

ten, verbunden mit einer sozialräumlichen Segregation aufgrund der Bodenpreisentwicklung.

Spätestens mit der Industrialisierung des Bauens und der funktionellen Zoneneinteilung der Stadtpläne mit »Grüngürteln« zwischen den verschiedenen Funktionsgebieten (Wohnen, Arbeiten, Erholung, Verkehr) im Rahmen des 4. Kongresses der CIAM (Congrès Internationaux d'Architecture Moderne) von 1933 wurde die argumentative Grundlage für Immissionsschutz in der Stadt gelegt. Mit der strategischen Stadtsanierung des »Dritten Reiches« wurden gesunde Lebensverhältnisse zum Thema der Stadtgesundheit und damit der sozialen und politischen Kontrolle unterworfen. Dazu diente die Schaffung staatlicher Gesundheitsämter 1935 auf der Grundlage des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Werner Durth zitiert Wilhelm Wortmann (1941): »Die Aufgabe heißt, die in der Stadt gegebene Häufung von Menschen und Arbeitsstätten so zu gestalten, daß die gegen die Stadt erhobenen Vorwürfe entkräftet werden; das Leben des Städters muß wieder gesund und lebenswert werden. Der Gedanke der Stadtlandschaft will diese Forderung erfüllen. Dieser Begriff ist mit Herabzonung der Baudichte und -höhe, mit Auflockerung und reicher Durchsetzung der Baugebiete mit Grünzügen nicht erfaßt. Die Stadtlandschaft will einen neuen zellenförmigen Aufbau der Stadt in bewußter Anlehnung an die politische Gliederung unseres Volkes, im Gedanken der Volksgemeinschaft und in lebendiger Beziehung zur Landschaft. In der Siedlungszelle steht der einzelne Mensch wieder in einem für ihn erfühlbaren Zusammenhang mit dem Ganzen.« (Durth 1997) Eine institutionelle Überwindung dieser rassenhygienisch konnotierten Verknüpfung von Gesundheit und räumlicher (Stadt-)Entwicklung erfolgt erst seit den letzten Jahren.

Gesundheit im Bundesbaugesetz

Mit Erlass des ersten Bundesbaugesetzes (BBauG) vom 23. 6. 1960 erfuhr der Gesundheitsbegriff eine prominente Erwähnung in den Planungsleitlinien/Belangen des § 1 Abs. 4 BBauG. »Die Bauleitpläne haben sich nach den sozialen und kulturellen Bedürfnissen der Bevölkerung, ihrer Sicherheit und Gesundheit zu richten.« (BBauG 1960, S. 19) Die Kommentierung zu jener Zeit unterstreicht die Bedeutung des Schutzes der menschlichen Gesundheit und die Rolle der räumlichen Planung. »Die zu regelnden Aufgaben [der Bauleitplanung] sind umfangreich und sehr unterschiedlich, jedoch ist davon auszugehen, daß die Belange der Sicherheit und Gesundheit der Bevölkerung stets an erster Stelle stehen [...].« (Knaup & Ingenstau 1960, S. 23)

Es wird deutlich, dass Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge traditionell mit räumlicher Planung verknüpft sind. Planerische Instrumente für gesunde Lebensverhältnisse existieren – ebenso wie städtebauliche Leitbilder – spätestens seit der dynamischen Periode der Industrialisierung. Sie sind auf örtlicher und überörtlicher Ebene mit

unterschiedlichen fachlichen Zuständigkeiten angesiedelt. Bis heute besteht ein Spannungsverhältnis zwischen den Handlungsfeldern Umwelt und Gesundheit in Bezug auf eine baulich-räumliche Stadtentwicklung. Dies spiegelt sich in einer 1991 von Marianne Rodenstein veröffentlichten Umfrage unter Stadtplanern, Gesundheits- und Umweltexperten wider. Sie zeigte, dass deren Aufmerksamkeit sich überwiegend auf gesetzliche Anforderungen und Parameter von Lärm, Klima, Luft- und Bodenverschmutzung konzentrierte (Rodenstein 1991). Dies stellt bis heute eine Herausforderung für die Ressortzuschnitte und Verwaltungsverfahren dar.

