

Gesundheit in der Raumplanung

Baumgart, Sabine; Rüdiger, Andrea

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., & Rüdiger, A. (2018). Gesundheit in der Raumplanung. In *Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung* (S. 829-835). Hannover: Verlag der ARL. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-5599762>

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>

Sabine Baumgart, Andrea Rüdiger

Gesundheit in der Raumplanung

S. 829 bis 835

URN: urn:nbn:de:0156-5599762



CC-Lizenz: BY-ND 3.0 Deutschland

In:

ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.):
Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung

Hannover 2018

ISBN 978-3-88838-559-9 (PDF-Version)

Sabine Baumgart, Andrea Rüdiger

Gesundheit in der Raumplanung

Gliederung

- 1 Zentrale Begriffe
- 2 Ziele und Aufgaben einer gesundheitsfördernden Raumplanung
- 3 Konsequenzen für die Raumplanung
- 4 Aktuelle Forschungsfragen – Ausblick und Entwicklungstendenzen

Literatur

Über die gemeinsamen Wurzeln von Gesundheit und räumlicher Planung hinausgehend werden Aspekte des Wohlbefindens einbezogen und salutogenetisch-ressourcenorientierte Strategien entwickelt. Dies bedarf einer verstärkten Einbeziehung von Akteuren aus dem Bereich von Public Health.

1 Zentrale Begriffe

Für den Begriff *Gesundheit* existieren diverse Definitionen. Die Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit wie folgt: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 2009: 1). Das im Jahr 1946 formulierte und heute vielfach verwendete Verständnis von Gesundheit umfasst eine moderne, ganzheitliche und positiv bestimmte Auffassung von Gesundheit. Das vielfach zitierte (Regenbogen-)Modell von Göran Dahlgren und Margaret Whitehead setzt die unterschiedlichen Einflussfaktoren der Entstehung von Gesundheit und Krankheit in einen Kontext (vgl. u. a. Dahlgren/Whitehead 1991). Durch die Verwendung des Begriffs *Wohlbefinden* wird auch die subjektive Wahrnehmung des Menschen betont, was jedoch aus unterschiedlicher wissenschaftlicher Sicht Anlass zur Kritik bietet (vgl. Hurrelmann/Richter 2013: 117-119; Fehr/Neus/Heudorf 2005: 13).

In Wissenschaft und Praxis hat sich das Verständnis von Gesundheit zunehmend erweitert. So wird dem Konzept der Pathogenese, welches sich mit der Entstehung von Krankheiten beschäftigt, das Konzept der Salutogenese gegenübergestellt, das sich mit gesund erhaltenden Faktoren befasst. Hierbei werden in Verwendung der WHO-Definition auch gesundheitsbeeinflussende Faktoren wie Wohlbefinden und soziale Teilhabe berücksichtigt. Eng verwandt mit dem gesundheitswissenschaftlichen Konzept der Pathogenese sind die historisch gewachsenen Strategien der Gefahrenabwehr in der *Stadtplanung* (resultierend aus Polizei- und (Bau-)Ordnungsrecht). Hier stand und steht der Umgang mit Risikofaktoren, auch Noxen genannt, im Vordergrund, die auf die menschliche Gesundheit einwirken können und ein erhöhtes Krankheitsrisiko bewirken. Durch die Verdichtung räumlicher Konzentration von Gebäuden, Gewerben, Menschen und früher auch Tieren haben sich die gesundheitlichen Risiken in der Stadt verstärkt. Vor allem Krankheiten wie Typhus, Pest, Cholera, aber auch Feuergefahr, Hungersnot und Belagerung führten zu Bau- und Hygienevorschriften, die die stadttypischen Risiken begrenzen sollten.

