

UFZ Discussion Papers

Department of Urban and Environmental Sociology

2/2019

Healthy City – Einführung in ein Stadtkonzept

Dominik Intelmann

April 2019

Inhalt

Einleitung	1
1. Stadt und Gesundheit – Geschichte und Entwicklung des Diskurses	2
1.1 Die Ära der <i>Sanitary City</i>	3
1.2 Stadt und Hygiene in Deutschland	5
1.3 Internationale Entwicklungen im 20. Jahrhundert.....	7
2. Die Ottawa-Charta der WHO als Anstoß des Healthy-Cities-Netzwerks	8
2.1 Die Ottawa-Charta der WHO von 1986	9
2.2 Das Healthy-Cities-Netzwerk als Umsetzungsstrategie der Ottawa-Charta	10
3. Governance und Planung der Healthy City	12
4. Ausgewählte Themenfelder der gesunden Stadtentwicklung	15
4.1 Stress – nervöses Leben in der Großstadt.....	15
4.2 Luft, Lärm und Klima als pathogene Faktoren	16
4.3 Adipositas.....	16
4.4 Pandemien der Gegenwart.....	17
5. Fazit und Kritik	19
Literaturverzeichnis	22

Einleitung

Die Stadt als Siedlungsform bietet bereits seit Jahrhunderten einen Analyserahmen für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Von kursorischen Bemerkungen bei Platon über die sanitären Reformbewegungen des 19. Jahrhunderts bis zum heutigen *Healthy-Cities*-Städtenetzwerk wird die Stadt kontinuierlich als Ort gesundheitspolitischer Interventionen konzeptualisiert.

Mit dem Beginn der Industrialisierung wurde die Gesundheit der Bevölkerung zum Ziel politischer Eingriffe und damit von einer privaten zu einer öffentlichen Angelegenheit. *Public Health* ist so verstanden aus der Notwendigkeit entstanden, Lebenserwartung, körperliches Wohlbefinden und nicht zuletzt die Arbeitsfähigkeit der Menschen nicht dem Zufall bzw. dem Spiel blinder Kräfte zu überlassen, sondern regulierend einzugreifen.

Eine konsequente Fortsetzung erfuhren diese zunächst nur auf kommunaler bzw. nationaler Ebene operierenden Politikansätze im Versuch, allgemein geltende Gesundheitsstandards auf globaler Ebene zu verankern. Bereits in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO aus dem Jahr 1948 wird „gesundheitsliche Chancengleichheit“ (Altgeld 2003: 57) als zentrales gesundheitspolitisches Ziel deklariert. Doch erst mit der Ottawa-Charta von 1986 konzeptualisierten die WHO-Gremien die bisherigen Ansätze zum Leitprinzip der *gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (healthy public policy)*. Auf dieser Grundlage konstituierte sich von Europa ausgehend die Healthy-Cities-Bewegung, in der sich die teilnehmenden Städte verpflichten, das Thema Gesundheit in alle politischen Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen.

Während der Terminus *Gesunde Stadt* bzw. *Gesunde Städte* im deutschsprachigen Raum zwar verwendet, aber zumeist auf die deutsche Abteilung des WHO-Städtenetzwerks bezogen wird, geht der Begriff der *Healthy City* darüber hinaus. Abseits der WHO-Institutionen verweist er auf allgemeine Diskurse und Debatten rund um die gesundheitliche Daseinsvorsorge im urbanen Kontext, weshalb er in diesem Text dem deutschen Begriff vorgezogen wird.¹

Der Text, der seinen Hauptfokus auf die Entwicklungen in Europa und Nordamerika legt,² gliedert sich wie folgt: Im ersten Abschnitt wird zunächst ein historischer Abriss des Themenfeldes „Stadt und Gesundheit“ gegeben, der sowohl die handlungsleitenden Ereignisse als auch die dadurch angeregten Diskurse und politischen Entscheidungen erläutern wird. Im zweiten Abschnitt wird das Konzept der *Healthy City* vorgestellt, wie es in der Ottawa-Charta entworfen wurde und sich in einem Leitbild niederschlägt. Daraufhin wird im dritten Abschnitt erläutert, wie die Anwendung des Konzepts in planerischen Prozessen erfolgt und wie die Steuerung (*governance*) einer urbanen Gesundheitspolitik umgesetzt wird. Im vierten Abschnitt werden aktuelle Interventionsfelder einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklungspolitik, wie Stress, Lärm oder Emissionen, aufgezeigt und in ihrer Verschränkung mit Phänomenen wie z.B. Adipositas dargestellt. Abschließend wird das Konzept bilanziert und hinsichtlich seiner konkreten Umsetzung im Kontext des Städteternetzwerks eingeschätzt.

1. Stadt und Gesundheit – Geschichte und Entwicklung des Diskurses

Bereits in der Antike wurde Gesundheit mit der räumlichen Organisation menschlichen Zusammenlebens in Verbindung gebracht. In Platons Theorie der Vervollkommnung der Polis in vier Schritten bezeichnet er die erste Entwicklungsstufe als die „gesunde Stadt“ (Platon 2000: 149). In dieser Ursprungsform werden die notwendigen Grundbedürfnisse der Bewohner_innen befriedigt, während noch nicht – wie in der „aufgeschwemmten Stadt“ (ebd.) – die Begierde und ein allgemeines „Mehrhabenwollen“ dominieren. In der Antike wurden Idealstadtkonzepte entworfen, die zum Ziel hatten, den Menschen gesunde Lebensverhältnisse zu ermöglichen. Der Arzt und Naturforscher Hippokrates schlug in dieser Hinsicht als Maßnahme zur öffentlichen Hygiene vor, das Stadtwachstum zu begrenzen und zu steuern (vgl. Hofrichter 1995: 33). Vitruv griff die Idealstadtkonzepte um 60 v. Christus wieder auf und entwarf Baupläne, in denen von einem zentralen Marktplatz an den Hauptwindrichtungen orientierte Straßen abgingen, mit denen die Stadt gut be- und entlüftet werden sollte (vgl. Baumgart 2018: 23).

Während der römische Städtebau bemerkenswerte technische Lösungen bei der Anlage einer großflächigen Kanalisation, der Installation von Latrinen und dem Verlegen von Wasserleitungen hervorbrachte (vgl. Schröteler-von Brandt 2014: 25) und damit einhergehende hygienische Fortschritte ermöglichte, kam es im Verlauf des Mittelalters zu immer verheerenderen Seuchen. Um 1350 breitete sich entlang der Reiserouten zwischen den Städten die Pest (*Schwarzer Tod*) aus, welche ungefähr ein Drittel der europäischen Bevölkerung das Leben kostete (vgl. Adli 2017: 194). In diese Zeit fallen auch die ersten räumlich operierenden Lösungsstrategien gegen die Seuchengefahr.

1 Beispielhaft für die weit über den WHO-Kontext hinausgehende Verwendung des Terminus *Healthy City* seien die Texte von Jason Corburn (2009, 2013), Nik Heynen et al. (2006) oder Evelyn de Leeuw und Jean Simos (2017) genannt.

2 Verwiesen sei auf Jason Corburn und Lee Riley, die mit ihrem Sammelband zu „Slum Health“ (2016) die Urban-Health-Debatte außerhalb der westlichen Industriestaaten umfassend abbilden.

Bevölkerungsgruppen, die in Verdacht standen, die Krankheiten zu verbreiten, wurden in bestimmte, abgegrenzte Stadtgebiete verbracht und unter Quarantäne gestellt. Diese Formen der Segregation und Ghettoisierung „gefährlicher Körper“ (Schroer 2005: 39) sollten noch bis in die Neuzeit verbreitet bleiben.

Im 18. Jahrhundert waren es neue Erkenntnisse über Blutkreislauf und Atmung, die die Vorstellung einer idealen Stadt beeinflussten. Der gesunde menschliche Körper diene dabei als Vorbild bei stadtplanerischen Überlegungen: So betrachtete der britische Beamte Edwin Chadwick (1800–1890) die Stadt als „a social body through which water must incessantly circulate, leaving it again as dirty sewage“ (zitiert nach: Illich 1986: 45). Wasser sollte unaufhörlich die Stadt durchspülen, um sie vom Schweiß und den Exkrementen ihrer Bewohner_innen zu reinigen. Als sich nach der Französischen Revolution Kreislauf-Metaphern auf allen gesellschaftlichen Feldern verbreiteten, waren es die Vorgänge im menschlichen Körper, die Pate standen für die Vorstellungen von der Zirkulation der Informationen, von Verkehr, Luft, Arbeit und Kapital (vgl. Swyngedouw 2006: 29).

1.1 Die Ära der *Sanitary City*

Als im England des 18. Jahrhunderts die Industrialisierung einsetzte, wurden die Lebensverhältnisse in den zunehmend überfüllten Städten unhaltbar. Edwin Chadwick reagierte darauf als einer der Ersten mit der Forderung nach einer öffentlichen Gesundheitsversorgung und betonte den Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen armer Schichten und der Verbreitung bestimmter Krankheiten und Verfallsphänomene. In seinem „Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain“ von 1842 erhob er grundlegende stadthygienische Forderungen bezüglich einer sanitären Infrastruktur („the sanitary idea“, vgl.: Exner 2008: 26): Neben der Einführung der Abfallentsorgung sollte die Wasserversorgung verbessert und mit der Kanalisation verbunden sowie die Abwasserreinigung mit Hilfe von Rieselfeldern umgesetzt werden. Weitergehend wurden unter dem von Chadwick 1848 erlassenen „Public Health Act“ sogenannte „Local Boards of Health“ als kommunale Gesundheitsräte etabliert, die sich sowohl über die sanitäre Infrastruktur als auch über die Erneuerung von gesundheitsgefährdenden Wohngebäuden berieten (vgl. Baumgart 2018: 23). Der Idee von Public Health – als „shift from the ‚private city‘ to the ‚public city‘“ (Gandy 2006: 19) – war damit zum Durchbruch verholfen, die Epoche der „sanitary“ bzw. „hydraulic city“ (ebd.: 15) begann.

Interessant ist die Betrachtung der Widersprüche innerhalb der Bewegung jener „sanitarians“ (Corburn 2009: 30) bzw. Hygieniker_innen. Auf der einen Seite befanden sich die Anhänger_innen der *Miasmen*-Theorie, die davon ausgingen, dass üble Gerüche und Dünste für die Ausbreitung von Krankheiten wie Typhus, Cholera und Gelbfieber in den Städten verantwortlich waren (vgl. Rodenstein 2012: 17). Dieser Zusammenhang sollte sich später als falsch erweisen. Vielmehr war nicht die Luft, sondern das Trinkwasser der Überträger von Infektionskrankheiten. Auf der anderen Seite befanden sich demnach u.a. die Anhänger_innen des Mediziners Robert Koch, der 1883 nachweisen konnte, dass Mikroorganismen im Trinkwasser die Krankheiten übertragen.

Dass sich die jeweiligen wissenschaftlichen Auffassungen mit politischen Positionen verknüpfen, versuchen Stark und Flitcraft zu zeigen, indem sie behaupten, dass „[t]he germ theory advanced by Koch and Pasteur won out over the radical and environmental theories of Chadwick, Engels [and] Virchow [...] as part of a general conservative reaction to working-class and socialist movements“ (Stark, Flitcraft 1996: 14). Doch die Unterscheidung dürfte noch zu grob sein: Das Interes-

se, die „gefährlichen Körper“ zu bändigen, und die Angst vor den Seuchen, die aus den nicht weit entfernten „schlechten Vierteln“ zu den „Wohnsitze[n] der besitzenden Klasse“ (Engels 1972 [1845]: 295) herannahten, ließen sozialpolitische Interventionen auch für Teile der „besitzenden Klasse“ rational erscheinen. Nicht zuletzt ging es auch um den nachhaltigen Gebrauch von Arbeitskraft, „weil krankheitsbedingter Ausfall an Arbeitsproduktivität die Volkswirtschaft beeinträchtigt [...] und nationale Sicherheitsinteressen durch eine zu geringe Verfügbarkeit gesunder Soldaten tangiert werden“ (Dahme, Wohlfahrt 1997: 779).

