Heike Köckler, Claudia Hornberg,
Andrea Rüdiger, Odile Mekel (Hrsg.)

StadtGesundheit im Ruhrgebiet I

Bestandsaufnahmen und Perspektiven

Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 7

oekom science

natürlich oekom!

Mit diesem Buch halten Sie ein echtes Stück Nachhaltigkeit in den Händen. Durch Ihren Kauf unterstützen Sie eine Produktion mit hohen ökologischen Ansprüchen:

- 100 % Recyclingpapier
- mineralölfreie Druckfarben
- Verzicht auf Plastikfolie
- Finanzierung von Klima- und Biodiversitätsprojekten
- kurze Transportwege – in Deutschland gedruckt

Weitere Informationen unter www.natürlich-oekom.de
und #natürlichoekom

natürlich oekom · nachhaltig seit 1989 ·

Das Erscheinen dieses Bandes wurde gefördert durch die Fritz und Hildegard Berg-Stiftung und aus Sondermitteln der Dr. Pritzsche-Stiftung.

In der Edition »Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region« sind bisher erschienen:

Band 1:
R. Fehr, C. Hornberg (Hrsg.)
Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig (2018)
Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren
384 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-074-8.
Auch verfügbar per Open Access:
https://doi.org/10.14512/9783962385064

Band 2:
R. Fehr, A. Trojan (Hrsg.)
Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg (2018)
Bestandsaufnahme und Perspektiven
568 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-059-5.
Auch verfügbar per Open Access:
https://doi.org/10.14512/9783962384845

Band 3:
J. Westenhöfer, S. Busch, J. Pohlan,
O. v. d. Knesebeck, E. Swart (Hrsg.)
Gesunde Quartiere (2021)
Gesundheitsförderung und Prävention
im städtischen Kontext
310 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-306-0

Band 4:
S. Baumgart, A. Rüdiger
Gesundheit in der Stadtplanung (2022)
Instrumente, Verfahren, Methoden
480 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-301-5

Band 5:
R. Fehr, J. Augustin (Hrsg.)
Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg II (2022)
Neue Ziele, Wege, Initiativen
480 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-390-9
Auch verfügbar per Open Access:
https://doi.org/10.14512/9783962389512

Band 6:
I. Klockmann, J. Heeg, O. v. d. Knesebeck,
M. Härter, D. Lüdecke (Hrsg.)
Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen (2024)
Ein praxisorientiertes Handbuch
208 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-98726-086-5
Auch verfügbar per Open Access:
https://doi.org/10.14512/9783987263255

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.dnb.de abrufbar.

Erschienen 2024 im oekom verlag, München | oekom – Gesellschaft für ökologische Kommunikation mbH | Goethestraße 28, 80336 München | +49 89 544184 – 200 | www.oekom.de

© Heike Köckler, Claudia Hornberg, Andrea Rüdiger, Odile Mekel (Hrsg.)
Layout und Satz: Reihs Satzstudio, Lohmar
Korrektur: Maike Specht
Umschlagabbildung: © Uwe Grützner / Fakultät Raumplanung der TU Dortmund
Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen

Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0. Diese Lizenz erlaubt das Vervielfältigen und Weiterverbreiten des Werkes, nicht jedoch seine Veränderung und seine kommerzielle Nutzung. Die Verwendung von Materialien Dritter (wie Grafiken, Abbildungen, Fotos, Auszügen etc.) in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Stehen verwendete Materialien nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz, ist die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen.
In dem vorliegenden Werk verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts, auch ohne gesonderten Hinweis.

RECYCLED
Papier aus Recyclingmaterial
FSC® C016368
www.fsc.org

Alle Rechte vorbehalten
ISBN 978-3-98726-142-8
E-ISBN 978-3-98726-411-5
https://doi.org/10.14512/9783987264115

Heike Köckler, Claudia Hornberg,
Andrea Rüdiger, Odile Mekel (Hrsg.)

StadtGesundheit im Ruhrgebiet I

Bestandsaufnahmen und Perspektiven

Band 7

Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region

Sustainable Urban and Regional Health Series

forschen
veröffentlichen
transformieren

oekom science

Editionsvorwort

Das internationale Arbeitsfeld Urban/Regional/Rural Health knüpft an den gemeinsamen Ursprung von Öffentlicher Gesundheit sowie Stadt- und Regionalentwicklung an und verbindet sich mit den aktuellen Themen sozialer Gerechtigkeit und ökologischer Nachhaltigkeit.

Die Buchreihe entwickelt diese Denk- und Handlungsansätze als Nachhaltige StadtGesundheit und RegionalGesundheit, um eine gesunde und nachhaltige Stadt- und Regionalentwicklung zu fördern.

Die Edition ist offen für Vorschläge thematisch passender und fachlich hochwertiger Publikationen. Hier ist Raum für konzeptionelle Grundlagen, integrative Fallstudien, Forschungsergebnisse (auch als Qualifikationsarbeiten) und Lehrtexte.

Mehrere bisherige Bände beruhen auf dem Forschungsprogramm »Stadt der Zukunft – Gesunde, nachhaltige Metropolen«, welches ebenso wie diese Buchreihe von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung im Stifterverband unterstützt wird.

Die Reihe wird herausgegeben von Rainer Fehr (Hamburg) und Claudia Hornberg (Bielefeld) mit wissenschaftlicher Unterstützung durch Jörg Knieling (Hamburg) und Stefan Zerbe (Bolzano-Bozen).

Zur Edition im oekom verlag:
www.oekom.de/buecher/buchreihen/c-186

Zum Projekt »Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau« der Universität Bielefeld:
www.stadt-und-gesundheit.de

Editorial preamble

Urban/Regional/Rural Health ties in with the joint origin of Public Health and urban/regional development while integrating current discussions on social justice and ecologic sustainability.

In the book series, these conceptual and practical approaches evolve into Sustainable Urban and Regional Health, in order to foster the healthy and sustainable development of cities and regions.

The series is open for any suggestions of pertinent high-grade publications; it accommodates a range of different contributions including basic concepts, integrative case studies, empirical results (incl. qualification papers) as well as educational texts.

Several existing volumes originated from the research program »City of the future – Healthy, sustainable metropolises«. The program as well as this series are supported by the Fritz und Hildegard Berg-Stiftung, Stifterverband.

Academic editors: Rainer Fehr (Hamburg) and Claudia Hornberg (Bielefeld), assisted by the Editorial Advisory Board members Jörg Knieling (Hamburg) and Stefan Zerbe (Bolzano-Bozen).

On the book series (oekom verlag):
www.oekom.de/buecher/buchreihen/c-186

On the project »Urban development and health – Building bridges between disciplinces and sectors«, Universität Bielefeld:
www.urban-health.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 9

StadtGesundheit im Ruhrgebiet: Ein Gemeinschaftswerk
Heike Köckler, Claudia Hornberg, Andrea Rüdiger, Odile Mekel, Lisa Masciangelo, Aline Krumreihn 11

KAPITEL 1
Historie von StadtGesundheit im Ruhrgebiet 13

1.1 **Umweltgerechtigkeit im Ruhrgebiet. Frühe Studien zu Umweltbelastungen, Gesundheitsgefahren, sozialräumlichen Verteilungsungleichheiten und politischen Konsequenzen**
Jan Jarre, Knut Rauchfuss 15

1.2 **Die Gartenstadt im Ruhrgebiet: Der baukulturelle gesundheitliche Beitrag der Essener Margarethenhöhe**
Heike Oevermann 26

1.3 **Wandel geht: Die Weiterentwicklung des UNESCO-Welterbes Zollverein im Kontext der Gesundheit und des Wohlbefindens**
Hans-Peter Noll, Helena Lischka 35

1.4 **Der Emscherumbau als Urban-Public-Health-Projekt: Wie ein Wasserverband die Gesundheit aller erhalten und fördern kann**
Susanne Moebus, Ulrich Paetzel, Alexander Knickmeier 43

KAPITEL 2
Die gesundheitliche Situation im Ruhrgebiet aus Perspektive von StadtGesundheit 49

2.1 **Länger leben im Ruhrgebiet**
Brigitte Borrmann, Christiane Lübke 51

2.2 **Pandemie der Ungleichheit – Krankheit und Präventionsmaßnahmen in benachteiligten Stadträumen in Dortmund während der Coronakrise**
Simon Liebig, Mariam Manz, Jörg Plöger 60

2.3 **Krebsneuerkrankungen im Ruhrgebiet und im übrigen Nordrhein-Westfalen, 2008–2019**
Andreas Stang, Madeleine Karpinski, Kevin Claaßen, Johannes Hüsing, Hiltraud Kajüter, Lennart Möller 68

2.4 **Humangenetische Diagnostik und Beratung – drohende Versorgungslücke trotz vieler neuer Aufgabenfelder**
Klaus Zerres 74

2.5 **Gesundheitliche Versorgung rund um die Geburt im Ruhrgebiet – Exemplarstadt Essen**
Franziska Dresen, Judith Schümann, Ute Lange 82

2.6 **Inklusives Lernen mit Schüler:innen mit körperlicher Beeinträchtigung: Das Projekt EXTRA-Klasse! in Gelsenkirchen**
Marcel Feichtinger, Christian Walter-Klose 92

2.7 **Gesundheitsversorgung von Migrant:innen abseits des Regelsystems der Krankenversicherung**
Knut Rauchfuss, Helen Schwenken 99

2.8 **Altern im Strukturwandel: Zur gesundheitlichen Lage der Älteren im Ruhrgebiet**
Alina Schmitz, Thorben Frie, Ferzaneh Fakdani 105

2.9 **Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im Ruhrgebiet**
Anne Roll 113

2.10 **Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und die Pflegesituation in Deutschland, Nordrhein-Westfalen und im Ruhrgebiet**
Anne Roll, Vazira Djumaeva 126

2.11 **Von der Gesundheitsberichterstattung zur strategischen Gesundheitsplanung – Daten für Taten in Herne**
Marie Meinhardt, Malina Schäfer-König, Raphael Sieber 137

KAPITEL 3

Gestaltung und Steuerung für StadtGesundheit im Ruhrgebiet 147

3.1 **Bochum, Ruhr und die fortwährenden Planungen für eine gesunde Stadt**
Sabine Baumgart, Eckart Kröck 150

3.2 **Krankenkassen – StadtGesundheit in gemeinsamer Verantwortung gestalten**
Ute Erdenberger 163

3.3 **Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention – ein Blick aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)**
Anna Reeske-Behrens, Stephanie Funk 170

3.4 **Gesundheitsförderungskultur in Bildungseinrichtungen als Erfolgsfaktor der StadtGesundheit**
Eike Quilling, Janna Leimann, Patricia Tollmann 180

3.5 **Soziale Verantwortung als Zukunftshoffnung: Nachhaltige Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen als Ressource gegen Arbeitskräftemangel**
Dominik Schad, Michaela Evans-Borchers, Josef Hilbert 189

3.6 **Wohlfahrtsverbände als sozialraumbezogene Akteure der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung**
Victoria Wildförster, Bettina Schmidt 199

3.7 **Die Digital Health Factory Ruhr – Digitalisierung als Baustein für eine zielgruppenorientierte Verbesserung der Gesundheit diverser Communitys in der Metropole Ruhr**
Alina Napetschnig, Janina Kleist, Heike Köckler, Wolfgang Deiters, Corinna Schaffert, Berit Schoppen, Anja Burmann, Sven Meister 208

3.8 **Lärmaktionsplanung als ein Beitrag zu StadtGesundheit am Beispiel der Stadt Dortmund**
Bryce T. Lawrence, Andreas Frücht, Heike Köckler 219

3.9 **Ohne Risiken, aber mit Nebenwirkungen: Blau-grüne Maßnahmen für mehr Klimaresilienz im Ruhrgebiet!**
Carolin Borgmann, Aline Krumreihn, Andreas Giga 233

3.10 **Steuerung gesundheitsrelevanter Stadtklimafolgen im Ruhrgebiet am Beispiel Hitze**
Lea-Christine Antoine, Selina Brünker, Thomas Claßen, Thea E. M. Jankowski, Isabelle Liebchen, Odile C. L. Mekel, Katharina Müller, Andrea Rüdiger, Raphael Sieber 246

3.11 **Der Wissenschafts-Praxis-Transfer im Ruhrgebiet: Wie gelangen diversitäts- und geschlechtersensible Gesundheitsinformationen in die Praxis?**
Rebecca Lätzsch, Ivonne Wattenberg-Karapinar, Claudia Hornberg 256

3.12 **Das Forum StadtGesundheit Ruhr: Ein transdisziplinärer Prozess zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet**
Aline Krumreihn, Andrea Rüdiger, Heike Köckler 268

KAPITEL 4
StadtGesundheit im Ruhrgebiet: Ein Zwischenfazit
Heike Köckler, Claudia Hornberg, Andrea Rüdiger, Odile Mekel, Lisa Masciangelo, Aline Krumreihn 279

Biografische Angaben der Autor:innen 285

Abbildungsverzeichnis 299

Tabellenverzeichnis 302

Textboxenverzeichnis 302

Vorwort

Am Anfang des Buches standen zwei zentrale Fragen: Wie können wir die vielfältigen Aktivitäten im Kontext von StadtGesundheit im Ruhrgebiet aufgreifen und langjährige Netzwerkverbindungen bündeln und in einem gemeinsamen Werk für alle zugänglich machen? Wird es nicht an Komplexität und Diversität der jeweiligen Ansätze scheitern? Schließlich besannen wir uns auf die Stärken unserer Netzwerke im Themenfeld StadtGesundheit: Transdisziplinarität und Offenheit. Viele der hier als Autor:innen erstmalig gemeinsam in Erscheinung tretenden Personen sind Akteur:innen, die selbst die ruhrgebietsrelevanten Themen von StadtGesundheit bestimmen, ohne sie immer mit dem »Label StadtGesundheit« zu versehen. Doch dieses Label liefert im Sinne des WHO-Ansatzes, Gesundheit in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung zu verfolgen (Health in All Policies, HiAP), die Basis für strategische Allianzen. Denn gerade der Umgang mit Gesundheit im Allgemeinen und sozialer Ungleichheit bei Gesundheitschancen im Besonderen erfordert eine multidisziplinäre Anstrengung von Wissenschaftler:innen, Entscheidungsträger:innen und weiteren Fachleuten. So zielen auch die Beiträge in diesem Buch darauf ab, Impulse zu geben, die Kluft zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, politischen Maßnahmen und deren Umsetzung zu überbrücken, wie die Praxisbeispiele in diesem Buch eindrucksvoll zeigen.

Durch die Förderung des Dialogs und der Zusammenarbeit soll das Buch zu einem umfassenden und wirksamen systemischen Verständnis städtischer und natürlicher Ressourcen zum Wohl der öffentlichen Gesundheit in Zielkongruenz mit den Sustainable Development Goals (SDGs) im Ruhrgebiet beitragen. Unter dem Motto »Gemeinsame Ziele und gemeinsames Wissen für gemeinsames Handeln« soll StadtGesundheit im Ruhrgebiet als handlungsleitendes Thema in verschiedenen Politikfeldern gezeigt und Mut zur Weiterentwicklung gemacht werden. Diese HiAP-Perspektive auf die zahlreichen Herausforderungen im urbanen Raum und ihre vielfältigen Erscheinungsformen muss eine Schlüsselrolle auf dem Weg in eine nachhaltige Zukunft spielen.

Durch die Zusammenstellung von Perspektiven und Beispielen aus einer Reihe von Städten und Disziplinen, die sich über das gesamte Ruhrgebiet erstrecken, bietet dieser Band eine zeitgemäße und maßgebliche Zusammenstellung der vielfältigen Aktivitäten im Kontext von StadtGesundheit im Ruhrgebiet. In diesem Sinne liefert das Buch einen Beitrag für eine nachhaltige urbane Zukunft, die das Wohlergehen aller Menschen gewährleistet.

Wir danken allen, die sich hierfür bereits engagiert und an den Beiträgen gearbeitet haben. Zudem wünschen wir uns, dass das Thema StadtGesundheit weiter an Sichtbarkeit gewonnen hat, dass durch das Schreiben neue Verbindungen geknüpft wurden und mit der Publikation potenzielle Kontakte auch für Leser:innen sichtbar werden. Eine Ansprache der im Verzeichnis aufgeführten Autor:innen ist gewünscht.

Die Veröffentlichung dieses Werks war nicht nur für uns Herausgeber:innen, sondern auch für die Autor:innen der Einzelbeiträge mit viel Zeit und umfangreichen Diskussionsprozessen verbunden. Insbesondere möchten wir an dieser Stelle Rainer Fehr als Mitherausgeber dieser Reihe und Vordenker zu StadtGesundheit danken, der mit kritischen, fundierten und sorgfältigen Kommentaren maßgeblich zum Gelingen beigetragen hat.

Für finanzielle Unterstützung danken wir der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung, der Hochschule für Gesundheit Bochum und dem Landeszentrum Gesundheit (LZG) NRW.

Wir freuen uns, dass die Publikation zur 10. Konferenz Stadt der Zukunft, die im November 2024 im Bochum-Wattenscheid stattfindet, vorliegen wird und wir so die verschiedenen Formate von Wissensgenerierung und -transfer miteinander verbinden können.

Heike Köckler, Claudia Hornberg, Odile Mekel, Andrea Rüdiger

StadtGesundheit im Ruhrgebiet: Ein Gemeinschaftswerk

Heike Köckler, Claudia Hornberg, Andrea Rüdiger, Odile Mekel, Lisa Masciangelo, Aline Krumreihn

Das Ruhrgebiet ist eine Region in ständiger Transformation. Während des Aufstiegs zur Industriemetropole durch intensive Steinkohleförderung und Stahlproduktion sowie das im Arbeitskräftebedarf begründete starke Bevölkerungswachstum wurde dabei dem Thema Gesundheit stets Bedeutung beigemessen, insbesondere im Hinblick auf soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Umweltbelastungen. So haben Bergleute die ersten Knappschaften als soziale Absicherung für ihre Familien gegründet und hiermit ein Vorbild heutiger Krankenversicherungen geschaffen. Weitere Beispiele aus dem vergangenen Jahrhundert sind der Bau der Margarethenhöhe in Essen als deutsche Gartenstadt für Stahlarbeiter:innen der Kruppwerke und ihre Familien sowie die Forderung von Willy Brandt aus dem Jahr 1961, »Der Himmel über der Ruhr muss wieder blau werden«. Heute ist das Ruhrgebiet Standort des Gesundheitscampus NRW, die Gesundheitswirtschaft schafft zahlreiche Arbeitsplätze, und der ökologische Umbau des Emschersystems symbolisiert eine stetig fortschreitende und sich an den Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen orientierende Transformation. Gleichzeitig ist die Region weiterhin geprägt durch herausfordernde Lebensumstände und umweltbedingte gesundheitliche Belastungsfaktoren wie eine vorwiegend autogerechte Infrastruktur, umweltbezogene Ungerechtigkeiten, soziale und ethnische Segregation und Formen struktureller Diskriminierung bei gleichzeitig herausfordernden Verwaltungsstrukturen.

Ziel des vorliegenden Gemeinschaftswerkes ist es, das sich ständig weiterentwickelnde, hochkomplexe und vielfältige Zusammenspiel zwischen städtischen Räumen und Gesundheit in diesem hochdynamischen Raum Ruhrgebiet exemplarisch aufzuzeigen. Das Werk fokussiert zu diesem Zweck sowohl auf die Historie des Raumes mit seinen damaligen Facetten von Stadt und Gesundheit als auch auf den Status quo mit seinem Blick auf zukünftige Herausforderungen und zeigt darüber hinaus vielfältige Perspektiven auf zukünftige Entwicklungspfade in Belangen der StadtGesundheit in dieser Region Deutschlands auf. Leitend ist hierbei der Anspruch einer transdisziplinären Betrachtungsweise des Themas StadtGesundheit, die Perspektiven aus Wissenschaft, Praxis und von verschiedenen gesellschaftlichen Akteur:innen vereint, um neue Wissensbestände zu generieren und Handlungsimplikationen für die Praxis abzuleiten.

Im vorliegenden Werk wird dies durch unterschiedliche inter- und transdisziplinäre Autor:innenteams verfolgt. In den einzelnen Beiträgen verbindet sich somit fast durch-

gängig forschungsbezogenes Wissen aus den Ruhrgebietshochschulen sowie der Universität Bielefeld und Forschungsinstitutionen (bspw. dem Institut für Arbeit und Technik [IAT]) mit den Wissensbeständen aus Behörden (bspw. dem Landeszentrum Gesundheit [LZG] NRW), kommunalen Verwaltungen und regionalen Akteur:innen (Emschergenossenschaft oder MedEcon Ruhr). Es werden disziplinäre Perspektiven eingenommen, die Raum-, Umwelt- und Planungswissenschaften ebenso umfassen wie Public Health, Community Health, Medizin, (Heil-)Pädagogik, soziale Arbeit, Pflege oder Wirtschaftswissenschaften. Fast alle Autor:innen sind in Institutionen im Ruhrgebiet beschäftigt oder haben eine biografische Verbundenheit und verfügen so über eine detaillierte Binnensicht. Um ein verbindendes Element zu schaffen, werden die Teilthemen von StadtGesundheit in allen Beiträgen jeweils mit den folgenden Leitfragen bearbeitet:

- Welchen spezifischen Bezug hat das Thema des Beitrags zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet?
- Was ist der Stand der Wissenschaft bei dem Thema des Beitrags im Hinblick auf StadtGesundheit?
- Welche gesellschaftlichen Diskurse und Strömungen gibt es beim Thema des Beitrags im Hinblick auf StadtGesundheit im Ruhrgebiet?
- Welche Abhängigkeiten bestehen zwischen dem im jeweiligen Beitrag betrachteten Teilthema im Hinblick auf Gesundheit und soziale Ungleichheit im Ruhrgebiet?

Das Gesamtwerk gliedert sich, gerahmt durch eine fachliche Einführung und ein Resümee der Herausgeber:innen in Kapitel 4, in die drei folgenden Bereiche: In Kapitel 1 wird ein historischer Blick eingenommen. In Kapitel 2 werden die aktuelle Situation des Gesundheitszustands der Bevölkerung sowie der Versorgung im Ruhrgebiet beschrieben. Kapitel 3 widmet sich einer strategischen Perspektive auf Planung und Steuerung sowie zukünftige Entwicklungen, die auf dem Ansatz von Gesundheit in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung (Health in All Policies) basiert.

Dieses Werk richtet sich gleichermaßen an Vertreter:innen aus Wissenschaft und Praxis, an gesellschaftliche Akteur:innen sowie an Studierende im Ruhrgebiet und im gesamten deutschsprachigen Raum. Es dient dazu, vielfältige Wissensbestände sichtbar zu machen, und hat diese teilweise erst im Entstehungsprozess des Gemeinschaftswerks generiert, da in fast allen Beiträgen Personen aus Wissenschaft und Praxis und/oder aus verschiedenen Disziplinen zusammengearbeitet haben.

Zu Beginn unserer Anfragen an mögliche Autor:innen wurde von diesen manchmal bezweifelt, ob genug Expertise vorhanden sei, um Beiträge zu einem Buchprojekt über »StadtGesundheit« zu leisten. In der tieferen Auseinandersetzung mit dem Thema entstanden dann sogar umfangreiche Beiträge, oder es wurden zusätzliche Beiträge über weitere relevante Themen und Projekte angekündigt. Daher ist ein zweiter Band zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet bereits in Planung.

KAPITEL 1

Historie von StadtGesundheit im Ruhrgebiet

■ Im ersten Kapitel des Gemeinschaftswerks wird eine historische Perspektive auf das Ruhrgebiet eingenommen. Bereits in der nicht einheitlich definierten Bezeichnung Ruhrgebiet sowie in jener vom Volksmund als Revier oder Kohlenpott werden die wichtigsten Merkmale dieser wirtschaftlichen und bevölkerungsmäßig bedeutenden Region in Deutschland zum Ausdruck gebracht: die Bodenschätze (vor allem Kohle) und die Wasserinfrastruktur (u. a. die Ruhr). Die Förderung und Nutzung der Bodenschätze trugen zu einem enormen wirtschaftlichen Aufschwung bei, allerdings auch zu großen gesundheitlichen Belastungen.

Das kohleführende Karbon des Rheinischen Schiefergebirges, welches durch die Ruhr mit ihren spezifischen Taleinschnitten freigelegt wurde, war mit seinen zahlreichen Kohlenflözen etwa 1837 Auslöser des Stollenabbaus (Dege, 1972). Beiderseits der Ruhr, wo das Steinkohlengebirge offen zutage trat, entstanden in wenigen Jahrzehnten ca. 150 fördernde Stollenbetriebe mit über 335.000 Beschäftigten rund um den Abbau. Sie förderten zusammen jährlich etwa 170.000 Tonnen Kohle (Dege, 1972). Seit dieser Zeit bis kurz nach dem Zweiten Weltkrieg war Kohle die zentrale Ressource für alle wichtigen nachfolgenden Wirtschaftszweige (Eisen und Stahl schaffende und verarbeitende Industrie) in der Region.

Entlang der zentralen historischen West-Ost-Ausdehnung, dem Hellweg, reihen sich mit den Städten Duisburg, Mülheim, Essen, Bochum, Dortmund und Hamm Städte aneinander, die in einer ursprünglichen kleinstädtischen und gar bäuerlichen Siedlungslandschaft ihren Ursprung hatten. Im Verlauf ihrer industriellen Entwicklung prägten innerhalb kürzester Zeit Werke der Eisen und Stahl produzierenden und verarbeitenden Industrie vor allem die Hellwegstädte, aber auch kleinere Städte in der Region. In unmittelbarer Nachbarschaft der Industrieanlagen als auch der Zechenstandorte und später auch entlang der Ausfallstraßen entstanden Werkswohnungen für die zahlreichen Beschäftigten aus dem In- und Ausland. Sowohl die Montanindustrie als auch das bei der Kokserzeugung entstehende Rohgas trugen zu einer erheblichen Umweltbelastung der Bewohnerschaft in den Arbeiterquartieren bei, die räumlich ungleich verteilt waren und blieben. Der Ruß- und Staubausstoß der Fabriken beeinträchtigte die Luftqualität in den angrenzenden Vierteln stark. So attestierte der Essener Schularzt Dr. Fischer bereits 1913 den Schulkindern aus dem Essener Stadtviertel Segeroth den schlechtesten Gesundheitszustand aller Essener Kinder, »da die eingeatmete Luft

nicht genügend Sauerstoffzufuhr zum Blute gewährleistet« (Arbeiterzeitung 6. 7. 1914, zitiert in Bajohr & Gaialat, 1991; Briesen, 1997). Die ungleiche Verteilung der Umweltbelastungen bildet sich auch nach dem Niedergang der Montanindustrie in den industriell geprägten und urbanen Wohngebieten der Städte ab. Dies zeigt sich in deutlich geringeren Anteilen an wohnortnahen Grünflächen und einem erhöhten Anteil an Flächen, die durch Umgebungslärm belastet sind. Jan Jarre und Knut Rauchfuss verweisen in ihrem Beitrag auf frühe Studien zur Umweltbelastung im Ruhrgebiet, die die sozialräumlichen Verteilungsungerechtigkeiten in verschiedenen Städten des Ruhrgebiets verdeutlichen.

Auch der Beitrag von Heike Oevermann zeigt die prägenden, ungeordneten, polyzentralen Wohnsiedlungen in diesem Transformations- und Agglomerationsraum auf. Wie die Autorin am Beispiel der Essener Margarethenhöhe darlegt, hat der Arbeitssiedlungsbau im Ruhrgebiet aus der Mitte des 19. Jahrhunderts auch eindrucksvolle Beispiele hervorgebracht, die über beachtliche architektonische, freiraumbezogene wie auch lagebedingte Qualitäten verfügen. Die Siedlung Margarethenhöhe, die zu den ersten sogenannten Gartenstadtsiedlungen zählte, propagierte ein Leben im Grünen, also Siedlungen mit Gärten zur Selbstversorgung und kleinen Erholungsbereichen und -gärten in Wohnungsnähe.

Heutige Zeitzeugen der industriellen Vergangenheit im Ruhrgebiet sind die erhaltenen und transformierten Standorte ehemaliger Zechen und Kokereien. Wie der Beitrag von Hans-Peter Noll und Helena Lischka verdeutlicht, ist aus der Zeche Zollverein, die von 1851 bis 1986 ein aktives Steinkohlebergwerk in Essen war, ein lebenswerter Naherholungs-, Wirtschafts- und Freizeitstandort geworden.

StadtGesundheit im Ruhrgebiet ist neben dem baukulturellen Erbe auch eng verbunden mit der Nutzung und den Funktionen der vorhandenen Flüsse wie Ruhr und Emscher. Während die Ruhr sowohl als Wasserstraße als auch als Trink- und Brauchwasserreservoir eine entscheidende Rolle bei der Industrialisierung und wirtschaftlichen Entwicklung der Region gespielt hat, galt die Emscher, der zentrale Fluss des Ruhrgebiets, lange über die Zeit der Industrialisierung hinaus als der schmutzigste Fluss Deutschlands und wurde als Cloaca maxima des Ruhrgebiets bezeichnet (Kneese, 1963; Dege, 1972). Zu der Zeit vollständig mit Beton ausgekleidet, führte sie das Abwasser aus Haushalten und Industrie der ganzen Region. Susanne Moebus und Alexander Knickmeier diskutieren in ihrem Beitrag den Emscherumbau seit Anfang der 1990er-Jahre als eine bedeutende Public-Health-Intervention im Ruhrgebiet. ■

Andrea Rüdiger, Heike Köckler, Claudia Hornberg, Odile Mekel

LITERATUR:

Bajohr, F. & Gaialat, M. (Hrsg.) (1991). *Segeroth – ein Viertel zwischen Mythos und Stigma*. Ergebnisse, Hamburg

Dege, W. (1972). Die Entwicklung der Wirtschaftszonen des Ruhrreviers. In: W. Dege (Hrsg.). *Das Ruhrgebiet*. Vieweg+Teubner Verlag, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-322-84288-6_4

Kneese, A. V. (1963). Water quality management by regional authorities in the Ruhr area with special emphasis on the role of cost assessment. *Papers in Regional Science*, 11(1), 229–250

1.1
Umweltgerechtigkeit im Ruhrgebiet. Frühe Studien zu Umweltbelastungen, Gesundheitsgefahren, sozialräumlichen Verteilungsungleichheiten und politischen Konsequenzen

Jan Jarre, Knut Rauchfuss

Umweltgerechtigkeit und die Kontinuität ihrer Wahrnehmung

Es gibt keine soziale Gerechtigkeit ohne Umweltgerechtigkeit, also ohne eine sozial gerechte Verteilung von Umweltrisiken und -ressourcen. Diese (politische) Erkenntnis ist nicht neu. Schon vor Jahrzehnten wurde sie mit Blick auf das Ruhrgebiet formuliert. Dies gilt nicht nur für das allseits bekannte Bild vom blauen Himmel über der Ruhr, welches der spätere Bundeskanzler Willy Brandt seinerzeit im Wahlkampf 1961 prägte, sondern auch für konkrete politische Aktivitäten.

Im Dezember 1963 wurde in Essen durch die Zusammenlegung des 1960 gegründeten Forschungsinstituts für Luftreinhaltung mit der Landesanstalt für Bodennutzungsschutz die Landesanstalt für Immissions- und Bodennutzungsschutz geschaffen, eine Landesumweltbehörde, die in den Folgejahren umfangreiche Messdaten zur Luftverschmutzung erhob und die empirische Basis nicht zuletzt auch für eine Umweltgerechtigkeitsforschung legte.[1] Zugleich richtete sich das politische Interesse im Ruhrgebiet zu dieser Zeit ebenfalls auf Einzelmaßnahmen, wie z. B. die Gestaltung von Revierparks, die planungsrelevante Berücksichtigung von Frischluftschneisen, auf die Beseitigung unangenehmer und belastender Geruchsemissionen entlang der Emscher sowie

1 Die Vorläuferinstitution, das Forschungsinstitut für Luftreinhaltung, unterhielt lediglich einige wenige Messstellen, u. a. am Essener Hauptbahnhof und am Porscheplatz. Die Messungen hatten seinerzeit noch keine Handlungskonsequenzen.

auf die gesundheitliche Vorsorge für die Arbeitenden in Bergbau und Schwerindustrie. Häufig war in diesen Fällen die augenfällige Erkenntnis der ungleichen Verteilung von Umweltbelastungen und ihrer gesundheitlichen Konsequenzen durchaus motivationsleitend. Allerdings so gut wie nie wurden derartige Aktivitäten explizit als verteilungspolitisch-gerechtigkeitsorientierte Maßnahmen eingefordert oder weiterreichende Konzepte wie das einer »verteilungsorientierten Umweltpolitik« oder der »umweltbezogenen Gerechtigkeit« ins Spiel gebracht.

Dabei waren die politische wie die wissenschaftliche Motivation, Umweltprobleme anzupacken, bereits zu Beginn der 1970er-Jahre vielversprechend: So wurden u. a. 1970 das Sofortprogramm und 1971 das erste Umweltprogramm der Bundesregierung beschlossen, im selben Jahr der Sachverständigenrat für Umweltfragen und 1974 das Umweltbundesamt ins Leben gerufen. Es wurde ab 1972 intensiv über die »Grenzen des Wachstums« und über die weltweite Dimension der Umweltprobleme (Stockholm) diskutiert, und ab 1971 gab die »Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel« innovative, umweltbezogene Forschungsarbeiten in Auftrag.

Bereits das erste der periodischen Gutachten des Sachverständigenrates für Umweltfragen (SRU, 1974: XV, Zif. 92) enthält verteilungsbezogene Forderungen: »In die Beurteilung gesamtwirtschaftlicher Auswirkungen des Umweltschutzes sind auch die vielfach vernachlässigten Verteilungswirkungen einzubeziehen. Hierzu sind detaillierte empirische Studien erforderlich und entsprechend zu unterstützen.« Zudem gehöre zum Ziel einer gerechteren Einkommensverteilung auch eine verstärkte Nutzungsmöglichkeit öffentlicher Umweltgüter durch einkommensschwächere Gruppen (SRU, 1974, S. 169, Zif. 625). Weiter wird darauf verwiesen, dass beim derzeitigen Forschungsstand Verteilungswirkungen einer durch politische Maßnahmen gegebenenfalls verbesserten »Lebensqualität« nicht zu beurteilen seien (SRU, 1974, S. 171, Zif. 629).

Für die Wissenschaft konnte dies als großes Versprechen der Unterstützung weiterer Forschungsanstrengungen interpretiert werden. Anknüpfend an das Gesetz zur Förderung der Stabilität und des Wachstums der Wirtschaft (StabG) von 1967, wurde mit Blick auf Zielkonflikte zwischen dem Umweltschutz und den etablierten volkswirtschaftlichen Zielen ohnehin viel geforscht, vor allem natürlich zum Thema Konflikte zwischen Umweltschutz und Vollbeschäftigung. Aber auch Verteilungswirkungen öffentlicher Güter und der Umweltpolitik insgesamt wurden bereits früh analysiert (Külp, 1976, S. 9 ff.; Pfaff & Pfaff, 1977, S. 183 ff.; Zimmermann, 1985).

Die Arbeit von Anita und Martin Pfaff z. B. bezieht sich in einer empirischen Fallstudie auf die Stadt Augsburg, stützt sich allerdings nicht auf Immissionsmessungen, sondern schätzt die objektive Belastung aufgrund meteorologischer Gegebenheiten wie z. B. der Windrichtung. Im Ergebnis zeigen sich keine auffälligen sozioökonomischen Ungleichverteilungen. In der abschließenden Bewertung heißt es: »Da die Siedlungsmuster in den untersuchten Kommunen Bayerns nicht so offensichtlich nach Einkom-

men oder Beruf differenziert sind, wie dies für das Ruhrgebiet zuzutreffen scheint, ist die räumliche Verteilung der Belastung und damit der Nutzen einer Umweltschutzpolitik zur Reduktion der Belastung nicht so offensichtlich« (Pfaff & Pfaff, 1977, S. 217).

Klaus W. Zimmermann verfolgte in seiner 1985 veröffentlichten, weit ausgreifenden Habilitationsschrift bereits seit Mitte der 1970er-Jahre das Ziel, sowohl direkte Verteilungseffekte des Umweltschadens und des Umweltnutzens als auch Verteilungseffekte der Umweltpolitik insgesamt in seine Analyse einzubeziehen. Er beschließt seine Arbeit mit der Erkenntnis, dass eine tragfähige Datenbasis für eine Verteilungsfragen berücksichtigende Umweltpolitik noch bereitgestellt werden müsse (Zimmermann, 1985, S. 301), insbesondere seien bessere Informationen notwendig über

- die räumliche Verteilung von Nutzen und Kosten des Umweltschutzes,
- die Inzidenz der Umweltpolitik nach sozioökonomischen Gruppen und
- die »dynamische« Inzidenz im Sinne der Anpassungsreaktionen an die geänderte Struktur relativer Preise, insbesondere der Boden- und der Mietpreise.

Diese Informationslücken sind auch heute noch zu beklagen.

Erste empirische Analysen für das Ruhrgebiet

Die sozioökonomische Analyse von Umweltschäden und -verbesserungen ist erkennbar keine Erfindung des frühen 21. Jahrhunderts. Auch für das Ruhrgebiet gibt es bereits Studien aus den 1970er-Jahren, die zeigen, dass Umweltbelastungen und schädliche Folgewirkungen gesundheitlicher Art in der Bevölkerung nicht gleich verteilt sind.

Sehr anspruchsvolle und vor allem auch fachgebietsübergreifende Forschungen wurden ab 1972 am Institut für Umweltschutz und Umweltgüteplanung der Universität Dortmund (INFU) initiiert. Drei aufeinanderfolgende Projekte widmeten sich der Erhebung und Darstellung regionaler Umweltbelastungen (BELADO) (Werner, 1975), der Ermittlung ihrer sozialräumlichen Auswirkungen (UMSOZ)[2] und der Bearbeitung in diesem Zusammenhang auftretender Konflikte zwischen gesellschaftlichen Gruppen (UKOSIM)[3].

Für unser Thema sind vor allem die Erkenntnisse der UMSOZ-Studie interessant: Im industriellen Ballungsraum Dortmund wurden signifikante Unterschiede in der gruppenspezifischen Verteilung von Umweltbelastungen ermittelt. Das Belastungsmodell Dortmund, das u. a. Messdaten zur Immissionsbelastung für Schwefeldioxid, Staub

2 Peter, G. u. a. (1975). *Umweltbelastungen und ihre sozialräumlichen Auswirkungen (UMSOZ). Erster Zwischenbericht Dezember 1975.* Diese Studie scheint über Zwischenberichte nicht hinausgekommen zu sein. Ein Endbericht ist nicht auffindbar und wurde wahrscheinlich nicht erstellt, weil ein Institutsleiterwechsel dazu führte, dass sich kurzfristig die Forschungsprioritäten veränderten (mündliche Information von Gerd Peter, November 2022).

3 Peter, G.; Schulz, V. (o. J.). *UKOSIM. Umweltkonfliktsimulationsspiel*. Manuskript. Dortmund.

und Lärm sowie Belastungen durch fehlende Naherholungseinrichtungen berücksichtigte, lieferte die empirischen Grundlagen. Die Daten wurden auf eine einheitliche Skala normiert und mithilfe einer Delphi-Expertenbefragung wirkungsorientiert gewichtet. Die Autor:innen kamen für Dortmund im Bereich Luft (SO_2, Grobstaub) zu der Erkenntnis »[…], daß Arbeiter stärker belastet sind als Angestellte und Beamte. Höhere Angestellte aus dem produktiven Bereich sind weniger belastet als die Angestellten insgesamt, höhere Beamte sind ebenfalls weniger belastet als Beamte insgesamt, etwa gleich belastet wie die Führungskräfte der Industrie.« Am Ende des Zwischenberichts heißt es zusammenfassend: »Die Ausgangshypothese, je höher die Umweltbelastung, desto geringer der Anteil oberer Bevölkerungsschichten, oder umgekehrt, je geringer die Umweltbelastung, desto geringer der Anteil unterer Bevölkerungsschichten, wurde statistisch für den Bereich der Luftbelastung (SO_2, Staub) bestätigt, […] Lärmbelastung zeigt sich demgegenüber auf die unterschiedlichen sozialen Schichten relativ gleichverteilt« (Peter, o. J., S. 37).[4]

Anknüpfend an das BELADO-Modell und die dort erhobenen Daten, aber unabhängig vom INFU, analysierte der Geograph Reinhold E. Lob (1977) sozialräumliche Aspekte von Umweltbelastungen auf kleinräumiger Ebene im Umkreis der Hoesch-Hüttenwerke in Dortmund-Hörde und im Bereich der Westfalenhütte im nordöstlichen Dortmund. Lob (1977, S. 172) kommt für den Bereich Hörde zu folgendem Ergebnis: »Zusammenfassend kann gesagt werden, daß in Hörde mit steigender Umweltbelastung die soziale Schichtung ungünstiger wird, die Hausqualität abnimmt, die Geschoßhöhe größer wird.« Für die Westfalenhütte und ihre Umgebung fallen Lobs Erkenntnisse differenzierter aus, und er verweist in diesem Zusammenhang auf die besondere Bedeutung siedlungsgenetischer Effekte. In Hörde entwickelte sich die Wohnbebauung in Schichten um das Werk herum. Die Westfalenhütte dagegen wurde auf der grünen Wiese angelegt. Es wurde großräumiger und mit Reserveflächen geplant. Dabei entstanden die ältesten Wohnbezirke meist in weiterem Abstand als die jüngeren. Besonders bedeutsam ist für Lob eine Siedlung an der Westfalenhütte, für die er feststellt: »Sie hat eine starke Vertretung der Mittelschicht, nahezu optimale Hausqualitäten und die stärkste Umweltbelastung. Sie liegt unmittelbar am Werk, ist aber durch einen teils parkähnlich gestalteten Schutzstreifen optisch davon getrennt.« Und er resümiert wie folgt: »Bei geringer faktischer Immissionsschutzwirkung haben die grünen Schutzzonen um das Werk im Wesentlichen eine ästhetische und optische Positivwirkung für die Wohnumwelt. Diese aber ist so wichtig, daß sie wohl wesentlich die Entwicklung der Siedlung mitbeeinflusst hat« (Lob, 1977, S. 179).

4 Der Lärmanalyse lagen die Messwerte für Lärmkarten in Dortmund zugrunde. Die Messungen fanden von Mai 1961 bis November 1962 an Werktagen statt. Dazu wurden »Normierungsfunktionen« erstellt, deren unterer Wert bei 20 dB (A) und deren obere Grenze bei 50 bzw. 65 dB (A) lagen (genauer bei Werner, 1975, S. 28).

In den 1970er-Jahren waren zudem die Institute für Europäische Wirtschaftspolitik und Verkehrswissenschaft der Universität Hamburg frühe Zentren der regional- und umweltökonomischen Forschung. Initiiert durch die Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, entstand dort ab 1974 die Studie »Umweltbelastungen und ihre Verteilung auf soziale Schichten« von Jan Jarre (1975), eine empirische Untersuchung am Beispiel des Ruhrgebietes. In der Folge wurden bis 1977 weitere Arbeiten veröffentlicht (Jarre, 1976; Jarre, 1977). Neben dem Ruhrgebiet stand dabei speziell die Stadt Duisburg im Zentrum der Analyse, die sich auf Daten der Volks- und Berufszählung von 1970 sowie regionale Immissionsmessungen der Landesanstalt für Immissions- und Bodennutzungsschutz stützte. Hier einige wichtige Erkenntnisse (Jarre, 1976, S. 180 ff.):

- Die Mehrzahl der Arbeiter:innenwohngebiete und die Masse der Arbeiter:innenbevölkerung ist 1970 im innerstädtischen Vergleich überdurchschnittlichen Schadstoffbelastungen und dabei meist mehreren Schadstoffen gleichzeitig ausgesetzt. Die sozioökonomische Gruppe der Arbeiter:innen ist deutlich stärker durch Umweltbelastungen betroffen als die Gruppen der Angestellten, Beamt:innen und Selbstständigen.
- Neben Wohngebieten mit hohen Arbeiter:innenanteilen verzeichnen vor allem städtische Zentren und Unterzentren überdurchschnittliche Schadstoffbelastungen. Die hier häufig stark vertretene Gruppe der Selbstständigen (Einzelhändler:innen) ist überdurchschnittlich betroffen.
- Die Mehrzahl der Arbeiterwohngebiete ist durch mangelnde Gelegenheiten für die Tageskurzerholung in nahe gelegenen (d. h. höchstens 1,25 km von der Wohnung entfernt liegenden) Grünanlagen gekennzeichnet.
- Das schichtenspezifische Freizeitverhalten trägt dazu bei, die unterschiedliche Immissionsbelastung tendenziell zu verstärken, da bei Arbeiter:innen und unteren Einkommensschichten, die im Wohnbereich den höchsten Belastungen ausgesetzt sind, ein wohnungszentriertes Freizeitverhalten festzustellen ist.[5]
- Arbeiter:innen sind auch am Arbeitsplatz größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt als die anderen sozioökonomischen Gruppen im Revier (Jarre, 1976, S. 126 ff.).

Neben der Bestandsaufnahme wurde auch der Frage nachgegangen, welche umweltpolitischen Maßnahmen eingesetzt werden könnten, um die unerwünschte Verteilungsrealität im Wohnungs-, Freizeit- und Arbeitsbereich tendenziell zu korrigieren (Jarre, 1977, S. 43 ff.). Die Vorschläge sind damals wie heute recht ähnlich. Sie laufen

5 Diese Erkenntnis basiert auf der Sichtung der damaligen Sekundärliteratur zum schichtenspezifischen Freizeitverhalten nicht zuletzt im Ruhrgebiet: Jarre, 1976, S. 144 ff.

darauf hinaus, die unterschiedliche Verteilung von Umweltgütern wie -schäden endlich so ernst zu nehmen, dass umwelt- und gesundheitspolitisch engagiert gegengesteuert wird, und zwar vor allem auch vor Ort, in kleinräumigen, kommunalen Strukturen.

In den 1980er-Jahren erschienen auch erste empirische Untersuchungen aus dem Bereich der Sozialepidemiologie. Mielck (1985) konnte anhand der Daten aus den Hamburger Schuleingangsuntersuchungen aus dem Jahr 1979 zeigen, dass Schulanfänger:innen aus Arbeiterhaushalten stärker gegenüber den Luftschadstoffen Schwefeldioxid und Stickstoffmonoxid exponiert waren.

Eine entsprechende Auswertung der Schuleingangsdaten aus Brandenburg 1994 dokumentierte, dass soziale Benachteiligung mit Wohnen an viel befahrenen Hauptstraßen assoziiert war (MASGF, 1994), ein Zusammenhang, der sich auch in der 1992/93 durchgeführten »Bitterfeldstudie« von Heinrich et al. (1998a) bestätigte. Diese Studie zeigte auch eine erhöhte Cadmiumbelastung im Urin von sozial Benachteiligten (Heinrich, 2001). Thiele und Burkhardt (1991) konnten für die Stadt Hamburg belegen, dass Umweltqualität in der Wohnumgebung mit dem Sozialstatus der Quartiere abnimmt und die Krebserkrankungshäufigkeit zunimmt, dass sozial Benachteiligte auch am Arbeitsplatz verstärkten Belastungen ausgesetzt sind und dass »ihr Wissen über gesundheitsbewusstes und krebsvermeidendes Verhalten« geringer ist, ebenso »die Möglichkeiten, dieses Wissen – soweit vorhanden – zu verwirklichen« (Thiele & Burkhardt, 1991, S. 104). Auch in Nordrhein-Westfalen wurde in den 1990er-Jahren der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Bleibelastung im Blut epidemiologisch untersucht. Sozial benachteiligte Kinder zeigten deutlich erhöhte Bleibelastungen (Krämer et al., 1997).

Insgesamt erschienen in den 1990er-Jahren noch eine Reihe weiterer umweltbezogener Studien, die Exposition und Erkrankungsraten in Abhängigkeit vom Sozialstatus untersuchten, insbesondere atopische Erkrankungen. Eine Übersicht hierzu findet sich bei Heinrich et al. (1998b). Auch das Statistische Bundesamt (1998, S. 113 ff.) bestätigte diese Situation: »Die hohe und wachsende Mietbelastung einkommensschwacher Haushalte führt zu ihrer anhaltenden Abdrängung in billigere Wohnungen mit schlechtem Ausstattungsstandard, geringer Wohnfläche, hohen Belastungen durch Verkehrslärm und Abgase sowie kinderfeindlichem Wohnumfeld […] Mehr als 20 % aller Haushalte in Deutschland leben in Wohnungen, die dauernd durch Verkehrslärm belastet sind […] 12 % der Haushalte klagen über ständige Gerüche und Abgase, knapp 13 % über dauernde Staubbelästigung.«

Im Zuge einer Übersichtsarbeit im Auftrag des Büros für Technikfolgenabschätzung im Deutschen Bundestag fassten Heinrich et al. (1998a, S. 5) den Kenntnisstand vor Beginn des Millenniums folgendermaßen zusammen: »Ökologische Studienansätze deuten darauf hin, dass Wohngegenden mit höheren Luftschadstoffbelastungen über-

proportional durch Personen der unteren sozialen Schichten bewohnt werden. Kinder […] der unteren sozialen Schichten wohnen häufiger an verkehrsreichen Straßen und sind somit auch in höherem Maße den verkehrsabhängigen Luftschadstoffen und dem höheren Lärmpegel ausgesetzt. Die Expositionen durch Außenluftschadstoffe und Lärm sind in der unteren sozialen Schicht größer als in anderen Schichten.«[6]

Umweltgerechtigkeit wird als Forschungsthema entdeckt

Trotz dieser Erkenntnisse und verschiedener Hinweise auf politisch erwünschte Konsequenzen hat es jedoch bis in die 2000er-Jahre gedauert, bis Politik und Verwaltung, aber auch Wissenschaft und Medien diesem Thema einen höheren Stellenwert eingeräumt haben. Die ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen und ihren Folgewirkungen wurden im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts interessanterweise von niemandem als so bedeutsam angesehen, dass diese Erkenntnis in Politik, Verwaltung und Wissenschaft handlungsleitend wurde.[7] Maßgeblich dazu beigetragen hat sicherlich, dass ab Mitte der 1970er-Jahre weiterreichende umweltpolitische Reformbestrebungen auf bundesdeutscher Ebene und entsprechende Forschungsanstrengungen durch die ökonomischen Schwierigkeiten – insbesondere die hohe Arbeitslosigkeit – in die Defensive gerieten. Bald danach dominierte in der wirtschaftspolitischen Praxis die »angebotsorientierte Wirtschaftspolitik«, die verteilungspolitischen Fragen ohnehin keine sonderliche Bedeutung beimaß.

Weitere Ursachen kamen hinzu. Im ausgehenden 20. Jahrhundert konzentrierte sich die gesundheitspolitische Debatte verstärkt auf das individuelle Gesundheitsverhalten (Bolte & Mielck, 2004, S. 13). Umweltpolitisch gewann die umweltsoziologische Sichtweise von Beck (1986) diskursiv an Einfluss und damit auch die Auffassung, Umweltbelastungen seien wegen globaler Ausbreitung auch sozial gleichmäßig verteilt. Symbolisch für diese Sichtweise steht der Satz: »Not ist hierarchisch, Smog ist demokratisch« (Beck, 1986, S. 48). Kraemer (2007) führt die Rückläufigkeit der Aufmerksamkeit für umweltbezogene Verteilungsanalysen außerdem auf die flächendeckenden umweltpolitischen Erfolge ab den 1970er-Jahren zurück, von denen alle sozialen Gruppen profitiert haben. Zudem seien die verbliebenen sozialräumlichen Verteilungsungerechtigkeiten auch für die Betroffenen selbst seitdem nur noch im Ausnahmefall direkt sichtbar oder erfahrbar.

