/glossar/ (18.05.2016).
Stadt Nürnberg – Umweltamt (Hrsg.) (2012): Handbuch Klimaanpassung. Bausteine für die Nürnberger Anpassungsstrategie. Nürnberg.
Stadt Potsdam (Hrsg.) (2015): Klimaschutzteilkonzept Anpassung an den Klimawandel in der Landeshauptstadt Potsdam.
https://www.potsdam.de/sites/default/files/documents/klimaanpassung_lhp_160615.pdf (07.01.2016).
ThINK – Thüringer Institut für Nachhaltigkeit und Klimaschutz GmbH (Hrsg.) (2013): Handbuch Klimawandelgerechte Stadtentwicklung für Jena. September 2013.
http://www.jena.de/fm/1727/JenKAS_-_Handbuch_einer_klimawandelgerechten_Stadtentwicklung_SV.pdf (26.09.2017).
UBA – Umweltbundesamt (Hrsg.) (2015): Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum – Entwicklung von praxistauglichen Strategien und Maßnahmen zur Minderung sozial ungleich verteilter Umweltbelastungen.
http://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/378/publikationen/umwelt_und_gesundheit_01_2015.pdf (07.01.2016).
Völker, S.; Kistemann, T. (2013): "I'm always entirely happy when I'm here!" Urban blue enhancing human health and well-being in Cologne and Düsseldorf, Germany. In: Social Science & Medicine 78, 113-124.
von Malottki, C.; Vaché, M. (2013): Energieeffizienz und die Kosten des Wohnens. In: RaumPlanung 169 (4), 27-31.

Heinz-Josef Klimeczek

UMWELTGERECHTIGKEIT IM LAND BERLIN

Untersuchungen, die sich mit der stadträumlichen Verteilung von gesundheitsrelevanten Umweltbelastungen im Sinne eines sozial- und umweltstatistisch fundierten Umweltgerechtigkeitsansatzes befassen, liegen bundesweit bisher nicht vor. Um neue administrative Steuerungsinstrumente und Handlungsoptionen für die Stadtentwicklung und Umweltplanung aufzeigen zu können, hat die Berliner Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt ressortübergreifend das Themenfeld „Umweltgerechtigkeit" entwickelt. Die Erarbeitung einer sozialräumlichen Umweltbelastungsanalyse für 447 Planungsräume in Berlin steht hierbei im Vordergrund. Sie bildet die Grundlage für ressortübergreifende, integrierte Strategien und Maßnahmen an der Schnittstelle der gesundheitsrelevanten Bereiche Stadtentwicklung, Städtebau und Umwelt. Im Rahmen der Analyse wurden insbesondere die gesundheitsrelevanten Indikatoren Lärm, Luftgüte, bioklimatische Belastung und Grünflächenversorgung gewichtet und mit der sozialen Problematik (Statusindex Monitoring Soziale Stadtentwicklung) sowie weiteren gesundheitsstatistischen Aussagen verschnitten. Ergänzend wurden kleinräumige Analysen zu weiteren Themenfeldern wie Stadtstruktur, Wohnlage, Lichtverschmutzung u.a. in diesen Ansatz integriert. Im Ergebnis liegt ein (quartiersbezogenes) Bild über die gesamtstädtische Situation vor, das die ungleiche Verteilung der Umweltbelastungen kleinräumig darstellt. Eine integrierte und ressortübergreifende Betrachtung sowie fachliche Einschätzung wird nun möglich. Die identifizierten, mehrfach belasteten Gebiete verdeutlichen, dass sich der größte Teil der hochbelasteten Planungsräume im Bereich der Innenstadt befindet und ein Großteil der Gebiete mit einer hohen sozialen Problemdichte gleichzeitig auch von hohen Umweltbelastungen betroffen ist (Klimeczek/Luck-Bertschat 2008; Klimeczek 2011; Klimeczek 2012a).

Die kleinräumigen Aussagen zu Sozialstruktur und Umweltbelastungen bilden so (als ein Stadtbeobachtungsinstrument) die Grundlage für ein wichtiges, kleinräumig orientiertes Steuerungsinstrument. Mit Blick auf die Umsetzung liefern die Ergebnisse eine fundierte – wissenschaftlich gestützte – Grundlage für eine quartiersbezogene Umweltpolitik, um die nachhaltige Entwicklung urbaner Räume in der Hauptstadt voranzutreiben. Dies gilt vor allem für Bereiche mit einer hohen sozialen Problemdichte. Als planerisches Frühwarnsystem ermöglicht der neue Ansatz darüber hinaus eine Ersteinschätzung für Planungsräume, indem eine wichtige Informations- und Argumentationsgrundlage im Vorfeld stadtentwicklungsplanerischer und umweltpolitischer Entscheidungen und vertiefender Planungsverfahren gewonnen wird. Die Aussagen des neuen Themenfeldes „Umweltgerechtigkeit" tragen insgesamt dazu bei, gezielt integrierte Strategien und Maßnahmen ableiten und entwickeln zu können (Klimeczek 2012b; Klimeczek 2014; SenGUV 2017).

Mit Blick auf die Implementation der Berliner Umweltgerechtigkeitskonzeption (IBUk) kann zum derzeitigen Stand gesagt werden, dass sich der bundesweit erste Basisbericht „Umweltgerechtigkeit im Land Berlin“ (SenGUV 2017) im Beteiligungsverfahren befindet und im Jahr 2018 veröffentlicht werden soll. Datengrundlagen, die Methode und inhaltliche Herangehensweise, die räumlichen Darstellungsebenen sowie die Auswertungsergebnisse für die Gesamtstadt und die Bezirke sind neben den Kern- und Ergänzungsindikatoren auf der Homepage der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt veröffentlicht. Dort können auch die vier integrierten Mehrfachbelastungskarten unter folgendem Link eingesehen werden: http://www.stadtentwicklung.berlin.de/umwelt/umweltatlas/i901.htm.

Weiteres Informationsmaterial zum Themenfeld „Umweltgerechtigkeit im Land Berlin“ ist in Vorbereitung und soll ebenfalls auf der o.a. Homepage veröffentlicht werden.

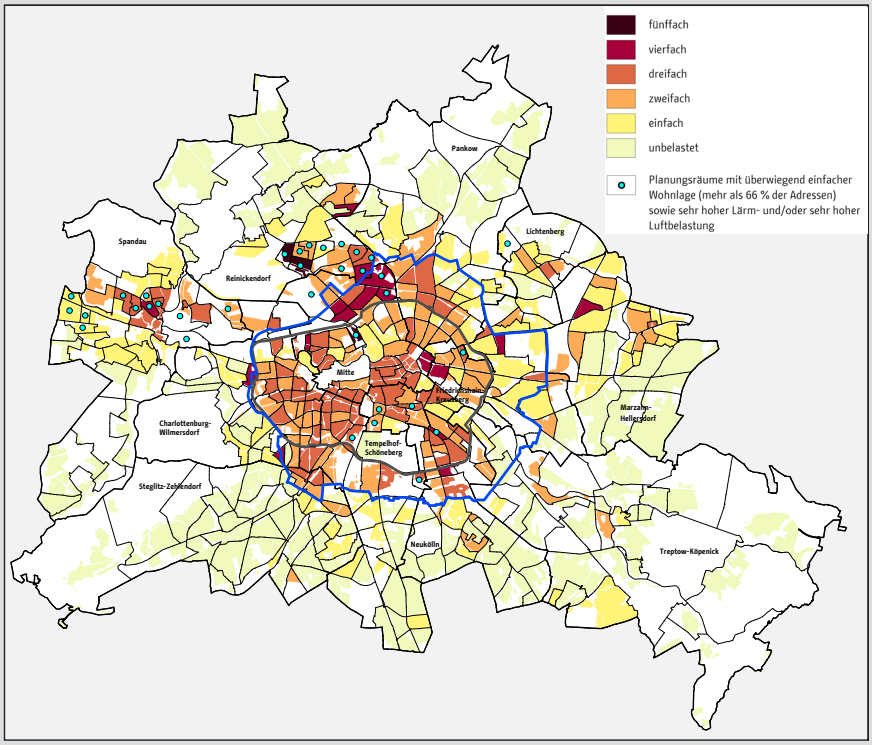


Abb. 1: Integrierte Mehrfachbelastungskarte – Berliner Umweltgerechtigkeitskarte / Quelle: SenGUV 2017

Autor

H.-Josef Klimeczek, *Dr.-Ing., studierte Städtebau und Regionalplanung an den Gesamthochschulen Essen und Kassel, anschließend Architektur und Umweltplanung an der Technischen Universität Berlin. Von 1980–1983 Mitarbeiter in Planungs- und Architekturbüros. Von 1984–1991 Tätigkeit im Bauaufsichts- und Stadtplanungsamt des Bezirks Charlottenburg, Berlin. Von 1991–1995 Leitung des Stadtplanungs- und Umweltamtes der Kreisstadt Oranienburg. Seit 1995 in ministeriellen Fachressorts mehrerer Senatsverwaltungen (Gesundheit, Soziales, Stadtentwicklung, Umwelt) im Land Berlin tätig. Seit 2011 Leitung des Arbeitsbereiches „Sozialräumliche Umweltpolitik, Nachhaltigkeit und Umweltgerechtigkeit" in der Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz, Berlin. 2004 Promotion zum Dr.-Ing. mit einer Dissertation über die städtebaulichen und baurechtlichen Grundlagen der Mietskasernenentwicklung in Berlin. Seit 2005 Lehrbeauftragter (Universität Hamburg und Technische Universität Berlin). Tätigkeitsschwerpunkte sind vor allem die Themenfelder „Stadtentwicklung und umweltbezogener Gesundheitsschutz", „Sozialräumliche Umweltpolitik" sowie „Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum".*

Literatur

Klimeczek, H.-J.; Luck-Bertschat, G. (2008): (Sozial-)räumliche Verteilung von Umweltbelastungen im Land Berlin – Umweltgerechtigkeit als neues Themen- und Aufgabenfeld an der Schnittstelle von Umwelt, Gesundheit, Soziales und Stadtentwicklung. In: Umwelt und Mensch – Informationsdienst 2/2008, 26-29.

Klimeczek, H.-J. (2011): Umweltgerechtigkeit im Land Berlin – Entwicklung und Umsetzung einer neuen ressortübergreifenden Strategie. In: Umwelt und Mensch – Informationsdienst 2/2011, 19.

Klimeczek, H.-J. (2012a): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit – Strategien auf Landesebene. In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern, 205-218.

Klimeczek, H.-J. (2012b): Umweltgerechtigkeit. Eine neue ressortübergreifende sozialräumliche Strategie im Land Berlin. In: Planerin 3/2012, 12-14.

Klimeczek, H.-J. (2014): Umweltgerechtigkeit im Land Berlin – Zur methodischen Entwicklung des zweistufigen Berliner Umweltgerechtigkeitsmonitoring. In: Umwelt und Mensch – Informationsdienst 2/2014, 16-22.

SenGUV – Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2017): Basisbericht Umweltgerechtigkeit – Grundlagen für die sozialräumliche Umweltpolitik. Unveröffentlicht, 109-117.

Tanja Brüchert, Paula Quentin

ALTERNSGERECHTE QUARTIERE

Gliederung

1 Einleitung
2 Das Zusammenspiel von Mensch, Umwelt und Gesundheit im Alter
3 Die Bedeutung des Wohnumfelds für aktives Altern
4 Quartiersbezogene Ansätze zur Gesundheitsförderung im Alter
5 Fazit und Ausblick
Literatur

Kurzfassung
Angesichts des zunehmenden Anteils Älterer an der Bevölkerung stehen Städte und Gemeinden vor neuen Anforderungen an Versorgung, Verkehr und öffentliche Räume. Der Gestaltung eines Wohnumfelds für ein gesundes und aktives Altern kommt eine hohe Bedeutung zu, da Ältere hier besonders viel Zeit verbringen. Ein fußgänger- und radfahrfreundliches Quartier, das Rastmöglichkeiten und sichere Straßenquerungen bietet, schafft die Voraussetzungen für aktive Fortbewegung und eine Vielzahl außerhäuslicher Aktivitäten und unterstützt somit die gesellschaftliche Teilhabe Älterer. Internationale Leitlinien, nationale Initiativen und lokale Aktivitäten quartiersbezogener Ansätze zur Gesundheitsförderung im Alter geben bereits gute Beispiele für die Umsetzung. Eine differenzierte Betrachtung des Alterns und eine Fokussierung auf gesundheitsförderliche Verhältnisse verdeutlichen die Notwendigkeit eines gemeinsamen Handelns von Gesundheitsförderung und Stadtplanung zur Gestaltung alternsgerechter Quartiere.

Schlüsselwörter
Alternsgerechte Quartiere – Altern im Quartier – gesundes Altern – Teilhabe – Bewegungsförderung

Age-friendly neighbourhoods

Abstract
In the face of an ageing population, cities and communities are confronted with new requirements concerning daily supply, transport and public space. The supportive design of neighbourhoods for active and healthy ageing is extremely important as elderly people spend most of their time in the immediate surroundings. Walkable and bikeable neighbourhoods that offer places to rest and safe street crossings enable the elderly to remain active and pursue many outside activities, thereby enhancing their social participation. There are international guidelines, national initiatives and local neighbourhood-related approaches to health promotion in old age that serve as good

examples for implementation. A differentiated view on ageing and a focus on healthy environments underscore the necessity of joint action by health promotion and urban planning to design age-friendly neighbourhoods.

Keywords
Age-friendly neighbourhoods – ageing in place – healthy ageing – social participation – physical activity promotion

1 Einleitung

Durch den Geburtenrückgang und eine gestiegene Lebenserwartung wird in den kommenden Jahren und Jahrzenten eine größere Zahl älterer und sehr alter Menschen einer kleineren Gruppe an Kindern, Jugendlichen und erwerbstätigen Erwachsenen gegenüberstehen. Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren, deren Anteil 2013 21% der Gesamtbevölkerung in Deutschland ausmachte, wird in den nächsten 20 Jahren besonders stark wachsen. Im Jahr 2060 wird bereits jeder Dritte 65 Jahre oder älter sein (32%) (Statistisches Bundesamt 2015: 48). Mit der Zunahme des Anteils Älterer geht eine Diversifizierung der Gruppe der Älteren einher. Älter werden ist ein lebenslanger Prozess, der jeden Menschen betrifft, aber durch unterschiedliche Biografien verschiedene Richtungen einnehmen kann. „Alter" ist demnach sehr individuell und „die Älteren" sind keine homogene Gruppe. Um dem Prozesscharakter des Alterns auch sprachlich gerecht zu werden, wird hier explizit die Begrifflichkeit „alternsgerecht" verwendet.

Den mit den Alterungsprozessen sowie gesamtgesellschaftlichen Internationalisierungs- und Diversifizierungstendenzen einhergehenden differenzierten Bedürfnissen Älterer muss Rechnung getragen und eine förderliche Ausgangslage für alle Älteren geschaffen werden. Sinnvoll ist eine Hinwendung zu den Umweltverhältnissen und Lebensbedingungen auf Quartiersebene. Quartiere werden dabei zugleich als physisch-räumliche Einheit und in einem lebensweltlichen Verständnis als „Orte alltäglicher sozialer Interaktionen" (Bär 2015: 31) verstanden.[1] Die Interaktion mit der physischen und sozialen Umwelt trägt nachweislich zur Gesundheit und Lebensqualität bei. Da sich ältere Menschen hauptsächlich in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld aufhalten, rückt dessen gesundheitsförderliche Gestaltung besonders in den Vordergrund. Anpassungen der Lebensumwelt an eine alternde Gesellschaft sollen es den Menschen ermöglichen, die gewonnenen Lebensjahre mit möglichst hoher Lebensqualität und in guter Gesundheit zu erleben.

Die veränderten Altersstrukturen und die Bedürfnisse Älterer sind somit ein zentrales Thema für die Entwicklung von Städten und Quartieren. Es ergeben sich neue Anforderungen an die Versorgung mit Waren und Dienstleistungen, den öffentlichen Verkehr, aber auch die Gestaltung öffentlicher Räume – um nur einige Bereiche zu nennen, in denen sich die Städte und Gemeinden mehr als bisher auf eine alternde und vielfältigere Gesellschaft einstellen müssen. Der Deutsche Städtetag stellte bereits

1 Sofern zitierte Studien und Projekte abweichend den Begriff Stadtteil verwenden, wurde dieser beibehalten.

2006 in einem Arbeitspapier fest: „Der demografische Wandel hat Folgen für alle Dimensionen des kommunalen Handelns“ (Deutscher Städtetag 2006: 4). Die Alterungs- und Internationalisierungsprozesse fallen dabei regional unterschiedlich stark aus und können, bedingt durch innerdeutsche Wanderungsbewegungen und internationale Zuwanderung, in den Städten und Gemeinden sowohl mit Wachstums- als auch mit Schrumpfungsprozessen einhergehen (Bertelsmann Stiftung 2013: 9).

Die Synergien zwischen einer gesundheitsfördernden und alternsgerechten Stadt- und Quartiersentwicklung treten durch ein differenzierteres, prozesshaftes Verständnis von Alter besonders deutlich zutage. Diese Perspektive eröffnet neue Handlungsoptionen für Städte und Gemeinden im Allgemeinen sowie die Zusammenarbeit zwischen Stadtplanung und Gesundheitsförderung im Speziellen. Dabei stellen sich die Fragen, welche Faktoren gesundes Altern bedingen, welche Rolle die unmittelbare und gewohnte Umwelt für gesundes Altern spielt und wie Quartiere alternsgerecht gestaltet werden können.

2 Das Zusammenspiel von Mensch, Umwelt und Gesundheit im Alter

Unter dem von der WHO verwendeten Begriff des „Active Ageing“ also „Aktiven Alterns“ versteht man „den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (WHO 2002: 12). Mit einem Fokus auf Selbstbestimmtheit und soziale Teilhabe wird ein über Gesundheit im engeren Sinne hinausgehendes, umfassenderes Verständnis von Lebensqualität verfolgt. Altern wird hierbei explizit als Teil eines kontinuierlich fortschreitenden Lebens verstanden.

Im Laufe des Lebens führen biologische Prozesse unwillkürlich zu einer Abnahme der Muskelstärke und der Beweglichkeit der Gelenke. Zudem sind die Sinne in vielen Fällen vermehrt beeinträchtigt. Dies führt oft zu Verunsicherung und einer erhöhten Sturzanfälligkeit. Viele alltägliche Tätigkeiten, gerade außerhalb der eigenen Wohnung, die für eine aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bedeutsam sind, werden hierdurch erschwert. Wie schnell und in welcher Intensität diese Prozesse verlaufen und ab welchem Grad eine körperliche Einschränkung auch die soziale Teilhabe beschränkt, ist jedoch von vielen Einflussfaktoren, darunter auch umweltbezogenen Faktoren, abhängig. In der gesundheitswissenschaftlichen Forschung werden die Zusammenhänge zwischen Mensch und Umwelt und deren Auswirkungen auf die Gesundheit in sozialökologischen Modellen beschrieben, wie in Abb. 1 dargestellt.

Der Mensch mit seinen individuellen biologischen Voraussetzungen steht im sozialökologischen Modell im Zentrum. Seine Gesundheit entsteht im Austausch mit der Ebene der sozialen Interaktion und Unterstützung, mit der Ebene der kontextuellen Faktoren wie dem Quartier und mit der Ebene der politischen und administrativen Rahmenbedingungen. Sie werden auch als Verhältnisebenen bezeichnet und ihre Beschaffenheit kann das menschliche Verhalten und die menschliche Gesundheit positiv wie negativ beeinflussen (Sallis/Bauman/Pratt 1998: 380). Jeder Mensch ist diesen Faktoren im täglichen Leben ausgesetzt, in unterschiedlicher Intensität und Dauer

(Claßen/Heiler/Brei 2012: 114). Sozial-ökologische Modelle gehen davon aus, dass gesundheitsförderliches Verhalten maximiert werden kann, wenn die Umwelt, also die Verhältnisebenen, eine gesunde Wahl ermöglichen (Sallis/Owen/Fisher 2008). Die Entscheidung, zu Fuß zum Supermarkt zu gehen, fällt demzufolge leichter, wenn sich die Person auf dem Weg sicher fühlt, beispielsweise durch Fußwege ohne Stolperquellen und eine sichere Querungsmöglichkeit an Straßen.

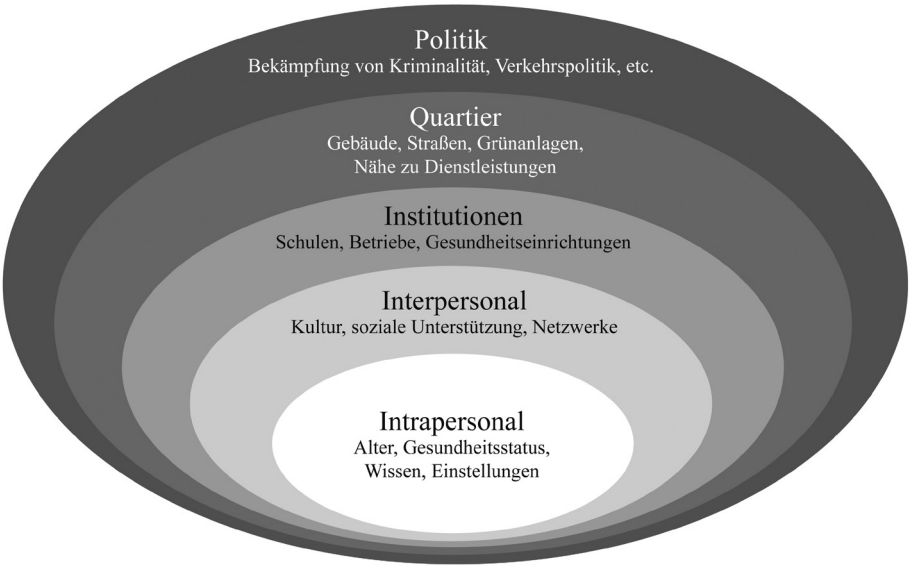


Abb. 1: Sozial-ökologisches Modell zur Erklärung von körperlicher Aktivität / Quelle: Adaptiert nach McLeroy/Bibeau/Steckler et al. (1988); Sallis/Bauman/Pratt (1998)

Das sozial-ökologische Modell bildet die Grundlage für die lebensweltlichen Ansätze der WHO zur Gesundheitsförderung, die bereits in der Ottawa-Charta 1986 formuliert wurden (siehe Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band). Ausgehend von diesem engen Zusammenhang zwischen Mensch und Umwelt und dem prozessualen Charakter des Alterns, gilt es, Rahmenbedingungen zu erkennen und zu schaffen, die ein gutes Erleben des Alterns ermöglichen. Quartiere müssen Strukturen und Dienstleistungen aufweisen, die die Produktivität und das Wohlbefinden ihrer Bewohnerinnen und Bewohner fördern. Besonders ältere Menschen, die unter Einschränkungen leiden, benötigen unterstützende und befähigende Lebenswelten, durch die sie die altersbedingten körperlichen und sozialen Einschränkungen kompensieren können und die es ihnen ermöglichen, möglichst lange im gewohnten Umfeld zu verbleiben.

3 Die Bedeutung des Wohnumfelds für aktives Altern

Im Alter steigt die Bedeutung des unmittelbaren räumlichen Umfelds, da sich die Menschen dort die meiste Zeit des Tages aufhalten. Die Ergebnisse der Erhebung „Mobilität in Deutschland" (MiD) 2008 zeigen, dass in der Altersspanne von 65 bis 74 Jahren zwar die Anzahl der Wege und die Unterwegszeit in Minuten pro Tag auf ähnlichem Niveau bleiben wie die der jüngeren Altersgruppen, die zurückgelegte Tagesstrecke wird jedoch kürzer. Eine deutlichere Reduzierung der Tagesstrecke, nun aber auch einhergehend mit einer kürzeren Unterwegszeit und einer geringeren Anzahl von Wegen pro Tag, erfolgt dann für die Gruppe der über 74-Jährigen (infas/DLR 2010: 75). Die Wege werden überwiegend zu Fuß zurückgelegt. So zeigt eine Studie in drei unterschiedlichen Stadtteilen von Frankfurt, dass die 70–79-Jährigen auf 54% der Wege zu Fuß gehen, bei den 80–89-Jährigen sind es sogar 58%. Dieser hohe Anteil an zu Fuß zurückgelegten Wegen deutet darauf hin, dass die fußläufige Erreichbarkeit von hoher Bedeutung für die Erfüllung alltäglicher Bedürfnisse Älterer ist. In beiden Altersgruppen dient das Unterwegssein in den meisten Fällen dem Einkauf (37%), der Erholung (26%), der Gesundheit (14%), dem sozialen Austausch (13%) oder kulturellen Aktivitäten (7%) (Oswald/Konopik 2015: 403). Beim Einkauf, Spaziergang oder bei einer Kaffeetafel trifft man zudem Freunde und Nachbarn und tauscht Neuigkeiten aus. Manche Ältere engagieren sich in der Kirche oder Vereinen und leisten so einen Beitrag für die Allgemeinheit. Die außerhäuslichen Aktivitäten und die damit verbundenen sozialen Interaktionen unterstützen nachweislich den Erhalt der Lebensqualität und des Wohlbefindens und tragen so zu mehr Gesundheit im Alter bei (Silverstein/Parker 2002: 539 ff.).

Zufußgehen, aber auch Fahrradfahren, kommt einerseits die Bedeutung zu, außerhäusliche Aktivitäten zu ermöglichen, die Selbstständigkeit zu erhalten und die Teilhabe am sozialen Leben zu unterstützen. Andererseits sind Zufußgehen und Fahrradfahren zwei Formen moderater Aktivität, die im Verhältnis zu Joggen oder intensivem Training leicht auszuführen sind, ein geringes Verletzungsrisiko aufweisen, kostengünstig sind und fast überall ausgeführt werden können. Die Förderung körperlicher Aktivität im Alter erweist sich hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Beweglichkeit und der Muskelkraft, aber auch in Hinblick auf die Prävention sogenannter Zivilisationskrankheiten und die Förderung des psychischen Wohlbefindens als effektiv (Herrmann/Hebestreit/Ahrens 2011: 50 f.; Lee/Shiroma/Lobelo et al. 2012: 4 ff.). Bereits das tägliche Zufußgehen von 15 Minuten erhöht die Lebenserwartung um bis zu 3 Jahre (Wen/Wai/Tsai et al. 2011: 1249).

Körperliche Aktivität kann dabei ausgehend vom sozial-ökologischen Modell (Abb. 1) durch Umwelten, die dazu einladen, alltägliche Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurückzulegen, gefördert werden (zu städtebaulichen Merkmalen zur Bewertung der Walkability und für die Planung von bewegungsanimierenden Quartieren siehe Beitrag Tran in diesem Band). Gesundheitswissenschaftliche Studien kommen zu dem Schluss, dass verschiedene kontextuelle Interventionen, wie beispielsweise der Ausbau von Fahrradwegen, (sichere) Parkmöglichkeiten für das Fahrrad oder die Einschränkung des motorisierten Individualverkehrs durch Parkgebühren oder eine Citymaut, mit ei-

nem Anstieg des Anteils von Fahrradfahrern in verschiedenen Ländern Europas und Nordamerikas in Zusammenhang stehen (vgl. Pucher/Buehler 2008; Pucher/Dill/Handy 2010).

Bei älteren Menschen unterstützen breite, ebene Fußwege, kurze Wege und ausreichend Zugang zu Dienstleistern und Geschäften, aber auch attraktive Straßenzüge und Rastmöglichkeiten das tägliche Zufußgehen (vgl. Moran/van Cauwenberg/Hercky-Linnewiel et al. 2014). Eine Studie aus Belgien mit fast 49.000 Personen im Alter von 65 Jahren und älter zeigte zudem, dass das Vorhandensein von Dienstleistungen und die Zufriedenheit mit dem ÖPNV in der Nachbarschaft positiv mit Fahrradfahren im Alltag assoziiert ist. Schlechte Fußwege und Unsicherheitsgefühle in der Wohnumwelt korrelierten dabei mit weniger zu Fuß zurückgelegten Wegen. Für Frauen, die auf dem Land wohnen, war des Weiteren die Straßenbeleuchtung ein wichtiger Faktor, häufiger aktiv unterwegs zu sein (vgl. Van Cauwenberg/Clarys/de Bourdeaudhuij et al. 2012). Für dörflich geprägte Quartiere können auch nachbarschaftliche Kontakte und die Identifikation mit dem Quartier von Bedeutung sein, wie eine in Deutschland durchgeführte Studie zeigt. Diese quartiersbezogene Identität, die soziale Zusammengehörigkeit im Quartier und das Ausmaß der außerhäuslichen Aktivität tragen in Kombination mit besserer physischer Kondition demnach zum Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner bei (Oswald/Konopik 2015: 404 ff.).

In Bezug auf die Bewegung im Quartier spielen auch ästhetische Aspekte und das Sicherheitsgefühl für ältere Menschen eine große Rolle, welche in städtischen und ländlichen Gebieten stark differieren kann. Studien in den Niederlanden zeigen, dass ein Unsicherheitsgefühl, fehlende Grünflächen, Leerstand, heruntergekommene Bauten und Müll auf den Wegen, vermehrter Autoverkehr, aber auch monotone Bebauung dazu beitragen können, dass die Menschen und insbesondere die ältere Generation nicht gerne allein in ihrem Quartier unterwegs sind (Kamphuis/van Lenthe/Giskes et al. 2009: 4 ff.; Kremers/de Bruijn/Visscher et al. 2012: 3; Kramer/Maas/Wingen et al. 2013: 6). Ältere Menschen fühlen sich zudem auch durch Sicherheitsaspekte im Verkehr, wie Fahrzeuge mit zu hoher Geschwindigkeit oder fehlende sichere Straßenquerungen, verunsichert, ob sie ihre Wege allein aktiv zurücklegen können (Zander/Passmore/Mason et al. 2013: 3; Van Cauwenberg/van Holle/de Bourdeaudhuij et al. 2014: 7).

Bewegung im Wohnumfeld wirkt sich positiv auf die physische Gesundheit aus und ermöglicht zugleich eine aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zufußgehen und Fahrradfahren als aktive Formen der Fortbewegung lassen sich dabei durch eine Vielzahl von Gestaltungselementen fördern oder auch einschränken. Der Gestaltung des Wohnumfelds und anderen quartiersbezogenen Ansätzen der Gesundheitsförderung kommt deshalb eine tragende Rolle in Bezug auf ein aktives Leben bis ins hohe Alter zu.

4 Quartiersbezogene Ansätze zur Gesundheitsförderung im Alter

Die Verknüpfung der Themen Alter, Gesundheit und Wohnumfeld findet sich in Leitlinien und Programmen auf unterschiedlichen Ebenen wieder: von der WHO-Leitlinie „Global Age-friendly Cities“ (WHO 2007) über das nationale Gesundheitsziel des Bun-

des „Gesund älter werden“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012) bis zum „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ (MPEGA NRW 2013) im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Die Umsetzung erfolgt schließlich in Städten und Gemeinden, wie die beispielhaft angeführten Preisträger des Wettbewerbs „Gesund älter werden in der Kommune“ verdeutlichen.

Die 2007 von der WHO veröffentlichte Leitlinie „Global Age-friendly Cities – A Guide“ (WHO 2007) basiert auf einer Befragung älterer Bewohnerinnen und Bewohner in 33 Städten weltweit. Die daraus abgeleiteten Empfehlungen in den acht Handlungsfeldern Freiflächen und Gebäude, Verkehr, Wohnen, soziale Teilhabe, soziale Inklusion, Beteiligung und Beschäftigung, Kommunikation und Information sowie Unterstützung und Gesundheitsdienstleistungen sind jeweils in einer Checkliste zusammengefasst. Als wichtige Faktoren für die alternsfreundlichen Städte und Quartiere benennt die WHO-Leitlinie die Beleuchtung und öffentliche Toiletten, den Zugang zu Dienstleistern und Zielen des täglichen Lebens sowie sichere Straßenquerungen und ebene Fußwege. Des Weiteren wird die Bedeutung des öffentlichen Personennahverkehrs, aber auch alternativer Transportmöglichkeiten wie Taxis oder Bürgerbusse für die Älteren verdeutlicht. Zudem sollen die Transportmittel bezahlbar sein. Ebenfalls hervorgehoben werden Rücksichtnahme und Wertschätzung in der sozialen Interaktion. Es wird dargelegt, dass sich ältere Menschen wünschen, am Quartiersleben teilhaben und etwas beitragen zu können, ohne von anderen Generationen isoliert zu werden (vgl. WHO 2007).

Das für gesundheitsfördernde Stadtentwicklung in vieler Hinsicht maßgebende Gesunde Städte-Netzwerk der WHO, welches weltweit agiert und auch viele Mitgliedskommunen in Deutschland aufweist, hat von 2003 bis 2007 das Thema „Gesundes Altern“ zur obersten Priorität ernannt und mit mehreren Städten auch an der Entwicklung der Leitlinie „Global Age-friendly Cities: A Guide“ mitgewirkt. Eine Evaluation der Aktivitäten von 32 europäischen Mitgliedsstädten des Gesunde Städte-Netzwerks untersucht die Verstetigung dieser Ansätze im Zeitraum von 2007 bis 2012. Als wesentliche Stärken der lokal ausgearbeiteten und umgesetzten Maßnahmen werden die integrierte Herangehensweise an die gebaute Umwelt, die soziale Umwelt und die medizinische und sonstige Versorgung sowie der politische Wille zur Investition in förderliche Lebensumwelten und zur Beteiligung der älteren Bevölkerung an den Entwicklungsprozessen genannt (Jackisch/Zamaro/Green et al. 2015: 115 f.).