Salutogenetisch-ressourcenorientierte Strategien hingegen konzentrieren sich auf die gesund erhaltenden Faktoren, die auf das menschliche Befinden einwirken. Zwar sind die identifizierten Einflüsse (z. B. Konzentration von Stickstoffdioxid versus saubere Luft) nahezu gleich, doch der Blickwinkel der Betrachtung und die darauf basierenden Konsequenzen sind entgegengesetzt (vgl. Hurrelmann/Richter 2013: 12). Das Konzept der Salutogenese hat die theoretische Grundlage für den Ansatz der Gesundheitsförderung geschaffen, welches die Stärkung der individuellen (u. a. Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstvertrauen, Vermeidung von Risikoverhalten) und externen/sozialen Ressourcen (u. a. sozio-ökologische Lebensbedingungen) im Sinne der Prävention beinhaltet. Einen entscheidenden Beitrag zum Ansatz der Gesundheitsförderung lieferte die WHO mit ihrer Ottawa-Charta im Jahr 1986, in der u. a. auch ein Rückbezug auf die bereits 1946 formulierte WHO-Definition erfolgte.

2 Ziele und Aufgaben einer gesundheitsfördernden Raumplanung

Die Stärkung von sozialen und individuellen Gesundheitsressourcen und körperlichen Fähigkeiten sowie die Initiierung und Durchführung ganzheitlich vernetzter Prozesse unter Beteiligung verschiedener Disziplinen sind erklärte Ziele einer umfassenden Gesundheitsförderung (vgl. WHO 1986). Da Gesundheit primär im Alltag der Menschen entsteht, liegt die Verantwortung für die Gesundheit nicht nur im Gesundheitssektor. Politikfelder wie Verkehrs-, Umwelt-, Sozial- und Kommunalpolitik (hier vor allem die \triangleright *Stadtentwicklung*) rücken in den Vordergrund, wenn es um Fragen und Entscheidungen zur alltagsbezogenen Gesunderhaltung und -förderung geht (vgl. Waller 2006: 127). In der gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebenswelten (in der Gesundheitswissenschaft *Settingansatz* genannt) wird der räumlichen \triangleright *Planung* eine zentrale Rolle zuteil. Insbesondere auf der örtlichen Ebene ist die Schaffung von lebenswerten und gesunden Städten ein zentraler Bestandteil einer nachhaltigen räumlichen Entwicklung. Räumliche Planung kann dabei die Determinanten menschlicher Gesundheit in unterschiedlichem Maße beeinflussen.

Auf der raumordnerischen, überörtlichen Ebene wird das Aufgabenfeld der Gesundheitsversorgung mittelbar in der Leitvorstellung und den Grundsätzen der Raumordnung genannt. Bereits im ARL-Handwörterbuch von 1970 wird unter dem Stichwort „Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik“ die Erhaltung und Förderung der Gesundheit als ein anerkannter Aufgabenbereich des Staates angesehen. Die heutige Versorgung mit \triangleright *Dienstleistungen* und Infrastrukturen der \triangleright *Daseinsvorsorge*, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung – auch im Gesundheitswesen – für alle Bevölkerungsgruppen, zählt zum Kern der struktur- und gesellschaftspolitischen Aufgabe der \triangleright *Raumplanung*. Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft (\triangleright *Demografische Entwicklung*) und der unterschiedlichen Entwicklung in den Teilräumen des Landes wird entsprechend dem Leitbild der \triangleright *Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse* über Mindeststandards (Grundversorgung) der Daseinsvorsorge und neue Konzepte im Bereich der medizinischen Versorgung diskutiert.

