

Stadtentwicklungspolitiken für gesunde und nachhaltige Städte

Masterthesis von Dominic Behde

Masterthesis zur Erlangung des akademischen Grads
Master of Science (M. Sc.)

Nachhaltige StadtGesundheit

Stadtentwicklungspolitiken für gesunde und nachhaltige Städte

Verfasst von:

Dominic Behde

Stadtplanung, M. Sc.

Sommersemester 2023

HafenCity Universität Hamburg

Erstprüfer:

Prof. Dr. Jörg Pohlan

HafenCity Universität Hamburg

Zweitprüfer:

PD Dr. Jobst Augustin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Veröffentlichung: Februar 2024

Ursprüngliche Abgabe am 15.09.2023

Danksagung

In meinem Lieblingsbuch sagt der langsam sterbende Prof. Morrie Schwartz an einer Stelle: „Die Liebe gewinnt immer.“ An einigen Tagen – versunken zwischen Meldungen und Publikationen zu Artensterben, sich erhitzenden Meeren, politisch aufstrebenden Menschenfeinden und Naturkatastrophen – fällt es schwer, das zu glauben. Die Seele kommt dann kaum mit. Das Verfassen dieser Arbeit war in diesen Momenten nicht vergnügungssteuerepflichtig. Die Komplexität und die gewaltigen Probleme wirken bedrückend. An einigen Tagen fühlt es sich an, als würde der Kopf sinnbildlich von allen Seiten erdrückt, während er die Themen Hitze, Bodendegradation und ÖPNV-Erreichbarkeit unter einen Hut bringen soll.

Es ist immer wieder eine Freude, einen Schritt zurückzutreten: Ich möchte meiner Familie, meinen Freunden, geliebten Menschen und wegweisenden Lehrern für ihre Unterstützung auf meiner Reise zum zweiten akademischen Grad von Herzen danken. Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern und Großeltern, die mir in jedem Moment zur Seite standen. Darüber hinaus möchte ich mich bei der Konrad-Adenauer-Stiftung und ihren Mitarbeitern für die mir zuteil gewordene ideelle und finanzielle Förderung danken, die mir einen solchen Studienverlauf überhaupt erst ermöglicht hat. Nicht zuletzt möchte ich meinen Thesisbetreuern Prof. Dr. Jörg Pohlan und Dr. Jobst Augustin, den Interviewpartnern in den Untersuchungsstädten und den Korrektoren und Diskussionspartnern, die mit mir einige Schleifen gedreht haben, danken. All diese Menschlichkeit stimmt mich hoffnungsfroh.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	IV
Inhaltsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Abbildungsverzeichnis	X
Tabellenverzeichnis	XI
Zusammenfassung.....	XII
1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund und Forschungsanlass.....	1
1.2. Fragestellung und Ziel der Arbeit	2
2. Grundlagen: Stadt und Gesundheit	4
2.1. Der „urbane Fluch“ im späten 19. Jahrhundert.....	4
2.2. Gesundheitsbezogene planerische Leitbilder – die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts.....	5
2.3. Umdenken und Konzeptionelle Neuorientierung – Ende des 20. Jahrhunderts	6
2.4. Health in All Policies und die Sustainable Development Goals – die 2010er-Jahre.....	8
2.5. Planetary Health und One Health – die 2010er-Jahre bis heute	10
2.6. Planetare Grenzen und globale Probleme – die Gegenwart	11
2.7. Ein transdisziplinäres Konzept: Urban Health/nachhaltige StadtGesundheit	13
2.7.1. <i>Gesundheit und Umwelt</i>	13
2.7.2. <i>Begriffsbestimmung, Grundkonzept: nachhaltige StadtGesundheit</i>	16
2.7.3. <i>Leitprinzipien „Blickfelderweiterung“ und „Brückenbau“</i>	18
2.8. Kommunale Planung	18
2.9. Die lauter werdenden Rufe nach Planung für Gesundheit.....	20
3. Methode.....	22
3.1. Untersuchungsstädte	22
3.1.1. <i>Bochum</i>	23
3.1.2. <i>Köln</i>	23
3.1.3. <i>Münster</i>	24
3.2. Indikatorenanalyse	25
3.2.1. <i>Integrierte Stadt- und Verkehrsplanung</i>	26
3.2.2. <i>Luftverschmutzung</i>	27
3.2.3. <i>Nähe und Erreichbarkeit von Zielorten</i>	27

3.2.4. Verteilung von Arbeitsmöglichkeiten.....	28
3.2.5. Nachfragemanagement.....	28
3.2.6. Design.....	29
3.2.7. Dichte.....	29
3.2.8. Zugänglichkeit und Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln.....	30
3.2.9. Ausgaben nach Infrastrukturart.....	30
3.2.10. Biodiversität.....	31
3.2.11. Lärmbelastung.....	31
3.2.12. Hitze und UV-Belastung.....	32
3.2.13. Bodenschutz, -erhalt und -fruchtbarkeit.....	32
3.2.14. Wasser.....	33
3.2.15. Wohnen.....	33
3.3. Dokumentenanalyse.....	34
3.4. Interviews.....	35
4. Ergebnisse.....	38
4.1. Dokumentenanalyse.....	38
4.1.1. Integrierte Stadt- und Verkehrsplanung.....	42
4.1.2. Luftverschmutzung.....	45
4.1.3. Nähe und Erreichbarkeit von Zielorten.....	46
4.1.4. Verteilung der Arbeitsmöglichkeiten.....	47
4.1.5. Nachfragemanagement.....	48
4.1.6. Design.....	48
4.1.7. Dichte.....	52
4.1.8. Zugang und Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln.....	55
4.1.9. Ausgaben nach Infrastrukturart.....	56
4.1.10. Biodiversität.....	56
4.1.11. Lärmbelastung.....	58
4.1.12. Hitze- und UV-Belastung.....	58
4.1.13. Bodenschutz-, -erhalt und -fruchtbarkeit.....	59
4.1.14. Wasser.....	60
4.1.15. Wohnen.....	60
4.2 Interviewanalyse.....	62
4.2.1. Gesundheitsverständnis und Verwaltungsaufbau.....	62
4.2.2. Die interne Zusammenarbeit und Implementierungshürden.....	62

4.2.3. Themenfelder und Aufgaben des ÖGD und Brückenbau innerhalb der Verwaltung..	65
4.2.4. Verwaltungsexterne Akteure und der ÖGD.....	67
4.2.5. Die kommunale Gesundheitskonferenz	68
4.2.6. Gesundheitsberichterstattung und Daten.....	69
4.2.7. Strategien, Argumente und Ziele für gesundheitsbezogene Stadtentwicklung.....	70
5. Diskussion.....	73
5.1. Die Haupterkenntnisse dieser Studie.....	73
5.2. Was bereits über das untersuchte Thema bekannt ist	75
5.3. Was diese Untersuchung hinzufügt.....	76
5.4. Handlungsempfehlungen.....	79
5.4.1. Kommunale Stadtentwicklung.....	79
5.4.2. Forschung	81
5.5. Limitationen	83
6. Zusammenfassung.....	86
Literaturverzeichnis	88
Anhang	i
Anhang 1: Anleitung zur Dokumentenanalyse	ii
Anhang 2: Interviewfragen	iv
Anhang 3: A priori Kategorien- und Codeliste	viii
Anhang 4: Kategorien, Codes und Interviewzitate	ix
Anhang 5: Interviewtranskripte	xvi
Anhang 6: Online-Ressourcen.....	lxii

Abkürzungsverzeichnis

BauGB	Baugesetzbuch
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BImSchG	Bundesimmissionsschutzgesetz
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CO	Kohlenstoffmonoxid
dB	Dezibel
EU	Europäische Union
FaNaG	Fahrrad- und Nahmobilitätsgesetz
FSC	Forest Stewardship Council
GG	Grundgesetz
HIA	Health Impact Assessment
HiAP	Health in all Policies
ISEK	Integriertes Stadtentwicklungskonzept
IWU	Institut Wohnen und Umwelt
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
Kfz	Kraftfahrzeug
LAG 21	Landesarbeitsgemeinschaft Agenda 21
LOOP	Nahverkehr On-Demand Münster
MDG	Millennium Development Goals
MHHR	Muster-Hochhaus-Richtlinie
MHKBD	Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Digitalisierung
MUNV	Ministerium für Umwelt, Naturschutz und Verkehr
MIV	Motorisierter Individualverkehr
NO _x	Stickstoffoxide
NRW	Nordrhein-Westfalen
O ₃	Ozon
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
ÖV	Öffentlicher Verkehr
PBefG	Personenbeförderungsgesetz

Abkürzungsverzeichnis

PEFC	Program for the Endorsement of Forest
PM2,5	Feinstaub der Partikelgröße PM2,5
ROG	Raumordnungsgesetz
S-Bahn	Schnellbahn
SDGs	Sustainable Development Goals
SO2	Schwefeldioxid
SPNV	Schienenpersonennahverkehr
SRU	Sachverständigenrat für Umweltfragen
SUHEI-Modell	Spatial Urban Health Equity Indicators-Modell
SUMP	Sustainable Urban Mobility Plan
UBA	Umweltbundesamt
UN	Vereinte Nationen/United Nations
UV	Ultraviolett
WBGU	Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen
WE	Wohneinheiten
WHO	Weltgesundheitsorganisation/World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Humanökologisches Modell der Gesundheitsdeterminanten im Siedlungsraum
(Augustin et al. o.J., S. 3, verändert nach Claßen 2020, S. 7, nach Barton und Grant 2006;
verändert nach Whitehead und Dahlgren 1991). 16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vorhandensein von Stadtentwicklungspolitiken. Nationale und subnationale Politiken wurden separat untersucht und eingestuft (eigene Darstellung).....	39
Tabelle 2: Einstufung der verschiedenen Politiken (eigene Darstellung).	40
Tabelle 3: Vorhandensein von Stadtentwicklungspolitiken. Nationale und subnationale Politiken wurden separat untersucht und eingestuft (eigene Darstellung).....	41
Tabelle 4: Einstufung der verschiedenen Politiken unter Berücksichtigung von 35 Maßgaben (eigene Darstellung).....	42

Zusammenfassung

Deutsch

Hintergrund: Aus verschiedenen Richtungen werden die Rufe, die Stadtentwicklung nachhaltig und gesund zu gestalten, häufiger. Das Vorhandensein oder die Qualität von vorgelegten Stadtentwicklungspolitiken, die das Erreichen von nachgelagerten Gesundheits- und Nachhaltigkeitszielen wahrscheinlicher machen, werden in Analysen nur selten betrachtet. In welchem Maße Gesundheit in den Kommunalverwaltungen berücksichtigt und priorisiert wird, bleibt oftmals unklar.

Methode: In der Arbeit wurden die Stadtentwicklungspolitiken in Bochum, Köln und Münster anhand gesundheitsbezogener politischer Indikatoren untersucht und bewertet. In der Untersuchung wurden Indikatoren, die für das Erdsystem von hoher Bedeutung sind, ergänzt. Die Dokumentenanalyse wurde um Interviews mit Schlüsselpersonen ergänzt, um Insider-Wissen zu generieren.

Ergebnisse: Die untersuchten Städte verfügen über messbare stadtweite Politiken – sie decken aber nicht alle Indikatoren vollständig ab. Viele Maßgaben enthalten keine spezifisch messbaren Ziele. Vorhandene Ziele werden oftmals ohne messbare Angaben oder nur sehr abstrakt formuliert. Die Interviewaussagen verdeutlichen, dass die Berücksichtigung von gesundheitsbezogenen Aspekten in allen Politikfeldern die Städte herausfordert.

Schlüsse: Um Städte gesünder und nachhaltiger zu entwickeln, sind spezifischere, nachvollziehbarere und messbarere Politiken anzustreben. Es ist zu prüfen, inwieweit gesundheitsbezogene Aspekte und die Impulse des ÖGD hinsichtlich der Berücksichtigung und Priorisierung von Gesundheit intersektoral und in allen Politiken aufgegriffen werden können. Die bereits bestehenden Ansätze, Handlungsweisen und Strukturen sollten vereinfacht und verstetigt bzw. ausgeweitet werden.

Schlagworte: StadtGesundheit, Planetare Gesundheit, Stadtplanung, Öffentliche Gesundheit (ÖGD), kommunale (Selbst-)Verwaltung, HiAP, Stadtentwicklungspolitiken

Englisch

Background: Calls to make urban development sustainable and healthy are becoming more frequent from various directions. The existence or quality of upstream urban development policies that make the achievement of downstream health and sustainability goals more likely are rarely considered in analyses. The extent to which health is considered and prioritised in local governments often remains unclear.

Method: In this study, the urban development policies in Bochum, Cologne and Münster were analysed and evaluated on the basis of health-related political indicators. Indicators that are of high importance for the Earth system were added to the study. The document analysis was complemented by interviews with key persons to generate insider knowledge.

Results: The cities studied have measurable city-wide policies - but they do not fully cover all indicators. Many measures do not contain specific measurable targets. Many policies do not contain specific measurable targets. Existing targets are often formulated without measurable information or only in very abstract terms. The interview statements make it clear that the consideration of health-related aspects in all policy areas is a challenge for cities.

Conclusions: In order to develop cities in a healthier and more sustainable way, more specific, comprehensible and measurable policies are needed. Health-related aspects and the impetus of the public health service with regard to consideration and prioritisation should be taken up intersectorally and in all policies. Existing approaches, practices and structures should be simplified, consolidated and optimised or expanded.

Keywords: Urban Health, Planetary Health, Urban Planning, Public Health (ÖGD), Local (self-)government, HiAP, Urban Development Policies

1. Einleitung

1.1. Hintergrund und Forschungsanlass

Vor einigen Jahren haben Wissenschaftler in Anbetracht der ökologischen Krisen die sogenannten planetaren Grenzen, die einen Korridor vorgeben, in dem sicheres menschliches Leben möglich ist, entwickelt. In einer kürzlich veröffentlichten Studie kam ein internationales Forscherteam zu dem Schluss, dass sieben von acht quantifizierten sicheren und gerechten planetaren Grenzen überschritten sind (Rockström et al. 2023). Die planetare Krise zeigt sich in Form von Hitzeereignissen, gestörten Stoffkreisläufen und versauernden Ozeanen. Die Arten sterben aus. Seit etwa 2014 sprechen Wissenschaftler in Anbetracht dessen davon, dass die planetare Gesundheit bedroht ist und mit ihr die menschliche Gesundheit (Horton et al. 2014).

Unseren Städten wird ein hohes Maß an Bedeutung bei der Bewältigung der Probleme zugemessen. 2015 haben 193 Staaten 17 Sustainable Development Goals (SDGs) verabschiedet, um weltweit eine nachhaltige Entwicklung sicherzustellen und zu ermöglichen. Städte und Gemeinden werden dort als die einzigen Akteure explizit erwähnt (Balland 2022, S. 74). In Deutschland verfügen die Städte und Gemeinden verfassungsgemäß über die Planungshoheit (Art. 28 GG). Die kommunale Ebene bearbeitet zahlreiche Fach- und Politikbereiche, investiert Finanzmittel und prägt das Leben der Menschen sowie den urbanen Raum durch Stadtentwicklungspolitiken, indem sie z. B. Klimaschutzpläne und Mobilitätskonzepte entwickelt und umsetzt. Letztlich beeinflussen die Städte durch ihr (Nicht-)Handeln die Lebensstile der Menschen sowie deren Umweltexposition und insofern die menschliche und – unter Berücksichtigung von Rückkoppelungen zwischen lokaler und planetarer Umwelt – auch die planetare Gesundheit (Giles-Corti et al. 2016; Münzel et al. 2021, zitiert nach Lowe et al. 2022, S. e882; SRU 2023, S. 32).

Planungen und Bautätigkeiten sind oftmals unvereinbar mit Erkenntnissen zur menschlichen Gesundheit und ökologischen Nachhaltigkeit. Darüber hinaus ist eine integrierte Planung vielerorts nicht erkennbar. Zahlreiche Stadtplanungsindikatoren und Politikanalysemethoden wurden entwickelt, um Gesundheit und Nachhaltigkeit in der Stadt zu

vermessen und zu bewerten. Zudem wurden in den letzten Jahren weltweit zahlreiche Publikationen veröffentlicht, die darstellen, wie ein Gesundheits- oder Nachhaltigkeitsmonitoring ausgestaltet und umgesetzt werden könnte (Yosifova 2021; de Lima et al. 2022; LZG NRW 2021). Oftmals wird einerseits jedoch der Zustand unabhängig von Politiken betrachtet oder andererseits werden die Effekte von konkreten Politiken untersucht. Das Vorhandensein oder die Qualität der vorgelagerten Politiken, die das Erreichen von nachgelagerten Gesundheits- und Nachhaltigkeitszielen wahrscheinlicher machen, werden in Analysen nur selten betrachtet (Lowe et al. 2022, S. e883). Oftmals bleibt unklar, in welchem Maße Gesundheit in den Kommunalverwaltungen berücksichtigt und priorisiert wird (Woodhall et al. 2021, S. 425).

1.2. Fragestellung und Ziel der Arbeit

Um zur Entwicklung von gesundheitsförderlichen und nachhaltigen Städten beizutragen und ein verändertes Planungsverständnis und -handeln zu ermöglichen, enthält diese Untersuchung zusätzliche Indikatoren, die die natürlichen Systeme der Erde berücksichtigen. Auf Basis von einer indikatorenbasierten Dokumentenanalyse und leitfadengestützten Interviews werden folgende Forschungsfragen für die Städte Bochum, Köln und Münster beantwortet:

- Inwieweit finden gesundheitsbezogene Aspekte in den Stadtentwicklungspolitiken Eingang?
- Inwiefern berücksichtigen und priorisieren Kommunalverwaltungen gesundheitsbezogene Aspekte bei der Erstellung von Stadtentwicklungspolitiken und im allgemeinen Verwaltungshandeln?

Die Städte Bochum, Köln und Münster wurden als Untersuchungsstädte gewählt, da sie allesamt im Bundesland Nordrhein-Westfalen liegen und mit jeweils mehr als 100.000 Einwohnern in der Kategorie der Großstädte einzuordnen sind. Darüber hinaus sind sie Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk (Gesunde Städte-Netzwerk o.J.). In den ausgewählten Städten werden informelle politische Dokumente (u. a. Strategiedokumente, Leitbilder, Konzepte etc.) anhand von gesundheitsbezogenen Indikatoren untersucht und bewertet.

Die in dieser Arbeit verwendeten Indikatoren basieren weitestgehend auf dem von Lowe et al. (2022) verwendeten Indikatorenset, welches 2016 von Giles-Corti et al. entwickelt wurde. Die Indikatoren spiegeln „[...] die besten verfügbaren Erkenntnisse über politische Maßnahmen für Stadtgestaltung und Transportmodalitäten im Zusammenhang mit Gesundheit [wider]“ (Lowe et al. 2022, S. 883e, eigene Übersetzung). Die Indikatoren wurden aufgrund der zahlreichen überschrittenen planetaren Grenzen aktualisiert. Die vorgenommene Erweiterung soll den „Ausschnitt der Wirklichkeit“ vergrößern (Neus und Mücke 2005, S. 159) und ein neues Nachdenken über die Verbindung von Menschen und Umwelt anregen. Die Dokumentenanalyse wurde um Interviews mit Schlüsselpersonen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ergänzt, um mit Hilfe von Insider-Wissen Hintergrundinformationen über das Verwaltungshandeln zu generieren und Herausforderungen sowie Ermöglichungsfaktoren aufzudecken. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse werden Handlungsempfehlungen für Kommunalverwaltungen und Forschung formuliert.

Diese Arbeit gliedert sich in vier Teile. Der erste Teil dieser Arbeit dient der Annäherung an das Thema und soll die vielfältigen Zugänge zum Querschnittsthema Gesundheit darstellen. Er erläutert die Herausforderungen und Konzepte, die im Zuge der Beschäftigung mit Stadt und Gesundheit formuliert wurden und geht auf die Rolle von Stadtplanung und Public Health ein. Im zweiten Teil der Arbeit werden die gewählten Methoden vorgestellt. Im Zuge dessen werden die Indikatoren beschrieben und Hintergründe erläutert. Der darauffolgende Abschnitt stellt die Ergebnisse der Dokumentenanalyse und der Interviewanalyse vor. Zuletzt werden die Ergebnisse diskutiert, Handlungsempfehlungen formuliert und Limitationen erläutert. Um den Lesefluss zu erleichtern, aber insbesondere aufgrund der zahlreichen verschiedenen Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit Stadt und Gesundheit verwendet werden, wurden Zitate nach Möglichkeit ins Deutsche übersetzt.

2. Grundlagen: Stadt und Gesundheit

2.1. Der „urbane Fluch“ im späten 19. Jahrhundert

„Ich habe noch nie solche ungesunden Wohnungen, Pesthöhlen und Brutstätten für jeden Ansteckungskeim angetroffen wie in den sogenannten Gängevierteln [...]. Ich vergesse, dass ich mich in Europa befinde“ (Koch 1892, zitiert nach Hamburg.de o.J.). Diese Aussage von Robert Koch verdeutlicht, dass Gesundheit und Stadt zusammenhängen. Die Industrialisierung führte im 19. Jahrhundert zu einem äußerst starken und raschen Bevölkerungswachstum, einer Konzentration von Produktionsanlagen in den Städten Mitteleuropas und hoher baulicher Verdichtung. Aufgrund der damit einhergehenden massiven Veränderung der lokalen Umwelt stellte dies eine besondere Herausforderung für die menschliche Gesundheit dar (Schröteler-von Brandt 2014, S. 128; Baumgart 2018, S. 23; Kistemann et al. 2019, S. 81). „In den armen Stadtteilen war die Sterblichkeit der Bevölkerung deutlich höher als in den wohlhabenden Stadtvierteln“ (Vögele 2001, S. 190, zitiert nach Baumgart 2018, S. 24). Die miserable gesundheitliche Situation in Städten wurde teilweise auch als urban penalty (frei übersetzt: urbaner Fluch) bezeichnet (Vögele 2000, S. 83f.). Die Kritik an den hygienischen und generellen Wohnverhältnissen in den Städten nahm zu. Die Unternehmer fürchteten schwindende Leistungsfähigkeit und eine Radikalisierung der Arbeiter, die bürgerliche Stadtbevölkerung fürchtete sich vor Seuchen und sittlicher Verwahrlosung und die Wohnbevölkerung sah sich großen Umweltbelastungen durch nahegelegene Industrieanlagen ausgesetzt (Schröteler-von Brandt 2014, S. 134).

Wachsende Rufe nach Reformen formulierten unter anderem „die Entflechtung der dichten [Stadt], die Schaffung verbesserter, durchgrünter Wohnformen und die Separierung der Nutzungen [...]“ (Schröteler-von Brandt 2014, S. 134) als Forderungen. Zum einen wurden neue städtebauliche Lösungen entwickelt, die die hygienische Situation verbesserten, dichte Bauweisen auflockerten und Hinterhofbebauung auflösten (ebd. S. 135, 137 f.). Zum anderen wurde das städtebauliche Planungsinstrumentarium erweitert (ebd., S. 138). Eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustands der städtischen Bevölkerungen wurde durch öffentliche Gesundheitsfürsorge, den Aufbau flächendeckender

Trinkwasserversorgung und Abwassersysteme erzielt (Baumgart 2018, S. 24). „Die Planung hat einen enormen Beitrag zur öffentlichen Gesundheit geleistet“ (Marcus et al. 2022, S. 114, eigene Übersetzung) und dazu beigetragen, dass die von übertragbaren Erkrankungen ausgehende Bedrohung und die Sterblichkeit stark reduziert wurden (Vögele 2000, S. 109 f.; Baumgart 2018, S. 24). Nicht verschwiegen werden soll an dieser Stelle, dass Hintergrund und treibende Faktoren vieler städtebaulicher und stadtplanerischer Aktivitäten neben dem gesundheitlichen Aspekt allgemein gesagt ökonomische Motive und im Speziellen die Separierung der besser gestellten Schichten von den Wohngebieten, Bodenspekulationen, die Verringerung der Kosten für Armenpflege und Krankenfürsorge waren (Schubert 2008, S. 103 f.; Baumgart 2018, S. 23; Vögele 2001, S. 406, zitiert nach Baumgart 2018, S. 24).

2.2. Gesundheitsbezogene planerische Leitbilder – die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts

Planerische Leitbilder haben erheblichen Einfluss auf die Stadtentwicklung und den Städtebau genommen. „[...] Leitbilder entwickeln sich nicht unbedingt sukzessiv, sondern bestehen oft nebeneinander bzw. überschneiden sich“ (Kistemann und Ritzinger 2018, S. 61). Viele Leitbilder bleiben als normative Entwürfe in der Idee stecken (Schlicht 2017, S. 6), einige jedoch setzen sich durch und wirken bis heute in viele Politik- und Handlungsfelder sowie Verwaltungsressorts nach. Besonders relevant ist das Leitbild der modernen Stadt (Köckler und Sieber 2020, S. 931). „Gebaut wurde in die Breite. Wohnsiedlungen mit grüner Vegetation entstanden. Arbeiten, Wohnen, Sich-erholen wurden räumlich getrennt“ (Schlicht 2017, S. 6). Die funktionelle Zoneneinteilung der Stadtgrundrisse, die dem Leitbild inhärent ist, wurde 1933 in der sogenannten Charta von Athen manifestiert (Baumgart 2018, S. 28). Das Leitbild war in der Zeit des Wiederaufbaus nach dem Zweiten Weltkrieg in vielen europäischen Städten prägend, Ideen einer gegliederten und aufgelockerten Stadt gingen in den 1950er-Jahren darin auf, die Idee der autogerechten Stadt und das Ziel Urbanität durch Dichte kam in den 1960er-Jahren dazu (Kistemann und Ritzinger 2018, S. 61).

Das Leitbild der modernen Stadt verfolgte gesundheitsbezogene Ziele. Die Charta von Athen enthielt das Leitprinzip „Mehr Licht, mehr Luft, mehr Sonne“ (Rodenstein 1988, zitiert nach Baumgart 2018, S. 42). Der Gesundheitsschutz wird von Kistemann und Ritzinger (2018, S. 62) als Leitmotiv der Charta von Athen für den Bereich Gesundheit herausgearbeitet. „Dieser Gedanke von Schutz der menschlichen Gesundheit vor Gefährdungen ist für die Stadtentwicklung und ihre rechtlichen Grundlagen bis heute prägend“ (Köckler und Sieber 2020, S. 931). Dennoch wurde das Leitbild der Moderne mit dem Aufkommen von vielfältigen Problemen wie Verkehrsstaus, Trabantenstädten und Zersiedlung sowie Umweltproblemen Ende der 1960er-Jahre vermehrt in Frage gestellt. „Der Begriff ‚Fortschritt‘ als entscheidendes Denkparadigma der Moderne geriet ins Wanken“ (Zhu 2008, S. 46). Die Publikation des Club of Rome (1972) zu den Grenzen des Wachstums erlangte große Aufmerksamkeit (Deutsche Gesellschaft Club of Rome o.J.). Die Autoren forderten ein Umdenken im Handeln der modernen Gesellschaft, um die absoluten Grenzen des Wachstums nicht zu übersteigen. Im selben Jahr fand unter dem Slogan „Only One Earth“ die erste UN-Umweltkonferenz in Stockholm statt, die als Wendepunkt für den ökologischen Diskurs gilt (Zhu 2008, S. 48).

2.3. Umdenken und Konzeptionelle Neuorientierung – Ende des 20. Jahrhunderts

„In den vergangenen 40 Jahren vollzog sich [...] eine Wende, die den ökologischen und sozialen Lebensbedingungen (insbesondere in Städten) wieder den Stellenwert beimisst, der ihnen für Gesundheit zukommt. Diese Blickfelderweiterung wäre nicht möglich gewesen ohne grundlegende konzeptionelle Neuorientierungen.“ (Trojan und Fehr 2020, S. 953)

Bis zum Ende des 20. Jahrhunderts lag Leitbildern und Konzepten in der Raumplanung ein „pathogenetisches Gesundheitsverständnis zugrunde, das auf die Vermeidung von Krankheiten und die Verbesserung hygienischer Lebensbedingungen der Bevölkerung abzielte“ (Baumgart 2018, S. 34). Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986 wurde ein entscheidender Paradigmenwechsel initiiert. Die Charta enthält zum einen einen

strukturierten Ansatz mit Blick auf die Lebenswelt, welche für Gesundheit bedeutsam ist. Sie enthält zum anderen ein Verständnis von Gesundheit als Ressource und berücksichtigt gesundheitsfördernde Aspekte (Schröder et al. 2022, S. 2) Auf Basis dieser Überlegungen, die bereits 1978 in die Alma-Ata-Deklaration Eingang gefunden hatten (WHO 1978, I), ist das Konzept Health in All Policies (HiAP) entstanden. 1986 wurde in der Ottawa-Charta formuliert:

„Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. [...] Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen“ (WHO 1986, S. 3).

Zeitgleich etablierte sich im ökologischen Diskurs in den 1980er-Jahren der Terminus Nachhaltigkeit als zentraler Begriff (von Hauff 2021, S. 6f.). Maßgeblich prägend war die Formulierung des Brundlandt-Berichts „Our Common Future“ (1987). Der Bericht beschreibt dauerhafte nachhaltige Entwicklung als eine Entwicklung, die die „Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können“ (Hauff 1987, S. 46). Ein weiterer Meilenstein war die UN-Konferenz im Jahr 1992: Der erste Grundsatz der Rio-Deklaration besagt, dass „die Menschen im Mittelpunkt der Bemühungen um eine nachhaltige Entwicklung [stehen]“ (Vereinte Nationen 1992, S. 1). 178 Nationen verpflichteten sich dem Leitbild nachhaltiger Entwicklung und verabschiedeten die Agenda 21 mit konkreten Handlungsempfehlungen. Ein Programmbereich der Agenda listet unter der Überschrift „Lösung der Gesundheitsprobleme in den Städten“ Maßnahmen, die Kommunen ergreifen können (Fehr 2001, S. 94). In den 1990er-Jahren entwickelte sich das Leitbild einer „nachhaltigen Stadtentwicklung“ (Köckler und Sieber 2020, S. 931). 2007 wurde eine neue Charta für die nachhaltige europäische Stadtentwicklung, die Leipzig Charta, vorgestellt, die die Bedeutung der kommunalen Ebene und die Relevanz von integriertem Handeln betont (ebd., S. 930). Der Charta

lassen sich Leitbilder wie „Die Stadt der kurzen Wege“, „Grün in der Stadt“ sowie „Umweltbezogene Gerechtigkeit“ und das Prinzip der „doppelten Innenentwicklung“ zuordnen (ebd., S. 930f.).

2.4. Health in All Policies und die Sustainable Development Goals – die 2010er-Jahre

Das HiAP-Konzept gelangte in den 2010er-Jahren auf die internationale Tagesordnung. Das Abschlussdokument der WHO-Helsinki-Konferenz 2013 fordert, Gesundheit in allen Regierungsbereichen verpflichtend zu integrieren, da die Herausforderungen – u. a. demografischer Wandel, zunehmende globale Urbanisierung, Klimawandel und Globalisierung – „über die Verantwortung und den Einfluss des Gesundheitssektors hinausgehen“ (Trojan und Fehr 2020, S. 955). Da das Konferenzergebnis sich explizit auf die Alma-Ata-Deklaration (1978) und die Ottawa-Charta (1986) bezieht, wird es als dritte Welle bezeichnet (Trojan 2020, S. 23, 29). Zur Umsetzung des Konzepts HiAP wird zum einen primär ein Whole-of-Government-Ansatz betont und zum anderen aber auch explizit auf den Whole-of-Society-Ansatz verwiesen. Nicht-amtliche Akteure aus der Zivilgesellschaft spielen demnach ebenso eine Rolle bei der Umsetzung des Konzepts, sodass Autoren wie Raimund Geene von einer „Doppelstrategie“ zur Umsetzung sprechen (Geene 2020, S. 37; Trojan 2020, S. 31). Bei dem Konzept wird primär eine horizontale intersektorale Verankerung betont, jedoch ist auch eine vertikale Integration (von der kommunalen bis zur internationalen Ebene) durchaus enthalten (Trojan und Fehr 2020, S. 956).

In den 2010er-Jahren wurden auch die derzeit gültigen und zahlreichen Maßnahmen zugrunde liegenden Sustainable Development Goals (SDGs) als Nachfolger der Millennium Development Goals entwickelt. 2015 erfolgte unter dem Titel Agenda 2030 die Verabschiedung durch die Vereinten Nationen (Bowen et al. 2021, S. 3). „Sie gilt hinsichtlich der nachhaltigen Entwicklung als Meilenstein in der jüngeren Geschichte der Vereinten Nationen“ (von Hauff 2021, S. 194). Die übergeordnete Zielsetzung der SDGs lautet folgendermaßen:

„Diese Agenda ist ein Aktionsplan für die Menschen, den Planeten und den Wohlstand. Sie will außerdem den universellen Frieden in größerer Freiheit festigen. Wir sind uns dessen bewusst, dass die Beseitigung der Armut in allen ihren Formen und Dimensionen, einschließlich der extremen Armut, die größte globale Herausforderung und eine unabdingbare Voraussetzung für eine nachhaltige Entwicklung ist.“ (Vereinte Nationen 2015, S. 1)

Die SDGs berücksichtigen die verschiedenen Nachhaltigkeitsdimensionen Soziales, Ökologie und Ökonomie. Sie verfolgen einen globalen Ansatz, wollen Gesundheits-, Entwicklungs- und Umweltstandards in allen Ländern stärken und sind geprägt von zahlreichen Zielen und Vorgaben (Bowen et al. 2021, S. 3).

Die 17 SDGs sind in vielfältiger Weise miteinander vernetzt und eine Plattform für fächerübergreifende Zusammenarbeit (Ramirez-Rubio et al. 2019, S. 5). Gute Gesundheit und Wohlergehen ist eines der 17 SDGs und enthält neun Unterziele. Laut Schröder et al. (2022, S. 1) und Bowen et al. (2021, S. 3) ist es ein Querschnittsthema, das sich in anderen SDGs widerspiegelt und dessen Erreichung gleichzeitig abhängig von den Aktivitäten anderer Sektoren ist (Ramirez-Rubio et al. 2019, S. 5). Zudem ist SDG 3 laut Ramirez-Rubio et al. (2019, S. 2) als Grundbedingung für SDG 11, das auf sichere, inklusive, resiliente und nachhaltige Städte abzielt, anzusehen. In den SDGs wurden zum ersten Mal die „eher traditionell gesundheitsbezogenen Ziele“ der MDGs mit nicht übertragbaren und mentalen Krankheiten und sozioökonomischen und Umweltdeterminanten verbunden (ebd., S. 5).

Neben der Entwicklung und Verabschiedung der SDGs wird auch die Verabschiedung der New Urban Agenda bei der Habitat III-Konferenz der Vereinten Nationen als „Meilenstein“ eingeordnet (Ramirez-Rubio et al. 2019, S. 2). Da die wissenschaftliche Grundlage, die die Qualität der Raumgestaltung und Verkehrsplanung mit Gesundheitsimplikationen in Zusammenhang brachte, zunahm, wurde Gesundheit dort zum ersten Mal als Querschnittsthema behandelt, das für Stadtplanung und Governance auch über Gesundheitsversorgung hinausgehend zentral sein sollte (ebd.). Die SDGs werden in der New Urban Agenda als komplementär bezeichnet: „Die Umsetzung der New Urban Agenda trägt zur

Umsetzung und Lokalisierung der Agenda 2030 und der nachhaltigen Entwicklung bei“ (Vereinte Nationen 2017, S. 4, eigene Übersetzung). Des Weiteren verabschiedeten die verantwortlichen EU-Minister für Stadtentwicklung 2020 die gemeinwohlorientierte Neue Leipzig Charta, welche „einen politischen Rahmen bietet, um [die] europäischen und internationalen Abkommen [wie die Agenda 2030 oder den Green Deal der Europäischen Kommission] auf städtischer Ebene zu berücksichtigen und umzusetzen“ (Neue Leipzig Charta 2020, S. 9).

2.5. Planetary Health und One Health – die 2010er-Jahre bis heute

Die globalen Herausforderungen einer nachhaltigen Entwicklung haben auch Eingang in die Medizin- und Gesundheitsforschung bzw. in den Gesundheitssektor gefunden. Da die Erkenntnis gewachsen ist, dass die Einflussfaktoren von Gesundheit über Nationalgrenzen hinweggehen (gemeint sind Pandemien, Patente auf Medikamente und der Klimawandel), rückte das Konzept „Global Health“ in den Fokus. Noch umfassender ist das Mitte der 2010er-Jahre entstandene Konzept „Planetary Health“, dem eine erweiterte Ausrichtung der Definition von Gesundheit zugrunde liegt (Müller et al. 2018, S. 1751).

„[Die Definition] von planetarer Gesundheit ist das Erreichen des höchsten erreichbaren Niveaus an Gesundheit, Wohlbefinden und Gerechtigkeit weltweit durch die umsichtige Beachtung der menschlichen Systeme - politisch, wirtschaftlich und sozial -, die die Zukunft der Menschheit gestalten sowie der natürlichen Systeme der Erde, die die sicheren Umweltgrenzen definieren, innerhalb derer die Menschheit gedeihen kann.“ (Whitmee et al. 2015, S. 1978, eigene Übersetzung)

Eine neuerliche Ausweitung sowohl auf der inhaltlichen als auch auf der begrifflichen Ebene ist „One Health“. Das weltweite Auftreten multiresistenter Keime durch Einsatz von Antibiotika (v. a. in der Tierhaltung) ist einer der Hintergründe, warum die Verflechtungen der Gesundheit von Menschen, Tieren, Pflanzen und Umwelt in den Fokus rücken (Trojan 2020, S. 31). Das Konzept nimmt konkrete Maßnahmen zur Vermeidung und Bekämpfung

von (zoonotischen) Krankheiten in den Blick und rückt die Biodiversität in den Fokus (WBGU 2023, S. 77).

2.6. Planetare Grenzen und globale Probleme – die Gegenwart

Die vorgestellten Konzepte stehen im engen Zusammenhang mit dem Konzept der planetaren Grenzen (Whitmee et al. 2015, S. 1979-1983). Es basiert auf einer Analyse von etwa 30 internationalen Wissenschaftlern um Johan Rockström (2009). Die Wissenschaftler entwickelten ein Rahmenwerk, das neun planetare Belastbarkeitsgrenzen für natürliche Systeme und Prozesse definiert. Diese sind: Klimawandel, neue Substanzen und modifizierte Lebensformen, Ozonverlust in der Stratosphäre, Aerosolgehalt der Atmosphäre, Versauerung der Meere, biogeochemische Flüsse (Phosphor und Stickstoff), Süßwassernutzung, Landnutzungswandel und Intaktheit der Biosphäre (genetische Vielfalt und funktionale Vielfalt). Die Grenzen werden auf Basis naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und unter Anwendung des Vorsorgeprinzips definiert. „Die Überschreitung bestimmter biophysikalischer Schwellenwerte könnte katastrophale Folgen für die Menschheit haben“ (Rockström et al. 2009, S. 472). In einer 2023 veröffentlichten Publikation halten Rockström et al. fest, dass „sieben von acht global quantifizierten sicheren und gerechten [Erdsystemgrenzen] und mindestens zwei regionale sichere und gerechte [Erdsystemgrenzen] in mehr als der Hälfte der globalen Landfläche bereits überschritten [werden]“ (Rockström et al. 2023, S. 102, eigene Übersetzung).

„Erstaunlicherweise gingen diese dramatischen [ökologischen] Entwicklungen bisher mit einer kontinuierlichen Verbesserung der menschlichen Gesundheit einher“ (Müller et al. 2018, S. 1752). 2013 bezeichnete Angus Deaton dies als „Die große Flucht“ (englisch: The Great Escape) aus extremen Entbehrungen, die in 250 Jahren geschafft wurde (Deaton 2013, zitiert nach Whitmee et al. 2015, S. 1974). Die im 19. Jahrhundert als „urbaner Fluch“ (frei übersetzt; englisch: Urban Penalty) bezeichnete nachteilige gesundheitliche Situation in Städten (Vögele 1998, zitiert nach Augustin et al. (o.J.) hat sich im 20. Jahrhundert drastisch gewandelt. „In den Ländern mit hohem Einkommen gibt es [...] keine urban penalty mehr [...]“ (Kistemann et al. 2019, S. 81f.). Die Lebenserwartung ist in den vergangenen

Jahrzehnten weltweit betrachtet gestiegen (der Zuwachs verteilt sich global ungleich; in einigen Regionen ist auch ein Rückgang zu beobachten). Die steigende Lebenserwartung deutet darauf hin, dass ein gesünderes Leben für mehr Menschen möglich ist. Faktoren, die dies unter anderem erklären, sind eine verbesserte quantitative und qualitative Ernährungssituation, (regelmäßiger/dauerhafter) Zugang zu Energie, bessere Trinkwasserversorgung und verbesserter Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen (Kistemann et al. 2019, S. 49; Whitmee et al. 2015, S. 1975).

Das scheinbare Paradox der Verbesserung der menschlichen Gesundheit und der ökologischen Zerstörung lässt sich dadurch erklären, dass Konsequenzen für die Veränderungen im Erdsystem erst mit Verspätung wirksam werden, „weil zunächst Puffermechanismen greifen [...]“ (Müller et al. 2018, S. 1752). Die Auswirkungen des globalen Umweltwandels sind nur schwer quantifizierbar, da die komplexen Systeme miteinander verwoben sind und „Rückkopplungsschleifen und nichtlineare Beziehungen zwischen Umweltveränderungen und gesundheitlichen Folgen aufweisen können“ (Whitmee et al. 2015, S. 1976). Darüber hinaus konnten wohlhabende Populationen Ökosystemdienstleistungen aus/von anderen Regionen in Anspruch nehmen. Mit der Zeit erschöpfen sich Ressourcen und Verlagerungseffekte jedoch und „es wird immer schwieriger, Nahrung, Wasser und andere Ökosystemleistungen von anderen Orten zu beziehen“ (ebd., S. 1978).

Neben dem globalen Umweltwandel finden auf globaler Ebene weitere tiefgreifende Veränderungen statt, die ebenfalls die menschliche Gesundheit beeinflussen (Kistemann et al. 2019, S. 72). Die globale Verflechtung der Wirtschaft ist ein zweiter Aspekt, der Einfluss auf die menschliche Gesundheit hat. Mit der Verflechtung gehen zunehmende Güter- und Personenströme und eine erhöhte Verbreitungsgeschwindigkeit von Pandemien einher. Die urbane Transformation wird von Kistemann et al. als dritter Aspekt beschrieben: Ein wachsender Anteil an Menschen lebt in Städten und hat Zugang zu medizinischer Versorgung, leidet aber gleichzeitig unter erhöhter Luftverschmutzung, Lärm, Hitze oder sozialer Polarisierung (2019, S. 73, 81). Veränderte Lebensstile – insbesondere in der „Mittelschicht“ – sind der vierte Aspekt des globalen Wandels, den Kistemann et al. (ebd.) benennen. Derzeit setzen sich „ungesunde Lebensstile mit einer unausgewogenen Ernährung und einem

Mangel an Bewegung durch, was zu einer erhöhten Krankheitslast führt“ (ebd., S. 73). Der WBGU (2023, S. 1) schreibt in einem aktuellen Bericht einleitend: „Gesundheit ist ein hohes Gut von existenzieller Bedeutung für jeden Menschen. Sie ist niemals selbstverständlich.“

2.7. Ein transdisziplinäres Konzept: Urban Health/nachhaltige StadtGesundheit

Das Konzept StadtGesundheit ist ein aufstrebendes transdisziplinäres Konzept, das Wissen aus den Disziplinen Public Health, Stadt- und Raumplanung und auch biomedizinischen und sozialen Wissenschaften verbindet, um gesündere Städte gestalten zu können (Olszewska-Guzzo et al. 2021, S. 224). Um das Konzept StadtGesundheit herzuleiten, ist eine Annäherung an die Begriffe Umwelt und Gesundheit notwendig.

2.7.1. Gesundheit und Umwelt

Umwelt und Gesundheit schließen in räumlicher und zeitlicher Hinsicht zahlreiche Phänomene ein (Fehr 2001, S. 20). In der Gliederung von gesundheits- und krankheitsbestimmenden Aspekten sind „vier Determinationsbereiche der Saluto- bzw. Pathogenese unterschieden, nämlich Erbfaktoren, Individualverhalten [u. a. Ernährung, Genuss- und Suchtmittelkonsum sowie Bewegungsmuster], Lebensverhältnisse und Gesundheits-Versorgungssystem“ (Blum 1981, S. 5, zitiert nach Fehr 2001, S. 20). Diese Betrachtung ist am Wohlergehen und am Wohlfühlen des Menschen orientiert und wird als Paradigmenwechsel von einem diagnosefixierten „Krankheitsparadigma“ hin zu einem „Gesundheitsparadigma“ bezeichnet (ebd., S. 20; Bührlen et al. 2013, S. 16). Allgemein setzt sich ein Verständnis, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, durch. Last definiert Gesundheit als „Gleichgewichtszustand zwischen Menschen und ihrer physischen, biologischen und sozialen Umwelt, in Einklang mit vollem Funktionsumfang (Last 1995, S. 73, zitiert nach Fehr 2001, S. 18), oder als Zustand, in welchem Menschen und andere Lebewesen, mit denen sie interagieren, dauerhaft gemeinsam existieren können“ (ebd.). Die WHO berücksichtigt die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten sowie die Erhaltung und die Stärkung von Gesundheit. Sie versteht Gesundheit als den „Zustand eines

umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO o.J., eigene Übersetzung).

Die Umwelt ist ein relationales, komplexes und ein „‘essentially contested’ term“ und um sie zu definieren, muss klar sein, was das Subjekt ist (Barry 2007, S. 12-15). Umwelt wird zumeist als etwas Gegensätzliches zur menschlichen Gesellschaft oder Kultur betrachtet (ebd., S. 17). „[...] Der Mensch ist wie alle anderen Lebewesen auf seine Umwelt angewiesen, um zu überleben und zu gedeihen“ (ebd., eigene Übersetzung). Menschen sind mit ihrer Umwelt verbunden, ein Teil von ihr und paradoxerweise von ihr getrennt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Mensch mit der Umwelt identisch ist (ebd., S. 17, 313). Im Kontext von Stadt und Gesundheit ist bei der Nutzung des Begriffs Umwelt in der Regel die belebte Umwelt, soziale Umwelt und die gebaute Umwelt gemeint (Schröder et al. 2022, S. 3; SRU 2023, S. 30). Die Komponenten der urbanen Umwelt beeinflussen sich und interagieren miteinander und wirken sich direkt und indirekt auf die menschliche Gesundheit und die Gesundheit des Planeten aus (Grant 2023, S. 68). „Vereinfacht dargestellt tragen diese dynamischen Wechselbeziehungen lokaler und planetarer Umweltprozesse zur Krankheitslast in Deutschland und Europa bei“ (SRU 2023, S. 32).

Eine neue Straße kann die Aktivitäten der Menschen beeinflussen – infolgedessen wird die lokale natürliche Umwelt (z. B. Lärm), aber auch das globale Ökosystem (Ausstoß von Treibhausgasemissionen) beeinflusst (Barton und Grant 2006, S. 253). Die Bestandteile der planetaren Umwelt wirken wiederum auf die menschliche Gesundheit ein. Ein ganzheitlicheres Umweltverständnis ergibt sich durch die Berücksichtigung von Rückkoppelungen zwischen lokaler und planetarer Umwelt (SRU 2023, S. 32). Gesundheit eines Individuums oder einer Bevölkerungsgruppe ist das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitserhaltenden oder gesundheitsbelastenden Einflussfaktoren (Hartung und Rosenbrock 2022). In der Wissenschaft wächst die Forderung, den Schwerpunkt von einer Perspektive der multiplen Determinanten zu einer Perspektive, die sich auf systemische Wechselwirkungen konzentriert, zu verlagern (Gatzweiler et al. 2023, S. 4). Die Forschergruppe nimmt an, dass

„[e]ine komplexitätsorientierte Wissenschaft der städtischen Gesundheit [...] eine Konzentration auf die vorgelagerten Ursachen städtischer Gesundheits- und Umweltherausforderungen fördern und so einen effizienteren, proaktiven Ansatz [von Entscheidungsträgern] ermöglichen [würde].“ (ebd., S. 4, eigene Übersetzung)

Die vielfältigen Determinanten von Gesundheit wurden von Barton und Grant (2006) in einer „Health Map“ geordnet. „Die ‚Health Map‘ ist eine transdisziplinäre Intervention, die als systemisches Instrument für einen weitreichenden und flexiblen Einsatz konzipiert ist“ (Grant 2023, S. 67, eigene Übersetzung). Planer können mit dem Modell ihre Rolle „erkennen“. Zudem erleichtert es eine Analyse der Folgewirkungen von planerischen Tätigkeiten.

„Diese grafische Darstellung [...] hat es einer Reihe von Berufen und Disziplinen im Bereich der gebauten Umwelt ermöglicht, die Rolle, die sie für die Gesundheit der Menschen im Rahmen der planetarischen Gesundheit spielen müssen, konzeptionell zu erfassen.“ (Grant 2023, S. 70, eigene Übersetzung)

Im Zentrum der Darstellung steht der Mensch. Sie zeigt sowohl den Fokus auf Gesundheit als auch die anthropogene Definition der nachhaltigen Entwicklung (Barton und Grant 2006, S. 253). Die verschiedenen Komponenten des menschlichen Lebensraums, u. a. Lebensstil, Gemeinde, lokale Wirtschaft, bebaute und natürliche Umwelt, umgeben den Menschen. Das globale Ökosystem wird als umfassende Sphäre dargestellt (ebd., S. 252). Das Modell lässt sich in Mikro-, Meso- und gesellschaftliche Makroebene einteilen (Hornberg et al. 2018, S. 78). Die Darstellung wurde in zahlreichen deutschsprachigen Publikationen rund um StadtGesundheit aufgegriffen (u. a. Hornberg et al. 2018, S. 78; Claßen 2020, S. 7; Augustin und Fehr o.J., S. 3)

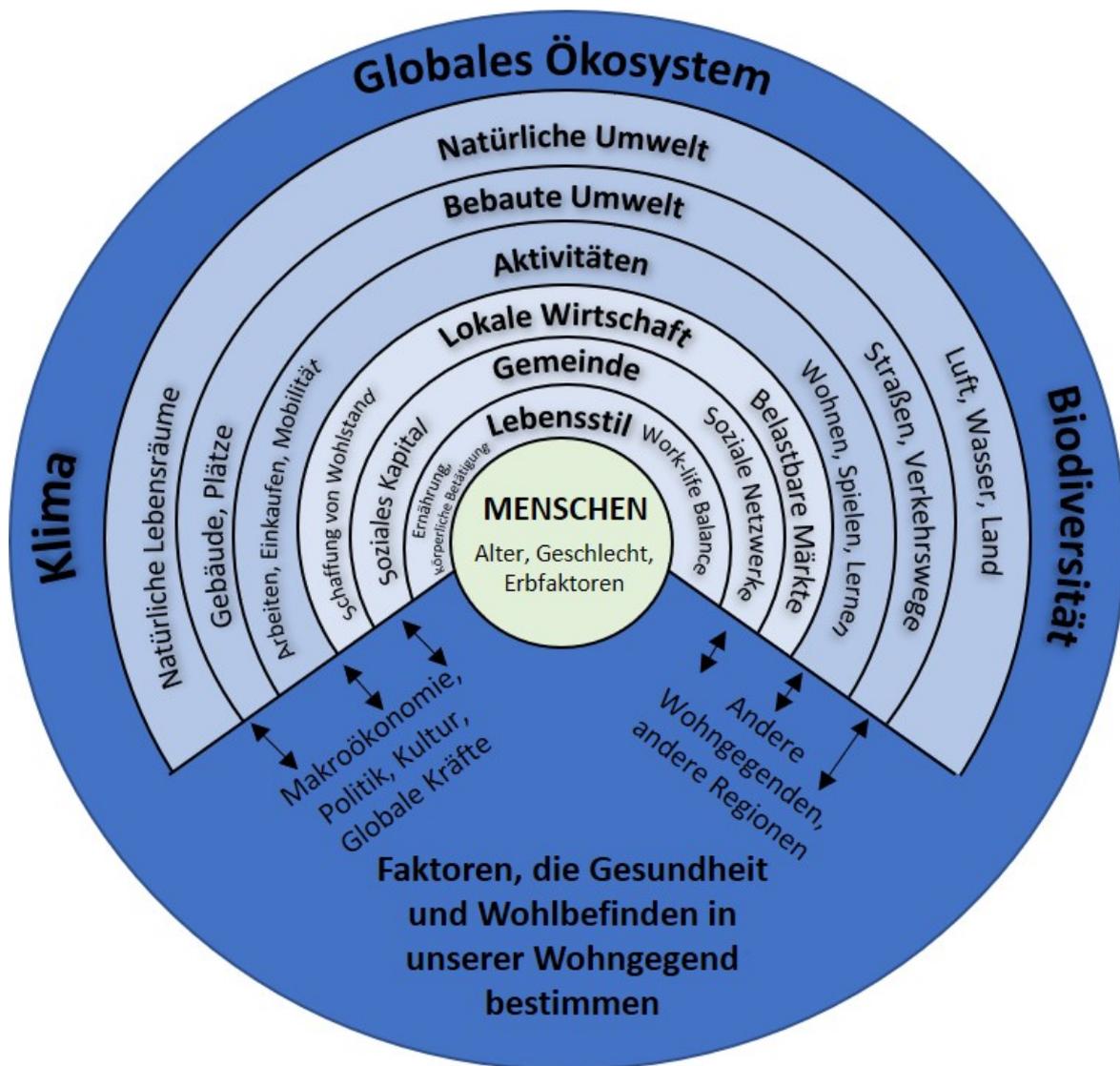


Abbildung 1: Humanökologisches Modell der Gesundheitsdeterminanten im Siedlungsraum (Augustin et al. o.J., S. 3, verändert nach Claßen 2020, S. 7, nach Barton und Grant 2006; verändert nach Whitehead und Dahlgren 1991).

2.7.2. Begriffsbestimmung, Grundkonzept: nachhaltige StadtGesundheit

„StadtGesundheit“ (Urban Health) bezeichnet den Versuch, im Gegenstrom zur Vielzahl von Differenzierungen einen integrierenden Blick auf die vielfältigen Strukturen und Prozesse zu werfen.“ (Trojan und Fehr 2020, S. 956). Im Konzept StadtGesundheit finden laut Fehr (2016, S. 252) die Bereiche medizinische und pflegerische Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung und das HiAP-Konzept zueinander.

„Zum Konzept StadtGesundheit gehören folgende Teilthemen:

- Gesundheitszustand und (vermeidbare) Krankheitslast urbaner Bevölkerungen
- Gesundheitsdeterminanten aus der physischen und sozialen Lebens(um)welt [...]
- Auswirkungen fehlender Gesundheit einschließlich Gestaltungs- und Versorgungsbedarfen
- Urbaner Gesundheitsschutz und urbane Gesundheitsförderung [...]
- Krankheitsprävention, -behandlung und -nachsorge
- Gesundheitsbezogene städtische Steuerungsprozesse (governance)“ (Fehr 2020).

„StadtGesundheit lässt sich [zusammenfassend] definieren als interdisziplinäres und intersektorales Feld, in dem sich Public Health und andere Disziplinen bzw. Politiksektoren in Theorie und Praxis um Förderung, Schutz und Wiederherstellung der Gesundheit von Menschen in der Stadt bemühen.“ (Fehr und Trojan 2018, S. 12)

In den letzten vier Jahrzehnten erfährt das Konzept StadtGesundheit (Urban Health) international vermehrt Aufmerksamkeit (Olszewska-Guizzo et al. 2021, S. 225); in der deutschen Planungswelt und im Gesundheitswesen findet das Thema seit etwa 2010 wieder stärkere Resonanz (Fehr 2016, S. 252; Pohlan und Yosifova 2020, S. 367). Die Zahl der wissenschaftlichen Publikationen nimmt stetig zu; eine Verknüpfung zwischen StadtGesundheits-Forschung und „Environmental Sustainability Studies“ ist beobachtbar (Olszewska-Guizzo et al. 2021, S. 224). Trojan und Fehr begründen dies damit, dass „die Verflechtung menschlicher Gesundheit mit ökologischer und sozialer Nachhaltigkeit im Sinne der o. g. United Nations-Nachhaltigkeitsziele Anlass [gibt], ein Konzept von nachhaltiger StadtGesundheit zu verfolgen“ (Trojan und Fehr 2020, S. 956). Durch die Verknüpfung sollten „bestehende Zielkonflikte“ aufgelöst werden und die Gesundheit an die Diskussion zur Nachhaltigkeit angeschlossen werden (Fehr 2016, S. 252). 2023 hat die Formulierung „Nachhaltige StadtGesundheit“ im deutschsprachigen Raum in aktuelle Publikationen Eingang gefunden (siehe z. B. SRU 2023). Zwei Leitprinzipien wurden für die Adaption des Konzepts nachhaltige StadtGesundheit im deutschsprachigen Raum in den Vordergrund gerückt:

„Brückenbau“ und „Blickfelderweiterung“ (Fehr und Hornberg 2018, S. 131, 143; Augustin und Fehr o.J., S. 8).

2.7.3. Leitprinzipien „Blickfelderweiterung“ und „Brückenbau“

Das Leitprinzip Blickfelderweiterung meint, neben Versorgung Aufmerksamkeit auf Prävention und Gesundheitsförderung zu lenken. Zudem meint Blickfelderweiterung die Lebenswelten (Settings) „keinesfalls nur als ‚Zugangswege‘ zu unterschiedlichen Zielgruppen anzusehen, sondern bei der Gestaltbarkeit der Lebenswelten anzusetzen“ (Augustin und Fehr o.J.). Praxisnahe Anknüpfungspunkte sind z. B. Bildungseinrichtungen und Wohnquartiere; seltener als Setting angesprochen, aber auch relevant, sind Stadtsektoren wie Mobilität oder Energieversorgung (Fehr und Hornberg 2018, S. 134). Zudem gibt es das Leitprinzip Brückenbau: Um Gesundheitsaspekte zu fördern, werden Verbindungen zwischen wissenschaftlichen Disziplinen und administrativen sowie gesellschaftlichen Sektoren gebaut. Fehr und Hornberg (2018, S. 151) zufolge sollte Brückenbau auch die drei Hauptelemente des Policyzyklus – Analyse (Assessment), Strategieentwicklung (Policy development) und Umsetzung (Assurance) – umfassen. Im Rahmen der Analyse können Monitoring und Berichterstattung aus verschiedenen Sektoren zu einem anschaulichen Gesamtbild verbunden werden. Auch im Bereich der Strategieentwicklung gibt es unterschiedliche Rechtsnormen, Leitbilder und Akteursinteressen, die sinnvoll in Einklang zu bringen sind. Für die Maßnahmenumsetzung „stehen die Bereitstellung von Ressourcen, ein zweckmäßiges Informationsmanagement, Qualitätssicherung und Evaluation im Mittelpunkt“ (Augustin und Fehr o.J.). Insbesondere der kommunalen Ebene kommt eine große Verantwortung zu, da hier ordnungsrechtliche, organisatorische, informatorische, partizipative, ökonomische sowie informelle und formelle planerische Instrumente zur Gestaltung bestehen (Hartung und Rosenbrock 2022; SRU 2023, S. 146f. sowie Tabelle 7-1).

2.8. Kommunale Planung

Zwar unterscheiden sich die Ausgangslage und die Bedarfe in jeder „Setting Kommune“ (Claßen 2020, S. 10), doch jede Gemeinde hat nach Art. 28 GG das Recht, „alle

Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“. Allgemein wird zwischen pflichtigen und freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben unterschieden. Zu ersteren ist die Gemeinde gesetzlich verpflichtet, über die Art und Weise der Aufgabenerfüllung kann sie jedoch (i. d. R.) selbst entscheiden (Baumgart 2020, S. 211). Zu den pflichtigen Aufgaben zählen u. a. Bauleitplanung, Abwasserbeseitigung, Versorgung mit Strom, Wasser, Gas sowie Schulentwicklungsplanung und Schulträgerschaft. Zu den Aufgaben, die freiwillig und in finanzieller Eigenverantwortung der Gemeinde liegen, gehören u. a.: kulturelle Angelegenheiten, Bau, Betrieb und Pflege von Schwimmbädern, Sportanlagen oder Grünanlagen. Die Stadtentwicklungsplanung gehört ebenfalls nicht zu den Pflichtaufgaben einer Gemeinde. Dennoch werden in Städten Stadtentwicklungspolitiken erstellt. Die Gründe sind vielfältig:

- intern: Ziele unterschiedlicher Fachbereiche können koordiniert werden, Ziele und Prognosen können von Stadtverwaltung und Kommunalpolitik überprüft werden, der Arbeitsaufwand kann zugeordnet werden;
- extern: Die Beantragung von Finanz- und Fördermitteln von Bund und Land setzt integrierte, ressort- und akteursübergreifende Entwicklungskonzepte voraus (Baumgart 2020, S. 215); der Bund und die Länder bezuschussen die Erstellung von Entwicklungskonzepten vielfach stark.