Auch Friedrich Engels wollte auf die gesundheitsgefährdenden Lebensbedingungen einwirken, als er 1845 mit seinem Text „Die Lage der arbeitenden Klasse in England“ ebendiese skandalisierte. Eingehend beschreibt er die Wohnungen der Arbeiter_innen, welche „durchgehends schlecht gruppiert, schlecht gebaut, in schlechtem Zustande gehalten, schlecht ventiliert, feucht und ungesund“ (Engels 1972 [1845]: 304) waren und sich in den „schlechte[n] Viertel[n]“ (ebd.: 259) der Städte befanden, „aus den Augen der glücklicheren Klassen verbannt“ (ebd.). Wenn Engels über die Arbeiter_innen schreibt: „Man zieht sie in die großen Städte [...], sperrt [...] sie dutzendweise in ein einziges Zimmer [,] gibt ihnen schlechte, zerlumpete oder zerlumpende Kleider und schlechte, verfälschte und schwerverdauliche Nahrungsmittel“ (ebd.: 326f.), so scheint er sie damit auf eine Position des Unbeteiligtseins und der Passivität festzuschreiben. Er macht damit jedoch seine Auffassung plastisch, dass es ihm nicht nur um stadthygienische Reformen oder – bezogen auf die Arbeitsbedingungen in den Fabriken – die Einführung eines 10-Stunden-Arbeitstages geht, die nur dafür sorgen würden, „daß die brutale Gewinnsucht der Bourgeoisie eine heuchlerische, zivilisierte Form“ annähme (ebd.: 394). Vielmehr sei es die kapitalistische Gesellschaftsform als Ganze, die die „arbeitende Klasse“ zum Objekt herabwürdige. Die schlechten Gesundheitsbedingungen in den großen Städten seien davon nur der offenkundigste Ausdruck.

Friedrich Engels und viele andere Reformer_innen jener Zeit stützten sich auf die staatlichen bzw. von Stiftungen erhobenen Sozialberichte. Deren Wirkmächtigkeit beruhte auf der neuartigen, quantifizierten Darstellung von Krankheitsbildern und sozialen Verhältnissen sowie ihrer konkreten Verbindung zu den hygienischen Lebensbedingungen der Menschen auf Grundlage empirischer Wissenschaftlichkeit. Meilensteine dafür waren die Untersuchungen John Snows über das Auftreten der Cholera in Soho (London) aus dem Jahr 1854 oder Alexandre Parent-Duchâtelets Analyse von Gerüchen und Dämpfen in der Pariser Kanalisation von 1824 (vgl. Gandy 2006: 16). *Reports* und *surveys* aus dieser Zeit können als Vorgänger der neuzeitlichen Gesundheitsberichterstattung betrachtet werden, welche heute als Grundlage von Entscheidungen im politischen Feld herangezogen werden.

In Paris erzwangen Cholera-Epidemien in den Jahren 1832 und 1849 sowie eine Reihe von politischen Revolten (1830, 1833, 1834, 1840, 1848), die sich auch gegen die miserablen sozialen und hygienischen Zustände richteten, ein Eingreifen des Staates (vgl. Schröteler-von Brandt 2014: 118). Der Präfekt der Stadt, Georges-Eugene Haussmann, propagierte eine räumliche Lösung für die multiplen Problemstellungen. Mittels einer städtebaulichen Umgestaltung der Stadt sollten:

- die öffentliche Gesundheit verbessert,
- Slumviertel beseitigt,
- die Belüftung verbessert,
- der Verkehrsfluss zum Zwecke des Arbeitskräftetransport effektiviert
- und die soziale Ordnung stabilisiert werden (vgl. ebd.: 120).

Es waren gerade die Elendsviertel der Arbeiter_innen, die als „Brutstätten von Krankheit und Laster“ (Lindner 2004: 19) eine erhöhte staatliche Aufmerksamkeit erhielten. Ihre Bewohner_innen wurden zum „Gegenstand gouvernementaler Steuerung“ (Schroer, Wilde 2017: 325), welche ihre moralische Besserung, die Vorbeugung von Seuchen und die Verhinderung von Aufständen zum Ziel hatte.

Der Begriff der *Biopolitik* ist in dieser Hinsicht aufschlussreich: Wie Michel Foucault ausführt, wurden die geschaffenen Blickachsen in vormals dicht bebauten Stadtteilen so gestaltet, dass sie dem „Durchlüften“ (Foucault 2006: 36), im Sinne der Gesundheit des „gesamten Gesellschaftskörpers“ (Schroer, Wilde 2017: 325), dienten. Zugleich wurde die Überwachbarkeit des öffentlichen Raums zu einem Leitmotiv, da der „Wegfall der Festungsmauern bewirkte, daß [...] das Kommen und Gehen nicht mehr genau überwach[t]“ (Foucault 2006: 37) werden konnte. Im Rückgriff auf die Körpermetaphern des 18. Jahrhundert verweist Foucault auf das Regierungsinteresse, „die Zirkulation zu organisieren, das, was daran gefährlich war, zu eliminieren, [und] eine Aufteilung zwischen guter und schlechter Zirkulation vorzunehmen“ (ebd.). Stadtplanung erweist sich damit als ein Instrument einer Biopolitik, die sich nicht nur auf das Individuum, sondern auf die gesamte (Stadt)Bevölkerung bezieht und welche mittels Eingriffen in den öffentlichen Raum bestimmte Verhaltensweisen regulieren und steuern will.

1.2 Stadt und Hygiene in Deutschland

In Deutschland wurde im 18. Jahrhundert auch unter Einfluss der deutschen Romantik das Landleben im Gegensatz zum Leben in der Stadt als natürlichere und menschlichere Lebensform betrachtet (vgl. Bleker 1983: 121). Die aufkommende „Welle der Großstadtfeindschaft“ (ebd.: 132) wurde durch die ersten Choleraepidemien 1831/32 in Deutschland weiter verstärkt. Mit der im Vergleich zu Großbritannien später einsetzenden Industrialisierung traten in den Großstädten ähnliche Verfallsphänomene und Epidemien auf, von denen wiederum die Arbeiter_innen besonders betroffen waren. Im Anschluss an die revolutionären Ideen von 1848 gab es auch im Deutschen Reich starke Fürsprecher_innen, die die Hauptursache des Elends in den sozialen Lebensbedingungen sahen. Der Charité-Arzt und Sozialpolitiker Rudolf Virchow, der das dahingehend pointierte Zitat „Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen“ (zitiert nach: Richter 2016: 7) prägte, betrachtete dabei die von ihm selbst in Berlin ab 1873 erstrittene Kanalisation als nur einen Schritt zur Gesundung der armen Bevölkerung. Seiner Ansicht nach war die Lösung der Nahrungsfrage von weit größerer Bedeutung als die positiven Folgen der Stadtsanierung und selbst noch des medizinischen Fortschritts (vgl. Bleker 1983: 125; Hancock, Duhl 1988: 12). Virchows naturwissenschaftlicher Krankheitsbegriff lag auch der Bismarckschen Sozialgesetzgebung zugrunde, die 1883 erstmals in eine Krankenversicherungspflicht für Arbeiter_innen mündete, deren Beiträge zu zwei Dritteln durch die Arbeitnehmer_innen und zu einem Drittel durch die Arbeitgeber_innen zu tragen waren (vgl. Becker 2016: 63). Gleichzeitig entwickelten sich allmählich aus der überkommenen „staatlichen Gesundheitspolizei, die insbesondere die gesundheitlichen Verhältnisse überwachen, mithin Seuchen rechtzeitig erkennen [...] sollte“ (Labisch 1982: 746), die Vorgängerinstitutionen der kommunal organisierten Gesundheitsämter. Jene reagierten auf die katastrophalen Lebensverhältnisse in den Industriestädten mit einem lokal verankerten, „sozialen Verantwortungsbewußtsein [...], in dem sich die vielfältigsten Interessen und Beweggründe mischten“ (ebd.: 749) – die des liberalen Bürgertums, „der sozial engagierten und politisch denkenden Ärzte“ (ebd.), der Philanthrop_innen und der Ar-

beiter selbsthilfestrukturen. Die Sensibilität gegenüber den lokalen Phänomenen ging mit einer Professionalisierung und Bürokratisierung einher, die den Beginn der bereits genannten Gesundheitsberichterstattung einläutete.

Die „Assanierung“ Hamburgs, in deren Rahmen 1842 das erste Kanalisationssystem in einer deutschen Stadt angelegt wurde, sollte eine Antwort auf die elenden Wohnverhältnisse in den Altbauquartieren der Stadt liefern. 1892 kam es trotz dessen zum Ausbruch einer der verheerendsten städtischen Choleraepidemien, bei der in Hamburg 8.600 Menschen starben.³ Als sich im Nachgang eine Kommission mit Gegenmaßnahmen beschäftigte, wurden eine „Hygienesanierung“ und die Einrichtung dreier Sanierungsgebiete gefordert (vgl. Schröteler-von Brandt 2014: 170), wobei auch vor Eingriffen wie Enteignungen nicht zurückgeschreckt wurde. Der britische „Public Health Act“ von 1875, welcher die Sanierung und den Abriss „ungesunder“ Häuser ermöglichte, kann dabei als Vorbild für deutsche Sanierungsgesetze, wie sie beispielsweise in Hamburg zur Anwendung kamen, betrachtet werden (vgl. ebd.: 115).

Der Bau sogenannter Mietskasernen ab den 1860er Jahren als „Paradebeispiel für die ungehinderte Durchsetzung reiner Privatinteressen“ (ebd.: 109) spitzte die Situation weiter zu. Die von Bau- und Grundbesitzer_innen in enger Struktur errichteten Wohnhäuser hatten in erster Linie die Funktion, möglichst viele Mieter_innen auf kleinstem Grund unterzubringen. Aufgrund nur minimaler baupolizeilicher Bestimmungen fehlte es insbesondere bei den Gebäuden in Hoflage an Licht, Belüftung und an Grün- und Erholungsflächen (vgl. Hofrichter 1995: 157). Mit dem Bau von Werkswohnungen wurde nur wenige Jahre später auf die Kritik an den Lebensbedingungen in den Mietskasernen reagiert. Die Befürchtungen der Unternehmer_innen bezogen sich dabei auf die potentielle Gefährdung der Arbeitskraft und eine politische Radikalisierung aufgrund miserabler Wohnverhältnisse, aber auch auf das Übergreifen von Seuchen auf bürgerliche Wohngebiete (vgl. Schröteler-von Brandt 2014: 134). Aus diesem Grund traten sie selbst als Investor_innen von Arbeiterwohnungen auf, deren primäres Ziel keine Gewinnerwartung, sondern eine störungslose Unterbringung der Belegschaft und damit die Absicherung des Arbeitsprozesses war.

Die sich ausbreitende Lebensreformbewegung des 19. Jahrhunderts bezog sich ebenfalls auf ungesunde Lebensverhältnisse in den Städten. Als sich das Spaziergehen als bürgerliches Freizeitverhalten etablierte und sich in gewissem Umfang eine Stadtflucht in die Sommer- und Landhäuser zutrug (vgl. ebd.: 158), deutete sich darin zunächst ein Lebenswandel innerhalb der wohlhabenden Bevölkerung an. Bald schon aber flohen auch die Arbeiterfamilien Woche für Woche vor der stickigen Enge der Berliner Mietskasernen und brachen zu Landpartien in das Umland auf.

Als späterer, stadtplanerischer Ausdruck der Reformbewegung kann der Siedlungswohnungsbau des *Neuen Bauens* betrachtet werden, der unter der Devise „Licht, Luft und Sonne“ einen Gegenentwurf zu den beengten Wohnverhältnissen der Arbeitersiedlungen darstellte. Komplexe Planungen wie die Frankfurter Römerstadt von Ernst May, die auch soziale Infrastrukturen integrierten, brachten demokratische Ansprüche auf menschenwürdige Lebensbedingungen zur Geltung (vgl. Baumgart 2018: 28).

In der Zeit des Nationalsozialismus verband sich die geläufige Großstadtfeindschaft mit Ideologien der „Rassenhygiene“ zur Forderung nach einer „Stadtgesundung“ (vgl. ebd.). Anonymität und

3 Angesichts jener Choleraepidemie wurden einmal mehr die gegenläufigen Argumente der *Miasmen*-Theorie durch Max von Pettenkofer („cholera miasma“) auf der einen und der Theorie der bakteriellen Übertragung durch Robert Koch auf der anderen Seite in Stellung gebracht (vgl. Gandy 2006: 20).

mangelnde Hygiene zum Anlass nehmend dienten die strategischen Sanierungs- und Neubauvorhaben auch der Auflösung politisch verfolgter Milieus und der sozialen Kontrolle (vgl. Schröteler-von Brandt 2014: 207f.).

1.3 Internationale Entwicklungen im 20. Jahrhundert

Mit dem Konzept der Gartenstadt des britischen Stadtplaners Ebenezer Howard wurde erstmals eine spezifische Zonierung des städtischen Raums vorgenommen. Dabei werden räumliche Nutzungsformen wie Wohnen, Arbeiten und Erholung konzentrisch im Raum angeordnet und durch Grünstreifen getrennt, weshalb sowohl kurze Wege zu den Arbeitsstätten, als auch zu den öffentlichen Gebäuden möglich sind (vgl. Schlicht 2017: 6).