In der deutschen Gesundheitspolitik wird gesundes Altern beispielsweise mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2012 ausgerufenen nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ adressiert. Als Teilziele werden u. a. die Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen, eine Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen sowie eine Minderung der gesundheitlichen Risiken und eine Stärkung bzw. Erhaltung der körperlichen Aktivität und Mobilität älterer Menschen benannt. Weitere Teilziele beziehen sich auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung sowie die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung, Demenzkranken und multimorbiden älteren Menschen. „Gesund älter werden“ setzt im Gegensatz zur Leitlinie der WHO keinen Schwerpunkt auf die Stadt als Handlungsraum, die Bedeutung des Wohnumfeldes und der wohnortnahen Infrastruktur wird aber dennoch herausgestellt. Die Festschreibung der nationalen Gesundheitsziele und die vorgeschlagenen

Maßnahmen sollen relevante Akteure in und außerhalb des Gesundheitswesens zu einem Prozess des gemeinsamen Handelns zur Erreichung der Ziele anregen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Einen dezidiert quartiersbezogenen Ansatz zur Gesundheitsförderung im Alter verfolgt das Land Nordrhein-Westfalen. Der „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW" des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) orientiert sich an dem Wunsch vieler älterer Menschen, möglichst lange im gewohnten Umfeld zu verbleiben und stellt das selbstbestimmte Leben in gewohnter Umgebung ins Zentrum. Das Quartier wird hierbei als entscheidende räumliche Einheit verstanden (siehe Abb. 2). Hier müssen die Möglichkeiten zur Versorgung beispielsweise mit Lebensmitteln, aber auch mit Post- und Finanzdienstleistungen sowie zur grundlegenden Gesundheitsversorgung gegeben sein. Außerdem muss ein differenziertes Angebot an altengerechtem Wohnraum, z. B. in Wohngemeinschaften, oder die Möglichkeit zum Umbau der eigenen Wohnung bestehen. Große Bedeutung kommt außerdem den sozialen Kontakten in der Nachbarschaft und der aktiven Einbindung in Entscheidungsprozesse zur Quartiersentwicklung zu (MGEPA NRW 2013: 24 ff.). Die Städte und Gemeinden werden durch eine Projektlandkarte, einen internetbasierten Modulbaukasten sowie weitere Beratungs- und Vernetzungsangebote bei der Erarbeitung eigener Ansätze und Maßnahmen unterstützt. Seit 2015 stellt das Land Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Landesförderplans „Alter und Pflege" auch Mittel zur altengerechten Quartiersentwicklung zu Verfügung. Gefördert werden z. B. die Stelle einer koordinierenden Person, die Entwicklung von Quartierskonzepten und die Entwicklung von (Nah-)Versorgungskonzepten.

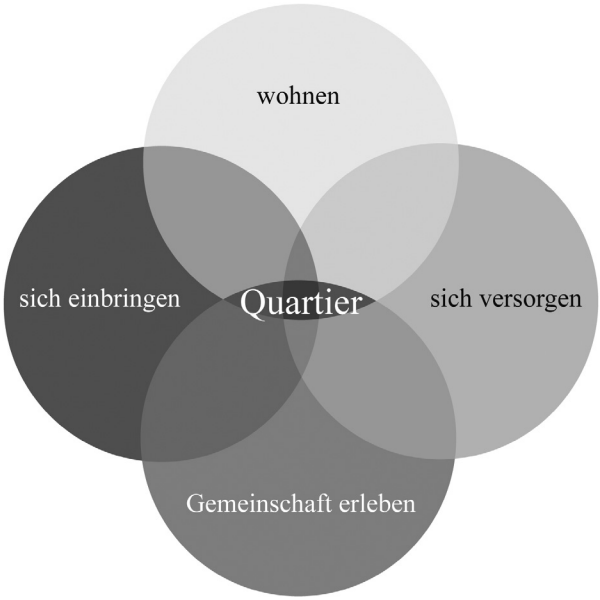


Abb. 2: Das Quartier als Bezugspunkt der vier Handlungsfelder im „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW" / Quelle: Adaptiert nach Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW o. J.

Um, aufbauend auf dem nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden", die Kommunen als Orte und Akteure der Gesundheitsförderung stärker in den Fokus zu nehmen, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. und den kommunalen Spitzenverbänden 2015 erstmals den Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune" ausgelobt. Schwerpunktthema der ersten Ausschreibung war die Förderung von Bewegung und Mobilität im Alter, die als eine Querschnittsaufgabe beschrieben wird, die über den Gesundheitsbereich hinausgeht (Deutsches Institut für Urbanistik 2016: 9 f.).

Ausgezeichnet wurde beispielsweise die Stadt Köln, die seit 2007 im Gesundheitsamt über ein Kompetenzzentrum zu Gesundheit im Alter und seit 2008 über eine gesonderte Anlaufstelle zur Gesundheitsförderung im Alter verfügt. Die Gesundheitsförderung soll in kleinteiligen Stadtteilstrukturen verankert werden und somit einen Beitrag zur Förderung von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung im Alter leisten. Als eine Maßnahme erarbeitet das Gesundheitsamt Stadtteilrundgänge und veröffentlicht diese als Broschüren. Die sogenannten „Rundgänge mit Tiefgang" führen auf maximal 3 Kilometern Länge zu Sehenswürdigkeiten und Eigentümlichkeiten einzelner Stadtteile, enthalten aber auch Hinweise zu Sitzgelegenheiten, Toiletten und Barrierefreiheit (Deutsches Institut für Urbanistik 2016: 9, 42 ff.).

Ebenfalls ausgezeichnet wurde die Landeshauptstadt Stuttgart. Unter Federführung des Amtes für Sport und Bewegung arbeiten hier mehrere Ressorts der Stadtverwaltung zusammen, wobei die Aktivitäten der Sportentwicklung, partizipativen Altersplanung und Stadtentwicklung in einem gesamtstädtischen Aktionsplan zur Bewegungsförderung zusammenfließen. In Stuttgart-Neugereut, Gebietskulisse des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt", wurde auf diese Weise der runde Tisch „Gesundheitsförderung für ältere Menschen" gegründet, der unter anderem an einem Grün- und Freiflächenkonzept für den Stadtteil und einem Bewegungsparcours mitwirkt und so direkten Einfluss auf die Gestaltung des Wohnumfeldes nimmt (Deutsches Institut für Urbanistik 2016: 9, 46 ff.).

Auch kleinere Städte und Gemeinden fördern Bewegung, Mobilität und soziale Teilhabe im Alter. Als Beispiel ist hier die Gemeinde Dötlingen in Niedersachsen zu nennen, die für ihren aktiven Umgang mit dem Alterungsprozess der Bewohnerschaft und dem Fortzug Älterer in benachbarte Gemeinden ausgezeichnet wurde. Breites zivilgesellschaftliches Engagement mündete hier in der Gründung eines Vereins und einer Genossenschaft sowie der Einrichtung einer zuständigen Halbtagsstelle in der Verwaltung. Unter dem Leitspruch „Wi helpt di" wurde eine kommunale Strategie zum Leben im Alter erarbeitet, die sich neben der Schaffung von angemessenen Wohn- und Pflegeangeboten insbesondere auf ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe stützt. Zu Bewegung und Mobilität tragen zum Beispiel ein zum Mehrgenerationenplatz ausgebauter Kinderspielplatz (siehe Abb. 3) und die „Dötlinger Bank" (siehe Abb. 4) bei. Auf dieser Bank können sich Menschen niederlassen, die auf eine Mitfahrgelegenheit innerhalb des Ortes oder in die Kreisstadt warten (Deutsches Institut für Urbanistik 2016: 58 ff.).

Abb. 3: Der Mehrgenerationenplatz „Für Jung und Alt“ in der Gemeinde Dötlingen im Ortsteil Neerstedt / Quelle: Paula Quentin

Abb. 4: Die „Dötlinger Bank“ in der Gemeinde Dötlingen, hier vor der Apotheke im Ortsteil Neerstedt / Quelle: Paula Quentin

In der räumlichen Planung kommen Quartiersansätze vor allem dann zum Einsatz, wenn verschiedene Themen integriert betrachtet und unterschiedliche Akteure aus Stadtverwaltung, Stadtpolitik und Stadtgesellschaft einbezogen werden sollen. Das quartiersbezogene Denken in der Planung ist dabei zugleich anschlussfähig an die lebensweltlich orientierten Ansätze der Gesundheitsförderung.

5 Fazit und Ausblick

Ausgehend vom Konzept des „Aktiven Alterns“ (WHO 2002) gehen gesundheitsfördernde und alternsgerechte Stadt- und Quartiersentwicklung Hand in Hand. Die differenzierte Betrachtung des Alterns als Prozess unterstreicht die Bedeutung der Selbstbestimmtheit im Alter und schärft den Blick für die dazu notwendigen unterstützenden Lebensumwelten. Die in diesem Beitrag dargestellten internationalen und nationalen Leitlinien und Programme sowie die Umsetzungsbeispiele aus Städten und Gemeinden stehen beispielhaft für die aus dem Konzept des „Aktiven Alterns“ resultierende Verschränkung von Gesundheit und sozialer sowie gebauter Umwelt in verhältnisbezogenen Interventionen zur Gesundheitsförderung im Alter. Alternsgerechte Quartiere zeichnen sich dabei dadurch aus, dass sie nicht nur für einen angenommenen Zustand, sondern für den gesamten Prozess des Alterns ein angenehmes und unterstützendes Wohnumfeld bieten. Durch den Fokus auf ein gesundheitsförderliches Wohnumfeld fördern sie nicht nur die Lebensqualität der Älteren, sondern aller Bewohnerinnen und Bewohner.

Die in diesem Beitrag aufgeführten Beispiele machen aber auch deutlich, dass das Ziel eines aktiven und gesunden Alterns im Quartier nicht im Gesundheitssektor allein erreicht werden kann. Gesundheitsförderung, die von einem prozessualen Altersverständnis ausgeht, muss ressortübergreifend gedacht werden und betrifft im Kontext der Stadt- und Quartiersentwicklung zwingend auch die Stadtplanung (zu integriertem Verwaltungshandeln siehe Beitrag Böhme/Dilger/Quilling in diesem Band). Der demografische Wandel kann hierbei zu einem „Türöffner“ für die Gesundheitsförderung im Quartier werden. Die Betonung von Querschnittsthemen, wie Bewegung und Mobilität, kann dazu beitragen, innerhalb der Verwaltung neue Allianzen, beispielsweise zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der räumlichen Planung, zu bilden. Der Gesundheitssektor kann dabei die differenzierte Sichtweise auf alternde Bevölkerungsgruppen unterstützen sowie gesundheitsfördernde Aspekte verdeutlichen, die gesellschaftlich von großer Bedeutung sind. Durch Bewertung und Beratung können die Gesundheitsakteure andere Sektoren in ihren Vorhaben unterstützen und gleichzeitig das Ziel des gesunden Alterns auf Bevölkerungsebene voranbringen.

Autorinnen

Paula Quentin (**1985*), *Kulturwissenschaften und Urban Design, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet für Stadt- und Regionalplanung an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund. Derzeit tätig im Forschungsprojekt „Alternd zu Fuß oder mit Fahrrad – urban mobil ohne Stress“ (AFOOT) zu Bewegungsförderung im Alter in Klein- und Mittelstädten der Metropolregion Bremen-Oldenburg mit besonderem Fokus auf Anknüpfungspunkte zwischen Stadtplanung und Public Health.*

Tanja Brüchert (**1987*), *M. A. Public Health/Pflegewissenschaft; wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Sozialepidemiologie am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Derzeit tätig im Forschungsprojekt „Alternd zu Fuß oder mit Fahrrad – urban mobil ohne Stress“ (AFOOT) zu Bewegungs-*

förderung im Alter in Klein- und Mittelstädten der Metropolregion Bremen-Oldenburg mit besonderem Fokus auf Anknüpfungspunkte zwischen Stadtplanung und Public Health.

Literatur

Bär, G. (2015): Gesundheitsförderung lokal verorten: Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier. Wiesbaden.
Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2013): Stadt – Land – Umland: Handlungsansätze für Kommunen im demographischen Wandel. Gütersloh.
BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012): Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden". Berlin.
Claßen, T.; Heiler, A.; Brei, B. (2012): Urbane Grünräume und gesundheitliche Chancengleichheit – längst nicht alles im „grünen Bereich". In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern, 113-123.
Deutscher Städtetag (Hrsg.) (2006): Demografischer Wandel. Herausforderungen, Chancen und Handlungsmöglichkeiten für die Städte. Arbeitspapier des Deutschen Städtetags. Köln/Berlin.
Difu – Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2016): Bundeswettbewerb Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil. Dokumentation. Berlin.
Herrmann, D.; Hebestreit, A.; Ahrens, W. (2011): Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die Knochengesundheit im Lebenslauf. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55 (1), 35-54.
infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH; DLR – Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt (Hrsg.) (2010): Mobilität in Deutschland 2008: Ergebnisbericht. Struktur – Aufkommen – Emissionen – Trends. Bonn/Berlin.
Jackisch, J.; Zamaro, G.; Green, G.; Huber, M. (2015): Is a healthy city also an age-friendly city? In: Health Promotion International 30 (S1), i108-i117.
Kamphuis, C. B.; van Lenthe, F. J.; Giskes, K.; Huisman, M.; Brug, J.; Mackenbach, J. P. (2009): Socio-economic differences in lack of recreational walking among older adults: The role of neighbourhood and individual factors. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 6 (1), 1-11. DOI: 10.1186/1479-5868-6-1.
Kramer, D.; Maas, J.; Wingen, M.; Kunst, A. (2013): Neighbourhood safety and leisure-time physical activity among Dutch adults: A multilevel perspective. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 10 (11), 1-10. DOI: 10.1186/1479-5868-10-11.
Kremers, S. P.; de Bruijn, G. J.; Visscher, T. L.; Deeg, D. J.; Thomese, G. C.; Visser, M.; van Mechelen, W.; Brug, J. (2012): Associations between safety from crime, cycling, and obesity in a Dutch elderly population: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: Journal of Environmental and Public Health 2012, 1-6. DOI: 10.1155/2012/127857.
Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW (Hrsg.) (o.J.): Handlungsfelder im Masterplan altengerechte Quartiere.NRW.
http://www.aq-nrw.de/quartier-verstehen/handlungsfelder/ (08.06.2017).
Lee, I. M.; Shiroma, E. J.; Lobelo, F.; Puska, P.; Blair, S. N.; Katzmarzyk, P. T. (2012): Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. In: The Lancet 380 (9838), 219-229.
McLeroy, K. R.; Bibeau, D.; Steckler, A.; Glanz, K. (1988): An ecological perspective on health promotion programs. In: Health Education Quarterly 15 (4), 351-377.
MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2013): Masterplan altengerechte Quartiere.NRW: Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter. Düsseldorf.
Moran, M.; van Cauwenberg, J.; Hercky-Linnewiel, R.; Cerin, E.; Deforche, B.; Plaut, P. (2014): Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: A systematic review of qualitative studies. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 11, 1-12. DOI: 10.1186/1479-5868-11-79.
Oswald, F.; Konopik, N. (2015): Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48 (5), 401-407.

Pucher, J.; Buehler, R. (2008): Making cycling irresistible: Lessons from the Netherlands, Denmark and Germany. In: Transport Reviews 28 (4), 495-528.
Pucher, J.; Dill, J.; Handy, S. (2010): Infrastructure, programs, and policies to increase bicycling: An international review. In: Preventive Medicine 50 (Suppl. 1), 106-125.
Sallis, J. F.; Bauman, A.; Pratt, M. (1998): Environmental and policy interventions to promote physical activity. In: American Journal of Preventive Medicine 15 (4), 379-397.
Sallis, J.; Owen, N.; Fisher, E. (2008): Ecological models of health behavior. In: Glanz, K.; Rimer, B.; Viswanath, K. (eds.): Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco, CA, 465-486.
Silverstein, M.; Parker, M. G. (2002): Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. In: Research on Aging 24 (5), 528-547.
Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung, Familien, Lebensformen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch: Deutschland und Internationales. Wiesbaden, 23-74.
van Cauwenberg, J.; Clarys, P.; de Bourdeaudhuij, I.; van Holle, V.; Verté, D.; de Witte, N.; de Donder, L.; Buffel, T.; Dury, S.; Deforche, B. (2012): Physical environmental factors related to walking and cycling in older adults: the Belgian aging studies. In: BMC Public Health 12 (142), 1-13. DOI: 10.1186/1471-2458-12-142.
van Cauwenberg, J.; van Holle, V.; de Bourdeaudhuij, I.; Clarys, P.; Nasar, J.; Salmon, J.; Goubert, L.; Deforche, B. (2014): Using manipulated photographs to identify features of streetscapes that may encourage older adults to walk for transport. In: PLoS One 9 (11), 1-9. DOI: 0.1371/journal.pone.0112107.
Wen, C. P.; Wai, J. P. M.; Tsai, M. K.; Yang, Y. C.; Cheng, T. Y. D.; Lee, M.-C.; Chan, H. T.; Chwen, K. T.; Shan, P. T.; Xifeng, W. (2011): Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. In: The Lancet 378 (9798), 1244-1253.
WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charter zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 (27.04.2016).
WHO – Weltgesundheitsorganisation (2002): Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Genf.
WHO – World Health Organization (2007): Global age-friendly cities: A guide. Geneva.
Zander, A.; Passmore, E.; Mason, C.; Rissel, C. (2013): Joy, exercise, enjoyment, getting out: A qualitative study of older people's experience of cycling in Sydney, Australia. In: Journal of Environmental and Public Health, 2013, 1-6. DOI: 10.1155/2013/547453.

Gabriele Krefting

DAS QUARTIER – FIT FÜRS ALTER

Im südlichen Teil des Ruhrgebiets liegt Hattingen – mit ca. 55.000 Einwohnerinnen und Einwohnern die zweitgrößte Stadt des Ennepe-Ruhr-Kreises (NRW). Das rund 7.140 ha große Stadtgebiet besteht aus elf Stadtteilen, wobei die zentrumsnahen die höchste Bedeutung als Wohnstandort aufweisen. So wie die Einwohnerzahl unter den einzelnen Stadtteilen teils stark differiert, ergeben sich ebenfalls deutliche Unterschiede in der Altersstruktur – die Zahl der Kinder und Jugendlichen ist stark rückläufig, der Anteil der Älteren nimmt hingegen zu und liegt sogar über dem Durchschnitt des Landes NRW.

In Anlehnung an diese demografische Entwicklung wird das vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) geförderte Projekt „Entwicklung altengerechter Quartiere.NRW“ (MGEPA 2013) unter Trägerschaft der Stadt Hattingen (Angliederung an den FB Soziales und Wohnen/Seniorenbüro) und der Hattinger Wohnungsbaugenossenschaft (hwg eG) im Rauendahl (ca. 3.000 Einwohner), einem der beiden Quartiere des Stadtteils Winz-Baak (ca. 8.000 Einwohner), seit 2015 durch den Einsatz einer Quartiersentwicklerin realisiert. Die Erkenntnisse des fast zweijährigen Projekts werden in einem Handlungskonzept mit „Leuchtturmfunktion“ für weitere Hattinger Quartiere, die hinsichtlich ihrer Strukturprägung der des Rauendahls vergleichbar sind, erfasst.

Das Quartier Rauendahl liegt abseits des Hattinger Kernstadtgebietes. Alter Baumbestand und zahlreiche Grünflächen in unmittelbarer Nähe der Ruhr schmücken dieses ruhige, überwiegend homogen mit meist drei- bis viergeschossigen Mehrfamilienhäusern bebaute Quartier. Der in den sechziger Jahren entstandene Stadtteil ist allerdings mit seinen Bewohnerinnen und Bewohnern „in die Jahre gekommen“ – so bemerkt man tagsüber überwiegend ältere Menschen, oftmals auch mit Migrationshintergrund, die die wenigen Geschäfte des Quartiers aufsuchen und sich später im topographisch anspruchsvollen Gelände mit ihren Einkäufen abmühen. Soziale Kontakte werden häufig nur während dieser täglichen Erledigungen gepflegt, da es im Quartier an Treff- und Austauschpunkten mangelt. Dieser kurze Einblick in das Quartiersleben verdeutlicht einige der vorrangigen Ziele des Projekts „Entwicklung altengerechter Quartiere.NRW“, welche einerseits anhand einer umfassenden Sozialraumanalyse, andererseits durch eine Befragung der Bürgerinnen und Bürger als Expertinnen und Experten für ihre Wünsche und Bedürfnisse ermittelt werden konnten. So steht die Schaffung eines Wohnumfeldes, in welchem auch Menschen mit Beeinträchtigungen möglichst lange selbstständig die eigene Versorgung sicherstellen und sich am sozialen Leben beteiligen können, im Fokus der Quartiersentwicklung – eng verknüpft mit der Frage der Umsetzung einer erfolgversprechenden Gesundheitsförderung in physischer wie auch psychischer Hinsicht.

Abb. 1: Ruheinsel an der Rauendahlstraße / Quelle: Gabriele Krefting (2016)

Über die Verwirklichung dieses Vorhabens wird seit Anfang 2016 beraten. Zahlreiche Aktive des Quartiers haben sich, unterstützt durch die Quartiersentwicklerin, zusammengefunden und den Bürgerkreis WIR (Wir Im Rauendahl) gegründet. In wöchentlichen Treffen der in der Regel 13 bis 15 im Rauendahl lebenden Seniorinnen und Senioren werden Ideen gesammelt und Aktionen geplant – so vorrangig zunächst das Projekt „Ruheinseln im Quartier". Im Rahmen dessen wurden bereits verschiedene Rundgänge organisiert, um es den Aktiven zu ermöglichen, ihr Quartier mit dem Bewusstsein für die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen neu zu erleben und zu begutachten. Deutlich wurde, dass sich viele Wege für ältere Menschen häufig als zu lang und zu bergig steil erweisen, um zumindest die alltägliche Versorgung ohne größere Belastung sicherzustellen. Abhilfe sollen hier in Zukunft kleine Ruheinseln schaffen – seniorengerechte Bänke, die zum einen eine kurze Rast ermöglichen, um Kraft für den verbleibenden Weg zu schöpfen, zum anderen aber auch die Möglichkeit zum Austausch bieten. So fördert diese Aktion nicht nur die Selbstständigkeit der älteren Menschen im Quartier, sondern unterstützt durch die an exponierten Stellen aufgestellten Bänke die tägliche Bewegung, indem sie der unterschwellig vorhandenen Sorge entgegenwirkt, den Strapazen des Weges nicht gewachsen zu sein, was u. U. dazu führt, dass die Wohnung erst gar nicht verlassen wird. Neben der Förderung der Mobilität steht aber auch maßgeblich die psychische Gesundheit im Fokus. Der soziale Austausch, ein kurzes Gespräch auf einer der Ruheinseln, unterstützt besonders ältere Menschen, die häufig erlebte Einsamkeit ein wenig zu überwinden. Ziel ist es, die informellen Gespräche durch Regelmäßigkeit zu verstetigen und so kleine soziale Netzwerke entstehen zu lassen – Nachbarschaftshilfen, Einkaufsunterstützung oder andere gemeinschaftliche Treffen.

Autorin

Gabriele Krefting (**1964*), *Gerontopsychologin, seit 2015 Quartiersentwicklerin in Hattingen im Projekt „Entwicklung altengerechter Quartiere.NRW", seit 2009 Psychologische Fachberaterin der Alzheimer Gesellschaft Hattingen und Sprockhövel e. V.*

Literatur

MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013): Masterplan altengerechte Quartiere.NRW. Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter. Düsseldorf.

Katrin Gliemann, Andrea Rüdiger

FLÜCHTLINGSUNTERBRINGUNG: BEDEUTUNG DER BAURECHTLICHEN ERLEICHTERUNGEN FÜR DAS VERSTÄNDNIS VON GESUNDEN WOHNVERHÄLTNISSEN

Gliederung

1 Einleitung
2 Herausforderungen der Fluchtmigration für die Stadtplanung
3 Geschichtlicher Rückblick zum Verhältnis von städtischer Dichte und gesundheitlichen Bedingungen
4 Bauplanungsrechtliche Bestimmungen für Flüchtlingsunterkünfte
5 Reflexion der Fragen und Probleme der Flüchtlingsunterbringung
Literatur

Kurzfassung
Die hohe Zahl von Flüchtlingen und Asylbegehrenden, die seit einigen Jahren nach Deutschland kommen, stellt die Kommunen vor große Herausforderungen bei der Erst- und Folgeunterbringung und Versorgung, beispielsweise in Hinblick auf die Standortsuche für Gemeinschaftsunterkünfte. Der Gesetzgeber reagierte darauf mit bauplanungsrechtlichen Erleichterungen, die unterschiedliche Gebietskulissen betreffen. Sie sind seit 2014 bzw. 2015 im BauGB verankert. Im Beitrag wird diskutiert, welche Implikationen sich aus den Änderungen für das Verständnis von gesunden Wohnverhältnissen und die planungsrechtliche Begrenzung gesundheitlicher Risiken ergeben könnten. Hingewiesen wird hier unter anderem auf die Notwendigkeit langfristiger Perspektiven für den (planungsbezogenen) Umgang mit Fluchtmigration, das mögliche Auftreten gesundheitsbezogener Nutzungskonflikte und die Verhinderung städtebaulicher Fehlentwicklungen.

Schlüsselwörter
Flüchtlinge – Asylbegehrende – Unterbringung – Trennungsgrundsatz – Bauplanungsrecht

Accommodation of refugees: The impact of legislative changes on understandings of healthy living conditions

Abstract
Municipalities in Germany are having difficulties in providing accommodation for the large number of refugees seeking asylum in Germany, for instance in selecting sites for collective accommodation centres. In order to counter this hurdle German planning law has been changed twice with the aim of accelerating site selection processes and the building of new reception centres. The changes involve different territorial set-

tings and have been incorporated in the Federal Building Code since 2014/2015. This report examines which consequences the changes may have for understandings of healthy living conditions and for efforts to reduce health risks by spatial planning. The authors point out that health-related land-use conflicts may emerge, that the legislative changes may lead to undesirable urban development, and that it is necessary to develop long-term planning perspectives for managing the reception of refugees.

Keywords
Refugees – asylum seekers – accommodation – housing – principle of separation – urban development law

1 Einleitung

„Erfahrungen aus Flüchtlings-, Internierungs-, Auffang- und Gefangenenlagern, Erfahrungen gerade aus bereits bestehenden Großlagern für Asylbewerber in der Bundesrepublik zeigen, dass eine derartige Zusammenballung von Menschen, die von ihrer Fluchtsituation her bereits unter psychischem Druck stehen, zu großen Beeinträchtigungen, Risiken und Gefahren für die Einzelnen, vor allem für die Kinder und Jugendlichen, für die Lagerbewohner insgesamt, für ihre Betreuer und für die nähere Umgebung führen kann“ (Deutscher Caritasverband 1987: 48, zitiert nach Neubauer 1995: 109). Ein Zitat, das die aktuelle Problematik der Flüchtlingsunterbringung zutreffend wiedergibt, sollte man meinen. Jedoch: Es handelt sich um eine Aussage aus dem Jahr 1980 (vgl. ebd.) von Bischof Dr. Franz Hengstbach im Rahmen einer Stellungnahme als Vorsitzender der Kommission Weltkirche, in der er vor nachteiligen Folgen der Unterbringung von Flüchtlingen in Sammelunterkünften warnte. Mehr als 35 Jahre später wird teilweise auf andere Begrifflichkeiten zurückgegriffen, die grundlegende Problematik scheint dieselbe zu sein.

Auch die Stadtplanung ist mit der zunehmenden Fluchtmigration der vergangenen Jahre vor große, aber nicht unbedingt gänzlich neue Herausforderungen gestellt – nicht zuletzt durch entsprechende Erfahrungen mit der umfangreichen Zuwanderung von Flüchtlingen und Asylbegehrenden aus dem ehemaligen Jugoslawien in den 1990er Jahren (vgl. Abbildung 1). Der nachfolgende Rückgang der Zahl der Asylanträge ab Mitte der 1990er Jahre, unter anderem infolge der Einschränkung des Asylrechts, führte dazu, dass viele Kommunen ihre Unterbringungskapazitäten abbauten, was sich für die jetzige Situation als sehr problematisch erweist (vgl. Wendel 2014: 70). Im Jahr 2014 und 2015 reagierte der Gesetzgeber auf die aktuellen Probleme der Flüchtlingsunterbringung mit bauplanungsrechtlichen Erleichterungen, die von vielen Akteuren vor Ort positiv aufgenommen wurden. Diese Reaktion ist nachvollziehbar, wenn man die Berichterstattung zur Situation vor allem in den überlasteten Kommunen verfolgt hat – sie war geprägt von Stichwörtern wie „Krisenmodus“ (Gerhards 2015), „Unterbringungsnotstand“ (Wendel 2015: 58) oder den „Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit“ (Deutscher Städtetag 2016), an die die Städte und Gemeinden stoßen. Doch über die Ausnahmesituation des Augenblicks hinausgehend: Was bedeuten die Änderungen mittel- bis langfristig für das Planungsverständnis und für die Auffassung von gesunden Wohnverhältnissen? Welche Risiken und Nebenwirkungen

können damit verbunden sein? Diesen Fragen widmet sich der vorliegende Beitrag (Stand: Frühsommer 2016).

Wesentliche Ausführungen des Beitrages beziehen sich auf die planungsrechtliche Steuerung der Ansiedlung von Flüchtlingsunterkünften und die sich daraus ggf. ergebenden gesundheitlichen und sozialen Probleme. Flüchtlinge sind aufgrund von psychischen und sozialen Aspekten, die sich auch wechselseitig bedingen, belastet. Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Auffälligkeiten sind sowohl das gesellschaftliche als auch das soziale Milieu sowie beeinträchtigende und prekäre Lebensbedingungen in dem Einwanderungsland von Bedeutung (vgl. Brandmaier 2013: 15). Die Risiken, psychisch belastet zu sein, unterscheiden sich je nach Herkunftsland und Migrationsbedingung (vgl. Alicke 2013: 293). Zwar sind laut Oliver Razum und Jacob Spallek (2008) die psychosozialen Auffälligkeiten durch politische Verfolgung im Heimatland oder Trennung der Familie bisher schwer zu messen und schlecht dokumentiert, doch unstrittig ist die Tatsache, dass die Situation von Flüchtlingen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus besonders prekär ist.

„Ein sinnloses, trostloses Leben versehen mit unvorstellbaren Einschränkungen und Grenzen finden viele Flüchtlinge kurz nach ihrer Ankunft durch eine Unterkunft in Zwangsgemeinschaften. Sie haben keinen Privatbereich, fühlen sich ständig beobachtet und es fehlen emotionale Beziehungen und Eingliederungsmöglichkeiten. Die fehlende Möglichkeit, sich selbst zu versorgen, verstärkt die Gefühle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein und schwächt jede mögliche Eigeninitiative“ (Landschaftsverband Rheinland 2010: 11). Das bedeutet, dass sowohl die Situation in den Unterkünften, vor allem mit den Einflussgrößen Privatsphäre und Geräuschbelastung, als auch das Wohnumfeld, mit mehr oder weniger Potenzialen für eine soziale und kulturelle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die Gesundheit der Flüchtlinge beeinflussen kann.

Im Gesetzeskontext des Baugesetzbuches sind unter Flüchtlingen und Asylbegehrenden Ausländerinnen und Ausländer zu verstehen, die in Deutschland einen Asylantrag im Sinne des AsylVfG gestellt haben oder für deren Unterbringung Bund, Länder und Gemeinden aus sonstigen Gründen Verantwortung tragen (Deutscher Bundestag 2014b: 10). Unter dem Begriff „Flüchtlinge“ werden gemäß Richtlinie 2004/83/EG des Rates der Europäischen Union Personen gefasst, denen aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen Aufenthalt gewährt wird. Andere Begriffsbestimmungen, so bspw. bei Aumüller/Daphi/Biesenkamp (2015: 13), verstehen unter Flüchtlingen „Menschen, die als asylsuchend nach Deutschland gekommen sind und bislang keinen geregelten Aufenthaltsstatus in Form eines Aufenthaltstitels erlangt haben“. In diesem Beitrag werden vereinfacht die baugesetzlich determinierten Begriffe „Flüchtlinge“ und „Asylbegehrende“ genutzt, die Begriffe sind baugesetzlich jedoch nicht definiert. Stüer bezieht sich bei der Differenzierung zwischen beiden Begrifflichkeiten auf den rechtlichen Status. „Ein Flüchtling oder ein Asylbewerber muss sich bei einer staatlichen Stelle als solcher zu erkennen geben. Hierdurch wird der Status zunächst begründet. Es wird dann über die Asylberechtigung nach Art. 16a I GG oder die Flüchtlingseigenschaft nach Art. 1a Nr. 2 der Genfer Flüchtlingskonvention entschieden“ (Stüer 2015: Rn. 170).

