

Elektronisches Dokument:  
**Rolf-Peter Löhr:**  
**Soziale Stadt und Gesundheit**

Originalquelle:

In: Armut und Gesundheit, Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen, Teil II, Hrsg. von Raimund Geene/Carola Gold/Christian Hans, Berlin 2002, S. 194 ff. (Materialien zur Gesundheitsförderung Band 11)

Originalformat:

doc

Speicherort:

<http://edoc.difu.de/orlis/DP1272.pdf>

Ein Service des Deutschen Instituts für Urbanistik, Berlin

# Soziale Stadt und Gesundheit

*Rolf-Peter Löhr, Deutsches Institut für Urbanistik*

## I. Vorbemerkung

Stadtplanung und Gesundheitsförderung sind von altersher eng miteinander verzahnt. So wurde in der Antike und im Mittelalter gefordert, die Winde als wichtige Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit bei der Stadtplanung zu berücksichtigen. Allerdings ist diese enge Verbindung vor allem durch eine rein physiologische Betrachtung des Menschen durch die wissenschaftliche Medizin im 19. Jahrhundert weitgehend verloren gegangen (Rodenstein 1995: 8). Die Segmentierung von Politik und Verwaltung entlang von spezialisierten Aufgaben- und Themenfeldern hat diesen Zusammenhang bis heute weiter verschüttet.

Aber sowohl auf dem Gebiet der Stadtentwicklung als auch auf dem der Gesundheitsförderung sind seit geraumer Zeit Bestrebungen vorhanden, auch in dieser Hinsicht wieder zu einer ganzheitlichen Betrachtung zu kommen. So ist seit der Ottawa-Charta 1986 Allgemeingut, dass Gesundheit wesentlich von Lebensbedingungen und Lebenslagen abhängig ist. Eine französische Untersuchung hat dargelegt, dass die weitere Lebenserwartung eines Professors mit 35 Jahren 43 Jahre beträgt, die eines ungelernten Arbeiters aber nur 34 Jahre (Rosenbrock / Geene 2000: 12). Birgit Babitsch macht in ihrem Aufsatz in derselben Veröffentlichung deutlich, wie soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit führt. Bei unterdurchschnittlicher Ausstattung mit Wissen, Geld, Macht und Prestige nehmen die gesundheitlichen Belastungen zu und die Ressourcen zu ihrer Bewältigung ab. Ein erschwerter Zugang zu gesundheitlicher Versorgung sowie ein nicht gesundheitsfördernder Lebensstil treten hinzu; diese Faktoren zusammen führen zu solch deutlichen Unterschieden in Morbidität und Mortalität (Babitsch 2000: 131).

Auch der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2001: 188) stellt fest, dass belastende Lebensbedingungen durch niedrige Einkommen, schlechten Zugang zu Bildung, mangelhafte Wohnsituation oder Arbeitslosigkeit Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten haben können und zu einem schlechteren Zugang zur gesundheitlichen Versorgung führen. Gesundheitsrelevante Risikofaktoren träten in Abhängigkeit zur Schichtzugehörigkeit unterschiedlich auf.

## II. Notwendigkeit integrierten Vorgehens zur Gesundheitsförderung

Wenn also diese strukturellen Ursachen für gesundheitliche Probleme wirkungsvoll bekämpft werden sollen, dürfen sich Ansätze nicht auf die Physis des Menschen beschränken, sondern müssen seine vielfältige soziale Einbettung umfassen. Nötig ist daher ein integriertes Vorgehen unter maßgeblicher Mitwirkung und Mitentscheidung der Menschen selbst. Ein solches Verfahren ist eine wesentliche Voraussetzung für die Durchsetzung nachhaltiger Verbesserung. Dies ist schon in der 1992 auf der UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro beschlossenen Agenda 21 deutlich hervorgehoben, wenn es dort heißt, dass die umfassende Beteiligung der Öffentlichkeit, das heißt aller gesellschaftlichen Gruppen, an der Entscheidungsfindung eine der Grundvoraussetzungen für die Erzielung einer nachhaltigen Entwicklung auf allen Gebieten darstellt.

Entsprechend steht im Kapitel 6 der Agenda 21, das sich mit Schutz und Förderung der menschlichen Gesundheit befasst, als wichtige Handlungsgrundlage folgende Aussage: *„Der Gesundheitssektor kann die Grundbedürfnisse und Ziele von sich aus nicht erfüllen; er ist auf die soziale, wirtschaftliche und geistige Entwicklung angewiesen, zu der er gleichzeitig einen direkten Beitrag leistet“* (Nr. 6.3). Als besonders wichtige gesundheitspolitische Maßnahme wird der Einsatz und Ausbau von Mechanismen gefordert, *„die für eine bessere Koordinierung zwischen dem Gesundheitssektor und verwandten Sektoren auf allen in Frage kommenden Verwaltungsebenen und in Gemeinden und einschlägigen Organisationen sorgen“* (Nr. 6.5 a ii). Es bedürfe sektorübergreifender Vernetzungslösungen, *„die an Stelle des „Füreinander“ das „Miteinander“ in den Vordergrund stellen“* (Nr. 6.34 a ii).

