

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit

Ein Gespräch mit Sabine Baumgart über den Einfluss des Wohnumfeldes auf die Gesundheit und die Frage, wie die Gesundheitsförderung in anderen Politikfeldern verankert werden kann



Sabine Baumgart

Das Interview führte Gabriele Schmidt.

Frau Prof. Baumgart, stimmt die Aussage: „Mein Wohnumfeld hat Einfluss auf meinen Gesundheitszustand“?

Ja. Der Einfluss besteht darin, dass ein Wohnumfeld, wenn es mir gefällt und meiner Lebenssituation entspricht, zu meinem Wohlbefinden beiträgt und damit auch meiner Gesundheit förderlich ist. Wie das Wohnumfeld wirkt, ist aber immer davon abhängig, ob ich mir meine Wohnung und mein Wohnumfeld aussuchen kann oder ob ich aus finanziellen Gründen gezwungen bin, in ein bestimmtes Wohnumfeld zu ziehen – zum Beispiel weil mir dort eine Wohnung zugewiesen wurde oder ich nur dort eine Wohnung mit einer bezahlbaren Miete finde. Die Freiwilligkeit, die Gestaltungsmöglichkeiten und die Möglichkeiten der Einflussnahme auf das Wohnumfeld spielen also eine große Rolle.

Heißt umgekehrt: Wenn ich freiwillig neben eine Autobahn ziehe, hat dies keinen Einfluss auf meine Gesundheit?

(Lacht) Doch, natürlich! Aber es spielt eben auch eine Rolle bzw. macht einen Unterschied, wie ich mein Umfeld wahrnehme und wie ich meine eigene Gesundheit bewerte.

Menschen, die bereits sehr lange in einem lärmbelasteten Wohnumfeld wohnen, sagen zum Beispiel manchmal, dass sie den Lärm gar nicht mehr hören oder ihn nicht mehr als störend empfinden. Das mag von der individuellen psychologischen Perspektive her richtig sein. Trotzdem spielen die gesundheitsbelastenden Faktoren eine Rolle. Die Planung ist in diesem Fall gefordert, einzugreifen, um die messbaren Belastungen zu reduzieren.

Die persönlich empfundene Belastung ist hingegen geringer, wenn ich freiwillig neben eine Autobahn ziehe. Dies ändert aber nichts daran, dass eine objektive Gesundheitsbelastung besteht.

Wie groß ist der Einfluss des Wohnumfeldes auf die Gesundheit im Vergleich zu anderen Einflussfaktoren, wie z. B. dem Bildungsstand?

Das kann man sehr schwer sagen, weil sich die einzelnen Faktoren kaum voneinander isolieren lassen. Es bestehen immer spezifische Wechselwirkungen, die berücksichtigt werden müssen. Zum Teil sind sie bereits empirisch untersucht worden.

Können Sie ein Beispiel geben?

Menschen mit einem schlechteren sozio-demographischen Status, z. B. Arbeitslose, Alleinerziehende oder ärmere Menschen, sind bestimmten belastenden Rahmenbedingungen ausgesetzt. Sie sind vielleicht weniger mobil oder haben psychischen Stress, weil ihr Einkommen zu niedrig ist, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Dies kann Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. Solche Menschen brauchen Unterstützung. Oft leben genau diese Menschen auch noch in einem belastenden Wohnumfeld. Es geht also um Rahmenbedingungen, die individuelle Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen oder erschweren.

Um bei den Rahmenbedingungen zu bleiben: Das Programm „Soziale Stadt“ adressiert jene Stadtviertel, in denen sich soziale und Umweltprobleme häufen. Welchen Stellenwert hat das Thema „Gesundheit“ im Programm „Soziale Stadt“?

Untersuchungen, z. B. des Difu, haben ergeben, dass Gesundheit mitgedacht wurde, es aber kein explizites Thema beispielsweise bei der Abgrenzung der Gebietskulisse war. Zudem fehlten für Gesundheit wichtige Akteure bei der Programmumsetzung.