„Stadtentwicklungsplanung [ist ein politisch-administrativer Prozess und] hat für die gesamtstädtische Entwicklung Leitbildcharakter, sie formuliert Ziele und Handlungsempfehlungen auf räumlicher und fachbezogener Ebene“ (Baumgart 2020, S. 211 sowie S. 210). Stadtentwicklungspolitiken enthalten strategische Ansätze zur Entwicklung der Stadt sowie zur Verteilung von Ressourcen und zur Verwaltungs koordinierung. Stadtentwicklung ist eine kommunale Querschnittsaufgabe. Alle Ressorts sind in der Stadtentwicklung involviert; zumeist wird sie von der Stadtplanung koordiniert (ebd., S. 212). Stadtentwicklung passiert nicht einfach. Sie ist „die Folge gezielter kommunaler Planung und Steuerung“ oder kann „aus mehr oder weniger intendierten, stadtprägenden Handlungen individueller und institutioneller Akteur*innen resultieren“ (Köckler und Sieber 2020, S. 928). Politische

Schwerpunktsetzungen und Prioritäten bestimmen sie. „Stadtentwicklung hat einen normativen Charakter [...]“ (Baumgart 2020, S. 210).

2.9. Die lauter werdenden Rufe nach Planung für Gesundheit

„Die 377 Gesundheitsämter Deutschlands [...] sind grundsätzlich prädisponiert als Akteure der Gesundheitsförderung vor Ort“ (Reisig und Kuhn 2020). Sie sind grundsätzlich in besonderer Weise dazu veranlagt, auf eine gesundheitsbezogene Stadtentwicklung und die Verwirklichung des HiAP-Konzepts hinzuwirken (ebd.; Kellermann und Szagun 2023, S. 404). Jedoch schöpft der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sein Potenzial „aufgrund langjährigen Personalabbaus und der Konzentration auf hoheitliche Überwachungsaufgaben“ nicht aus (Reisig und Kuhn 2020). Der ÖGD braucht zur Umsetzung des HiAP-Konzepts und zur Gesundheitsförderung Partner (ebd.). Im 19. und auch im 20. Jahrhundert hat die (Stadt-)Planung durch bauliche Tätigkeit und die Entwicklung von Leitbildern – wie bereits beschrieben – einen enormen Beitrag zur öffentlichen Gesundheit geleistet. Seinerzeit wurde auf „die drängenden Probleme der Wohnungsnot und des Elends in den Großstädten“ geantwortet (Schlicht 2017, S. 10). Wenn Marcus et al. (2022) jedoch schreiben, dass sie „davon ausgehen [müssen], dass eine gesunde Bevölkerung ein grundlegendes Ziel der Raumentwicklung ist“ (S. 114, eigene Übersetzung), klingt das wie eine Hoffnung – und nicht wie eine Feststellung zur gelebten Realität. Als „kollektive Fahrlässigkeit“ bezeichnen sie es, die Bevölkerungsgesundheit nicht in den Mittelpunkt der Stadtplanung zu stellen, sofern Planungslösungen verfügbar sind (ebd., S. 114, eigene Übersetzung).

Pineo et al. (2020, S. 3) weisen darauf hin, dass die Absichten und Werte von Public Health und Stadtplanung nicht notwendigerweise aneinander ausgerichtet sind. Von jeher ist es das ureigene Ziel von Public Health, „Leiden zu reduzieren und die Gesundheit zu verbessern“ (Lee and Zarowsky 2015, S. 6, zitiert nach ebd.). Die Stadtplanung greift handelnd in die Wirklichkeit ein (Albers und Wékel 2021, S. 41). Ihr Zweck ist es, Veränderung in der urbanen Umwelt zu organisieren. „Während [die Verbindung zwischen Gesundheit und Planung] intuitiv offensichtlich ist, ist sie institutionell problematisch“ (Barton und Grant 2012, S. 130, eigene Übersetzung). Ein Grund dafür ist, dass Triebkräfte und Strukturen

häufig in unterschiedliche Richtungen streben (Barton und Grant 2012, S. 133; Marcus et al. 2022, S. 114). Stadtplanung bekämpft häufig Folgen und nicht Ursachen und viele Städte mühen sich mit einem strategischeren, ganzheitlicheren Ansatz, Gesundheit vollständig in den Planungsprozess auf Stadt- und Regionalebene zu integrieren, ab (Barton und Grant 2012, S. 133, 140). Deshalb fordert Barton, die Gesundheit wieder zum Hauptzweck von Planung zu machen und „das Erbe ihrer Entfremdung von der gesunden Umwelt“ zu überwinden (Barton 2015, S. 14, eigene Übersetzung).

Fehr (2016, S. 251) schreibt, dass Planung und Public Health „gemeinsame Wurzeln“ haben; Barton (2015, S. 3, eigene Übersetzung) spricht von Geschwistern, „die aus den gleichen Anliegen geboren wurde[n].“ Marcus et al. (2022, S. 116, eigene Übersetzung) schreiben: „[...] Wir denken, dass die Zeit reif ist, die Zusammenarbeit zwischen Public Health und Stadt- und Raumplanung zu stärken.“ Die Rufe, die Stadtentwicklung nachhaltig und gesund zu gestalten, werden häufiger (WBGU 2016, S. 1f.; Carmichael et al. 2019, S. 1; Schröder et al. 2022, S. 1; WBGU 2023; SRU 2023).

3. Methode

In der Arbeit wurden die Stadtentwicklungspolitiken in den drei Städten Bochum, Köln und Münster anhand gesundheitsbezogener politischer Indikatoren untersucht und bewertet. Die Dokumentenanalyse wurde um Interviews mit Schlüsselpersonen ergänzt, um zu ergründen, inwieweit gesundheitsbezogene Aspekte Eingang in Stadtentwicklungspolitiken finden und inwiefern die Kommunalverwaltungen gesundheitsbezogene Aspekte bei der Erstellung von Stadtentwicklungspolitiken und im allgemeinen Verwaltungshandeln berücksichtigen und priorisieren. Nachfolgend werden die ausgewählten Untersuchungsstädte und die Indikatoren vorgestellt. Daran anschließend erläutere ich die Verwendung der Indikatoren im Rahmen der Dokumentenanalyse sowie die Interviewmethode.

3.1. Untersuchungsstädte

Die drei Städte Bochum, Köln und Münster liegen allesamt im Bundesland Nordrhein-Westfalen, sind mit jeweils mehr als 100.000 Einwohnern in der Kategorie der Großstädte einzuordnen und sind kreisfreie Städte. Außerdem sind die Städte Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk, das sich für Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene stark macht (Gesunde Städte-Netzwerk o.J.). In jeder Stadt liegen Stadtentwicklungspolitiken in deutscher Sprache vor. Nordrhein-Westfalen ist eines von 16 Bundesländern in der Bundesrepublik Deutschland. In NRW gibt es fünf Regierungsbezirke und 396 Städte und Gemeinden (MHKBD NRW o.J.). Für diese Arbeit wurden Städte gewählt, die Ähnlichkeiten zueinander aufweisen, da die (im Abschnitt 3.2. vorgestellten) Indikatoren zwar einen wissenschaftlich-fachlichen Hintergrund haben, sie aber immer einen unmittelbaren Handlungsbezug aufweisen bzw. in administrative Kontexte eingebettet sind. Andere Stadttypen (z. B. Kleinstädte im ländlichen Raum) könnten anhand ähnlicher Indikatoren untersucht werden, jedoch wäre für eine aussagekräftige Untersuchung mutmaßlich ein andersartiges Indikatorenset notwendig.

3.1.1. Bochum

Die Stadt Bochum ist eine kreisfreie Stadt im Ruhrgebiet in Nordrhein-Westfalen. Sie zählt ca. 363.000 Einwohner und gehört zum Regierungsbezirk Arnsberg. Die Stadt Bochum ist in sechs Bezirke aufgeteilt. Die Verwaltung setzt sich aus sechs Dezernaten zusammen; ca. 7.000 Mitarbeiter sind in der Stadt Bochum beschäftigt (Total Equality o.J.). Bochum hat eine Fläche von 145,7 km². Die Einwohnerdichte beträgt 2510,9 je km². Das durchschnittliche Gesamtnettoeinkommen eines Haushaltes beträgt 45.468 Euro. Die Stadt Bochum hatte im Kernhaushalt im Jahr 2021 Kassenkredite/Liquiditätskredite in Höhe von 1.778 Euro je Einwohner zur Finanzierung laufender Ausgaben (Wegweiser Kommune 2023).

Die Geschichte von Bochum ist eng mit der Industrialisierung des 19. Jahrhunderts verbunden. Die Stadt war ein Zentrum des Bergbaus und der Stahlproduktion. In dieser Zeit wuchs die Stadt und entwickelte sich zu einem wichtigen Industriestandort. Seit einigen Jahrzehnten gibt es jedoch keine Zechen mehr und die Stahlerzeugung hat an Bedeutung verloren. Heute ist die Wirtschaft der Stadt sowohl von Industriebetrieben als auch von Dienstleistungs- und Gewerbebetrieben geprägt. Die Stadt beherbergt die Ruhr-Universität Bochum, die Hochschule Bochum und die Hochschule für Gesundheit Bochum. Bochum ist baulich und verkehrlich eng mit ihren Nachbargemeinden verbunden und verfügt über ein ausgebautes Verkehrsnetz. Der Nahverkehr besteht aus einem Mischsystem aus (teilweise unterirdischen) Stadtbahn- und mehreren Straßenbahnlinien sowie Buslinien. Der Bochumer Hauptbahnhof ist ein wichtiger Verkehrsknotenpunkt und Fernverkehrshaltepunkt.

3.1.2. Köln

Die Stadt Köln ist eine kreisfreie Stadt in Nordrhein-Westfalen. Sie zählt ca. 1.073.000 Einwohner und gehört zum Regierungsbezirk Köln. Die kreisfreie Stadt Köln ist in neun Bezirke aufgeteilt. Die Verwaltung gliedert sich in neun Dezernate; ca. 22.000 Mitarbeiter sind in der Stadt Köln beschäftigt (Karriere.NRW o.J.). Köln hat eine Fläche von 405 km². Die Einwohnerdichte beträgt 2678,5 je km². Das durchschnittliche Gesamtnettoeinkommen eines

Haushaltes beträgt 50.419 Euro. Die Kommune Köln hatte im Kernhaushalt im Jahr 2021 Kassenkredite/Liquiditätskredite in Höhe von 685 Euro je Einwohner zur Finanzierung laufender Ausgaben (Wegweiser Kommune 2023). Obgleich die Stadt bereits 2021 von Lowe et al. (2022) untersucht wurde, wird Köln in dieser Arbeit ebenfalls berücksichtigt. Grund dafür ist, dass periodisch wiederholte Analysen dabei helfen können, etwaige Veränderungen zu beobachten (Lowe et al 2022, S. e891). Die Analyse von Lowe et al. bezieht sich auf Unterlagen, die im Jahr 2019 öffentlich verfügbar waren (ebd., S. e883).

Die Ursprünge der Stadt Köln sind bis in die Römerzeit zurückzuverfolgen. Heute ist die Metropole am Rhein u. a. für ihren Dom bekannt. Köln ist ein international bekannter Messestandort und beherbergt Unternehmen aus verschiedenen Branchen, darunter Medien, Automobilindustrie, Chemie und Logistik. Die Universität zu Köln ist eine angesehene Hochschule, sie wurde im 14. Jahrhundert gegründet und ist eine der ältesten Universitäten Deutschlands. Darüber hinaus ist Köln Standort zahlreicher weiterer Hochschulen, u. a. der TH Köln. Eine Stadtbahn, deren Gleise teilweise unterirdisch verlaufen, erschließt Köln und das Umland. Ein Bussystem ergänzt den öffentlichen Nahverkehr. Der Kölner Hauptbahnhof ist einer der verkehrsreichsten Deutschlands und der Flughafen Köln/Bonn ermöglicht eine Fluganbindung an nationale und internationale Ziele.

3.1.3. Münster

Die Stadt Münster ist eine kreisfreie Stadt im Ruhrgebiet in Nordrhein-Westfalen. Sie zählt ca. 318.000 Einwohner und liegt im gleichnamigen Regierungsbezirk. Die kreisfreie Stadt Münster ist aufgeteilt in sechs Bezirke. Die Verwaltung gliedert sich in sieben Dezernate; ca. 7.000 Mitarbeiter sind in der Stadt Münster beschäftigt (Münsterland o.J.). Münster hat eine Fläche von 303,3 km². Die Einwohnerdichte beträgt 1058,2 je km². Das durchschnittliche Gesamtnettoeinkommen eines Haushaltes beträgt 49.292 Euro. Die Kommune Münster hatte im Kernhaushalt im Jahr 2021 Kassenkredite/Liquiditätskredite in Höhe von 93 Euro je Einwohner zur Finanzierung laufender Ausgaben (Wegweiser Kommune 2023).

Die Stadt kann auf eine lange Geschichte zurückblicken und ist als Stadt des Westfälischen Friedenschlusses bekannt, da hier im 17. Jahrhundert das Ende des Dreißigjährigen

Kriegs in Europa verhandelt wurde. Münster beheimatet zahlreiche Unternehmen aus verschiedenen Branchen, darunter Informationstechnologie, Dienstleistungen und Handel. Im Bereich Wissenschaft sind die Westfälische Wilhelms-Universität Münster und die FH Münster renommierte Einrichtungen, die eine breite Palette von Studiengängen und Forschungsmöglichkeiten anbieten. Münster verfügt über ein ausgebautes Straßennetz, ein Stadtbussystem und ist für seine Radverkehrsinfrastruktur deutschlandweit bekannt. Ein S-Bahnkonzept befindet sich in Entwicklung. Der Hauptbahnhof ist ein Verkehrsknotenpunkt und Fernverkehrshaltepunkt.

3.2. Indikatorenanalyse

Da in dieser Arbeit die von Lowe et al. (2022) verwendeten Indikatoren in der Dokumentenanalyse aufgegriffen werden, erläutere ich nachfolgend einige Hintergründe zur Entstehung dieser Indikatoren: Die Wissenschaftler Ewing und Cervero haben 2010 in einer Metaanalyse sechs Schlüsselvariablen und damit verbundene Politiken identifiziert, die dazu beitragen können, soziale und ökologische Kosten – die durch das menschliche Verkehrsverhalten entstehen – zu reduzieren. Giles-Corti et al. (2016), die sich damit befassen, inwiefern Stadtplanung Teil der Lösung sein kann, um gesundes Leben und Wohlbefinden zu fördern, haben auf dieser Arbeit aufgebaut und die dort aufgeführten 6Ds aufgegriffen: „Destination“, „Demand Management“, „Design“, „Density“, „Distance“ und „Diversity“. Zudem haben die Autoren die Indikatoren „Desirability“ und „Distribution of Employment“ hinzugefügt. Die Arbeit von Giles-Corti et al. ist darum bemüht, die im 21. Jahrhundert oftmals in separaten akademischen Settings arbeitenden Disziplinen Stadt- und Verkehrsplanung zu verknüpfen und eine integrierte Betrachtungsweise vorzunehmen. Das Autorenteam Lowe et al. (2022) hat die Politikindikatoren von Giles-Corti et al. aufgegriffen. Das Wissenschaftlerteam hat den Diversitäts- und Attraktivitätsindikator angepasst bzw. in andere Indikatoren eingefügt und den Indikator „Investitionen in Transportinfrastruktur“ hinzugefügt, da er darauf hinweisen kann, zu welchem Grad öffentliche und aktive Mobilität priorisiert werden (ebd., S. e883, e889).

Diese Untersuchung berücksichtigt zum einen die von Lowe et al. (2022) verwendeten Indikatoren, da sie dabei helfen, die Stadtentwicklungspolitiken im komplexen System Stadt zu beschreiben und „[...] die besten verfügbaren Erkenntnisse über politische Maßnahmen für Stadtgestaltung und Transportmodalitäten im Zusammenhang mit Gesundheit [wider spiegeln]“ (ebd., S. 883e, eigene Übersetzung). Zum anderen berücksichtigt sie Teile der überarbeiteten Indikatorenversion des Globalen Observatoriums für gesunde und nachhaltige Städte, dessen Co-Direktorin Melanie Lowe ist (GOHSC 2023a; Anhang 6). Lowe et al. haben pro Indikator eine oder mehrere Maßgaben, insgesamt 24, entwickelt. Die Indikatoren wurden aufgrund der zahlreichen überschrittenen planetaren Grenzen von mir aktualisiert. Die vorgenommene Erweiterung dient dazu, den „Ausschnitt der Wirklichkeit“ zu vergrößern (Neus und Mücke 2005, S. 159) und ein neues Nachdenken über die Verbindung von Menschen und Umwelt anzustoßen. Ich orientiere mich am HiAP-Konzept und an einem erweiterten Verständnis von Gesundheit, das die natürlichen Systeme der Erde miteinbezieht, um einen Wandel in der Planungstheorie sowie ein verändertes Planungsverständnis und Planungshandeln zu ermöglichen. In dieser Arbeit sind die Indikatoren Biodiversität, Bodenschutz, -erhalt und -fruchtbarkeit und Wasser enthalten, da sie im Erdsystem von hoher Bedeutung sind. Zudem habe ich die Indikatoren Lärmbelastung, Wohnen sowie Hitze- und UV-Belastung ergänzt, welche in der gegenwärtigen Planungsdebatte zunehmend an Bedeutung gewinnen.

3.2.1. Integrierte Stadt- und Verkehrsplanung

Der Aufbau der Verwaltung, nationale und subnationale Stadt- und Verkehrspolitiken, spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Stadt- und Verkehrspolitiken und die Berücksichtigung der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung werden in diesem Indikator untersucht. Außerdem wird allgemein untersucht, inwieweit ausdrücklich eine integrierte Planung angestrebt wird. UN-Habitat und WHO empfehlen in ihrem 2020 erschienenen „Sourcebook“, integrierte Planungsprozesse zu etablieren (UN-Habitat und WHO 2020, S. 18).

„Unter [integriertem Verwaltungshandeln] sind nicht nur die fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Ressorts sowie die Einbeziehung verschiedener sektoraler Handlungsfelder und Fachplanungen, sondern auch die Bündelung von Ressourcen, die Vernetzung mit Akteuren außerhalb von Politik und Verwaltung sowie die Verknüpfung unterschiedlicher räumlicher Ebenen zu verstehen.“ (Böhme et al. 2018, S. 135)

3.2.2. Luftverschmutzung

Feinstaubpartikel und verschiedene Gase in der Luft werden ab einer bestimmten Konzentration als Luftverschmutzung bezeichnet (z. B. PM_{2,5} oder CO, SO₂, NO_x, O₃). Die Verbrennung fossiler Energieträger ist eine der wichtigsten Quellen (WBGU 2023, S. 143). Luftverschmutzung ist das größte umweltbezogene Gesundheitsrisiko weltweit und in Europa (Europäische Umweltagentur 2018, S. 19; Tonne et al., 2021). Die Sicherung von Freiflächen, Kalt- und Frischluftschneisen oder der Umbau der Verkehrs- und Wärmeinfrastruktur sind Instrumente, über die die Stadtplanung verfügt, um den negativen Einfluss zu mindern (Pohlan und Yosifova 2021, S. 374). Dieser Indikator untersucht, inwieweit die Luftqualität in den Bereichen Flächennutzungs- und Verkehrsplanung geschützt und gestärkt werden soll. Andere Quellen wie z. B. Industrie wurden nicht einbezogen.

3.2.3. Nähe und Erreichbarkeit von Zielorten

„Können Menschen ihre Bedürfnisse nicht vor Ort erfüllen, sind Ortsveränderungen notwendig, es entsteht ein Bedürfnis nach Mobilität“ (Becker und Gerlach 2020, S. 193). Die Erreichbarkeit von Dienstleistungen, Einkaufsmöglichkeiten sowie von öffentlichen und sozialen Einrichtungen ist ein relevanter Faktor, da ansonsten Verkehr entsteht und Raum für ebendiesen zur Verfügung gestellt werden muss. Insofern wird die Erreichbarkeit von einigen Stadtgestaltungs- und Verkehrsmerkmalen bestimmt (Lowe et al. 2022, S. e887). Die Etablierung von Mischnutzung bzw. 15-Minuten-Städten gilt als Möglichkeit, um verkehrsbedingte Belastungen durch Verkehrsvermeidung und einen geringeren Anteil der mit dem MIV zurückgelegten Wege zu reduzieren (SRU 2023, S. 162; Holz-Rau und Scheiner

2016, S. 463 zitiert nach Pohlan und Yosifova 2021, S. 374; Neue Leipzig-Charta 2020, S. 6, 12). Dieser Indikator untersucht Anforderungen an die Erreichbarkeit von Arbeitsplätzen und Dienstleistungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Anforderungen an die Entfernung zu Zielen des täglichen Lebens und Ziele zur Mischung von lokalen Zielen für das tägliche Leben.

3.2.4. Verteilung von Arbeitsmöglichkeiten

Die Arbeitswege werden durch die räumliche Verteilung von Arbeitsplätzen beeinflusst (Giles-Corti et al. 2016, S. 2912f.). Das Potenzial dafür, Arbeitswege zu Fuß oder mit dem Rad zurückzulegen, hängt von der Arbeitsplatzverteilung ab. Als Messgröße zur Bestimmung der Beschäftigungsverteilung kann das Verhältnis von Arbeitsplätzen zu Wohnungen herangezogen werden; Giles-Corti et al. empfehlen eine ausgeglichene Ratio zwischen z. B. 0,8 und 1,2 (Giles-Corti et al. 2016, S. 2920; Ewing und Cervero 2010 zitiert nach Lowe et al. 2022, S. e887). Ob ein ausgewogenes Verhältnis von Arbeitsplätzen und Wohnraum vorliegt, wird anhand der Anforderungen an die Verteilung der Beschäftigung und anhand des Verhältnisses von Arbeitsplätzen zu Wohnungen beurteilt.

3.2.5. Nachfragemanagement

Verkehrsbedingte Belastungen sind vielfältig. Insbesondere durch den Kfz-Verkehr werden Umwelt- und Gesundheitsbelastungen wie Verkehrsunfälle, Lärm oder Luftschadstoffemissionen hervorgerufen. Zudem kommt hinzu, dass durch den Reifenabrieb beispielsweise in erheblichem Maße Mikroplastik entsteht und dass der motorisierte Individualverkehr eine vergleichsweise große Flächeninanspruchnahme aufweist, die durch die bedingte Flächenversiegelung negative Auswirkungen auf das Stadtklima hat (Persson et al. 2022; Pohlan und Yosifova 2021, S. 374). In dieser Arbeit wird das Nachfragemanagement hinsichtlich Beschränkungen, um die Nutzung des Autos zu verhindern, untersucht (z. B. die Anzahl und Lokalisierung der Stellplätze, Zeitbeschränkungen oder Preismechanismen) (siehe dazu auch: WHO Europa 2017, S. 60 und Pohlan und Yosifova 2021, S. 374).

3.2.6. Design

Der Indikator Design umfasst mehrere Aspekte der Stadtgestaltung. Er untersucht, inwieweit fußgänger- und fahrradfreundliche sowie vernetzte Stadtviertel geschaffen werden sollen. Anforderungen an die Konnektivität von Straßen – dies umfasst u. a. die Größe von Straßenblöcken, eine Mindestzahl von Kreuzungen pro Gebiet oder Anforderungen an den Pedestrian Shed – werden untersucht. Zudem werden Anforderungen an die Fußgänger- und Radverkehrsinfrastruktur und Ziele für deren Anteil am Gesamtverkehrsaufkommen berücksichtigt. Eine aktive Alltagsmobilität stärkt die Gesundheit der Radfahrenden und Zufußgehenden. Die WHO empfiehlt Erwachsenen wöchentlich mindestens 150 Minuten körperlicher Aktivität mittlerer Intensität – dazu zählen Fahrradfahren oder zügiges Zufußgehen (WHO 2018, S. 99). Darüber hinaus fließen die Erreichbarkeit, Versorgung und Qualität öffentlicher Freiräume mit in die Untersuchung ein. Freiräume müssen und sollen in Städten viele Funktionen übernehmen: Sie dienen als Regenerations- und Rückzugsort für Menschen und Tiere, werden zum Spielen und Sporttreiben genutzt, sind Bewegungs- und Begegnungsort; außerdem sind Freiräume Naturparadies, Kaltluftschneise und Biotop. Es ist typisch, zwischen öffentlichem, halböffentlichem und privatem Freiraum zu unterscheiden. Eine weitergefasste Definition versteht die Gesamtheit des unbebauten Raums als Freiraum (Koch und Köhler 2013, S. 8f.). In dieser Arbeit geht es um den öffentlichen Freiraum, insbesondere um die Erreichbarkeit und die Versorgung mit grünen Freiräumen (auch Stadtgrün genannt) und auch die Qualität dieser Räume (z. B. die Aktivitätsvielfalt, Zustand und Sauberkeit).

3.2.7. Dichte

Die Bevölkerungsdichte ist für die Förderung der aktiven Mobilität und zur Aufrechterhaltung (städtischer) Infrastruktur von entscheidender Bedeutung (Giles-Corti et al. 2019, S. 347f.; Lowe et al 2022, S. e888; Cerin et al. 2022, S. e885). In deutschen Städten sind Zersiedlung und eine niedrige urbane Dichte häufiger problematisch. Die Bebauungsdichte in Städten soll zur Erweiterung des Wohnungsangebots und zur Reduzierung des Flächenverbrauchs erhöht werden. Gegenwärtig wird das Leitbild der doppelten

Innenentwicklung zum Leitbild der dreifachen Innenentwicklung fortentwickelt, da Städtebau, Verkehrsplanung und Grün- und Freiflächengestaltung gleichzeitig betrachtet werden sollen (UBA 2023a, S. 5). Die Autoren Giles-Corti et al. (2016, S. 2920) weisen darauf hin, dass eine kontextspezifische Maximal- und Minimaldichte bestimmt werden sollte. Der Hintergrund ist, dass eine erhöhte Dichte einerseits zu geringerem Flächenverbrauch und einer höheren Auslastung z. B. von Bahnangeboten führen, aber andererseits auch z. B. zu Stress und Lärm beitragen kann. In dieser Arbeit wird untersucht, ob es in den Stadtentwicklungspolitiken Anforderungen an die Wohndichte, Höhengaben für Gebäude oder Höchstwerte für die Bebauung von Freiflächen gibt.

3.2.8. Zugänglichkeit und Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln

Die Entfernung zu und die Verteilung von öffentlichen Verkehrsmitteln sind relevante Faktoren für die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln (Giles-Corti et al. 2016, S. 2912; Europäische Kommission 2020, S. 5). Lowe et al. (2022, Appendix) notieren 400 bis 800 m als maximalen Entfernungsradius von Haltestellen zu Wohngebäuden. Zugängliche Haltestellen erhöhen den Anteil der Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Die gesteigerte Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln kann Vorteile für die Gesundheit, die ökonomische Entwicklung und soziale Inklusion bergen und zudem die Umweltverschmutzung reduzieren (Lowe et al. 2022, S. e899). In dieser Arbeit wird untersucht, ob es Mindestanforderungen für den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln und Zielvorgaben für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel gibt.

3.2.9. Ausgaben nach Infrastrukturart

Stadtentwicklungsplanung ist „die planerische Verbindung von Raum, Zeit und Geld“ (Wékel 2018, S. 2436). Anders ausgedrückt: Stadtentwicklung ist maßgeblich durch (mittelfristige) Finanzplanung steuerbar (Streich 2011, S. 165). In europäischen Städten, in denen radfahrerfreundliche Infrastrukturinvestments getätigt wurden, sind die Radfahrraten im Vergleich zu nordamerikanischen und australischen Städten viel höher (Pucher et al. 2010, zitiert nach Giles-Corti et al. 2016, S. 2917). Die Frage, welche Summe an

Finanzmitteln jährlich in Fuß- und Radverkehr, öffentliche Verkehrsmittel oder Straßeninfrastruktur fließen, beeinflusst das Mobilitätsverhalten der Menschen – langfristig – maßgeblich. Insofern untersucht dieser Indikator, ob die Ausgaben transparent nach Infrastrukturart aufgeschlüsselt werden.

3.2.10. Biodiversität

Wie beschrieben wird das von Lowe et al. 2022 genutzte Indikatorenset in dieser Arbeit um einige Indikatoren ergänzt. Diese werden nachfolgend aufgeführt. Der Indikator Biodiversität wurde mit aufgenommen, da die Biodiversität in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen ist (MUNV NRW 2020, S. 70). „In Nordrhein-Westfalen sind etwa 45 Prozent der untersuchten Arten mit einer Gefährdungskategorie in der Roten Liste NRW gelistet; rund 7 Prozent sind vom Aussterben bedroht“ (ebd., S. 70). Die Artenvielfalt in der freien Landschaft ist in den letzten Jahren stark zurückgegangen. Städte gehören heute zu den artenreichsten Lebensräumen, denn Städte weisen eine hohe Varianz spezifischer Lebensräume auf (Hauck und Weisser 2018 und Knapp 2020, zitiert nach Blum et al. 2023, S. 79). Problematisch ist, dass es durch die Besiedlung und wirtschaftliche Nutzung natürlicher tierischer Habitate zu einer Zunahme von Infektionskrankheiten kommt („etwa 75 Prozent aller neu auftretenden Infektionskrankheiten sind tierischen Ursprungs [...]“) (BMZ o.J.). Vor diesem Hintergrund betrachtet dieser Indikator Maßnahmen, die die Biodiversität erhalten und auf die Förderung der Fülle des unterschiedlichen Lebens abzielen. Neben dem allgemeinen Schutz und der Förderung der urbanen Biodiversität werden Anforderungen an Baumkronen und die Stadtbegrünung untersucht.

3.2.11. Lärmbelastung

Lärmbelastung kann Stressreaktionen, kognitive Beeinträchtigungen und Schlafprobleme hervorrufen. Dies kann zahlreiche weitere negative Folgen für die menschliche physische und psychische Gesundheit haben. Wissenschaftliche Evidenz deutet darauf hin, dass „die Gesundheit von Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status unverhältnismäßig stark durch Lärm beeinträchtigt werden kann“ – im selben Atemzug wird jedoch auch

betont, dass der sozioökonomische Status allein nicht ausreichend ist, um die Lärmbelastung vorherzusagen (Europäische Umweltagentur 2018, S. 24f., eigene Übersetzung). In den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung wird Lärm bisher nicht berücksichtigt (Ramirez-Rubio et al. 2019, S. 6). Dieser Indikator untersucht, inwieweit die Lärmbelastung durch Verkehrs- und Flächennutzungspolitiken begrenzt werden soll.

3.2.12. Hitze und UV-Belastung

Hitze kann zu Hitzestress führen und z. B. Hitzekrämpfe, Hitzeschläge, Herz-Kreislaufprobleme oder Kopfschmerzen auslösen. „Durch den Klimawandel nehmen Häufigkeit und Intensität von Hitzewellen in Deutschland zu. Im Sommer 2022 starben in Deutschland schätzungsweise 4.500 Menschen an Hitze“ (SRU 2023, S. 16). Durch den Wärmeinseleffekt ist die Abkühlung in Städten deutlich schwieriger. Insbesondere Ältere, aber auch Schwangere, Kinder und Vorerkrankte leiden besonders unter Hitze (SRU 2023, S. 42, 78). Die mit dem Klimawandel einhergehende Zunahme der Sonnenscheinstunden erhöht die potenzielle UV-Belastung (UBA 2021a, S. 199). „Übermäßige UV-Strahlung und Sonnenbrände können Krankheiten wie Hautkrebs auslösen. In den vergangenen 20 Jahren hat die Zahl der Krankenhausbehandlungen wegen Hautkrebs fast stetig zugenommen“ (Statistisches Bundesamt 2023). Dieser Indikator untersucht aufgrund der zunehmenden Aktualität der Themen Hitze und UV-Belastung, welche Ziele für ein angenehmes Stadtklima und welche Anforderungen an Hitzeschutz und UV-Belastungsreduktion die Stadtentwicklungspolitiken enthalten.

3.2.13. Bodenschutz, -erhalt und -fruchtbarkeit

„[Böden] bilden die Grundlage vieler Land-Ökosysteme, filtern das Wasser, binden Nährstoffe und sind als Wurzelraum von Pflanzen essenziell für die Ernährung des Menschen“ (UBA 2023b). Die NRW-Nachhaltigkeitsstrategie verweist explizit auf Bodendegradation, zunehmende Flächenkonkurrenz und Flächenverbrauch und die Notwendigkeit einer nachhaltigen Bodenpolitik (MUNV NRW 2020, S. 55, 71). Weitere bedeutsame ökologische Probleme sind Bodenverdichtung, Bodenversauerung und ein Stickstoffüberschuss

(Eutrophierung) (UBA 2023b). In dieser Arbeit wird untersucht, inwieweit in den Städten Ziele für den Schutz, den Erhalt und die Fruchtbarkeit des Bodens vorliegen.

3.2.14. Wasser

Wasser ist im Erdsystem von grundlegender Bedeutung. Heute erleben wir Warmwasserphasen, tiefe Grundwasserstände und vermehrt Starkregenereignisse (UBA 2021b, S. 5, 16). „Grünes Wasser – terrestrischer Niederschlag, Verdunstung und Bodenfeuchtigkeit – [...] wird heute durch menschliche Einflüsse auf kontinentaler bis planetarer Ebene erheblich gestört“ (Wang-Erlandsson et al. 2022, S. 380). Dieser Indikator untersucht, inwieweit der Schutz des Wassers sowie der Schutz vor Überschwemmungen und Starkregenereignissen bzw. Maßnahmen zum Leben mit Wasser in den Stadtentwicklungspolitiken vorkommen.

3.2.15. Wohnen

Das Thema Wohnen ist für das menschliche Wohlbefinden und die allgemeine Lebensführung existenziell. Es weist immer eine Schnittstelle zur Gesundheit auf (Holm 2020, S. 232). „Für die Schaffung gesunder Wohnverhältnisse wird in der Literatur die Entwicklung ganzheitlicher Sanierungskonzepte empfohlen, mit denen eine Synergie zwischen städtebaulichen, baulichen und sozialen Maßnahmen erreicht werden kann“ (Pohlan und Yosifova 2021, S. 373). Die Verbesserung des Wohnumfelds in sozial benachteiligten Quartieren, die Beachtung des Faktors Raumlufthygiene bei Modernisierung und gesundheitsfördernde Angebote bei Sport und Ernährung sind relevante, zu beachtende Aspekte, schreiben Pohlan und Yosifova (2021, S. 373). Viele Gebäude und Quartiere, die in den vergangenen Jahrzehnten errichtet wurden, müssen in den kommenden Jahrzehnten energetisch saniert werden, um die Klimaziele zu erreichen (IWU 2018, S. 248-250; siehe auch: Ramirez-Rubio et al. 2019, S. 6; NRW.Energy4Climate 2022, S. 15). Dieser Indikator betrachtet Ziele für einen energieeffizienten Gebäudebestand und hygienische/gesunde Wohnverhältnisse. Da die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Bedürfnisse ans Wohnen haben (z. B. Familien, Senioren, niedrige Einkommen usw.), wird in dieser Arbeit

auch betrachtet, inwieweit Wohnungstypen und -größen in kommunalen Politiken berücksichtigt werden.

3.3. Dokumentenanalyse

Das methodische Vorgehen im Rahmen der Dokumentenanalyse orientiert sich am Vorgehen von Lowe et al. (Lowe et al. 2022, S. e883-e886 sowie der zu dieser Veröffentlichung gehörende Appendix). Des Weiteren habe ich im Rahmen der „1000 Cities Challenge“ am 01. Juni 2023 am „Policy Indicators Training“ teilgenommen, um Datensammlung und -analyse und den Umgang mit einer in diesem Projekt erstellten Excel-Tabelle zu erlernen (GOHSC 2023b; Anhang 6). In den ausgewählten Städten wurden informelle Dokumente untersucht (u. a. Strategiedokumente, Leitbilder, Konzepte, Aktionspläne, Designvorgaben, Umsetzungs- und Bewertungspläne etc.), die während der Untersuchungszeit (15. Mai 2023 bis 01. August 2023) öffentlich zugänglich waren (Erläuterungen zu informellen Planungsdokumenten und -verfahren: Baumgart und Rüdiger 2022, S. 362-369). Die zu analysierenden Dokumente wurden mit Hilfe von Internetrecherche und Nachfragen bei Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern identifiziert. Letzteres half dabei, Dokumente nicht zu übersehen und lokale Besonderheiten aufzufinden (z. B. das Auffinden einer „versteckten“ Projektwebsite eines Gesundheitsprojekts auf Quartiersebene der Stadt Münster). Trotz sorgfältiger Recherche kann es sein, dass einige Dokumente, die Relevanz für diese Arbeit haben könnten, nicht aufgefunden wurden. Es wurden Stadtentwicklungspolitiken untersucht, die stadtweit gültig sind, um die Einheitlichkeit in der Bewertung der Politiken sicherzustellen.

Zur Auswertung der Dokumente wurde die erwähnte Excel-Tabelle (Anhang 6) im Sinne dieser Arbeit modifiziert und ausgefüllt. In der Tabelle wurde die Verfügbarkeit von Stadtentwicklungspolitiken in den Kategorien „Ja“ und „Nein“ erfasst. Das allgemeine Vorhandensein von Stadtplanungspolitiken wurde in zusammenfassenden Auflistungen quantifiziert. Zudem erfolgte innerhalb eines jeden Indikators für jede Maßgabe eine Einstufung und Bepunktung (Abgrenzung der Einstufungen: siehe Anhang 1). Die Höchstpunktzahl wurde vergeben, wenn eine Stadt bei einer Maßgabe einen spezifischen Standard/ein Ziel

mit messbarer Zielvorgabe ausgegeben hat (drei Punkte). Für die Einstufung „Spezifischer Standard/Ziel ohne messbare Zielvorgabe“ wurden zwei Punkte vergeben. Als „Angestrebt/unspezifisch“ eingestufte Politiken wurden mit einem Punkt versehen. Sofern die Spezifität nicht bestimmt oder keine relevanten Politiken identifiziert werden konnten, wurden null Punkte vergeben. Wenn teilweise inkonsistente oder inkonsistente Stadtentwicklungspolitiken identifiziert wurden, erfolgte eine Multiplikation mit -0,5 bzw. -1. Inkonsistent meint, dass es Inhalte gibt, die mit den Grundsätzen gesunder und nachhaltiger Städte übereinstimmen, aber auch Inhalte, die nicht übereinstimmen oder dass Maßgaben dem wissenschaftlichen Status quo nicht entsprechen. Im Rahmen dieser Arbeit konnten nur einzelne städtische Maßgaben dahingehend überprüft werden, ob sie dem wissenschaftlichen Status quo entsprechen. Abschließend erfolgte für jede Stadt eine Addition, die die Gesamtergebnisse (auf Basis der Lowe et al.-Indikatoren und auf Basis der neu hinzugefügten Indikatoren) zeigt.

3.4. Interviews

Zusätzlich zur Dokumentenanalyse wurden Interviews mit Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern geführt, um mit Hilfe von Insider-Wissen Informationslücken zu schließen und Hintergrundinformationen über das Verwaltungshandeln zu generieren und Herausforderungen sowie Ermöglichungsfaktoren aufzudecken. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden mit Hilfe der Koordinatorin des Gesunde Städte-Netzwerks identifiziert und direkt angesprochen. Sie wurden ausgewählt, da sie sich in ihrem Arbeitsalltag mit den in dieser Arbeit behandelten Themen auseinandersetzen. Die Interviewpartner waren mir vor der Erstkontaktaufnahme nicht bekannt. Für die Stadt Bochum fand das Gespräch mit der Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz und Koordination Gesunde Stadt Bochum, Michael Sprünken, statt. Das Interview für Köln fand mit dem Leiter des Gesundheitsamts, Dr. Johannes Nießen, statt. Für die Stadt Münster erfolgte das Interview mit Dr. Matthias Schmidt (Wissenschaftsbüro im Baudezernat) und Merle Heitkötter (Gesundheitsplanung im Gesundheitsamt). Beide sind zudem im Kooperationsprojekt zwischen der Stadt Münster, der Technischen Krankenkasse und der Universität Münster, „Nachhaltigkeit in der gesunden Stadt“, für die Stadt Münster tätig. Die Interviewpartner erhielten ca.

eine Woche vor den Terminen zusätzlich zum Exposé eine Handreichung mit Konkretisierungen, die die Interviewvorbereitung erleichtern sollte.

Die Interviews wurden von mir geführt und fanden vom 22.05.2023 bis zum 09.06.2023 via Zoom statt. Die Interviewführung erfolgte mit Hilfe eines vordefinierten Fragenkatalogs (Anhang 2), von dem jedoch im Verlauf der Gespräche an einigen Stellen abgewichen wurde, um bestimmte Themen und Inhalte flexibel zu vertiefen. Die Interviewpartner wurden (A) zu ihrer Rolle und ihren Aufgaben, (B) zum Aufbau der Stadtverwaltung und zur Bedeutung des Themas Gesundheit innerhalb der Verwaltung, (C) zur intersektoralen und transdisziplinären Zusammenarbeit, (D) zur Berücksichtigung und Implementierung von gesundheitsbezogenen Aspekten und Akteursrollen sowie (E) zu Planungsinstrumenten, Monitoring, Berichterstattung und Evaluation befragt. Die Interviews dauerten 60 Minuten und wurden aufgenommen und transkribiert. Bei der Transkription wurden Satzabbrüche und Wortdoppelungen ausgelassen und die Interpunktion wurde zugunsten der Lesbarkeit nachträglich gesetzt. Zur Auswertung wurden Microsoft Word und Excel genutzt. Die Daten wurden mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die angewendete Methode orientiert sich an der „fokussierten Interviewanalyse“ nach Kuckartz und Rädiker (2020), die eine praktische Vorgehensweise darstellt, der allgemeinen Begriffsbestimmung und Systematisierung nach Stamann et al. (2016) und der Rahmenmethode, welche eine Variante der Inhaltsanalyse ist (hier insbesondere Pope et al. 2000, S. 114-116; Gale et al. 2013, S. 3-5; Woodhall et al. 2021, S. 426).

Eine deduktiv-induktive Vorgehensweise wurde gewählt. Einige Codes wurden bereits a priori nach der Entwicklung der Interviewfragen erstellt, da auf diese Weise eine systematischere und transparentere Analyse gewährleistet werden sollte. Sie wurden aus den Zielen dieser Arbeit, meinem Vorwissen und den genannten Interviewthemen (A) bis (E) abgeleitet (siehe Anhang 3). Um mich mit den Interviewinhalten vertraut zu machen, habe ich die Transkripte jeweils noch einmal gelesen (Einarbeitungsphase); in dieser Phase der Materialerschließung wurden zahlreiche andere Codes erstellt. Diese Codes entstanden auf Basis der Themen, die die Befragten selbst angesprochen haben bzw. auf Basis von Themen, die wiederkehrend in den Transkripten auftauchten. Die Codierung von Inhalten

wurde iterativ durchgeführt. Neue Codes wurden ergänzt, sofern sie gebraucht wurden, um möglichst viele Nuancen der Inhalte aufgreifen zu können, um sicherstellen zu können, dass wichtige Aspekte nicht übersehen werden und um Raum für unerwartetes „Insider-Wissen“ der Teilnehmer entdecken zu können. Bei einer zweiten Codierung wurden auf der ersten Codierung aufbauend Strukturen gebildet und Schwerpunkte gesetzt. Die im Anhang 6 befindlichen codierten Transkripte zeigen den Verlauf der Codierung.

Die einzelnen Codes wurden in zusammenfassende bzw. gliedernde Hauptkategorien und Nebenkategorien gruppiert. Für jeden Code und jede Kategorie wurde eine Definition verfasst, die Abgrenzungshinweise geben. Teilweise wurden im Verlauf des Prozesses die Kategorienbezeichnungen erweitert oder verändert. Ähnliche Kategorien wurden zusammengefasst und mit Hilfe von Nebenkategorien ausdifferenziert. Zahlreiche Codes und Kategorien wurden im Prozess wieder verworfen. Zuletzt wurde jedem finalen Code eine Nummer zugeordnet und alle Textpassagen Zeile für Zeile mit Codierungen versehen. Für alle Codes wurden repräsentative oder besonders aussagekräftige Zitate in einer Exceltafel gesammelt (Anhang 4). Bei Mehrfachnennung eines Themas von einem Interviewpartner wurde ein Zitat ausgewählt, das die Bedeutung und den Kontext des jeweiligen Codes widerspiegelt. Die Themen wurden geordnet, zusammengefasst und tabellarisch aufbereitet. Diese Vorgehensweise bereitet den nächsten Auswertungsschritt vor, da so die Übersichtlichkeit erhöht wurde. Die Analyse konzentrierte sich vordergründig auf eine themen- und kategorienorientierte Betrachtung. Um städtischen Besonderheiten und Auffälligkeiten Rechnung zu tragen, wurde teilweise davon abgewichen. Einige Kategorien rückten in den Hintergrund, da sie zur Beantwortung der Forschungsfrage und zur Erreichung der Ziele dieser Arbeit als weniger relevant eingestuft wurden. Verbindungen zwischen den gebildeten Kategorien wurden im Analysetext erörtert. Interessante bzw. relevante Zitate wurden im Berichtstext referenziert.

4. Ergebnisse

4.1. Dokumentenanalyse

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden die Stadtentwicklungspolitiken der Städte Bochum, Köln und Münster untersucht und bewertet. Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse. Tabelle 1 zeigt die 24 Maßgaben, die auch von Lowe et al. berücksichtigt wurden (Lowe et al. 2022, S. e885). Für die Abdeckung aller Indikatorenkategorien (in dieser Arbeit „Maßgaben“ genannt) konnten bis zu 24 Punkte erreicht werden. Die Stadt Bochum erreicht 14,5 von 24 möglichen Punkten. Köln erreicht 15,5 Punkte und Münster erreicht 16,5 Punkte. In Bezug auf die Qualität der Politiken sind die Unterschiede in den Städten größer (Tabelle 2). In Bochum enthalten fünf der 19 Maßgaben ein messbares Ziel (26 %), in Köln und Münster sind es jeweils neun von 19 Maßgaben (47 %). Von 57 möglichen Punkten erreichen die Städte 25 (Bochum) bzw. 31 (Köln und Münster). Für 47 % (Bochum), 42 % (Köln) bzw. 32 % (Münster) der Maßgaben konnten nur unspezifische oder keine relevanten Politiken identifiziert werden. Im Unterschied zur Arbeit von Lowe et al. wurden die Maßgaben 2-5 in Tabelle 1 und 3 bzw. die Maßgaben 3 und 5 in Tabelle 2 und 4 nicht in die Kategorien „national“ und „subnational“ unterteilt. Da eine Untersuchung dahingehend dennoch erfolgte, wurde die Bewertungskategorie „Teilweise“ eingeführt (siehe Kapitel 4.1.1. für Details).

Legende und Bewertung	Bochum	Köln	Münster
Ja (rot): 1			
Nein (blau): 0			
Teilweise (TW; gestreift): 0,5			
Integrierte Stadt- und Verkehrsplanung			
(1) Verkehr und Planung in einer Abteilung/Dezernat vereint	Ja	Nein	Ja
(2) Nationale oder subnationale Stadtpolitiken, die die Flächennutzungsplanung für die gesamte Stadt bestimmt	Ja	Ja	Ja
(3) Spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen in den nationalen oder subnationalen Stadtpolitiken für die gesamte Stadt	Ja	Ja	Ja
(4) Nationale oder subnationale Politiken, die die Verkehrsplanung für die gesamte Stadt bestimmt	TW	TW	TW
(5) Spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen in den nationalen oder subnationalen Verkehrspolitiken für die gesamte Stadt	Nein	Nein	Nein
(6) Aufnahme von Anforderungen an die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in die Stadt-/Verkehrspolitiken oder in Rechtsvorschriften	Nein	Nein	Nein
Luftverschmutzung			
(7) Verkehrspolitiken zur Begrenzung der Luftverschmutzung	Ja	Ja	Ja
(8) Flächennutzungspolitiken zur Verringerung der Luftverschmutzung	Nein	Nein	Ja
Nähe und Erreichbarkeit von Zielorten			
(9) Anforderungen an die Erreichbarkeit von Arbeitsplätzen und Dienstleistungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln	Nein	Ja	Ja
Verteilung der Arbeitsmöglichkeiten			
(10) Anforderungen an die Verteilung der Beschäftigung	Nein	Ja	Ja
(11) Anforderungen an das Verhältnis von Arbeitsplätzen zu Wohnungen	Nein	Nein	Nein
Nachfrage-Management			
(12) Parkbeschränkungen, um die Nutzung des Autos zu reduzieren	Ja	Ja	Nein
Design			
(13) Anforderungen an die Erreichbarkeit, Versorgung und Qualität öffentlicher Freiräume	Ja	Ja	Ja
(14) Anforderungen an die Konnektivität von Straßen	Nein	Nein	Nein
(15) Anforderungen an die Fußgängerinfrastruktur	Ja	Ja	Ja
(16) Anforderungen an die Radverkehrsinfrastruktur	Ja	Ja	Ja
(17) Ziele für den Anteil von Fußgängern	Ja	Ja	Ja
(18) Ziele für den Anteil von Radfahrenden	Ja	Ja	Ja
Dichte			
(19) Anforderungen an die Wohndichte in der gesamten Stadt oder in unmittelbarer Nähe von Verkehrs- oder Stadtzentren	Ja	Ja	Ja
(20) Höhenvorgaben für Wohngebäude (Minimum und/oder Maximum)	Nein	Nein	Nein
(21) Erforderliche städtische Wachstumsgrenze oder Höchstwerte für die Bebauung von Freiflächen	Ja	Ja	Ja
Zugang und Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln			
(22) Mindestanforderungen für den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln	Ja	Ja	Ja
(23) Zielvorgaben für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	Ja	Ja	Ja
Ausgaben nach Infrastrukturart			
(24) Ausgaben transparent aufgeschlüsselt nach Infrastrukturart	Nein	Nein	Nein
Gesamtzahl Politiken (/24)	14,5	15,5	16,5

Tabelle 1: Vorhandensein von Stadtentwicklungspolitiken. Nationale und subnationale Politiken wurden separat untersucht und eingestuft (eigene Darstellung).

Legende und Bewertung			
Relevante Politiken konnten nicht identifiziert werden (blau): 0			
Spezifität konnte nicht bestimmt werden (hellblau): 0			
Angestrebt/unspezifisch (grün): 1			
Spezifischer Standard/Ziel ohne messbare Zielvorgabe (gelb): 2			
Spezifischer Standard/Ziel mit messbarer Zielvorgabe (orange): 3			
Teilweise inkonsistent oder inkonsistent mit wissenschaftlichem Status quo: Multiplikation mit -0,5 bzw. -1			
Integrierte Stadt- und Verkehrsplanung			
(3) Spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen in den nationalen oder subnationalen Stadtpolitiken für die gesamte Stadt			
(5) Spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen in den nationalen oder subnationalen Verkehrspolitiken für die gesamte Stadt			
Luftverschmutzung			
(7) Verkehrspolitiken zur Begrenzung der Luftverschmutzung			
(8) Flächennutzungspolitiken zur Verringerung der Luftverschmutzung			
Nähe und Erreichbarkeit von Zielorten			
(9) Anforderungen an die Erreichbarkeit von Arbeitsplätzen und Dienstleistungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln			
Verteilung der Arbeitsmöglichkeiten			
(10) Anforderungen an die Verteilung der Beschäftigung			
(11) Anforderungen an das Verhältnis von Arbeitsplätzen zu Wohnungen			
Nachfragemanagement			
(12) Parkbeschränkungen, um die Nutzung des Autos zu reduzieren			
Design			
(13) Anforderungen an die Erreichbarkeit, Versorgung und Qualität öffentlicher Freiräume			
(14) Anforderungen an die Konnektivität von Straßen			
(15) Anforderungen an die Fußgängerinfrastruktur			
(16) Anforderungen an die Radverkehrsinfrastruktur			
(17) Ziele für den Anteil von Fußgängern			
(18) Ziele für den Anteil von Radfahrenden			
Dichte			
(19) Anforderungen an die Wohndichte in der gesamten Stadt oder in unmittelbarer Nähe von Verkehrs- oder Stadtzentren			
(20) Höhendaten für Wohngebäude (Minimum und/oder Maximum)			
(21) Erforderliche städtische Wachstumsgrenze oder Höchstwerte für die Bebauung von Freiflächen			
Zugang und Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln			
(22) Mindestanforderungen für den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln			
(23) Zielvorgaben für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel			
Gesamtzahl Politiken (maximal n = 57)	25	31	31

Tabelle 2: Einstufung der verschiedenen Politiken (eigene Darstellung).

Wenn das erweiterte Indikatorenset herangezogen wird, erreicht Bochum 26,5 von 35 möglichen Punkten. Köln erreicht 26,5 Punkte und Münster erreicht 28,5 von 35 möglichen Punkten für die Abdeckung der Maßgaben (Tabelle 3). Bochum erreicht 44 von 93 möglichen Punkten für die Qualität der Politiken (Tabelle 4). Für insgesamt zwölf Maßgaben konnten nur unspezifische oder keine relevanten Politiken identifiziert werden. Zehn Maßgaben enthalten ein spezifisches nicht messbares Ziel und 9 Maßgaben enthalten ein messbares Ziel (29 %). Köln erreicht 56,5 von 93 möglichen Punkten. Für Köln konnten zwölf (39 %) messbare Ziele identifiziert werden. 31 % der Maßgaben enthalten spezifische Standards/Ziele ohne messbare Zielvorgaben. Zehn Maßgaben (32 %) sind unspezifisch oder nicht von relevanten Politiken abgedeckt. Münster erreicht 55 von 93 Punkten, obwohl in Münster für 16 (52 %) von 31 Maßgaben messbare Ziele identifiziert werden konnten. Der Grund dafür ist, dass zwei Maßgaben teilweise inkonsistent sind (siehe Kapitel 4.1.7. und 4.1.15.). 13 % der Maßgaben in Münster enthalten ein spezifisches nicht messbares Ziel. Etwa ein Drittel (neun Maßgaben, 29 %) ist unspezifisch oder enthält keine relevanten Politiken.

Legende und Bewertung			
Ja (rot): 1			
Nein (blau): 0			
Teilweise (TW; gestreift): 0,5			
	Bochum	Köln	Münster
Integrierte Stadt- und Verkehrsplanung			
(1) Verkehr und Planung in einer Abteilung/Dezernat vereint	Ja	Nein	Ja
(2) Nationale oder subnationale Stadtpolitiken, die die Flächennutzungsplanung für die gesamte Stadt bestimmt	Ja	Ja	Ja
(3) Spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen in den nationalen oder subnationalen Stadtpolitiken für die gesamte Stadt	Ja	Ja	Ja
(4) Nationale oder subnationale Politiken, die die Verkehrsplanung für die gesamte Stadt bestimmt	TW	TW	TW
(5) Spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen in den nationalen oder subnationalen Verkehrspolitiken für die gesamte Stadt	Nein	Nein	Nein
(6) Aufnahme von Anforderungen an die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in die Stadt-/Verkehrspolitiken oder in Rechtsvorschriften	Nein	Nein	Nein
(25) Stadt- und/oder Verkehrspolitiken zielen ausdrücklich auf eine integrierte Planung ab	Ja	Ja	Ja
Luftverschmutzung			
(7) Verkehrspolitiken zur Begrenzung der Luftverschmutzung	Ja	Ja	Ja
(8) Flächennutzungspolitiken zur Verringerung der Luftverschmutzung	Nein	Nein	Ja
Nähe und Erreichbarkeit von Zielorten			
(9) Anforderungen an die Erreichbarkeit von Arbeitsplätzen und Dienstleistungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln	Nein	Ja	Ja
(34) Anforderungen an die Entfernung zu Zielen des täglichen Lebens	Ja	Ja	Ja
(35) Mischung von lokalen Zielen für das tägliche Leben	Ja	Ja	Ja
Verteilung der Arbeitsmöglichkeiten			
(10) Anforderungen an die Verteilung der Beschäftigung	Nein	Ja	Ja
(11) Anforderungen an das Verhältnis von Arbeitsplätzen zu Wohnungen	Nein	Nein	Nein
Nachfragemanagement			
(12) Parkbeschränkungen, um die Nutzung des Autos zu reduzieren	Ja	Ja	Nein
Design			
(13) Anforderungen an die Erreichbarkeit, Versorgung und Qualität öffentlicher Freiräume	Ja	Ja	Ja
(14) Anforderungen an die Konnektivität von Straßen	Nein	Nein	Nein
(15) Anforderungen an die Fußgängerinfrastruktur	Ja	Ja	Ja
(16) Anforderungen an die Radverkehrsinfrastruktur	Ja	Ja	Ja
(17) Ziele für den Anteil von Fußgängern	Ja	Ja	Ja
(18) Ziele für den Anteil von Radfahrenden	Ja	Ja	Ja
Dichte			
(19) Anforderungen an die Wohndichte in der gesamten Stadt oder in unmittelbarer Nähe von Verkehrs- oder Stadtzentren	Ja	Ja	Ja
(20) Höhenvorgaben für Wohngebäude (Minimum und/oder Maximum)	Nein	Nein	Nein
(21) Erforderliche städtische Wachstumsgrenze oder Höchstwerte für die Bebauung von Freiflächen	Ja	Ja	Ja
Zugang und Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln			
(22) Mindestanforderungen für den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln	Ja	Ja	Ja
(23) Zielvorgaben für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	Ja	Ja	Ja
Ausgaben nach Infrastrukturart			
(24) Ausgaben transparent aufgeschlüsselt nach Infrastrukturart	Nein	Nein	Nein
Biodiversität			
(26) Anforderungen an Baumkronen und Stadtbegrünung	Ja	Ja	Ja
(27) Schutz und Förderung der urbanen Biodiversität	Ja	Ja	Ja
Lärmbelastung			
(28) Verkehrs- und Flächennutzungspolitiken zur Begrenzung der Lärmbelastung	Ja	Ja	Ja
Hitze- und UV-Belastung			
(29) Ziele für ein angenehmes Stadtklima; Anforderungen an Hitzeschutz und UV-Belastungsreduktion	Ja	Ja	Ja
Bodenschutz, -erhalt- und -fruchtbarkeit			
(30) Ziele für den Schutz, den Erhalt und die Fruchtbarkeit des Bodens	Ja	Ja	Ja
Wasser			
(31) Ziele für den Schutz des Wassers und Anforderungen an Maßnahmen zum Leben mit Wasser	Ja	Ja	Ja
Wohnen			
(32) Ziele für einen energieeffizienten Gebäudebestand und hygienische/gesunde Wohnverhältnisse	Ja	Ja	Ja
(33) Mischung von Wohnungstypen und -größen	Ja	Ja	Ja
Gesamtzahl Politiken (/35)	25,5	26,5	28,5

Tabelle 3: Vorhandensein von Stadtentwicklungspolitiken. Nationale und subnationale Politiken wurden separat untersucht und eingestuft (eigene Darstellung).