Inzwischen ist Gesundheitsförderung als eine proaktive Zielsetzung hinzugekommen, sie findet sich in dem Abwägungsprozess bisher jedoch nur implizit wieder.

Schaut man sich die 2016 in Kraft getretenen 17 »Ziele für nachhaltige Entwicklung« (»Sustainable Development Goals«, SDG) der Vereinten Nationen an, so verweisen nicht nur SDG 3 (Good Health and Well-being) und SDG 11 (Sustainable Cities and Communities) auf gesundheitsrelevante Aspekte, auch in den anderen Zielsetzungen sind die Themen von Ungleichheit und Umweltbelastungen enthalten und mit Indikatoren unterlegt. Denn nahezu alle aktuellen Herausforderungen der räumlichen Entwicklung haben Berührungspunkte mit Fragen der menschlichen Gesundheit, seien es Klimawandel und Klimaanpassung, die Verkehrswende für geringere Luft- und Lärmbelastungen, der Zugang zu einer angemessenen Wohnungs- und Infrastrukturversorgung einschließlich der elementaren Ressourcen wie Luft, Boden und Wasser sowie ein sozioökonomisch tragfähiger Lebensunterhalt. Dies begründet die aktuelle politische Forderung aus der Public-Health-Perspektive »Health in all Policies«.

Um gesundheitsrelevante Aspekte, Themen und Handlungsfelder in der räumlichen Planung in Deutschland zu erkennen, bedarf es der Kenntnisse über die Schnittstellen zwischen raum- und gesundheitsbezogenen Themenstellungen und Perspektiven. Für die Akteure der räumlichen Planung bilden die raumbezogenen Regelwerke – vor allem Baugesetzbuch, Baunutzungsverordnung, Bauordnung – den Rahmen ihres Gestaltungs- und Handlungsauftrags.

1.1

Zielsetzung, Adressatenkreis und Aufbau des Lehrbuchs

Zielsetzung des Lehrbuches ist es, diese Schnittstellen der Planungsinstrumente zu identifizieren und Ansatzpunkte für ein qualifiziertes Verknüpfen von Gesundheitsaspekten zu definieren. Gesundheits- und raumbezogene Themen werden aus der Perspektive der räumlichen Planung mit Blick auf relevante Verknüpfungen behandelt. Beabsichtigt ist, Akteure im Arbeitsfeld räumlicher Planung für diese Themen zu sensibilisieren.

Das Buch richtet sich in erster Linie an Studierende und Lehrende im Bereich der Stadtplanung. Es bewegt sich auf der kommunalen, auf der örtlichen Ebene. Das Lehrbuch richtet sich ebenso an Studierende ohne planungsrelevante Vorkenntnisse, etwa der Gesundheitswissenschaft, die sich für die gesundheitsbezogene Gestaltung und Steuerung des Raumes interessieren. Das Werk zielt aber auch auf eine berufspraktische Weiterqualifizierung von Planenden in Verwaltung und Planungsbüros sowie auch die Weiterbildung politischer EntscheidungsträgerInnen in den Fachausschüssen.

Aufbau des Lehrbuchs

Das Lehrbuch besteht aus drei Abschnitten. Eingangs wird in einem ersten Abschnitt das grundlegende Verständnis von Modellen und planungsfachlichen Begriffen vermittelt. Dabei werden zunächst die gesundheitsbezogenen Zugänge, Modelle und Themen vorgestellt (2.1 und 2.2). Den Übergang zu den diesbezüglichen stadtplanerischen Fragestellungen und Handlungsfeldern bildet ein kursorischer Rückblick auf die historische Verknüpfung von Gesundheit und räumlicher Planung (2.3). Anschließend werden zentrale stadtplanerische Begriffe und ihr Verständnis sowie der grundlegende gesetzliche Handlungsauftrag räumlicher Planung erläutert (2.4 und 2.5). Angesichts der aktuellen Herausforderungen der SARS-CoV-2-Pandemie erfolgt eine Auseinandersetzung mit den raumbezogenen und sozialräumlichen Beobachtungen und den sich daraus ableitenden Themenstellungen für den urbanen Raum und den diesbezüglichen Planungsaufgaben (2.6). Im Weiteren werden aktuelle Handlungsfelder räumlicher Planung aufgeführt, die deutliche gesundheitsrelevante Schnittstellen aufweisen (3.0 bis 3.9). Vor allem in diesem Abschnitt werden den Ausführungen zugrunde gelegte gesundheitsbezogene Definitionen eingebunden. In diesen Erläuterungen kann zumeist die Komplexität der Sachverhalte nur begrenzt wiedergegeben werden, sodass jeweils auf weiterführende Literatur dazu verwiesen wird. Hinweise zu zentraler aktueller Basisliteratur im Themenfeld räumliche Planung und Gesundheit befinden sich im Anhang. Zu den jeweiligen Handlungsfeldern werden die unmittelbaren bzw. mittelbaren Effekte auf Lebensqualität und Gesundheit benannt, die für die räumliche Planung relevant sind. Abschließend werden die Wechselwirkungen innerhalb und zwischen den Handlungsfeldern aufgezeigt (3.10).

