

## **Gesundheit, Armut und Stadtentwicklung**

Dass soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit führt, ist lange bekannt. Bei unterdurchschnittlicher Ausstattung mit Wissen, Geld, Macht und Prestige nehmen die gesundheitlichen Belastungen zu und die Ressourcen zu ihrer Bewältigung ab. So hat eine französische Untersuchung ergeben, dass die Lebenserwartung eines ungelernten Arbeiters mit 35 Jahren bei gut 34 Jahren liegt, die eines Professors mit 35 Jahren aber bei über 43 Jahren. Und aus englischen Untersuchungen wissen wir, dass diese schichtspezifischen Unterschiede in den letzten Jahrzehnten nicht abgenommen, sondern zugenommen haben.

Eher neu für den Gesundheitssektor ist die Erkenntnis, dass soziale und gesundheitliche Ungleichheiten sich räumlich konzentrieren. Nach dem im April 2004 vorgelegten Sozialstrukturatlas Berlin 2003 beispielsweise ist die weitere Lebenserwartung in sozial stark belasteten Stadtteilen vier bis fünf Jahre geringer als in besser situierten Stadtteilen. Auch der Anteil an adipösen Kindern liegt in den sozial schwachen Berliner Bezirken um bis zu 80% über dem in besser gestellten Bezirken.

Damit gewinnt die Stadtteilentwicklung und –erneuerung, die sich mit der Verbesserung der Lebensverhältnisse und Lebenschancen der Menschen in benachteiligten Stadtteilen befasst, eine neue Aufmerksamkeit auch von Seiten der Gesundheitspolitik. Denn der Städtebau hat schon vor mehr als zehn Jahren gelernt, dass es bei städtebaulicher Erneuerung nicht mit der Sanierung von Häusern und Straßen getan ist, sondern dass die Menschen mit ihren Problemen, aber auch ihren Potentialen verstärkt in den Blick genommen werden müssen. Das 1999 aufgelegte Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ sucht daher in benachteiligten Gebieten eine nachhaltig positive Entwicklung zu erreichen.

Gleichzeitig bedeutet das Programm einen Abschied vom Mythos der sektoralen Politik, da es die Komplexität der Probleme mit einem integrierten

Ansatz zu erfassen sucht, bei dem alle relevanten Politiksektoren ihren Beitrag zur Lösung der Probleme leisten sollen. Ein wichtiger Ansatz zur Erreichung der Ziele des Programms Soziale Stadt ist daher die Ressourcenbündelung und Kooperation der verschiedenen Sektoren von Politik und besonders auch Verwaltung auf den Ebenen von EU, Bund, Ländern und vor allem Gemeinden. Letztere werden durch das Programm dazu verpflichtet, integrierte Handlungskonzepte zusammen mit den Bürgerinnen und Bürgern aufzustellen und fortzuschreiben.

Zudem wird mit diesem Programm Abschied vom Mythos der Gleichbehandlung in der Politik genommen, ein Mythos, der bisher im Ergebnis primär die Mittelschicht und damit Ungleichheit gefördert hat. Dies lässt sich nicht nur im Bereich der Gesundheit, sondern auch in den Bereichen der Bildung, der Wohnungsversorgung und insbesondere der Vermögensbildung nachweisen. Mit dem Programm Soziale Stadt wird dezidiert dafür gesorgt, dass die Menschen in benachteiligten Gebieten besondere Aufmerksamkeit erfahren, dass ihnen zugetraut, aber auch zugemutet wird und sie dabei unterstützt werden, die Gestaltung ihrer Lebenswelt zumindest teilweise selbst in die Hand zu nehmen. Damit wird zugleich dem Ansatz der Ottawa-Charta entsprochen, nach dem ein zentrales Ziel der Gesundheitspolitik sein muss, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen und die persönlichen Kompetenzen für gesundheitsbewusstes Leben zu entwickeln und zu fördern.

Wenn man sich die Umsetzung des Programms Soziale Stadt anschaut, wie es das Difu auf der Grundlage seines Auftrags zur Programmbegleitung seit 1999 getan hat, so fällt auf, dass beim integrierten Handlungskonzept der Gesundheitsbereich nur in einem Viertel aller Fälle vertreten ist, die Kinder- und Jugendhilfe z. B. dagegen in über 80% der Fälle. Dann überrascht es auch nicht, dass die Gesundheitsförderung bei den Zielen als Letztes genannt wird und bei den konkreten Maßnahmen nur von 2,9% der Programmgemeinden als besonders wichtig eingeschätzt wurde. Sieht man aber, dass Wohnumfeldverbesserung, die Verbesserung der Wohnungsqualität oder die Förderung von Sport und Freizeit ganz oben in der Liste der durchgeführten

Maßnahmen liegen, dann zeigt sich, dass durch das Programm Soziale Stadt wichtige Voraussetzungen für Gesundheit in erheblichem Maße geschaffen werden. Zu den im Rahmen der Sozialen Stadt geförderten Projekten gehören dementsprechend auch viele Gesundheitsprojekte, vor allem ernährungs- und bewegungsorientierte interkulturelle Ansätze, aber auch z.B. Gesundheitshäuser. Eine stärkere Mitwirkung der Gesundheitsverwaltung könnte hier aber noch bessere Ergebnisse hervorbringen.