2 Herausforderungen der Fluchtmigration für die Stadtplanung

Die Schätzungen über die Anzahl der Flüchtlinge für das Jahr 2015 gehen von mehr als einer Million Menschen aus, die im Jahr 2015 Zuflucht in Deutschland suchten (BT-Drs. 18/6185, 37). Im Jahr 2015 erreichte die Zahl der gestellten Asylanträge – nach mehreren Jahren kontinuierlicher Zunahme (vgl. Abb. 1) – einen neuen Höchststand. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge registrierte 476.649 Asylanträge für das Jahr 2015, davon 441.899 Erstanträge. Von Januar bis Mai 2016 wurden 309.785 Asylanträge insgesamt und 302.209 Erstanträge verzeichnet. Im selben Zeitraum waren 72,8% der Asylerstantragsteller jünger als 30 Jahre. Zwei Drittel aller Erstanträge wurden von Männern gestellt (vgl. BAMF 2016b). Flüchtlinge aus den Herkunftsländern Syrien, Afghanistan und Irak waren in dieser Reihenfolge im Mai 2016 am stärksten vertreten (ebd.). Über die Auswirkungen der Schließung der Balkanroute und des Inkrafttretens des EU-Türkei-Abkommens vom März 2016 bestehen viele Spekulationen. Zwar ist die Zahl der ankommenden Flüchtlinge in Deutschland stark gesunken, doch begeben sich Menschen vor allem aus Syrien, Libyen und Nordafrika weiterhin auf die Flucht nach Europa.

Vor allem im Hinblick auf die Notwendigkeit der unmittelbaren Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen und Asylbegehrenden sind die Länder und Kommunen vor eine immense Herausforderung gestellt. „Verworrenheit und das Fehlen einer verlässlichen Perspektive der Entwicklung sind neben der hohen Anzahl von Flüchtlingen und Asylsuchenden zzt. Ursachen dafür, dass inzwischen in vielen Kommunen Gefühle der Überforderung und Ohnmacht anzutreffen sind“ (zur Nedden 2015: 2). Oft sehr kurzfristig mussten die Kommunen Unterbringungsmöglichkeiten in großer Zahl bereitstellen. Neben den originär dafür vorgesehenen Einrichtungen wurden allerorten Provisorien her- und eingerichtet: zuvor leer stehende öffentliche Gebäude, Turnhallen, Wohncontainer, Traglufthallen – die Liste ließe sich erweitern. Auch wenn viele Städte und Gemeinden eine dezentrale Unterbringung von Flüchtlingen in (Einzel-) Wohnungen grundsätzlich präferieren, ist in den meisten, zumal größeren Kommunen eine Unterbringung auch in Gemeinschaftsunterkünften angesichts der hohen Flüchtlingszahlen kaum zu vermeiden (vgl. Aumüller/Daphi/Biesenkamp 2015: 65).

Die Unterbringungsstandards und die Gestaltung der Lebensbedingungen von Flüchtlingen und Asylbegehrenden in Gemeinschaftsunterkünften sind für deutsche Verhältnisse (bisher) vergleichsweise wenig reglementiert, vor allem jenseits der reinen Verteilungsfrage dieser Personen auf die Gebietskörperschaften. Dies wurde in der Vergangenheit verschiedentlich scharf kritisiert: „Während es für Hühner – und generell die Tierhaltung gesetzliche Bestimmungen gibt über den Raum und die Umstände, die diesen Lebewesen zugemutet werden können, fehlen derartige, verbindliche bundesweite Bestimmungen für Asylsuchende“ (Heinhold 2015: 141). Standards, zum Beispiel in Bezug auf Mindestgrößen, Ausstattung oder verschiedene Unterbringungsformen, werden je nach Bundesland sehr unterschiedlich gehandhabt (vgl. Müller 2013; Wendel 2014; für Nordrhein-Westfalen: Flüchtlingsrat NRW 2013). Aufgrund der überwiegend kommunalen Zuständigkeiten „lassen sich über die konkreten Aufnahmesituationen, insbesondere was die Anzahl der Unterbringungseinrichtungen sowie deren Kapazitäten und Belegung anbelangt, nur exemplarische aber keine generalisierenden Aussagen treffen“ (Müller 2013: 11).

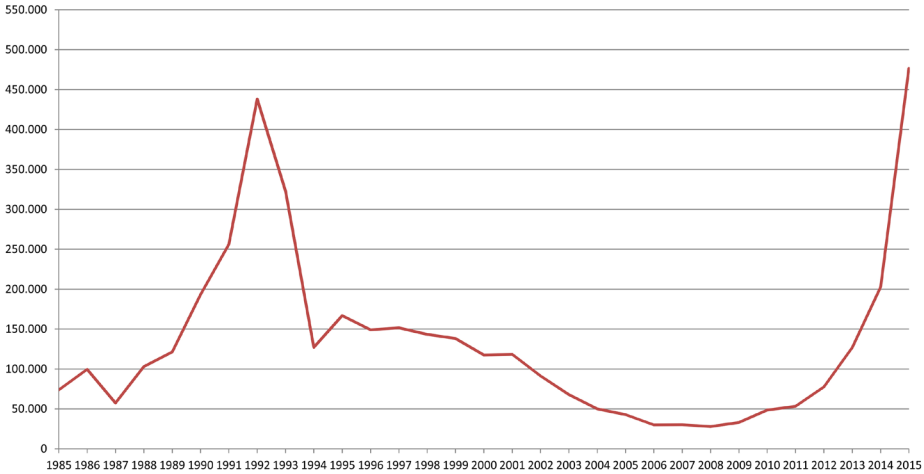


Abb. 1: Entwicklung der Asylantragszahlen von 1985 bis 2015 / Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage von BAMF 2016a: 3

Gleichzeitig stellt die planerische Bewältigung der Flüchtlingszuwanderung disziplinäre Selbstverständlichkeiten und etablierte Praktiken auf den Prüfstand. Dies äußert sich nicht zuletzt auch in den bauplanungsrechtlichen Änderungen zur Erleichterung der Flüchtlingsunterbringung, auf die weiter unten noch im Detail eingegangen wird. Aufgrund des Handlungsdrucks erscheint es vor Ort häufig notwendig, die Standortanforderungen für diese Unterkünfte zu senken. Da eine Grundstücksgröße von ca. 4.000 qm nötig sei, um ca. 80 bis 120 Menschen unterzubringen und Flächen in dieser Größenordnung in den Städten meist nur bedingt verfügbar seien, so Feldschnieders, „ist die Kommune darauf angewiesen, geeignete Flächen aus den ‚Problemzonen' der Stadt zu generieren" (Feldschnieders 2015: 65).

Die Situation in diesen Unterkünften ist für die Betroffenen mit Belastungen verbunden, nicht nur für traumatisierte Flüchtlinge: Kaum Privatsphäre, temporäre Unterbringung, ungewisse Zukunftsaussichten, teilweise schlechte Wohnbedingungen. In der Literatur zeigt sich zum Gesundheitszustand von Flüchtlingen und zum Einfluss der Unterbringung in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften kein einheitliches Bild: „Ein empirisch gestützter Gesamtüberblick über die körperliche und psychische Gesundheitssituation unterschiedlicher Flüchtlingsgruppen in Deutschland existiert nicht" (Johansson 2016: 77). Ärzte beklagen hierzulande die desolate Datenlage, die u.a. die gesundheitlichen Auswirkungen der mit dem unsicheren Aufenthaltsstatus verbundenen Lebensumstände nach der Flucht oder im Laufe des Asylverfahrens in Deutschland abbilden. „So bleiben mögliche gesundheitliche Folgen der hierzulande geltenden rechtlichen Regelungen der Unterbringung, des Zugangs zur Gesundheitsversorgung oder zum Arbeitsmarkt weitgehend unbekannt" (Razum/Bunte/Gilsdorf et al. 2016: 133).

Allerdings weisen Studien, die die subjektive Wahrnehmung des eigenen gesundheitlichen Zustands durch die Flüchtlinge thematisieren, auf verschiedene Krankheitsauslöser in der Selbsteinschätzung der Befragten hin, von denen einer besonders hervorgehoben wird: „Ein zentrales Problem stellen die Zustände in den Gemeinschaftsunterkünften dar" (Johansson 2016: 81). Dies bezieht sich u.a. auf die hygienischen Zustände, das ungewohnte Essen, fehlende Rückzugs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, aber auch darauf, dass „die Lebensbedingungen in den Aufnahme- bzw. Gemeinschaftsunterkünften häufig als ‚Lager', ‚Gefängnis' oder ‚Käfig' wahrgenommen" (ebd.: 82) werden. Bei der Diskussion über Folgen der Unterbringung in gemeinschaftlichen Unterkünften ist zusätzlich die Vorbelastung der Asylsuchenden infolge der anstrengenden, oft lebensgefährlichen Flucht zu berücksichtigen. Wie die Situation in den Flüchtlingsheimen vor diesem Hintergrund zu bewerten ist, dazu gibt es widerstreitende Positionen in der öffentlichen Debatte: Muss man gerade aus diesem Grund besonders behutsam mit der Gesundheit der Flüchtlinge umgehen – oder ist es auch angesichts des Handlungsdrucks zu rechtfertigen, dass die Lebensbedingungen nicht optimal, aber immerhin meist besser sind als in den zurückliegenden Wochen und Monaten vor der Ankunft in Deutschland? Aus planerischer Sicht ist mit dieser Diskussion auch die Frage verbunden, inwiefern Standards und auch Vorstellungen von gesunden Wohnbedingungen überdacht werden sollen bzw. dürfen.

3 Geschichtlicher Rückblick zum Verhältnis von städtischer Dichte und gesundheitlichen Bedingungen

Um diese Frage zu vertiefen ist es hilfreich, sich zunächst zu vergegenwärtigen, wie es zum heutigen Verständnis von gesunden Wohnbedingungen kam und wie die Begrenzung von gesundheitlichen Risiken planungsrechtlich verankert wurde. Immer schon hat die Veränderung von Bevölkerungszahlen unterschiedliche räumliche Entwicklungen ausgelöst. Vor allem mit der Zunahme der Bevölkerungsdichte gingen in der Vergangenheit vermehrt gesundheitliche Risiken einher. Seit dem Mittelalter bis zum 18. Jahrhundert waren es vor allem Krankheiten wie Pest und Typhus, deren Ausbreitung durch die dichte räumliche Konzentration von Menschen und Tieren begünstigt wurde. Auch Hungersnot und die Belagerung von Städten gefährdeten Leib und Leben ihrer Bewohnerinnen und Bewohner – eine Gefahr, die in vielen Städten der Industrienationen heute keine Rolle mehr spielt. Doch aktuelle Berichte über die Belagerung und Hungersnöte bspw. in syrischen Städten zeigen, dass dieser Zusammenhang zwischen Gesundheit und Stadt leider weltweit noch nicht der Vergangenheit angehört (Zeit Online 2016).

Die im 19. Jahrhundert einsetzende Großstadtkritik war eine Reaktion auf die miserablen großstädtischen Umweltbedingungen, wobei z.B. die Choleraepidemien zu den unmittelbaren gesundheitlichen Bedrohungen gehörten (siehe Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band). Aber auch die räumliche Verortung von sozialen und moralischen Ungleichheiten und die städtischen Belastungen wie Lärm und Gestank führten zu einer massiven Kritik an einer von den Menschen selbst geschaffenen qualitativ schlechten Umwelt (vgl. Babisch 2011). Die Einführung von Rechtsnormen sowie baulich-technischen Regeln und Vorkehrungen wurde notwendig, um vor allem stadttypische, gesundheitliche Risiken zu begrenzen.

Zur Bewältigung von Immissionskonflikten auf der bauleitplanerischen Ebene wurde schließlich 1974 der sog. Trennungsgrundsatz erlassen. Der in §50 BImSchG formulierte Trennungsgrundsatz fordert die räumliche Trennung schutzbedürftiger Nutzungen von emittierenden oder störanfälligen Nutzungen. Konkretisiert wurde der Trennungsgrundsatz u.a. in den Vorschriften zur Art der baulichen Nutzung auf Basis der Baunutzungsverordnung sowie in verschiedenen anderen bauleitplanerischen Regelungen. Regelungen wie z.B. die Verkehrslärmschutzverordnung (16. Verordnung des BImSchG) definieren unter anderem Immissionsgrenzwerte oder Richtwerte zum Schutz vor Umweltbelastungen (siehe auch Beiträge Lamker/Rüdiger und Fischer/Köck in diesem Band).

Auch rahmenpolitische Leitlinien bekräftigen die Berücksichtigung gesunder Lebensbedingungen in der Stadt. So besagt die Europäische Charta „Umwelt und Gesundheit" der Weltgesundheitsorganisation 1989: „Jeder Mensch hat Anspruch auf

> eine Umwelt, die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht,
> Informationen und Anhörung über die Lage der Umwelt sowie über Pläne, Entscheidungen und Maßnahmen, die voraussichtlich Auswirkungen auf Umwelt und Gesundheit haben,
> Teilnahme am Prozess der Entscheidungsfindung" (Weltgesundheitsorganisation Europa 1989: 2).

Die Leipzig-Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt fordert: „[Bei der Entwicklung von Nachhaltigkeitsstrategien] sind alle Dimensionen einer nachhaltigen Entwicklung gleichzeitig und gleichgewichtig zu berücksichtigen. Hierzu zählen wirtschaftliche Prosperität, sozialer Ausgleich und gesunde Umwelt. Gleichzeitig sind die kulturellen und gesundheitlichen Erfordernisse zu beachten" (IzR 2010: 315).

Dieser Kurzüberblick über die geschichtliche Entwicklung verdeutlicht den langen Weg, der zu den heutigen hohen Standards geführt hat, was den Umgang mit gesundheitlichen Risiken und die Steuerung von Umweltbedingungen in der räumlichen Planung betrifft. Doch was bedeutet dies für Standortfragen und Unterbringungsbedingungen in gemeinschaftlichen Unterkünften für Flüchtlinge und Asylbegehrende?

4 Bauplanungsrechtliche Bestimmungen für Flüchtlingsunterkünfte

Welche Standorte für Flüchtlingsunterkünfte generell in Frage kommen, wird auch dadurch beeinflusst, welche Art der Nutzung zugrunde gelegt wird. Für die Bestimmung der bauplanungsrechtlichen Zulässigkeit von Aufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften oder sonstigen Unterkünften für Flüchtlinge oder Asylbegehrende war jahrelang die Frage zur Art der Nutzung strittig. In Literatur und Rechtsprechung wurde und wird z.T. noch erörtert, ob es sich bei diesen Unterkünften um Wohnanlagen oder um Anlagen für soziale Zwecke oder um Beherbergungsbetriebe handeln könnte. Das Bundesverwaltungsgericht hat diese Frage bisher offen gelassen und in einem Beschuss 1997 ausgeführt, dass es dazu neige, Asylbewerberunterkünfte – wenn nicht schon als Wohnnutzung – zumindest als Einrichtungen für soziale Zwecke anzusehen (BVerfG, Urteil vom 04.06.1997, Az. 4 C 2/96, NVwZ 1998, 173). In einem Beschluss des Hamburger Oberverwaltungsgerichtes aus 2015 heißt es in einem der

Leitsätze: „Bei einer Einrichtung zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung von Flüchtlingen und Asylsuchenden handelt es sich aufgrund der fehlenden Eigengestaltung und Freiwilligkeit des Aufenthalts der Bewohner und Bewohnerinnen in der Einrichtung nicht um ‚Wohnen' i. S. des Bauplanungsrechts" (OVG Hamburg, Urteil vom 28.05.2015, 2 Bs 23/15, Beck online). Auch andere Gerichte schließen sich dieser Auffassung an. Die Kriterien, nach denen zu beurteilen sei, ob eine Wohnnutzung vorliege, seien eine auf Dauer angelegte Häuslichkeit, Eigengestaltung der Haushaltsführung und des häuslichen Wirkungskreises sowie Freiwilligkeit des Aufenthalts.

Ab welchem Zeitraum ein dauerhafter Zustand erreicht ist und – zumindest von der zeitlichen Perspektive her – von Wohnen gesprochen werden kann, scheint auch in der Fachliteratur nicht abschließend geklärt. Doch wird bezüglich der an sich begrenzten Aufenthaltsdauer in Flüchtlingsunterkünften kritisch eingewandt, dass „ein Asylverfahren auch bei günstigem Verlauf die Dauer von einigen Monaten kaum unterschreiten könne, häufig tatsächlich diese Zeit aber deutlich überschritten werde. (...) Auch wenn ein Wohnen im engeren Sinne wegen der zeitlichen und inhaltlichen Verknüpfung der Unterbringung mit dem aus Sicht eines Asylbewerbers durch eine Behörde fremdbestimmten Asylverfahrens nicht vorliegt, so bestätigt schon ein Blick in mit persönlichen Dekorationsgegenständen, Bildern aus der Heimat, Läufern und Teppichen etc. im wahrsten Sinne des Wortes ‚wohnlich' eingerichtete Zimmer von Flüchtlingsheimbewohnern, dass ihre Unterkunft mehr ist als ein bloßer Aufenthaltsort, nämlich in der Tat ihr zeitweiliger Lebensmittelpunkt" (Langenfeld/Weisensee 2015: 134). Bezüglich Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften wird von einer zeitlich begrenzten Unterbringung ausgegangen. Doch der Versuch der Autorinnen dieses Beitrags, konkrete Angaben zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von Flüchtlingen in Gemeinschaftsunterkünften allgemein bzw. in NRW zu erhalten, erwies sich als schwierig. Dies ergab eine Recherche (datiert vom Februar 2016) u. a. beim Statistischen Bundesamt, dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, dem Deutschen Städtetag und der nordrhein-westfälischen Bezirksregierung Arnsberg. Nach Hinweisen in der Literatur kann sich der Aufenthalt offenbar über längere Zeiträume erstrecken: Wendel (2014: 10) erwähnt beispielsweise, dass die Aufenthaltsdauer in Gemeinschaftsunterkünften „oft mehrere Jahre umfasst", und auch Cremer (2014: 8) stellt fest, dass es „in der Realität (...) häufig vor(kommt), dass Menschen über Jahre hinweg dort verharren müssen". Dabei ist zu vermuten, dass eine rasch steigende Zahl von Flüchtlingen und Asylbegehrenden gerade zulasten der Gemeinschaftsunterkünfte geht.

Die Entscheidung, ob Flüchtlingsunterkünfte als Wohnanlagen oder Anlagen für soziale Zwecke eingeordnet werden, ist auch deswegen so relevant, weil Anlagen für soziale Zwecke zugunsten der Unterbringung von Flüchtlingen bspw. auch in Gewerbegebieten eingerichtet werden können. Im Allgemeinen gelten als Anlagen für soziale Zwecke solche Anlagen, die der sozialen Fürsorge und der öffentlichen Wohlfahrt dienen, also Nutzungen, die auf Hilfe, Unterstützung und Betreuung ausgerichtet sind, z. B. Einrichtungen zur Betreuung von Kindern oder Altenbegegnungsstätten. Nach geltendem Planungsrecht (§ 8 Baunutzungsverordnung) sind Anlagen für soziale Zwecke ausnahmsweise in Gewerbegebieten zulässig. Es ist anzunehmen, dass von dieser Ausnahmeregelung in Bezug auf die Errichtung von Betreuungsmöglichkeiten für

Menschen wenige Gemeinden Gebrauch machen. Vor allem Lärm- und Geruchsbelästigungen für die Nutzerinnen und Nutzer sind häufige Argumente davon abzusehen.

Mit dem Gesetz über Maßnahmen im Bauplanungsrecht zur Erleichterung der Unterbringung von Flüchtlingen, in Kraft getreten am 26.11.2014 (BGBl. 2014 I: 1748) und der „Flüchtlingsnovelle" 2015 (Art. 6 des Asylbeschleunigungsgesetzes) vom 24.10.2015 sind gesetzliche Regelungen im BauGB in Kraft getreten, die das Ziel der erleichterten Schaffung von Unterbringungen für Flüchtlinge oder Asylbegehrende verfolgen. Die Neuregelungen sehen sowohl dauerhafte Änderungen in §§ 1 und 31 BauGB vor als auch Regelungen in § 246 Abs. 8 bis 14 BauGB, die bis zum 31.12.2019 befristet gelten (vgl. Abbildung 2).

Die Initiative zur Schaffung eines Gesetzes zur bauplanungsrechtlichen Erleichterung der Unterbringung[1] von Flüchtlingen in 2014 ging vor allem von Hamburg aus. So ist auch der Problemstellung und Zielsetzung des Beschlusses des Bundesrats zum Gesetzesentwurf zu entnehmen, dass die Bereitstellung von Flüchtlingsunterkünften, „in Ballungszentren mit ohnehin angespanntem Wohnungsmarkt ein großes Problem dar(stellt)" (BR-Drs. 419/14).

Doch das ist nur die eine Seite der Medaille, schließlich gibt es viele Kommunen, die sich mit Schrumpfung oder zumindest Stagnation der Einwohnerzahlen konfrontiert sehen. Einzelne haben in der Vergangenheit tatsächlich auch mit der Forderung Schlagzeilen gemacht, dass sie mehr Flüchtlinge aufnehmen möchten. Flüchtlinge seien, so wird beispielsweise der Oberbürgermeister der Stadt Goslar zitiert, „eine Chance für Regionen mit sinkenden Einwohnerzahlen und keine Belastung" (Exner 2015). Folgerichtig ist hier auch nicht wie andernorts die Rede vom „Unterbringungsnotstand" (Wendel 2015: 58). Vielmehr wird angestrebt, dass „Städte und Landkreise mit zurückgehender Wohnbevölkerung (...) für die Flüchtlinge als Wohnort so attraktiv gemacht werden, dass diese möglichst nicht mehr nach ein, zwei Jahren abwandern" (Exner 2015). Offenkundig handelt es sich hier um eine ganz andere als die gängige Perspektive auf Flüchtlinge und Asylbegehrende – auch um eine andere Perspektive als diejenige, die zumindest einigen der erwähnten gesetzlichen Änderungen hinterlegt zu sein scheint.

Die nachfolgend diskutierten gesetzlichen Änderungen zur erleichterten Unterbringung von Flüchtlingen beziehen sich zunächst auf die *dauerhaft* ins BauGB eingefügten Änderungen des §1 und §31 BauGB. Im zweiten Teil werden die befristeten Regelungen des Gesetzes in den Fokus genommen, die den Unterbringungsmöglichkeiten in den verschiedenen bauplanungsrechtlichen Situationen (Genehmigung als Einzelvorhaben in Innen- oder Außenbereich; auf Basis von Bebauungsplänen mit unterschiedlichen Gebietsfestsetzungen) oder einer Gemeinde zugeordnet werden.

1 Der Begriff der Unterbringung in § 1 Abs. 6 Nr. 13 BauGB bezieht sich auf die planungsrechtliche Absicherung aller Arten ihrer Unterbringung und damit sowohl die Unterbringung in sog. Erstaufnahmeeinrichtungen als auch in Gemeinschaftseinrichtungen (vgl. Söfker 2015: BauGB § 1 Rn. 178d). Dieser Begriff der Unterbringung ist weit gefasst und umfasst sowohl die Unterbringung in Wohngebäuden, Beherbergungsbetrieben als auch in Anlagen für soziale Zwecke (ebd.).

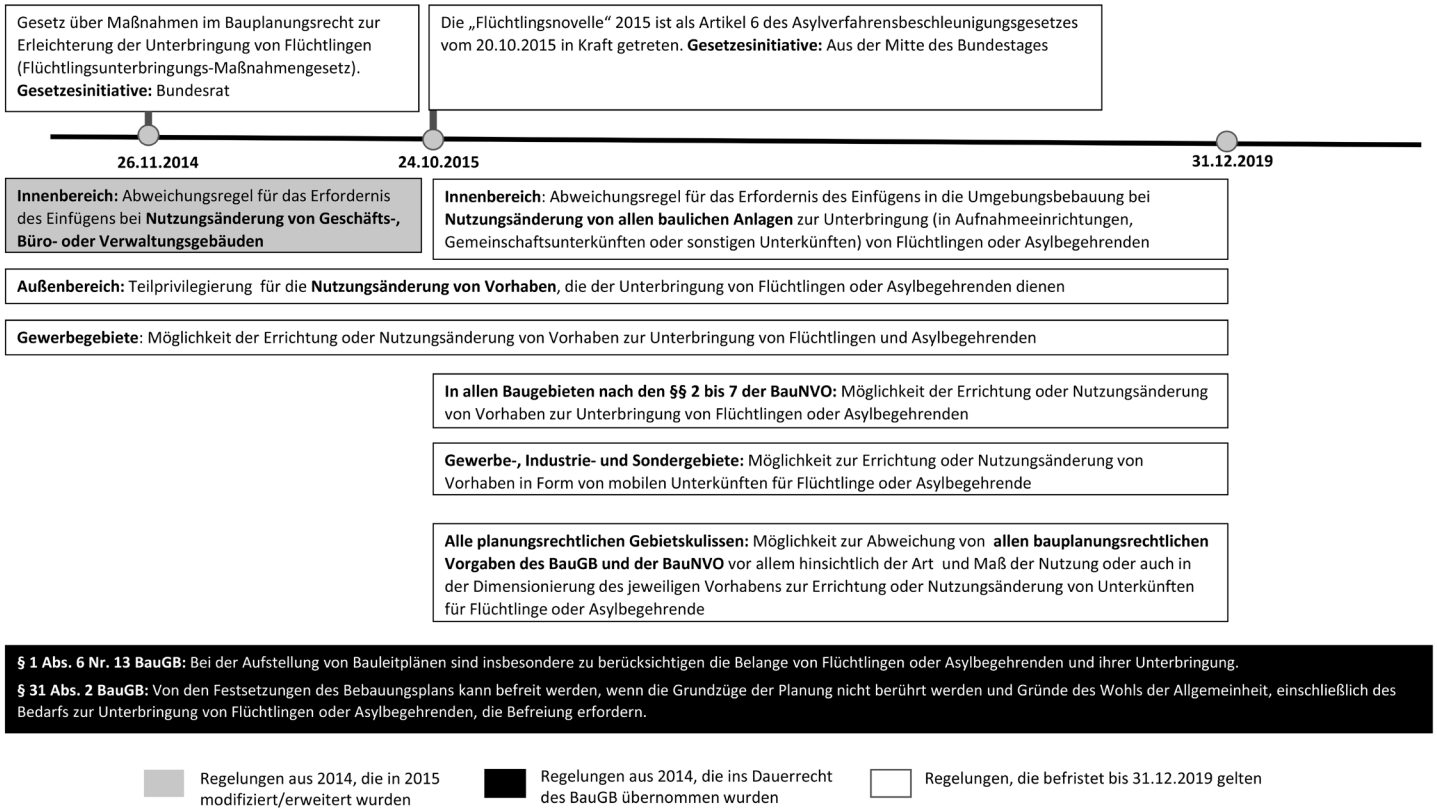


Abb. 2: Bauplanungsrechtliche Neuregelungen zur Unterbringungen von Flüchtlingen in verschiedenen Gebietskulissen/Quelle: eigene Darstellung

Die 2014 ins *Dauerrecht* aufgenommenen Regelungen betreffen zum einen die Berücksichtigung der Belange von Flüchtlingen und Asylbegehrenden und ihrer Unterbringung als Planungsgrundsatz in §1 Abs. 6 Nr. 13 BauGB. Die Planungsgrundsätze des §1 Abs. 6 haben für die Beurteilung der Frage, ob ein Bebauungsplan i.S.d. §1 Abs. 3 BauGB erforderlich ist, eine besondere Bedeutung (Krautzberger 2015: 20). Darüber hinaus fordert das Berücksichtigungsgebot, dass die spezifischen Belange von Flüchtlingen und Asylbegehrenden in die Planung und insbesondere in die Abwägung eingestellt werden. Über die ohnehin allgemein schon zu beachtenden, vielfältigen nach §1 Abs. 6 zu berücksichtigenden Belange der Bevölkerung hinausgehend könnten das z.B. die Versorgung mit Nahrungsmitteln, soziale und behördliche Betreuung, medizinische Leistungen, Schul- und Weiterbildung, Maßnahmen zur Integration, Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr, Teilhabe am öffentlichen Leben o.*Ä*. sein. Viele dieser Aspekte haben auch eine große Bedeutung für die Eignung von Standorten für Unterbringungseinrichtungen (Söfker 2015: Rn. 178d). Auf der anderen Seite könnten die Ziele von Integration und Teilhabe von Flüchtlingen auch der Schaffung von unangemessenen Unterbringungsmöglichkeiten entgegenstehen (Krautzberger 2015: 20).

Die zweite dauerhafte Änderung des Baugesetzbuches betrifft die Änderung des §31 Abs. 2 Nr. 1 BauGB und hier den Tatbestand der Befreiung. Durch die Konkretisierung wird bestätigt, dass die Unterbringung von Flüchtlingen oder Asylbegehrenden ein Allgemeinwohlbelang ist, der die Erteilung einer Befreiung von den Festsetzungen eines Bebauungsplanes bei der Errichtung und Erweiterung oder Nutzungsänderung bestehender Anlagen zur Unterbringung von Flüchtlingen oder Asylbegehrenden rechtfertigen kann.

Es wird klargestellt, dass zum einen ein besonderes öffentliches Interesse an der Schaffung solcher Anlagen besteht; zum anderen liefert die Gesetzesänderung einen Anhaltspunkt für die Bewertung von öffentlichen Belangen im Rahmen widerstreitender nachbarlicher Interessen (Deutscher Bundestag 2014a).

Weitere bauplanungsrechtliche Erleichterungen zur Unterbringung von Flüchtlingen und Asylbegehrenden sind in §246 Abs. 8 bis 16 BauGB *befristet* bis zum 31. Dezember 2019 als *Sonderregelungen*[2] für Flüchtlingsunterkünfte aufgenommen worden. Dabei bezieht der Gesetzgeber alle Gebietskulissen (planungsrechtliche Situationen) einer Stadt mit ein:

> Im **unbeplanten Innenbereich** kann bei einer Nutzungsänderung[3] von allen baulichen Anlagen von dem Erfordernis des Einfügens in die Eigenart der näheren Umgebung abgewichen werden (§246 Abs. 8 BauGB). In der Gesetzesnovellierung 2014 galt diese Erleichterung nur für Geschäfts-, Büro- oder Verwaltungsgebäude.

> Im **Außenbereich** können Flüchtlingsunterkünfte als sonstiges Vorhaben zugelassen werden – allerdings u.a. nur, wenn das Vorhaben in unmittelbarem Zusam-

2 Fettdruck in den Absätzen stellt den räumlichen Gebietsbezug in den Vordergrund.

3 auch bei Erweiterung oder Erneuerung von baulichen Anlagen

menhang mit einer Bebauungsplan- oder Innenbereichsfläche innerhalb des Siedlungsbereichs erfolgen soll (§246 Abs. 9 BauGB).

> In **festgesetzten und faktischen Gewerbegebieten** kann von den Festsetzungen zugunsten der Unterbringung für Flüchtlinge und Asylbegehrende befreit werden, wenn **Anlagen für soziale Zwecke** generell oder ausnahmsweise zulässig sind oder zugelassen werden können (§246 Abs. 10 BauGB). Damit beschränkt der Gesetzgeber die Art der Unterbringung auf soziale Anlagen und nicht auf Wohnungen allgemein. Hiermit soll die häufig von der Rechtsprechung angenommene abstrakte Gebietsunverträglichkeit von Asylunterkünften in Gewerbegebieten überwunden werden (vgl. Hinweise der Fachkommission Städtebau 2015). So darf der konkrete Standort für die geplante Unterkunft nicht in solch einer Art und Weise durch Immissionen der umliegenden Gewerbebauten vorbelastet sein, dass keinerlei Anlage für soziale Zwecke errichtet werden darf. Wichtig sind in diesem Kontext allerdings nicht nur mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen der Bewohnerinnen und Bewohner durch die Verortung der Unterkünfte in Gewerbegebieten, sondern auch das Problem der segregierten Unterbringung in oft peripheren Lagen. Bezugnehmend auf Absatz 10 spricht Hartl von dem „politisch strittigste(n) Punkt, da hier ein Abschieben gegen den Ansatz der gesellschaftlichen Integration in ein nicht geeignetes Umfeld erleichtert wird“ (Hartl 2015: 48). Mit Blick auf die oben erwähnte Ergänzung in §1 Abs. 6 BauGB ist in diesem Zusammenhang auf die schwierige Entscheidung hinzuweisen, unter welchen Bedingungen die Unterbringung in Gewerbegebieten tatsächlich mit den Belangen von Flüchtlingen und Asylbegehrenden in Einklang zu bringen ist.

