

Räumliche Planung und öffentliche Gesundheit - eine historische Verknüpfung

Baumgart, Sabine

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL)

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Baumgart, S. (2018). Räumliche Planung und öffentliche Gesundheit - eine historische Verknüpfung. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger, & A. Rüdiger (Hrsg.), *Planung für gesundheitsfördernde Städte* (S. 20-36). Hannover: Verl. d. ARL. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59571-6>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-ND Lizenz (Namensnennung-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-ND Licence (Attribution-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0>

Baumgart, Sabine

Räumliche Planung und öffentliche Gesundheit – eine historische Verknüpfung

URN: urn:nbn:de:0156-0853021



CC-Lizenz: BY-ND 3.0 Deutschland

S. 20 bis 36

Aus:

Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea (Hrsg.):
Planung für gesundheitsfördernde Städte

Hannover 2018

Forschungsberichte der ARL 08

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 einleitend 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 Straßennetz (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 Hypothekenswesens 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 Hafendarbeiterinnen, 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 Grundsatz 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 Confectionseschäften, 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 Krankbetten, 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 stadtreionaler 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 dominanter 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 Wohnbedingungen 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-Siedlungsplans 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 stadtrregionale Entwicklung mit Blick auf Grünflächen, Dichten und Infrastruktur: „Wo die Sonne hin- kommt, 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 vermittle 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 Werkbundaustellung 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 Stadt- sanierung des „Dritten Reichs“ mit politischer und sozialer Kontrolle, verbrämt unter dem Deckmantel der „Stadtgesundheit“, 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 Siedlungsentwicklung 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 förder technisch 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 Hafenvierteln, 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 ungebremsen 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 Flächenin-

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 nähräumliches 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 gesundheitsbezogenen 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, das 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 transdisziplinäre 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 Kuczowski, 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.