

Sabine Baumgart, Thomas Kistemann

## VIELFÄLTIGE INSTRUMENTE IN DER STÄDTEBAULICHEN PLANUNG ZUR GESUNDHEITSVORSORGE UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG – EIN ZUSAMMENFASSENDE ÜBERBLICK

### Inhalt

- 1 Einführung
- 2 Überörtliche Ebene
- 3 Allgemeines Städtebaurecht im Baugesetzbuch
- 4 Besonderes Städtebaurecht im Baugesetzbuch
- 5 Informelle Konzepte
- 6 Gesundheitsrechtliche Bezüge
- 7 Fazit  
Literatur

### Kurzfassung

Planerische Instrumente für gesunde Lebensverhältnisse existieren spätestens seit der dynamischen Periode der Industrialisierung ebenso wie städtebauliche Leitbilder. Sie sind auf örtlicher und überörtlicher Ebene mit unterschiedlichen Zuständigkeiten angesiedelt. Dabei hat räumliche Planung im Kern die Aufgabe, zwischen unterschiedlichen Raumansprüchen und Nutzungskonflikten einen Abwägungsprozess zu gestalten, um die politische Entscheidungsfindung vorzubereiten. Die gesetzlichen Grundlagen und institutionellen Rahmenbedingungen für räumliche Planung und Gesundheitsrecht sind unterschiedlich, weisen aber über das aktuelle Präventionsgesetz Schnittstellen auf. Diese gilt es kooperativ auszugestalten.

### Schlüsselwörter

Städtebaurecht – städtebauliche Instrumente – gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse – Gesundheit – Wohlbefinden – Gesundheitsrecht

### Diverse urban planning instruments for health care and health promotion – A summary

#### Abstract

Planning tools for healthy living conditions have existed at least since the dynamic period of industrialisation, as have urban development visions. They are assigned to local and regional levels with different responsibilities. The crucial element of spatial planning is the task to develop procedures to consider and weigh up different spatial demands and conflicts of use in order to prepare political deliberation and decision-making processes. The legal and the institutional frameworks for spatial planning and

health differ, but they are interlinked through the current Prevention Act. This presents an opportunity for a co-operative approach.

### **Keywords**

Urban planning instruments – healthy living conditions – health – well-being – health legislation

## **1 Einführung**

Planerische Instrumente für gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse existieren spätestens seit der dynamischen Periode der Industrialisierung ebenso wie städtebauliche Leitbilder, die an Reformbewegungen zur Behebung städtebaulicher hygienischer Missstände ansetzen und ganzheitliche planerische Konzepte beinhalten.

Räumliche Planung trägt im Kern die Aufgabe der gerechten Abwägung unterschiedlicher, teilweise konkurrierender Interessen bzw. Belange verschiedener Gruppen und Akteure gegen- und untereinander in sich. Diese ist von den politisch legitimierten Organen (auf der Ebene der Städte und Gemeinden: Stadt-/Gemeinderat) in ihrer Beschlussfassung vorzunehmen; vorbereitet wird dies administrativ durch in den Eckpunkten geregelte Verwaltungsverfahren. Dabei gilt es Vorgaben zu beachten, wenn sie verbindlich sind, oder, wenn sie dies nicht sind, zu berücksichtigen, das heißt in den Abwägungsprozess einzustellen. Dies ist insofern erforderlich, als sich heterogene individuelle und gesellschaftliche Bedürfnisse und Werthaltungen sowie politische Zielvorstellungen und Normsetzungen gegenüberstehen, die Ansprüche an die Raumnutzung und damit an die Inanspruchnahme einer begrenzten Ressource stellen. Planung umfasst als zentrale Aufgabe eine Abwägung von (Raumnutzungs-)Konflikten als private und öffentliche Belange.

Dieser Band thematisiert, mit einem Fokus auf der kommunalen Ebene, Möglichkeiten und Hemmnisse der Weiterentwicklung und Qualifizierung des städtebaulichen Bestands mit dem Ziel der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. Diese Themen sind auch auf unterschiedlichen Planungsebenen mit ihren vertikalen Verknüpfungen präsent. Sie sollen hier kursorisch angesprochen werden.

Raumordnung und Städtebau sind durch unterschiedliche räumliche Zuständigkeiten charakterisiert, denen wiederum eine Vielzahl von Instrumenten zur Verfügung steht, um die Raumentwicklung im föderalen Staatssystem, im Zusammenwirken von Bund, Ländern und Gemeinden, zu sichern und zu steuern. So haben sich die Ebenen im räumlichen Planungssystem in Deutschland jeweils an die Ziele (die konkret und bestimmbar formuliert sein müssen) der übergeordneten Planungsebene anzupassen; hier besteht kein Abwägungsspielraum. Gleichzeitig basiert das System aber auf dem Gegenstromprinzip, nach dem die Entwicklung, Ordnung und Sicherung des Gesamttraums die Gegebenheiten und Erfordernisse seiner Teilräume zu berücksichtigen hat. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sind auch auf den überörtlichen Planungsebenen Belange, diese stehen aber nicht im Fokus dieses Bandes.

In diesem zusammenfassenden Beitrag werden zunächst kurz gesundheitsbezogene Handlungsansätze auf überörtlicher Ebene angesprochen. Der Schwerpunkt liegt jedoch auf der kommunalen Ebene und den zentralen Instrumenten städtebaulicher Planung, die mit Blick auf Gesundheitsvorsorge und -förderung zusammengeführt und punktuell ergänzt werden. Unser Beitrag behandelt dabei zunächst die formellen Regelungen zum Allgemeinen Städtebaurecht sowie zum Besonderen Städtebaurecht und im Weiteren informelle Konzepte sowie kurze Ausführungen zum gesundheitsrechtlichen Rahmen. Er schließt mit einem knappen Fazit ab.