Warum?

Das Thema „Gesundheit“ hat keinen so großen Stellenwert im Programm. Meistens wird hierunter nur verstanden: keine Lärmbelastung, keine Luftbelastung und vielleicht noch gute Erreichbarkeit von Grünflächen. Ein weitergefasstes Verständnis von Gesundheit, wie es z. B. von der WHO in ihrem „salutogenetischen Konzept“ vertreten wird, wird in dem Programm „Soziale Stadt“ bislang nicht einbezogen. Dieser Zugang und diese Begrifflichkeit kommen aus den Gesundheitswissenschaften. Die Ottawa-Charta der WHO von 1986 sieht „Gesundheit“ als ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie auch die körperlichen Fähigkeiten – und damit besagt: „Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit“. Im Weiteren wird Gesundheit über Begriffe wie „Selbstbestimmung“ und körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden definiert. Ein derartiger Gesundheitsbegriff geht also weit über gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse hinaus.

Wie könnten diese Aspekte stärker in die Praxis des Programms „Soziale Stadt“ integriert werden?

Der von mir geleitete Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ hat hierzu im vergangenen Sommer ein ARL-Positionspapier¹ herausgegeben. Wir haben verschiedene Schnittstellen identifiziert, an denen das Thema „Gesundheit“ sinnvoll integriert werden könnte. Wir sollten auch stärker das aus den USA kommende Leitbild der „Umweltgerechtigkeit“ verfolgen und dieses mit dem Programm „Soziale Stadt“ verbinden. Wenn man darüber hinaus auch noch Maßnahmen zur Klimaanpassung, die derzeit aktuell in allen Kommunen verfolgt werden, aufnehmen, wären wir bereits einen Schritt weiter.

Wie funktioniert die von Ihnen vorgeschlagene Verzahnung in der Praxis?

Im ersten Schritt geht es darum, die relevanten Daten in das Programm aufzunehmen, z. B. bei der Auswahl der Programmgebiete. Man sollte nicht nur die soziodemographischen Daten betrachten, sondern auch die Umweltfaktoren. Daraus ergeben sich bereits Handlungsaufträge bzw. man könnte sich zu folgenden Fragen Gedanken machen: Was bedeuten die Daten für die Ausstattung des Gebiets mit Grünflächen? Oder: Wie ist die Qualität der Grünflächen, wie deren Erreichbarkeit? In Dortmund haben wir diese Daten einmal überlagert. Dadurch wurden die Zusammenhänge von Grünflächenausstattung, Lärmbelastung und soziodemographischen Daten sichtbar. Es zeigte sich beispielsweise, dass insbesondere in den Gebieten, in denen sozio-

ökonomisch benachteiligte Menschen leben, auch die Umweltfaktoren eine zusätzliche Belastung darstellen. Hieraus ergibt sich als ein Handlungsauftrag, die Erreichbarkeit von Frei- und Grünräumen zu verbessern – z. B. indem man diese Räume stärker miteinander vernetzt. Das sind natürlich Themen, die für viele Gebiete gelten. Aber insbesondere in solchen Gebieten, in denen vulnerable Bevölkerungsgruppen (und auch Einrichtungen, z. B. Schulen, Kitas) bereits im Hinblick auf andere Faktoren benachteiligt sind, ist es wichtig, auf die Ausstattung mit Grün- und Freiräumen zu achten.

Wir haben relativ viel über die Quartiersebene gesprochen. Der von Ihnen geleitete Arbeitskreis heißt aber „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“. Welche Rolle spielt Gesundheit auf der regionalen Ebene?

In den im Raumordnungsgesetz festgelegten Grundsätzen der Raumordnung geht es um eine nachhaltige Raumentwicklung, z. B. in Bezug auf Dienstleistungen und Infrastrukturen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Das Ziel der Chancengerechtigkeit in den Teilräumen hat deswegen auch gesundheitliche Aspekte.