Legende und Bewertung	Bochum	Köln	Münster
Relevante Politiken konnten nicht identifiziert werden (blau): 0			
Spezifität konnte nicht bestimmt werden (hellblau): 0			
Angestrebt/unspezifisch (grün): 1			
Spezifischer Standard/Ziel ohne messbare Zielvorgabe (gelb): 2			
Spezifischer Standard/Ziel mit messbarer Zielvorgabe (orange): 3			
Teilweise inkonsistent oder inkonsistent mit wissenschaftlichem Status quo: Multiplikation mit -0,5 bzw. -1			
Integrierte Stadt- und Verkehrsplanung			
(3) Spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen in den nationalen oder subnationalen Stadtpolitiken für die gesamte Stadt			
(5) Spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen in den nationalen oder subnationalen Verkehrspolitiken für die gesamte Stadt			
(6) Aufnahme von Anforderungen an die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in die Stadt-/Verkehrspolitiken oder in Rechtsvorschriften			
(25) Stadt- und/oder Verkehrspolitiken zielen ausdrücklich auf eine integrierte Planung ab			
Luftverschmutzung			
(7) Verkehrspolitiken zur Begrenzung der Luftverschmutzung			
(8) Flächennutzungspolitiken zur Verringerung der Luftverschmutzung			
Nähe und Erreichbarkeit von Zielorten			
(9) Anforderungen an die Erreichbarkeit von Arbeitsplätzen und Dienstleistungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln			
(34) Anforderungen an die Entfernung zu Zielen des täglichen Lebens			
(35) Mischung von lokalen Zielen für das tägliche Leben			
Verteilung der Arbeitsmöglichkeiten			
(10) Anforderungen an die Verteilung der Beschäftigung			
(11) Anforderungen an das Verhältnis von Arbeitsplätzen zu Wohnungen			
Nachfragemanagement			
(12) Parkbeschränkungen, um die Nutzung des Autos zu reduzieren			
Design			
(13) Anforderungen an die Erreichbarkeit, Versorgung und Qualität öffentlicher Freiräume			
(14) Anforderungen an die Konnektivität von Straßen			
(15) Anforderungen an die Fußgängerinfrastruktur			
(16) Anforderungen an die Radverkehrsinfrastruktur			
(17) Ziele für den Anteil von Fußgängern			
(18) Ziele für den Anteil von Radfahrenden			
Dichte			
(19) Anforderungen an die Wohndichte in der gesamten Stadt oder in unmittelbarer Nähe von Verkehrs- oder Stadtzentren			
(20) Höhenvorgaben für Wohngebäude (Minimum und/oder Maximum)			
(21) Erforderliche städtische Wachstumsgrenze oder Höchstwerte für die Bebauung von Freiflächen			
Zugang und Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln			
(22) Mindestanforderungen für den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln			
(23) Zielvorgaben für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel			
Biodiversität			
(26) Anforderungen an Baumkronen und Stadtbegrünung			
(27) Schutz und Förderung der urbanen Biodiversität			
Lärmbelastung			
(28) Verkehrs- und Flächennutzungspolitiken zur Begrenzung der Lärmbelastung			
Hitze- und UV-Belastung			
(29) Ziele für ein angenehmes Stadtklima; Anforderungen an Hitzeschutz und UV-Belastungsreduktion			
Bodenschutz, -erhalt- und -fruchtbarkeit			
(30) Ziele für den Schutz, den Erhalt und die Fruchtbarkeit des Bodens			
Wasser			
(31) Ziele für den Schutz des Wassers und Anforderungen an Maßnahmen zum Leben mit Wasser			
Wohnen			
(32) Ziele für einen energieeffizienten Gebäudebestand und hygienische/gesunde Wohnverhältnisse			
(33) Mischung von Wohnungstypen und -größen			
Gesamtzahl Politiken (maximal n = 93)	44	56,5	55

Tabelle 4: Einstufung der verschiedenen Politiken unter Berücksichtigung von 35 Maßgaben (eigene Darstellung).

4.1.1. Integrierte Stadt- und Verkehrsplanung

Die drei Untersuchungsstädte sind in die Strukturen des Landes Nordrhein-Westfalen eingebunden. Die Themen Verkehr und Planung (1) sind in Münster und Bochum in einem Dezernat vereint. In Köln bestehen eigenständige Dezernate. Alle drei Städte unterhalten ein Gesundheitsamt (Ziffer 53 im Dezernatsverteilungsplan), das jeweils im Sozialdezernat angesiedelt ist.

Die Städte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ambitionen, eine integrierte Planung zu etablieren (25). Im Handlungskonzept Wohnen der Stadt Bochum wird das Recht auf gesundes Wohnen explizit erwähnt (Stadt Bochum 2018a, S. 60 und 64); explizit gesundheitsbezogene Verkehrspolitiken konnten nicht identifiziert werden. Die Stadt Bochum hat die Bedeutung integrierter Planung grundsätzlich erkannt, bleibt jedoch unspezifisch, was die Umsetzung betrifft („Die Verkehrsplanung ist Teil der räumlichen Stadtentwicklungsplanung und kann heutzutage kaum noch sektoral erfolgen. [...] Die Siedlungsentwicklung beeinflusst grundsätzlich die Verkehrsentwicklung und umgekehrt“) (2019, S. 5). Explizit gesundheitsbezogene Verkehrspolitiken konnten für die Stadt Köln ebenfalls nicht identifiziert werden. In den Kölner Stadtpolitiken wird Gesundheit ausdrücklich als Ziel erwähnt. Während die Stadtstrategie (2020a) und die Kölner Perspektiven (2019a) u. a. gesunde Lebensverhältnisse einfordern, steht dies in der Stadt Münster (noch) aus. Münster strebt an, im stadtweiten Projekt „Gesundheit in der nachhaltigen Stadt Münster“ das Konzept HiAP umzusetzen. Zu diesem Zweck findet im August 2023 eine Konferenz in Münster statt. Im Zuge dieses Prozesses soll ein stadtweites Handlungsprogramm für die gesunde Planung entwickelt werden. Grundsätzlich zielt Münster jedoch darauf ab, Stadtentwicklung als Gemeinschaftsaufgabe zu betrachten. Die Stadt hebt den positiven „Spirit“ bei der Entwicklung des ISEK Münster 2030 hervor (Stadt Münster 2020a, S. 66).

Neben der kommunalen Ebene sind die Bezirksregierungen sowie die Landes- und Bundesebene in unterschiedlicher Ausprägung an der Stadt- und Verkehrsplanung beteiligt (Maßgaben 2-5). Die Bezirksregierungen regeln, „wie die zur Verfügung stehenden Flächen genutzt werden können“ (Bezirksregierung Detmold 2023). Die Vorgaben des Landesentwicklungsplans und der Bundesraumordnung (Raumordnungsgesetz ROG) werden bei der Erstellung von Regionalplänen von den Bezirksregierungen berücksichtigt (ebd.) und bestimmen die Stadtentwicklung maßgeblich mit. Auf Landesebene gibt es in Nordrhein-Westfalen ein Präventionsgesetz, das auf Basis von Bundesrahmenempfehlungen aufbaut. Es hebt „die Bedeutsamkeit und Potenziale einer verhältnisorientierten und an den Lebensphasen – Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter – orientierten Gesundheitsförderung in kommunalen Settings hervor“ (Landeszentrum

Gesundheit NRW 2022). Das nationale Städtebaurecht stellt in Deutschland eine geordnete städtebauliche Entwicklung sicher und regelt flächenbezogene Anforderungen an Bautätigkeiten. Als Belang, der spezielle Beachtung erfordert, wird die Gesundheit der Bevölkerung im Bundesbaugesetz von 1960 erstmals aufgeführt. Eine Novellierung von 2004 greift die bereits 1997 aufgenommene nachhaltige Entwicklung als Ziel auf und konkretisiert die Anforderung, die natürlichen Lebensgrundlagen für künftige Generationen und aufgrund der Verantwortung für den allgemeinen Klimaschutz zu wahren (Albers und Wékel 2021, S. 49).

Es bestehen Gesetzgebungslücken im Bereich der Stadtverkehrsplanung auf Bundesebene (Balland 2022, S. 29f.). „Der Rechtsrahmen für eine [gesundheitsfördernde] Verkehrsplanung im lokalen Raum ist nur unzureichend entwickelt“ (Köck und Fischer 2018, S. 163). Nationale Initiativen wie der Radverkehrsplan von 2020, Konzepte zur Luftreinhaltung oder die Förderung der Elektromobilität beeinflussen zwar die Stadtverkehrsplanung, bestimmen diese aber nicht. Die nationalen Strategien zum Thema Stadtverkehr sind in keiner Weise verbindlich und enthalten nur Ziele und Leitlinien (Balland 2022, S. 118, 122, 123). Dem 1974 in Kraft getretenen Bundesimmissionsschutzgesetz (BImSchG) liegt ein nur eng gefasstes Verständnis von Gesundheit zugrunde. Es soll Menschen vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnliche Vorgänge schützen (Baumgart und Kistemann 2018, S. 263). Seit 2021 gibt es das Fahrrad- und Nahmobilitätsgesetz (FaNaG NRW), das den Fuß- und Radverkehr auf eine Stufe mit Auto und Bahn stellt (Landesregierung NRW 2021). Das Gesetz sieht u. a. ein Radvorrangnetz und die Erstellung eines Bedarfsplans für Radschnellverbindungen vor (ebd.) und bestimmt insofern die Verkehrsplanung der Städte. Es konnten subnationale Politiken, die die Verkehrsplanung von Bochum, Köln und Münster bestimmen, identifiziert werden. Die Bezirksregierungen nehmen durch die Erstellung der Luftreinhaltepläne Einfluss auf die Verkehrsentwicklung. Spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen waren in den Verkehrspolitiken nicht erkennbar.

4.1.2. Luftverschmutzung

In Bezug auf das Thema Luftverschmutzung wurden die Verschmutzung durch Verkehr (7) und Flächennutzung (8) berücksichtigt. Die Luftreinhaltepläne der Bezirksregierungen wurden einbezogen, da die Städte an der Erstellung beteiligt sind und die Umsetzung und Kontrolle verantworten (Bezirksregierung Köln 2021, S. 7). In den Untersuchungsstädten gibt es Verkehrspolitikern zur Begrenzung der Luftverschmutzung, die zumeist mit messbaren Zielvorgaben versehen sind (Bezirksregierung Münster 2014, S. 46, 49, 55; Stadt Köln 2018a, S. 28; Stadt Bochum 2019, S. 10). Sie setzen darauf, städtische Fuhrparks auf elektrische bzw. emissionsarme Antriebe umzustellen und entsprechende Ladeinfrastruktur bereitzuhalten. In allen Städten gibt es eine Umweltzone, Tempo-30-Zonen werden sukzessive ausgeweitet und das Baustellenmanagement wird optimiert (Stadt Bochum 2016, S. 30; Stadt Bochum o.J. a und b; Stadt Köln 2014, S. 21; Stadt Köln o.J. a und b; Bezirksregierung Münster 2014, S. 46, 66; Stadt Münster 2020, S. 46). Die Stadt Bochum hat zur Abwicklung von Baustellen „aus einer Hand“ die Software VIA BAUSTELLE angeschafft und auf diese Weise eine integrierte Infrastrukturlösung gefunden (Stadt Bochum o.J. b).

Sowohl in Köln als auch in Bochum konnten keine Flächennutzungspolitikern zur Verringerung der Luftverschmutzung identifiziert werden. Die Stadt Münster greift die Thematik in ihrem jüngst erschienenen Leitfaden für Klimagerechte Bauleitplanung (2023a, S. 11) auf: Schon für die Analysephase von Bauvorhaben wird klargestellt, dass sehr hohe Lärmbelastung durch Nähe zu Autobahnen, Hauptverkehrsstraßen oder Hauptschienenstrecken die Umsetzung eines Bauvorhabens erheblich erschwert. Im Klimaanpassungskonzept der Stadt Münster von 2015 (S. 118) wird die Bedeutung der Durchlüftung für bebaute Bereiche herausgehoben und die Gültigkeit des Ziels, Flächen von Bebauung freizuhalten, betont. Die Grünordnung findet in diesem Zuge besondere Erwähnung, im Abschnitt 4.1.10. erfolgt eine vertiefte Betrachtung.

4.1.3. Nähe und Erreichbarkeit von Zielorten

Anforderungen an die Erreichbarkeit von Arbeitsplätzen und Dienstleistungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln (9) konnten für Bochum nicht gefunden werden und sind in den Städten Köln und Münster nur wenig spezifisch bzw. kaum ausgeprägt formuliert. Die Stadt Bochum hat den Vorschlag aus dem Klimaschutzteilkonzept von 2013 (S. 90), die Anbindung der Gewerbegebiete durch Radverkehrsanlagen und ÖPNV zu sichern, im 2016 veröffentlichten Radverkehrskonzept nicht – wie empfohlen – aufgegriffen und das Thema auch ansonsten in keinem nach 2013 entstandenen Dokument bearbeitet. Die Stadtstrategie von Köln (2020, S. 94) sieht das Ziel vor, die Flächennutzung zu optimieren und die Erreichbarkeit von Industrie- und Gewerbegebieten zu verbessern, bleibt aber unspezifisch. Einzig die Stadt Münster formuliert im Leitfaden Klimagerechte Bauleitplanung spezifische Standards (ohne messbare Zielvorgaben): Arbeitsplatzschwerpunkte in Fahrrad-Kurzstrecken-Distanz (i. d. R. < 2.000 m) wirken sich günstig bzw. umgekehrt – falls nicht vorhanden – erheblich erschwerend auf die Realisierbarkeit aus (2023a, S. 13).

Die Städte sind im neuen Indikatorenbereich „Anforderungen an die Entfernung zu Zielen des täglichen Lebens“ (34) und „Mischung von lokalen Zielen für das tägliche Leben“ (35) deutlich spezifischer aufgestellt. Lediglich Köln formuliert keine messbare Zielvorgabe an die Entfernung zu Zielen des täglichen Lebens. Jedoch gibt Köln das Ziel aus, Bildungseinrichtungen in jedem Quartier etablieren zu wollen (Stadt Köln 2020b, S. 12). Die Stadt Bochum zielt darauf ab, „eine räumlich (Standorte) wie funktional (verschiedene Betriebsformen und -größen) abgestufte und ausgewogene Grundversorgungsstruktur im Bochumer Stadtgebiet herzustellen und zu sichern“ (Stadt Bochum 2017, S. 166). Münster legt für die räumliche Nahversorgung einen Radius von 700 m Luftlinie Fußweg zugrunde (Stadt Münster 2018a, S. 50) und hat es sich zum Ziel gesetzt, in Stadtteilen ohne ausreichende Mantelbevölkerung Kleinflächenkonzepte zu etablieren (Stadt Münster 2018b, S. 130).

Grundsätzlich wollen alle Städte durchmischte Quartiere und kurze Wege zu den einzelnen Aktivitäten, Bildungs- und Begegnungsangeboten und Dienstleistungen und formulieren

dazu (für Teilbereiche) messbare Ziele. Dennoch konstatiert Münster im 2020 veröffentlichten ISEK (Baustein E, S. 37):

„In einigen Stadtteilen ist [...] das »Wegbrechen« von Treffpunkten und Begegnungsorten, seien es Plätze, besondere Stadträume, Gemeindezentren, Gaststätten oder ähnliches aufgrund wirtschaftlicher und sozialer Veränderungen zu beklagen.“

Auffällig ist, dass die Städte Köln und Münster in den Formulierungen zur Schaffung lebenswerter Nachbarschaften explizit gesundheitsfördernde Maßnahmen/Ziele aufführen. Der Masterplan altengerechte, inklusive Quartiersentwicklung sieht vor, „Belange eines inklusiven und altengerechten Gemeinwesens [...] stets einzubeziehen“ (Stadt Münster 2019a, S. 26). Die Stadt Köln geht auf Mehrfachbelastungen ein und will ebendiese in Stadtgebieten reduzieren und die Gesundheit der Menschen fördern bzw. Umweltgerechtigkeit erhöhen. Dies soll u. a. mit Hilfe des Zugangs zu medizinischer Versorgung und dem Zugang zu Bewegungs- und gesunden Ernährungsmöglichkeiten erreicht werden (Stadt Köln 2020a, S. 132). Messbare Ziele finden sich für Münster und Köln (jedoch nur) im bereits erwähnten Leitfaden Klimagerechtes Bauen (Neubau) und im Baulandmodell Köln 2017 plus. Das letztgenannte Dokument ist eine Richtlinie, die Aussagen über die Schaffung von Baurecht für Wohnzwecke enthält (Stadt Köln 2022a, S. 3).

4.1.4. Verteilung der Arbeitsmöglichkeiten

Die räumliche Verteilung von Arbeitsplätzen spielt in den Stadtentwicklungspolitiken von Bochum, Köln und Münster nur eine untergeordnete Rolle. Anforderungen für das Verhältnis von Arbeitsplätzen zu Wohnungen konnten nicht gefunden werden (11). Politiken für die Anforderungen an die Verteilung der Beschäftigung sind in Köln und Münster angestrebt/unspezifisch und in Bochum nicht vorhanden (10) (Stadt Köln 2020a, S. 128; Stadt Münster 2019a, S. 33, 64).

4.1.5. Nachfragemanagement

Die Stadtentwicklungspolitiken im Bereich Nachfragemanagement (12) unterscheiden sich in den drei Städten Bochum, Köln und Münster. Für Münster konnten keine relevanten Politiken identifiziert werden. Bochum hat ein Ziel (ohne messbare Zielvorgabe) formuliert: „Je näher die Innenstadt rückt, umso eher sollten parkende Fahrzeuge in Parkhäusern abgestellt werden. Mittelfristig wird das Parken in der Innenstadt am Straßenrand teurer als in Parkhäusern“ (Stadt Bochum 2019, S. 11). Das Klimaschutzteilkonzept aus dem Jahr 2013 (S. 91) enthält den Vorschlag, die bereits bestehende Parkraumbewirtschaftung in einem Gesamtkonzept aufgehen zu lassen. Neuere Politiken geben jedoch keine Auskunft darüber, inwieweit dies bereits realisiert wurde. In Bezug auf die Quartiere strebt die Stadt an, diese zunehmend autoarm zu planen (Stadt Bochum 2019, S. 11).

Die Stadt Köln hat einen spezifischen Standard mit einem messbaren Ziel: In der aktualisierten Fassung des Luftreinhalteplans wird berichtet, dass die Parkgebühren – wie angestrebt – erhöht wurden (Bezirksregierung Köln 2021, S. 57; Beschlussvorlage Parkgebührenordnung 2019 – Ratsbeschluss vom 26.09.2019; Innenstadt: 4 Euro/Stunde, Bezirke 2 Euro/Stunde). „Die Mehreinnahmen sind zweckgebunden für die Verbesserung der Verkehrsverhältnisse des ÖPNV vorgesehen“ (ebd., S. 57). Das Handeln der Stadt Köln ist jedoch insoweit inkonsistent, als dass die Stadt auf ihrer Internetseite bewirbt, dass auf stadtweit ca. 13.000 Stellflächen Parken für 24 Stunden für 5 Euro möglich ist (Stadt Köln o.J. c). Abseits dessen hat sich die Stadt Köln zum Ziel gesetzt, die bewirtschafteten Stellplätze zu reduzieren/zu begrenzen bzw. stadtverträglich zu organisieren und die Förderung von autofreien Siedlungen zu prüfen (Stadt Köln 2014, S. 21; Stadt Köln 2020a, S. 83).

4.1.6. Design

Der Design-Indikator umfasst mehrere Unterkategorien: Anforderungen an öffentliche Freiräume (13), die Konnektivität von Straßen (14), Anforderungen an Fußgänger- und Radverkehrsinfrastruktur und Ziele für den Anteil von Fußgängern und Radfahrenden (15-18).

Köln hat zahlreiche Stadtentwicklungspolitiken ohne spezifisch messbare Standards festgelegt. Diese sehen unter anderem vor, Freiräume barrierefrei zu gestalten, Straßen und Wege in Hitzeverträglichkeitsplanungen einzubeziehen und ausreichend Grünräume und Bewegungsmöglichkeiten in den Quartieren sicherzustellen (Stadt Köln 2018c, S. E1f.; Stadt Köln 2022b, S. 119; Stadt Köln 2020a, S. 109). Zudem verfolgt die Stadt Köln das Ziel, Freiräume über die Stadtgrenzen hinaus mit denen der Nachbarkreise zu vernetzen (Stadt Köln 2022c, S. 61). Köln „ist mit Grünflächen mit wohngebietsbezogener Funktion unterversorgt“ (Stadt Köln 2022a, S. 3). Der für Köln identifizierte spezifische Standard mit messbaren Zielvorgaben entspringt dem Baulandmodell Köln 2017 plus und ist anzuwenden, wenn eine verbindliche Bauleitplanung für Wohnzwecke notwendig ist. Dann müssen – bestimmten Maßstäben folgend – öffentliche Grünflächen in Relation zu den Wohneinheiten sichergestellt werden (Stadt Köln 2022a, S. 3). Angaben zur Anzahl der Freiflächen pro Bevölkerungseinheit, zur Nettozunahme der Anzahl der Parks oder zur Entfernung der Freiflächen zu den Wohnungen der Menschen (Richtwert: 400 m) konnten nicht identifiziert werden.

In Münster gibt es einen spezifischen Standard, der messbar ist: Die Stadt hat Vorrangflächen zur Freiraumsicherung festgesetzt. Eine Abstufung sieht vor, dass auf einigen Flächen „keine bauliche Entwicklung zugelassen werden soll“ und auf einigen Flächen sollen „stadtökologische und/oder grünstrukturelle Anforderungen Vorrang haben“ (Stadt Münster o.J. a). Das Konzept zur Grünordnung sieht neben der Sicherung „des zusammenhängenden Systems der städtischen Grünzüge und Grünringe“ vor, Grünflächen zu vernetzen und qualitativ hochwertig auszugestalten (BBSR 2017, S. 28). Ein neuer Typ des stadtbezogenen Erholungsraums, die Landschaftsparks, sei in allen Fällen „so günstig, dass eine gute Erreichbarkeit und wohnungsnaher Versorgung der Bevölkerung gegeben ist“ (Stadt Münster o.J. a). Eine detaillierte Aufschlüsselung, die messbare/nachvollziehbare Zielwerte (o. Ä.) enthält, gibt es zwar nicht, jedoch erklärt die Stadt im ersten Teil des in Entwicklung befindlichen integrierten Flächenkonzepts (2023b, S. 8), den „6-Minuten-Freiraum“ zum Planungsziel. Angaben zur Anzahl der Freiflächen pro Bevölkerungseinheit oder zur Nettozunahme der Anzahl der Parks konnten nicht identifiziert werden.

Die Anzahl der Maßnahmen ist in Bochum erheblich geringer als in Köln und Münster, jedoch gibt es auch hier zwei spezifische Standards ohne und einen mit messbarem Ziel. Alle Projekte befinden sich in Umsetzung. Die Stadt plant in jedem Bezirk einen Pocket Park. Die Parks sollen wahlweise als „nachbarschaftliche Orte der Naturerfahrung, der Begegnung und des Austauschs“ dienen (Stadt Bochum o.J. c). Die Bochum Strategie (2020, S. 26) sieht vor, „Räume für Spiel, Bewegung und Aufenthalt“ aufzuwerten. „Die Stadt Bochum verfügt über eine überdurchschnittliche Anzahl an Spielplätzen, deren Zustand jedoch in vielerlei Hinsicht Nachholbedarfe aufweisen“ (Stadt Bochum 2020, S. 26). Zudem sollen die Parks und Freiräume aufgewertet werden, da auch hier eine Vielzahl in einem „nicht immer gute[n] Zustand“ sind (ebd., S. 25). Auch in Bochum konnten keine Angaben zur Anzahl der Freiflächen pro Bevölkerungseinheit, zur Nettozunahme der Anzahl der Parks oder zur Entfernung der Freiflächen zu den Wohnungen der Menschen (Richtwert: 400 m) identifiziert werden.

Hinsichtlich der weiteren Freiräume, bei denen andere Flächennutzungen wie Verkehr dominieren, zeigt sich ein gemischtes Bild. Die Konnektivität von Straßen findet in den Stadtentwicklungspolitiken keine Berücksichtigung. Angaben zu Kreuzungen pro km² oder Konnektivitätszielen für die Größe von Straßenblöcken oder des Wegenetzes konnten nicht identifiziert werden (Hintergründe siehe Cerin et al. 2022, S. e895). Hinsichtlich der Anforderungen an die Fußgängerinfrastruktur (bzw. die „Walkability“) waren die Stadtentwicklungspolitiken in allen untersuchten Städten gering. Die Stadt Bochum hat ein Gehwegprogramm aufgesetzt, um die vorhandenen Gehwege instand zu setzen. Der Fokus liegt auf sicherheitsrelevanten Beeinträchtigungen (u. a. lockere Gehwegplatten) (Stadt Bochum 2022a, S. 41). Die Stadt Köln strebt an, Fußgängerinfrastruktur zu stärken und die Situation ganzheitlich zu betrachten (Stadt Köln 2020a, S. 108; Stadt Köln 2023a). In Münster sind keine substanziellen Politiken erkennbar, jedoch werden z. B. die Lichtsignalanlagen seit 2009 kontinuierlich an die Bedürfnisse von Fußgängern angepasst und zudem mit Sensorik ausgestattet und im Block geschaltet, um Wartezeiten zu reduzieren (Stadt Münster o.J. b, S. 21; Stadt Münster o.J. c).

Die Maßnahmen im Bereich der Radverkehrsförderung sind deutlich umfassender. Bochum hat zahlreiche Standards und Ziele. Diese reichen von der Schaffung neuer Radwege, dem Ausbau der Achsen zwischen den Zentren und der Innenstadt, der Sicherung von Knotenpunkten bis hin zur Bereitstellung von Abstellanlagen und Serviceangeboten (u. a. Stadt Bochum 2018b, S. 129; Stadt Bochum 2023a, S. 129). Köln hat zwei spezifisch messbare Ziele ausgegeben: Zum einen will die Stadt die Zahl der Abstellanlagen erhöhen und zum anderen möchte sie das Kölner Leihradsystem erweitern (Stadt Köln 2018a, S. 26f.). Des Weiteren zielt Köln darauf ab, stadtweit und speziell in Quartiere und Erholungsgebiete das Radverkehrsnetz sowie die Rheinquerungsmöglichkeiten und Radschnellwege auszubauen (Stadt Köln 2014, S. 25; Stadt Köln 2020a, S. 108; Stadt Köln 2022d).

Münster formuliert mehrfach das Ziel, Lücken im Radverkehrsnetz zu schließen und Fahrradstraßen auszubauen. Die Stadt Münster thematisiert in diesem Zusammenhang (mehrfach), dass „die Fahrrad-Abstellthematik [zwingend] zu berücksichtigen“ ist (Stadt Münster 2016, S. 11). Münster strebt spezifisch messbar den Ausbau der Abstellanlagen an. Dafür hat die Stadt ein „3.000-Fahrradstellplätze-Programm“ aufgesetzt, das den Ausbau von jährlich 1.500 Anlehnbügel ermöglichen soll. Das Besondere: „Die Anlehnbügel werden vornehmlich auf Flächen errichtet, die aktuell von Kraftfahrzeugen in Anspruch genommen werden“ und Standortvorschläge der Münsteranerinnen und Münsteraner sollen aufgegriffen werden (Stadt Münster o.J. d). Zudem will Münster „13 durchgängige, sichere und störungsarme [...] Velorouten zwischen der Promenade und den Hauptorten der Umlandgemeinden sowie weitere Routen zur Anbindung der Außenstadtteile und als wichtige Zubringer-, Tangential- und Bypassverbindungen“ ausbauen (Stadt Münster 2016, S. 9). Hervorzuheben ist, dass im Münsterland ein regionaler Zusammenschluss gelungen ist: Die Kommunen wollen gemeinsam Vorrangrouten für das Fahrradfahren entwickeln und als Referenzregion für Nordrhein-Westfalen fungieren (Region Münsterland 2021, S. 7).

Die Ziele für den Anteil von Fußgängern und Radfahrenden sind in allen drei Kommunen messbar, unterscheiden sich aber erheblich. Bochum gab 2016 an, dass bis zum Jahr 2030 22 % des Modal Splits auf den Fußverkehr und 25 % auf den Fahrradverkehr verlagert werden sollen (Stadt Bochum 2016, S. 14). Das Leitbild Mobilität sieht bis 2030 – im

Konjunktiv formuliert – 60 % Verkehrsanteil beim Umweltverbund, sodass eine „Verlagerung von 15 % zum Umweltverbund bis 2030“ erreicht würde (Stadt Bochum 2019, S. 3). 2023 vermerkte die Stadt Bochum, dass das Leitbild Mobilität vorsehe, „den Modal Split bis [...] 2030 um 10-15 % hin zum Umweltverbund zu verschieben. Damit soll sein Anteil 55-60 % betragen“ (Stadt Bochum 2023b, S. 6). Ebenfalls 2023 wurde im Radverkehrskonzept ein „realitätsnaher Ansatz“ gewählt und die Zielmarke für den Radverkehrsanteil 2030 auf 15 % reduziert (Stadt Bochum 2023a, S. 13). Der Kölner Modal Split soll im Jahr 2025 zu 67 % vom Umweltverbund abgedeckt werden. Fahrrad, zu Fuß gehen und ÖPNV werden nicht aufgeschlüsselt (Stadt Köln 2014, S. 11). Dem Münsteraner Masterplan-Klimaschutz 2050 zufolge soll der Umweltverbund im Modal Split bis 2050 auf 80 % gesteigert werden (2019: 70 %) (Stadt Münster 2018a, S. 50; Stadt Münster 2022b, S. 46).

In Münster entsteht derzeit in einem aufwendigen Verfahren der Masterplan Mobilität Münster 2035+; Köln erarbeitet einen Sustainable Urban Mobility Plan (SUMP). Konkrete Ziele waren zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch nicht verfügbar und konnten daher nicht miteinbezogen werden.

4.1.7. Dichte

Dieser Indikator untersucht, inwiefern die Städte Anforderungen an die Wohndichte, Höhengvorgaben für Gebäude und städtische Wachstumsgrenzen oder Höchstwerte für die Bebauung von Freiflächen haben.

Bochum bleibt auf diesem Feld der Stadtentwicklung unspezifisch und überwiegend unverbindlich: Die Kommune hebt die Bedeutung der Leitlinie „Innen- vor Außenentwicklung“ hervor und möchte sich dadurch nachhaltig entwickeln und die Auslastung bestehender Infrastruktur erhöhen (Stadt Bochum 2018a, S. 62). Im Rahmen der Fortschreibung des Handlungskonzepts Wohnen soll der Fokus „auf den Möglichkeiten für eine verstärkte Bestands- und Quartiersentwicklung liegen“ (Stadt Bochum 2023c, S. 2). Dies umfasst eine quantitative Geodaten-Analyse und schließt die Reaktivierung von Leerständen und u. a. die Aufstockung von Bestandsgebäuden mit ein (ebd., S. 2). Die Bochumer Gestaltungsgrundsätze enthalten zwar die Aussage, bei der Gestaltung von Stadträumen die

Dreidimensionalität (Höhe, Breite und weitere Ausbauelemente) zu berücksichtigen (Stadt Bochum 2022b, S. 9), jedoch wird dies im Rahmen dieser Arbeit nicht als Stadtentwicklungspolitik, sondern als Planungsgrundsätze verstanden. Insofern konnten für die Unterkategorie Höhenvorgaben (20) keine relevanten Politiken identifiziert werden. Eine Traufhöhe über 22 m wird in Deutschland generell selten angestrebt, da ab dieser Höhe die Muster-Hochhaus-Richtlinie (MHHR) greift. „Diese enthält besondere Anforderungen und Lösungen für den baulichen und betrieblichen, besonders aber für den anlagentechnischen Brandschutz“ (Baunetz_Wissen_ o.J.).

Auch in Köln gilt für die Wohnungspolitik: Innenentwicklung vor Außenentwicklung (Stadt Köln 2015a, S. 18f.). „Als Basis einer flächenschonenden und sozialverträglichen Stadtentwicklung erhöht Köln die bauliche Dichte seiner bestehenden Siedlungsstruktur“ (Stadt Köln 2022e, S. 124). Diese Vorgehensweise schont nicht nur die Flächen, sondern trägt auch dazu bei, „dass sich soziale und kulturelle Angebote tragen (insbesondere in der äußeren Stadt)“ (ebd., S. 85). Im Köln-Katalog hat die Stadt Köln Zieldichten für Gebietskategorien in einer Übersichtskarte festgesetzt: „Äußere Stadt: Quartiersdichte höher als 0,8; Innere Stadt und ausgewählte Versorgungszentren der Äußeren Stadt: Quartiersdichte höher als 1,2; Innenstadt und ausgewählte Versorgungszentren der Inneren Stadt: Quartiersdichte höher als 1,5“ (ebd., S. 69). Die Aussagen zur Bebauung der grünen Wiese bleiben unspezifisch. Köln strebt an, ein Flächenmanagement aufzubauen und die Steuerung der Liegenschafts- und Bodenpolitik auszubauen (Stadt Köln 2020a, S. 84). Trotz der Handlungsmaxime Innen- vor Außenentwicklung konstatiert die Verwaltung von Köln: „Das Wachstumsziel [kann] nur erreicht werden, wenn neue Flächen im Außenbereich im Wege der klassischen Stadterweiterung erschlossen werden“ (Stadt Köln 2015a, S. 38). Auch in Köln konnten für die Unterkategorie Höhenvorgaben (20) keine relevanten Politiken identifiziert werden.

Für den Bereich Dichte finden sich im Handlungskonzept Wohnen, das 2014 verfasst wurde, (messbare) Ziele für die Stadt Münster. In NRW ist die Stadt für ihr strategisches Flächenmanagementsystem, das seit den 1980er-Jahren schrittweise aufgebaut wurde, bekannt (LAG 21 NRW 2014). 2023 ist das Dokument Leitfaden Klimagerechte

Bauleitplanung hinzugekommen. Dort heißt es, dass „anspruchsvolle Dichteziele für einen sparsamen Umgang mit der Ressource Fläche und die planerisch verträgliche Realisierung möglichst vieler bedarfsorientierter Wohneinheiten zu formulieren [sind] (der Bericht zur Planungswerkstatt 2030 leitete hier auf der Grundlage von Ratsbeschlüssen einen Durchschnittswert von 55 WE/ha ab)“ (Stadt Münster 2023a, S. 14). Pro Quadratkilometer bedeutet dies 5500 WE, sodass die Bevölkerungsdichte von mehr als 5700 Einwohnern pro km², die mit der Erreichung von hohen Aktivitätsquoten in Verbindung gebracht wird, in Münster bei Neubauvorhaben erreicht werden dürfte (Cerin et al. 2022, S. e885). Die Politiken in Münster sind jedoch nicht konsistent: Das Handlungskonzept Wohnen sieht vor, dass „ein Drittel aller Neubauwohnungen in Ein- und Zweifamilienhäusern entstehen [soll]“ (Stadt Münster 2014, S. 20). Zudem will die Stadt dem Trend zum Ein-Personen-Haushalt und dem steigenden Flächenwunsch pro Person folgen und sieht es als notwendige Gegebenheit an, mehr Wohnungen nach diesen Bedürfnissen errichten zu müssen (ebd., S. 7).

Auch Münster verfolgt die Maxime Innen- vor Außenentwicklung (Stadt Münster 2019b, S. 2). Jedoch können die Wohnungsneubauziele auch hier nur erreicht werden, wenn im Außenbereich Neubaugebiete bzw. „großflächige Stadtteilerweiterungen“ entwickelt werden (Stadt Münster 2014, S. 18; Stadt Münster 2019b, S. 19). Im Leitfaden für Klimagerechte Bauleitplanung weist die Stadt deutlich darauf hin, jährliche Zielwerte für den Zuwachs von Siedlungs- und Verkehrsfläche nicht überschreiten zu wollen (Stadt Münster 2023a, S. 14). Gegenwärtig entsteht das Integrierte Flächenkonzept Münster. Die Handlungsfelder Siedlung, Freiraum und Energie sollen ins Gleichgewicht gebracht werden. Ein Hintergrund ist, dass die Potenziale im Innenbereich tendenziell zurückgehen, sodass eine „Debatte zur Steuerung der weiteren räumlichen Entwicklung“ notwendig wird (Stadt Münster 2023b, S. 2). Neue Siedlungsgebiete sollen durch verschiedene Maßnahmen und eine „örtlich spezifisch[e] Qualifizierungsstrategie von negativen Wirkungen auf Umwelt, Klima und Grünordnung entkoppelt“ werden; an den Außenrändern der Siedlungsräume sollen benachbarte Landschaftsräume aufgewertet werden (ebd., S. 8). Detaillierte Aussagen waren zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch nicht verfügbar. In Bezug auf

die Höhe von Wohngebäuden hat die Stadt Münster in Anfängen Pilotprojekte umgesetzt (Stadt Münster 2015, S. 148). Darüber hinaus konnten für die Unterkategorie Höhenvorgaben (20) keine relevanten stadtweiten Politiken identifiziert werden.

4.1.8. Zugang und Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln

In Köln und Münster gibt es messbare Ziele für den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln (22), die sich unterscheiden. Alle Städte müssen, dem Personenbeförderungsgesetz (PBefG) folgend, vollständige Barrierefreiheit herstellen und Maßnahmen in einem Nahverkehrsplan definieren (Stadt Bochum 2021a, S.48). Ziele für die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel (23) sind in den Städten im Rahmen des angestrebten Modal Splits angegeben.

Um den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln zu erleichtern, strebt Bochum die gezielte Verknüpfung von Radwegen und ÖPNV an, sodass Radwege als Zubringer zu ÖV-Halteinrichtungen fungieren können (Stadt Bochum 2013, S. 76). Abseits dessen konnten jedoch keine weiteren Ziele identifiziert werden. Köln wiederum ist sehr konkret und gibt folgende Zielwerte zur Erschließung von Wohngebieten an: In der Kernstadt soll der Haltestellenradius zur S-Bahn/zum Regionalverkehr 800 m, zur Stadtbahn 400 m und zum Bus 300 m betragen. Für den Außenbereich gelten 800 m zur S-Bahn/zum Regionalverkehr, 600 m zur Stadtbahn und 400 m zum Bus (Stadt Köln 2018b, S. 138). Weitere Maßnahmen, um den Zugang zum ÖPNV zu verbessern, wie die Erweiterung des Busnetzes, der Ausbau der Mobilitätsstationen oder die Fortentwicklung überregionaler ÖPNV-Angebote, bleiben unspezifisch (Stadt Köln 2018a, S. 25f.; Stadt Köln 2020a, S. 107).

Münster gibt an, alle Siedlungsflächen im 300-m-Radius von ÖPNV-Angeboten entwickeln zu wollen (Stadt Münster 2019a, S. 50). 2023 konkretisiert die Stadt diese Angaben im Leitfaden Klimagerechte Bauleitplanung: Die Fahrrad-Kurzstrecken-Distanz (i. d. R. < 2.000 m) zu einem Schienenhaltepunkt bzw. einer bestehenden ÖPNV-Linie in der Nähe wird als „günstig“ eingestuft, nicht vorhandene ÖPNV-/SPNV-Anbindung wird als „erheblich erschwerend“ eingestuft (Stadt Münster 2023a, S. 11). Darüber hinaus gibt es unspezifische Vorschläge und Aufgabenformulierungen wie die Ausweitung einer Quartiers-Rikscha, den

Ausbau des On-Demand-Verkehrs „LOOP“ und das Herstellen der Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr (Stadt Münster o.J. b, S. 19f.; Stadt Münster 2020a, S. 39).

4.1.9. Ausgaben nach Infrastrukturart

Die Verkehrsausgaben werden in keiner Kommune transparent nach Infrastrukturart aufgeschlüsselt (24). Alle untersuchten Städte sind Mitglied der Arbeitsgemeinschaft fußgänger- und fahrradfreundlicher Städte, Gemeinden und Kreise NRW und müssen in ihren Verlängerungsanträgen alle sieben Jahre die Haushaltsaufwendungen für den Rad- und Fußverkehr darlegen. Die absoluten angegebenen Zahlen für Bochum sind jedoch nicht detailliert und nachvollziehbar und auch nicht im Verhältnis zur Einwohnerzahl oder zu anderen Verkehrsträgern ausgewiesen (Stadt Bochum 2023b, S. 3). Für Köln und Münster liegen online lediglich veraltete Verlängerungsanträge vor. Es gibt zwar darüber hinaus jeweils einen öffentlich einsehbaren Haushaltsplan, jedoch ist es ein umfangreiches Unterfangen, die Ausgaben aufzuschlüsseln und zuzuweisen.

4.1.10. Biodiversität

Alle untersuchten Städte haben messbare Zielerfordernungen an Baumkronen und Stadtbegrünung (26). Die Wälder von Münster und Köln sind mit dem FSC-Zertifikat ausgestattet, der Stadtforst von Bochum mit dem PEFC-Zertifikat. Münster verfügt über Stadtentwicklungspolitiken, die messbare Ziele zum Schutz und zur Förderung der urbanen Biodiversität (27) ausgeben. Für Bochum und Köln konnten spezifische Standards/Ziele ohne messbare Zielvorgaben identifiziert werden.

Die Anzahl der Politiken ist in Bochum wesentlich geringer als in Köln und Münster. Bochum will laut StadtBaumKonzept „jedes Jahr mindestens genauso viele Bäume neu [pflanzen] wie gefällt werden“ (Stadt Bochum 2020, S. 25). Dass die Stadt Bochum so viele Bäume pflanzen will wie gefällt werden, bedeutet im Umkehrschluss, dass die Stadt nicht grüner wird, sondern der Status quo lediglich erhalten wird. Daher entspricht die Stadt Bochum – entgegen der eigenen Aussage – mit dieser Aktivität nicht „dem Wunsch der Bürgerinnen und Bürger nach mehr Grün in ihrer Stadt“ (Stadt Bochum o.J. d). Das

Blühstreifenprogramm der Stadt wiederum fördert die Biodiversität in der Stadt: In Park- und Grünanlagen werden (großflächige) Blühwiesen angelegt. Damit eine möglichst wirtschaftliche Pflege mit Balkenmähern darstellbar ist, haben die Flächen eine Mindestgröße (Stadt Bochum o.J. e).

Die Stadt Köln hat im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens ein Gesamtkonzept für eine naturnahe Grünpflege erarbeitet und wurde mit dem Label „StadtGrün naturnah“ ausgezeichnet. „Wesentlicher Bestandteil ist die Anlage und das Monitoring von artenreichen Wiesen in öffentlichen Grünflächen“ (Stadt Köln 2022c, S. 61). Darüber hinaus sieht der Masterplan der Stadt Köln (2023, S. 41) vor, „Stadtgrün sozialverträglich und gesundheitsfördernd [zu] entwickeln“. Spezifische Standards, die festgehalten werden, sind unter anderem die barrierefreie Umgestaltung oder die Sicherung ruhiger und lärmärmer Orte (ebd.). Drei Ziele/spezifische Standards zum Schutz und zur Förderung der Biodiversität konnten für Köln identifiziert werden: Zwischen 2019 und 2021 fand eine Bestandserfassung der Insektenvielfalt statt (Stadt Köln 2020a, S. 61). Zudem soll die Artenvielfalt durch Maßnahmen wie die naturnahe Aufwertung von Friedhöfen, das Anlegen von Obstwiesen oder die Ausweisung von neuen Naturschutzflächen erhöht werden (Stadt Köln 2023b, S. 38). Die letztgenannten Maßnahmen sind zwar spezifisch ausformuliert, jedoch sehr unverbindlich, da es Handlungsempfehlungen sind.

In Münster gibt es eine große Fülle an Stadtentwicklungspolitiken, die die Stadtbegrünung und den Schutz und die Förderung der Biodiversität betreffen. Neben der bereits genannten FSC-Zertifizierung der stadt eigenen Wälder wurden für die Planung von Baumpflanzungen in Münster Standards festgelegt. Es gibt Planungsgrundsätze wie Mindestgrößen der Pflanzflächen und Durchführungsgrundsätze für die Herstellung der Pflanzflächen (Stadt Münster o.J. e). Darüber hinaus legt die Stadt fest, dass – bei Neuerrichtung – ein Baum je sechs Stellplätze zu pflanzen ist (Stadt Münster 2015, S. 141). Es gibt Maßgaben zur Prüfung der Hitzeverträglichkeit bei Baumpflanzungen und zur Gestaltung der Baumrigolen (ebd., S. 118; Stadt Münster 2011, S. 27). Generell strebt die Stadt an, Freiräume nicht als „Rest“ zu betrachten, sondern „vom Freiraum her zu denken“ (Stadt Münster 2020a, S. 46). Konkret breitet die Stadt Wildblumen im Stadtgebiet als „Trittsteine“ aus,

die Rückzugsräume für Tier- und Pflanzenarten sind und das Bewusstsein für Tiere und Pflanzen steigern sollen (Stadt Münster 2019a, S. 37).

4.1.11. Lärmbelastung

Um die Lärmbelastung zu reduzieren, gibt es zahlreiche Möglichkeiten, die sich in der Regel in die Kategorien Vermeidung, Reduzierung und Verlagerung untergliedern lassen (28). Für alle Städte gibt es Lärmaktionspläne und andere Politiken, die Maßnahmen beschreiben. Dem Lärmaktionsplan liegt eine analysierte Lärmkartierung zugrunde (Stadt Bochum 2015a, S. 13). Bochum formuliert Ziele ohne messbare Vorgaben; Köln und Münster verfügen über messbare Zielvorgaben. Sogenannte Ruhige Gebiete sind ein probates Mittel der Kommunen, um Lärmbelastungen zu reduzieren: Das Ziel ist es, diese Gebiete vor Lärmbelastungen zu schützen (Vorsorgegedanke). Ruhige Gebiete können in unbebauten, bebauten oder auch zur Bebauung vorgesehenen Gebieten ausgewiesen werden (Stadt Bochum 2022a, S. 70; Stadt Köln 2019b, S. 30). Die Stadt Bochum hat 80 Gebiete identifiziert, die für die Ausweisung als ruhiges Gebiet in Frage kommen und analysiert diese. Im Anschluss an die Analyse und fachübergreifende Beratung „erfolgt die Festsetzung durch den Rat der Stadt Bochum in Form einer Teilfortschreibung zum Lärmaktionsplan“ (Stadt Bochum 2022a, S. 83). Die Stadt Köln hat bereits 15 ruhige Gebiete festgesetzt (Stadt Köln 2019, S. 30). Auch die Stadt Münster hat ruhige Gebiete ausgewiesen. Die bereits 2017 im Lärmaktionsplan definierten Gebiete wurden 2020 unverändert übernommen (Stadt Münster 2020b, S. 21). Münster verfügt darüber hinaus über das operative Ziel, dass „ab 2030 niemand durch Lärm gesundheitlich gefährdet [wird] (nachts weniger als 55 dB(A))“ (Stadt Münster 2018a, S. 50).

4.1.12. Hitze- und UV-Belastung

Bochum strebt an, im Jahr 2040 Hitzeinseln reduziert zu haben (Stadt Bochum 2021a, S. 3). Besonders hervorzuheben ist, dass Bochum schon heute ein Hitze-konzept, das spezielle Maßnahmen für Obdach- und Wohnungslose enthält, erarbeitet hat. Die Maßnahmen reichen von Notschlafstellen über die Schaffung von Schattenräumen bis hin zur Versorgung

mit Wasser, Hygiene-Angeboten oder Angeboten von Streetworkern (u. a. Hutausgabe, Sonnencremeausgabe) (Stadt Bochum 2022c, S. 4-7). Köln hat 2022 einen Hitzeaktionsplan für Menschen im Alter erarbeitet. Darin wird festgehalten, dass eine Freiraumsatzung im Sinne einer nachhaltigen Innenentwicklung – sprich die Reduzierung der Versiegelung und Verschotterung von Flächen – entwickelt werden soll, dass aber noch keine konkreten Planungen bestehen. Des Weiteren werden verbindliche und praktikable Vorgaben in der Bauleitplanung nach § 9 BauGB angestrebt, die den Hitzeschutz berücksichtigen (Stadt Köln 2022f, S. 214, 210). Im Rahmen eines vom Bund geförderten Projekts hat die Stadt die Hitzebetroffenheit von einzelnen Bevölkerungsgruppen ermittelt (Stadt Köln 2022c, S. 66). Außerdem strebt Köln an, Flächen zu entsiegeln und sich konsequent an den Klimawandel anzupassen (Stadt Köln 2020a, S. 117). Auch Münster hat zum Ziel, dass an extrem heißen Tagen annehmbare bioklimatische Bedingungen gegeben sind (Stadt Münster 2015, S. 118). Derzeit erstellt Münster einen Hitzeaktionsplan (Antenne Münster 2023). Tiere, Pflanzen und Obdach- und Wohnungslose kommen in Köln und in Münster in den Stadtentwicklungspolitiken nicht vor; Bochum lässt Tiere und Pflanzen ebenfalls außer Acht. Das Thema UV-Belastung findet in keiner der Städte gesondert Beachtung.

4.1.13. Bodenschutz-, -erhalt und -fruchtbarkeit

In allen Städten gibt es spezifische Standards zum Schutz des Bodens (30). Es gibt jeweils eine Bodenfunktions- bzw. Bodenbelastungskarte, die die Qualität der Böden im Stadtgebiet und bodenkundliche Kennwerte abbildet. (Stadt Bochum o.J. f, S. 3; Stadt Köln 2022c, S. 63; Stadt Münster o.J. f). Planungen sollen mit Hilfe dieser Datengrundlage auf weniger schutzwürdige Böden gelenkt werden. In Köln wurde bereits 1986 ein erstes Konzept zum Schutz des Bodens beschlossen. Die Ziele waren umfangreich und sind nach wie vor aktuell: Landschaft sollte nur mit Ausgleichsmaßnahmen verbraucht werden, Flächen renaturiert, entsiegelt und aufgelockert werden, die Versickerungsfähigkeit der Böden verbessert und seine natürlichen Deckschichten erhalten bleiben. Derzeit erfolgt eine Fortschreibung (Stadt Köln o.J. d).

4.1.14. Wasser

Alle Städte haben Stadtentwicklungspolitiken, die den Schutz des Wassers und Anforderungen an Maßnahmen zum Leben mit Wasser thematisieren. Bochum verpflichtet sich, „wassersensib[le] Stadtentwicklung im Sinne einer Schwammstadt“ umzusetzen (Stadt Bochum 2021a, S. 3). Spezifisch messbar gibt die Stadt an, im Rahmen der Umsetzung des Klimaplanes Bochum 2035 erreichen zu wollen, dass eine „Reduzierung des Abflusses von Regenwasser in Mischsystemen um 25 %“ gelingt (ebd., S. 3). Köln hat 2010 einen spezifischen Standard – ein städtisches Grundwassermonitoring – etabliert. Zudem gibt es einen Leitfaden zur wassersensiblen Stadt- und Freiraumgestaltung von 2022. Dieser Leitfaden soll für die Berücksichtigung von Starkregenereignissen und Überflutungen in Planungen sensibilisieren (Stadt Köln 2022g). Die Stadtstrategie enthält Angaben dazu, dass Köln Retentionsflächen an Gewässern ausbauen und Wasserversickerungs- und Auffangmöglichkeiten verbessern möchte (Stadt Köln 2020a, S. 117). Die Stadt Münster verfügt über ein detailliertes Politikenset, das spezifisch messbare Zielvorgaben enthält. In Münster gibt es ebenfalls ein städtisches Grundwassermonitoring (Stadt Münster 2019a, S. 36). Darüber hinaus gibt die Stadt messbare Ziele für das Grundwasser an: „Mengenmäßig wird nicht mehr Grundwasser entnommen als sich neu bildet“ (ebd., S. 33). Fließgewässer sollen sich bis 2027 in einem „guten ökologischen und chemischen Zustand“ befinden und in ihren Funktionen gestärkt werden (ebd.). Eine wassersensible Stadtentwicklung wird in Münster als „unabdingbar“ eingestuft und seit einigen Jahren das Schwammstadt-Prinzip in der Planung angewendet (Stadt Münster o.J. g).

4.1.15. Wohnen

Bochum und Köln geben spezifische Standards für einen energieeffizienten Gebäudebestand und hygienische/gesunde Wohnverhältnisse (32) an; Münster verfügt über messbare Zielvorgaben. Dies liegt darin begründet, dass Münster angibt, das Instrument KfW 432 „Energetische Quartierskonzepte“ systematisch auf ein bis zwei Quartiersprojekte pro Jahr anwenden zu wollen. Die anderen Städte wollen das Instrument ebenfalls nutzen, geben jedoch keine messbaren Ziele an. Die Städte forcieren alle die energetische Sanierung. Die

Themen Modernisierung, gesundes sowie barrierefreies Wohnen werden mit der energetischen Sanierung verknüpft (Stadt Bochum 2018a, S. 60; Stadt Köln 2015a, S. 19; Stadt Münster 2019a, S. 1; Stadt Münster 2019b, S. 19). Das kommunale Modernisierungsprogramm der Stadt Bochum ist auf einige Stadtteile beschränkt, in Köln und Münster gibt es gesamtstädtische Förderprogramme zur Sanierung (Bochum o.J. g; Stadt Köln 2022, S. 54; Stadt Münster 2017, S. 44). Ein Wärmekataster oder eine kommunale Wärmeplanung gibt es in keiner der Städte. In Münster soll ein seit 2000 bestehendes Kataster zur Erstellung eines Energienutzungsplans aufgegriffen werden (Stadt Münster 2017, S. 155). Bochum und Köln sind Mitglieder im NRW-weiten Netzwerk „AltBauNeu“, das von der NRW-Energieagentur unterstützt wird und Eigentümer zur energetischen Sanierung berät (Stadt Bochum 2015b, S. 59; AltBauNeu 2017).

Die Politiken zur Mischung von Wohnungstypen und -größen (33) ähneln sich in Bochum, Köln und Münster. Bochum hat das Ziel, gemischte Quartiere zu schaffen. Insofern sollen unterschiedliche Wohnformen kreiert und verschiedene Haushaltstypen errichtet werden (Stadt Bochum 2021b, S. 9). Auch die Stadt Köln strebt Vielfalt und eine kleinteilige Mischung in den Stadtteilen an. Wohnangebote für unterschiedliche Milieus (u. a. Studierende, ältere Menschen etc.) und neue Wohnformen sollen gefördert werden (Stadt Köln 2020a, S. 98f.). Die Stadt Köln setzt es sich zum Ziel, den Wohnungsbestand aufgrund des demographischen Wandels barrierefrei, mindestens barrierearm umzubauen (Stadt Köln 2015, S. 18). Auch Münster will „barrierefreies Wohnen konsequent ausbauen“ (Stadt Münster o.J., S. 7) und Angebote für Studierende, Familien, Alleinerziehende, ältere Menschen und Menschen mit Behinderung fördern sowie neue Wohnformen unterstützen (Stadt Münster 2018a, S. 42; Stadt Münster o.J. b). Jedoch gibt es an dieser Stelle in den Politiken von Münster eine Inkonsistenz, da das Handlungskonzept Wohnen vorsieht, dass „ein Drittel aller Neubauwohnungen in Ein- und Zweifamilienhäusern“ entstehen soll (Stadt Münster 2014, S. 20).

4.2 Interviewanalyse

Die Interviews beziehen sich nicht unmittelbar auf die gesundheitsbezogenen politischen Indikatoren, die in der Dokumentenanalyse untersucht und bewertet wurden. Die Interviewanalyse ergänzt die Dokumentenanalyse, indem sie vertiefte Einblicke gewährt.

4.2.1. Gesundheitsverständnis und Verwaltungsaufbau

Das Ziel und die Aufgabe der Interviewpartner ist es, Wege zur Schaffung gesunder Städte zu suchen. Die Basis ist ihr geteiltes Gesundheitsverständnis: Demnach ist Gesundheit ein Querschnittsthema und Gesundheit entsteht nicht nur im Gesundheitswesen, sondern ist „mittendrin“ und „überall [...] mit drin“ (Heitkötter 2023, Z. 22f., 85f.; Nießen 2023, Z. 104-109; Sprünken 2023, Z. 96-98). Gesunde Lebenswelten können demzufolge durch bauliche Tätigkeiten, Versorgungsangebote, Präventionsmaßnahmen sowie Kontroll- und Schutzmaßnahmen geschaffen werden (Heitkötter 2023, Z. 101-111; Nießen 2023, Z. 485-490; Sprünken 2023, ebd.). Übereinstimmend geben die Interviewpartner an, dass die Wahrnehmung von Gesundheit und den dazugehörigen Institutionen sich durch die Corona-Pandemie deutlich erhöht hat. Insbesondere die Bedeutung von gesunden Lebenswelten und die Themen Gesundheitsprävention und -förderung sind aus dem Schatten getreten. Während die Gesundheit zur Zeit der Corona-Pandemie Thema Nummer eins war, ist sie mittlerweile „mittendrin“ im Verwaltungshandeln (Nießen 2023, Z. 40f.). Die Führungskräfte in Bochum und Münster nehmen das Thema deutlicher wahr (Sprünken 2023, Z. 55-58). Der Oberbürgermeister und Dezernenten in Münster engagieren sich für gesundheitsfördernde Maßnahmen (Schmidt 2023, Z. 91-95, 348-351).

4.2.2. Die interne Zusammenarbeit und Implementierungshürden

Im Gesamthandeln sind die Themen Prävention und Förderung von Gesundheit jedoch noch nicht angekommen: „Es ist relativ konstant, dass Gesundheit erst dann thematisiert wird, wenn [...] Krankheit auftaucht“ (Nießen 2023, Z. 484f.). Viele Aufgaben, die der ÖGD hat, bedienen ein klassische Gesundheitsverständnis, das davon ausgeht, dass Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit ist, dass die Bevölkerung vor Gefahren zu schützen ist und

dass Hygienestandards gewährleistet werden müssen (siehe Aufbau der Gesundheitsämter). Demzufolge sind gesundheitsförderliche Aufgaben „die Kür“ (Nießen 2023, 58-61). Dass kein Standard erfüllt werden muss, führt daher einerseits zu einem Kampf um Personal- und Geldressourcen und sorgte bis zuletzt (in Münster) auch dafür, dass ein Mitwirken aufgrund von Kapazitätsengpässen im Bereich der Planung fast nicht möglich war (Heitkötter 2023, Z. 164-169). Andererseits ermöglicht dieser Umstand den handelnden Personen in der Gesundheitsplanung/in den Gesundheitsämtern sehr viel Handlungsfreiheit. Ein gesetzliches Korsett, das den Handlungsspielraum beschneidet, ist nicht gegeben (Sprünken 2023, Z. 73-84).

In der internen Zusammenarbeit gibt es jenseits dessen Implementierungshürden für gesundheitsförderliche Maßnahmen und das HiAP-Konzept Health. In Münster wird die Abteilung für Gesundheitsplanung bei der Teilnahme an Planungstreffen z. B. gefragt, warum sie anwesend sei. „Es ist leider noch keine wirkliche Selbstverständlichkeit, aber unser Ziel und wir arbeiten dran“ (Heitkötter 2023, Z. 60f.). Zusätzlich zu dem Umstand, dass die Beteiligung keine Selbstverständlichkeit ist, spricht Heitkötter von Machtgerangel. Die anderen Planenden sagen, „wir machen das doch sowieso schon“ und „was wollt ihr denn jetzt noch?“ (Heitkötter 2023, Z. 334-337). Auch Sprünken berichtet davon, dass es Bereiche gibt, wo noch Lösungen gefunden werden müssen, dass die Gesundheitsplanung informiert und einbezogen wird (Sprünken 2023, Z. 330-335). Das Gesundheitsamt in Köln wird in der Regel erst beim Auftreten von Problemen gezielt hinzugezogen (Nießen 2023, Z. 418-426). „[...] der Schritt am Anfang der Planung, Gesundheit mit einzubeziehen, das ist noch nicht in allen Köpfen so, wie es sein soll“ (Nießen 2023, Z. 204-206). Eine strategische Planung für gesundheitsförderliche Stadtentwicklung ist auch Sprünken zufolge nicht möglich, da die Beteiligung – wenn sie erfolgt – viel zu spät stattfindet.

Neben der generellen Beteiligung stellen Abläufe und Handlungslogiken eine Hürde dar. In Bochum hat der Aufbau verlässlicher Strukturen mit der Abteilung für Stadterneuerung ein Jahr gedauert, da jedes Amt seinen eigenen Arbeitsrhythmus und seine eigene „Sprache“ hat (Sprünken 2023, Z. 102-106). Zusätzlich stellt die Vielzahl der verschiedenen Planungs- und Steuerungsinstrumente die Mitarbeiter teilweise vor die Herausforderung, alle

zu berücksichtigen und alles übereinzukriegen (Heitkötter 2023, Z. 339-341). Es ist eine Herausforderung, sicherzustellen, dass die Verwaltung kohärent arbeitet (Sprünken 2023, Z. 274f.). In der verwaltungsinternen Arbeit hat sich zwar in den letzten 25 Jahren die Erkenntnis, dass man zusammenarbeiten muss, durchgesetzt – was dazu geführt hat, dass Kommunikation auch jenseits der typischen Dienstwege stattfindet und dass es vertrauensvolle ämter- und dezernatsübergreifende Arbeitsrunden gibt –, jedoch ist nach wie vor vielfach engagiertes Vernetzen und Netzwerken notwendig, um die verwaltungsinterne Zusammenarbeit zu ermöglichen und die Querschnittsaufgabe Gesundheit zu platzieren (Schmidt 2023, Z. 202-206; Sprünken 2023, Z. 225-231). Heitkötter beschreibt, dass ein Großteil ihrer Arbeit sich darum dreht, „Kontakte herzustellen und in [...] anderen Prozessen [...] mitzuwirken“ (Z. 218-220). Für jede operative Maßnahme müssen Koalitionäre gewonnen werden und es kann sein, dass Netzwerkarbeit bei personellen Wechseln „zerbröckelt“ (Sprünken 2023, Z. 100-103, 266-270).