Auf der örtlichen Ebene ist es u. a. gemäß § 1 Baugesetzbuch (BauGB) erklärtes Ziel der Stadtplanung und Stadtentwicklung, auch des Stadtumbaus (§ 171a BauGB) und der Stadtsanierung (§ 136 BauGB), gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Dort, wo die Menschen wohnen, arbeiten, lernen, spielen oder ihre Freizeit verbringen, kann die räumliche Planung einen Beitrag sowohl zum Schutz der Gesundheit vor schädlichen Umwelteinwirkungen als auch zur aktiven Förderung gesunder Lebensbedingungen und des Wohlbefindens leisten. Zahlreiche umweltepidemiologische Studien zeigen auf, wie stark die Gesundheit sowohl von Individuen als auch unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen von der sozialen und bebauten Umwelt abhängt. Sozial benachteiligte Gebiete unterliegen dabei häufig verschiedenen umweltbedingten Problemlagen (Bunge/Katzschner 2009). Strategien einer gesundheitsfördernden Raumplanung können zum einen die baulich-räumlichen Verhältnisse positiv beeinflussen, zum anderen mittelbar durch eine Veränderung dieser Verhältnisse eine gesündere Verhaltensweise der Individuen fördern (z. B. durch Zonierung von Nutzungen oder Schaffung von attraktiven Fuß- und Radverbindungen). Ein weiteres Ziel einer gesundheitsfördernden Raumplanung besteht in der Aktivierung, \triangleright *Beteiligung* und Befähigung der Öffentlichkeit, vor allem der Bewohnerschaft (Partizipation und Empowerment).

3 Konsequenzen für die Raumplanung

Für die Raumplanung gilt es, Gesundheitsförderung (wieder) explizit als Gegenstand in der \triangleright *Abwägung* zu erkennen und zu berücksichtigen. Das bezieht sich auf die Aufbereitung und Gewichtung des Abwägungsmaterials in Bezug auf gesundheitsfördernde und gesundheitsbelastende Elemente und Einflussfaktoren. In der für Projekte, Pläne und Programme mit dem Planverfahren gekoppelten Strategischen \triangleright *Umweltprüfung* ist dies mit dem Schutzgut Mensch bzw. menschliche Gesundheit angelegt. Jedoch wird der Fokus hier zumeist auf Luftschadstoffe und Lärmimmissionen gelegt, weitere Faktoren erscheinen angesichts potenzieller Mehrfachbelastungen jedoch berücksichtigungswert (vgl. von Zahn/Stürmer 2013). Zur Abschätzung der Gesundheitsfolgen könnte bei zu definierenden Regelvermutungen ein ergänzendes Health Impact Assessment in die Strategische Umweltprüfung integriert oder als separates Verfahren durchgeführt werden, wie dies u. a. in Großbritannien eingesetzt wird. Dies könnte an Bedeutung gewinnen im Kontext von aktuellen gesetzlichen Vorgaben zur \triangleright *Innenentwicklung* (gemäß § 13 a BauGB) und Nachverdichtung, bei denen planerische Herausforderungen im Umgang mit dem baulichen Bestand und damit mit der dort wohnenden oder arbeitenden Bevölkerung liegen. Historisch gewachsene Gemengelagen und geplante Nutzungsmischung erfordern analytische Instrumente, um gesundheitsbezogene Beurteilungskriterien für Wirkungsanalysen zu erfassen. Zur Aufbereitung gesundheitlicher Belange zur Einbringung in planerische Prozesse wird derzeit seitens der Gesundheitswissenschaft vor allem in Nordrhein-Westfalen über die Erarbeitung von informellen Fachplänen Gesundheit (LZG.NRW 2012a, 2012b) und über einen Bewertungsleitfaden „Gesunde Stadt“ diskutiert.

Für den planerischen Umgang mit bestehenden Gemengelagen sind auch nachträgliche Anordnungen gemäß § 17 Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) relevant, die in dieser gewachsenen Nutzungsmischung einen Eingriff in bestehende Nutzungsrechte emittierender Betriebe darstellen und angesichts anderer Belange wie Arbeitsplatzsicherung kaum erfolgen (\triangleright *Immissionsschutz*). Bei geplanten Nutzungsmischungen wie beispielsweise der Restrukturierung von Hafentrecken werden oftmals Regelungen zur Herabsetzung von Schutzansprüchen beim Grundstücksverkauf getroffen.