Als einen weiteren Punkt möchte ich die Strategische Umweltprüfung nennen. Darin ist das Schutzgut „Menschliche Gesundheit“ explizit erwähnt. Das ist natürlich etwas, was unbedingt einer Qualifizierung bedarf, um über Lärm, Luft und Grünflächen hinauszugehen. Die UVP-Gesellschaft hat in diesem Zusammenhang mit den „Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit“ in diesem Jahr ein umfassendes Werk vorgelegt, das trans- und interdisziplinär erarbeitet wurde. Dort wurde versucht, sich einer weiteren Qualifizierung des Schutzgutes „Menschliche Gesundheit“ anzunähern.

Heißt das, dass das Thema „Gesundheit“ auf der regionalen Ebene rechtlich eigentlich schon ganz gut verankert ist? Was ist dann der Arbeitsauftrag für den Arbeitskreis?

Wir schauen uns insbesondere die Situation in Stadtregionen an. Dabei beziehen wir uns auch auf Agglomerationsräume. Die Themen „Gesundheit“ und „Lebensverhältnisse“ enden natürlich nicht an politisch-administrativen Stadtgrenzen. Es muss darum gehen, in einem verdichteten, verdichteten Raum Konzepte für eine Gesundheitsförderung auf stadtreptionaler Ebene zu entwickeln, die auch in der Stadtentwicklung ihren Niederschlag finden. Das betrifft gerade Räume, die einem besonderen Entwicklungsdruck aufgrund einer wachsenden Bevölkerungszahl unterliegen, einschließlich des Stadtländes.

¹ Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt: Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Positionspapier aus dem Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL. Hannover, 2014.

Es geht somit weniger um die regionale Ebene als solche als um die Verzahnung der städtischen mit der überörtlichen Ebene?

Derzeit ja, darum geht es. Es gibt zum Beispiel unterschiedliche Rechtsgrundlagen. Das Raumordnungsgesetz und das Baugesetz gehören zum Bundesrecht, an dem man sich planerisch orientiert, sie setzen einen Rahmen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist aber auf Länderebene angesiedelt. Und die Gesundheitsämter sind wiederum bei der Stadt bzw. dem Kreis. So ist die Schwerpunktsetzung in der Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg eine andere als in Nordrhein-Westfalen.

Gibt es von Ihrem Arbeitskreis schon konkrete Vorschläge, wie man solche Kooperationen erleichtern kann?

Mit der Strategischen Umweltprüfung wurde bereits eine Tür geöffnet. Wenn man es jetzt noch schafft, dort das Schutzgut „Menschliche Gesundheit“ stärker qualifiziert einzubringen und zu unterlegen, wäre das ein guter Ansatz. Ebenso bietet § 2 (2) ROG einen guten Ansatz, Gesundheitsförderung explizit als Grundsatz aufzuführen, auch über die einzelnen bereits enthaltenen Aspekte hinausgehend. Von der Landesregierung NRW wird derzeit in Federführung durch das Umweltministerium NRW der „Masterplan Umwelt und Gesundheit“ erarbeitet, der auch das Thema „Umweltgerechtigkeit“ aufgreift. Inwieweit dieser strategische sektorübergreifende Fortschritt initiiert, muss abgewartet werden. Eine stärkere Verbindung von Umwelt- und Gesundheitsaspekten hängt immer auch sehr stark von den beteiligten Akteuren in den unterschiedlichen Ministerien ab.

Die aktuelle Ansiedlung des Programms „Soziale Stadt“ beim Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit und dessen finanzielle Aufstockung bot für unseren Arbeitskreis eine Gelegenheit, die stärkere Verknüpfung der Themen auf der lokalen Ebene anzuregen.

Noch einmal zur Landesebene: Sie haben für das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen einen fiktionalen Gesundheitsplan erstellt.