> **In festgesetzten und faktischen Baugebieten nach §§2–7 BauNVO** (nicht in Industriegebieten), in denen **Anlagen für soziale Zwecke** als Ausnahme zugelassen werden können (§246 Abs. 11 BauGB), sollen Unterkünfte für Flüchtlinge und Asylbegehrende in der Regel allgemein zugelassen werden. Der Wortlaut „in der Regel“ bedeutet, dass nicht unter allen Umständen Ausnahmen zugelassen werden müssen. So sehen Battis et al. besondere Gründe, eine solche Ausnahme doch nicht zuzulassen, in der Häufung der Anlagen oder in dem Vorhandensein einer für die Unterkunft nicht mehr hinnehmbaren Immissionsbelastung, z.B. durch stark befahrene Straßen oder Eisenbahntrassen, möglicherweise durch eine Belastung von stark frequentierten Kerngebieten mit zahlreichen Vergnügungsstätten oder Ähnlichem (Battis/Mitschang/Reidt 2015: 1636).

> Von den Festsetzungen eines Bebauungsplans kann unter Würdigung nachbarlicher Interessen zugunsten der Errichtung **mobiler Unterkünfte** für Flüchtlinge oder Asylbegehrende oder zur **Nutzungsänderung** zulässigerweise errichteter **baulicher Anlagen in Gewerbe- und Industriegebieten sowie in Sondergebieten** befreit werden (§246 Abs. 12 BauGB). Battis/Mitschang/Reidt (2015) weisen darauf hin, dass die Befreiung auch mit öffentlichen Belangen vereinbar sein muss. Zur Beurteilung der Frage bspw., welcher Geruchs- oder Lärmbelästigung das Vorhaben ausgesetzt ist, sollte stärker als bislang eine einzelfallbezogene Betrachtung erfolgen. Wenngleich die Unterbringung temporär ist, ist vor allem die bestehende Lärmsituation geeignet, die Belange der gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnisse bzw. den Belang der Unterbringung von Flüchtlingen zu beeinträchtigen.

Lärmbelastungen können eine Reihe von nachteiligen Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Gesundheit haben. Es ist lärmmedizinisch belegt, dass Pegelunterschiede auch kleiner 3 dB(A) vom Menschen wahrgenommen werden können und Lärm ein Stressfaktor ist, vor allem in den Nachtstunden. Störung von Schlaf, Konzentration, Aktivitäten und Kommunikation in Verbindung mit physiologischen Stressreaktionen können die Folge sein. Hierbei weisen Menschen mit entsprechenden Vorerkrankungen oder traumatischen Belastungssituationen eine höhere Vulnerabilität auf (vgl. Hartmann 2014; zur Differenzierung des Vulnerabilitätsbegriffs siehe Beitrag Bolte in diesem Band).

Für die Errichtung mobiler Unterkünfte gilt eine Rückbauverpflichtung für die neu veranlassten Baumaßnahmen. Die Errichtung von mobilen Unterkünften und auch die Inanspruchnahme bereits bestehender baulicher Anlagen (vorstellbar sind Lager- oder Veranstaltungshallen, Messegebäude u. Ä.) sind mit dieser Regelung nun auch in Industrie- und Sondergebieten möglich. Auch setzt die Befreiung nach dieser Regelung nicht mehr voraus, dass die Grundzüge der Planung nicht berührt werden. Weiterhin ist die Befreiungsmöglichkeit nicht nur auf die Art der Nutzung beschränkt. Möglich sind auch Befreiungen hinsichtlich des Maßes der baulichen Nutzung oder auch der überbaubaren Grundstücksfläche.

In Bezug auf die Befreiung von der Nutzungsart ist die Errichtung mobiler Unterkünfte auf Gemeinbedarfsflächen, Parkplätzen, Veranstaltungs- oder Sportflächen oder auf öffentlichen Grünflächen denkbar (vgl. BT-Drs. 18/6185. 74).

> Schließlich ist mit **§246 Abs. 14 BauGB** eine Art „Auffang- oder Generalklausel" eingeführt worden – von Bunzel (2015: 9) auch als „'Superbefreiung' als letzter Ausweg" bezeichnet. Soweit die zeitlich befristeten Sonderregelungen und die sonstigen Vorschriften des BauGB nicht ausreichen, um den Unterbringungsbedarf von Flüchtlingen und Asylbegehrenden zu decken, kann von **allen bauplanungsrechtlichen Vorgaben des BauGB und der BauNVO** abgewichen werden und zwar nicht nur hinsichtlich der Art der Nutzung, sondern vor allem auch in der Dimensionierung des jeweiligen Vorhabens (Battis/Mitschang/Reidt 2015: 1637). Hier wird gegenüber den vorgehenden Regelungen der Gebietsbezug nochmals erweitert und umfasst jetzt auch den Außenbereich in seiner Gänze. Der räumliche Umfang zur Prüfung von Standortalternativen ist nur auf das Gemeindegebiet beschränkt, auch unabhängig von der Trägerschaft der Unterbringung. Eine solche „Vorrangregelung" kennt das Baugesetzbuch bislang nur für Maßnahmen des Bundes und der Länder, wenn die besondere öffentliche Zweckbestimmung für bauliche Anlagen dies erfordert (§37 BauGB). Nach dem dort geregelten Verfahren, insbesondere auch hinsichtlich der Zuständigkeit in Form der höheren Verwaltungsbehörde, richtet sich der §246 Abs. 14 BauGB.

Wie **§246 Abs. 17 BauGB** noch explizit benennt, bezieht sich die Möglichkeit der Befristung bis zum 31. Dezember 2019 nicht auf die Geltungsdauer einer Genehmigung, sondern nur auf den Zeitraum, in dem von den erleichterten Vorschriften Gebrauch gemacht werden kann. Die in diesem Zeitraum erteilten Genehmigungen haben auch über den befristeten Zeitraum hinaus Bestand.

Der Anwendungsbereich sowohl der dauerhaften als auch der befristeten Regelungen bezieht sich auf die bauplanungsrechtliche Zulässigkeit sämtlicher Unterbringungsmöglichkeiten für Flüchtlinge und Asylbegehrende. Keine Regelungen sind für die allgemeine Wohnnutzung im Sinne eines Dauerwohnens geschaffen worden, da das Bauplanungsrecht keine Differenzierung zwischen Flüchtlingen und „sonstigen" Bewohnerinnen und Bewohnern kennt (Langenfeld/Weisensee 2015: 132). Auch zur Unterbringung der Unterkünfte im „klassischen" Außenbereich nach §35 BauGB hat der Gesetzgeber mit Ausnahme der „Generalklausel" des §246 Nr. 14 BauGB keine Aussage getroffen.

5 Reflexion der Fragen und Probleme der Flüchtlingsunterbringung

Bei der bisherigen Diskussion über die Flüchtlingsunterbringung und die damit zusammenhängenden gesetzlichen Erleichterungen – zumindest entsteht schnell der Eindruck – dominiert offenbar eine eher ausschnitthafte Perspektive auf die augenblickliche Situation und den aktuellen Handlungsbedarf. Notwendig ist es jedoch, die Debatte stärker als bisher in eine Leitvorstellung für längere Zeiträume einzubetten, mit Blick auf notwendige Konzepte für Nachnutzungen wie auch eine bessere Vorbereitung auf plötzlich eintretende neue Entwicklungen. Dies gilt umso mehr, wenn man die in den vergangenen Jahrzehnten wellenförmige Entwicklung der Fluchtmigration mit rapiden Zuwächsen, aber anschließend auch wieder eintretenden Rückgängen in die Zukunft fortschreibt.

Bisherige Standards der gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnisse

Zu diskutieren wäre darüber hinaus, was die aktuelle De-Regulierung langfristig für das Planungsverständnis bedeutet. Wird die bisherige Auffassung von gesunden Wohn-, Arbeits- und Lebensverhältnissen schrittweise revidiert bzw. werden bestimmte Gruppen davon ausgenommen? So stellt Pätzold (2015) bereits fest, dass vor allem „die Forderung nach Absenkung von Baustandards eine breite Resonanz – bei den Wohnungsverbänden, der Bauwirtschaft, politischen Parteien etc." findet und „häufig der Eindruck [entsteht], dass in den zurückliegenden Jahren oder Jahrzehnten sukzessive ‚luxuriöse' Baustandards eingeführt wurden, die nicht unschuldig am aktuellen Mangel an bezahlbaren Wohnungen sind" (Pätzold 2015: 7). Die Fluchtmigration hat mit ihren räumlichen Konsequenzen eine Dimension erreicht, die auch die bisherigen Standards zur Standortansiedlung von Unterbringungseinrichtungen, zur Steuerung der räumlichen Entwicklung insgesamt und zur Bewertung unterschiedlicher Belange auf den Prüfstand stellt. Dies gilt insbesondere durch die zahlreichen und nahezu alle Teile des Gemeindegebiets betreffenden Möglichkeiten der Erteilung von bauplanungsrechtlichen Genehmigungen zur Errichtung von Unterbringungseinrichtungen. Weder aus städtebaulichen Leitvorstellungen (Gebot der Innenentwicklung, Schutz des Außenbereiches etc.) noch aus immissionsschutzrechtlicher Begründung werden Tabuflächen bestimmt, ggf. nur durch Beurteilung der Einzelsituation. Hier ist jedoch fraglich, wieviel Zeit einer fundierten Beurteilung (bspw. durch Immissionsgutachten) angesichts des immensen Drucks auf die Gemeinden durch täglich neu ankommende Flüchtlinge beigemessen werden kann. In dem Umfang der heutigen bauplanungsrechtlichen Regelungen hat bislang keine gesetzliche Änderung der Vergangenheit die Logik der Gebietstypen der Baunutzungsverordnung zur Umset-

zung des immissionsschutzrechtlichen Trennungsgrundsatzes durchbrochen. Dies mag für die Zukunft im Hinblick auf die Gewährleistung von gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnissen geänderte Maßstäbe generieren. Die schützenswerten Belange von Flüchtlingen und Asylbegehrenden bedürfen im Rahmen der Abwägung einer besonderen Beachtung. Viele Flüchtlinge leiden unter psychischen Störungen und Erkrankungen, geriatrische Krankheitsbilder sind meist schon im Alter von 50 Jahren zu finden. Notwendige Maßnahmen, die der Versorgung der Personen in den Bereichen Betreuung, medizinische Versorgung, Schul- und Weiterbildung, Maßnahmen zur Integration, Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr, Teilhabe am öffentlichen Leben dienen, können die infrastrukturelle Ausstattung des Unterbringungsumfelds in konkreten Planungssituationen mitbestimmen (vgl. Söfker 2015: BauGB § 1 Rn. 178d).

Bestandsschutz heutiger Regelungen

Ein Problem, das sich in Zukunft stellen wird, ergibt sich aus dem Bestandsschutz der erteilten Genehmigungen, die nicht an die Befristung des Gesetzes gebunden sind. Ggf. werden Tatbestandsvoraussetzungen geschaffen, die z. B. die Umgebungsbebauung, auch für spätere Bauvorhaben, bilden. Damit stehen möglicherweise Großteile von Flächen auch dauerhaft für ihren ursprünglich vorgesehenen Nutzungszweck nicht mehr zur Verfügung. So können Gemeinden z. B. mobile Unterkünfte auch auf Sport- oder in Grünflächen errichten. Diese Flächen sind damit angrenzenden Bewohnerinnen und Bewohnern als Erholungs- oder Bewegungsfläche entzogen. Frühzeitig sollten spätere (Um-)Nutzungsmöglichkeiten mitgedacht werden, wenn Einrichtungen für Flüchtlingsunterkünfte geschaffen werden.

Insgesamt ist die Frage von Nutzungskonflikten und -konkurrenzen aufgrund der vielfältigen bauplanungsrechtlichen Ausnahmen und Befreiungsmöglichkeiten abschließend längst noch nicht gelöst. Über den Aspekt hinausgehend, wie die gesetzlichen Änderungen im konkreten Fall auszulegen sind, ist zu berücksichtigen, dass die Unterbringungsthematik in eine sehr schwankungsanfällige gesellschaftliche Debatte eingebettet ist – von ehrenamtlichem Engagement und sogenannter „Willkommenskultur" bis hin zur Angst vor Überforderung und „Überfremdung". Gerade die Standortfrage der Unterbringung von Flüchtlingen löst vielerorts eine Diskussion über befürchtete Nachbarschaftskonflikte aus, die auch die Verwaltungsgerichte beschäftigen. Hierbei klagen Alteinwohnerinnen und Alteinwohner von reinen Wohngebieten genauso wie Unternehmerinnen und Unternehmer in Gewerbegebieten. Mit dem Hamburger Villenviertel Harvestehude ging im September 2015 ein fast zweijähriger Streit zwischen Anwohnern und Anwohnerinnen und Bezirksverwaltung zu Ende. Im Januar 2015 bestätigte das Oberverwaltungsgericht den Klägerinnen und Klägern, dass 220 Flüchtlinge zu viel für ein reines Wohngebiet seien. Im September 2015 einigte man sich auf 190 Flüchtlinge, die seit Januar 2016 nun im ehemaligen Kreiswehrersatzamt in der Sophienterrasse eingezogen sind. Langenfeld und Weisensee weisen eben genau auf die Abwehrhaltung der Alteinwohnerinnen und Alteinwohner hin: „[Es] besteht die Gefahr, dass die Akzeptanz für derartige Einrichtungen deshalb sinkt, weil sich Nachbarn nunmehr veranlasst sehen könnten, darauf zu drängen, die Flüchtlinge in Gewerbegebiete oder andere Orte ‚auszulagern', da das Baurecht nun die entsprechenden Möglichkeiten bereithält" (Langenfeld/Weisensee 2015: 137).

Im Januar 2016 klagten mehrere Gewerbetreibende gegen die Baugenehmigung für eine Gemeinschaftsunterkunft mit Platz für insgesamt 90 Personen. Sie führten an, dass die Einstufung des Bauvorhabens als Anlage für soziale Zwecke rechtswidrig sei, weil das Wohnheim mehr als nur eine unbeachtlich kurze Zeitspanne – nämlich für die Dauer des Asylverfahrens – Lebensmittelpunkt der einzelnen Asylbewerberinnen und Asylbewerber sei und damit wohnähnlichen Charakter aufweise. Darüber hinaus seien die Belange der Flüchtlinge insofern nicht berücksichtigt worden, als sie sich nicht in unmittelbarer Nähe zu ihrer Unterbringung selbst versorgen könnten und auch der Anschluss an den Öffentlichen Personennahverkehr unzureichend sei. Das Verwaltungsgericht Karlsruhe hat in seinem Urteil vom 12.02.2016 die Klage abgewiesen. In der wesentlichen Begründung führte das Gericht an, dass seit Inkrafttretens von §246 Abs. 10 Satz 1 BauGB Gewerbetreibende sich als Nachbarn einer Flüchtlingsunterkunft nicht mehr auf die abstrakte Gebietsunverträglichkeit wohnähnlicher Nutzungen im Gewerbegebiet berufen können (VG Karlsruhe, Urteil vom 12.02.2016, 6 K 121/16, BeckRS 2016, 42337).

Es ist anzunehmen, dass viele dieser Klagen in unterschiedlichen Gebietskulissen folgen werden. Das Instrument der Ausnahmen und Befreiung von den Festsetzungen des Bebauungsplans ist eine Angelegenheit zwischen Bauantragsteller bzw. Bauantragstellerin sowie der Behörde und damit kein Planungsprozess, bei dem eine Öffentlichkeitsbeteiligung stattfindet oder stattfinden muss. Dennoch gehört die Unterbringung von Flüchtlingen oder Asylbegehrenden zu den Belangen des Allgemeinwohls, die, wie oben skizziert, ein nur schwer zu objektivierender Belang ist.

Städtische Strategien zur Steuerung der Flüchtlingsunterbringung

Gerade im Hinblick auf mögliche gesundheitsbezogene Nutzungskonflikte und auch Nutzungskonkurrenzen und die Tatsache, dass erteilte Baugenehmigungen unbefristet sind, muss auch bei einem hohen Druck die städtebauliche Steuerungsfähigkeit gewahrt und die Gefahr städtebaulicher Fehlentwicklungen berücksichtigt werden. Sowohl die Dimension der Unterbringung als auch parallel bestehende kommunale Herausforderungen in Bezug auf den demografischen Wandel (z.B. Umgang mit sozialer und gesundheitsbezogener Infrastruktur) oder der Bedarf an bezahlbarem Wohnraum in vielen Kommunen erfordern die Einbettung der Unterbringungsfrage in eine gesamtstädtische Strategie. Auch die Entscheidung der dezentralen oder zentralen Verteilung von Flüchtlingen muss u.a. vor dem Hintergrund der Integrationsmöglichkeiten und der bestehenden sozialräumlichen Einbindung, aber auch in Bezug auf die Aspekte städtebauliche Dichte, Nutzungsverträglichkeiten, gesunde Umweltbedingungen und Erreichbarkeiten von Infrastrukturen unter Berücksichtigung des zeitlichen Kontextes (mittel- bis langfristige Strategien) entschieden werden.

Autorinnen

Dr.-Ing. Katrin Gliemann (**1967*), *Raumplanerin, wissenschaftliche Angestellte des Fachgebietes International Planning Studies der Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund. Neben anderen Themen liegt ein Forschungsschwerpunkt auf dem Zusammenhang von Migration und Stadtentwicklung im nationalen und interna-*

tionalen Kontext, aktuell vor allem bezogen auf die Unterbringung und Integration von Flüchtlingen.

Dr.-Ing. Andrea Rüdiger *(*1966), Stadtplanerin und Diplom-Verwaltungswirtin, wissenschaftliche Angestellte des Fachgebietes Stadt- und Regionalplanung, Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund. Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der klimagerechten Stadtentwicklung, der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung und -planung sowie in der Analyse des Einflusses der Stadtgröße auf das planerische Handeln. Geschäftsführerin des Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.*

Literatur

Alicke, T. (2013): Inklusion – Hintergründe eines neuen Blickwinkels. In: Migration und Soziale Arbeit 2013 (3), 243-248.

Aumüller, J.; Daphi, P.; Biesenkamp, C. (2015): Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen: Behördliche Praxis und zivilgesellschaftliches Engagement. Stuttgart.

Babisch, W. (2011): Quantifizierung des Einflusses von Lärm auf Lebensqualität und Gesundheit. In: Umwelt und Mensch – Informationsdienst, 2011(1), 28-36.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016a): Aktuelle Zahlen zu Asyl: Ausgabe: Dezember 2015.
https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile (18.01.2016).

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016b): Aktuelle Zahlen zu Asyl: Ausgabe: Mai 2016
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-mai-2016.pdf?__blob=publicationFile (13.05.2016).

Battis, U.; Mitschang, S.; Reidt, O. (2015): Das Flüchtlingsunterbringungs-Maßnahmengesetz 2015. In: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 34 (23), 1633-1639.

Brandmaier, M. (2013). »Ich hatte hier nie festen Boden unter den Füßen«: Traumatisierte Flüchtlinge im Exil. In: Feldmann, Jr., R. E.; Seidler, G. H. (Hrsg.): Traum(a) Migration: Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer. Gießen, 15-34.

Bunzel, A. (2015): Erleichtertes Baurecht für Flüchtlingsunterkünfte. In: Difu-Berichte 2015 (4, Special), 8-9.

Cremer, H. (2014): Menschenrechtliche Verpflichtungen bei der Unterbringung von Flüchtlingen: Empfehlungen an die Länder, Kommunen und den Bund. Berlin.

Deutscher Bundestag (2014a): Stellungnahme der Bundesregierung zum Gesetzentwurf des Bundesrates „Entwurf eines Gesetzes über Maßnahmen im Bauplanungsrecht zur Erleichterung der Unterbringung von Flüchtlingen" – Drucksache 18/2752 vom 08.10.2014.
http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/027/1802752.pdf (12.02.2016).

Deutscher Bundestag (2014b): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (16. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates – Drucksache 18/3070 vom 05.11.2014.
http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/030/1803070.pdf (10.02.2016).

Deutscher Bundestag (2015): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD – Entwurf eines Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes – Drucksache 18/6185 vom 29.09.2015.
http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/061/1806185.pdf (10.02.2016).

Deutscher Städtetag (Hrsg.) (2016): Deutscher Städtetag veröffentlicht Positionspapier zur Flüchtlingspolitik: Zuwanderung steuern und reduzieren – Kommunen nicht überfordern – Integrationsmaßnahmen ausweiten.
http://www.staedtetag.de/presse/mitteilungen/076606/index.html (26.02.2016).

Exner, U. (2015): Schrumpfende Städte: Von Flüchtlingen profitieren – geht das wirklich?
http://www.welt.de/146214712 (12.02.2016).

Fachkommission Städtebau (Hrsg.) (2015): Hinweise zur bauplanungsrechtlichen Beurteilung von Standorten für Unterkünfte von Flüchtlingen und Asylbegehrenden in den verschiedenen Gebietskulissen (Stand 03.02.2015).

https://fm.rlp.de/fileadmin/fm/PDF-Datei/Bauen_und_Wohnen/Baurecht_und_Bautechnik/Bauvorschriften/Bauplanungsrecht/Planungshilfe1.pdf (10.03.2016).
Feldschnieders, S. (2015): Impressionen aus der Praxis. In: Friedrich, J.; Takasaki, S.; Haslinger, P.; Thiedmann, O.; Borchers, C. (Hrsg.): Refugees Welcome: Konzepte für eine menschenwürdige Architektur. Berlin, 64-69.
Flüchtlingsrat NRW e.V. (Hrsg.) (2013): Flüchtlingsunterkünfte in NRW: Ergebnisse einer Fragebogenerhebung des Flüchtlingsrats NRW. Bochum.
Gerhards, B. (2015): Flüchtlingsunterbringung: Leverkusener Stadtverwaltung arbeitet im Krisenmodus.
http://www.ksta.de/stadt-leverkusen/fluechtlingsunterbringung-leverkusener-stadtverwaltung-arbeitet-im-krisenmodus,15189132,32935098.html (26.02.2016).
Hartl, J. (2015): BauGB-Änderung: Flüchtlingsunterbringungs-Maßnahmengesetz. In: PlanerIn 2015 (4), 48.
Hartmann, M. (2014). Einfluss von Stress- und Risikofaktoren auf paranoide Symptome bei Personen mit unterschiedlicher Vulnerabilität. Hamburg.
Heinhold, H. (2015): Recht für Flüchtlinge: Ein Leitfaden durch das Asyl- und Ausländerrecht für die Praxis. Karlsruhe.
Informationen zur Raumentwicklung (2010): Leipzig Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt. Anhang. IzR 4.2010.
http://www.bbr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/IzR/2010/4/Inhalt/DL_LeipzigCharta.pdf; jsessionid=366ADFF03B3A3F8917EC879D435CCD51.live2052?__blob=publicationFile&v=2 (12.01.2016)
Johansson, S. (2016): Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen: Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland. Berlin.
Krautzberger, M. (2015): Das neue „Gesetz über Maßnahmen im Bauplanungsrecht zur Erleichterung der Unterbringung von Flüchtlingen"– BauGB-Novelle 2014 II. In: Umwelt- und Planungsrecht 2015 (1), 20.
Landschaftsverband Rheinland; UNO-Flüchtlingshilfe e.V.; SPKoM – Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (Hrsg.) (2010): Hilfen für psychisch kranke Flüchtlinge. Tagungsdokumentation der Kooperationsveranstaltung. Köln.
Langenfeld, C.; Weisensee; C. (2015): Flüchtlinge ins Gewerbegebiet. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 2015 (4), 132-138.
Müller, A. (2013): Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland: Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Nürnberg. = Working Paper der Forschungsgruppe des Bundesamtes 55.
Neubauer, M. (1995): Die Unterbringung und Wohnsituation von Flüchtlingen in der Bundesrepublik Deutschland. Köln.
Pätzold, R. (2015): Unterbringung von Flüchtlingen – Bauen, Bauen, Bauen! Aber wo, was und wie? In: Difu-Berichte 2015 (4, Special), 6-7.
Razum, O.; Bunte, A.; Gilsdorf, A.; Ziese, T.; Bozorgmehr, K. (2016): Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. In: Deutsches Ärzteblatt 2016, 113 (4): A130-A134.
Söfker, W. (2015): BauGB§ 1: Aufgabe, Begriff und Grundsätze der Bauleitplanung. In: Ernst, W.; Zinkahn, W.; Bielenberg, W.; Krautzberger, M. (Hrsg.): Baugesetzbuch Band 1: Kommentar. Ergänzungslieferung August 2015. München, Rn. 1-258.
Spallek, J.; Razum, O. (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, U.; Bittlingmayer, U. H.; Richter, M. (Hrsg.): Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, 271-290. = Gesundheit und Gesellschaft.
Stüer, B. (2015): Handbuch des Bau- und Fachplanungsrechts: Planung – Genehmigung – Rechtsschutz. München.
Weltgesundheitsorganisation Europa (1989): Europäische Charta zu Umwelt und Gesundheit, 1989.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/136252/ICP_RUD_113_ger.pdf (10.02.2016).
Wendel, K. (2014): Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland: Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Frankfurt am Main.
Wendel, K. (2015): Von der Architektur der Abschreckung zum Wohnen als Grundrecht. In: Friedrich, J.; Takasaki, S.; Haslinger, P.; Thiedmann, O.; Borchers, C. (Hrsg.): Refugees Welcome: Konzepte für eine menschenwürdige Architektur. Berlin, 56-63.
Zeit Online; dpa Deutsche Presseagentur (Hrsg.) (2016): Zehntausende hungern in Madaja.
http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2016-01/syrien-hungersnot-madaja-buergerkrieg-hunger (06.06.2016).
zur Nedden, M. (2015): Die Situation ist da! In: Difu-Berichte 2015 (4, Special), 2.

Martin Knöll

MOBILE PARTIZIPATION IN DER GESUNDHEITS-FÖRDERNDEN STADTGESTALTUNG – ZWEI FALLBEISPIELE ZU DATENERFASSUNG UND INTERAKTION IM STADTRAUM

Gliederung

1 Hintergrund
1.1 Gesundheitsfördernde Stadtgestaltung
1.2 Evidence-Based Design
1.3 Mobile Partizipation
2 Fragestellung und Methode
2.1 Fragen
2.2 Methode
3 Fallbeispiele
3.1 MoMe – Mobile Datenerfassung zur Bewertung von Aufenthaltsqualitäten
3.2 „Stadtflucht" – Location-Based Game zur gesundheitsfördernden Stadtgestaltung
4 Vergleichende Betrachtung
4.1 Potenziale
4.2 Herausforderungen
5 Fazit und Ausblick
Literatur

Kurzfassung
Dieser Beitrag stellt den Einsatz digitaler Werkzeuge in der gesundheitsfördernden Stadtgestaltung vor. Der Fokus liegt auf der Frage nach der Bedeutung von mobilen Applikationen in verschiedenen Planungsphasen und deren Potenzial, Beteiligung in der gesundheitsfördernden Stadtgestaltung zu fördern und neue Nutzergruppen zu adressieren. Es werden zwei Fallbeispiele vorgestellt, in denen Nutzerinnen und Nutzer mobil Aufenthaltsqualitäten in Freiräumen bewerten und zum anderen durch ein Location-Based Game gesundheitsfördernde Elemente der Stadtgestaltung kennenlernen. Der Artikel verdeutlicht die Potenziale in der kollektiven Erfassung georeferenzierter Daten zur Bestandsaufnahme von öffentlichen Räumen und reflektiert darüber, wie die spielerische Interaktion im Stadtraum mögliche positive Effekte der gebauten Umwelt auf die Gesundheit vermittelt. Der Artikel schließt mit dem Hinweis auf die Herausforderungen, nutzer- und ortspezifische Lösungen zu entwickeln und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Planern, Umweltpsychologen und Informatikern zu etablieren.

Schlüsselwörter
Stadtgestaltung – Gesundheitsförderung – Beteiligungsförderung – Mobile Partizipation – Location-Based Games

Mobile participation in urban design and health – Two case studies on data collection and interaction in urban spaces

Abstract
This article discusses the potential of mobile applications to augment planning processes in urban design and health. Specifically, it addresses how digital tools can enrich co-design and may help to raise awareness in new target groups. To this end, the paper presents two case studies in more detail: a) a mobile application, which allows users to rate amenities and spatial qualities in open spaces and b) a location-based game to learn about healthy places. First, the article emphasises the potentials of mobile applications in collective data capture, as they produce georeferenced, detailed and subjective contributions. Second, it speculates how interaction with the built environment in situ, using mobile technology, may be used to make positive effects of healthy places more tangible for participants. The article concludes by outlining the challenges in the development of context-specific solutions, which requires interdisciplinary collaboration between architects, environmental psychologists and experts from computer science.

Keywords
Urban design – open spaces – health – co-design – mobile applications – location-based games

1 Hintergrund

In Prozessen der gesundheitsfördernden Planung besteht die Notwendigkeit, viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unterschiedlichem fachlichen Hintergrund auf den gleichen Wissensstand zu bringen. Eine wesentliche Herausforderung besteht darin, Nutzerinnen und Nutzer in die Lage zu versetzen, die komplizierten Zusammenhänge zwischen Stadtgestaltung und alltäglicher Bewegung besser zu verstehen. Damit verbunden ist das Ziel, die eigenen Bedürfnisse und Anforderungen an den Stadtraum besser artikulieren und lokales Wissen einbringen zu können. Eine neue Generation digitaler Werkzeuge, wie nutzerfreundlichere Geoinformationssystem-Anwendungen (GIS-Anwendungen), mobile Applikationen und Location-Based Games (LBGs) zeigen erste Potenziale, die Beteiligung an gesundheitsfördernden Planungsprozessen zu fördern. Sie eröffnen die Perspektive, Stadtgestaltung mit georeferenzierten Daten zu unterstützen und Bürgerinnen und Bürger für die Wahrnehmung von positiven Effekten und Problemstellungen zu sensibilisieren. Bisher gibt es wenige Erkenntnisse dazu, welche Bedeutung digitale Werkzeuge für die Forschung einnehmen und wie sie in Zukunft stärker in die Praxis einbezogen werden können.

1.1 Gesundheitsfördernde Stadtgestaltung

Die Gestaltung von Stadträumen – Straßen, Gehwegen, Parks, Plätzen – hat einen großen Einfluss auf die soziale Interaktion, das Maß und die Qualität von körperlicher Bewegung („Walkability"), Inklusion und Erholungsmöglichkeiten. In den letzten Jahren erlebt die Stadtgestaltung eine erhöhte Aufmerksamkeit, beispielsweise durch

den nutzerzentrierten Ansatz des Kopenhagener Architekten Jan Gehl, der in seinen Publikationen und umgesetzten Projekten das Potenzial öffentlicher Plätze für die Förderung nachhaltiger Mobilität und erhöhter Lebensqualität herausstellt (Gehl 2012). Im englischsprachigen Raum finden Studien zum Zusammenhang von gebauter Umwelt und körperlicher Aktivität seit Jahrzehnten große Beachtung (Frank/Engelke/Schmid 2003). Die erarbeiteten Grundlagen finden derzeit Anwendung in der Planungspraxis, zum Beispiel durch Gestaltungsrichtlinien für ein *Active Design* („bewegungsfördernde Stadtgestaltung") (City of New York 2010) und eine bessere *Sidewalk Experience* (Burden/Burney/Farley et al. 2013). Methoden zur Bewertung von *Walkability*, deutsch „Bewegungsfreundlichkeit" (Rottermann/Mielck 2014), oder ganz allgemein zum beobachtenden Studieren der Aufenthaltsaktivitäten in öffentlichen Räumen (Gehl/Svarre 2013) zeugen von einem erhöhten Interesse an nutzerzentrierten Methoden in der Stadtgestaltung. Für die Praxis in der „gesundheitsfördernden Stadtentwicklung" stellen Reimann, Böhme und Bär (2010) fest, dass es Defizite in der Beteiligung von repräsentativen Gruppen in Befragungs- und Analyseprozessen im Rahmen von Stadtteilreporten gibt (zu Partizipation siehe Beitrag Köckler/Quilling in diesem Band). Insbesondere würden die eingesetzten Werkzeuge wenig auf die Anforderungen bestimmter Zielgruppen, wie berufstätige Erwachsene, Migrantinnen und Migranten, Kinder und Jugendliche, eingehen. Darüber hinaus würden durch mangelnde Visualisierung die gewonnenen Erkenntnisse nur unzureichend unter den Beteiligten kommuniziert (Reimann/Böhme/Bär 2010). Es ist wichtig, auf die Notwendigkeit hinzuweisen, Bürgerinnen und Bürger für die Inhalte von gesundheitsfördernder Stadtgestaltung zu sensibilisieren sowie Planerinnen und Planer in die komplexen theoretischen Zusammenhänge und methodischen Grundlagen zur Erhebung von Daten einzuführen.