Notwendig ist eine Verankerung von Gesundheitsbelangen in allen Politikfeldern und damit auch explizit in stadtentwicklungspolitischen Instrumenten unter dem auf dem Konzept der Gesundheitsdeterminanten aufbauenden Leitgedanken *Health in all Policies*. In einzelnen Städten, wie beispielsweise München mit der Leitlinie *Rundum gesund* (Landeshauptstadt München 2010), wird dies bereits verfolgt. Konsequenzen hat dies auch für formell geregelte und informelle Planungsprozesse und deren Bedarf an Steuerung. Der Einbezug von erweiterten Akteursnetzwerken (\triangleright *Netzwerke, soziale und organisatorische*), verknüpft mit lebensweltlichen Organisationszusammenhängen, den sogenannten Settings, wie beispielsweise Kindergarten, Schule oder Krankenhaus wird aktuell erstmalig nahegelegt in der Verwaltungsvereinbarung über die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach Artikel 104b des Grundgesetzes (GG) zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen (VV Städtebauförderung 2016 | vom 18. Dezember 2015/15. März 2016) mit Blick auf die \triangleright *Soziale Stadt* mit der expliziten Aufnahme von \triangleright *Umweltgerechtigkeit*. Hier wird u. a. auch der Bogen zu kritischen Infrastrukturen zu schlagen sein, für die nicht nur planerische Vorsorge, sondern auch Katastrophenschutzmanagement, insbesondere mit Blick auf den Klimawandel, relevant wird.

4 Aktuelle Forschungsfragen – Ausblick und Entwicklungstendenzen

Das Potenzial planerischer Instrumente für gesunde Wohn- und Lebensverhältnisse wird bisher nicht voll ausgeschöpft. In den letzten Jahren haben jedoch die Gesundheitswissenschaften mit ihrem Public-Health-Ansatz räumliche Zusammenhänge zunehmend mit in die Betrachtung genommen. Stadtplanung und Public Health stehen im Spannungsfeld lokaler Umwelt(un)gerechtigkeit, basierend auf sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Lage in benachteiligten Stadtquartieren, für die beide einen gestaltenden Interventionsanspruch formulieren. So liegen zentrale Handlungsfelder zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in der physischen und in der sozialen Umwelt, um Mehrfachbelastungen, insbesondere Luft- und Lärmbelastungen, aber auch eine mangelnde Energieeffizienz und gesundheitsgefährdende Bausubstanz zu verbessern. Darin kann ein Planungserfordernis begründet liegen (Dieckmann 2013). Für eine kleinräumig sozial differenzierte Gesundheitsberichterstattung werden häufig Schuleingangsuntersuchungen herangezogen, die jedoch ohne zusätzlichen Aufwand nur selten in Bezug auf die sozialräumlichen Daten der Herkunftsorte der Kinder analysiert werden (können).

Aktuelle Planungsaufgaben konzentrieren sich vorrangig an die Qualifizierung des baulichen Bestands und die Restrukturierung von Standorten und Flächen innerhalb des bebauten und von Menschen genutzten Umfeldes. Somit ist räumliche Planung mit Konflikten zwischen bestehenden und neuen Nutzungen konfrontiert, die auf einen differenzierten Einsatz des planungsrechtlichen Instrumentariums der *Bauleitplanung* und die Zulässigkeit von Vorhaben innerhalb der im Zusammenhang bebauten Ortsteile (§ 34 BauGB) verweisen. Dies berührt auch die Auseinandersetzung mit den Leitbildern für die städtebauliche Entwicklung einer kompakten Stadt mit höheren baulichen Dichten (*Leitbilder der Stadtentwicklung*). Damit wird einerseits eine Reduzierung der Flächeninanspruchnahme entsprechend den politischen und fachlichen Zielsetzungen für die Innenentwicklung angestrebt. Andererseits erfordert die Anpassung an den Klimawandel eine innerstädtische Freiraumsicherung und die Sicherung des Mikroklimas (*Klima, Klimawandel*). Dazu gehören auch Herausforderungen einer alternden Gesellschaft, die Lösungen für einen barrierefreien und bewegungs- sowie begegnungsfördernden Städtebau erfordern. Es gilt dabei, Synergien und Konflikte mit den Zielen der Gesundheitsförderung, auch im Kontext von Umweltgerechtigkeit, zu identifizieren und das raumbezogene Planungsinstrumentarium zu nutzen (vgl. Böhme/Bunzel 2014).