Das zentrale Instrument des Programms zur stärkeren Einbeziehung und Unterstützung der Bürgerinnen und Bürger ist das Quartiermanagement. Dieses erstreckt sich auf die drei Ebenen der Verwaltung, eines intermediären Bereichs und des Quartiers selbst. Auf der Ebene der Verwaltung ist es erforderlich, dass Dezernate und Ämter koordiniert agieren und eine Person als Gebietsbeauftragten oder Gebietsbeauftragte bestellen, die die unterschiedlichen Möglichkeiten und Anforderungen der verschiedenen Verwaltungssektoren bündelt und für das Gebiet fruchtbar macht. Auf der Quartiersebene bedarf es durch das Quartiermanagement der Organisation von Interessen, der Initiierung und Begleitung von Aktivitäten und auch der Befähigung der Bürgerinnen und Bürger, ihre Interessen wahrzunehmen und ihre Gestaltungsideen umzusetzen. In der dritten, der intermediären Ebene geht es darum, die Verwaltungswelt und die Bürgerwelt miteinander in Kontakt und zum Ausgleich zu bringen. Hier ist es ganz wichtig, dass auf Ebene des Stadtteils Entscheidungen ermöglicht werden. Ein sehr interessantes Element dabei ist der Verfügungsfond, der den Bürgerinnen und Bürgern im Quartier „freies Geld“ zur Verfügung stellt, mit dem sie nach ihrer Auffassung wichtige Maßnahmen der Quartiersentwicklung unmittelbar verwirklichen können. Die anfänglichen Sorgen, hier würde mit dem Geld zu locker umgegangen und es würden unsinnige Projekte durchgeführt werden, erwies sich rasch als völlig haltlos. Die Bürgerinnen und Bürger gehen mit dem Geld sehr verantwortungsvoll um, sehr konstruktiv und, was den möglichen Effekt und Erfolg von beantragten Projekten angeht, sehr kritisch.

Mit dem Setting-Ansatz, der durch die Ottawa-Charta gefordert und neuerdings verstärkt wieder ins Bewusstsein der Gesundheitspolitik und –wissenschaft gelangt, einerseits und mit dem Programm Soziale Stadt andererseits sind Städtebau und Gesundheitspolitik bei wichtigen Maßnahmen sehr gut anschlussfähig, weil hier von beiden Seiten aus die Erkenntnis zugrunde liegt, dass in bestimmten Gebieten die wichtigsten Adressatengruppen der Gesundheitspolitik und der Stadtentwicklungspolitik konzentriert anzutreffen sind, so dass eine gezielte und koordinierte Arbeit in diesen Gebieten in besonderer Weise sowohl städtebaulich als auch gesundheitsförderlich und präventiv gute Früchte erwarten lässt.

Als Erfolge des Programms Soziale Stadt sind nach der Umfrage, die das Difu Ende 2002, also schon wenige Jahre nach Programmbeginn, durchgeführt hat, in vielen Gebieten vor allem eine Verbesserung der Atmosphäre und des Gebietsimages nach innen und außen, des Zusammenlebens innerhalb der Nachbarschaften und die verbesserte Möglichkeit der Menschen, an den Rahmenbedingungen für ihre eigene Existenz mitzuwirken, zu konstatieren. Auch die Nähe von Politik und Verwaltung zum Stadtteil hat sich in zwei Dritteln der Gebiete deutlich verbessert, so dass das wichtigste Ziel, verstärkt Aufmerksamkeit auf die benachteiligten Menschen zu lenken und ihre Situation zu verbessern, in dem begrenzten Rahmen des Programms und nach kurzer Zeit bereits vielfach erreicht wurde.

Dass damit auch die Rahmenbedingungen für die Gesundheit der in den Programmgebieten lebenden Menschen verbessert worden sind, erscheint nach allen Erfahrungen außer Zweifel. Es wäre daher sehr zu wünschen, dass die Kooperation von Städtebau und Gesundheit in den Gebieten der Sozialen Stadt noch deutlich zunimmt, um noch bessere und gezieltere Ergebnisse zu ermöglichen. So kann es gelingen, die Produktion sozialpolitischen Bedarfs etwa an kurativer Medizin zu stoppen und die Möglichkeiten und Fähigkeiten der Bürger zur selbstorganisierten Stabilisierung ihrer Gesundheit zu fördern.

Wenn die verschiedenen Ansätze unterschiedlicher Programme in den Bereichen Gesundheit, Umwelt, Jugendhilfe, Städtebau koordiniert und integriert zur Anwendung gebracht werden, kann in den benachteiligten Gebieten auf allen diesen Gebieten mehr erreicht werden als bei isoliertem Vorgehen. Beim Verein für Kommunalwissenschaften hat sich daher eine Arbeitsgruppe gebildet, in der Vertreterinnen und Vertreter von Forschung und Verwaltung aus den Bereichen Gesundheit, Umweltschutz, Gemeinwesenarbeit, Jugendhilfe und Stadterneuerung sich bemühen, das gegenseitige Verständnis und die Kooperation der verschiedenen Sektoren zu verbessern und eine gemeinsame theoretische und praktische Grundlage zu schaffen. Ein wichtiges Element dabei wird die Erarbeitung eines Handbuchs „Lokale Agenda 21 – Umwelt und Gesundheit“ im Auftrag des Umweltbundesamtes sein, an dem Einrichtungen aus den Bereichen Gesundheit, Umwelt und Stadterneuerung gemeinsam arbeiten werden.

Dem Sozialreferenten der Stadt Augsburg, Konrad Hummel, ist zuzustimmen, wenn er in dem Leitaufsatz für das Jahr 2004 der Blätter der Wohlfahrtspflege schreibt: „Die Ära des zentralen Sozialstaates geht zu Ende, der Kampf um eine vernetzte soziale Stadt mit erlebbaren Rechten und Pflichten für alle hat begonnen.“ Städtebau und Gesundheit können diesen Kampf erfolgreich führen, wenn sie untereinander und mit anderen Politiksektoren kooperativ tätig werden.