6 Der Unterschied zur relativen Gleichverteilung von Lärm in der oben zitierten UMSOZ-Studie ergibt sich vermutlich aus der zunehmenden Verkehrs- und Lärmbelastung in Innenstädten und an Durchfahrtsstraßen sowie des dadurch initiierten Wohnungswechsels reicherer Bevölkerungsgruppen in den Nach-70er-Jahren.

7 Über die Frage nach dem Warum wurden ebenfalls sehr frühzeitig Vermutungen angestellt, die auch für die Gegenwart noch erklärungsrelevant sind, z. B. durch Zimmermann (1983, S. 427 ff.).

Anfang der 2000er-Jahre kehrte das Thema schließlich auf dem Umweg über die USA nach Deutschland zurück. In den USA hatte zu Beginn der 1980er-Jahre die US-amerikanische Bürgerrechtsbewegung das Thema »Environmental Justice« auf die gesellschaftliche Agenda gesetzt, und Mitte der 1990er-Jahre wurde es dort nach zahlreichen Protesten, insbesondere gegen »Environmental Racism«, auch durch staatliche Behörden aufgegriffen, rechtlich kodifiziert und in die Arbeit der oberen Umweltbehörden integriert. Auf diesem Umweg gelangte das Anliegen einer sozial gerechten Verteilung von Umweltrisiken und -ressourcen, aber ebenso die Frage der Beteiligung an umweltpolitischen Entscheidungsprozessen (Verfahrens- oder Ergebnisgerechtigkeit) und der sozialen Verteilung von Umweltschutzkosten zurück auf die Agenda der umweltpolitischen und gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland (Schlüns, 2007). Im Unterschied zu den USA aber wurde diese Debatte nicht durch die Umweltbewegung in den deutschen Diskurs eingetragen, sondern durch einige, zunächst wenige Wissenschaftler:innen, für die exemplarisch die Namen Gabriele Bolte (2006), Horst Dietrich Elvers (2011), Joachim Heinrich (2000), Claudia Hornberg (Hornberg et al., 2008; 2011), Heike Köckler (2008), Andreas Mielck (Mielck & Heinrich, 2002) und Werner Maschewsky (2004; 2008) stehen (Bolte et al., 2012).

Es bestand der Anspruch, die noch immer dünne empirische Datenlage auszuweiten, um Grundlagen für die umweltpolitische Planung von Strategien für mehr Umweltgerechtigkeit zu schaffen. Kurz hintereinander wurden verschiedene Studien zur Situation der Umweltgerechtigkeit in Deutschland durchgeführt und veröffentlicht (Bolte et al., 2004; Heinrich et al., 2005; Hoffmann et al., 2003; Köckler et al., 2008; Mielck, 2004). Im städtischen Ballungsraum Rhein/Ruhr entstand erstmals eine umweltepidemiologische Studie, die Messdaten zur Exposition kleinräumig modellierte, diese Belastungen GIS-basiert individuell zuordnete und auf diese Weise mit den Sozialdaten der einzelnen Proband:innen ins Verhältnis setzen konnte. Untersucht wurden so einerseits die Expositionen gegenüber Luftschadstoffen und Innenraumbelastungen, andererseits verschiedene interne Belastungs- und Wirkparameter im Humanbiomonitoring und im Effektmonitoring in Abhängigkeit von unterschiedlichen Indikatoren zum Sozialstatus (Kolahgar et al., 2006). Die Daten waren an Kindern und ihren Müttern während der Schuleingangsuntersuchungen des Jahres 2000 erhoben worden. In dieser Studie bestätigte sich für die Städte Duisburg, Dortmund und Borken der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und verstärkter Exposition gegenüber Luftschadstoffen. Mit Ausnahme von Allergien zeigten sich auch zunehmende schädliche Gesundheitseffekte mit abnehmendem Sozialstatus. Dies betraf vor allem Beeinträchtigungen der Lungenfunktionsparameter, aber auch Nephrotoxizitätsmarker (Hoffmann et al., 2009). Besonders ausgeprägt waren die vom Sozialstatus abhängigen Expositionseffektbeziehungen bei Proband:innen mit Migrationshintergrund (Rauchfuss et al., 2008).

Die Studie entstand im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen[8] und legte konsekutiv auch den Grundstein für die Verankerung des Themas im Masterplan Umwelt und Gesundheit. Seither bildet das Handlungsfeld »Umweltgerechtigkeit« ein Querschnittsthema in den Aktivitäten der Landesregierung im Bereich Umwelt & Gesundheit.[9] So heißt es mittlerweile auch im Koalitionsvertrag der Landesregierung für die Legislaturperiode 2022–2027 unter der Überschrift »Umweltgerechtigkeit: ›Zum Wohl von Mensch und Umwelt hat der Staat die Aufgabe, seine Schutzfunktion wahrzunehmen und alle Menschen auch im Sinne des Vorsorgeprinzips gleichermaßen vor schädlichen Umweltbelastungen zu bewahren‹« (Landesregierung NRW, 2022, Z. 1566–1573). In diesem Kontext wurden seit 2013 im Rahmen des MPUG, auch in Kooperation mit unterschiedlichen Kommunen, verschiedene Projekte zur Förderung von mehr Umweltgerechtigkeit durchgeführt. Ein Anfang ist also gemacht. Der Weg zu einer sozial gerechten Verteilung von Umweltbelastungen und -ressourcen, einer breiten Beteiligung aller gesellschaftlichen Schichten an umweltpolitischen Entscheidungsprozessen und hin zu einer sozial gerechten Verteilung von Umweltschutzkosten ist jedoch auch fast 50 Jahre nach der ersten empirischen Umweltgerechtigkeitsstudie (Jarre, 1975) in den städtischen Ballungsräumen des Ruhrgebiets immer noch lang.

LITERATUR

Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne.* Suhrkamp

Bolte, G. (2006). Environmental Justice – Umweltgerechtigkeit. *Umweltmed Forsch Prax,* 11(3), 161–172

Bolte, G. & Mielck, A. (Hrsg.) (2004). *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen.* Juventa

Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H. & Mielck, A. (Hrsg.) (2012). *Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven.* Verlag Hans Huber

Bolte, G.; Elvers, H.-D.; Schaaf, B. et al. (2004). Soziale Ungleichheit bei der Belastung mit verkehrsabhängigen Luftschadstoffen: Ergebnisse der Kinderkohortenstudie LISA. In: G. Bolte & A. Mielck (Hrsg.). *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen* (S. 175–198). Juventa

Elvers, H. D. (2005). *Umweltgerechtigkeit (Environmental Justice): Integratives Paradigma der Gesundheits- und Sozialwissenschaften?* UFZ Discussion Paper 14/2005, UFZ-Umweltforschungszentrum Leipzig-Halle

Elvers, H. D. (2011). Umweltgerechtigkeit. In: M. Groß (Hrsg.). *Handbuch Umweltsoziologie* (S. 464–484). VS Verlag für Sozialwissenschaften

8 Das Aktionsprogramm Umwelt & Gesundheit (APUG NRW) wurde von 2000 bis 2010 als integriertes Programm der nordrhein-westfälischen Landesregierung nach dem Vorbild der von der WHO ab 1994 initiierten nationalen Aktionspläne (NEHAP) aufgestellt und sollte erste Erfahrungen in der ressortübergreifenden Bearbeitung des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes ermöglichen. Es wurde ab 2013 durch den Masterplan Umwelt & Gesundheit (MPUG NRW) abgelöst und erweitert: www.umwelt-und-gesundheit.nrw.de

9 Vgl. www.umwelt-und-gesundheit.nrw.de/themen/umweltgerechtigkeit/

Heinrich, J. (2001). Exposition durch Umweltschadstoffe im Wohnumfeld und im Innenraum. In: A. Mielck & K. Bloomfield (Hrsg.). *Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten.* Juventa

Heinrich, J.; Gehring, U.; Cyrys, J.; Brauer, M.; Hoek, G.; Fischer, P.; Bellander, T. & Brunekreef, B. (2005). Exposure to traffic related air pollutants: Self reported traffic intensity versus GIS modelled exposure. *Occupational and Environmental Medicine,* 62, 517–523

Heinrich, J.; Mielck, A.; Schäfer, I. & Mey W. (1998a). Soziale Ungleichheit und umweltbedingte Erkrankungen in Deutschland. Empirische Ergebnisse und Handlungsansätze. In: H. E. Wichmann; H. W. Schlipköter & G. Fülgraff (Hrsg.). *Fortschritte in der Umweltmedizin*. Ecomed Verlagsgesellschaft

Heinrich, J.; Mielck, A.; Schäfer, I. & Mey, W. (2000). Social inequality and environmentally-related diseases in Germany: Review of empirical results. *Soz Präventivmed*, 45, 106–118

Heinrich, J.; Popescu, M. A.; Wjst, M.; Goldstein, I. F. & Wichmann, H. E. (1998b). Atopy in Children and Parental Social Class. *American Journal of Public Health,* 88 (9), 1319–1324

Hoffmann, B.; Kolahgar, B.; Rauchfuss, K.; Eberwein, G.; Franzen-Reuter, I.; Kraft, M.; Wilhelm, M.; Ranft, U. & Jockel, K. H. (2009). Childhood social position and associations between environmental exposures and health outcomes. *Int J Hyg Environ Health*, 212: 146–156

Hoffmann, B.; Robra, B.-P. & Swart, E. (2003). Soziale Ungleichheit und Straßenlärm im Wohnumfeld – eine Auswertung des Bundesgesundheitssurveys. *Gesundheitswesen*, 65: 393–401

Hornberg C. & Pauli A. (Hrsg.) (2008). *Umweltgerechtigkeit – die soziale Verteilung von gesundheitsrelevanten Umweltbelastungen. Dokumentation der Fachtagung vom 27. bis 28. Oktober 2008 in Berlin.* Arbeitsgruppe 7 – Umwelt und Gesundheit, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Hornberg, C.; Bunge, C. & Pauli, A. (2011). *Strategien für mehr Umweltgerechtigkeit. Handlungsfelder für Forschung, Politik und Praxis*. Arbeitsgruppe 7 – Umwelt und Gesundheit, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Jarre, J. (1975). *Umweltbelastungen und ihre Verteilung auf soziale Schichten*. Schwartz

Jarre, J. (1976). *Die verteilungspolitische Bedeutung von Umweltschäden*. Wirtschaftspolitische Studien 42. Vandenhoeck & Ruprecht

Jarre, J. (1977). Überlegungen zu einer verteilungsorientierten Umweltpolitik. *Wirtschaftsdienst*, 57(1), 41–46. Weltarchiv

Köckler, H. (2008). Zur Integration umweltbezogener Gerechtigkeit in den planerischen Umweltschutz. In: K.-S. Rehberg (Hrsg.). *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilband 1 und 2* (S. 3703–3716). Campus

Köckler, H.; Katzschner, L.; Kupski, S.; Katzschner, A. & Pelz, A. (2008). *Umweltbezogene Gerechtigkeit und Immissionsbelastungen am Beispiel der Stadt Kassel. CESR-Paper 1.* Kassel University Press

Kolahgar, B.; Hoffmann, B. & Jöckel, K.-H. (2006). *Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen und gesundheitlichen Folgen an industriellen Belastungsschwerpunkten in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht des LANUV NRW*

Kraemer, K. (2007). Umwelt und soziale Ungleichheit. *Leviathan*, 35, 348–372

Krämer, U.; Altmann, L.; Behrendt, H.; Dolgner, R.; Islam, M. S.; Kaysers, H. G.; Ring, J.; Stiller-Winkler, R.; Turfeld, M.; Weishoff-Houben, M.; Willer, H. & Winneke, G. (1997). Comparison of the influence of socioeconomic factors on air pollution health effects in West and East Germany. In: M. Jantunen (Hrsg.). *Socioeconomic and cultural factors in air pollution epidemiology. Air pollution epidemiology report number 8* (S. 41–49). European Commission

Külp, B. (1976). Verteilungswirkungen der Umweltschutzpolitik. In: O. Issing (Hrsg.). Ökonomische Probleme der Umweltschutzpolitik (S. 91). Schriften des Vereins für Sozialpolitik

Landesregierung NRW (2022). *»Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen«. Koalitionsvereinbarung von CDU und GRÜNEN 2022–2027*

Lob, R. E. (1977). Sozialräumliche Aspekte von Umweltbelastungen in Verflechtungsgebieten von Schwerindustrie und Wohnbebauung. In: R. E. Lob & H. W. Wehling (Hrsg.). *Geographie und Umwelt. Festschrift für Prof. Dr. Peter Schneider.* Athenäum

Maschewsky, W. (2004). *Umweltgerechtigkeit – Gesundheitsrelevanz und empirische Erfassung.* Discussion Papers/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 2004–301

Maschewsky, W. (2008). Umweltgerechtigkeit als Thema für Public-Health-Ethik. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 200–210

MASGF (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg) (1997). *Zur Gesundheit der Schulanfänger im Land Brandenburg*

Mielck, A. & Heinrich, J. (2002). Soziale Ungleichheit und die Verteilung umweltbezogener Expositionen (Environmental Justice). *Gesundheitswesen*, 64, 405–416

Mielck, A. (1985). *Kind – Gesundheit – Stadt. Gesundheitliche Belastungen des Kindes durch die städtische Umwelt – am Beispiel Hamburg.* Verlag P. Lang

Mielck, A. (2004). Unterschiede bei Lärmbelastung und Luftverschmutzung nach dem Haushaltseinkommen. In: G. Bolte & A. Mielck (Hrsg.). *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen* (S. 139–153). Juventa

Pfaff, M. & Pfaff, A. B. (1977). Verteilungspolitische Auswirkungen der Umweltverschmutzung und Umweltschutzpolitik unter besonderer Berücksichtigung des Verursacherprinzips. In: B. Külp & H. D. Haas (Hrsg.). *Soziale Probleme in der modernen Industriegesellschaft. Verhandlungen auf der Arbeitstagung des Vereins für Sozialpolitik, Augsburg 1976.* Duncker und Humblot

Rauchfuss, K.; Hoffmann, B.; Kolahgar, B.; Eberwein, G.; Kraft, M. & Franzen-Reuter, I. (2008). Umweltgerechtigkeit: Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen und gesundheitlichen Folgen an industriellen Belastungsschwerpunkten in Nordrhein-Westfalen. *UMID*, 2, 35–38

Schlüns, J. (2007). Umweltbezogene Gerechtigkeit in Deutschland. In: Bundeszentrale für politische Bildung: Ökologische Gerechtigkeit. *APuZ,* 24/2007: 25–31

SRU (Sachverständigenrat für Umweltfragen) (1974). *Umweltgutachten 1974.* Kohlhammer

Statistisches Bundesamt (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland.* Metzler-Poeschel, Stuttgart

Thiele, W. & Burkhardt, N. (1991). Innerstädtische Verteilung der Gesamtkrebssterblichkeit in Hamburg 1986/88. *Hamburg in Zahlen*, 4, 101–105

Werner, G. (1975). *Umweltbelastungsmodell einer Großstadtregion: dargestellt am Beispiel der Stadt Dortmund (BELADO).* Erich Schmidt Verlag

Zimmermann, K. W. (1983). Ansatzpunkte einer verteilungsorientierten Umweltpolitik. *Kyklos*, 36(3)

Zimmermann, K. W. (1985). *Umweltpolitik und Verteilung. Eine Analyse der Verteilungswirkungen des öffentlichen Gutes Umwelt.* Erich Schmidt Verlag

1.2
Die Gartenstadt im Ruhrgebiet: Der baukulturelle gesundheitliche Beitrag der Essener Margarethenhöhe

Heike Oevermann

Ungeordnete Siedlungsentwicklung

Das Ruhrgebiet ist im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert ein vor allem industriell geprägter Agglomerations- und Transformationsraum, in dem zunächst Antworten auf die Wohnungsknappheit gefunden werden mussten und durch den Arbeitersiedlungsbau beantwortet wurden. Anders als in den verdichteten Elendsquartieren der großen Städte, wie bspw. in Berlin (u. a. Hegemann, 1930), wurde im rheinisch-westfälischen Kohlegebiet seit Mitte des 19. Jahrhunderts Wohnraum neben den dezentral liegenden Zechen benötigt. Es entstand eine ungeordnete polyzentrale Wohnsiedlungsentwicklung, die den Agglomerationsraum prägt.

Das Beispiel des in den 1970er-Jahren erkämpften Erhalts der Siedlung Eisenheim in Oberhausen (1844) durch die Bewohnerschaft zeigt heute nicht nur die älteste noch erhaltende und genutzte Werkssiedlung, sondern auch ihren gelungenen Beitrag für eine lebenswerte Wohnsituation. Mittlerweile sind viele der historischen Wohnsiedlungen, so auch die Margarethensiedlung, als qualitätsvoll anerkannt.

Im Laufe der 1890er-Jahre führte der steigende Arbeitskräftebedarf in der Montanindustrie in der Folge zu Wohnraumbedarf und Arbeiterwohnungsbau. Es rückten soziale, gesundheitliche und künstlerische Aspekte bei der Gestaltung des Siedlungswohnungsbaus in den Vordergrund, da diese in Bezug auf Anwerbung, Motivation und Erhaltung der Arbeitskraft eine zunehmend wichtige Rolle spielten (Scheer, 2010). Rauch und Ruß waren massive Gesundheitsgefährder im gesamten Ruhrgebiet. Der Königliche Kreisarzt von Essen bewertete 1912 die Emissionen der Kruppschen Gussfabrik und der vielen Zechenbetriebe als ganz bedeutend für die Altstadt und die Wohnorte in der Nähe der Fabriken und empfahl die räumliche Trennung von Wohnungen und Industrieanlagen (Brüggemeier, 1996, S. 222). Hygienische und gesundheitliche Missstände und daraus resultierende Epidemien der Verdichtung erlebten eher die Stadtzentren, wie bspw. 1866 in Essen mit einer Choleraepidemie (Scheer, 2010). Doch auch in den Siedlungen war die Wohnungsbelegung massiv. So beherbergte eine Zwei- bis Dreizimmerwohnung um 1900 – wobei die Wohnwaschküche als Zimmer zählte – durchschnittlich fünf Personen (Helfrich, 2000, S. 19).

Insbesondere der für die einfachen Bergarbeiter gedachte Wohnraum war bis in die 1960er/1970er-Jahre knapp bemessen und ohne fließendes Wasser oder Toiletten

für jede einzelne Wohnung; allerdings gab es oftmals (Selbstversorgungs-)Gärten. Die Siedlungen erfuhren Phänomene der Armut durch Schlafgänger, in der Regel junge, ledige Schichtarbeiter, die für geringes Geld stundenweise ein unbelegtes Bett nutzten (Ruhrmuseum, 2023).

Gartenstädtische Werkssiedlungen

Alfred Krupp und Sohn Friedrich galten als die Pioniere des Werkswohnungsbaus in Deutschland und bauten seit den 1860er-Jahren zunächst mehrgeschossige, kasernenartige Wohnquartiere, die bereits Grünflächen aufwiesen. Mit dem Begriff »gartenstädtisches Industriedorf« (Scheer, 2010, S. 99) oder »gartenstädtische Werkssiedlung« (Kastorff-Viehmann, 2009) bezeichnet, wiesen diese im unterschiedlichen Maße schon Elemente der Gartenstadt auf (Mikuscheit 2017). Sie entsprachen aber selten umfassend der Definition nach Howards maßstabsetzenden Buch »Garden Cities of tomorrow« (Howard, 1902).

Bei den gebauten Rezeptionen dieses Schlüsselkonzeptes im Ruhrgebiet wurden meist Variationen von Straßenführung und Gebäuden, mit anderen Worten variable Typengrundrisse, geschaffen. Mit diesen und den in den Stadtteil hineinkomponierten Grünanlagen und Ruhezonen ist Gestaltungswillen für die Siedlung erkennbar realisiert. Die bei Howard wichtigen Aspekte der Nah- und Nahrungsversorgung, Gesundheits-, Bildungs-, Religions-, Verwaltungs- und Kultureinrichtungen sowie Anschluss an Verkehr und Transport wurden meist untergeordnet behandelt.

Werkssiedlungen im Ruhrgebiet waren zudem Instrumente paternalistische Fürsorge. Der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutete auch den Verlust des Wohnrechts. Damit wurde oftmals eine Loyalität zwischen Arbeitenden und Unternehmen geprägt, die gleichzeitig eine existenzielle Abhängigkeit darstellte. Allerdings sind in der Region zwischen 1897 und 1914 häufige Belegschaftswechsel und stärkere Verhandlungspositionen der Arbeitenden nachgezeichnet, die aufgrund des herrschenden Arbeitskräftemangels durchgesetzt werden konnten (Scheer, 2010).

Die Leistung der gartenstädtischen Werkssiedlung im Ruhrgebiet bestand nicht nur darin, dass sie Wohnraum schaffte, sondern auch darin – vor einer einsetzenden kommunalen Planung – gestaltete Stadt- bzw. Siedlungsräume zu bauen. Allerdings mussten diese Siedlungen, da es sich um Wohnfunktionen für Unternehmen handelte, keine unterschiedlichen Interessen und Akteure balancieren oder großräumliche, womöglich regionale Bezüge formulieren.

Die patriarchalische, gar missionarische Dimension dieser durch den gestalteten Wohnort angestrebten ästhetischen Erziehung und Bildung, die auch der Deutsche Werkbund zu dieser Zeit propagierte, wird seit den 1980er-Jahren durchaus kritisch aufgearbeitet (u. a. Sturm, 1984). Trotzdem kann anerkannt werden, dass grundsätzlich

eine gut gestaltete Umwelt dem Wohlbefinden dient. Ambivalent sind auch die Bezüge gartenstädtischer Wohnsiedlungen zur Reformarchitektur in Deutschland zu bewerten, die selbst zwischen sozialreformerischen, modernekritischen und völkisch-reaktionären Positionen, Letztere oftmals dem Heimatschutz verbunden (Schmitz, 2020), einzuordnen sind.

Der Rückzug ins Grüne – in der Reformarchitektur oftmals mit einem einfachen und natürlichen Lebensstil ideologisch verbunden und unter dem Nationalsozialismus missbraucht – war vor dem Hintergrund starker Verdichtung, Lärmbelästigung und Luftverschmutzung in den Innenstädten und Fabriken eine positive Weiterentwicklung für die Stadtgesundheit.

Bewertet werden können die gartenstädtischen Siedlungen, auch über Deutschland hinaus,[10] als Beitrag zu einer Ausdifferenzierung einer unternehmerischen Stadtentwicklungsplanung. Die gartenstädtischen Siedlungen setzten sich ab von den baulich und funktional einfachen Kolonien der Bergarbeitersiedlungen. Sie waren ein baukulturell geschaffener Ausdruck und sollten durch Architektur die Lebensqualität von Arbeitenden und Angestellten steigern. Die Standorte waren meist vor oder neben der Stadt gelegen und mit Grünanlagen versehen, aber doch nicht so bürgerlich und großzügig wie die damals neuen Landhausviertel und Villenvororte.

Heute werden die auf die Vorortsiedlungsentwicklungen gefolgten Zersiedelungen *(urban sprawl)* in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts international als wenig nachhaltig kritisiert, und es wird angesichts der hohen Bodenversiegelungsquoten eine maßvolle Verdichtung des ohnehin bebauten Raums von Planung und Architektur gefordert.

Die Margarethensiedlung

Die Margarethensiedlung gilt als Höhepunkt einer solchen Gartenstadtsiedlung, die zudem aufgrund der Stiftungsträgerin einen ungebundenen sozialen Wohnungsbau darstellt. Zugang zur Siedlung hatten einfache Beamte, Angestellte und Arbeiter mit (nur) 45 % Werkszugehörigkeit in den Anfangsjahren bis heute. Damit setzte die Margarethenhöhe einen wichtigen kommunalpolitischen Impuls und war Pionier des sozialen Wohnungsbaus in Deutschland (Kallen, 1984; Metzendorf & Mikuscheit, 1997, S. 10).

Finanziert und bis heute verwaltet von der 1906 gegründeten Margarethe-Krupp-Stiftung für Wohnungsfürsorge (MKS), wurde die Siedlung von Georg Metzendorf entworfen und gemeinsam mit der Stadt Essen von 1909 bis 1934/35 in 24 Bauabschnitten realisiert (s. Abb. 1.2-1). Weitere Bauabschnitte erfolgten bis 1937. Die Bauabschnitte sind zum Teil auch gestalterisch ablesbar. Spätere Ensembles, wie u. a. am

10 Hier wird insbesondere die Arbeitersiedlung der Textilfabrik Saltaire in England als Beispiel herangezogen.

Abbildung 1.2-1: Metzendorf, Gesamtplan 1919 und Typen des Etagenhauses. *Quelle: Metzendorf, 1920, S. 18, 19, 22.*

Abbildung 1.2-2: Eingangsgebäude der Siedlung am Brückkopf, 2023. *Quelle: Heike Oevermann.*

Robert-Schmohl-Platz, weisen eine stärker durch das Bauhaus geprägte Architektursprache und mehr Etagenwohnungen auf als frühere. Zudem entstand ab 1937 eine auf 16 Hektar errichtete zweite Bauphase der Margarethenhöhe, die westlich der Sommerburgstraße liegt. Dieses Gelände wurde von Bertha und Gustav Krupp von Bohlen und Halbach gestiftet. Eine sogenannte zweite Margarethensiedlung in kommunaler Verantwortung entstand ab 1962. Architekt war hier W. Seidensticker. Ab 1970 entstanden nochmals einige Häuser in der Lührmannstraße.

Das Gelände der ersten Siedlung musste über das tiefer liegende Mühltal und ihre Bahntrasse erschlossen werden. Dies wurde durch eine monumentale Steinbrücke

Abbildung 1.2-3: Steile Straße, 2023. *Quelle: Heike Oevermann.*

gelöst, die mit ihren Kopf- und Siedlungseingangsbauten (s. Abb. 1.2-2) bis heute wie ein Stadteingangstor für die Margarethenhöhe erscheint. Über die Brücke wurde die Siedlung 1912 an das Straßenbahnnetz der Stadt angebunden, die – auch heute noch zum Teil die erste Siedlung umrundend – zum Essener Hauptbahnhof fährt. 1910 bis 1914 wurden 444 Gebäude und 552 Wohnungen errichtet, 1934 standen 787 Bauten. Metzendorf starb in dem Jahr, und Carl Mink übernahm den letzten Bauabschnitt, sodass 1938 die Siedlung 851 Bauten und 1.660 Wohnungen zählte, in denen 5.250 Menschen lebten. Befreit von preußischen Bauvorschriften, durfte hier experimentiert werden. So konnte u. a. das hierarchische Straßennetz geschaffen werden, das funktional in vier Typen geteilt – Erschließungsstraße, Wohnstraße, Wohnweg und Verbindungsweg – und in Größe und Grün entsprechend gestaltet ist. Diese und andere gesundheitsfördernde Impulse der Siedlung fanden nach 1918 Eingang in kommunale Planungsvorgaben, insbesondere die maßvolle Verdichtung, die räumliche Mischung von Wohnen und Grünraum und die geringe Wohnraumhöhe von 2,50 m. Letztere ermöglichte günstiges Bauen und damit niedrige Wohnkosten. Vier Plätze, davon der Kleine Markt mit Waren- und Gasthaus und der Hauxplatz mit der Schule, schufen räumliche Zentren. Kirchenbauten, weitere Geschäfte, Betriebe und Institutionen (Gemeindehaus, Polizei etc.) ergänzten das Angebot. Zu den meist zweigeschossigen Ein- und Zweifamilienhäusern in Einzel- und Gruppenbauweise gehören private Gärten, früher mit Obstbäumen ausgestattet. Viele Häuser haben durch Weinranken begrünte Fassaden (s. Abb. 1.2-3 und 1.2-4). Die Wohnungen verfügten über eine Spülküche, WC

Abbildung 1.2-4: Mehrparteienhaus mit Garten, 2023. *Quelle: Heike Oevermann.*

und Zentralheizung sowie eine unterschiedliche Raumanzahl, meist drei bis fünf Zimmer. Die separate Spülküche – Bad, Spül- und Waschküche – verminderte Feuchtigkeit und Gerüche und schuf damit mehr Aufenthaltsqualität in der Wohnküche. Dies stellte eine wichtige Innovation dar, die gemeinsam mit der Heizanlage innerhalb der Wohnung zu einem behaglichen Klima beitrug. Die Heizanlage war gruppiert um einen zentralen Installationsschacht und kombiniert mit Kochgelegenheit und Warmwasserzubereitung, damals ein Novum und heute im Sinne der Energieeinsparung wieder sinnvoll. Standardisierung durch wenige Materialien, die Typisierung und Serienherstellung von Bauteilen wie Fenstern und Türen sowie knappe, aber ausreichende Raumgrößen, die von einer Möblierung – nicht von einem Fassadenerscheinungsbild – ausgehend zweckmäßig entwickelt wurden, ermöglichten kostengünstige Bauten (Metzendorf, 1920; Kallen, 1984; Metzendorf, 1994; Metzendorf & Mikuscheit, 1997; Mikuscheit, 2017).

Auch eine Inneneinrichtung konnte besichtigt und mit zinslosen Krediten erworben werden, passte dies doch in die Zeit der Erziehung kleinbürgerlicher Schichten hin zu Kunst, Kultur und Geschmack. Von Karl Ernst Osthaus inspiriert, vergab die Stiftung mit Unterstützung der Stadt Essen Räumlichkeiten in der Margarethenhöhe für freie Kunstschaffende und schuf so die Voraussetzungen für die Bildung eines Künstler:innenkreises, der im Kleinen und Großen Atelierhaus wie im Werkhaus wohnen und arbeiten konnte (Metzendorf & Mikuscheit, 1997).

Die Gesundheit der in dieser städtischen Siedlung lebenden Menschen ist bei der Planung der Siedlung Margarethenhöhe nicht nur mit ruhigen Straßen, Gärten und Straßengrün, Grundrissgestaltung und Haustechnik mitgedacht worden. Margarethe Krupp hat mit dem Bau der Siedlung eine 50 Hektar umgebende Waldfläche mit landschaftlichem Reiz durch Tallagen und Wasserläufen mitgestiftet, die dauerhaft unbebaut zu bleiben und zur Naherholung zu dienen habe (Kallen, 1984). Das Nachtigallental ist heute Teil einer der drei Grünzüge, die das Ruhrtal mit dem Emschertal im Ruhrgebiet verbinden (Mikuscheit, 2017). Damit wird ein zentraler gesundheitsbezogener Ansatz der Internationalen Bauausstellung Emscher Park der 1990er-Jahre, nämlich für die gesamte Region ein Netz verbundener Grünräume für die Stärkung von Biodiversität und den Ausbau von Rad- und Wanderstrecken vor Ort zu schaffen, weiter gestärkt (Kommunalverband Ruhrgebiet, 1996).

Jüngere Bewertungen und denkmalgerechte Weiterentwicklungen

Stark im Zweiten Weltkrieg bombardiert, war der Wiederaufbau der Siedlung 1955 abgeschlossen. Seit 1975 wird sie als Denkmal verstanden, seit 1987 formal gesetzlich geschützt. Ihre Bedeutung liegt »in ihrer Funktion als Mustersiedlung, als künstlerisches Gegenbild zu zeitgenössisch dominanten industriell-großstädtischen städtebau-

lichen Verhältnissen« (Stadt Essen, 1987). In der Denkmalliste wird der Siedlungsausbau bis 1931 mit 776 Häusern und 1.392 Wohnungen erfasst. Davon wurden 586 Häuser und 1.159 Wohnungen als Denkmal eingetragen (Stadt Essen, 1987; Metzendorf & Mikuscheit, 1997). Der umlaufende Grüngürtel wird als Teil des städtebaulichen Konzeptes erwähnt und erhält so impliziten Schutz, kann aber aufgrund des Gesetzes nicht direkt als Denkmal formalisiert werden. Die Kartierung und weitere Beschreibung in der Denkmalliste beziehen sich vor allem auf städtebauliche Formen und baukünstlerische Fassadengestaltungen sowie haustechnische Einrichtungen und lassen die Grünanlagen außen vor. Unverständlich ist die fehlende Denkmalunterschutzstellung der Erweiterung der Siedlung westlich der Sommerburgstraße, die die Prinzipien der ersten Bauabschnitte mit großem gestalterischen Anspruch weiterführt. Dennoch scheint ein flächenmäßiger Erhalt der Siedlungsgestalt zu funktionieren (Ortsbesichtigung August 2023).

Seit 2016 ist die Margarethenhöhe wiederum Pionierin, diesmal für die Vereinbarkeit von nachhaltiger energetischer Sanierung und Denkmalschutz, welches ein Thema der Stadtgesundheit der Zukunft darstellt. Der Ansatz des vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie geförderten Projektes besteht in der Kombination, präzisen Abstimmung und Regelung unterschiedlicher Maßnahmen, wie diffusionsoffenen Innendämmputz, Wärmepumpen, Wärmespeicher, Photovoltaik-Dachziegel usw. Die wichtigste Erkenntnis lautet, dass ein Denkmalbestand klimaneutral ertüchtigt werden kann (Garrecht et al., 2021).

Die Margarethenhöhe war und ist bis heute ein baukulturell gesundheitlicher Beitrag zum Wohnungsbau im Ruhrgebiet, der zudem mit dem Denkmalschutz entwicklungsfähig ist, um auf gegenwärtige Klimakrisen und Gesundheitsrisiken zu reagieren. Die Siedlungsform, Architektur und Freiraumgestaltung hat kluge Impulse gesetzt, die aktuell sind, wie das umfassende funktionale Angebot in der Siedlung, der Gestaltungswille für Wohn- und öffentlichen Raum, das private sowie das öffentliche Grün und die knappen, aber ausreichenden Raumgrößen. Eine Warteliste von etwa zehn bis zwölf Jahren für Wohnungssuchende zeigt die Aktualität, die nicht zuletzt auch in den immer noch um ca. 30 % reduzierten Mieten begründet ist (Ruhrmuseum, 2023).

Die mittlerweile eher zentrale Lage in der Stadt und die Anbindung an den ÖPNV sind zudem positiv zu bewerten; allerdings zeigt sich, dass die vielen Privatautos heute in der Siedlung nicht gut parken können, sondern die Freiräume verstellen.

LITERATUR

Brüggemeier, F.-J. (1996). *Das unendliche Meer der Lüfte. Luftverschmutzung, Industrialisierung und Risikodebatten im 19. Jahrhundert.* Klartext, Essen

Garrecht, H.; Ditzen, C.; Teichmann, L. & Reeb, S. (2021). *Margarethenhöhe goes towards low-carbon area – sustainable concepts for energy-efficient built heritage.* IOP Conference Series: Earth and Environmental Science. DOI: 10.1088/1755-1315/863/1/012054

Hegemann, W. (1930). *Das steinerne Berlin.* Kiepenheuer, Berlin

Helfrich, A. (2000). *Die Margarethenhöhe Essen. Architekt und Auftraggeber vor dem Hintergrund der Kommunalpolitik Essen und der Firmenpolitik Krupp zwischen 1886 und 1914.* VDG, Weimar

Howard, E. (1902). *Garden Cities of Tomorrow* (2. Aufl.). Swan Sonnenschein & Co Ltd, London. https://www.gutenberg.org/files/46134/46134-h/46134-h

Kallen, P. W. (1984). Die Margarethenhöhe. In: Museum Folkwang (Hrsg.). *Der westdeutsche Impuls 1900–1914. Kunst und Umweltgestaltung im Industriegebiet. Die Margarethenhöhe. Das Schöne und Wahre. Ausstellungskatalog* (S. 48–95). Museum Folkwang, Essen

Kastorff-Viehmann, R. (2009). Das ganze Ruhrgebiet eine Gartenstadt? In: A. Prossek u. a. (Hrsg.). *Atlas der Metropole Ruhr* (S. 56–57). Köln

Kommunalverband Ruhrgebiet (KVR) (1996). *Parkbericht. Emscher Landschaftspark.* Essen

Metzendorf, G. (1920). *Kleinwohnungsbauten und Siedlungen.* Verlagsanstalt Alexander Koch, Darmstadt

Metzendorf, R. (1994). *Georg Metzendorf (1874–1934). Siedlungen und Bauten. Quellen und Forschungen zur hessischen Geschichte.* Band 96. Selbstverlag der Hessischen Historischen Kommission Darmstadt und der Historischen Kommission für Hessen Darmstadt, Marburg

Metzendorf, R. & Mikuscheit, A. (1997). *Margarethenhöhe – Experiment und Leitbild.* Peter Pomp, Essen, Bottrop

Mikuscheit, A. (2017). Gartenstädte. In: H. T. Grütter (Hrsg.). *Grün in der Stadt Essen. Mehr als Parks und Gärten. Ausstellungskatalog* (S. 86–97). Klartext, Essen

Ruhrmuseum (2023). Führung durch die Margarethenhöhe am 20. 08. 2023

Scheer, T. (2010). Von der Zechenkolonie zur Neuen Stadt Wulfen. Wohnen im Revier. In: Museum Folkwang (Hrsg.). *Urbanität gestalten. Stadtbaukultur in Essen und dem Ruhrgebiet 1900 bis 2010 Ausstellungskatalog* (S. 95–105). Edition Folkwang/ Steidl, Göttingen

Schmitz, R. (2022). *Heimat. Volkstum. Architektur. Sondierungen zum volkstumsorientierten Bauen der Heimatschutz-Bewegung im Kontext der Moderne und des Nationalsozialismus*. transcript, Berlin

Stadt Essen (1987). *Denkmalliste der Stadt Essen.* geo.essen.de/webdaten/sta61/Denkmaeler/Foto_Htm_und_pdf/AK1_Lfd_Nr_222.pdf

Sturm, H. (1984). Kunstgewerbe, Architektur, gebaute Umwelt – Kultur im Industriegebiet. In: Museum Folkwang (Hrsg.). *Der westdeutsche Impuls 1900–1914. Kunst und Umweltgestaltung im Industriegebiet. Die Margarethenhöhe. Das Schöne und Wahre. Ausstellungskatalog* (S. 15–47). Museum Folkwang, Essen

1.3
Wandel geht: Die Weiterentwicklung des UNESCO-Welterbes Zollverein im Kontext der Gesundheit und des Wohlbefindens

Hans-Peter Noll, Helena Lischka

»nur selten dringt die Sonne durch die Dunstglocke«
Heinrich Böll (»Im Ruhrgebiet«)

Als »das schwarze Land« wurde das Ruhrgebiet einst bezeichnet. Bilder von »schwarz aufgetürmte[n] Halden, (…) Wolken, die aus Kaminen quollen und [ein] Geräuschpegel, der etwas mit der Verschiebung ganzer tektonischer Platten zu tun zu haben schien« (Rotzler, 2017), sind in vielen Köpfen noch immer verhaftet. Auch wenn das Image des schwarzen Landes an vielen Stellen schon damals teilweise übertrieben und dramatisiert wurde, sind die Auswirkungen des Kohleabbaus und der Schwerindustrie auf Menschen und Umwelt nicht von der Hand zu weisen: Die hohe Verschmutzung von Boden, Wasser und Luft führten zu wesentlichen und umfangreich dokumentierten Beeinträchtigungen der Bevölkerungsgesundheit.[11] Vor diesem Hintergrund wurden schon früh Maßnahmen getroffen – oftmals als nicht uneigennützige Reaktion seitens der Unternehmerschaft –, um gesunde Quartiere für die anliegenden Arbeiterfamilien zu schaffen. Zu den etwas weiter gefassten Ansätzen zählt unter anderem das in Europa zu seiner Zeit einzigartige und beispielhafte Grünflächenkonzept von Robert Schmidt »für die Volksgesundheit«, das, ausgehend von seiner in 1912 verfassten Denkschrift, nach wie vor das Gerüst der den Raum des Ruhrgebiets gliedernden Grünzüge bildet (vgl. Geisler & Gramke, 2011).

Der Zusammenhang zwischen den umweltbezogenen Lebensraumverhältnissen und der Bevölkerungsgesundheit ist demnach lange bekannt und im Übrigen bereits in der Antike in den hippokratischen Schriften überliefert (vgl. Moebus, 2021). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018) geht sogar davon aus, dass die »allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen (…) als Makrofaktoren die komplexesten Determinanten der Gesundheit dar[stellen] und (…) in diesem Sinne die ›Ursachen der Ursachen‹ von eingeschränkter Gesundheit und Krankheit [sind]«. Konkret bedeutet dies, dass sich bspw. der Grad der Benachteiligung der Umgebung im Gesundheitszustand und sogar in einer geringeren Lebenserwartung der Bevölkerung widerspiegelt (vgl. Marmot, 2015).

11 Siehe hierzu bspw. ausführlich Brüggemeier (2018).

UNESCO-Welterbe Zollverein: von der verbotenen Stadt zum gesunden Quartier

Als gesundheitsprägende Lebenswelt kommen städtische Herausforderungen besonders häufig auf Quartiersebene zum Ausdruck. Demzufolge sollte sich die Stadterneuerung bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Ressourcen passgenau und bedarfsgerecht an den spezifischen Bedingungen des jeweiligen Quartiers orientieren. Zu den gesundheitsförderlichen Ressourcen aus der Lebenswelt gehören unter anderem bewegungsfreundliche Räume, Natur- und Landschaftselemente, Grünräume, architektonisch und baukulturell ansprechende Gebäudestrukturen, aber auch die Quartiersidentität, das heißt ein Zugehörigkeits- und Verbundenheitsgefühl mit dem Stadtviertel (vgl. Claßen, 2020).

Bei der Zeche und Kokerei Zollverein handelt es sich um ein riesiges ehemaliges Industriegelände, umgeben von drei Stadtteilen und historisch entstandenen Siedlungsstrukturen. Mit dem Ende des Steinkohleabbaus entstand damit eine Industriebrache mitten im Quartier, ein belastetes und belastendes Gelände, ein symbolischer Ort des Niedergangs einer ganzen Region.

Nicht alle Anwohner:innen der angrenzenden Wohnbebauung waren anfangs erfreut über die Umnutzungspläne. Teile der Bevölkerung wünschten sich einen Abriss des »Bergbaukrams«, um bspw. Platz für einen Technologiepark zu schaffen. Diese kritischen Stimmen wurden in den letzten zehn Jahren zurückhaltender, wohl auch, weil sich die Lebensqualität um das UNESCO-Welterbe für die Anwohner:innen deutlich verbessert hat. Beispielhaft sei die Reihenhaussiedlung an der Kokerei im Westen zu nennen, die von der sauberen Luft und dem unmittelbar vor der Haustüre liegenden Zollverein Park profitiert.

Als Naherholungsgebiet *Zollverein Park* ermöglicht das Gelände die Förderung körperlicher Aktivität, sozialer Integration und psychischer Gesundheit und bietet eine gesunde und umweltfreundliche Umgebung. Auf dem ehemaligen Industriegelände, einst eine »Wunde in der Stadt« (Noll, 2013), haben inzwischen über 60 Vogel- und Falter-, 41 Wildbienen- sowie drei Fledermausarten ihr Zuhause. Hinzu kommen bedrohte Amphibien wie die Kreuzkröte, Pioniere wie die Blauflügelige Ödlandschrecke und das schnellste Tier der Welt: der Wanderfalke, der jährlich auf der ehemaligen Kokerei brütet. Unter den rund 540 Farn- und Blütenpflanzenarten gibt es viele Neophyten, die sich entlang der Bahngleise auf den nährstoffarmen und trockenen Böden angesiedelt haben. Sie kommen mit den besonderen Bedingungen der Industriebrache ebenso gut zurecht wie die rund 100 Flechten- und 260 verschiedenen Pilzarten des UNESCO-Welterbes. Im Laufe der Jahrzehnte entstand auf einem Drittel der Fläche Zollvereins ein lichter Industriewald mit Robinien, Birken und Bergahornen. Auf dem Naturpfad, einem Rundweg mit zwölf Stationen, lassen sich interessante Beson-

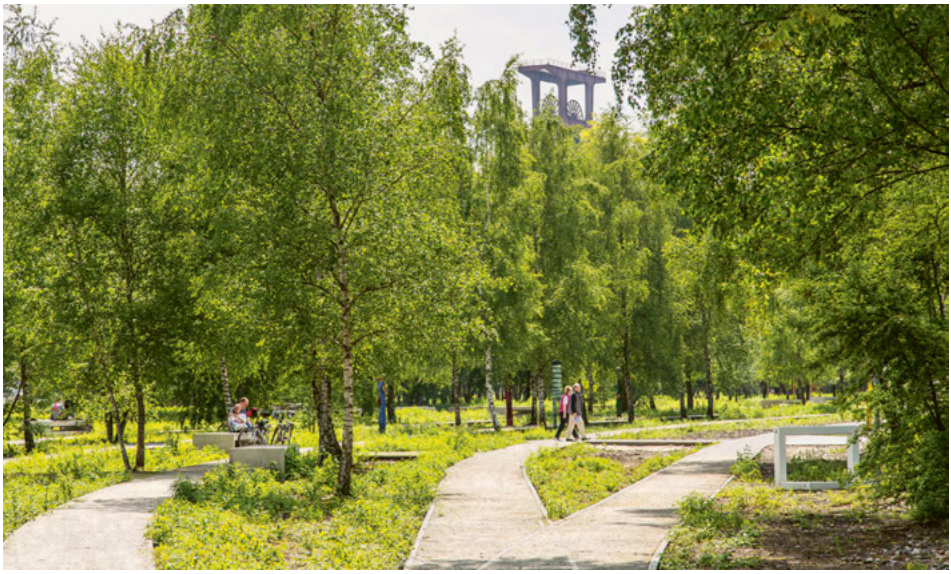

Abbildung 1.3-1: Der Zollverein Park – Industrienatur und Artenvielfalt.
Quelle: Jochen Tack/Stiftung Zollverein.

derheiten und Hintergründe der einzigartigen Industrienatur mit ihren unterschiedlichen Lebensräumen entdecken (Abb. 1.3-1).

Ein weiteres Element zur Förderung körperlicher Aktivität ist die Ringpromenade – ein durchgehender, mehrere Kilometer langer Rundkurs mit Blick auf die beeindruckende Industrieanlage und das sie umgebende Grün. Die Ringpromenade umschließt das gesamte Welterbeareal und ist beliebtes Ziel für Spaziergänge, zum Joggen und Fahrradfahren. Verschiedene Sitzgelegenheiten, Picknickplätze und Aussichtspunkte laden zum Verweilen ein. Namhafte Künstler:innen haben Kunstwerke und Skulpturen für die Freiflächen beigetragen.

Im Sommer ist das kostenlose Werksschwimmbad auf der Kokerei beliebt in allen Altersgruppen (Abb. 1.3-2), und im Winter zieht die Zollverein-Eisbahn Gäste und Anwohner:innen der Nachbarschaft auf das Gelände des Welterbes. An dessen Rande gestalten Anwohner:innen seit 2016 einen urbanen Garten. Das ursprünglich aus einem Quartiersprojekt initiierte Experiment *Kleingarten* hatte zum Ziel, einen Ort für Bewohner:innen aus dem Stadtbezirk VI – Zollverein zu schaffen, an dem sie gemeinsam gärtnern, bauen und experimentieren können. Inzwischen bewirtschaften die Anwohner:innen die Gartenparzelle auf dem Grabeland am Fuß der Halde Zollverein selbstständig.

Ein zentraler Aspekt der gesundheitsorientierten Stadtplanung und des modernen menschenzentrierten Ansatzes ist es, die Menschen einzubeziehen, wenn es um die Gestaltung ihres Lebensraumes im Sinne ihrer Bedürfnisse geht. Bei der Partizipation

lokaler Zielgruppen und Betroffenen ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Bereitwilligkeit zur Partizipation je nach Quartier und Bevölkerungsgruppe deutlich schwankt und Personengruppen aktiv zur Teilnahme motiviert werden müssen. Auf Zollverein finden diese Bemühungen als Teil einer aktiven Quartiersarbeit statt (McCall et al., 2020). Im Rahmen des Projektes *Das Quartier* wird der Dialog mit den Menschen der umliegenden Stadtteile Katernberg, Schonnebeck und Stoppenberg geführt und werden nachbarschaftliche Beziehungen gepflegt. Formate hierfür sind unter anderem ein Erzählcafé oder die wöchentlich auf Zollverein stattfindende *Kunstkaue* für junge Menschen. Zudem gibt es auf Zollverein eine feste Kontaktperson für die Belange der Menschen aus der Nachbarschaft. Grundsatz der das Welterbe betreuenden Stiftung Zollverein ist es, keine neuen Aktionsformate in Eigenregie zu initiieren, sondern Wünsche und Ideen der Bürger:innen abzufragen. Die Menschen im Bezirk sind bei der Weiterentwicklung des Standortes »mitzunehmen«. Es sollen sinnstiftende Projekte für und mit den Menschen entwickelt werden.

Grundsätzliches Ziel bei der Ausgestaltung der vielzähligen Angebote ist es, sie für alle Menschen zugänglich zu machen. Dies bedeutet, dass auch Personen, die sozial, körperlich oder aus anderen Gründen benachteiligt sind, gleichermaßen an den Angeboten partizipieren können. Für die Standortentwicklung bedeutet dies im Besonderen die Herstellung von Barrierefreiheit – auf einem ehemaligen Industriegelände mitunter eine anspruchsvolle Herausforderung.

Abbildung 1.3-2: Das Werksschwimmbad auf der Kokerei öffnet jedes Jahr während der Sommerferien. *Quelle: Jochen Tack/Stiftung Zollverein.*

Wandel geht: Transformation von der Industriebrache zum gesundheitsorientierten Zukunftsstandort

Auch wenn dank der ökologischen Transformation des Ruhrgebiets im vergangenen Jahrhundert längst wieder ein »blauer Himmel über der Ruhr«[12] (Brüggemeier & Rommelspacher, 1992) erstrahlt, hat sich das Ruhrgebietsimage nach dem Ende der Montanindustrie bei Außenstehenden, die nicht aus der Region stammen, nur um Nuancen aufgehellt: »alles Grau in Grau«, »graue Menschen unter grauem Himmel« heißt es da (Schwarz, 2008). Viele Menschen, die eigentlich nach Zollverein gekommen sind,

Abbildung 1.3-3: Wald auf dem Welterbe – fast ein Drittel der Fläche des Zollvereins ist bewaldet.
Quelle: Jochen Tack/Stiftung Zollverein.

um ein Welterbe und Industriedenkmal zu besichtigen, zeigen sich bei ihrem ersten Besuch entsprechend überrascht, dass sie auch Natur erleben: »Wie grün es hier ist!« Bis vor 30 Jahren war das 100 Hektar große Gelände in der Tat ein Nichtort für die Natur und eine »verbotene Zone im Stadtgefüge« (Fritz, 2017) – für Besucher:innen nicht zugänglich. Heute lädt der preisgekrönte Zollverein Park auf den Freiflächen des denkmalgeschützten Areals zum Verweilen, Entdecken und Wiederentdecken ein und ist ein beliebtes Naherholungsziel mit großer Biodiversität.

12 Versprechen der SPD und Wahlkampagne von Willy Brandt im Bundestagswahlkampf 1961.

Mit der Aufnahme in die von der UNESCO geführten Liste der Welterbestätten geht neben dem Auftrag der Denkmalpflege und Vermittlung die Weiterentwicklung des Standortes einher. Als Welterbe, das nicht nur auf die Vergangenheit verweist, sondern nach dem Prinzip »Erhalt durch Umnutzung« transformiert wird, folgt die sensible Weiterentwicklung unter Berücksichtigung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Die Planung, Gestaltung und Nutzung des Geländes basieren damit auf der Idee, eine Balance zwischen der historischen Bedeutung der Zeche und Kokerei Zollverein und den Bedürfnissen der (potenziellen) Nutzer:innen zu schaffen. Zugleich fokussiert der altindustrielle Standort wie ein Brennglas nahezu alle Herausforderungen und Chancen der Flächentransformation und bietet damit ein Vorbild und Schaufenster für die Revitalisierung und Erneuerung innerstädtischer Industriegelände sowie die nachhaltige Quartiersentwicklung. Die ehemalige Brachfläche der Zeche und Kokerei Zollverein ist heute nicht nur Denkmal und Welterbe, sondern auch Spiel- und Eventort, Tourismusort, Museums- und Bildungscampus, Wirtschaftsstandort, Naherholungsgebiet, Innovations- und Zukunftsstandort und Quartier und soll bis 2030 klimaneutral sein.