Im Zusammenhang mit der Gewährleistung einer gesundheitlichen Versorgung, insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Bevölkerungsabwanderung aus ländlichen Regionen, stellen sich aktuell Fragen von Qualitätsstandards und Angebotsformen als Teil der Daseinsvorsorge. Auf regionaler Ebene ist die Fortentwicklung des Zentrale-Orte-Konzepts (*Zentraler Ort*) mit der Tragfähigkeit sozialer *Infrastruktur* berührt. Die Einführung eines förmlichen Fachbeitrags zur menschlichen Gesundheit mit Blick auf die Umsetzung der Energiewende, im Rahmen von Strategien der *Klimaanpassung* sowie bei Konzepten für eine nachhaltige Gewerbeflächenentwicklung erscheint sowohl auf regionaler wie auch auf örtlicher Ebene durchaus überlegenswert.

Gesundheit in der Raumplanung

Dies schließt Verfahrensgerechtigkeit ein, die sich auch auf die Adressierung und die Erreichung von Menschen bezieht, die zwar betroffen, aber bisher kaum in die Planverfahren involviert waren, und umfasst demzufolge auch die Einbeziehung von Akteursnetzwerken, Partizipationsformen räumlicher Planung und Public Health, die bisher nur wenige Berührungspunkte zeigen. Aktuelle Fragen richten sich auf Formen des Austauschs und die Entwicklung von inter- und transdisziplinären Konzepten der Raum- und Gesundheitswissenschaften, wie dies beispielweise bereits im Gesunde-Städte-Netzwerk geschieht. Die Koordinationsfunktion der Raumplanung für eine Vielzahl staatlicher und privatwirtschaftlicher Akteure mit ihrem raumrelevanten Handeln kann auf ein verbessertes Zusammenwirken von Planungs- und Gesundheitsbehörden abzielen. Aktuelle Aktivitäten in Forschung und Planungspraxis beinhalten inter- und transdisziplinär eingerichtete Arbeits- und Forschungsgruppen.

Literatur

- Böhme, C.; Bunzel, A. (2014): Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum. Expertise „Instrumente zur Erhaltung und Schaffung von Umweltgerechtigkeit“. Berlin. = Difu Berichte 2.
- Bolte, G.; Bunge, Ch.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg. 2012): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern
- Bunge, C.; Katzschner, A. (2009): Umwelt, Gesundheit und soziale Lage: Studien zur sozialen Ungleichheit gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen in Deutschland. Berlin. = Umwelt und Gesundheit 2.
- Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – strategy paper for Europe. Stockholm.
- Dieckmann, N. (2013): Umweltgerechtigkeit in der Stadtplanung. In: NVwZ – Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 32 (24), 1575-1581.
- Fehr, R.; Neus, H.; Heudorf, U. (Hrsg.) (2005): Gesundheit und Umwelt: Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung. Bern.
- Hurrelmann, K.; Richter, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung (Grundlagentexte Soziologie). Weinheim/Basel.
- Landeshauptstadt München – Referat für Umwelt und Gesundheit (Hrsg.) (2010): Rundum gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern. München.
- LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2012a): Fiktionaler Fachplan Gesundheit des Kreises Gesundbrunnen: Fiktionaler Bericht. Bielefeld.
- LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2012b): Fiktionaler Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen: Fiktionaler Bericht. Bielefeld.
- von Zahn, K.; Stürmer, H. (2013): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit – Für eine wirksame Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen und Zulassungsverfahren. In: UVP-Report 27 (1/2), 59-60.

Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart.

WHO – World Health Organization (Hrsg.) (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.

WHO – World Health Organization (ed.) (2009): Basic documents: Forty-seventh edition 2009. Constitution of the World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf (30.01.2014).

Bearbeitungsstand: 01/2017