Weitere bedeutsame Hürden sind Fachexpertise, Personal und Finanzmittel. Sprünken äußert offen, dass er „nicht immer der richtige Ansprechpartner [ist]. Da sind wir momentan auch noch nicht so richtig einhundertprozentig gut ausgestattet, da muss noch mehr ausgebildet und beschäftigt werden“ (Sprünken 2023, Z. 434-440). Er geht bei baulichen Projekten wie dem Innenstadtumbau davon aus, dass die planenden Kollegen Gesundheitsaspekte ohnehin berücksichtigen (ebd., Z. 394-401). Neben der fachlichen Expertise ist die Personalausstattung eine Herausforderung. Zwar ist der öffentliche Gesundheitsdienst durch die vier Milliarden Euro, die im Rahmen des Pakts für den ÖGD für 5000 Stellen und die Digitalisierung bereitgestellt werden, stabiler aufgestellt (Nießen 2023, Z. 15-17; Sprünken 2023, Z. 66f.), es bleibt aber dabei: „Wir müssen gucken, dass wir [die] Personalprobleme gelöst bekommen.“ (Nießen 2023, Z. 497-504). Diese Herausforderung beschreibt nicht nur Nießen, sondern auch Schmidt und Heitkötter sowie Sprünken äußern, dass die Personalkapazität ein Flaschenhals für viele Themen ist (Heitkötter 2023, Z. 164-169; Sprünken 2023, Z. 385-388). Hinzu kommt, dass bei jedem Projekt von Neuem geschaut werden muss, wie diese finanziert werden können (Sprünken 2023, Z. 244-247).

Beim „normal[en] Verwaltungshandeln in [der] strukturierten Verwaltung, [...] wo Gesundheit Querschnittsthema ist“, erfolgt eine (anlassbezogene) Beteiligung (Nießen 2023, Z. 41-45). In zahlreichen Themenfeldern gelingt auch darüber hinaus – ist sie erst einmal etabliert – die Zusammenarbeit oder entwickelt sich stetig im Sinne der Gesundheitsplanung fort. Nicht Konflikt und Konfrontation, sondern „Austausch und Abgucken und Lernen voneinander“ stehen in Münster auf der Tagesordnung (Schmidt 2023, Z. 395-398). Voraussetzung dafür ist, dass die Mitarbeiter in der Verwaltung für das Thema Gesundheit aufgeschlossen sind bzw. „diesen Gesundheitsgedanken weitertragen wollen und das auch als wichtiges Thema erachten“ (Heitkötter 2023, Z. 233-226). In Bochum besteht in vielen Teilen der Verwaltung ein Grundverständnis, „dass Gesundheit ein wichtiges Thema ist“ und dass es sinnvoll ist, das Gesundheitsamt einzubinden (Sprünken 2023, Z. 352-356). Eine Übersetzung in gemeinsame Handlungslogiken, die verstetigt sind, ist heute jedoch nicht existent (ebd., Z. 352-356). In Münster wird die Gesundheitsplanung von anderen Dezernaten und Fachämtern zunehmend „gesehen“ (Heitkötter 2023, Z. 113-115) und bei der Entwicklung von stadtweiten Politiken eingebunden, sodass Gesundheit „mitgedacht“ wird (ebd., Z. 461f.). Bei neuen Quartiersentwicklungen ist die Gesundheitsplanung erstmalig involviert („[Wir können erstmalig] für unsere Themen kämpfen“) (ebd., Z. 461f.).

4.2.3. Themenfelder und Aufgaben des ÖGD und Brückenbau innerhalb der Verwaltung

„Wir wissen, wir müssen symbiotisch zusammenwirken, um diese großen Fragen wirklich auch vernünftig lösen zu können“ (Schmidt 2023, Z. 212f.). Dieses Bestreben zeigt sich darin, dass sowohl die Erderhitzung als auch die nachhaltige Entwicklung als Anknüpfungspunkte genutzt werden. Bei der Entwicklung der jeweiligen Strategien und Konzepte erfolgt eine übergreifende Zusammenarbeit. Die Nachhaltigkeitsstrategie wird federführend von einem Kernteam bearbeitet. Zudem gibt es ein erweitertes Team mit Vertretern aus verschiedenen Bereichen der Verwaltung. Ein bedeutender Erfolgsfaktor ist die organisatorische Steuerung: Mit einem Kernteam und einem erweiterten Team „[...] wird aus einer Dezernatsstrategie die Strategie der Stadt Münster“ (ebd., Z. 448-459). Die großen Prozesse, die innerhalb der Verwaltung vonstattengehen, fließen in der

Nachhaltigkeitsstrategie zusammen (Heitkötter 2023, Z. 436-438). In Bochum wurde Gesundheit zuerst aber nicht berücksichtigt. „[...] Wir mussten dann da hingehen und mal mit den Armen winken und haben dann den Effekt bekommen: ‚Haben Sie Recht, Gesundheit ist da auch mit drin‘“ (Sprünken 2023, Z. 535-538). In Köln hat das Gesundheitsamt an der Erstellung des Nachhaltigkeitsberichts mitgewirkt. Das Gesundheitsamt hat jedoch nur zum Thema „– komischerweise – nachhaltiger Konsum und [Drogenhilfe] geliefert“ (Nießen 2023, Z. 170-176).

Das Handeln der Gesundheitsplanung wird an die Lebenswelten geknüpft. In Münster stehen im Rahmen des Projekts „Gesundheit in der nachhaltigen Stadt“ die Stadtteile und Quartiere im Fokus. Chancengleichheit und strukturelle Gesundheitsförderung sollen gefördert werden (Stadt Münster 2022a). Die handelnden Personen sehen das Projekt als „[...] Möglichkeit, wirklich große Eckpfeiler zu setzen, um auch künftig wirklich intensiver da zu arbeiten“ (Heitkötter 2023, Z. 169-172). In dem Projekt wird mit der Universität Münster und gefördert von der Techniker Krankenkasse bis 2026 ein Handlungsprogramm erarbeitet, „das als Teil der Stadtentwicklung fest in allen Politikfeldern der Stadt verankert werden soll“ (Stadt Münster 2022a) Einzelne Handlungsbausteine wurden in verschiedenen Stadtteilen in Workshops entwickelt. Dabei gestaltete die Stadtverwaltung einen offenen, kollaborativen Prozess mit den Menschen, der Interessenkonflikte auflöst und Konsens herstellt. „[Man merkt], wie sich dann eine Entwicklung vom Ich-komme-von ... zu einem Wir vollzieht“ (Schmidt 2023, Z. 385-391). „Die besondere Bedeutung dieses Workshops ist die Sensibilisierung und auch Überzeugung der Kolleginnen und Kollegen, nicht nur ob, sondern wie es auch gelingen kann, Gesundheit in der Stadtentwicklung zu verankern“ (Schmidt 2023, Z. 351-356).

In Bochum stehen Stadterneuerungsprojekte in den Stadtteilen im Fokus. Im Rahmen der räumlichen und sozialen Stadterneuerung werden integrierte städtebauliche Entwicklungskonzepte (ISEK) erstellt, die vielfach den Blick auf ein gesundes Leben in den Stadtteilen richten. Im Bereich der Stadterneuerung besteht ein gemeinsames Verständnis und eine vertrauensvolle Arbeitskultur (s. o. sowie Sprünken 2023, Z. 222-225). In Bochum wird die Gesundheitsplanung jedoch beim Neubau, im Tiefbau und der Entwicklung von

Grünflächen nicht einbezogen und ist bei Projekten, die vorrangig baulicher Art sind, kaum präsent (ebd., Z. 263, 392, 338-340, 394-401, 403f.). Weitere Handlungsfelder, die von den Interviewpartnern genannt wurden und mit Gesundheit verknüpft werden, sind Hitze-schutz, Sport und Bewegung sowie soziale Infrastruktur, Teilhabe und Stadtteilarbeit. Insbesondere Letzteres wurde von Sprünken lobend hervorgehoben, da Gesundheitsamt, Stadtteilbüro und Stadterneuerung vielfach gemeinsam als „Dreier-Kombo“ arbeiten und zusammen wahrgenommen werden (ebd., Z. 404-411). In Münster erhielt die ämter- und dezernatsübergreifende Zusammenarbeit durch Stadtteilkümmerner in den Quartieren vor Ort einen Schub, da die Kümmerner in einem engen Netzwerk mit Kollegen aller Bereiche im ständigen Austausch sind (Schmidt 2023, Z. 298-304). Darüber hinaus wurden jeweils die Stadtstrategien hervorgehoben, die einen Gesundheitsbezug haben (Nießen 2023, Z. 434-436; Sprünken 2023, Z. 61-64; Schmidt 2023, Z. 189f.).

4.2.4. Verwaltungsexterne Akteure und der ÖGD

Des Weiteren sind verwaltungsexterne Akteure und Institutionen für die Implementierung und Berücksichtigung von Gesundheit von hoher Bedeutung. Unter anderem wirkt die Stadtpolitik, indem sie eigene Impulse setzt, Rechenschaft einfordert und Aufträge erteilt. Zudem sind Projektträger, Vereine, (Sport-)Verbände, Planungsbüros und Unternehmen Akteure, die in der Arbeit der Interviewpartner vorkommen (u. a. Heitkötter 2023, Z. 110-113, Nießen 2023, Z. 448-453, Sprünken 2023, Z. 458-460, 482-490). Des Weiteren kommt es im Rahmen des Gesund Städte-Netzwerks zu interkommunalem Wissensaustausch und Dialog (Nießen 2023, Z. 99-104). Generell wurde die interkommunale Zusammenarbeit in den Gesprächen nicht häufig erwähnt. Einzig Sprünken beschreibt, dass er sich aktiv darum gekümmert hat, die Unterstützung seiner Stadt für eine Initiative zum regionalen Hitzeaktionsplan sicherzustellen. Die Kapazität für richtige Mitarbeit besteht nicht (Sprünken 2023, Z. 120-125). Eine andere Verwaltungsbehörde, die in NRW aktiv ist und den Kommunen als Partner zur Seite steht, ist das Landeszentrum Gesundheit NRW. Mit diesem hat Bochum eine Checkliste entwickelt, mit deren Hilfe bauliche Projekte aus gesundheitlicher Perspektive geprüft werden können. Der sogenannte Leitfaden Gesunde Stadt steht allen Dezernaten als Hilfestellung zur Verfügung (ebd., Z. 445-448). Die Rolle der

Landesministerien, Bezirksregierungen und sonstiger Behörden wurde in den Interviews nicht ausführlicher thematisiert.

Eine weitere relevante Akteursgruppe, die die Interviewpartner häufig erwähnten, sind Wissenschaftler. In Münster werden „Wissenschaft und Stadt [...] systematisch vernetzt und stehen sehr eng neben diesem Thema der Gesundheit in der nachhaltigen Stadtentwicklung“ (Schmidt 2023, Z. 467-482). Die Stadtvertreter wollen einen stetigen Austausch mit dem Universitätsklinikum, mit Sportwissenschaftlern, Ökotoxikologen, mit dem Pflegebereich und anderen etablieren, um die verschiedenen Kompetenzen zusammenzuführen (ebd., Z. 467-482). Die Stadt Münster unterhält ein Wissenschaftsbüro, das ein Bündnis namens Münsters Allianz für die Wissenschaft managt. Innerhalb dieses Bündnisses wurde im März 2023 vereinbart, Public Health zu einem Schwerpunktthema zu machen. Auf diese Weise entsteht eine Situation, die beide Seiten profitieren lässt: Die Hochschulen finden in der Stadt Münster Forschungs- und Anwendungsfelder und die Stadt kann von den Forschungsergebnissen profitieren (ebd., Z. 467-482). Dieser Ansatz wird auch in Bochum verfolgt. Forschung und Stadtverwaltung arbeiten eng zusammen. Stadtteilbezogene Prozesse sollen zukünftig wissenschaftlich begleitet werden (Sprünken 2023, Z. 199-202). Für Münster wird als hemmender Faktor beschrieben, dass „der medizinische Komplex eigentlich wenig geneigt war, mit Stadtplanern und Stadtentwicklern zu sprechen“ (Schmidt 2023, Z. 633-637). Der medizinische Wissenschaftskomplex in Münster ist Schmidt zufolge für den Public-Health- oder Health-in-all-Policies-Ansatz nicht aufgeschlossen (ebd.).

4.2.5. Die kommunale Gesundheitskonferenz

Neben der internen Zusammenarbeit und der Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Akteuren gibt es ein Format, das jegliche verschiedenen Sphären zusammenbringen kann: Die kommunale Gesundheitskonferenz. In Bochum wurde die Bedeutung dieser Konferenz besonders hervorgehoben, da damit die Möglichkeit geschaffen wurde, dass die Bochumer Fachöffentlichkeit in einem nicht öffentlichen Rahmen miteinander sprechen und netzwerken kann. Sprünken bezeichnet die Konferenz als „kleine[n] ThinkTank“ (Sprünken 2023, Z. 195), in dem Themen, ohne in einem Entscheidungsprozess zu sein, vordiskutiert

werden können (ebd., Z. 186-190). Das Grundbestreben ist es, die Konferenz in alle strategischen Prozesse einzubinden (ebd.). Daher kann die Gesundheitskonferenz „eigentlich“ dabei helfen, Kohärenz zwischen den Politiken herzustellen (Sprünken 2023, Z. 283f.). Die „geborenen Mitglieder der Gesundheitskonferenz“ aus anderen Ämtern sind zwar an der Konferenz interessiert, andere wissen jedoch nicht um ihre potenzielle Rolle in diesem Format und müssen überzeugt werden, mitzuwirken (Sprünken 2023, Z. 204-210, Z. 317-322). „Das ist jetzt noch eine Herausforderung“ (ebd., Z. 317-322). Da die Gesundheitskonferenz keine Regelaufgabe ist, „muss man den Weg, wie man das lebt, erstmal suchen“ (Sprünken 2023, Z. 210-212). In Köln wird dieser Weg ebenfalls beschritten. Die kommunale Gesundheitskonferenz tagt zwei Mal jährlich und arbeitet zwischen den großen Sitzungen in Arbeitsgruppen an den Themen (Nießen 2023, Z. 147-149).

4.2.6. Gesundheitsberichterstattung und Daten

Die Messung und Beobachtung der Lebenswelten, der allgemeinen Entwicklungen in den Städten und der Auswirkungen von Maßnahmen ist in den letzten Jahren zu einem immer wichtigeren Thema geworden. In Bochum wurde die Etablierung der kommunalen Gesundheitskonferenz mit der Erstellung eines Gesundheitsberichts – der Auswertung der bis dato vorhandenen Daten – verknüpft (Sprünken 2023, Z. 668-674). In Köln und Münster erfolgt die Gesundheitsberichterstattung gegenwärtig anlassbezogen bzw. themenspezifisch. Beide Städte wollen die Berichterstattung weiterentwickeln und ausbauen (Heitkötter 2023, Z. 498-503; Nießen 2023, Z. 331-336, 356f.). Gesundheitsberichterstattung dient zur Information, als Datengrundlage zur Diskussion (Sprünken 2023, Z. 643-650, Z. 688), als fundierte Planungsgrundlage, die Fakten liefert (Heitkötter 2023, Z. 178-181, 488f.) oder als Datengrundlage für das alltägliche Handeln („Daten für Taten“) (Nießen 2023, Z. 352-355). Zukünftig will Bochum „die Daten der Gesundheitsberichterstattung auch als Grundlage für solche städteübergreifenden Kooperationen [...] nutzen“ (Sprünken 2023, Z. 698-702). Eine Verknüpfung mit der Sozialberichterstattung besteht bereits (ebd., Z. 553-558). Die Interviewpartner bemängeln einhellig, dass kleinräumige Datengrundlagen fehlen. Zumeist liegt der Fokus auf Schuleingangsuntersuchungen, da hier Datenhoheit besteht (Heitkötter 2023, Z. 490-494; Sprünken 2023, Z. 528-530).

Zugleich weisen die Interviewpartner auf Herausforderungen bei der Messung, Erfassung, Einordnung und Auswertung von Daten hin (Heitkötter 2023, Z. 521f.; Nießen 2023, Z. 436-438; Sprünken 2023, Z. 585-588). Sprünken beschreibt diese Aspekte ausführlich: Bochum ist bestrebt, sowohl qualitative Daten als auch quantitative Daten zu erheben und weiter zu verarbeiten. „[Pure Zählerei] bringt nichts“, sagt Sprünken und hebt den Wert qualitativer Beobachtung und Befragungen hervor (Sprünken 2023, Z. 769f.). Jedoch ist dieser Datenteil aufwendig auszuwerten und benötigt Ressourcen (ebd., Z. 748-752). Die Anzahl der errichteten Gebäude kann gezählt und ein Ziel erreicht werden, die Bewertung umgesetzter gesundheitlicher Maßnahmen ist schwierig: Beispielsweise im Stadtteil Wattenscheid tauscht sich die Bevölkerung rechnerisch alle drei Jahre aus (ebd., Z. 783-789). Die Beurteilung, ob bauliche Projekte, die z. B. Freiräume für Bewegung erschließen, die Fettleibigkeit bei Kindern reduzieren, ist mit den Daten der Schuleingangsuntersuchung und der Gesundheitsberichterstattung nicht zu schaffen (ebd., Z. 807-809). Neben der Gesundheitsberichterstattung arbeitet Köln für die interne Zielerreichungsprüfung mit einem Beurteilungssystem für die Ziele, die quartalsweise (von der Dezernatsleitung) abgefragt werden (Nießen 2023, Z. 439-448). In Münster wird der Erfolgsgrad in der Stadtentwicklung daran gemessen, wie widerstandsbewehrt die Prozesse ablaufen. Als Gradmesser dient ein nicht näher erläuteter „Zufriedenheitsindex“ (Schmidt 2023, Z. 247-250).

4.2.7. Strategien, Argumente und Ziele für gesundheitsbezogene Stadtentwicklung

Einige Interessen in Bochum sind mächtiger und einflussreicher als die Gesundheitsthematik (Sprünken 2023, Z. 498f.). Bei schwerwiegenden wirtschaftspolitischen Entscheidungen wird das Gesundheitsamt Köln nicht gefragt (Nießen 2023, Z. 122-124). Als „Health Governor of Cologne“ steht das Gesundheitsamt nicht vorne (ebd., Z. 182-184). Sprünken meint: „Die Power [für die Argumentation, dass sich alles der Gesundheit unterordnen müsse,] habe ich innerhalb der Stadtverwaltung gar nicht, dass ich das durchhalten kann“ (Sprünken 2023, Z. 515-518). Statt dieser Herangehensweise wählen die Verantwortlichen zahlreiche andere Strategien und Argumente, die sie mit ihren konkreten Zielen verbinden, um Gesundheit in der Stadtentwicklung zu implementieren. Sprünken fragt, was

nachhaltiger ist als eine gesunde Stadt (Sprünken 2023, Z. 265f.) und wirbt für die positiven Vorteile, die mit guter Gesundheitspolitik einhergehen. „Die Leute fühlen sich [beispielsweise] wohler, binden sich viel stärker an den Ortsteil, bringen Stabilität ein“ (ebd., Z. 509-514). Für Köln setzt Nießen darauf, dass der positive Impetus, den das Gesundheitsamt während der Corona-Pandemie erlangt hat, „auch in andere Bereiche wie Stadtplanung, Kinder- und Jugendplanung, Sozialplanung mit[einbezogen wird]“ (Nießen 2023, Z. 136-139).

Die Stadt Münster setzt auf das Projekt „Gesundheit in der nachhaltigen Stadt“, das im ersten Schritt den „pädagogischen Auftrag“ hat, (in der Verwaltung und darüber hinaus) breite Akzeptanz dafür zu schaffen, dass „Gesundheit ein zentrales Thema in der Stadtentwicklung ist [...]“ (Schmidt 2023, Z. 345f.). Gesunde Planung soll „eine fundamentale Grundvoraussetzung für alles Weitere [...] werden“ (ebd., Z. 237-241). Bisher ist die Berücksichtigung von Gesundheit in der Planung beliebig. Das Projekt soll in einem zweiten Schritt zu einem stadtweit gültigen Handlungskonzept „Gesunde Stadt“ führen und vom Stadtrat beschlossen werden (ebd., Z. 356-364). Dieser politische Auftrag – so das Bestreben von Heitkötter – soll als „Steilvorlage“ dienen. Planung soll einen verbindlichen Rahmen bekommen, in dem festgesetzt ist, dass Gesundheit mitgedacht werden muss (Heitkötter 2023, Z. 366-369). Dieser Prozess nimmt in Münster fünf Jahre in Anspruch (Schmidt 2023, Z. 590-593). In Bochum will Sprünken sein Handeln für gesunde Städte mit Bezugnahme auf Ziele für eine nachhaltige Entwicklung vom Stadtrat „absichern lassen“ (Sprünken 2023, Z. 558-562). Das Ziel ist es, die Arbeit mit den SDGs zu verknüpfen, sodass unter eben diesem Label erkenntlich wird, dass das Gesundheitsamt mit seinen Kooperationspartnern die nachhaltige Entwicklung voranbringt (ebd., Z. 548-550).

Um gesundheitsbezogene Themen und Diskussionen fundiert erörtern zu können, wollen die Interviewpartner – mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen – ihre Arbeit im Bereich Berichterstattung und Evaluation verbessern. Nießen sieht es als Aufgabe an, die „Daten für Taten“, welche bei der Pandemiebewältigung geholfen haben, für andere Bereiche aufleben zu lassen (Nießen 2023, Z. 354-356). Das Gesundheitsamt Münster will daran arbeiten, beim Thema Daten „noch mehr [zu] bieten“ und mehrere Indikatoren

übereinanderzulegen (Heitkötter 2023, Z. 621, 523-526). Dafür hat Heitkötter das SUHEI-Modell (Spatial Urban Health Equity Indicators) identifiziert. Heitkötter ist „einfach darauf gestoßen“ und vermutet, dass es auch für andere Fachämter nützlich sein könnte (ebd., Z. 621-625). In Bochum werden bei der aktuellen Gesundheitsberichterstellung erstmals Mehrfachbelastungen und umweltbezogene Faktoren berücksichtigt. Der nächste, noch ausstehende Schritt ist es, auf der Berichterstattung aufbauende Strategien zu formulieren, zur Umsetzung zu bringen und zu bewerten, sodass ein qualifizierter Aktionszyklus entsteht (Sprünken 2023, Z. 568-571, 684). Darüber hinaus will Sprünken, dass die Gesundheitsplanung in Phase-Null an Planungen beteiligt wird, die sich noch in der informellen Konzeptphase befinden, um im Ansatz mitwirken zu können (ebd., Z. 335-338). Schmidt will für das Projekt „Gesundheit in der nachhaltigen Stadt“ neben dem Instrumentarium „ein [indikatorenbasiertes] Monitoring-System für den Erfolg [...] etablieren“ (Schmidt 2023, Z. 593-600).

5. Diskussion

5.1. Die Haupterkenntnisse dieser Studie

In allen Untersuchungsstädten konnten gesundheitsbezogene Aspekte in den Stadtentwicklungspolitiken identifiziert werden. Die Auswertung der Stadtentwicklungspolitiken anhand der gesundheitsbezogenen politischen Indikatoren zeigt, dass keine Stadt alle Indikatoren vollständig abdeckt. Ziele wurden oftmals ohne messbare Angaben und nur sehr abstrakt formuliert. Um Städte gesünder und nachhaltiger zu entwickeln, sind zum einen spezifischere, nachvollziehbarere und messbarere Politiken anzustreben. Zum anderen ist zu prüfen, inwieweit gesundheitsbezogene Aspekte und die Impulse des ÖGD hinsichtlich der Berücksichtigung und Priorisierung von Gesundheit intersektoral und in allen Politiken aufgegriffen werden können, damit die Städte bzw. die Stadtentwicklungspolitiken ihr Potenzial entfalten, das sie zu einer nachhaltigen Entwicklung beitragen könnten. Zwar haben das Verständnis und die Relevanz von Gesundheit in den letzten Jahren – befördert insbesondere durch die Corona-Pandemie – zugenommen, jedoch unterscheidet sich die Berücksichtigung von Handlungsfeld zu Handlungsfeld erheblich. Speziell die Lebensweltenbetrachtung sowie Gesundheitsförderung und -prävention sollten stärker in das Gesamt handeln integriert werden. Die bereits bestehenden Ansätze, Handlungsweisen und Strukturen sollten vereinfacht, verstetigt und optimiert bzw. ausgeweitet werden, damit Stadtentwicklungspolitiken durch die Zusammenarbeit verschiedener Akteure in Gänze im Sinne einer gesunden Stadt entwickelt werden.

Einige der untersuchten Stadtentwicklungspolitiken enthielten in allen Städten gesundheitsbezogene Aspekte. Dazu gehörten die Politiken zur Reduzierung der Luftverschmutzung und Lärmbelastung, welche überwiegend mit messbaren Zielen unterlegt waren. Gleiches gilt für die Anforderungen und Ziele für die ÖPNV-Nutzung, den Radverkehrsanteil und den Fußverkehrsanteil. Die Anforderungen an den öffentlichen Freiraum und die Biodiversität, die miteinander in Verbindung stehen, wiesen ebenso messbare Ziele auf. Für die Indikatoren Wohnen und Dichte konnten spezifische Standards und teilweise Ziele mit messbaren Vorgaben identifiziert werden. Alle Städte haben es sich zum Ziel gesetzt,

gemischte Quartiere zu entwickeln und verfolgen das Prinzip Innen- vor Außenentwicklung. Der ÖGD wirkt im Rahmen seiner Möglichkeiten darauf hin, gesundheitsbezogene Aspekte in die Stadtentwicklung zu integrieren und wird zunehmend von anderen Akteuren proaktiv einbezogen. Der ÖGD liefert mit der Gesundheitsberichterstattung eine fundierte Datengrundlage. Insbesondere die Politiken im Bereich der Erderhitzung und der nachhaltigen Entwicklung sowie die Stadterneuerung und Quartiersentwicklung waren bisher Anknüpfungspunkte. Des Weiteren werden Bestrebungen verfolgt, die Entwicklung von nachhaltigen und gesunden Städten durch die Ausarbeitung von eigenen Handlungsrahmen und Konzepten zu befördern. Viele Aktivitäten sind gegenwärtig an die Lebenswelten geknüpft und münden häufig in konkreten Projekten in den Bereichen Hitzeschutz, Sport und Bewegung sowie soziale Infrastruktur, Teilhabe und Stadtteilarbeit.

In den Untersuchungsstädten konnten keine relevanten Politiken identifiziert werden, die die Verteilung von Arbeitsmöglichkeiten, die Konnektivität von Straßen oder Höhenvorgaben für Wohngebäude thematisieren. Investitionen werden nicht transparent nach Infrastrukturart aufgeschlüsselt. Eine integrierte Stadt- und Verkehrsplanung wird auf der horizontalen Verwaltungsebene angestrebt. In Bochum und Münster bestehen gemeinsame Dezernate und integrierte Planung ist bei der Entwicklung von Stadtentwicklungspolitiken in allen Städten teilweise gelebte Realität. Dass für viele der gesundheitsbezogenen Indikatoren keine relevanten Stadtentwicklungspolitiken oder nur unspezifische Aussagen gefunden werden konnten, spiegelt sich in den Herausforderungen des ÖGD wider: ÖGD, Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention sind zwar im Zuge der Corona-Pandemie ins Scheinwerferlicht gerückt, jedoch konnte der Brückenbau zu vielen Akteuren der Stadtentwicklung noch nicht gelingen. Oftmals erfolgt die Berücksichtigung gesundheitsbezogener Aspekte erst im Problemfall. Der ÖGD ist bei der Entwicklung von Stadtentwicklungspolitiken nur teilweise etabliert und muss stetig netzwerken und für Koalitionen und Beteiligung werben. Der Brückenbau zu den Bereichen Neubau, Tiefbau sowie Grünflächenentwicklung ist noch nicht gelungen oder gerade zum ersten Mal in Arbeit. Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung oder ein Health Impact Assessment werden bisher in

keiner Stadt umgesetzt. Die horizontale Verwaltungsintegration ist lückenhaft und unverbindlich.

5.2. Was bereits über das untersuchte Thema bekannt ist

Auf dem Weg, die großen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts zu lösen und Gefahren abzuwenden, sind Wissenslücken, die geschlossen werden müssen, nicht mehr die größte Herausforderung (Voss und Bühn 2023, S. 13). Die Interviewergebnisse decken sich mit der Analyse von Voss und Bühn. Die großen Herausforderungen bestehen darin, vorhandenes Wissen und Daten zu ordnen, in konkrete Politiken und Zukunftsbilder umzumünzen, relevante Akteure und Gruppen einzubinden, Zielkonflikte aufzulösen und die Maßnahmenumsetzung zu monitoren und zu evaluieren. Aus der Innovationsforschung ist bekannt, dass handelnde Akteure aufgrund des Anspruchs, der an sie gestellt wird, an Grenzen stoßen können. Die handelnden Menschen müssen informierte Planer, Netzwerker, Koordinatoren, Innovatoren und Konfliktmanager sein. Die Varianz der hier untersuchten Indikatoren und die vielfältigen Interviewergebnisse und Auswertungskategorien zeigen, dass die Anforderungen an die Akteure sehr hoch sind und decken sich insofern mit den Erkenntnissen aus der Untersuchung von Zukunftsstadt-Projekten (Nell et al. 2022, S. 180).

Darüber hinaus haben andere Studien ebenfalls die strukturellen Herausforderungen bei der Implementierung von gesundheitsrelevanten Aspekten beleuchtet: Baumgart und Dilger (2018, S. 210) haben für den Möglichkeitsraum des ÖGD den Mangel an „normative[n] Vorgaben“ mit „Bindungswirkungen“ beschrieben und Böhme et al. (2018, S. 227f.) haben die personellen Ressourcen als Hemmnis für „eine weitergehende Beteiligung des Gesundheitsamtes an der Planung“ identifiziert. Auf einem zentralen Feld, der Gesundheitsberichterstattung, ist es dem ÖGD bisher nicht gelungen, die Potenziale von HiAP auszuschöpfen (Kellermann und Szagun 2023, S. 408). Die Stadtplanung wiederum müht sich damit, die in unterschiedliche Richtungen strebenden Triebkräfte und Strukturen in der Stadtentwicklung im Sinne einer gesunden Stadtentwicklung zu integrieren (Barton und Grant 2012, S. 133; Marcus et al. 2022, S. 114). Stadtentwicklung erfolgt im Nebeneinander von unterschiedlichen Interessen, Akteuren, institutionellen Rahmenbedingungen und

Ereignissen. International sind viele Planungssysteme nicht in der Lage, Entwicklungen überhaupt zu kontrollieren (Marcus et al. 2022, S. 114f.). Insbesondere die Stadtplanung in der Stadtverwaltung handelt in einem finanziell und gesetzlich begrenzten Möglichkeitsraum.

Die Untersuchung von Lowe et al. aus dem Jahr 2022 – auf der diese Arbeit aufbaut – zeigte für 25 Städte weltweit, dass diese zumeist über Stadtentwicklungspolitiken im Sinne von Gesundheit und Nachhaltigkeit verfügten. Details und „messbare politische Ziele für die Stadtgestaltung und den Verkehr waren [aber] oft nicht vorhanden“ (ebd., S. e889, eigene Übersetzung). Lowe et al. zufolge müssen die Städte Gesundheit und Nachhaltigkeit stärker berücksichtigen, um ihrer Rolle bei der Entwicklung von gesunden und nachhaltigen Städten gerecht werden zu können (ebd.). Um eine gesundheitsförderliche Setting-Kommune zu werden, sollte eine „gesundheitsfördernde kommunale Gesamtpolitik entsprechend der Zielsetzung von HiAP [gestärkt werden]“ (Claßen 2020, S. 11). Städte, in ihrer besonderen Rolle zur Erreichung der SDGs und innerhalb der städtischen Systeme wiederum die lokale Stadtplanung, welche in der Regel eine koordinierende Rolle in der Stadtentwicklung einnimmt (u. a. Köckler und Fehr 2018, S. 82, Baumgart 2020, S. 212, Balland 2022, S. 74), können den an sie gestellten Ansprüchen bisher nicht gerecht werden. In Bochum, Köln und Münster wird der bestehende Möglichkeitsraum, im Sinne einer gesundheitsbezogenen Stadtentwicklung tätig zu werden, an vielen Stellen genutzt und mühsam erweitert. An anderen Stellen wird der Möglichkeitsraum jedoch nicht konsequent ausgeschöpft.

5.3. Was diese Untersuchung hinzufügt

Aufgrund des erweiterten methodischen Ansatzes gewährt diese Arbeit einen vertieften Einblick, inwieweit gesundheitsbezogene Aspekte in Stadtentwicklungspolitiken Eingang finden und inwiefern Kommunalverwaltungen gesundheitsbezogene Aspekte bei der Erstellung von Stadtentwicklungspolitiken und im allgemeinen Verwaltungshandeln berücksichtigen und priorisieren. Insbesondere die Kombination von Dokumentenanalyse und Interviewanalyse trägt dazu bei.

Diese Arbeit lotet mit den von mir hinzugefügten Indikatoren die Grenzen unseres Gesundheitsverständnisses aus und erweitert das Blickfeld um Belange, die das Erdsystem fokussieren. Auf diese Weise richtet diese Arbeit den Blick auf die Umweltgebundenheit des Menschen, den Wert, den wir unserer Mitwelt beimessen und die Rolle, die wir für die planetarische Gesundheit haben. Sie appelliert an die Dringlichkeit und die Bedeutung, unsere Lebensgrundlagen zu schützen. Der Versuch, das integrierende Konzept nachhaltige StadtGesundheit zu etablieren, bietet eine Möglichkeit, sich den multiplen planetaren Krisen zuzuwenden. Die angestrebte Blickfelderweiterung sollte daher jedoch nicht ausschließlich in bekannte und naheliegende Richtungen erfolgen, sondern – und dazu sollen die Indikatoren beitragen – muss Disziplinen im Handlungsbereich der gebauten Umwelt auf ihre „blinden Flecken“ aufmerksam machen. Beim Erkennen der eigenen Rolle (in Anlehnung an Grant 2023, S. 70) für ein gesundes planetares System darf es jedoch nicht bleiben. Konkret müssen die äußeren Grenzen von Gesundheit ausgehandelt werden. Planetare Gesundheit darf nicht zu einer „Theorie von allem“ werden, die zu Beliebigkeit und Überforderung führt (Lerner und Berg 2017, S. 6). Außerdem erscheint es geboten, praktische Handlungsweisen für die Planung zu formulieren. Ein systemischer Ansatz bei der Entwicklung von Implementierungsstrategien könnte – im Gegensatz zu einem an einzelnen Gesundheitsdeterminanten orientierten Ansatz – dazu beitragen, die Komplexität der untersuchten Indikatoren, Zusammenhänge zwischen den Indikatoren und die unterschiedlichen Aktivitätsfelder des ÖGD zu berücksichtigen.

Zwar ist der ÖGD – und mit ihm der Themenkomplex Gesundheit – in den letzten Jahren ins Scheinwerferlicht gerückt, doch zum Status quo kann er seine potenzielle Bedeutung nicht vollumfänglich ausfüllen. Drei Erklärungsansätze sind im Rahmen dieser Arbeit besonders ins Auge gefallen: Vielfach werden fehlendes Personal und geringe Finanzmittel als Restriktionen genannt. Die Interviewergebnisse zeigen, dass der ÖGD dringend fehlende Kompetenzen aufbauen will. Zweitens ringt der ÖGD damit, seine eigenen Handlungsinstrumente anzuwenden und im allgemeinen Verwaltungshandeln zu etablieren. Mehrfachbelastungen und qualitative und quantitative Daten sollen zukünftig berücksichtigt werden. Der Umgang mit großen Datenmengen im Rahmen der

Gesundheitsberichterstattung ist für alle Städte eine Herausforderung; zugleich fehlt eine kleinräumige Datengrundlage. Ein generelles Monitoring der Auswirkungen von baulichen Maßnahmen auf die Bevölkerungsgesundheit ist methodisch anspruchsvoll umzusetzen. In Bochum und Münster wird es angestrebt. Die Akteure im ÖGD bemühen sich darüber hinaus darum, Verbindlichkeit/Bindungswirkung für gesunde Planungsweisen herzustellen. Im selben Atemzug betonen sie, welche Vorteile und Handlungsfreiheiten ihnen der derzeit bestehende institutionelle Rahmen bietet. Wenn es den einzelnen Akteuren gelingt, durch kommunale Handlungskonzepte Standards – die bei der Stadtentwicklung beachtet werden müssen – zu etablieren, bestünde auf diese Weise eine Möglichkeit, sicherzustellen, dass kommunale Stadtentwicklungspolitiken grundsätzlich gesundheitsbezogene Aspekte berücksichtigen müssen und Beliebigkeit verhindert wird. Die grundsätzliche Relevanz von Gesundheit bei „den anderen“ deutlich zu machen, in die Planung einbezogen zu werden und mit seinen sonstigen Instrumenten wie dem Leitfaden Gesunde Stadt oder der kommunalen Gesundheitskonferenz durchzudringen, sind weitere Herausforderungen, mit denen der ÖGD umgeht.

Hinsichtlich der Stadtentwicklungspolitiken zeigt diese Untersuchung mehrere Aspekte auf, die bei einer reinen Betrachtung der angefertigten Tabellen (siehe Kapitel 4.1.) nicht auffällt. In Deutschland gibt es zahlreiche Gesetze, Verordnungen und formelle kommunale Politiken, in die das Planungshandeln eingebunden ist. Diese stellen ein vergleichsweise hohes Maß an baulicher Qualität sicher und berücksichtigen implizit gesundheitsbezogene Aspekte. Die Ergebnistabellen zeigen: Die untersuchten Städte verfügen über messbare stadtweite Politiken – sie decken aber nicht alle Indikatoren vollständig und spezifisch messbar ab. Bezogen auf die 19 von Lowe et al. (2022) verwendeten Maßgaben zeigt sich, dass in Bochum 26 %, in Köln 47 % und in Münster 47 % mit messbaren Zielen versehen sind. Die Städte erreichen 25 (Bochum) bzw. 31 (Köln und Münster) von 57 möglichen Punkten. Die Verteilung verändert sich, wenn das erweiterte Indikatorenset mit 31 Maßgaben herangezogen wird. Köln erreicht unter diesen Gesichtspunkten 56,5 von 93 möglichen Punkten. Münster erreicht 55 Punkte; Bochum erreicht 44 Punkte. 19 % der 31 Politiken in Bochum enthalten messbare Ziele. Für Köln und Münster konnten zwölf (39 %) bzw.

16 (52 %) messbare Ziele identifiziert werden. Insbesondere die Stadt Münster hat mit dem Projekt „Gesundheit in der nachhaltigen Stadt“ und dem Mobilitätskonzept die Chance, neue Maßstäbe zu setzen.

Es fällt auf, dass auch die untersuchten Städte zu etwas neigen, das Lowe et al. angerissen haben, als sie schrieben, dass die 25 von ihnen untersuchten Städte „sich vor allem in ihrer Rhetorik einig [sind], gesund und nachhaltig zu sein“ (Lowe et al. 2022, S. e889, eigene Übersetzung). An vielen Stellen bleiben Zielformulierungen abstrakt und unbestimmt. Einerseits verhindert dies, von Politik, Öffentlichkeit und Wissenschaft kritisiert zu werden. Andererseits erschwert es die Evaluierung und Erforschung und verhindert einen fundierten Diskurs. Die Vorgehensweise der untersuchten Städte wird den zahlreichen globalen und lokalen Problemen in dieser Hinsicht nicht gerecht. In die Bewertung ist dies aufgrund der methodisch festgelegten Kriterien nicht negativ eingeflossen, da Unstimmigkeiten in der Beschreibung sowie reales Handeln nicht eingeflossen sind.

5.4. Handlungsempfehlungen

Die hier gewählte Herangehensweise bietet die Möglichkeiten, Handlungsempfehlungen und -ansätze abzuleiten, da Erkenntnisse aus einer Dokumenten- und Interviewanalyse herangezogen werden können und ein erweitertes Indikatorenset berücksichtigt wurde.

5.4.1. Kommunale Stadtentwicklung

Um gemeinsam mit den sonstigen Behörden im Mehrebenensystem und den Kompetenzzentren praktische, die planetaren Grenzen achtende Handlungsweisen für die gesundheitsbezogene Stadtentwicklung formulieren zu können, könnten die Stadtverwaltungen sich mit ihrem Gesundheitsverständnis auseinandersetzen und auf diese Weise eine gemeinsame Arbeitsgrundlage entwickeln. In allen Städten sollten schnellstmöglich die jeweils relevantesten Stadtentwicklungspolitiken um gesundheitsbezogene Aspekte, die evidenzbasiert, spezifisch und messbar sind, ergänzt werden. Um dies im Speziellen und gesundheitsbezogene Stadtentwicklung im Allgemeinen zu befördern, empfiehlt sich eine

strategische Vorgehensweise von Seiten des ÖGD. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass personelle und finanzielle Ressourcen eine Hürde sind.

- Die Interviewergebnisse lassen es fraglich erscheinen, ob die kommunalen Gesundheitsämter in der Lage sein werden, sich in der gebotenen Dringlichkeit fachplanerische Kompetenzen anzueignen oder Personal dafür zu finden. Im Sinne des Leitprinzips Brückenbau könnten die Akteure das Netzwerken fortführen und optimieren. Des Weiteren sollte der ÖGD im Sinne des Whole-of-Society- und Whole-of-Government-Ansatzes auch untypische Partner nicht außer Acht lassen. Um Kooperationen und Koalitionen zu bilden, könnte ein strategischer Ansatz entwickelt werden. Zusätzlich könnte eruiert werden, welche Rolle das Gesunde Städte-Netzwerk diesbezüglich spielen kann. Der gesamtstädtische Diskurs könnte durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit mitgestaltet werden.

Integrierte Stadt- und Verkehrsplanung ist ein zentraler Aspekt, um eine nachhaltige und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zu ermöglichen. Levin-Keitel und Reeker (2021, S. 214) weisen darauf hin, dass eben diese Forderung zwar populär und anerkannt ist, dass sie aber oftmals in der Umsetzung unklar bleibt.

- Die Stadtverwaltungen sollten Steuerungsrounds und Konzeptentwicklungsbeteiligungen verstetigen. Führungskräften und Projektleitern kommt hier eine besondere Verantwortung zuteil, da sie i. d. R. dafür Sorge tragen, dass Steuerungsrounds und Konzeptentwicklungsbeteiligungen sinnvoll arbeiten. Eine sogenannte Phase-Null-Beteiligung könnte erprobt werden, um Fehlentwicklungen frühzeitig zu unterbinden.

Mit Blick auf die integrierte Stadt- und Verkehrsplanung und die Erstellung von Stadtentwicklungspolitiken könnte der ÖGD die Datenverarbeitung weiterentwickeln.

- Eine regelmäßig angefertigte integrierte und intersektorale Gesundheitsberichterstattung, die quantitative und qualitative Daten (auch Mehrfachbelastungen) aufbereitet, könnte als fundierte Informations-, Diskussions- und Planungsgrundlage

genutzt werden. Zudem könnten Health Impact Assessments flächendeckend eingeführt werden. Die Integration und Vereinheitlichung von Berichtselementen aus verschiedenen Fachämtern und Dezernaten sollte nicht gescheut werden, um Ressourcen besser einzusetzen. Der Bund und die Länder könnten entsprechende Rahmenbedingungen vorgeben, die einheitliche Formate und Mindestanforderungen vorschreiben.

- Für die Erstellung von Stadtentwicklungspolitiken stellt sich die Frage, inwiefern Projekte wie der Wegweiser Kommune oder ähnliche Monitorings genutzt werden können, um als allgemeine Datengrundlage für die kommunalen Politiken dienen zu können. Der formelle Aufbau der Politiken sollte interkommunal zwecks besserer Vergleichbarkeit erhöht werden. Ebenso könnte auf den Prüfstand gestellt werden, inwieweit kommunale Politiken aus (weltweiten) Projektdatenbanken gespeist und auf kommunaler Ebene lediglich an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden. Einerseits bietet es sich für Fördermittelgeber an, zu überprüfen, ob Finanzmittel an die Angabe von spezifisch messbaren Standards und Evaluationszusagen gebunden werden können, die mit wissenschaftlichen Standards übereinstimmen. Andererseits könnte überprüft werden, ob die Fülle an verschiedenen Politiken, die oftmals erstellt werden müssen, um Fördermittel beantragen zu können, notwendig ist und ob einfachere und konsistentere Wege existieren, um Stadtentwicklung zu steuern.

5.4.2. Forschung

Diese Untersuchung zeigt, dass Stadtentwicklungspolitiken indikatorenbasiert untersucht und eingestuft werden können. Interviews tragen zum Verstehen bei und ermöglichen einen Blick hinter die Kulissen. Für die drei Städte wurden politisch relevante Ergebnisse erarbeitet. Davon ausgehend ergeben sich für die weitere Forschungsarbeit verschieden gelagerte Aufträge. Bei genauer Betrachtung der für die hinzugefügten Indikatoren generierten Untersuchungsergebnisse zeigt sich, dass fachliche Diskussionen über die Ausgestaltung der Indikatoren Lärmbelastung, Biodiversität, Boden, Wasser, Hitze und UV-

Belastung und Wohnen zu führen sind: Da sich die Ergebnisse im Vergleich zu den von Lowe et al. erarbeiteten Indikatoren und Maßgaben auffallend verändern, sollten die Maßgaben ausdifferenziert und detailgenauer ausformuliert werden. Zudem könnten longitudinale Untersuchungen in den Städten durchgeführt werden, die neu hinzukommende Politiken einbeziehen. Darüber hinaus sollte sichergestellt werden, dass die Indikatoren Trends und Entwicklungen aufgreifen. Dies scheint geboten, da sich gegenwärtig Fahrradlieferdienste, verschiedenste Online-Händler, virtuelle ÖV-Haltestellen, Ride-Pooling-Verkehre sowie (zukünftig) autonome Fahrzeuge in unseren Städten etablieren.

Die Forschung könnte sich der Implementierungs- und Evaluationsforschung stärker widmen, um herauszufinden, inwieweit Stadtentwicklungspolitiken von den Kommunen umgesetzt werden und welche Wirkung sie entfalten. Dabei könnten die von den Interviewpartnern vielfach erwähnten Handlungslogiken und Abläufe im Politikzyklus berücksichtigt werden. Eine weitergehende Analyse könnte zudem untersuchen, warum die untersuchten Städte sich an einigen Stellen erheblich unterscheiden. Dafür kommen eine Untersuchung unter Einbezug der politischen Akteure und der Stadthistorie, eine Betrachtung der verfügbaren Finanzmittel und der kommunalen Fördermittelakquise und weitere Interviews mit Führungspersönlichkeiten in Frage. Eine großangelegte Netzwerk- und Akteursanalyse unter denjenigen, die Gesundheit in einer Kommune und einer Region prägen, könnte dazu beitragen, die Unterschiede zwischen den Städten zu erklären und den ÖGD dabei unterstützen, seine Ressourcen zielgerichtet einzusetzen und seine Networkingaktivitäten bei geeigneten Personen in Kommune und Region zu forcieren.

Die instrumentelle Stadt- und Gesundheitsplanung könnte dazu beitragen, die handelnden ÖGD-Akteure und Stadt- und Verkehrsplanungsabteilungen dabei zu unterstützen, Handlungskonzepte mit Bindungswirkung zu entwickeln und an den richtigen Stellen zu verankern. In Anbetracht der gebotenen Dringlichkeit, des Personalmangels und finanzieller Engpässe scheint es geboten, skalierbare Modelle – mit „Öffnungsklauseln“ zur individuellen Adaption – zu entwickeln. Die technologische Dimension (insbesondere Smart City-Konzepte) und die soziale Dimension sollten trotz der Tatsache, dass die Komplexität dadurch erhöht wird, neben der ökologischen und ökonomischen Dimension nicht

ausgespart bleiben. Die Verbindung zwischen Gesundheit und den weiteren Querschnittsthemen Erderhitzung und Nachhaltigkeit wurde in dieser Arbeit bereits beschrieben. Die Untersuchung von gemeinsamen Potenzialen und Synergien könnte fortgeführt werden, da die genannten Querschnittsthemen einander bedingen und vor ähnlichen Herausforderungen stehen. Ramirez-Rubio et al. (2019, S. 16) betrachten den HiAP-Ansatz als Schlüssel, um die SDG-Ziele zu erreichen. Jüngste Forschungsergebnisse zeigen, dass wiederum die laufende Umsetzung der SDGs die Implementierung des HiAP-Konzepts vorantreiben kann (Mbangwa et al. 2023, S. 7).

Angesichts der zahlreichen überschrittenen planetaren Grenzen und die weiteren tiefgreifenden Veränderungen, die auf globaler Ebene stattfinden (Rockström et al. 2023, S. 102; Kistemann et al. 2019, S. 72f.), sollte der Forschungsdiskurs in allen Disziplinen die planetare Perspektive und Systemzusammenhänge stärker thematisieren und die Wissenstranslation verbessern. Für die Disziplinen, die die gebaute Umwelt gestalten, bietet das HiAP-Konzept einen Orientierungsrahmen und das Konzept nachhaltige StadtGesundheit einen fundierten Anknüpfungspunkt. Eine Vision für Gesundheit im 21. Jahrhundert könnte in der Post-2030-Agenda verankert werden. Zu diesem Zweck erscheint es ratsam, die Möglichkeitsräume und Akteursnetzwerke auszuloten. Eine Blickfelderweiterung und der Aufbau von Brücken sind in jedem Fall notwendig.

5.5. Limitationen

Die Städte haben zwar Ziele, aber ob die Ziele empirisch hergeleiteten Notwendigkeiten entsprechen, bleibt in dieser Untersuchung im Unklaren. Ein Beispiel verdeutlicht dies: Gibt eine Stadt an, bis 2030 mindestens 5.000 Fahrradständer errichten zu wollen, dann ist das ein spezifischer und messbarer Standard. In die Auswertung ist jedoch nicht eingeflossen, ob die angestrebten 5.000 Fahrradständer aus dem Beispiel nicht deutlich zu niedrig angesetzt sind, um dem Bedarf bis 2030 Rechnung zu tragen. Hinzu kommt, dass die Anzahl und die Relevanz der Politiken im Rahmen der hier angewendeten Methode nicht berücksichtigt wird. Erhebliche Unterschiede können in der Bewertung im Dunkeln bleiben und kleinere Maßnahmen übergewichtet werden. Zudem konnte im Rahmen der vorliegenden

Untersuchung nicht bestimmt werden, inwieweit die Politiken (durch einen Ratsbeschluss) Verbindlichkeit erlangt haben, welche Relevanz einzelne Konzepte verwaltungsintern haben und ob dort aufgeführte Maßnahmen und Zielvorgaben jemals zur Umsetzung kommen. Inwieweit von den Politiken im alltäglichen Verwaltungshandeln abgewichen wird, spiegelt sich ebenfalls nicht in den Ergebnissen wider. Außerdem wurden Politiken, die nur in den Stadtbezirken Gültigkeit haben, nicht untersucht.

Eine weitere Limitation dieser Arbeit ist, dass sie die Stadtentwicklungspolitiken nicht in die Kategorien „den Neubau betreffend“ und „den Bestand betreffend“ gliedert. Einige der untersuchten städtischen Dokumente nehmen primär Neubauvorhaben in den Blick (beispielhaft sind hier u. a. der Leitfaden für Klimagerechte Bauleitplanung der Stadt Münster und das Baulandmodell der Stadt Köln zu nennen). Die Ursache für die Unterscheidung könnte unter anderem darin bestehen, dass unbeplante Bestandssituationen für die Kommunen um ein Vielfaches schwieriger zu beeinflussen sind. Wenn eine Kommune „eine gesundheitsfördernde Vorsorgestrategie verfolgt“, dann schlagen private Belange bisheriger Nutzer und der Bestandsschutz durch (Köck und Fischer 2018, S. 152, 163). Überplanung kostet zuerst einmal finanzielle und personelle Ressourcen. Sie kann eine Trendumkehr in (mehrfach-)belasteten Quartieren einleiten und sichern – löst jedoch die Probleme in ebendiesen Quartieren nicht unmittelbar, sondern muss von weiteren Maßnahmen flankiert werden (ebd., S. 149). Zukünftige Untersuchungen könnten zwischen den beiden genannten Kategorien unterscheiden. Weitere Anpassungen könnten die einzelnen Indikatoren optimieren (z. B. berücksichtigt der Luft-Indikator die Emittenten Industrie und Gewerbe nicht). Die Indikatoren haben generell einen anthropogenen Fokus – z. B. Tiere und Pflanzen kommen nicht oder nur am Rande vor. Zugleich werden Aspekte wie Sicherheit und andere Sozialindikatoren kaum berücksichtigt.

Die Interviewergebnisse sind nicht allgemeingültig und können nur teilweise auf andere Gebietskörperschaften übertragen werden, da die Situation in jeder Kommune unterschiedlich ist. Da die Interviews am Anfang des Forschungsprozesses geführt wurden, konnte auf die Ergebnisse der Dokumentenanalyse nicht eingegangen werden. In Verbindung mit den Erkenntnissen aus der Dokumentenanalyse ergibt sich jedoch ein nützlicher

Einblick hinsichtlich der Frage, inwiefern Kommunalverwaltungen gesundheitsbezogene Aspekte bei der Erstellung von Stadtentwicklungspolitiken und im allgemeinen Verwaltungshandeln berücksichtigen und priorisieren. Sowohl während der Dokumentenanalyse als auch während der Interviewanalyse ist immer wieder aufgefallen, dass StadtGesundheit mitunter mit Themen zusammenhängt, die im ersten Moment nicht offenkundig sind (ein Beispiel sind kommunale Stellplatzsatzungen). Des Weiteren konnte Hinweisen von Interviewpartnern und Impulsen aus der Literatur zu regionsübergreifenden bzw. interkommunalen Aktivitäten aus Kapazitätsgründen nicht berücksichtigt werden. Es empfiehlt sich jedoch, regionale Zusammenschlüsse und Konstrukte bzw. Körperschaften des öffentlichen Rechts genauer zu betrachten, da diese die Möglichkeit haben, Stadt-Land-Cleavages zu bearbeiten und Synergieeffekte zu heben (siehe diesbezüglich u. a. EGLV o.J., Stadt Köln, DB, NVR 2019, S. 2 und Region Münsterland 2021, S. 7).

Dass die Dokumente teilweise nur sehr schwierig aufzufinden oder zu durchdringen waren, ist eine letzte Limitation dieser Arbeit. Es kann daher sein, dass einige Politiken nicht eingeflossen sind, da sie entweder nicht gefunden wurden oder digital nicht verfügbar waren.

6. Zusammenfassung

Gesundheit und Stadt sind eng miteinander verknüpft. Seit einigen Jahren und insbesondere aufgrund der Corona-Pandemie rückt die Thematik ins Scheinwerferlicht. Die ökologischen Probleme machen sowohl der menschlichen als auch der planetaren Gesundheit zu schaffen. Die lokale und die planetare Umwelt sind miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig. Die Stadtplanung nimmt eine besondere Rolle ein, denn die Städte verfügen über die Planungshoheit und das Recht, eigenverantwortlich zu handeln. In Stadtentwicklungspolitiken können Städte Ziele formulieren, die gesunde und nachhaltige Städte hervorbringen. In der Arbeit wurden die Stadtentwicklungspolitiken in den drei Städten Bochum, Köln und Münster anhand gesundheitsbezogener politischer Indikatoren untersucht und bewertet. Die Indikatoren wurden um Aspekte erweitert, die für das Erdsystem von hoher Bedeutung sind. Sie appelliert auf diese Weise an die Dringlichkeit und die Bedeutung, unsere Lebensgrundlagen zu schützen und regt ein neues Nachdenken über die Verbindung von Menschen und Umwelt an. Die indikatorenbasierte Dokumentenanalyse wurde um Interviews mit Schlüsselpersonen ergänzt, da auf diese Weise ein Blick hinter die Kulissen der Stadtverwaltungen gewonnen werden sollte.

Die Auswertung der Stadtentwicklungspolitiken anhand der gesundheitsbezogenen politischen Indikatoren zeigt, dass keine Stadt alle Indikatoren vollständig abdeckt. Um sich gesünder und nachhaltiger zu entwickeln, sollten die Politiken in Bochum, Köln und Münster spezifischer, nachvollziehbarer und messbarer werden. Viele Maßgaben enthalten keine spezifisch messbaren Ziele. Die Vorgehensweise der untersuchten Städte wird den zahlreichen globalen und lokalen Problemen in dieser Hinsicht nicht ausreichend gerecht. Es ist zu prüfen, inwieweit gesundheitsbezogene Aspekte und die Impulse des ÖGD hinsichtlich der Berücksichtigung und Priorisierung von Gesundheit intersektoral und in allen Politiken aufgegriffen werden können, damit unsere Städte ihr Potenzial entfalten, das sie zu einer nachhaltigen Entwicklung auf unserem Planeten beitragen könnten. Die Interviewaussagen haben verdeutlicht, dass die Umsetzung von HiAP-Ansätzen die engagierten Städte Bochum, Köln und Münster in vielerlei Hinsicht herausfordert. In den letzten Jahren haben

das Verständnis für Gesundheit und die Relevanz von Gesundheit zugenommen und die Mitarbeiter des ÖGD entwickeln Methoden und Strategien, um das Thema zu bearbeiten. Gleichwohl ist das Querschnittsthema Gesundheit nur unvollständig im alltäglichen Verwaltungshandeln der verschiedenen Ämter und Dezernate verankert. Die bereits bestehenden Ansätze, Handlungsweisen und Strukturen sollten vereinfacht, verstetigt und optimiert bzw. ausgeweitet werden, damit Stadtentwicklungspolitiken durch die Zusammenarbeit verschiedener Akteure in Gänze im Sinne einer gesunden und nachhaltigen Stadt entwickelt werden.

Literaturverzeichnis

Albers, G. und Wékel, J. (2021): Stadtplanung: Eine illustrierte Einführung. Darmstadt, wbg Academic.

Antenne Münster (2023): Münsteraner vor Hitze Schützen. <https://www.antennemuens-ter.de/artikel/muensteraner-vor-hitze-schuetzen-1713390.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Augustin, J., Kis, A., Fehr, R. (o.J.): Stadt und Gesundheit - ein Übersichtsbeitrag. Unver-
öffentlicht (Aufruf: 15.08.2023).

Balland, E. (2022): Wohlgeordnetes Mobilitätsrecht im Mehrebenensystem. Klimaschutz,
Smart City, Stadtverkehrsplanung in Deutschland und Frankreich. Baden-Baden, Nomos.

Barry, J. (2007): Environment and social theory. 2. Auflage. London, Routledge.

Barton, H. und Grant, M. (2006): A health map for the local human habitat. In: The Jour-
nal for the Royal Society for the Promotion of Health, 126 (6), S. 252-253.

Barton, H. und Grant M. (2012): A health map for the local human habitat. In: Journal of
the Royal Society for the Promotion of Health, 126 (6), S. 252-253. doi:
10.1177/1466424006070466.

Barton, H. (2015): Planning for health and well-being: the time for action. In: Barton, H.,
Thompson, S., Burgess, S., Grant, M. (Hg.): THE ROUTLEDGE HANDBOOK OF PLAN-
NING FOR HEALTH AND WELL-BEING. Shaping a sustainable and healthy future. Lon-
don, Routledge, S. 3-16.

Barton, H. und Grant, M. (2012): Urban Planning for Healthy Cities. A Review of the Pro-
gress of the European Healthy Cities Programme. In: Journal of Urban Health: Bulletin of
the New York Academy of Medicine, Vol. 90, Suppl. 1. doi: 10.1007/s11524-011-9649-3.

Baumgart, S. (2018): Räumliche Planung und öffentliche Gesundheit – eine historische Verknüpfung. In: Baumgart, S., Köckler, H., Ritzinger, A., Rüdiger, A. (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, ARL, S. 20-37.

Baumgart, S. (2020): Stadtentwicklung. In: Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R., Köckler, H. (Hg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden, Springer VS, S. 209-222.

Baumgart, S. und Kistemann, T. (2018): Vielfältige Instrumente in der städtebaulichen Planung zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung – ein zusammenfassender Überblick. In: Baumgart, S., Köckler, H., Ritzinger, A., Rüdiger, A. (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, ARL, S. 254-267.

Baumgart, S. und Rüdiger, A. (2022): Gesundheit in der Stadtplanung. Instrumente, Verfahren, Methoden. Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 4. München, Oekom.

Baumgart, S., und Dilger, U. (2018). Fachplan Gesundheit - Entwicklung von Strategien über die bisherige Gesundheitsberichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hinaus. In: Baumgart, S. Köckler, H., Ritzinger, A., Rüdiger A. (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover, ARL, S. 200-212.

Baunetz_Wissen_ (o.J.): Hochhäuser. <https://www.baunetzwissen.de/brandschutz/fachwissen/sonderbauten/hochhaeuser-3154225> (Aufruf: 15.08.2023).