Nur wenige Jahre später verbreitete sich die Idee des Funktionalismus in der Stadtentwicklung und -planung international. Die räumliche Trennung der vier städtischen Hauptfunktionen Wohnen, Arbeiten, Erholen und Verkehr sollte nicht nur die verschiedenen Lebensbereiche zweckmäßig und effektiv organisieren, sondern den Menschen in seinen Erholungsphasen von Schmutz, Industrieabgasen und Lärm fernhalten (vgl. Corburn 2013: 61f.). Diese Zonierung des Stadtraums, die durchaus ihr Vorbild in der Arbeitsteilung der fordistisch geprägten Produktion hatte, wurde in der Charta von Athen festgehalten (vgl. Baumgart 2018: 28). Die Idee der *autogerechten Stadt*, die damit korrespondiert, zeigte jedoch die Grenzen dieses gesundheitsfördernden Entwurfs auf: Die immer länger werdenden Wege zwischen den Stadtfunktionen verursachten ein Anwachsen des individuellen Autoverkehrs, der sowohl Luftverschmutzung als auch ungesunde Lebensumwelten (z.B. das Sitzen im Auto) beförderte.

Für den Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich war es gerade jene geplante, „großstädtische Umwelt“, die „zu krankhaften Verhaltensformen führen“ (Mitscherlich 1965: 188) musste. In seiner Streitschrift „Die Unwirtlichkeit unserer Städte“ von 1965 kritisierte er die Stadtplanung in Folge der Charta von Athen und fragte: „[I]st die Entmischung von Wohn- und Arbeitsgegend so notwendig, wie uns dies suggeriert wird?“ (ebd.: 18). Den geplanten „Wohnsilos von Ludwigshafen oder von Dortmund“ (ebd.: 17), in denen „Teppiche[], Stofftiere[] [und] asphaltierte[] Straßen“ dominieren, stellte Mitscherlich das Bedürfnis nach „Elementare[m], Wasser, Dreck, Gebüsch[e]n, Spielraum“ (ebd.: 29) entgegen, in dem sich der Mensch als „triebbestimmtes Spielwesen“ (ebd.) verwirklichen könne.

Gegenüber Mitscherlichs Kulturkritik, dass die Resultate jener Stadtplanung bei den Menschen zu städtischen „Neurosen“ führen würden, öffnete sich die institutionalisierte Stadtplanung zunächst nur partiell. Das Problem pathogener urbaner Umwelten galt in den Industriestaaten in Bezug auf hygienische Bedingungen bis in die 1980er-Jahre hinein als gelöst; „ein anderes Konzept von Gesundheit [war] noch nicht durchsetzungsfähig“ (Akbar 2005: 830).

Um diesen Zeitabschnitt zu charakterisieren, spricht Jason Corburn⁴ von der „Pathogenic City“ (2009: 49) bzw. der „Fractured City“ (2017: 34), in der das biomedizinische Erklärungsmodell erneut die maßgeblichen politischen Prozesse bestimmte. Im Sinne einer keynesianisch operierenden „bureaucratic city“ wurde staatlicherseits ordnend in die gebaute Umwelt eingegriffen – beispiels-

4 Jason Corburn, der zu den wichtigsten Wissenschaftler_innen der Disziplin gehört, ist Professor für Stadt- und Regionalplanung in Berkeley und Direktor des gleicherorts angesiedelten *Center for Global Healthy Cities*.

weise mit Stadterneuerungsprogrammen zur Sanierung „schlechter“ Wohngebiete mit dem Resultat der Verdrängung bzw. Segregation ärmerer Bevölkerungsschichten (vgl. Corburn 2017: 35).

2. Die Ottawa-Charta der WHO als Anstoß des Healthy-Cities-Netzwerks

Um zu verstehen, wie die Ottawa-Charta der WHO zu einem „Meilenstein“ (Trojan 1999: 783) der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion und zur handlungsleitenden Grundlage des Healthy-Cities-Netzwerks avancieren konnte, ist es notwendig, zunächst den dazu hinleitenden Diskurs nachzuvollziehen.

In den westlichen Industrieländern zeigte sich nach dem Zweiten Weltkrieg ein kontinuierlicher Rückgang klassischer Infektionskrankheiten bei gleichzeitiger Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen, wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder Diabetes (vgl. Dahme, Wohlfahrt 1997: 799). In Bezug darauf setzte sich die Erklärung durch Risikofaktoren durch, die individuelles, wohlstandsbedingtes, gesundheitsschädigendes Verhalten ins Blickfeld rückte (vgl. ebd., Trojan 1999: 782). Auf das damit konstatierte „individuelle Fehlverhalten“ (Dahme, Wohlfahrt 1997: 799) wurde mit Präventionsmodellen reagiert, die mittels Information und Aufklärung im Sinne einer *Gesundheitserziehung* (*health education*) auf Lebensweisen einwirken sollten (vgl. ebd.). Die nur bedingt erfolgreichen Gesundheitserziehungsprogramme riefen bald Kritiker_innen auf den Plan.

Die in Folge des Jahres 1968 entstandenen *Neuen Sozialen Bewegungen* verstanden sich zu Teilen auch als „Ökologie- und Gesundheitsbewegung“, die öffentlichkeitswirksam Anstoß „am biomedizinischen Paradigma der Medizin und ihrer Form von Prävention und Krankheitsbewältigung“ (Dahme, Wohlfahrt 1997: 780, vgl. auch: Gerlinger 2016: 92) nahm. In den Fokus gerieten neben paternalistischen Strukturen in der stationären Versorgung und unzureichender Gesundheitsberatung ebenso die Gesundheitsgefährdung durch „Industrieabfälle, Umweltzerstörung, Zusatzstoffe[] in Lebensmitteln [und] toxische[] Stoffe[] in Wohn- und Büromöbeln“ (Dahme, Wohlfahrt 1997: 780). In den USA war es die seit den 1970er Jahren aufkommende Diskussion zu *Environmental Justice* (dt.: *Umweltgerechtigkeit*), die auf das Bekanntwerden sozialräumlich differenzierter Umweltbelastungen reagierte und an die Forderungen der Armuts- und Bürgerrechtsbewegung anknüpfte (vgl. Wewer 2007: 42), weshalb Jason Corburn in Bezug auf diese Zeit von der „Activist City“ (2009: 55) spricht. Damit eröffnete sich das Themenfeld *gesundheitlicher Ungleichheit* (*health disparities*), woraus sich die Forderung nach *gesundheitlicher Chancengleichheit* erhob (vgl. Böhme, Bunge 2016: 259, Corburn 2013: 152).

Im Grunde nahm der Ansatz der gesellschaftlichen Kontextualisierung von Gesundheit bzw. Krankheit die sozialhygienischen Forderungen des 19. Jahrhunderts von Virchow, Chadwick und Engels wieder auf (vgl. Galea, Vlahov 2005: 2, Corburn 2009: 59). Krankheit wurde demnach nicht als Resultat wohlstandsbedingten Fehlverhaltens oder vermeintlich frei gewählter Lebensstile – im Sinne einer *Blame-the-victims*-Strategie – betrachtet, sondern als Ergebnis gesellschaftlich geformter Umwelten, die die Individuen selbst nur bedingt (mit)bestimmen können⁵ und deren Wirkungen auch nicht allein durch Gesundheitserziehung zu bewältigen sind. Armut, soziale Ungleichheit, Diskriminierung und sozialer Stress wurden allmählich als Verursacher gesundheitlicher Ungleichheit anerkannt (vgl. Corburn 2009: 59).

5 Hierfür wird in der Public-Health-Debatte der Strukturbegriff verwendet (vgl. Bittlingmayer 2016: 34).

Dieser eingeläutete Paradigmenwechsel in der Gesundheitsforschung wurde unter dem Begriff *New Public Health*⁶ subsumiert, während in Abgrenzung dazu *Old Public Health* für einen biomedizinischen Reduktionismus stand (vgl. Rosenbrock 2001). Als grobe Veranschaulichung der Bruchlinien zwischen den zwei Perspektiven auf Gesundheit bzw. Krankheit kann Tabelle 1 dienen, in der die gebräuchlichen Fachbegriffe dem jeweiligen Ansatz zugeordnet sind.

Tabelle 1: Abgrenzung von Old und New Public Health anhand gebräuchlicher Fachbegriffe (vgl. Corburn 2013: 77, 2017: 34, Dahme, Wohlfahrt 1997: 781ff., Fabian et al. 2017: 9)

Old Public Health	New Public Health
biomedizinischer Ansatz	sozialepidemiologischer bzw. biopsychosozialer Ansatz
Gesundheitserziehung	Gesundheitsförderung
Krankheit als Bezugspunkt der Prävention	Fokus auf Gesundheit
Pathogenese	Salutogenese
verhaltenspräventiv	verhältnispräventiv
Individualbezug	Populationsbezug
Verminderung von Risikofaktoren	Förderung von Bewältigungsressourcen
(individuelle) Lebensstile	(gesellschaftliche) Lebensverhältnisse

Mit den Forderungen und der Praxis sozialer Bewegungen kam es gleichermaßen zu einer „Wiederentdeckung der kommunalen Ebene“ (Trojan 1999: 782), die für *Bottom-up*-Strategien wirkungsvoll beeinflussbar erschien. Die „idea of reconnecting cities and public health“ (Corburn 2009: 58) wurde erneut aktuell.

2.1 Die Ottawa-Charta der WHO von 1986

Die Vereinten Nationen (UN) verbriefen in ihrer „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ von 1948 im Artikel 25, dass:

„[j]eder [...] das Recht auf einen Lebensstandard [hat], der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen [...] sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände“ (UN 2018).

Die Weltgesundheitsorganisation als eine Sonderorganisation der UN spezifizierte diesen Anspruch im gleichen Jahr, indem sie Gesundheit definierte als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 2018a) und dies verband mit dem eingangs benannten Ziel der *gesundheitlichen Chancengleichheit*. Diese frühen Grundsätze flossen zusammen mit den sozialreformerischen Ansätzen der *Gesundheitsförderung* (*health promotion*) in die Ottawa-Charta der WHO wirkungsvoll ein. Die Forderungen, die in den

⁶ Wenn heute von *Public Health* die Rede ist, so ist damit immer der ganzheitliche Begriff von *New Public Health* gemeint.

gegebenen Verhältnissen als „Utopie“ (Loss et al. 2016: 438) erscheinen mögen, zielen letztlich auf ein „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ und „Gesundheit für alle“ (WHO 1986). Konkret wird dabei ausgeführt, dass:

1. „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit“ und „Kontrolle über die eigenen Lebensumstände“ zu ermöglichen ist,
2. „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“ die grundlegenden Bedingungen von Gesundheit sind,
3. „gesundheitsförderliche Lebenswelten [...] in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung“ zu schaffen sind,
4. „gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen [...] in Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer [...] Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken“ sind,
5. „persönliche Kompetenzen“ und Bewältigungsressourcen an die Menschen zu vermitteln sind,
6. die Arbeit der Gesundheitsdienste über die bisherigen „medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen“ hinausgehen und neu orientiert werden soll, und
7. für diese Ziele eine „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik [...] auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren“ vonnöten ist, bei der die „Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen“ (WHO 1986) zusammenarbeiten.

So verstanden stellt sich Gesundheit nicht als zu erreichender Idealzustand dar, sondern als Prozess, in dem sowohl gesellschaftliche, räumliche Faktoren eine Rolle spielen als auch individuelle, zu mobilisierende (Bewältigungs-)Ressourcen. Den vorhandenen Strukturen des Wohlfahrtsstaates – die sich im Sinne von Mitbestimmung und Partizipation zu wandeln hätten – werden Selbsthilfestruckturen zur autonomen Organisation gesundheitlicher Belange zur Seite gestellt (vgl. Dahme, Wohlfahrt 1997: 782). *Empowerment*, *Capacity Building*, *Partizipation* und *Lebenslanges Lernen* als Begriffe ursprünglich „bewegter“ Provenienz fanden somit Eingang in den Forderungskatalog der Charta.

2.2 Das Healthy-Cities-Netzwerk als Umsetzungsstrategie der Ottawa-Charta

Dem umfassenden Anspruch der Ottawa-Charta folgend, die für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik eintrat, schien es zunächst am wirksamsten, mit den öffentlichen Institutionen der Nationalstaaten zusammenzuarbeiten, um die Gesundheitspolitik der WHO-Mitgliedsländer zu beeinflussen. Da aber die „nationalen Gesundheitspolitiken [...] nicht bereit waren, das sozio-ökologische Programm zu implementieren“, orientierte man sich schließlich auf die gesundheitsfördernde Umgestaltung „kleinere[r] Umwelten (Lebensbereiche, Institutionen, Netzwerke)“ (Dahme, Wohlfahrt 1997: 786), also der *Settings*. Folgerichtig verschob sich der Fokus der WHO-Politik auf Städte und Kommunen (vgl. Trojan, Hildebrandt 1991: 500).