Die Agenda 21 bietet damit einen wichtigen Ansatzpunkt für die Gesundheitspolitik, ihre Anliegen im Rahmen nachhaltiger Stadtentwicklung mit Nachdruck zu vertreten. Der örtlichen Ebene kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, wie das Kapitel 28 der Agenda 21 deutlich macht, in dem lokale Agenda 21 – Prozesse gefordert werden.

Wenn bei dem im Sommer 2002 stattfindenden Nachfolgetreffen zur Umweltkonferenz in Rio de Janeiro „Rio plus 10“ in Johannesburg Gesundheit auch nicht als eigenständiges Thema vorkommt, so spielt hier doch die Armutsbekämpfung eine zentrale Rolle. Damit wird dann - entsprechend der Thematik der jetzt schon sieben Kongresse zu Armut und Gesundheit hier in Berlin - implizit das Thema Gesundheitsförderung aufgegriffen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich mit ihrem Programm Gesundheit 21 (1998) auch sprachlich der Agenda 21 angeglichen. Um Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert zu erreichen, setzt auch sie ganz wesentlich auf multisektorale Strategien und einen partizipatorischen Gesundheitsentwicklungsprozess, der relevante Partner für die Gesundheit auf allen Ebenen – zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der örtlichen Gemeinde und auf Landesebene – einbezieht und der ein gemeinsames Vorgehen im Entscheidungsprozess und bei der Umsetzung fördert. Der Aufbau von Netzwerken, Allianzen und Partnerschaften für Gesundheit ist daher ein Schwerpunkt der von der WHO geforderten Aktivitäten .

Auch die Europäische Union plant ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit, das nach seinem Artikel 2 insbesondere „die Entwicklung einer integrierten gesundheitspolitischen Strategie durch Entwicklung einer sektorübergreifenden Politik“ fördert (2001: 14f.).

Die hier überall formulierten Ziele sind sicher sehr anspruchsvoll, machen aber deutlich, dass nur durch eine Verknüpfung vormals getrennter Politikbereiche und die stärkere Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger Fortschritte in der Gesundheitsförderung erreicht werden können. Die Ansätze von EU, Gesundheit 21 und Agenda 21 decken sich somit.

Vor diesem Hintergrund macht z. B. Eberhard Göpel (2001: 39ff.) sehr deutlich, dass nur durch eine gleichzeitige Vermeidung von Krankheitsrisiken (Prävention) und die Nutzung von Gesundheitsressourcen (Gesundheitsförderung) eine bessere Gesundheit erreicht werden kann, und er legt dar, wie ein hierauf aufbauendes integriertes Gesundheitssystem gestaltet sein müsste. Zur Zeit allerdings ist es noch so, dass die Gesundheitsförderung im öffentlichen Krankheits- und Gesundheitssystem nur eine völlig untergeordnete Rolle spielt. Nach dem zweiten Gesundheitsbericht für Hamburg werden für ambulante Behandlung pro Kopf der Bevölkerung in Deutschland rund 2.000,- DM, für stationäre Behandlung rund 1.500,- DM, aber für den öffentlichen Gesundheitsdienst nur 45,- DM ausgegeben (BAGS 2001: 143). Gesundheitsförderung braucht also starke Partner.

### **III. Soziale Stadt(teil)erneuerung als Beitrag zur Gesundheitsförderung**

Ein möglicher und nötiger Bündnispartner für eine solchen Ansprüchen genügende integrierte Gesundheitsförderungspolitik kann die Stadterneuerung sein, wie sie sich im Programm Soziale Stadt ausprägt. Der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungs- und zunehmend zur Wissensgesellschaft, die enorme Rationalisierung in der Wirtschaft und die Globalisierung der Märkte, die Auflösung von Dauerarbeitsverhältnissen und die zunehmende Spreizung der Einkommen schafft viele Gewinner, aber noch mehr Verlierer und von Verlusten Bedrohte. Diese soziale Polarisierung schlägt sich in den Städten auch räumlich nieder, verursacht vor allem durch zwei Wanderungsbewegungen: Wohlhabendere Haushalte ziehen ins Umland oder in „bessere Gegenden“ innerhalb der Stadt, schwächere Haushalte, vor allem von Arbeitslosigkeit betroffene und sozialhilfeberechtigte, aber auch viele Migrantenhaushalte, ziehen notgedrungen in strukturschwache Gebiete mit billigen Mieten.