## 2 Überörtliche Ebene

Anknüpfungspunkte für Gesundheitsaspekte finden sich auf der überörtlichen Ebene, und zwar im Raumordnungsgesetz (ROG) §2 Abs. 3, der besagt: „Die Versorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen, ist zur Sicherung von Chancengerechtigkeit in den Teilräumen in angemessener Weise zu gewährleisten. [...] Dem Schutz kritischer Infrastrukturen ist Rechnung zu tragen.“ Angesichts des demografischen Wandels ist die infrastrukturelle Dimension im Rahmen der Daseinsvorsorge auch ein Thema räumlicher Planung. Dieser zeigt vielfältige Auswirkungen in den Regionen Deutschlands, vor allem für ländliche periphere Regionen. Mit schrumpfenden finanziellen Ressourcen ist hier kaum das Spagat zwischen wirtschaftlicher Tragfähigkeit und Erreichbarkeit von medizinischer Versorgung und Betreuung, aber auch von gesundheitsbezogener Ausstattung mit mobilen und stationären Angeboten zu leisten, sodass diese bereits heute gerade in ländlichen Regionen ein äußerst wichtiger Faktor ist.

Gleichzeitig stößt Raumordnung als Planung auf der überörtlichen Ebene hier an ihre Grenzen, da eine Fachplanung „Gesundheit“ bisher kaum eine Koordinierung von Dritten, hier des Gesundheitswesens, erreichte. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass einerseits der stationäre Sektor des Gesundheitswesens, im Rahmen der Vorgaben der von den Bundesländern aufgestellten Krankenhauspläne (z. B. MGEPa NRW 2013), zunehmend marktwirtschaftlich organisiert ist, und andererseits der im Rahmen der Bedarfsplanungs-Richtlinie (G-BA 2016) in ärztlicher Selbstverwaltung organisierte ambulante ärztliche Sektor kaum durch raumordnerische Festlegungen erreicht wird. Allenfalls wird Gesundheitswirtschaft explizit als ein regionaler Standortfaktor hervorgehoben.

Mit Blick auf regionale Flächennutzungspotenziale und -konkurrenzen, die regional-planerische Handlungsfelder definieren, ist Gesundheitsvorsorge ein zentrales Thema, das im Rahmen der Umweltprüfung gemäß §9 ROG zu bewerten ist (vgl. Beitrag Hartlik/Machtolf in diesem Band). Aktuelle Herausforderungen sind beispielsweise im Kontext der Energiewende die Ausweisung von Standorten für Windenergieerzeugung und deren mögliche Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit.

Mit der Zielsetzung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Regionalplanung sind potenziell auch Fachbeiträge befasst, wie vor allem solche zu Kulturlandschaften, beispielsweise zum Regionalplan Münsterland, oder auch ein Fachbeitrag Erholung und

Tourismus. Im Sinne des Konzepts Therapeutischer Landschaften (Kistemann 2016) kann die dort enthaltene fachliche Perspektive auf gesundheitsfördernde Qualitäten in der Region sicherlich noch expliziter herausgestellt werden.

Soziale und gesundheitliche Belange der Bevölkerung vor Ort sollen auch überörtlich koordiniert und unterstützt werden. Dies ist beispielsweise in Niedersachsen der Fall, wo die Landesregierung gemeinsam mit der AOK Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen sowie dem BKK Landesverband Mitte Niedersachsen die Entwicklung von kommunalen Strukturen und innovativen Projekten fördert, um eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung sicherzustellen.<sup>1</sup> Die Außenwirksamkeit von Gesundheitsregionen, die auf der Ebene einzelner Bundesländer gefördert werden, wird noch erhöht durch den Zusammenschluss in einem Netzwerk.<sup>2</sup>

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auch auf regionaler Ebene gesundheitsbezogene Themen in den letzten Jahren wichtiger geworden sind. Dies liegt in den demografischen Veränderungen begründet, aber vermutlich auch in der Suche nach Profilbildung durch die Gestaltung von Lebensqualität vor Ort. Es ist weniger die Regionalplanung als die Regionalentwicklung, die hierbei durch koordiniertes Handeln die Akteure auf der kommunalen Ebene unterstützt und dies nach außen kommuniziert. Die kommunale Ebene spielt dabei die zentrale Rolle als Handlungsraum, auch für die Umsetzung von gesundheitsbezogenen Zielen und Strategien.

### 3 Allgemeines Städtebaurecht im Baugesetzbuch

§1 Absatz 6 Baugesetzbuch (BauGB) umfasst eine nicht abschließende Zusammenstellung von Belangen, die insbesondere zu berücksichtigen sind. Diese Aufzählung nicht konfliktfreier Belange wurde seit Inkrafttreten des Bundesbaugesetzes bzw. Baugesetzbuches (seit 1986) kontinuierlich ergänzt und spiegelt die jeweils aktuellen Problemstellungen wider. So enthält §1 Abs. 1 Nr. 1 Satz 6 BauGB die Planungsleitlinie, die sich auch in weiteren Regelungen im BauGB findet: „Bei der Aufstellung der Bauleitpläne sind insbesondere zu berücksichtigen: die allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse und die Sicherheit der Wohn- und Arbeitsbevölkerung.“ Darüber hinausgehend zielen auch weitere Planungsleitlinien indirekt auf das Wohlbefinden der Bevölkerung ab und tragen insofern zur Gesundheitsförderung bei, wenn beispielsweise auf die „sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung“ (§1 (6) 3 BauGB) oder „umweltbezogene Auswirkungen auf den Menschen und seine Gesundheit sowie die Bevölkerung insgesamt“ (§1 (6) 7c) BauGB) abgehoben wird. Damit ist zum einen die Flächennutzungsplanung als vorbereitende Flächennutzungsorganisation auf gesamtstädtischer Ebene adressiert. Aktuelle Herausforderungen wie vor allem eine stadträumliche Segregation, die Sicherung und Entwicklung von Versorgungsstrukturen und eine ungleiche Belastung von Stadträumen durch Lärm und Feinstaub sind bereits auf dieser Ebene unter der Zielsetzung von Umweltgerechtigkeit zu betrachten (vgl. Beitrag Böhme/Köckler in diesem Band).