Becker, T. und Gerlach, J. (2020): Mobilität und Verkehr. Die Integration von Gesundheitsaspekten in die Verkehrsplanung – Status Quo und ein Ausblick. In: Böhm, B., Bräunling, St., Geene, R., Köckler, H. (Hg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden, Springer VS, S. 193-208.

Bezirksregierung Detmold (2013): Regionalplanung. <https://www.bezreg-detmold.nrw.de/aufgaben/regionalplanung> (Aufruf: 15.08.2023).

Bezirksregierung Köln (2021): Luftreinhalteplan Köln. 3. Fortschreibung 2021.
https://www.bezreg-koeln.nrw.de/system/files/media/document/file/umweltschutz_immissionsschutz_luftreinhalteplaene_luftreinhalteplan_koeln_03_fortschreibung_2021.pdf
(Aufruf: 15.08.2023).

Bezirksregierung Münster (2014): Luftreinhalteplan. Stadtgebiet Münster.
https://www.bezreg-muenster.de/de/presse/2014/20140627_Fuer_bessere_Luft_in_Muensters_Stadtgebiet_Geaenderter_Luftreinhalteplan_tritt_in_Kraft/LRP_MS_Stand_09052014_Endfassung.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Blum, P., Böhme, Ch., Kühnau, Ch., Reinke, M., Willen, L. (2023): Stadtnatur erfassen, schützen, entwickeln: Orientierungswerte und Kenngrößen für das öffentliche Grün Naturschutzfachliche Begleitung der Umsetzung des Masterplans Stadtnatur. In Bundesamt für Naturschutz BfN-Schriften 653 2023. doi: 10.19217/skr653.

Böhme, C., Dilger, U., Quilling, E. (2018): Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger, Rüdiger, A. (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover, ARL, S. 135-144.

Böhme, C., Spies, G., Weber, D. (2018): Städtebauförderung: Ein Instrument zur Finanzierung gesundheitsfördernder Stadtentwicklung?. In: Baumgart, S., Köckler, H., Ritzinger, A., Rüdiger, A. (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover, ARL, S. 215-234.

Bowen, K. J., Murphy, N., Dickin, S., Dzebo, A., Ebikeme, C. (2021): Health Synergies across International Sustainability and Development Agendas: Pathways to Strengthen National Action. In: International journal of environmental research and public health, 18(4), 1664. doi: 10.3390/ijerph18041664.

Bührlen, B., Hegemann, T., Henke, K.-D., Kloepfer, A., Reiß, T., Schwartz, F. W. (2013): Gesundheit neu denken Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen. Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI ISI-Schriftenreihe

»Innovationspotenziale«. <https://publica-rest.fraunhofer.de/server/api/core/bitstreams/3efaa208-9ad9-403d-be60-51e297846fb1/content> (Aufruf: 15.08.2023).

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2017): Das Konzept „Grünordnung“: Ein vernetztes, multifunktionales Grünsystem, Münster, Nordrhein-Westfalen. In: URBANE FREIRÄUME – Qualifizierung, Rückgewinnung und Sicherung urbaner Frei- und Grünräume, S. 26-29.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit (BMZ) (o.J.): Ganzheitliche Lösungen für die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt. Biodiversität und Gesundheit. <https://www.bmz.de/de/themen/biodiversitaet/gesundheit> (Aufruf: 15.08.2023).

Carmichael, L., Townshend, T. G., Fischer, T. B., Lock, K., Petrokofsky, C., Sheppard, A., Sweeting, D., Ogilvie, F. (2019): Urban planning as an enabler of urban health: Challenges and good practice in England following the 2012 planning and public health reforms. In: Land Use Policy, Volume 84, S. 154-162. doi: 10.1016/j.landusepol.2019.02.043.

Cerin, E., Sallis, J. F., Salvo, D., Hinckson, E., Conway, T. L., Owen, N., van Dyck, D., Lowe, M., Higgs, C., Moudon, A. V., Adams, M. A., Cain, K. L., Christiansen, L. B., Davey, R., Dygrýn, J., Frank, L. D., Reis, R., Sarmiento, O. L., Adlakha, D., Boeing, G., ... Giles-Corti, B. (2022): Determining thresholds for spatial urban design and transport features that support walking to create healthy and sustainable cities: findings from the IPEN Adult study. In: The Lancet. Global health, 10(6), S. e895-e906. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00068-7.

Claßen, T. (2020): GESUNDHEITSFÖRDERLICHE STADTENTWICKLUNG. Zwischen Renaissance und Neuerfindung. Informationen zur Raumentwicklung in Heft 1/2020. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/izr/2020/1/downloads/einfuehrung.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Aufruf: 15.08.2023).

Colorafi, K. J. und Evans, B. (2016): Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *HERD*, 9(4), S. 16-25. doi: 10.1177/1937586715614171.

de Lima, O. A. C. P., Krugerl, E., Tennant, M. (2022): São Paulo urban health index: measuring and mapping health disparities. In: *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 25, e220005. doi: 10.1590/1980-549720220005.

Deutsche Gesellschaft Club of Rome (o.J.): Der Club of Rome von 1969 bis heute. <https://clubofrome.de/historie/> (Aufruf: 15.08.2023).

Emschergenossenschaft und Lippeverband (EGLV) (o.J.): Leitbild und Leitlinien. <https://www.eglv.de/emscher-lippe/> (Aufruf: 15.08.2023).

Europäische Kommission (2020): How many people can you reach by public transport, bicycle or on foot in european cities? Measuring urban accessibility for low-carbon modes. https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/work/012020_low_carbon_urban.pdf (Aufruf 15.08.2023).

Europäische Umweltagentur (2018): Unequal exposure and unequal impacts: social vulnerability to air pollution, noise and extreme temperatures in Europe. <https://www.eea.europa.eu/publications/unequal-exposure-and-unequal-impacts> (Aufruf: 15.08.2023).

Ewing, R. und Cervero, R. (2010): Travel and the built environment: a meta-analysis. In: *Journal of the American Planning Association*; 76, S. 265-94. doi: 10.1080/01944361003766766.

Fehr, R. (2001): *Ökologische Gesundheitsförderung*. Bern, Verlag Hans Huber.

Fehr, R. (2016): Urban Health/StadtGesundheit in Deutschland. In: *Public Health Forum* 2016; 24(4), S. 251-254. doi: 10.1515/pubhef-2016-2104.

Fehr, R. (2020): Urban Health/StadtGesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. doi: 10.17623/BZGA:Q4-i124-2.0.

Fehr, R. und Hornberg, C. (2018): Nachhaltige StadtGesundheit als „Blickfelderweiterung“ und „Brückenbau“. In: Fehr, R. und Hornberg, C. (Hg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. doi: 10.14512/9783962385064.

Fehr, R. und Trojan, A. (2018): Nachhaltige StadtGesundheit. Warum wir das Konzept brauchen und wie wir es für Hamburg thematisch gefasst haben. Eine Einführung. In: Fehr, R. und Trojan, A. (Hg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. München, Oekom. doi: 10.14512/9783962384845.

Friedrichs, J. (2005): Stadtentwicklung. In: ARL (Hg.): Handwörterbuch der Raumordnung, Band 4. Hannover, ARL, S. 1059-1067.

Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., Redwood, S. (2013): Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. In: BMC medical research methodology, 13, 117. doi: 10.1186/1471-2288-13-117.

Gatzweiler, F. W., Jayasinghe, S., Siri, J. G., Corburn, J. (2023): Towards a New Urban Health Science. In: Urban Science, 7(1), 30. MDPI AG. doi: 10.3390/urbansci7010030.

Geene, R. (2020): Health in All Policies – Internationale Entwicklungen, Umsetzungsbeispiele und Perspektiven für Deutschland. In: Böhm, L., Bräunling, S., Geene E., Köckler, H. (Hg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden, Springer VS, S. 37–54.

Gesunde Städte-Netzwerk (o.J.): Das Gesunde Städte-Netzwerk. <https://gesunde-staedte-netzwerk.de/mitglieder/> (Aufruf: 15.08.23).

Giles-Corti, B., Vernez-Moudon, A., Reis, R., Turrell, G., Dannenberg, A. L., Badland, H., Foster, S., Lowe, M., Sallis, J. F., Stevenson, M., Owen, N. (2016): City planning and

population health: a global challenge. In: Lancet (London, England), 388(10062), S. 2912-2924. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30066-6.

Global Observaotry of Healthy and Sustainable Cities (GOHSC) (2023a): 1000 Cities Challenge. Policy Checklist, Version 1.0.0. Interner Bereich.

Global Observaotry of Healthy and Sustainable Cities (GOHSC) (2023b): 1000 Cities Challenge. Poliviy Inidcators Training. Session 1 Junge 03 2023.

<https://www.youtube.com/watch?v=7DlxwsxgkzU&list=PLbW2Rd0iC-bPgYbkpTSzM5ddBQVfuSy04F&index=1>; <https://www.healthysustainablecities.org/re-sources> (Aufruf: 15.08.2023).

Grant, M. (2023): The Health Map: Its genesis and widespread use in guiding urban spatial policy and action for population and planetary health. In: Perspectives in public health, 143(2), S. 67-70. doi: 10.1177/17579139231163732.

Grant, M., Siri, J., Gatzweiler, F., Dora, C., Aerts, J., Nandudu, S., Claeson, A., Carbaljal, P., Roebbel, N., Petrella, L., de Sáí, T. (2022): Supporting a Healthy Planet, Healthy People and Health Equity through Urban and Territorial Planning. In: PLANNING PRACTICE & RESEARCH, VOL. 37, NO. 1, S. 111-130. doi: 10.1080/02697459.2021.200.

Hamburg.de (o.J.): Cholera in Hamburg - die Katastrophe beginnt. <https://www.hamburg.de/contentblob/111730/a807a2dd5fe86b4b4652c8da43811787/data/grossbuch.pdf> (Aufruf: 15.08.2023).

Hartung, S. und Rosenbrock, R. (2022) Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. doi: 10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0.

Hauff, V. (1987) (Hg.): Unsere gemeinsame Zukunft. Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung.

Holm, A. (2020): Wohnen: Gesundheit im Politikfeld Wohnen. In: Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R., Köckler, H. (Hg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden, Springer VS, S. 209-222.

Hornberg, C., Pauli, A., Fehr, R. (2018): Urbanes Leben und Gesundheit. In: Fehr, R. und Hornberg, C. (Hg.): Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. München, Oekom, S. 77-96. doi: 10.14512/9783962385064.

Horton, R., Beaglehole, R., Bonita, R., Raeburn, J., McKee, M., & Wall, S. (2014): From public to planetary health: a manifesto. In: Lancet (London, England), 383(9920), S. 847. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60409-8.

Institut Wohnen und Umwelt (IWU) (2018): Datenerhebung Wohngebäudebestand 2016 Datenerhebung zu den energetischen Merkmalen und Modernisierungsraten im deutschen und hessischen Wohngebäudebestand. https://www.iwu.de/fileadmin/publikationen/gebäudebestand/2018_IWU_CischinskyEtDiefenbach_Datenerhebung-Wohngebäudebestand-2016.pdf (Aufruf: 15.08.2023)

Karriere.NRW (2022): Stadt Köln. <https://karriere.nrw/dienststelle/994403e4-184a-43af-9266-3b96007c0ebe> (Aufruf: 15.08.2023).

Kellermann, L. und Szagun, B. (2023): Health in All Policies in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Gesundheitswesen 2023; 85(04), S. 403-410. doi: 10.1055/a-1709-1162.

Kistemann, T. und Ritzinger, A. (2018): Leitbilder einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung. In: Baumgart, S., Köckler, H., Ritzinger, A., Rüdiger, A. (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover, ARL, S. 59-69.

Kistemann, T., Schweikart, J., Butsch, C. (2019): Medizinische Geographie. Das Geographische Seminar. Braunschweig, Westermann Gruppe.

Koch, M. und Köhler, M. (2013): Neue Freiräume für die Planung. Band 1. Hamburg.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:1373-opus-1361> (Aufruf: 15.08.2023).

Köck, W. und Fischer, H. (2018): Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und Umweltgerechtigkeit als Problem des Städtebau- und Bauplanungsrechts. In: Baumgart, S., Köckler, H., Ritzinger, A., Rüdiger, A. (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, ARL, S. 145-163.

Köckler, H. und Fehr, R. (2018): Health in All Policies: Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und -entwicklung. In: Baumgart, S., Köckler, H., Ritzinger, A., Rüdiger, A. (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, ARL, S. 70-86.

Köckler, H. und Geene, R. (2022): Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. doi: 10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0.

Köckler, H. und Sieber, R. (2020): Die Stadt als gesunder Lebensort?!. Bundesgesundheitsblatt 2020, 63, S. 928-935. doi: 10.1007/s00103-020-03176-x.

Kuckartz, U. und Rädiker, S. (2020): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA Schritt für Schritt. Springer VS, Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-31468-2.

Landesarbeitsgemeinschaft Agenda 21 NRW (LAG 21 NRW) (2014): Münster managt Fläche strategisch. Mit kommunalem Flächenmanagement zur nachhaltigen Stadtentwicklung. <https://www.lag21.de/files/default/pdf/Themen/nn-transfer-n/knt-broschure/11-10-1-knt-poster-stadt-munster-final-do.pdf> (Aufruf: 15.08.2023).

Landesregierung NRW (2021): Meilenstein für besseren Rad- und Fußverkehr in Nordrhein-Westfalen: Landtag verabschiedet das Fahrrad- und Nahmobilitätsgesetz. <https://www.land.nrw/pressemitteilung/meilenstein-fuer-besseren-rad-und-fussverkehr-nordrhein-westfalen->

landtag#:~:text=Ministerin%20Brandes%3A%20Das%20neue%20Gesetz,Stufe%20mit%20Auto%20und%20Bahn&text=Der%20Landtag%20Nordrhein%20Westfalen%20hat,des%20Straßen%20und%20Wegegesetzes%20verabschiedet. (Aufruf: 15.08.2023).

Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG NRW) (2021): Gesundheitsindikatoren NRW. Verfügbare Gesundheitsindikatoren für Nordrhein-Westfalen. Heft 37. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_bericht/indikatoren/gesundheitsindikatoren_nrw_2021.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG NRW) (2022): Präventionsgesetz & KGC NRW. https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/praeventionsgesetz/index.html (Aufruf: 15.08.2023).

Lerner, H. und Berg, C. (2017): A Comparison of Three Holistic Approaches to Health: One Health, EcoHealth, and Planetary Health. In: *Frontiers in veterinary science*, 4, 163. doi: 10.3389/fvets.2017.00163.

Levin-Keitel, M. und Reeker, I. K. (2021): Approaches to integrate land-use and transport planning. Analysing the political dimension of integrative planning. In: *Raumforschung und Raumordnung, Spatial Research and Planning*. DE, 79(3), S. 214-227. doi: 10.14512/rur.35.

Lowe, M., Adlakha, D., Sallis, J. F., Salvo, D., Cerin, E., Moudon, A. V., Higgs, C., Hinckson, E., Arundel, J., Boeing, G., Liu, S., Mansour, P., Gebel, K., Puig-Ribera, A., Mishra, P. B., Bozovic, T., Carson, J., Dygrýn, J., Florindo, A. A., Ho, T. P., ... Giles-Corti, B. (2022): City planning policies to support health and sustainability: an international comparison of policy indicators for 25 cities. In: *The Lancet. Global health*, 10(6), S. e882-e894. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00069-9.

Lowe, M., Adlakha, D., Sallis, J. F., Salvo, D., Cerin, E., Moudon, A. V., Higgs, C., Hinckson, E., Arundel, J., Boeing, G., Liu, S., Mansour, P., Gebel, K., Puig-Ribera, A., Mishra, P. B., Bozovic, T., Carson, J., Dygrýn, J., Florindo, A. A., Ho, T. P., ... Giles-Corti, B. (2022): Supplementary Appendix. City planning policies to support health and sustainability: an

international comparison of policy indicators for 25 cities. In: The Lancet. Global health, 10(6), S. e882-e894. [https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S2214-109X\(22\)00069-9/attachment/39bad32b-d58e-4d6e-8700-f41915db6cdc/mmc1.pdf](https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S2214-109X(22)00069-9/attachment/39bad32b-d58e-4d6e-8700-f41915db6cdc/mmc1.pdf) (Aufruf: 15.08.2023).

Marcus, G., Siri, J., Gatzweiler, F., Dora, C., Aerts, J., Nandudu, S., Claeson, A., Carbajal, P., Roebbel, N., Petrella, L., & de Sá, T. H. (2022): Supporting a Healthy Planet, Healthy People and Health Equity through Urban and Territorial Planning. In: Planning, practice & research, 37(1), S. 111-130. doi: 10.1080/02697459.2021.2000144.

Mbanga, E., Joachim, C., Ilyas, O., John, R., Rweyemamu, L., Mtenga, S., Mhalu, G., Nanai, A., Kileo, N., Kessi, M., Iriya, N., Mapunda, M., Phori, P., Kirigia, D., Valentine, N., Told, M., Marwa, A., & Yoti, Z. (2023): Process of developing the National Health in All Policies Framework to address social determinants of health in Tanzania Mainland: lessons learned, 2018 - 2022. In: The Pan African medical journal, 45(Suppl 1), 4. doi: 10.11604/pamj.supp.2023.45.1.39693.

Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Digitalisierung Nordrhein-Westfalen (MHKBD NRW) (o.J.): Kommunen als Fundament der Demokratie.

[https://www.mhkbd.nrw/themenportal/kommunen-als-fundament-der-demokratie#:~:text=427%20Kommunen%20\(396%20Städte%20und,das%20ist%20unser%20Nordrhein%20Westfalen.](https://www.mhkbd.nrw/themenportal/kommunen-als-fundament-der-demokratie#:~:text=427%20Kommunen%20(396%20Städte%20und,das%20ist%20unser%20Nordrhein%20Westfalen.) (Aufruf: 15.08.2023).

Ministerium für Umwelt, Naturschutz und Verkehr NRW (MUNV) (2020): Die globalen Nachhaltigkeitsziele konsequent umsetzen. Weiterentwicklung der Strategie für ein nachhaltiges Nordrhein-Westfalen. https://www.umwelt.nrw.de/fileadmin/redaktion/Broschueren/nrw_nachhaltigkeitsstrategie_2020.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Müller, O., Jahn, A., Gabrysch, S. (2018): Ein umfassendes Gesundheitskonzept. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 40, 5. Oktober 2018, S. 1751-1752. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/201358/Planetary-Health-Ein-umfassendes-Gesundheitskonzept> (Aufruf: 15.08.2023).

Münsterland (o.J.): Stadt Münster. <https://www.muensterland.com/wirtschaft/arbeiten/top-arbeitgeber-im-muensterland/stadt-muenster/> (Aufruf: 15.08.2023).

Nell, R., Cetin, F., Izdebska, O., Kretschmann, N., Narr, R. (2022): Neue Hilfestellung für Kommunen: Urban Governance Toolbox. In: Synthese- und Vernetzungsprojekt Zukunftsstadt (SynVer*Z): Reallabore für urbane Transformation Methoden, Akteure und Orte experimenteller und ko-produktiver Stadtentwicklung am Beispiel der BMBF-Zukunftsstadtforschung. https://www.nachhaltige-zukunftsstadt.de/downloads/SynVerZ_Sammelband_Reallabore.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Neue Leipzig Charta (2020): Die transformative Kraft der Städte für das Gemeinwohl. https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/SharedDocs/Publikationen/DE/Publikationen/die_neue_leipzig_charta.pdf;jsessionid=DDFEFF892AF9E6C85573A48081CEB192.live21302?__blob=publicationFile&v=7 (Aufruf: 15.08.2023).

Neus, H. und Mücke, H. G. (2005): Indikatoren. In: Fehr, R., Neus, H., Heudorf, U. (Hg.): Gesundheit und Umwelt. Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, Verlag Hans Huber.

NRW.Energy4Climate (2022): KlimaQuartier.NRW Der Standard für klimafreundliche Quartiere in NRW. https://issuu.com/nrw_energy4climate/docs/planungsleitfaden-klimaquartiernrw-cr-nrwenergy4cl (Aufruf: 15.08.2023).

Olszewska-Guizzo, A., Fogel, A., Benjumea, D., Tahsin, N. (2021): Sustainable Solutions in Urban Health: Transdisciplinary Directions in Urban Planning for Global Public Health. In: Leal Filho, W., Vidal, D. G., Dinis, M. A. P., Dias, R. C. (Hg.): Sustainable Policies and Practices in Energy, Environment and Health Research. World Sustainability Series. Cham, Springer. doi: 10.1007/978-3-030-86304-3_14.

Persson, L., Almroth, B. M., Collins, C. D., Cornell, S., de Wit, C. A., Diamond, M. L., Fantke, P., Hassellöv, M., MacLeod, M., Ryberg, M. W., Søggaard Jørgensen, P., Villarrubia-Gómez, P., Wang, Z., Hauschild, M. Z. (2022): Outside the Safe Operating Space of

the Planetary Boundary for Novel Entities. In: *Environmental science & technology*, 56(3), S. 1510-1521. doi: 10.1021/acs.est.1c04158.

Pineo, H., Zimmermann, N., Davies, M. (2020): Integrating health into the complex urban planning policy and decision-making context: a systems thinking analysis. In: *Palgrave Commun* 6, 21. doi: 10.1057/s41599-020-0398-3.

Pohlan, J. und Yosifova, E. (2020): B.6 Stadt und Gesundheit. In: Breckner, I., Göschel, A., Matthiesen, U. (Hg.): *Stadtsoziologie und Stadtentwicklung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Nomos, Baden-Baden. doi: 10.5771/9783845276779.

Pope, C., Ziebland, S., Mays, N. (2000): Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. In: *BMJ*, 320(7227), S. 114-116. doi: 10.1136/bmj.320.7227.114.

Ramirez-Rubio, O., Daher, C., Fanjul, G., Gascon, M., Mueller, N., Pajín, L., Plasencia, A., Rojas-Rueda, D., Thondoo, M., Nieuwenhuijsen, M. J. (2019): Urban health: an example of a "health in all policies" approach in the context of SDGs implementation. In: *Globalization and health*, 15(1), 87. doi: 10.1186/s12992-019-0529-z.

Region Münsterland (2021): RÜCKENWIND FÜRS FAHRRAD. Ein regionsweites Netz für die schnelle Fahrradmobilität im Münsterland. https://www.veloregion.de/site/assets/files/13455/20211122_positionspapier_velorouten_im_muensterland_final.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Reisig, V. und Kuhn, J. (2020): Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. doi: 10.17623/BZGA:Q4-i081-2.0.

Rockström, J., Gupta, J., Qin, D., Lade, S. J., Abrams, J. F., Andersen, L. S., Armstrong McKay, D. I., Bai, X., Bala, G., Bunn, S. E., Ciobanu, D., DeClerck, F., Ebi, K., Gifford, L., Gordon, C., Hasan, S., Kanie, N., Lenton, T. M., Loriani, S., Liverman, D. M., ... Zhang, X.

(2023): Safe and just Earth system boundaries. In: *Nature*, 619(7968), S. 102-111. doi: 10.1038/s41586-023-06083-8.

Rockström, J., Steffen, W., Noone, K., Persson, A., Chapin, F. S., 3rd, Lambin, E. F., Lenton, T. M., Scheffer, M., Folke, C., Schellnhuber, H. J., Nykvist, B., de Wit, C. A., Hughes, T., van der Leeuw, S., Rodhe, H., Sörlin, S., Snyder, P. K., Costanza, R., Svedin, U., Falkenmark, M., ... Foley, J. A. (2009): A safe operating space for humanity. In: *Nature*, 461(7263), S. 472-475. doi: 10.1038/461472a.

Sachverständigenrat für Umweltfragen (SRU) (2020): Für eine entschlossene Umweltpolitik in Deutschland und Europa. UMWELTGUTACHTEN 2020. https://www.umweltrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/01_Umweltgutachten/2016_2020/2020_Umweltgutachten_Entschlossene_Umweltpolitik.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Aufruf: 15.08.2023).

Sachverständigenrat für Umweltfragen (SRU) (2023): Umwelt und Gesundheit konsequent zusammendenken. Sondergutachten. https://www.umweltrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/02_Sondergutachten/2020_2024/2023_06_SG_Umwelt_und_Gesundheit_zusammendenken.pdf?__blob=publicationFile&v=12 (Aufruf: 15.08.2023).

Schlicht, W. (2017): *Urban Health. Erkenntnisse zur Gestaltung einer „gesunden“ Stadt.* Wiesbaden, Springer VS.

Schröder, J., Moebus, S., Skodra, J. (2022): Selected Research Issues of Urban Public Health. In: *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5553. doi: 10.3390/ijerph19095553.

Schröteler-von Brandt, H. (2014): *Stadtbau- und Stadtplanungsgeschichte. Eine Einführung.* 2. Auflage. Wiesbaden, Springer VS.

Schubert, D. (2008): Wilhelm Lindley und London, „das riesenmässige Stadtungeheuer an der Themse“ im 19. Jahrhundert. In: Pelc, O.; Grötz, S. (Hg.): *Konstrukteur der Moderne.*

William Lindley in Hamburg und Europa 1808–1900. In: Schriftenreihe des Hamburgischen Architekturarchivs 23. Hamburg und München, S. 92-111.

Stadt Bochum (2013): Klimaschutzteilkonzept. Klimafreundlicher Verkehr Bochum. https://plattformklima.nrw/wp-content/uploads/2020/06/KSK_Bochum_Endbericht_Langfassung_final.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2015a): Detaillierter Lärmaktionsplan für den Ballungsraum Bochum. [https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/78B01F618DF05904C125853D0038082C/\\$FILE/Gesamt_Detaillierter_LAP.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/78B01F618DF05904C125853D0038082C/$FILE/Gesamt_Detaillierter_LAP.pdf) (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2015b): Energie- und Klimaschutzkonzept Bochum 2030. [https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2BL39LR186BOCMDE/\\$File/20151109_Abschlussbericht_EKK_BO_finalred.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2BL39LR186BOCMDE/$File/20151109_Abschlussbericht_EKK_BO_finalred.pdf) (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2016): Aufnahmeantrag der Stadt Bochum für die „Arbeitsgemeinschaft fußgänger- und fahrradfreundliche Städte, Gemeinden und Kreise in NRW“. https://bochum.ratsinfomanagement.net/sdnetrim/UGhVM0hpd2NXNFdF-cExjZSKb84o8BIX8wmkikxBOOh7-hYeE_sukO26nSnIM7zmf/AGFS-Bewerbungstext_Bochum-II.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2018a): Handlungskonzept Wohnen. <https://www.bochum.de/Amt-fuer-Stadtplanung-und-Wohnen/Dienstleistungen-und-Infos/Handlungskonzept-Wohnen> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2018b): Green City Plan Bochum. <https://www.bochum.de/mobilitaetskonzept> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2019): Umweltbewusst mobil in Bochum - zuverlässig, bezahlbar und vernetzt. [https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2BEB-FAR715BOCMDE/\\$File/Leitbild_Mobilitaet.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2BEB-FAR715BOCMDE/$File/Leitbild_Mobilitaet.pdf) (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2020): Die Bochum Strategie 2030. <https://www.bochum.de/Die-Bochum-Strategie> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2021a): Barrierefreiheit. Teilfortschreibung und Konkretisierung Nahverkehrsplan Bochum 2017. [https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2C6VFHV727BOCMDE/\\$File/Barrierefreiheit_Teilfortschreibung_und_Konkretisierung_Nahverkehrsplan_Bochum2017.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2C6VFHV727BOCMDE/$File/Barrierefreiheit_Teilfortschreibung_und_Konkretisierung_Nahverkehrsplan_Bochum2017.pdf) (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2021a): Leistungsbeschreibung zur Ausschreibung Klimaplan Bochum 2035 - Erstellung eines Integrierten Masterplans Klimaschutz- und Klimafolgenanpassung 2035 für die Stadt Bochum.

Stadt Bochum (2021b): Bochumer Allianz für Wohnen. <https://www.bochum.de/Amt-fuer-Stadtplanung-und-Wohnen/Dienstleistungen-und-Infos/Allianz-fuer-Wohnen> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2022a): 1. Fortschreibung des Lärmaktionsplans. Für den Ballungsraum Bochum. <https://www.bochum.de/Umwelt--und-Gruenflaechenamt/Laermaktionsplanung> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2022b): Die Stadt zuerst. Bochumer Grundsätze zur städtebaulichen Gestaltung. <https://www.bochum.de/Amt-fuer-Stadtplanung-und-Wohnen/Dienstleistungen-und-Infos/Bochumer-Gestaltungsgrundsaeetze> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2022c): Hitze Konzept. Obdach- und Wohnungslose bei "Hitzewellen" schützen. <https://www.bochum.de/Amt-fuer-Soziales/Hitzekonzept> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2023): Evaluation und Fortschreibung Handlungskonzept Wohnen Bochum: Prozess. Beschlussvorlage Nr. 20221134. <https://www.bochum.de/Amt-fuer-Stadtplanung-und-Wohnen/Dienstleistungen-und-Infos/Handlungskonzept-Wohnen> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2023a): Radverkehrskonzept. Entwurfsfassung. <https://www.bochum.de/Tiefbauamt/Radverkehrskonzept> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (2023b): Verlängerungsantrag zur AGFS-Mitgliedschaft. [https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CSHBKF669BOCMDE/\\$File/AGFS_VerlaengerungsantragBochum.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CSHBKF669BOCMDE/$File/AGFS_VerlaengerungsantragBochum.pdf) (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (o.J. a): Umweltzone. <https://www.bochum.de/Umwelt--und-Gruenflaechenam/Dienstleistungen-und-Infos/Umweltzone> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (o.J. b): Baustellenmanagement - Alles aus einer Hand. <https://www.bochum.de/Die-Bochum-Strategie/Die-Kompetenzen-der-Strategie/Vorreiterin-modernen-Stadtmanagements/Baustellenmanagement---Alles-aus-einer-Hand> (Aufruf: 15.08.2023):

Stadt Bochum (o.J. c): Pocket Parks. <https://www.bochum.de/Die-Bochum-Strategie/Die-Kompetenzen-der-Strategie/Grossstadt-mit-Lebensgefuehl/Pocket-Parks> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (o.J. d): StadtBaumKonzept. <https://www.bochum.de/Die-Bochum-Strategie/Die-Kompetenzen-der-Strategie/Grossstadt-mit-Lebensgefuehl/StadtBaumKonzept> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (o.J. e): Blühstreifenprogramm. Blühstreifen, Blühwiesen und Blühflächen im Bochumer Stadtgebiet. Blühwiesen in Park- und Grünanlagen (Details). <https://www.bochum.de/Umwelt--und-Gruenflaechenam/Bluehstreifenprogramm-in-Bochum> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (o.J. f): Bisherige Maßnahmen zum Klimaschutz, Klimabildung, Klimafolgenanpassung und Nachhaltigkeit. Datenbank Klima öffentlich. [https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2C93BF9207BOCMDE/\\$File/Datenbank_Klima_oeffentlich.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2C93BF9207BOCMDE/$File/Datenbank_Klima_oeffentlich.pdf) (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Bochum (o.J. g): Kommunales Modernisierungsprogramm. <https://www.bochum.de/Amt-fuer-Stadtplanung-und-Wohnen/Dienstleistungen-und-Infos/Modernisierungsprogramm> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2014): Köln mobil 2025. <https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf66/koeln-mobil-2025.pdf> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2015a): Stadtentwicklungskonzept Wohnen. Stadtentwicklung Köln. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/03461/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2015b): Integriertes Handlungskonzept. Starke Veedel – Starkes Köln. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/66129/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2018a): Green City Masterplan der Stadt Köln im Rahmen des Sofortprogramms Saubere Luft 2017 – 2020. Anlage 1 - Bericht. <https://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/verkehr/mobilitaet/green-city-masterplan> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2018b): 3. Nahverkehrsplan. Stadtentwicklung Köln. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/71752/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2018c): Gestaltungshandbuch GESAMTSTRATEGIE FÜR DEN ÖFFENTLICHEN RAUM DER STADT KÖLN. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/62467/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2019a): Kölner Perspektiven 2030. Zielgerüst. <https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf15/kp2030/zielgeruest.pdf> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2019b): Fortschreibung des Lärmaktionsplanes für die Stadt Köln. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/03305/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2020a): Stadtstrategie „Kölner Perspektiven 2030+“. <https://www.stadt-koeln.de/politik-und-verwaltung/stadtentwicklung/koelner-perspektiven-2030/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2020b): Wie inklusiv ist das Quartier? Kriterienkatalog für barrierefreie und generationengerechte Quartiere. <https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf16/pdf161/brosch%C3%B> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2022a): Baulandmodell Köln 2017 plus. Richtlinie und Umsetzungsanweisung für Verfahren mit Grundstückskauf ab dem 05.05.2022. https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf61/kooperatives_baulandmodell.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2022b): Hitzeaktionsplan für Menschen im Alter für die Stadt Köln. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/67953/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2022c): Nachhaltigkeitsbericht der Stadt Köln 2022. Nach dem Berichtsrahmen Nachhaltige Kommune (BNK) im Kontext der Agenda 2030. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/72093/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2022d): Radverkehrshauptnetz für alle Stadtbezirke. <https://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/verkehr/radfahren/radverkehrshauptnetz-fuer-alle-stadtbezirke> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2022e): Köln-Katalog. Typologien für kompakte, nachhaltige und lebenswerte Quartiere. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/72513/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2022f): Hitzeaktionsplan für Menschen im Alter für die Stadt Köln. https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf57/Klima/hitzeaktionsplan_für_menschen_im_alter_für_die_stadt_köln_2022_-_barrier.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2022g): Leitfaden für eine wassersensible Stadt- und Freiraumgestaltung in Köln. Empfehlungen und Hinweise für eine zukunftsfähige Regenwasserbewirtschaftung und für die Überflutungsvorsorge bei extremen Niederschlagsereignissen. https://steb-koeln.de/Redaktionell/ABLAGE/Downloads/Broschüren-Veröffentlichungen/Gebäude-schutz/FirstSpirit_1489560439762LeitfadenPlanung_ES_140217_web.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2023a): Fußverkehr im Fokus. Der Fußverkehrsbeauftragte der Stadt Köln stellt seine Arbeit vor. <https://www.stadt-koeln.de/Politiken-und-verwaltung/presse/mitteilungen/25957/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (2023b): Masterplan Stadtgrün. Grüne Infrastruktur Köln <https://www.stadt-koeln.de/politik-und-verwaltung/presse/mitteilungen/25663/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (o.J. a): Die Kölner Umweltzone. <https://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/klima-umwelt-tiere/luft-umweltzone/die-koelner-umweltzone> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (o.J. b): Verkehrsberuhigung. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/07139/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (o.J. c): Parken rund um die Uhr. <https://www.stadt-koeln.de/artikel/03954/index.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln (o.J. d): Unser Bodenschutzkonzept. <https://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/klima-umwelt-tiere/luft-umweltzone/unser-bodenschutzkonzept> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Köln, Deutsche Bahn (DB) und Nahverkehr Rheinland (NVR) (2019): SMART CITY PARTNERSCHAFT. Vernetzung von Mobilität, Logistik & Infrastruktur. https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf-dezernat5/v-7/mou_smart_city_köln_db_nvr.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2011): Gestaltungskatalog. Straßen - Plätze - Grünflächen. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/61_stadtplanung/pdf/projekte/61_stadtgestaltung_gestaltungskatalog.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2014): Handlungskonzept Wohnen. <https://www.stadt-muenster.de/stadtplanung/handlungskonzept-wohnen.html> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2015): Klimaanpassungskonzept. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/67_klima/pdf/Klimaanpassungskonzept.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2016): Radverkehrskonzept – Münster 2025. <https://www.stadt-muenster.de/verkehrsplanung/mit-dem-rad/radverkehrskonzept> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2017): Masterplan 100 % Klimaschutz. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/67_klima/pdf/Masterplan_100_.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2018a): Nachhaltigkeitsstrategie Münster 2030. Entwurfsfassung. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/67_umwelt/pdf/gnk_nachhaltigkeitsstrategie-muenster2030_entwurf.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2018b): Einzelhandels- und Zentrenkonzept Stadt Münster. Beiträge zur Stadtforschung, Stadtentwicklung, Stadtplanung, Verkehrsplanung 8/2018. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/61_stadtplanung/pdf/einzelhandel/einzelhandels-_und_zentrenkonzept_muenster_fortschreibung_2018.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2019a): V/0669/2019 Anlage 1: Beschluss- und Verfahrensempfehlung der Verwaltung zum Maßnahmenprogramm 2019 - 2022. (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2019b): Planungswerkstatt 2030. Dokumentation des Prozesses zur Erarbeitung des Wohnsiedlungsflächenkonzepts 2030. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/61_stadtplanung/pdf/bauland/planungswerkstatt_2030_doku_wohnsiedlungsflaechenkonzept.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2019c): Handlungsprogramm Klimaschutz 2030. Anlage 3: Teil 2 - Handlungsprogramm 2030. <https://www.stadt-muenster.de/klima/unser-klima-2030/vision/klimaschutz-2030> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2020a): ISEK MÜNSTER 2030. Baustein E: Bilanz 2020: Räumliches Leitbild. https://www.muensterzukunft.de/_Resources/Persistent/1/3/3/4/1334d2b991858bdf8f12a11d00b8396650d4c83c/MS_2021_0611_I-SEK_Baustein%20E.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2020b): Lärmaktionsplanung. Stadt Münster 3. Runde. Fortschreibung des Lärmaktionsplans 2017. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/67_umwelt/pdf/lap/LAP_Muenster_3_Entwurf_Dez_2020.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2022a): Gesundheit in der nachhaltigen Stadt. <https://www.muensterzukunft.de/projekte/gesundheit-in-der-nachhaltigen-stadt.html> (Aufruf: 15.08.2023):

Stadt Münster (2022b): Umweltdaten Münster 2019 - 2020. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/67_umwelt/pdf/umweltdaten_2019_2020.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2023a): Leitfaden Klimagerechte Bauleitplanung. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/61_stadtplanung/pdf/Bebauungsplan/Klima-Leitfaden_1-0.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2023b): IFM-CHARTA MÜNSTERSCHE STADT-LANDSCHAFT. Integriertes Flächenkonzept Münster. https://www.muensterzukunft.de/_Resources/Persistent/0/f/d/b/0fdbf4c0581305d85ab1f8c8e9cb3027de55de13/IFM-Charta.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (2023c): Richtlinie des städtischen Förderprogramms Klimafreundliche Wohngebäude für Münster. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/67_klima/pdf/Foerderrichtlinien_Klimafreundliche_Wohngebäude.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (o.J. a): Umwelt- und Freiraumplanung. Grünordnung Münster. <https://www.stadt-muenster.de/umwelt/umwelt-und-freiraumplanung/gruenordnung-muenster.html> (Aufruf: 15.08.2023):

Stadt Münster (o.J. b): Altersfreundliche Stadt Münster Strategieplan für die kommenden 3 Jahre (2022-2025) <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2022/07/Strategieplan-2022-2025.pdf> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (o.J. c): In Münster unterwegs zu Fuß. <https://www.stadt-muenster.de/verkehrsplanung/zu-fuss> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (o.J. d): In Münster unterwegs mit dem Rad. Das 3.000-Fahrradstellplätze-Programm. <https://www.stadt-muenster.de/verkehrsplanung/mit-dem-rad/parkmoeglichkeiten#:~:text=Das%203.000%2DFahrradstellplätze%2DProgramm&text=Mit%20dem%20durch%20den%20Ausschuss,Stadtteilzentren%20sowie%20an%20Bushaltestellen%20errichten.> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (o.J. e): Bäume. Bäume in Münster. <https://www.stadt-muenster.de/umwelt/baeume/stadtbaeume> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (o.J. f): Boden und Abfall. Bodenschutz. Schutzwürdige Böden in Münster. <https://www.stadt-muenster.de/umwelt/boden-und-abfall/bodenschutz> (Aufruf: 15.08.2023).

Stadt Münster (o.J. g): Wasserwirtschaft in Münster. Wasserbewusste Stadt. <https://www.stadt-muenster.de/wasser/wasserbewusste-stadt#:~:text=Die%20Stadt%20Münster%20arbeitet%20seit,es%20in%20Hitzeperioden%20benötigt%20wird.> (Aufruf: 15.08.2023).

Stamann, C., Janssen, M., Schreiner, M. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Volume 17, No. 3, Art. 16. doi: 10.17169/fqs-17.3.258.

Statistisches Bundesamt (2023): Zahl der Woche Nr. 21 vom 23. Mai 2023. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_21_p002.html (Aufruf: 15.08.2023).

Streich, B. (2011): Stadtplanung in der Wissensgesellschaft. Ein Handbuch. 2. Auflage. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tonne, C., Adair, L., Adlakha, D., Anguelovski, I., Belesova, K., Berger, M., Brelsford, C., Dadvand, P., Dimitrova, A., Giles-Corti, B., Heinz, A., Mehran, N., Nieuwenhuijsen, M.,

Pelletier, F., Ranzani, O., Rodenstein, M., Rybski, D., Samavati, S., Satterthwaite, D., Schöndorf, J., ... Adli, M. (2021): Defining pathways to healthy sustainable urban development. In: Environment international, 146, 106236. doi: 10.1016/j.envint.2020.106236.

Total Equality (o.J.): Stadt Bochum. <https://www.total-e-quality.de/de/die-praedikatsstragerinnen/datenbank/344/stadt-bochum/> (Aufruf: 15.08.2023).

Trojan, A. (2020): Gesundheit in allen Politikbereichen: Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzepts der Gesundheitsförderung. In: Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R., Köckler, H. (Hg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wiesbaden, Springer VS, S. 17-35.

Trojan, A. und Fehr, R. (2020): Nachhaltige StadtGesundheit: konzeptionelle Grundlagen und aktuelle Initiativen. In: Bundesgesundheitsblatt 8/2020, 63, S. 953-961. doi: 10.1007/s00103-020-03187-8.

Umweltbundesamt (UBA) (2021a): Klimawirkungs- und Risikoanalyse 2021 für Deutschland. Teilbericht 5: Risiken und Anpassung in den Clustern Wirtschaft und Gesundheit. Climate Change 24/2021. https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/479/publikationen/kwra2021_teilbericht_5_cluster_wirtschaft_gesundheit_bf_211027_0.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Umweltbundesamt (UBA) (2021b): Niedrigwasser, Dürre und Grundwasserneubildung – Bestandsaufnahme zur gegenwärtigen Situation in Deutschland, den Klimaprojektionen und den existierenden Maßnahmen und Strategien. Texte 174/2021. https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/1410/publikationen/2022-01-17_texte_174-2021_niedrigwasser_duerre_und_grundwasserneubildung.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Umweltbundesamt (UBA) (2023a): Dreifache Innenentwicklung. Definition, Aufgaben und Chancen für eine umweltorientierte Stadtentwicklung. <https://repository.difu.de/handle/difu/583723> (Aufruf: 15.08.2023).

Umweltbundesamt (UBA) (2023b): Boden. <https://www.umweltbundesamt.de/daten/flaeche-boden-land-oekosysteme/boden> (Aufruf: 15.08.2023).

UN-Habitat und World Health Organization (WHO) (2020): Integrating health in urban and territorial planning: a sourcebook. https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/05/1-final_highres_20002_integrating_health_in_urban_and_territorial_planning_a_sourcebook.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Vereinte Nationen (2015): Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. <https://www.un.org/depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf> (Aufruf: 15.08.23).

Vereinte Nationen (2017): New Urban Agenda. <https://habitat3.org/wp-content/uploads/NUA-English.pdf> (Aufruf: 15.08.2023).

Vereinte Nationen (1992): Rio-Erklärung über Umwelt und Entwicklung. <https://www.un.org/depts/german/conf/agenda21/rio.pdf><https://www.un.org/depts/german/conf/agenda21/rio.pdf> (Aufruf: 15.08.2023).

Vögele, J. (2000): The urban penalty revisited: urban mortality change in imperial Germany. In: Brändström, A. und Tedebrand, L.-G. (Hg.): Population Dynamics during Industrialization, S. 83-116.

von Hauff, M. (2021): Nachhaltige Entwicklung. Grundlagen und Umsetzung. Berlin/Boston, Walter de Gruyter. 3. und erweiterte Auflage.

Voss, M. und Bühn, S. (2023): Klimawandel und Gesundheit. Schwerpunkt Klimawandel. In: DGUV Forum, Ausgabe 1. <https://forum.dguv.de/ausgabe/1-2023/artikel/klimawandel-und-gesundheit> (Aufruf: 15.08.2023).

Wang-Erlandsson, L., Tobian, A., Ent, R. J., van der, Fetzer, I., Wierik, S., Porkka, M., Staal, A., Jaramillo, F., Dahlmann, H., Singh, C., Greve, P., Gerten, D., Keys, P. W., Gleeson, T., Cornell, S. E., Steffen, W., Bai, X., Rockström, J. (2022): A planetary boundary for

green water. In: Nature Reviews Earth & Environment, 3(6), S. 380392. doi: 10.1038/s43017-022-00287-8.

Wegweiser Kommune (2023): Kommunale Daten. <https://www.wegweiser-kommune.de/daten/stickstoffueberschuss-der-landwirtschaft+vorzeitige-sterblichkeit-frauen+vorzeitige-sterblichkeit-maenner+wohnungsnahe-grundversorgung-apotheke+wohnungsnahe-grundversorgung-hausarzt+wohnungsnahe-grundversorgung-grundschule+strom-aus-erneuerbaren-quellen+ladesaeuleninfrastruktur+mietpreise+wohnflaeche-pro-person+wohnungsnahe-grundversorgung-supermarkt+flaechen-inanspruchnahme+flaechenneuinanspruchnahme+flaechennutzungsintensitaet+naherholungsflaechen+fertiggestellte-wohngebaeude-mit-erneuerbarer-energie+liquiditaetskredite+einkommensteuer+einwohner-innendichte+soziale-lage+steuereinnahmen-pro-einwohner-in+bevoelkerung+anteil-ab-80-jaehrige+bochum+muenster+koeln+2014-2021+tabelle> (Aufruf: 15.08.2023).

Wékel, J. (2018): Stadtentwicklungsplanung. ARL (Hg.): Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung. Hannover, ARL, S. 2435-2439.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1978): Alma-Ata-Declaration. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declarations.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2 (Aufruf: 15.08.2023).

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Aufruf: 15.08.2023).

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2018): Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Aufruf: 15.08.2023).

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (o.J.): Constitution. <https://www.who.int/about/governance/constitution> (15.08.2023).

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa (WHO EU) (2017): Towards more physical activity in cities: transforming public spaces to promote physical activity – a key contributor to achieving the Sustainable Development Goals in Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345147> (Aufruf: 15.08.2023).

Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., de Souza Dias, B. F., Ezeh, A., Frumkin, H., Gong, P., Head, P., Horton, R., Mace, G. M., Marten, R., Myers, S. S., Nishtar, S., Osofsky, S. A., Pattanayak, S. K., Pongsiri, M. J., Romanelli, C., Soucat, A., ... Yach, D. (2015): Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. In: *Lancet* (London, England), 386(10007), S. 1973-2028. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60901-1.

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) (2016): Der Umzug der Menschheit: Die Transformative Kraft der Städte. Hauptgutachten. https://www.wbgu.de/fileadmin/user_upload/wbgu/publikationen/hauptgutachten/hg2016/wbgu_hg2016-hoch.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) (2023): Gesund leben auf einer gesunden Erde. Vorläufige Fassung. https://www.wbgu.de/fileadmin/user_upload/wbgu/publikationen/hauptgutachten/hg2023/pdf/wbgu_hg2023_vorlaeufig.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Woodhall, S. C., Landeg, O., Kovats, S. (2021): Public health and climate change: How are local authorities preparing for the health impacts of our changing climate?. In: *Journal of public health* (Oxford, England), 43(2), S. 425-432. doi: 10.1093/pubmed/fdz098.

Yosifova, E. (2021): Modelling Health Data on a Small Urban Scale Using Deterministic Iterative Proportional Fitting. HafenCity Universität Hamburg.

Zhu, M. (2008): Kontinuität und Wandel städtebaulicher Leitbilder. Von der Moderne zur Nachhaltigkeit. Aufgezeigt am Beispiel Freiburg und Shanghai. https://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/1095/1/Diss_Zhu.pdf (Aufruf: 15.08.2023).

Anhang

Anhang 1: Anleitung zur Dokumentenanalyse

Der nachfolgende Abschnitt ist eine Anleitung, um anhand einer indikatorenbasierten Dokumentenanalyse zu bewerten, inwieweit Stadtentwicklungspolitiken die Gestaltung und Schaffung gesunder Städte unterstützt. Da diese Arbeit auf der Untersuchung von Lowe et al. (2022) aufbaut, wurde auch der Appendix ebendieser Arbeit aufgegriffen. Auf Quellenverweise wird nachfolgend aufgrund der hohen Ähnlichkeit verzichtet. Die Anleitungswörter wurden aus dem Appendix von Lowe et al. kopiert, übersetzt und bei Bedarf von mir angepasst.

Nach der Dokumentenrecherche wurden die Daten für jeden Indikator in die Excel-Tabelle eingetragen (siehe Anhang 6). Diese Tabelle wurde nach einer Onlineschulung von der Website des Globalen Observatoriums für gesunde und nachhaltige Städte heruntergeladen (<https://www.healthysustainablecities.org/resources>), übersetzt und im Hinblick auf die in dieser Arbeit untersuchten Indikatoren umgebaut. Von vornherein wurden nur stadtwert gültige Politiken einbezogen. Die Politiken wurden unter der Maßgabe eingeordnet, die ich für am relevantesten hielt. Wenn eine Politik für zwei Maßgaben von hoher Bedeutung war, wurde sie an beiden Stellen eingeordnet (z. B. Aussagen zu Einfamilienhäusern bestimmen sowohl die Dichte als auch die Vielfalt in einem Quartier erheblich). Soweit es möglich ist, wurden nur einzelne Sätze aus den Politiken in die Excel-Tabelle übertragen.

Für jede Politik, die in einem Dokument entdeckt werden konnte, erfolgte eine Einstufung:

- Spezifischer Standard/Ziel mit einem messbaren Ziel
 - o Diese Bewertung wurde vorgenommen, wenn es ein spezifisches Ziel oder ein Protokoll für die Erreichung mit einem Ziel (d. h. einem Wert und idealerweise einem Zeitrahmen) gibt, das es ermöglicht, den Fortschritt zu messen, zu vergleichen und im Laufe der Zeit zu überwachen (z. B. Erreichen einer Wohndichte von 15 Haushalten pro Hektar oder 90 % der Haushalte in einem Umkreis von 400 Metern (Luftlinie) von einer Bushaltestelle).

- Spezifischer Standard/Ziel ohne ein messbares Ziel
 - o Diese Bewertung wurde vorgenommen, wenn es ein spezifisches Ziel oder ein Protokoll zur Erreichung des Ziels gibt, aber kein messbares Ziel für das betreffende Stadtgestaltungs- oder Verkehrsmerkmal vorliegt (z. B. Bereitstellung von S-Bahnstationen an wichtigen Zielorten und eine hohe Takt-dichte; oder Erhöhung der Wohndichte im Umkreis von 1 km von Quartiers-zentren).

- Angestrebt/unspezifisch
 - o Diese Bewertung wurde vorgenommen, wenn es eine allgemeine Aussage darüber gibt, was erreicht werden soll, es aber unklar ist, welche Maßnah-men ergriffen werden sollen oder das genaue Ziel nicht klar ist.

- Spezifität konnte nicht bestimmt werden

- Relevante Politiken konnten nicht identifiziert werden

Weitere Details zum Vorgehen in dieser Arbeit können Kapitel 3.2. und 3.3. entnommen werden.

Anhang 2: Interviewfragen

Für alle Interviews wurden 16 Fragen vorbereitet, die in Bochum und Münster auch gestellt wurden. Eine Ausnahme bildet Köln: Frage 21 wurde hier nicht gestellt. Alle Interviewfragen, die in jedem Interview gestellt wurden, sind grün hinterlegt. Die weiteren Interviewfragen in jeder Kategorie dienen als „Back-up-Fragen“.

A) Rolle, Aufgaben und Verständnis

1. Was ist ihre Position? Was fällt in Ihren Verantwortungsbereich und in Ihren Aufgabenbereich?

2. Was verstehen Sie unter Gesundheit? (persönlich und als Kommune)

B) Stadtverwaltung und Gesundheit

3. Berücksichtigen Sie eines der folgenden Konzepte in Ihrer Arbeit?

a. HiAP, OHiAP, Planetary Health, One Health, Urban Health etc.

4. Wie berücksichtigen Sie den Gesundheitsaspekt bei der Entwicklung von kommunalen Planungsprozessen in der Regel?

a. (Keine Berücksichtigung; keine messbaren Ziele; spezielle Stadtziele; messbare spezielle Stadtziele; Standardziele; messbare Standardziele)

5. Legt Ihre Stadt den Fokus im Bereich Gesundheit auf Teilaspekte des Themas bzw. verfolgen Sie spezielle Ziele bei der Gesundheitsprävention, -förderung, -versorgung und beim Gesundheitsschutz? Wenn ja, welche?

6. Inwiefern werden Lebenslagen/Lebensphasen bei kommunalen Planungsprozessen berücksichtigt? Inwiefern wird der Settingansatz/Lebensweltenansatz in kommunalen Planungsprozessen berücksichtigt?

7. Wie ist die Verwaltung in Ihrer Kommune aufgebaut?

- a. Gesundheitsamt (Ressourcen zur Beteiligung an/bei kommunalen Planungsprozessen)
- b. Stadtentwicklungsbehörde/Bauamt (Ressourcen zur Beteiligung an/bei kommunalen Planungsprozessen)
- c. Weitere Ämter/Behörden/Abteilungen (Ressourcen zur Beteiligung an/bei kommunalen Planungsprozessen)

8. Welchen (hierarchischen) Stellenwert hat Gesundheit innerhalb der Verwaltung?

9. Welche Chancen und Risiken sehen Sie für das Thema Gesundheit hinsichtlich des Umstands, dass es bei der kommunalen Selbstverwaltung freiwillige und pflichtige Aufgaben gibt?

C) Interne Zusammenarbeit und transdisziplinäre Arbeit

10. Erachten Sie es als relevant im Bereich Gesundheit intersektoral zu arbeiten? Wenn ja, gibt es Fälle, die sich Ihrer Meinung nach besonders eignen?

- a. Überschneidende Kompetenzen/Aufgabenbereichen; unbekannte Kolleginnen und Kollegen?
- b. Messung sektorspezifischer Ziele
- c. Zuständigkeitsbestimmung
- d. Ausmaß bzw. Art der Zusammenarbeit (Abteilungen/Behörden; AG, AK, informelle Beziehung etc.)

11. Wie stellen Sie die Kohärenz der verschiedenen Politiken sicher? Gibt es eine Form von „Health Governance“?

12. Wie werden intersektorale Gesundheitsprojekte in Ihrer Kommune finanziert und umgesetzt?

13. Wie arbeiten Sie/Ihre Kommune mit Akteuren außerhalb der Verwaltung zusammen?

D) Gesundheit: Implementierung/Berücksichtigung (Interessenkonflikte und Rolle der Akteure)

14. Was läuft bei der Implementierung/Berücksichtigung von Gesundheit in Stadtentwicklungspolitiken in Ihrer Kommune gut und schlecht? Was waren/sind die größten Herausforderungen?

15. Gibt es treibende/bremkende Kräfte bei der Frage der Berücksichtigung/Implementierung von Gesundheitsaspekten?

16. Welche Rolle spielen Behörden- und Abteilungsleiter, der Chef der Verwaltung, die politischen Akteure und Mehrheiten im Stadtrat für Ihre Arbeit?

17. Welche Erfahrungen haben Sie bei Interessenkonflikten gemacht (z. B. Wirtschaft und Gesundheit)? Wie gehen Sie im Fall von Interessenkonflikten vor?

E) Planungsinstrumente und Monitoring

18. Welche Bedeutung haben die Nachhaltigkeitsstrategie des Bundes und des Landes und der Kommune für Ihre Arbeit? Welche Unterschiede und Similaritäten gibt es und warum?

19. Inwieweit fließen die SDGs in kommunale Stadtplanungsprozesse und in die Gesundheitsplanung ein?

20. Gibt es in Ihrer Kommune ein Gesundheitsmonitoring, Gesundheitsberichterstattung und/oder ein Health Impact Assessment (HIA)? Wie wird es umgesetzt und weiterentwickelt? Welche Auswirkungen hat es auf die Politiken Ihrer Kommune?

a. (Wer führte/trug etwas bei, was funktionierte, welchen Zeithorizont, lokal/quartier/regional, welche Hürden/Herausforderungen? Falls nichts vorhanden: Warum es angedacht? Warum nicht genutzt? Hürden?)

21. Welche Ziele verfolgen Sie bei der Gesundheitsberichterstattung/beim Gesundheitsmonitoring/bei einem HIA?

a. (Analyse, Evaluation, Aufarbeitung, Thematisierung, Faktorenidentifizierung, Politikberatungsgrundlage, Datengrundlage (empirische Überprüfbarkeit etc.))*

22. Gibt es in Ihrer Kommune einen Fachplan Gesundheit? Wie wurde dieser erstellt? Welche Bedeutung hat er im praktischen Handeln?

23. Welche sonstigen formellen und informellen Planungsinstrumente prägen Ihre Arbeit im Bereich Gesundheit und Stadtentwicklung?

24. Woher bezieht Ihre Stadt die Grenzwerte, Maßgaben, Zielwerte etc. in der Regel? Wie werden die Daten in der Regel erhoben und welche Probleme gibt es bei der Datengewinnung?

25. Stehen Ihnen Daten für die folgenden Indikatoren zur Verfügung? Wenn ja, wie wurden diese erhoben? Was waren die Probleme?

26. Inwiefern berücksichtigen Sie bei kommunalen Planungsprozessen auch qualitative Methoden und Parameter?

27. Misst Ihre Kommune die Politikumsetzung? Wenn ja, inwiefern wird das Ausmaß, die zeitliche Spanne, der Faktor Gerechtigkeit und der Faktor Kosten berücksichtigt? Wie erfolgt die Messung und in welchem zeitlichen Abstand?

F) Abschluss

28. Bitte skizzieren Sie die Meilensteine bzw. wichtige Umschwünge, die Ihnen in Erinnerung geblieben sind. Wie hat sich das Thema Gesundheitsplanung bzw. die Berücksichtigung des Aspekts Gesundheit in den letzten Jahrzehnten gewandelt?

29. Welche Themen werden Ihrer Meinung nach in den kommenden Jahren relevanter? Wie wird sich das Thema Gesundheit in der Stadtentwicklung „entwickeln“?

Anhang 3: A priori Kategorien- und Codeliste

Kategorien	Codes
Stadtverwaltung und Gesundheit	Fokusbereich, Schwerpunkt
	Gesundheitsförderung
	Gesundheitsschutz
	Gesundheitsprävention
	Gesundheitsversorgung
	Aufbau der Verwaltung
	Verortung von Gesundheit
	Verständnis von Gesundheit
Interne Zusammenarbeit/transdisziplinäre Zusammenarbeit	Externe Zusammenarbeit
	Interne Zusammenarbeit
	Zuständigkeitsbestimmung
	Kompetenzen
	Stellung/Bedeutung
	Eigeninitiative
	Handlungsfreiheit
	Koalitionen
	Governance
	Interner "Kampf"/internes Ringen
	Argumentation/Strategie
Planungsinstrumente und Monitoring	Health Impact Assessment
	Gesundheitsberichterstattung
	Monitoring
	Planungsinstrumente
	Bedarfs-Check
Ressourcen	Personalstellen
	Fördermittel
	Städtische Finanzen
	Zeit
Themenfelder und Anknüpfungspunkte	SDGs
	Quartier
	Gesundheitsamt
	Stadtplanungsamt
	Amtsleitung
	Sozialdezernat
	Bürgermeister
	Corona
	Lebenswelten
	Pflege
	Jugendamt
	Bauliche Tätigkeit
	Gesetzgebung/Reglementierung
Kommunale Gesundheitskonferenz	
Pakt Öffentlicher Gesundheitsdienst	
Eigene Projekte ÖGD	

Anhang 4: Kategorien, Codes und Interviewzitate

Auf den nachfolgenden Seiten werden wichtige Interviewzitate aufgelistet.