Fazit

Trotz der insgesamt positiven Entwicklungen sind die Faktoren, die das gesunde Leben in den Ruhrgebietsstädten beeinflussen, vielfältig, komplex, heterogen und dynamisch: Neben den Altlasten aus Bergbau und Schwerindustrie und den Auswirkungen des Strukturwandels ist das Ruhrgebiet mit rund 5,1 Millionen Menschen nach wie vor einer der am dichtesten besiedelten Ballungsräume in Europa. Vor diesem Hintergrund zunehmender Verdichtung sowie klimabedingter Herausforderungen befassen sich aktuell zahlreiche Initiativen mit Ansätzen der gesundheitsorientierten Stadtentwicklung, die gesundheitsschädliche Einflüsse mindern und gesundheitsförderliche Strukturen schaffen.[13] Welche Bedeutung die unterschiedlichen Bereiche und Maßnahmen im Rahmen der gesundheitsorientierten Revitalisierung des baukulturellen Erbes der Zeche und Kokerei Zollverein im Einzelnen haben, ist Gegenstand einer nachfolgenden umfangreicheren Publikation der Autor:innen. Mit seiner Transformation zum Zukunftsstandort ist Zollverein nicht nur ein positives Beispiel für die Nutzbarmachung von Brachflächen und das erfolgreiche Recycling innerstädtischer Industriegelände, sondern auch für gelungenen Wandel. Als Naherholungsgebiet, Ort für Kultur, attraktiver Wirtschaftsstandort und Reallabor vermittelt Zollverein eindrücklich,

13 Siehe hierzu unter zahlreichen anderen die Forschungsprojekte »Gesundheit in der Stadt: Maßnahmen für einen gesunden Lebensraum« des BBSR (2021) oder »Stadt-/Landentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau« der Universität Bielefeld (2024), die Neue Leipzig-Charta (vgl. BMI, 2020) sowie der NRW-Leitfaden Gesunde Stadt LZG NRW (2019).

wie eine ganzheitliche Integration von Gesundheitsaspekten in die städtische Entwicklung funktionieren kann.

Textbox 1.3-1: **Umgang mit der Altlastenproblematik**

Das Gesamtgelände der Zeche und Kokerei Zollverein stellt aufgrund der bergbaulichen Vornutzung eine Altlast dar. Im Rahmen der Betriebsstilllegung wurden umfangreiche Bodenuntersuchungen durchgeführt. Dabei festgestellte Verunreinigungen sind für den heutigen Nutzungszweck saniert oder gesichert worden. Auch bei zukünftigen Bauprojekten, bei denen Eingriffe in den Boden geplant sind, wird die Altlastensituation zu berücksichtigen sein (Stadt Essen, 2020).

- Mit der Schließung der Kokerei wurde im Auftrag der RAG AG im Rahmen des Abschlussbetriebsplans ein Altlastengutachten erstellt. Bestehende Altlasten wurden, soweit möglich, saniert. Altlasten, die sich über Tage befanden, konnten entnommen oder überdeckt werden. Da der Denkmalschutz die Erhaltung von Behältern und Rohren vorsieht, mussten Behälter zum Teil jedoch gefüllt bleiben, wenn es nicht möglich war, diese zu säubern. Andernfalls hätten die Behälter entsorgt werden müssen.
- Ein sogenanntes Altlastengrab befindet sich am Tor III an der Heinrich-Imig-Straße. Das Becken liegt in einem eingezäunten Bereich und ist mit einer dicken Betonplatte bedeckt.
- Für den Bau des Verwaltungssitzes der RAG auf dem Gelände der Kokerei mussten rund 85.000 Kubikmeter Boden ausgebaggert werden. Unter der Oberfläche waren 9.500 Kubikmeter Erdreich durch Schadstoffe derart verunreinigt, dass der Boden auf Deponien und, bei besonders hoher Belastung, in Verbrennungsanlagen entsorgt werden musste (WAZ, 2015).
- Das Grundwasser befindet sich unter kontinuierlicher Aufsicht der RAG, die regelmäßige Messungen über Probebrunnen vornimmt.
- Auch im Umfeld des Welterbes Zollverein befinden sich teilweise altlastverdächtige Flächen. Hier wird in den konkreten Planungs- und Genehmigungsverfahren dem Altlastenverdacht nachgegangen (Stadt Essen, 2020).

LITERATUR

BBSR (2021). *Forschungsprojekt Gesundheit in der Stadt: Maßnahmen für einen gesunden Lebensraum*. www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/programme/refo/staedtebau/2021/gesundheit-in-der-stadt/01-start.html#:~:text=Krankheit.-,Ziel,in%20urbanen%20Räumen%20zu%20schaffen

BMI (2020). *Die Neue Leipzig-Charta. Die transformative Kraft der Städte für das Gemeinwohl*. www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/SharedDocs/Publikationen/DE/

Publikationen/die_neue_leipzig_charta.pdf;jsessionid=E0B0438F207A1AD3C738C7710B75DB81.live21303?__blob=publicationFile&v=7

Brüggemeier, F.-J. & Rommelspacher, T. (1992). *Blauer Himmel über der Ruhr: Geschichte der Umwelt im Ruhrgebiet, 1840–1990.* Klartext Verlag, Essen

Brüggemeier, F. J. (2018). *Grubengold. Das Zeitalter der Kohle von 1750 bis heute.* C.H. Beck

Claßen, T. (2020). Gesundheitsförderliche Stadtentwicklung. Zwischen Renaissance und Neuerfindung. *Informationen zur Raumentwicklung*, 47(1), 4–17

Fritz, H. (2017). Eine neue Auffassung vom Park. Die Entstehung des Zollverein Parks. In: Stiftung Zollverein (Hrsg.). *Zollverein Park. Staub, Stille und Spektakel* (S. 32–36). Verlag der Buchhandlung Walther König, Köln

Geisler, E. & Gramke, J. (2011). Freiraum und Grünzüge. Der Emscher Landschaftspark. In: K. Engel; J. Großmann & B. Hombach (Hrsg.). *PHÖNIX FLIEG! Das Ruhrgebiet entdeckt sich neu* (S. 147–150). Klartext Verlag, Essen

Hurrelmann, K. & Richter (2018) Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*

LZG NRW (2019): *Leitfaden Gesunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.* Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum

Marmot, M. G. (2015). The health gap: the challenge of an unequal world. *The Lancet*, 386(10011), 2442–2444

McCall, T.; Liedtke, T. P.; Liebig-Gonglach, M.; Freymüller, J. & Hornberg, C. (2020). EcoHealth und Stadtplanung. *Informationen zur Raumentwicklung*, 47(1), 84–95

Moebus, S. (2021). Gebaute Stadt und Gesundheit – Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 221–236). Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin/Heidelberg

Noll, H.-P. (Hrsg.) (2013). *Was bleibt ist die Zukunft. Das neue Ruhrgebiet*. Ellert & Richter Verlag, Hamburg

Rotzler, S. (2017). Der Zollverein Park. Landschaft im Zeitraffer. In: Stiftung Zollverein (Hrsg.). *Zollverein Park. Staub, Stille und Spektakel* (S. 24 – 26). Verlag der Buchhandlung Walther König, Köln

Schwarz, A. (Hrsg.) (2008). *Industriekultur, Image, Identität. Die Zeche Zollverein und der Wandel in den Köpfen.* Klartext Verlag, Essen

Stadt Essen (2020). *Integriertes Entwicklungskonzept Soziale Stadt Essen Stadtbezirk VI Zollverein (IEK Stadtbezirk VI Zollverein) zur Fortschreibung des »Soziale Stadt, Investitionen im Quartier – Integriertes Entwicklungskonzept Stadtbezirk VI Zollverein, Essen mit Welterbe Zollverein und seiner Pufferzone zur Fortsetzung des Stadtteilprojektes Katernberg-Soziale Stadt«*, 2014

Universität Bielefeld (2024). *Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau (»Trans-Diszi«/»StadtGesundheit«)*, https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag7/projekte/transdiszi.xml

WAZ (2015). *RAG beendet Altlastensanierung auf Zollverein*. www.waz.de/staedte/essen/article11373272/rag-beendet-altlastensanierung-auf-zollverein.html

WHO (2023). *Constitution*. www.who.int/about/governance/constitution

1.4
Der Emscherumbau als Urban-Public-Health-Projekt: Wie ein Wasserverband die Gesundheit aller erhalten und fördern kann

Susanne Moebus, Ulrich Paetzel, Alexander Knickmeier

Die Verbesserung des ökologischen Zustands unserer Fließgewässer ist für Wasserverbände – spätestens seit dem Erlass der Europäischen Wasserrahmenrichtlinie Anfang der 2000er-Jahre – eine zentrale Aufgabe. Innerhalb dieser Renaturierungsbemühungen ist der Emscherumbau ein herausragendes Beispiel. Auf rund 400 Kilometer Länge wurde das Flusssystem von Abwassereinleitungen, die es mehr als 100 Jahre lang gegeben hatte, befreit und ein naturnaher Erholungsprozess initiiert. Der Ausbau dieser blau-grünen Infrastrukturen fördert jedoch nicht nur die ökologische Situation der Gewässer, auch die Mehrwerte für die Bürgerinnen und Bürger sind groß. Im Rahmen dieses Artikels soll der Einfluss von Wasserverbänden auf die Gesundheit der Bevölkerung am Beispiel des Emscherumbaus skizziert und aufgezeigt werden, welche Einflussmöglichkeiten darüber hinaus bestehen.

Geschichte der Emscher als Public-Health-Intervention

Die Transformation des Ruhrgebiets und die Entwicklung der Emscher sind untrennbar miteinander verknüpft (Kurowski, 1993; Peters, 1999). Als ab Mitte des 19. Jahrhunderts mit der Entwicklung der Montanindustrie im Revier die Bevölkerungsentwicklung sprunghaft auf mehr als vier Millionen Menschen (Parent, 2000) anstieg, entstanden auch direkt an der Emscher neue Wohnquartiere. Der Fluss, der dafür bekannt war, häufig über seine Ufer zu treten, überschwemmte nun auch immer mehr von Menschen genutzten Wohn- und Siedlungsraum. Da es durch die im Rahmen des Steinkohleabbaus auftretenden Bergsenkungen nicht möglich war, größere Kanalnetze zu bauen, und die Emscher gleichzeitig für den Abtransport des anfallenden Abwassers genutzt wurde, bedeuteten diese Hochwasserereignisse, das Ausbreiten von Krankheiten wie Malaria, Typhus, Ruhr oder Cholera (Emmerich & Wolter, 1906).

Diese Situation konnte erst verbessert werden, nachdem sich der preußische Staat dazu entschlossen hatte, die wichtigsten Akteure – die Städte, die Industrie und den Bergbau – dazu zu verpflichten, gemeinsam nach einer Lösung zu suchen. Mit der darauffolgenden Etablierung der Emschergenossenschaft wurde im Jahr 1899 erstmals in Deutschland die Bewirtschaftung eines gesamten Flusssystems in die Hände

einer regionalen Institution gelegt (Peters, 1999). Ab 1904 begann diese mit dem ersten Umbau des Emschersystems, das daraufhin begradigt und in Betonschalen und Deichen von insgesamt rund 400 Kilometer Länge eingefasst wurde (Abb. 1.4-1). Insgesamt dauerte dieser Umbau in seiner Gesamtheit bis weit nach dem Zweiten Weltkrieg.

Abbildung 1.4-1:
Die Emscher in Gelsenkirchen, 14. 12. 1950.
Quelle: Glasplattenarchiv der Emschergenossenschaft (d/304_1), Essen.

Diese Schritte trugen zu einer massiven Verbesserung der Hygiene in den anliegenden Quartieren bei und reduzierten die Ausbreitung von Infektionskrankheiten erheblich (Fischer et al., 2020; Gallardo-Albarrán, 2020). Rückblickend kann dies als groß angelegte verhältnispräventive Public-Health-Intervention angesehen werden.

Mit wachsendem Umweltbewusstsein in den 1980er-Jahren (Umweltbundesamt, 2020) und vor dem Hintergrund der Überlegungen zur Internationalen Bauausstellung (IBA) Emscherpark (Kilper, 1999; Wagner, 2022), die einen neuen Umgang mit dem Nachlass der Montanindustrie und der entstandenen Kulturlandschaft entwickeln wollte, wurde klar, dass diese Form der offenen Abwasserentsorgung keine nachhaltige Zukunft haben kann. Mit dem Ende des Kohleabbaus in der Region und dem Nachlassen der Bergsenkungen konnte über eine neue Art der Abwassersammlung und -entsorgung nachgedacht werden. Ziel war es, bis zum Beginn der 2020er-Jahre das gesamte Flusssystem vom Abwasser zu befreien und eine natürliche Entwicklung in den rund 400 Kilometer Flussläufen zu fördern. Dazu mussten u. a. auf der gesamten Strecke unterirdische Abwasserkanäle verlegt werden, neue Pumpwerke entstehen und vier Kläranlagen im laufenden Betrieb komplett umgebaut werden. Mit einem Investitionsvolumen von etwa 5,5 Milliarden Euro war ein solches Renaturierungsprojekt weltweit einmalig. So konnten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, das Flusssystem wieder naturnah umzugestalten, heimische Arten anzusiedeln und das Gewässer für die Menschen erlebbar und zu einem attraktiven Ort der Naherholung zu machen.

Gesundheitsförderliche Effekte des Emscherumbaus

Gesundheitsförderung zielt u. a. auf die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und somit auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren und auf politische Interventionen (Trojan & Leggewie, 2001). In diesem umfassenden Verständnis von Einflussfaktoren für die Gesundheit lässt sich eine breite Palette gesundheitsförderlicher Effekte vom Emscherumbau ableiten – insbesondere vor dem Hintergrund von Stadt und Gesundheit (Moebus, 2020). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist unter dem Gesichtspunkt der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen hervorzuheben: So sind die Verhältnisse in der Emscherregion im Vergleich zum Ruhrgebiet durch eine höhere Arbeitslosigkeit und niedrigeres Einkommen mit entsprechend höheren Gesundheitsrisiken und Erkrankungsraten gekennzeichnet (Paetzel et al., 2022; Moebus & Sutcliffe, 2022).

Vor diesem Hintergrund ist mit der Neugestaltung der Emscher für die angrenzenden Stadtviertel und in Summe auch für die ganze Region eine Vielzahl von Vorteilen verbunden. Neben den ökologischen Effekten – so hat sich die Artenvielfalt mit rund 500 Arten, die in das Emschergebiet zurückgekehrt sind, seit Anfang der 1990er-Jahre fast verdreifacht – ist der Emscherumbau zum Beispiel ein wichtiger ökonomischer Impuls für die strukturschwache Region. Studien gehen davon aus, dass durch den Umbau rund 44.000 Arbeitsplätze geschaffen oder erhalten wurden sowie ein gesamtwirtschaftlicher Effekt von 13,2 Milliarden Euro erzeugt wurde (Wiechmann et al., 2022). Die Emscher wird darüber hinaus auch zu einem Kultur- und Bildungsort. Speziell gestaltete Zugänge an die Gewässer ermöglichen einen Biologieunterricht direkt am Wasser. Mit dem Kulturfestival Emscherkunst in den Jahren 2010, 2013 und 2016 wurden jeweils mehrere 100.000 Menschen an den Fluss gelockt (WAZ, 2016). Zusätzlich sind rund 130 Kilometer (Rad-)Wege entlang des Flusssystems entstanden, weitere 100 Kilometer sollen in den kommenden Jahren hinzukommen. Diese werden bereits heute rege sowohl von überregionalen Touristen als auch zur Naherholung der lokalen Bevölkerung genutzt. Das neu geschaffene attraktive Wegenetz, das für Radtouren, als Joggingstrecke oder für ausgiebige Spaziergänge genutzt werden kann, lädt zum Sport und zur Bewegung ein oder wird als neues Angebot für die Alltagsmobilität mit dem Rad genutzt (imobis, 2020). Die Emscher und ihre Nebenläufe entwickeln sich von einem Meideraum, von dem sich alle Menschen eher fernhalten wollten, zu einem Bereich, der aktiv aufgesucht wird. Ebenfalls sind bedeutende Aufwertungseffekte im Bereich des Wohnens und große Potenziale zur Quartiersentwicklung zu erwarten, die weitere private Investitionen in den Immobilienbestand nach sich ziehen werden.

Somit ändert sich die Bedeutung der Emscher auch als Ort des sozialen Austausches mit neuer – positiver – regionaler Identifikation grundlegend. Zum Beispiel verbessert

sich mit dem Ausbleiben der Abwassereinleitungen erwartungsgemäß der chemische Zustand des Flusswassers. Entsprechend schnell erholt sich die Gewässerökologie, und die Geruchsbelästigungen, die früher deutlich spürbar waren, werden beseitigt. Insbesondere dort, wo die Emscher dicht durch die Stadtviertel fließt, kann sie so ganz neu ihre Funktion als gesundheitsförderlicher Ort sozialen Austauschs und positiver Identifikation erfüllen. Neu geschaffene Flussauen, die Emscher-Höfe, Parks, Spielplätze oder nur das Aufstellen von Sitzgelegenheiten lassen neue Treffpunkte entstehen, die salutogen wirken können. Die neue Ästhetik und der Umstand, dass die Emscher von einem »Schandfleck« zu einem positiven Identifikationsfaktor für die Region entwickelt wird, kann zu einem (gesundheitsförderlichen) neuen Gefühl von Wertschätzung und Anerkennung der Menschen in dieser Region führen.

Letztlich ist der hohe Stellenwert bürgerschaftlicher Partizipation bei der Planung und Bewirtschaftung dieser Orte zu nennen. Partizipation ist nicht nur ein zentrales Element der Planung (planerischer Umweltschutz), sondern auch in der Gesundheitsförderung – und damit im salutogenetischen Verständnis eine wichtige Voraussetzung für körperliches und seelisches Wohlbefinden. So wurden bspw. lokale Initiativen oder gemeinnützige Stiftungen der Bildungs- und Beschäftigungsförderung eingebunden und damit mehr Gelegenheiten für mehr Selbstwirksamkeit geschaffen (Emschergenossenschaft, 2005).

Die Rolle der öffentlichen Wasserwirtschaft für die Gesundheit der Anwohnerinnen und Anwohner in Zeiten des Klimawandels

Vom Emscherumbau sind somit zahlreiche positive Effekte auch für die öffentliche Gesundheit und damit für die Gesundheit der Anwohnerinnen und Anwohner zu erwarten. Die Potenziale der Wasserwirtschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit erschöpfen sich jedoch nicht in solchen oder ähnlichen Renaturierungsprojekten. In Zeiten des Klimawandels ist klar, dass das Thema Wasser zu einem zentralen Faktor bei der Bewältigung der negativen Folgen der Erwärmungen wird.

Aus unserer Sicht ist eine neue Art der Stadtentwicklung, die der Begrünung und dem Thema Wasser einen deutlich höheren Stellenwert einräumt, notwendig. Statt Wasser bei den häufiger auftretenden Unwettern in immer größeren Kanalsystemen möglichst schnell abzuführen, gilt es, den natürlichen Wasserkreislauf zu stärken und Wasser für Trockenphasen vor Ort zu speichern. Dieses sogenannte Schwammstadtprinzip schafft darüber hinaus positive Effekte für das Mikroklima in den Städten, indem die Möglichkeiten der Wasserverdunstung ausgeweitet werden, die in den Quartieren eine kühlende Wirkung entfalten kann (Abb. 1.4-2).

Dieses neue Leitbild der Stadtentwicklung erfordert jedoch eine deutlich stärkere Form der interdisziplinären und ämterübergreifenden Zusammenarbeit in den Städten.

Abbildung 1.4-2: Grundprinzipien der Schwammstadt. *Quelle: Zukunftsinitiative Klima.Werk, 2022.*

Und auch Wasserverbände, die bislang häufig nur nachgelagert als Träger öffentlicher Belange angehört werden, könnten frühzeitig wertvolle Impulse in Planungsprozesse einspeisen, Wasser zu einem zentralen Gestaltungselement in der Quartiersplanung machen und so die Lebensqualität dort in Zeiten des Klimawandels erhöhen.

Urban Public Health kann somit auf vielfältige Weise künftig eine weitere wichtige Querschnittsaufgabe einer öffentlichen Wasserwirtschaft werden, die ihren eigenen Handlungsauftrag für ihre Region offensiv und im Sinne des Gemeinwohls interpretiert. Mit Blick auf die städtebaulichen und infrastrukturellen Entwicklungserfordernisse im Ruhrgebiet ergeben sich hier zahlreiche Anknüpfungspunkte.

LITERATUR

Emmerich, R.; Wolter, F. (1906). *Die Entstehungsursachen der Gelsenkirchener Typhusepidemie von 1901.* München

Emschergenossenschaft (2005). *Masterplan Emscherzukunft.* Essen. http://www.emscherplayer.de/media/content/publication/000/025/000025417.pdf, letzter Zugriff: 08. 06. 2023

Fischer, M.; Moebus, S. & Schwarz, N. (2020). *Sewerage Systems and the Infant Welfare Movement Effects on Infant Mortality in Prussia.* (Ergebnisse nicht publiziert)

Gallardo-Albarrán, D. (2020). Sanitary infrastructures and the decline of mortality in Germany, 1877–1913. *The Economic History Review*, 73, 730–757. DOI: 10.1111/ehr.12942

Imobis (Universität Duisburg-Essen, Institut für Mobilitäts- und Stadtplanung) (Hrsg.) (2020). *Neue Emscher Mobilität*. Essen

Kilper, H. (1999). *Die Internationale Bauausstellung Emscher Park. Eine Studie zur Steuerungsproblematik komplexer Erneuerungsprozesse in einer alten Industrieregion*. Wiesbaden

Kurowski, H. (1993). *Die Emscher. Geschichte und Geschichten einer Flußlandschaft*. Essen

Moebus S. (2020). Gebaute Stadt und Gesundheit. Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit* (S. 1–16). Springer Berlin/ Heidelberg

Moebus, S. & Sutcliffe, R. (2022). Der Emscher-Umbau als Public Health Intervention zur Verbesserung der Gesundheit. In: U. Paetzel; D. Nellen; S. Siedentop & Emschergenossenschaft (Hrsg.). *Emscher 20 | 21+: Die neue Emscher kommt. Sozial-ökologischer Umbau einer regionalen Stadtlandschaft*. JOVIS Verlag GmbH, Berlin, Boston

Parent, T. (2000). Gute Wohnung, hoher Lohn. Zukunftsversprechen für polnische Immigranten und ihre Einlösung. In: W. Rainer (Hrsg.). *War die Zukunft früher besser? Visionen für das Ruhrgebiet Begleitband zur Historama Ausstellung*. Bottrop

Peters, R. (Hrsg.) (1999). *100 Jahre Wasserwirtschaft im Revier*. Bottrop

Trojan, A. & Legewie, H. (2001). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt am Main

Umweltbundesamt (Hrsg.) (2020). *Umwelteinstellungen in Deutschland von 1971 bis 2019 – Zeitreihenanalyse anhand externer Datenquellen*. https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/479/publikationen/texte_103-2020_umwelteinstellungen_in_deutschland_von_1971_bis_2019_0.pdf, letzter Zugriff: 01. 06. 2023

Wagner, H. (2022). *Vergangenheit als Zukunft? Geschichtskultur und Strukturwandel im Ruhrgebiet*. Köln

WAZ (2016). *Emscherkunst erkundeten gut 260.000 Besucher*, 17. 09. 2016. https://www.waz.de/staedte/oberhausen/article12201859/emscherkunst-erkundeten-gut-260-000-besucher.html, letzter Zugriff: 02. 09. 2024

Wiechmann, T. et al. (2022). *Mehrwerte des Emscher-Umbaus. Analyse aus planerischer und regionalwirtschaftlicher Sicht*. Essen

Zukunftsinitiative Klima.Werk (2022). *Grundprinzipien der Schwammstadt*. https://www.klima-werk.de/visionblau-gruen/schwammstadt.html, letzter Zugriff: 15. 07. 2024

KAPITEL 2

Die gesundheitliche Situation im Ruhrgebiet aus Perspektive von StadtGesundheit

■ Die Erfassung und Beschreibung der gesundheitlichen Situation einer Region ist, wie Kapitel 2 zeigt, sehr vielschichtig. Um Gesundheit im Sinne von StadtGesundheit zu verstehen, ist die Erfassung von Ursachen sozialer Ungleichheit bei Gesundheit mir ihren sozialen und räumlichen Determinanten ebenso wichtig wie die sozialdifferenzierte Beschreibung von Gesundheit, Krankheit und auch Sterblichkeit. Hierbei ist es sinnvoll, die Gesellschaft in Communitys zu unterscheiden, die sich beispielsweise anhand verschiedener Diversity-Dimensionen differenzieren lassen, denn theoretische Erkenntnisse zu Community Health legen nahe, dass eine communityspezifische Sichtweise für ein Verstehen der gesundheitlichen Situation sowie die Ableitung von Handlungen zentral sind (Department of Community Health, 2022). Diesem Anspruch kann bei bestehender Datenlage jedoch nicht immer vollumfänglich begegnet werden. Häufig werden Daten nur differenziert nach Geschlecht erhoben, weitere Merkmale liegen nicht standardisiert vor und entziehen sich so der Interpretation.

Zudem ist das Ruhrgebiet aus räumlicher Sicht keine statistische Einheit, denn es besteht aus Städten und Landkreisen mit den jeweiligen Gemeinden. Auch sind gerade aus einer stadtgesundheitlichen Perspektive kleinräumige Unterschiede bedeutend, die im Rahmen der bestehenden Statistik nicht immer umgesetzt werden können.

So finden sich in diesem Kapitel 2 des Gemeinschaftswerks Beiträge, in denen sowohl für eine regionale Betrachtung als auch für spezifische Communitys, orientiert an Diversity-Dimensionen Daten, ausgewertet und teilweise erhoben wurden, um Aussagen zur gesundheitlichen Situation im Ruhrgebiet aus der Perspektive von StadtGesundheit zu treffen.

Brigitte Borrmann und Christiane Lübke zeigen mit der Datengrundlage des Landeszentrums Gesundheit Ursachen für Unterschiede in der Lebenserwartung in NRW und eine andauernde gesundheitliche Benachteiligung insbesondere des nördlichen Ruhrgebiets auf. Im Beitrag von Simon Liebig, Mariam Manz und Jörg Plöger werden Präventionsmaßnahmen während der Coronapandemie in Dortmund beleuchtet, und es wird auch hier der Fokus auf soziale Ungleichheit gelegt. Das Autor:innenteam um Andreas Strang zeigt Entwicklungen bei Krebsneuerkrankungen im Ruhrgebiet auf. Klaus Zerres benennt die Potenziale von humangenetischer Diagnostik und individualisierter Medizin insbesondere im Kontext von Krebserkrankungen und diesbezügliche Facharzt-

angebote im Ruhrgebiet, die dem Versorgungsbedarf derzeit nicht gerecht werden, und er attestiert der Bevölkerung im Ruhrgebiet eine dramatische Unterversorgung in diesem Fachärztebereich.

Am Beispiel der Stadt Essen zeigen Franziska Dresen, Ute Lange und Judith Scheuermann die gesundheitliche Versorgung rund um die Geburt im Ruhrgebiet auf. Hier wird deutlich, dass es starke sozialräumliche Unterschiede in Angebot und Nachfrage gibt, die auch mit sozialen Determinanten einhergehen.

Die Perspektive von Behinderung und Inklusion mit einem Fokus auf schulisches Lernen nehmen Marcel Feichtinger und Christian Walter-Klose ein, die das Projekt der EXTRA-Klasse! in Gelsenkirchen beschreiben. Knut Rauchfuss und Helen Schwenken nehmen die gesundheitliche Versorgung von Migrant:innen ohne Krankenversicherung in den Blick. Hier gibt es vielfältige pragmatische Ansätze; der Bedarf an einer strukturellen Antwort wird am Beispiel des Ruhrgebiets als Zuwanderungsregion deutlich dargestellt. Die Diversity Dimension des Alterns wird von Alina Schmitz, Thorben Frie und Ferzaneh Fakdani im Hinblick auf die gesundheitliche Lage dargelegt und von Anne Roll zu Pflegebedürftigkeit und der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. In einem weiteren Beitrag beleuchtet Anne Roll gemeinsam mit Vazira Djumaeva die Pflegesituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in NRW und dem Ruhrgebiet.

Der Beitrag von Marie Meinhardt, Malina Schäfer-König und Raphael Sieber zu Daten für Taten am Beispiel der kommunalen Gesundheitsberichterstattung in Herne stellt dar, wie Analysen zur gesundheitlichen Situation einer Bevölkerung als Grundlage für strategisches Handeln dienen können. ■

Heike Köckler, Claudia Hornberg, Odile Mekel, Andrea Rüdiger

LITERATUR

Department of Community Health (Hrsg.) (2022). *Community Health*. Beltz Juventa, Weinheim.

2.1 Länger leben im Ruhrgebiet

Brigitte Borrmann, Christiane Lübke

Einleitung

Städtische Lebensumwelten beeinflussen die Gesundheit ihrer Bewohnerinnen und Bewohner auf vielfältige Art und Weise. Im Ruhrgebiet, dem größten Ballungsraum Deutschlands, kommt vieles zusammen: eine hohe Bevölkerungsdichte (mit bis zu ca. 3.000 Einwohner/Quadratkilometer in Herne), ein hohes Verkehrsaufkommen (und damit einhergehende Luftverunreinigung und Lärmbelastung), starke Segregationstendenzen innerhalb der Städte und ein anhaltender Strukturwandel mit großen Potenzialen, von denen jedoch nicht alle dort lebenden Menschen profitieren. Gleichzeitig bietet das Ruhrgebiet eine enorme kulturelle Vielfalt, eine hohe Dichte an Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten und zum Teil noch vergleichsweise günstigen Wohnraum.

In den 15 Kreisen und Städten des Ruhrgebiets leben ca. 5,1 Millionen Menschen und damit 28 % der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens (LZG.NRW, 2023a). Die gesundheitliche Lage dieser Menschen ist extrem unterschiedlich. Für eine kurze, zusammenfassende Beurteilung der gesundheitlichen Lage eignet sich insbesondere die Betrachtung der Lebenserwartung. Die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt ist ein zentraler Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage. Sie ist definiert als die Anzahl der Jahre, die eine Person voraussichtlich leben würde, wenn die altersspezifischen Sterblichkeitsraten des jeweiligen Berichtszeitraums unverändert bestehen blieben. Die zugrunde liegenden Tabellen (sogenannte Periodensterbetafeln) werden für Frauen und Männer getrennt vom Statistischen Bundesamt (Statistisches Bundesamt, 2022) erstellt und jährlich aktualisiert. Durch die Berücksichtigung der jeweiligen altersspezifischen Sterblichkeitsraten der Bezugsregion und des Bezugsjahres eignet sich die Lebenserwartung (anders als das durchschnittliche Sterbealter) für räumliche und zeitliche Vergleiche. Mögliche Verzerrungen durch eine unterschiedliche Altersstruktur der Bevölkerung werden durch diese Berechnungsmethode umgangen. Um kurzfristige Schwankungen auszugleichen, wird die Lebenserwartung für Nordrhein-Westfalen jährlich gleitend auf der Basis von drei zusammengefassten Jahren berechnet. Die mittlere Lebenserwartung kann nur als grobe Orientierung dienen, da sie nichts darüber aussagt, wie groß die Streuung in bestimmten Gebietseinheiten ist. Auch in Städten oder Regionen mit einer unterdurchschnittlichen Lebenserwartung kann es Menschen geben, die über 100 Jahre alt werden.

Lebenserwartung im regionalen Vergleich

In den Kreisen und kreisfreien Städten des Ruhrgebiets liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für neugeborene Mädchen bei 81,9 Jahren und für neugeborene Jungen bei 77,1 Jahren (Sterbetafel 2020/2022). Damit ist die Lebenserwartung der männlichen Neugeborenen 1,4 Jahre und der weiblichen Neugeborenen 1,1 Jahre geringer als im übrigen Nordrhein-Westfalen. Auch im bundesweiten Vergleich schneidet das Ruhrgebiet vergleichsweise schlecht ab. Bei den Männern weisen nur Bremen und die ostdeutschen Bundesländer Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt eine geringere Lebenserwartung auf, bei den Frauen liegt das Ruhrgebiet auf dem letzten Platz (Abb. 2.1-1).

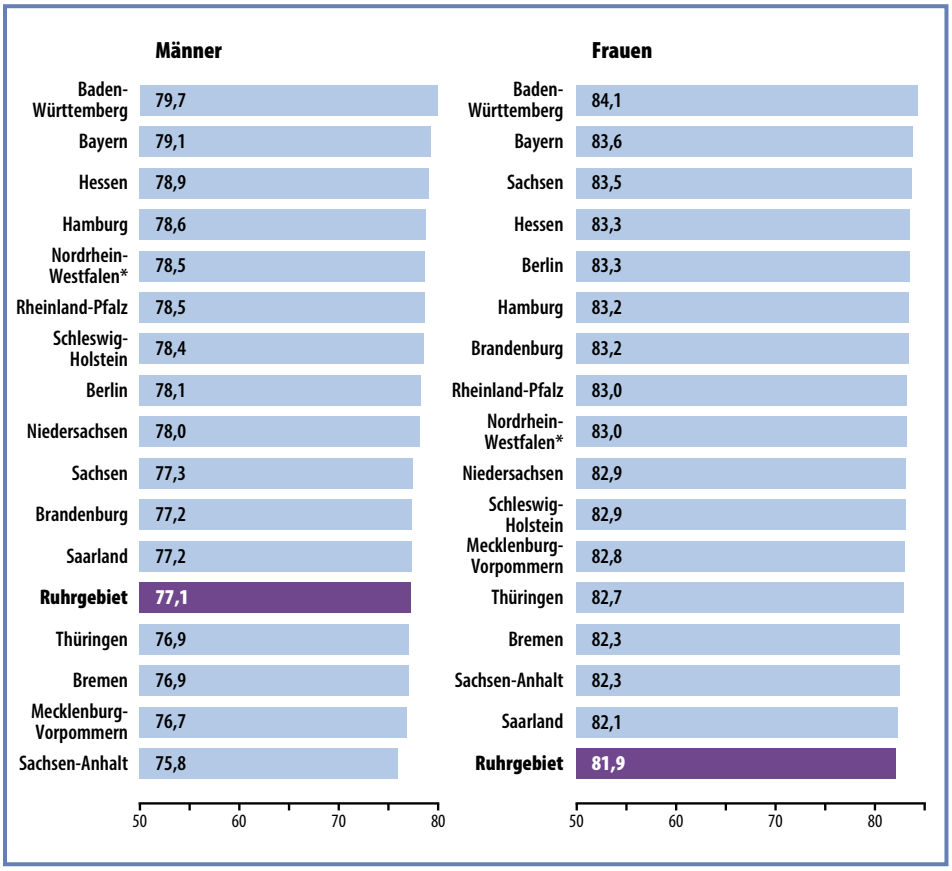

Abbildung 2.1-1: Durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen in Jahren bei Geburt im Ruhrgebiet im Vergleich zum übrigen Nordrhein-Westfalen und zu den anderen Bundesländern (Sterbetafel 2020/2022). *Quelle: Statistisches Bundesamt, 2022, eigene Darstellung.*

*Werte für Nordrhein-Westfalen ohne Kreise und kreisfreie Städte des Ruhrgebiets

Ungefähr seit 2010 hat sich der Anstieg der Lebenserwartung in Deutschland verlangsamt und ist in den Coronajahren sogar leicht gesunken. Überregional können außergewöhnlich starke Grippewellen in einzelnen Jahren mitverantwortlich sein. Die flächendeckend ungünstige Entwicklung in der jüngsten Vergangenheit ist in erster Linie auf die Coronapandemie zurückzuführen.

Der derzeitige Trend zu einem Rückgang der Lebenserwartung ist auch im Ruhrgebiet zu beobachten. Ab dem Berichtszeitraum 2017/2019 ist die Lebenserwartung bei den Frauen und ab 2018/2020 auch bei den Männern im Ruhrgebiet rückläufig. Eine auffällige Entwicklung zeigt sich vor allem bei den Frauen in Gelsenkirchen und Herne. Seit 2014/2016 ist die Lebenserwartung der Frauen in Gelsenkirchen um 0,9 Jahre und in Herne um 0,5 Jahre zurückgegangen.

Es kommt hinzu, dass sich der Abstand zwischen der Lebenserwartung im Ruhrgebiet und den übrigen Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren vergrößert hat. Ein vom Landesdurchschnitt abweichender Trend zeigt sich insbesondere bei Männern in Gelsenkirchen und bei Frauen in Gelsenkirchen, Herne und Hagen (LZG.NRW, 2023b).

Einflussfaktoren auf die Lebenserwartung

In der Lebenserwartung spiegeln sich vergangene und gegenwärtige Lebensbedingungen wider, die die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken der Menschen prägen. Die Forschung zu regionalen Unterschieden in der Lebenserwartung in Deutschland verweist auf regional unterschiedliche sozioökonomische und ökologische Rahmenbedingungen als wesentliche Einflussfaktoren. Je ärmer eine Region ist, desto häufiger und früher treten chronische Krankheiten auf, und desto geringer ist die Lebenserwartung (Kibele et al., 2015; Rau & Schmertmann, 2020; Hoebel et al., 2024).

In einigen Städten und Kreisen des Ruhrgebiets ist die sozioökonomische Lage nach wie vor eher ungünstig, was auf die zum Teil noch anhaltenden Probleme des Strukturwandels in der ehemals industriell geprägten Region zurückzuführen ist. Seit den 1980er-Jahren weist das Ruhrgebiet eine unterdurchschnittliche Wirtschaftskraft und eine überdurchschnittliche Arbeitslosenquote auf (Dahlbeck et al., 2022; Röhl, 2019). Nach einer Analyse von Rau und Schmertmann (2020) korreliert die Lebenserwartung auf Kreisebene in Deutschland deutlich negativ mit der Arbeitslosigkeit und im Westen Deutschlands darüber hinaus auch leicht negativ mit der Bevölkerungsdichte.

Der vom Robert Koch-Institut entwickelte German Index of Social Deprivation (GISD) wird häufig verwendet, um den Zusammenhang zwischen Indikatoren zur gesundheitlichen Lage und Indikatoren zur Sozialstruktur auf räumlicher Ebene zu analysieren. Der GISD fasst neun raumbezogene Indikatoren aus den Bereichen Bildung, Beschäftigung und Einkommen zusammen und kann Werte von 0 bis 1 aufweisen. In

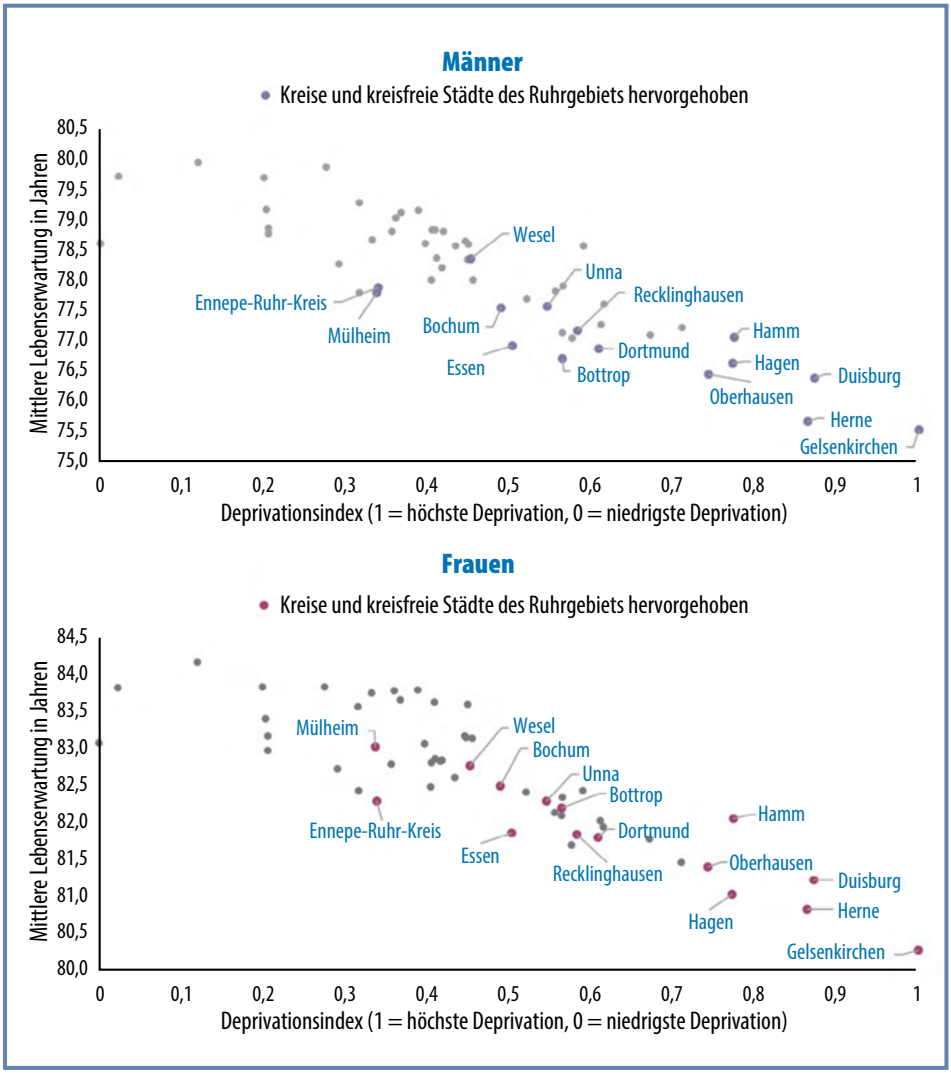

Abbildung 2.1-2: Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung von Männern und Frauen und dem regionalen Deprivationsindex in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (Sterbetafel 2020/2022). *Quelle: LZG.NRW, 2023b.*

kreisbezogenen Analysen für ein Bundesland erhält der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt mit der geringsten Deprivation den Indexwert 0 und der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt mit der höchsten Deprivation den Wert 1 (Kroll et al., 2017; Michalski et al., 2022).

Abbildung 2.1-2 zeigt die Lebenserwartung bei Geburt von Männern und Frauen in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (Sterbetafel 2020/2022) in Abhängigkeit vom jeweiligen Deprivationsindex. Die Kreise und kreisfreien Städte des Ruhrgebiets sind farbig hervorgehoben. Die Gebiete mit den höchsten Indexwerten

weisen die schlechteste sozioökonomische Lage auf. Insbesondere in einigen Kernstädten des Ruhrgebiets (z. B. Herne, Gelsenkirchen, Duisburg, Oberhausen und Hagen) findet sich ein hoher Deprivationswert in Kombination mit einer im NRW-Vergleich geringen Lebenserwartung (s. Abb. 2.1-2).

Es ist davon auszugehen, dass sich die Lebenserwartung unterhalb der Stadtebene, das heißt von Stadtteil zu Stadtteil und von Sozialraum zu Sozialraum, unterscheidet, da sich auch das Ausmaß der Deprivation auf kleinräumiger Ebene unterscheidet. Der GISD liegt allerdings auf kleinräumiger Ebene nicht vor. Für kleinräumige Gebietseinheiten liegen auch keine Sterbetafeln vor, sodass die Lebenserwartung für diese Gebietseinheiten nicht berechnet werden kann.

Die geringere Lebenserwartung in einigen Kernstädten des Ruhrgebiets ist u. a. auf potenziell vermeidbare Todesfälle in jüngeren Lebensjahren zurückzuführen. So tritt bspw. Lungenkrebs als Todesursache vor dem Alter von 65 Jahren in Herne und Gelsenkirchen ca. 50 % häufiger auf als im Landesdurchschnitt; Duisburg liegt diesbezüglich ca. 40 % über dem Landesdurchschnitt. An ischämischer Herzkrankheit (hierzu gehört auch der Herzinfarkt) versterben in Hagen 65 % mehr Menschen im Alter vor 65 Jahren als im Landesdurchschnitt, in Gelsenkirchen sind es 61 % und in Herne 50 %. Auch Lebererkrankungen, vor allem die alkoholinduzierte Leberzirrhose, gelten als vermeidbar. In der Gesundheitsberichterstattung wird die Altersgrenze hier bei 75 Jahren gezogen. In Gelsenkirchen versterben 69 % mehr Menschen vor dem Alter von 75 Jahren an Lebererkrankungen als im Landesdurchschnitt (LZG.NRW, 2023c).

Diese Beispiele deuten darauf hin, dass die kürzere Lebenserwartung mit dem Gesundheitsverhalten der Bevölkerung im Ruhrgebiet zusammenhängt. Als bedeutendster einzelner Risikofaktor für eine reduzierte Lebenserwartung gilt das Rauchen. Rauchen begünstigt nicht nur die Entwicklung von Lungenkrebs, sondern auch von Krebs im Nasen- und Rachenraum, Leberkrebs, Pankreaskrebs, Nieren- und Harnblasenkrebs sowie Brust- und Gebärmutterhalskrebs und bestimmten Formen der Leukämie.[1] Sowohl die Neuerkrankungsraten an Krebs insgesamt als auch die altersstandardisierte Krebssterblichkeit sind in einigen Städten des Ruhrgebiets im Vergleich zum restlichen Nordrhein-Westfalen deutlich erhöht. Auffällig ist außerdem die weitgehende Stagnation der Krebssterblichkeit bei Männern im Zeitverlauf in einigen Ruhrgebietsstädten im Vergleich zum rückläufigen Trend in Nordrhein-Westfalen und in Deutschland (Online-Jahresbericht 2020, Krebsregister NRW).[2] Die Krebssterblichkeit bei Frauen geht hingegen deutschlandweit seit Jahren nur noch langsam zurück (s. GEKID-Länderatlas).[3] Erfolge bei der Behandlung vieler Krebserkrankungen werden

1 www.dkfz.de/de/krebspraevention/Krebsrisiken_das-sagt-die-Wissenschaft/1_Risikofaktor_Rauchen/1_Gesundheitliche-Folgen-des-Rauchens.html; letzter Zugriff: 15. 05. 2024

2 www.landeskrebsregister.nrw/online-jahresbericht/#/general/intro; letzter Zugriff: 15. 05. 2024

3 www.gekid.de; letzter Zugriff: 15. 05. 2024

bei Frauen durch den Anstieg der Lungenkrebssterblichkeit in der weiblichen Bevölkerung geschmälert. Die Hauptursache liegt in der über Jahrzehnte deutlich gestiegenen Anzahl rauchender Frauen. Effekte von diesbezüglichen Präventionsmaßnahmen bzw. fehlenden Präventionsmaßnahmen zeigen sich erst nach vielen Legislaturperioden. In zwei Studien, der Heinz Nixdorf RECALL Study (HNR, durchgeführt ab dem Jahr 2000) und der Dortmunder Gesundheitsstudie (DGS, durchgeführt 2003/04), wiesen im Ruhrgebiet lebende Frauen die höchsten Anteile an Raucherinnen im Vergleich zu anderen Regionen in Deutschland auf (Völzke et al., 2006). Ein maßgeblicher Anteil regionaler Unterschiede der Sterblichkeit in Deutschland ist auf das Rauchen zurückzuführen (Grigoriev et al., 2022). Das hängt auch damit zusammen, dass Rauchen sich ebenfalls auf die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auswirkt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen im Ruhrgebiet mit ca. einem Drittel aller Todesfälle mehr Todesfälle als Krebserkrankungen, die für etwa jeden vierten bis fünften Todesfall verantwortlich sind. Da Krebstodesfälle jedoch im Durchschnitt früher im Leben auftreten als Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sind sie für eine größere Anzahl an verlorenen Lebensjahren verantwortlich und wirken sich dementsprechend auch besonders ungünstig auf die Lebenserwartung aus (LZG.NRW, 2023c).

Die auf der Verhältnis- und der Verhaltensebene beeinflussbaren Schutz- und Risikofaktoren für die beiden Haupttodesursachen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen weisen zahlreiche Überschneidungen auf. Neben Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum hat primär das Ausmaß an Stressbelastungen einen großen Einfluss auf das Erkrankungs- und Sterberisiko. Im Ruhrgebiet sind durch die Kumulation verschiedener Stressfaktoren mehr Menschen als in ländlicheren Gebieten Nordrhein-Westfalens einer großen Stressbelastung ausgesetzt. Zu diesen Stressfaktoren gehören Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, fehlende Bildungsabschlüsse und fehlende Sprachkenntnisse.

Eine Übersicht zu den diesbezüglichen regionalen Unterschieden bietet der Sozialbericht des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS, 2020). Soziale Stressfaktoren beeinträchtigen nicht nur die Erfüllung materieller Grundbedürfnisse, sondern durch die oft damit verbundene soziale Ausgrenzung ebenfalls die Erfüllung der psychosozialen Grundbedürfnisse nach gesellschaftlicher Zugehörigkeit und Anerkennung (Deci & Ryan, 2008). Auch die persönlichen Freiräume und damit das Grundbedürfnis nach Autonomie sind durch Armut stark gefährdet (Whitehead et al., 2016). Diese Situation erzeugt bei den betroffenen Menschen eine permanente Stressbelastung. Dauerstress in Kombination mit unzureichenden Ressourcen zur Stressbewältigung stellt z. B. durch Blutdruckerhöhung und Einflüsse auf den Stoffwechsel und das Immunsystem (u. a. über den veränderten Cortisolspiegel) eine direkte Gesundheitsgefährdung dar. Zugleich wirkt sich der Dauerstress auch indirekt auf die Gesundheit aus, indem er ein schädliches Gesundheitsverhalten bis hin zum Konsum legaler und illegaler Drogen

fördert (Thompson et al., 2016; Whitehead et al., 2016; Thoits, 2010; Chung et al., 2020; Goreis et al., 2022).

Es kommt noch hinzu, dass durch Armut belastete Menschen sehr häufig in Sozialräumen leben, die gleichzeitig auch von verkehrsbedingten und anderen Umweltbelastungen durch Luftverunreinigungen und Lärm geprägt sind, die ebenfalls als unkontrollierbare Stressoren wahrgenommen werden, mit vielfältigen Krankheitsrisiken einhergehen und das Sterberisiko erhöhen (Heinrich et al., 2013).

Die ältere Ruhrgebietsbevölkerung war im letzten Jahrhundert zum Teil zusätzlich kriegsbedingten Traumatisierungen (auch durch die Hungersnot in der Nachkriegszeit) und sehr belastenden Arbeitsbedingungen in Bergbau und Industrie ausgesetzt (Brussig & Schulz, 2019). Diese Altersgruppe ist darüber hinaus heute in den stark verdichteten urbanen Räumen durch sommerliche Hitzeperioden besonders gefährdet.

Aktuell sind in den Ruhrgebietsstädten eine zunehmende soziale Segregation und eine wachsende Kinderarmut zu beobachten (Helbig, 2023), deren Folgen für die Bevölkerungsgesundheit in den deprivierten Stadtgebieten und auch in Bezug auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt gravierend sein können.

Es ist nicht auszuschließen, dass sich die Lebenserwartung in den Kernstädten des Ruhrgebiets noch zusätzlich durch Abwanderungstendenzen von sozial und wirtschaftlich bessergestellten Gruppen mit geringeren Sterberisiken auch in Zukunft eher ungünstig entwickeln wird. Die regionalen Unterschiede in der Lebenserwartung in Nordrhein-Westfalen würden sich dadurch weiter vergrößern.