Der zweite Abschnitt widmet sich den städtebaulichen Instrumenten. Er ist mit Blick auf die städtebauliche Qualitätssicherung und ihre gesundheitsbezogenen Regularien von zentraler Bedeutung. Er ist entlang der Regelungen des Baugesetzbuches im Allgemeinen und Besonderen Städtebaurecht aufgebaut. Zunächst wird der Regelungsgehalt des Baugesetzbuches, der Baunutzungsverordnung und Bauleitplanung als hoheitliche Aufgabe mit der vorbereitenden und verbindlichen Bauleitplanung erläutert (4.1 bis 4.3). Daran schließen sich konsensuale Regelungen zur Gesundheitsför-

derung an (4.4). Die Rolle und Themen der Umweltprüfungen (4.5) und rechtliche Regelungen ohne Planerfordernis (4.6) sowie gemeindliche Satzungen (4.7) runden das Kapitel ab. Das Besondere Städtebaurecht wird mit dem integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzept als wesentliches Element der Stadterneuerung (5.1) vorgestellt. Darauf folgt die Auseinandersetzung mit der städtebaulichen Sanierung (5.2) und der städtebaulichen Entwicklungsmaßnahme (5.3) sowie dem Stadtumbau (5.4) und ihrer jeweiligen Bedeutung für Gesundheitsaspekte im städtebaulichen Bestand. Auf den sozialen Zusammenhalt beziehen sich auch die weiteren Instrumente wie die Soziale Stadt (5.5), ausgewählte Satzungen und Gebote (5.6) sowie abschließend die Sozialplanung (5.7).

Alle Kapitel in diesem Abschnitt werden durch einen kurzen historischen Abriss der Entwicklung und eine rechtliche Einordnung des Themas eingeleitet. Darauf folgen die gesetzlichen Regelungen, die für eine rechtliche Umsetzung von gesundheitsbezogener städtebaulicher Gestaltung eingesetzt werden können. Hier wird auf die im ersten Abschnitt eingeführten Themen und Handlungsfelder an der Schnittstelle von Gesundheit und räumlicher Planung Bezug genommen. Abschließend sind jeweils aktuelle Beispiele mit Quellenverweisen aufbereitet, die zur Veranschaulichung dienen.

Der dritte Abschnitt fokussiert auf Planungsprozesse und Akteure. Er befasst sich mit Planverfahren und ihren formellen und informellen Verfahrenselementen (6.1 und 6.2) sowie den zu beteiligenden Akteuren anderer Verwaltungsressorts und weiterer relevanter Aufgabenträger anderer Disziplinen und Institutionen. Die Einbeziehung von Planungsgrundlagen anderer planungsrelevanter Akteure wird im Kapitel über Informationsgrundlagen, Daten und Methoden behandelt. Hier stehen Informationsgrundlagen aus Fachplanungen mit Bezügen zur Gesundheit (7.1), gesundheitsrelevante Datengrundlagen und ihre Verfügbarkeit (7.2) sowie in diesem Kontext relevante Methoden (7.3) im Mittelpunkt. Auch hier wird jeweils zunächst eine planungsfachliche Einordnung vorgenommen, bevor die gesundheitsbezogenen Themen dargestellt werden. Ebenso enthält auch hier jedes Kapitel in diesem Abschnitt Beispiele zur Veranschaulichung.