Diese Gebiete sind nicht nur durch vielfältige bauliche und städtebauliche, ökologische und ökonomische Entwicklungsdefizite benachteiligt, sondern sie wirken auch benachteiligend auf ihre Bewohnerinnen und Bewohner. Deren oftmals desolate Situation führt u. a. zu Fehlernährung, Bewegungsmangel und insgesamt problematischer Lebensführung. Gesundheitliche Probleme mancherlei Art, vor allem bei Kindern, sind die Folge. Auffällig ist insbesondere die Häu-

fung von motorischen Mängeln, Übergewichtigkeit, Haltungsschäden, Gebisschäden, Atemwegserkrankungen und Allergien.

Die Erkenntnis dieser Zusammenhänge ist nicht neu. So hat das Difu z.B. am 2. März 1995 ein Symposium zum Wissenstransfer der Public-Health-Forschung unter dem Titel „Gesundheit in der Stadt – Tradition und Perspektiven für Stadtplanung und Kommunalpolitik“ durchgeführt (Difu-Materialien 5/95). Gleichwohl spielen Fragestellungen der Gesundheitsförderung im Rahmen des Programms Soziale Stadt nach einer Umfrage des Difu unter den Programmstädten bisher nur eine untergeordnete Rolle. Das Problembewusstsein ist hier sowohl auf Seiten der Stadterneuerung wie auf Seiten der Gesundheit noch sehr entwicklungsbedürftig, aber auch entwicklungsfähig. Die Beiträge etwa von Ingeborg Langefeld vom Gesundheitsamt Gelsenkirchen oder von Helga Rake von plankontor GmbH, Hamburg, aber auch von Werner Maschewsky und Jürgen Maier in diesem Band machen dies deutlich.

Das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ ist für die Entwicklung einer verstärkten Kooperation auf diesem Feld besonders geeignet, da es gerade an solchen problematischen Gebieten ansetzt. Das wesentliche Ziel des Programms Soziale Stadt ist, benachteiligte Stadtteile nachhaltig zu selbstständig lebensfähigen und lebenswerten Quartieren zu entwickeln und den dort lebenden Menschen Zukunftsperspektiven und neuen Lebensmut zu verschaffen. Ein wesentliches Element hierbei ist die Integration in den Arbeitsmarkt. Dies setzt nicht nur die Förderung und Entwicklung der lokalen Ökonomie und bedarfsgerechte Aus- und Fortbildung voraus, sondern auch eine stabile Gesundheit. Ohne sie ist eine erfolgreiche und dauerhafte Aufnahme einer Beschäftigung wenig aussichtsreich. Gesundheitsförderung muss dementsprechend zu den zentralen Anliegen sozialer Stadtteilentwicklung gehören. Bauliche Maßnahmen zur Sanierung solcher Gebiete allein greifen daher viel zu kurz.

Zur Erreichung dieser Ziele wird mit dem Programm Soziale Stadt vielmehr ein doppelter Ansatz verfolgt:

- a) Zum einen sollen mit der gleichzeitigen Quartiers- und Querschnittsorientierung die Aktivitäten auf den verschiedenen für die Stadt- und Stadtteilentwicklung relevanten Politikfeldern – hierzu gehört auch Gesundheitsförderung - zusammengefasst und sektorübergreifendes Vorgehen als zentrales Element der Stadterneuerungspolitik etabliert werden. Das Programm ist daher darauf angelegt, Kooperationen möglichst vieler Professionen anzuregen und zu vertiefen.
- b) Zum anderen werden mit dem Programm die Menschen in diesen problembehafteten Quartieren mit ihren Wünschen und Sorgen, ihren Potenzialen und Handlungsmöglichkeiten als wichtige Akteure der Stadtteilerneuerung ernst genommen. Die Bürgerinnen und Bürger werden als wichtige Koproduzenten angesehen, deren Engagement notwendig ist, damit die Quartiersentwicklung effektiv und effizient gefördert wird. Diese Mitwirkung ist, wie dargelegt, gerade auch für die gesundheitliche Entwicklung von zentraler Bedeutung.

Die Kooperation mit sämtlichen örtlichen Akteuren von der Wirtschaft bis zu den Wohnungsunternehmen, von den Wohlfahrtsverbänden bis zu themen- oder zielgruppenorientierten Initi-

ativen und die Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern in die Programmentwicklung und –umsetzung vor Ort ist Voraussetzung für die nachhaltige Wirksamkeit der eingeleiteten Quartiersentwicklung. Das Programm zielt somit auf eine Stärkung der Quartiersebene und bedeutet damit eine partielle Machtverlagerung von staatlichen auf gesellschaftliche Gruppen und von formellen zu informellen Strukturen. Dies ist keine geringe Anforderung an die „etablierten“ Handlungsträger.