Auch wenn der Anteil an der Gesamtsterblichkeit sehr gering ist, soll nicht unerwähnt bleiben, dass es im Ruhrgebiet, bezogen auf die Bevölkerung, weniger Verkehrstote gibt als im restlichen Nordrhein-Westfalen. Während im Jahr 2022 außerhalb des Ruhrgebiets 2,9 Personen pro 100.000 Einwohner (370 Fälle) im Straßenverkehr starben, waren es im Ruhrgebiet 1,6 Personen pro 100.000 Einwohner (82 Fälle) (IT.NRW, 2023). Trotzdem sind auch in diesem Bereich auf jeden Fall noch Verbesserungen möglich, z. B. durch den Einsatz intelligenter Verkehrskonzepte zum Schutz von Menschen, die zu Fuß oder per Fahrrad unterwegs sind.

Schlussbetrachtung

Ein längeres Leben und vor allem auch eine verbesserte Lebensqualität für weite Bevölkerungsteile im Ruhrgebiet sind in erster Linie durch eine konsequente Umsetzung des Health in All Policies-Ansatzes der WHO zu erwarten (Mackenbach et al., 2019, s. auch Abb. 2.1-3). Dazu gehört auch die Bekämpfung von Armut sowie wachsender sozialer Ungleichheit und innerstädtischer Segregation. Das individuelle Gesundheitsverhalten spielt zwar, wie oben am Beispiel des Rauchens gezeigt, eine große Rolle als beeinflussbarer Einflussfaktor auf die Gesundheit, es ist aber extrem abhängig von den

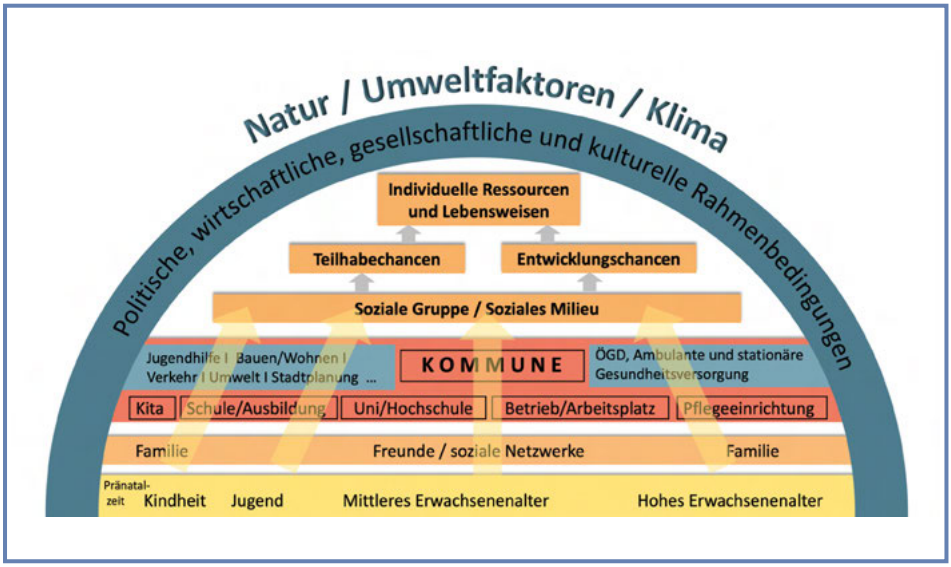

Abbildung 2.1-3: Prägende Faktoren und Einflussbereiche der Gesundheitsentwicklung im Lebenslauf. *Quelle: eigene Darstellung.*

Verhältnissen, also den jeweiligen Bildungs-, Arbeits- und Wohnbedingungen, in denen ein Mensch aufwächst und lebt. Diese wirken sich direkt aus, indem sie ein gesundes Verhalten eher behindern oder eher fördern. Sie wirken sich auch indirekt aus, indem sie die internen und externen psychosozialen Ressourcen wie Selbstwirksamkeit, Resilienz und soziale Unterstützung eher schwächen oder eher stärken. Wenn die psychosozialen Ressourcen zur Verhaltensänderung fehlen, besteht sogar die Gefahr, dass verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen kontraproduktiv wirken. Das kann z. B. der Fall sein, wenn gesundheitsschädliches Verhalten zur Stresskompensation eingesetzt wird und keine gesundheitsförderlichen Stressbewältigungsstrategien zur Verfügung stehen und/oder die psychische Gesundheit bereits beeinträchtigt ist. Versuche der Verhaltensänderung (Ernährungsumstellung, Rauchstopp, Alkoholverzicht usw.) verlaufen dann oft erfolglos, wodurch sich der Stress verstärkt und die psychische Stabilität noch weiter geschwächt wird (Guggelberger, 2018; Memon et al., 2020).

Potenziale zur Entwicklung innovativer und evidenzbasierter struktureller Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf kommunaler Ebene und damit auch zur Unterstützung von individuellen Teilhabe- und Entwicklungschancen in den unterschiedlichen sozialen Gruppen und Milieus sind im kulturell vielfältigen und über viele Jahrzehnte integrationserprobten Ruhrgebiet auf jeden Fall gegeben.

LITERATUR

Brussig, M. & Schulz, S. E. (2019). Soziale Unterschiede im Mortalitätsrisiko. Das frühere Arbeitsleben beeinflusst die fernere Lebenserwartung. *IAQ-Report*, 2019(06)

Chung, R. Y.-N.; Marmot, M.; Mak, J. K-L.; Gordon, D.; Chan, D. & Chung G. K-K. (2020). Deprivation is associated with anxiety and stress. A population-based longitudinal household survey among Chinese adults. *Journal of Epidemiology* and *Community Health*, 75(4), 335–342

Dahlbeck, E.; Gärtner, S.; Best, B.; Kurwan, J.; Wehnert, T. & Beutel, J. (2022). Analyse des historischen Strukturwandels im Ruhrgebiet (Fallstudie). *Climate change*, 29, Umweltbundesamt

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182–185

Goreis, A.; Nater, U. M.; Skoluda, N. & Mewes, R. (2022). Psychobiological effects of chronic ethnic discrimination in Turkish immigrants: Stress responses to standardized face-to-face discrimination in the laboratory. *Psychoneuroendocrinology*, 142, 105785

Grigoriev, P., Klüsener, S. & van Raalte, A. (2022). Quantifying the contribution of smoking to regional mortality disparities in Germany: a cross-sectional study. *BMJ open*, 12(9), e064249

Guggelberger, L. (2018). Can Health Promotion also do harm? *Health Promotion International*, 33, 557–560

Heinrich, J.; Thiering, E.; Rzehak, P.; Krämer, U.; Hochadel, M.; Rauchfuss, K. M.; Gering, U. & Wichmann, H. E. (2013). Long-term exposure to NO2 and PM10 and all-cause and cause-specific mortality in a prospective cohort of women. *Occupational and environmental medicine*, 70(3), 179–186

Helbig, M. (2023). *Hinter den Fassaden. Zur Ungleichverteilung von Armut, Reichtum, Bildung und Ethnie in den deutschen Städten.* Discussion Paper P 2023-003. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Hoebel, J.; Nowossadeck, E.; Michalski, N.; Baumert, J.; Wachtler, B. & Tetzlaff, F. (2024). Sozioökonomische Deprivation und vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland 1998–2021. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 67, 528–537

IT.NRW (Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen) (2023). *Statistik der Straßenverkehrsunfälle*

Kibele, E. U.; Klüsener, S. & Scholz, R. D. (2015). Regional mortality disparities in Germany. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,* 67, 241–270

Kroll, L. E.; Schumann, M.; Hoebel, J. & Lampert, T. (2017). Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring,* 2(2), 103–120

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2023a). *Indikator 02.05 Bevölkerung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken*. www.lzg.nrw.de/9110003

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2023b). *Indikator 03.10 Lebenserwartung*. www.lzg.nrw.de/9110003

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2023c). *Indikator 03.14 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen.* www.lzg.nrw.de/9110003

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2023d). *Indikator 03.12 Anzahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres verlorenen Lebensjahre (PYLL) nach Todesursachen und Geschlecht.* www.lzg.nrw.de/9110003

Mackenbach, J. P.; Valverde, J. R.; Bopp, M.; Brønnum-Hansen, H.; Deboosere, P.; Kalediene, R.; Kovács, K.; Leinsalu, M.; Martikainen, P.; Menvielle, G.; Regidor, E. & Nusselder, W. J. (2019).

Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *The Lancet Public Health,* 4(10), e529–e537

MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2020). *Sozialbericht NRW 2020. Armuts- und Reichtumsbericht*

Memon, A. N.; Gowda, A. S.; Rallabhandi, B.; Bidika, E.; Fayyaz, H.; Salib, M. & Cancarevic, I. (2020). Have Our Attempts to Curb Obesity Done More Harm Than Good? *Cureus,* 12(9), e10275

Michalski, N.; Reis, M.; Tetzlaff, F.; Herber, M.; Kroll, L. E.; Hövener, C.; Nowossadeck, E. & Hoebel, J. (2022). German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *Journal of Health Monitoring,* 7(S5), 2–24

Rau, R. & Schmertmann, C. P. (2020). Lebenserwartung auf Kreisebene in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, *117*(29-30), 493–499

Röhl, K. H. (2019). Das Ruhrgebiet: der anhaltende industrielle Strukturwandel im Spiegel der Regionalpolitik. *Wirtschaftsdienst,* 99 (Sonderheft), 49–55

Statistisches Bundesamt (2022). *Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt (Periodensterbetafel). Bundesländer, Jahre, Geschlecht.* https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html

Thoits, P. A. (2010). Stress and health. Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51, 41–53

Thompson, T.; Kreuter, M. & Boyum, S. (2016). Promoting Health by Addressing Basic Needs. Effect of Problem Resolution on Contacting Health Referrals. *Health Education & Behavior*, 43(2), 201–207

Völzke, H.; Neuhauser, H.; Moebus, S.; Baumert, J.; Berger, K.; Stang, A.; Ellert, U.; Werner, A. & Döring, A. (2006). Rauchen: Regionale Unterschiede in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International,* 103(42), A2748–A2890

Whitehead, M.; Pennington, A.; Orton, L., Nayak, S.; Petticrew, M.; Sowden, A. & White, M. (2016). How could differences in »control over destiny« lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health and Place*, 39, 51–61

2.2
Pandemie der Ungleichheit – Krankheit und Präventionsmaßnahmen in benachteiligten Stadträumen in Dortmund während der Coronakrise

Simon Liebig, Mariam Manz, Jörg Plöger

Einleitung

Die Coronapandemie führte auf globaler Ebene zu erheblichen gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen. In Deutschland wurden Daten zu Inzidenzentwicklungen und Impfquoten zu einer wichtigen Informationsquelle und Grundlage politischer Handlungsmaßnahmen. Aufgrund fehlender Daten auf der Individualebene wurden meist Aggregatdaten auf unterschiedlichen räumlichen Ebenen herangezogen. Dabei

wurden bereits eine hohe räumliche Dynamik und Ungleichheit in den Betroffenheiten deutlich (Straßburger & Mewes, 2022; Manz et al., 2023). Waren es in den ersten Monaten vor allem wohlhabendere Regionen und Stadträume, die von vermehrten Infektionen betroffen waren – begründet in den höheren Reiseaktivitäten der hier lebenden Menschen –, verlagerte sich das Infektionsgeschehen zunehmend in benachteiligte Gebiete und verstetigte sich hier (Dragano et al., 2021; Hoebel et al., 2021; Neuhann et al., 2022). Das Ruhrgebiet ist von einer deutlichen sozialen Segregation geprägt, wobei die Autobahn A40, die von West nach Ost das Ruhrgebiet durchschneidet, häufig als »Sozialäquator« beschrieben wird (Bogumil et al., 2012; Kersting, 2017). Die Gebiete nördlich der A40 sind dabei von höherer Armut und höheren Anteilen an Zugewanderten geprägt, die Gebiete südlich der A40 sind insgesamt wohlhabender.

In unserem Beitrag zeichnen wir die kleinräumigen Entwicklungen am Beispiel der Stadt Dortmund nach und richten den Blick dabei auf die komplexen Gründe für die scheinbar stärkere Betroffenheit marginalisierter Gruppen und Stadträume. Zudem beleuchten wir die ungleichen Folgen der zwischen 2020 bis 2022 angeordneten Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie kritisch, denn Lockdowns, Kontaktbeschränkungen, Homeoffice-Gebote und Schulschließungen wirkten sich unterschiedlich und meist sozial selektiv auf verschiedene Bevölkerungsgruppen aus. Es wird dargestellt, warum viele der politischen Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie die sozialräumlichen Ungleichheiten weiter verschärft haben, indem sie insbesondere die Bedarfe und Lebensrealitäten von armutsbetroffenen Haushalten (und damit häufig von Personen mit Migrationsgeschichte) nicht ausreichend berücksichtigt haben. Empirische Grundlage sind erstens die kommunale Berichterstattung zur kleinräumigen Inzidenzentwicklung sowie zweitens zehn Interviews mit lokalen Praxisakteur:innen in Dortmund, welche im Rahmen eines Forschungsprojekts im Auftrag des Ministeriums für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen zwischen Dezember 2021 und März 2022 durchgeführt wurden (vgl. Manz et al., 2023).

Ungleiche Betroffenheit und die Ambivalenz sozialräumlicher Ansätze der Pandemiebekämpfung

Soziale Ungleichheit manifestiert sich auch auf sozialräumlicher Ebene. Menschen mit Einwanderungsgeschichte sind überproportional von Armut und Benachteiligungen bei der Wohnraumvergabe betroffen (Hanhörster et al., 2023). Dies wiederum wirkt sich auf die Wohnlage aus, da u. a. Mietpreise und (verwehrte) Zugänglichkeiten die Wahl des Wohnstandorts beschränken. In einzelnen Stadträumen kommt es somit zur wohnräumlichen Konzentration (Segregation) von armutsbetroffenen Haushalten, deren Mitglieder überdurchschnittlich häufig eine Einwanderungsgeschichte haben.

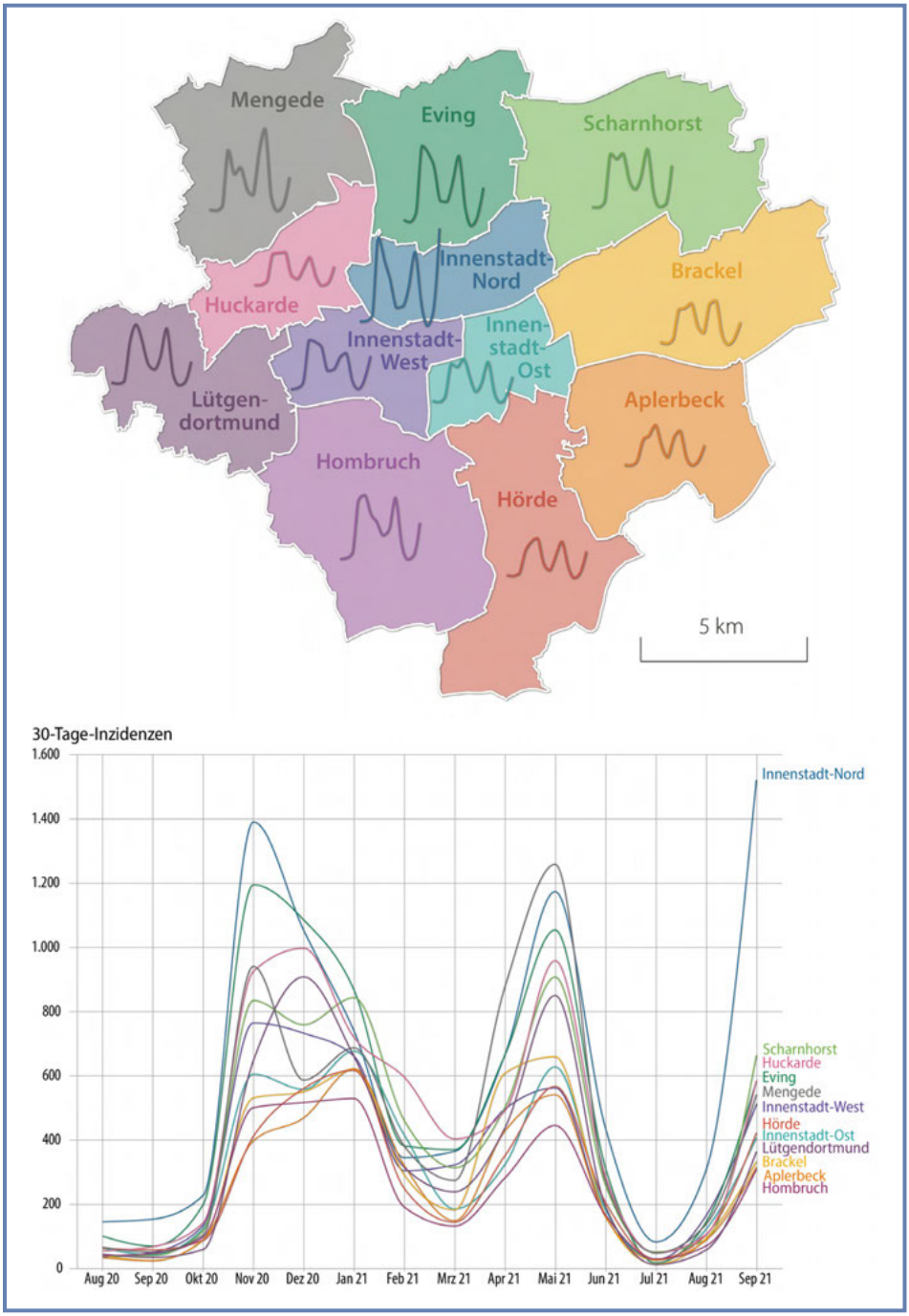

Abbildung 2.2-1: Covid-19-Verlauf der zwölf Dortmunder Stadtbezirke.
Quelle: Darstellung: Aaliah Edip; Datengrundlage: opendata.dortmund.de.

Die Frage nach der überproportionalen Betroffenheit dieser Bevölkerungsgruppen wurde während der Pandemie intensiv in Wissenschaft und Politik diskutiert, wobei häufig keine Differenzierung zwischen der Frage des sozioökonomischen Status und der Einwanderungsgeschichte getroffen wurde. Benachteiligte Stadtgebiete und (vor allem migrantische) Bevölkerungsgruppen standen somit im Blickpunkt der medialen und politischen Berichterstattung über vermehrte Infektionen. Zudem wurden schwerere Krankheitsverläufe und höhere Sterberaten bei marginalisierten und migrantischen Bevölkerungsgruppen erkannt, und Maßnahmen zur Eindämmung wurden vielerorts auf Basis dieser Informationslage zugeschnitten und sozialräumlich ausgerichtet. Dies führte zu aufsuchenden Impfaktionen in klassischen »Problemgebieten« oder zur Entwicklung von Informations- oder Präventionsangeboten, die sich an bestimmte Bevölkerungsteile richteten, wie bspw. Impfangebote in Moscheegemeinden oder Informationskampagnen in weiteren als der deutschen Sprache. Diese stark sozialräumlich orientierten Ansätze wurden – zumindest medial – vielerorts als erfolgreich betrachtet (s. Rheinische Post, 2021; Spiegel, 2022; Tagesschau, 2021). Inwieweit sie jedoch auch die (weitere) Stigmatisierung dieser Quartiere und ihrer Bewohnerschaft befördert hat, wurde zunächst weniger beachtet, denn durch die mediale Berichterstattung über einzelne Bevölkerungsgruppen oder Stadträume, die besonders von Infektionen betroffen waren, wurden soziale Problemlagen in den Debatten häufig ethnisiert, kulturalisiert oder verräumlicht, was Ressentiments beförderte und zu weiteren Benachteiligungen geführt hat. Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie haben sich damit immer in einem Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit schneller und zielgerichteter Reaktionen und der Stigmatisierung von Quartieren und weiteren Benachteiligungen bereits marginalisierter Bevölkerungsgruppen bewegt.

Kleinräumige Dynamiken der Covid-19-Infektionen in Dortmund

Eine Betrachtung der Inzidenzentwicklung in der Stadt Dortmund auf der Ebene der Stadtbezirke verdeutlicht die hohe räumliche und zeitliche Dynamik der gemeldeten Coronainfektionen.

Das Diagramm (Abb. 2.2-1) zeigt die Entwicklung der 30-Tages-Inzidenz von August 2020 bis September 2021. Zunächst muss festgehalten werden, dass kein einzelner Bezirk durchgängig die niedrigste Inzidenz gemeldet hat und auf der anderen Seite auch kein Bezirk zu jedem Zeitpunkt die höchste Inzidenz aufweist. Dennoch ist auffällig, dass die Bezirke mit einer höheren Betroffenheit auch die Bezirke Dortmunds sind, die am stärksten durch Migration und Armut gekennzeichnet sind. Insbesondere Innenstadt-Nord (»Nordstadt«) als der Dortmunder Bezirk mit den höchsten Anteilen an Staatsbürger:innen ohne deutschen Pass (2021: 55,4 %) und armutsbetroffenen Haushalten (Arbeitslosenquote 2021: 21,3 %) erscheint stärker betroffen als andere Bezirke. Der Bezirk ist durch eine dichte gründerzeitliche Bebauung und eine hohe

Fluktuation der Bevölkerung geprägt und stellt ein etabliertes Ankunftsquartier neu zugewanderter Menschen dar (Gerten et al., 2022).

Die Gründe für die stärkere Betroffenheit der migrations- und armutsgeprägten Stadträume sind dabei vielfältig, und bei der Interpretation dieser räumlichen Befunde ist Vorsicht geboten, da von der Gebietsebene zunächst keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Betroffenheit unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen in diesem Gebiet gezogen werden können (ökologischer Fehlschluss).

In diesen Stadträumen überlagern sich unterschiedliche soziale Probleme, die sich in benachteiligten Lebenslagen zeigen. Der Anteil der zugewanderten Menschen und ihrer Nachkommen erscheint dabei jedoch insgesamt nicht als wesentlicher Faktor für höhere Inzidenzwerte. Studien, die eine Differenzierung der migrantischen Bevölkerung ermöglichen (z. B. nach Herkunftsregionen oder sozialen Milieus), zeigen keine durchgängig stärkere Betroffenheit von bestimmten Gruppen. Vielmehr deuten statistische Analysen darauf hin, dass die prekäre soziale Lage der betroffenen Personen und Haushalte ausschlaggebend für vermehrte Infektionen ist (vgl. Goßner & Siegert, 2023; Manz et al., 2023; Wahrendorf et al., 2021).

Begründungen für verstärkte Betroffenheit in der Dortmunder Nordstadt

Neben der ökonomischen Situation der Haushalte scheinen die Wohnverhältnisse und auch baustrukturelle Aspekte des Quartiers zu einer Verfestigung höherer Inzidenzwerte in der Dortmunder Nordstadt beizutragen. *Beengte Wohnverhältnisse und eine hohe Bevölkerungsdichte* erschweren es, die Kontakte mit anderen Menschen zu reduzieren. Wer beengt wohnt, kann sich im Infektionsfall nur schwerlich von anderen Haushaltsmitgliedern isolieren, um diese vor einer Übertragung des Virus zu schützen. Laut der Leitung eines sozialen Trägers leben Familien in der Dortmunder Nordstadt häufiger »in Wohnungen mit wenigen Räumen und hohen Wohndichten«, was als Konsequenz bedeutet: »Wenn da einer positiv ist, dann sind alle positiv« (Interview 05).

Neben der Wohndichte spielt auch die *Verfügbarkeit privater Freiräume* zur Erholung eine wesentliche Rolle. Wer nicht über einen eigenen Garten oder Balkon verfügt, ist für die Freizeitgestaltung in besonderem Maße auf den öffentlichen Raum angewiesen, der in dicht besiedelten Gebieten auch stärker frequentiert wird. Gleichzeitig wurde die Nutzung öffentlicher Räume im Zuge der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung besonders stark reglementiert bzw. ihre Nutzung eingeschränkt.

Auch in der infrastrukturellen und technischen Ausstattung sowohl der Haushalte als auch der Bezirke spiegelt sich die soziale Ungleichheit der Bevölkerungsstruktur wider. *Homeoffice und Homeschooling* erfordern eine entsprechende technische Aus-

stattung der Haushalte und sind bei Neuanschaffung mit zusätzlichen Kosten verbunden. Neben der technischen Ausstattung war auch hier die Verfügbarkeit von Raum von Bedeutung, wie es zum Beispiel eine Mitarbeiterin der Migrationsagentur in Dortmund zusammenfasst: »Also wenn eine Großfamilie in relativ kleiner Wohnung ist und die Kinder dann noch zu Hause lernen müssen, das zehrt schon, glaube ich, an einigen« (Interview 07).

Auf der Ebene der Quartiere zeigt sich die Benachteiligung in der *gesundheitsrelevanten Infrastruktur* zum Beispiel an der Ausstattung mit hausärztlichen Praxen, die in sozial benachteiligten Gebieten meist weniger stark vertreten sind als in wohlhabenderen Stadträumen, was sich mit dem ökonomischen Interesse der Praxisbetreiber:innen erklären lässt (Arentz, 2017). Auch für die Nordstadt wurde auf den Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Struktur und Ausstattung mit Gesundheitsinfrastruktur von einigen Interviewpartner:innen hingewiesen, sodass in der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung »für solche Stadtteile [wie die Nordstadt] für die Zukunft ein Riesenproblem« erkannt wird, wodurch »die Versorgung hier nicht für gewährleistet« erachtet wird. Der Erfahrung eines lokalen sozialen Trägers nach gingen viele Bewohner:innen weniger zu Vorsorgeuntersuchungen, sondern lediglich »in die Notfallsprechstunden, wenn die Erkrankung dann schon sehr schlimm« sei (Zitate aus Interview 05). Im Kontext der Pandemie kann dies zu verstärkten Vorerkrankungen führen, die anfälliger für einen schweren Verlauf der Covid-19-Infektion machen.

Für sozioökonomisch benachteiligte Haushalte hat insbesondere die *Schließung zentraler Verwaltungen* während der Pandemie zusätzliche Unsicherheiten verursacht, weil der Kontakt aufgrund der Hygieneverordnungen mit weiteren Hürden verbunden bzw. nur online möglich war. Das betrifft insbesondere das Jobcenter und bei Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft die kommunalen Ausländerbehörden. So beschreibt der Mitarbeiter eines sozialen Trägers, dass das Jobcenter nur noch per E-Mail zugänglich war, was dazu geführt habe, »dass Menschen in der Nordstadt schlichtweg ausgeschlossen worden sind […], weil sie vielleicht keine Internetzugänge haben, weil sie der deutschen Sprache nicht mächtig sind, weil es einfach zu hochschwellig ist« (Interview 09). Auch weitere Einrichtungen, welche in benachteiligten Stadträumen Angebote unterbreiten, verloren zum Teil den Zugang zu ihrer Klientel. Durch den Wegfall dieser Angebote und Hilfen wurden Haushalte, die auf diese Unterstützungen angewiesen waren, weiter abgehängt.

Alle hier angeführten Maßnahmen, von denen sozioökonomisch benachteiligte Haushalte stärker betroffen waren, äußern sich nicht nur in finanziellen, schulischen oder gesundheitlichen Auswirkungen, sondern zunehmend auch, wie die befragten Akteur:innen hervorheben, als psychische Belastungen in den betroffenen Haushalten.

Fazit

Die Coronapandemie hat bestehende soziale Ungleichheiten auf zweierlei Weise verstärkt. Zum einen waren benachteiligte Bevölkerungsgruppen überdurchschnittlich häufig durch Infektionen betroffen und hatten, statistisch betrachtet, auch häufiger einen schweren Krankheitsverlauf. Durch wohnräumliche Konzentrationen von Armut in benachteiligten Stadtlagen – wie hier am Beispiel der Dortmunder Nordstadt – spiegelt sich dies auch in einer räumlichen Dimension. In der öffentlichen Diskussion wurde jedoch vielfach verallgemeinert, ohne die konkreten sozioökonomischen Probleme zu artikulieren, die zu dieser stärkeren Betroffenheit führen. So dominierten Narrative über »Pandemietreiber«, und hohe Inzidenzen in den Quartieren wurden auf die geringe Bereitschaft der Bevölkerung, sich an den Maßnahmen zu beteiligen, zurückgeführt.

Aber auch viele der Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie haben die Benachteiligungen eher verschärft. Beengte Wohnverhältnisse, der Wegfall von Beratungsangeboten, die Umstellung auf Homeschooling, der erschwerte Zugang zu wichtigen Ämtern oder die ersatzlose Streichung von Mitteln der Leistung für Bildung und Teilhabe (BuT) haben die Situation für armutsbetroffene Haushalte weiter erschwert. Mit Blick auf die zugewanderte Bevölkerung sind insbesondere die Kommunikation und fehlende Einbindung in die Strategieentwicklung kritisch zu sehen. Hier gilt es für die Zukunft die unterschiedlichen Lebenslagen hinsichtlich sozioökonomischer Ausstattung und wohnräumlicher Ressourcen in der Entwicklung politischer Maßnahmen stärker mitzudenken und zu differenzieren. Gerade um Diskriminierungen und negative Zuschreibungen zu verhindern, gilt es, Formate und Wege zu finden, welche eine echte Behebung sozialer Benachteiligungen ermöglichen.

LITERATUR

Arentz, C. (2017). Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. WIP – Diskussionspapier 2/2017. Köln. https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Diskussionspapiere/Regionale_Verteilung_von_AErzten_in_Deutschland.pdf; letzter Zugriff: 16. 01. 2024

Bogumil, J.; Heinze, R. G.; Lehner, F. & Strohmeier, K. P. (2012). *Viel erreicht – wenig gewonnen. Ein realistischer Blick auf das Ruhrgebiet.* Klartext Verlag, Essen

Dragano, N.; Hoebel, J.; Wachtler, B.; Diercke, M.; Lunau, T. & Wahrendorf, M. (2021). Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2. *Bundesgesundheitsblatt*, 64(9), 1116–1124. DOI: 10.1007/s00103-021-03387-w

Gerten, C.; Hanhörster, H.; Hans, N. & Liebig, S. (2022). How to identify and typify arrival spaces in European cities – A methodological approach. *Population, Space and Place* 29(2), 1–15. DOI: 10.1002/psp.2604

Goßner, L. & Siegert, M. (2023). COVID-19-Erkrankungen und Impfungen gegen SARS-CoV-2 bei Personen mit und Personen ohne Migrationserfahrung – Ergebnisse aus der RKI-SOEP-2 Studie. *IAB-Forschungsbericht 04/2023.* DOI: 10.48720/iab.fb.2304

Hanhörster, H.; Liebig, S. & Neßler, M. (2023). *Migration und Zugangschancen auf dem Wohnungsmarkt*. https://www.bpb.de/themen/migration-integration/kurzdossiers/migration-in-staedtischen-und-laendlichen-raeumen/517517/migration-und-zugangschancen-auf-dem-wohnungsmarkt/; letzter Zugriff: 16. 01. 2024

Hoebel, J.; Michalski, N.; Wachtler, B.; Diercke, M.; Neuhauser, H.; Wieler L. H. & Hövener, C. (2021). Socioeconomic differences in the risk of infection during the second SARS-CoV-2 wave in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International,* 118(5), 269–270. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0188

Kersting, V. (2017). *Neuere Befunde zur sozialen, räumlichen und politischen Spaltung in NRW.* Präsentation, NRW-Dialogforum des FGW – 23. und 24. November 2017, Düsseldorf

Manz, M.; Liebig, S.; Plöger, J. & Zimmer-Hegmann, R. (2023). COVID-19, Menschen mit Einwanderungsgeschichte und benachteiligte Quartiere: Eine Pandemie als Katalysator räumlicher, sozialer und kultureller Differenzierungen. *ILS-Working Paper 10.* DOI: 10.58122/6p7e-1p14

Neuhann, F.; Ginzel, S.; Buess, M.; Wolff, A.; Kugler, S.; Schlanstedt, G.; Kossow, A.; Nießen, J. & Rüping, S. (2022). Die zeitlich-räumliche Verteilung von COVID-19 in Köln und beeinflussende soziale Faktoren im Zeitraum Februar 2020 bis Oktober 2021. *Bundesgesundheitsblatt,* 65(9), 853–862. DOI: 10.1007/s00103-022-03573-4

Rheinische Post (2021). *»Das Tattoostechen hat mehr wehgetan«*. https://rp-online.de/nrw/panorama/corona-koeln-in-chorweiler-koennen-sich-anwohner-im-impfbus-impfen-lassen_aid-57935021; letzter Zugriff: 16. 01. 2024

Spiegel (20. 02. 2022): Sie wollen sich impfen lassen – doch die Politik erreicht sie nicht. https://www.spiegel.de/politik/deutschland/corona-impfaktion-in-berlin-neukoelln-die-vertrauensfrage-a-d7b83058-4450-40df-b75d-06644171e71a; letzter Zugriff: 16. 01. 2024

Straßburger, M.-L. & Mewes, L. (2022). Der Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten und Covid-19 Fallzahlen auf Stadtteilebene – Eine Fallstudie für 46 Stadtteile der Stadt Duisburg. *ZFW – Advances in Economic Geography,* 66(2), 111–130. https://doi.org/10.1515/zfw-2021-0030

Tagesschau (03. 05. 2021). *Köln startet unbürokratische Impfaktion in Chorweiler.* https://www.tagesschau.de/multimedia/sendung/tagesthemen/video-858649.html; letzter Zugriff: 16. 01. 2024

Wahrendorf, M.; Rupprecht, C. J.; Dortmann, O.; Scheider, M. & Dragano, N. (2021). Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1,28 Mio. Versicherten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt,* 64(3), 314–321. DOI: 10.1007/s00103-021-03280-6

2.3
Krebsneuerkrankungen im Ruhrgebiet und im übrigen Nordrhein-Westfalen, 2008–2019

Andreas Stang, Madeleine Karpinski, Kevin Claaßen, Johannes Hüsing, Hiltraud Kajüter, Lennart Möller

Einleitung

Die Ruhrmetropole in Nordrhein-Westfalen (NRW) ist ein vom Steinkohlebergbau geprägtes industrielles Ballungsgebiet mit einer Bevölkerung von rund 5,1 Millionen Menschen und überwiegend urbanen und wenigen ländlichen Regionen. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist in den Städten des Ruhrgebiets deutlich höher als in den eher ländlich geprägten Kreisen (Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, 2018). Es ist schon lange bekannt, dass die Bevölkerung des Ruhrgebiets im Vergleich zum übrigen NRW ungünstigere Lebensstile und soziale Faktoren (Arbeitslosigkeit, Bildungsdefizite) aufweist. Der Deutsche Index der multiplen Deprivation misst anhand von sieben Dimensionen (Einkommen, Beschäftigung, Bildung, kommunale Einnahmen, soziale Ressourcen, Umwelt und Sicherheit) den Mangel an materiellen und sozialen Ressourcen einer Region (Maier, 2017). Die Bevölkerung des Ruhrgebiets leidet besonders häufig unter einer starken multiplen Deprivation (Jansen et al., 2023).

Diese Faktoren machen sich auch in der Lebenserwartung der Bevölkerung des Ruhrgebiets bemerkbar. In einer Analyse der Lebenserwartung während 2015 bis 2017 der 402 Kreise bzw. kreisfreien Städte in Deutschland zeigte sich, dass acht kreisfreie Städte des Ruhrgebiets (Bottrop, Dortmund, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen, Hagen, Herne, Oberhausen) zu den untersten 10 % an Plätzen bei der Lebenserwartung gehörten. Die durchgeführte Korrelationsanalyse zwischen der Lebenserwartung und sozialen wie wirtschaftlichen Faktoren zeigte, dass insbesondere soziale Faktoren wie die Arbeitslosigkeit einen negativen Einfluss auf die Lebenserwartung haben. Eine der Kernaussagen der Autoren lautete: »[…] die niedrigste Lebenserwartung fand sich in ländlichen Gegenden der ehemaligen DDR und im Ruhrgebiet« (Rau & Schmertmann, 2020).

Das Ziel dieser Arbeit ist es, im urbanen Ruhrgebiet und im restlichen NRW die Inzidenz von den Krebserkrankungen, die bekanntermaßen mit den lebensstil-assoziierten Krebsrisikofaktoren Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum und Adipositas assoziiert sind, zu ermitteln. Diese drei Risikofaktoren sind im Sinne ihrer Prävalenz und im Sinne der Evidenzlage in Bezug auf erhöhte Krebsrisiken aus Public-Health-Sicht die bedeutsamsten ungünstigen Lebensstilfaktoren.

Methoden

Wir analysierten die Prävalenz des Zigarettenrauchens und der Übergewichtigkeit bzw. Adipositas der erwachsenen Bevölkerung im Ruhrgebiet (Definition des Regionalverband Ruhr, RVR) und in Nordrhein-Westfalen außerhalb des Ruhrgebiets anhand der verfügbaren Daten des Mikrozensus des Jahres 2013 (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2017a; 2017b). Wir stellten die Krebserkrankungen als Gruppe zusammen, die bekanntermaßen mit Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum sowie Übergewicht bzw. Adipositas assoziiert sind. Hierbei zählten wir alle Krebserkrankungen, für die es aus Sicht der International Agency for Research on Cancer (IARC), dem Krebsforschungsinstitut der WHO, eine hinreichende oder limitierte wissenschaftliche Evidenz gibt (International Agency for Research on Cancer, 2023; Lauby-Secretan et al., 2016). Krebserkrankungen, die mit den Risikofaktoren Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum sowie Adipositas assoziiert sind, werden in Tabelle 2.3-1 präsentiert.

Der RVR enthält elf kreisfreie Städte und vier Kreise. Einige Regionen des Ruhrgebiets sind ländliche Regionen, gekennzeichnet durch eine geringe Bevölkerungsdichte und eine fehlende Steinkohlebergbau-Historie. Ausgehend von der RVR-Definition, grenzten wir das urbane Ruhrgebiet wie folgt ein: (1) alle kreisfreien Städte; (2) aus den vier Kreisen nur Gemeinden mit einer Bevölkerungsdichte von mindestens 500 Einwohnern/Quadratkilometern und einer Steinkohlebergbau-Historie im 20. Jahrhundert.

Für die interessierende Gruppe der Krebserkrankungen ermittelten wir mithilfe der Daten des bevölkerungsbezogenen Landeskrebsregisters NRW (https://www.landeskrebsregister.nrw/) die geschlechtsspezifischen rohen und altersstandardisierten Krebsinzidenzraten und ihre Standardfehler im Zeitraum 2008–2019 unter Verwendung des alten Europastandards (Doll & Cook, 1967).

Ergebnisse

Die Mikrozensusdaten des Jahres 2013 zeigen, dass die Bevölkerung im Ruhrgebiet eine höhere Prävalenz des Rauchens (28 versus 25 %) und der Übergewichtigkeit (55 versus 52 %) aufweist als die übrigen Regionen von NRW. In den Jahren 2008–2019 erkrankten im urbanen Ruhrgebiet 128.711 Männer und 154.630 Frauen an Krebserkrankungen, die mit dem Rauchen, Alkohol und der Adipositas assoziiert sind.

Die altersstandardisierten Inzidenzraten von Krebserkrankungen, die mit dem Rauchen, Alkohol und der Adipositas assoziiert sind, sind sowohl bei Männern (um relativ +13 %, 95 %-Konfidenzintervall 12–14 %) als auch bei Frauen (um relativ +5 %, 95 %-Konfidenzintervall 4–6 %) im urbanen Ruhrgebiet höher als in den übrigen Regionen von NRW. Außerdem sind sie bei Frauen im urbanen Ruhrgebiet wie im

Tabelle 2.3-1: Krebserkrankungen, die nach der Weltgesundheitsorganisation mit dem Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum sowie Übergewichtigkeit bzw. Adipositas assoziiert sind.
Quelle: International Agency for Research on Cancer, 2023; World Health Organization, 1996.

Krebserkrankung mit Lokalisation	ICD-10	Rauchen	Alkohol	Adipositas
Mundhöhle	C00–C06	+	+	
Pharynx	C09–C14	+	+	
Nasopharynx	C11	+		
Ösophagus	C15	+	+	+
Magen	C16	+		
Gastroösophagealer Übergang	C16.0		+	+
Dick- und Enddarm	C18–C20	+	+	+
Leber	C22	+	+	+
Gallenblase	C23			+
Gallenwege	C24	+		
Pankreas	C25	+	+	+
Nasenhöhle & Nasennebenhöhle	C30–C31	+		
Larynx	C32	+	+	
Bronchien & Lunge	C33–C34	+		
Weibliche Brust	C50	+	+	+*
Gebärmutterhals	C53	+		
Endometrium des Uterus	C54.1			+
Ovarien	C56	+		+
Niere	C64	+		+
Nierenbecken & Ureter	C65–C66	+		
Harnblase	C67, D09.0, D41.4	+		
Schilddrüse	C73			+
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	C83.3			
Multiples Myelom	C90			+
Myeloische Leukämien	C92	+		
Meningeom mit Histologiecode M9530/0 oder /3				+

*Postmenopausale Frauen und männlicher Brustkrebs.

Tabelle 2.3–2: Krebsinzidenzen in NRW 2008–2019 im urbanen Ruhrgebiet und in der übrigen Region von NRW. *Quelle: eigene Berechnungen.*

Charakteristik	Männer	Frauen
Urbanes Ruhrgebiet		
Mittl. Bevölkerung	2.235.942	2.356.987
Risikofaktorprävalenz (%) in 2013*		
Rauchen	28 %	
Übergewichtigkeit (BMI 25,0–29,9 kg/m²)	37 %	
Adipositas (BMI ≥ 30,0 kg/m²)	18 %	
Anzahl Krebsneuerkrankungen	128.711	154.630
Rohe Inzidenzrate (Standardfehler)	479,7 (1,33)	546,7 (1,39)
Altersstandardisierte Inzidenzrate (Standardfehler)	315,8 (0,90)	333,9 (0,93)
Übrige Regionen von NRW		
Mittl. Bevölkerung	6.461.123	6.743.095
Risikofaktorprävalenz (%) in 2013*		
Rauchen	25 %	
Übergewichtigkeit (BMI 25,0-29,9 kg/m²)	36 %	
Adipositas (BMI ≥ 30,0 kg/m²)	16 %	
Anzahl Krebsneuerkrankungen	317.465	398.860
Rohe Inzidenzrate (Standardfehler)	409,5 (0,73)	492,9 (0,78)
Altersstandardisierte Inzidenzrate (Standardfehler)	280,5 (0,51)	318,2 (0,54)

Alle Raten des Zeitraums 2008–2019 werden als Fälle pro 100.000 Personenjahre berichtet; Bevölkerungsstandard: Europastandard.

*Hier wird die RVR-Definition des Ruhrgebiets verwendet; die Prävalenz der Übergewichtigkeit, der Adipositas sowie des Rauchens wurden vom Landeszentrum Gesundheit nicht nach Geschlecht ausgewiesen.

übrigen NRW höher als bei Männern. Das ist auf den weiblichen Brustkrebs zurückzuführen, der mit allen drei Risikofaktoren assoziiert ist und der nach Ausschluss von keratinozytärem Hautkrebs der häufigste Krebs der Frau ist (Tab. 2.3-2).

Die geografische Verteilung der altersstandardisierten Inzidenz der betrachteten Krebserkrankungen bei Männern und Frauen zeigt, dass im urbanen Ruhrgebiet die Inzidenzen höher sind als in vielen anderen Regionen von NRW (Abb. 2.3-1).

Diskussion

Die tendenziell ungünstigere soziale Lage und das ungesündere Gesundheitsverhalten der urbanen Ruhrgebietsbevölkerung im Vergleich zum übrigen NRW, welches an Surveydaten zum Zigarettenrauchen und zur Adipositas ablesbar ist, ist mit höheren

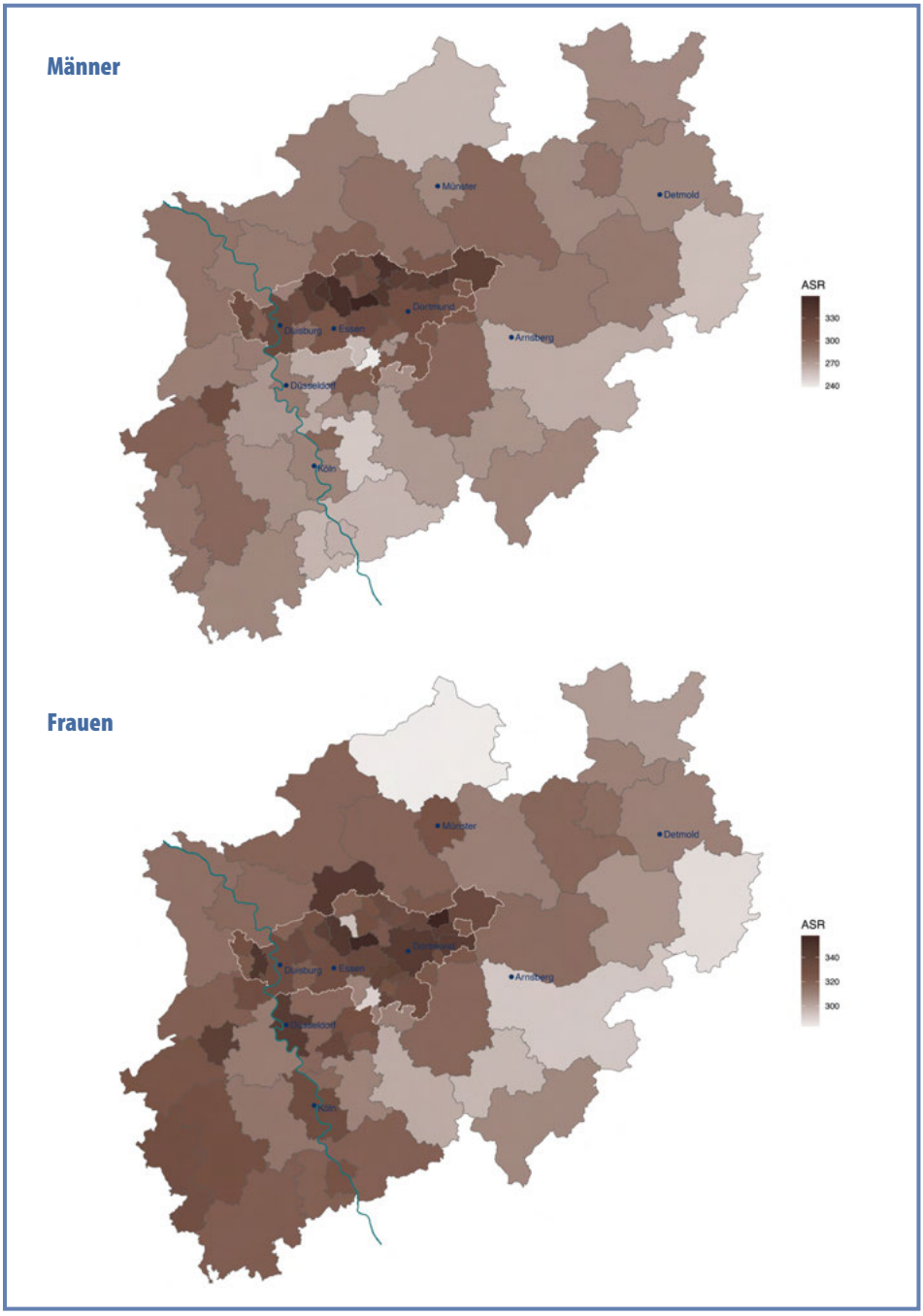

Abbildung 2.3-1: Regionale Verteilung der geschlechtsspezifischen altersstandardisierten Inzidenzraten von Krebserkrankungen, die mit Rauchen, Alkohol und Adipositas assoziiert sind, NRW 2008–2009. *Quelle: eigene Berechnungen.*

altersstandardisierten Inzidenzraten von Krebserkrankungen verbunden, die mit dem Alkoholkonsum, dem Rauchen und der Übergewichtigkeit bzw. Adipositas assoziiert sind. Männer und Frauen des urbanen Ruhrgebiets haben eine um relativ 13 bzw. 5 % höhere Krebsinzidenz als Männer und Frauen im übrigen NRW.

Die Prävalenz des Rauchens und der Adipositas ist im Ruhrgebiet um relativ 12,0 bzw. 12,5 % höher als außerhalb des Ruhrgebiets. Dieser relative Unterschied der Prävalenzen spiegelt sich in dieser Größenordnung auch bei den Krebsinzidenzen bei Männern (relativ 13 % höher) wider, während die höhere Prävalenz bei Frauen im Ruhrgebiet nur mit einer relativ 5 % höheren Krebsinzidenz assoziiert ist.

Die besondere gesundheitliche Lage im Ruhrgebiet könnte zum Anlass genommen werden, über Maßnahmen der Verhaltensprävention sowie der Verhältnisprävention nachzudenken, die die Besonderheiten des Ruhrgebiets berücksichtigen. Hierzu zählen unter anderem die höhere Arbeitslosigkeit, die höhere Bevölkerungsdichte sowie der höhere Anteil von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu übrigen Regionen Nordrhein-Westfalens.

LITERATUR

Doll, R. & Cook, P. (1967). Summarizing indices for comparison of cancer incidence data. *International Journal of Cancer,* 2(3), 269–279

International Agency for Research on Cancer (2023). List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans. *IARC Monographs Volumes,* 1–135

Jansen, L.; Schwettmann, L.; Behr, C.; Eberle, A.; Holleczek, B.; Justenhoven, C.; … & Arndt, V. (2023). Trends in cancer incidence by socioeconomic deprivation in Germany in 2007 to 2018: An ecological registry-based study. I*nternational Journal of Cancer,* 153(10), 1784–1796

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2017a). *Indikator 4.1_02 (L) Rauchverhalten der Bevölkerung, Mikrozensus, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr 2013.* (4. 8. 2023)

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2017b). *Indikator 4.8_02 (L) Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung, Mikrozensus, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr 2013.* (4. 8. 2023)

Lauby-Secretan, B.; Scoccianti, C.; Loomis, D.; Grosse, Y.; Bianchini, F.; Straif, K. & International Agency for Research on Cancer Handbook Working (2016). Body Fatness and Cancer – Viewpoint of the IARC Working Group. *The New England Journal of Medicine,* 375(8), 794798. DOI: 10.1056/NEJMsr1606602

Maier, W. (2017). Indizes Multipler Deprivation zur Analyse regionaler Gesundheitsunterschiede in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 60(12), 1403–1412

Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2018). *7. Kommentierte Zuwanderungs- und Integrationsstatistik Nordrhein-Westfalen. Ausgabe 2018.* https://www.mkjfgfi.nrw/sites/default/files/documents/7._kommentierte_zuwanderungs-_und_integrationsstatistik_2018.pdf; letzter Zugriff: 05. 08. 2024

Percy, C.; Van Holten, V. & Muir, C. (1990). *International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), 2nd ed.* World Health Organization, Geneva

Rau, R., & Schmertmann, C. P. (2020). District-Level Life Expectancy in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International,* 117(29-30), 493–499. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0493

World Health Organization (1996). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision.* World Health Organization, Geneva

2.4
Humangenetische Diagnostik und Beratung – drohende Versorgungslücke trotz vieler neuer Aufgabenfelder

Klaus Zerres

Die Humangenetik war für viele Jahre ein eher theoretisches Fach. Zentrales Aufgabengebiet in der klinischen Medizin war lange Zeit die Syndromologie, die zunächst vorwiegend von erfahrenen Pädiatern beherrscht wurde und auf der Einordnung häufig vielfältiger klinischer Auffälligkeiten eines Patienten beruht, sowie mit Beginn der 1960er-Jahre die Analyse der Chromosomen (Zytogenetik). Chromosomenanalysen erfolgten aus Lymphozyten im peripheren Blut, aus Gewebe, aber seit etwa 1970 auch pränatal aus kindlichen Zellen des Fruchtwassers.