Abbildung 1: Logo des Healthy-Cities-Netzwerks.⁷

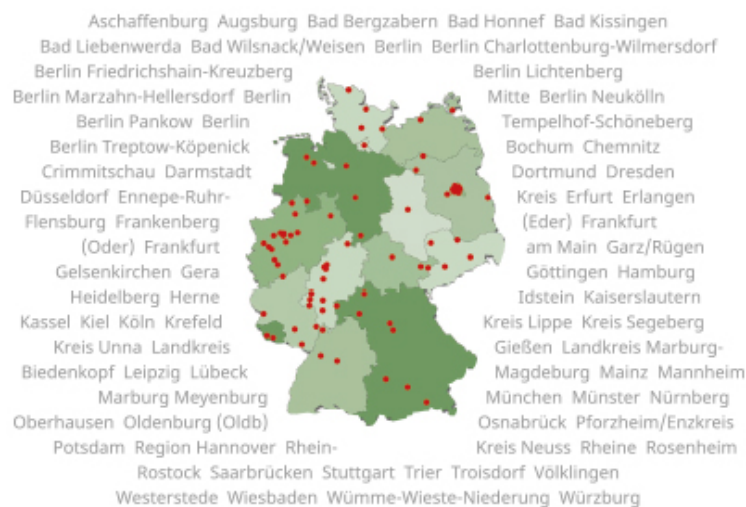


Abbildung 2: Am Gesunde-Städte-Netzwerk in Deutschland teilnehmende Kommunen.⁸

Ihren Ausgang nahm die weltweite Initiative 1988 in Lissabon, wo die WHO ein europäisches Healthy-Cities-Netzwerk initiierte, dem kurz danach ein eigenständiges, deutsches Netzwerk folgte, das sich ebenso der Ottawa-Charta verschrieb (vgl. Dahme, Wohlfahrt 1997: 784). Mittlerweile nehmen über 1.400 Städte in sechs Weltregionen⁹, davon 84 Kommunen in Deutschland, teil.¹⁰ Abbildung 2 gibt einen Überblick über das deutsche Städtenetzwerk.

Die Bedingung zur Teilnahme am Netzwerk ist nicht notwendigerweise ein besonders hohes gesundheitliches Niveau der Bevölkerung, sondern vielmehr die Bereitschaft zur Implementierung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Demnach stellen die Aufnahmekriterien für eine Teilnahme am Netzwerk eine Reihe von Selbstverpflichtungen dar: So soll sich die Kommune den Zie-

7 Quelle: http://www.euro.who.int/__data/assets/image/0005/361229/Logo-HCBase-250w.png (abgerufen am: 26.3.2019).

8 Quelle: <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/index.php?id=12> (abgerufen am: 26.3.2019).

9 African Region, Region of the Americas, Eastern Mediterranean Region, European Region, South-East Asia Region, Western Pacific Region (vgl. WHO 2018b).

10 Zum Vergleich: Den Nachhaltigkeitszielen der *Agenda 21* schlossen sich über 10.000 Kommunen weltweit (vgl. Heinrich-Böll-Stiftung 2018) und 2.600 Kommunen in Deutschland (vgl. Rink 2018: 248) an. Bei einer Anzahl von rund 12.000 Kommunen in Deutschland nimmt sich die Teilnahme am Healthy-Cities-Netzwerk demnach eher bescheiden aus.

len der Ottawa-Charta verpflichten, eine „ressortübergreifende gesundheitsfördernde Politik“ unter Einbezug von Bürgerinitiativen forcieren, eine Gesundheits- und Sozialberichterstattung etablieren, in der themenrelevante Informationen veröffentlicht werden, und an Treffen des Healthy-Cities-Netzwerks teilnehmen (vgl. Gesunde-Städte-Netzwerk 2000). Es soll dabei sichergestellt werden, dass Gesundheitsbelange in allen politischen Prozessen und Entscheidungen der Gemeinde berücksichtigt werden. Im Sinne einer Absichtsbekundung lautet die WHO-Arbeitsdefinition einer Healthy City:

„A healthy city is one that is continually creating and improving those physical and social environments and expanding those community resources which enable people to mutually support each other in performing all the functions of life and developing to their maximum potential.“ (WHO 1998: 13)

Dreh- und Angelpunkt der „Verräumlichung“ der Ottawa-Charta ist der *Setting*-Ansatz. Settings sind Lebensbereiche, „in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing“ (WHO 1998: 19), z.B. Kindergärten, Schulen, Unternehmen, Shoppingcenter, Kirchen oder Altenheime. Wie bereits in der Ottawa-Charta beschrieben, wird Gesundheit maßgeblich davon bestimmt, ob die Menschen das Gefühl haben, selbst Kontrolle über die Bedingungen ihrer Gesundheit ausüben zu können. Das Modell der *Salutogenese* von Aaron Antonovsky kann dafür als Stichwortgeber betrachtet werden: Im Gegensatz zur *Pathogenese* („Krankheitsdynamik“), die die Entstehung von Krankheiten in den Blick nimmt, bezieht sich die Salutogenese auf die Bedingungen des Gesundbleibens („Gesundheitsdynamik“) (vgl. Richter, Hurrelmann 2016: 11). Diesem Konzept zufolge ist der „sense of coherence“, also das Gefühl der Vorhersehbarkeit, Beeinflussbarkeit und Sinnhaftigkeit der lokalen Umwelt (vgl. Rosenbrock 2001: 754), maßgeblich für die Widerstandskraft der Individuen. An die kommunale Gesundheitsförderung ergeht somit der Auftrag, Stadträume zu konzipieren, in denen die Ansätze von *empowerment*, *capacity building* und Partizipation wirksam werden können.

3. Governance und Planung der Healthy City

Der insbesondere im angloamerikanischen Diskurs verwendete Begriff *Urban Health* bezeichnet die Anwendung der Idee von Public Health in Bezug auf die spezifischen Lebensbedingungen urbaner Populationen. Ein Teilbereich von Urban Health ist die Governance gesundheitsbezogener Stadtentwicklungsprozesse. Da die Koordination einer Gesamtverantwortung für gesundheitliche Belange bisher nicht umsetzbar war, ist die praktische Grundlage diesbezüglicher Stadtplanung die erfolgreiche Koordinierung verschiedener Träger, Behörden und (Selbsthilfe-)Gruppen.

Konkret schlägt Jason Corburn vor, von „Healthy City Planning“ zu sprechen. Dies verinnerlicht dem Autor zufolge das Scheitern des bisherigen Ansatzes, allein mit der Gestaltung des Stadtraums die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung regeln zu wollen. „[H]ealthy city planning must be viewed as healthy urban governance“, hebt Corburn (2009: 2) hervor und verweist damit sowohl auf die Rolle der physischen Raumausstattung als auch auf die der sozialen Qualitäten eines Orts. Als Aufgabenfelder im Kontext der Vereinigten Staaten nennt er beispielsweise die Planung sicherer Schulwege und von „neighborhood health centers“, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung auch für Menschen mit geringem Einkommen sicherstellen sollen (vgl. ebd.: 71).

In Deutschland war Stadtplanung in Bezug auf Gesundheitsaspekte lange Zeit als Thema weitestgehend vergessen. Mit dem Bundesbaugesetz von 1960 wurden zwar gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse als vorrangig festgeschrieben, jedoch herrschte hierbei noch ein pathogenetischer Gesundheitsbegriff vor (vgl. Baumgart 2018: 31). Erst mit dem Healthy-Cities-Netzwerk und der ab 1997 durch die Europa-Sektion der WHO vorangetriebenen Initiative *Healthy Urban Planning* kam eine Debatte wieder in Gang. Diese Initiative entwickelte sich parallel zu und in engem Austausch mit der Idee der *nachhaltigen Stadtentwicklung*, wie sie ausgehend von der Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung 1992 in Rio de Janeiro debattiert wurde (vgl. zum Konzept der *Nachhaltigen Stadt*: Rink 2018). Die dort initiierte Agenda-21-Bewegung, der sich später 2.600 Kommunen allein in Deutschland anschließen sollten, zeigte bereits an, dass in der Stadtplanung zunehmend mehr Wert auf die Sicherstellung von Lebensqualität und eine nachhaltige Stadtentwicklung gelegt wurde (vgl. Barton et al. 2003: 8). Dass die Agenda 21 große Überschneidungen zu Themenstellungen der Gesundheitsförderung aufweist, wird anhand des Kapitels zur menschlichen Gesundheit deutlich, in dem die Themen „Primärversorgung, Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Schutz besonders vulnerabler Gruppen, Lösung städtischer Gesundheitsprobleme und Minimierung umweltbezogener Gesundheitsrisiken“ (Wewer 2007: 80) behandelt werden. Aber auch in den Programmbereichen, die die Beseitigung von Abwässern und Abfällen, die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser oder die Planung der Flächennutzung zum Thema haben (vgl. Rink 2018: 246), kommt das Thema zum Tragen. Die von den Vereinten Nationen in Nachfolge der Agenda 21 erarbeitete Agenda 2030 nimmt mit 17 *Sustainable Development Goals* einen neuerlichen Anlauf zur „Transformation unserer Welt“ (Martens, Obenland 2017: 7). Ziele wie „Gesundes Leben für alle“ oder „Nachhaltige Städte und Siedlungen“ sind nicht nur inhaltlich, sondern auch institutionell abgestimmt mit dem Healthy-Cities-Netzwerk der WHO (vgl. WHO 2018c).

Für die Idee von *Healthy Urban Planning* sind „intersectoral cooperation, community involvement, equity and political support“ (Barton et al. 2003: 8) gleichermaßen relevant für Stadtplanungsprozesse. Im WHO-Standardwerk *Healthy urban planning – a WHO guide to planning for people* (vgl. Barton, Tsourou 2000) werden zwölf als Fragen formulierte Ziele gesunder Stadtentwicklung ausgeführt: Unterstützen und befördern jeweilige Planungsrichtlinien

1. gesundheitsförderliche Praxis?
2. sozialen Zusammenhalt?
3. den Wohnstandard?
4. Zugang zu Beschäftigungsmöglichkeiten?
5. Zugang zu sozialen Einrichtungen und Konsummöglichkeiten?
6. lokale und nachhaltige Nahrungsmittelproduktion und -versorgung?
7. Verkehrssicherheit?
8. soziale Gerechtigkeit und Armutsbekämpfung?
9. hohe Luftqualität und Lärmschutz?
10. hohe (Ab-)Wasserqualität?
11. den Bodenschutz?
12. den Klimaschutz? (vgl. Barton et al. 2003: 10)

Analog zu den Forderungen der Ottawa-Charta ist auch hier der Ansatz der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zentral: Für die erfolgreiche Umsetzung bedarf es von der lokalen bis zur globalen

Ebene einer Koordinierung des institutionellen Netzwerks, das sich verpflichtet hat, in allen Entscheidungsprozessen darauf zu achten, „that projects, plans and policies are there to serve the interests of people“ und dass nicht „procedures or profit or even the environment per se“ (ebd.) dabei im Mittelpunkt stehen. Ebenfalls analog zum Ottawa-Prozess werden Lösungen auf der kommunalen oder gar der individuellen Ebene gesucht, da sich die Transformation der Institutionen übergeordneter Raumebenen als äußerst schwierig erwiesen hat (vgl. ebd.: 8f.).

Im deutschsprachigen Raum konnte sich der Diskurs um gesundheitsfördernde Stadtplanung in Institutionen wie dem Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ an der Akademie für Raumforschung und Landesplanung in Hannover (ARL, vgl. Baumgart et al. 2018) oder der „Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung“ (AGGSE) am Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) vertiefen. Inspiriert durch Urban Health, wofür sich in Deutschland der Begriff der *StadtGesundheit* durchzusetzen scheint (vgl. Schlicht 2017: VII), erhalten Gesundheitsbelange bei Überlegungen zur Daseinsvorsorge in der Planungswissenschaft wieder größeres Gewicht (vgl. ebd.). Der vorherrschende Individualbezug der Gesundheitsförderung wird dabei um einen Fokus auf gesellschaftlich produzierte Lebenswelten erweitert. Vier Themenblöcke sind Wolfgang Schlicht zufolge bei StadtGesundheit von Interesse:

- „1. Einfluss von Gestaltmerkmalen der Stadt (z. B. die Art der Bebauung oder Stadtgrün) auf die Gesundheit der Stadtbevölkerung oder auf ausgewählte, meist vulnerable Gruppen der Bevölkerung (z. B. ältere Menschen),
2. ungleiche Verteilung von sozialen und ethnischen Gruppen über belastete Stadträume (Umweltgerechtigkeit),
3. Wirkungen des Klimawandels auf die Stadtbevölkerung und
4. Governance, intersektorale Steuerung von politischen Prozessen mit dem Ziel, Gesundheit in allen Politikfeldern zu bedenken und sie zu fördern („health in all policies“)
(ebd.: 12).

Heute sind gesundheitsfördernde Überlegungen in der Raumplanung auf vielen Ebenen präsent, beispielsweise bei der verkehrstechnischen Einbindung der Umlandgemeinden zum Ziel der Reduzierung des Individualverkehrs und des Flächenverbrauchs (vgl. Köck, Fischer 2018: 160f.), aber auch bei der Planung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung und bei den Themenfeldern Bildung und Kultur (vgl. Baumgart 2018: 30f.).