1 [http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen\\_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html](http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html) (27.02.2017).

2 <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/home/> (27.02.2017).

Zum anderen ist die Bebauungsplanung ein wichtiges Instrument, mit welchem für Teilräume auf der Grundlage eines Planungserfordernisses für jedermann verbindliche Regelungen getroffen werden. Hier ist auf §9 BauGB mit dem abschließenden Katalog städtebaulicher Festsetzungen zu verweisen. Die dort enthaltenen Regelungen zu Art und Maß baulicher Nutzungen bestimmen entscheidend die lokale Lebensqualität der Bevölkerung. Nicht verpflichtend an diese Vorgaben gebunden ist ein vorhabenbezogener Bebauungsplan, der auf der Grundlage eines Vorhaben- und Erschließungsplans eines Investors erstellt wird. Dies setzt allerdings voraus, dass „der Vorhabenträger auf der Grundlage eines mit der Gemeinde abgestimmten Plans zur Durchführung der Vorhaben und der Erschließungsmaßnahmen (Vorhaben- und Erschließungsplan) bereit und in der Lage ist und sich zur Durchführung innerhalb einer bestimmten Frist und zur Tragung der Planungs- und Erschließungskosten ganz oder teilweise vor dem Beschluss nach § 10 Abs. 1 verpflichtet (Durchführungsvertrag)“ (§12 Abs. 1 BauGB). Angesichts knapper kommunaler Haushalte ist diese Form der Umsetzung konkreter Vorhaben für viele Städte und Gemeinden eine interessante Option für eine städtebauliche Entwicklung. Konsensuales Vorgehen bei der Verhandlung des Durchführungsvertrags eröffnet potenziell Chancen, gesundheitsbezogene Qualitäten in einen solchen Bebauungsplan aufzunehmen. Dies ist beispielsweise denkbar mit Blick auf die Qualität von Grün- und Freiräumen oder auch auf die Übernahme von Infrastrukturfolgekosten, wenn diese unmittelbar mit den Planvorhaben verknüpft werden können.

Mit § 13 a BauGB wurde ein beschleunigtes Verfahren für Bebauungspläne eingeführt, die der Wiedernutzbarmachung von Flächen, der Nachverdichtung oder anderen Maßnahmen der Innenentwicklung dienen, um die Innenentwicklung im Sinne einer Reduzierung der Inanspruchnahme von bisher nicht bebauten Flächen für Siedlungszwecke zu fördern. Damit werden sowohl Beteiligungsschritte für die Öffentlichkeit reduziert als auch die Prüfung von Umweltauswirkungen im Abwägungsprozess unter definierten Voraussetzungen eingeschränkt. Es dürfen keine „Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung der in § 1 Abs. 6 Nr. 7 Buchstabe b genannten Schutzgüter bestehen“ (§ 13a (1) BauGB). Dazu zählt auch das Schutzgut „menschliche Gesundheit“, dessen Kriterien der Prüfung sich bisher vor allem auf Lärm und Feinstaub beziehen (vgl. Beitrag Hartlik/Machtolf in diesem Band). Diese Form der Bebauungsplanung bezieht sich auf bestehende Quartiere mit traditionell gewachsenen Gemengelagen mit unterschiedlichen, oftmals konfligierenden Nutzungen wie Wohnen und Gewerbe. Räumliche Planung kann hier im Rahmen derartiger Planverfahren in räumlich begrenzten Gebietskulissen nur eingeschränkt zur Minderung der bestehenden Mehrfachbelastungen der ansässigen Bevölkerung beitragen.

Mit der Einführung einer neuen Gebietskategorie „Urbanes Gebiet“ in die Baunutzungsverordnung soll dem Leitbild der Stadt der kurzen Wege und neuen Formen urbaner Mischung von Wohnen und Arbeiten Rechnung getragen werden. Dies wurde beispielsweise in der Leipzig-Charta (2007) formuliert: „Eine wichtige Grundlage für die effiziente und nachhaltige Nutzung von Ressourcen ist eine kompakte Siedlungsstruktur. Diese kann durch eine Stadt- und Regionalplanung, die eine Zersiedelung des städtischen Umlandes verhindert, erreicht werden. Hier muss engagiert dafür gesorgt werden, dass das Flächenangebot gesteuert und Spekulationen einge-

dämmt werden. Als besonders nachhaltig hat sich dabei das Konzept der Mischung von Wohnen, Arbeiten, Bildung, Versorgung und Freizeitgestaltung in den Stadtquartieren erwiesen.“<sup>3</sup>