Ja, es war ein Musterfachplan für eine fiktive Stadt und einen fiktiven Kreis – also im Grunde waren es zwei Fachpläne. Diese fiktionalen Pläne sollen die unteren Gesundheitsbehörden dazu motivieren, auf der örtlichen und der Kreisebene einen solchen Fachplan zu erarbeiten, um sowohl die Belange der menschlichen Gesundheit über einen räumlichen und planerischen Ansatz gezielt in räumlichen Planungsverfahren im kommunalen und regionalen Kontext einzubringen als auch die Arbeit der unteren Gesundheitsbehörde nach innen zu stärken und nach außen transparenter zu vermitteln.

Wir haben hierfür viele Daten, die Gesundheitsrelevanz haben, in eine räumliche Karte übertragen. Sie sollen dabei helfen, mit Stadtplanern ins Gespräch zu kommen. Nehmen Sie das Gesundheitsamt als Beispiel: Es wird bereits jetzt in Form von Stellungnahmen in Planverfahren involviert. Es gibt aber wenig Erfahrung damit, wie und welche Daten des Gesundheitsamtes in einen Flächennutzungsplan integriert werden könnten. Für das Gesundheitsamt stellen sich dann Fragen zum Regelungsgehalt eines FNP als räumlichen Bezugsrahmen für die gesundheitsbezogenen Daten.

Dies wollten wir mit dem fiktionalen Fachplan zeigen. Wir haben zum Beispiel Daten zum sozio-ökonomischen Status mit Daten zur Lärmbelastung verschnitten. Man sollte bei Schuleingangsuntersuchungen fragen, wo die Kinder eigentlich herkommen. Aus welchen Wohnverhältnissen stammen sie? In welchen Wohnvierteln leben sie? Hier fehlt es derzeit noch an belastbaren Datengrundlagen zur Evidenz. Oder auch: Wie ist die Situation in Bezug auf die Nahversorgung? Wie ist die fußläufige Erreichbarkeit von Nahversorgungsangeboten, z. B. in Wohngebieten mit älterer Bevölkerung? Aus Sicht der Gesundheitsförderung sollte man diese Fragen unter Einbeziehung des sogenannten Setting-Ansatzes dezidiert untersuchen.

Dazu gehört auch die Kartierung vulnerabler Einrichtungen, die dem Gesundheitsamt durchaus bekannt sind. Hierbei würden die Fragen lauten: Wo sind Kindertagesstätten, Schulen, Krankenhäuser oder Seniorenheime? Wie ist dort die Lärmbelastung? Wie kann man von diesen Einrichtungen aus Grünflächen erreichen? Ziel des fiktionalen Gesundheitsplans war es, Anregungen zu geben, wie man die verschiedenen Datenquellen zusammenführen und daraus einen Mehrwert generieren könnte.

Wie ist Ihr fiktionaler Gesundheitsplan bei den Verantwortungsträgern in Nordrhein-Westfalen angekommen?

Zunächst ist er als ein fiktionaler Plan angelegt, der Kommunen motivieren soll, einen Gesundheitsplan für sich zu erarbeiten. Er ist im Internet frei abrufbar. Er soll eine Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung und der strategisch wirkenden Gesundheitskonferenzen bewirken und den Einfluss der unteren Gesundheitsbehörden in bestehenden kommunalen Strukturen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags zur Gesundheitsförderung verbessern.

In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass gerade eine Anwendung der fiktionalen Fachpläne unter Realbedingungen in der StädteRegion Aachen und dem Landkreis Unna erfolgte. Während die Prototypen kreative Ansätze und eine übertragbare Strukturierung enthalten, erfordert die Erprobungsphase eine Kontextualisierung und Orientierung an realen Verwaltungsabläufen.