Im Leitbild der Europäischen Stadt, dass 2007 als Leipzig-Charta verabschiedet wurde, schlagen sich die aktuellen Anforderungen und Konflikte urbaner Vergemeinschaftung nieder, die grundsätzlich die Gesundheitsthematik berühren. Neben der bereits erwähnten Reduzierung des Flächenverbrauchs sind die „Anpassung der räumlichen Strukturen an den Klimawandel und an die Anforderungen einer alternden Gesellschaft“ (ebd.: 33) heute gewichtige Faktoren der Raumordnung. Die Innovation der Leipzig-Charta besteht in der „integrierte[n] (das heißt an den Zielen der Nachhaltigkeit orientierte[n], bürgerorientierte[n] und fachübergreifend konzipierte[n]) Stadtentwicklungsplanung“ (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat 2018), womit wiederum inhaltlich an die Ottawa-Charta angeschlossen wurde.

4. Ausgewählte Themenfelder der gesunden Stadtentwicklung

Eine Reihe von Umweltfaktoren hat einen direkten und indirekten Einfluss auf die Gesundheit der Stadtbevölkerung. Neben der Luftqualität sind dies insbesondere das Mikroklima und der Geräuschpegel, aber auch die physischen Baustrukturen der Stadt, die bestimmte Verhaltensformen befördern oder behindern.

Im Folgenden sollen exemplarisch Interventionsfelder aufgezeigt werden, die die physische und psychische Gesundheit der Stadtbewohnenden betreffen.

4.1 Stress – nervöses Leben in der Großstadt

Als zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Großstadtkritik ihren Höhepunkt erreicht, ist es Georg Simmels Abhandlung über „Die Großstädte und das Geistesleben“, die den „medizinischen Diskurs über [die Zeitkrankheiten] Neurasthenie, ‚Nervenschwäche‘ und ‚Nervosität‘“ (Lindner 2011: 33) sozialwissenschaftlich begleitet. Die aus den Bedingungen des Großstadtlebens erwachsende „Steigerung des Nervenlebens“ (Simmel 2006 [1903]: 9) kann Simmel zufolge nur mit einem intellektualistischen und verstandesmäßigen Umgang – der *Blasiertheit* (vgl. ebd.: 20) – als mentale Schutzvorrichtung abgewehrt werden.

Im Gegensatz zu Simmels Zeiten ist der Einfluss des Wohnortes bzw. des alltäglichen Lebensraums auf die Entstehung psychischer Krankheiten mittlerweile auch mit naturwissenschaftlichen Methoden gut belegt (vgl. Haubl 2013: 176). Im Feld der Neurowissenschaften sorgte vor einiger Zeit eine Untersuchung für Aufmerksamkeit, laut der „sozial evaluativer Stress“ die Amygdala – ein Teil des Gehirns – übererregt, was sich emotional als Angst und Wut niederschlagen kann (vgl. Lederbogen et al. 2011). Dieser durch permanenten sozialen Vergleich hervorgerufene Stress trete wesentlich häufiger in der Stadt als auf dem Land auf.

Mazda Adli (2017: 22f.) thematisiert in seinem Buch *Stress and the City* das neue Forschungsfeld der *Neurourbanistik*, das die Wissenszugänge von Neurowissenschaften, Medizin, Stadtplanung, Sozialwissenschaften und Architektur verbindet, um ein Verständnis davon zu gewinnen, „welche Faktoren Stadtstress bewirken und wo die gesundheitsfördernden Aspekte des Stadtlebens zu finden sind“. Adli gibt einen breiten Überblick über diese Faktoren: Analog zum Stress durch sozialen Vergleich verweist der „Too-Much-Choice-Effekt“ auf die Gefühle der Überforderung gegenüber den Auswahlmöglichkeiten städtischer (Konsum-)Vielfalt. Weiterhin geht Adli auf „sozialen und geografischen Territorialstress“ durch die Verknappung (persönlicher) sozialer wie auch räumlicher Ressourcen oder das Autofahren im Berufsverkehr ein. Demgegenüber weist er jedoch gleichermaßen auf die gesundheitsfördernde Funktion der Stadt hin, da durch die „Konfrontation mit dem Fremden und Unbekannten“ (ebd.: 179) produktive Aushandlungsprozesse in Gang gesetzt werden können.

Rolf Haubl verortet die Ursache der Stressphänomene in der sozialen Ungleichheit. Der schlechte bauliche Zustand segregierter Wohngebiete könne „demoralisieren und depressiv machen“ (Haubl 2013: 182) und soziale Exklusion „neuronal die Schmerzzentren aktivier[en]“ (ebd.: 178). Ihm zufolge hätte Stadtpolitik darauf einzuwirken, dass die ständigen sozialen Vergleichsprozesse durch die „Stärkung [...] egalitäre[r] Beziehungen“ (ebd.) verringert werden. Gesundheitliche Ungleichheiten wären somit wohlfahrtsstaatlich abzufedern.

4.2 Luft, Lärm und Klima als pathogene Faktoren

Während die Gesundheit in den Großstädten des 19. Jahrhunderts durch die Ausbreitung ansteckender Krankheiten aufgrund mangelhafter Hygiene bedroht wurde, sind diese Krankheiten heute weitestgehend verschwunden. Nichtsdestotrotz können schlechte Luft und Lärm in Städten sowohl die psychische als auch die physische Gesundheit beeinträchtigen.

Dabei ist es v.a. der motorisierte Verkehr, welcher Luftschadstoffe wie Schwefeldioxid, Kohlenmonoxid, Stickoxide, Ozon, Benzol und Feinstaub verschiedener Partikelgröße produziert (vgl. Schlicht 2017: 15). Zu Letzterem gehört zudem Ultrafeinstaub, der sowohl durch Straßenverkehr als auch durch häusliche Feuerung entsteht und dessen Auswirkungen auf den menschlichen Organismus noch nicht endgültig erforscht sind (vgl. Zscheppang, Kirch 2012: 4.e1). Allgemein ist jedoch nachgewiesen, dass hohe Feinstaubkonzentrationen in der Luft das Risiko von Atemwegs- und kardiovaskulären Erkrankungen sowie demenziellen Erkrankungen und psychischen Störungen erhöhen (vgl. Salomon et al. 2018: 247, Schlicht 2017: 16). Gleichzeitig hängt das Erkrankungsrisiko von der individuellen Vulnerabilität ab, die wiederum vom Alter, bisherigen Erkrankungen und dem sozialen Status beeinflusst wird (vgl. Hornberg, Pauli 2012: 8.e1).

Lärmemissionen können Schlaf und Konzentration stören, aggressives Verhalten fördern und die mentale Gesundheit sowie die Kindesentwicklung im Mutterleib beeinträchtigen (vgl. Schlicht 2017: 18). In der Stadt geht Lärm hauptsächlich auf motorisierten Straßenverkehr, aber auch auf Flug- und Bahnverkehr zurück. Wie Salomon et al. hervorheben, konterkariert die jüngste Anhebung des Immissionsrichtwertes in der „Technischen Anleitung zum Schutz gegen Lärm“ (TA Lärm) um 3db(A) innerhalb „urbaner Gebiete“ die eigentliche Intention der Bestimmung (vgl. Salomon et al. 2018: 247). Dabei sind es doch gerade die gesetzlichen Regeln der Bauleitplanung, Landschafts-, Verkehrs-, Lärminderungs- und Luftreinhalteplanung, die eine Intervention zum Schutz der Gesundheit und damit die viel beschworene Umweltgerechtigkeit ermöglichen könnten (vgl. Hornberg, Pauli 2012: 8.e1).

Dass die Durchschnittstemperatur in den Städten höher ist als auf dem Land, geht auf urbane Baustrukturen zurück. „[H]ohe Bebauungsdichten mit hohen Versiegelungsgraden, fehlende Kaltluftentstehungsgebiete und mangelnde Durchlüftung [...] sowie die thermischen Eigenschaften der Bausubstanz“ führen maßgeblich zu einer „höheren Wärmebelastung der Stadtbewohnenden“ (Salomon et al. 2018: 247). Besonders hitzesensible Bevölkerungsgruppen (Ältere, Säuglinge und Kleinkinder) sind davon ebenso negativ betroffen wie Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Demgegenüber können Freiräume bzw. Stadtgrün und Stadtblau als gesundheitsfördernde und präventive Ressourcen fungieren (vgl. Kistemann 2018: 317f.). Auf individueller Ebene können sie die psychische Gesundheit fördern und Stressfaktoren ausgleichen, aber auch das subjektive Wohlbefinden steigern (vgl. Schlicht 2017: 22). Zudem beeinflussen sie das Mikroklima positiv, da sie zur Luftdurchmischung beitragen und damit die Überhitzung der Städte verhindern können. Nicht zuletzt laden Grünflächen auch ein, sich mehr und abwechslungsreich zu bewegen.

4.3 Adipositas

Die Erforschung des Zusammenhangs von Wohnumfeld und Übergewicht wird im englischsprachigen Raum seit mehreren Jahrzehnten vorangetrieben. Im Vordergrund stand dabei zunächst die Untersuchung der physischen Merkmale der Wohnumgebung, während soziale Bedingungen erst spä-

ter in den wissenschaftlichen Fokus gelangten (vgl. Igel et al. 2013: 28). Die Untersuchung städtischer Umwelten auf „adipogene“ Eigenschaften hin, wie z.B. die Entfernungen zu Grünflächen und Spielplätzen, mangelhafte Fuß- und Fahrradwege oder fehlende Aufenthalts- und Begegnungsräume im Freien, war demnach der erste Schritt. Darüber hinaus nahm man die lokal verfügbaren Konsum- und Nahrungsmittelangebote in den Blick, die als „unhealthy and untenable urban foodscape“ (Heynen 2006: 129) Gelegenheitsstrukturen für ungesunde Lebensweisen darstellen.

Es sind genau jene Raumeigenschaften, die ein spezifisches Verhalten einer Person behindern, aber auch positiv stimulieren können, die für den Ansatz des Neurourbanismus von Interesse sind (vgl. Niewöhner 2014: 188). Auf Grundlage entsprechenden Wissens können urbane Räume bzw. Lebenswelten so gestaltet werden, dass gewünschte Bewegungsformen angeregt werden.¹¹ Doch eine gesundheitsförderliche Stadtgestalt scheint sich nicht einfach entwerfen zu lassen. So konnte der teils euphorisch gelobte *Walkability*-Index, der die „aktivitäts-beeinflussenden Merkmale eines städtischen Quartiers repräsentieren“ soll, in der Praxis nicht durchgängig überzeugen (vgl. Schlicht 2017: 20f.). Es zeigte sich einmal mehr, dass Interventionen in die Raumausstattung zum Zwecke der Gesundheitsförderung zu kurz griffen.¹²

Eindrücklich lässt sich das am Beispiel des Leipziger Stadtteils Grünau¹³ nachvollziehen. Das Viertel stellt mit seinem überdurchschnittlich hohen Anteil an Übergewichtigen das Forschungs- und Interventionsfeld des Projekts „Grünau bewegt sich“ dar, das sich „seit 2015 gemeinsam mit dem Gesundheitsamt der Stadt Leipzig, der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Leipzig, der HTWK Leipzig und der AOK PLUS als praxisbezogenes Forschungsprojekt“ (Universität Leipzig 2018) etablieren konnte. Grünau weist als hoch verdichtetes städtisches Wohngebiet aus der Zeit des DDR-Wohnungsbaus gegenüber Quartieren mit sozial bessergestellten Bevölkerungsgruppen eine deutlich „erhöhte Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern“ (Igel et al. 2014: 18) auf. Da es im Stadtteil keineswegs an Grünflächen, Spielplätzen, Fahrradwegen und sozialen Angeboten mangelt, sind die gesundheitlichen Besonderheiten eher auf (fehlende) spezifische „soziale Ressourcen“ (Igel et al. 2013: 28) des Quartiers und insbesondere auf die „strukturelle Benachteiligung“ (Müller 2018) der Individuen zurückzuführen. Das Projekt „Grünau bewegt sich“ widmet sich dementsprechend – anders als sein Name es suggeriert – nicht nur dem gesundheitsfördernden (Bewegungs-)Verhalten, sondern auch den sozialen Verhältnissen im Stadtteil (vgl. Igel et al. 2016). Dass diese Intervention nur in Form von Kommunikation und Netzwerkarbeit, nicht aber mit den Mitteln direkter Armutsbekämpfung geschehen kann, liegt auch im Zuschnitt heutiger Sozialstaatlichkeit begründet.