Humangenetik wurde zunächst fast ausnahmslos in Universitätsinstituten für Humangenetik betrieben, die auf Empfehlung des Wissenschaftsrates im Jahr 1960 sukzessive flächendeckend an den Universitätskliniken eingerichtet wurden. Im Ruhrgebiet wurden eigenständige Institute 1976 in Essen und in 1991 in Bochum gegründet. Die letzten eigenständigen Institute in NRW wurden in Aachen 1999 und Köln 2003 eingerichtet.

Verfügten Ärztinnen und Ärzte zunächst über keine formale Qualifikation in der Humangenetik, konnten sie seit 1978 nach einer zweijährigen Weiterbildung die Zusatzbezeichnung »Medizinische Genetik« erwerben. Erst 1992 wurde dann auf dem 95. Deutschen Ärztetag die Einführung des Facharztes für Humangenetik beschlossen. Mit der Einführung der Facharztqualifikation, vor allem aber aufgrund der zunehmend wachsenden Nachfrage nach genetischer Diagnostik und Beratung erfolgten dann die ersten Niederlassungen.

Obwohl die Anzahl der Fachärzte und -ärztinnen für Humangenetik seit 1993 kontinuierlich angestiegen ist, ist sie in Deutschland weiterhin mit derzeit ca. 410 berufstätigen Fachärzten und -ärztinnen, von denen ca. 250 ambulant und 130 in einer Klinik tätig sind, im Vergleich zu anderen Facharztgruppen, wie z. B. den ca. 15.000 berufstätigen Frauenärzten und -ärztinnen, sehr klein. Fachärzte und -ärztinnen für Human-

genetik werden in der Planungssystematik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) der Kategorie der »Gesonderten fachärztlichen Versorgung« zugerechnet, die dadurch definiert ist, »dass sie entweder nicht patientennah tätig sind, sodass eine unmittelbare Erreichbarkeit eher nachrangig ist, oder die geringe Anzahl an Ärztinnen und Ärzten einen kleinräumigeren Planungsmaßstab ausschließt« (Kassenärztliche Bundesvereinigung, o. J.).

In völligem Gegensatz zur Entwicklung der Facharzt- und -ärztinnenzahlen steht die dramatische Ausweitung humangenetischer Aufgabengebiete. Es gibt kein zweites Fach in der Medizin, in dem in einer einzigen Wissenschaftlergeneration ein derart umfassender Wissenszuwachs zu verzeichnen ist wie in der Humangenetik. Dies hat nicht nur zum Verständnis und der Aufklärung einer Vielzahl von Krankheitsmechanismen und zur Entwicklung von Therapien einer zunehmend größer werdenden Anzahl von Erkrankungen in nahezu allen Fachrichtungen beigetragen, sondern gewinnt zunehmend an Bedeutung in der unmittelbaren Patientenversorgung, z. B. in der molekulargenetischen Diagnostik einer ständig wachsenden Zahl von Erkrankungen. In vielen Fachgebieten wie Kinderheilkunde, Neurologie, aber auch der Inneren Medizin, Kardiologie und Endokrinologie hat die genetische Diagnostik inzwischen einen zentralen Stellenwert eingenommen und konnte bei vielen Patienten eine oft langwierige und in vielen Fällen auch invasive Diagnostik ersetzen.

In der Onkologie wird dies mit Begriffen der *Individualisierten Medizin* oder *precision medicine* zum Ausdruck gebracht. Eine individualisierte, auf molekulargenetischen Befunden basierende Therapie ist heute für viele onkologische Erkrankungen bereits Routine. Für Patientinnen mit familiärem Brust- und Eierstockkrebs, aber auch Patienten mit Prostata- oder Bauchspeicheldrüsenkrebs mit Mutationen in den sogenannten Brustkrebsgenen *BRCA1* oder *2* ist dies durch die Behandlung mit PARP-Inhibitoren beispielhaft eindrucksvoll belegt.

Die Entwicklung der *Liquid Biopsy* mit dem Nachweis von Tumor-DNA im peripheren Blut steht erst am Anfang. Sie wird in der onkologischen Therapie nicht nur als gezieltes Therapiemonitoring, sondern auch in der Früherkennung von Krebserkrankungen an Bedeutung gewinnen und klassische Tumormarker ersetzen, zumindest aber ergänzen können. Sie könnte die gesamte Krebsvorsorge revolutionieren. Weltweite Forschung kann bereits auf bedeutende Erkenntnisse verweisen (Wan et al., 2017).

Das Prinzip der Analyse von DNA-Bestandteilen im Blut liegt auch den nicht invasiven Pränataltests (NIPT) zugrunde, mit deren Hilfe kindliche Chromosomenstörungen, aber auch der fetale Rhesusfaktor aus dem mütterlichen Blut mit hoher Zuverlässigkeit erkannt werden können und die seit 2011 weltweit zunehmend von Schwangeren in Anspruch genommen werden. Die Methode wird kontinuierlich weiterentwickelt, und es ist zu erwarten, dass in naher Zukunft auf diesem Weg auch weitere Krankheiten pränatal erkannt werden können.

Die Liste aktueller humangenetischer Anwendungsbereiche lässt sich fortsetzen: präkonzeptionelle Anlageträgerdiagnostik (z. B. bei Verwandtenehen), die Bestimmung sogenannter *genomic risk scores* für die Abschätzung von Erkrankungsrisiken, etwa für multifaktoriell bedingte sogenannte Volkskrankheiten, werden mittelfristig ebenso zunehmend Eingang in die klinische Praxis finden wie auch pharmakogenetische Analysen, um bereits vor Beginn einer Therapie abzuklären, welches Medikament in welcher Dosierung den individuellen Besonderheiten eines Patienten am ehesten gerecht wird, bzw. um Nebenwirkungen im Vorfeld besser abschätzen zu können. Die Erkenntnisse haben – von wichtigen Ausnahmen abgesehen – bislang jedoch erst für wenige Fragestellungen Eingang in die klinische Praxis gefunden. Die Analyse des Epigenoms, die Aussagen über den durch Umweltfaktoren bedingten Aktivitätsgrad von Genen erlaubt, ist z. B. bei psychiatrischen Krankheitsbildern wie auch für den Nachweis der Wirksamkeit einer Psychotherapie Gegenstand intensiver Forschung.

Humangenetische Expertise ist jedoch auch für die Interpretation problematischer Testangebote gefragt. Als DCT (Direct to Consumer Tests) hat sich ein großer Markt mit teilweise zweifelhaften Testangeboten ohne adäquate Aufklärung über Aussagekraft und Grenzen derartiger Testangebote eröffnet, deren wissenschaftliche Basis oft begrenzt bzw. fraglich ist. Hierzu gehören umfassende globale Gentests, z. B. aus Speichel zur Erkennung von Krankheitsrisiken aller Art, die teilweise im Internet und unter Umgehung der Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes angefordert werden können. Hierzu zählen z. B. nutrigenetische Analyseangebote, die vorgeben, vor dem Hintergrund individueller genomischer Varianten durch eine gezielte Ernährung eine optimale Gesundheit erreichen zu wollen. Nicht selten müssen oft sehr beunruhigte »Consumer« nachträglich über die Begrenztheit derartiger Tests in einer genetischen Beratung informiert werden. Sie können meist beruhigt werden.

Methodischer Fortschritt

Allein im früheren Kernbereich der Humangenetik, der Chromosomendiagnostik, haben methodische Weiterentwicklungen den technischen Ablauf z. B. durch zunehmende Automatisierung verbessert und das Auflösungsvermögen und die Detektionsrate von Chromosomenaberrationen zunächst durch die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) und später mit molekularzytogenetischen Methoden der Array-CGH deutlich erhöht.

Mit der methodischen Weiterentwicklung von Hochdurchsatzsequenzierverfahren, die als Next-Generation-Sequenzierung (NGS) bezeichnet werden, hat sich der Indikations- und Anwendungsbereich genetischer Diagnostik in der Medizin wesentlich erweitert. Bolz und Hoischen (2019) fassen dies in ihrer Übersicht *NGS: Gestern, heute und morgen* wie folgt zusammen: »Die stürmische Entwicklung der Genomik hat die

wissenschaftlichen und diagnostischen Möglichkeiten der Humangenetik revolutioniert – und tut dies weiterhin. Mit der zunehmenden Bedeutung für die gesamte Medizin und den einzelnen Patienten (u. a. hinsichtlich Gentherapien) wird die Rolle der Humangenetik immer wichtiger.« Diese Einschätzung beschreibt die Situation treffend.

Voraussetzungen für genetische Analysen

Die beschriebenen Analysen können nur durch hohe methodische Kompetenz und in ihrer Gesamtheit eine hochtechnisierte Ausstattung erbracht werden. Die Interpretation von Analyseergebnissen erfordert neben analytischer Expertise umfassende Kenntnisse in der Nutzung wissenschaftlicher Datenbanken. In vielen Fällen ist eine Aussage über den Krankheitswert einer gefundenen genomischen Variante nur durch einen Vergleich von Analyseergebnissen einer großen Anzahl von Betroffenen mit denjenigen großer umfangreicher Kontrollgruppen möglich. Der Bioinformatik kommt hier besondere Bedeutung zu.

Wie können die Erwartungen erfüllt werden?

Es ist nicht realistisch, in kurzer Zeit in einer größeren Anzahl von Einrichtungen die diagnostischen Voraussetzungen zu schaffen. Hierzu müssen auch mittelfristig sowohl größere privatwirtschaftliche wie auch universitäre Einrichtungen die Voraussetzungen sowohl personell als auch apparativ bieten. Da für geraume Zeit die Interpretation von genetischen Befunden nur im Lichte aktueller Forschungsergebnisse möglich sein wird, muss es das Ziel sein, Ergebnisse der Krankenversorgung für die Forschung verfügbar zu machen. Hier müssen Strukturen in der Kooperation von privatwirtschaftlichen Anbietern und Anbieterinnen mit universitären Einrichtungen vertieft werden, die mit einer wirtschaftlichen Absicherung verbunden sein müssen.

Ein intensivierter interdisziplinärer Austausch unter den beteiligten Disziplinen, etwa im Sinne der Arbeit von Tumorboards, in denen Vertreter und Vertreterinnen der Humangenetik aus Wissenschaft und Praxis einen festen Platz haben, ist hierbei wünschenswert.

Ethische Implikationen

Ethische Fragen waren und sind mit den Aufgabengebieten der Humangenetik immer eng verbunden. Seit der Etablierung des Faches Humangenetik an deutschen Universitäten mit Beginn der 1960er-Jahre musste die Humangenetik immer ihr Verhältnis zur Tradition der Eugenik erklären, deren beschämender Tiefpunkt mit dem Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses von 1933 zum Ausdruck kam. Die Tätig-

keit von Humangenetikern und -genetikerinnen stand und steht teilweise bis heute im Verdacht, an eugenischem Gedankengut festzuhalten, wie die jüngste Diskussion aus Anlass der Einführung nicht invasiver Pränataltests als Kassenleistung erneut unterstrichen hat. Das Verhältnis zu Selbsthilfegruppen war immer schwierig, wie die Dokumentation einer Tagung aus dem Jahr 1991 noch eindrucksvoll belegt (Zerres & Rüdel, 1993). Erst mit Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten, aber auch der hoffnungsvollen Entwicklung von Gentherapien, in die große Erwartungen vonseiten der Betroffenen gelegt werden, hat sich das Verhältnis inzwischen deutlich versachlicht. Kategorische Verbote der »Gentechnik« werden heute nicht mehr gefordert.

Unabhängig von den genannten Rahmenbedingungen ist eine Vielzahl humangenetischer Themen mit ethischen Fragen verbunden. Beispiele sind die Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik, die wiederum eng mit der Problematik von Schwangerschaftsabbrüchen verbunden sind, die prädiktive Diagnostik spätmanifester Krankheiten, des präkonzeptionellen Carrierscreening oder der Umgang mit Zusatzbefunden u. a. m. Auch hier ist ein breiter interdisziplinärer gesellschaftlicher Dialog unverzichtbar.

Wachsender Bedarf an genetischer Beratung

Die dargestellten Entwicklungen und Fragestellungen unterstreichen die Notwendigkeit qualifizierter humangenetischer Beratung, die hohe Anforderungen an die genetischen Beraterinnen und Berater stellt. Das 2010 in Kraft getretene Gen-Diagnostikgesetz (GenDG) sollte dieser Forderung Rechnung tragen und hat Rahmenbedingungen für die Durchführung genetischer Analysen geschaffen und Voraussetzungen für ihre Durchführung mit Einwilligung, Befundvermittlung, aber auch der notwendigen Qualifikationen für die Durchführung der Untersuchungen definiert. Fragen wie das Nachfragerecht nach Testergebnissen z. B. für den Abschluss von Versicherungen, aber auch durch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind klar geregelt. Leider sind andere Regelungen in der Praxis hinter den Erwartungen zurückgeblieben. So wurde die Qualifikation zur sogenannten fachgebundenen humangenetischen Beratung geschaffen, die für Ärztinnen und Ärzte, die bereits fünf Jahre über eine Facharztqualifikation verfügen, über eine Multiple-Choice-(MC-)»Prüfung« mit zehn bzw. zwanzig MC-Fragen erworben werden kann. Eine Qualifikation kann hierdurch natürlich nicht nachgewiesen werden. Die Aufnahme entsprechender Module in die neuen Weiterbildungsordnungen und die damit verbundene automatische Qualifikation zur fachgebundenen humangenetischen Beratung ohne Nachweis einer Qualifikation durch die Weiterbildungsermächtigten verfehlen ihre Absicht ebenso.

Genetische Beratung ist nach einer historischen, im Kern aber weiterhin gültigen Beschreibung des Ad Hoc Committee on Genetic Counseling der American Society

of Human Genetics aus dem Jahr 1975 definiert als »ein Kommunikationsprozess, in dem menschliche Probleme behandelt werden, die mit dem Auftreten oder der Möglichkeit des Auftretens einer Erbkrankheit in einer Familie zusammenhängen« (American Society of Human Genetics, 1975). In der S2k-Leitlinie »Humangenetische Diagnostik und Beratung« der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik e. V. und des Berufsverbandes Deutscher Humangenetiker e. V. wird 2018 ausgeführt: »Die Genetische Beratung soll einem Einzelnen, einem Paar oder einer Familie helfen, medizinisch-genetische Fakten zu verstehen, Entscheidungsalternativen zu bedenken und so informierte, eigenständige und tragfähige Entscheidungen zu treffen, insbesondere bezüglich der Inanspruchnahme einer genetischen Untersuchung« (Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e. V. & Berufsverband Deutscher Humangenetiker e. V., 2018). Diese Definitionen machen deutlich, dass sich die humangenetische Beratung in vielerlei Hinsicht von der erwarteten Rolle des/r handelnden, wissenden Arztes/Ärztin im Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin unterscheidet.

Will etwa eine sogenannte Risikoperson mit einem Risiko von 50 %, Anlageträger/Anlageträgerin zu sein, wissen, ob sie z. B. an einer spätmanifesten nicht behandelbaren neurologischen Erkrankung erkranken wird? Welche Implikationen hat ein positives (»ungünstiges«) Untersuchungsergebnis für die untersuchte Person selbst, deren Familie, Kinder, Berufs- oder Familienplanung? Wie unterscheidet sich diese Situation von der Diagnose einer genetischen Krebsdisposition z. B. für familiären Brust- und Eierstockkrebs mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen oder prophylaktischer Operationen? Soll nach einem auffälligen Pränatalbefund ein Schwangerschaftsabbruch erfolgen? Was kann die pränatale Diagnose eines XYY-Syndroms für das Kind bedeuten? Kann hierüber die Frauenärztin oder der Frauenarzt, der/die die Qualifikation zur fachgebundenen humangenetischen Beratung durch die Beantwortung von 20 MC-Fragen erworben hat, ein stark beunruhigtes Paar im Praxisalltag wirklich umfassend beraten? Diese wenigen für Humangenetiker alltäglichen Fragestellungen machen deutlich, dass es hierbei keine richtigen und falschen Antworten geben kann und eine umfassende Expertise in der Begleitung betroffener Familien unabdingbar ist.

Kommunikation erfordert Zeit. Entscheidungen werden oft erst nach einer Bedenkzeit getroffen. Ein zentrales Element der humangenetischen Beratung ist auch die schriftlich abgefasste humangenetische Stellungnahme, wozu die genannte S2k-Leitlinie ausführt: »Der Patient erhält einen Brief als Darstellung der genetischen Beratung, in der die Beratungsinhalte, einschließlich der Diagnose(n) und Ergebnissen genetischer Analysen allgemeinverständlich aufgeführt sind« (Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e. V. & Berufsverband Deutscher Humangenetiker e. V., 2018). Eine humangenetische Beratung ist mit einem durchschnittlichen zeitlichen Aufwand von 2,5 Stunden verbunden (Schmidtke et al., 2020).

Die permanent wachsenden humangenetischen Aufgabengebiete generieren zunehmend neuen diagnostischen Bedarf, aber auch Beratungsbedarf betroffener Familien sowie auch einen Bedarf an umfassender Information und Beratung der klinischen Ansprechpartner und -partnerinnen.

Für die Bevölkerung im Ruhrgebiet mit ca. fünf Millionen Einwohnern lässt sich der Bedarf abschätzen: Es wurden in den letzten zehn Jahren jährlich zwischen etwa 42.000 und 49.000 Kinder geboren mit einem wachsenden Informationsbedarf z. B. über vorgeburtliche Untersuchungen. Bei ca. 15 % der Paare besteht eine Fertilitätsstörung, von denen bis zu 20 % eine genetische Ursache aufweist. Ca. 1–3 % aller Paare im reproduktionsfähigen Alter erleben den wiederholten Verlust einer Schwangerschaft, bei ca. 10 % dieser Paare wird eine genetische Auffälligkeit gefunden. Ca. 3 % der geborenen Kinder kommen mit angeborenen Fehlbildungen zur Welt, etwa 3 % der Menschen weisen einen IQ von weniger als 70 auf. Der Anteil von Verwandtenehen mit deutlich erhöhten Risiken für kindliche Erkrankungen beträgt mit regionalen Unterschieden in Deutschland ca. 2 bis 4 %. Bei ca. 5 % der Bevölkerung wird die Diagnose Darmkrebs und bei etwa 10 % aller Frauen die Diagnose Brustkrebs gestellt, wofür bei jeweils 5–10 % eine erbliche Veranlagung maßgeblich verantwortlich ist, ein ähnlicher Anteil gilt für andere Krebserkrankungen. Wir kennen inzwischen mehr als 6.000 sogenannte seltene Erkrankungen mit einer Häufigkeit von mindestens 1 : 2.000 in der Bevölkerung, von denen mehr als 70 % eine genetische Grundlage haben und in ihrer Summe häufiger Anlass für eine genetische Abklärung und genetische Beratung sind.

In der Empfehlung des Royal College of Physicians wurde bereits 1991 für England ein Bedarf an sechs bis zwölf Beratern/Beraterinnen je Million Einwohner/Einwohnerinnen postuliert, der für das Ruhrgebiet mit ca. fünf Millionen Einwohnern/Einwohnerinnen 30–60 Berater/Beraterinnen entspräche, aber heute viel höher sein dürfte. Obwohl neben den Universitätsinstituten für Humangenetik in Essen und Bochum niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in zahlreichen Städten des Ruhrgebietes wie Dortmund, Duisburg und Recklinghausen tätig sind, besteht unter Zugrundelegung der Bedarfszahlen (Schmidtke et al., 2020) insgesamt eine dramatische Unterversorgung. Hieraus ergibt sich neben dem Problem langer Wartezeiten für einen Termin zur genetischen Beratung eine nicht wohnortnahe Versorgung. Ein weiteres Problem ist der Mangel an Weiterbildungsplätzen, der auch mittelfristig nicht zu decken ist und das Problem in der Zukunft fortschreiben bzw. in Anbetracht einer steigenden Nachfrage noch verschlechtern wird. Die Einführung eines Ausbildungsgangs für nicht ärztliche genetische Berater und Beraterinnen, wie sie in vielen Ländern, wie etwa in Österreich, in einem Masterstudiengang etabliert wurde, ist in Deutschland leider noch nicht in Sicht.

Fazit

Der enorme Wissenszuwachs der Humangenetik hat nicht nur wesentlich zum Verständnis der Krankheitsentstehung und der Entwicklung neuer Therapiekonzepte beigetragen, sondern führt zu einem ständig wachsenden Bedarf an genetischer Diagnostik. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf stark ansteigen wird. Hieraus generiert sich im »Zeitalter der Genommedizin« zunehmend auch ein steigender individueller Beratungsbedarf, der auch mittelfristig unter den bestehenden Rahmenbedingungen nicht gedeckt werden kann.

Neben klassischen Fragestellungen der humangenetischen Beratung wie Fertilitätsstörungen, wiederholten Fehlgeburten, Verwandtenehen, der Aufklärung seltener Krankheiten und der Betreuung von Familien mit klassischen Erbkrankheiten oder familiären Tumorerkrankungen liefern neue Technologien gänzlich neue Aufgabenfelder wie nicht invasive Pränataltests, Liquid Biopsien u. a. m.

Um den Bedarf an humangenetischer Expertise in der Zukunft auch nur annähernd decken zu können, sollte der Humangenetik sowohl in den Universitäten, aber auch in Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder den Kassenärztlichen Vereinigungen ein höherer Stellenwert eingeräumt werden. Die Einführung eines Masterstudiengangs für nicht ärztliche genetische Berater und Beraterinnen, der sich in vielen Ländern sehr bewährt hat, sollte von den Medizinischen Fakultäten ebenfalls aktiv in Angriff genommen werden.

Eine enge interdisziplinäre Kooperation und ein Austausch unter Beteiligung von Humangenetikern und -genetikerinnen in Universitätskliniken und der Niederlassung werden den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn in der Humangenetik befördern und zu Synergien in der fachgerechten Betreuung einer stetig wachsenden Zahl von Patienten und Patientinnen und ihrer Angehörigen führen.

LITERATUR

American Society of Human Genetics (1975). Ad Hoc Committee on Genetic Counseling. *American Journal of Human Genetics,* 27, 240–242

Bolz, H. J. & Hoischen, A. (2019). NGS: Gestern, heute und morgen. *medizinischegenetik,* 31, 185–190. DOI: 10.1007/s11825-019-0240-8

Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e. V. & Berufsverband Deutscher Humangenetiker e. V. (2018). S2k-Leitlinie Humangenetische Diagnostik und Beratung. *medizinischegenetik*, 30, 469–522. DOI: 10.1007/ s11825-018-0223-1

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o. J.). *Bedarfsplanung, Planungssystematik.* https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#content28374; letzter Zugriff: 13. 07. 2024

Schmidtke, J.; Epplen, J. T.; Glaubitz, R.; Grimm, T.; Nippert, R. P.; Tönnies, H.; Zerres, K. & Nippert, I. (2020). Humangenetische Beratung in Deutschland: Entwicklung der Inanspruchnahme. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 63, 1161–1167. DOI: 10.1007/s00103-020-03206-8

Wan, J. C. M.; Massie, C.; Garcia-Corbacho, J.; Mouliere, F.; Brenton, J. D.; Caldas, C.; Pacey, S.; Baird, R.; Rosenfeld, N. (2017). Liquid biopsies come to age: towards implementation of circulating tumour DNA. *Nature Reviews Cancer*, 17, 223–238

Zerres, K. & Rüdel, R. (Hrsg.) (1993). Selbs*thilfegruppen und Humangenetiker im Dialog – Erwartungen und Befürchtungen.* Stuttgart

2.5
Gesundheitliche Versorgung rund um die Geburt im Ruhrgebiet – Exemplarstadt Essen

Franziska Dresen, Judith Schümann, Ute Lange

Die Großstadt Essen befindet sich zentral im größten Ballungsgebiet Deutschlands. Mit ihren 588.375 Einwohnern (Stand 2021) zählt sie zu den bevölkerungsreichsten Städten des Ruhrgebiets und ist ein bedeutender Standort für Industrie, Wirtschaft, Forschung wie auch Kultur. All das macht Essen zur »heimlichen Hauptstadt des Ruhrgebiets« (WDR, 2014).

Quer durch das Ruhrgebiet und auch quer durch Essen führt die A40. Eine Autobahn, die das Stadtbild geographisch, soziokulturell und sozioökonomisch entzweit und polarisiert: zum einen in den dicht besiedelten Norden und zum anderen den eher grünen und kleinräumig bebauten Süden. Der sozial benachteiligte Norden ist geprägt von familien- und kinderreichen Quartieren mit einem hohen Anteil an Menschen mit Migrationsgeschichte. Der wohlhabende Süden hingegen zeichnet sich durch eine eher ältere und bürgerliche Sozialstruktur aus. Hinsichtlich dieser sozialen Segregation gilt Essen als typisch für das Ruhrgebiet (Schumacher & Prossek, 2009). Eine Stadt und Region, in der »die Straßenseite, auf der jemand geboren wird, […] über den ganzen Lebensweg entscheiden [kann]« (Rösseler, 2017).

Im Jahr 2021 wurden in Essen 5.805 Kinder geboren, davon 5.698 in den drei Geburtskliniken Elisabeth-Krankenhaus Essen, Universitätsklinikum Essen und Alfried Krupp Krankenhaus (Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. a). Des Weiteren registrierten die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. und das Geburtshaus Essen im Jahr 2021, basierend auf den freiwillig gemeldeten Zahlen, 107 Geburten in der hebammengeleiteten Einrichtung (Geburtshaus Essen, 2022). Die Gesamtzahl der Geburten in Essen bewegt sich seit dem Jahr 1987 auf ähnlichem Niveau mit einem Höchststand im Jahr 1990 von 6.457 Geburten und einem Tiefststand im Jahr 2011 von 4.617 Geburten, wobei hier ausschließlich die Geborenen gezählt werden, deren Mütter in Essen ihren Hauptwohnsitz haben

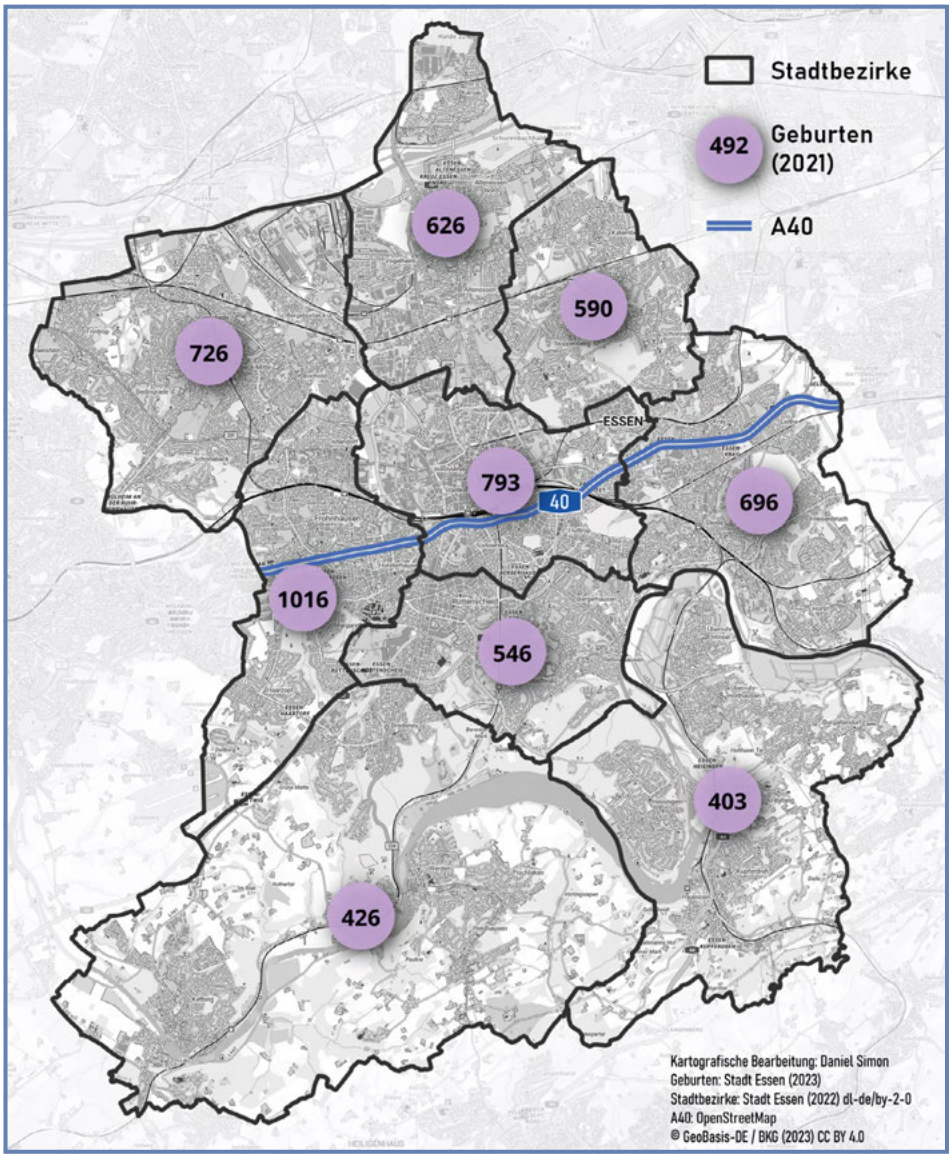

Abbildung 2.5-1: Geburten: Stadt Essen (2021). *Quelle: Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. a, kartografische Bearbeitung: Daniel Simon.*

(Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. a). Zu den geburtenreichsten Stadtbezirken zählen der Stadtbezirk III (1.001), der Stadtbezirk I (785), der Stadtbezirk IV (716) und der Stadtbezirk VII (691). Dies stellen auch die bevölkerungsreichsten Wohnbezirke in Essen mit der größten Zahl an wohnberechtigten Menschen in Frohnhausen, Bochold, Kray und Huttrop dar (Stadt Essen – Amt für Statis-

tik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. a). Die Stadtbezirke III, I und VII liegen auf dem sogenannten Sozialäquator Essens und werden von der A40 durchquert. Der Stadtbezirk IV liegt im Essener Norden. Frohnhausen, Bochold, Kray befinden sich nördlich der A40, Huttrop liegt südlich der A40, dieser direkt anliegend.

Versorgung durch Hebammen in der Schwangerschaft

In der Gesundheitsversorgung während der sensiblen Phase von Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft kommt Hebammen eine zentrale Rolle zu. Der Betreuungsbogen umfasst insbesondere den Bereich der Schwangerenvorsorge und der allgemeinen Betreuung in der Schwangerschaft wie auch der Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe im klinischen und außerklinischen Setting und die Versorgung im Wochenbett und in der Stillzeit (Sayn-Wittgenstein, 2007). Die Versorgungsangebote in der Schwangerschaft sollen adressatengerecht, familien- und ressourcenorientiert sein und sowohl eine Entscheidungsfindung unterstützen als auch die jeweiligen professionellen Akteure und das soziale Umfeld einbeziehen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

Die Hebammenliste des GKV-Spitzenverbandes registrierte im Jahr 2021 für Essen sieben Hebammen mit außerklinischer Geburtshilfe in hebammengeleiteter Einrichtung (Geburtshaus) oder zu Hause sowie zwölf Beleghebammen, die Schwangere zur Geburt in die Klinik begleiten. 42 Hebammen bieten Vorsorgeuntersuchungen und die anderen Betreuungsleistungen in der Schwangerschaft an, und 38 Hebammen veranstalten zusätzlich in unterschiedlichen Räumen und Hebammenpraxen Geburtsvorbereitungskurse, Rückbildungskurse und diverse andere Angebote (GKV-Spitzenverband, 2023). Die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen können sowohl von Hebammen oder Ärzt:innen alleine oder in Kooperation der Berufsgruppen durchgeführt werden. Der Großteil der Schwangeren nimmt die Vorsorgeuntersuchungen in gynäkologischen Praxen wahr. Diese werden im Jahr 2021 mit 84 für die Stadt Essen beziffert (Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. b).

Es gibt Hinweise, dass der Zugang zur Hebammenversorgung insbesondere für sozial benachteiligte Frauen erschwert ist. So ergab bspw. eine Studie zu Frauen, die in den Jahren 2015 bis 2019 bei der BARMER versichert waren, dass Frauen aus einkommensschwachen Verhältnissen trotz größerer geburtshilflicher Risiken und Belastungen rund um die Familienbildung sowohl weniger als auch später Hebammenleistungen in Anspruch nahmen (Hertle et al., 2021).

Versorgung während der Geburt

Drei Geburtskliniken und ein Geburtshaus stellten im Jahr 2021 die Versorgung der Geburten sicher, wobei im Juni 2022 die geburtshilfliche Abteilung des Alfried Krupp Krankenhauses aufgrund des Personalmangels bei den Hebammen schließen musste (Stadt Essen – Presse- und Kommunikationsamt, 2022). Seither teilen sich die rund 800 Geburten, die das Alfried Krupp Krankenhaus jährlich versorgte, zum Teil auf die beiden verbliebenen Essener Geburtskliniken, das Elisabeth-Krankenhaus Essen und das Universitätsklinikum Essen, auf. Auch werden die umliegenden geburtshilflichen Abteilungen (Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf, Helios Klinikum Velbert, Ev. Krankenhaus Oberhausen) alternativ zur Geburt aufgesucht.

Das Elisabeth-Krankenhaus mit über 3.000 Geburten jährlich ist eine der landesweit größten Geburtskliniken in NRW und seit dem Jahr 1989 Perinatalzentrum Level 1 mit Geburtshilfe und Pränataldiagnostik, Neonatologie und Kinderchirurgie. In Perinatalzentren der höchsten Stufe (Level 1) können Risikoschwangerschaften und -geburten in der intensiven Zusammenarbeit von Geburtshilfe und Kinderklinik auf hohem medizinischen Niveau versorgt werden. Die geburtshilflichen Stationen stehen aber ebenso Frauen und ihren Kindern ohne Komplikationen zur Verfügung. Das Elisabeth-Krankenhaus gemeinsam mit dem Universitätsklinikum mit über 1.300 Geburten, ebenfalls einem Perinatalzentrum Level 1 mit Geburtshilfe, Pränataldiagnostik, Neonatologie und einem geburtshilflichen Forschungsbereich, stehen im Zentrum des Versorgungsnetzwerks besonders für Frühgeborene und kranke Neugeborene.

Wenige Frauen in Essen gebären ihre Kinder außerklinisch. Im Jahr 2021 fanden 107 Geburten im Geburtshaus statt. Dies entspricht einem Anteil von 1,84 %, was sich mit dem bundesweiten Anteil der außerklinischen Geburten im gleichen Jahr von 1,89 % (= 15.125 Geburten) nahezu deckt (QUAG, 2023; QUAG, o. J.). Das Einzugsgebiet für die Geburten in der hebammengeleiteten Einrichtung gehen bis zur niederländischen Grenze und sind nicht auf Frauen mit dem Hauptwohnsitz in Essen begrenzt, wobei die Wochenbettbetreuung fast immer eine Hebamme am Wohnort der Familie übernimmt. Eine enge Kooperation des Geburtshauses Essen bei notwendigen Verlegungen besteht mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen in Absprache mit den werdenden Eltern (Geburtshaus Essen, 2022).

Nachgeburtliche Versorgung der Familien

Der Zeitraum unmittelbar nach Geburtsende bis zu zwölf Wochen nach der Geburt wird in Deutschland leistungsrechtlich auf Basis des § 24d SGB V als Wochenbett bezeichnet. Durch die Umstellung auf die neue Situation birgt diese Phase häufig mehrdimensionale Herausforderungen physischer, psychischer und organisatorischer Art.

Hiervon sind Erstgebärende oder Familien mit Mehrfachbelastungen meist stärker beansprucht. Von Bedeutung ist, dass das Wochenbett als eine für die Mutter, das Neugeborene sowie auch die Familie vulnerable Phase durch eine individuelle Unterstützung mit passgenauen Angeboten durch alle professionellen Akteure begleitet wird (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

Das frühe Wochenbett verbringen die meisten Frauen stationär in der Klinik und werden durchschnittlich am dritten Tag postpartum entlassen. Im Anschluss können Frauen und ihre Kinder durch die aufsuchende Hebammenbetreuung im Wochenbett weiter versorgt werden. Diese von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen getragene Leistung können Wöchnerinnen ohne ärztliche Überweisung direkt mit einer freiberuflichen Hebamme vereinbaren. Hier erfahren Frauen und junge Familien nicht nur die Unterstützung bei körperlichen Rückbildungsprozessen, bei Wundheilungsstörungen, beim Stillen, bei der Pflege und beim Beziehungsaufbau zu ihrem Kind, sondern können auch andere Belastungsfaktoren der Familie thematisieren und über die Netzwerke und Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen Hilfestellung erhalten. Laut Hebammenliste des GKV-Spitzenverbandes bieten in Essen 50 Hebammen die Betreuung im Wochenbett an (GKV-Spitzenverband, 2023). Eine auf die Region Essen bezogene Analyse der Wochenbettbetreuung mit Fokus auf den Kapazitäten der Hebammen und der Inanspruchnahme durch die Familien existiert nicht, sodass eine heterogene Versorgungslage nur vermutet werden kann.

Die Abschlussuntersuchung im Wochenbett wird routinemäßig von niedergelassenen Ärzt:innen, zumeist Gynäkolog:innen, sechs bis acht Wochen nach der Geburt durchgeführt. Die weitere Beratung der Frauen und Familien durch die Hebamme zu den verschiedenen Themen der Elternschaft, Verhütung, Folgeschwangerschaft und besonderem Hilfebedarf kann bis zu zwölf Wochen oder – auf ärztliche Anordnung – auch länger stattfinden.

In den ersten Lebensjahren kommt den niedergelassenen Kinder- und Jugendärz:tinnen eine zentrale Bedeutung zu, da sie in regelmäßigen Abständen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 26 SGB V den Kontakt zu den Kindern und Eltern halten.

In Essen sind im Jahr 2021 insgesamt 40 Pädiater:innen gemeldet. In den geburtenreichsten Stadtbezirken III (5) und I (8) finden sich auch die meisten kinderärztlichen Praxen (Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. b).

Familien mit Mehrfachbelastungen

Mütter in Essen sind im Durchschnitt bei der Geburt ihres ersten Kindes 31,5 Jahre alt, was dem bundesweiten Durchschnitt entspricht. In den letzten 30 Jahren gibt es eine kontinuierliche Abnahme von minderjährigen Müttern im Alter unter 18 Jahren

von 59 (1987) auf 35 (2021). Die Stadtbezirke in Essen weisen Unterschiede im Alter der Mütter auf. So sind die Mütter zum Zeitpunkt der Geburt in den geburtenreichen Stadtbezirken im Norden (29,9–31,1 Jahre) jünger als die Mütter in den Stadtbezirken im Süden (II: 33,8 Jahre, VIII: 33,3 Jahre, IX: 34,2 Jahre). In diesem Kontext ist auch festzustellen, dass die Menschen im Süden (II: 81,5, VIII: 81,1, IX: 81,6) eine höhere Lebenserwartung als im Norden (76,8–78,2) haben (Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. a).

Dass sich sozioökonomische Statusunterschiede auf die Bildungs- und Berufsbiografien, die Lebensführung und wiederum auf das Erstgeburtsalter bei Frauen und die Lebenserwartung insgesamt auswirken, ist hinlänglich bekannt (BMFSFJ, 2012; Lampert & Kroll, 2014).

Das Niveau der Privathaushalte mit Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern ist in Essen seit 20 Jahren gleichbleibend (2021: 4,5 %). Die Verteilung weist im Verlauf der letzten Jahre eine Konzentrierung auf die nördlichen Bezirke auf (Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. a). Oftmals sind Alleinerziehende nicht nur finanziellen, sondern auch hohen gesundheitlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt (Keim-Klärner, 2000).

Mit Blick auf die sozialräumliche Struktur fällt die Anzahl der Lebendgeborenen mit mindestens einem nicht deutschen Elternteil in den verschiedenen Stadtbezirken auf. Während in den südlichen Bezirken VIII, II und IX im Jahr 2021 14,9 – 17,6 % aller geborenen Kinder mindestens einen nicht deutschen Elternteil haben, sind es in den nördlichen Bezirken I, VI, V, III, VII und IV 32,7 – 55,5 % (Bezirke geordnet nach Prozentzahlen; Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. a). In Deutschland geht ein Migrationshintergrund häufig mit sozialer Benachteiligung, Diskriminierung und einer schlechteren medizinischen Versorgung einher (Klein & von dem Knesebeck, 2022).

Auch sind die Privathaushalte mit Bezug von Leistungen zur Existenzsicherung in den nördlichen Stadtbezirken (16,9 – 27,7 % aller Privathaushalte) deutlich höher als im Süden vertreten. Eine Besonderheit weist der Stadtbezirk III auf; geteilt durch die A40, findet sich dort ein Unterschied zwischen den Stadtteilen Fulerum (4,7 %), Haarzopf (3,3 %) und Margarethenhöhe (8,2 %) und den drei nördlichen Stadtteilen (15,4 – 36,7 %) (Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. b).

Auch die Teilnahme an kinderärztlichen Untersuchungen zum Zeitpunkt der Einschulung liegt in den nördlichen Bezirken niedriger (63,9 – 74,3 %) als in den südlichen Bezirken II, VIII und IX (84,2 – 86,6 %) (Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. b).

Stärkung von Ressourcen

Die Familien mit Mehrfachbelastung in benachteiligten Lebenslagen bedürfen häufig einer besonderen Unterstützung, dazu zählen präventive und niederschwellige Angebote der sozialen und gesundheitlichen Versorgung. Hierbei kommt den sogenannten Frühen Hilfen eine besondere Aufgabe zu, die »[…] lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen [bilden]. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten« (NZFH, o. J.).

Ein Beispiel guter Praxis stellt das freiwillige und kostenlose Angebot der Jugend- und Gesundheitshilfe der Stadt Essen und des CJD (Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands gemeinnütziger e. V. NRW Nord »Sicherer Start – Chancen geben«) dar. In diesem Programm der Frühen Hilfen bekommen Schwangere und Familien in belasteten Lebenslagen (in der Regel bis zum dritten Lebensjahr des Kindes) niederschwellig erste Orientierung und werden gegebenenfalls an Kooperationspartner des Gesundheits- und Sozialwesens vermittelt (Stadt Essen & CJD, o. J.). Als besonders wichtig gilt hier die in Umfang und Ausrichtung individuell gestaltbare Unterstützung durch die im Projekt tätigen 23 (Kinder-)Krankenpfleger:innen und fünf Hebammen. Diese haben jedoch nur zum Teil eine Weiterbildung zur Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in (FGKiKP) bzw. Familienhebamme durchlaufen. Dies ist eine Weiterbildung, die diese Gesundheitsakteure für den besonderen Versorgungsbedarf mehrfachbelasteter Frauen und Familien qualifiziert. Laut der Vermittlungsstelle »Sicherer Start – Chancen Geben Essen« stehen diese Fachkräfte dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend zur Verfügung.

Innerstädtisch variiert die Versorgung durch Hebammen auf Stadtbezirksebene erheblich, sodass nicht überall ein Erstkontakt gewährleistet werden kann. Deshalb wurde im Juni 2021 die Hebammenzentrale mit Unterstützung des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) Regionalverband Ruhr e. V. eröffnet. Diese vermittelt zeitnah Schwangere und Familien an Hebammen. Die Anfrage kann unkompliziert per Telefon oder Mail gestellt werden, ebenfalls werden Informationen zum Anspruch auf Hebammenbetreuung ausführlich erläutert. Falls aufgrund von Engpässen nicht zu einer Hebammenbetreuung vermittelt werden kann, gibt es das Angebot der Offenen Hebammensprechstunde an jeweils einem Vormittag pro Woche an den nördlich gelegenen Standorten Altendorf (III), Katernberg (VI), Karnap (V) und Vogelheim (V) (ASB-Hebammenzentrale, 2023). Zusätzlich sind Projekte in Zusammenarbeit mit Familien-

hebammen und Familiencoachs mit etlichen Standorten im Standbezirk I vorhanden (Caritas/SKF Essen, 2023).

Mit dem Wissen um die starke Benachteiligung der Bevölkerung im Essener Norden und die gesundheitlichen Auswirkungen wurden nach Hamburger Vorbild im Jahr 2022 in den nördlichen Stadtteilen Altenessen und Katernberg zwei Gesundheitskioske eingerichtet. Sie sollen eine Lotsenfunktion im Gesundheitssystem ausüben sowie eine bedarfsgerechte Aufklärung zu medizinischen Themen und Unterstützung bei der Suche nach Fachärz:tinnen und Organisation von Versorgungsleistungen bieten. Auch im Tätigkeitsfeld von Schwangerschaft und Geburt wird hier der Versuch unternommen, eine weitere Lücke der Gesundheitsversorgung zu schließen. Seit Februar 2023 findet im Gesundheitskiosk Katernberg eine internationale und offene Sprechstunde der Essener ASB-Hebammenzentrale statt (Stadt Essen, 2023).

Qualifizierung von Hebammen und Hebammenforschung

Um nachhaltig eine effiziente und qualitative Gesundheitsversorgung rund um die Geburt zu gewährleisten, ist die Ausbildung entsprechender Fachkräfte von zentraler Bedeutung. Im Ruhrgebiet hat es sich die im Jahr 2009 gegründete Hochschule für Gesundheit Bochum (Hochschule Gesundheit Bochum) zur Aufgabe gemacht, Hebammen in einem Modellstudiengang, beginnend mit dem Wintersemester 2010/11, akademisch zu qualifizieren. Hier erwarben angehende Hebammen auch schon vor dem Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes in einem achtsemestrigen Studiengang sowohl die staatliche Zulassung zur Hebamme als auch einen Bachelorabschluss (B. Sc. Hebammenkunde). Mit dem neuen Hebammengesetz, das zu Beginn des Jahres 2020 in Kraft trat, werden nun alle Hebammen in Deutschland im Rahmen eines dualen Studiums auf Bachelorniveau ausgebildet (Bundesministerium für Justiz, 2019, Stand 2021). Daneben war es im Ruhrgebiet bis zum Jahr 2022 an den Standorten Bochum, Duisburg und Herne möglich, die bis zur neuen Gesetzgebung vorgeschriebene dreijährige berufsfachschulische Ausbildung zur Hebamme zu durchlaufen. Bis heute hat die HS Gesundheit Bochum in Kooperation mit ca. 140 Praxiskooperationspartnern (aktuell 39 Geburtskliniken und ca. 100 außerklinische Einrichtungen bzw. freiberufliche Hebammen) die Akademisierung des Hebammenberufs in der Region umgesetzt. Sie bietet nun entsprechend den neuen gesetzlichen Vorgaben einen dualen grundständigen Vollzeitstudiengang Hebammenwissenschaft B. Sc. (sieben Semester, 88 Studienplätze pro Jahr) sowie einen nachqualifizierenden Studiengang Hebammenkunde B. Sc. für bereits fachschulisch ausgebildete Hebammen (vier Semester, 30 Studienplätze pro Jahr) an (Hochschule Gesundheit Bochum, o. J.).

Neben der Qualifizierung von Hebammen setzt der Fachbereich Hebammenwissenschaft Forschungsprojekte zur reproduktiven Gesundheit um und betreut mehrere

Promotionsprojekte. Somit befindet sich mit der HS Gesundheit Bochum im Zentrum des Ruhrgebiets eine wichtige Institution, die wesentlich zur Professionalisierung des Hebammenberufes wie auch zur nachhaltigen Gesundheitsversorgung rund um die Geburt beiträgt.

Resümee

Die Qualität der Versorgung von Frauen und ihren Kindern bzw. jungen Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hat langfristige Auswirkungen auf deren physisches wie auch psychisches Wohlergehen. Hebammen kommt in der Gesundheitsversorgung dieser Lebensphase eine Schlüsselrolle zu, auch weil sie im direkten Auftrag der Frau und für die Frauen und Familien als Regelleistung des Gesundheitssystems in Anspruch genommen werden können. Sie begleiten Frauen und ihre Kinder und vermitteln sie bei Auffälligkeiten bzw. Komplikationen an Ärzt:innen zur gemeinsamen weiteren Betreuung (Bauer, 2011; Schäfers, 2011).

Dieser Beitrag legt dar, dass die ausgeprägte soziale Segregation der Stadt Essen den Versorgungsbedarf rund um die Geburt in den jeweiligen Stadtgebieten quantitativ wie auch hinsichtlich der Versorgungsschwerpunkte variieren lässt. Das Beispiel der Anfang 2023 eingerichteten internationalen Sprechstunde der Essener Hebammenzentrale im Gesundheitskiosk Katernberg gibt Hinweise darauf, dass die Notwendigkeit gezielter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Essener Norden wahrgenommen und diese umgesetzt werden. Es bleibt zu beobachten, ob sich solche Angebote bewähren und gefördert werden.

Es fehlen dezidierte, auf Essen oder das Ruhrgebiet bezogene Daten zur geburtshilflichen Versorgung der Frauen, wie Statistiken zur Hebammenbetreuungsquote, Art der Versorgungsleistung wie auch zur Inanspruchnahme in den jeweiligen Teilräume. Demzufolge kann keine Aussage über die Qualität der geburtshilflichen Versorgung allgemein, Hebammenversorgung, mögliche Versorgungslücken und die Angepasstheit der Versorgung an die spezifischen Bedarfe in den jeweiligen Stadtgebieten in Essen getroffen werden.

Es muss davon ausgegangen werden, dass es verschiedene Handlungsbedarfe in der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung für die einzelnen sozialen Gruppen der sozialräumlichen Gliederung der Stadt nördlich und südlich der A40 gibt, denn je vulnerabler und segregierter Menschen leben, desto mehr gewinnt eine präventive, engmaschige und zugeschnittene Primärversorgung an Bedeutung. Dies gilt insbesondere für eine Region, die durch ihre sozialräumliche Gestalt gefährdet ist, Mehrfachbelastungen und Segregation schneller zu manifestieren. Das volle Potenzial des Leistungsspektrums von Hebammen auszuschöpfen, wird die Gesundheit und Resilienz vulnerabler Frauen und Familien der Stadt Essen stärken.

LITERATUR

ASB-Hebammenzentrale (2023). asb-hebammenzentrale.de; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

Bauer, N. H. (2011). *Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal und die möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind.* V & R unipress, Göttingen

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2012). *Familienpolitik und Fertilität: demografische Entwicklungen und politische Gestaltungsmöglichkeiten.* Monitor Familienforschung. Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik (Ausgabe 27). www.bmfsfj.de/resource/blob/76228/3439c9738349eaf8aba65b595cd22df5/monitor-familienforschung-ausgabe-27-data.pdf; letzter Zugriff: 26. 09. 2023

Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt.* bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt.html; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

Bundesministerium für Justiz (2019, Stand 2021): *Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG).* www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/index.html; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

Caritas/SKF Essen (2023). https://www.cse.ruhr/beratung-jugendhilfe, letzter Zugriff: 02. 09. 2024

Geburtshaus Essen (2022). *E-Mail-Anfrage am 07. 12. 2022 an das Geburtshaus Essen*. www.geburtshaus-essen.de/

GKV-Spitzenverband (2023). *Hebammenliste*. www.gkv-spitzenverband.de/service/hebammenliste/hebammenliste.jsp; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

Hertle, D.; Lange, U. & Wende, D. (2021). Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. *Gesundheitswesen* 85(04), 364–370. DOI 10.1055/a-1690-7079

Hochschule für Gesundheit Bochum, Fachbereich Hebammenwissenschaft (o. J.). www.hs-gesundheit.de/studium/unser-studienangebot/hebammenwissenschaft-bsc/uebersicht-hebammenwissenschaft; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

Keim-Klärner, S. (2020). Soziale Netzwerke und die Gesundheit von Alleinerziehenden. In: A. Klärner; M. Gamper; S. Keim-Klärner; I. Moor; H. von der Lippe & N. Vonneilich (Hrsg.). *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten.* Springer VS, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-21659-7_14.