Eine Nutzungsmischung von Wohnen und Gewerbe mit sozialen und kulturellen Einrichtungen soll im städtebaulichen Bestand eine Abwendung von der Charta von Athen (1933) mit ihrer strikten Funktionstrennung, die mit dem Trennungsgrundsatz unverträglicher Nutzungen im § 50 Bundesimmissionsschutzgesetz festgeschrieben wurde, ermöglichen. Damit soll den realen urbanen Lebensmustern stärker entsprochen werden, für die eine funktionale Mischung auf Quartiersebene Optionen zur Vereinbarkeit von Berufs-, Familien- und Haushaltsorganisation eröffnet, die eine Inanspruchnahme von haushaltsbezogenen Dienstleistungen und insgesamt soziale und ökonomische Teilhabechancen im nähräumlichen Umfeld ermöglicht. Der neue Gebietstyp beinhaltet dementsprechend höhere Lärmwerte, deren Konsequenzen für passiven Schallschutz und damit gesundheitliche Verträglichkeit noch unklar sind. Zudem stellt sich in der Planungspraxis die Frage nach der Berücksichtigung der Lärmwerte bei der Abwägung und insgesamt nach dem Umgang mit Immissionsschutz (Rüdiger 2017).

#### 4 Besonderes Städtebaurecht im Baugesetzbuch

Der wirtschaftsstrukturelle und technologische Wandel der letzten Jahrzehnte, einhergehend mit einer Heterogenisierung von Lebensmustern und Lebensstilen, hat in den Städten und Regionen zu sozioökonomischen Disparitäten und dem Erfordernis der Anpassung bestehender städtebaulicher Strukturen an diese Entwicklungen geführt. Diese drücken sich in sozialräumlichen Disparitäten und einer Segregation von Stadtbereichen auf den unterschiedlichen räumlichen Ebenen aus – vom Quartier bis zur stadtreionalen teilräumlichen Ausdifferenzierung über territoriale Grenzen hinweg. Das planerische Instrumentarium hat insbesondere mit dem Besonderen Städtebaurecht auf diese Problemlagen reagiert.

Das Besondere Städtebaurecht bezieht sich auf die Verbesserung und Erneuerung sowie eine Aufwertung im städtebaulichen Bestand der gebauten Stadt. Und ungesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse gelten als ein städtebaulicher Missstand, den es durch städtebauliche Sanierungsmaßnahmen gemäß § 135 ff. BauGB zu beheben gilt (vgl. Beitrag Köck/Fischer in diesem Band). Zur Vorbereitung der Sanierung gehört neben der vorbereitenden Untersuchung, der Festlegung des Sanierungsgebietes in einer Sanierungssatzung, der Bestimmung von Ziel und Zweck der Sanierung auch die städtebauliche Planung. Die Einbeziehung vorhandener Daten der Gesundheitsberichterstattung kann hier bisher in der Praxis noch wenig beobachtet werden. Die Entwicklung von Zielen und Strategien, die über die gesetzlich geforderte Lösung bestehender Nutzungskonflikte, beispielsweise in Gemengelagen, hinausgehen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der ansässigen Bevölkerung umfassen, erfolgt ebenso noch kaum.

3 [http://www.bbr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/lzR/2010/4/Inhalt/DL\\_LeipzigCharta.pdf%3F\\_\\_blob%3DpublicationFile%26v%3D2](http://www.bbr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/lzR/2010/4/Inhalt/DL_LeipzigCharta.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D2) (27.02.2017).

Ein eher präventiv ausgerichtetes Instrument des Städtebaus bietet der Stadtumbau gemäß § 171a)-e) BauGB. Diese Form der Stadterneuerung kann in solchen Bestandsgebieten angewendet werden, die von erheblichen städtebaulichen Funktionsverlusten betroffen sind und Anpassungen zur Herstellung nachhaltiger städtebaulicher Strukturen erfordern. Das als Grundlage für diese Maßnahmen zu erarbeitende städtebauliche Entwicklungskonzept (gem. § 171 b) BauGB) eröffnet als ein proaktives Instrument die Möglichkeit der Zusammenführung von sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen Datengrundlagen, um auch gesundheitsfördernde Ziele und Strategien zu integrieren.

In den letzten Jahrzehnten gab es zahlreiche Programme der Städtebauförderung, die spezifischen Sach- und Raumbezug aufweisen (BMVBS 2011). Dabei sind die Programme Stadtumbau Ost und West, die 2017 zu einem Stadtumbauprogramm zusammengeführt wurden, von besonderer Bedeutung für Gesundheitsförderung im Quartier, insbesondere, wenn sie mit dem Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“ verknüpft werden (siehe Beitrag Böhme/Spies/Weber in diesem Band).

Auch die Gesundheitswissenschaften haben mit Blick auf sozialräumlich benachteiligte Quartiere und Stadtteile mit ihrem Public-Health-Ansatz in den letzten Jahren zunehmend räumliche Zusammenhänge sozialer, umweltbezogener und gesundheitlicher Lebensbedingungen in ihre Betrachtung genommen. Mit der Zielsetzung der Schaffung von Umweltgerechtigkeit im urbanen Raum entstand somit eine große Dynamik auch in dem Feld Verfahrensgerechtigkeit, da sich die hier lebenden Bevölkerungsgruppen nur wenig in Planungsverfahren einbringen. Diese komplexen Verknüpfungen werden auch in internationalen Debatten reflektiert. Damit rücken interdisziplinäre Schnittstellen zwischen den Instrumenten der Raum- und Gesundheitswissenschaften in das Blickfeld.