4.4 Pandemien der Gegenwart

Im Gegensatz zu örtlich begrenzten *Epidemien*, sind *Pandemien* länderübergreifende Ausbreitungen von Infektionskrankheiten. Historische Beispiele sind die drei großen Pest-Pandemien im 6., 14. und 19. Jahrhundert (vgl. Burger 2016: 277). Doch auch heute sind die Probleme sich verbreitender

11 Einmal mehr zeigen sich in Stadtplanungsprozessen Elemente von Biopolitik (vgl. Abschnitt 1.1).

12 Ulrike Igel et al. resümieren, dass „[t]rotz der Vielzahl von Studien [...] Fragen zum Zusammenhang von Wohnumgebung [den räumlichen Gegebenheiten, D.I.] und Übergewicht offen [bleiben]“ (Igel et al. 2013: 28), weshalb ihre Studie „den Einfluss von Deprivation der Wohnumgebung auf das Übergewicht von Vorschulkindern unter Berücksichtigung des elterlichen Sozialstatus“ (ebd.) untersucht.

13 Grünau ist eine in der DDR erbaute Großwohnsiedlung am westlichen Stadtrand von Leipzig.

Infektionskrankheiten noch nicht gelöst: SARS, EHEC, Vogelgrippe (H5N1), Schweinegrippe (H1N1), Ebola, BSE („Rinderwahn“) und nicht zuletzt AIDS sind Beispiele für neuzeitliche Pandemien mit großem Bedrohungspotential.

Für das Verständnis der Beziehung zwischen neuen Pandemien und städtischen Agglomerationen ist insbesondere der Ausbruch von SARS (*severe acute respiratory syndrome*) im November 2002 als erste „globalisierte Krankheit des 21. Jahrhunderts“ (Roloff 2007: 9) bemerkenswert. Ein Merkmal war dabei das Auftreten von „Superspreading Events“, d.h. die Verstärkung der Ausbreitung durch bestimmte Faktoren. Als *Zoonose*, also als Infektionskrankheit, die sich von Tier zu Mensch bzw. von Mensch zu Tier ausbreiten kann, hatte SARS seinen Ursprung in China, verbreitete sich über nahezu alle Kontinente und forderte knapp 1.000 Menschenleben. Vermutet wird, dass der Ausbruch auf den Tiermärkten der Provinz Guangdong erfolgte, auf denen lebende Tiere zur baldigen Schlachtung angeboten werden (vgl. Enserink 2013: 1270). Aus dieser Region reiste ein infizierter Mann nach Hongkong und steckte während eines Hotelaufenthalts eine große Anzahl von Reisenden an, die nachfolgend über die Routen ihrer Heimflüge die Krankheit international verbreiteten (vgl. Roloff 2007: 27f.). Aber auch die Ausbreitung innerhalb einer Siedlung in Hongkong zog das Interesse auf sich: Hier waren es die spezifischen baulichen Eigenschaften der hochverdichteten Wohnkomplexe, die eine Ausbreitung der Krankheit über das Abwasserleitungssystem und die Luftschächte ermöglichten (vgl. Wolf 2016: 964).

Den Zusammenhang zwischen Urbanisierungsprozessen und neuen Pandemien betrachtend, führt Meike Wolf aus, dass „urban epidemics are not self-evident and ‚natural‘ consequences of these processes“ (Wolf 2016: 958). Vielmehr seien sowohl die Entstehung neuer Krankheiten als auch deren Verbreitung das Resultat von „biocultural interactions“ (ebd.: 960), in denen Umwelteffekte (wie z.B. Infrastruktur und Bevölkerungsdichte), biologische Faktoren (wie z.B. Immunstatus der Individuen) und soziale Alltagspraxen (wie z.B. Mobilitäts- und Ernährungsgewohnheiten) miteinander interagieren (vgl. ebd.). Pandemien werfen zudem ein Licht auf die sozialen Verhältnisse in den *Global Cities*: „[N]ew disease ecologies emerge in tandem with the growth of slums and shanty towns“ (ebd.: 962) und sind auch in Städten wie Chicago Resultat von „social isolation, poverty, the downsizing and privatization of public health infrastructures [...], [and] the housing market“ (ebd.: 965). Henning Füller weist diesbezüglich darauf hin, dass im biopolitischen Arrangement der „Pandemic City“ die Registrierung und Kartierung gefährlicher bzw. „infizierter“ Gebäude die räumliche Segregation zwischen Reich und Arm unter dem Vorwand medizinischer Rationalität vorantreibt (vgl. Füller 2016: 350). Nicht zuletzt sind es jedoch globale Netzwerke, in denen sich die „multitude of bodies and organisms“ (Wolf 2016: 966) bewegt, welche als „biological, technological, political, [...] economic, and [...] at the same time local and global“ (Braun 2008: 265) zu kategorisieren sind. Zentrale Orte dieser Bewegungen stellen die internationalen Flughäfen dar, deren Infrastrukturen auf einer spezifischen Arbeitsteilung beruhen, die globale Mobilität erst ermöglicht (vgl. Ali, Keil 2010: 108f.). Daher steht das Personal von Flughäfen, Hotels, Shoppingmalls und Krankenhäusern im Angesicht von Pandemien und *Bioterrorismus* (vgl. ebd.: 109, Burger 2016: 275) zunehmend im Fokus einer globalen *Versicherheitspolitik* (vgl. Engert 2011: 104ff.), die auf die vielgestaltigen, eigentlich externalisierten Bedrohungspotentiale (vgl. Lessenich 2016) mit staatlichen wie privaten Überwachungstechniken reagiert.

5. Fazit und Kritik

Der Terminus *Healthy City* steht sowohl für ein Konzept als auch für ein politisches und planerisches Leitbild und nicht zuletzt für das WHO-Städtenetzwerk. Dabei hat sich die Debatte unter der Überschrift *Healthy City* gerade in den letzten Jahren vom unmittelbaren Bezug auf das Städtetzwerk getrennt.

Einerseits wird in den neuesten Publikationen zum Thema eine Historisierung der Gesundheitspolitik seit der Industrialisierung vorgenommen (vgl. Baumgart 2018, Corburn 2009: 25ff, 2017: 33ff). Tabelle 2 gibt eine Periodisierung anhand der dabei verwendeten Stadtkonzepte bzw. -begriffe wieder, die die Abfolge gesundheitspolitischer Entwicklungsetappen noch einmal zusammenfasst.

Tabelle 2: Stadtkonzepte bzw. -begriffe im Kontext des Healthy-City-Diskurses

Begriff	Zeitraum	Bedeutung
Sanitary City Hydraulic City	1850–1900	„[...] city planning and urban public health emerge with technologies of physical removal and displacement – of wastes, infrastructure, and ‚pathogenic‘ people“ (Corburn 2009: 27)
Pathogenic City	1930–1950	„The driving theory in public health shifted [...] to the biomedical model of disease. This model attributes morbidity and mortality to molecular-level pathogens brought about by individual lifestyles, behaviors, hereditary biology, or genetics.“ (Corburn 2009: 49)
Fractured City	1950–1990	„A series of Federal Housing Administration policies in the USA helped to fracture poor urban communities of colour both physically and socially [...] by refusing to insure mortgages on older homes and razing poor communities of colour under the guise of urban renewal.“ (Corburn 2017: 35)
Bureaucratic City	1950–1990	„[...] a new set of impersonal public institutions, staffed by newly credentialled professionals, helped to establish disciplinary boundaries and further separate planning from public health“ (Corburn 2017: 35)
Activist City	1960–1980	„By the 1960s planning was grappling with widespread social unrest and the field was hard-pressed to respond to activists’ claims [...]. Activists [...] challenged public health professionals to address why, in the face of rising economic prosperity and improvements in medical technology, inequalities in health persisted particularly for the urban poor and people of color.“ (Corburn 2009: 55f.)
Pandemic City	seit 1990	„Global cities are singled out both as the incubators and the facilitators of transmission [an epidemic spread of infectious pathogens such as H5NI in 2001, SARS in 2003, H1N1 in 2009 or the recent Ebola crisis in 2014] in current threat discourses.“ (Füller 2016: 342)

Zum anderen werden in der aktuellen Fachliteratur ausdifferenzierte Planungsmethoden für die gesunde Stadt *von morgen* verfochten (vgl. Barton et al. 2003, Baumgart et al. 2018, Corburn 2013, de Leeuw, Simos 2017, Schlicht 2017). Im Allgemeinen ist jedoch der in der Tradition der Humanökologie stehende Terminus *Urban Health* gebräuchlicher als das Konzept der Healthy City. Er ist bereits länger etabliert und deckt ein ähnliches Themenspektrum ab. Zahlreiche Hand- und Lehrbücher zum Thema wurden publiziert (vgl. Gibbons et al. 2010, Khan, Pappas 2011, Whitman et al. 2010, Galea, Vlahov 2005 und Schlicht 2017), zudem erscheint ein *Journal of Urban Health*, das mit anwendungsbezogenen Themen den wissenschaftlichen Anspruch der Disziplin untermauert.

Abseits dieser Begrifflichkeiten handelt es sich bei dem Debattenzusammenhang von Stadt und Gesundheit um ein dezidiert kritisches Projekt. So skandalisierten empirische Erhebungen im Verlauf der Industrialisierung die gesundheitsgefährdenden Lebenswelten der Arbeiter_innen und wirkten darauf hin, dass staatliche Institutionen als Sachverwalter einer öffentlichen Gesundheitspolitik eingesetzt wurden. Inhaltlich scheint sich an dieser Stoßrichtung bis heute wenig geändert zu haben: Wenn nunmehr zu Problemen „gesundheitlicher Ungleichheit“ (Hornberg, Pauli 2012: 8.e1) und fehlender bzw. eingeschränkter „Umweltgerechtigkeit“ (Böhme, Bunge 2016: 258) als Resultat „sozialer Ungleichheit“ (Lampert 2016: 121f.) geforscht wird, so deutet sich an, dass der Anspruch eines „[g]esunde[n] Leben[s] für alle“ (Martens, Obenland 2017: 48) selbst in den westlichen Ländern noch nicht verwirklicht wurde.

Doch die Diagnose ungesunder Lebensverhältnisse in der Stadt ist historisch umkämpft, der Widerspruch zwischen *Old* und *New Public Health* nicht geschlichtet: Das „neue Präventionsparadigma“ (Dahme, Wohlfahrt 1997: 781) im Gefolge der sozialen Bewegungen der 1970er Jahre und der Ottawa-Charta bedeutete eine Wiederbelebung des materialistischen Gedankens, dass die Gesundheit breiter Schichten durch ihre nicht frei gewählten Arbeits- und Lebensbedingungen geprägt wird. Demgegenüber hat sich im Laufe der Geschichte eine Position behauptet, die im 19. Jahrhundert mit der „sittliche[n] Verwahrlosung‘ der Arbeiterschaft“ (Schröteler-von Brandt 2014: 134) argumentierte, um (bau-)polizeilich in die Lebenszusammenhänge der sich politisch formierenden Arbeiter_innen einzugreifen. Ihre Fortführung fand diese moralisierende Argumentation während der „Umprogrammierung des Sozialstaats zum ‚Wettbewerbsstaat‘“ (Dahme, Wohlfahrt 1997: 793) seit den 1980er Jahren, die begleitet war vom Vorwurf einer „passiven Versorgungsmentalität bei gleichzeitiger Bedürfnisexplosion“ (Anhorn 2012: 227) gegenüber denen, die der Leistungen des Wohlfahrtsstaats bedürfen.

Nicht unabhängig davon verläuft die Debatte um die Wirkmächtigkeit von *Lebensstilen*. Demnach sind „individuell entwickelte oder gewählte gesundheitsförderliche [...] sowie auch gesundheitsschädigende“ (Fabian et al. 2017: 12) Verhaltensweisen eine Determinante von Gesundheit, welche „nicht nur [als] Schicksal, sondern [als] Ausdruck eines individuellen Lebensstils“ (Keupp 2006: 219) gelten könne. Dies bedeutet allerdings, dem Subjekt Handlungspotentiale zuzuschreiben, die mit (Entscheidungs-)Freiheit verkoppelt sind: einer Freiheit, die dem Subjekt möglicherweise gar nicht zukommt, während es die damit verbundene Verantwortung jedoch tragen soll. Unabhängig davon, dass die *Blame-the-victims*-Strategie durch den Paradigmenwechsel zur New Public Health und die Ottawa-Charta zurückgewiesen wurde, hat sich das Gewicht der Gesundheitspolitik seitdem merklich in Richtung Selbstverantwortung verschoben (vgl. Duttweiler 2016). Neuere Entwicklungen hin zu einem „Gesundheitsimperativ“ (Mazumdar 2008: 349) bedeuten die Internalisierung jener Verantwortung in Form von „Körperdisziplinierungen und Selbstpraktiken“

(Reichert 2015: 66), die zu den neuesten Phänomenen des *Self-Tracking* oder der *Quantified-Self-Bewegung* (vgl. Duttweiler, Passoth 2016: 9) geführt hat. Sensorbasierte Gesundheitsapps wie „Vitality“ übermitteln der Krankenversicherung beispielsweise die Ernährungsgewohnheiten und Hinweise auf den Lebensstil des jeweiligen Versicherten und offerieren im Gegenzug Belohnungen und Rabatte (vgl. Dannecker 2015). Die von Hagen Kühn als „Healthismus“ (1993) bezeichnete Strategie, „in ausgewählten Bereichen des Gesundheitssystems Wirtschaftlichkeitseffekte zu produzieren [, ist] mit der Sanktionierung gesundheitsbewußten und gesundheitsriskanten Verhaltens verknüpft“ (Dahme, Wohlfahrt 1997: 794).