1.2 Evidence-Based Design

Das noch junge Feld des „Evidence-Based Design" betont die Möglichkeiten neuer digitaler Technologien, die Nutzerinnen und Nutzer in Planungsprozesse einzubeziehen. Erste Ansätze lassen sich insbesondere in datengestützten Konzepten und Entwürfen für Gesundheitsbauten finden (O'Brien 2014). Auf der anderen Seite erreichen partizipationsfördernde GIS-Anwendungen eine große Masse von Nutzerinnen und Nutzern und wurden erfolgreich in regionalen Planungsverfahren eingesetzt (Kahila-Tani/Broberg/Tyger 2015). Durch ein GIS-System, das webbasiert und jederzeit nutzbar ist, werden gerade Nutzergruppen wie Berufstätige und junge Erwachsene in großer Zahl erreicht. Trotz guter Bewertungen in Sachen Akzeptanz und Teilnahme stellen die Autoren fest, dass die Ergebnisse und die Methodik nur sehr zögerlich von den Planerinnen und Planern im Prozess angewendet werden. Sie erklären das unter anderem mit dem Mangel an theoretischen Modellen zur Einbeziehung, aber auch mit den mangelnden Daten, die sich direkt mit Planungsparametern auf stadträumlicher Ebene in Verbindung setzen lassen (Kahila-Tani/Broberg/Tyger 2015). An anderer Stelle weist Knöll (2014) darauf hin, dass das „Bewegungswissen" der Stadtgestaltung stets anhand von konkreten Orten und gemeinsam mit spezifischen Zielgruppen hinterfragt werden sollte. Bisher fehlen Konzepte und Fallbeispiele, wie die neuen digitalen Werkzeuge auch auf den Stadtraum, d.h. im kleinen Maßstab angewendet werden können.

1.3 Mobile Partizipation

Höffken (2015) beschreibt die neuen Möglichkeiten für Bürgerinnen und Bürger, sich in die Gestaltung ihrer Lebensumwelt einzumischen, als „Mobile Partizipation". Er versteht darunter „sämtliche Initiativen, Maßnahmen und Methoden, welche auf mobilen Endgeräten [...] erfolgen, um die Mitwirkung der Bürger und anderer Akteure an stadtplanerischen Prozessen zu erweitern" (Höffken 2015). In den Fallbeispielen, die Höffken (2015) untersucht, finden sich nur wenige gesundheitsbezogene Anwendungen. Die Ausnahmen bilden subjektive Datenerfassung von Puls und Wohlbefinden durch Biosensoren (Nold 2009) oder die kollektive Erfassung von Lärmbelastung durch eingebaute Mikrofone (Schweizer/Meurisch/Gedeon et al. 2012). In Bezug auf gesundheitsbezogene Planungen scheint der Einsatz von Mobiler Partizipation bisher kaum untersucht. Es klafft eine Lücke zwischen digitalen Werkzeugen wie GIS, die auf dem Maßstab des regionalen Masterplans schon funktionieren, und dem sich derzeit entwickelndem Interesse an datengestützter Gestaltung im Kontext von Gebäuden. In diesem Artikel soll angenommen werden, dass auch obengenannte Analysemethoden und Grundlagenkenntnisse gesundheitsfördernder Stadtgestaltung durch den Einsatz Mobiler Partizipation erweitert und spezifiziert werden können.

Diese Arbeitshypothese stützt sich auf erste Erkenntnisse, die in der Forschung und Entwicklung von mobilen Applikationen gewonnen wurden. Eine begleitende Studie zum Einsatz eines Location-Based Games (LBG) in Frankfurt am Main zeigt, dass man ein breites Altersspektrum adressieren kann und dabei nutzer- und altersspezifische Daten zur Wahrnehmung generiert werden können (Knöll 2016). An anderer Stelle berichteten Halblaub Miranda und Knöll (2016) über die Möglichkeiten, durch mobile Interaktion positive Effekte der Stadtgestaltung kennen zu lernen. Bisher fehlen Konzepte und Planungsmodelle, die es ermöglichen, Werkzeuge der Mobilen Partizipation in die Planungspraxis zu überführen. Dieser Artikel gibt einen ersten Überblick über die Bandbreite der digitalen Werkzeuge und deren Anwendungsmöglichkeiten an der Schnittstelle von Gesundheitsförderung und Stadtgestaltung.

2 Fragestellung und Methode

Dieser Artikel untersucht zwei Werkzeuge der Mobilen Partizipation, die in unmittelbar zugänglichen Freiräumen in Stadtquartieren eingesetzt wurden. Diese werden neben dem Arbeitsplatz und der Wohnung als ein entscheidendes „Setting" der Gesundheitsförderung angesehen, in dem die Menschen einen großen Teil ihrer Freizeit verbringen und deren Gestaltung einen großen Einfluss auf ihre Gesundheit hat (Sterdt/Walter 2012). Ausgewählt wurden zwei Fallbeispiele, die sich den Handlungsfeldern „Mobile Datenerfassung" und „Mobile Interaktion" mit der gebauten Umwelt zuordnen lassen (Höffken 2015). Beide Projekte sind im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation aus Architekten, Umweltpsychologen und Informatikern im Zeitraum von 2013 und 2015 entstanden (Knöll/Dutz/Hardy et al. 2014).

2.1 Fragen

1 Welche Bedeutung haben Werkzeuge der Mobilen Partizipation in der gesundheitsfördernden Stadtgestaltung?

2 Welche Potenziale bietet der Ansatz, um die Akzeptanz von Nutzerinnen und Nutzern an Beteiligungsprozessen zu erhöhen?

3 Was sind die Herausforderungen, um Werkzeuge der Mobilen Partizipation stärker in die Forschungs- und Planungspraxis einzubinden?

2.2 Methode

Zwei Berichte zu den Fallbeispielen führen jeweils in die Funktionsweise ein, erläutern das Anwendungsfeld und schließen mit einer Einschätzung zu deren Bedeutung in Planungsprozessen und zur Akzeptanz der Nutzer. Der Beitrag fokussiert die Nutzergruppe junger Erwachsener zwischen 19 und 29 Jahren.

Zur Einschätzung der Bedeutung der Werkzeuge in Planungsprozessen werden die sechs Phasen des „Placemakings" von Nan Ellin (2013) angewandt. Es wurde damit bewusst ein Modell gewählt, das es Bürgerinnen und Bürgern erleichtern soll, Projekte zu initiieren und deren Prozess bis zur Umsetzung selbst zu gestalten (Tabelle 1).

Bestands-Aufnahme	*Für sich selbst:* Wie nehme ich den Ort wahr (audiovisuell, olfaktorisch etc.)? Was sollte dort passieren? *Kollektiv:* Wie bewerten andere den Ort? Wie sollte sich dieser verändern? *Kontextuell:* Was sind wichtige historische, geologische, politische, ökonomische etc. Aspekte?
Synthese	Was sind Stärken? Wie kann ich mit anderen zusammenarbeiten, um diese auszubauen?
Konzeption	Was wollen wir hier und wie gehen wir vor?
Prototyp	Wie kann man das Konzept greifbar machen, um es zu testen und zu spezifizieren?
Kommunikation	Wie lässt sich das Konzept einem breiten Publikum vermitteln, um Verbesserungsvorschläge und Unterstützung zu bekommen?
Präsentieren	Welcher Partner eignet sich, um das Projekt umzusetzen und wie kann man die Initiative erfolgreich weitergeben?

Tab. 1: Phasen zur Entwicklung eines Stadtraumes / Quelle: eigene Darstellung nach Nan Ellin (2013), Übersetzung ins Deutsche durch den Autor

Um die Akzeptanz aus Nutzersicht abschätzen zu können, werden folgende Kriterien partizipatorischer Werkzeuge angewandt (Rowe/Frewer 2000) (Tabelle 2).

Repräsentanz	Teilnehmer bilden einen repräsentativen Ausschnitt der betroffenen Bevölkerung.
Unabhängigkeit	Prozess wird unabhängig und ergebnisoffen organisiert.
Frühe Beteiligung	Teilnehmer werden so früh wie möglich in den Prozess einbezogen, spätestens wenn es um Bewertungen geht.
Einfluss	Ergebnisse sollten einen wesentlichen Einfluss auf die Entscheidung haben.
Transparenz	Prozess wird transparent gestaltet, sodass die Teilnehmer verstehen, was passiert und wie Entscheidungen getroffen werden.

Tab. 2: Fünf Kriterien für die Akzeptanz / Quelle: eigene Darstellung nach Rowe/Frewer (2000), Übersetzung ins Deutsche durch den Autor

In einem dritten Schritt werden die beiden Fallbeispiele miteinander verglichen, um die Potenziale und Herausforderungen einzuschätzen.

3 Fallbeispiele

Im Folgenden werden die beiden Fallbeispiele anhand der Funktionsweise, der Anwendung im Stadtraum, der Bedeutung im Planungsprozess und der Potenziale eingeführt.

3.1 MoMe – Mobile Datenerfassung zur Bewertung von Aufenthaltsqualitäten

Funktionsweise: Mobile Measurement (*MoMe*) ist ein System zur Bewertung und Visualisierung von Aufenthaltsqualitäten in Stadträumen (Halblaub Miranda/Hardy/Knöll 2015). Die Nutzerinnen und Nutzer erkunden einen Stadtraum mit dem Ziel, besondere Bereiche und Elemente hervorzuheben und zu dokumentieren. Der Fokus kann je nach Fragestellung und Gestaltungsaufgabe variieren. Halblaub Miranda, Hardy und Knöll (2015) laden Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein, Bereiche zu suchen, die als „entspannend" oder als „stressig" empfunden werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer starten von einem gemeinsamen Ausgangspunkt und können jederzeit Aufenthaltsqualitäten durch Adjektivpaare auf einer 10-Punkte-Skala bewerten und durch einen „Snapshot" mit der Smartphone-Kamera dokumentieren (Abbildung 1). Im Hintergrund zeichnet *MoMe* Positionen der Nutzerinnen und Nutzer sowie die Ausrichtung des Smartphones beim Fotografieren auf. Dadurch kann im Nachhinein nachvollzogen werden, wo ein Bereich bewertet wurde und in welche

Richtung dabei geschaut wurde. Die gesammelten Daten können in GIS-Anwendungen als Bewegungsmuster sowie georeferenzierte Bewertungen und Snapshots visualisiert werden.

Abbildung 1 zeigt den Screen der mobilen Anwendung *MoMe*, mit der Nutzerinnen und Nutzer Aufenthaltsqualitäten in Stadträumen bewerten, indem sie sich vor Ort bewegen und Snapshots aufnehmen. Unten die Visualisierungen der Positionen, die als „entspannend" (grün) und als „stressvoll" (rot) empfunden wurden (Halblaub Miranda/Hardy/Knöll 2015).

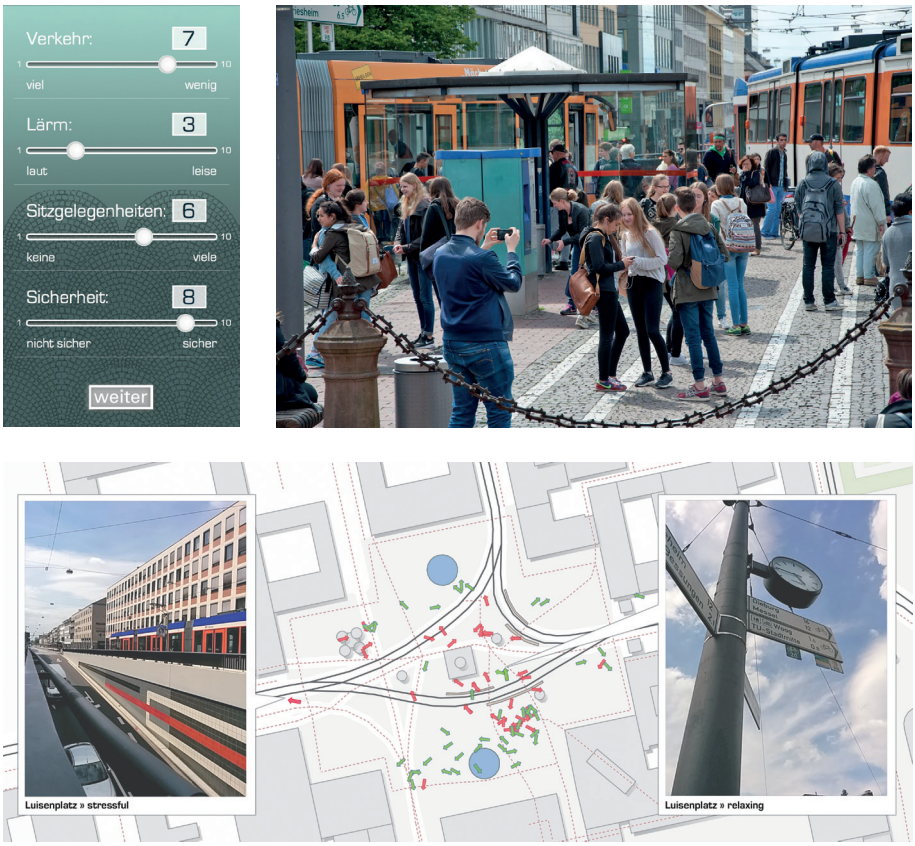


Abb. 1: MoMe - Mobile Anwendung zur Beurteilung von Aufenthaltsqualität / Quelle: Halblaub Miranda/ Hardy/Knöll 2015

Anwendung: MoMe wurde bisher im Rahmen von Forschungs- und Lehrveranstaltungen in ausgesuchten Stadträumen in Darmstadt durch mehr als 40 Personen getestet. Dabei stand die Überprüfung der Funktionsweise und Machbarkeit des Ansatzes im Vordergrund. Typischerweise wurden dabei Smartphones mit vorinstallierter Applikation an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgegeben, die in Gruppen von fünf bis acht Personen in den Hintergrund und die Funktionsweise eingeführt wurden. Die

eingesetzten Bewertungskriterien wie „stressvoll/entspannend“ setzen an Forschung zu stadträumlichen Einflussfaktoren auf Aufenthaltsqualitäten und Stresswahrnehmung an (Knöll/Neuheuser/Vogt et al. 2014). Zusätzlich wurde in *MoMe* die Möglichkeit eröffnet, eigene Assoziationen einzugeben. Ein Durchgang pro Stadtraum nahm ca. 30 Minuten für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Anspruch.

Bedeutung: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die in Darmstadt und Umkreis wohnen, berichteten, dass sie neue Einzelheiten in den vertrauten Umgebungen wahrgenommen hätten. Eine Gruppe Studierender aus dem Ausland berichtete, dass sie sich durch die Benutzung der App in der Erkundung der Freiräume sicherer fühlten. Außerdem habe sich durch die Beschäftigung mit den vorgegebenen Adjektiven die Wahrnehmung für bestimmte Effekte der Stadtgestaltung geschärft. Es gab einen stetigen Wechsel von Phasen, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für sich alleine in Interaktion mit dem Smartphone den Stadtraum erkundeten, und Phasen, in denen sie sich in Gruppen von zwei bis drei Personen intensiv austauschten. Diese Beobachtung entspricht der Beschreibung der Bestandsaufnahme innerhalb eines Stadtgestaltungsprozesses, die Beobachtungen zunächst für sich selbst, später im Kollektiv und schließlich zum Kontext des Stadtraumes durchführen (Tabelle 1). *MoMe* ermöglicht es, die Wahrnehmung für bestimmte Aufenthaltsqualitäten zu schärfen und diese für sich selbst und in Interaktion mit anderen zu bewerten. Durch die gemeinsame mobile Interaktion im Stadtraum bietet sie darüber hinaus einen Rahmen, die Bewertungen im Austausch mit anderen und vor Ort zu diskutieren. Visualisierungen, welche die Bewertungen aller Nutzer überlagern, um Cluster von „stressvollen“ und „entspannenden“ Bereichen zu identifizieren, unterstützen diesen Austausch (Abbildung 1).

Akzeptanz: Ein Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde aus Studierenden rekrutiert. Sie repräsentieren damit nur eine kleine Auswahl der Bevölkerung. Bisher gibt es keine umfassenden Erkenntnisse darüber, wie der Einsatz von *MoMe* auch mit anderen Bevölkerungsgruppen funktioniert. Erste Versuche, in denen zufällig ausgewählte Passantinnen und Passanten gebeten wurden, *MoMe* zu testen, verliefen vielversprechend. Dies deutet darauf hin, dass es möglich ist, mit *MoMe* auch eine repräsentative Auswahl der Benutzerinnen und Benutzer eines öffentlichen Raumes zu adressieren. Der Prozess aus Instruktion, Bewertung und Nachbereitung wurde für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer möglichst transparent und ergebnisoffen organisiert. Es wurde auf die Rolle im Forschungsprojekt hingewiesen, aber vermieden, Hypothesen und Vorkenntnisse zu den Stadträumen mitzuteilen. Der Einsatz von *MoMe* folgte im Forschungsprojekt auf eine Online-Umfrage, in der relevante Stadträume im Stadtgefüge identifiziert wurden (Knöll/Neuheuser/Vogt et al. 2014). Durch *MoMe* sollten Hinweise auf entscheidende Bereiche und städtebauliche Elemente generiert werden, die in einem abschließenden Schritt im Detail untersucht werden (Knöll/Neuheuser/Li et al. 2015). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zur Nutzbarkeit von *MoMe* befragt, was in spätere Versionen eingearbeitet wurde. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sowohl auf die Auswahl des Untersuchungsgegenstandes als auch auf die Gestaltung der Untersuchungsmethode großen Einfluss genommen.

3.2 „Stadtflucht“ – Location-Based Game zur gesundheitsfördernden Stadtgestaltung

Funktionsweise: Bei *Stadtflucht* handelt es sich um ein LBG, das gesundheitsfördernde Aspekte von Stadträumen thematisiert und in der mobilen Interaktion vor Ort erfahrbar macht (Halblaub Miranda/Knöll 2016). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer interagieren dabei mit anderen Spielern, dem Smartphone und der gebauten Umgebung auf einer rund ein Kilometer langen Route durch ausgesuchte Freiräume. Sie starten von einem gemeinsamen Treffpunkt mit dem Ziel, eine möglichst gekonnte Flucht aus der Stadt zu trainieren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer balancieren beispielsweise einen virtuellen Gegenstand auf dem Smartphone entlang einer langen Laderampe und treten dabei gegen sich und die Bestzeiten anderer an. An weiteren Stationen können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Effekte der Umgebung auf den eigenen Puls kennenlernen, indem sie diesen an verschiedenen Orten mithilfe der Smartphone-Kamera messen (Abbildung 2).

Abb. 2: Route, Screens und Teilnehmerinnen des LBG Stadtflucht in Aktion in Frankfurt Ost / Quelle: Halblaub Miranda/Knöll (2016)

Anwendung: Der Prototyp wurde im Rahmen der stadtraumübergreifenden Kunstaktion „evakuieren“ (www.evakuieren.de) an zwei Wochenenden im Frankfurter Osten mit 43 Personen getestet (Knöll 2016). Das LBG ist in einer Phase der Neuentwicklung des Quartiers zum Einsatz gekommen, nachdem die Entwicklung der benachbarten Areale um das neue Hauptquartier der Europäischen Zentralbank (EZB) durch Freiflächen, umfangreiche Park- und Grünanlagen sowie wassernahe Erholungsflächen abgeschlossen war. Das Bearbeitungsgebiet des LBG erstreckte sich zwischen der stark befahrenen Hanauer Landstraße, der sogenannten „Automeile“ mit der größten Dichte von Autohäusern in Deutschland, und dem Frankfurter Osthafen, mit wachsender Kultur- und Kunstszene. Aus Sicht der Stadtentwicklung lag das Ziel darin, durch *Stadtflucht* auf die Potenziale einer gesundheitsfördernden, fußgängerorientierten Entwicklung des Quartiers aufmerksam zu machen.

Bedeutung: Das LBG fällt damit in die Phase des Prototyping und der Konzeption mit dem Ziel, die möglichen Qualitäten einer geplanten Stadtgestaltung für Bürgerinnen und Bürger greifbar zu machen und weitere Anregungen und Unterstützung zu generieren (Tabelle 1). Dem Prototyping ist eine städtebauliche Analyse vorausgegangen, indem Studierende beispielsweise die Walkability der verschiedenen Abschnitte bewertet haben, um positive und negative Abschnitte in die Gestaltung des LBG einfließen zu lassen (Knöll 2014). An dem Projekt waren lokale Stakeholder wie eine Kinderschauspielschule, ein Atelier- und Künstlerhaus, eine Agentur des Stadtteilmarketings sowie Gastronomen und lokale Arbeitgeber beteiligt. Die Erfahrungen, welche die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Benutzung des LBG machten, wurden in einem begleitenden Workshop visualisiert und besprochen. Ergebnisse wie eine Film-Dokumentation (https://vimeo.com/126797890) und printmediale Veröffentlichungen wurden zur Kommunikation für eine breitere Öffentlichkeit genutzt.

Akzeptanz: Die 43 Teilnehmerinnen und Teilnehmer bildeten ein breites Spektrum an Alter und großen Anteil an weiblichen Nutzern ab. Junge Erwachsene zwischen 19 bis 29 Jahren bildeten den größten Anteil der Beteiligten (Knöll 2016). Im Prozess wurde deutlich gemacht, dass es sich um ein Forschungsprojekt handelt, das unabhängig von den beteiligten Stakeholdern agiert, und dessen Hauptanliegen es ist, diese zusammenzubringen. Die Bürgerinnen und Bürger wurden durch *Stadtflucht* in einer frühen Phase des Prozesses der Neuausrichtung des Quartiers mit einbezogen. Es ging darum, das Konzept für eine gesundheitsfördernde Gestaltung an diesem Ort zu bewerten und zu beeinflussen. Die Ergebnisse wurden dazu genutzt, spätere Prototypen eines solchen LBG zu optimieren. Der Einfluss der Ergebnisse auf die weitere Entwicklung des Gebietes kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingeschätzt werden.

Fallbeispiel	**MoMe**	**Stadtflucht**
Bedeutung im Planungsprozess		
Bestandsaufnahme	Mobile Datenerfassung Subjektive Erfahrung kollektiver Austausch vor Ort	–
Synthese	liefert Datengrundlage	–
Konzept	liefert Datengrundlage	–
Prototyp	Erfassung von Veränderungen in der Wahrnehmung (Evidence-Based Design)	Konzept erlebbar zu machen ermöglicht spezifisches Feedback der Nutzer auf Interaktion mit Prototypen
Kommunikation	Visualisierung in GIS	zeigt Nutzer in Aktion im Stadtraum Visualisierung der Bewegungsmuster in GIS
Präsentieren	Visualisierung von Bestandsaufnahme, Synthese und erste „Erfolgsgeschichten“	Visualisierung der Konzepte und erster „Erfolgsgeschichten“
Verbesserung der Nutzerakzeptanz		
Repräsentanz	große Repräsentanz durch Akquise vor Ort (Mikropartizipation)	breites Altersspektrum
Unabhängigkeit	wechselnde Phasen von Interaktion „für sich“ und in der Gruppe	wechselnde Phasen von Interaktion „für sich“ und in der Gruppe
Frühe Beteiligung	in Bestandsanalyse und Stadtteilberichten	in der Bewertungsphase von Vorschlägen
Einfluss	Einfluss auf Planungsprojekte durch verbesserte Datengrundlage möglich	hoher Einfluss durch Kommunikation des Prozesses
Transparenz	durch Vor- und Nachbereitung, Informationen	durch Vor- und Nachbereitung, Informationen

Tab. 3: Vergleich der beiden Fallbeispiele im Einsatz in verschiedenen Phasen der Entwicklung und Kriterien der Akzeptanz / Quelle: eigene Darstellung

4 Vergleichende Betrachtung

Im Folgenden werden die beiden Fallbeispiele im Hinblick auf Potenziale und Herausforderungen vergleichend analysiert.

4.1 Potenziale

In dem Fallbeispiel *MoMe* wird deutlich, dass im Ansatz der mobilen Datenerfassung durch Applikationen insbesondere Potenziale für die Bestandsaufnahme ausgesuchter Stadträume liegen. Sie könnten in Stadtteilanalysen dazu genutzt werden, die Bürgerinnen und Bürger bei der Bewertung bestehender Freiräume stärker als bisher einzubeziehen. Die erstellten Grafiken würden eine Grundlage liefern, auf die in den folgenden Phasen der Planung Bezug genommen werden kann (Tabelle 3). Darüber hinaus bietet sich die Nutzung von *MoMe* an, um eventuelle Veränderungen in der kollektiven Wahrnehmung eines Stadtraumes während eines Planungsprozesses zu dokumentieren. Durch den Vergleich der (kollektiven) Bewertungen der Aufenthaltsqualitäten vor und nach einer Intervention könnten so angestrebte Effekte überprüft und gegebenenfalls als erste Erfolgsgeschichten kommuniziert werden.

Was die Repräsentanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeht, bietet *MoMe* das Potenzial, die gewöhnlichen Nutzerinnen und Nutzer eines öffentlichen Raumes vor Ort zu adressieren. Das Design der App sollte hierfür verstärkt Übergänge zwischen niederschwelliger Beteiligung (Mikropartizipation) und eingehender Beschäftigung mit den Stadträumen vor Ort ermöglichen. Die Erfahrungen mit *MoMe* zeigen einen Grad an hoch aufgelösten georeferenzierten Daten, wie sie bisher wenig in Stadtteilanalysen gesammelt werden (Tabelle 3).

Das LBG *Stadtflucht* zeigt Potenzial in der Information und Kommunikation von Ideen und neuen Leitbildern in Quartieren. Die gesammelten Erfahrungen durch die Nutzerinnen und Nutzer (z. B. Wahrnehmung von neuen Aspekten der Umwelt, Wahrnehmung von Pulsdaten vor Ort) im Fallbeispiel deuten darauf hin, dass durch die Interaktion mit digitalen Inhalten vor Ort komplexe Themen der Gesundheitsförderung und mögliche Effekte erlebbar gemacht werden können. Ein Beitrag mobiler Medien zur Partizipation in der gesundheitsfördernden Planung besteht sicherlich darin, dass abstrakte Begriffe wie Bewegungsfreundlichkeit anhand konkreter räumlicher Situationen erfahrbar gemacht werden können. Darüber hinaus können die im Hintergrund gesammelten Daten wie Position und Aufenthaltszeit, Interaktion und Bewertungen im Spiel analysiert werden (Knöll 2016). Die Dokumentation der Interaktion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor Ort kann dazu beitragen, ein spezifiziertes Feedback einzuholen, beispielswiese in nachgelagerten Workshops. In *Stadtflucht* hat der spielerische Ansatz dazu geführt, dass neue Nutzergruppen adressiert werden konnten. Die dabei entstandenen Aufnahmen dokumentieren den Test einer neuen Ausrichtung eines Stadtteils und die hierzu passenden Karten könnten den Grad der Sensibilisierung für bestimmte Elemente der Stadtgestaltung visualisieren.

4.2 Herausforderungen

Die Analyse mit *MoMe* zeigt eine große Herausforderung in der mobilen Erfassung. Für bestimmte Fragestellungen in der Stadtplanung müssen die passenden digitalen Werkzeuge erstellt werden. Hier ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Architekten, Umweltpsychologen und Informatikern notwendig, um die theoretischen Hintergründe der Mensch-Umwelt-Interaktion sowie die technische und methodische Kompetenz der mobilen Datenerfassung zu integrieren. Denn Architekten sind insbesondere gefordert, die Untersuchungsparameter der gebauten Umwelt zu spezifizieren, um die spätere Übertagbarkeit auf Planungsprozesse zu gewährleisten. Hier fehlt es an Grundlagenforschung im Städtebau, welche es ermöglicht, die gesammelten Daten zur Wahrnehmung mit etablierten Modellen der räumlichen Analyse wie Space Syntax oder Active Design zu kombinieren.

In der zukünftigen Forschung zu *MoMe* steht die Frage der Nutzbarkeit und der Skalierung im Vordergrund. Es müssen z. B. Konzepte gefunden werden, welche die Hürden herabsetzen, *MoMe* zu nutzen: Die aufzuwendende Zeit sollte verkürzt werden, aber gleichzeitig muss die Auseinandersetzung mit den Orten gewährleistet bleiben. Um die Funktion der kollektiven Bestandsaufnahme noch zu erweitern, sollte auch der kollektive Austausch nutzbar gemacht werden. Dies würde der Phase der *Synthese* (Tabelle 1) der aufgezeichneten Stärken und Schwächen dienen. *MoMe* wird derzeit in Zusammenarbeit mit Praxispartnern aus der kommunalen Planung, einer Schule sowie der Immobilienentwicklung weiterentwickelt und getestet.

In *Stadtflucht* liegt eine große Herausforderung darin, in Planungsprozesse einzugreifen und zusammen mit Stakeholdern aus Bestandsaufnahmen und Konzeption geeignete Prototypen zu entwickeln, die durch ein LBG getestet werden können. Die Entwicklung und der Entwurf der LBGs ist zeitintensiv, kann aber schon auf die ersten etablierten Abläufe und Erfahrungen zugreifen. Es gilt insbesondere, den Effekt von LBGs als ein Werkzeug zur kollektiven Einflussnahme von Nutzerinnen und Nutzer in realen Planungsprozessen zeigen zu können. Hier gilt es auch, Alternativen wie zum Beispiel den Einsatz von ersten kommerziell erfolgreichen LBGs wie *Ingress* (https://www.ingress.com) zu testen und in Begleitstudien zu untersuchen. Die Ergebnisse der Prototypen Mobiler Partizipation verdeutlichen, dass interdisziplinäre Kooperationen zwischen Architekten, Umweltpsychologen und Informatikern lohnend und aufwendig zugleich sind.

5 Fazit und Ausblick

Dieser Artikel gibt einen Einblick in zwei Fallbeispiele, in denen Werkzeuge der Mobilen Partizipation im Kontext der gesundheitsfördernden Stadtgestaltung eingesetzt wurden. Vorausgehende Arbeiten haben gezeigt, dass in diesem Bereich bisher nur zögerlich digital unterstützte Partizipationswerkzeuge eingesetzt werden. Die bewusste Begrenzung auf Beispiele an der Schnittstelle zur Gesundheitsförderung ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit. Es ist wichtig herauszuheben, dass es sich hierbei um eine explorative Untersuchung handelt. Zukünftige Arbeiten sollten z. B. in größerem

Umfang nach vergleichbaren Prototypen Ausschau halten, um gegebenenfalls eine größere Bandbreite von Werkzeugen Mobiler Partizipation besprechen zu können. Die Bewertungskriterien der sechs Phasen der Stadtgestaltung von Ellin (2013) sowie der Nutzerakzeptanz nach Rowe/Frewer (2000) haben sich als hilfreich erwiesen, mögliche Rollen in Planungsphasen und Potenziale zur Beteiligungsförderung abzugrenzen. In zukünftigen Arbeiten sollte untersucht werden, ob es „gesundheitsspezifische" Aspekte der Mobilen Partizipation gibt. Hierzu könnten Modelle zum Grad und zur Qualität der Partizipation in der gesundheitsfördernden Planung angewendet werden.

Autor

Dr.-Ing. Martin Knöll (**1981*), *Architekt, Juniorprofessor und Leiter der interdisziplinären Forschungsgruppe Urban Health Games am Fachbereich Architektur der Technischen Universität Darmstadt. Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen der menschenzentrierten Stadtgestaltung, Mobilität und Beteiligungsförderung. Aufbau und Durchführung von neuen transdisziplinären Kooperationen zwischen Planern und Gesundheits- und Computerwissenschaftlern, um den globalen Herausforderungen der Gesundheitsförderung, wie körperlich inaktive Lebensstile, Diabetes, seelische Gesundheit und Inklusion, zu begegnen.*

Literatur

Burden, A.; Burney, D.; Farley, T.; Sadik-Khan, J. (2013). Active Design – Shaping the sidewalk experience. New York.
City of New York. (ed.) (2010): Active design guidelines: Promoting phyiscal activity and health in design. New York.
Ellin, N. (2013): Good Urbanism: Six steps to creating prosperous places. Washington, D.C. u.a.
Frank, L. D.; Engelke, P. O.; Schmid, T. L. (2003): Health and community design: The impact of the built environment on physical activity. Washington, D.C.
Gehl, J. (2012): Cities for people. London.
Gehl, J.; Svarre, B. (2013): How to study public life. Washington, D.C.
Halblaub Miranda, M.; Hardy, S. M.; Knöll, M. (2015): MoMe: A context-sensitive mobile application to research spatial perception and behaviour. In: University of Copenhagen (ed.): Human mobility, cognition and GISc: Conference proceedings. Copenhagen, 29-30.
Halblaub Miranda, M.; Knöll, M. (2016): Stadtflucht: Learning about healthy places with a location-based game. In: Navigationen 16 (1), 101-18.
Höffken, S. (2015): Mobile Partizipation: Wie Bürger mit dem Smartphone Stadtplanung mitgestalten. Lemgo.
Kahila-Tani, M.; Broberg, A.; Kytta, M.; Tyger, T. (2016): Let the citizens map: Public participation GIS as a planning support system in the Helsinki master plan process. In: Planning Practice & Research 31 (2), 195-214.
Knöll, M. (2014). Bewegungswissen – active design guidelines. In: der architekt 2014 (3), 28-32.
Knöll, M. (2016): Bewertung von Aufenthaltsqualität durch Location-Based Games – Altersspezifische Anforderungen in der Studie „Stadtflucht" in Frankfurt am Main. In: Marquardt, G. (Hrsg.): MATI: Mensch – Architektur – Technik – Interaktion für demografische Nachhaltigkeit. Dresden, 266-277.
Knöll, M.; Dutz, T.; Hardy, S.; Göbel, S. (2014): Urban exergames: How architects and serious gaming researchers collaborate on the design of digital games that make you move. In: Ma, M.; Jain, L.; Withehead, A; Anderson P. (eds.): Virtual and augmented Reality in healthcare 1. London, 191-207.
Knöll, M.; Neuheuser, K.; Li, Y.; Rudolph-Cleff, A. (2015): Using space syntax to analyze stress ratings in open public space. In: Karimi, K; Vaughan, L.; Sailer, K.; Palaiologou, G; Bolton, T. (eds.): Proceedings of the 10th international space syntax symposium. London, 123: 1-15.