Klein, J. & Knesebeck, O. von dem (2022). Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. In: J. Siegrist; U. Stößel & A. Trojan (Hrsg.) *Medizinische Soziologie in Deutschland.* Gesundheit und Gesellschaft. Springer VS, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-37692-5_12

Lampert, T. & Kroll, L. E. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE kompakt,* 5(2). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-017

NZFH (o. J.): Begriffsbestimmung Frühe Hilfen, https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/begriffsbestimmung-fruehe-hilfen/; letzter Zugriff: 26. 09. 2023

Quag e. V. – Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe e. V. (2023). *Qualitätsbericht 2021. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland.* www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2021.pdf; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

Quag e. V. – Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe e. V. (o. J.). Geburtenzahlen in Deutschland. www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm; letzter Zugriff: 25. 09. 2023

Rösseler, M. (Regisseur) (2017, 22. Januar). *WDR – Die Story: A40 – Eine Autobahn trennt arm und reich.* www.youtube.com/watch?v=48DoRENHvCA; letzter Zugriff: 30. 06. 2023

Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* (1. Aufl.). Huber

Schäfers, R. (2011). *Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes.* Monsenstein & Vannerdat, Münster

Schumacher, J. & Prossek, A. (2009). *Atlas der Metropole Ruhr. Vielfalt und Wandel des Ruhrgebiets im Kartenbild.* Emons

Stadt Essen (2023). *Gesundheitskioske.* www.essen.de/leben/gesundheit/gesundheit_im_essener_norden/gesundheit_im_essener_norden_gesundheitskioske.de.html; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen (o. J. a): *Handbuch Essener Statistik. Bevölkerung 1987–2022*

Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen (o. J. b). *Handbuch Essener Statistik. Soziales – Gesundheit 1987–2020*

Stadt Essen & CJD (o. J.). *Sicherer Start – Chancen geben. Frühe Hilfen für Familien*. www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH-Konferenzreihe-Kassel-Folien-06-Sicherer-Start-Chancen-geben-b.pdf; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

Stadt Essen – Presse- und Kommunikationsamt (2022, 13. Juni). *Stellungnahme der Stadtverwaltung zur Schließung der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Alfried Krupp Krankenhauses*. https://www.essen.de/meldungen/pressemeldung_1469607.de.html; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

WDR (2014, 10. September). *Die heimliche Hauptstadt des Ruhrgebiets*. www1.wdr.de/fernsehen/doku-am-freitag/steckbriefessen100.html; letzter Zugriff: 30. 05. 2023

2.6
Inklusives Lernen mit Schüler:innen mit körperlicher Beeinträchtigung: Das Projekt EXTRA-Klasse! in Gelsenkirchen

Marcel Feichtinger, Christian Walter-Klose

Nicht zuletzt infolge der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Bundesregierung Deutschlands im Jahr 2008 hat das Bestreben um Inklusion in allen Lebensbereichen in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Ziel ist es, ein Bildungsangebot zu schaffen, das Lernenden in ihrer Unterschiedlichkeit eine gleichwertige Bildung ermöglicht und soziale Teilhabe sicherstellt (Walter-Klose, 2022a). Aus gesundheitsbezogener Perspektive bedeutet dies zum einen, dass die Schüler:innen für ihre Lern- und Kompetenzentwicklung angemessen herausgefordert sind und pathogene Effekte von Über- oder Unterforderung vermieden werden (vgl. Rathmann &

Hurrelmann, 2018). Auch im Hinblick auf das psychosoziale Erleben der Lernenden sollen eine positive Lebensqualität und Wohlbefinden bestehen und Prozesse von Ausgrenzung, Diskriminierung und Mobbing vermieden werden. Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe tragen in diesem Sinne maßgeblich zu Gesundheit bei und sind in ihrer gesundheitsbezogenen Wirkung vor allem für Personen mit Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen unerlässlich (Walter-Klose, 2022b). Weiterhin erfordert ein inklusives Bildungsangebot, die besonderen Bedarfe der Lernenden zu kennen und diese im Schulalltag zu berücksichtigten – bspw. indem Auswirkungen von Beeinträchtigungen bzw. (komorbiden) Erkrankungen auf das Lernen erkannt werden und rehabilitativen und präventiven Bedarfen begegnet wird. Durch die Vernetzung spezifischer Wissensbestände aus Regel-, Sonder- und Inklusionspädagogik mit medizinischem sowie gesundheitswissenschaftlichem Fachwissen wird gesundes Lernen möglich.

Mit Blick auf Schüler:innen mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen wird im Folgenden ein Beispiel einer Kooperation zweier Schulen in Gelsenkirchen skizziert und ein Modell für ein inklusives Bildungsangebot dargestellt, in dem die drei Perspektiven der potenzialgerechten Förderung, der sozialen Teilhabe und der Erfüllung gesundheitsbezogener Bedarfe berücksichtigt werden.

Eckdaten für die Stadt Gelsenkirchen

Die ungefähr 260.000 Einwohner:innen zählende Stadt Gelsenkirchen liegt im Norden des Ruhrgebiets. Schüler:innen mit Körperbehinderung, hier erfasst durch einen zugeschriebenen sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf im Förderschwerpunkt Körperliche und motorische Entwicklung (KmE), werden in NRW im sogenannten gemeinsamen Lernen oder an Förderschulen unterrichtet. 24 Grundschulen in Gelsenkirchen werden als Grundschulen mit gemeinsamem Lernen geführt. 2021 wurden dort 13 Schüler:innen mit dem Förderschwerpunkt KmE unterrichtet (Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2022; Stadt Gelsenkirchen, 2021). In der Löchterschule im Stadtteil Gelsenkirchen-Buer, die in Trägerschaft des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) steht, wurden im Jahr 2021 insgesamt 236 Schüler:innen unterrichtet, davon 103 in der Primarstufe (Landschaftsverband Westfalen-Lippe [LWL], 2021).

Gemeinsames Lernen als Regelfall

Die Verpflichtung des Staates zur Gewährleistung eines inklusiven Bildungssystems (UN-Behindertenrechtskonvention, Art. 24) wurde in NRW unter anderem durch das 9. Schulrechtsänderungsgesetz umgesetzt, das am 1. August 2014 in Kraft getreten ist.

Darin wird das gemeinsame Lernen von Schüler:innen mit und ohne Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung zum gesetzlichen Regelfall.

Die Inklusionsquote im Förderschwerpunkt KmE lag im Schuljahr 2021/22 in NRW unterhalb der Gesamtinklusionsquote. In der Primarstufe wurden 29 % dieser Schüler:innen inklusiv unterrichtet – werden alle Förderschwerpunkte zusammengenommen, liegt die Quote bei 38,8 % (Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2022, S. 130). Eine mögliche Erklärung für die geringere Inklusionsquote im Förderschwerpunkt KmE ist in der Heterogenität des Personenkreises und den daraus resultierenden spezifischen Bedarfen zu finden (vgl. Lelgemann et al., 2012). Während ein Teil der Schüler:innen zielgleich in barrierearmen Schulen unterrichtet wird, besuchen Schüler:innen mit einem höheren Pflege- und Therapiebedarf, mit Mehrfachbehinderung und im zieldifferenten Lernen häufiger Förderschulen KmE. Exklusionsrisiken steigen, wenn zudem eine tiefgreifende kognitive und komplexe Kommunikationsbeeinträchtigung vorliegt. Menschen mit einer sogenannten komplexen Behinderung sind »trotz eines Interesses von Eltern und Schülerinnen und Schülern und abgesehen von Einzelfällen, wesentlich vom schulischen Inklusionsprozess ausgeschlossen« (Feichtinger, 2022, S. 336).

Die EXTRA!-Klasse in Gelsenkirchen

Im Format »Inklusion umgekehrt«, also der inklusiven Bildung am Standort einer Förderschule, haben die Bezirksregierung Münster und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe unter Beteiligung der Stadt Gelsenkirchen ein Schulprojekt am Standort der Löchterschule entwickelt. Das Projekt EXTRA-Klasse! wird durch einen Beirat schulaufsichtlich gesteuert und wissenschaftlich begleitet. Das Ziel ist die Implementierung inklusiver Grundschulklassen in das System einer Förderschule KmE (Feichtinger & Bosse, 2022, S. 233 f.). Ähnliche Ansätze gibt es zum Beispiel in den bayerischen »inklusiven Partnerklassen« (Kirsch, 2015) sowie im niedersächsischen Dinklage (Gebhard et al., 2013). In der EXTRA!-Klasse soll der Unterricht jedoch ausdrücklich Schüler:innen mit schwerer und mehrfacher Behinderung auch in den schulischen Hauptfächern einbeziehen. Schrittweise wurden in projektbezogenen Phasen Erfahrungen gesammelt und systematisch als handlungsleitend in einem pädagogischen Konzept zusammengeführt. Gemeinsam mit der benachbarten städtischen Gemeinschaftsschule der Primarstufe, der Pfefferackerschule, besteht übergangsweise eine profilierte Kooperation, innerhalb derer an einem Tag in der Woche gemeinsam gelernt wird (der sogenannte EXTRA-Tag!). Seitens der Förderschule nehmen vier bis fünf Schüler:innen mit sonderpädagogischem Unterstützungsbedarf KmE teil. Ein bis zwei Schüler:innen zählen zum Personenkreis, der als »Menschen mit komplexer Behinderung« umschrieben werden kann (vgl. Bernasconi, 2022).

Das pädagogische Konzept sieht ein hohes Maß an individueller Differenzierung vor und entspricht damit den Erfordernissen inklusiver Praxis: Auf Basis des Modells von Wember (2013) wurden Differenzierungsstufen erarbeitet, die die basale Bildung der Schüler:innen mit komplexer Behinderung einbeziehen. Die Zielperspektive ist mit Terfloth und Bauersfeld (2019) zu beschreiben: »Wenn es gelingt, Bildungsinhalte so anzubieten, dass jedes Kind […] die ihm möglichen Zugangs- und Aneignungsmöglichkeiten nutzen kann, dann ist eine gemeinsame Beschäftigung mit gleichen Inhalten trotz unterschiedlicher Voraussetzungen möglich« (Terfloth & Bauersfeld, 2019, S. 105).

Dem Lernen im Projekt liegt dabei eine Haltung zugrunde, nach der jedes Kind in seiner individuellen Lebenswirklichkeit mit seinen persönlichen Voraussetzungen, Vorerfahrungen, Potenzialen und Interessen als ein gleichwertiger und gleichberechtigter Teil der Klasse gesehen und in Lernprozesse eingebunden wird (vgl. Projektteam EXTRA-Klasse!, 2020). Dazu gehören auch begründete exklusive Lernsituationen mit individuellen, bedarfsgerechten Angeboten.

In individuellen Förderplänen werden Lernziele für jedes Kind der Klasse gebündelt. Diese orientieren sich an den bildungsgang- und fachbezogenen Richtlinien und Standards sowie den schulinternen Lehrplänen der beiden Stammschulen.

Die Lernzeit soll stets so viel wie möglich gemeinsam stattfinden, um das soziale Miteinander und die Klassengemeinschaft zu stärken. Das Lernen in der Förderschule ermöglicht zudem, dass den besonderen gesundheitsbezogenen Bedarfen der Kinder optimal begegnet werden kann, indem neben den in der Schule integrierten Maßnahmen aus den Bereichen Hygiene und Pflege Therapeut:innen aus den Bereiche Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie beratend, aber auch behandelnd eingebunden sind. Auch ist das Lernumfeld barrierefrei ausgerichtet und im Sinne der Ausstattung, Lehr- und Lernmittel sowie der Organisation an Lernende mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen ausgerichtet, sodass den pädagogischen und gesundheitsbezogenen Bedarfen der Lernenden entsprochen und Unterstützung im Sinne von schulischer Förderung sowie Empowerment angeboten werden kann.

Diese Ausrichtung schließt an Markowetz' (2016, S. 265 f.) Vorstellung von inklusivem Unterricht an: »Es bedarf verlässlich geregelter Kooperationen in Form von durchgängig organisierter und planmäßig durchgeführter schulischer Gemeinsamkeit in einem Haus des Lehrens und Lernens und wohlüberlegter Maßnahmen der Individualisierung und inneren Differenzierung, welche die Passung von Gleichheit und Differenz zu steuern und die theoretischen Sichtweisen über individuelles und gemeinsames Lernen der beteiligten Subjekte im Gleichgewicht zu halten haben.«

Einblicke

Im Rahmen der Begleitforschung durch die Hochschule für Gesundheit Bochum sowie der Technischen Universität Dortmund konnten zwei Grundeinschätzungen vorgenommen werden:

1. Alle Schüler:innen werden als aktiver Teil der Klassengemeinschaft wahrgenommen.

2. Eltern haben den EXTRA-Tag! alle durchaus positiv erlebt und bewerten das Angebot als bereichernd. Vorher bestehende Sorgen, dass ihr Kind nicht von dem gemeinsamen Lernen profitieren und herausfordernde, womöglich belastende Erfahrungen machen würde, haben sich aus Sicht der Eltern nicht bestätigt. Die Kinder fühlen sich wohl und lernen aus Sicht der Eltern erfolgreich von- und miteinander. Das Angebot unterstützt aus Sicht der Eltern die Entwicklung sozialer Kompetenzen und einer Offenheit für Vielfalt; es stärkt die Freude, zur Schule zu gehen. Auch wenn die Leistungsentwicklung im Rahmen der Begleitforschung nicht explizit untersucht wurde, konnten nachteilige Effekte für die Lernenden seitens der Lehrkräfte und Eltern nicht gefunden werden.

Prognostische Einschätzungen zur Leistungsentwicklung durch eine Überführung des EXTRA-Tags! in eine dauerhafte EXTRA-Klasse! schätzten die Beteiligten unterschiedlich ein: Während seitens der Grundschule die Leistungsentwicklung der Schüler:innen eher unproblematisch beurteilt wurde und in der Auflösung zweier zeitlich parallel verlaufender Klassensysteme eine organisatorische Entlastung gesehen wird, zeigten sich die sonderpädagogischen Lehrkräfte stellenweise unsicher, ob alle Bedarfe der Schüler:innen im Förderschwerpunkt KmE dauerhaft hinreichend berücksichtigt werden könnten. Während in der »Inklusion umgekehrt« eine weitestgehende Barrierefreiheit und auch Therapie und Pflege gesichert sind, ist aus Sicht der sonderpädagogischen Fachkräfte die Umsetzung der sonderpädagogischen Förderung im durchgängig inklusiven Unterricht weiter zu bearbeiten. Auch die Zielvorstellungen und Rollen der Akteur:innen sind im neu entstehenden Verbund mit der ausgesprochen heterogenen Schülerschaft neu zu definieren. Es wurde deutlich, dass – ganz im Sinne des Inklusionsprozesses – dauerhafte Reflexionen, Anpassungen und Optimierungen der schulischen Bildungsumwelt an die Lernenden erforderlich sind und Lehrende sowohl Zeit als auch Unterstützung durch Vorgesetzte benötigen, um sich auf die gewandelte Schulsituation einzustellen. Markus Bechtel, Schulleiter der Pfefferackerschule, erklärt in diesem Sinne: »Wir lernen in diesem Team, mutig zu sein und zu fragen: ›Wie machen wir es möglich?‹« Björge Grups, Schulleiterin der Löchterschule,

konstatiert: »Jeder kann etwas geben und Teil der Gesellschaft sein« (WDR Lokalzeit Ruhr, 31. 01. 2023). Sie drückt die grundlegende Haltung des inklusiven Lernprojekts aus.

Fazit

Frühe Begegnungen und gemeinsames Lernen von Kindern mit vielfältigen Fähigkeiten, Erfahrungen, aber auch Beeinträchtigungen und Erkrankungen haben das Potenzial, Vorurteile und umweltbedingte Barrieren abzubauen und eine inklusionsorientierte Haltung zu befördern. Dabei zeigt sich, dass Inklusion neben einer offenen und wertschätzenden Haltung das Bemühen um barrierearme Rahmenbedingungen ebenso erfordert wie die Berücksichtigung individueller Bedarfe der Lernenden. Im Sinne von Inklusion geht es um die Passung der Lernumwelt an die Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit, um schulische, persönlichkeits- und gesundheitsbezogene Entwicklung sowie das soziale Miteinander optimal zu fördern.

Das vorliegende Projekt, bei dem Schüler:innen einer Grundschule in einer Förderschule lernen, stellt im Innovationsprozess der inklusiven Schule einen Baustein dar, der die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf im Bereich Gesundheit, Pflege, Rehabilitation und Prävention berücksichtigt und gemeinsames Lernen auch dann möglich macht, wenn im Bereich der Regelschulen Architektur- und Raumstrukturen noch nicht angemessen vorhanden sind oder Kooperationen mit Akteur:innen aus dem Bereich gesundheitlicher Versorgung noch nicht bestehen. Auf diese Weise wird deutlich, was Kinder und Jugendliche aus einem Stadtteil brauchen, um gemeinsam gesund zu lernen. Es entstehen ein Modell und ein Ausgangspunkt für weitere schulische und außerschulische Bemühungen um Teilhabe und Inklusion in der Stadt.

LITERATUR

Bernasconi, T. (2022). Anmerkungen zur Beschreibung des Personenkreises. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 73(7), 308–311

Feichtinger, M. (2022). Zur Situation von Schülerinnen und Schülern mit komplexer Behinderung. Exklusive Lernsituationen und inklusive Momente als Perspektiven für eine mögliche Neuorientierung schulischer Inklusion. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 73(7), 332–342

Feichtinger, M. & Bosse, I. (2022). Kinder mit komplexer Behinderung im Gemeinsamen Lernen. Inklusion neu denken in Gelsenkirchen: EXTRA-Klasse! In: S. Fränkel; M. Grünke; T. Hennemann; D. C. Hövel; C. Melzer & K. Ziemen (Hrsg.). *Teilhabe in allen Lebensbereichen? Ein Blick zurück und nach vorn.* Perspektiven sonderpädagogischer Forschung. 1. Auflage (S. 233–237). Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn

Gebhard, B.; Olliges, C. & Schumacher, J. (2013). »Inklusion einmal anders«. Eine Förderschule auf dem Weg zur inklusiven Schule. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 64(3), 116–123

Kirsch, H. (2015). »Inklusive Partnerklassen« der Astrid-Lindgren-Schule an der Grundschule Nord in Kempten/Allgäu. In: R. Lelgemann; P. Singer; C. Walter-Klose; E. Fischer; U. Heimlich & J. Kahlert (Hrsg.). *Inklusion im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung.* Inklusion in Schule und Gesellschaft. Band 8 (S. 224–239). W. Kohlhammer, Stuttgart

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2021). *Der Schulstandort Gelsenkirchen*. https://lwl.org/lja-download/pdfschulen/Gelsenkirchen_gesamt_2021.pdf

Lelgemann, R.; Lübbeke, J.; Singer, P. & Walter-Klose, C. (2012). *Forschungsprojekt: Qualitätsbedingungen schulischer Inklusion für Kinder und Jugendliche mit dem Förderschwerpunkt Körperliche und motorische Entwicklung – Forschungsbericht*. https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/schulen/inklusionspauschale_neu/pdfs/Qualitaetsbedingungen_schulischer_Inklusion_13-06-2012.pdf

Markowetz, R. (2016). Theoretische Aspekte und didaktische Dimensionen inklusiver Unterrichtspraxis. In: E. Fischer & R. Markowetz (Hrsg.). *Inklusion im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung*. 1. Auflage (S. 239–288). Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2022). *Sonderpädagogische Förderung in Nordrhein-Westfalen. Statistische Daten und Kennziffern zur Inklusion – 2021/22.* https://www.schulministerium.nrw/system/files/media/document/file/inklusion_2021.pdf

Projektteam EXTRA-Klasse! (2020). *Pädagogisches Konzept (Arbeitspapier).* Löchterschule & Pfefferackerschule, Gelsenkirchen

Rathmann, K. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2018). *Leistung und Wohlbefinden in der Schule: Herausforderung Inklusion.* Beltz, Weinheim

Stadt Gelsenkirchen (2021). *Grundschulen mit Gemeinsamen Lernen*. https://www.gelsenkirchen.de/de/Soziales/Leben_mit_Behinderungen/Inklusion_in_Schulen/_doc/GL-Schulen.pdf

Terfloth, K. & Bauersfeld, S. (2019). *Schüler mit geistiger Behinderung unterrichten. Didaktik für Förder- und Regelschule* (UTB, Bd. 3677, 3. aktualisierte Auflage). UTB, Stuttgart

Walter-Klose, C. (2022a). Schule und Community Health. In: Department of Community Health (Hrsg.). *Community Health. Grundlagen, Methoden, Praxis* (S. 238–248). Beltz Juventa, Weinheim

Walter-Klose, C. (2022b). Behinderung und Inklusion. In: Department of Community Health (Hrsg.). *Community Health. Grundlagen, Methoden, Praxis* (S. 301–312). Beltz Juventa, Weinheim

Wember, F. B. (2013). Herausforderung Inklusion: ein präventiv orientiertes Modell schulischen Lernens und vier zentrale Bedingungen inklusiver Unterrichtsentwicklung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 64(10), 380–388

Westdeutscher Rundfunk (2023). *Lokalzeit Ruhr, Sendung vom 31. 01. 2023 (29 min)*

2.7 Gesundheitsversorgung von Migrant:innen abseits des Regelsystems der Krankenversicherung

Knut Rauchfuss, Helen Schwenken

Migration ist mit verschiedenen rechtlichen Konstruktionen von Aufenthalt verknüpft.[4] Der aufenthaltsrechtliche Status bestimmt, welchen Zugang Migrant:innen in Deutschland zur medizinischen Regelversorgung haben. Diese Versorgung reicht von einer Auslandskrankenversicherung über eingeschränkte Leistungen nach dem AsylbLG durch die Sozialämter bis hin zu einer regulären Krankenversicherung. Ein Teil der hier lebenden Migrant:innen aber verfügt über keinerlei Versicherungsschutz. Dies betrifft zum einen Arbeitsmigrant:innen aus Rumänien und Bulgarien, die sich als EU-Bürger:innen zwar legal hier aufhalten, aber dennoch nicht EU-weit krankenversichert sind, aber auch Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, d. h. Personen ohne legalen Aufenthaltstitel.[5] Beide Gruppen verfügen über keine Absicherung im Krankheitsfall mit teilweise erheblichen Auswirkungen auf ihre Gesundheitssituation. Dieser Beitrag konzentriert sich auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität im Ruhrgebiet.

Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität

In der aufenthaltsrechtlichen Illegalität leben Menschen, deren ursprünglich oft legaler Aufenthaltstitel nicht mehr gilt, z. B. abgelaufenes Einreisevisum, abgelehnte Asylbewerber:innen, Studierende, die die Regelstudienzeit überschritten haben, Heiratsmigrant:innen mit gescheiterter Ehe oder Arbeitsmigrant:innen, die ihre Anstellung verloren haben, ohne gleichwertigen Ersatz zu finden. Hinzu kommen vorwiegend in der Sexarbeit tätige Opfer von Menschenhandel (Schmitt, 2007, S. 19).

Diese Personengruppen sind nicht gemeldet und lassen sich statistisch nur ungenau erfassen. Schätzungen reichen von 180.000 bis 500.000 für die gesamte Bundesrepublik (Vogel, 2016) bis hin zu einer Million Menschen (Connor & Passel, 2019) – ein Wert, der allerdings methodisch bezweifelt wird (Hosner, 2020). In der medialen Darstellung geht die Nennung von Zahlen oft mit politischen Motivationen einher, um die Problematik hervorzuheben oder sie als gering zu erachten.

4 Vgl. AufenthG Kap. 3 Abschnitt 1–7

5 Synonyme Bezeichnungen sind »Migrant:innen ohne Papiere«, »Sans Papiers« bzw. »Papierlose« oder »irreguläre«, »illegale«, »illegalisierte« oder »undokumentierte« Migrant:innen.

Im Unterschied zu den oft im ländlichen Raum beschäftigten bulgarischen und rumänischen Arbeitsmigrant:innen leben Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus vorrangig in städtischen Ballungsräumen wie dem Ruhrgebiet. Im Ruhrgebiet können Menschen ohne Papiere auf ausdifferenzierte Netzwerke in den migrantischen Communitys zurückgreifen. Diese gehen zurück auf die Arbeitsmigration der 1970er-Jahre und aktualisieren sich stetig durch den Nachzug von Familienangehörigen, Geflüchteten und anderen Migrant:innen. Innerhalb der migrantischen Netzwerke erhalten Migrant:innen ohne Papiere zwar eine gewisse Unterstützung, sie bleiben jedoch weitgehend abhängig und rechtlos, z. B. gegenüber Vermieter:innen oder Arbeitgeber:innen (Beisbart, 2003, S. 18 f.).

Die Anonymität des urbanen Raumes bietet zudem im Unterschied zur dörflichen oder kleinstädtischen Sozialkontrolle eine gewisse Sicherheit. Außerdem kann auf eine bessere Infrastruktur zurückgegriffen werden, z. B. zur Wohnungsanmietung ohne Papiere oder für undokumentierte Arbeit, denn wer keinen Zugang zu Sozialleistungen hat, ist umso dringender auf Einkommen angewiesen. Meist unterbezahlte Erwerbsarbeit findet sich für Frauen ohne Papiere im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen, in der Gastronomie oder der Sexarbeit. Männer können im Baugewerbe, allerdings hier rückläufig aufgrund von Dokumentationspflichten und Kontrollen, in der Gastronomie und informellen Gewerben eine Beschäftigung finden. Gewohnt wird oftmals im überteuerten Untermietverhältnis oder in überfüllten Wohngemeinschaften (Wilmes, 2008, S. 52 ff.).

Leben ohne Papiere bedeutet immer auch Leben mit erhöhten gesundheitlichen Risiken und ohne Krankenversicherung (Huschke, 2013, S. 235–361).

Kuehne et al. (2015) untersuchten das subjektive Gesundheitsempfinden von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Dabei zeigte sich ein signifikant negativer Einfluss fehlender Papiere auf die körperliche und seelische Gesundheit der Teilnehmer:innen im Vergleich zur deutschen Normalbevölkerung. Als Risikofaktoren konnten sozioökonomische Faktoren, Kriminalisierungserfahrungen und vergleichsweise spätes Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen identifiziert werden. Zwar steht Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität grundsätzlich ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung nach AsylbewLG zu, die Betroffenen können diesen aber nicht geltend machen, da für die Sozialämter, die den entsprechenden Behandlungsschein erteilen müssten, gemäß § 87 AufenthG eine Meldepflicht gegenüber den Ausländerbehörden besteht.

Ansätze zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Krankenversicherung

In einigen Bundesländern oder Großstädten Deutschlands existieren durchaus Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die eine gewisse Gesundheitsversorgung für Papierlose zu substituieren versuchen. Dabei werden zwei Modelle unterschieden:

Am häufigsten ist die »humanitäre Sprechstunde« wie sie z. B. in Bremen, Bremerhaven, Frankfurt, Oldenburg und Wiesbaden existiert. Dabei wird, meist organisiert über die lokalen Gesundheitsämter oder andere Träger, eine Vermittlungssprechstunde angeboten. Ein teilweise oder vollständig kommunal finanzierter Fonds kommt für die Behandlungskosten durch angeschlossene Praxisnetzwerke auf (Schülle et al., 2017, S. 7 f.).

Wesentlich seltener und meist im Rahmen von Landesprogrammen – wie in Niedersachsen und Thüringen – wird in einigen Städten ein anonymer Krankenschein in geschütztem Rahmen ausgegeben. Persönliche Daten bleiben vertraulich und werden nicht an die Ausländerbehörden weitergegeben. Mit diesem Krankenschein besteht ein regulärer Zugang zum Gesundheitssystem entsprechend den Leistungsbeschränkungen nach § 4 und § 6 AsylbLG (Schülle et al., 2017, S. 7; Kurz, 2022). In Nordrhein-Westfalen enthält der Koalitionsvertrag der Landesregierung 2022–2027 die Vereinbarung, einen »Anonymen Krankenschein NRW« einzuführen.

Gesundheitsversorgung im Ruhrgebiet

Im Ruhrgebiet unterhält keine Kommune eigene Strukturen zur Unterstützung von Migrant:innen ohne Papiere. Die Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung existiert lediglich im Rahmen zivilgesellschaftlicher Strukturen, zu deren Unterstützung einige Kommunen Beiträge leisten.

Diese zivilgesellschaftlichen Strukturen werden von unterschiedlichen NGOs getragen, die sich bundesweit im Netzwerk der »Medibueros« zusammengeschlossen haben.[6] Es handelt sich in der Regel um humanitäre Vermittlungssprechstunden, in denen nach kurzer Anamnese eine Weitervermittlung an ehrenamtliche Netzwerke niedergelassener Ärzt:innen unterschiedlicher Fachdisziplinen erfolgt. Im Rahmen dieser Netzwerkstrukturen können Migrant:innen ohne Papiere kostenlos und anonym medizinische fachgerechte Behandlung erhalten, die jedoch nicht an die Regelversorgung heranreichen kann. Eventuelle nicht durch ehrenamtliche Zusammenarbeit gedeckte Kosten müssen die NGOs durch Spenden decken oder bezuschussen. Manche erhalten auch öffentliche Mittel, u. a. von unterstützungswilligen Kommunen.

6 Der jeweils aktuelle Stand, in welchen Städten entsprechende Initiativen existieren, kann auf der Website www.medibueros.org eingesehen werden; letzter Zugriff: 19. 05. 2023

Solche Vermittlungssprechstunden existieren seit 1996 bei der »Medizinischen Flüchtlingshilfe« (MFH) in Bochum, die nach Hamburg und Berlin die dritte Einrichtung bundesweit war. Der MFH ist seither ein Netz von ca. 50 niedergelassenen Ärzt:innen angeschlossen, die vermittelte Patient:innen kostenlos und anonym behandeln. Mittlerweile bieten in der MFH zusätzlich auch drei fest angestellte Ärzt:innen eine Basisversorgung an. Zudem unterhält die Organisation ein psychosoziales Therapiezentrum für Überlebende von Folter und Krieg. In Essen gründete sich 2009 die »Medinetz«-Gruppe, seit 2014 ergänzt um die »Kosmidion«-Praxis, die einmal pro Woche kostenlos im Essener Norden Versorgung für Menschen ohne Papiere anbietet. Seit 2010 betreibt auch in Dortmund die lokale Gruppe der »Ärzt:innen zur Verhinderung des Atomkriegs« (IPPNW) eine medizinische Vermittlungsstelle.

In Duisburg gibt es eine Anlaufstelle der »Malteser-Migrant:innen-Medizin«,[7] an die sich Menschen ohne Krankenversicherung wenden können. Dort bieten Ärzt:innen ehrenamtlich und anonym eine Art hausärztliche Erst- und Notversorgung an. Auch diese Sprechstunde kooperiert zusätzlich mit einem Netzwerk niedergelassener Fachärzt:innen.

In Duisburg, Gelsenkirchen und Dortmund existieren seit 2016 auch drei Clearingstellen, die von AWO, Diakonie und dem Sozialen Zentrum Dortmund getragen werden. Clearingstellen leisten selbst keine medizinische Hilfe, sondern versuchen über eine Legalisierung des Aufenthaltsstatus oder die Ermittlung möglicher Kostenträger im Herkunftsland den Zugang zu Gesundheitsversorgung zu eröffnen.[8]

Diese Einrichtungen registrieren die Zahl der Anfragen pro Jahr. Die Daten lassen aber keine allgemeinen Rückschlüsse auf den Behandlungsbedarf zu, denn sie sind abhängig z. B. vom Bekanntheitsgrad des Angebots oder von Alternativen durch informelle Netzwerkstrukturen. Auch kann die Umgehung der Vermittlungssprechstunden bei Folgebehandlungen nicht erfasst werden. Trotzdem zeigt die seit Jahrzehnten konstante Nachfrage der Sprechstunden, dass auch im Ruhrgebiet die Zielgruppe von Migrant:innen ohne Papiere stabil ist.

Ausblick: Gesundheitsversorgung für illegalisierte Migrant:innen im Ruhrgebiet im Kontext solidarischer kommunaler Netzwerke

Im internationalen Kontext wird das Vorhandensein dieser Angebote der Gesundheitsversorgung illegalisierter Migrant:innen oft als Ausdruck einer insgesamt »freundlichen« Politik gegenüber dieser Personengruppe gefasst. Es gibt jedoch Unterschiede:

7 Vgl. Website der Malteser-Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung: www.malteser.de/menschen-ohne-krankenversicherung.html; letzter Zugriff: 19. 05. 2023

8 Kontaktdaten der Clearingstellen finden sich auf der Webseite des MAGS unter www.mags.nrw/clearingstellen-fuer-zugewanderte; letzter Zugriff: 19. 05. 2023

»Sanctuary Cities« im Sinne der verweigerten kommunalen Zusammenarbeit mit Bundesbehörden bei der Identifikation und Abschiebung von Stadtbewohner:innen ohne legalen Aufenthaltsstatus, wie es sie in einigen Städten in den USA oder Kanada gibt, existieren in Deutschland so nicht. Hier hat sich stattdessen der etwas anders gelagerte Begriff »Solidarische Stadt« etabliert. Im Rahmen des »Netzwerkes Solidarische Städte«,[9] dem im Ballungsraum Ruhrgebiet auch die Städte Hagen, Bochum, Dortmund und Essen angehören, oder aber auch durch ihre Mitgliedschaft im »Städtebündnis Sichere Häfen«,[10] dem die Mehrheit der Ruhrgebietsstädte beigetreten ist,[11] bekennen sich die kommunalen Parlamente offiziell zu solidarischem Handeln gegenüber Geflüchteten. Die Idee ist, dass Kommunen vorhandene Spielräume bei der Gewährung von wohlfahrtsstaatlichen Leistungen und bei der Interpretation und Umsetzung von aufenthaltsrechtlichen Regelungen zugunsten von Geflüchteten nutzen. Die oben beschriebenen Angebote bei der Unterstützung von Migrant:innen ohne Krankenversicherung sind in einigen Ruhrgebietsstädten zwar vorhanden, werden aber ausschließlich von der Zivilgesellschaft getragen. Wäre aufgrund der Mitgliedschaft in den kommunalen Netzwerken nicht ein stärkeres kommunales Engagement zu erwarten? Netzwerke wie das der »Solidarischen Städte« sind in Deutschland in zweierlei Hinsicht zu verstehen: erstens als symbolische und diskursive Interventionen gegen eine zunehmende Ausgrenzung und Entsolidarisierung, insbesondere gegenüber der Aufnahme von Geflüchteten. Die Städte bzw. die Ratsmehrheiten – und das ist nicht unwichtig – möchten sich als weltoffen und solidarisch darstellen. Ratsmehrheiten übersetzen sich jedoch nicht zwingend in Politiken der Verwaltungsleitung und noch schwieriger und langsamer in die konkreten Praktiken der kommunalen Verwaltung. Zweitens ist die Mitgliedschaft in »solidarischen« Städtenetzwerken Ergebnis des zivilgesellschaftlichen Engagements und zugleich Mittel, für diese weiterhin einen Wandel einzufordern und sich für Prinzipien wie die der »Wohnbürgerschaft« *(denizenship)* oder »Stadtmitgliedschaft« *(urban citizenship)* einzusetzen, die Zugehörigkeit nicht in erster Linie als nationale Staatsbürgerschaft versteht, sondern einen universelleren Anspruch verfolgt (vgl. Schilliger, 2018; Thym, 2018).

Die Gesundheitsversorgung von Migrant:innen abseits des Regelsystems der Krankenversicherung im Ruhrgebiet ist derzeit also in erster Linie zivilgesellschaftlich orga-

9 Vgl. die Webseiten des Netzwerkes Solidarische Städte: www.bpb.de/themen/migration-integration/kurzdossiers/283501/staedte-der-solidaritaet-ein-interview/ bzw. https://solidaritycities.eu/; letzter Zugriff: 19. 05. 2023

10 Vgl. die Webseite des Städtebündnisses Sicherer Häfen: www.seebruecke.org/sichere-haefen; letzter Zugriff: 19. 05. 2023.

11 Darunter auch die RVR-Städte: Alpen, Bergkamen, Bochum, Bottrop, Castrop-Rauxel, Datteln, Dinslaken, Dortmund, Duisburg, Gladbeck, Hagen, Haltern am See, Hamm, Herne, Herten, Hünxe, Kamp-Lintfort, Marl, Moers, Mülheim an der Ruhr, Recklinghausen, Rheinberg, Schwerte, Unna, Waltrop, Wetter und Witten (Stand 19. 05. 2023).

nisiert, der Anspruch an die Kommunen bleibt aber bestehen und erfährt durch die Mitgliedschaft in nationalen und internationalen kommunalen Netzwerken eine breitere Legitimität.

LITERATUR

Beisbart, A. (2003). *Ohne Papiere in Deutschland*. Magazin Verlag

Connor. P. & Passel. J. S. (2019). *Europe's Unauthorized Immigrant Population Peaks in 2016, Then Levels Off. New estimates find half live in Germany and the United Kingdom.* Pew Research Center

Hosner, R. (2020). *One million irregular migrants in Germany? A methodological critique of estimates of irregular migrants in Europe published by Pew Research Center. DeZIM Briefing Notes 2.* Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM), Berlin

Huschke, S. (2013). *Kranksein in der Illegalität. Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie.* transcript

Kuehne, A.; Huschke, S. & Bullinger, M. (2015). Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach. *BMC Public Health*, 15: 926–938

Kurz, C. (2022). Menschen ohne Krankenversicherung: Was wirklich helfen kann. *Deutsches Ärzteblatt*, 119(41), A-1742–A-1774

Schilliger, S. (2018). Urban Citizenship: Teilhabe für alle – da, wo wir leben. In: H. Aigner & S. Kumnig (Hrsg.). *STADT FÜR ALLE! Analysen und Aneignungen* (S. 14–35). Mandelbaum Verlag, Wien

Schmitt, E. (2007). *Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.* Flüchtlingsrat. In: Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 120

Schülle, M.; Kühne, A.; Jordan, T.; Jacobs, M. & Dieterich, A. (2017). *Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze. Arbeitspapier der BAG Gesundheit/Illegalität*

Thym, D. (2018). Vom »Fremdenrecht« über die »Denizenship« zur »Bürgerschaft«. Gewandeltes Selbstverständnis im deutschen Migrationsrecht. *Der Staat,* 57(1), 77–117

Vogel, D. (2016) *Kurzdossier: Umfang und Entwicklung der Zahl der Papierlosen in Deutschland. Fachbereich 12. Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung.* AbIB-Arbeitspapier 2/2016

Wilmes M. (2008). Zur Lebenssituation von Menschen ohne Papiere in Köln. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.). *Leben in der Illegalität*. Agit Druck

2.8 Altern im Strukturwandel: Zur gesundheitlichen Lage der Älteren im Ruhrgebiet

Alina Schmitz, Thorben Frie, Ferzaneh Fakdani

Einleitung

Deutschland hat eine der ältesten Bevölkerungen weltweit. Bereits im Jahr 2000 kam es zur »demografischen Wende«, womit erstmals mehr über 60-Jährige als unter 20-Jährige in Deutschland lebten (Walla et al., 2006). Während eine lange Lebenserwartung in guter Gesundheit eine wesentliche Errungenschaft u. a. von medizinischer Versorgung und sozialer Sicherung darstellt, sind mit der Bevölkerungsalterung auch eine Reihe von Herausforderungen verbunden. Hierzu zählen neben der Nachhaltigkeit unseres umlagefinanzierten Rentensystems insbesondere die anhaltenden Debatten um den Pflegenotstand und die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung. Ausgehend von zentralen Konzepten der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung, gibt dieser Beitrag einen Überblick über die gesundheitliche Lage der älteren Bevölkerung im Ruhrgebiet. In dieser Region, die seit jeher Anziehungspunkt für Menschen unterschiedlichster Herkunft ist, ist die demografische Alterung besonders weit fortgeschritten. Das Ruhrgebiet altert damit schneller und »diverser« als viele andere Regionen und gilt daher auch als »Laboratorium für eine Deutschland noch bevorstehende Gesamtentwicklung« (Naegele & Reichert, 2005, S. 336).

Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Alter: Konzepte, Thesen und empirische Befunde

Gesundheitsentwicklung in alternden Bevölkerungen

Wer in Deutschland heute das 65. Lebensjahr erreicht, kann im Durchschnitt rund 20 weiteren Jahren entgegensehen (Frauen: 21,1 Jahre, Männer: 17,9 Jahre, Statistisches Bundesamt, 2021). Die Lebensphase Alter hat allerdings lange Zeit wenig Aufmerksamkeit der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung erfahren, was zum einen auf die Annahme einer vermeintlichen gesundheitlichen Homogenität in der älteren Bevölkerung (alt = krank) und zum anderen auf methodische Herausforderungen bei der Untersuchung von Gesundheit über den Lebenslauf zurückzuführen ist (Schmitz, 2019; Brandt et al., 2016). Kontroverse Debatten betreffen bereits die Frage, in welcher gesundheitlichen Verfassung das höhere Lebensalter verbracht wird. Gruenberg (1977) postuliert in seiner Medikalisierungsthese, dass die durch medizinisch-technische

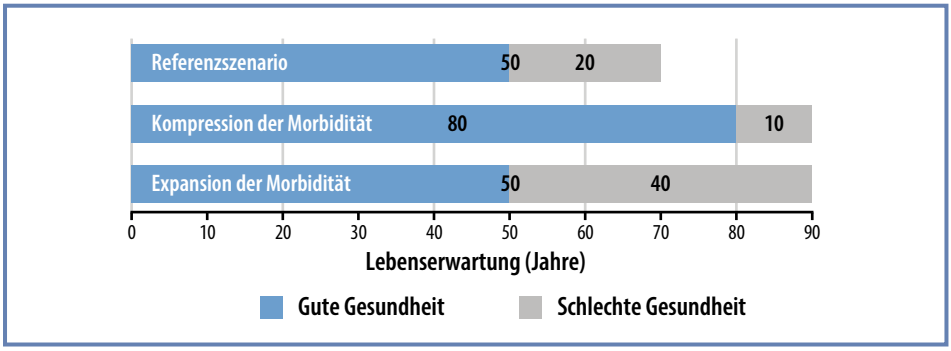

Abbildung 2.8-1: Hypothetisches Beispiel von Kompression und Expansion der Morbidität.
Quelle: eigene Darstellung nach Luy, 2022.

Innovationen gewonnenen Lebensjahre überwiegend in schlechter gesundheitlicher Verfassung verbracht werden (»failure of success«). Fries Kompressionsthese (1980) besagt dagegen, dass die gesunde Lebenserwartung ansteigt, womit Krankheiten und Behinderungen immer weiter in die Hochaltrigkeit rücken (Abb. 2.8- 1). Manton (1982) geht wiederum von einem »dynamischen Gleichgewicht« aus, wonach zwar mehr Lebensjahre in Krankheit verbracht werden, die Symptome und damit auch die gesundheitlichen Einschränkungen im Alltagsleben jedoch weniger gravierend sind.

Der empirische Forschungsstand spricht nicht eindeutig für oder gegen eine der drei Hypothesen. Vielmehr unterscheiden sich die Schlussfolgerungen je nach untersuchten Ländern, Geburtskohorten und Gesundheitsindikatoren. Für Deutschland wurde sowohl eine Kompression der Morbidität z. B. bei Demenz und gesundheitsbezogener Lebensqualität (Doblhammer et al., 2015) als auch eine Expansion z. B. bei Diabetes Typ II gezeigt (Muschik et al., 2017).

Gesundes Altern und soziale Ungleichheit

Neben »objektiven« Gesundheitsindikatoren (z. B. ärztlichen Diagnosen, Lebenserwartung) steht verstärkt die subjektive Sicht der Älteren im Fokus. Weit verbreitet ist das Konzept des erfolgreichen Alterns, »successful aging« (vgl. Bülow & Söderqvist, 2014, für eine kritische Einordnung). Demnach ist nicht nur die Vermeidung von Krankheit und Behinderung ein Kriterium für »erfolgreiches Altern«, sondern auch der Erhalt von kognitiven Fähigkeiten und sozialer Partizipation. Während dieses Konzept wegen der impliziten Werturteile zwar auch Kritik erfahren hat, besteht sein Verdienst sicherlich darin, die Mehrdimensionalität von Gesundheit wie auch den hohen Stellenwert von Autonomie und sozialen Kontakten für das Wohlbefinden im Alter hervorzuheben.

Es steht jedenfalls fest, dass die Chancen auf gesundes Altern sozial ungleich verteilt sind. Der soziale Gradient in der Gesundheit wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen: je niedriger der Bildungsabschluss, das Einkommen und die berufliche Posi-

tion, desto höher das Krankheitsrisiko und desto geringer die Lebenserwartung. Diese gesundheitliche Ungleichheit wird als Ergebnis von wiederholten Benachteiligungen über den Lebensverlauf angesehen (»cumulative disadvantage«), wobei ungünstige Startbedingungen wie eine niedrige Schulbildung weitere Gesundheitsrisiken nach sich ziehen können, wie z. B. belastende Arbeitsbedingungen, ein niedriges Einkommen und psychosoziale Stressoren im späteren Lebensverlauf (Brandt et al., 2016). Das Ruhrgebiet ist mit diesen sozialen Risikofaktoren für die Gesundheit besonders stark konfrontiert, wie nachfolgend skizziert wird.

Gesundheitliche Lage der Älteren im Ruhrgebiet: Status quo und Zukunftsszenarien

Das Ruhrgebiet hat sich im Zuge der Industrialisierung von einer ländlich geprägten Region zu Deutschlands größtem Ballungsraum entwickelt. Die Industrie war lange Zeit von Bergbau und Stahlproduktion geprägt, bevor ab den 1960er-Jahren infolge der Kohlekrise und des damit einhergehenden Arbeitsplatzabbaus viele und vor allem jüngere Menschen die Region verließen. Auch wenn der Bevölkerungsrückgang sich seit dem Jahr 2015 abgeschwächt hat und zuletzt die Zuwanderung aus dem Ausland für stabile Bevölkerungszahlen und sogar eine leichte Verjüngung sorgte, ist die Alterung weit fortgeschritten (Naegele & Reichert, 2005; Regionalverband Ruhr, 2021). Im Jahr 2021 kamen auf 100 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren rund 37 Personen im Alter von über 65 Jahren. Während der »Altenquotient« damit aktuell noch leicht über dem nordrhein-westfälischen und bundesweiten Durchschnitt liegt, wird die Alterung in

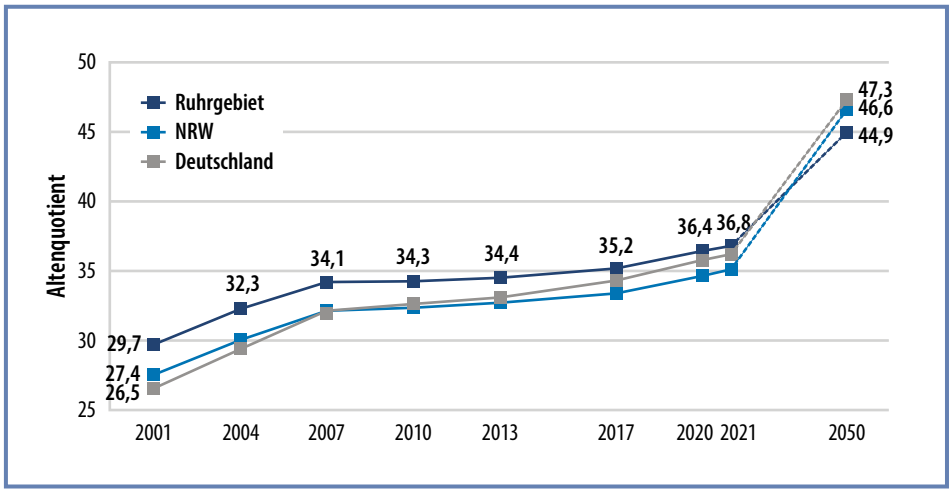

Abbildung 2.8-2: Altenquotient im regionalen Vergleich. *Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2022; IT.NRW, 2022; Statistisches Bundesamt, 2022a; 2022b.*

den kommenden Jahren voraussichtlich weniger schnell voranschreiten als in Deutschland insgesamt (Abb. 2.8-2).

Fest steht, dass die Zahl der Älteren in den kommenden Jahren stark ansteigen wird, womit auch im Ruhrgebiet altersassoziierte Krankheiten wie Krebs und Demenz (Terschüren et al., 2009) sowie der Bedarf an Unterstützung und Pflege zunehmen werden. Im Jahr 2021 lebten im Ruhrgebiet bereits rund 361.000 Pflegebedürftige, dies entspricht rund 7 % der Bevölkerung (Abb. 2.8-3). Im Jahr 2001 lag die Pflegequote noch bei 3 %, womit sich der Anteil innerhalb von zwei Jahrzehnten mehr als verdoppelt hat. Auch in Nordrhein-Westfalen (NRW) und Deutschland insgesamt sind die Anteile der Pflegebedürftigen in den letzten 20 Jahren stark angestiegen, sie liegen jedoch zu allen Zeitpunkten unterhalb des Ruhrgebiets.

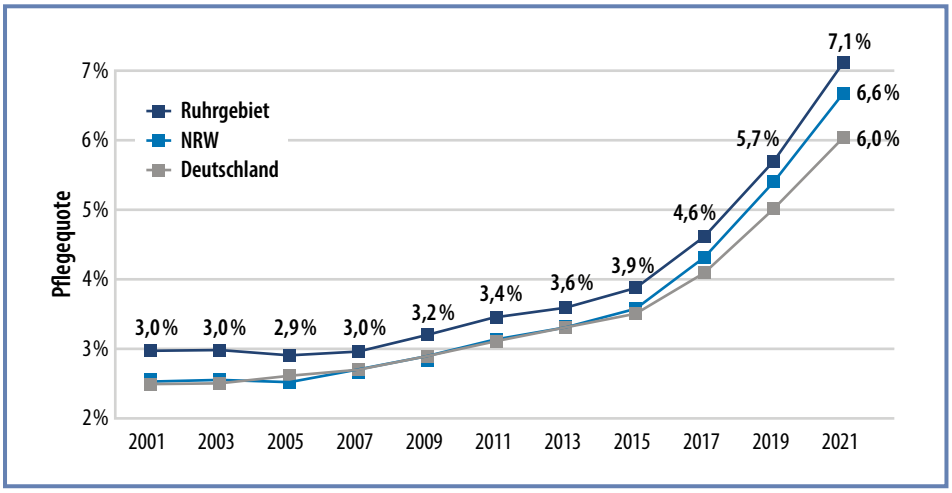

Abbildung 2.8-3: Pflegequote. *Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2023; IT.NRW & LZG.NRW, 2021; Statistisches Bundesamt, 2023.*

Neben den erhöhten Pflegequoten deutet die vergleichsweise niedrige Lebenserwartung auf besondere gesundheitliche Belastungen im Ruhrgebiet hin (Abb. 2.8-4). Diese liegt in einigen Kreisen und kreisfreien Städten bis zu drei Jahre unter dem bundesweiten Durchschnitt (Männer: 78,5 Jahre; Frauen 83,4 Jahre; vgl. Statistisches Bundesamt, 2022c) und mit wenigen Ausnahmen auch unter dem Durchschnitt in NRW (Frauen: 82,9 Jahre; Männer: 78,3 Jahre; Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2022).