## 5 Informelle Konzepte

Große Chancen zur Etablierung gesundheitsbezogener Aspekte bieten informelle Konzepte und Planwerke. Sie sind sach- und fachbezogen und beschreiben strategische Ziele und Handlungsempfehlungen auf räumlicher und fachbezogener Ebene. Die Planverfahren sind rechtlich nicht normiert, denn durch sie werden in erster Linie Ziele, Absichtserklärungen und Prioritäten fixiert. Sie können – wie beispielsweise Stadtentwicklungskonzepte oder Rahmenpläne – strategisch thematische und räumliche Schwerpunkte setzen.

Stadtentwicklungskonzepte oder -pläne sind Beispiele für ein informelles Planverfahren auf kommunaler Ebene, dies kann aber auch für andere Verfahren wie z. B. Rahmenplanung, Masterpläne (z. B. Masterplan: grün 3.0 der Region Köln Bonn, 2012) oder auch Wettbewerbe (mit formellen Verfahrensteilen) angewandt werden. Teilräumlich sind informelle integrierende städtebauliche Konzepte die Voraussetzung für die Beantragung von Städtebauförderungsmitteln als Drittelfinanzierung von Bund, Land und Kommune. Sie beziehen sich auf den baulichen Bestand in urbanen Teilräumen wie Stadtquartieren.

Damit sind sie sehr gut geeignet, gesundheitsrelevante Datengrundlagen zu berücksichtigen sowie gesundheitsförderliche Ziele, Strategien und Maßnahmen zu entwickeln und aufzugreifen und Impulse für gesamträumliche Planungsaufgaben und -prozesse zu setzen. Denn als indikative Planung haben sie das Ziel, Initialzündungen auszulösen, die nicht den Gesamtrahmen aller möglichen raumbezogenen Aktivitäten und deren Akteure ausschöpfen müssen, sondern durch gezielte Maßnahmen den Anreiz zu weiteren Maßnahmen geben und weitere Akteure einbeziehen sollen. So ergab eine 2015 durchgeführte studentische Untersuchung von ausgewählten integrierten städtebaulichen Entwicklungs- bzw. Handlungskonzepten, dass Belange der Gesundheitsförderung vor allem implizit in den Datenanalysen enthalten waren und weniger in den Zielen und Maßnahmen explizit formuliert worden waren. Eine Ausnahme bildete das integrierte städtebauliche Entwicklungskonzept „Gesundes Wattenscheid – familienfreundlich und generationengerecht“ in Bochum (2015; siehe Textbox „Gesundes Wattenscheid“ von Köckler in diesem Band).

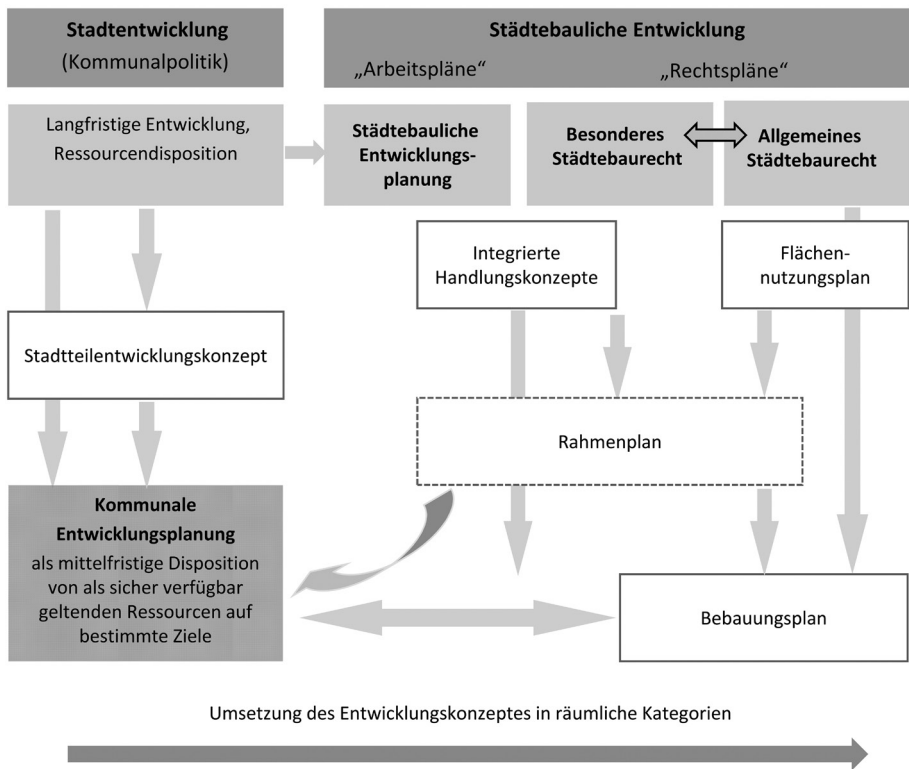


Abb.1: Typen von Plänen auf kommunaler Ebene

Informelle Konzepte und Pläne sind gleichzeitig rahmensetzend für weitere Planungen, z.B. auch formeller Art mit Blick auf die spätere Finanzplanung, für die sie Zielsetzung und Maßnahmen sowie Richtungen vorgeben, auch wenn sie letztendlich nicht



verbindlich sind. Solche Entwicklungskonzepte können auf gemeindlicher, stadtregionaler und auch interkommunaler sowie regionaler Ebene erarbeitet werden. Die Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Typen von Plänen auf kommunaler Ebene werden in Abbildung 1 veranschaulicht.