Ein Werk mit diesem breiten Zugang kann viele Themen räumlicher Planung nur anreißen und die thematischen sektoralen Bezüge in diesem Rahmen nicht vertiefen. Daher ist bei Interesse eine weitere Auseinandersetzung mit diesen Aspekten erforderlich. Alle Kapitel enthalten am Ende eine zusammenfassende Darstellung, die die gesundheitsrelevanten Aspekte herausstellt (»Lessons learned«). Ein umfangreiches Literaturverzeichnis soll zur weiteren Vertiefung der Frage- und Themenstellungen einladen.

1.2

Fiktiver Rückblick eines engagierten Studierenden

Wie können wir PlanerInnen zu mehr Gesundheit in unseren Lebenswelten beitragen? Um diese Frage zu beantworten, widmete ich mich zunächst den Modellen und Definitionen der Gesundheitswissenschaft, denn ich möchte deren Grundlagen und Ansätze kennenlernen und verstehen. Dabei entdeckte ich sowohl in der historischen Verknüpfung unserer Disziplinen als auch in den Grundsätzen und Prinzipien einige Schnittstellen und Berührungspunkte. Die Vielfältigkeit und Breite gesundheitsrelevanter Bezüge in unseren planerischen Handlungsfeldern überraschte mich. Daseins-

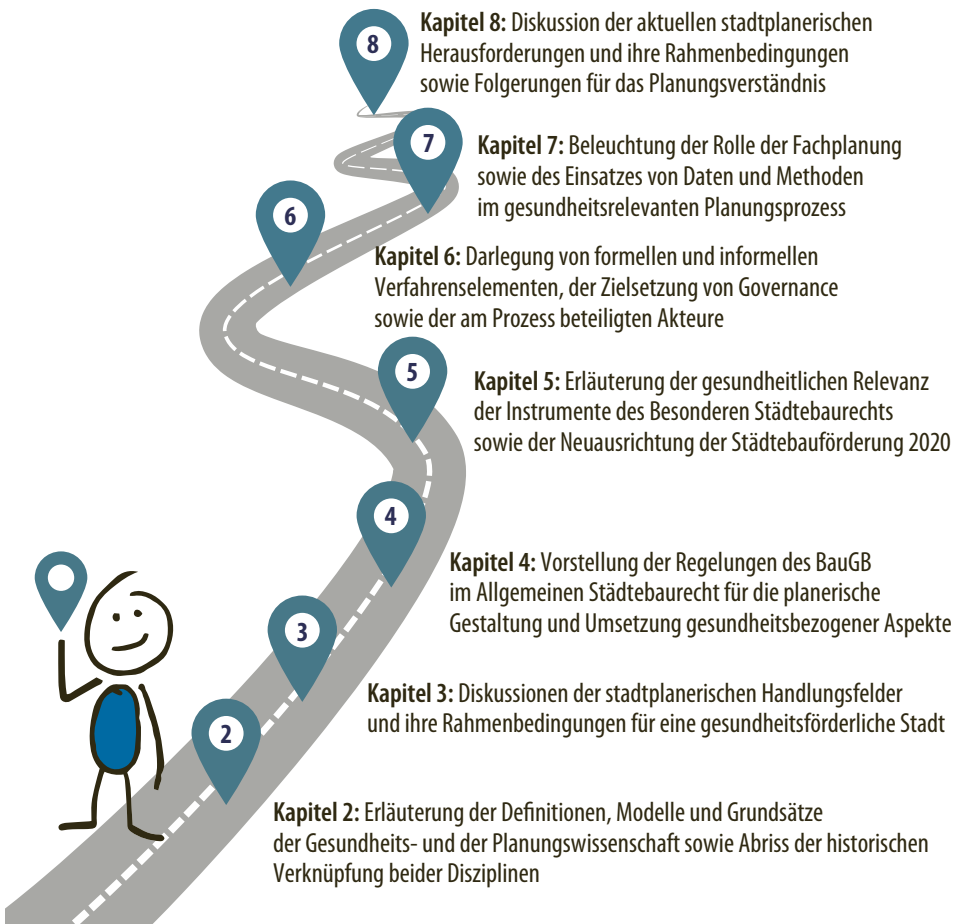


Abbildung 1: Meilensteine auf dem Weg zu gesundheitsförderlichen Lebensverhältnissen.

Quelle: Baumgart & Rüdiger.