Knöll, M.; Neuheuser, K.; Vogt, J.; Rudolph-Cleff, A. (2014): Einflussfaktoren der gebauten Umwelt auf wahrgenommene Aufenthaltsqualität bei der Nutzung städtischer Räume. In: Umweltpsychologie 18 (2), 84-102.
Nold, C. (2009): Introduction: Emotional cartography – technologies of the self. In: C. Nold (ed.): Emotional cartography: Technologies of the self. London, 3-14.
O'Brien, D. (2014): What is Evidence Based Design Journal? In: Evidence Based Design Journal (1), I.
Reimann, B.; Böhme, C.; Bär, G. (2010): Mehr Gesundheit im Quartier: Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Berlin. = Difu-Berichte 1/2010.
Rottmann, M.; Mielck, A. (2014): ‚Walkability' und körperliche Aktivität – Stand der empirischen Forschung auf Basis der ‚Neighbourhood Environment Walkability Scale (NEWS)'. In: Das Gesundheitswesen 76 (2), 108-115.
Rowe, G.; Frewer, L. J. (2000): Public participation methods: A framework for evaluation. In: Science, Technology, & Human Values, 25 (1), 3-29.
Schweizer, I.; Meurisch, C.; Gedeon, J.; Bärtl, R.; Mühlhäuser, M. (2012): Noisemap – Multi-tier incentive mechanisms for participative urban sensing. In: The Association for Computing Machinery (ed.): Proceedings of the third international workshop on sensing applications on mobile phones: PhoneSense '12. New York, NY, a9.
Sterdt, E.; Walter, U. (2012): Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In: Böhme, C. K.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 27-36.

Christian Lamker, Andrea Rüdiger

EINFLUSSFAKTOREN AUF KOMMUNALES PLANUNGSHANDELN – ANSATZPUNKTE ZUM VERBESSERTEN UMGANG MIT SCHLEICHENDEN GESUNDHEITSRISIKEN

Gliederung

1 Einleitung
2 Lärm als gesundheitsrelevante Belastung
3 Gewerbelärm als Risiko für die menschliche Gesundheit
4 Rahmenbedingungen der kommunalen Bauleitplanung und Systematisierung von Einflussfaktoren
5 Relevanz identifizierter interner Einflussfaktoren
6 Fazit: Ansatzpunkte zur Unterstützung der kommunalen Praxis
Anmerkung
Literatur

Kurzfassung
Planungshandeln steht vor dem Hintergrund räumlicher Entwicklungsstrategien wie Innenentwicklung und Nachverdichtung in Bezug auf Nutzungskonflikte durch Lärmbelastung vor einer schwierigen Herausforderung. Lärm ist eine sehr gesundheitsrelevante Belastung, wirkt aber auch latent, schleichend und langfristig. Der kommunalen Bauleitplanung steht eine Vielzahl von Rechtsvorschriften, Normen und Empfehlungen zur Verfügung. Grundsätzlich ist aber wenig systematisch erforscht, wie kommunales Planungshandeln zum Schutz vor Gewerbelärm erforderlich ist und umgesetzt wird. Insbesondere ist die Frage interessant, welche Einflussfaktoren vor Ort auf die Anwendung und Auslegung von Rechtsvorschriften wirken. Dieser Beitrag basiert auf einer empirischen Untersuchung in deutschen Städten und leitet hin zu einer Systematisierung von Einflussfaktoren und der Identifikation von Ansatzpunkten zur Unterstützung der Rechtsanwendung in den Kommunen. Auf dieser Basis kann eine gesundheitsorientierte Stadtentwicklung und Stadtplanung gezielt unterstützt werden.

Schlüsselwörter
Bauleitplanung – Stadtplanung – Gesundheit – Risiko – Gewerbelärm – Immissionsschutz

Influencing factors for local planning actions – Starting points for dealing with insidious health risks

Abstract
Strategies like infill development and densification pose increasingly difficult challenges for planning with regard to noise-related land-use conflicts. Noise is a highly relevant health burden, but also takes effect in a latent, insidious and long-term fashion.

Local land-use planning has numerous laws, provisions, standards and recommendations to hand. But there is little systematic research on how municipal planning action for commercial noise protection is developed and implemented. Of special interest is the question of what influencing factors impact the use and adaptation of legal requirements in local practices. This article is based on an empirical study in German cities and leads towards building a system of influencing factors and identifying starting points for supporting the use of legal norms by local municipalities. Against this backdrop, a health-promoting urban development and urban planning strategy can be effectively supported.

Keywords
Land-use planning – urban planning – health – risk – commercial noise – immission control

1 Einleitung

In der wissenschaftlichen und planungspraktischen Diskussion kommt der integrierenden Planung insbesondere auf der kommunalen Ebene eine entscheidende Aufgabe zu, wenn es um den Umgang mit latenten Risiken für die menschliche Gesundheit geht (z. B. ARL 2014; Baumgart 2014; Böhme/Reimann/Bär 2010). Gleichzeitig gibt es aber Lücken im Verständnis der Faktoren, die das praktische Planungshandeln vor Ort tatsächlich beeinflussen und dazu führen, dass trotz bundesweit einheitlicher Rechtsvorschriften, Normen und Empfehlungen stark abweichende Entwicklungen in den Kommunen vor Ort zu beobachten sind. Eine systematische Aufarbeitung der Einflussfaktoren und ihrer Bedeutung ist dafür erforderlich, zielgerichtete Ansatzpunkte für ein verbessertes Planungshandeln zu identifizieren, die – insbesondere unter personellen und finanziellen Engpässen in der Verwaltung – auch umsetzungsfähig sind.

Auf der inhaltlichen Seite fängt Bauleitplanung nie mit dem klassischen „weißen Blatt" an. Sie ist unter anderem eingebunden in weite institutionelle, organisatorische und instrumentelle Zusammenhänge. Sie muss sich – auch im Rahmen ihrer garantierten kommunalen Selbstverwaltung nach Art. 28 GG – an viele Rechtsvorschriften halten und an technischen Empfehlungen und Richtlinien orientieren, die von höheren Planungsebenen oder Fachbehörden entwickelt und erlassen wurden (vgl. Bogumil 2005: 519 f.; Schmidt-Eichstaedt/Weyrauch/Zemke 2013: 80 ff.). Zusätzlich wirken viele bestehende Leitbilder, Strategien, Empfehlungen oder sonstige informelle Dokumente auf das Planungshandeln und damit wiederum auf die Anwendung und Umsetzung von Rechtsvorschriften. Das Handeln in der kommunalen Bauleitplanung wird zunehmend durch ein komplexes Wechselspiel beeinflusst, indem viele interne und externe Einflussfaktoren Bedingungen dafür sind, wie Empfehlungen und Vorschriften umgesetzt werden.

In einem dicht besiedelten und bevölkerungsreichen Land wie Deutschland konkurrieren vielfältige Ansprüche aus Gesellschaft, Wirtschaft und Umwelt um den Boden als begrenzte Ressource. Mittels der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung soll die Flächeninanspruchnahme bis zum Jahr 2020 auf einen Orientierungswert von 30 ha pro Tag reduziert werden (Bundesregierung 2002: 99). Maßnahmen

und Änderungen in den Rechtsvorschriften sollten und sollen dazu beitragen, u.a. eine flächensparende Siedlungsentwicklung sowie das Gebot Innen- vor Außenentwicklung umzusetzen. Beispielsweise gehören hierzu die Bebauungspläne der Innenentwicklung nach § 13a BauGB oder die im aktuellen Entwurf des neuen ROG verankerte Forderung nach quantifizierten Vorgaben zum Flächenverbrauch auf Länderebene. Mit höheren Dichten in Quartieren wächst auf der anderen Seite das Risiko von Nutzungskonflikten sowie zunehmender und sich überlagernder Umweltbelastungen wie beispielsweise Lärmbelastung.

Ausgangspunkt dieses Artikels sind Lärm als gesundheitsrelevante Belastung (Kap. 2) sowie die Spezifika von Gewerbelärm (Kap. 3). Im Anschluss werden die Rahmenbedingungen der kommunalen Bauleitplanung sowie die Systematisierung von Einflussfaktoren auf die Anwendung und Auslegung von Rechtsvorschriften – und letztlich das Planungshandeln – ausgearbeitet (Kap. 4), bevor die identifizierten Einflussfaktoren auf ihre Relevanz hin geprüft werden (Kap. 5). Grundlage bilden empirische Daten aus dem Projekt „Implementation von Rechtsvorschriften zum gewerblichen Immissionsschutz in der Stadtplanung“ (IRIS) an der Technischen Universität Dortmund, das von den Autoren bearbeitet wird. Vor diesem Hintergrund entwickelt dieser Beitrag Ansatzpunkte zur Unterstützung der kommunalen Praxis, die von Wissenschaft und Politik aufgegriffen werden können (Kap. 6).

2 Lärm als gesundheitsrelevante Belastung

Geräusche in Form von hörbaren Schwingungen nimmt der Mensch zwischen etwa 100 bis 200 und 16.000 bis 20.000 Hertz in Form von Druckschwankungen am Trommelfell wahr. Die tatsächliche, unterschiedliche Lautstärke wird durch die Intensität des Schalldrucks bewirkt. Das Maß, mit dem dieser Druck in Dezibel (dB) gemessen wird, ist der Schalldruckpegel (Schulte/Michalk 2016: Rn 22). Die Druckschwankung, die über das Ohr wahrgenommen wird, ist stark von der Frequenz abhängig. Deshalb wird zur Anpassung an das menschliche Hörempfinden bei der Analyse von Geräuschen eine Frequenzbewertung vorgenommen, wie bspw. die A-Bewertung für Umgebungsgeräusche (vgl. Kloepfer/Griefahn/Kaniowski et al. 2006: 175, 250).

Die physikalische Reizgröße in Form eines messbaren Geräusches wird erst durch seine subjektiv als störend oder schädigend bewertete Wirkung auf die belebte Umwelt zu Lärm (vgl. Kloepfer 2004). Hier geht es um Lärm, dem Menschen ausgesetzt sind (vgl. auch die Definition von Umgebungslärm in §47a BImSchG). Lärm stellt neben der Luftbelastung eine der zentralen gesundheitsrelevanten Umweltbelastungen dar, durch die die Lebensqualität vieler Menschen erheblich eingeschränkt werden kann (BUND 2013: 5 ff.; vgl. auch WBGU 2016: 89 ff.). Epidemiologische Studien zeigen zudem, dass eine hohe Lärmbelastung auch ein Risiko für die Gesundheit darstellt (Claßen 2013; Hornberg/Claßen/Steckling et al. 2013; siehe auch Beitrag Bolte in diesem Band). Lärm „stört“ nicht nur subjektiv, er kann auch tatsächliche gesundheitliche Schäden verursachen, die ein Handeln auf Basis definierter Qualitätsziele erfordern (vgl. bspw. BUND 2013: 10 ff.).

Die Geschichte der Lärmwirkungsforschung[1] ist eng verbunden mit der Geschichte der Industrialisierung und Technisierung. Während in ihren Anfängen ein starkes Gewicht auf Arbeitsschutz/-medizin und damit auf Auswirkungen von Gewerbe- und Industrielärm im Arbeitsumfeld gelegt wurde, beschäftigen sich jüngere Studien vor allem mit den Wirkungen von Verkehrs- und Fluglärm. Beispielsweise: „Verkehrsbedingter Lärm ist besonders problematisch, da er sich im stärkeren Maße als z. B. Industrielärm großflächig im Raum verteilt und damit größere Kollektive dicht besiedelter Regionen betrifft" (Kloepfer/Griefahn/Kaniowski et al. 2006: 1). Dosis- und Wirkungsbeziehungen zum Verkehr lassen sich zwar nur in Teilen auf andere Lärmarten wie den Gewerbelärm übertragen, bilden aber weiterhin die am besten erforschte Grundlage, obwohl Gewerbelärm die am stärksten regulierte Lärmart ist (vgl. auch BUND 2013: 12 ff.).

Die Zahl der durch Straßenverkehrslärm beeinträchtigten Lebensjahre („disability adjusted life years") wird von Babisch (2011: 33) für die westeuropäischen Länder mit 497.000 Jahren angegeben. Damit liegt Lärm hinter Schlafstörungen (800.000 Jahre) und deutlich vor ischämischen Herzerkrankungen (60.000 Jahre). Vergleichbare Zahlen zum Gewerbelärm fehlen und sind aufgrund der großen Unterschiede der Emissionsquellen und der im Gewerbelärm häufig größeren Unterschiede zwischen Spitzenpegel und Dauerschallpegel schwieriger zu ermitteln (vgl. BUND 2013: 8 ff.). Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2011) sind die wichtigsten durch Lärm – hier bezogen auf alle Lärmarten (Straßen, Schienenwege, Flughäfen, Industrie/Gewerbe) – ausgelösten Gesundheitsrisiken heute:

> Lärmschwerhörigkeit bei längerer Belastung mit Pegeln ab 85 dB(A)

> verringerte Konzentrationsfähigkeit und verminderte Qualität der Nachtruhe

> Stress, da Lärm als Stressfaktor auf den menschlichen Organismus wirkt, unabhängig davon, ob der Mensch schläft oder wacht (bei negativer Grundeinstellung zum einwirkenden Geräusch erhöht sich die Stressbelastung durch den subjektiv empfundenen Ärger)

> beschleunigte Alterung des Herz-Kreislaufsystems durch chronische Lärmbelastung

> erhöhtes Herzinfarktrisiko bei chronischen Belastungen über 65 dB (A)

> erhöhtes Risiko, an Depressionen zu erkranken

Dauer, Häufigkeit und das subjektive Empfinden der Lärmeinwirkungen sind Faktoren, die sowohl die persönliche Lebensqualität beeinträchtigen als auch zu nachhaltigen gesundheitlichen Schäden führen können. Während sehr hohe Pegel (über 120 dB(A)) schon nach wenigen Minuten zu schweren Schädigungen des Innenohrs führen kön-

1 Lärmwirkungsforschung lässt sich hinsichtlich der untersuchten Wirkungen von Lärm differenzieren in psychologische, medizinisch-physiologische oder auch sozial- ökonomische Lärmwirkungsforschung.

nen, zeigen epidemiologische Studien der jüngeren Vergangenheit konsistent auf, dass dauerhafte niedrigere Lärmpegel geeignet sind, Hörprobleme, kardiovaskuläre Erkrankungen/Störungen oder eine Veränderung der Schlafqualität herbeizuführen (Huss/Spoerri/Egger et al. 2010; Jarup/Babisch/ Houthuijs et al. 2008; Metaanalyse einschlägiger Studien bei Vienneau/Schindler/Perez et al. 2015).

Hinzu kommen subjektive Komponenten des Lärmempfindens, die sich auch bei gleichem Lärmpegel unterscheiden und den Vergleich von Lärmarten oder Emissionsquellen schwierig machen (vgl. BUND 2013: 8 ff.). Bei Gewerbebetrieben können Dauergeräusche beispielsweise durch Lüftungsanlagen oder dauerhaft laufende Maschinen herbeigeführt werden. Gerade diese weniger offensichtlichen und latenten bzw. „schleichenden Risiken" sind wichtig für eine Planung, die sich an einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung orientiert und damit über die Abwehr akuter Gefahren hinausgeht. Spezifisch im Gewerbelärm sind hohe Spitzenpegel durch bestimmte Produktionsschritte, die den Schlaf stören und unterbrechen können, aber im Mittelpegel kaum Auswirkungen zeigen.

3 Gewerbelärm als Risiko für die menschliche Gesundheit

Der Umweltstressor Lärm kann durch verschiedene Quellen wie Verkehrs-, Industrie-/ Gewerbe, Nachbarschafts- oder Freizeitlärm und Baulärm hervorgerufen werden (vgl. Kap. 2). Lärm kann in seiner Folge komplexe psychische und physiologische Stressreaktionen auslösen (vgl. auch Babisch 2011; Babisch/Guski/Ising et al. 2014).

Rechtliche Grundlage zur Ermittlung und Bewertung der Geräuschart „Gewerbelärm" in der Bauleitplanung sind vor allem die DIN 18005 sowie die Technische Anleitung Lärm (TA Lärm). Sowohl in der DIN 18005 (Orientierungswerte) als auch in der TA Lärm (Immissionsrichtwerte) finden sich Angaben für die Vermeidung schädlicher Umwelteinwirkungen in Abhängigkeit vom Immissionsort. Für allgemeine Wohngebiete sehen beide Regelwerke, bezogen auf Gewerbe- und Industrielärm, einen Höchstwert von 55 dB(A) tags und 40 dB(A) nachts vor. Lärm, der sich unterhalb der Grenzen, beispielsweise der TA Lärm, bewegt, aber dennoch durch die kontinuierliche Einwirkungsdauer schädigend wirkt und das menschliche Wohlbefinden stören kann, wird weder als Gesundheitsgefahr noch als erheblich gewertet (Schulte/Michalk 2016: Rn 40). Hierzu zählen insbesondere die Beeinträchtigung der Erholung innerhalb und außerhalb der Wohnung, eine Störung der Kommunikation, die Minderung des psychischen Wohlbefindens, welches ggf. eine Veränderung im Sozialverhalten hervorruft, Benachteiligung ökonomischer Art und eine nachteilige Beeinflussung von Leistungen (eine Aufzählung von Studien zur Wirkung von Lärm auf die kognitiven Leistungen bei Kindern vgl. Forschungsverbund Leiser Verkehr 2013).

Bereits in den 1970er und 1980er Jahren wurden zwei zentrale gesundheitsbezogene Themen in Bezug auf die Anwendung der Rechtsvorschriften diskutiert, die heute immer noch aktuell sind. So sind inhaltliche und methodische Probleme in Bezug auf die Setzung normativer Grenzwerte und der Umgang mit einer Gesamtlärmbelastung, die aus verschiedenen Lärmquellen resultiert, kontinuierlich Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen. Rohrmann forderte bereits 1984: „Bei der Setzung und Ausfüllung

von Rechtsbeständen zum Schutz des Bürgers vor beeinträchtigenden Umwelteinwirkungen sollte von der Gesamtheit der tatsächlich auftretenden Wirkungen ausgegangen werden; insbesondere die – noch – häufige Bindung an einen engen vorrangig somatischen Gesundheitsbegriff ist nicht verträglich mit der Tatsache, daß [sic] z. B. psychologische Lärmwirkungen ersichtlich häufiger auftreten und enger auf akustische Größen bezogen sind als etwa medizinische Wirkungen" (Rohrmann 1984: 136). Über 30 Jahre später „beschränkt sich [die Gesetzgebung in Deutschland] weiterhin auf die Einhaltung abstrakter akustischer Grenzwerte wie dem äquivalenten Dauerschallpegel, die weder von der Bevölkerung verstanden werden noch mit der Schlaf störenden Wirkung des Verkehrslärms gut korrelieren" (Forschungsverbund Leiser Verkehr 2013: 18). Es wird vom Gesetzgeber unterstellt, dass bei der Einhaltung von Grenzwerten „eine Gesundheitsgefährdung für die Wohnbevölkerung ausgeschlossen werden kann oder so gering ist, dass sie als hinnehmbar angesehen werden kann. Diese Annahme beruht jedoch nicht auf dem Ergebnis wissenschaftlicher Untersuchungen" (ebd.: 64).

Ein weiteres, sehr zentrales und kontinuierliches Problem stellt die Bewertung der Belastung durch verschiedene Lärmquellen dar (vgl. BUND 2013: 9 ff.). Insbesondere zur Frage, ob die Kombination verschiedenartiger Geräusche kumulative, gesundheitsschädigende Wirkungen ergibt, liegen keine eindeutigen Befunde vor (Kloepfer 2006: 271). Gesetzliche Regelungen wurden verursacherbezogen entwickelt und beziehen sich nur auf die von der jeweiligen Rechtsvorschrift betrachtete Lärmquelle. Die TA Lärm berücksichtigt beispielsweise nur Vorgaben zur Ermittlung und Berücksichtigung der Vorbelastung eines Ortes durch Geräuschimmissionen von allen Anlagen, für die diese TA gilt (also grundsätzlich keine Verkehrsanlagen, es sei denn, sie sind ausschließlich dem betrieblichen Verkehr zuzurechnen). Als Zusatzbelastung wird der Immissionsbeitrag verstanden, der an einem Immissionsort durch die zu beurteilende Anlage voraussichtlich (bei geplanten Anlagen) oder tatsächlich (bei bestehenden Anlagen) hervorgerufen wird. Zwar kennt die TA Lärm seit der Neufassung 1998 auch den Begriff der Fremdgeräusche, dieser dient aber ausschließlich als Bewertungsfaktor und nicht als rechnerische Größe im Sinne einer Zusatzbelastung. Der getrennten Erfassung und Bewertung und damit der quellenorientierten Ausrichtung des Immissionsschutzrechts von Lärmquellen steht der Begriff der schädlichen Umwelteinwirkungen gegenüber. Dieser ist nach inzwischen einhelliger Auffassung in der Literatur und nach zustimmender Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts nicht quellen-, sondern akzeptorbezogen (vgl. Koch 2000; Kloepfer/Griefahn/Kaniowski et al. 2006). Trotzdem haben untergesetzliche Normgeber bislang jede Lärmquelle einer eigenständigen und separaten Betrachtung unterworfen (Schröer 2007).

4 Rahmenbedingungen der kommunalen Bauleitplanung und Systematisierung von Einflussfaktoren

Das Immissionsschutzrecht in Form des BImSchG ist 1974 und damit deutlich später als das BauGB (1960) etabliert worden und bezieht sich auf die Genehmigungspflicht von Anlagen. Es handelt sich hier um eine sog. gebundene Entscheidung, bei der die Genehmigung zu erteilen ist, wenn definierte Sachverhalte zutreffen. Das ist ein wichtiger Unterschied zur räumlichen Planung nach BauGB, in der Entscheidungen auf der

Grundlage eines Abwägungsprozesses von öffentlichen und privaten Belangen gegen- und untereinander erfolgen. Die für Gewerbe einschlägige TA Lärm wurde 1968, die Vornorm der DIN 18005 (Schallschutz im Städtebau) drei Jahre später 1971 erlassen. Rohrmann weist darauf hin, dass „die Bestimmungen […] durchaus als Kompromiß zwischen widerstreitenden ‚ökonomischen' und ‚ökologischen' Interessen entstanden [sind]" (Rohrmann 1984: 21).

Der gewerbliche Immissionsschutz hat seine Anknüpfung zur Planung nach § 50 BImSchG und den zugehörigen Verordnungen (vgl. Stapelfeldt 2012). Die unterschiedlichen Rechtsbereiche von Immissionsschutzrecht und Planungsrecht treffen hier aufeinander. In der laufenden Diskussion um die neue Gebietskategorie des „urbanen Gebiets" zeigen sich Konflikte zwischen unterschiedlichen Rechtsbereichen und die hohen Anforderungen an planerische Abwägung (bspw. Schmidt-Eichstädt 2016). Das Lärmschutzkonzept des BImSchG, das auch die Vorgaben für die planerische Bewältigung des Schutzes der Nachbarschaft vor Lärmimmissionen enthält, ist mehrstufig (Stufenmodell) angelegt. Zunächst sind konfligierende Nutzungen soweit wie nötig voneinander zu trennen (Trennungsgrundsatz). Es folgen Maßnahmen des aktiven Lärmschutzes vor Maßnahmen des passiven Lärmschutzes. Hierfür stellt der Gesetzgeber zahlreiche Festsetzungsmöglichkeiten (§ 9 BauGB) und Differenzierungen (vor allem § 1 BauNVO) zur Verfügung. Die Bauleitplanung muss nach dem Trennungsgrundsatz „[b]ei raumbedeutsamen Planungen und Maßnahmen […] die für eine bestimmte Nutzung vorgesehenen Flächen einander so zuzuordnen, dass schädliche Umwelteinwirkungen […] so weit wie möglich vermieden werden" (§ 50 BImSchG). Hierzu ist sie auf eine enge Zusammenarbeit mit der zuständigen Immissionsschutzbehörde angewiesen, die sich in der fachlichen Bewertung mit den zu erwartenden Auswirkungen beschäftigt und ihre fachliche Expertise einbringt, die die Planung dann wiederum in die Abwägung einstellen muss.

Hinsichtlich der rechtlichen Bewertung von Lärmbelastungen wird im Bundesimmissionsschutzgesetz (BImSchG) der Begriff der schädlichen Umwelteinwirkung definiert als „Immissionen, die nach Art, Ausmaß oder Dauer geeignet sind, Gefahren, erhebliche Nachteile oder erhebliche Belästigungen für die Allgemeinheit oder die Nachbarschaft herbeizuführen" (§ 3 Abs. 1 BImSchG). Geräusche sind dabei eine relevante Immissionsart nach § 3 Abs. 2 BImSchG[2]. Die Betroffenheit durch Industrie- und Gewerbelärm ist in Deutschland ein weiterhin hochaktuelles Problem. An einer seit März 2002 kontinuierlich durchgeführten Onlinebefragung des Umweltbundesamtes zur Lärmbelästigung haben sich zum Stand der letzten Auswertung 2011 über 68.000 Personen beteiligt. Etwa 40% der teilnehmenden Personen gaben an, durch Gewerbelärm belästigt zu werden. Der Anteil bewegt sich damit in der Größenordnung der angegebenen Belästigung durch Schienenverkehr (UBA 2011: 22).

Innerhalb der bauleitplanerischen Abwägung ist die Vermeidung von Immissionen ein Belang, der zu berücksichtigen ist. Unter dem Gebot der Wahrung der allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse (§ 1 Abs. 6 Nr. 1 BauGB)

2 Das BImSchG setzt anlagenbezogen an und begrenzt Geräuschemissionen (vgl. Definition in § 3 Abs. 2 BImSchG; vgl. auch Kap. 3). Eine Bezugnahme auf das subjektive Lärmempfinden der betroffenen Menschen erfolgt hier auf gesetzlicher Ebene nicht.

sowie den Schutz der Umwelt (§1 Abs. 6 Nr. 7 BauGB) ist die Vermeidung von Immissionen zu subsumieren. Nutzungskonflikte in Bezug auf Gewerbelärm entstehen durch die Planung einer schutzwürdigen Nutzung (vor allem Wohngebiete) oder durch die Planung einer emittierenden Nutzung (vor allem Gewerbe- oder Industriegebiete). Dieses bedeutet, dass entweder die schutzbedürftige Nutzung oder die emittierende Nutzung an eine bestehende Situation/Nutzung heranrückt und damit auch „Verursacher" des Nutzungskonfliktes ist.

Damit stehen der Gemeinde im Umgang mit Gewerbelärm folgende Strategien zur Verfügung:

> Emissionsreduktion durch geräuschmindernde oder -steuernde Eingriffe am Emissionsort (Gewerbebetrieb)

> Immissionsreduzierung durch räumliche Abstände, Funktionsgliederung oder Maßnahmen des aktiven Lärmschutzes wie Lärmschutzwände

> Reduktion der Geräuschempfindlichkeit betroffener Immissionsorte (passiver Lärmschutz, Kommunikation mit der Öffentlichkeit)

Die hohe rechtliche Komplexität des Immissionsschutz- und Bauplanungsrechtes sowie das große gesellschaftliche Konfliktpotenzial im Umgang mit Umgebungslärm haben dazu geführt, dass Rechtsvorschriften mit breiten Auslegungsspielräumen immer wieder Gegenstand verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung sind. Eine Urteilsauswertung von über 300 Urteilen der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung (VGH, OVG, BVerfG und EuGH) von 1979–2014 durch die Autorin und den Autoren hat ergeben, dass vor allem der Abwägungsgrundsatz, die zu berücksichtigenden Belange, der Erforderlichkeits- und der Trennungsgrundsatz wie auch der Begriff der schädlichen Umweltwirkungen für gerichtlichen Klärungsbedarf sorgten. Mehr als 50 höchstrichterliche Urteile sind dabei zum Umgang mit Gewerbelärm in der kommunalen Planung ergangen.

Eine wichtige Aufgabe, um zu einem vor diesem Hintergrund effektiveren Planungshandeln zu gelangen und damit eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung forcieren zu können, ist der systematische Blick auf den Zusammenhang zwischen beobachtbaren Einflussfaktoren und der Rechtsanwendung. Für diesen Artikel soll dabei grundlegend dreistufig danach differenziert werden,

> ob Rechtsvorschriften überhaupt angewendet werden,

> ob sie in ihrer Anwendung unterschiedlich ausgelegt werden und

> ob ihre Anwendung rechtskonform oder fehlerhaft ist.

Bestehende Untersuchungen (vgl. u. a. Schäfer/Schmidt-Eichstaedt 1984; Scharmer 1985, Kuhlmann 2003) deuten darauf hin, dass bereits die Frage danach, ob eine Vorschrift überhaupt angewendet wird, zu sehr differenzierten Ergebnissen führen kann. Es ergibt gerade vor dem Hintergrund schwer fassbarer oder latenter Gesundheitsri-

siken Sinn, den Blick differenziert auf die Schnittstelle zwischen gesetztem Recht (in Form von Gesetzen, Rechtsverordnungen oder Satzungen) und den Implikationen für praktisches Handeln vor Ort zu lenken. Das trifft vor allem dort zu, wo es sich um neue Situationen oder um Ausnahmesituationen für die Bauleitplanung handelt.

Als zweites wird immer wieder festgestellt, dass die Rechtsvorschriften trotz gleicher Gültigkeit unterschiedlich ausgelegt werden und die Unterschiede der Festsetzungen über die Abweichungen des planerisch und rechtlich zu beurteilenden Einzelfalls hinausgehen. Die Planungskulturforschung greift dieses Thema beispielsweise sehr explizit auf, indem sie nach lokal bedingten Unterschieden sucht, die trotz teilweise gleicher rechtlicher und sonstiger Rahmenbedingungen zu beobachten sind – kulturelle Kontexte und Hintergründe der beteiligten Personen beeinflussen das praktische Planungshandeln mitunter maßgeblich (Othengrafen 2012: 7; Levin-Keitel/Sondermann 2014: 187 f.). Zuletzt kann eine Vorschrift rechtskonform oder fehlerhaft angewandt werden. Öffentlich diskutiert werden vor allem Fälle, in denen eine Vorschrift fehlerhaft angewandt wurde und dies durch höhere Instanzen oder in einer rechtlichen Prüfung zutage tritt. Hier treten Unterschiede über Normenkontrollverfahren und weitere gerichtliche Auseinandersetzungen deutlich sichtbar hervor und werden auch für Außenstehende greifbar.

Auf der Rechtstatbestandsseite gibt es, wenn eine Vorschrift angewandt wird, unbestimmte Rechtsbegriffe, die einer wertenden Konkretisierung im Einzelfall bedürfen. Dieser Auslegungsspielraum betrifft viele Vorschriften der Planungsgesetzgebung, nicht zuletzt auch die Auslegung der „Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse“ in §1 Abs. 6 Satz 1 BauGB. Auf der Rechtsfolgenseite besteht für Planerinnen und Planer ein Ermessen, wenn eine Norm einen expliziten Handlungsspielraum einräumt. Das sind das klassische Verwaltungsermessen, das normative Ermessen und der Bereich des Planungsermessens. Beispielsweise ermöglicht das BauGB die Festlegung von Gebieten zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen und die Freihaltung von Flächen zu diesem Zweck (§9 Abs. 1 Satz 23 f. BauGB), überlässt die Entscheidung darüber aber dem Plangeber.

Die vorgenommene Systematisierung von Einflussfaktoren unterscheidet zwischen internen und externen Einflussfaktoren der Rechtsauslegung und -anwendung (vgl. Abbildung 1). Die Forschungsheuristik wurde abgeleitet aus dem Modell des akteurzentrierten Institutionalismus, wonach jede Handlung von institutionellen Rahmenbedingungen beeinflusst wird, aber nicht durch sie determiniert wird (Diller 2013: 2), d. h. auch, dass Handlungsspielräume innerhalb institutioneller Regelungen vorhanden sind und genutzt werden können (Mayntz/Scharpf 1995: 52; Lamker 2016: 30). Strukturen, Akteure und Prozesse treten dabei in eine dialektische Struktur zueinander und werden gemeinsam Bestandteil der Analyse. Schoppengerd (2015) hat den Beschreibungsrahmen anhand des planerischen Störfallschutzes in der Bauleitplanung nach der Seveso II-Richtlinie verfeinert und für Fragen der Rechtsanwendung und Rechtsauslegung operationalisiert. Spannend für einen Blick in die konkrete Planungspraxis und eine maßgeschneiderte Handlungsunterstützung sind vor allem die internen Einflussfaktoren, die auch in der Bauleitplanung selbst verändert werden können. Hier liegen die unmittelbaren Anknüpfungsunkte dafür, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung als Querschnittsthema umzusetzen. Ziel ist es dann, die Spielräu-

me zu beleuchten, die tatsächlich vor Ort bestehen und die auch – mindestens in Teilen – durch Planende selbst genutzt werden können.