Anhang 5: Interviewtranskripte

- Interviewtranskript Bochum
- Interviewtranskript Köln
- Interviewtranskript Münster

Interviewtranskript Stadt Bochum

Interviewer: Dominic Behde (I)

Interviewpartner: Michael Sprünken (S) (Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz und Koordination Gesunde Stadt Bochum im Gesundheitsamt, Dezernat für Jugend, Soziales, Arbeit und Gesundheit)

Datum: 09.06.2023

1 I: Was ist Ihre aktuelle Position und was fällt in Ihren Verantwortlichkeitsbereich und in Ihren
2 Aufgabenbereich?

3

4 S: Ich bin im Kontext der Stabsstelle der Amtsleitung angesiedelt und bin in dieser Stabs-
5 stelle zuständig für die Geschäftsführung der kommunalen Gesundheitskonferenz. Darin
6 sind inbegriffen die gesunde Städtearbeit und quartiersbezogene Gesundheitsförderung
7 und Gesundheitsberichterstattung. Ich war bis vor kurzem als Einziger in diesem Bereich
8 aktiv. Das ändert sich gerade und es gibt jetzt für die Psychiatrieplanung eine eigene Stelle.
9 Es gibt für Klima und Gesundheit eine eigene Stelle, für Krankenhausplanung und es wer-
10 den noch zwei weitere Personen dazukommen, die dann quartiersbezogene Gesundheits-
11 prozesse intensiver begleiten können.

12

13 I: Krankenhausplanung gab es vorher aber auch schon, oder?

14

15 S: Klar, das ist mit eine der Aufgaben der kommunalen Gesundheitskonferenz. Kranken-
16 hausplanung war dann auch bei mir. Das war über lange Jahre eigentlich nur eine ganz ne-
17 bensächliche Sache. Da kam ab und zu mal von der Bezirksregierung so ein Schreiben. Aber
18 jetzt momentan mit Herrn Laumanns Krankenhausplan und konfliktiv dazu Herrn Lauterbachs
19 Plänen ist das natürlich eine spannende Sache, die auf der nächsten Sitzung der kommunalen
20 Gesundheitskonferenz Thema ist.

21

22 I: Dafür kommt also noch eine neue Stelle, die Sie gerade genannt haben?

23

24 S: Das soll neu geschaffen werden. Genau, das wird noch neu geschaffen. Es hat sich sehr
25 dynamisch entwickelt. Am Anfang hatte ich nur eine geschäftsführende kommunale Ge-
26 sundheitskonferenz gemacht und in dem Zuge eigentlich die Gesundheitsberichterstattung
27 entwickelt. Aber da gab es noch keine quartiersbezogenen Planungsprozesse. Die haben
28 sich erst in den letzten zehn Jahren herausgebildet, dass das auch ein Bereich ist, wo wir
29 was tun müssen.

30

31 I: Wie ist die Verwaltung in Ihrer Kommune aufgebaut, in Bezug auf das Thema Gesundheit?

32

33 S: Bochum leistet sich nach wie vor ein klassisches Gesundheitsamt. Manche haben das ja
34 nur noch als Fachbereich. Wir haben noch ein klassisches Gesundheitsamt, auch mit der
35 klassischen Kennziffer 53, wie die meisten nordrhein-westfälischen Kommunen das noch
36 haben, mit einer Amtsleitung. Die Amtsleitung ist ärztlich angesiedelt und ich bin eben
37 schon direkt der Stabsstelle der ärztlichen Leitungen zugeordnet. Das ist auch die richtige

38 Zuordnung für so eine Art von Arbeit, weil es ist eine strategische Planungsarbeit, die dann
39 eben auch auf die Führungsetage gehört. Mit eingebunden ist natürlich die Sozialdezernen-
40 tin. Das Gesundheitsamt gehört zum Sozialdezernat und die Sozialdezernentin ist auch die
41 Leiterin der kommunalen Gesundheitskonferenz. Also auch das relativ hoch angesiedelt. In
42 kleinen Kommunen ist es schon mal der Bürgermeister, aber in größeren ist es eigentlich
43 immer nur der Sozialdezernent, weil der Oberbürgermeister sonst überhaupt nicht mehr
44 zuhören kann.

45

46 I: Welchen hierarchischen Stellenwert hat das Thema Gesundheit gegenwärtig innerhalb der
47 Verwaltung?

48

49 S: Also es ist über Corona einfach wirklich ein wichtiges Thema geworden. Vorher konnte
50 man schon sagen, es war immer am Rand und das Gesundheitsamt ist auch nicht so richtig
51 wahrgenommen worden auf den höheren Ebenen. Das hat sich tatsächlich nicht zuletzt
52 durch Corona verändert. Corona hat gezeigt, dass eine Kommune da reaktionsfähig sein
53 muss und es hat auch gezeigt, dass über den eigentlichen Infektionsschutz hinaus die Schaf-
54 fung gesundheitsförderlicher Lebenswelten einfach ein Ziel für die Kommune ist. Von daher
55 steht es momentan ganz gut da. Wir haben mit der Gründung von Gesundheitskiosken ein
56 Ziel der gesamtstädtischen Strategie Bochum 2030, das aus dem Gesundheitsbereich
57 kommt. Und ich glaube, da wird es auch noch weitere Kernaktivitäten in dieser Strategie
58 geben, die einen Gesundheitsbezug haben. Was die Fachkräfte-Bewilligung für den Ge-
59 sundheits- und Pflegebereich angeht, haben wir es auch schon. Also ich glaube, momentan
60 hat es eine gewisse Konjunktur. Über den Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst sind
61 wir auch wieder stabiler aufgestellt. Also es hat an Bedeutung deutlich gewonnen.

62

63 I: Welche Chancen und Risiken sehen Sie für das Thema Gesundheit hinsichtlich des Um-
64 stands, dass es bei der kommunalen Selbstverwaltung freiwillige und pflichtige Aufgaben
65 gibt?

66

67 S: Wenn es eine Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung wäre, hätten wir einen Standard und
68 könnten halt eben auch auf entsprechende Gelder zurückgreifen, um diesen Standard zu
69 erfüllen. Das wäre kein Diskussionspunkt: Stellen wir das Geld dafür bereit? So ist es halt
70 immer ein Kampf, ein Gesundheitsförderungsprojekt in einem Stadtteil oder auch halt die
71 Idee, Gesundheitskioske einzurichten, die städtischen Gelder dafür zu akquirieren oder För-
72 derkulissen aufzutun, die das tun. Das wäre natürlich besser, wenn es stärker reglementiert
73 wäre, wenn es eine Pflichtaufgabe wäre. Nachteilig wäre es allerdings, wenn wir eine ganz
74 klare Gesetzgebung hätten, was Planungsprozesse angeht – die sind dann aber auch wieder
75 ein Korsett, also mal zu denken, was passt denn wirklich für einen Ortsteil, in einer gewissen
76 Freiheit – dafür ist es eigentlich schon ganz gut, dass es nur global im Gesetz über den öf-
77 fentlichen Gesundheitsdienst drin steht und wir eigentlich erstmal brainstormen können und
78 gucken, was passt. Das ist ganz schön. Und was ich merke, wenn ich mit den Kollegen aus
79 dem Sozialamt und im Jugendamt umgehe, die haben einfach mit ihren gesetzlichen Vor-
80 gaben so viel zu tun, dass es denen viel schwerer fällt, Kapazitäten freizuschaukeln für zusätz-
81 liche Dinge. Ich habe die Erfahrung gemacht, das, was ich im Gespräch mit anderen als
82 sinnvoll herausgearbeitet habe, das kann man da zwar nur langsam umsetzen, weil man die
83 Finanzierung suchen muss, aber man kann es umsetzen. Man kommt nicht zu dem Punkt

84 und sagt, das ist aber gesetzlich jetzt so nicht vorgesehen, das können wir nicht machen. Da
85 sind die Kollegen einfach in einer deutlich engeren Struktur drin.

86

87 I: Erachten Sie es als relevant, im Bereich Gesundheit intersektoral zu arbeiten? Und wenn
88 ja, gibt es Fälle, die sich Ihrer Meinung nach besonders gut eignen?

89

90 S: Also unbedingt. Gesundheit entsteht nicht im Gesundheitswesen, auch bei uns im Ge-
91 sundheitsamt nicht, sondern gesunde Lebenswelten werden geschaffen durch bauliche Tä-
92 tigkeiten, durch die Schaffung einer sozialen Infrastruktur. Von daher müssen wir intersek-
93 toral zusammenarbeiten. Zumal da wir eben auch tatsächlich nicht die Förderkulissen haben,
94 alles selber zu machen. Also auch rein operativ ist es uns nicht möglich, selber in nennens-
95 wertem Maße Maßnahmen zu setzen, sondern wir müssen Koalitionäre gewinnen, die das
96 für uns und mit uns zusammen tun. Also von daher unbedingt notwendig. Es ist aber auch
97 eine Herausforderung, allein schon in der Stadtverwaltung, weil die Handlungslogiken über
98 die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben sehr unterschiedlich strukturiert sind und diese
99 Vorgaben natürlich auch eigene Arbeitsrhythmen erzeugen, auch eine eigene Sprache er-
100 zeugen, die man erst mal lernen muss. Sollte man nicht meinen, aber wir arbeiten sehr eng
101 mit der Bauverwaltung zusammen, mit der Stadterneuerung insbesondere. Bis wir da auf
102 eine verlässliche Struktur gekommen sind, was wir wissen, das können die gut leisten für
103 Gesundheit, dafür brauchen die von uns das und das. Und zwar in dem und dem zeitlichen
104 Rhythmus, das war ein Jahr Arbeit, die wir uns zusammenraufen mussten. Jetzt klappt das
105 zumindest für diesen Bereich gut. Wir hoffen, dass wir das jetzt in den kommenden Jahren
106 auch auf andere Bereiche der Stadtverwaltung ausweiten. Natürlich haben wir auch externe
107 Partnerinnen und Partner, mit denen wir zusammenarbeiten müssen. Und wo wir die Situati-
108 on haben, wir müssen die schon überzeugen. Also denen können wir nicht eine Anweisung
109 geben, sondern denen müssen wir klarmachen, wenn ihr das macht, habt ihr dann zwar ei-
110 nerseits eine Arbeitsbelastung, aber andererseits bringt es euch was und es bringt auch was
111 für die Stadt. Das ist nicht immer so ganz einfach, da offene Türen einzurennen. Es gibt ei-
112 nige Punkte, wo das mittlerweile ganz gut klappt. Klima ist da ein guter Anhaltspunkt, des-
113 wegen bin ich froh, dass wir da auch personell stärker aufgestellt sind, weil das habe ich
114 nicht so richtig wahrnehmen können. Da habe ich immer geguckt, dass ich in den Informati-
115 onsflüssen drinbleibe und habe auch sehr stark mich dafür eingesetzt, dass wir, es gibt so
116 eine Initiative mehrerer Kommunen im Ruhrgebietsbereich, die einen regionalen Hitzeakti-
117 onsplan erstellen lassen wollen. Da habe ich mich auch darum gekümmert, dass wir das
118 auch mittragen, aber ich hatte nie die Kapazitäten, da richtig mitzuarbeiten. Deswegen ist es
119 schon ganz gut, dass es dafür einen eigenständigen Menschen gibt mittlerweile.

120

121 I: Zwei Nachfragen, einmal intern, paar Stichwörter und die zweite Nachfrage zielt dann auf
122 extern ab. Also intern, einfach mal die Stichwörter reingegeben, überschneidende Kompe-
123 tenzen, Unbekanntheit zwischen den Kollegen und Kolleginnen und Zuständigkeitsbestim-
124 mungen, also da nochmal ein bisschen reingehen.

125

126 S: Ja, also wo setze ich da an?

127

128 I: Gerne Stadterneuerung.

129

130 S: Ja, die Stadterneuerung hat halt ihre eigenen rechtlichen Rahmensetzungen und hat ihre
131 eigenen Förderlogiken. Sie sind zwar sachlich, vor allem wenn es dann um soziale Stadtge-
132 biete geht, die eingerichtet werden sollen, sind sie darauf angewiesen, dass sie aus dem
133 sozialen Bereich und damit natürlich auch aus dem Gesundheitsbereich Projekte auch in ihre
134 Rahmenprojekte, in ihre Stadterneuerungskonzepte einbinden. Aber sie haben eigentlich
135 nicht die Struktur, das in irgendeiner Art und Weise finanziell darzustellen oder auch arbeits-
136 technisch darzustellen. Das ist also eine riesen Herausforderung, das abzusichern und um
137 mal klar zu machen, was für Irritationen das dann auch erzeugt: Die haben es geschafft, in
138 Wattenscheid Mitte ein Stadtteilbüro zu etablieren, wo zwei Sozialarbeiterstellen, zwei hal-
139 be, also eingerichtet wurden, wovon eine tatsächlich für das Thema Gesundheit war. Das
140 haben wir beispielsweise nicht begriffen. Das ist am Anfang, als wir da in der Aufstellung
141 des ISEKs mitgearbeitet haben, dass in so einem Stadtteilbüro auch das Thema Gesundheit
142 dann schon verankert ist und dachten, das müssten wir jetzt machen, haben uns anderthalb
143 Jahre bemüht, irgendeine Förderkulisse aufzuführen, das zu machen und hatten am Ende
144 sogar tatsächlich einen Erfolg damit. Und dann standen wir auf einmal mit dem Luxusprob-
145 lem da, oh, wir haben jetzt zwei. Also solche Irritationen passieren dann. Irritationen, die es
146 dann auch bei uns immer gibt. Also wenn wir hier von zeitnah sprechen, also zeitnah ein
147 Dokument erstellen, dann nehme ich mir zwei bis drei Wochen Zeit dafür. Und denke mir,
148 dann ist es schnell fertig geworden. Die haben einen Arbeitsrhythmus, der sagt, also ich
149 brauche dieses Dokument in drei Tagen oder morgen sogar. Für uns sehr, sehr fremd. Das
150 ist natürlich doof und kann auch leicht mal zu Verstimmungen führen, wenn dann das erhoff-
151 te Ergebnis später kommt. Gott sei Dank waren die Kollegen da sehr nett und haben dann
152 auch erklärt, was sie brauchen und haben uns nicht übelgenommen, dass das für uns ein
153 Lernfeld war. Andersrum haben sie auch begriffen, dass wir nicht immer auch so schnell Lö-
154 sungen herbeizaubern können, weil wir ja erstmal passende Kooperationspartner finden
155 müssen. Wir haben nicht direkt die Strukturen da, wo Menschen verpflichtet sind mitzuarbei-
156 ten oder ein großes eigenes materielles Interesse haben mitzuarbeiten, wie das bei einem
157 Stadterneuerungskonzept ist, wenn man mit einem großen Städtebauer zusammenar-
158 beitet; die setzen sich natürlich mit der Bauverwaltung an einen Tisch, weil die haben da
159 immer Pfründe drin, die sie auch gewahrt wissen wollen. Das haben wir nirgendwo.

160
161 I: Stichwort Wattenscheid Nord, ISEK. Wie ist das aufgebaut, wenn Sie Ihre Themen reinge-
162 ben wollen? Wie läuft das intern in der Stadtverwaltung? Haben Sie eine Schublade Watten-
163 scheid Nord?

164
165 S: Ne, das ist ein bisschen komplexer. Ich glaube, das hatten Sie auch erwartet. Es ist so,
166 dass wir eine Struktur geschaffen haben über die kommunale Gesundheitskonferenz, die
167 mittlerweile gar nicht mehr so eng an die Gesundheitskonferenz angeschlossen ist. Eigent-
168 lich eine Arbeitsgruppe der Gesundheitskonferenz, die der Transmissionsriemen für solche
169 thematischen Schwerpunktsetzungen sein soll. Es hat sich herauskristallisiert, dass es im
170 Moment noch bei mir liegt, zu formulieren, was aus unserer Gesundheitsabsicht sinnvoll
171 wäre in Wattenscheid. Bei der Kollegin Viktoria Wildförster, die im Stadtteilbüro für das
172 Thema Gesundheit steht. Wenn wir in Wattenscheid nach außen treten, obwohl wir von un-
173 terschiedlichen Stellen kommen – das Stadtteilbüro arbeitet im Auftrag der Bauverwaltung,
174 ich bin für das Gesundheitsamt da – werden wir als Tandem wahrgenommen, als eine Ar-
175 beitseinheit. Das ist eigentlich gut. So können wir eine ganze Menge an inhaltlichen

176 Schwerpunktsetzungen gut abgestimmt sowohl im Gesundheitsamt als auch in der Bauver-
177 waltung rüberbringen.

178

179 I: Über die kommunale Gesundheitskonferenz sind Sie dann quasi bei solchen ...

180

181 S: Genau. Das ist sowieso unser Grundbestreben, dass wir die kommunale Gesundheitskon-
182 ferenz in alle strategischen Prozesse gut einbinden. Das ist erstmal die Fachöffentlichkeit für
183 Bochum, die da sitzt. Und es ist wirklich ein guter Bereich, ohne dass das schon direkt in
184 einen Entscheidungsprozess, der dann auch über die Ratsausschüsse geht, auch mit der
185 Politik etwas vordiskutiert werden kann. Das ist wirklich sehr, sehr gut. Und da können auch
186 die Institutionen, die dort vertreten sind, sagen, wir tagen immer nicht öffentlich. Wir kön-
187 nen zwar die Öffentlichkeit herstellen, aber der Grundsatz ist nicht öffentlich. Da können
188 dann auch die einen oder anderen Träger, Kostenträger oder Leistungserbringer mal über
189 ihren Schatten springen und sagen, wenn die Bedingungen erfüllt sind, könnten wir uns
190 dann auch mal trauen, in Vorleistungen zu gehen. Das ist so ein kleiner Think Tank. Um den
191 effizient zu machen, gibt es Unter-Arbeitsgruppen, wir sind jetzt beispielsweise dabei, auf
192 der nächsten Sitzung würden wir gerne eine „Arbeitsgruppe gesunde Stadt Bochum und
193 Wissenschaft“ einrichten, sodass wir nochmal ein extra Gesprächsforum auch mit den Hoch-
194 schulen, die in Bochum im Gesundheitsbereich unterwegs sind, machen. Die sind schon
195 Mitglied der Kommunalen Gesundheitskonferenz, schon seit mehreren Jahren. Das hat sich
196 wirklich bewährt, dass sie da Mitglied sind. Aber das wollen wir nochmal intensivieren, um
197 über die auch nochmal Forschungsgelder zu akquirieren für unsere stadtteilbezogenen Pro-
198 zesse. Das ist so die Art und Weise, wie wir eigentlich die Verzahnung herstellen wollen. Das
199 gilt eigentlich insgesamt, das gilt für die externen Partner wie auch für die internen Partner.
200 Wir haben also die Möglichkeit geschaffen, dass alle Ämter vom Dezernat 6, also dem Bau-
201 dezernat, bei uns Mitglied sind und Leute entsenden können. Wir haben es noch nicht ge-
202 schafft, dass alle das auch wirklich tun können. Sei es, weil sie personell einfach zu eng sind
203 für diesen Bereich, sei es, dass wir es noch nicht geschafft haben, ihnen irgendwie begreif-
204 lich zu machen, dass das tatsächlich was bringt. Meistens sind die Kolleginnen und Kolle-
205 gen, die eigentlich die geborenen Mitglieder der Gesundheitskonferenz wären, schon daran
206 interessiert. Aber es ist einfach so: Es ist keine Regelaufgabe, es ist nirgendwo vorgesehen.
207 Deswegen muss man den Weg, wie man das lebt, erstmal suchen.

208

209 I: Und das ist dann quasi Ihre Tätigkeit, das am Laufen zu halten?

210

211 S: Genau.

212

213 I: Und zweite Frage, wenn Sie dann konkret eine Idee, ein Thema haben, dann besprechen
214 Sie das ja nicht, also wenn es dann wirklich in das Projekt geht, dann gehen Sie auf die kon-
215 kreten Kolleginnen und Kollegen zu, die man dann halt kennt aus der Stadt der Erneue-
216 rung?

217

218 S: Genau, das wäre das Erste, dass man das inhaltlich abstimmt mit den Fachleuten. Da ist
219 auch ganz wichtig, und das ist auch nicht ganz trivial, dass es so eine Kultur gibt, dass wenn
220 ich meinen fachlich nahen Kollegen bei der Stadterneuerung anspreche, Informationen über
221 ein Projekt gebe, dass die Information nicht nach außen geht. Weil wir sind ja in der Hierar-
222 chie und eigentlich müsste das dann über meine Chefin, über die Sozialdezernentin, zum

223 Baudezernen und dann runter. Das ist relativ spröde, also das dauert einfach ganz lange.
224 Und obendrein hat man es dann schon auf der Ebene der Entscheider kommuniziert und
225 wenn die dann schon sagen, in dem Punkt, das wollen wir aber nicht, dann ist das schlecht.
226 Sondern es ist gut, es erstmal auch so informell vorher abtasten zu können, macht das Sinn,
227 mit den Leuten zu sprechen, habt ihr Lust darauf, habt ihr Kapazitäten? Und dann ein Projekt
228 vorzulegen zur Entscheidung, was dann inhaltlich getragen werden kann und wo wir eben
229 auch schon so einen Weg vorgebahnt haben, wie man das personell dann auch darstellen
230 kann.

231

232 I: Noch ganz kurz, bevor wir uns da zu sehr drin verlieren, aber es ist gerade sehr spannend,
233 letzte Frage, kommen die auch konkret auf Sie zu an der einen oder anderen Stelle? Also
234 geht das auch?

235

236 S: Das geht auch umgekehrt. Das ist ganz, ganz stark bei der Stadterneuerung, die einfach
237 sagen, wir brauchen das Sozialdezernat, um soziale Stadtgebiete bewilligt zu bekommen.
238 Ich glaube, wir sind da auch so ein bisschen der privilegierte Ansprechpartner, weil wenn
239 man das Jugendamt dann hat, die haben in einem Bereich Jugendfreizeithäuser, KITAS, das
240 ist eigentlich schon vorstrukturiert und darüber hinaus können die wenig machen. Wir sind
241 eben offen für neue Projekte, die wir dann zwar nicht selber finanzieren können, wo wir dann
242 gucken müssen, wo kommt das Fördergeld her, aber wir können da auch so ein bisschen
243 experimentell mit einsteigen und von daher gehen die wirklich proaktiv auf uns zu. Ein
244 Stückchen ist es auch so beim Referat für Sport und Bewegung, das ist momentan ein
245 bisschen weniger, weil wir ein ganz dickes bauliches Projekt haben, das ist die Ertüchtigung
246 der Sportanlage in Wattenscheid für Europa- und Weltmeisterschaften im Bereich
247 Leichtathletik. Das bindet die jetzt so, dass die eben nicht mehr so eng mit uns zusammen
248 sind, aber die Nutzung der Flächen, der Sportflächen, das ist ein Thema auch für die
249 Gesundheitsförderung, von daher haben wir da auch einen ganz guten Draht. Auch mit dem
250 Stadtsportbund sind wir da gut verbandelt. Da sind wir schon im Bereich extern, aber auch
251 die fragen uns an: „Wir haben was vor und könnt ihr da einsteigen mit dem
252 Gesundheitsthema?“ Und das ist dann ein ganz breites Potpourri, da geht es tatsächlich
253 darum, eventuell mal ein Angebot auch inhaltlich zu begleiten, durch eine Ärztin, einen Arzt,
254 die zusätzlich zu dem Bewegungsangebot was anbieten, einen gesundheitsförderlichen
255 Hintergrund auch liefern, oder aber eben auch, die brauchen selber Fördergelder für dieses
256 Projekt, und das ist ein Bewegungsförderungsprojekt, dann kommt die Frage auch schon,
257 ob wir das irgendwie über Krankenkassengelder oder so finanzieren können, dass wir dann
258 quasi die Antragsteller sind. Also es ist ganz breit gefasst, wie da die Zusammenarbeit ist,
259 aber wie gesagt, leider noch nicht mit dem Umwelt- und Grünflächenamt, also mit der
260 Stabstelle Klima und Nachhaltigkeit waren wir sehr gut zusammen, also auch die sind
261 proaktiv an uns herangetreten, wir andersrum auch an die, weil wir gesagt haben, ja was ist
262 nachhaltiger als eine gesunde Kommune? Also da haben wir schon Karten drin, und das
263 haben die halt eben auch sehr gemacht, aber die sind auch in einem totalen personellen
264 Umbruch, das zerbröseln, also es ist ganz viel Kontaktarbeit, ganz viel Netzwerkarbeit, die
265 man leisten muss, weil es ist einfach nicht über Gesetze oder Verordnungen abgesichert,
266 diese Art von Arbeit.

267

268 I: Wie stellen denn Sie die Kohärenz der verschiedenen Politiken sicher?

269

270 S: Es ist eine Herausforderung, nicht parallele Prozesse zu haben, glaube ich. Das ist wirklich
271 schwierig, und so ein Beispiel, es kommen ja immer so Themen auf. Lotsendienste ist so ein
272 Thema und auf einmal ploppen in allen Bereichen der Verwaltung Pläne auf, Lotsendienste
273 im Gesundheitsbereich einzurichten. Das unter einen Hut zu bringen, dann mal alle zusam-
274 menzubringen und zu schauen, ja ist ja nicht schlecht, wenn ihr aus dem Jugendbereich,
275 Kinder- und Jugendbereich, Gelder habt, um sowas zu machen, und wir haben aus dem
276 Gesundheitsbereich, spricht ja nichts dagegen, dass wir beide aktiv werden, aber wir müs-
277 sen voneinander wissen, und das dürfen Angebote sein, die sich nicht überschneiden und
278 die müssen auch verzahnt werden. Da müssen wir klarmachen, dass nicht die Trägerschaft
279 der Hauptbezug ist, sondern der Sozialraum oder die Zielgruppe, für die sie bestimmt sind.
280 Auch dafür ist eigentlich die kommunale Gesundheitskonferenz ein ganz gutes Thema. Wir
281 haben eine doppelte Vertretung des Jugendamtes, beispielsweise auch darin, erst mal die
282 Amtsleitung des Jugendamtes und die Vertreterin, die für die frühen Hilfen zuständig ist,
283 weil das so ein Bereich ist, wo wir auch ganz eng kooperieren und uns abstimmen müssen.
284 Aber es ist schwierig, es ist tatsächlich, weil die Politiken nun mal anders sind. Wir haben
285 auch dann, wie sag ich das jetzt, dass es nicht despektierlich wirkt – so ist es nicht gemeint –
286 die Politik selbst. Die Politikvertreter, die Ratsvertreter, auch die haben Ideen, die sie dann
287 reinbringen, und die sie vortragen, das kann auch schon mal ganz viel Wirrwarr geben, dann
288 preschen die vor, und wir müssen gucken, dass wir das dann in unsere Bezüge wieder ein-
289 fangen und lebbar machen. Grundsätzlich ist das positiv, jede Aufmerksamkeit auf Gesund-
290 heit ist aus unserer Sicht zu begrüßen, wenn das Thema auch in der politischen Szene disku-
291 tiert wird, aber es liegt dann doch auch schon mal quer zu den Überlegungen und Vorarbei-
292 ten, die wir gemacht haben.

293
294 I: Zum Beispiel das Grünflächenamt hatten Sie da genannt, jetzt ist das ja nicht ganz uner-
295 heblich, Grün in der Stadt ist ja ein Riesenthema seit einigen Jahren; wenn Sie jetzt in The-
296 men wie Stadterneuerung reingehen und da vielleicht was aufkommt, läuft dann der Kontakt
297 über so ein Dreieck, denn letztlich planen die ja auch, jetzt gebe ich mal einfach ein Stich-
298 wort: Pollen, da würde derjenige aus dem Gesundheitsbereich vielleicht noch mal sagen:
299 „Liebes Grünflächenamt, großartige Überlegungen, aus meiner Perspektive würde ich noch
300 mal mit reingeben, dass ihr an Pollenbelastung denkt, die durch die Pflanzung von Birken
301 stark zunimmt.“ Also wie ist da die Abstimmung?

302
303 S: Also zum Grünflächenamt ist es tatsächlich überwiegend dieses Dreieck, wobei man
304 schon sagen muss, dass solche Effekte, was Pollenflug angeht oder so, da denken die natür-
305 lich mit, das ist einfach auch deren alltägliches Handwerkszeug. Was uns da noch nicht ge-
306 lungen ist, wirklich aus personellen Schwierigkeiten heraus, so einen direkten Austausch zu
307 schaffen, den hat es nur punktuell gegeben. Wir hatten, das ist jetzt ein kleiner Spoiler zu
308 den Maßnahmen, den Stadtraummonitor in Bochum ausprobiert. Und in dem Zusammen-
309 hang war auch tatsächlich das Umwelt- und Grünflächenamt, die Tiefbauer, die waren da
310 alle mit dabei. Das war spannend, wir haben das nur eben tatsächlich nicht so verstetigen
311 können. Ich muss eigentlich jetzt, nachdem wir uns wieder so lebendig treffen können, so
312 einige Kanäle auch wieder reaktivieren und andere erst auch wirklich erstmalig aktivieren.
313 Der Ansatz war zwar da, aber der ist halt eben durch die Pandemie ... Wenn Leute über-
314 haupt nicht klarhaben, was für einen Ort habe ich auf der kommunalen Gesundheitskonfe-
315 renz, welche Rolle habe ich da, dann kommt man nicht zu einer Videokonferenz. Da ist es
316 eher so, dass man sich überzeugen lässt, komm mal vorbei, sieh die Menschen, die da sind,

317 red mal mit denen in den Pausen oder am Rande der Sitzung und dann bekommt man ein
318 Gefühl für so eine Runde. Das ist jetzt noch eine Herausforderung.

319

320 I: Und Akteure aus dem Tiefbauamt. Verkehr, also Lärm, Luft, das ist ja ein Thema, Sie ha-
321 ben es gerade schon selbst beschrieben, mit dem Fensteraufmachen [vor dem Interview].
322 Wie kann ich das verstehen, wenn da Politiken entwickelt werden, dass da Themen von ge-
323 sundheitlichen Fragen, wenn sie bei einem Ingenieur vielleicht nicht qua Ausbildung schon
324 verankert sind, wie funktioniert das dann mit der Kohärenz?

325

326 S: Schwierig, zum Teil gar nicht. Das ist wirklich noch ein Bereich, wo wir Lösungen suchen
327 müssen, wie das gut funktioniert. Dass wir informiert werden, wenn die etwas planen und
328 dass wir zu einem Zeitpunkt informiert werden, in dem die Planung nicht schon als regulier-
329 tes Planungsverfahren da ist. Weil dann können wir nur noch sagen, ja, grundsätzlich okay,
330 wir haben dann noch Details zu ändern. Aber wenn wir sagen müssten, vom Ansatz her finde
331 ich das doof, ist es da eigentlich schon zu spät. Deswegen ist unser Bemühen, dass wir eine
332 Phase-Null-Beteiligung bekommen. Also wenn die die Idee entwickeln, dass wir dann zu-
333 sammenhocken und mit anderen Akteuren zusammen erst mal schauen: Wie bewegt sich
334 das überhaupt? Gott sei Dank ist vieles, was die planen, absolut in unserem Sinne. Also ich
335 habe jetzt kein Projekt vor Augen, wo ich sage, oh Gott, oh Gott. Also aus Gesundheitsför-
336 derungssicht ist es ganz, ganz schlimm, was da passiert. Weil die sich ja auch entwickelt ha-
337 ben. Hilfreich ist bei solchen etwas schwierigeren Konstellationen, dass die ja auch in hohem
338 Maße mit Planungsbüros und Hochschulen zusammenarbeiten. Und da gibt es durchaus
339 dann Menschen, die sagen, da müsst ihr aber das Gesundheitsamt auch mal zu befragen.
340 Also da bewährt sich dann auch wieder die Kooperation mit den Hochschulen, das ist bei-
341 spielsweise der Studiengang Gesundheit und Sozialraum an der HS Gesundheit. Das ist
342 aber auch die TU Dortmund, die einfach schon begriffen hat, dass das Gesundheitsamt ein
343 wichtiger Akteur ist. Und wenn unsere Tiefbauer mit denen zusammen was machen, dann
344 sagen die das auch und bohren da so langsam für uns auch vor. Also das ist im Fluss. Es gibt
345 halt keine gesetzlichen Regelungen dafür. Wir werden in Planungsprozessen als Träger ei-
346 gentlich ja lange beteiligt. Das ist aber viel zu spät für eine strategische Planung. Da sind wir
347 dran, aber das ist beileibe noch nicht fertig. Aber wir sind schon, so was ich höre, auch
348 schon relativ gut dabei. Sodass wir halt eben auch durchaus punktuell dann mal so Koaliti-
349 onen aufbauen, auch wenn die nicht tragen. Also das zumindest ein Grundverständnis da ist,
350 dass Gesundheit ein wichtiges Thema ist – auch in unserem Arbeitsbereich – und wenn das
351 Gesundheitsamt dann kommt, dann ist das auch sinnvoll. Also ich glaube, den Punkt haben
352 wir schon erreicht, aber dass wir das in Handlungslogiken übersetzt haben, die verstetigt
353 sind, das ist noch nicht so.

354

355 I: Kurze Nachfrage dazu. Sie haben gerade Phase-Null erwähnt.

356

357 S: Das ist ein Begriff, der eigentlich relativ breit verwendet wird. Ich bin Mitglied beim Lan-
358 deszentrum für Gesundheit in der Arbeitsgruppe gesundheitsorientierte Planung und da ist
359 es einfach nur so ein Begriff, den ich aus diesem Kontext habe. Aber das ist wichtig. Sobald
360 die gesetzliche Logik des Baurechts oder eines anderen Rechtswerks greift, haben wir
361 Schwierigkeiten.

362

363 I: Nach der internen Zusammenarbeit kommen wir zur Implementierung und Berücksichti-
364 gung des Themas. Was läuft bei der Implementierung bzw. Berücksichtigung von gesund-
365 heitsrelevanten Faktoren in Stadtentwicklungspolitiken in Bochum gut und was sind die
366 größten Herausforderungen?
367

368 S: Das ist eigentlich genau das, was wir schon gesagt haben. Also es läuft gut dort, wo be-
369 griffen wurde, dass wir in Bezug auf ein Quartier etwas tun wollen. Und zwar da momentan
370 nur bei der Stadterneuerung, bei dem Aufbau neuer Quartiere ist das noch ein bisschen
371 herausfordernder. Ich glaube, dass das die Herausforderung ist, eine Kultur zu entwickeln,
372 unbeschadet einer eventuellen rechtlichen Änderung, die dann auch unsere frühzeitige Be-
373 teiligung in solchen Prozessen ermöglicht, eine Kultur zu schaffen, in der man einfach anei-
374 nander denkt. Da bieten wir das Forum Kommunale Gesundheitskonferenz an. Da gibt es
375 aber auch andere Berührungspunkte, beispielsweise die ganzen Beteiligungsformate, die
376 vor der Erstellung eines ISEK beispielsweise auch verwaltungsintern laufen, wo dann alle
377 Ämter eingeladen werden. Also da ist auf der Seite der Bauleute dann auch ein Forum da,
378 wo wir uns einbringen können. Wir sind da auf einem guten Weg, aber es hat längst noch
379 nicht alle Ämter erreicht. Wichtig ist eben auch, dass es personell darstellbar ist. Das ist
380 momentan eine der größten Herausforderungen, die wir in der öffentlichen Verwaltung in
381 allen Bereichen haben. Da bin ich jetzt wirklich noch mit den Planungen, die meine Chefin
382 gesetzt hat, super gut dran. Das finde ich total toll, dass sie das sogar noch forciert hat, weil
383 ich krank geworden bin, weil sie gemerkt hat, es liegt auch wirklich an dem enormen Ar-
384 beitsanfall, der sich in diesem Bereich entwickelt hat. Das ist schon gut, aber das sind so die
385 Herausforderungen, Kultur schaffen, personelle Ressourcen schaffen.
386

387 I: Herausforderungen beim Neubau oder Quartiersentwicklung: Was ist da?
388

389 S: Also Neubau wäre noch so ein Closed-Shop, ein Stückchen weit. Bei den Stadterneue-
390 rungen sind wir wirklich auf dem Weg, dass wir regelmäßig zumindest zusammen überle-
391 gen, welche Rolle spielt Gesundheit da? Nicht in jeder Stadterneuerung macht das Sinn.
392 Wenn ich mir beispielsweise jetzt die Innenstadt angucke, da sind die Ziele vorrangig wirk-
393 lich baulicher Art. Also wie verändern wir unseren Innenstadtbereich vom Einkaufszentrum
394 der Stadt hin zu einer Mischnutzung, Versorgung, aber auch Arbeiten und Wohnen? Also
395 das wäre der Aspekt, der dazu kommt. Da spielt natürlich dann auch verschattete Freifläche,
396 Bewegung, Sport eine Rolle. Aber das ist eigentlich relativ leicht abgefrühstückt, weil das ist
397 mittlerweile auch in den Handlungslupen der Stadterneuerer mit drin, dass man das mit be-
398 rücksichtigen muss. Da sind wir im Gespräch, da gibt es regelmäßig Runden, wo dann aber
399 meine Chefin hinget. Das ist da eher angemessen, dass dann die Amtsleitungen aus ihrer
400 jeweiligen Sicht da mal draufgucken und wenn sich da was Konkretes entwickelt, kriege ich
401 es dann mitgeteilt und muss dann schauen, wie ich es abarbeite. In Wattenscheid sind wir
402 da viel, viel intensiver. Also da ist wirklich auf der Arbeitsebene ein ganz, ganz intensiver
403 Kontakt und das ist ein gemeinsamer Arbeitsschwerpunkt von Stadtamt 61 und 53. Da ist
404 eben der An-sprechpartner für Wattenscheid von Stadtamt 61 von der Stadterneuerung mit
405 dabei, da ist das Stadtteilbüro mit dabei, da bin ich mit dabei. Das ist so eine Dreier-
406 Kombo, die eigentlich ganz, ganz viel zusammen macht. In Hamme und Leer: In Hamme
407 wird sich das ähnlich entwickeln. Da wird Gesundheit eine große Rolle spielen müssen. Das
408 haben wir auch schon durchaus im Blick. Da müssen wir nur noch gucken, wie wir das per-
409 sonnell abbilden. Das ist aber auf beiden Seiten problematisch gewesen. Da hakt es auch,

410 glaube ich, noch so ein bisschen daran, dass die Förderzusagen vom Land eher so ein biss-
411 chen zögerlich kommen. Obwohl das ein Bereich ist, wo ich sagen würde, da passt eine
412 Stadterneuerung super gut hin. Da muss doch eben alles bewilligt werden. Aber da sehe ich
413 eine starke Kooperation. Eine ganz überraschende Sache eigentlich: Markt 51 7, das ist
414 Leer. Das ist eigentlich ein Stadterneuerungsprojekt, wo es um die Nachnutzung der großen
415 Opelflächen geht. Also eher die Gesundheitswirtschaft spielt da eine Rolle, also Ansiedlung
416 von Unternehmen aus der Gesundheitsbranche. Bildung hat dort einen Ort, also Uni-
417 Institute werden dort angesiedelt. Aber in diesem Zug hat sich herausgestellt, dass in dem
418 traditionellen Wohnbereich Leer auch ein hoher Förderbedarf ist und das auch eine ge-
419 sundheitliche Herausforderung ist. Also sind wir da jetzt auch dabei, Kontakt aufzunehmen.
420 Das ist kein soziales Stadtgebiet, das ist viel, viel schwieriger.

421
422 I: Sondern?

423
424 S: Das ist halt eben eine Stadterneuerung, wo es darum geht, einen Stadtraum einfach neu
425 zu gestalten, ohne dass da eine soziale Problematik mit bearbeitet werden soll.

426
427 I: Bei baulichen Themen ist es dann eher so, dass dann tatsächlich das Thema Gesundheit,
428 so haben Sie es glaube ich gerade formuliert, bei den Kollegen mittlerweile ohnehin so weit
429 ist, dass die darauf achten. Es ist quasi die Annahme, dass die Kolleginnen und Kollegen bei
430 der Innenstadterneuerung das Thema mitdenken ...

431
432 S: Ja, also es ist einfach, was ich voraussetze und auch von meiner Erfahrung her, da bin ich
433 mir ziemlich sicher. Es ist natürlich schon sinnig, wenn wir trotz alledem auf konkrete Pla-
434 nungsprojekte auch nochmal so einen Blick werfen. Also da bin ich aber nicht immer der
435 richtige Ansprechpartner, sondern Gesundheitsingenieure. Da sind wir momentan auch
436 noch nicht so richtig 100%ig gut ausgestattet, da muss noch mehr ausgebildet und beschäf-
437 tigt werden. Das macht aber einfach Sinn, nicht nur für das Thema Wasser, da sind wir ja
438 doch in einem sehr, das ist ein sehr dickes Thema für uns, sondern halt eben auch bei sol-
439 chen Planungsprozessen. Wir haben über das LZG, quasi so eine Checkliste, entwickelt, wo
440 wir auch bauliche Projekte aus gesundheitlicher Perspektive prüfen können, der Leipziger
441 Besuch der Stadt. Der wird in Bochum eingesetzt. Also der liegt auch bei den Kollegen in
442 den anderen Stadtämtern, in den anderen Dezernaten. Und ich muss den glaube ich mal
443 wieder in Erinnerung rufen, dass es den gibt, aber der war eigentlich bei uns schon ganz gut
444 eingeführt und wurde halt von den anderen auch begrüßt, als eine Hilfestellung dann
445 nochmal aus gesundheitlicher Perspektive auf die Planungsprozesse draufzukommen.

446
447 I: Konkret bei dem Projekt, das Sie gerade ansprachen, im Bereich der alten Opel-Werke,
448 weil es kein soziales Thema ist, sondern über die Bauschiene kommt, was ist da das heraus-
449 fordernde Moment?

450
451 S: Also da ist diese Fläche, die dort entsteht ... Da habe ich relativ wenig Karten drin, da
452 wäre der Punkt eher gesundheitsförderliche Arbeitswelten, weil da werden Arbeitsplätze
453 geschaffen, keine Wohnumgebung. Da gibt es auch Überlegungen, zu schauen, dass man
454 über die Eingliederung dieses Areals einen großen Bewegungs- und Grüngürtel durch die
455 ganze Stadt, auch für Mittagspausen etc. pp., sportliche Betätigungsmöglichkeiten, schafft.
456 Also das ist schon da mit drin, aber letztendlich planen da die Unternehmen, die sich ansie-

457 deln wollen, ihre Sachen und da habe ich keine Karten drin. Ich bin angesprochen worden
458 vom Stadtteilbüro, dass die danebenliegende ältere Wohnbebauung, da gibt es ein kleines
459 Einkaufszentrum, das hat auch einen städtebaulichen Erneuerungsbedarf, aber da gibt es
460 eben auch soziale Schieflagen, gesundheitliche Herausforderungen, viele Kinder kriegen
461 keinen Zugang zu Sportmaßnahmen. Da haben wir dann zumindest punktuell schon mal
462 Maßnahmen gesetzt, dass in den Sommerferien eine Straßensportaktion zusammen mit dem
463 Stadtsportbund dort stattfindet. Da gibt es die Idee, das ist Eigenarbeit der Kollegin, die
464 dort für die sozialen Projekte zuständig ist, dass man zusammen mit einer Organisation aus
465 Berlin die Kontakte zwischen Sportvereinen und Kitas, Schulen stärken will. Also sowas ha-
466 ben wir da schon gesetzt und da ist auch die Kollegin immer ein bisschen traurig, wenn ich
467 da eben nicht so intensiv wie in Wattenscheid einsteigen kann. Deswegen bin ich froh, dass
468 da jetzt so zwei Personen kommen, die zumindest mit Stellenanteilen noch partizipierende
469 Prozesse begleiten können.

470

471 I: Ja, okay, aber auch bei den baulichen Maßnahmen sollen Sie keine Karten im Spiel ha-
472 ben?

473

474 S: Nein, also auf dieser Opel-Fläche: nein. Das sind einfach andere Maßnahmen, wir haben
475 eine ganz andere Zielsetzung und betriebliche Gesundheitsförderung macht einfach nicht
476 die Stadt. Also da kommen wir dann doch an eine Zuständigkeitsgrenze und auch wenn wir
477 Fördermittel dafür abrufen wollen, ist die Stadt eigentlich nicht der geborene Antragsteller.
478 Wir haben versucht, es gibt ja die Antragstellung nach Paragraph 20a SGB V für lebenswelt-
479 bezogene Gesundheitsförderung, das mal zusammenzuführen mit einer beruflichen Ge-
480 sundheitsförderung. Das war von den Förderbedingungen einfach nicht zusammenzubrin-
481 gen. Also das ist ganz, ganz schwierig. Da geht es dann nur um die Gestaltung des öffentli-
482 chen Raums, wo wir natürlich sagen, schafft Verschattung, schafft Wasser im Raum, um ein
483 gutes Klima zu schaffen, dass die Leute nicht reihenweise in ihrer Pause umkippen. Schafft
484 Bewegungs- und Sportmöglichkeiten zum Ausgleich zur Büroarbeit, wo die überwiegend ist.
485 Das bringen wir da schon ein, aber das ist wirklich Standard auch schon. Also dass man öf-
486 fentliche Räume jetzt nicht nur so gestaltet, dass da ein großer Platz ist, wo nichts drauf ist,
487 sondern dass man da auch Bäume anpflanzt und Sitzecken schafft, dass man vielleicht auch
488 mal so Fitnessgeräte da aufstellt. Das ist mittlerweile eigentlich angesagt und ist für viele
489 Arbeitgeber auch so ein Bereich, wo sie sagen, das sind weiche Standortfaktoren. Und die
490 sind dann im Gespräch entweder mit unseren Wirtschaftsförderern, die da auch durchaus
491 mitmachen, aber auch mit der Bauverwaltung, die die Fläche insgesamt entwickelt.

492

493 I: Welche Erfahrungen haben Sie bei Interessenkonflikten gemacht? Über die Themen, die
494 wir gerade schon ein bisschen besprochen, aber klassisch Wirtschaft und Gesundheit. Und
495 wie gehen Sie, also wie geht die Stadt Bochum im Fall von Interessenkonflikten vor?

496

497 S: Also, man muss natürlich ganz klar sagen, dass es Interessen gibt, die mächtiger und ein-
498 flussreicher sind als die Gesundheitsthematik. Also wenn ich mir jetzt vorstelle, es gäbe ein
499 Großbauvorhaben, was so und so viele tausend Arbeitsplätze nach Bochum kriegt, glaube
500 ich, wären Bedenken aus der gesundheitlichen Ecke, würden zwar sicherlich nicht komplett
501 überhört, aber würden allerhöchstens dazu führen, dass das Projekt modifiziert wird. Also,
502 das muss man ganz realistisch sehen. Das ist nicht die Kernstruktur. Und ich muss auch sa-
503 gen, Gesundheit kann ja nicht alles machen. Also, die Leute werden ja auch nur, bleiben ja

504 auch nur gesund, wenn sie eine Lebensperspektive haben, wenn sie Geld verdienen. Es ist
505 einfach, zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit besteht ein Zusammenhang. Von daher
506 würde ich auch nicht sagen, ein großes Projekt ist unbedingt immer gesundheitsschädlich.
507 Also, das muss man schon ganz klar sehen. Die riesige Herausforderung ist tatsächlich, so
508 einen guten Kompromiss zu finden. Da ist meine Strategie, dass ich immer deutlich mache,
509 ich mache was für euch. Also, ich bringe nicht ein Thema ein, was euch fremd ist und euch
510 Schwierigkeiten macht, sondern letztendlich habt ihr durch eine gute Gesundheitspolitik, die
511 Gestaltung eurer Prozesse, auch was davon. Die Leute fühlen sich wohler, binden sich viel
512 stärker an den Ortsteil, bringen Stabilität ein. Das ist mühselig, muss man schon sagen, also
513 sich so als Dienstleister für die anderen anzupreisen. Aber ich glaube, das ist eine Strategie,
514 die gut ist. Weil, wenn ich machtvoll da reingehen würde, so nach dem Motto, hier müssen
515 wir jetzt aber auf die Gesundheit achten und dem muss alles andere untergeordnet werden,
516 überhebe ich mich. Die Power habe ich innerhalb der Stadtverwaltung gar nicht, dass ich
517 das durchhalten kann. Und ich schaffe damit auch kein Verständnis. Ich glaube, das Ver-
518 ständnis schaffen für Gesundheitsförderung, dass das von sich aus einfließt in die Prozesse,
519 die die anderen Akteure starten, dass das viel hochbringender ist, als es so konfliktiv durch-
520 zusetzen.

521

522 I: Stichwort Planungsinstrument und Monitoring. Welche Bedeutung haben die Nachhaltig-
523 keitsstrategien des Bundes und des Landes und der Kommune für die kommunalen Stadt-
524 planungsprozesse und die Gesundheitsplanung?

525

526 S: Also wir sind momentan im Prozess global nachhaltige Kommune hier in Bochum drin. Da
527 fließen Gesundheitsindikatoren als Qualitätsindikatoren durchaus mit rein. Ich weiß jetzt den
528 allerletzten Stand nicht. Also wir haben ja das Problem, dass wir eigentlich nur Kinder- und
529 Jugenddaten kleinräumig haben – nur Kinderdaten eigentlich, so Jugenddaten auch nicht
530 mal. Das fließt mit ein und ich meine, dass die Erfahrungen der Pandemie auch zahlenmäßig
531 mit einfließen werden. Also insofern gibt es da eine Verbindung, die ist aber auch aufgrund
532 der Datenknappheit nicht ganz so eng. Ansonsten waren wir sowohl in den Prozess global
533 nachhaltige Kommune als auch in den Klimaprozess mit eingebunden, waren dort anhand
534 der SDGs auch in Arbeitsgruppen vertreten. Es gab also immer einen permanenten Aus-
535 tausch. Wobei da gab es auch wieder den Lerneffekt, sowohl bei Klima als auch bei Nach-
536 haltigkeit wurde Gesundheit erstmal gar nicht so sehr darin gesehen, sondern das war da
537 wirklich so, wir mussten dann dahingehen und mal mit den Armen winken und haben dann
538 den Effekt bekommen: „Haben Sie Recht, Gesundheit ist da auch mit drin.“ Also zwar nicht
539 nur unter dem Punkt, das ist glaube ich das SDG 3, sondern auch unter diversen anderen
540 Punkten, Wasser, ich habe sie jetzt alle nicht im Kopf, aber das ist schon ganz wichtig. Das
541 war auch für mich durchaus wichtig, dann nochmal das zum Anlass zu nehmen, meine Arbeit
542 nochmal abzuklopfen, unter welche SDGs fällt das und werde das sicherlich auch einmal auf
543 die Beschlussebene bringen, sodass wir ganz klar unsere Prozesse auch in der global nach-
544 haltigen Kommune anhand der SDGs verankern.

545

546 I: Können Sie das noch ein bisschen ausführen?

547

548 S: Also das sieht dann konkret so aus, dass der Rat, wenn es gut geht, entweder lobend zur
549 Kenntnis nimmt, dass das Gesundheitsamt in Kooperation mit seinen Kooperationspartnern
550 die und die und die und jene Maßnahme ergreift, um das und das SDG voran zu bringen.

551 Das ist wirklich das Ziel, einfach nur transparent zu machen, dass das, was wir hier tun, was
552 mit Nachhaltigkeit zu tun hat, also dass das in der Öffentlichkeit auch wahrgenommen wird,
553 dass es dazu irgendeinen Beschluss gibt. Wir haben schon durch die Sozial- und Gesund-
554 heitsberichterstattung, die ganz eng miteinander verschränkt sind, durch die Tatsache, dass
555 Sozialkonferenzen immer auch einen Gesundheitsschwerpunkt mit dabei haben, vielleicht
556 sogar eine der nächsten Sozialkonferenzen einen viel stärkeren Gesundheitsschwerpunkt
557 hat, haben wir schon eigentlich klargestellt, dass wir in der Vernetzung mit allen anderen
558 Akteuren da drin sind. Aber das könnte man noch mal ein bisschen, so wirklich, dass man es
559 labeln kann damit auch. Das wäre mein Ziel. Momentan kann ich nur mit so einem Städte-
560 netzwerk labeln, wo ja eigentlich auch die SDGs dahinterliegen. Also das sollte man nur für
561 Bochum noch mal ein bisschen klarer machen und einmal richtig beschreiben und dann
562 auch absichern lassen.

563

564 I: Gibt es in Bochum ein Gesundheitsmonitoring beziehungsweise ein Health Impact Asses-
565 sment? Wie wird das umgesetzt und weiterentwickelt? Welche Auswirkungen hat das auf die
566 Politik?

567

568 S: Ein Health Impact Assessment gibt es anfanghaft im Rahmen der Gesundheitsberichter-
569 stattung. Ich bin gerade dabei, das zu machen, erstmals umweltbezogene Faktoren und
570 Mehrfachbelastungen in den Blick nehmen, was dann quasi im nächsten Schritt ja bedeuten
571 würde, zu schauen, wie kann man bei Planung solche Mehrfachbelastungen reduzieren. Ich
572 glaube, da sind wir den ersten Schritt in die Richtung gegangen. Das ist aber deutlich aus-
573 baufähig. Wir haben eine Gesundheitsberichterstattung, die aber an den üblichen Knack-
574 punkten leidet, dass wir eben kleinräumige Daten nur für Kinder- und Jugendgesundheit
575 haben, dass wir ansonsten schauen müssen, was wir an Datenbeständen noch irgendwie
576 generieren können. Aber das ist oftmals sehr, sehr wenig und von daher ist das echt eine
577 Herausforderung. Ich glaube, wir sind wirklich gar nicht so schlecht aufgestellt, was das an-
578 geht, die Berichterstattung verzögert sich zwar jetzt schon seit zwei Jahren, aber das liegt an
579 Corona und an meiner Erkrankung. Es gibt einfach schon so eine Kultur, dass gesundheitli-
580 che Ergebnisse wahrgenommen werden, dass wenn in der Schuleingangsuntersuchung eine
581 Verdichtung von gesundheitlichen Herausforderungen ist, dass dann tatsächlich schon ge-
582 schaut wird: Kann man Maßnahmen setzen, die es verändern? Also anfanghaft ist es da,
583 kann sicherlich noch besser werden. Dafür bräuchte man allerdings eine deutliche Verbesse-
584 rung der Datenlage nochmal. Aber auch da wursteln wir natürlich dran. Da sind wir halt
585 eben auch mit diversen Datenhaltern im Gespräch. Das LZG ist mit den Kassenärztlichen
586 Vereinigungen da zugange und versucht zumindest für die Ebene der Stadtbezirke, für die
587 großen Kommunen die Daten zu bekommen, was sehr, sehr schwierig ist. Die haben also
588 schon ein bisschen Angst, solche Daten rauszugeben. Auch hier bei uns ist es durchaus nicht
589 ganz einfach, weil man je genauer die Stadt beschreibt, die Unterschiede zwischen den
590 Ortsteilen deutlicher werden. Da kann man ungewollte Effekte erzielen, dass Ortsteile ver-
591 lassen werden, weil sie angeblich krank machen. Oder aber, dass Ortsteile eben auch
592 schlechtgeredet werden. Da sind die Bedenken auch sehr groß. Ich weiß von Oberhausen,
593 die haben ganz klar in allen Planungsprozessen das durchschnittliche Sterbealter in den
594 Ortsteilen drin, nicht veröffentlicht, aber intern. Ich habe jetzt ein paar inhaltliche Anfragen
595 an diesen Indikator. Ich würde eher einen SMR der Sterblichkeit in den Ortsteilen berech-
596 nen. Das ist bei uns hier eigentlich noch nicht so, dass wir sagen können, darauf greifen wir
597 zurück. Also da würden wir komische Rückfragen von vielen Kollegen, gerade aus denen,

598 die die Stadtqualität der Ortsteile steigern wollen, bekommen. Wenn man hört, der SMR ist
599 1,12. Sollen wir jetzt anfangen, hier ein Hospiz zu planen? Ich glaube, da muss die Kultur
600 noch vorbereitet werden.

601
602 I: Welche Indikatoren halten Sie für denkbar? Also das Health Impact Assessment zielt ja
603 dann darauf ab, bei Maßnahmen auch zu gucken.

604
605 S: Es wäre schon toll, wenn wir einfach die chronisch-degenerativen Erkrankungen in den
606 Ortsteilen hätten. Vor allem die, die auf Umweltfaktoren und nicht verhaltenszentriert sind.
607 Die sind zwar auch nicht uninteressant für uns, es ist durchaus denkbar, dass wir Antirauch-
608 kampagnen auch schwerpunktmäßig machen, aber uns interessiert ja eigentlich eher das,
609 was Strukturen verändert. Das wäre schon genial. Das hat beispielsweise Düsseldorf auch
610 probiert, hat dafür teuer Geld hingelegt, um sich das auswerten zu lassen. Das kriegen wir
611 einfach nicht gestemmt. Das kann eine Landeshauptstadt, das kann eine arme Kommune
612 einfach ökonomisch nicht stemmen.

613
614 I: Wie wurde das in Düsseldorf umgesetzt? Sind Sie da ein bisschen drin?

615
616 S: Die haben das wissenschaftliche Institut der KV beauftragt, die Daten kleinräumig auszu-
617 werten und haben dann aggregierte Zahlen bekommen. Jetzt bin ich mir nicht ganz sicher.
618 Das war kleiner als unsere Ortsteilnehmenden, aber nicht ganz so klein wie unsere statisti-
619 schen Viertel. Also statistische Viertel haben wir in Bochum allein 154. Ich meine, die hätten
620 so 60, 70 Raumbereiche gehabt, die die so dargestellt haben.

621
622 I: Sozialmonitoring gibt es ja auch in Bochum bzw. Sozialberichterstattung. Da haben Sie ja
623 die gleichen Bedenken.

624
625 S: Es war am Anfang ganz massiv, also wir haben auch Gesundheitsberichterstattung und
626 Sozialberichterstattung zusammen eingeführt und wir haben es auch integriert geplant. Also
627 es gibt Parameter aus der Sozialberichterstattung, fließen in die Gesundheitsberichterstat-
628 tung ein und es gibt immer Gesundheitskapitel auch in der Sozialberichterstattung. Die Be-
629 denken waren am Anfang ganz, ganz massiv und es hat von großen, eindruckreichen Frak-
630 tionen auch das Bemühen gegeben, das wirklich unter Verschluss zu halten und nicht zu
631 veröffentlichen. Das war eigentlich der natürliche Wechsel der Zusammensetzung des Rates,
632 der dann ein Umdenken ermöglicht hat. Also es kamen jüngere Politiker nach, die weniger
633 daran gedacht haben, „wir müssen darauf achten, dass unsere Politik gut dasteht, also bes-
634 ser nicht zu viel wissen, weil dann müssen wir vielleicht eingestehen, da ist ein Problem“,
635 sondern die gesagt haben, „ja, grundsätzlich müssen wir alles wissen, damit wir halt recht-
636 zeitig intervenieren können“. Das war so ein Wechsel, den die durch den Generationen-
637 wechsel eigentlich erst hingekriegt haben. Seitdem ist es grundsätzlich unbestritten, dass es
638 gut ist, eine Berichterstattung zu machen. Es gibt dann aber immer noch Vorbehalte gegen-
639 über so kritischen Indikatoren wie Mortalität, weil da die Angst besteht, dass man die nicht
640 differenziert genug darstellen kann und es dann wieder zu so einer Restigmatisierung
641 kommt. Als wir den Prozess in Wattenscheid-Mitte begonnen haben, also die integrierte,
642 gesundheitlich ausgerichtete Stadterneuerung, da hat mir noch ein Lokalpolitiker gesagt,
643 „da habt ihr doch in die Zahlen einen Groschen reingeworfen, dass die so hoch sind, dass
644 man das machen muss“. Da muss ich dem sagen, dass es tatsächlich so ist. Und da klarzu-

645 stellen, es ist nicht der Stadtteil, der krank macht, sondern es kann sein, dass sich einfach
646 verstärkt kranke Menschen, die ja wirtschaftlich im Schnitt schlechter sind, dort ansiedeln
647 können. Also es ist doch auch eine Stärke, wenn es preisgünstigen Wohnraum gibt. Das
648 muss man ja nicht unbedingt negativ sehen. Und andersrum ist es auch nicht unbedingt
649 immer gut, wenn die Krankenhauszahlen oder die Schuleingangsuntersuchungen gut sind.
650 Weil es können andersrum die Probleme liegen. Das eine ist immer die Datengrundlage,
651 aber die muss diskutiert werden und zwar mit den Leuten, die sich in dem Gebiet ausken-
652 nen.

653

654 I: Und dann zielte gerade das, was Sie von anderen schilderten, die Bedenken, auch noch-
655 mal auf diese Indikatoren und auf ganz kleinräumige Einheiten?

656

657 S: Genau, also ganz kleinräumig. Die Stadterneuerungsgebiete sind ja immer ganz wüst zu-
658 geschnitten. Das orientiert sich an keiner statistischen Gliederungseinheit. Wir versuchen die
659 auf der Ebene der 154 statistischen Viertel möglichst passgenau nachzuschneiden und die
660 Zahlen werden dann über fünf Jahre aggregiert. Dann kann man die durchaus nutzen und
661 rausgeben. Das ist aber das Kleinste, was geht. Die 154 statistischen Viertel sind raus und
662 sogar einige Ortsteile haben, was die Schuleingangsuntersuchungen angeht, so geringe
663 Fallzahlen, dass wir die eigentlich unter einer Aggregation von fünf Untersuchungsjahrgän-
664 gen eigentlich nicht veröffentlichten können.