Die geringe Lebenserwartung ist u. a. auf die hohe Verbreitung verschiedener sozialer Risikofaktoren für die Gesundheit zurückzuführen. So zählt das Ruhrgebiet nach wie vor zu den Regionen mit dem im deutschlandweiten Vergleich höchsten Armutsrisiko (Pieper et al., 2023). Damit im Einklang zeigen vertiefende Analysen, dass ins-

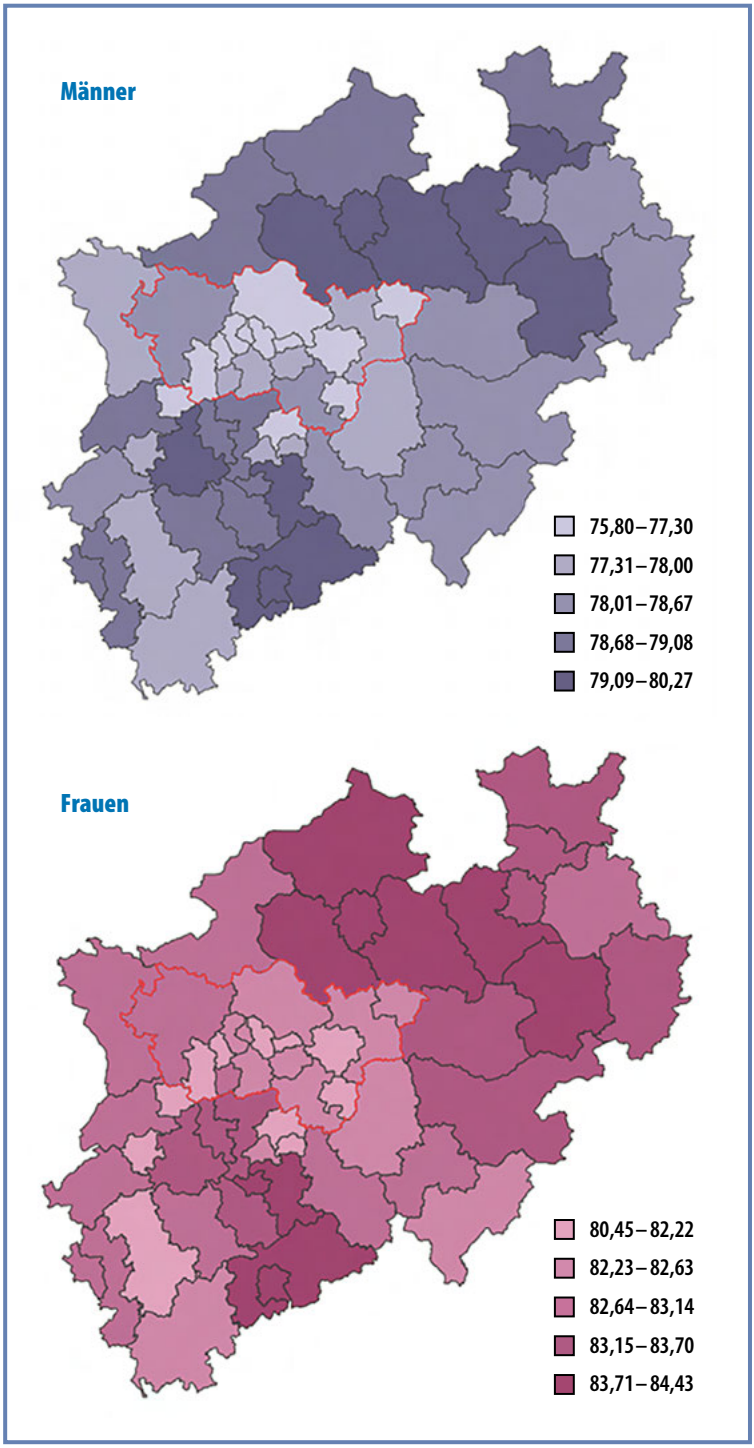

Abbildung 2.8-4: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2019/2021 nach Kreisen in Nordrhein-Westfalen.
Quelle: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2022. Ruhrgebiet rot markiert.

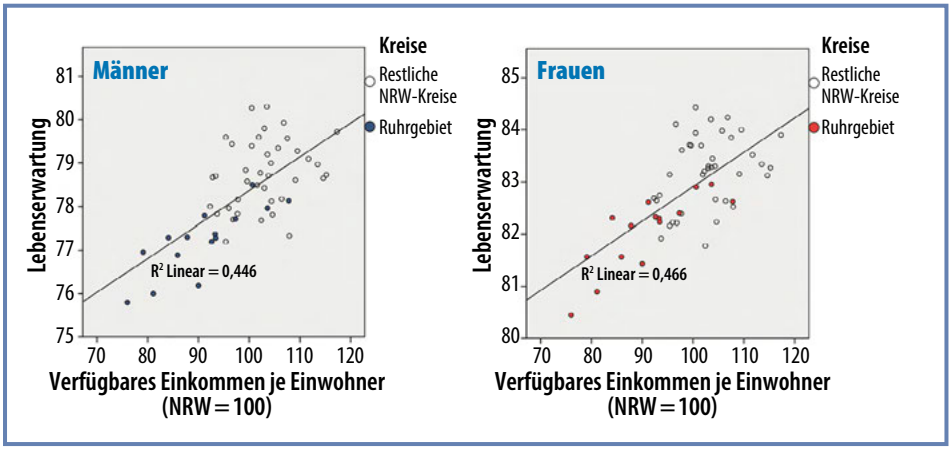

Abbildung 2.8-5: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2019/2021 nach verfügbarem Einkommen auf Kreisebene in NRW (Wert gibt das prozentuale Verhältnis zum NRW-Landesdurchschnitt an). *Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2022.*

besondere die einkommensschwachen Kreise des Ruhrgebiets eine im Durchschnitt deutlich geringere Lebenserwartung aufweisen (Abb. 2.8-5).

Damit lässt sich festhalten, dass auch innerhalb des Ruhrgebiets starke Unterschiede in den Chancen auf ein langes Leben bestehen. Besonders in den ehemaligen Arbeitervierteln und im nördlichen Teil des Ruhrgebiets ist heute die Arbeitslosigkeit hoch. Viele leben unterhalb der Armutsschwelle, sind auf Sozialhilfe angewiesen und leben in prekären Wohnverhältnissen (Schräpler et al., 2017). Eine Analyse von verschiedenen gesundheitlichen Merkmalen (z. B. Lebenserwartung, Sterbefälle durch Lungenkrebs, Lebererkrankungen und ischämische Herzkrankheit) zeigt einen starken Zusammenhang mit der sozialen Lage der 15 kreisfreien Städte und Kreise des Ruhrgebiets. Die Sterblichkeit ist insbesondere dort erhöht, wo der Bezug von Sozialhilfe, die Arbeitslosenquote, der Anteil von Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft und die Bevölkerungsdichte hoch sind (Neu & Dahlbeck, 2017).

Darüber hinaus belegen aktuelle Studien ein soziales Gefälle bei umweltbezogenen Gesundheitsrisiken wie Verkehrslärm, Schadstoffbelastung und mangelnden Grünanlagen (Orban et al., 2016). Die erhöhte Schadstoffbelastung trägt maßgeblich zur Erklärung der erhöhten Prävalenz von Atemwegserkrankungen bei niedrig gebildeten Personen im Ruhrgebiet bei (Schikowski et al., 2008). Neben der Verringerung von sozialer Benachteiligung ist damit die Reduzierung umweltbezogener Gesundheitsrisiken eine zentrale Aufgabe für die Sozial- und Umweltpolitik sowie das Gesundheitswesen in der Region.

Abschließend bleibt Forschungsbedarf zu gesundheitlich vulnerablen Personengruppen festzuhalten. Hierzu zählen etwa die ehemaligen Beschäftigten aus gesundheitlich

belastenden Berufen des Bergbaus und der Stahlindustrie, darunter oftmals Personen mit Migrationshintergrund. Deutschlandweite Analysen zeigen, dass die Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten deutlich schlechter ist als bei Älteren ohne Zuwanderungsgeschichte. Die gesundheitlichen und pflegerischen Angebote sind allerdings nur unzureichend auf die Bedarfe dieser Personen eingestellt (Steinbach, 2019; Yilmaz-Aslan et al., 2012). Auch hieraus lässt sich Handlungsbedarf für das Ruhrgebiet als eine Region, in der Menschen unterschiedlichster Kulturen leben, ableiten.

Fazit

Das Ruhrgebiet ist aufgrund seiner bewegten Vergangenheit bereits heute mit den Herausforderungen einer fortgeschrittenen Bevölkerungsalterung konfrontiert. Die Alterung der Gesellschaft geht zwar grundsätzlich mit einer steigenden Zahl an Personen mit chronischen Krankheiten und Pflegebedarf einher, kann allerdings auch als Chance betrachtet werden. So können Versorgungsangebote für Ältere eine Triebkraft für Wirtschaftswachstum sein und Arbeitsplätze in der Region schaffen (Heinze & Beck, 2017; Hilbert & Kluska, 2011). Zudem zeigt die Forschung zu sozialen Ungleichheiten, dass es Einflussmöglichkeiten gibt, um die Chancen auf ein langes Leben in guter Gesundheit zu erhöhen. Künftige Entwicklungen hängen damit wesentlich davon ab, inwiefern es gelingt, der sozialen Benachteiligung von verschiedenen Bevölkerungsgruppen, darunter z. B. armutsgefährdete Personen oder Menschen mit Migrationshintergrund, entgegenzuwirken und somit die Chancen auf gesundes Altern für alle zu erhöhen.

LITERATUR

Brandt, M.; Kaschowitz, J. & Lazarevic, P. (2016). Gesundheit im Alter. Ein Überblick über den Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung. In: P. Kriwy & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitssoziologie* (Kapitel 11). Springer Fachmedien, Wiesbaden

Bülow, H. B. & Söderqvist, T. (2014). Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies*, 31, 139–149

Doblhammer, G.; Fink, A.; Zylla, S. & Willekens, F. (2015). Compression or expansion of dementia in Germany? An observational study of short-term trends in incidence and death rates of dementia between 2006/07 and 2009/10 based on German health insurance data. *Alzheimer's Research & Therapy,* 7(66)

Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine,* 303(3), 130–135

Gruenberg, E. M. (1977). The failure of success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society,* 55(1), 3–24

Heinze, R. G. & Beck, R. C. (2017). Gesundheit und Wohnen im Quartier als Zukunftsfeld. Regionale Gestaltungsperspektiven in einer älter werdenden Gesellschaft. In: E. Dahlbeck & J. Hilbert (Hrsg.). *Gesundheitswirtschaft als Motor der Regionalentwicklung* (S. 201–220). Springer Fachmedien, Wiesbaden

Hilbert, J. & Kluska, D. (2011). Gesundheit als Zukunftsfaktor in Regionen. In: M. Bachinger; H. Pechlaner & W. Widuckel (Hrsg.). *Regionen und Netzwerke. Kooperationsmodelle zur branchenübergreifenden Kompetenzentwicklung* (S. 223–243). Gabler Verlag/Springer Fachmedien, Wiesbaden

IT.NRW & LZG.NRW (2021). *Pflegestatistik*. https://www.lzg.nrw.de/; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

IT.NRW (2022). *Bevölkerungsentwicklung 2021 bis 2070 nach Altersgruppen am 1. Januar.* https://www.it.nrw/statistik/; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2022). *Kommunale Gesundheitsberichterstattung – NRW Kreisprofile*. https://www.lzg.nrw.de/; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

Luy, M. (2022). *Fact Sheet Langlebigkeit, Gesundheit, Wohlbefinden*. Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital, Wien

Manton, K. G. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 60(2), 183–244

Muchik, D.; Icks, A.; Tetzlaff, J.; Epping, J.; Eberhard, S. & Geyer, S. (2017). Morbidity compression, morbidity expansion, or dynamic equilibrium? The time trend of AOK-insured patients with type 2 diabetes in Lower Saxony, Germany. *Journal of Public Health*, 25, 19–28

Naegele, G. & Reichert, A. (2005). Demografischer Wandel und demografisches Altern im Ruhrgebiet: Probleme, Chancen und Perspektiven. *Arbeit*, 14(4), 335–347

Neu, M. & Dahlbeck, E. (2017). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Empirische Befunde und Herausforderungen für regionale Akteure. In: E. Dahlbeck & J. Hilbert (Hrsg.). *Gesundheitswirtschaft als Motor der Regionalentwicklung* (S. 177–200). Springer Fachmedien, Wiesbaden

Orban, E.; Sutcliffe, R.; Ahmed, S. & Moebus, S. (2016). Potenziale der räumlichen Epidemiologie in der Metropole Ruhr. *Public Health Forum*, 24, 281–284

Pieper, J.; Schneider, U.; Schröder, W. & Stilling, G. (2023). *Zwischen Pandemie und Inflation. Paritätischer Armutsbericht 2022.* Der Paritätische Gesamtverband, Berlin

Regionalverband Ruhr (2021). *Metropole Ruhr. Die Region in Zahlen*. Essen

Schikowski, T.; Sugiri, D.; Reimann, V.; Pesch, B.; Ranft, U. & Krämer, U. (2008). Contribution of smoking and air pollution exposure in urban areas to social differences in respiratory health. *BMC Public Health,* 8, 179

Schmitz, A. (2019). Gesundheitliche Ungleichheiten im Alter. Theoretische Perspektiven und methodische Herausforderungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* 52, 161–121

Schräpler, J. P.; Jeworutzki, S.; Butzin, B.; Terpoorten, T.; Goebel, J. & Wagner, G. G. (2017). *Wege zur Metropole Ruhr.* Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2022). *Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (17) – Stichtag 31. 12. – regionale Tiefe. Kreise und krfr. Städte*. https://www.regionalstatistik.de/genesis/online; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023). *Bevölkerungsstatistik*. https://www.regionalstatistik.de/genesis/online/; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

Statistisches Bundesamt (2021). *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.* Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2022a). *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes*. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

Statistisches Bundesamt (2022b). *Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung, Geschlecht, Altersjahre*. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

Statistisches Bundesamt (2022c). *Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt (Periodensterbetafel): Bundesländer, Jahre, Geschlecht*. https://www.destatis.de; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

Statistisches Bundesamt (2023). *Pflegestatistik. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. https://www.gbe-bund.de/gbe/; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

Steinbach, A. (2019). Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: K. Hank; F. Schulz-Nieswandt; M. Wagner & S. Zank (Hrsg.). *Alternsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 557–580). Nomos, Baden-Baden

Terschüren, C.; Mekel, O. C. L.; Samson, R.; Classen, T. K. D.; Hornberg, C. & Fehr, R. (2009). Health status of »Ruhr-City« in 2025: Predicted disease burden for the metropolitan Ruhr area in North Rhine-Westphalia. *European Journal of Public Health*, 19(5), 534–540

Walla, W.; Eggen, B. & Lipinski, H. (2006). *Der demografische Wandel. Herausforderungen für Politik und Wirtschaft*. Kohlhammer, Stuttgart

Yilmaz-Aslan, Y.; Brzoska, P. & Razum, O. (2012). Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.). *Altern in der Migrationsgesellschaft* (S. 38–41). Berlin

2.9
Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im Ruhrgebiet

Anne Roll

Mit ca. 5,1 Millionen Bewohner:innen ist das Ruhrgebiet Deutschlands größter Ballungsraum und der fünftgrößte in Europa (Regionalverband Ruhr, 2021). Geprägt von seiner industriellen Geschichte und kulturellen Vielfalt, sieht sich auch das Ruhrgebiet mit den Herausforderungen des demografischen Wandels konfrontiert, dessen Auswirkungen jedoch je nach Teilregion variieren. Es wird oft angenommen, dass die zunehmende Alterung zu einem höheren Pflegebedarf führt und somit zu einer erhöhten Nutzung professioneller Pflegeleistungen. Jedoch ist der Zusammenhang zwischen diesen Faktoren nicht direkt und linear, sondern vielschichtiger. Dieser Beitrag untersucht die demografische Entwicklung im Ruhrgebiet, die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die Gründe für die Nutzung von Pflegeversicherungsleistungen. Ziel ist es, die Zusammenhänge zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit zu verstehen und die Entwicklung der Pflegeversicherungsnutzung im Ruhrgebiet in den letzten Jahren zu analysieren.

Demografische Entwicklung im Ruhrgebiet

Im Dezember 2021 lebten im Ruhrgebiet etwa 5,1 Millionen Menschen, davon 3,3 Millionen in den elf kreisfreien Städten und 1,8 Millionen in den vier Kreisen (Regionalverband Ruhr, 2021). Im Juni 2023 hatten die beiden größten Städte über 580.000 Einwohner:innen: Dortmund hatte 593.941 und Essen 586.344 Einwohner:innen. Es folgen Duisburg mit rund 500.000, Bochum mit 365.000 und Gelsenkirchen mit 263.000 Einwohner:innen (IT.NRW, 2023). Die Bevölkerung im Ruhrgebiet wie auch in ganz Deutschland und NRW altert aufgrund niedriger Geburtenraten und steigender Lebenserwartung. Im Jahr 2040 wird das Durchschnittsalter der Bevölkerung in der Metropole Ruhr sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern über dem Bundesdurchschnitt prognostiziert. Bei den Frauen wird ein Anstieg von 46,7 auf 49,2 Jahre prognostiziert, bei den Männern von 43,5 auf 46,8 Jahre. In allen vier Kreisen der Metropole Ruhr und in der Stadt Bottrop wird das Durchschnittsalter der Frauen voraussichtlich über 50 Jahre liegen. Bei den Männern wird in den Kreisen und kreisfreien Städten ein Durchschnittsalter von unter 50 Jahren prognostiziert (Regionalverbund Ruhr, 2018, S. 62).

Diese demografische Entwicklung stellt verschiedene Herausforderungen dar. Einige Kommunen erleben durch Bevölkerungsrückgang und starke Alterung einen doppelten Anpassungsdruck, während andere, insbesondere kreisfreie Städte des Kernraums und angrenzende Kommunen, Bevölkerungsgewinne mit geringeren Alterungsprozessen verzeichnen. Diese Unterschiede erfordern angepasste Strategien, vor allem in schrumpfenden und stark alternden kreisangehörigen Kommunen wie in Bottrop und Oberhausen (Regionalverband Ruhr 2018, S. 8).

Altenquotienten

Im Jahr 2022 betrug der Altenquotient in Deutschland 37,4. Das bedeutet, dass auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter etwa 37 Personen im Alter von 65 Jahren und älter kommen. Ein steigender Altenquotient weist auf einen wachsenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter hin und stellt die Regionen vor unterschiedliche Herausforderungen (Statistisches Bundesamt, o. J. a). In NRW lag dieser Wert im Jahr 2022 bei 36,3. Wie im gesamten Bundesland bestehen auch im Ruhrgebiet regionale Unterschiede: Kreise wie Wesel und der Ennepe-Ruhr-Kreis erreichten mit 42 einen hohen Altenquotienten, während Städte wie Dortmund und Essen zwischen 34 und 36 lagen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, o. J.).

Die Pflegeversicherung, die auf dem Umlageverfahren beruht, wird durch Beiträge der Erwerbstätigen finanziert. Steigt der Anteil der Pflegebedürftigen ohne gleichzeitiges Wachstum der Erwerbsbevölkerung oder deren Produktivität, erhöhen sich die

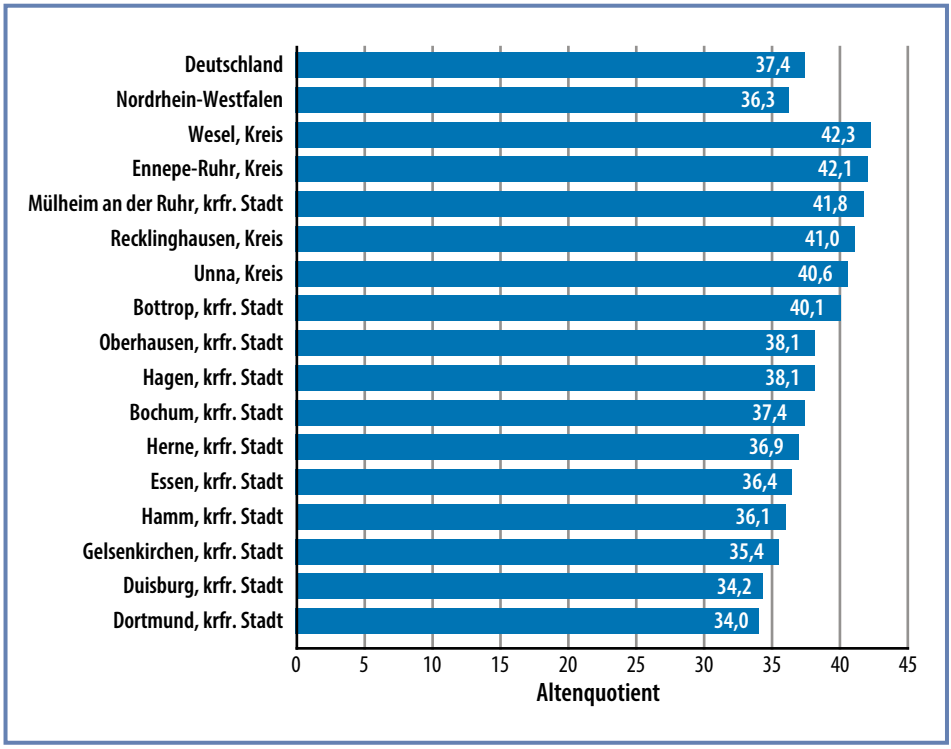

Abbildung 2.9-1: Altenquotienten im Ruhrgebiet. *Quelle: eigene Darstellung, Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, o. J.*

Kosten für jeden Beitragszahler. Unabhängig von der Finanzierung der Pflegeversicherung sind direkte Schlussfolgerungen aus dem Altenquotienten auf die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen jedoch nur begrenzt möglich. Der Altenquotient berücksichtigt das Alter der Bevölkerung, jedoch nicht die individuelle Gesundheit und Funktionsfähigkeit älterer Menschen. Ob und in welchem Maße ältere Menschen pflegebedürftig sind, hängt von vielen Faktoren ab, darunter ihre physische und geistige Gesundheit sowie das Vorhandensein sozialer Unterstützung und die Wohnsituation. Die Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit bleiben altersbedingte Einschränkungen, die durch den natürlichen körperlichen Abbau, plötzliche Erkrankungen oder Unfälle verursacht werden. Gemäß Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit liegt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, bei der jüngeren Bevölkerung (unter 60 Jahren) bei 1,7 %. In der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen steigt das Risiko auf 8,4 %. Die höchste Pflegewahrscheinlichkeit wird bei den über 80-Jährigen verzeichnet, nämlich bei 41,7 % (Bundesministerium für Gesundheit, 2023, S. 19).

Pflegebedürftigkeit, Versorgungsart, Schwere der Pflegedürftigkeit

Pflegequote

Die Pflegequote, also der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt, steigt seit Jahren kontinuierlich an. Im Jahr 2021 waren laut amtlicher Statistik der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland 4,6 Millionen Personen oder 6 % pflegebedürftig. Im Jahr 2017 betrug die Pflegequote noch 4,12 % (Statistisches Bundesamt, o. J. b). Im Ruhrgebiet ist die Pflegequote zwischen 2017 und 2021 von 4,6 auf 7,1 % gestiegen (vgl. Abb. 2.9-2). Die niedrigste Pflegequote im Jahr 2021 weist Essen mit 6,23 % auf, während der Anteil der Pflegebedürftigen im Kreis Wesel mit 8,4 % am höchsten ist (s. Tab. 2.9-1).

Tabelle 2.9-1: Pflegequote im Zeitverlauf im Ruhrgebiet. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.*

	2017 (%)	2019 (%)	2021 (%)	Anstieg von 2017 bis 2021 (%-Punkte)
Bochum, krfr. Stadt	4,22	5,06	6,31	2,09
Bottrop, krfr. Stadt	4,71	5,81	7,10	2,39
Dortmund, krfr. Stadt	3,91	5,05	6,43	2,52
Duisburg, krfr. Stadt	5,04	6,15	7,73	2,69
Essen, krfr. Stadt	4,11	5,03	6,23	2,12
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	4,57	5,48	6,83	2,27
Hagen, krfr. Stadt	5,13	6,07	7,36	2,23
Hamm, krfr. Stadt	3,76	4,73	6,36	2,60
Herne, krfr. Stadt	5,12	6,24	7,82	2,70
Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	4,18	5,29	6,51	2,33
Oberhausen, krfr. Stadt	4,94	6,18	7,64	2,71
Ennepe-Ruhr-Kreis	4,36	5,29	6,74	2,38
Recklinghausen, Kreis	5,05	6,07	7,56	2,51
Unna, Kreis	4,74	5,92	7,24	2,50
Wesel, Kreis	5,46	6,84	8,40	2,94

Insgesamt liegt einer der Gründe für den Anstieg der Pflegequote in der Einführung eines neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017, der zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen geführt hat. Zudem ist ein Teil des Anstiegs im Jahr 2021 von ca. 160.000 Pflegebedürftigen auf die Bereinigung einer zuvor bestehenden Untererfassung in der Pflegestufe 1 zurückzuführen. Aufgrund der weiteren

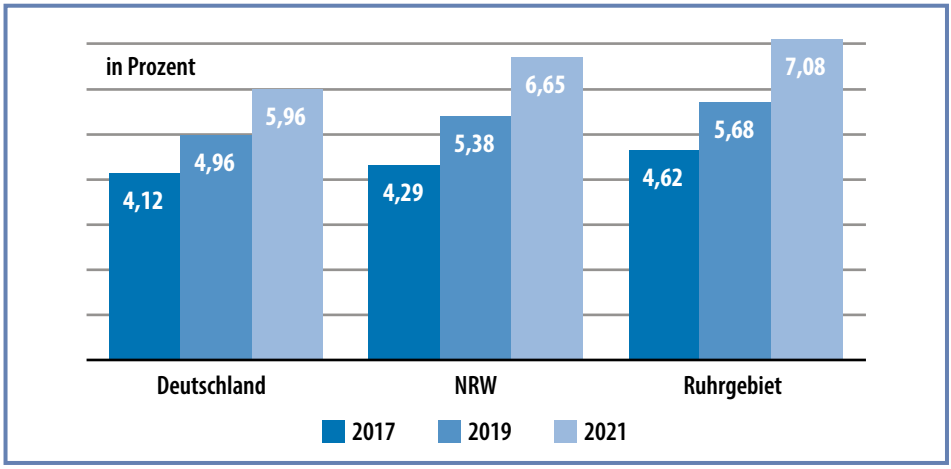

Abbildung 2.9-2: Pflegequote in Deutschland, NRW und im Ruhrgebiet (in Prozent).
Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.

Alterung der Gesellschaft ergeben Prognosen und Vorausberechnungen auch für die nächsten Jahre eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und einen weiter steigenden Versorgungsbedarf. Insbesondere in Regionen, in denen der Altenquotient derzeit höher ist als im Durchschnitt, wie im Ruhrgebiet im Kreis Wesel, ist zu berücksichtigen, dass die Pflegebedürftigkeit in diesen Regionen weiter ansteigen wird.

Versorgungsart

Aufgrund des steigenden Anteils pflegebedürftiger Menschen ist es wichtig, deren pflegerische Versorgung zu verstehen. In Deutschland wurden 2021 rund 84 % der etwa fünf Millionen Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Von den zu Hause versorgten Menschen erhielten 63 % Pflegegeld, und 21 % nutzten ambulante Pflegedienste. Die übrigen 16 % der pflegebedürftigen Menschen wohnten in vollstationären Pflegeheimen (Statistisches Bundesamt, o. J. b). Im Ruhrgebiet wurden zum Stichtag 15. Dezember 2021 für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie zum Stichtag 31. Dezember 2021 für Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger insgesamt 360.957 pflegebedürftige Personen erfasst. Von den pflegebedürftigen Menschen lebten 86 % zu Hause und 14 % in vollstationären Heimen. Von den zu Hause Versorgten erhielten 66 % Pflegegeld und 20 % pflegerische und betreuerische Unterstützung durch ambulante Pflegedienste, entweder vollständig oder in Kombination mit den Angehörigen (s. Abb. 2.9-3).

Insgesamt leisten die Menschen im Ruhrgebiet einen erheblichen Beitrag zur häuslichen Pflege. Seit 2017 steigt prozentual die Versorgung in der Häuslichkeit bei gleichzeitiger Reduzierung der Inanspruchnahme der stationären Versorgung. Abb. 2.9-4 zeigt die prozentuale Inanspruchnahme von Pflegeheimen durch pflegebedürftige Menschen auf.

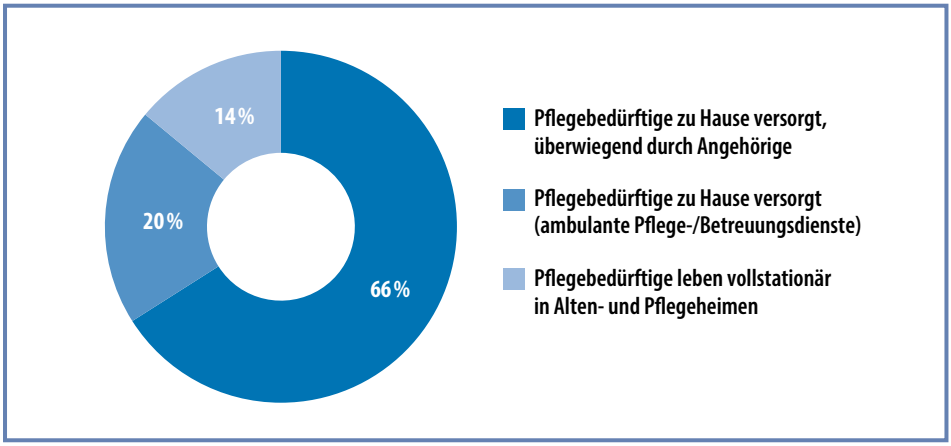

Abbildung 2.9-3: Pflegebedürftige nach Versorgungsart im Ruhrgebiet in Prozentangaben, 2021.
Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.

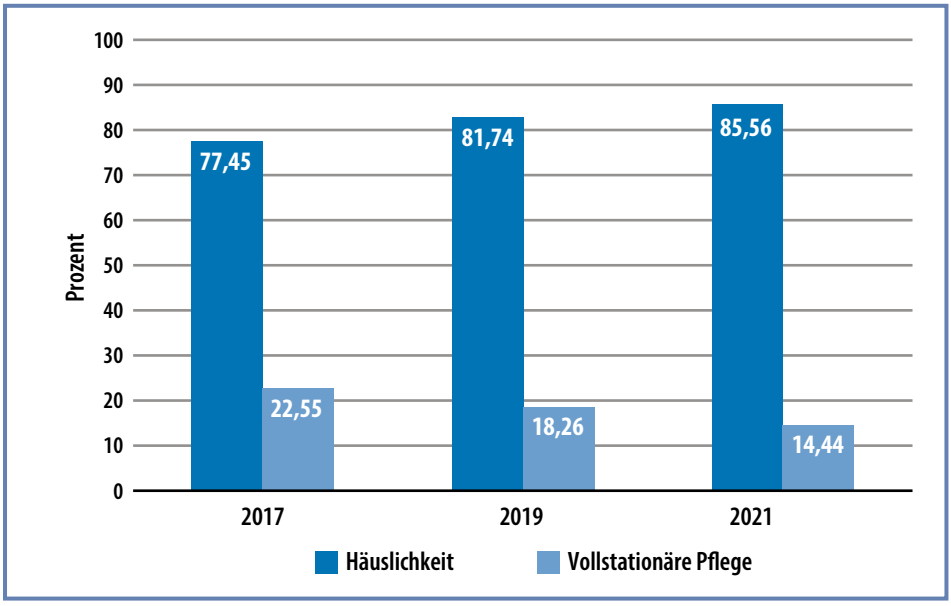

Abbildung 2.9-4: Häuslichkeit/vollstationäre Pflege. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.*

Bei der Betrachtung der pflegerischen Versorgung in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten des Ruhrgebiets zeigt sich, dass besonders in Essen die stationäre Versorgung von Pflegebedürftigen hervorsticht. Dort werden 18 % der Pflegebedürftigen stationär betreut, ein Wert, der über dem Bundesdurchschnitt von 16 % liegt (s. Abb. 2.9-5).

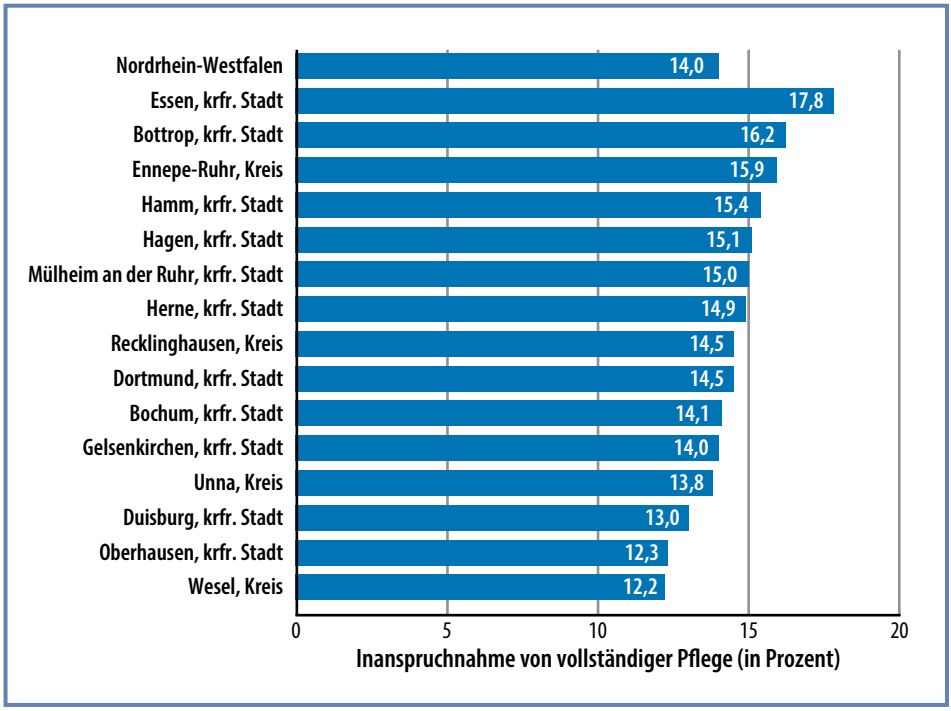

Abbildung 2.9-5: Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege in Pflegeheimen im Ruhrgebiet 2021.
Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.

Schwere der Pflegebedürftigkeit

Personen mit niedrigeren Pflegegraden (1 oder 2) sind oft selbstständiger, während höhere Pflegegrade (3 bis 5) umfangreiche Hilfe erfordern. Besonders ohne professionelle Pflegeunterstützung stehen Angehörige vor großen Herausforderungen. Im Ruhrgebiet hatten 2021 15,3 % der Pflegebedürftigen Pflegegrad 1, während 43,9 % Pflegegrad 2 und 26 % schwere Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5) hatten. Der Anteil der Pflegegrade 1 und 2 hat seit 2017 zugenommen, die anderen haben abgenommen (s. Abb. 2.9-6).

Im Jahr 2021 erhielten 72 % der Personen mit Pflegegrad 2 ausschließlich Pflegegeld, während nur 6 % in vollstationären Einrichtungen lebten. Der Anteil der vollstationär versorgten Personen steigt mit dem Pflegegrad an: Bei den Pflegegraden 4 und 5 waren es jeweils 40 % bzw. 50 % (s. Abb. 2.9-7).

Die Analyse der Pflegebedürftigkeit in verschiedenen Kreisen und Städten zeigt, dass 2017 mehr als 50 % der Personen mit Pflegegrad 5 in 15 Kreisen und kreisfreien Städten vollstationär in Pflegeheimen lebten. Bis 2021 sank diese Zahl jedoch in den meisten Gebieten. In Duisburg etwa fiel der Anteil der in Heimen lebenden Personen mit Pflegegrad 5 von 60 auf 45,2 %, während 54,8 % zu Hause versorgt wurden. Trotzdem

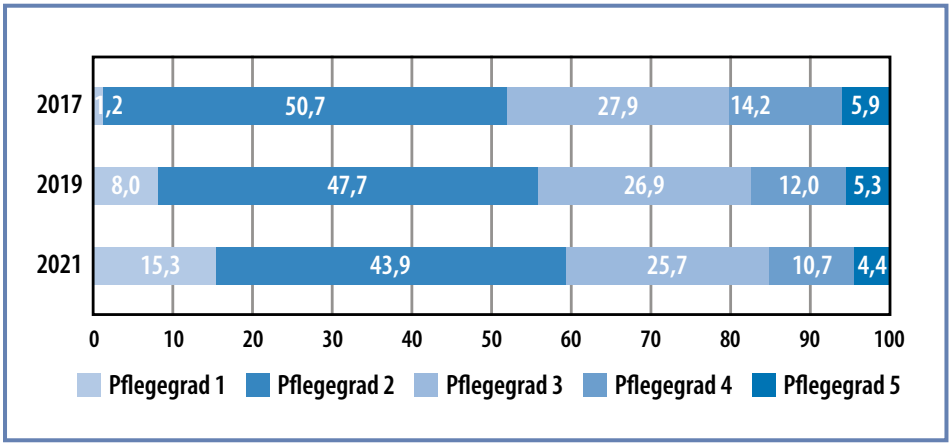

Abbildung 2.9-6: Anteile der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad im Zeitverlauf 2017, 2019 und 2021 im Ruhrgebiet, in Prozent. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.*

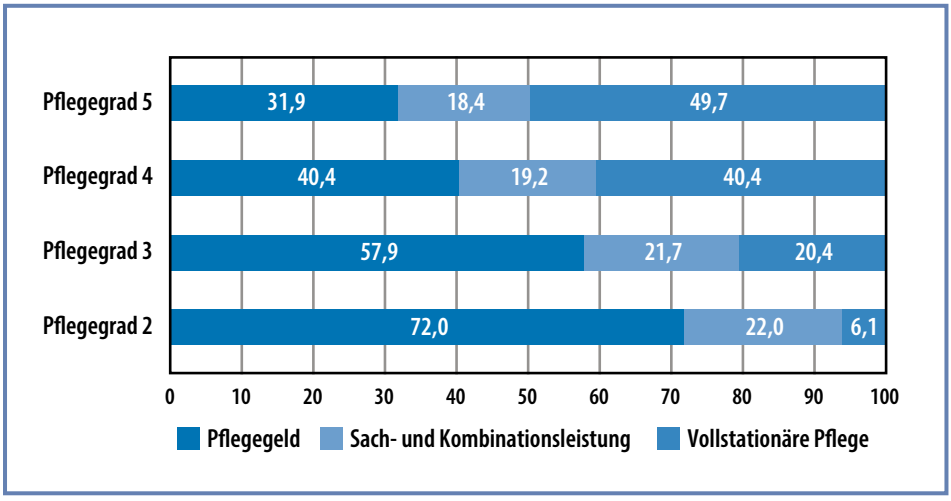

Abbildung 2.9-7: Anteile der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform je Pflegegrad im Ruhrgebiet 2021, in Prozent. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.*

leben in sechs Kreisen und Städten, darunter Essen, Mülheim an der Ruhr, Bottrop, Bochum, Ennepe-Ruhr und Unna, weiterhin mindestens 50 % in vollstationären Einrichtungen (s. Tab. 2.9-2).

Tabelle 2.9-2: Prozentuale Anzahl der Menschen, die mit Pflegegrad 4 oder Pflegegrad 5 in einem Alten- und Pflegeheim wohnen. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.*

	Pflegegrad	2017	2019	2021
NRW	4	41,8	39,7	36,8
	5	58,6	50,4	47,1
Bochum, krfr. Stadt	4	47,6	47,2	44,4
	5	63,3	57,3	51,3
Bottrop, krfr. Stadt	4	53,8	50,4	51,0
	5	70,0	61,3	57,9
Dortmund, krfr. Stadt	4	44,8	42,5	37,7
	5	60,3	52,1	48,1
Duisburg, krfr. Stadt	4	41,7	41,8	35,2
	5	60,3	49,5	45,2
Essen, krfr. Stadt	4	54,5	53,8	49,3
	5	72,1	64,7	60,9
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	4	43,1	44,4	39,9
	5	58,5	50,7	45,7
Hagen, krfr. Stadt	4	42,9	44,0	40,6
	5	61,3	52,2	49,6
Hamm, krfr. Stadt	4	48,1	46,9	41,3
	5	60,4	54,5	48,9
Herne, krfr. Stadt	4	45,8	44,5	43,1
	5	56,1	50,8	48,9
Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	4	45,6	41,3	40,6
	5	65,4	59,9	52,6
Oberhausen, krfr. Stadt	4	38,8	40,1	36,3
	5	56,6	52,9	44,9
Ennepe-Ruhr-Kreis	4	52,1	50,0	45,6
	5	65,9	54,0	51,2
Recklinghausen, Kreis	4	44,7	43,6	40,5
	5	55,8	49,6	47,0
Unna, Kreis	4	42,1	39,7	38,8
	5	59,8	49,8	51,4
Wesel, Kreis	4	37,6	37,3	34,6
	5	59,2	50,7	45,7

Auswirkungen von und Gründe des Rückgangs der vollstationären Pflege

Die Zahl der Menschen, die trotz hoher Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt werden, nimmt tendenziell zu, was Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegenden hat. Bei Pflegegrad 4 oder 5 benötigt eine Person umfassende Hilfe im Alltag, zum Beispiel beim Gehen, bei der Körperpflege, beim Essen und bei der Medikamenteneinnahme oder auch in der nächtlichen Versorgung. Rund 68 % der pflegenden Angehörigen in Deutschland sind Frauen, wobei der größte Anteil in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen liegt. Die durchschnittliche wöchentliche Pflegezeit beträgt 21 Stunden (Knauthe & Deindle, 2019, S. 3) und wird häufig in Kombination mit einer Teilzeitbeschäftigung geleistet. Bei den Pflegestufen 4 und 5 kann der Zeitaufwand jedoch höher sein, und auch eine Teilzeitbeschäftigung ist dann oft nicht mehr mit der Pflege vereinbar. Die durchschnittliche Pflegedauer liegt bei etwa vier Jahren (Knauthe & Deindle, 2019, S. 40). Insgesamt führt die Pflegesituation bei pflegenden Angehörigen häufig zu lückenhaften Erwerbsbiografien oder gar zu einem langfristigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben, was insbesondere bei Frauen eine Ursache für spätere Altersarmut sein kann, da 90 % der Pflegeaufgaben von Frauen übernommen werden (Knauthe & Deindle, 2019, S. 14).

Dass Pflegeaufgaben dennoch von Angehörigen übernommen werden statt von professionellen Diensten, kann mehrere Gründe haben. Mögliche Gründe sind die Coronapandemie, eine höhere Bereitschaft der Angehörigen aufgrund kultureller Werte, ein unzureichendes Angebot an angemessenen Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen oder auch die hohen Kosten, die mit dem Eintritt in ein Pflegeheim verbunden sind. Der Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben, ist groß; allerdings mangelt es auch manchmal an verfügbaren Plätzen. Mit der Einführung der Einzelzimmerquote in NRW von 80 % für Bestandsbauten und 100 % für Neubauten gingen bspw. im Ennepe-Ruhr-Kreis viele stationäre Plätze verloren (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2020, S. 19). Laut einer Pressemitteilung, die sich auf eine Studie im Auftrag des Zentralen Immobilien Ausschusses (ZIA) bezieht, wird die stationäre Pflege in NRW seit Jahren vernachlässigt; die Kapazitätsgrenzen seien erreicht und mancherorts sogar überschritten (pflegemarkt.com, 2021). Betrachtet man die kommunalen Pflegeplanungen, deren Aufgabe es ist, den Bedarf an pflegerischer Versorgung zu ermitteln, wird jedoch eher von keinem weiteren Bedarf an Pflegeheimen ausgegangen (vgl. z. B. die kommunalen Pflegeplanungen der Stadt Hagen [2022] und der Stadt Herne [2020]).

Die Grenzen der Daten zur Pflegebedürftigkeit

Dieser Beitrag stützt sich unter anderem auf die Daten des Statistischen Landesamtes Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) und des Statistischen Bundesamtes sowie des Pflegereports 2023. Einige potenziell wichtige Daten fehlen allerdings. Dies sind zum einen die fehlenden Daten zu Menschen mit Migrationshintergrund (siehe Roll & Djumaeva 2024, in diesem Band). Darüber hinaus wäre es von großem Nutzen, auch Daten über die Anzahl von Menschen mit Demenz einzubeziehen, da dies eine Bevölkerungsgruppe ist, die kontinuierlich wächst und besondere Unterstützung benötigt. Eine systematische Datenerfassung ist vonnöten, um dieser und weiteren Gruppen wie auch Menschen mit geistiger Behinderung und Pflegebedarf zukünftig in Berichterstattung, Planung und Versorgung gerecht zu werden.

Eine zusätzliche Informationsquelle sind die kommunalen Pflegeplanungen. Gemäß § 6 des Landespflegegesetzes NRW sind die Kreise seit 2017 verpflichtet, eine fachlich fundierte und zeitlich vorausschauende Pflegeplanung durchzuführen. Leider sind die Pflegeplanungen derzeit in den Kreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich bezüglich der erhobenen Daten, der verwendeten Definitionen oder der Erhebungsweise. Zum Beispiel berichtet Dortmund über die Inanspruchnahme von Pflegeheimen von Menschen mit Migrationshintergrund, während dieser Aspekt in Bochum gar nicht genannt wird (siehe Roll & Djumaeva 2024, in diesem Band). Ein erweiterter und vor allem einheitlicherer Ansatz ist hier unabdingbar, um einen umfassenden Überblick sowie eine bessere Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen.

Zusammenfassung

Viele Daten und Trends zu Pflegedürftigkeit und zur Nutzung von Pflegeleistungen in der Metropolregion Ruhr stimmen mit den Daten in NRW und in Deutschland insgesamt überein, doch es bestehen auch einige Besonderheiten.

Was den Altenquotienten angeht, so ist die Entwicklung im Ruhrgebiet sehr heterogen mit zum Teil sehr hohen Altenquotienten in einigen Kreisen und geringeren Altenquotienten in den größeren Städten. Bezüglich der Pflegequote ist auffällig, dass sie im Ruhrgebiet höher ist als im Bundesgebiet und vor allem seit 2017 trotz ohnehin schon höherer Ausgangswerte auch schneller gestiegen ist, mit Ausnahme der größeren Städte auch schneller als in NRW insgesamt. Hielte dieser Trend an, würde dies die vorhandenen Versorgungsstrukturen zukünftig vor erhebliche Herausforderungen stellen.

Zugleich steigt jedoch seit 2017 prozentual die Versorgung in der Häuslichkeit bei Abnahme der Inanspruchnahme der stationären Versorgung. Wie insgesamt auch in Deutschland und in NRW wird der mit Abstand überwiegende Anteil pflegebedürf-

tiger Menschen zu Hause gepflegt, auch diejenigen mit erheblichem Pflegebedarf, was eine dringende Ausweitung ambulanter Unterstützungsangebote notwendig macht. Ziel dieser Angebote sollte es sein, den Menschen zu ermöglichen, so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause zu verbleiben und dabei eine hohe Lebensqualität zu gewährleisten. Dies erfordert eine gezielte Verbesserung und Anpassung der verfügbaren ambulanten Services, um den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden.

Dennoch sind professionelle Pflegeeinrichtungen für pflegebedürftige Menschen weiterhin essenziell, und ihre Rolle dürfte in der nahen Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Diese Prognose basiert auf der Erwartung, dass es aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen zunehmend schwieriger wird, die informelle Pflege aufrechtzuerhalten. Dazu zählen die steigende Zahl der pflegebedürftigen Menschen bei gleichzeitigem Rückgang der Bevölkerung und die zunehmende Anzahl an Einpersonenhaushalten (Gerlinger & Rosenbrock, 2024).

Während sich auf der Grundlage vorliegender Daten schon einige Aussagen treffen lassen, fehlen wichtige Daten, die für die vorausschauende Pflegeplanung von zentraler Bedeutung sind. Dies beinhaltet Daten zu pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Demenz und mit geistigen Behinderungen. Die verpflichtenden kommunalen Pflegeplanungen haben viel Potenzial, wichtige Daten bereitzustellen, berichten aber gegenwärtig noch sehr unterschiedlich, was den Nutzen der Daten für die vergleichende Analyse sowie für die Gesamtanalyse stark einschränkt. Eine erweiterte und einheitlichere Datenerhebung zu Pflegebedürftigkeit und der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wäre notwendig, um die Analyse und die Pflegeplanung zu verbessern und auf zukünftige Entwicklungen vorzubereiten.

LITERATUR

Bundesministerium für Gesundheit (2023). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf; letzter Zugriff: 20. 03. 2024

Ennepe-Ruhr-Kreis (2020). *Pflegebericht 2020*. www.enkreis.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/54_1/Pflegebericht/Pflegebericht_2020.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Gerlinger, T. & Rosenbrock, R. (2024). *Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung*. Hogrefe AG

IT. NRW Information und Technik Nordrhein-Westfalen (o. J.): *Pflegebedürftige und Leistungsempfänger/-innen nach dem Pflegegrad und nach den Leistungsarten – kreisfreie Städte und Kreise*, Verfügbarer Zeitraum: 15. 12. 2017 – 15. 12. 2021, Landesdatenbank NRW, Code 22421-02i

IT.NRW Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2023). *Bevölkerung nach Gemeinden*. https://www.it.nrw/statistik/eckdaten/bevoelkerung-nach-gemeinden-315; letzter Zugriff: 22. 04. 2024

Knauthe, K. & Deindle, C. (2019). *Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege: Gutachten im Auftrag des Sozialverband Deutschland e. V.* www.sovd.de/fileadmin/bundesverband/pdf/broschueren/pflege/SoVD_Gutachten_Altersarmut_Frauen2019.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

pflegemarkt.com (2021). *Bis 2040 fehlen 117.000 Pflegeheimplätze in Nordrhein-Westfalen.* www.pflegemarkt.com/news/zia-studie-nordrhein-westfalen-pflegeheime-2040/; letzter Zugriff: 20. 03. 2024

Regionalverband Ruhr (2018). *RuhrImpulse Band 1: Bevölkerung und Wirtschaft.* www.rvr.ruhr/fileadmin/user_upload/01_RVR_Home/02_Themen/Regionalplanung_Entwicklung/Ruhrimpulse/RuhrImpulse_Band1_Bevoelkerung_Wirtschaft_2018.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2022

Regionalverband Ruhr (2021). *Metropole Ruhr: Die Region in Zahlen.* www.rvr.ruhr/fileadmin/user_upload/01_RVR_Home/03_Daten_Digitales/Regionalstatistik/03_Publikationen/2021-08_Metropole_Ruhr_Die_Region_in_Zahlen.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Hagen (2022). *Alter und Pflege in Hagen Pflegebedarfsplanung 2022 mit Ausblick auf die Jahre 2023 bis 2025.* www.hagen.de/web/media/files/fb/fb_55/pflege/pflegebedarfsplanung_2022-2025_965806_de.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Herne (2020). *Verbindliche Kommunale Pflegebedarfsplanung für den Funktionsbereich »Teil- und Vollstationäre Pflege« – 2. Fortschreibung 01. 01. 2021 bis 31. 12. 2023.* www.herne.de/PDF/senioren/Verbindliche-kommunale-Pflegebedarfsplanung_3.-Fortschreibung_2022-bis-2024_Endfassung.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (o. J.). *Jugendquotient, Altenquotient – Stichtag 31.12. regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte, Regionaldatenbank Deutschland, Code 12411-08-01-4*

Statistisches Bundesamt (o. J. a). *Bevölkerung im Erwerbstätigen Alter und Senioren.* Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-altenquotient.html; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Statistisches Bundesamt (o. J. b). *Mehr Pflegebedürftige*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html; letzter Zugriff: 20. 03. 2024

Statistisches Bundesamt (o. J. c). *Pflegequote: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen (2023), Datenbank des Statistischen Bundesamtes, Code* 22421-0012; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

2.10
Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und die Pflegesituation in Deutschland, Nordrhein-Westfalen und im Ruhrgebiet

Anne Roll, Vazira Djumaeva

In diesem Kapitel wird die Pflegesituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund[12] in Nordrhein-Westfalen, insbesondere im Ruhrgebiet, analysiert. Es werden die Pflegebedürftigkeit dieser Gruppe sowie die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen betrachtet. Zwar liegen Daten zur Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI vor, die sowohl aus der amtlichen Pflegestatistik als auch von der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) stammen, jedoch ermöglichen diese Datenquellen keine spezifischen Aussagen zur Pflegesituation von Menschen mit Migrationshintergrund. Dies liegt daran, dass die Erhebung der Staatsangehörigkeit oder des Migrationshintergrundes in der amtlichen Pflegestatistik nicht vorgesehen ist (Kohls, 2012, S. 49). Das seit dem Oktober 2014 gültige Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) bietet jedoch einen rechtlichen Rahmen für die kommunale Pflegeplanung, in der auch die Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund erfasst werden können und zum Teil auch erfasst werden. Im Folgenden werden einige Informationen zur Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und in NRW vorgestellt, gefolgt von einer detaillierten Betrachtung der Verhältnisse im Ruhrgebiet.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und die Pflegesituation in Deutschland

Laut den Daten des Statistischen Bundesamtes betrug im Jahr 2023 das Durchschnittsalter der in Deutschland lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund 35,5 Jahre und war somit niedriger als das der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, die ein Durchschnittsalter von 47,2 Jahren aufwies (Statistisches Bundesamt, 2024). Während im Jahr 2010 etwa 1,4 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund leb-

12 Der Begriff »Migrationshintergrund« wird der vielfältigen Zusammensetzung dieser Bevölkerungsgruppe kaum gerecht. Zur kritischen Auseinandersetzung mit diesem Konzept sei auf die Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit (2020) verwiesen. In dieser Abhandlung wird stattdessen der Ausdruck »Migrationsgeschichte« verwendet. In diesem Kapitel wird jedoch der in der jeweiligen Studie verwendete Begriff verwendet (Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit, 2020).

ten, die 65 Jahre und älter waren (Statistisches Bundesamt, 2017), stieg diese Zahl bis 2023 auf rund 2,5 Millionen. Dies entspricht einem Anstieg des Anteils an der jeweiligen Gesamtbevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter von 8,1 % in 2010 auf 13,6 % in 2023 (Statistisches Bundesamt, 2023).[13] Schätzungen zufolge wird sich der Anteil der über 60-jährigen Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zwischen 2013 und 2030 verdoppeln (Thum et al., 2015, S. 39). In einer Studie zu den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zeigte sich, dass Menschen mit Migrationshintergrund zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Jahr 2010 im Durchschnitt etwa zehn Jahre früher pflegebedürftig wurden (mit 62,1 Jahren) als Menschen ohne Migrationshintergrund (mit 72,7 Jahren) (BMG, 2011, S. 60). Dies ist u. a. auf die häufig geringere berufliche Qualifikation und die damit verbundenen Erwerbsbiografien mit körperlich belastenden Tätigkeiten zurückzuführen.