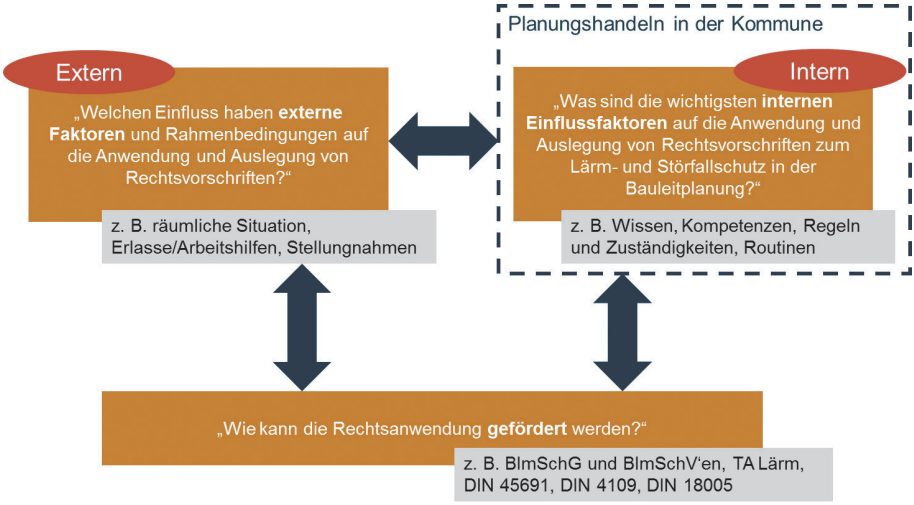


Abb. 1: Fragestellungen zur Systematisierung von Einflussfaktoren / Quelle: eigene Darstellung

In einer Anpassung des Modells von Schoppengerd (2015: 243 ff.) werden die folgenden internen Einflussfaktoren identifiziert:

> *Wissen*: Kenntnisse der Rechtsvorschriften, Eindeutigkeit von Vorschriften und Festlegungsmöglichkeiten, Erfahrungswissen zu Raum, Recht und Technik, Informations- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Verfügbarkeit externer Fachexpertise durch Gutachter, Zugang zu Informationsquellen (Online/Print), Verfügbarkeit und Zugang zu Informationen über Emissionen

> *Kommunikative Kompetenz*: Überzeugungskraft im Planverfahren, Vertrauen zu anderen Akteuren

> *Exit-Optionen*: „Alternativlosigkeit“ eines Projekts/Plans, Möglichkeit von Standortverlagerungen

> *Personelle Ressourcen*: Personal und dessen Ausbildung, personelle Kontinuität

> *Organisatorische Regelungen und Zuständigkeiten*: Zuständigkeit in der Verwaltung, Information und Austausch mit anderen Behörden, Verlagerung in das Genehmigungsverfahren

> *Laufendes Verwaltungshandeln* (*Handlungsorientierungen der Verwaltung*): Routinehandeln, Orientierung an vorhergehenden Verfahren, Orientierung am Vorgehen anderer Akteure, Wahrnehmung von Risiken

> *Ziele und Leitbilder für das Verwaltungshandeln*: Umweltqualitätsziele oder umweltbezogene Leitbilder, Orientierung an übergeordneten Planwerken, weitere verfügbare Leitbilder und Planwerke

Diese Einflussfaktoren wirken in einem komplexen Wechselspiel sowohl untereinander wie auf das Planungshandeln. Personelle Ressourcen stehen beispielsweise in Zusammenhang mit dem Wissen oder der kommunikativen Kompetenz. Organisatorische Regelungen und Zuständigkeiten stehen in engem Bezug zum laufenden Verwaltungshandeln. Die Betrachtungsebene der vorliegenden Untersuchung sind die Bauleitplanung in der Kommune sowie die Rolle der Immissionsschutzbehörde und ihre Aufgabe innerhalb der Verfahren. Aus der Betrachtung interner und externer Faktoren sowie aus einer Untersuchung ihrer Wechselbeziehungen können Schlussfolgerungen dazu gezogen werden, wie die Rechtsanwendung in Kommunen gefördert werden kann. Ziel ist damit das Aufdecken gewisser Regelmäßigkeiten, die eine Anknüpfungsfähigkeit zur Förderung der Rechtsanwendung in den Kommunen bieten können und sich nicht nur an spezifischen Bedingungen in Einzelfällen orientieren.[3] Die gewählte Forschungsheuristik bildet damit eine Brücke zwischen der Mikroebene individuellen Handelns einzelner Planerinnen und Planer vor Ort und der Makroebene der ihn umgebenden Institutionen – inklusive der Rechtsvorschriften (vgl. auch Mayntz 1999).

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung kann nicht an einem Kriterium alleine festgemacht oder wissenschaftlich vorgeschrieben werden. Die Evidenzbasis für die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung stellt für viele Studien eine große Herausforderung dar. Krizek, Forsyth und Slotterback (2009: 472) erklären aus einer Analyse von Studien zur Integration von Gesundheit in Planungsprozesse fünf Herausforderungen:

> Interpretieren variierender methodischer Ansätze

> Klarstellung über vielfältige Stichproben und Charakteristika

> Aufgreifen unterschiedlicher Definitionen für Kernkonzepte von Planung, Gesundheit und Stadtgestaltung

> Erkennen von Wirkung und Effekt

> Reflektieren der Stärke der Evidenz und Arbeiten mit konfligierenden Erkenntnissen

Gesundheit als hochintegratives Thema ist in besonderer Weise diesen Herausforderungen ausgesetzt. Gleichzeitig ist es sowohl von zentraler Bedeutung im Bauplanungsrecht (Löhr 2012) als auch gut geeignet, eine ressortübergreifende Kooperationen zu entwickeln und zu etablieren (Baumgart 2014; Stender 2012). Darüber hinaus

3 Trotz vieler Schwierigkeiten bei jeder Generalisierung verweist auch Diller (2013: 9) explizit auf das Potenzial des akteurzentrierten Institutionalismus, über Einzelfälle hinaus Regelmäßigkeiten aufzudecken.

ist Gesundheitsförderung eng verknüpft mit Umweltgerechtigkeit und Chancengleichheit in unseren Städten und Regionen (Bolte/Bunge/Hornberg et al. 2012; vgl. auch Voice 2009) und der Lebensqualität für Stadtbewohner (WBGU 2016: 89 ff.). Unterstrichen wird das noch vor dem Hintergrund des globalen Klimawandels (Curtis/Oven 2012: 654 f.; Schmidt 2011). Umso wichtiger ist es, für die Planungspraxis in ihren Rahmenbedingungen im Sinne des Normgebers anwendbare Rechtsvorschriften zu entwickeln, die sowohl dem Ziel dienen als auch die Situation vor Ort beachten. Dazu bedarf es einer umfassenden Analyse von Einflussfaktoren, die eine Verbindung zwischen Rechtsvorschriften und Planungshandeln sicherstellen können. Eine Analyse von Festsetzungen in verabschiedeten Plänen oder anderen fixierten planerischen Aussagen reicht nicht aus, um tatsächliche Unterschiede zu erkennen (vgl. auch Krizek/Forsyth/Slotterback 2009: 473).

In der administrativen Struktur deutscher Kommunen kommen hier diversifizierte verwaltungsinterne Organisationen und Zuständigkeiten hinzu. Während zwar alle Städte Bauleitplanung nach §1 BauGB durchführen und Bauleitpläne aufstellen, ist die Verankerung von Aufgaben in der Verwaltungsstruktur nicht einheitlich und zum Teil auch nicht kontinuierlich. Je nach Themenbereich sind es andere Behörden der eigenen Stadt oder höhere Verwaltungsebenen, die sowohl frühzeitig und informell wie auch formell nach §4 BauGB an Planungsentscheidungen teilnehmen. Dabei weisen Rydin/Bleahu/Davies et al. (2012) auch darauf hin, dass Ziele städtischer Gesundheit von vielen Interaktionen abhängen und dass eine effektive Planung vor diesem Hintergrund immer mehr auch von experimentellen Praktiken und Akteuren außerhalb der Planung abhängen wird.

5 Relevanz identifizierter interner Einflussfaktoren

Zwischen November 2015 und Januar 2016 wurden im Rahmen des o.g. Projekts IRSI alle deutschen Kommunen mit mehr als 20.000 Einwohnern angeschrieben. Insgesamt 109 vollständige Antwortsätze (Rücklauf: 15,9%) konnten berücksichtigt und ausgewertet werden. In den Ergebnissen werden alle Größenklassen abgedeckt. Der größte Anteil mit 68,8% der Antworten stammt aus Kommunen mit 20.000–50.000 Einwohnern. Im Durchschnitt aller befragten Kommunen arbeiten acht Personen in der Bauleitplanung, in 25,0% aller Kommunen sind es nur ein oder zwei Personen, in 64,8% fünf oder weniger. Die Einschätzung der Ergebnisse wurde untermauert durch Fachgespräche mit Wissenschaftlern, Planungspraktikern sowie im Immissionsschutz tätigen Gutachtern und durch qualitative Fallstudien in fünfzehn deutschen Städten in acht Bundesländern.

Zu den interessanten Rahmenbedingungen zählt, dass sich die befragten Kommunen mehrheitlich sicher fühlen bei der Auslegung von Rechtsvorschriften. Der Aussage, gute Kenntnisse zu besitzen („Unsere Planungsverwaltung kennt sich mit den aktuellen Rechtsvorschriften im Bauplanungsrecht für den Bereich des gewerblichen Immissionsschutzes sehr gut aus“), stimmen 42,6% (eher) zu, 48,1% haben mit „trifft teilteils zu“ geantwortet und nur 9,3% mit „trifft (eher) nicht zu“. Auf die Frage, ob die Auslegung von Rechtsvorschriften häufig unklar ist, haben 11,1% mit „trifft zu“ oder „trifft eher zu“ geantwortet. Fort- und Weiterbildungen im Immissionsschutz werden

allerdings nur von weniger als einem Zehntel (9,2%) mehrmals im Jahr wahrgenommen. Etwa ein Drittel (33,9%) bildet sich ein Mal im Jahr fort.

Darüber hinaus kann allgemein festgestellt werden:

> Kommunen werden eher unregelmäßig oder gar nicht durch höhere Verwaltungsbehörden über neue rechtliche Anforderungen informiert.

> Mehr als ein Fünftel bzw. mehr als ein Viertel aller Kommunen hat keinerlei Online- bzw. Print-Zugang zu Rechtsportalen und Rechtszeitschriften.

> Ziele oder Leitbilder zu Gewerbelärm sind selten.

> Anregungen aus der Öffentlichkeit haben ein hohes Gewicht beim Gewerbelärm.

Spezifischer mit Blick auf den planerischen Umgang mit Gewerbelärm zeigt sich, dass viele Kommunen über konfliktreiche Gemengelagen verfügen. Von allen Befragten sind es aber nur knapp ein Viertel (24,1%), die auf die Frage danach, ob es viele Gemengelagen gibt, mit „trifft zu" oder „trifft eher zu" geantwortet haben. Der größte Teil mit 41,7% hat mit „trifft teils-teils zu" geantwortet. Im Gesamtüberblick ist Gewerbelärm ein wichtiges Thema, das aber in vielen Kommunen in einer kleinen Anzahl von Gemengelagen konfliktbehaftet ist.

Die wesentlichen Wege der Konfliktermittlung in den Kommunen sind mit über 90% Stellungnahmen der Träger öffentlicher Belange im Planverfahren sowie die eigene Ortskenntnis der Planerinnen und Planer. Weitere 81,7% ermitteln potenzielle Konflikte aus vorliegenden Gutachten, 66,1% aus Stellungnahmen der Öffentlichkeit und 48,6% durch eine Anfrage bei der Bauaufsicht. Weniger als 40% befragen die Betriebe oder holen Informationen ein bzw. stellen eine Anfrage an das Umweltamt. Jeweils 28,4% bezieht Informationen aus Lärmaktionsplänen oder aus Anfragen bei der Gewerbeaufsicht. Zuletzt ermitteln 14,7% potenzielle Konflikte durch Befragung oder Information von Anwohnerinnen und Anwohnern.

Weiterhin zeigt die Analyse der Befragungsdaten:

> Vielen Kommunen fehlen notwendige Informationen über Lärmemissionen vieler Gewerbebetriebe.

> Altgenehmigungen sind im Gewerbelärm eine Unsicherheit.

> Die Regelungen zur Festlegung von Lärmkontingenten und Schallleistungspegeln werden als eindeutig empfunden.

> Kommunen arbeiten häufig kontinuierlich mit denselben Fachgutachterinnen und Fachgutachtern zusammen.

> Zum Gewerbelärm werden wenige Vorgaben an Gutachterinnen und Gutachter gemacht und planerische Aussagen in der Regel unverändert übernommen.

> Verlagerungen in das Genehmigungsverfahren sind im Gewerbelärm üblich.

> Viele Kommunen geben eine Unsicherheit im Umgang mit Altgenehmigungen (z.B. noch nicht ausgeschöpfte Genehmigungen) an.

> Ein unerwartet hoher Anteil von Kommunen (14,7%) greift beim Gewerbelärm auf gar keine Erlasse oder Leitlinien zurück.

Als ein besonders relevantes Kriterium für das insgesamt breit gestreute Antwortverhalten hat sich die Stadtgröße herausgestellt. So orientieren sich kleinere Städte eng an technischen Empfehlungen wie der DIN 18005 oder der TA Lärm und sehen diese als verbindlich für ihr Handeln an. Große Städte (über 100.000 Einwohner) machen mehr Vorgaben an beauftragte Fachgutachter und nur in kleineren Städten werden gar keine Fortbildungen im Themenbereich gewerblicher Immissionsschutz wahrgenommen. Die Personalausstattung hingegen ist in der Regel konstant, wobei es bei kleineren Städten oft nur zwei oder drei Personen sind, die alle Entscheidungen in der Bauleitplanung vorbereiten und in denen alle Aspekte fachlicher Expertise vereint sind. Die große Mehrheit gibt an, über ausreichend Finanzmittel für notwendige Gutachten zu verfügen (33,0% „trifft zu", 43,1% „trifft eher zu").

Die Fallstudien offenbaren, dass neben gut erfassbaren Daten viele individuelle Faktoren entscheidend sind, die im quantitativen Querschnitt nicht erfassbar sind. Kommunales Planungshandeln wird zwar durch institutionelle Faktoren beeinflusst, aber Unterschiede in der Anwendung und Auslegung von Rechtsvorschriften sind auch auf der Mikroebene auf kleinteilige Unterschiede zurückzuführen, die bis auf die Ebene einzelner Mitarbeiter und auf deren Netzwerke und Motivation zurückgehen. Diese Faktoren werden umso wichtiger angesichts der Tatsache, dass Bauleitplanung in der großen Mehrheit der Kommunen von wenigen Personen bearbeitet wird und die Untere Immissionsschutzbehörde oftmals nicht über eine Vollzeitstelle verfügt. Ein enger Einbezug von Gesundheitsämtern in die Bauleitplanung konnte in den Fallstudien des Projekts nicht erkannt werden.

6 Fazit: Ansatzpunkte zur Unterstützung der kommunalen Praxis

Die besonders relevanten Einflussfaktoren auf die Anwendung und Auslegung von Rechtsvorschriften sind einerseits die Bereiche Wissen und laufendes Verwaltungshandeln. Kenntnisse und Eindeutigkeit von Rechtsvorschriften ebenso wie deren Handhabbarkeit innerhalb sehr begrenzter zeitlicher Ressourcen sind entscheidend in Kombination mit der Orientierung an etablierten Routinen. Hier sollte weitere Forschung ansetzen und ihre praktischen Handlungsempfehlungen andocken. Einen hohen Einfluss auf die Anwendung und Auslegung von Rechtsvorschriften haben nach den kommunalen Fallstudien auch

> im Bereich der organisatorischen Regelungen und Zuständigkeiten die informellen Routinen der Abstimmung innerhalb eines Amtes und ämter- bzw. ressortübergreifend sowie die organisatorische Verbindung zwischen Bauleitplanung und Baugenehmigung,

> im Bereich der personellen Ressourcen persönliche gute Kontakte der zuständigen Personen über Ämtergrenzen hinweg, deren Eigenmotivation und individuelle Kreativität sowie die eigenmotivierte Beschäftigung mit neuen Entwicklungen und Lösungen.

Im Gewerbelärm sind Verlagerungen in das Genehmigungsverfahren üblich (vgl. Kap. 5). Dieses Vorgehen wird vor allem dann gewählt, wenn die planerische Gestaltungsaufgabe und die planerische Vorsorge dies erfordern und eine Konfliktlösung auf einer nachgelagerten Ebene auch sachgerecht erfolgen kann. Erste Erkenntnisse aus den Fallstudien legen nahe, dass Kommunen, die Bauleitplanung und Baugenehmigung organisatorisch und personell sehr eng verknüpfen, mehr Regelungen in Bebauungsplänen treffen und diese auch stringenter durchziehen bis zum konkreten Bauvorhaben.

Aus der empirischen Analyse wird deutlich, dass sich Kommunen relativ sicher im Umgang mit Gewerbelärm fühlen. Das gilt in der Regel vor allem dann, wenn es keinen externen Anlass für Selbstzweifel gibt – beispielsweise die gerichtliche Kontrolle eines Bauleitplans oder stark umstrittene Planungen – und bekannte und schon erprobte bauplanungsrechtliche Festsetzungsmöglichkeiten nicht mehr einsatzfähig sind. Eine wesentliche Einflussgröße für die Rechtsanwendung ist der Wissenstransfer

> vertikal von übergeordneten (Fach-)Behörden bis auf die Ebene der Sachbearbeitung,

> horizontal zwischen verschiedenen Ämtern einer Stadt sowie den Ämtern anderer Städte,

> inhaltlich zwischen den Verfassern komplexer Rechtsvorschriften, den „Fachanwendern“ in Form von Immissionsschutzbehörden und Gutachtern und der Bauleitplanung sowie

> individuell im Austausch zwischen einzelnen Personen.

Selbst in größeren Städten werden Festsetzungen des gewerblichen Immissionsschutzes oft nur von einer Person getroffen und geprüft. In mehreren Bundesländern wurde hier der Wegfall der staatlichen Umweltämter als sehr kritisch eingestuft und als Verlust von Fachwissen innerhalb der Bauleitplanverfahren beurteilt. Die Analyse der Fallstudien hat gezeigt, dass auf kommunaler Ebene sehr feinteilige Systeme bestehen, wie Spezialwissen angeeignet, vorgehalten und innerhalb eines Amts sowie über Ämtergrenzen hinweg geteilt wird. Zeitnaher Transfer von Wissen in die kommunale Praxis gelingt aber nur bedingt. Die Änderung einer Rechtsvorschrift ist also weder grundsätzlich hinreichend für die Änderung des kommunalen Planungshandelns, noch kann von schnellen Veränderungsprozessen ausgegangen werden. Der Zugang zu aktueller Rechtsprechung und (juristischer) Fachliteratur ist in vielen Städten nur eingeschränkt. Wichtiger aber: Wissen zum Umgang mit Gewerbelärm auf der kommunalen Ebene wird in der Regel nicht vorgehalten, sondern anlassbezogen erarbeitet. Hieraus ergeben sich aus Sicht der Autorin und des Autors Ansatzpunkte zur Unterstützung

der Rechtsanwendung in den Kommunen, vor allem auch in Hinblick auf die Implementation gesundheitsfördernder Strategien.

Wenn es um den Schutz vor Gewerbelärm geht, sind Planerinnen und Planer vor Ort vielfach nicht diejenigen, die über die lärmbezogene Expertise verfügen.[4] Die zeitlichen Restriktionen des Alltags führen zudem dazu, dass es nicht ausreicht, auf die Möglichkeit des Einbezugs externer Wissensquellen hinzuweisen. Externe Expertise kann nur dann einbezogen werden, wenn intern ausreichend Handlungsressourcen zur Verfügung stehen (vgl. auch Mayntz/Scharpf 1999): Zeit für die Auseinandersetzung und Integration und bei Gutachtern oder außerbehördlichen Expertinnen und Experten auch Finanzmittel. Die Zusammenarbeit mit den Unteren Immissionsschutzbehörden zeigt eine große Spannweite zwischen sehr feinteiliger Detailabstimmung bis zu einem Rückzug des Kontakts auf die formal vorgesehenen Kontaktpunkte in Bauleitplanungs- oder Bauordnungsverfahren. Die planerische Vorbereitung der formellen politischen Abwägungsentscheidung benötigt aber in der Praxis ein Mindestmaß an eigenem Verständnis. Dazu sollte stärker sowohl auf individuelle Gesichtspunkte von Planerinnen und Planern als auch auf systemische Aspekte der sie umgebenden kommunalen Verwaltung geachtet werden. Mehrere Interviewpartner haben deutlich gemacht, dass die Bauleitplanung aus ihrer Perspektive immer mehr fachliche Inhalte integrieren soll, die immer schwieriger in einem Plan zu vereinen sind. Planerinnen und Planer vor Ort werden in ihren Möglichkeiten und den zur Verfügung stehenden Ressourcen stark herausgefordert und in manchen Fällen auch überfordert – obwohl Gewerbelärm in den meisten Fallstudien kein Thema intensiver öffentlicher Debatten ist.

Wichtig ist demzufolge die Förderung eines zeitnahen Wissenstransfers durch eine kontinuierliche Begleitung der Aufsichtsbehörden oder Immissionsschutzbehörden. Die meisten Planerinnen und Planer vor Ort zeigen sich offen für neue Festlegungsmöglichkeiten, haben aber nicht die Anknüpfungspunkte, neue Ideen zu finden und zu implementieren. Hier ist eine gezielte Förderung sinnvoll durch

> praxisgerechte Aufarbeitung von Handlungsoptionen,

> Förderung eines Erfahrungsaustausches zwischen Kommunen und

> aktive Mitarbeit an fachlichen Einschätzungen und die Abwägung auf Basis von Fachgutachten.

Viele Interviewpartnerinnen und Interviewpartner haben deutlich gemacht, dass sie vor allem Unterstützung darin brauchen, was sinnvoll und zweckmäßig im Rahmen ihrer Möglichkeiten ist. Gerade in Zeiten knapper werdender personeller Ressourcen erlangt das individuelle Sach-, Orts- und Fachwissen der einzelnen Person eine zentrale Bedeutung. Wie einige Fallstudien zeigten, geschieht der Wissensaustausch unstrukturiert und spontan. Wenn Wissen, das in den Köpfen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder auch in Dokumenten „schlummert", nicht kommuniziert und für alle verfügbar gemacht wird, geht ein enormes Potenzial verloren (vgl. Bullinger/Wör-

4 Zur Unterscheidung von Wissensformen vgl. Zimmermann 2010.

ner/Prieto 1998). Möglichkeiten eines internen Wissenstransfers, von denen auch in den Fallstudieninterviews berichtet wurde, sind:

> die Aufbereitung von einschlägigen Urteilen und Weitergabe in einen internen Umlauf

> ein institutioneller und kontinuierlicher Austausch wie interne Baukonferenzen

> fachbereichsübergreifende Datenbanken mit Zugriff bspw. auf Lärmkartierungen

> ein strukturiertes Wissensmanagement (Nutzbarmachen von personifiziertem Wissen für andere Mitarbeiter)

Informelle Fachpläne wie der Fachplan Gesundheit (siehe Beitrag Baumgart/Dilger in diesem Band) können einen abwägungserheblichen Belang für den Umgang mit Lärm darstellen. In der Praxis der untersuchten Kommunen erreichen strategische Leitbilder und gesamtstädtische Konzepte nur eine geringe Unterstützung in einzelnen Bauleitplanverfahren. Schließlich können abwägungsdirektive, kommunale Zielsetzungen geeignet sein, auch eine Überwindung der Richt- und Orientierungswerte in der Abwägung im Hinblick auf eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung herbeizuführen, genauso wie die Möglichkeit, innerhalb der Abwägung auf die Belastung unterschiedlicher Lärmquellen einzugehen (negativ hierzu BUND 2013: 10 ff.; positiv Schmidt-Eichstädt 2016: 955). Damit ist letztendlich auch eine Diskussion der planerischen Vorsorge eröffnet, die bereits deutlich unterhalb einer abstrakten Gefahrenschwelle eintritt, um das Eintreten der Gefahr bereits im Vorfeld effektiv zu vermeiden (vgl. hierzu auch Kloepfer/Griefahn/Kaniowski et al. 2006: 391; siehe auch Beiträge Kühling/Kawe in diesem Band).

In Ausschöpfung des bauplanerischen Abwägungsspielraums und Würdigung der besonderen Situation des Einzelfalls ergeben sich verschiedene Möglichkeiten zur Vermeidung oder Reduzierung von lärmbedingten Gesundheitsrisiken. Die Forschung im Projekt IRIS und dieser Beitrag machen deutlich, dass dies immer vor dem Hintergrund der Planungspraxis vor Ort gesehen werden sollte. Ein besseres Verständnis der Prozesse der Rechtsanwendung und -auslegung hilft hierbei, die sinnvollen – und mitunter dann auch ‚kleinen' Anpassungen – zu identifizieren, die vor Ort zu sichtbaren Veränderungen im Sinne einer gesundheitsorientierten Stadtentwicklung führen können.

Autoren

Dr. Christian Lamker (**1984*), *studierte Raumplanung* (*Dipl.-Ing.*) *und ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund an den Fachgebieten Stadt- und Regionalplanung sowie Raumordnung und Planungstheorie. In Dortmund, Auckland und Melbourne hat er studiert und gearbeitet. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Planungstheorie, Planungsprozesse und -verfahren, Raumordnung, Klimaanpassung und an der Schnittstelle zwischen Wissen-*

schaft und Praxis. Er ist aktiv in der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) als Mitglied des Lenkungskreises, Sprecher der Regionalgruppe NRW und Mitglied der NRW-Arbeitsgruppe Postwachstumsgesellschaft.

Dr.-Ing. Andrea Rüdiger (**1966*)*, Stadtplanerin und Diplom-Verwaltungswirtin, ist wissenschaftliche Angestellte des Fachgebietes Stadt- und Regionalplanung, Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund. Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der klimagerechten Stadtentwicklung, der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung und -planung sowie in der Analyse des Einflusses der Stadtgröße auf das planerische Handeln. Geschäftsführerin des Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.*

Anmerkung

Der Beitrag basiert auf Ergebnissen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Forschungsprojekts „Implementation von Rechtsvorschriften zum gewerblichen Immissionsschutz in der Stadtplanung" (IRIS). Das Projekt wird am Fachgebiet Stadt- und Regionalplanung, Fakultät Raumplanung, TU Dortmund, unter der Projektleitung von Sabine Baumgart durch Andrea Rüdiger, Christian Lamker, Raphael Sieber sowie in der ersten Phase durch Heike Köckler und Johanna Schoppengerd bearbeitet. Die Autoren danken dem gesamten Projektteam.

Literatur

ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.) (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Hannover. = Positionspapier aus der ARL 97.

Babisch, W. (2011): Quantifizierung des Einflusses von Lärm auf Lebensqualität und Gesundheit. In: Umwelt und Mensch. In: Informationsdienst 2011 (1), 28-36.

Babisch, W.; Guski, R.; Ising, H.; Maschke, C.; Mych, T.; Niemann, H.; Spreng, M. (2014): Lärm. In: Wichmann, H. E.; Schlipköter, H. W.; Fülgraff, G. (Hrsg.): Handbuch Umweltmedizin, 52. Erg. Lfg. 6/14.

Baumgart, S. (2014): Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen. Ein Bericht aus dem Arbeitskreis der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL). In: UMID 2014 (2), 11-15.

Böhme, C.; Reimann, B.; Bär, G. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin. = Edition Difu 9.

Bogumil, J. (2005): Kommune/Kommunale Selbstverwaltung. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover, 515-520.

Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.) (2012): Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern.

Bullinger, H. J.; Wörner, K.; Prieto, J. (1998): Wissensmanagement – Modelle und Strategien für die Praxis. In: Bürgel, H. D. (Hrsg.): Wissensmanagement. Berlin/Heidelberg, 21-39. = Edition Alcatel SEL Stiftung.

BUND – Bund für Umwelt- und Naturschutz Deutschland (Hrsg.) (2013): Schutz vor Lärm und Schutz der Ruhe. Berlin. = positionen 60.

Bundesregierung (Hrsg.) (2002): Perspektiven für Deutschland: Unsere Strategie für eine nachhaltige Entwicklung. Berlin.

Claßen T. (2013): Lärm macht krank! – Gesundheitliche Wirkungen von Lärmbelastungen in Städten. In: IzR – Informationen zur Raumentwicklung 3.2013: 223-234.

Curtis, S. E.; Oven, K. J. (2012): Geographies of health and climate change. In: Progress in Human Geography 36 (5), 654-666.

Diller, C. (2013): Ein nützliches Forschungswerkzeug! Zur Anwendung des Akteurzentrierten Institutionalismus in der Raumplanungsforschung und den Politikwissenschaften. In: Planung Neu Denken Online 2013 (1), 1-15.

Guski, R.; Klatte, M.; Moehler, U.; Müller, U.; zur Nieden, A.; Schreckenberg D. (2016): NORAH (Noise Related Annoyance, Cognition, and Health): Questions, designs, and main results. Vortrag im Rahmen des 22nd International Congress on Acoustics, vom 05. bis 09. September 2016 in Buenos Aires. http://www.norah-studie.de//de/s1-lebensqualitaet.html?file=files/norah-studie.de/Downloads/ICA2016-0157%20Guski%20et%20al%20NORAH%20Overview.pdf (14.09.2017).

Hornberg, C; Claßen, T.; Steckling, N.; Samson, R.; McCall, T.; Tobollik, M.; Mekel, O.; Terschüren, C.; Schillmöller, Z.; Popp, J.; Paetzelt, G.; Schümann, M. (2013): Endbericht zum Vorhaben „Quantifizierung der Auswirkungen verschiedener Umweltbelastungen auf die Gesundheit der Menschen in Deutschland unter Berücksichtigung der bevölkerungsbezogenen Expositionsermittlung" – (Verteilungsbasierte Analyse gesundheitlicher Auswirkungen von Umwelt-Stressoren, VegAS). Berlin/Dessau-Roßlau.

Huss, A.; Spoerri, A.; Egger, M.; Röösli, M. (2010): Aircraft noise, air pollution and mortality from myocardial infaction in Switzerland: National cohort study. In: Epidemiology 21 (6), 829-836.

Jarup, L.; Babisch, W.; Houthuijs, D.; Pershagen, G.; Katsouyanni, K.; Cadum, E.; Dudley, M. L.; Savigny, P.; Seiffert, I.; Swart, W.; Breugelmans, O.; Bluhm, G.; Selander, J.; Haralabidis, A.; Dimakopoulou, K.; Sourtzi, P.; Velonakis, M.; Vigna-Taglianti, F. (2008): Hypertension and exposure to noise near airports: The HYENA study. In: Environmental Health Perspectives 116 (3), 329-333.

Kloepfer, M. (2004): Umweltrecht. München.

Kloepfer, M.; Griefahn, B.; Kaniowski, A. M.; Klepper, G.; Lingner, S.; Steinebach, G.; Weyer, H. W.; Wysk, P. (Hrsg.) (2006): Leben mit Lärm? Risikobeurteilung und Regulation des Umgebungslärms im Verkehrsbereich. Berlin/Heidelberg.

Koch, H.-J. (2000): Aktuelle Probleme des Lärmschutzes. In: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 19 (5), 490-501.

Krizek, K.; Forsyth, A.; Slotterback, C. S. (2009): Is there a role for evidence-based practice in urban planning and policy? In: Planning Theory & Practice 10 (4), 459-478.

Kuhlmann, S. (2003): Rechtsstaatliches Verwaltungshandeln in Ostdeutschland: Eine Studie zum Gesetzesvollzug in der lokalen Bauverwaltung. Opladen..

Lamker, C. W. (2016): Unsicherheit und Komplexität in Planungsprozessen: Planungstheoretische Perspektiven auf Regionalplanung und Klimaanpassung. Lemgo. = Planungswissenschaftliche Studien zu Raumordnung und Regionalentwicklung 6.

Levin-Keitel, M.; Sondermann, M. (2014): Planerische Instrumente in lokalen Kontexten – Einblicke in die Vielfalt von Planungskulturen. In: Grotheer, S.; Schwöbel, A.; Stepper, M. (Hrsg.): Nimm's sportlich – Planung als Hindernislauf. 16. Junges Forum der ARL 29. bis 31. Mai 2013 in Kaiserslautern. Hannover, 172-191. = Arbeitsberichte der ARL 10.

Löhr, R.-P. (2012): Das Recht der kommunalen Bauleitplanung und gesundheitliche Belange. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 37-48. = Programmbereich Gesundheit.