665

666 I: Bezogen auf Health Impact Assessment: Ist der Stand so, dass Sie das gerade erst anfan-
667 gen zu erarbeiten, aber noch nicht tief eingestiegen sind?

668

669 S: Nein, da sind wir noch nicht tief drin. Das ist sicherlich der nächste Entwicklungsschritt,
670 der anliegt. Wir haben wirklich Stück für Stück das Ganze entwickelt. Als ich die Geschäfts-
671 führung der kommunalen Gesundheitskonferenz übernommen habe, hatten wir zusammen
672 mit der damaligen Sozialdezernentin und der damaligen Amtsleitung gesagt: „Wir nutzen
673 die Gesundheitskonferenz dazu, um so etwas wie ein Monitoring aufzubauen, der gesund-
674 heitlichen Fragestellung.“ Der erste Schritt war, dass wir überhaupt erstmal die Daten, die
675 wir hatten, ausgewertet haben. Das war der erste Gesundheitsbericht. Der hatte eine kleine
676 Empfehlung, da müsste man etwas tun oder da ist nichts zu tun. Aber da war überhaupt
677 noch nicht geplant, in irgendeiner Art und Weise eine Maßnahmenplanung anzuhängen.
678 Sondern wir haben zwei Runden gemacht, wo die Vertretungen in der kommunalen Ge-
679 sundheitskonferenz das zur Kenntnis genommen haben und dann irgendwann mal selber
680 gesagt haben, okay, mit den Daten müssen wir doch jetzt auch etwas tun. Und da sind wir
681 dann in den zweiten Schritt reingegangen und haben gesagt, wir gucken jetzt, dass wir so
682 etwas wie einen Fachplan Gesundheit entwickeln und das ist durch die Pandemie ein biss-
683 chen nach hinten gerutscht. Dass man diesen Planungszyklus, diesen Public Health Action
684 Cycle, jetzt dann auch noch so qualifiziert, dass da wirklich ein Monitoring konkreter Ge-
685 sundheitsphänomene herauskommt, die dann auch direkt Handlungsrouninen haben – das
686 ist der dritte Schritt, der jetzt noch aussteht.

687

688 I: Was sind die Ziele bei der Gesundheitsberichterstattung?

689

690 S: Also zum einen ein allgemeines Informationsinstrument für Politik und interessierte Öff-
691 fentlichkeit. Dann haben wir die Daten als Planungsgrundlage für andere Stadtämter und für

692 unsere eigenen Aktivitäten. Das wird jetzt auch wieder etwas mehr erfolgen, weil wir durch
693 das neue System der Durchführung der Schuleingangsuntersuchung auch wirklich wieder
694 freie Kapazitäten haben, um schwerpunktmäßig noch mal zusätzliche Maßnahmen im Kin-
695 der- und Jugendbereich zu setzen. Zumindest ist das der Plan. Bis man dann ins Doing
696 kommt, ist da ja immer noch ein kleiner Weg zu machen. Und das Dritte ist eben auch als
697 Grundlage für die Planung überkommunaler Aktivitäten. Also wir sitzen auch mit den Kolle-
698 ginnen und Kollegen aus den Nachbarstädten zusammen, weil die sozialen Probleme ma-
699 chen eben nicht an den Stadtgrenzen halt. Oftmals hat man auf der einen Seite der Stadt-
700 grenze die gleichen sozialen Probleme wie auf der anderen. Von daher versuchen wir jetzt
701 auch, das hatten wir auch zu Beginn von Corona angefangen, von daher ist es jetzt auch
702 wieder einen Rutsch nach hinten gegangen, aber das Ziel ist es, dann wieder die Daten der
703 Gesundheitsberichterstattung auch als Grundlage für solche städteübergreifenden Kooper-
704 ationen zu nutzen.

705

706 I: Die letzten drei Fragen. Woher bezieht Ihre Stadt Grenzwerte, Maßgaben, Zielwerte in
707 Bezug auf gesundheitsrelevante Faktoren in der Regel? Und wie werden die Daten in der
708 Regel erhoben und welche Probleme gibt es bei der Datengewinnung?

709

710 S: Also was Grenzwerte angeht, wenn sie nicht gesetzlich festgeschrieben sind, gibt es in
711 den meisten Fällen ausgehend von den Fachämtern Prozesse, auf welchen Wert man sich
712 hier einigt. Zum Teil sind eben auch gesetzliche Werte verschärft worden und werden zu-
713 grunde gelegt. Das machen die Fachämter in ihrer eigenen Zuständigkeit. Mittlerweile ist es
714 so, dass wir über die Hochschule für Gesundheit, die ganz häufig in diesen Prozessen mit-
715 wirkt, dann auch davon mitbekommen. Da habe ich auch nicht wirklich die Kenntnisse, so
716 etwas tatsächlich zu bewerten. Das müssen die Leute machen, die das wirklich gelernt ha-
717 ben. Die Daten werden erhoben mit den Erhebungsinstrumenten, die zur Verfügung stehen,
718 Messstellen etc. Es gibt in der Lärmaktionsplanung dann aber auch ein bevölkerungsbezo-
719 genes Element dabei, das mittlerweile fest etabliert ist und wir planen so etwas auch zu ma-
720 chen für andere Bereiche. Wenn jetzt der Gesundheitsbericht in der zweiten Jahreshälfte
721 fertig wird, werden wir im Nachgang auch Befragungen machen zu einigen gesundheitli-
722 chen Phänomenen bei der Bevölkerung, das ist internetbasiert, zusammen mit der HS Ge-
723 sundheit. Unter dem Titel partizipative Gesundheitsberichterstattung machen wir das.

724

725 I: Bei sonstigen Daten zur Bevölkerung, da greifen Sie dann auf die gängigen Daten, z. B.
726 Schuleingangsuntersuchungen, zurück?

727

728 S: Schuleingangsuntersuchung haben wir, wir haben die Daten der Corona-Pandemie. Das
729 war ja das erste Mal, dass wir für Infektionskrankheiten so viele Zahlen haben, dass man
730 auch annähernd wirklich das Krankheitsgeschehen widerspiegelt. Bei Influenza ist es ja so,
731 dass da nur in seltenen Fällen beim normalen Hausarzt eine Spezifizierung des Erregers der
732 Krankheitssymptome passiert. Das passiert ja nur in Schwerpunktpraxen, die dann halt eben
733 wirklich alles screenen. Also Infektionsschutz ist wirklich nur in Bezug auf Covid-19 da so
734 auszuwerten. Wir haben, das ist aber für Berichterstattungszwecke schwieriger, weil da ein
735 Bias drin ist. Die Klientel unserer Fachdienste, also die frühen Hilfen, die Familienhilfen, die
736 hier rausgehen oder halt eben auch der sozialpsychiatrische und Kinder- und Pflegepsychi-
737 atrische Dienst, die haben ihre Klientendateien, aber das ist kein repräsentativer Querschnitt
738 der Bevölkerung. Von daher muss man da sehr vorsichtig sein und erfreulicherweise beim

739 sozialpsychiatrischen Dienst gibt es da auch keine sonderlich starke sozialräumliche Verdich-
740 tung. Das heißt, die Zahl der Menschen, die sich nicht selber ihre Versorgung organisieren
741 können im psychosozialen Bereich, die ist überall mehr oder weniger gleich groß.

742

743 I: Inwiefern berücksichtigen Sie bei kommunalen Planungsprozessen auch qualitative Me-
744 thoden und Parameter? Also fragt man bei einem Park nur nach dem Abstand zum Wohnort
745 eines Menschen ist noch nichts über den Zustand der Grünanlage gesagt. Sie sitzen im Ge-
746 sundheitsamt, das ist eine typische Frage für jemanden aus dem Bauamt, aber nichtsdesto-
747 trotz haben Sie da vielleicht eine Einschätzung.

748

749 S: Also wir haben zusammen mit dem Bauamt ja den Stadtraummonitor ausprobiert in Bo-
750 chum und werden ihn auch weiterhin nutzen. Im Prinzip gibt es da zwar auch einen Zahlen-
751 wert, aber der wirklich gigantische qualitative Datenteil, der ist echt super, aber der ist so-
752 was von aufwendig auszuwerten. Da braucht man dann tatsächlich eine Person für, die sich
753 nur damit beschäftigt. Also da haben wir uns eigentlich schon fast wieder verhoben mit der
754 Menge Daten, die wir da erfasst haben. Das ist schon das Ziel, dass wir Partizipation stei-
755 gern. Da ist natürlich immer auch zu beachten, wenn ich Partizipation zulasse und fördere,
756 muss ich auch gucken, dass die Menschen das Gefühl bekommen, dass ihre Information, ihr
757 Input nicht immer einfach unter den Tisch fällt, sondern ich muss klar transparent machen,
758 dass mit dem Input, den wir dort bekommen haben, auf die und die und die Weise umge-
759 gangen wird. Das kann zwar auch bedeuten, dass wir gesagt haben, wir können da nichts
760 umsetzen, aber dann müssen wir das auch begründen, warum. Geplant ist es, aber da sind
761 wir, glaube ich, in allen Fachämtern immer noch so, dass wir da tatsächlich lernen müssen,
762 wie wir das machen können. Also von der wahren Partizipation sind wir da noch ganz weit
763 weg.

764

765 I: Bezogen auf die konkreten Planungsprozesse: Wie funktioniert der Leitfaden, ist der kon-
766 kret oder abstrakt?

767

768 Also der Leitfaden formuliert tatsächlich: Wie macht man es am gescheitesten, wie verhin-
769 dert man einen bestimmten Effekt? Also das ist eher offener formuliert, weil ich denke, die
770 Lösungen müssen dann sehr einzelfallbezogen auch getroffen werden und auch wieder Ab-
771 wägungen zwischen verschiedenen Interessen getroffen werden. Das ist eher offener, also
772 es ist nicht so eine pure Zählerei. Die bringt nichts. Also das ist ja auch das Problem bei den
773 Grenzwerten. Der Grenzwert kann eingehalten sein und trotzdem empfinden die Leute das
774 als furchtbar laut an der Stelle oder wir wissen von den Lärmmessungen, da ist es super laut
775 und trotzdem haben in der Befragung der Bevölkerung ganz viele Leute gesagt, das ist
776 meine Ruheinsel. Das ist überraschend, aber es funktioniert, weil die verlagern in ihrer Woh-
777 nung ihre Lebenswelt nach hinten, zum Garten hin oder zum Hof, Hinterhof hin und das ist
778 traumhaft ruhig. Also da nochmal eine Etage tiefer zu gehen, unter die Messwerte, um zu
779 schauen, wie kommt es wirklich bei den Leuten an. Das ist schon ein Ziel, aber wie gesagt,
780 da müssen wir noch ein bisschen kämpfen, wie wir es dann wirklich gut umsetzen können.

781

782 I: Letzte Frage, misst Ihre Kommune die Politikenumsetzung, also erfolgt beispielsweise bei
783 dem ISEK-Prozess dann am Ende auch eine Evaluation, ein Monitoring? Wenn ja, inwiefern
784 werden das Ausmaß und die zeitliche Spanne berücksichtigt?

785

786 S: Also eine Bewertung, Messung der umgesetzten gesundheitlichen Maßnahmen – also bei
787 den infrastrukturellen ist das ja ganz einfach, entweder steht ein Haus da oder eine Fassade
788 ist erneuert oder nicht – tun wir uns sehr, sehr schwer. Das hat einen Faktor vor allem: Also
789 das kann ich ja eigentlich nur an der Bevölkerung messen in irgendeiner Art und Weise und
790 die tauscht sich beispielsweise in Wattenscheid alle drei Jahre rechnerisch aus. Das heißt
791 eine Maßnahme, die wir 2016 gesetzt haben, können wir eigentlich getrost 2019 wieder
792 setzen, weil die Leute sind ganz andere, mit denen wir das machen. Da können wir tatsäch-
793 lich nur solche eigentlich recht unbefriedigenden Aussagen treffen wie: „Wir haben so und
794 so viele Menschen erreicht, wir haben so und so viele Neuaufnahmen über diese Program-
795 me in die Sportvereine geschafft, wir haben in so und so vielen Kindertageseinrichtungen
796 erreicht, dass die sich als Bewegungskindergarten haben zertifizieren lassen.“ So etwas kön-
797 nen wir machen und tun wir auch, aber letztendlich verlässlich, wirklich belastbar zu sagen,
798 „die gesundheitliche Lage oder die Gesundheitswahrscheinlichkeit des Bereiches hat sich
799 verbessert“, das kriegen wir so ohne Weiteres nicht hin.

800

801 I: Die Gesundheitsberichterstattung: Ist das da irgendwie mit verzahnt?

802

803 S: Das hatten wir vor, das war die ursprüngliche Idee, aber nach dem, was wir jetzt bisher
804 mitbekommen haben, ist das viel zu grob, um Veränderungen widerspiegeln zu können.
805 Also wir haben zwar immer wieder den Querschnitt der eingeschulten Kinder, die wir unter-
806 suchen können, aber das ist sehr ... Beispielsweise kann man schauen, wenn das jetzt das
807 Verhaltensbezogene angeht, können wir schauen: Hat sich durch die zentrale Stelle gesunde
808 Kindheit, die ja an die U-Untersuchung erinnert, hat sich das Teilnahmeverhalten an der U-
809 Untersuchung verändert? Das kann man durchaus zeigen, das hat sich verbessert. Dass es
810 da größere Lücken gibt, ist eigentlich nicht mehr der Fall. Aber die Frage, ob jetzt die Kin-
811 der nicht mehr so dick sind, weil die Gesundheitsförderungsprojekte den öffentlichen Raum
812 für Bewegung besser erschlossen haben, das schaffen wir damit nicht.

Interviewtranskript Stadt Köln

Interviewer: Dominic Behde (I)

Interviewpartner: Johannes Nießen (N) (Leiter Gesundheitsamt Köln, Dezernat für Soziales, Gesundheit und Wohnen)

Datum: 05.06.2023

1 I: Was ist Ihre aktuelle Position? Was fällt in Ihren Verantwortlichkeitsbereich und in Ihren
2 Aufgabenbereich?

3

4 N: Also ich bin Leiter des Gesundheitsamtes hier in Köln und das ist aufgeteilt in sieben Ab-
5 teilungen. Eine Verwaltungsabteilung, Medizinalwesen und Amtsärzte sowie Infektionsschutz
6 und Umwelthygiene. Das ist, glaube ich, wo die meisten Schnittpunkte daraus sind. Dann
7 aber auch Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, dann Ge-
8 sundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung. Da sind auch viele Berührungspunkte
9 zum Thema Stadtgesundheit. Und zu guter Letzt dann STI, sexuelle und übertragbare
10 Krankheiten und Schwangerschaftskonfliktberatung. Das ist das gesamte Potpourri mit 350
11 MitarbeiterInnen. Bei Corona waren es ein paar Tausend mehr, aber das ist ja jetzt vorbei.

12

13 Ich bin Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesund-
14 heitsdienst, war Mitglied im Corona-Expert-Generalrat der Bundesregierung, bin jetzt noch
15 Vorsitzender des ÖGD-Pakt. Das ist das, wo vier Milliarden Euro ins Land gestreut worden
16 sind und jetzt 5000 Stellen finanziert werden sollen im ÖGD-Pakt und die Digitalisierung
17 vorangetrieben werden soll.

18

19 I: Wie ist die Verwaltung in Ihrer Kommune aufgebaut und letztlich speziell mit dem Fokus
20 Gesundheit?

21

22 N: Es gibt das Gesundheitsamt im Dezernat für Soziales, Gesundheit und Wohnen. Das ist
23 eins von neun Dezernaten, die hier im Rahmen der Stadtverwaltung mit 19.000 Mitarbeite-
24 rInnen funktionieren. Es gibt Schnittstellen mit anderen Ämtern, mit anderen Dezernaten,
25 wenn es um Kinder und Jugend zum Beispiel geht, dass dann mit dem Kinder- und Ju-
26 genddezernat oder auch mit dem Schuldezernat im Rahmen von Corona dann Kontakt auf-
27 genommen wird. Also innerhalb der Stadtverwaltung gibt es ein gutes, strukturiertes Zu-
28 sammenarbeiten mit den anderen Abteilungen.

29

30 I: Der erste Block, Stadtgesundheit, Stadtverwaltung. Welchen hierarchischen Stellenwert
31 hat das Thema Gesundheit gegenwärtig innerhalb der Verwaltung?

32

33 Eine sehr gute Frage. In den letzten drei Jahren würde ich sagen eine ganz, ganz besonde-
34 re, als es um die gemeinsame Bewältigung der Coronapandemie ging. Hier waren wir als
35 Stadt Köln ganz vorne und jetzt ist wieder eine gewisse Normalität eingetreten und wir sind
36 innerhalb der Stadtverwaltung zu bestimmten Themen gefragt, aber nicht mehr primär wie
37 zu Corona-Zeiten. Da hat das Gesundheitsamt eine Renaissance besonderer Güte erlebt
38 und jetzt ist es eher so, dass bei der Hilfe für bestimmte besondere Gruppen vom Sozialamt

39 gefragt wird: Was können wir denn für die Obdachlosen tun? Also es ist ganz normales Ver-
40 waltungshandeln. Es ist nicht mehr Platz Nummer eins, sondern mittendrin ist die Wichtig-
41 keit, das Thema Gesundheit einzuschätzen. Hitzeaktionsplan mit dem Umweltamt. Es sind
42 jetzt alles Beispiele, wo es dann um die dicken Kinder geht in der Schule, die sich bewegen
43 müssen, das mit dem Kind- und Jugendamt. Man kann es so sagen: Normales Verwaltungs-
44 handeln in einer strukturierten Verwaltung, die anlassbezogen dann gemeinsam die The-
45 men, wo Gesundheit Querschnittsthema ist, eben auch mit einbeziehen.

46
47 I: Welche Chancen und Risiken sehen Sie für das Thema Gesundheit hinsichtlich des Um-
48 stands, dass es bei der kommunalen Selbstverwaltung freiwillige und pflichtige Aufgaben
49 gibt? ... Ich kann das gerne ein bisschen einordnen: Die Frage zielt auf den Hintergrund ab,
50 dass am Telefon im Vorhinein diese Punkte schon bei der Terminvereinbarung angespro-
51 chen wurden und dass es dann Unterschiede auch auf die vorherige Frage, die ich stellte, in
52 der Einordnung gab.

53
54 N: Na ja, man kann ja viel wollen. Jedes Bundesland hat ein Gesetz für den öffentlichen Ge-
55 sundheitsdienst, an dem gilt es sich dann halt langzuhangeln. Manche Gesetze werden
56 bundesweit geregelt, wie das Infektionsschutzgesetz, wo eben dann in Berlin Herr Lauter-
57 bach sagt, mit oder ohne. Also wenn er eine Änderung macht, muss er es im Parlament ma-
58 chen, dass eben bestimmte Maßnahmen im Infektionsschutzgesetz erforderlich sind. Was
59 den öffentlichen Gesundheitsdienst und seine Aufgabenzuordnung angeht, ist eben jedes
60 Bundesland alleine dran und da gibt es eben nur Pflichtaufgaben. Also es gibt da nicht die
61 Kür. Die kann jedes Gesundheitsamt, wenn es da noch Personal hat, machen. Also wir ma-
62 chen zum Beispiel eine Kür hier, die nicht vorgeschrieben ist, die Kölner Gesundheitsge-
63 spräche, die zehnmal im Jahr stattfinden zu bestimmten Themen, die die Bürgerinnen und
64 Bürger sich selber aussuchen und dann bestimmen können. Die sagen: Ich möchte jetzt
65 gerne was über Trauerarbeit bei Kindern und Jugendlichen, wenn sie ihre Eltern verloren
66 haben. Das war unser Kracher hier letztens mit über 350 Zuhörern, auch online. Manche
67 rufen sich das danach noch ab. Als bedarfsgerechte Prävention würde ich das mal über-
68 schreiben, die nach dem Präventionsgesetz und dem jeweiligen Landesgesundheitsdienst-
69 gesetz auch vorgegeben ist. Aber wie man sie gestaltet, das ist im Einzelnen nicht vorgege-
70 ben. Aber da kann man viel und wenig machen. Also ich kenne eigentlich nur Pflicht und
71 wenn man innerhalb der Pflicht Kür machen kann, freue ich mich.

72
73 I: Nun kommen wir auf die interne und transdisziplinäre Zusammenarbeit zu sprechen. Er-
74 achten Sie es als relevant im Bereich Gesundheit, intersektoral zu arbeiten? Falls ja, gibt es
75 Fälle, die sich Ihrer Meinung nach besonders gut eignen?

76
77 N: Also Gesundheit ist ein Querschnittsthema oder ein multivariantes Konstrukt. Ich finde,
78 das trifft es ganz gut. Professor Höpke hat das hier gesagt, der in Köln einen Gesundheitski-
79 osk betreibt, mit der AOK zusammen. Dass also für sich vielleicht bei Kopfschmerzen eine
80 Kopfschmerztablette hilft. Aber wenn ich da ein bisschen weiter denke, dann ist es auch die
81 laute Straße, die mich nachts nicht schlafen lässt oder andere Umwelteinflüsse, die eben
82 meine Gesundheit beeinträchtigen. Also ich muss das immer im Konstrukt gemeinsam se-
83 hen. Ich habe eine ganz gute Vorbereitung bekommen, wo es um diese transsektoralen
84 oder interdisziplinären Zusammenarbeiten geht: Das fängt ja beim Trinkwasser und bei der

85 Umwelthygiene an. Bei Altlasten werden wir hinzugezogen zur Stellungnahme. Wir müssen
86 bei Umweltverträglichkeitsprüfungen mitmachen. Das ist meist alles Richtung Umwelt aus-
87 gelegt, aber auch bei Baugenehmigungen und Lärmbelastungen, nicht zu guter Letzt bei
88 neuen Mobilfunkmasten, die aufgestellt werden – sodass die nicht zu nah an Wohnhäusern
89 sind. Das ist so das eine, wo also die Umwelt ein Thema ist, gemeinsam mit dem Umwelt-
90 amt und mit dem Verbraucherschutzamt, mit dem wir eng zusammenarbeiten an diesen
91 Stellen. Aber es geht jetzt auch um die Hitzeaktionsplanung. Die Stadt Köln hat einen Hitze-
92 aktionsplan schon länger und jetzt machen wir am 21.6. eine Hitzehotline auf und beraten zu
93 medizinischen Problemen, zusammen auch mit dem Umweltamt. Da haben wir eine enge
94 Zusammenarbeit, wo wir auch so eine Wassernebelinstallation mit perforierten Sprühschläu-
95 chen am Altstadtufer aufgestellt haben. Also wo dann in der Luft so Kondensate sich vertei-
96 len, damit man sich bei 35 Grad noch erfrischen kann. Wir haben dann bei dem Nachhaltig-
97 keitsbericht der Stadt Köln auch die 17 Nachhaltigkeitsziele, die SDGs, da beantwortet und
98 da in dem Bereich viel in Richtung nachhaltiger Drogenkonsum und gesundes Leben so weit
99 wie möglich eben arbeiten können. Aber zu guter Letzt sind wir auch in der Vernetzung mit
100 anderen Städten im sogenannten Gesunden Städtenetzwerk. Also es sind 93 Mitglieder
101 allein in Deutschland und die haben sich auf ihre Fahnen ein neues Punkteprogramm ge-
102 geschrieben. Und das geht dann auch in diese Richtung intersektoral, transformatorisch, inter-
103 disziplinär, transdisziplinär – also über den eigenen Tellerrand hinaus – mit denen, die da
104 zum Thema Gesundheit was beitragen können, zusammenzuarbeiten. Ich glaube, so habe
105 ich Gesundheit immer verstanden, als Querschnittsaufgabe, dass eben eine Schwalbe noch
106 keinen Sommer macht, sondern Gesundheit ist nur ein Indikator. Wenn es einer Bevölke-
107 rung gut geht und die Gesundheit gut ist, dann stimmt auch vieles andere mehr. Also von
108 daher gibt es einen engen Zusammenhang zwischen einer gesunden Umwelt und einer ho-
109 hen Gesundheit.

110
111 I: Noch einmal einen Schritt zurück, weil Sie es gerade auch erwähnten, die Gestaltung von
112 Freiräumen, Grünanlagen, die Sprühanlagen am Ufer. Die Gestaltung und die Qualität auch
113 von Grünanlagen ist ja eine freiwillige kommunale Aufgabe, aber auch beispielhaft der Zu-
114 stand von Sportanlagen. Vielleicht können wir da nochmal einen Schritt reingehen: Solche
115 Sachen, die ja explizit gesundheitsförderlich wirken können, also sprich Grünanlagen, Sport-
116 anlagen, welche Chancen und Risiken da drin stecken, weil da ja oftmals dann womöglich
117 der Punkt kommt, wo eine Stadtverwaltung am ehesten sagt: Okay, das Geld ist gerade
118 knapp, jetzt streichen wir die gerade genannte Kür oder müssen da eben jetzt doch am
119 ehesten einsparen.

120
121 N: Und bauen ein paar neue Häuser in die Stadt oder eine Fabrik, die dann der Stadt mehr
122 Geld bringt. Genau in dieser Richtung sind wir natürlich nicht zu haben, da melden wir uns
123 auch, aber bei solchen schwerwiegenden wirtschaftspolitischen Entscheidungen werden wir
124 ja leider oft nicht gefragt. Wir werden dann gefragt, wenn in der Schule ein bestimmter
125 Schadstoff in der Turnhalle ist oder wenn eben es zu heiß ist, dann bei der Erreichbarkeit
126 von kühlen Orten in der Stadt. Wir werden meist dann nur gefragt, nicht ob es sinnvoll ist,
127 einen Kinderspielplatz einzubauen, sondern ob die Spritzen, die auf dem Spielplatz rumlie-
128 gen, nicht irgendwie durch den Drogenkonsumraum um die Ecke fit gemacht werden kön-
129 nen. Also meist in so einer zugespitzten Form, wo eben Gesundheit gefährdet ist. [...] Wenn
130 Sie zum Beispiel durch Lissabon fahren, sehen Sie nur Stein auf Stein. Ich habe da keinen

131 einzigen Baum gesehen. Wenn Sie dann durch Hamburg gehen und fahren, dann haben Sie
132 die Alster, Binnen- und Außenalster und den Hafen und viel Wasser in der Stadt, viel Grün.
133 Ich glaube, das ist eine der grünsten Städte in Europa, wenn ich das weiß. Da sehen Sie die
134 Unterschiede und wie wichtig dann auch Baumaßnahmen, stadtplanerische Maßnahmen zur
135 Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit sind. Also da haben Sie mich ganz hinter sich.
136 Wir haben dadurch, dass wir Corona so doch alle ganz gut über die Bühne gebracht haben
137 in Deutschland, eben als Gesundheitsämter, weiß man jetzt, was die tun und machen. Jetzt
138 gilt es darum, eben diesen Impetus aus der Corona-Zeit positiv auch in andere Bereiche wie
139 Stadtplanung, Kinder- und Jugendplanung, Sozialplanung mit einzubeziehen. Gesundheit
140 ist ein wesentliches Gut. Ohne Gesundheit ist alles nichts, hat mal auch jemand Bekanntes
141 gesagt. Also von daher glaube ich, man kann von vielen Zielpunkten aus eben zum Thema
142 Gesundheit gelangen, eben gerade auch durch eine gute, gesunde Stadtplanung.

143

144 I: Die nächste Frage zieht auf die Kohärenz ab. Wie stellen Sie in Köln die Kohärenz ver-
145 schiedener Politiken sicher? Gibt es eine Form von Health Governance?

146

147 N: Es gibt eine kommunale Gesundheitskonferenz, die die Themen, die anliegen, themati-
148 siert zweimal im Jahr. Und da gibt es fünf Arbeitsgruppen, die zwischen den einzelnen gro-
149 ßen Sitzungen im Kleinen dann eben, wie jetzt Krankenhausplanung, so was vorbereitet.
150 Hier ist ja eine Krankenhausreform zugange, in NRW. Und da gibt es diese Kohärenz, die ist
151 institutionalisiert in allen Gemeinden in Nordrhein-Westfalen, allen 53 Gemeinden. In Ham-
152 burg ist es nicht überall fest, es ist vorgeschrieben, aber es wird leider nicht überall ge-
153 macht, sage ich mal so aus Hamburger Intensiv-Erfahrung. Und ich muss sagen, hier die
154 Kölner Gesundheitskonferenz funktioniert ziemlich gut. Und alles, was eben Thema in Ge-
155 sundheit oder Krankheit ist, wird dort auch behandelt. Also da ist die Kohärenz eine gute.
156 Die könnte sicherlich immer noch auch größer sein und mehr. Aber so wie es jetzt läuft, fin-
157 de ich, hat das eine höhere Qualität, als ich es in anderen Städten habe kennenlernen dür-
158 fen, ohne jetzt Hamburg anzuhören.

159

160 I: Und wenn wir das betrachten, was Sie gerade schon angesprochen haben, dass Sie ja aus
161 Sicht der Gesundheitsperspektive zum Beispiel zur Nachhaltigkeitsagenda Rückmeldung
162 geben: Es gibt eine Nachhaltigkeitsstrategie. Parallel dazu gibt es ja ein Mobilitätskonzept
163 der Stadt Köln. Wie wirkt Ihr Gesundheitsamt da, Sie können ja auch primär für sich spre-
164 chen, aber vielleicht auch noch mal abstrakt für die Gesamtstadt Köln, wie wird da Kohärenz
165 sichergestellt? Oder gibt es da überhaupt einen Mechanismus, ein Instrument, das überall
166 wirkt, damit alle Stränge in eine Richtung zeigen? Das Thema Stadtentwicklung im weitesten
167 Sinne ist ja über vier, fünf Dezernate verteilt mit Mobilität, Planen und Bauen. Und dann
168 noch mal speziell: Gibt es so eine Art Health Governance?

169

170 N: Es gibt einen Nachhaltigkeitsbericht der Stadt Köln, wo alle Beteiligten, die zum Thema
171 Nachhaltigkeit was sagen können, schreiben können, angehört wurden. So eben unter an-
172 derem auch das Gesundheitsamt. Und wir haben dort eben insbesondere bei dem Bereich,
173 also unter Betracht der 17 Sustainable Development Goals, was zum Thema –
174 komischerweise – nachhaltiger Konsum und gesundes Leben geliefert. Also da geht es ums
175 Thema Drogenhilfe, das habe ich eben schon angekündigt, da haben wir in Köln einiges zu
176 bieten, sage ich mal so. Nicht nur ein Substitutionsraum für Methadon- und Heroinabhängi-

177 ge, sondern eben auch noch einen Drogenkonsumraum. Das wird weiter ausgebaut. Das
178 heißt, wir versuchen in diesem Bereich die Gesundheit zu regieren, Health Governance in
179 special place. Dass wir dort so Überleben sichern, Veränderungsmotivation fördern, Verän-
180 derung begleiten, Änderungen versichern. Also das hat schon ein klares Ziel im Nachhaltig-
181 keitsbericht. Und das ist ein bestimmter Aspekt. Also anders werden wir immer hinzu- oder
182 einbezogen. Wir stehen aber jetzt nicht vorne im Gesundheitsamt als Health Governor of
183 Cologne. Wenn Gesundheitsamt drinsteht, dann muss auch Gesundheit dabei sein, dann
184 werden wir gefragt und schreiben auch was. Bei Corona haben wir der Stadt erzählt, wie sie
185 es machen muss. Da waren wir Health Governor. Das ist jetzt bei den anderen Themen eben
186 nicht mehr mit so einer hohen Wichtigkeit versehen; es hat sich von da etwas verändert.
187 Aber wir tun eben alles, damit die Gesundheit nicht zu kurz, sondern eben genau beachtet
188 wird. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen dann eben auch bei stadtplanerischen Aktivi-
189 täten mit einbezogen werden.

190

191 I: Ich komme zum nächsten Teil. Stichworte Implementierung und Berücksichtigung. Was
192 läuft bei der Implementierung bzw. Berücksichtigung von gesundheitsrelevanten Faktoren in
193 Stadtentwicklungspolitiken in Köln gut und was sind die Herausforderungen?

194

195 N: Also die Herausforderungen sind sicherlich eben generell, das Thema Gesundheit mehr
196 zu implementieren. Es besteht eher so die Tendenz zu sagen, wenn irgendwas nicht funktio-
197 niert, dass Menschen krank werden, dass man eben zu wenig auf Gesundheit geachtet hat
198 und dann eben auch zu spät oder im Nachhinein versucht, etwas zu retten. Siehe Sporthalle
199 oder Turnhalle, wo ein Schadstoff drin war und die Kinder eben möglicherweise vergiftet
200 wurden mit Quecksilber. Das war so eine Schule, wo wir erhöhte Quecksilber-Messungen
201 gemacht haben. Also das war ein Punkt. Ansonsten bei Schulsport, beziehungsweise wenn
202 die Kinder jetzt nach Corona zu dick geworden sind oder sich psychosozial schlecht verhal-
203 ten oder dissozial verhalten oder eben auch psychomotorisch Nachholbedarf haben, dann
204 sind wir dabei und empfehlen etwas. Das heißt, wir sind anlassbezogen immer gefragt. Aber
205 wie schon eben auch gesagt, der Schritt am Anfang der Planung, Gesundheit mit einzube-
206 ziehen, das ist noch nicht in allen Köpfen so, wie es sein soll. Und durch so eine bewusst-
207 seinsbildende Maßnahme wie Ihre Arbeit, glaube ich, kann man das dann eben auch ver-
208 bessern und optimieren. Eine gute Stadtplanung macht auch ein hohes Maß an Gesundheit.
209 Und von daher meine ich, ist unser Job, immer darauf hinzuweisen, als Gesundheitsamt,
210 hier, wenn du die Straße so baust, dann musst du mit mehr Lärmschäden rechnen, dann
211 musst du mit mehr Hypertonikern rechnen und auch mit früheren, höheren Sterberaten. Also
212 ich habe das bereits an zwei, drei, vier Punkten gezeigt, wo wir meinen, gefragt zu werden
213 und nicht erst zu spät, sondern im Vorhinein. Also das ist das, wo in bestimmten Bereichen
214 sich das herauskristallisiert, wo Gesundheit eben dann auch mitbedacht werden muss oder
215 Maßnahmen für Gesundheit. Trinkwasserleitungen noch als ein Beispiel. Wenn Sie die zu
216 lange laufen lassen und das Wasser zu niedrige Temperaturen hat, besteht die Gefahr in
217 Altenheimen, Legionellentote zu produzieren. Also bei sowas werden wir vorher gefragt und
218 auch bei Arztpraxen, bei Krankenhäusern, wo es um Medizinkompetenz geht, da sind wir als
219 Aufsichtsbehörde eben dann auch qua Amt gefragt, da die entsprechenden gesundheitsssi-
220 chernden Maßnahmen, gerade in solchen Medizinstellen, dann auch zu gewährleisten.

221

222 I: Welche Erfahrungen haben Sie bzw. machen Sie bei Interessenkonflikten, zum Beispiel
223 Wirtschaft und Gesundheit? Wie gehen Sie im Fall von Interessenkonflikten grundsätzlich
224 vor?

225
226 N: Man muss sie benennen und beschreiben. Das ist, wenn es dann aufeinanderknallt, eben
227 wichtig zu benennen und zu beschreiben und dann die demokratische Entscheidung zu fin-
228 den. Also ich habe immer gelernt, ein Beispiel aus dem Krankenhausbereich, wenn Sie da
229 jetzt eine neue Filteranlage, Bakterienfilter, Virenanlage im Operationssaal installieren müs-
230 sen, dann produzieren Sie ja weniger Infektionen, damit auch weniger Tote. Das heißt, wenn
231 jetzt der Krankenhausträger sagt, dass ihm das alles zu teuer sei, dann muss man darauf
232 hinweisen: „Wenn du das nicht machst, dann läufst du Gefahr, dass das ganze Krankenhaus
233 nachher geschlossen werden muss.“ Also wir haben schon die Instrumente in der Hand, um
234 dann in so einem Interessenkonflikt zwischen Wirtschaft und gesundheitlichen Amtsvorga-
235 ben dann auch unsere Ziele umzusetzen. Das gelingt in den meisten Fällen auch, indem
236 man transparent mit dem, was an Fakten auf dem Tisch liegt, umgeht und nicht versucht,
237 per Order Move die Sachen durchzusetzen und das nicht zu erklären. Das ist heute vorbei,
238 das können Sie vergessen. Wir müssen erst beraten. Das ist das, was wir alle anbieten, Bera-
239 tungsangebote, Aufklärungsangebote, aber dann auch zu guter Letzt, wenn jemand das
240 nicht verstehen möchte und dagegen oder zuwider handelt, dann entsprechend auch Ord-
241 nungswidrigkeiten zu benennen.

242
243 I: Okay. Und bei einem ganz klassischen Beispiel, wenn im Freiflächenbereich etwas über-
244 plant wird, ich nehme jetzt mal bewusst ein Beispiel aus einer anderen Stadt. In Berlin, das
245 Tempelhofer Feld, als Freifläche sehr bekannt und dann kommt eben das wirtschaftliche
246 Interesse, aber auch das wohnungsbaupolitische Interesse, Wohnraum für die zuziehenden
247 Menschen zu schaffen und es steht die Abwägung zwischen Freifläche und Wohnraum oder
248 Entwicklung von Gewerbe. Man kann es auch ganz plastisch und ganz banal machen: Frei-
249 fläche versus Shoppingcenter. Also es gibt ja zig verschiedene Beispiele, wo es jetzt über
250 sowas, wie Sie es gerade beschrieben haben, hinausgeht. Welche Erfahrungen haben Sie in
251 Form von solchen eklatanten Interessenkonflikten gemacht und wie gehen Sie in diesen
252 Fällen vor?

253
254 N: Wenn ein Interessenkonflikt da ist, muss man ihn benennen und wir gehen dann in die
255 politischen Gremien, beschreiben das, sei es die Bezirksversammlung oder der Stadtrat der
256 Stadt Köln oder im Gesundheitsausschuss. Wir benennen dann die gesundheitlichen
257 Schwerpunkte und Folgen, wenn eben Sachen so und so entschieden werden. Also das
258 heißt, wir informieren die Politik als beratendes Gremium, als Exekutive der Politik, also die
259 Politik macht uns ja die Vorgaben, wir müssen es so umsetzen und wenn was nicht so funkti-
260 oniert, wie es sein soll, dann ist es unser Job zu sagen, „es ist jetzt nicht so richtig, wenn ihr
261 noch einen Flughafen nach Köln baut“ oder so ein Beispiel, wo gesundheitliche Folgen
262 eben immens wären, wenn man so was dann gutheißen würde. Also das ist aber ein gutes
263 Hand-in-Hand-Spielen hier in Köln. Also Politik fragt uns, wenn sie nichts wissen und wir hel-
264 fen ihnen mehr zu wissen und wenn wir dann geholfen haben, Wissen zu erhalten, dann
265 kann man ihnen auch dann die richtigen Entscheidungen nicht in den Mund legen, aber
266 doch vorbereiten. Also ich glaube, da sind wir als Hüter der öffentlichen Gesundheit immer
267 wieder gefragt im Gesundheitsamt an Kumulationen, an Konfliktpunkten eben parat zu sein

268 und sagen: „Liebe Leute, hier dieses Shoppingcenter, bei schon 14 bestehenden Shopping-
269 centern auf diese freie Fläche hinstellen, das halten wir aus gesundheitlichen Gründen für
270 nicht sinnvoll.“ Also dass wir uns dann auch klar positionieren, es gibt nicht mehr so viele
271 freie Flächen in Köln, wo dann solche Entscheidungen ja jetzt noch nötig wären, aber es gibt
272 halt immer Einzelfälle und wir dann von der Politik entweder gefragt werden oder dann
273 eben von uns aus dann auch darauf hinweisen, was für die öffentliche Gesundheit gut ist
274 oder nicht.

275

276 I: Und da noch mal nachgefragt, wie funktioniert die verwaltungsinterne Kommunikation
277 bzw. Interessenkommunikation?

278

279 N: Es gibt schon ein Amt für Wirtschaftsförderung, das hat manchmal andere Meinungen als
280 das Gesundheitsamt. Das liegt eben in der Natur der Sache und in der Natur der Aufgabe.
281 Da muss man halt in den Konflikt gehen und dann muss ein Vorgesetzter die Entscheidung
282 treffen und die dann mit der Politik abstimmen. Also so sind ja die Entscheidungsvorgänge.
283 Aber die Konflikte werden nicht unter den Tisch gekehrt, sondern werden benannt, be-
284 schrieben und dann meistens auch Richtung Lösung getrieben und entwickelt und dann gibt
285 es meistens eine konsensuale Lösung. Und beim Kompromiss müssen immer alle bluten,
286 aber es muss trotzdem jeder für sich das Gefühl haben, ja okay, ich habe mein Wirtschaftsinter-
287 esse jetzt, auch wenn es nicht so ein großes Shoppingcenter wie vorher ist, geplant und
288 auch versucht umzusetzen. Wir haben hier eine Bürgerinitiative, ich gucke hier aus dem
289 Fenster, Kölner Neumarkt, die sich gegen die Suchthilfeeinrichtung, die wir hier betreiben,
290 wenden. Das sind die Methadonambulanz, die Heroinambulanz, aber auch der Drogenkon-
291 sumraum. Die sagen halt, die Leute, die dadurch dahin kommen, die entwerten die Innen-
292 stadt und entnehmen die Wirtschaftskraft. Also das ist zum Beispiel genauso ein Konflikt
293 und es bedarf dann aller möglichen Gremien, um dann eben mit den Bürgern immer wieder
294 Kompromisse zu erzielen. Es gibt eine Arbeitsgemeinschaft für besondere Plätze, in der die
295 Nummer zwei der Stadtverwaltung mit drinsitzt, Frau Blome, die Stadtdirektorin, und natür-
296 lich auch wir vom Gesundheitsamt und unsere Informationen mit einbringen und gleichzeitig
297 auch die Bürgerinitiative und die Politik.

298

299 I: Nun zum Themenkomplex Planungsinstrumente und Monitoring. Welche Bedeutung ha-
300 ben die Nachhaltigkeitsstrategie des Bundes und des Landes und der Stadt Köln für die
301 kommunalen Stadtplanungsprozesse und die Gesundheitsplanung?

302

303 N: Also ich kann es nur für die Gesundheitsplanung sagen. Für die anderen Planungen, jetzt
304 seitens Bund, Land, Kommune, bin ich zu wenig drin. Es gibt diese Schnittstellen wie die
305 Hitzeaktionsplanung, dass man da eben ein übergreifendes Thema fokussiert und guckt,
306 was kann wer wie dazu beitragen. Der Hitzeaktionsplan ist ein Bundesthema. Es wird dafür
307 geworben, Hitzeaktionspläne nach dem Modell des Umweltbundesamts, unsere Stadt ist da
308 Modell, zu installieren. Das Land propagiert das auch. Wir in Köln machen das zusammen
309 mit dem Umweltamt, dass wir die Hitzeaktionsplanung gezielt – dieses Querschnittsthema
310 Gesundheit – für die Bevölkerung in 14 Sprachen aufbereiten. Also jeder kann auf der
311 Homepage der Stadt Köln von Albanisch bis Türkisch oder Zypriotisch das alles nachlesen
312 und wir sind da sehr nah an dem, was der Bürger braucht. Ich glaube, von daher ist es schon
313 so, dass wir da nachhaltig denken, wirken und auch in Abstimmung mit dem, was auf Bun-

314 desland und Bezirksebene gewollt wird. Wir haben ja in Nordrhein-Westfalen auch die fünf
315 Bezirke, die es in Hamburg so nicht gibt, also zur Unterteilung innerhalb der großen Bun-
316 desländer und die helfen dann dazu, die Maßnahmen auch zu kontrollieren.

317

318 I: Gibt es in Ihrer Kommune, also in Köln, ein Gesundheitsmonitoring beziehungsweise ein
319 Health Impact Assessment? Wenn ja, wie wird das umgesetzt und weiterentwickelt?

320

321 N: Gesundheitsmonitoring, Health Impact System, das sind keine Fremdwörter. So konkret
322 gibt es das nur für unsere Tätigkeiten als Gesundheitsamt, wo wir intern versuchen zu gu-
323 cken, wie viel erreichen wir von dem, was wir an Zielen haben. Also wie vielen Süchtigen
324 wird Platzraum geboten, wie viele Schulkinder werden untersucht vor dem Schuleingang,
325 wie viele sozialpsychiatrisch zu versorgende Patienten werden von unseren neun sozialpsy-
326 chiatrischen Zentren versorgt. Also wir gucken dann jeweils auf das, was wir leisten. Ge-
327 sundheitsmonitoring gibt es dann anlassbezogen schon für die Krankenhäuser, aber auch für
328 die Arztpraxen eine Übersicht. Aber da ist jeder, wie die Kassenärztliche Vereinigung für die
329 Praxenärzte, die Landessicht für die Krankenhäuser, jeweils für sich verantwortlich. Also es
330 gibt jetzt so ein bisschen das Übergreifende, dass man guckt, wie gesund oder krank sind
331 die Menschen in Köln. Es gibt eine Gesundheitsberichterstattung, wo wir das anlassbezo-
332 gen, wo wir jeweils versuchen zu erfassen, auch mit den KV-Notdaten, mit den Kassenärztli-
333 chen Vereinigungsdaten zusammen. Gesundheitsberichterstattung findet aber nicht mehr in
334 den Taktungen statt, wie sie vielleicht früher stattgefunden hat. Wir schreiben schon länger
335 einen neuen Bericht und da gibt es also noch einiges zu monitoren und da glaube ich haben
336 wir noch am meisten Entwicklungsbedarf.

337

338 I: Die anlassbezogene Gesundheitsberichterstattung: Wie hat sich das in den letzten Jahren
339 verändert, beziehungsweise wie hat der Takt sich entwickelt und welche Themen wurden da
340 behandelt?

341

342 N: Also in den letzten drei Jahren wurde von morgens bis abends Corona behandelt, auch
343 am Wochenende. Ich glaube, da haben wir so viele Daten erfasst wie sonst nirgendwo in
344 einem anderen Gebiet. Das ist jetzt alles wissenschaftlich aufgearbeitet worden, aber wir
345 haben allein 28 Publikationen zusammen mit der Universität zu Köln hier auf den Weg ge-
346 bracht, wo wir bestimmte Aspekte der Corona-Pandemie dann beforscht haben. Angefan-
347 gen von dem, wie die Maßnahmen umgesetzt worden sind bis hin zur Akzeptanz der Lolli-
348 Tests für die Kinder in den Schulen. Also da haben wir sehr viel gemacht und geleistet. Ich
349 glaube, es gilt diesen Schwung jetzt mitzunehmen in die weitere Gesundheitsberichterstat-
350 tung. Es gab früher Gesundheitsberichterstattung für psychisch Kranke, für Kinder und auch
351 mal für alle in Köln. Das jetzt wieder auf den Weg zu bekommen, nachdem wir uns mit Ge-
352 sundheitsberichterstattung und Corona-Pandemie sehr verausgabt haben; wir haben aber
353 gelernt, die Daten helfen einem sehr viel zum Handeln. Man weiß jetzt genau, die Schule
354 muss geschlossen werden oder es macht keinen Sinn, in der Schule und in der Kita jetzt
355 Schließungen vorzunehmen. Also dieses Monitoring ... das waren Daten für Taten und diese
356 Vorgehensweise, denke ich mir, sollten wir jetzt auch für die anderen Bereiche wieder aufle-
357 ben lassen. Das ist so meine und unsere Aufgabe, die ich jetzt noch sehe, nach Corona.

358

359 I: Daran anschließend: Woher bezieht die Stadt Grenzwerte, Maßgaben, Zielwerte für die
360 Berücksichtigung von gesundheitsrelevanten Faktoren in der Regel und wie werden die Da-
361 ten erhoben und welche Probleme gibt es bei der Datengewinnung?

362
363 N: Wenn wir übergeordnet, also Gesundheit als Querschnitt verstehen. Von der Lärm-
364 messung angefangen, ein bisschen zu Schadstoffbelastungen, sind es natürlich EU-Werte, die
365 uns vorgegeben werden und die dann vom Bund über das Land uns erreichen und wir dann
366 vor Ort kontrollieren müssen, ob die PCB-Belastung in bestimmten Schulräumen wirklich
367 noch so hoch ist wie befürchtet oder wann dann die Sanierung eingeleitet werden muss.
368 Also da sind wir eindeutig international aufgestellt und murksen nicht für uns selber rum. Im
369 Rahmen der Corona-Pandemie waren wir oft auf uns selbst gestellt und da haben wir, das
370 sage ich dann auch mit einem gewissen Stolz, es geschafft, in Köln die 0,44 % Sterberate
371 aller Corona-Infizierten auf 0,24 % runterzudrücken – durch aufsuchende Maßnahmen. Das
372 heißt, wir hätten in Köln 1000 Corona-Tote mehr haben müssen, an oder mit Corona ver-
373 storben und das ist dann unserer massiven Intervention zugute zu halten. Also da haben wir
374 in einem anderen Bereich gezeigt, wie gut es ist, eben mit erhaltenen Zahlenmonitorings
375 vor Ort Menschenleben zu retten.

376
377 I: Bei der Datengewinnung generell, zum Beispiel gängige Messdaten, aber auch die ver-
378 schiedensten Indikatoren, die in den SDGs berücksichtigt werden und die die Stadt Köln
379 ihrer Nachhaltigkeitsstrategie zugrunde gelegt hat. Wie werden diese Daten in der Regel
380 erhoben und welche Probleme gibt es bei der Datengewinnung, abseits von den Sachen,
381 die Sie gerade schon angesprochen haben? Fällt Ihnen dazu noch irgendetwas ein?

382
383 N: Also ausrichten an internationalen Grenzwerten, das ist das eine. Wenn wir zum Beispiel
384 feststellen müssen, ob da die Straße zu laut ist mit den Autos, die da langfahren und eine
385 Veranstaltung über den Emissionswert von 55 Dezibel hinausgeht, nach 23 Uhr oder 22 Uhr,
386 dann machen wir ganz konkret Messungen und fahren dahin, messen den Lärm und dann
387 können wir der Polizei sagen, „es ist zu laut“ oder dem Fabrikbesitzer, „du machst so und so
388 viel Lärm“. Es läuft so, dass wir uns schon an unseren internationalen Daten orientieren, sel-
389 ber Daten gewinnen und diese Messdaten dann auch noch so nutzen, dann eine Ordnungs-
390 geld verhängen oder eine Schließung bis hin zur Schließung von irgendwelchen Veranstal-
391 tungen oder anderen – Beispiel Lärm – Emittenten durchführen. Also ich glaube, dieses Bei-
392 spiel zeigt das ganz gut, dass eben, wenn wir die Möglichkeit haben, Daten zu gewinnen,
393 auch das, was bei uns gut geht, eben machen.

394
395 I: Zwei konkrete Fragen habe ich noch vorbereitet. Die vorletzte hat eigentlich eher einen
396 planerischen Hintergrund und zielt konkret auf Themen ab, wie zum Beispiel wenn man bei
397 einem Park, bei der Gestaltung nur nach dem Abstand der Parkanlage zum Wohnort eines
398 Menschen fragt, dann ist noch nichts über den Zustand dieser Grünanlage gesagt. Meine
399 vorletzte Frage fragt also: Inwiefern berücksichtigen Sie bei kommunalen Planungsprozessen
400 auch qualitative Methoden und Parameter, sprich beispielhaft den Zustand einer Grünanla-
401 ge? Ich weiß: Vor mir sitzt der Leiter des Gesundheitsamts, aber dennoch, vielleicht haben
402 Sie auch zu dieser Frage einen Gedanken.

403

404 N: Also qualitative Parameter sind natürlich wichtig, wenn ich jetzt eine Wüste schaffe, als
405 Park verkaufe, hat das nicht den Erholungswert, egal wie weit weg das von einer Wohnanlage
406 ist, sondern da muss man schon mal gucken, gibt es da Kinder, dass man also kinderge-
407 recht dann eben was nicht antiquiert, sondern neuzeitlich Reizvolles für die Kinder auch da-
408 hin baut, was aber auch Vandalismus standhält, das ist ja nicht immer ganz so einfach, wenn
409 man dann sowas plant. Ich glaube, das beachten wir mit – wenn wir denn gefragt werden.
410 Wir werden bei Spielplätzen, glaube ich, nicht so häufig im Vorfeld, sind wir nicht so häufig
411 einbezogen, weil da gibt es ja auch Kriterien, wie hoch oder niedrig eben so eine Schaukel
412 sein darf und was sonst so Parkanlagen angeht. Begrünung, wenn wir da einbezogen wer-
413 den, dann melden wir uns natürlich und sagen, dass da bestimmte Qualitätsstandards ein-
414 gehalten werden sollten. Das ist aber, sage ich ganz ehrlich, nicht so häufig der Fall.

415

416 I: Was heißt nicht so häufig?

417

418 N: Also ich kenne mich nur in bestimmten Fällen aus, wenn dann ein Schadstoff in der Um-
419 gebung festgestellt worden ist, sei es ein altes Kriegsgerät, emittiert oder sonst wie Bau-
420 schutt oder gesundheitsgefährdender Schutt abgelagert worden ist, ob es dann sinnvoll ist,
421 dann noch einen Spielplatz draufzusetzen. Da haben wir eine deutliche Meinung dazu, da
422 muss erst mal „der Dreck“ weg und dann kann man dann überlegen, einen Spielplatz drauf-
423 zusetzen. Also die qualitativen Standards, aber lebenswichtigen, die halten wir mit ein. Dazu
424 werden wir einbezogen. Wir werden sonst relativ selten Parkanlagen qualitativ wertvoll zu
425 gestalten einbezogen. Das ist nur, wenn eben ein größerer Kontext zum Thema Gesundheit
426 da ist, dass wir dann auch gezielt gefragt werden.

427

428 I: Also intern hatten Sie ja von Zielmaßgaben gesprochen, die das Gesundheitsamt für sich
429 hat, aber auch wenn beispielhaft, Sie sprachen ja die Berichterstattung an für SDGs, für den
430 Nachhaltigkeitsbericht. Messen Sie die Politik in Umsetzung? Wenn ja, inwiefern werden das
431 Ausmaß und die zeitliche Spanne, die die Umsetzung braucht, berücksichtigt und wie er-
432 folgt die Messung und in welchem zeitlichen Abstand bei Politik in Umsetzung?

433

434 N: Ja, also wir haben einerseits einen Masterplan, in dem wir bestimmte Masterplan-Ziele
435 für die Stadt entwickelt haben. Die sind ja allgemein gesundheitsförderlich, Kinder- und Ju-
436 gendgesundheit, Wohnraum, gerechtes Wohnen, gesundes Wohnen. Und wir haben jetzt
437 keinen Blutdruckmesser, der da hingehet und sagt, jetzt haben wir so und so viele Prozent
438 mehr. Was ja praktisch wäre, das macht es ja oft auch so schwer bei dem Thema Prävention.
439 Andererseits haben wir für unsere internen Ziele eine Ampelschaltung, die dann anzeigt, ob
440 etwas läuft, nicht so wirklich läuft oder gar nicht läuft. Das geht dann auch von unserem De-
441 zernenten zur Oberbürgermeisterin und kommt dann zurück: „Hier das Ziel, da müsst ihr
442 jetzt mal ein bisschen mehr machen, das ist jetzt nur auf gelb, die will es aber auf grün ha-
443 ben.“ Also wir haben so ein abgeleitetes Wertesystem, abgeleitetes Beurteilungssystem, mit
444 dem wir dann die Umsetzung unseres Masterplans, unsere Ziele, die wir dort eben umsetzen
445 sollen, dann auch in Abstimmung mit der oberen, in der hierarchischen Ebene, jeweils
446 nachgeschaut wird, ob wir sie erreicht haben oder nicht. Nicht nur einen Mitarbeiter, der
447 dann mal einmal im Monat aus Versehen mal schaut, sondern es gibt ganz gezielt Abfragen,
448 ich glaube, quartalsweise, wie sieht es aus, wie weit seid ihr gekommen. Und dementspre-
449 chend wird auch gegenüber der Politik berichtet, also dass dieser geschaffene Masterplan

450 zur öffentlichen Gesundheit in Köln, der orientiert sich dann eben an dem, was die Politik
451 will einerseits, andererseits eben, was wir auch als Verwaltung meinen, was wichtig ist. Und
452 das wird dann in regelmäßigen Abständen auch beurteilt, wie der Fortgang ist. Also das
453 funktioniert schon unter bestimmten Konditionen ganz gut, finde ich.

454

455 I: Können Sie das noch mal skizzieren, also haben Sie ein konkretes Beispiel vor Augen oder
456 irgendetwas, damit das ein bisschen greifbarer wird für mich?

457

458 N: Ja, da muss ich dann nochmal auf die Suchthilfe hier zurück. Hier der Kölner Neumarkt ist
459 das Zentrum des Geschehens und da gibt es dann eben Vorgaben, dass man sagt, dass der
460 Einsatz der Straßensozialarbeiter, der Streetworker eben deutlich gesteigert werden soll. Wir
461 haben bisher drei, der soll auf neun gesteigert werden. Und da müssen wir dann, das ist ein
462 ganz einfaches Beispiel, aber beim nächsten Mal müssen wir sagen, wie weit wir damit sind,
463 ob wir dann jetzt wirklich die neun Straßensozialarbeiter dann haben, die dann eben vor Ort
464 dafür sorgen, dass die Bedürftigen, die Süchtigen dann Ansprache finden und dann auch
465 Hinweise bekommen, dass sie nicht öffentlich konsumieren, dann dort eben zum Drogen-
466 konsumraum geleitet werden – also so ein Zubringer, wenn ich mal so salopp sagen darf.
467 Das ist so eins dieser Ziele aus dem Masterplan, wo dann die Suchthilfeangebote hier am
468 Neumarkt, am Hotspot Drogen, dann umgesetzt werden oder nicht. Das ist aber für ver-
469 schiedene andere Bereiche auch der Fall. Wir hatten das zum Beispiel, dass wir für die Kin-
470 der und Jugendlichen eben im Rahmen von Corona nicht alle haben untersuchen können.
471 Das waren nur 25 Prozent aller Kinder und Jugendlichen, die zu Hochzeiten von Corona vor
472 der Schule untersucht werden konnten. Und jetzt schafft man es wieder alle 10.000 Kinder
473 einmal vorher zu sehen, also 100 Prozent. Das ist das Ziel, das wir dann auch gegenüber der
474 Oberbürgermeisterin vertreten müssen und erklären müssen, wenn wir es nicht schaffen.
475 Das war eines intern, das andere war eben extern mit diesen Sozialarbeitern, wie wir dann
476 versuchen, die öffentlichen Gesundheitsstandards in der Stadt hochzuhalten, abgestimmt
477 mit der Politik. Das ist ein enges Miteinander, manchmal auch nicht immer nur einfach, weil
478 die Ziele nicht immer die gleichen sind, aber im Großen und Ganzen, glaube ich, sind wir
479 auf einem ganz guten Weg.

480

481 I: Wie hat sich das Thema Gesundheitsplanung beziehungsweise die Berücksichtigung des
482 Aspekts Gesundheit in Stadtentwicklungspolitiken in den letzten Jahrzehnten gewandelt?