Entscheidend für die Gestaltung informeller Verfahren sind der Anlass, die Themenstellung, die involvierten Akteure und der räumliche Kontext. Die Art und Form des Zusammenwirkens der Akteure ist in hohem Maße auf Dialog angelegt, um ein Ausbalancieren von Interessenlagen und eine Konsensfindung zu erreichen; aufgrund dessen eignen sich informelle Verfahren auch besonders gut zur Zusammenführung von Akteuren mit unterschiedlichen Handlungsrationaltäten. Für diesen trans- und interdisziplinären Diskurs stehen politisch-administrative Planungsverfahren auf der Grundlage des Verwaltungsverfahrensgesetzes und darauf basierend des Baugesetzbuches und des Raumordnungsgesetzes zur Verfügung, die normativ gerahmt sind und mit vielfältigen Kommunikationsmethoden und -formaten verbunden werden können.

Von daher spielen auch gesamt- und teilräumliche informelle Konzepte, fachlich sektorale Konzepte und Pläne eine wichtige Rolle; besonders hervorzuheben ist hier der Fachplan Gesundheit (siehe Beitrag Baumgart/Dilger). Dieser wird dann besonders wirksam, wenn er in politische Vorgaben auf kommunaler Ebene in Form von Leitbildern in den Planungsprozess einfließt.

## 6 Gesundheitsrechtliche Bezüge

Das Erfahrungswissen um die komplexen Wechselwirkungen zwischen städtebaulicher Planung und Gesundheit lässt sich in Europa bis in die Antike zurückverfolgen; es umfasst nicht nur Annahmen darüber, wie Menschen durch widrige städtische Umweltbedingungen (Luft, Wasser, Boden) erkranken, sondern auch darüber, wie menschliche Gesundheit erhalten werden kann (Rodenstein 2012). Der wesentliche Akteur zur Wahrnehmung gesundheitsrelevanter Belange in der städtebaulichen Planung ist vonseiten des Gesundheitswesens heute zweifellos der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), auf kommunaler Ebene repräsentiert durch die untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt). Ein allgemeines Ziel der Tätigkeit des ÖGD ist die Verringerung der gesundheitlichen Belastungen der Bevölkerung aus der Umwelt. Risikofaktoren für die menschliche Gesundheit sollen erkannt und bewertet werden; gegen schädliche Einflüsse sind Maßnahmen zu erlassen oder zu ergreifen (Schell 1995). In der aktuellen Diskussion wird inzwischen immer wichtiger, welchen Einfluss die städtebauliche Gestaltung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohner, vermittelt durch Bewusstsein und Verhalten auf Quartiersebene, hat (Baumeister/Köckler/Rüdiger et al. 2016).

Der Infektionsschutz als Teil des Gesundheitsschutzes erhielt in Deutschland mit dem Reichsseuchengesetz (1900) seine bis heute durch Bundesseuchengesetz (BseuchG) (1961) und Infektionsschutzgesetz (IfSG) (2000) kontinuierlich fortgeschriebene rechtliche Grundlage. Vor dem Hintergrund der großen seuchenhygienischen Bedeu-

tung ist ein eigener Abschnitt dem Thema Wasser und Abwasser gewidmet. Der Schutz unter anderem des Menschen vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnliche Vorgänge ist seit 1974 im Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) und zahlreichen Durchführungsverordnungen verankert. Das aus der Gewerbeordnung hervorgegangene Gesetz bezweckt die Abwehr bestehender oder bevorstehender Gefahren und beruht sowohl auf dem Verursacherprinzip als auch auf dem Vorsorgeprinzip. Mit dem Ziel sicherzustellen, dass bei bestimmten Vorhaben, Plänen und Programmen die Wirkungen unter anderem auf die menschliche Gesundheit im Rahmen von Umweltprüfungen frühzeitig und umfassend ermittelt, beschrieben und bewertet werden und die Ergebnisse so früh wie möglich berücksichtigt werden, wurde schließlich das Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP-G) (1990) erlassen. In § 14i ist dort festgelegt, dass Behörden, deren umwelt- und gesundheitsbezogener Aufgabenbereich berührt wird (z. B. das Gesundheitsamt), informiert werden und Stellung nehmen. Vor dem Hintergrund, dass in UVP-Prozessen zumeist ein sehr enges, am BImSchG orientiertes Verständnis von Gesundheit zugrunde gelegt wird, das sich auf chemische und bio-physikalische Umweltaspekte beschränkt, hat in der UVP-Gesellschaft die AG „Menschliche Gesundheit“ Leitlinien für eine umfassendere Gesundheitsfolgenabschätzung im Sinne eines Health Impact Assessment (HIA) in Planungsprozessen erarbeitet (Knetschke/Claßen 2014).

Die in den genannten Gesetzen bezeichneten Aufgaben für den Gesundheitsschutz finden ihren Bezug in den vor etwa zwanzig Jahren in den einzelnen Bundesländern erlassenen Gesundheitsdienstgesetzen, welche die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes regeln (im Folgenden exemplarisch: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) NRW 1997). Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem (umweltbezogenen) Gesundheitsschutz wird regelhaft (mit Ausnahme von Niedersachsen, Sachsen und Thüringen) als allgemeiner Auftrag der unteren Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt) aufgeführt (§6 ÖGDG). Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (§9 ÖGDG) sowie Hygieneüberwachung (§17 ÖGDG) werden als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung hochrangig festgeschrieben (Kuschke/Lafontaine/Scharf et al. 2001). Als pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben werden die Mitwirkung an Planungen (§8 ÖGDG: Stellungnahmen zu Planungs- und Genehmigungsverfahren, wenn gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden) sowie die Umweltmedizin (§10 ÖGDG: Förderung des Schutzes der Bevölkerung vor gesundheitsgefährdenden und gesundheitsschädigenden Einflüssen aus der Umwelt) aufgeführt. Aufgaben im Bereich Umweltgefahren sind nur in Niedersachsen explizit formuliert, während in der Mehrzahl der ÖGD-Gesetze die Problematik benachteiligender Lebensbedingungen thematisiert wird. Somit bestehen durchaus Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Aufgabenzuweisung sowohl für Prävention und Gesundheitsförderung als auch für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz, der teilweise keine Erwähnung findet oder sich auf die Gefahrenabwehr beschränkt.