Mayntz, R. (1999): Individuelles Handeln und gesellschaftliche Ereignisse: Zur Mikro-Makro-Problematik in den Sozialwissenschaften. Köln. = Working Paper 99/5.

Mayntz, R.; Scharpf, F. W. (1995): Der Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus. In Mayntz, R.; Scharpf, F. W. (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt am Main/New York, NY, 39-72. = Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung 23.

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013): Städtebauliche Lärmfibel.
www.staedtebauliche-laermfibel.de (25.08.2016).

Othengrafen, F. (2012): Uncovering the unconscious dimensions of planning: Using culture as a tool to analyse spatial planning practices. Farnham/Burlington, VT.

Rohrmann, B. (1984): Psychologische Forschung und umweltpolitische Entscheidungen: Das Beispiel Lärm. Beiträge zur psychologischen Forschung, Band 3. Opladen.

Röösli, M. (2012): Verkehrslärm und chronische Erkrankungen. Vortrag auf dem 15. Zürcher Forum Prävention und Gesundheitsförderung am 27.11.2012 in Zürich.
http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Konzept/Forum/2012/Rooesli_def.pdf (14.09.2017).

Rydin, Y.; Bleahu, A.; Davies, M.; Dávila, J. D.; Friel, S.; de Grandis, G.; Groce, N.; Hallal, P. C.; Hamilton, I.; Howden-Chapman, P.; Lai, K.-M.; Lim, C. J.; Martins, J.; Osrin, D.; Ridley, I.; Scott, I.; Taylor, M.; Wilkinson, P.; Wilson, J. (2012): Shaping cities for health: Complexity and the planning of urban environments in the 21st century. In: The Lancet 379 (9831), 2079-2108.

Sächsisches Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft; Sächsisches Landesamt für Umwelt, Landwirtschaft und Geologie (o.J.) (Hrsg.): Umwelt: Wirkung von Lärm auf den Menschen. www.umwelt.sachsen.de/umwelt/3514.htm (22.08.2016).
Schäfer, R.; Schmidt-Eichstaedt, G. (1984): Praktische Erfahrungen mit dem Bundesbaugesetz. Melle.
Scharmer, E. (1985): Der Vollzug der bauplanerischen Genehmigungsvorschriften. In: Wollmann, H. (Hrsg.): Rechtstatsachenuntersuchung zur Baugenehmigungspraxis. Bad Godesberg, 19-46.
Schmidt, C. M. (2011): Die Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels in der Strategischen Umweltprüfung von englischen und deutschen Flächennutzungsplänen. In: UVP-Report 25 (5), 251-256.
Schmidt-Eichstaedt, G.; Weyrauch, B.; Zemke, R. (2013): Städtebaurecht. Stuttgart.
Schoppengerd, J. (2015): Umsetzung rechtlicher Anforderungen in der Bauleitplanung am Beispiel der Seveso-II-Richtlinie. Dortmund.
Schröer, T. (2007): Segmentierte Lärmbetrachtung – ein Auslaufmodell? In: Neue Zeitschrift für Baurecht und Vergaberecht 8 (9), 568-570.
Schulte, M.; Michalk, K. (2016): BImSchG §3 Begriffsbestimmungen. In: Giesberts, L.; Reinhardt, M. (Hrsg.) (2016): Beck'scher Online-Kommentar Umweltrecht, Rn. 7-30.
Stapelfeldt, A. (2012): Lärmschutz in der Bauleitplanung – eine Einführung. In: Kommunaljurist 9 (11), 415-420
Stender, K.-P. (2012): Ressortübergreifende Kooperation – am Beispiel der Gesundheitsförderung in Hamburg. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 229-236. = Programmbereich Gesundheit.
UBA – Umweltbundesamt (Hrsg.) (2011): Auswertung der Online-Lärmumfrage des Umweltbundesamtes.
https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/publikation/long/3974.pdf (24.08.2016).
Vienneau, D.; Schindler, C.; Perez, L.; Probst-Hensch, N.; Röösli, M. (2015): The relationship between transportation noise exposure and ischemic heart disease: A meta-analysis. In: Environmental Research 138, 372-380.
Voice, P. (2009): Unjust noise. In: Nordic Journal of Applied Ethics/Etikk I Praksis 3 (2), 85-100.
WBGU – Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (Hrsg.) (2016): Der Umzug der Menschheit: Die transformative Kraft der Städte. Hauptgutachten. Berlin.
WHO – World Health Organization Regional Office for Europe (Hrsg.) (2011): Burden of disease from environmental noise: Qualification of healthy life years lost in Europe.
http://www.euro.who.int/en/what-wepublish/abstracts/burden-of-disease-from-environmental-noise.-quantification-of-healthylife-years-lost-in-europe (17.08.2011).
Zimmermann, K. (2010): Der veränderte Stellenwert von Wissen in der Planung. In: Raumforschung und Raumordnung 68 (2), 115-125.

Gesetze

BauGB, Baugesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 2004 (BGBl. I: 2414), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I: 1722) geändert worden ist.
BImSchG, Bundes-Immissionsschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Mai 2013 (BGBl. I: 1274), das durch Artikel 3 des Gesetzes vom 26. Juli 2016 (BGBl. I: 1839) geändert worden ist.
GG – Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I: 2438) geändert worden ist.

Sabine Baumgart, Christa Böhme, Thomas Claßen, Ulrich Dilger, Rainer Fehr, Christiane Kawe, Thomas Kistemann, Heike Köckler, Wilfried Kühling, Eike Quilling, Horst Rauland, Anne Ritzinger, Andrea Rüdiger, Gabriele Spies, Minh-Chau Tran, Dieter Weber

PLANUNG FÜR GESUNDHEITSFÖRDERNDE STÄDTE – EIN AUSBLICK

Kurzfassung
Räumliche Planung und Gesundheitswesen sind traditionell miteinander verknüpft und werden von den jeweils gesellschaftlich bestimmten Rahmenbedingungen, Zielsetzungen und städtebaulichen Leitvorstellungen geprägt. Diese schlagen sich in den institutionellen Rahmenbedingungen nieder. In dem abschließenden Kapitel werden Empfehlungen und Forderungen formuliert, um beide Politik- und Handlungsfelder zu qualifizieren.

Schlüsselwörter
Gesundheitsförderung – Stadtentwicklung – Public Health – Räumliche Planung – Partizipation

Planning for health-promoting cities – An outlook

Abstract
Spatial planning and public health are traditionally linked to each other and are characterised by socially determined frameworks, objectives and urban visions. These are reflected in the institutional framework. The concluding chapter formulates recommendations and demands in order to qualify both fields of policy and action.

Keywords
Health promotion – urban development – public health – spatial planning – participation

Der vorliegende Sammelband zeigt, dass räumliche Planung und Gesundheitswesen eine lange gemeinsame Geschichte haben. Die Verknüpfungen und Wechselwirkungen beider Handlungsfelder waren von jeher unterschiedlich ausgeprägt; ihnen liegen ökonomische und politisch-institutionelle Rahmenbedingungen für städtebauliche Leitvorstellungen bzw. Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung zugrunde. In den Beiträgen wird der aktuelle Diskussionsstand zu Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung als Aufgabe räumlicher Planung in Kooperation mit Public Health, aber darüber hinaus auch als zivilgesellschaftlicher Diskurs in der Öffentlichkeit vermittelt, nicht zuletzt angesichts einer alternden Bevölkerung. Der abschließende Ausblick ist keine Zusammenfassung der vorherigen Beiträge, sondern hebt die sich stellenden Aufgaben insbesondere auf der kommunalen Ebene als ein gemeinsames Diskussionsergebnis aller Mitglieder des Arbeitskreises hervor.

Eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ist Aufgabe von Politik und Verwaltungsspitze. Der Stadtpolitik ist es vorbehalten, Zielsetzungen für eine gesunde Stadtentwicklung festzulegen. Ein zielgerichtetes integriertes Handeln muss daher zur Handlungsprämisse für alle Verwaltungsressorts gemacht werden. Bei allen relevanten Planungen und Vorhaben vor allem im Bereich der integrierten Stadt(teil)entwicklung, aber auch im Umweltbereich (u.a. Konzepte zur Klimaanpassung, Lärmaktions- und Luftreinhaltepläne, Freiraumkonzepte), müssen die Belange von sozialer Lage und Umwelt in der Abwägung eine explizite Berücksichtigung finden. Im Rahmen der räumlichen Planung sollten die Städte die spezifischen Potenziale jedes einzelnen Instrumentes nutzen und das gesamte ausdifferenzierte System formeller und informeller Planungsinstrumente je nach Ausgangslage variabel und aufeinander abgestimmt einsetzen. Auf dieser Grundlage der politisch gesetzten strategischen Prioritäten sollten die Fachämter jedoch nicht aus der Verantwortung entlassen werden und dem WHO-Ansatz einer „Health in all Policies" folgen.

Gesundheitsförderung erfolgt in Quartieren, Städten und Regionen. Gesundheitsförderung im Setting Kommune legt den Fokus auf das Wohnquartier bzw. den Stadtteil als alltäglichen Lebens- und Erfahrungsraum, der vielfach auch einen politischen bzw. städtebaulichen Handlungsrahmen darstellt. Das Präventionsgesetz bietet Potenzial für gesundheitsfördernde Stadt(teil)entwicklung, das es auszugestalten und zu nutzen gilt. Anknüpfungspunkte für Stadtentwicklung und -planung auf Basis des Leistungskatalogs des Leitfadens Prävention (GKV-Spitzenverband 2014) des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen liegen in den Bereichen Bedarfsermittlung und Zielentwicklung, in der Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen, der Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie der Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen. Dies umfasst auch die Partizipation, Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung sowie Öffentlichkeitsarbeit und Förderung von Vernetzungsprozessen. Es ist davon auszugehen, dass sich Krankenkassen vor allem in solchen Kommunen engagieren, die Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich als kommunales Ziel verfolgen und selbst einen angemessenen Eigenanteil erbringen. Es können somit neue Handlungsräume und Experimentierfelder zur Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene entstehen, deren Veränderungsprozesse es kommunal zu begleiten und zu verstetigen gilt, nicht zuletzt auch um lokales zivilgesellschaftliches Engagement einzubeziehen bzw. zu motivieren. Die regionale Ebene steht dabei bisher noch weniger im Fokus, wenngleich vor allem in den Verdichtungsräumen auch regional Stadtbereiche zu erkennen sind, die von Benachteiligung gekennzeichnet sind (wie geringere Lebenserwartung). Dies verweist auf die Verknüpfung von unterschiedlichen räumlichen Ebenen, die über die Berücksichtigung der Grundsätze bis zur Beachtung der endabgewogenen Ziele der Regionalplanung bei der örtlichen Planung Gesundheitsförderung auch als eine Aufgabe auf der regionalen Ebene thematisieren. Hier ist an die raumordnerische Zusammenarbeit gemäß § 13 (2) Raumordnungsgesetz zu denken, in der regionale und interkommunale Netzwerke oder auch eine regional abgestimmte Raumbeobachtung im Hinblick auf raumbedeutsame Planungen adressiert werden. Gesundheitsfördernde Aspekte von regionalen Grünzügen und Kulturlandschaften können hier herausgestellt werden und zur Vernetzung mit Akteuren außerhalb von Politik und Verwaltung beitragen.

Für (gesundheitsfördernde) Taten sind Daten erforderlich bzgl. einer integrierten Berichterstattung im Rahmen einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung (siehe Beitrag von Bolte in diesem Band). Nach wie vor fehlt eine gesundheitsbezogene integrierte evidenz-basierte Betrachtung als Grundlage für planerische Argumentationslinien auf kleinräumiger Ebene wie dem Quartier oder Stadtteil. Dabei sind Schnittstellen zwischen unterschiedlichen kommunalen Verantwortungsbereichen zu definieren, um in die jeweilige Planung einer Stadt einfließen zu können. Den Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit gilt es zu erkennen und Indikatoren zu definieren. Ein Fachplan Gesundheit als informelles sektorales Instrument des Gesundheitsamts kann hier pro-aktive raumbezogene Anforderungen formulieren (zum Stand der Praxis in NRW und zu Anforderungen und Zielsetzung eines Fachplans Gesundheit siehe Beitrag von Baumgart/Dilger in diesem Band). Die Identifikation von Teilräumen mit erhöhtem Bedarf an Gesundheitsförderung, beispielweise aufgrund von Mehrfachbelastungen, kann somit datenbasiert in die politisch-administrative Debatte eingebracht werden (wie beispielsweise die thematischen Karten zu Umweltgerechtigkeit in Berlin als analytische Datengrundlage, siehe hierzu auch Beitrag von Klimeczek in diesem Band). Mit Blick auf das Vorsorgeprinzip erscheint es hierzu ggf. notwendig, dass die Kommunen selbst strengere Interventionswerte/Umweltstandards als die gesetzlich vorgeschriebenen Grenzwerte festlegen. Dazu zählen sowohl Umweltressourcen, wie z. B. die Verteilung von Grünflächen, als auch Umweltbelastungen, wie z. B. Lärm und Luftschadstoffe. Zudem ist eine Orientierung an der Vulnerabilität von Bevölkerung ein grundlegender Ansatz in den Gesundheitswissenschaften, der noch keinen angemessenen Eingang in die Instrumente räumlicher Planung gefunden hat (in Bezug auf eine Vulnerabilitätsanalyse siehe Beitrag von Rüdiger in diesem Band).

Kooperation von räumlicher Planung und Public Health schafft Mehrwert für Gesundheitsförderung. Akteursvielfalt zur Schaffung gesunder Lebenswelten braucht sektorale Zusammenarbeit. Dazu gehört es, Gesundheits-, Umwelt- und Sozialberichterstattung zu etablieren bzw. auszubauen, um damit eine Anschlussfähigkeit durch Verräumlichung bzw. Visualisierung von gesundheitsbezogenen Problemen/Potenzialen und Zielsetzungen an räumliche Planungsprozesse zu erreichen. Nicht zuletzt können damit sektoral übergreifende Argumentationslinien aufgebaut und Allianzen gebildet werden. Bündnispartner lassen sich in vielen Handlungsfeldern finden, v.a. Klimaanpassung, energetische Stadterneuerung, soziale Integration, barrierefreies Wohnumfeld, bewegungsfördernde (Nah)-Mobilität, Nahversorgung, öffentliche Frei-/Grünräume. Eine verbesserte Evidenz zur quantitativen Abschätzung von Effekten der gebauten Umwelt im Stadtteil auf die Gesundheit unter Berücksichtigung sozialer Aspekte kann zu einer nachhaltigen gesunden Stadtentwicklung an der Schnittstelle von Stadtplanung und Public Health beitragen.

Ressortübergreifendes Verwaltungshandeln von räumlicher Planung und Public Health/Gesundheitswesen muss operationalisiert werden. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ist eine interdisziplinäre Querschnittsaufgabe, die nur durch integriertes Verwaltungshandeln im Sinne einer horizontalen und vertikalen Verknüpfung bewältigt werden kann. Eine fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Ressorts bei der Einbeziehung verschiedener sektoraler Handlungsfelder muss erprobt und dann in Routinen überführt werden, die in Regelverfahren integriert wer-

den, aber durchaus auch darüber hinausgehen können. Hier knüpft die Debatte um eine zukunftsorientierte räumliche Planung an, die mit ihren Instrumenten anpassungsfähig und flexibel reagieren und in der planerischen Steuerung auch Optionen offenhalten kann. Bei Fachplanungen der Ressorts stellen sich zudem Fragen der sekundären Integration (beispielsweise die Aufnahme städtebaulich relevanter Regelungen des erarbeiteten und beschlossenen Fachplans Gesundheit in den Flächennutzungs- bzw. Bebauungsplan) oder auch der primären Integration (d. h. einzelne gesundheitsrelevante Regelungen direkt in die Bauleitpläne aufzunehmen). Dies gilt nicht nur für die explizit auf Gesundheitsbelange ausgerichtete informelle Fachplanung, sondern trifft auch für die formellen Fachplanungen, beispielsweise des Verkehrs, zu, die ihre Ansprüche an die Raum- und Bodennutzung auf fachgesetzlicher Grundlage selbstständig sichern. Gleichzeitig sind zur Überprüfung auch hier wie in allen Handlungsfeldern spezifische messbare und anwendungsorientierte Kriterien für die Zielerreichung zu definieren und verbindliche Vorgaben im Sinne von Standards als Teil der Pflichtaufgaben zu diskutieren.

Die Aufnahme von Gesundheitsförderung in die Städtebauförderung bietet Potenziale für die Qualifizierung des städtebaulichen Bestands. Die Städtebauförderung bietet mit ihren verschiedenen Teilprogrammen im Besonderen Städtebaurecht des Baugesetzbuchs vielfältige Potenziale zur Finanzierung von Maßnahmen gesundheitsfördernder Stadtentwicklung. Die explizite Benennung der Bereiche Gesundheit und Umwelt bei den Zielen und/oder bei den möglichen Fördergegenständen des jeweiligen Programmes in der jährlich zwischen Bund und Ländern auszuhandelnden Verwaltungsvereinbarung zur Höhe und Verteilung der Städtebauförderung würde deutlich machen, dass ausdrücklich auch baulich-investive Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und der Umwelt förderfähig sind. Generell gilt es, Schnittstellen mit dem Leitbild Umwelt- und Gesundheitsgerechtigkeit zu identifizieren und dahingehend zu nutzen, sie mit aktuellen Handlungsfeldern wie z. B. Klimaschutz/Klimaanpassung zu verschränken. An Bund und Länder richten sich Empfehlungen zur Verankerung von Gesundheit und Umwelt in den Programmgrundlagen der Sozialen Stadt und zur Einrichtung von Partnerprogrammen für die Finanzierung sozial-integrativer Maßnahmen. Darüber hinaus wird eine Plattform für (inter-)kommunalen Erfahrungsaustausch zur programmatischen Integration von Umwelt- und Gesundheitsbelangen empfohlen. Die Kommunen sollten Gesundheits- und Umweltämter in die Organisationsstruktur zur Abgrenzung der Fördergebiete einbeziehen und Indikatoren aus Umwelt und Gesundheit, einschließlich eines Monitoring-Systems, ebenso nutzen wie umwelt- und gesundheitsbezogene Fachplanungen als Beitrag zu integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzepten. Um die Potenziale der Städtebauförderung für eine gesundheitsfördernde Städtebaupolitik nachhaltig nutzen zu können, bedarf es einer ausreichenden und dauerhaften finanziellen Ausstattung der Städtebauförderprogramme und genügend finanzieller Spielräume in den kommunalen Haushalten, um den erforderlichen Eigenanteil für die Förderung aufzubringen.

Kompetenzentwicklung führt zu Dialogfähigkeit zwischen räumlicher Planung und Public Health. Angesichts einer zunehmenden Professionalisierung von Dienstleistungen und Verwaltungshandeln, die mit einer fachlich-administrativen Spezialisierung von Ressorts einhergeht, ist nicht nur disziplinäres Fachwissen, sondern auch eine Schnittstellen-Kompetenz bei der Anwendung von Methoden und Verfahren aus

räumlicher Planung und Public Health erforderlich. Nur so kann Dialogfähigkeit und gegenseitiges fachliches Verständnis entstehen und zur Weiterentwicklung von Instrumenten und deren gesetzlichen Grundlagen beitragen. Ein wechselseitiges Verständnis des institutionellen Rahmens, der Handlungslogik und der Verwaltungsverfahren (konzeptionelle Verknüpfung des Public Health Action Cycle mit Verfahren der räumlichen Planung) ist hier weiterführend. Dies ist in Aus- und Fortbildungsangeboten der Hochschulen zu verankern, insbesondere mit Blick auf demografische Entwicklungen. Hier sind die handlungsorientierten raumbezogenen Disziplinen wie Raum-/Stadtplanung und Architektur ebenso wie die sozialwissenschaftlichen und gesundheitsbezogene Studiengänge mit Blick auf die Einbeziehung wechselseitiger Aspekte in ihre Curricula anzusprechen. So geht eine größere Sensibilität für die Gestaltung einer Wohn- und Arbeitsumgebung, die alle menschlichen Sinne und Mobilität fördert, deutlich über die gesundheitsschützenden Anforderungen der räumlichen Planung hinaus. Zur Qualifizierung von Verwaltungsakteuren für sektoral übergreifendes Handeln sollten die Hochschulen und Bundesländer die Lehrpläne von Bachelor- und Masterstudiengängen (Stadtplanung, Gesundheitsförderung, Public Health, Global Health, Umweltschutz u. a.) hinsichtlich ihrer Kompatibilität mit diesen komplexen Anforderungen einer qualifizierten Politikberatung überprüfen und gegebenenfalls anpassen. Dialogfähigkeit ist auch nach außen zur frühzeitigen Beteiligung von Zielgruppen im Planungsprozess gefragt, insbesondere mit Blick auf den Aufbau von transdisziplinären Kommunikationsstrukturen in den Stadtteilen und Quartieren. Eine Integration des gesundheitsbezogenen Empowerment-Ansatzes in die räumliche Planung ist hier förderlich.

Gesundheitsförderung ist auch eine Machtfrage. Da gesundheitliche Belange im Stadtplanungsverfahren in der Abwägung zu berücksichtigen sind, stehen sie anderen privaten und öffentlichen Belangen konkurrierend gegenüber. In Städten mit einem großen Nachfragedruck nach Wohnraum wie München oder Münster bietet die sozialgerechte Bodennutzung Ansatzpunkte, in der private Grundeigentümer an Folgekosten der Planung aufgrund der Bodenwertsteigerung beteiligt werden. Zu solchen Folgekosten können der Ausbau von Erschließungsstraßen, örtliche Grünflächen, soziale Infrastruktur, ein Anteil an sozialem Wohnungsbau, der Ausgleich für Eingriffe in Natur und Landschaft oder auch Planungskosten zählen. Gesundheitsbezogene Argumente könnten hier insbesondere mit Blick auf Frei- und Grünräume durchaus eingebracht werden, vor allem in Bezug auf die Diskussion über bauliche Dichten im Rahmen der Innenentwicklung und damit der Baulandpreise. Gleichzeitig bilden fachplanerische Konzepte zur Luftreinhaltung und Lärmminderung in ihrer Bindungswirkung für staatliche Behörden die Grundlage für gesundheits- und umweltbezogene Maßnahmen. Um die Bindungswirkung dieser Instrumente zu erhöhen, sind Schutzniveaus im Sinne von Grenzwerten unerlässlich. So wird der Belang Gesundheitsschutz in der Abwägung gegenüber anderen Belangen gestärkt. Ebenso werden planerische Ansätze in historisch gewachsenen Gemengelagen auch zu einem strategischen Kalkül der Stadtpolitik zwischen der Erhaltung von Arbeitsplätzen in emittierenden Unternehmen einerseits und der Gesundheit der nahräumlich ansässigen Bevölkerung andererseits. Die Standortentscheidungen im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Innenentwicklung zur Schonung von freiräumlichen Ressourcen am Stadtrand sind ebenso auch von bodenpreispolitischen Erwägungen mit Blick auf Aufwertungsstrategien getragen. Planerische Maßnahmen der Nachverdichtung basieren im politischen Dis-

kurs auf stadt- und immobilienökonomischen Begründungszusammenhängen, die von starken Sektoren und ihren Vertretern eingebracht werden. Umso wichtiger erscheint es, dass auf der Grundlage einer integrierten gesundheits- und umweltbezogenen Berichterstattung eine Anschlussfähigkeit an aktuelle stadtentwicklungspolitische Zielsetzungen hergestellt werden kann. Dies umfasst auch einen öffentlichen Diskurs im Rahmen informeller städtebaulicher Entwicklungskonzepte. Dafür müssen Ressourcen in Form von Kapital und Personal bereitgestellt werden.

Expertise-Netzwerke aus Stadtplanung und Gesundheit sollten verstetigt werden. Dies trägt zur Weiterentwicklung des Verständnisses epidemiologischer Daten, Methoden und Ergebnisse, zur integrierten Berichterstattung, Strategieentwicklung, zu prospektiver Abschätzung von Gesundheitseffekten von Maßnahmen sowie zu deren Evaluation bei. Die Forderung nach der Gründung von Netzwerken findet sich auch im Settingansatz als ein zentrales Prinzip und im Präventionsgesetz wieder. Insofern sollten sinnvolle Verknüpfungen und Netzwerke im Bereich der Stadterneuerung genutzt werden, um finanzielle Ressourcen der Städtebauförderung zielgerichtet mit finanziellen Ressourcen der Krankenkassen zu verknüpfen.

Gesundheitsförderung ist eine transdisziplinäre Querschnittsaufgabe für eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete städtebauliche Entwicklung. Gesundheitsförderung gehört auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Agenda. Gesundheitliche Konsequenzen von Entscheidungen und die Verantwortung der Politik für gesunde Lebensbedingungen in der Stadt bzw. die Förderung von Gesundheit müssen verdeutlicht werden. Eine disziplinübergreifende Forschung (z. B. Präventionsforschung des BMBF, Forschungsverbund Healthy Ageing der Leibniz Gemeinschaft) trägt dazu ebenso bei wie partizipative Forschungsansätze, wie sie derzeit vielerorts in Reallaboren erprobt und evaluiert werden. Es ist aber auch eine wichtige Aufgabe beider Disziplinen, sich in aktuelle Gesetzgebungsvorhaben einzubringen. Die Novellierung des Baugesetzbuches und der Baunutzungsverordnung 2017, die sich auf die Umsetzung von Strategien zur Innenentwicklung, die Einrichtung einer neuen Kategorie „Urbanes Gebiet“ (§ 6a) BauNVO) und die bis 2019 befristete Einbeziehung von Außenbereichsflächen in das beschleunigte Bebauungsplanverfahren (§ 13a BauGB) beziehen, betreffen in hohem Maße gesundheitsrelevante Aspekte. In beiden Fällen ist eine geminderte Berücksichtigung gesundheitlicher Belange festzustellen. Politikberatung erfolgt auch durch Forschungsprojekte, die sich mit gemeinsamen Zielsetzungen, Umsetzungsproblemen und gesetzlichen Vorgaben sowie mit den Instrumenten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Stadtplanung in der Umsetzung beschäftigen. Der Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ hat dies, als transdisziplinärer Zusammenschluss, mit dem Positionspapier aus der ARL 97 „Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration“ getan.

Die ARL sollte weitere Funktionen zur gesundheitsfördernden Planung übernehmen. In den letzten Jahren wurden vielfältige Netzwerke zwischen räumlicher Planung und Gesundheit aufgebaut. Diese sind sowohl hochschul-übergreifend entstanden als auch in Verbindung mit den fachlich zuständigen Institutionen, die in Forschung und Praxis tätig sind. Dazu hat auch der Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL beigetragen, in dem wissenschaftliche und praktische Ex-

pertise aus unterschiedlichen Disziplinen und Tätigkeitsbereichen zu einer transdisziplinären Betrachtung raumbezogener Gesundheitsaspekte und zu einer Verknüpfung raum-/gesundheitsbezogener Leitbilder/Instrumente zusammengefunden haben. Individuelle Lernprozesse sind im Arbeitskreis aufgrund eines wechselseitigen Wissenstransfers entstanden. Zum einen haben sich daraus weiterführende gemeinsame Aktivitäten wie Tagungsbeiträge und Veröffentlichungen sowie Forschungsprojekte und Forschungsanträge entwickelt. Zum anderen bestand Nachfrage nach vertieften Erkenntnissen aus dem politischen Raum und von Forschungsinstitutionen der Politikberatung. Nicht zuletzt hat dies zu einer Erweiterung des Themen- und Personenspektrums der Arbeit in der Akademie für Raumforschung und Landesplanung geführt und kann einen weiteren Aufbau von Kooperationen in Lehre und Forschung stärken. Dazu sollte ein Kompetenz-Netzwerk „Urban Health" etabliert werden, das den institutionellen Austausch, u. a. mit den Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen/Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, befördert. Dies kann beispielsweise mit Blick auf Stellungnahmen zu Gesetzesvorlagen oder die Erstellung von praxisorientierten Arbeitshilfen zur Anwendung von Methoden, Instrumenten und Verfahrenshinweisen für die Praxis oder auch von Modulen für die Fortbildung erfolgen. Auch sind gemeinsame Beiträge zu Konferenzen oder Sessions, wie bei dem Projekt „Brückenbau" der Universität Bielefeld, zu begrüßen. Hinsichtlich aktueller Fragen einer partizipativen Forschung geht es um deren Ausgestaltung in einem nicht darauf ausgelegten Wissenschaftssystem, beispielsweise den Zugang zu zivilgesellschaftlichen Akteuren, das Eigentum von Daten, Qualifikationswege und deren Zeiträume. Eine Verstetigung und Weiterführung der Zusammenarbeit und des gemeinsamen Anliegens einer urbanen Gesundheitsförderung sollte weitergedacht und eine Institutionalisierung angestrebt werden. Vorstellbar ist eine institutionelle Kopplung einer oder mehrerer Hochschulen in Verbindung mit der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.

Literatur

ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Positionspapier aus der ARL 97. Hannover.

GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014.

KURZFASSUNG / ABSTRACT

Planung für gesundheitsfördernde Städte
Gesunde Lebensbedingungen sind von zentraler Bedeutung für eine nachhaltige Entwicklung lebenswerter Städte. Hierzu hat der ARL-Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen" planerische und gesundheitsbezogene Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet, aufbereitet und weiterentwickelt.

In diesem Forschungsbericht werden grundlegende Begriffe und Konzepte, historische Entwicklungslinien und neue integrierte Perspektiven zum Verhältnis von Gesundheit, Raum und Intervention aufgezeigt. Darauf aufbauend werden strategische Ansätze zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität in Städten diskutiert und verschiedene Möglichkeiten der Umsetzung über planerische Instrumente beleuchtet. Die thematische Spannbreite der Beiträge reicht von grundlegenden Fragen der Umweltgerechtigkeit über partizipative und kooperative Verfahren bis hin zu konkreten Instrumenten wie einem Fachplan Gesundheit. Zudem werden gesundheitsbezogene Querbezüge zu ausgewählten Handlungsfeldern des räumlichen Planens gezogen – beispielsweise zur Klimaanpassung, zur Entwicklung von Grün- und Wasserflächen sowie zu Bewegungs- und Erholungsräumen in Städten. Zahlreiche Handlungsoptionen werden aufgezeigt, um die unterschiedlichen Handlungs- und Politikfelder der Gesundheitsförderung, der Prävention sowie der räumlichen Planung miteinander zu verzahnen.

Schlüsselwörter
Gesundheitsförderung – Public Health – Raumplanung – Stadtentwicklung – Umweltgerechtigkeit

Planning for healthy cities
Healthy living conditions are of central importance for the sustainable development of liveable cities. On this subject a working group of the Academy for Spatial Planning and Research (ARL) on "Planning for healthy urban regions" discussed, condensed and advanced the state of knowledge on planning and urban health in research and practice.

This research report addresses fundamental terms and concepts, historical lines of development and new integrative perspectives on the relations between health, space and intervention. Strategic approaches to promote public health and liveability in cities and their actual implementation through planning instruments are then discussed on this basis. The thematic focus thereby ranges from substantial questions on environmental justice, to participative and cooperative procedures, to concrete instruments like sectoral plans on health. Furthermore, health promotion is related to selected fields of action of spatial planning, such as climate adaptation and the development of urban green and blue spaces, and sports and leisure areas in cities. Different options for action are presented in order to interlink the different policy fields of health promotion, prevention and spatial planning.

Keywords
Health promotion – public health – spatial planning – urban development – environmental justice

Gesunde Lebensbedingungen sind von zentraler Bedeutung für eine nachhaltige Entwicklung lebenswerter Städte. Hierzu hat der ARL-Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ planerische und gesundheitsbezogene Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet, aufbereitet und weiterentwickelt.

In diesem Forschungsbericht werden grundlegende Begriffe und Konzepte, historische Entwicklungslinien und neue integrierte Perspektiven zum Verhältnis von Gesundheit, Raum und Intervention aufgezeigt. Darauf aufbauend werden strategische Ansätze zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität in Städten diskutiert und verschiedene Möglichkeiten der Umsetzung über planerische Instrumente beleuchtet. Die thematische Spannbreite der Beiträge reicht von grundlegenden Fragen der Umweltgerechtigkeit über partizipative und kooperative Verfahren bis hin zu konkreten Instrumenten wie einem Fachplan Gesundheit. Zudem werden gesundheitsbezogene Querbezüge zu ausgewählten Handlungsfeldern des räumlichen Planens gezogen – beispielsweise zur Klimaanpassung, zur Entwicklung von Grün- und Wasserflächen sowie zu Bewegungs- und Erholungsräumen in Städten. Zahlreiche Handlungsoptionen werden aufgezeigt, um die unterschiedlichen Handlungs- und Politikfelder der Gesundheitsförderung, der Prävention sowie der räumlichen Planung miteinander zu verzahnen.

Leibniz Gemeinschaft

Die ARL ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Akademie für Raumforschung und Landesplanung · arl@arl-net.de · www.arl-net.de
ISBN 978-3-88838-085-3 (PDF-Version) · ISBN 978-3-88838-086-0 (Print-Version)

9 783888 380860