Eine weitere begrüßenswerte Entwicklung ist der aktuelle Referentenentwurf des Präventionsgesetzes, der u. a. auch auf den Abbau ungleicher Gesundheitschancen abzielt. Nach § 20a sollen auch die Krankenkassen verstärkt bei dem Aufbau und der Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prävention auf die Lebenswelten abzielen und Leistungen mit ihren Beiträgen über die Individualprävention – also über den einzelnen Versicherten – hinausgehend erbringen. Dies eröffnet neue Möglichkeiten einer Verknüpfung von finanziellen Mitteln und Akteuren in benachteiligten Stadtquartieren und stellt eine Chance dar, Gesundheitsförderung in allen Politik- und Handlungsfeldern zu verankern.

Frau Prof. Baumgart, vielen Dank für das Gespräch!

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart lehrt Stadt- und Regionalplanung an der Technischen Universität Dortmund und leitet den ARL-Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“.

Kontakt:

Sabine Baumgart ☎ 0231 755-2259
sabine.baumgart@tu-dortmund.de

Gesunde Lebensräume schaffen

Mehr Experimentierkultur durch urbane Interventionen

Gesundheitsförderung, Klimaschutz und Energieeffizienz sind zentrale Themen unserer Zeit, doch sie sind so komplex und miteinander verknüpft, dass es für uns im Alltag schwierig ist, unser eigenes Handeln zu überprüfen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Für viele Stadtbewohner sind diese globalen Themen zwar medial präsent, sie scheinen aber mit ihrem täglichen Lebensalltag wenig zu tun zu haben.

Es gibt viele Möglichkeiten, die großen Themen für den Alltag herunterzubrechen. Doch in jüngster Zeit werden verstärkt temporäre „urbane Interventionen“ diskutiert, die den Einzelnen mit neuen experimentellen Konstellationen und Nutzungen im öffentlichen Raum konfrontieren und damit zum Nachdenken anregen sollen und im besten Fall einen Bewusstseinswandel herbeiführen. Unter urbanen Interventionen wird in diesem Beitrag der Eingriff in bzw. die zeitlich begrenzte Veränderung von räumlichen Strukturen im städtischen Zusammenhang verstanden. Ziel von urbanen Interventionen ist es z. B., die Aufenthaltsqualität des Stadtraums zu verbessern oder Verkehrsräume für Fußgänger und Fahrradfahrer zu schaffen. Dabei geht es nicht nur um Gefahrenabwehr, sondern auch darum, Voraussetzungen für Urbanität, Identifikation und soziale Teilhabe im öffentlichen Raum zu schaffen. Aufenthaltsqualität wird dabei weit gefasst: Die gebaute Umwelt sollte nicht nur direkte gesundheitsgefährdende Risiken reduzieren, sondern zu gesundheitsfördernden Bedingungen

beitragen, die indirekt z. B. einen positiven Einfluss auf aktive Bewegung und einen gesunden Lebensstil haben können. Nicht alle Stadträume bieten sich gleichermaßen als Standort für urbane Interventionen an. Insbesondere jene Stadtteile und Standorte bieten gute Voraussetzungen, die in der Nähe der Innenstadt liegen, eine hohe Bevölkerungsdichte sowie eine Mischung der Funktionen haben und neben dem motorisierten Verkehr auch noch eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Fußgängern aufweisen.

In diesem Beitrag soll am Beispiel einer kürzlich von Studierenden der Universität Duisburg-Essen durchgeführten urbanen Intervention aufgezeigt werden, wie Straßenräume alternativ genutzt werden können. Dabei wird der Begriff der urbanen Intervention etwas genauer konturiert und es werden internationale Beispiele benannt. Der Beitrag endet mit einem Appell an Kommunen, mehr Experimente zu wagen.

Potenziale durch Interventionen erlebbar machen

Der Begriff „Intervention“ leitet sich vom lateinischen „intervenire“ ab und bedeutet sinngemäß „dazwischenkommen“ oder „dazwischentreten“. Das besondere Arbeitsfeld von urbanen Interventionen ist der öffentliche Raum. Sie reichen von kleinen Eingriffen – wie temporäre Kunstinszenierungen – bis hin zu großen Bauprojekten,