Die Umsetzung erfolgt auf lokaler Ebene als Aufgabe im eigenen Wirkungskreis überwiegend in den (kommunalisierten) Gesundheitsämtern. Die Wahrnehmung der letztgenannten Aufgaben (Planungsmitwirkung, Umweltmedizin) im kommunalen

Verwaltungsalltag ist durchaus uneinheitlich. Sie wird quantitativ und qualitativ erheblich beeinflusst von den personellen Ressourcen und Qualifikationen der Gesundheitsbehörden sowie von der Berücksichtigung in den Nachbarressorts. Zur Stärkung der Kompetenzen des ÖGD hinsichtlich gesundheitsförderlicher Stadtentwicklung wurde kürzlich ein Leitfaden publiziert, der auf der australischen „Healthy Urban Development Checklist“ basiert. Er soll den Gesundheitsbehörden helfen, in verständlichen und einheitlichen Stellungnahmen mit gesundheitlicher Expertise vorzuschlagen, wie positive Effekte von städtebaulichen Projekten auf die Gesundheit maximiert und negative Effekte minimiert werden können (Baumeister/Rüdiger/Köckler et al. 2016).

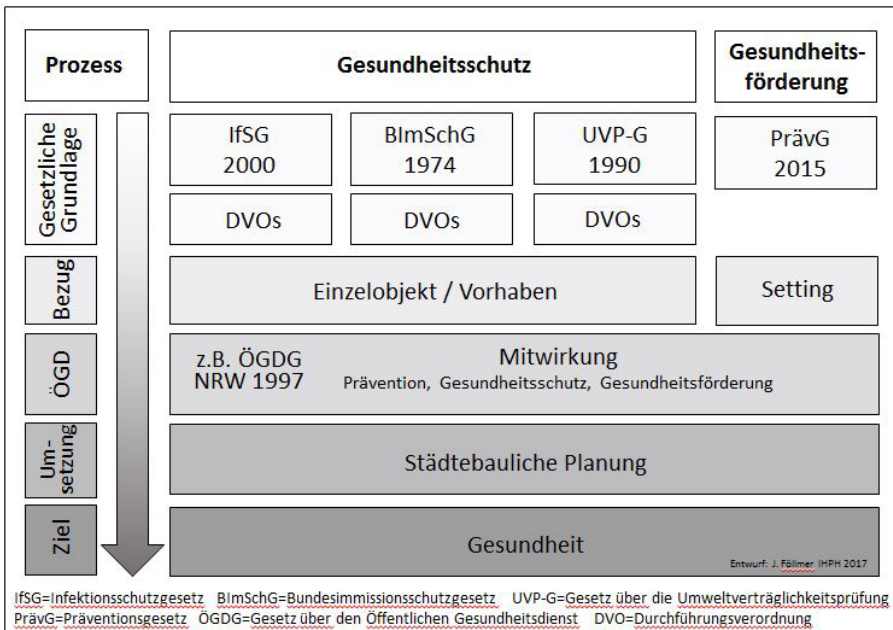


Abb. 2: Gesundheitsrecht und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) im städtebaulichen Planungsprozess

Auf Bundesebene liegt die Zuständigkeit für Gesundheitsförderung bei den Krankenkassen gem. Sozialgesetzbuch (SGB V), der Unfallversicherung (SGB VII), der Rehabilitation (SGB IX) und der Arbeitsschutzgesetzgebung. Die Leistungen der Krankenkassen sind gegenüber ihren Versicherten grundsätzlich im sogenannten „Einzelversichertenbezug“ zu erbringen, womit systematische Grenzen gegenüber dem bevölkerungsmedizinischen Ansatz der Gesundheitsförderung gesetzt sind. Erst kürzlich wurde die Gesundheitsförderung durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG 2015) mit seinen Artikeln 1-5 (Änderungen des Fünften bis Achten Buches Sozialgesetzbuch: Gesetzliche Kranken-, Renten-, Unfallversicherung, Kinder und Jugendhilfe) stärker in den Fokus gerückt. Nach diesem Gesetz haben die gesetzlichen Krankenkassen nun Leistungen zur Verhinderung

und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) explizit vorzusehen (Art. 1, Abs. 4: §20 Abs. 1). Der Bezug zur städtebaulichen Planung wird hergestellt, indem diese Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbracht werden (§ 20 Abs. 4). Unter Lebenswelten werden dabei für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens sowie der Freizeitgestaltung verstanden. Und dort sind gesundheitsförderliche Strukturen als kassenübergreifende Leistungen, also neu ohne Bezug zu einem Einzelversicherungsverhältnis, aufzubauen und zu stärken (§20a Abs. 1). Mindestens zwei Euro müssen die Versicherungen jährlich je Versicherten für diese Form der Gesundheitsförderung in Lebenswelten aufwenden.

Wir können zusammenfassend feststellen, dass von gesundheitsrechtlicher Seite ein recht umfassender Rahmen von Anknüpfungspunkten besteht (s. Abb. 2), um gesundheitliche Aspekte der städtebaulichen Planung, sowohl hinsichtlich Gesundheitsschutz und Prävention als auch hinsichtlich Gesundheitsförderung, einzubringen, den es im Sinne einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung bestmöglich auszuschöpfen gilt.