Die Grundsätze der Ottawa-Charta und die Ausrichtung des Healthy-Cities-Netzwerks versuchen, diesen Tendenzen entgegenzuarbeiten. Wie bereits im Abschnitt 2.2 formuliert, war die Verschiebung des WHO-Fokus von der Ebene der Nationalstaaten auf die der Kommunen ein erster Hinweis auf Umsetzungsschwierigkeiten. Heinz-Jürgen Dahme und Norbert Wohlfahrt vollziehen in dieser Hinsicht die Verschiebungen innerhalb der Programmatik des Städtenetzwerks nach: So stellen sie fest, dass nach der WHO-Konferenz für gesundheitsförderliche Lebenswelten in Sundsvall 1991 „[a]lle Ziele, die auf die Gestaltung der stofflichen Umwelt und der sozialen Lebenswelt ausgerichtet waren, [...] bescheidener formuliert“ (Dahme, Wohlfahrt 1997: 786) wurden. Die ursprünglich geplante, „umfassende Beseitigung und Vermeidungsstrategie gesellschaftlicher, krankheitserregender Verursachungsfaktoren [...] wird [...] zielstrebig und konsequent auf einige wenige Punkte reduziert“; „allenfalls [wird] eine mikropolitisch und mikrosozial ansetzende Strategie der Gesundheitsförderung“ akzeptiert (ebd.: 793).

Auch auf der konkreten Umsetzungsebene ist die Bilanz durchwachsen: Thomas Altgeld stellte fest, dass „[d]as Etikett ‚Gesunde Stadt‘ [...] eine willkommene Einstiegsmotivation für interessierte Stadtverwaltungen und Kommunalpolitiker [war] [...]. Leider auch oft nicht viel mehr als das.“ (Altgeld 2004: 20). Die Erarbeitung eines „Gesunde-Städte-Barometers“ sollte daraufhin die Evaluation der Erfolge des Netzwerks sicherstellen, wonach in Deutschland „13 Städte dem *A-Niveau* (‚exzellent‘), 22 Städte dem *B-Niveau* (‚befriedigend‘) und 12 Städte dem *C-Niveau* (‚verbesserungswürdig‘) zuzurechnen“ (Plümer, Trojan 2004: 202f., Hervorhebungen im Original) seien. Mittlerweile wird der Evaluation gesundheitsfördernder Interventionen in der wissenschaftlichen Literatur viel Raum gegeben (vgl. Bär 2015, de Leeuw, Simos 2017, Süß 2016, Trojan 2018). Nichtsdestoweniger scheint bei den teilnehmenden Städten mittlerweile eine „Normalisierung“ der Beteiligung am Netzwerk eingetreten zu sein: Neben der Erstellung von Monitoringberichten, dem Ausrichten von bzw. der Beteiligung an Kongressen und Städtetreffen und der gemeinsamen, routinierten Abfassung von Resolutionen und Beschlüssen dringt nicht mehr allzuviel an die Öffentlichkeit.¹⁴ Die große Zeit der „Utopie“ scheint zumindest für das Städtenetzwerk vorüber zu sein.¹⁵

Analog zu der auf das Konzept der Nachhaltigkeit bezogenen Feststellung Dieter Rinks, dass dieses „der Konkurrenz insbesondere der ökonomisch ausgerichteten Leitbilder [wie der *Neoliberalen Stadt*, D.I.] nicht gewachsen ist“ (2018: 253), ließe sich Ähnliches auch über das Konzept der Healthy City behaupten. Der „sozialstaatliche[] Umbau des Wohlfahrts- zum aktivierenden Gewähr-

14 Dies ist insbesondere bezüglich der partizipativen Vision der WHO-Gesundheitspolitik festzustellen.

15 Dies mag auch in der Konjunktur institutionalisierter, sozialreformerischer Ansätze seinen Grund haben, die sich nach den *windows of opportunity* politischer Prozesse zu richten haben. So beschreiben Jens Martens und Wolfgang Obenland (2017: 8ff) die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der UN Millenium Development Goals und ihre wenige Jahre später erfolgte Ersetzung durch „neue“ Sustainable Development Goals.

leistungsstaat“ (Schmidt 2011: 218) geht einher mit dem Bedeutungszuwachs des kommunalen *Öffentlichen Gesundheitsdienstes* (ÖGD), der sich „allerdings nicht nur auf die sozialstaatlichen Kommunalisierungsbestrebungen“ (ebd.: 219) gründet. Mit den „Tätigkeiten befasst, die nicht vom klassischen ambulanten und stationären Krankheitswesen bearbeitet werden“ (ebd.), kommen ihm mittlerweile verstärkt „sogenannte[] ‚sozialkompensatorische[]‘ Aufgaben zu, d. h. [die] verstärkt nötig werdende[] Versorgung von Randgruppen und Ausgegrenzten wie Obdachlosen, Drogenabhängigen, (illegalen) Migranten, psychisch Kranken, Armen und Alten“ (Trojan 1999: 789). Public Health, Urban Health und die Idee der Healthy City gehören integral zum Aufgabenbereich wohlfahrtsstaatlicher Politik. Ob die ersten Schritte hin zu einer Rekommunalisierung (vgl. Beveridge, Naumann 2016, Schönig et al. 2016) einst privatisierter Bereiche der staatlichen Daseinsvorsorge dazu führen werden, die weit fortgeschrittene soziale Polarisierung historisch einmal mehr einzuhegen, ist noch nicht ausgemacht.

Literaturverzeichnis

- Adli, Mazda (2017): *Stress and the city*. Berlin: Bertelsmann.
- Akbar, O. (2005): Selbstheilungskräfte der Stadt – Zivile Qualitäten des Urbanen. *Das Gesundheitswesen* 67/12, 827-831.
- Ali, Harris S. / Roger Keil (2010): *Securitizing Networked Flows: Infectious Diseases and Airports*. In: Graham, Stephen (Hg.): *Disrupted Cities. When Infrastructure Fails*. New York/London: Routledge, 97-110.
- Altgeld, Thomas (2003): *Gesundheitliche Chancengleichheit*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 57-61.
- Altgeld, Thomas (2004): *Expertise. Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren*. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Anhorn, Roland (2012): *Wie alles anfang... und kein Ende findet. Traditionelle und kritische Soziale Arbeit im Vergleich von Mary E. Richmond und Jane Addams*. In: Anhorn, Roland / Frank Bettinger / Cornelis Horlacher / Kerstin Rathgeb (Hg.): *Kritik der Sozialen Arbeit – kritische Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS, 225-270.
- Bär, Gesine (2015): *Gesundheitsförderung lokal verorten: Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier*. Wiesbaden: Springer VS.
- Barton, Hugh / Catherine Tsourou (Hg.) (2000): *Healthy Urban Planning: A WHO Guide to Planning for People*. Taylor & Francis: London.
- Barton, Hugh / Claire Mitcham / Catherine Tsourou (Hg.) (2003): *Healthy urban planning in practice: experience of European cities*. WHO Regional Office for Europe.
- Baumgart, Sabine (2018): *Räumliche Planung und öffentliche Gesundheit – eine historische Verknüpfung*. In: Baumgart, Sabine / Heike Köckler / Anne Ritzinger / Andrea Rüdiger (Hg.): *Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08*. Hannover: Verlag der ARL, 20-36.
- Baumgart, Sabine / Heike Köckler / Anne Ritzinger / Andrea Rüdiger (Hg.) (2018): *Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08*. Hannover: Verlag der ARL.
- Becker, Volker (2016): *Der Einbruch der Naturwissenschaft in die Medizin: Gedanken um, mit, über, zu Rudolf Virchow*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Beveridge, Ross / Matthias Naumann (2016): *Für ein Recht auf Infrastruktur! Stadtpolitische Konflikte um die Energie- und Wasserversorgung in Berlin*. In: Flitner, Michael / Julia Lossau / Anna-Lisa Müller (Hg.): *Infrastrukturen der Stadt*. Wiesbaden: Springer VS, 67-87.

- Bittlingmayer, Uwe H. (2016): Strukturorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, Matthias / Klaus Hurrelmann (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer, 31-48.
- Bleker, Johanna (1983): Die Stadt als Krankheitsfaktor. Eine Analyse ärztlicher Auffassungen im 19. Jahrhundert. In: *Medizinhistorisches Journal* 18/1-2, 118-136.
- Böhme, Christa / Christiane Bunge (2016): Umweltgerechtigkeit und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: *Public Health Forum* 24/4, 258-260.
- Braun, Bruce (2008): Thinking the city through SARS: bodies, topologies, politics. In: Ali, S. Harris / Roger Keil (Hg.): *Networked disease: Emerging infections in the global city*. Oxford: Wiley-Blackwell, 250-266.
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2018): Die Leipzig-Charta. URL: <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/faqs/DE/themen/bauen-wohnen/leipzig-charta/leipzig-charta.html> (abgerufen am 26.10.2018).
- Burger, Reinhard (2016): Vom 14. bis zum 21. Jahrhundert: Epidemien, Pandemien und Bioterrorismus. In: Vögele, Jörg / Stefanie Knöll / Thorsten Noack (Hg.): *Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive*. Wiesbaden: Springer VS, 275-285.
- Corburn, Jason (2009): *Toward the Healthy City. People, Places, and the Politics of Urban Planning*. Boston: MIT Press.
- Corburn, Jason (2013): *Healthy City Planning: From Neighbourhood to National Health Equity*. New York: Routledge.
- Corburn, Jason (2017): Equitable and Healthy City Planning: Towards Healthy Urban Governance in the Century of the City. In: de Leeuw, Evelyne / Jean Simos (Hg.): *Healthy Cities: The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*. New York: Springer, 31-42.
- Corburn, Jason / Lee Riley (Hg.) (2016): *Slum Health. From the Cell to the Street*. Oakland: University of California Press.
- Dahme, Heinz-Jürgen / Norbert Wohlfahrt (1997): Paradigmawechsel in der Prävention – von der Gesundheitsförderung zum Gesundheitsmanagement? In: *Zeitschrift für Sozialreform* 43/10, 778-803.
- Dannecker, Martin (2015): Wir leben nicht, um gesund zu bleiben. URL: https://www.novo-argumente.com/artikel/gesundheitsdiktatur_wir_leben_nicht_um_gesund_zu_bleiben (abgerufen am 10.10.2018).
- de Leeuw, Evelyne / Jean Simos (2017): *Healthy Cities: The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*. New York: Springer.
- Duttweiler, Stefanie (2016): Nicht neu, aber bestmöglich. Alltägliche (Selbst)Optimierung in neoliberalen Gesellschaften. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 66/37-38, 27-32.
- Duttweiler, Stefanie / Jan-Hendrik Passoth (2016): Self-Tracking als Optimierungsprojekt? In: Duttweiler, Stefanie / Robert Gugutzer / Jan-Hendrik Passoth / Jörg Strübing (Hg.): *Leben nach Zahlen. Self-Tracking als Optimierungsprojekt?* Bielefeld: transcript, 9-44.
- Engels, Friedrich (1972 [1845]): Die Lage der arbeitenden Klasse in England. In: Marx, Karl / Friedrich Engels: *Werke*. Band 2. Berlin: Dietz, 225-506.
- Engert, Stefan (2011): Sichere Gesundheit – gesunde Sicherheit: Pandemien als objektives und subjektives (Sicherheits-)Risiko. In: *Sicherheit und Frieden* 29/2: 103-109.
- Enserink, Martin (2013): SARS: Chronology of the Epidemic. In: *Science* 339/6125, 1266-1271.
- Exner, Martin (2008): Hygiene und Öffentliche Gesundheit in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. URL: https://www.ihph.de/publikationen/Hygiene_oeffentlGesundhei.pdf (abgerufen am 12.10.2018).
- Fabian, Carlo / Matthias Drilling / Oliver Niermann / Olaf Schnur (2017): Quartier und Gesundheit – Klärungen eines scheinbar selbstverständlichen Zusammenhangs. Eine Einführung in den Band. In: Dies. (Hg.): *Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis*. Wiesbaden: Springer VS, 9-40.