Die beabsichtigte Stärkung ihrer Mitwirkung und Mitverantwortung ist aber auch für die Bürgerinnen und Bürger vor Ort eine große Herausforderung. Ihnen wird zugetraut und zugemutet, für sich und ihr konkretes Lebensumfeld Kräfte und Kreativität zu mobilisieren. Das Festhalten an gewohnten, anspruchsbewussten Verhaltensweisen und eingefahrenen Vorurteilen etwa gegenüber „der Stadt“ ist vielfach deutlich bequemer.

Das Programm ist so ein Schritt weg vom fürsorgenden und hin zum aktivierenden Staat. Hier liegt eine wichtige Aufgabe des Quartiermanagements oder vergleichbarer Einrichtungen, die als Mediator zwischen Bevölkerung und Wirtschaft, Politik und Verwaltung, als Initiator und Moderator von Projekten und Aktivitäten, als Unterstützer selbstständiger Aktivitäten im Gebiet dienen.

Mit dem Programm Soziale Stadt wird so ein mehrfacher Paradigmenwechsel begründet, nämlich in

der Kooperation möglichst vieler Beteiligter und der Bündelung ihrer Ressourcen, der Motivation sowie der Ermutigung und Befähigung der örtlichen Bevölkerung und Wirtschaft zur Selbsthilfe und Mitentscheidung sowie der integrierten Entwicklung und gesamtstädtischen Solidarität.

Das Programm muss als offener Lernprozess für alle Beteiligten verstanden werden, für Verwaltung und Politik, für Verbände und Wirtschaft, für Bürgerinnen und Bürger. Es erfordert eher unkonventionelle als routinierte Verfahren, eher informelle als verregelte Vorgehensweisen, eher neue Partnerschaften als die gewohnten Versäulungen innerhalb eines Politikfeldes. Schnelle spektakuläre Erfolge sind nicht zu erwarten. Die von allen geforderten Verhaltensänderungen benötigen vor allem Zeit und Vertrauen.

## **IV. Schlussbemerkung**

Es geht also um Prävention statt Intervention, darum, „die Produktion wachsenden sozialpolitischen Bedarfs zu stoppen und die Möglichkeiten und Fähigkeiten der Bürger zur selbstorganisierten Problemlösung zu fördern“ (Strasser 1979: 134). Nur wenn alle Beteiligten – so auch Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung - gemeinsam über ihren Schatten springen, erkennen, dass sie ihre ureigenen Interessen und Ziele nur in Kooperation mit anderen erreichen können, kann der sozialstaatliche Auftrag des Grundgesetzes vor allem in den Gebieten mit

besonderem Entwicklungsbedarf uneingeschränkt und vielleicht sogar viel besser als bisher erfüllt werden.

Die Einsichten in die Notwendigkeit integrierter, gebietsbezogener Ansätze kommen so aus der Umweltpolitik, der Gesundheitspolitik wie der Städtebaupolitik – und anderen Bereichen – gleichermaßen. Es ist daher der Weltgesundheitsorganisation auch aus städtebaulicher Sicht zuzustimmen, wenn sie in der Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ ausführt, „dass es sich bei der „Gesundheit für alle“ nicht um ein einzelnes abgegrenztes Ziel handelt, sondern im Wesentlichen um eine Charta für soziale Gerechtigkeit“ (WHO 1998: 12).

## Literatur:

- Agenda 21
- Babitsch, Birgit [2000]: Was macht arme Frauen krank? In: Geene, Raimund; Gold, Carola: Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin, S. 126-136
- BAGS (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales) [2001]: Stadtdiagnose 2. Hamburg 2001
- Bundesregierung [2001]: Armuts- und Gesundheitsbericht. Berlin
- Difu-Materialien [5/95]: Gesundheit in der Stadt, Tradition und Perspektiven für Stadtplanung und Kommunalpolitik.
- EU (Europäische Union) [2001]: Vorschlag der Kommission für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates vom 1.6.2001, KOM (2001) 302 endgültig
- Göpel, Eberhard [2001]: Gesundheitsförderung als gesellschaftliche Gestaltungsaufgabe. In: GesundheitsAkademie e.V.: Gesundheit gemeinsam gestalten – Allianz für Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main
- Rodenstein, Marianne [1995]: In: Gesundheit in der Stadt, Tradition und Perspektiven für Stadtplanung und Kommunalpolitik, Difu-Materialien 5/95
- Rosenbrock, Rolf; Geene, Raimund [2000]: Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik. In: Geene, Raimund; Gold, Carola: Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin, S. 10-26
- Strasser, Johanno [1979]: Grenzen des Sozialstaats? Soziale Sicherung in der Wachstumskrise. Köln und Frankfurt am Main
- WHO [1998]: Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“, Kopenhagen