## 7 Fazit

Der Städtebau und die räumliche Planung halten eine Vielzahl von Instrumenten in Form von gesetzlichen Vorgaben und Förderprogrammen bereit, die den Gesundheitsschutz berücksichtigen. Diese werden aktiv zur Gesundheitsvorsorge angewandt, da sie in ihren Regelungen diesen Auftrag explizit enthalten. Bisher noch weniger beachtet wird die Gesundheitsförderung als eine Aufgabe, die ebenfalls die räumliche Planung berührt. Das 2015 beschlossene Präventionsgesetz (PrävG), das vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt wurde, zielt auch auf Gesundheitsförderung im Lebensumfeld (§20a PrävG). Damit sollen auf der Ebene des Quartiers, aber auch darüber hinausgehend, nicht nur Fördermittel des Städtebaus eingesetzt, sondern auch Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherungen herangezogen werden (siehe Beitrag Rauland/Böhme/Köckler in diesem Band). Das ist ein Paradigmenwechsel insofern, als erstmals Krankenversicherungsbeiträge nicht individualbezogen, das heißt für einen bestimmten Versicherten, sondern settingbezogen verwendet werden dürfen. Dies verweist potenziell in Richtung einer stärkeren Kooperation zur proaktiven Gestaltung der Lebenswelt im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit und Wohlbefinden.

Die unterschiedlichen Facetten von raumbezogener Planung – ingenieurtechnisch, rational-wissenschaftlich, politisch-administrativ, politisch-normativ – bestimmen inter- und transdisziplinäre Schnittstellen zwischen Raum- und Gesundheitswissenschaften und spiegeln die Komplexität von gesellschaftlichen Prozessen wider. Unterschiedliche Interessen der organisierten und nicht organisierten Zivilgesellschaft kennzeichnen eine Mitwirkungsbereitschaft der Bürgerinnen und Bürger an planerischen Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen und werden von diesen angesichts der ubiquitären medialen Verfügbarkeit von Informationen und Datengrundlagen eingefordert.

Somit ist der Einsatz wissenschaftlicher Methoden und Instrumente gefordert, auch jenseits des faktenbasierten Diskurses in einem interaktiven Austausch mit zivilgesellschaftlichen Akteuren standzuhalten. Auch deshalb sind ein kooperativer Austausch unterschiedlicher Disziplinen und ein gestaltender Einsatz der jeweiligen Instrumente notwendig und geboten.

---

## Autoren

**Sabine Baumgart** (\*1952), *Dr.-Ing., Architektin und Stadtplanerin, Univ.-Professorin für Stadt- und Regionalplanung an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund, Mitglied der ARL, Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft NRW der ARL, Leiterin des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL.*

**Thomas Kistemann** (\*1961), *Prof. Dr., Studium der Medizin, Geographie und Klassischen Philologie in Bonn und Göttingen; nach mehrjähriger klinisch-ärztlicher Tätigkeit seit 1994 am Institut für Hygiene und Public Health der Universität Bonn tätig; Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Leitung des GeoHealth Centre sowie des WHO-Kollaborationszentrums für Wassermanagement und Risikokommunikation; Professur für Hygiene, Umweltmedizin und Medizinische Geographie, stellvertretender Institutsdirektor und leitender Oberarzt (Umwelthygiene/Public Health).*

---

## Literatur

Baugesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 2004 (BGBl. I: 2414), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I: 1722) geändert worden ist.

Baumeister, H.; Köckler, H.; Rüdiger, A.; Claßen, T.; Hamilton, J.; Rühlwiler, M.; Sahin, C.; Baumgart, S.; Hornberg, C. (2016): Leitfaden Gesunde Stadt – Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bochum.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bauen und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2011): 40 Jahre Städtebauförderung. Berlin.

Bundes-Immissionsschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Mai 2013 (BGBl. I: 1274), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. Mai 2017 (BGBl. I S. 1298) geändert worden ist.

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 25. November 1997 (GV. NRW: 430), zuletzt geändert am 14. Mai 2013 (GV. NRW: 202).

Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Februar 2010 (BGBl. I: 94), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29. Mai 2017 (BGBl. I: 1298) geändert worden ist.

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015 (BGBl. I: 1368).

Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I: 1045), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 20 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I: 1666) geändert worden ist.

Kistemann, T. (2016): Das Konzept der therapeutischen Landschaften. In: Gebhard, U.; Kistemann, T. (Hrsg.): Landschaft, Identität und Gesundheit. Wiesbaden, 123-149.

Knetschke, T.; Claßen, T. (2014): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit – Für eine wirksame Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen und Zulassungsverfahren. In: UMID 02/2014, 38-43.

Kuschke, W.; Lafontaine, J.; Scharf, B.; Stollmann, F. (2001): Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Wiesbaden.

Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (2017): Gesundheitswirtschaft im Aufbruch. <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/home/> (27.02.2017).

**Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2017):** Gesundheitsregionen Niedersachsen.

[http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen\\_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html](http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html) (27.02.2017).

**Raumordnungsgesetz vom 22. Dezember 2008** (BGBl. I: 2986), das zuletzt durch Artikel 5 Satz 2 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I: 1245) geändert worden ist.

**Rodenstein, M. (2012):** Stadtplanung und Gesundheit – ein Rückblick auf Theorie und Praxis. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, 15-25.

**Rüdiger, A. (2017):** Gewerbelärm contra Nutzungsmischung – zur Praxistauglichkeit des Urbanen Gebietes. In: RaumPlanung 190 (2), 14-20.

**Schell, W. (1995):** Das deutsche Gesundheitswesen von A bis Z. Stuttgart.