483

484 N: Also gewandelt wäre schön. Es ist relativ konstant, dass Gesundheit erst dann themati-
485 siert wird, wenn eben Krankheit auftaucht. Und Gesundheit ist eben nicht nur das Fernblei-
486 ben von Krankheit, sondern gerade auch das Vorbeugen von Krankheit. Und dafür gibt es
487 eben Qualitätsstandards an öffentlicher Gesundheit, wie Versorgung, ambulante, stationäre,
488 die muss funktionieren. Es müssen aber auch außerhalb der Versorgung eben schöne Parks,
489 gesunderhaltende Parks, aber auch Sportanlagen und eine gute Versorgung im präventiven
490 Bereich der Bevölkerung, dass man eben darauf hinweist, vorhanden sein. Wir sind da bes-
491 ser geworden als in der Vergangenheit. Also es hat sich etwas getan. Komischerweise oder
492 gerade mit Corona, dass eben Gesundheitsämter und das Wort der Gesundheitsämter eine
493 Rolle spielt. Also früher, damals einer von fernher liefern, wurde man da eben wahrgenom-
494 men. Heute sitzt man mit beim Bundeskanzler am Tisch und redet mit ihm über die Ge-
495 sundheit in der Republik, öffentliche Gesundheit in der Republik, Corona-spezifisch. Es hat

496 sich also einiges getan von der Wahrnehmung dessen, was eben öffentliche Gesundheit
497 bedeutet. Und perspektivisch glaube ich, dass da auch noch mehr drin ist. Wir müssen gu-
498 cken, dass wir unsere Personalprobleme gelöst bekommen. Sie sehen mich selber, ich habe
499 noch ein Jährchen. Aber wir brauchen eben noch mehr Junge. Und da war Corona wirklich
500 ein Hype, wo viele eben gekommen sind. Das schafft mir einerseits Hoffnung. Andererseits
501 glaube ich, muss man eben da bei der Stange bleiben, um die öffentliche Gesundheit vor
502 Ort dann eben im Wandel weiter zu gestalten. Der Wandel vollzieht sich ja nicht an uns vor-
503 bei, sondern wir sind diejenigen, die ihn auch selber gestalten können. Mit dem Rückenwind
504 von Corona. Letztes Beispiel, ich bin ja noch im Nebenamt Leiter des Bundesverbandes. Wir
505 hatten sonst immer 700, 800 Teilnehmer. Beim letzten Kongress mussten wir aber bei 1200
506 Schluss machen. Wir hätten aber noch viel mehr machen können. Das heißt, das Interesse
507 an öffentlicher Gesundheit hat zugenommen. Viele haben Interesse, Bevölkerungsmedizin
508 zu sehen, nicht nur die Individualmedizin und das passt dann auch, Bevölkerungsmedizin als
509 Teil eines Ganzen in der Verwaltung. Stadtplanung, Umweltschutz, Baumaßnahmen, das
510 gehört alles zusammen – und das Thema Gesundheit ist mittendrin und damit das auch in
511 Zukunft so wahrgenommen wird, glaube ich, dafür werde ich mich dann auch einsetzen,
512 auch dass der Wandel stetig weitergeht.

Interviewtranskript Stadt Münster

Interviewer: Dominic Behde (I)

Interviewpartner: Dr. Matthias Schmidt (S) (Wissenschaftsbüro, Dezernat für Planung, Bau und Wirtschaft), Merle Heitkötter (H) (Gesundheitsplanung im Gesundheitsamt, Dezernat für Soziales und Kultur)

Datum: 22.05.2023

1 I: Was ist Ihre Position? Was ist Ihr Verantwortungsbereich und Ihr Aufgabenbereich?

2

3 S: Merle, willst du anfangen?

4

5 H: Kann ich machen, ja. Ich bin im Gesundheitsamt, beziehungsweise Gesundheits- und
6 Veterinäramt, heißt es offiziell, tätig als Gesundheitswissenschaftlerin und habe da eine Stel-
7 le als Gesundheitsplanerin. Und meine Rolle, oder wie ich sie verstehe, ist grundsätzlich na-
8 türlich, die Rahmenbedingungen für die Menschen in Münster zu verbessern, dass sie wirk-
9 lich gesund leben können. Und es liegt für uns als Gesundheitsamt nochmal ein besonderer
10 Fokus auf der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. Und letztlich, um diese Gerechtigkeit
11 zu erreichen, geht es uns eben nicht nur darum, irgendwie die Symptome zu bekämpfen,
12 sondern wirklich bei den Ursachen anzudocken und da anzusetzen. Und das letztlich bedeu-
13 tet auch eben nicht nur diese individuellen Aspekte in den Blick zu nehmen, sondern wirk-
14 lich die Lebensverhältnisse zu zentrieren und da anzusetzen. Und da sind wir mit unserem
15 Personal natürlich nicht in der Lage, alles in Münster zu stemmen, sage ich mal, sondern
16 sehen uns eher als Querschnittsamt und verstehen auch Gesundheit als Querschnittsthema,
17 sodass wir halt einfach mit vielen verschiedenen Ämtern eng zusammenarbeiten, um unser
18 Ziel eigentlich erreichen zu können. Vielleicht das so als kurzer Abriss.

19

20 S: Ja, ich bin, wie gesagt, Matthias Schmidt. Ich bin Politikwissenschaftler und aktuell heißt
21 das, wo ich arbeite, das ist über die Jahre mal öfter umorganisiert worden, Wissenschaftsbü-
22 ro. Es ist angesiedelt bei Münster Marketing, dem Stadtmarketing, was allerdings in Münster
23 jetzt nicht so einen werblichen Auftrag hat, sondern eigentlich verschiedene Netzwerke auf-
24 baut und managt. Und ich bin verantwortlich für den Bereich Wissenschaft und auf der einen
25 Seite bin ich sozusagen Beziehungspfleger zwischen den elf Hochschulen, wissenschaftli-
26 chen Einrichtungen und der Stadt Münster. Schwerpunkt meiner Arbeit ist eben die Zusam-
27 menarbeit bei der Bearbeitung konkreter Fragestellungen. Ein Schwerpunkt ist dabei Stadt-
28 entwicklung und ein großes Thema ist es, das Know-how der Hochschulen vor Ort zu nut-
29 zen, um Herausforderungen der Stadtentwicklung zu meistern. Und wir haben von 2016 bis
30 2021 bei der Stadt Münster einen sogenannten Zukunftsprozess durchgeführt, wo wir die
31 Stadtentwicklungsperspektive auch langfristig erarbeitet haben. Und da war es auch so,
32 dass wir da einen großen Part der Szenarioanalyse durchgeführt haben, um auch alternative
33 Entwicklungspfade im Blick zu haben, wenn wir über Münsters Zukunft sprechen. Und auch
34 da war es dann so, dass ein Universitätsinstitut diesen Baustein in unserem Zukunftsprozess
35 dann im Rahmen einer Kooperation bearbeitet. Und aktuell ist es so, dass wir auch als Aus-
36 fluss des Zukunftsprozesses als stark wachsende Stadt neue Stadtquartiere entwickeln. Und
37 da ist die Frage, wie entwickelt man eigentlich, State of the Art, heute urbane Quartiere, die

38 neu entstehen, aber auch wie gestalten wir Stadtquartiere um, die wir haben und stark ge-
39 trieben auch durch die Erfahrung der Pandemie: Wie integrieren wir das Thema Gesundheit.
40 Und in dem Kontext ist es dann so gewesen, dass wir damals die Möglichkeit hatten, über
41 das Gesunde Städtenetzwerk einen Förderantrag, Projektantrag gemeinsam mit dem Institut
42 für Geografie der Universität Münster zu stellen. Dieses Projekt wurde dann von der Techni-
43 kerkrankenkasse für fünf Jahre bewilligt, wobei die Merle Heitkötter und ich eine sehr klassi-
44 sche Arbeitsteilung haben. Ich habe sehr stark mit diesem Stadtentwicklungsblick zusammen
45 mit dem Thema Wissenschaft vertreten, wobei wir mit Stadtplanung, Stadtentwicklung eben
46 eng zusammenarbeiten. Ich sitze ja auch im Dezernat des Stadtbaurates und auf der ande-
47 ren Seite sitzt als Fachfrau dann Merle Heitkötter mit der gesundheitlichen, gesundheitspla-
48 nerischen Perspektive. Ganz praktisch war es so, wir sind ja gerade im Moment in der Ent-
49 wicklung neuer Quartiere, dass die Gesundheitsplanung vom ersten Moment an im Prozess
50 der neuen Quartiersplanung dann real dabei war und Merle, du gefragt wurdest, was du da
51 eigentlich willst.

52
53 H: Es ist leider noch keine wirkliche Selbstverständlichkeit, aber unser Ziel und wir arbeiten
54 dran.

55
56 I: Sie springen fast zur nächsten Frage, aber vorher noch mal einen kleinen Schritt zurück.
57 Die Anschlussfrage ist: Wie ist die Verwaltung in Ihrer Kommune aufgebaut, in Bezug auf
58 das Thema Gesundheit? Also Sie haben es gerade schon ein bisschen angerissen, Herr Dr.
59 Schmidt, aber ganz konkret, wo ist das Thema angesiedelt?

60
61 S: Wie gesagt, das Stadtmarketing mit diesen Netzwerkaufgaben ist verortet im Baudezernat,
62 also beim Stadtbaurat, da ist auch eben das Stadtplanungsamt, wo auch die Stadtent-
63 wicklung als Abteilung organisiert ist. Ich arbeite bei der Wissenschaftsstadt. Wenn es um
64 räumliche Fragen geht, hat das Stadtplanungsamt, die Abteilung Stadtentwicklung die Fe-
65 derführung und ich bin beteiligt, wenn es aber darum geht, ein Quartier inhaltlich zu entwi-
66 ckeln, zum Beispiel Profilierung, Entwicklung bestimmter Zukunftsfelder der Hochschulen
67 und so weiter; wenn es eher diese inhaltliche Dimension ist, liegt die Federführung bei uns
68 im Wissenschaftsbüro und dann ist das Stadtplanungsamt hier beteiligt. Wir haben noch ein
69 Dezernat, wo unter anderem auch das Thema Nachhaltigkeit verankert ist, aber das ist im
70 Moment vakant und der Stadtbaurat ist aktuell zuständig, dann eben auch für das Umwelt-
71 nachhaltigkeitsdezernat.

72
73 H: Genau und das Gesundheitsamt ist zu verorten in einem Dezernat für Soziales und Kultur.
74 Leider taucht Gesundheit nicht im Titel auf, aber wir gehören dazu. Natürlich haben wir auch
75 federführend Projekte, die über uns laufen, aber wie ich es eben auch schon gesagt habe,
76 ist für mich Gesundheit wirklich als Querschnittsthema zu sehen und ich glaube, wenn ich
77 mir die Dezernate angucke, gibt es kein Dezernat, wo wir nicht irgendwie unsere Berüh-
78 rungspunkte haben und in Prozessen mit drin sind. Von daher: Wir sind in diesem einen De-
79 zernat verortet, aber Gesundheit ist letztlich wirklich überall irgendwo mit drin.

80
81 I: Welche hierarchische Stellung hat das Thema Gesundheit gegenwärtig innerhalb der Ver-
82 waltung?

83

84 S: Also im Moment ist es so, also das Projekt Gesundheit in der nachhaltigen Stadt ist ein
85 stadtzentrales Projekt. Das sieht man daran, dass der Auftakt mit Herrn Oberbürgermeister
86 Lewe war. Der ist ja auch noch mal so ein Zugpferd, der ist ja gleichzeitig Präsident des
87 Deutschen Städtetages, und hat einen hohen Stellenwert. Unser Stadtbaurat ist an zentralen
88 Punkten auch immer mit dabei. Die Mission ist sozusagen die Lektion, die gelernt werden
89 soll, dass bei Stadtentwicklung und Stadtplanung eben Gesundheit mitgedacht werden
90 muss. Es ist ja letztendlich auch verankert im Baugesetzbuch, dass wir gesund bauen müs-
91 sen und das will Herr Stadtbaurat Densdorff eben an der Stelle auch zeigen, dass wir das
92 sehr ernst meinen. Und Merle, bei euch ist das ja nicht gerade nachrangig.

93

94 H: Bei uns ist es natürlich oberste Priorität, sagen wir mal so. Ich glaube, dass so beim Ge-
95 sundheitsthema insgesamt eine Entwicklung zu erkennen ist. Also insgesamt das Gesund-
96 heitsamt war lange ja auch eher versehen mit so einem Stempel Überwachung, Kontrolle.

97

98 S: Einstellungsuntersuchung.

99

100 H: Genau. Eher etwas trockene Aufgaben auch manchmal und ich glaube, dass jetzt auch
101 unter anderem durch die Pandemie deutlicher wurde, dass unser Aufgabenspektrum viel
102 mehr zu bieten hat und dass wir auch weichere Themen haben, Prävention, Gesundheitsför-
103 derung. Ich glaube, das sind manchmal Dinge gewesen, die in der Öffentlichkeit nicht so
104 wahrgenommen wurden und da merkt man jetzt schon einen Prozess irgendwie. Also dass
105 da viel mehr Bewegung ist und wir merken es auch zum Beispiel bei Anträgen aus der Poli-
106 tik, dass wir da mehr Aufträge kriegen. Also es ist viel dynamischer geworden, sage ich mal.
107 Und von daher auch in anderen Dezernaten, Fachämtern werden wir viel mehr gesehen und
108 auch einbezogen.

109

110 S: Was keiner erwartet, ist zum Beispiel, welcher Player ihr in diesem, auch in dem Sportbe-
111 reich zum Beispiel seid, über die Zusammenarbeit mit Stadtsporthund und solche Netzwer-
112 ke auch.

113

114 H: Genau, also wir haben verschiedene Themen, die wir inhaltlich abdecken und dann
115 nochmal verschiedene Zielgruppen. Und Sport ist jetzt eben so ein Thema, wo wir gesagt
116 haben, nicht nur der Sportverein zählt, sondern wir wollen wirklich auch den Sport nochmal
117 mehr in die Quartiere bringen und da haben wir jetzt auch ein Projekt für sportlich gesund-
118 heitliche Quartiersentwicklung aufgelegt. Und so versuchen wir halt auch da in solchen
119 Themen uns nochmal breiter aufzustellen.

120

121 I: Im ersten Block die letzte Frage: Welche Chancen und Risiken sehen Sie für das Thema
122 Gesundheit hinsichtlich des Umstands, dass es bei der kommunalen Selbstverwaltung frei-
123 willige und pflichtige Aufgaben gibt? ... Brauchen Sie ein bisschen Kontext zur Einordnung
124 dieser Frage?

125

126 H: Gerne nochmal zwei, drei Sätze.

127

128 I: Also es gibt ja die Pflichtaufgaben und die freiwilligen Aufgaben. Mir ist schon in Vorge-
129 sprächen mit Kolleginnen und Kollegen von Ihnen aufgefallen, dass an der einen oder ande-

130 ren Stelle das Thema dann hinten überfällt oder, dass es Probleme in verschiedenen Berei-
131 chen gibt, weil letztlich klar ist, die Pflichtaufgaben müssen erfüllt werden. Bei gewissen Pla-
132 nungspolitiken, kommunalen Entwicklungsprozessen, Gesundheit mit rein zu denken, das ist
133 dann die Kür. Darauf zielt diese Frage ab.

134

135 S: Also wir haben hier den großen Luxus, dass die Stadt Münster einen ausgeglichenen
136 Haushalt hat. Das heißt, wir sind nicht in einer Haushaltssicherung und in unserer bisherigen
137 über 1200-jährigen Stadtgeschichte mussten wir keine tiefen Einschnitte in den kommunalen
138 Aufgaben hinnehmen. Also wir haben Sparphasen gehabt, aber man muss sagen, früher war
139 das so, dass Sie immer sehr stark begründen mussten, warum Strategien erarbeitet wurden.
140 Also alles das, was nicht gebaut wurde oder wo kein Produkt daraus kam, keine Pflichtlei-
141 stung mit einem bestimmten Ergebnis war, musste man sehr viel argumentieren. Aber auch
142 wenn ich mal auf die Stadtpolitik schaue, ist das so, dass die sagen: „Macht nicht nur Kon-
143 zepte!“. Aber man muss sich sehr gut überlegen, wie sich Münster in der Zukunft entwickeln
144 muss. Und dass zum Beispiel so ein Thema wie Gesundheit, das einen Stellenwert hat, das
145 ist wirklich gesetzt und diese ganzen strategischen Themen, das ist mittlerweile schon ein
146 Allparteienkonsens. Der Bereich Münster Marketing ist eine eigenbetriebsähnliche Einrich-
147 tung und unser Aufsichtsrat heißt Betriebsausschuss und unser Ausschussvorsitzender legt
148 immer großen Wert darauf, dass ich regelmäßig auch im Ausschuss berichte. Wir haben ja
149 da auch Themen von Stadtfest bis auch zum klassischen Stadtmarkt, aber auch in dieser
150 Runde hat man da eine sehr hohe Aufmerksamkeit für dieses Thema. Und wir haben auch
151 einen Beirat, wo also wirklich die ganze Stadt, das ist das Krönchentreffen, also da sind die
152 Spitzen von der Kirche, von der Sparkasse, auch der Unternehmen und so weiter. Im Früh-
153 jahr wollten die genau dieses Projekt vorgestellt bekommen, weil es nicht nur in der Verwal-
154 tung, sondern auch in der Stadtgesellschaft einfach ein wichtiges Thema ist.

155

156 H: Ich kann nochmal aus Gesundheitsamtssicht ergänzen zu dem Thema freiwillig oder
157 Pflichtaufgabe. Ich meine, es ist letztlich gesetzlich ja sogar vorgeschrieben durch das Ge-
158 setz für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Ich glaube, es ist sogar ein Paragraph, der ex-
159 plizit sagt: Mitwirkung an Planung. Das heißt, erstmal sollen wir und müssen wir, aber so wie
160 Sie es schon gesagt haben, oft sind es einfach unglaublich viele Aufgaben, die bei uns lan-
161 den und die man priorisieren muss. Bei uns ist es ein Stück weit ein Prozess gewesen. Lange
162 haben wir tatsächlich in dem Bereich fast nichts machen können. Und jetzt haben wir aber
163 gesagt, wir wollen und gerade über dieses Projekt Gesundheit in der nachhaltigen Stadt
164 haben wir jetzt einfach die Möglichkeit, wirklich große Eckpfeiler zu setzen, um auch künftig
165 wirklich intensiver da zu arbeiten. Ich habe ebenso diese Entwicklung beschrieben, dass sich
166 das Bild über den öffentlichen Gesundheitsdienst einfach auch verändert hat und ich glau-
167 be, das merkt man auch mit dem Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst, dass es da ja
168 auch nochmal zusätzliche Stellen gibt. Und da ist ja explizit auch benannt worden, dass et-
169 was in diesen Bereich Public Health gehen soll. Und das wird bei uns im Amt auch sein, dass
170 wir nochmal den Bereich Gesundheitsplanung und Berichterstattung aufstocken, um gerade
171 auch solche Prozesse nochmal mehr in den Blick nehmen zu können. Also auch Gesund-
172 heitsberichterstattung, was ja auch eine wichtige Grundlage ist für solche Planungsprozesse,
173 dass wir da einfach nochmal mehr Ressourcen reinstecken können, um wirklich fundiert ar-
174 beiten zu können.

175

176 I: Danke. Also das war quasi der erste Part. Interne Zusammenarbeit und transdisziplinäre
177 Zusammenarbeit: Inwiefern erachten Sie es als relevant, im Bereich Gesundheit intersektoral
178 zu arbeiten? Und wenn ja, gibt es Fälle, die sich Ihrer Meinung nach besonders gut eignen?
179 [...] Also es geht um Überschneidungen und Kompetenzen, verschiedene Aufgabenberei-
180 che, Kolleginnen und Kollegen, Zuständigkeiten und Bestimmungen, all diese Aspekte.

181
182 S: Wir haben in der dezernatsübergreifenden Zusammenarbeit den sehr, sehr großen Vor-
183 teil, dass wir von 2016 bis 2021 den städtischen Zukunftsprozess durchgeführt haben. Die
184 Inhalte finden Sie auch im Netz unter Münster Zukunft. Und in diesem Prozess hat man sehr
185 gut gesehen, dass eben letztendlich alle Bereiche relevant sind, wenn es um die Zukunft
186 einer Stadt geht. Und wir haben da auch eine Form der Zusammenarbeit über Teamzusam-
187 menschnitte gehabt, wo wir eigentlich das dezernatsübergreifende Zusammenarbeiten aller
188 Dezernate haben – und zwar nicht unbedingt nur auf der Ebene der Beigeordneten oder
189 der Referenten, was häufig der Fall ist. Die Dezernate haben Vertreterinnen und Vertreter in
190 diesen Prozess hineingebracht. Und dann haben wir auch den Prozess Nachhaltigkeitsstra-
191 tegie der Stadt Münster und jetzt aktuell da als Fokus den sogenannten Klimaprozess. Und
192 weil eben diese Herausforderungen, also letztendlich von Zukunftsplanung in einer wach-
193 senden Stadt, Nachhaltigkeit, Klima, da ist das so, dass wir eigentlich jetzt in einer Situation
194 sind, wo wir wissen, dass wir die großen Themen nie nur in unserem Amt oder in unserem
195 Dezernat bearbeiten können. Also diese Erkenntnis, dass man zusammenarbeiten muss – ich
196 bin ja jetzt auch bei der Stadt Münster seit über 25 Jahren – das ist also nicht zu vergleichen
197 mit den 90er-Jahren, wo Sie nur auf dem Dienstweg kommunizieren durften mit dem ande-
198 ren. Also an ganz vielen Stellen arbeiten wir in Runden, wo Dezernate, Ämter sehr vertrau-
199 ensvoll und direkt miteinander zusammenarbeiten. Und man muss sagen, allerdings auch
200 bei der Komplexität der Fragestellung, die wir bewältigen müssen, geht das nur sozusagen
201 Dezernatsämter übergreifend. Und vor allen Dingen ist eigentlich alles sehr viel spezialisier-
202 ter geworden. Und zum Beispiel das Projekt Gesundheit in der nachhaltigen Stadt, da sieht
203 man das. Mich müssen Sie nicht zum ÖGD oder so fragen. Das geht gar nicht anders, als
204 dass ich mit meiner Kollegin im Gesundheitsamt zusammenarbeite. Und das ist auch mit der
205 Stadtentwicklung von der Abschottung hin zur Symbiose. Wir wissen, wir müssen symbio-
206 tisch zusammenwirken, um diese großen Fragen wirklich auch vernünftig lösen zu können.
207 Und das ändert sich im Übrigen auch mit dem Generationenwechsel in der Stadtverwaltung.

208
209 H: Ja, ich habe es eben schon gesagt, bei manchen Prozessen sind wir auch federführend
210 mit dabei, bei Gesundheit in der nachhaltigen Stadt, bei dem Projekt oder bei diesem
211 Sportbewegungsprojekt, wo wir dann wirklich den Hut aufhaben. Aber tatsächlich sehe ich
212 mich vielmehr als die Vernetzerin. Also ich glaube, es ist ein Großteil meiner Arbeit, die
213 Kontakte herzustellen und in den anderen Prozessen einfach mitzuwirken. Von daher, so wie
214 Matthias Schmidt es gerade super beschrieben hat, dieses symbiotische Zusammenarbeiten,
215 ich glaube, ohne geht es einfach nicht mehr. Ich finde aber trotzdem – du hast es gerade so
216 als Generationenwechsel auch beschrieben – zumindest unter diesem Aspekt Gesundheit:
217 Oft klappt es inzwischen sehr gut. Ich merke aber trotzdem auch noch so ein bisschen, dass
218 es manchmal personenabhängig ist. Manchmal hat man Personen, die halt einfach so diesen
219 Gesundheitsgedanken weitertragen wollen und das auch als wichtiges Thema erachten. Und
220 manchmal hat man dann vielleicht andere Personen, die sagen, ja, Gesundheit denken wir
221 doch sowieso immer mit und die dann ein bisschen zurückhaltender sind bei der Einbin-

222 dung. Also von daher, ich glaube, das ist ein Prozess, aber ich glaube, es wird immer mehr
223 mitgedacht.

224

225 S: Vielleicht kann man das noch mal sagen, also ich habe da auch mit den Kolleginnen und
226 Kollegen aus dem Grünflächenbereich drüber gesprochen: Früher war das so, wir haben
227 eine neue Quartiersentwicklung gemacht, da wurde alles geplant und am Ende wurde ge-
228 fragt, wo machen wir denn da noch Grün hin? Und heute ist das ja so, wenn Sie sich angu-
229 cken, wie wir die neuen Quartiere entwickeln, dass eben fast als Erstes gesagt wird, was
230 machen wir für eine Grünplanung? Die nennen das dann nicht unbedingt Gesundheit, aber
231 die sagen dann, okay, wir müssen gucken nach Bewegungsräumen, wie ist Mobilität, wie
232 wird die Stadtstruktur gestaltet. Das Ziel ist und das passiert jetzt nach und nach immer
233 mehr, dass eben so etwas wie Grünraumplanung, gesunde Planung, dass das auf dem Weg
234 ist, so eine fundamentale Grundvoraussetzung für alles Weitere zu werden.

235

236 I: Die Messung von sektorspezifischen Zielen: Also Sie geben sich ein Konzept und wo fließt
237 das dann mit rein, in welchen Dezernatsbereich oder wie läuft das? Gibt es sowas, wenn Sie
238 intersektoral zusammenarbeiten?

239

240 S: Bei uns in der Stadtentwicklung, auch in den Quartiersentwicklungen, messen wir eigent-
241 lich den Grad des Erfolges daran, wie widerstandsbewehrt sozusagen die Prozesse laufen.
242 Wenn wir unsere Prozesse fahren und dort diese vielen Aspekte auch sehr partizipativ und
243 kooperativ beackern, messen wir, wie schnell wir dann große Dinge bewegen können. Da
244 muss man sagen, dass diese Kooperation, diese Zusammenarbeit dazu führt ... wir haben
245 hier gerade im Nordwesten ein Stadtquartier, da sind wir jetzt im städtebaulichen Ideen-
246 wettbewerb so schnell für eine große Fläche, wie ich es in meinem Leben noch nicht erlebt
247 habe. Mein Chef, der Stadtbaurat, sagt immer, er misst den Erfolg nicht nur an der Ge-
248 schwindigkeit, sondern auch an einem Zufriedenheitsindex. Konflikte kosten Zeit und wenn
249 es halt konfliktärmer ist und man schnell zur Umsetzung kommt ... das ist der Gradmesser
250 des Erfolges. Das ist also sozusagen der Beweggrund im Bau- und Planungsdezernat zu sa-
251 gen, diese Form der Zusammenarbeit muss halt so sein und dieses Mehr an Beteiligung
252 kostet keine Zeit, sondern spart ganz viel Zeit.

253

254 H: Da würde ich mich letztlich anschließen. Also ich glaube, nicht immer nur das Ergebnis,
255 sondern auch der Weg dahin ist schon aussagekräftig. Die Partizipation erfolgt nicht nur
256 stadintern, sondern auch deutlich darüber hinaus. Also seien es freie Träger oder andere
257 Schlüsselakteure oder auch die Bürgerinnen und Bürger selbst, dass man denen auch
258 nochmal die Stimme gibt. Ich habe es jetzt bei einem Stadtteilentwicklungskonzept mitbe-
259 kommen, wo ein großes Stadtteilhaus geplant werden soll. Der Prozess war total langwierig,
260 aber ist halt auch schwierig, alle Bedarfe irgendwie zu berücksichtigen. Und am Ende, wenn
261 man dann den jetzigen Stand des Plans sieht, sagt man ja, es hat sich aber gelohnt irgend-
262 wie, schon allein darüber ins Gespräch zu kommen und einfach diesen Unmut hinterher
263 sonst auch zu vermeiden, sondern wirklich gemeinsam zu planen und zu gestalten. Es kostet
264 Zeit, aber meines Erachtens lohnt es sich.

265

266 I: Noch eine Frage zu der Mitwirkung an Planung von Seiten des Gesundheitsamts bezie-
267 hungsweise der unteren Gesundheitsbehörde. Wie haben Sie das in den letzten Jahren ge-
268 handhabt und wie handhaben Sie das gegenwärtig?

269
270 H: Also in erster Linie sind wir bei Stadtteilentwicklungskonzepten eingeplant, berücksich-
271 tigt. Das läuft auch schon seit längerem ganz gut. Ich glaube, unsere Einflugschneise war
272 dieser Aspekt soziale Teilhabe und vielleicht noch Sportbewegung. Darüber wurden wir
273 quasi mitgenommen und sind da inzwischen auch recht etabliert, dass wir direkt von Anfang
274 an angefragt werden bei den Stadtteilentwicklungskonzepten und dann wirklich den kom-
275 pletten Prozess immer mit an Bord sind. Und da auch mit der Fachexpertise sehr geschätzt
276 sind. Matthias Schmidt hat es vorhin gesagt, die großen Bauplanungsprozesse, da war es
277 bisher nicht so der Selbstläufer, dass wir tatsächlich involviert sind. Es war jetzt so dieses
278 erstmalige Mit-dabei-Sein und für unsere Themen kämpfen. Zwischendurch wird man auch
279 mal ange-sprochen, was man denn als Gesundheitsamt da zu suchen hat. Aber auch das
280 hilft natürlich irgendwie und dann klären wir gerne auf, warum wir da sitzen. Das sehen wir
281 als Teil des Prozesses. Und ich finde es super, dass es jetzt gerade, wo noch mal die großen
282 Baugebiete anstehen, dass wir da einfach die Gelegenheit haben und es nicht zu spät ist.

283
284 I: Wie stellen Sie die Kohärenz der verschiedenen Politiken sicher? Große Bauvorhaben,
285 Mobilitätskonzepte, verschiedene Dezernate und jetzt arbeiten plötzlich Menschen aus den
286 verschiedenen Dezernaten auch mal zusammen. Also wie stellen Sie sicher, dass die Politi-
287 ken kohärent sind? Gibt es eine Form von Health Governance in Münster?

288
289 S: Also die Abstimmung der verschiedenen fachlichen Belange erfolgt nicht nur im Bereich
290 Gesundheit, sondern im Stadtteil oder auch stadtweit. Das passiert durch entsprechend zu-
291 sammengesetzte Teams aus den verschiedenen relevanten Bereichen. Wodurch es noch mal
292 einen sehr starken Schub für die ämter- und dezernatsübergreifende Zusammenarbeit ge-
293 geben hat, das sind – auch zum Beispiel beim Münster Marketing und auch beim Stadtpla-
294 nungsamt – Kolleginnen und Kollegen, ich nenne die mal Stadtteilkümmerner, die in den
295 Quartieren vor Ort bestimmte Zuständigkeiten haben. Und da ist das so, dass die Kollegin-
296 nen und Kollegen ständig in einem engen Netzwerk mit den Kolleginnen und Kollegen aus
297 den anderen Bereichen zusammenarbeiten und da ist ein ständiger Austausch. Es gibt zwar
298 noch diese formalen Abstimmungstermine zwischen den Dezernaten und Ämtern, aber ei-
299 gentlich passiert die Abstimmung über diese kooperative Zusammenarbeit on the job prak-
300 tisch permanent. Und dadurch ist es so, dass es seltener geworden ist, dass es da wider-
301 strebende Entwicklungen gibt, die da nicht wieder zusammengebracht werden konnten.
302 Aber ich glaube, gerade über die mehr und mehr geübte Zusammenarbeit am konkreten
303 Raum, am konkreten Thema ist es so, dass es in der Harmonisierung der Politiken praktisch
304 keine so großen Anstrengungen mehr gibt, die wir in den einzelnen Fachbereichen verfol-
305 gen.

306
307 H: Ich finde das Stichwort Politik, ich meine wir als Verwaltung, sind das eine, aber auch Poli-
308 tik finde ich immer spannend zu beobachten, weil letztlich sind die natürlich genauso aufge-
309 teilt in ihre entsprechenden Fachgremien und da hatte ich auch in einem Prozess mal eine
310 Politikerin, die sagt, ja eigentlich, das was ihr in der Verwaltung macht, das müssen wir ei-
311 gentlich als Politik genauso machen. Ich sitze jetzt irgendwie im Gesundheitsausschuss und

312 der andere sitzt im Planungsausschuss und eigentlich müssen wir da auch die Verzahnung
313 viel enger hinkriegen, damit das wirklich ineinandergreift. Das finde ich auch nochmal einen
314 wichtigen Gedanken, dass nicht nur wir als Verwaltung, sondern auch diese Ebene Politik
315 wirklich funktionieren muss.

316

317 S: Da sind wir aber auch weiter als Verwaltung.

318

319 H: Gefühlt ja.

320

321 S: Ich finde schon. Häufig ist das so, dass Sie sich in so eine Lobbyisten-Situation für Ihr
322 Fachfeld hineinbegeben und in der Verwaltung ist das nicht mehr ganz so ausgeprägt.

323

324 I: Was läuft bei der Implementierung beziehungsweise Berücksichtigung von gesundheitsre-
325levanten Faktoren in Stadtentwicklungspolitiken in Münster gut und was waren beziehungs-
326weise sind die größten Herausforderungen?

327

328 H: Ich versuch's mal. Also ich habe vorhin ja schon so ein bisschen gesagt, diese Selbstver-
329ständlichkeit fehlt manchmal. Das ist schon manchmal so ein, ich nenne es jetzt mal in An-
330führungsstrichen Machtgerangel, von „wir machen das doch sowieso schon“ und „was wollt
331ihr denn jetzt noch“? Und so aus unserer Perspektive fehlen manchmal die Fakten, das
332meinte ich vorhin auch mit Gesundheitsberichterstattung, dass wir wirklich noch mal mehr
333Grundlage haben, auf der wir aufbauen könnten. Ansonsten gibt es ja schon in Münster sehr
334viele Planungsinstrumente, Steuerungsinstrumente, wo es dann eher manchmal die Heraus-
335forderung ist, alles zu berücksichtigen und alles übereinzukriegen, aber das ist dann eben,
336wie wir es vorhin auch berichtet haben, dieser Beteiligungsprozess, der einfach eine wichti-
337ge Rolle einnimmt.

338

339 S: Wir haben ja im Projekt einen pädagogischen Auftrag, nämlich das breiter akzeptiert ist,
340dass Gesundheit ein zentrales Thema in der Stadtentwicklung ist und da ist es auch so, dass
341wir jetzt im Rahmen unseres Projektes Ende August die erste, ich nenne das mal Meilen-
342stein-Konferenz Gesundheit in der nachhaltigen Stadt haben. Dort werden von der Stadt-
343verwaltung der Oberbürgermeister, der Stadtbaurat und auch die Stadträtin für Soziales und
344Kultur auftreten. Die Konferenz wird sich sehr stark an die Kolleginnen und Kollegen in der
345Stadtverwaltung, aber auch in der Stadtpolitik richten. Wir haben ja in den verschiedenen
346Quartieren gemeinsam mit den Initiativen, Akteuren Handlungsbausteine entwickelt, die zu
347einer gesunden Stadt beitragen und da geht es darum ... also wenn Sie mich fragen, was ist
348die besondere Bedeutung dieses Workshops? Die besondere Bedeutung dieses Workshops
349ist die Sensibilisierung und auch Überzeugung der Kolleginnen und Kollegen, nicht nur ob,
350sondern wie es auch gelingen kann, Gesundheit in der Stadtentwicklung zu verankern. Am
351Ende ist der Beschluss eines handlungsweiten, eines stadtweiten Handlungskonzeptes Ge-
352sunde Stadt durch den Stadtrat vorgesehen. Da werden dann verbindlich für die Verwaltung
353die Standards für gesunde Stadtentwicklung verankert werden in der Stadtverwaltung Müns-
354ter. Also erst mal ein pädagogischer Schritt, aber am Ende sind es dann auch, was ja eine
355Verwaltung braucht, klare Befehle. Nicht irgendwie, wir machen so ein bisschen Gesundheit,
356sondern ganz klar der Fokus darauf, dass wir hier in einem Erarbeitungsprozess von etwas

357 sind, was verbindlich unsere Arbeit bestimmen wird, wenn es um Quartiers- und Stadtent-
358 wicklung geht.

359

360 H: Ich glaube, das ist für uns die Steilvorlage. Das, was bisher immer in Anführungsstrichen
361 beliebig war, dass das wirklich einen Rahmen kriegt und wirklich mitgedacht werden muss.
362 Wir haben den politischen Auftrag und jeder muss es quasi mitdenken. Dadurch kriegt es
363 einfach einen anderen Stellenwert.

364

365 I: Welche Erfahrungen haben Sie bisher, zum Beispiel Thema Wirtschaft und Gesundheit, im
366 Fall von Interessenkonflikten?

367

368 S: Wir sind ja in drei wirklich unterschiedlichen Stadtteilen unterwegs mit sehr unterschiedli-
369 chen Gemengelagen. Es gibt ein Quartier, da ist das einfach sehr schwierig, also mit durch-
370 aus sehr unterschiedlichen Interessengruppen. Aber wir gehen in diesem Quartier so vor:
371 Wir haben das Gesundheitsforum, wo alle Engagierten, Interessierten zusammenkommen.
372 Ein Vorteil ist, dass die Wissenschaft dabei ist – da vertraut man dann etwas mehr als der
373 Stadtverwaltung mit der wissenschaftlichen Leitung Iris Zuzek –, dann haben wir praktisch
374 eine Verwaltungsprojektleitung, die Merle Heitkötter und ich haben. In dieser Kombination
375 ist es so, dass wir ja nicht kommen und sagen, wir wollen etwas machen, sondern wir bilden
376 die Plattform, bieten die Plattform und sagen, ihr habt jetzt die Möglichkeit, hier gemeinsam
377 etwas zu erarbeiten, was euer Quartier gesünder macht und dann eröffnen wir diesen Erar-
378 beitungsprozess, wo sich im Idealfall auch Konfliktlinien auflösen, themenbezogen und wo
379 dann etwas Konstruktives herauskommt. In zwei Quartieren merkt man, wie sich das immer
380 mehr fügt und wie sich dann eine Entwicklung vom Ich-komme-von ... zu einem Wir voll-
381 zieht. Ich glaube, Interessenkonflikte entzünden sich vor allen Dingen dann, wenn man mit
382 etwas Halbfertigem kommt und fragt, wie findet ihr das? Wenn Sie aber in einen Prozess vor
383 Ort gehen und sagen, dass wir zum Thema gesunde Stadt arbeiten, ihr habt in der Hand,
384 was ihr daraus macht. Also dieses Offenere, dieses Kollaborative – dann ist die Chance am
385 größten, zu einem Konsens und auch zu einer Auflösung von Interessenkonflikten zu kom-
386 men.

387

388 I: Das war jetzt ein bisschen bezogen auch auf extern, oder?

389

390 S: Also vor allen Dingen extern. Bisher haben wir innerhalb der Verwaltung überhaupt keine
391 Konflikte irgendwie gehabt, sondern da war es eher so, dass sich dann zwischen den Koll-
392 ginnen und Kollegen, die da mit Stadtentwicklungskonzepten unterwegs waren, ein Aus-
393 tausch und Abgucken und Lernen voneinander entwickelt hat. Aber bei den sehr heteroge-
394 nen Akteurskonstellationen in den Stadtteilen, Quartieren hat sich auch dieser Plattforman-
395 satz, wo gemeinsam entwickelt wird, als sehr stark konfliktlösend herausgestellt. Interessant
396 ist: Da ist das dann nicht so: Am Anfang sind ganz viele da und dann kommt keiner mehr,
397 sondern da entwickelt sich ein immer größer werdender Kern von Akteuren, die gemeinsam
398 arbeiten.

399

400 I: Haben Sie noch irgendwas zu ergänzen, Frau Heitkötter, zum Thema Erfahrungen?

401

402 H: Ich schweige, perfekt zusammengefasst.

403

404 I: Planungsinstrumente und Monitoring, welche Bedeutung haben die Nachhaltigkeitsstra-
405 tegie des Bundes und des Landes und der Kommune für die kommunalen Stadtplanungs-
406 prozesse und die Gesundheitsplanung? ... Und daran anknüpfend, welche Unterschiede
407 und Similaritäten gibt es womöglich zwischen den verschiedenen Ebenen, also Kommune,
408 Land und Stadt?

409

410 S: Auf abstrakter Ebene: Also wir haben vom Rat einstimmig beschlossene Strategien, ein-
411 mal die Münster Zukunft, also ein Stadtentwicklungskonzept und wir haben eine kommunale
412 Nachhaltigkeitsstrategie. Diese sind beide verbunden mit dem stadtweiten Klimaprozess
413 und der Rat der Stadt Münster hat uns auch darauf festgelegt, dass wir bis 2030 als Stadt
414 klimaneutral werden sollen, was wir nicht schaffen werden – aber was in der Praxis dazu
415 führt, dass wir eben so schnell wie möglich das Ziel der Klimaneutralität erreichen werden.
416 Also wir haben das Thema Nachhaltigkeitsstrategie, wir sind ja auch mit dem Nachhaltig-
417 keitspreis der mittleren Großstädte ausgezeichnet worden. Dort wurde gesagt, Münster ist
418 ein Beispiel dafür, wie über lange Zeit sehr konsequent, ohne Brüche, der Weg der Nachhal-
419 tigkeit gegangen wird. Es ist nicht erst, seitdem das Mode geworden ist, sondern letztend-
420 lich haben wir über unsere ganze Stadtgeschichte, wie wir Stadtplanung auch gemacht ha-
421 ben mit Grünflächen und so weiter, haben wir sehr konsequent immer diesen Pfad weiter-
422 verfolgt. Es hat einen sehr hohen Stellenwert.

423

424 H: Genau, also kann ich nur bekräftigen, letztlich auch wir als Amt waren in diesen ganzen
425 Prozessen immer mit eingebunden, nicht ich in Person, aber eine Kollegin, von daher: Auch
426 da wird Gesundheit immer als Thema gleich mitgedacht und ich glaube, Matthias, du hast
427 jetzt gerade so die großen Strategien genannt und ergänzend dazu glaube ich, gibt es ja
428 auch noch diverse andere Planungsinstrumente, die da einfach noch mal mit einfließen, der
429 Masterplan Mobilität zum Beispiel oder bei uns wird jetzt gerade der Hitze-Aktionsplan er-
430 arbeitet, viele Strategien, die quasi auch andocken an diese kommunale Nachhaltigkeitsstra-
431 tegie und das Klimaanpassungskonzept. Ich glaube, dass da an ganz vielen Stellen in der
432 Verwaltung große Prozesse laufen, die alle da in dieser Nachhaltigkeitsstrategie letztlich
433 auch ein Stück weit zusammenfließen.

434

435 I: Wie ist die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen dort? Bei Ihnen auf der
436 Website habe ich rausgelesen, Gesundheit, Health in all Policies und bei Nachhaltigkeit, bei
437 der Nachhaltigkeitsstrategie kommt ja immer wieder das Thema Gesundheit vor, das SDG
438 3, aber auch andere SDGs berühren ja Gesundheit und wie ist dann die Zusammenarbeit
439 mit den Kolleginnen und Kollegen dort?

440

441 S: Wir haben einen Beirat Global nachhaltige Kommune, wo eben Stadtverwaltung zusam-
442 men mit eigentlich allen Teilen der Stadtgesellschaft dieses Thema Nachhaltigkeit im Fokus
443 hat. Die Nachhaltigkeitsstrategie ist bei uns zwar federführend mit einem Kernteam im Amt
444 für Umwelt, Grünflächen und Nachhaltigkeit angesiedelt, aber auch da ist es so organisiert,
445 dass es ein erweitertes Kernteam gibt, wo die verschiedenen Bereiche der Verwaltung auch
446 drin sind und in dem Sinne, und das finde ich ganz zentral, gehört diese Strategie keiner
447 Organisationseinheit. Es ist klar: Es gibt eine Federführung zum Beispiel für die Nachhaltig-
448 keitsstrategie, aber alle anderen Bereiche sind ja immer eingebunden und ich glaube letzt-

449 endlich für die großen städtischen Strategien, das funktioniert nicht, wenn das jetzt die Stra-
450 tegie des Stadtbaurats ist oder der Stadträtin für Soziales und Kultur. Die Schlüsselfaktoren
451 für den Erfolg für die Strategien sind, wie die organisatorisch gesteuert werden: dass es ein
452 Kernteam und dazu ein erweitertes Kernteam gibt, wo möglichst die Verwaltung in ihrer
453 Breite auch vertreten ist und dann wird aus einer Dezernatsstrategie die Strategie der Stadt
454 Münster.

455

456 H: Genau, ich habe es eben gesagt, auch Gesundheit wird mitgedacht. Meine Kollegin ist
457 eingebunden, auch in diesem Kernteam mit drin oder im erweiterten Kernteam und Sie ha-
458 ben es eben selber gesagt, letztlich ist auch da in diesem ganzen Dokument Gesundheit
459 wieder überall irgendwo oder an vielen Stellen drin und es ist auch für meine Kollegin so,
460 dass sie in ganz vielen Bereichen da letztlich nochmal gefragt wird und eingebunden wird.

461

462 S: Merle, da fällt mir gerade unser aktuelles Beispiel aus Münsters Allianz für die Wissen-
463 schaft ein. Gemeinsam mit den Hochschulen schauen wir immer, wo ist Know-how, was wir
464 gut gebrauchen können. Die Hochschulen sagen, wir brauchen eigentlich Anwendungsfel-
465 der in der Praxis. Wir haben mit den Hochschulen ein Bündnis, das nennt sich Münsters Alli-
466 anz für die Wissenschaft, das vom Wissenschaftsbüro gemanagt wird, vereinbart, dass ein
467 neues Schwerpunktthema, noch relativ frisch im März kam es zum Schwur, Public Health ist.
468 In der Zusammenarbeit ist es nicht nur so, dass zum Beispiel das Gesundheitsamt mit ande-
469 ren städtischen Einrichtungen zusammenarbeitet, sondern dass wir hier den Weg gehen,
470 dass die Wissenschaft sich in ihrer vielfältigen Kompetenz auch mit dem Gesundheitsamt
471 vernetzt. Das heißt also, Wissenschaft und Stadt unter der Überschrift Public Health werden
472 auch systematisch vernetzt und stehen sehr eng neben diesem Thema der Gesundheit in
473 der nachhaltigen Stadtentwicklung. Jetzt geht es auch darum, einen dauerhaften Aus-
474 tauschprozess zu etablieren, zwischen Stadt und Wissenschaft, zwischen zum Beispiel dem
475 Gesundheitsamt und dem Universitätsklinikum, aber auch den Sportwissenschaftlern, den
476 Ökotoxikologen, dem Pflegebereich und so weiter. Wir sind nicht nur räumlich unterwegs,
477 sondern inhaltlich führen wir da auch die Kompetenzen noch zusammen.

478

479 I: Ganz konkret gibt es in Münster ein Gesundheitsmonitoring beziehungsweise ein Health
480 Impact Assessment? Wenn ja, wie wird es umgesetzt und weiterentwickelt und welche Aus-
481 wirkungen haben diese Instrumente auf die Politiken in Ihrer Kommune?

482

483 H: Ja, ich habe eben schon mal gesagt, Gesundheitsberichterstattung ist durchaus etwas,
484 was wir ausbauen wollen und müssen. Von daher kommt da eben auch nochmal personeller
485 Zuwachs dazu. Ich hoffe bald. Im Grunde ist bisher der Fokus vor allem auf Schuleingangs-
486 untersuchungsdaten, einfach da, wo wir selber auch die Datenhoheit haben. Wir haben die
487 Daten und können die auch zur Verfügung stellen und die werden auch bei den Stadtteil-
488 entwicklungskonzepten gerne als Grundlage genommen, um nochmal Schwerpunkte her-
489 aus- zukristallisieren. Über diese Daten hinaus, glaube ich, könnten wir noch mehr machen.

490

491 S: Gesundheitsrahmenbericht, Merle, wurde ja auch lange nicht mehr fortgeschrieben.

492

493 H: Genau. Es ist für uns auch immer so ein bisschen Ressourcenfrage, ob es Sinn macht,
494 diese ganz großen Rahmenberichte zu schreiben oder ob wir eher themenspezifische Be-

495 richte irgendwie angehen, die dann ein bisschen mehr in die Tiefe gehen können. Gesund-
496 heitsrahmenberichte geben einen guten Überblick, bergen aber manchmal so ein bisschen
497 die Hürde, daraus dann wirklich konkrete Maßnahmen abzuleiten oder so. Deshalb haben
498 wir für uns eher den Weg, themenspezifischere Berichte anzufertigen.
499

500 I: Ich würde es einmal hier ein bisschen spezifizieren: Welche Ziele verfolgen Sie bei der
501 Gesundheitsberichterstattung, bei den speziellen Berichten, die Sie gerade genannt haben
502 bzw. beim Monitoring?
503

504 H: Ich glaube, das Oberziel ist bei uns eigentlich immer die gesundheitliche Chancengleich-
505 heit. Das heißt, wir gucken eher, wo sind nochmal besondere Bedarfe, haben wir Stadtteile,
506 wo wir einen besonderen Blick drauf werfen müssen. Ich glaube, das ist so der Kernfokus,
507 den wir dabei insgesamt haben.
508

509 I: Woher bezieht Münster Grenzwerte, Maßgaben, Daten in der Regel? Und wie werden sie
510 erhoben und welche Probleme gibt es bei der Datengewinnung?
511

512 H: Schuleingangsuntersuchungsdaten habe ich gerade genannt. Das ist für uns natürlich
513 einfach, weil wir selber die Daten haben und frei verfügen können. Ansonsten ist es manch-
514 mal einfach schwierig, an Daten ranzukommen. Oft ein Thema war auch, krankheitsspezifisch
515 irgendwas zu erheben, wo man dann aber wieder nicht nur auf Stadtebene, sondern auf
516 Stadtteilebene runter wollte. Dann besteht wieder ein Problem mit Anonymität und Daten-
517 schutz. Also es sind oft eher diese bürokratischen Hürden, mit denen wir hadern. Genau, für
518 uns ist jetzt so ein bisschen eher der Weg, den wir zumindest angedacht haben: Das SUHEI-
519 Modell von der Hochschule Bochum. Wir wollen eher in so einer Richtung tätig werden und
520 verschiedene Indikatoren übereinanderlegen. Aber das ist dann, wenn die Stelle neu besetzt
521 wird, unser Weg wahrscheinlich.
522

523 I: Gegenwärtig, wie arbeiten Sie da mit den verschiedenen Indikatoren, also beispielsweise
524 Luftmessung, Lärmmessung etc. pp.? Wie fließt das ein?
525

526 H: Das ist im Moment tatsächlich eher in anderen Fachämtern verortet. Wir haben ja auch
527 den Lärmaktionsplan, die Hitzekarte. Das ist eher federführend bei anderen Fachämtern
528 verortet.
529

530 I: Kommen wir also jetzt wieder ein bisschen weg von Monitoring hin zu Planungsprozessen
531 oder weg von der Berichterstattung hin zu Planungsprozessen. Inwiefern berücksichtigen Sie
532 bei kommunalen Planungsprozessen auch qualitative Methoden und Parameter? Ich gebe
533 ein Beispiel: Fragt man bei einem Park nur nach dem Abstand zum Wohnort eines Men-
534 schen, ist noch nichts zum Zustand der Grünanlage gesagt. Und deshalb eben die Frage,
535 inwiefern berücksichtigen Sie bei kommunalen Planungsprozessen auch qualitative Metho-
536 den und Parameter?
537

538 S: Ein Blick auf die neuen Stadtquartiere, die in der Entwicklung sind: Bevor die städtebauli-
539 chen Ideenwettbewerbe und so weiter loslegen und man das in Pläne, Bausteine, Erde
540 gießt, haben wir vorgeschaltete Werkstattverfahren, wo wir nicht nur fragen, was für ein

541 Grün. Da ist nicht Grün Grün. Wir schauen zum Thema Gewässer. Von der Stadt, von der
542 Flächengröße hat Münster ja dieselbe Flächengröße wie München von den Quadratkilome-
543 tern her, aber wir haben natürlich ungleich weniger Einwohner. Und das hat damit zu tun,
544 dass wir ein sehr ausgeprägtes Grünsystem haben. Unsere Grünordnung ist also etwas sehr
545 Besonderes. Wenn es um Eingriffe in diese Grünordnung geht, schauen wir auf der einen
546 Seite als Verwaltung sehr intensiv und sehr sensibel hin. Über diese Werkstattverfahren stei-
547 gen wir sehr frühzeitig ein, auch bei qualitativen Anforderungen an Quartiere. Ein Beispiel:
548 Unser Stadtrat hat uns für den Planungsprozess mit auf den Weg gegeben, dass die Quar-
549 tiere zum Beispiel klimaneutral werden müssen. Sie haben uns auch ins Stammbuch ge-
550 geschrieben, dass wir zwar sehr sorgsam mit Flächen umgehen müssen, haben aber auch ge-
551 sagt, diese Nutzung darf nicht dazu führen, dass Bewegungsraum zum Beispiel fehlt. Wir
552 haben starke qualitative Vorgaben aus der Politik und dann in den Werkstattverfahren – im
553 Nordwesten der Stadt unsere beiden großen Quartiersentwicklungen, da haben wir, bevor
554 wir da konkret wurden, über mehrere Tage ein Werkstattverfahren durchgeführt. Wir haben
555 das verarbeitet in der Stadtverwaltung und in einer zweiten Werkstatt gecheckt, ob wir sozu-
556 sagen alles mitgenommen haben und da ist ganz stark der Aspekt der qualitativen Anforde-
557 rungen drin.

558

559 H: Also ich glaube, das eine sind auch immer so diese festgeschriebenen Themen, wie viel
560 Grünflächen oder so, ich finde ergänzend aber auch immer diese Themen, ich nenne es jetzt
561 mal Teilhabe, da gibt es ja letztlich gar nicht so die festen Kriterien und da sind diese Parti-
562 zipationsprozesse einfach nochmal umso wichtiger.

563

564 S: Dieses Treffpunktsthema.

565

566 H: Das was?

567

568 S: Das ganze Thema Orte zum Treffen.

569

570 H: Genau, also Nachbarschaft, Identität, solche Geschichten und da fällt mir auch nochmal
571 der Masterplan Altengerechte inklusive Quartiersentwicklung ein, der da auch nochmal ei-
572 nen besonderen Fokus darauf legt auf diese, ich nenne es jetzt mal eher weicheren Themen.
573 Also von daher, da ist glaube ich viel, wo Qualitatives mit reinfließt und wo es diese Partizi-
574 pationsprozesse umso wichtiger werden lässt, weil man so eigentlich am Schreibtisch glaube
575 ich gar nicht planen könnte, sondern man muss die Menschen und die Akteure wirklich mit-
576 nehmen.

577

578 I: Zu guter Letzt, misst Ihre Kommune die Politik in Umsetzung, wenn ja, inwiefern wird das
579 Ausmaß, die zeitliche Spanne berücksichtigt und wie erfolgt die Messung und in welchen
580 zeitlichen Abständen? Jetzt ist das eine sehr große Frage, wir können es glaube ich runter-
581 brechen auf Ihr Projekt Gesundheit in der nachhaltigen Stadt und alles, was daraus erfolgen
582 soll, inwiefern dort Politik in Umsetzung gemessen wird.

583

584 S: Man muss ja sagen, dass wir in unserem Projekt jetzt sozusagen das Instrumentarium für
585 die Verankerung des Themas Gesundheit in der nachhaltigen Stadtentwicklung ja erst ent-
586 wickeln. Erst habe ich gesagt, boah, brauchen wir wirklich fünf Jahre, aber wir brauchen halt

587 diese Zeit. Ich glaube aber, dass diese Zeit, die wir uns nehmen, um diese Instrumente zu
588 erarbeiten und auch die Akzeptanz zu erzeugen, wird dann auch dazu führen, dass in der
589 Umsetzung, wenn das Instrument da ist, dass es auch gut laufen wird. Ganz wichtig ist aus
590 meiner Sicht auch in der Tat, dass wir dann Indikatoren, Erfolgskriterien definieren. Es reicht
591 ja nicht aus zu sagen, jetzt ist das da verankert, sondern wir müssen das ja auch messbar
592 machen. Wir haben ja auch so eine Nachhaltigkeitsberichterstattung zur Nachhaltigkeitsstra-
593 tegie, letztendlich wird es dann auch aus meiner Sicht unverzichtbar sein, ein Monitoring, ich
594 nenne das einfach mal Gesunde Stadt, mit zu implementieren. Ein wichtiger Bau-stein wird
595 sein, Indikatoren, ein Monitoring-System für den Erfolg von Gesundheit in der nachhaltigen
596 Stadt zu etablieren.

597
598 I: Ist das SUHEI-Modell schon angelegt bei Ihnen? Das klang so, als ob das schon im Pro-
599 jektprozess angelegt ist oder ist das eher so, dass Sie, Herr Dr. Schmidt, sich das vorstellen
600 könnten?

601
602 S: Ich kenne das Modell nicht, gebe ich mal unumwunden zu. Dafür habe ich ja meine Ex-
603 pertinnen, Kolleginnen.

604
605 I: Ich habe es gerade auch ein bisschen verwirrend formuliert, also: Das, was Sie gerade ge-
606 sagt haben, ist das angelegt und angedacht im Projektprozess oder ist das etwas, das Sie
607 sich vorstellen könnten? Das wäre eine Frage an Frau Heitkötter und dann die Frage, gibt es
608 eine Verknüpfung zu den Ideen, den Public-Health-Bereich auszubauen und das SUHEI-
609 Modell anzuwenden, Indikatoren zu messen etc.?

610
611 H: Ich glaube, es ist so ein bisschen Hand in Hand entstanden. Also in dem Projekt Gesund-
612 heit in der nachhaltigen Stadt ist uns sehr deutlich geworden, dass noch Datengrundlagen
613 fehlen. Wir haben selber im Projekt auch noch mal recherchiert und versucht, an Daten zu
614 kommen und es war schwierig. Wir hatten auch noch mal Beispiele angeguckt, den Ge-
615 sundheitsatlas aus Köln, der auch so ein bisschen in so eine Richtung geht wie das SUHEI-
616 Modell. Also da haben wir im Projekt auch überlegt und parallel bei uns in der Verwaltung
617 oder im Gesundheitsamt war uns aber auch klar, wir müssen irgendwie da noch mehr bieten
618 und genau dieses SUHEI-Modell ist etwas. Ich bin einfach drauf gestoßen und fand es ir-
619 gendwie griffig und irgendwie konkret. Ich glaube, da können dann auch andere Fachämter
620 einfach gut etwas mit anfangen und damit arbeiten. Deshalb ist es so ein bisschen bei uns
621 aus dem Fachamt jetzt eine Idee. Aber es war letztens auch im Projekt Gesundheit in der
622 nachhaltigen Stadt Thema, dass die Person, die dann eingestellt wird, auch gerne auch mal
623 mit in das Projektteam kommt und dass man da einfach zusammen noch mal überlegt und
624 das auch so ein Stück weit entwickelt, wie der Weg sein könnte. Vielleicht entstehen auch
625 noch andere Ideen außer dieses SUHEI-Modell – es ist jetzt für uns erstmal so ein erster An-
626 satzpunkt, aber ich glaube, das wird sich jetzt dann zeigen, wenn eine Person da ist und wir
627 näher in den Austausch gehen.

628
629 S: Was wir als Problem in der Wissenschaft beobachtet haben, ist, dass der medizinische
630 Komplex eigentlich wenig geneigt war, mit Stadtplanern und Stadtentwicklern zu sprechen,
631 sprich auch Geografinnen und Geografen. Und also da sah man eben, wie weit die eigent-
632 lich von diesem Public-Health- oder Health-in-all-Policies-Ansatz ... da war man bei den

633 Akteuren im Bereich Gesundheit an den Hochschulen Meilen von entfernt. Es gab auch Ver-
634 änderungen an der Spitze des Universitätsklinikums und da wird sehr stark Public Health als
635 strategisch bedeutsames Feld gesehen. Und wir erhoffen uns ja auch über die Zusammen-
636 arbeit in der Wissenschaftsallianz, dass die Akzeptanz von Stadt, von Geografie in der Medi-
637 zin eigentlich auch wächst und man sich dann sozusagen für Public Health auch einsetzt.
638 Und wir haben, als wir dann mit den Epidemiologen am Universitätsklinikum gesprochen
639 haben, halt festgestellt: Die haben nicht wirklich eingesehen, dass sie Arbeit investieren sol-
640 len in Form von Bereitstellung von Daten. Also wir wurden als irrelevante Akteure, glaube
641 ich, als Störer wahrgenommen, die Arbeit auslösen würden, um das mal ganz offen zu sa-
642 gen. Und ich glaube, also dieses Projekt, aber auch zum Glück dieser Rückenwind, gerade
643 auch aus dem Bereich des Universitätsklinikums, wird dazu führen, dass der Zugang zu Da-
644 ten im Rahmen der formalen rechtlichen Rahmenbedingungen, dass das perspektivisch
645 leichter wird. Und was man halt auch merkt, ist, dass die Wissenschaft auch auf der Suche
646 ist, praktische Anwendungsfelder in der Stadt zu finden. Und da sind wir für die ganz inte-
647 ressant. Und ich sage mal, so ein bisschen der Deal wäre in der Zukunft: Wir bieten prakti-
648 sche Anwendungsfelder und ihr stellt uns im Rahmen der Möglichkeiten dann auch an man-
649 chen Stellen Daten zur Verfügung, die wir für eine gesunde Stadt auch brauchen. Aber da
650 müssen wir sehr stark am Bewusstseinswandel arbeiten auf beiden Seiten, glaube ich, dass
651 man da zu einer stärkeren Partnerschaft auch kommt.

Anhang 6: Online-Ressourcen

Über diesen Link/QR-Code gelangen Sie zu weiteren Ressourcen:

<https://cloud.hcu-hamburg.de/nextcloud/s/H7M7fSKAMRCPT93>



- GOHSC Policy Checklist/Dokumentenanalyse
- Ergebnisse/Auswertung der Dokumentenanalyse
- Transkripte inkl. Codierung
- Kategorien, Codes und Interviewzitate

Sollte der Link/QR-Code nicht funktionieren, wenden Sie sich bitte an dominic.behde@hcu-hamburg.de oder einen der beiden Gutachter. Kontaktdaten finden Sie im Internet.