- Foucault, Michel (2006): *Geschichte der Gouvernementalität I – Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Vorlesungen am Collège de France 1977–1978*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Füller, Henning (2016): *Pandemic cities: biopolitical effects of changing infection control in post-SARS Hong Kong*. In: *The Geographical Journal* 182/4, 342-352.
- Galea, Sandro / David Vlahov (2005): *Handbook of urban health: Populations, Methods and Practice*. New York: Springer.
- Gandy, Matthew (2006): *The bacteriological city and its discontents*. In: *Historical Geography* 34, 14-25.
- Gerlinger, Thomas (2016): *Geschichte der Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. In: Richter, Matthias / Klaus Hurrelmann (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer, 89-103.
- Gesunde-Städte-Netzwerk 2000: 9-Punkte-Programm zum Beitritt in das Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. URL: <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/index.php?id=25> (abgerufen am 25.10.2018).
- Gibbons, Michael Christopher / Rajeev Bali / Nilmini Wickramasinghe (Hg.) (2010): *Perspectives of knowledge management in Urban Health*. New York: Springer.
- Hancock, Trevor / Leonard J. Duhl (1988): *Promoting health in the urban context. WHO Healthy Cities Papers 1*. Copenhagen: Published for the WHO Healthy Cities Project Office by FADL.
- Haubl, Rolf (2013): *Psychisches Risiko „Großstadtleben“*. Stadt als Nicht-Ort und Möglichkeitsraum. In: *Psychotherapeut* 58, 176-183.
- Heinrich-Böll-Stiftung (2018): *KommunalWiki*. Stichwort: Lokale Agenda 21. URL: http://kommunalwiki.boell.de/index.php/Lokale_Agenda_21 (abgerufen am 14.10.2018).
- Heynen, Nik (2006): *Justice of eating in the city. The political ecology of urban hunger*. In: Heynen, Nik / Maria Kaika / Erik Swyngedouw (Hg.): *In the Nature of Cities. Urban political ecology and the politics of urban metabolism*. London: Routledge, 124-136.
- Heynen, Nik / Maria Kaika / Erik Swyngedouw (Hg.) (2006): *In the Nature of Cities. Urban political ecology and the politics of urban metabolism*. London: Routledge.
- Hofrichter, Hartmut (1995): *Stadtbaugeschichte von der Antike bis zur Neuzeit*. Braunschweig: Vieweg.
- Hornberg, Claudia / Andrea Pauli (2012). *Urbane Umweltgerechtigkeit*. In: *Public Health Forum* 20/2, 8.e1-8.e3.
- Igel, U. / J. Baar / I. Benkert / E. Brähler / E. Hochstädt / I. Reibiger / M. Romppel / G. Grande (2013): *Deprivation im Ortsteil und Übergewicht von Vorschulkindern*. In: *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 07/01, 27-31.
- Igel, U. / R. Gausche / E. Sergejev / M. Neef / M. Adler / A. Hiemisch / M. Vogel / D. Molis / K. Schubert / R. Krause-Döring / T. Fabian / W. Kiess / G. Grande (2014): *Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung zur Reduktion der Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen*. In: *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 08/01, 18-24.
- Igel, Ulrike / Ruth Gausche / Martina Lück / Dirk Molis / Tobias Lipek / Karoline Schubert / Wieland Kiess / Gesine Grande (2016): *Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung zur Übergewichtsprävention bei Kindern*. URL: <https://www.ernaehrungs-umschau.de/print-artikel/12-01-2016-stadtteilbezogene-gesundheitsfoerderung-zur-uebergewichtspraevention-bei-kindern/> (abgerufen am 22.10.2018).
- Illich, Ivan (1986): *H2O and the waters of Forgetfulness*. London: Marion Boyars.
- Khan, Omar / Pappas Gregory (Hg.) (2011): *Megacities & global health*. Washington, DC: American Public Health Association.
- Kistemann, Thomas (2018): *Gesundheitliche Bedeutung blauer Stadtstrukturen*. In: Baumgart, Sabine / Heike Köckler / Anne Ritzinger / Andrea Rüdiger (Hg.): *Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08*. Hannover: Verlag der ARL, 317-331.
- Köck, Wolfgang / Henrik Fischer (2018): *Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und Umweltgerechtigkeit als Problem des Städtebau- und Bauplanungsrechts*. In: Baumgart, Sabine / Heike Köckler / Anne Rit-

- zinger / Andrea Rüdiger (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover: Verlag der ARL, 145-165.
- Kühn, Hagen (1993): Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. Berlin: Edition Sigma.
- Labisch, Alfons (1982): Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 11/44, 745-761.
- Lampert, Thomas (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, Matthias / Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer, 121-138.
- Lederbogen, Florian / Peter Kirsch / Leila Haddad / Fabian Streit / Heike Tost / Philipp Schuch / Stefan Wüst / Jens C. Pruessner / Marcella Rietschel / Michael Deuschle / Andreas Meyer-Lindenberg (2011): City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. In: Nature 474, 498-501.
- Lessenich, Stephan (2016): Neben uns die Sintflut. Die Externalisierungsgesellschaft und ihr Preis. Berlin: Hanser.
- Keupp, Heiner (2006): Gesundheitsförderung als Identitätsarbeit. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 7/2, 217-238.
- Lindner, Rolf (2004): Walks on the Wild Side. Eine Geschichte der Stadtforschung. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Lindner, Rolf (2011): Georg Simmel, die Großstadt und das Geistesleben. In: Mieg, Harald A. / Astrid Sundsboe / Majken Bieniok (Hg.): Georg Simmel und die aktuelle Stadtforschung. Wiesbaden: Springer VS, 29-37.
- Loss, Julika / Berit Warrelmann / Verena Lindacher (2016): Gesundheitsförderung: Idee, Konzepte und Vorgehensweisen. In: Richter, Matthias / Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS, 435-449.
- Martens, Jens / Wolfgang Obenland (2017): Die Agenda 2030. Globale Zukunftsziele für nachhaltige Entwicklung. Bonn, Osnabrück: Global Policy Forum, terre des hommes.
- Mazumdar, Pravu (2008): Der Gesundheitsimperativ. In: Hensen, Gregor / Peter Hensen (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS-Verlag, 349-360.
- Mitscherlich, Alexander (1965): Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Müller, Julia (2018): Im Team gegen die Kilos kämpfen. Strategien gegen Adipositas. URL: <http://www.taz.de/!5505558/> (abgerufen am 22.10.2018).
- Niewöhner, Jörg (2014): Ökologien der Stadt. Zur Ethnografie bio- und geopolitischer Praxis. In: Zeitschrift für Volkskunde 110/2, 185-214.
- Platon (2000): Der Staat / Politeia. Düsseldorf, Zürich: Artemis & Winkler.
- Plümer, Klaus D. / Alf Trojan (2004): „Gesunde Städte“ – Anspruch und Performance. Befragungsergebnisse und ein Vorschlag zum Qualitätsmonitoring (Gesunde-Städte-Barometer). In: Das Gesundheitswesen 66/3, 202-207.
- Reichert, Ramón (2015): Digitale Selbstvermessung. Verdattung und soziale Kontrolle. In: Zeitschrift für Medienwissenschaft 13/2, 66-77.
- Richter, Matthias / Klaus Hurrelmann (2016): Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, Matthias / Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer, 1-19.
- Rink, Dieter (2018): Nachhaltige Stadt. In: Rink, Dieter / Annegret Haase (Hg.): Handbuch Stadtkonzepte: Analysen, Diagnosen, Kritiken und Visionen. Opladen, Toronto: Barbara Budrich, utb, 237-257.

- Rodenstein, Marianne (2012): Stadtplanung und Gesundheit – ein Rückblick auf Theorie und Praxis. In: Böhme, Christa / Christa Kliemke / Bettina Reimann / Waldemar Süß (Hg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Gruber, 15-26.
- Roloff, Evelyn Lu Yen (2007): Die SARS-Krise in Hong Kong. Zur Regierung von Sicherheit in der Global City. Bielefeld: transcript.
- Rosenbrock, Rolf (2001): Was ist New Public Health? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 44/8, 753-762.
- Sächsisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst (2018): Wissenschaftsministerin gratuliert der TU Dresden zum Erfolg von drei Forschungscustern im Rahmen der Exzellenzstrategie. URL: <https://www.medien-service.sachsen.de/medien/news/220952> (abgerufen am 17.10.2018).
- Salomon, Markus / Björn Brodner / Claudia Hornberg (2018): Umweltbezogener Gesundheitsschutz im städtischen Lebensraum. In: Public Health Forum 26/3, 247-251.
- Schlicht, Wolfgang (2017): Urban Health. Erkenntnisse zur Gestaltung einer „gesunden“ Stadt. Wiesbaden: Springer Spektrum.
- Schmidt, Bettina (2011): Kommunale Gesundheitsförderungspolitik. In: Dahme, Heinz-Jürgen / Norbert Wohlfahrt (Hg.): Handbuch Kommunale Sozialpolitik. Wiesbaden: Springer VS, 215-226.
- Schönig, Barbara / Dieter Rink / Daniel Gardemin / Andrej Holm (2016): Paradigmenwechsel in der kommunalen Wohnungspolitik? Variationen kommunalisierter Wohnungspolitik im transformierten Wohlfahrtsstaat. In: Barbehön, Marlon / Sybille Münch (Hg.): Variationen des Städtischen – Variationen lokaler Politik. Wiesbaden: Springer VS, 25-62.
- Schroer, Markus (2005): Zur Soziologie des Körpers. In: Ders. (Hg.): Soziologie des Körpers. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 7-47.
- Schroer, Markus / Jessica Wilde (2017): Stadt. In: Gugutzer, Robert / Gabriele Klein / Michael Meuser (Hg.): Handbuch Körpersoziologie. Band 2: Forschungsfelder und Methodische Zugänge. Wiesbaden: Springer VS, 319-333.
- Schröter-von Brandt, Hildegard (2014): Stadtbau- und Stadtplanungsgeschichte. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer Vieweg.
- Simmel, Georg 2006 [1903]: Die Großstädte und das Geistesleben. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Stark, Evan D. / Anne Flitcraft (1996): Women at Risk. Domestic Violence and Women's Health. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Süß, Waldemar (2016): Quartiersbezogene Gesundheitsförderung – Erkenntnisse aus der Evaluation. In: Public Health Forum 24/4, 278-280.
- Swyngedouw, Erik (2006): Metabolic urbanization: the making of cyborg cities. In: Heynen, Nik / Maria Kaika / Erik Swyngedouw (Hg.): In the Nature of Cities. Urban political ecology and the politics of urban metabolism. London: Routledge, 21-40.
- Trojan, Alf (1999): Kommunale Gesundheitspolitik. In: Roth, Roland / Hellmut Wollmann (Hg.): Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 780-800.
- Trojan, Alf (2018): Kommunale Gesundheitsförderung. In: Public Health Forum 26/2, 150-152.
- Trojan, Alf / Helmut Hildebrandt (1991): Kommunale Politik und öffentliche Gesundheit: Programm und Probleme des „Gesündere-Städte-Projekts“ der Weltgesundheitsorganisation. In: Politische Vierteljahresschrift 22, 500-515.
- UN (2018): Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Resolution 217 A (III) vom 10.12.1948. URL: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger> (abgerufen am 14.10.2018).
- Universität Leipzig (2018): Wie entsteht starkes Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen? Deutsche Forschungsgemeinschaft lädt zum Thema Adipositas ins Leipziger Paulinum. Pressemitteilung 128/2018

- vom 04.05.2018. URL: https://www.uni-leipzig.de/service/kommunikation/medienredaktion/nachrichten.html?ifab_modus=detail&ifab_id=7748 (abgerufen am 14.10.2018).
- Wewer, Anne (2007): Kommunikationskonzepte zur Thematik der sozialräumlichen Verteilung von Umweltbelastungen und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit – Ansätze zur Entwicklung eines Modellkonzeptes für Deutschland. Bielefeld: Bachelorarbeit. URL: <https://www.umwelt-und-gesundheit.nrw.de/fileadmin/redaktion/PDF-Dateien/Bachelorarbeit.pdf> (abgerufen am 10.9.2018).
- Whitman, Steven / Ami Shah / Maureen Benjamins (2010): Urban Health: Combating Disparities with Local Data. Oxford: Oxford University Press.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (abgerufen am 27.9.2018).
- WHO (1998): The WHO Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2018a): Constitution of the World Health Organization 1948. URL: <https://www.who.int/about/mission/en/> (abgerufen am: 17.10.2018).
- WHO (2018b): Types of Healthy Settings. Healthy Cities. URL: http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/ (abgerufen am: 20.10.2018).
- WHO (2018c): What is a healthy city? URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/what-is-a-healthy-city> (abgerufen am 16.10.2018).
- Wolf, Meike (2016): Rethinking Urban Epidemiology: Natures, Networks and Materialities. In: International Journal of Urban and Regional Research 40/5, 958-982.
- Zscheppang, Anja / Wilhelm Kirch (2012): Gesundheitsrisiken und Luftverschmutzung in urbanen Lebensräumen. Public Health Forum 20/2, 4.e1-4.e3.