Betrachtet man die in Anspruch genommenen Pflegeleistungen, so zeigt sich, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland tendenziell häufiger als Menschen ohne Migrationshintergrund ausschließlich Pflegegeld beziehen und seltener Sachleistungen oder Kombinationsleistungen wie bspw. ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen. Dies spiegelt sich in einer Pflegegeldquote von 79 % bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu 70 % bei Personen ohne Migrationshintergrund im Jahr 2011 wider (vgl. BMG 2011, S. 61). Auch die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege, häuslicher Verhinderungspflege und Hilfsmitteln ist bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer. Die Gründe für den hohen Anteil der ausschließlichen Inanspruchnahme von Pflegegeld sind bei Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund ähnlich. Sowohl Personen mit als auch ohne Migrationshintergrund entscheiden sich für die Leistung Pflegegeld, weil sie dieses zur Bestreitung ihres täglichen Lebensunterhalts benötigen. Dieser Unterschied wird mit dem im Durchschnitt niedrigeren Haushaltsnettoeinkommen von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund begründet (vgl. BMG, 2011, S. 62). Ein Großteil der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund möchte zudem nicht von fremden Personen gepflegt werden. So geben 75 % der Personen mit Migrationshintergrund und 66 % der Personen ohne Migrationshintergrund an, dass sie nicht von fremden Personen gepflegt werden möchten (BMG, 2011, S. 62). Zudem wird der Zugang zu Pflegeleistungen von Menschen mit Migrationshintergrund als Hürde wahrgenommen (vgl. Tezcan-Güntekin & Breckenkamp, 2017; Glodny & Yilmaz-Aslan, 2014). Die ausschließliche häusliche Pflege durch Angehörige ist in die-

13 Für statistische Erhebungen wird zwischen Bevölkerung mit Migrationshintergrund »im engeren Sinne« und »im weiteren Sinne« unterschieden. Da das Statistische Bundesamt für das Jahr 2010 nur die Menschen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne erhoben hat, beziehen sich diese Zahlen für beide Jahre darauf. Die Werte für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne sind dementsprechend geringfügig höher.

ser Bevölkerungsgruppe häufiger anzutreffen. Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zeigen, dass bspw. der Anteil der durch Angehörige gepflegten Personen türkischer Herkunft Anfang der 2000er-Jahre bei 98 % lag (vgl. Okken et al., 2008). Da dies auch Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf betrifft, ohne dass professionelle Hilfe in Anspruch genommen wurde, kann dies zu erheblichen Belastungen der betroffenen Familien führen. Um einen detaillierteren Überblick zu bekommen, wäre es vor diesem Hintergrund wünschenswert, wenn amtliche Statistiken wie die Pflegestatistik den Migrationshintergrund zukünftig systematisch erfassen würden. Da der Migrationshintergrund in der Pflegestatistik und in vergleichbaren amtlichen Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen bisher jedoch nicht erhoben wird, liegen keine belastbaren Daten zur Pflegebedürftigkeit und zur Versorgungssituation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland vor (Thum et al., 2015).

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund in NRW

In Nordrhein-Westfalen (NRW) lebten 2017 insgesamt 5,08 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund,[14] was einem Anteil von 28,7 % an der Gesamtbevölkerung entsprach (IT.NRW, 2021). Diese Gruppe verteilt sich ungleichmäßig im Land, wobei in städtischen Regionen generell mehr Personen mit Migrationshintergrund leben als in ländlichen Gegenden. Insbesondere in den Städten des Ruhrgebietes sowie entlang der Rheinschiene leben viele Menschen mit Migrationshintergrund (IT.NRW, 2021). Von diesen Menschen gehören 64,9 % zur ersten Generation, also zu den Personen, die im Ausland geboren wurden und nach Deutschland zugewandert sind. 55,1 % dieser Gruppe besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit (IT.NRW, 2021). Die Altersstruktur der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in NRW war im Jahr 2017 deutlich jünger als die der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Das Medianalter lag bei 35,1 Jahren, während es bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund 49,5 Jahre betrug. Der Anteil der Minderjährigen mit Migrationshintergrund liegt bei 40 %, während bei den über 65-Jährigen nur jeder Siebte (14 %) einen Migrationshintergrund hat (IT.NRW, 2021, S. 11).

14 Unter »Menschen mit Migrationshintergrund« werden hier in Anlehnung an die Quelle IT.NRW Personen verstanden, die entweder nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder außerhalb des heutigen Gebietes der Bundesrepublik Deutschland geboren und nach dem 1. Januar 1950 zugewandert sind. Dazu zählen auch Personen, bei denen mindestens ein Elternteil zugewandert ist.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und die Pflegesituation im Ruhrgebiet

Wie bereits erwähnt, ist die Datenlage zur Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und deren Pflegebedürftigkeit im Ruhrgebiet schwierig, da diese Daten nicht systematisch erhoben werden. Das seit dem 16. Oktober 2014 gültige Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) bietet jedoch einen rechtlichen Rahmen für die kommunale Pflegeplanung. Diese umfasst:

1. eine Bestandsaufnahme bestehender Pflegeeinrichtungen, um Engpässe und Bedarfslücken zu identifizieren,
2. eine Marktanalyse zur Bewertung der Bedürfnisdeckung und notwendigen Anpassungen,
3. die Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung.

Trotz dieses Rahmens variieren die Methodik der Erhebung und die Datenqualität in den Pflegeplanungen erheblich, und zu älteren Menschen mit Migrationshintergrund und deren Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme zur Pflegeleistungen bestehen in den Berichten große Unterschiede. Während manche Kommunen auf die Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund eingehen und auch Daten dazu erheben, fehlen solche Daten in anderen kommunalen Pflegeplanungen gänzlich. Um einen Einblick in die aktuelle Datenlage und – soweit möglich – die spezifischen Bedarfe und Angebote für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund zu erhalten, wurden für dieses Kapitel Informationen aus den kommunalen Pflegeplanungen der elf kreisfreien Städte und der vier Kreise des Ruhrgebiets zusammengetragen; diese werden in Tabelle 2.10-1 in alphabetischer Reihenfolge dargestellt.

Tabelle 2.10-1: Demografische Informationen, Inanspruchnahme und Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund.

Demografische Informationen zu älteren Menschen mit Migrationshintergrund	Geografische Verteilung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund
Stadt Bochum (veröffentlicht 2023)	
■ 2022 waren insgesamt 12,6 % der Bevölkerung mit Migrationshintergrund älter als 60 Jahre (S. 31). ■ Von den Einwohner:innen mit Migrationshintergrund sind 2 % hochaltrig (80+ Jahre), dieser Anteil beträgt unter den Einwohner:innen ohne Migrationshintergrund 9 % (S. 31).	■ In den Stadtbezirken Süd, Nord und Mitte ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund tendenziell »jünger«. ■ Die Bezirke Südwest, Wattenscheid und vor allem Ost weisen höhere Anteile an älteren Migrant:innen auf (S. 31).
Stadt Bottrop (veröffentlicht 2023)	
■ 2022 lag der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund bei rund 10 % (S. 28). ■ 6 % der älteren Menschen mit Migrationshintergrund sind 85 Jahre und älter.	■ Die größte Anzahl an älteren Menschen mit Migrationshintergrund lebt in Batenbrock-Süd, im Stadtzentrum und im Südosten der Stadt (S. 31).
Stadt Dortmund (veröffentlicht 2020)	
■ 2018 hatten insgesamt 35,6 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. ■ Keine Angaben zur Altersverteilung.	■ Keine Angaben
Stadt Duisburg (veröffentlicht 2020)	
■ 2020 lebten 11.429 von 97.957 Personen über 65 Jahren mit nicht deutschem Pass in Duisburg (S. 10). ■ Die Gruppe der über 80-Jährigen mit nicht deutschem Pass hat sich seit 2007 fast verfünffacht (S. 10). ■ Ursprünglich waren hochbetagte Niederländer die dominierende Gruppe, jetzt sind es zunehmend Personen türkischer Nationalität (S. 10). ■ Im Jahr 2020 waren in Duisburg 6,3 % der Menschen ab 65 Jahren und 4,13 % der Menschen ab 80 Jahren türkischer Herkunft (S. 10).	■ Keine Angaben
Stadt Essen (veröffentlicht 2021)	
■ 2020 lebten 25.672 in der Altersgruppe über 60 mit Migrationshintergrund in Essen (S. 44). ■ In der Altersgruppe über 60 Jahre gehören mit rund 16 % die Türkei, mit 13 % Polen und rund 7 % Syrien zu den am häufigsten vertretenen Staatsangehörigkeiten (S. 44).	■ Personen im Alter von 60 Jahren oder mehr mit Migrationshintergrund wohnen seltener in südlichen und finanzstarken Stadtteilen. Sie leben häufiger in den nördlichen Stadtteilen (S. 44).

15 Im Rahmen des Förderprogramms »Guter Lebensabend NRW« des Ministeriums für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen setzten sich von November 2020 bis Dezember 2023 21 Modellkommunen im Ruhrgebiet das Ziel, den spezifischen Bedürfnissen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Altenhilfe und Altenpflege gerecht zu werden.

Quelle: eigene Darstellung, basierend auf den kommunalen Pflegeplanungen der Stadt Bochum (2023), Stadt Bottrop (2023), Stadt Dortmund (2020), Stadt Duisburg (2020), Stadt Essen (2021), Stadt Hagen (2022), Stadt Oberhausen (2022) und des Kreises Wesel (2023).

	Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme	Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund
	■ **Vollstationäre Pflege:** Keine Aussagen über die Inanspruchnahme. ■ **Ambulante Pflege:** 14 % der Klienten in ambulanten Diensten haben einen Migrationshintergrund (S. 61). ■ **Tagespflege:** Der Anteil lag nach Angaben von fünf Tagespflegeeinrichtungen bei 15 % (S. 66).	■ Teilnahme an dem Modellprojekt »Guter Lebensabend NRW«.[15] ■ Mitarbeiter: innen der Seniorenbüros wurden zu Diversitätssensibilität geschult (S. 136). ■ Auch das Regionalbüro »Alter, Pflege und Demenz« hat sich zum Ziel gesetzt, Pflegeleistungen für alle zugänglich zu machen.
	■ Keine Angaben	■ Teilnahme an dem Modellprojekt »Guter Lebensabend NRW«.
	■ **Vollstationäre Pflege:** 2018: ca. 6 %. ■ **Ambulante Pflege:** keine Angaben. ■ **Tagespflege: 2018:** 7,2 % der Tagespflegegäste hatten einen Migrationshintergrund (S. 39).	■ Fachtagung zu den Themen Gesundheit und Versorgung, gesellschaftliche und kulturelle Teilhabe, familiäre Versorgungsstrukturen. ■ Einrichtung einer Fachstelle für Senior: innen zur Ermittlung der Bedarfe. ■ Runder Tisch zum Thema Alter und Migration (S. 59).
	■ **Vollstationäre Einrichtungen:** 2020: Von 5.013 Bewohner:innen waren 141 Bewohner:innen nicht deutscher Herkunft.	■ Seit 2008 existiert das »Multikulturelle Seniorenzentrum Haus Am Sandberg« und bietet kultursensible Pflege an. ■ Seit Frühjahr 2008 existiert zusätzlich das »Seniorenzentrum Hufstraße« in Alt-Hamborn mit ähnlicher kultursensibler Ausrichtung.
	■ **Ambulante Pflege:** 2020: Der Anteil pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund, die ambulant versorgt werden, ist laut Erfahrungen der Essener Pflegedienste stark gestiegen. Details zur Zunahme wurden nicht angegeben (S. 137).	■ Konzept »Zusammenhalt und Vielfalt«: fördert intensiv das Handlungsfeld »Alter und Migration« (S. 49). ■ Essen nimmt an dem Modellprojekt »Guter Lebensabend NRW«: teil.

Fortsetzung der Tabelle 2.10-1 ▷

Fortsetzung Tabelle 2.10-1

Demografische Informationen zu älteren Menschen mit Migrationshintergrund	Geografische Verteilung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund
Stadt Hagen (veröffentlicht 2022)	
■ Von den 21.784 Senior:innen über 75 haben 2.919 eine Einwanderungsgeschichte, dies entspricht 13,1 % (S. 28) (Befragung im Zeitraum Oktober 2021 – Januar 2022).	■ Keine Angaben
Stadt Oberhausen (veröffentlicht 2022)	
■ 2021 lebten in Oberhausen 6.648 Menschen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe über 65 Jahre. ■ 2021 lebten insgesamt 5.485 Personen der Altersgruppe 65 bis 79 Jahre und 1.163 Hochbetagte mit Migrationshintergrund in Oberhausen (S. 19).	■ Die meisten hochbetagten Migrant:innen leben in Osterfeld (302 Personen) gefolgt von Sterkrade-Mitte (243 Personen), während die wenigsten in Sterkrade-Nord wohnen (123 Personen) (S. 19). ■ Bei den »Jungen Senioren« im Alter von 65 bis 74 Jahren leben in Sterkrade-Mitte mehr Migranten als in Osterfeld.
Kreis Wesel (veröffentlicht 2023)	
■ 2021 hatten 5.388 Menschen (11,86 %) der über 65-Jährigen eine nicht deutsche Staatsangehörigkeit.	■ Keine Angaben, Problematik der Datenlage wird besprochen.

In *Bochum* ist der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich geringer als der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung (Stadt Bochum, 2023, S. 29). Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber Pflegeeinrichtungen und die Unübersichtlichkeit des Pflegesystems sind nur einige der Gründe, die die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erschweren (ebd., S. 30).

Die Kommunale Pflegeplanung der Stadt *Bottrop* zeigt, dass die Anzahl der Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund seit 2017 kontinuierlich steigt und auch in den kommenden Jahren mit einem Anstieg in den höheren Altersgruppen zu rechnen ist (Stadt Bottrop, 2021, S. 31–34). Dies wirft zentrale Fragen für die zukünftige Pflegeplanung auf.

Dortmund geht einen Schritt weiter, indem die Stadt Daten zu älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Pflegeheimen erhebt und bereitstellt. Von 2013 bis 2020 ist die Zahl der dort in Pflegeheimen lebenden Menschen mit Migrationshintergrund von 160 auf 266 gestiegen (Stadt Dortmund, 2020, S. 9). Um die Teilhabe zu verbessern, hat die Stadt einen Fachdienst für Senioren eingerichtet und initiierte im Jahr

	Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme	Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund
	Stationäre Einrichtungen: ■ Der Anteil pflegebedürftiger Menschen mit Einwanderungsgeschichte liegt in den meisten stationären Einrichtungen unter 10 % (S. 28). **Ambulante Pflegedienste:** ■ Höherer Anteil von Kunden mit Einwanderungsgeschichte im Vergleich zu stationären Einrichtungen (S. 28) (nur sechs ambulante Dienste haben an der Umfrage teilgenommen).	■ Teilnahme am Modellprojekt »Guter Lebensabend NRW«. Hagen hat folgende Ziele definiert: Bedarfe zu ermitteln, Informationsdefizite zu beseitigen, Zugangsbarrieren zu identifizieren, reduzieren, Netzwerke aufbauen und kultursensible Pflege näherzubringen (S. 27).
	■ Keine Angabe zur Nutzung von vollstationären, Kurzzeit- oder Tageseinrichtungen. ■ Sprachbarriere und Wissensdefizit beeinflussen die Inanspruchnahme. ■ Vertrauen auf den pflegerischen Rückhalt in der Familie (S. 31).	■ Oberhausen nimmt am Modellprojekt »Guter Lebensabend NRW« teil. 2019 wurden Bustouren für Menschen mit Migrationshintergrund zum Kennenlernen von Pflegeeinrichtungen organisiert. ■ Arbeitskreis »Interkulturelle Öffnung der Pflege« gegründet. Kongress und »Pflegekarten« entwickelt. ■ Verein »Pro Wohnen« bietet niederschwellige Beratung an.
	■ Keine Angaben, Problematik der Datenlage wird besprochen.	■ Kreis Wesel ist eine Modellkommunen und nimmt teil am Modellprojekt »Guter Lebensabend NRW«. ■ Einsatz von Pflegelots:innen für ältere Menschen mit Einwanderungsgeschichte. ■ Kommunale Konferenz Alter und Pflege (S. 102–104).

2019 einen runden Tisch sowie eine Fachtagung zu kultursensiblen Angeboten (ebd., S. 59, 136).

Duisburg berichtet von einem Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund in vollstationären Pflegeeinrichtungen, der am 31. 12. 2017 bei lediglich 2,7 % lag (Stadt Duisburg, 2020, S. 45). Als Ursache hierfür wird ein vergleichsweise höheres familiäres Pflegepotenzial angeführt (ebd., S. 46).

In *Essen* wurde im Jahr 2021 von insgesamt 1.299 älteren Menschen mit Migrationshintergrund nur von 90 die Pflege- und Wohnberatung in Anspruch genommen (Stadt Essen, 2021, S. 122). Trotz der Zunahme ambulanter Pflegeleistungen (ebd., S. 137) ist es der Stadt nicht gelungen, bestehende Zugangsbarrieren abzubauen, was den Zugang zu pflegerischen Leistungen erschwert (ebd., S. 48).

In *Hagen*, wo der Anteil der Menschen mit Migrationsgeschichte an der Gesamtbevölkerung besonders hoch ist, nehmen diese Menschen die vollstationäre Pflege, Kurzzeit- und Verhinderungspflege ebenfalls nur selten in Anspruch (Stadt Hagen, 2022, S. 28). Hagen hat sich im Rahmen eines Modellprojekts das Ziel gesetzt, die Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund zu verringern (ebd.).

Oberhausen hat gezielte Maßnahmen ergriffen, um älteren Menschen mit Migrationshintergrund die lokale Pflegeinfrastruktur näherzubringen und das Wissen über verfügbare Pflegeoptionen zu verbessern. Eine Initiative war die Durchführung einer Bustour im Jahr 2019. Diese führte ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu verschiedenen Pflegeeinrichtungen in der Stadt, um ihnen einen Überblick über die bestehenden Möglichkeiten zu bieten (Stadt Oberhausen, 2022, S. 319).

Im *Kreis Wesel* lebten zum Zeitpunkt der Datenerhebung über 5.200 ältere Menschen mit einer anderen Staatsangehörigkeit, was 12,1 % der über 65-Jährigen entsprach (Kreis Wesel, 2023, S. 15). Trotz dieser Anzahl ist die genaue Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund nicht bekannt (ebd., S. 9). Wesel hat erkannt, dass die Pflegeangebote für Menschen mit Migrationshintergrund leichter zugänglich gemacht werden müssen, um eine angemessene Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu gewährleisten (ebd., S. 90).

In den kommunalen Pflegeplanungen der Kreise *Ennepe-Ruhr (2020), Gelsenkirchen (2023), Hamm (2022), Herne (2020), Mülheim an der Ruhr (2023), Recklinghausen (2024) und Unna (2022)* wurden keine spezifischen Angaben zur Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund gemacht. Aus dem Bericht »Guter Lebensabend NRW« lassen sich aber Beispiele der einzelnen Kommunen entnehmen. So wurde bspw. im *Ennepe-Ruhr-Kreis* ein Kurs für Nachbarschaftshelfer:innen angeboten mit dem Ziel, Zugang zu Menschen mit Einwanderungshintergrund zu erhalten (MKJFGFI, 2023, S. 34). In *Recklinghausen* wird eine Fortbildungsreihe angeboten, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationsgeschichte zugeschnitten ist (Kreis Recklinghausen 2024, S. 29).

Schlussfolgerung

Es besteht der dringende Bedarf nach einer systematischen und erweiterten Datenerhebung zur Pflegebedürftigkeit und Nutzung von Pflegeleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. Aktuell sind solche Daten in Deutschland kaum verfügbar, da der Migrationshintergrund in der Pflegestatistik und ähnlichen amtlichen Erhebungen nicht erfasst wird. Dies erschwert ein tiefgehendes Verständnis für die Pflegesituation und die Entwicklung adäquater Versorgungsstrukturen für ältere Migranten (Marquardt et al., 2016; Thum et al., 2015). Zudem stellen fehlende kulturspezifische Angebote in Pflegeeinrichtungen und der bürokratische Aufwand bei der Beantragung von Pflegeleistungen Barrieren dar. Erste Maßnahmen könnten die Erstellung mehrsprachiger Informationsmaterialien, kulturspezifische Schulungen für das Pflegepersonal und eine vereinfachte Antragstellung sein. Angesichts der zu vermutenden Zunahme der Nachfrage nach Pflegeangeboten für diese Gruppe können dies aber nur erste Schritte sein, denen weitere, tiefer gehende Maßnahmen folgen müssen. Ohne Datengrundlage

ist jedoch schlecht abzuschätzen, welche Maßnahmen dies sein sollten und in welchem Umfang sie angeboten werden sollten.

Die Bedürfnisse einer heterogenen Bevölkerung sind vielfältig und spiegeln unterschiedliche kulturelle, sprachliche und sozioökonomische Hintergründe wider. Die Herausforderungen in der Pflege, wie Fachkräftemangel und Kapazitätsengpässe oder Überschüsse, verstärken die Notwendigkeit einer detaillierten und zielgerichteten Pflegeplanung. Eine systematische und differenzierte Datenerfassung, die den Migrationshintergrund berücksichtigt, ist für eine zukunftsfähige und bedarfsgerechte Pflegeversorgung für eine zunehmend diverse ältere Bevölkerung Deutschlands, NRWs und des Ruhrgebiets unerlässlich.

LITERATUR

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011). *Abschlussbericht zur Studie »Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes«. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. TNS Infratest Sozialforschung, München. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf; letzter Zugriff: 10. 05. 2024

Ennepe-Ruhr-Kreis (2020). *Pflegebericht 2020.* https://www.enkreis.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/54_1/Pflegebericht/Pflegebericht_2020.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit (2020). *Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten.* Berlin. www.fachkommission-integrationsfaehigkeit.de/resource/blob/1786706/1880170/917bc43f62136ed26ecef8125a4c9cdf/bericht-de-artikel-data.pdf?download; letzter Zugriff: 10. 05. 2024

Glodny, S. & Yilmaz-Aslan, Y. (2014). Epidemiologische Aspekte zur Pflegesituation von Migrantinnen und Migranten. In: T. Gaertner; B. Gansweid; H. Gerber; F. Schwegler & U. Heine (Hrsg.). *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung* (S. 248–254). De Gruyter, Berlin, Boston. DOI: 10.1515/9783110303629.248

IT.NRW (Information Technik Nordrhein-Westfalen) (2019, korrigierte Fassung 2021). *NRW (ge)zählt: Angekommen in Nordrhein-Westfalen. Migration und Integration – Ergebnisse der amtlichen Statistik (2019 – korrigierte Fassung 2021).* webshop.it.nrw.de/gratis/Z249%20201952.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Kohls, M. (2012). *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel.* Forschungsbericht 12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D11; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Kreis Recklinghausen (2024). Örtliche Alten- und Pflegebedarfsplanung des Kreises Recklinghausen. eservice2.gkd-re.de/bsointer001/DokumentServlet?dokumentenname=001l11199.pdf; letzter Zugriff: 12. 05. 2024

Kreis Unna (2022). *Pflegebedarfsplan Kreis Unna 2022 – Basisdaten.* www.kreis-unna.de/PDF/Pflegebedarfsplan_Kreis_Unna_2023.PDF?ObjSvrID=3674&ObjID=3845&ObjLa=1&Ext=PDF&WTR=1&_ts=1702997696; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Kreis Wesel (2023). *Örtliche Planung nach dem Alten- und Pflegegesetz NRW*. www.kreis-unna.de/PDF/Pflegebedarfsplan_Kreis_Unna_2023.PDF?ObjSvrID=3674&ObjID=3845&ObjLa=1&Ext=PDF&WTR=1&_ts=1702997696; letzter Zugriff: 10. 05. 2024

Marquardt, G.; Delkic, E. & Motzek, T. (2016). Wenn Migranten alt werden – Das Altenpflegesystem zwischen Versorgungslücken und Entwicklungspotenzialen. *ifo Dresden berichtet,* 23(1), 26–32. www.ifo.de/DocDL/ifodb-16-01-Marquardt-Einwandererralterung.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

MKJFGFI (Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen) (2021). *Guter Lebensabend NRW – Kultursensible Altenhilfe und Altenpflege für Seniorinnen und Senioren mit Einwanderungsgeschichte Werkzeugkoffer.* www.mkjfgfi.nrw/system/files/media/document/file/nd_gl_werkzeugkoffer.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Okken, P. K.; Spallek, J. & Razum, O. (2008). Pflege türkischer Migranten. In: U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und Pflege* (S. 369–422). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Stadt Bochum (2023). *Bericht zur Kommunalen Pflegeplanung nach § 7 APG NRW für die Stadt Bochum für die Jahre 2024–2025.* www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2D2QAS8457BOCMDE/$File/Bericht_Pflegeplanung_Bochum_2024_25.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Bottrop (2021). *Kommunale Pflegeplanung 2021 und verbindliche Bedarfsplanung bis 2026, Stadt Bottrop – Der Oberbürgermeister.* www.bottrop.de/soziales/pflege/artikel/Kommunale_Pflegeplanung.php; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Dortmund (2020). *Kleinräumiges Pflegemarktmonitoring Stadt Dortmund 2020. Soziodemografie und Pflege-Infrastruktur in den zwölf Dortmunder Stadtbezirken.* www.dortmund.de/dortmund/projekte/rathaus/verwaltung/sozialamt/downloads/senioren/kleinraeumiges_pflegemarktmonitoring-2.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Duisburg (2020). *6. Bericht zur Pflege- und Seniorenarbeit. Pflegeplan 2019–2020.* www.duisburg.de/vv/produkte/pro_du/dez_iii/50/kommunale_pflegeplanung.php; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Essen (2021). *Kommunale Pflegeplanung Stadt Essen 2021, Planungsbericht Amt für Soziales und Wohnen.* https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/50/50_2_4_seniorenreferat/kommunale_pflegeplanung_stadt_essen_2021_internet.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Gelsenkirchen (2023). *Pflegeplanung der Stadt Gelsenkirchen (2023). Fortschreibungsjahr 2023.* www.gelsenkirchen.de/de/familie/aelter_werden/pflegeangebote/_doc/fortschreibungsbericht_des_jahres_2023.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Hagen (2022). *Alter und Pflege in Hagen Pflegebedarfsplanung 2022 mit Ausblick auf die Jahre 2023 bis 2025.* www.hagen.de/web/media/files/fb/fb_55/pflege/pflegebedarfsplanung_2022-2025_965806_de.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Hamm (2022). *Verbindlicher Pflegebedarfsplan der Stadt Hamm für die Jahre 2022–2025.* https://www.hamm.de/fileadmin/user_upload/Medienarchiv_neu/Dokumente/Amt_fuer_Soziales_Wohnen_Pflege/Wohn-_und_Pflegeberatung/Verbindliche_Pflegebedarfsplanung_2022_bis_2025.pdf; letzter Zugriff: 12. 05. 2024

Stadt Herne (2020). *Verbindliche Kommunale Pflegebedarfsplanung für den Funktionsbereich »Teil- und Vollstationäre Pflege«. 2. Fortschreibung 01. 01. 2021 bis 31. 12. 2023.* www.herne.de/PDF/senioren/Verbindliche-kommunale-Pflegebedarfsplanung_3.-Fortschreibung_2022-bis-2024_Endfassung.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Stadt Mülheim an der Ruhr (2023). *Hilfen aus einer Hand – eine Angebotsübersicht zur örtlichen Pflegeplanung.* www.muelheim-ruhr.de/cms/hilfen_aus_einer_hand.html; letzter Zugriff: 10. 05. 2024

Stadt Oberhausen (2022). Örtliche Planung *Gemäß §7 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (01. 01. 2022–31. 12. 2026).* serviceportal.oberhausen.de/orga/-/egov-bis-detail/dienstleistung/31395/show; letzter Zugriff: 10. 05. 2024

Statistisches Bundesamt (2017). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010 – hochgerechnet auf Basis des Zensus 2011. Sonderausgabe der Fachserie 1 Reihe 2.2.* Destatis, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/_publikationen-innen-migrationshintergrund.html; letzter Zugriff: 16. 07. 2024

Statistisches Bundesamt (2021). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2020. Fachserie 1 Reihe 2.2.* Destatis, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/_publikationen-innen-migrationshintergrund.html; letzter Zugriff: 16. 07. 2024

Statistisches Bundesamt (2023). *Statistischer Bericht. Mikrozensus. Bevölkerung nach Migrationshintergrund. Erstergebnisse.* www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/_publikationen-innen-migrationshintergrund.html; letzter Zugriff: 16. 07. 2024

Statistisches Bundesamt (2024). *Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund und Altersgruppen.* https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-alter.html; letzter Zugriff: 01. 04. 2024

Tezcan-Güntekin, H. & Breckenkamp, J. (2017). Die Pflege ältere Menschen mit Migrationshintergrund. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 17(2), 15–23

Thum, M.; Delkic, E.; Kemnitz, A.; Kluge, J.; Marquardt, G.; Motzek, T. … & Zwerschke, P. (2015). *Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland*. library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

2.11
Von der Gesundheitsberichterstattung zur strategischen Gesundheitsplanung – Daten für Taten in Herne

Marie Meinhardt, Malina Schäfer-König, Raphael Sieber

Einleitung

Das Ruhrgebiet ist der größte Ballungsraum Deutschlands. Herne ist die am dichtesten besiedelte Großstadt im Ruhrgebiet. Daher verwundert es kaum, dass sich die Stadt Herne mit verschiedenen umweltbedingten Herausforderungen konfrontiert sieht (z. B. hoher Versiegelungsgrad, hohes Verkehrsaufkommen, geringer Grünflächenanteil, vgl. Stadt Herne, 2022a). Zudem teilt sich Herne mit weiteren Kommunen des (insbesondere nördlichen) Ruhrgebiets typische sozioökonomische und demografi-

sche Merkmale einer vom strukturellen Wandel geprägten Region (z. B. hoher Anteil prekär Beschäftigter, vergleichsweise geringes Einkommen, niedriger Bildungsgrad). In Summe führen diese Voraussetzungen häufig zu ungünstigen Rahmenbedingungen und geringem Gesundheitsbewusstsein und letztlich zu einer negativen Ausprägung vieler Gesundheitsindikatoren. So weist die Bevölkerung der Stadt Herne seit Jahren eine im landesweiten Vergleich geringe Lebenserwartung auf. Diese und weitere Themen sind Gegenstand der Herner Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Die GBE ist gemäß § 6 ÖGDG NRW eine Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde. Auf der Basis von Gesundheitsindikatoren und anderen Informationen erstellt die untere Gesundheitsbehörde Berichte (z. B. zur Aufklärung der Bevölkerung und Entscheidungstragender über die gesundheitliche Situation und Versorgungslage), beschreibt Handlungsbedarfe und schafft so eine datenbasierte Grundlage für die Steuerung gesundheitspolitischer Prozesse. Zudem liefert die GBE wichtige Erkenntnisse für die Arbeit der Kommunalen Präventions- und Gesundheitskonferenz (KPGK). Die Ergebnisse der GBE können Vorlage für Themen der KPGK sein sowie der Kontrolle und Qualitätssicherung bei der Umsetzung von Empfehlungen der KPGK dienen. Gemäß § 21 ÖGDG NRW besitzt die KPGK die Aufgabe, an der GBE mitzuwirken sowie kommunale Gesundheitsberichte mit Empfehlungen und Stellungnahmen zu flankieren.

Ziel ist es, basierend auf der GBE, bedarfsorientierte Maßnahmen zu entwickeln und nachhaltig umzusetzen. Die Stadt Herne verfolgt mit der strategischen Gesundheitsplanung einen am Public Health Action Cycle orientierten Ansatz – bestehend aus Bedarfsbestimmung, Strategieformulierung, Maßnahmenplanung, Maßnahmenumsetzung sowie Evaluation der Maßnahmen.

Gesundheitliche Situation in Herne im Vergleich zu anderen Kommunen in NRW und im Ruhrgebiet

Die hohe Bebauungs- und Bevölkerungsdichte der Ruhrgebietskommunen hat Einfluss auf die Wohnsituation und die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Herne ist mit ausreichend Infrastruktur und einer guten Erreichbarkeit von (Nah-)Versorgung und gesundheitlichen Angeboten ausgestattet. Herne besitzt im Ruhrgebiet den höchsten Anteil an Verkehrs- und Siedlungsflächen (IT.NRW, 2023). Die dichte Besiedlung und der dadurch geringe Anteil an Freiflächen führen in vielen Bereichen des Stadtgebiets zu Hitze- und Lärmbelastungen. Herne ist im landesweiten Vergleich überdurchschnittlich stark von sozialen Problemlagen betroffen (Stadt Herne, 2022a). Die ungünstige Wirtschaftslage sowie der hohe Anteil an Sozialhilfeempfänger:innen und Menschen in Arbeitslosigkeit resultiert in einem vergleichsweise hohen Armutsniveau. Die Kommunen des Ruhrgebiets liegen hinsichtlich der Arbeitslosenquote 2020 –

mit Ausnahme des Kreises Wesel und des Ennepe-Ruhr-Kreises – allesamt über dem NRW-Durchschnittswert von 8,6 %. Die Stadt Herne weist dabei mit 13,1 % die viert-höchste Arbeitslosenquote in NRW auf (Abb. 2.11-1). In Herne und in weiteren Städten und Kreisen des Ruhrgebiets gehen Armut, Arbeitslosigkeit, Bildungsstatus, Migrationshintergrund, Umweltrisiken und hohe Bevölkerungsdichte mit einer negativen Ausprägung der Gesundheitsindikatoren einher (MAGS NRW, 2020).

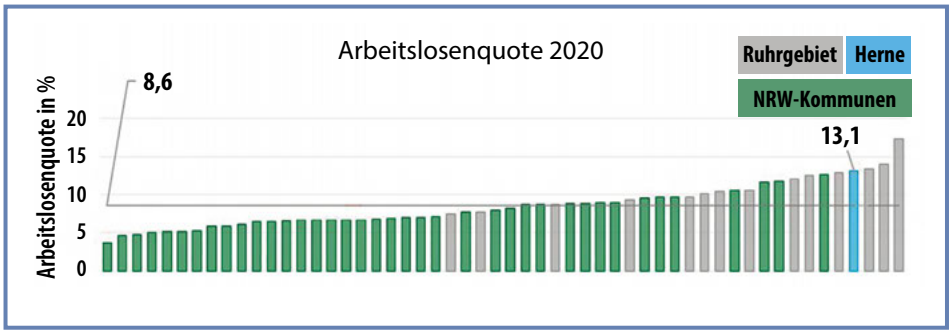

Abbildung 2.11-1: Arbeitslosenquoten in NRW 2020. *Quelle: eigene Darstellung, Daten: LZG.NRW, 2020a.*

Betrachtet man die Faktoren Bildung, Wohlstand und Arbeit als wirtschaftliche und soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit, spiegeln diese sich insbesondere bei der Lebenserwartung wider. Die mittlere Lebenserwartung von Frauen und Männern ist in den Städten und Kreisen des Ruhrgebiets, die sozial in mehrfacher Hinsicht Benachteiligungen aufweisen, signifikant niedriger als in Regionen mit einer deutlich geringeren Häufung von Problemlagen (Strohmeier et al. 2007). Das zeigt sich auch in Herne. Frauen werden in Herne durchschnittlich 81,01 Jahre alt (1,86 Jahre weniger als der NRW-Durchschnitt) und Männer im Schnitt 76,06 Jahre alt (2,29 Jahre weniger als der NRW-Durchschnitt) (Abb. 2.11-2 und 2.11-3).

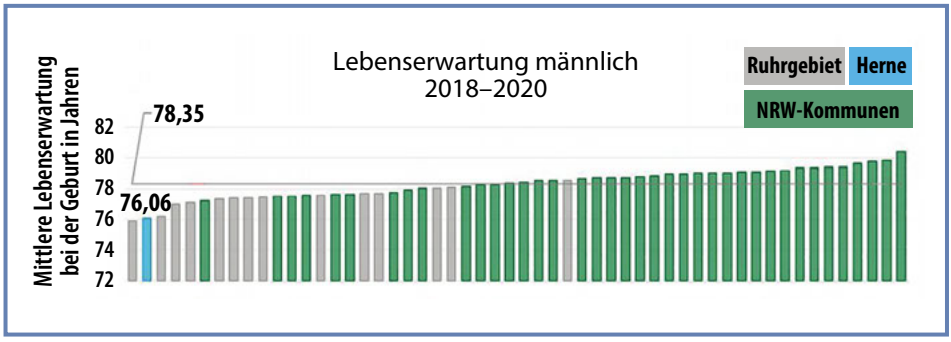

Abbildung 2.11-2: Mittlere Lebenserwartung männlicher Neugeborener in Herne im NRW-Vergleich 2018–2020. *Quelle: eigene Darstellung 2023, Daten: LZG.NRW, 2020b.*

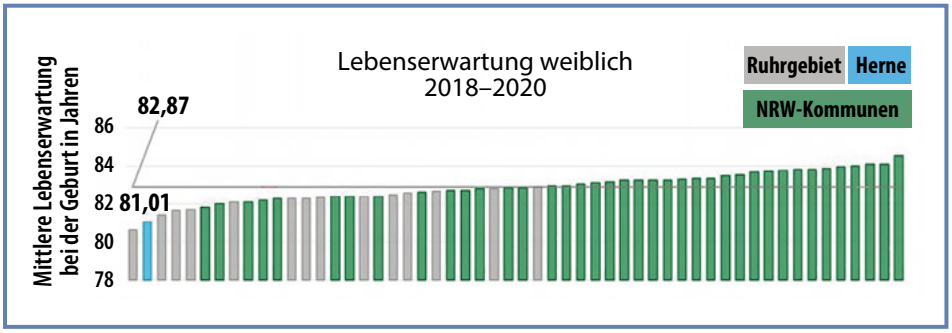

Abbildung 2.11-3: Mittlere Lebenserwartung weiblicher Neugeborener in Herne im NRW-Vergleich 2018–2020. *Quelle: eigene Darstellung, 2023, Daten: LZG.NRW, 2020b.*

Das Ruhrgebiet und die Stadt Herne stechen auch bei den als vermeidbar geltenden Krankheiten bzw. Sterbefällen heraus (MGEPA, 2015). Zu den vermeidbaren Sterbefällen zählen jene aufgrund von bösartigen Neubildungen in Luftröhre, Bronchien oder Lunge sowie aufgrund von Brustkrebs, ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten, Krankheiten der Leber und Verkehrsunfällen.

So sind bspw. die Rate der Neuerkrankungen an Lungenkrebs wie auch die Sterberate an Lungenkrebs in Herne im NRW-Vergleich überdurchschnittlich hoch (LKR.NRW, 2023). Sterbefälle nach der Diagnose Luftröhren- oder Lungenkrebs liegen in Herne 48 % über dem Landesdurchschnitt (für die Altersgruppe 0 bis 64 Jahre, gemittelt über den Jahreszeitraum 2016 bis 2020) (LZG.NRW, 2023a). Darüber hinaus wird bei den Lungenkrebserkrankungen insgesamt eine Häufung im (nördlichen) Ruhrgebiet deutlich. Eine erhebliche Rolle spielt hierbei das Rauchverhalten. Es kann als führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit angesehen werden (Starker et al., 2022). So ist Rauchen, inklusive Passivrauchen, ein Hauptrisikofaktor für chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen wie COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) und Lungenkrebs (DKFZ, 2019). Im Rahmen des Mikrozensus 2017 gaben 28,09 % der befragten Herner:innen (15 Jahre und älter) an zu rauchen. Damit liegt Herne deutlich über dem NRW-Durchschnitt (22,64 %). Ein gegenüber dem NRW-Landesdurchschnitt erhöhter Anteil an Raucher:innen kann 2017 neben Herne noch in weiteren Kommunen des Ruhrgebietes festgestellt werden (LZG.NRW, 2023b).

Bei weiteren vermeidbaren Krankheiten und Sterbefällen ist die Situation ähnlich. Sterbefälle aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten liegen 2020 in Herne 50 % über dem NRW-Landesdurchschnitt. Auch Sterbefälle in Verbindung mit der Diagnose Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten treten in Herne häufiger als im Landesdurchschnitt auf – hier um 14 % erhöht (beide Werte für die Altersgruppe 0 bis 64 Jahre, gemittelt über den Jahreszeitraum 2016 bis 2020). Bei den Sterbefällen nach Brustkrebserkrankungen liegt Herne 7 % über dem Landesdurchschnitt (für die Bevöl-

kerungsgruppe weiblich, 0 bis 64 Jahre, gemittelt über den Jahreszeitraum 2016 bis 2020). Sterbefälle in Verbindung mit Krankheiten der Leber treten in Herne 26 % häufiger als im NRW-Durchschnitt auf (Altersgruppe 0 bis 74 Jahre, gemittelt über den Jahreszeitraum 2016 bis 2020). Sterbefälle nach Verkehrsunfällen waren in Herne hingegen 49 % seltener als im Landesdurchschnitt festzustellen.

Im Landesgesundheitsbericht für Nordrhein-Westfalen (MGEPA, 2015) wurde zudem herausgestellt, dass Kinder im Ruhrgebiet häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als Kinder in ländlicheren Räumen. Zudem zeigt sich, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsniveau häufiger adipös sind als Kinder aus Familien mit hohem Bildungsniveau (Stadt Herne, 2022b). Bei den Erwachsenen galt im Jahr 2017 56,68 % der im Mikrozensus befragten Bevölkerung in Herne als übergewichtig, darunter 21,14 % als adipös. Der Anteil adipöser Menschen in Herne steigt seit 2005 kontinuierlich an und liegt für 2017 erheblich über dem NRW-Durchschnitt (LZG. NRW, 2023c).

Herausforderungen für die Herner Gesundheitsberichterstattung

Die ausgewählten Ergebnisse zeigen, dass die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Herne (sowie in umliegenden Kommunen im Ruhrgebiet) hinsichtlich der Morbidität und Mortalität Herausforderungen mit sich bringt. In der Stadt Herne werden auf Basis der GBE Handlungsfelder abgeleitet und bedarfsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung geplant. Besonders der Öffentliche Gesundheitsdienst kann und muss einen wichtigen Beitrag leisten, um Prävention und Gesundheitsförderung zielgerichtet zu gestalten. In Herne ist die Aufgabe der GBE in der Abteilung Gesundheitsförderung und -planung des Fachbereichs Gesundheit angesiedelt. Die GBE, die Geschäftsstelle der Kommunalen Präventions- und Gesundheitskonferenz (KPGK) sowie die Teamleitung der Kommunalen Gesundheitsförderung sind zu einer Personalstelle vereint. Mit dieser Personalunion geht eine positive Verschneidung der Themenbereiche einher. Gleichzeitig ist die Kapazität für die einzelnen Aufgaben und somit auch für die GBE durch die hohen Stellenanforderungen limitiert. Die Möglichkeiten der Berichterstattung über die eigene Fachabteilung hinaus (integrierte GBE) sind daher noch ausbaufähig.

Neben dieser strukturellen Herausforderung lassen sich für die GBE der Stadt Herne auch methodische Herausforderungen benennen. Die Lage Hernes in der Mitte des Ruhrgebiets führt dazu, dass die Grenzen zu Nachbarstädten teils fließend sind. Durch landesweite Vergleiche im Rahmen der GBE können deutliche Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens – besonders zwischen vormals stark industrialisierten Städten wie Duisburg, Oberhausen, Gelsenkirchen, Herne und anderen Großstädten wie Köln oder Düsseldorf sowie ländlichen Gebie-

ten – aufgezeigt werden. Jedoch können mögliche (Umwelt-)Belastungsfaktoren der umliegenden Städte aufgrund der stadtspezifischen Datenlage bei der Analyse nicht berücksichtigt werden. Ebenfalls kann Stadtteilen in Stadtrandlage eine vermeintlich schlechtere gesundheitliche Versorgung im eigenen Stadtgebiet unterstellt werden, wenn Arztpraxen und Apotheken zwar in direkter Nähe, nicht aber im Herne, sondern in der Nachbarstadt angesiedelt sind. Der Bedeutung der Umgebungsfaktoren begegnet die Stadt Herne seit 2018 durch eine gezielte, bedarfsorientierte und settingbezogene Gesundheitsförderung, die Teil der strategischen Gesundheitsplanung ist.

Ansatz der strategischen Gesundheitsplanung in Herne

Die GBE in Herne soll sich nicht in Datensammlung, -aufbereitung und -auswertung erschöpfen. Wie in anderen Kommunen auch soll sie als Grundlage zur Steuerung gesundheitspolitischer Prozesse, insbesondere zur Entwicklung bedarfsorientierter Strategien, Projekte und Maßnahmen, dienen. Durch derartige Verwertungswege kann die Wirkung der GBE entscheidend verbessert werden (vgl. Rosenkötter et al., 2020). Die GBE in Herne versteht sich daher als eingebettet in einen umfassenden Prozess, bestehend aus Bedarfsbestimmung, Strategieformulierung, Maßnahmenumsetzung sowie Evaluation des Vorgehens. Orientiert am Public Health Action Cycle, verfolgt die Stadt Herne den Ansatz einer strategischen Gesundheitsplanung (Abb. 2.11-4). Auch wenn in dieser Hinsicht in Herne viele Strukturen noch im Aufbau begriffen und zudem von Fördermitteln abhängig sind, so ist die grundsätzliche Relevanz einer integriert gedachten und vielseitig anknüpf- und verwertbaren GBE doch bereits breit anerkannt.

Die Erkenntnisse der GBE aufzugreifen, ist in Herne eine Aufgabe im Rahmen der Fachplanung Gesundheit. Das Konzept der Fachplanung Gesundheit als Instrument des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird seit ca. 2010 vom Landeszentrum Gesundheit NRW entwickelt. Ein Fachplan Gesundheit versteht sich »als Instrument des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im kommunalen Steuerungs- und Planungszyklus und soll als Schwungrad von der Problemanalyse und Bedarfsermittlung hin zur Maßnahmenplanung und -umsetzung wirken« (Claßen & Mekel, 2016). In Herne wurde die Fachplanung Gesundheit als Wissenschafts-Praxis-Kooperation gemeinsam mit der Hochschule für Gesundheit, finanziert aus Drittmitteln des Landes NRW, umgesetzt. Im Rahmen der Fachplanung werden verschiedene thematische Handlungsfelder (z. B. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten, Mehrfachbelastete Quartiere und Gesundheitliche Versorgung) sowie zwei Herner Quartiere (Herne-Zentrum und -Horsthausen) und zwei Bevölkerungsgruppen (Menschen mit Behinderungen und Jugendliche) genauer betrachtet. Basierend auf den vorliegenden Daten der GBE sowie zusätzlichen Informationen, werden im Rahmen der Fachplanung Gesundheit

Abbildung 2.11-4: Prozess der Strategischen Gesundheitsplanung in der Stadt Herne.
Quelle: eigene Darstellung.

Impulse und Kernmaßnahmen für die weitere gesundheitsorientierte Entwicklung in Herne skizziert.

Die Umsetzung konkreter Maßnahmen erfolgt in Herne in verschiedenen Zusammenhängen. Einerseits existieren Daueraufgaben (bspw. buez – Selbsthilfe-Netzwerk, Sozialpsychiatrischer Dienst, Schwangerschaftsberatung), andererseits gibt es auch drittmittelfinanzierte Projektzusammenhänge, in denen über einen gewissen Zeitraum Maßnahmen mit bestimmten Schwerpunktsetzungen gebündelt werden können. So werden bspw. im Projekt »Herner Quartiere – Gesunde Lebenswelten« über einen Zeitraum von fünf Jahren gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt (gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit). Im Projekt erfolgt eine gezielte räumliche Fokussierung von Aktivitäten zur Stabilisierung der gesundheitlichen Lage in Quartieren mit besonderem Entwicklungsbedarf. Die Quartiere wurden vorab unter anderem anhand von Daten aus der Herner GBE ermittelt. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt das Projekt »GreenME« (gefördert über das EU-Rahmenprogramm für Forschung und Innovation »Horizon Europe«), welches im September 2023 in seine vierjährige Laufzeit gestartet ist. Im Mittelpunkt des Projekts steht die Erforschung und Förderung von Green Care zur Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung in Europa. Um diese Wirksysteme näher zu erforschen, haben sich Partner:innen aus insgesamt sieben europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Italien, Polen, Spanien, Schweden, Vereinigtes Königreich) und den USA zusammenge-

schlossen. In dem von der Universität Autonoma de Barcelona geleiteten Projekt arbeiten die Stadt Herne, das Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung (ILS) in Dortmund und die Gesellschaft für Gartenbau und Therapie (GGUT) zusammen, um Green Care vor allem in Deutschland mit Schwerpunkt im Ruhrgebiet voranzubringen und auszubauen.

Ausblick

Die gesundheitlichen Herausforderungen der Ruhrgebietsstädte ähneln sich, sind umfassend und in vielen Bereichen größer als im NRW-Landesdurchschnitt. Am Beispiel der Stadt Herne wurde deutlich, dass es besonderer Anstrengungen bedarf, um den Problemlagen begegnen zu können. Ein Baustein zur Bewältigung der Herausforderungen ist eine gut funktionierende GBE, welche Grundlagen für die Steuerung gesundheitspolitischer Prozesse und bedarfsgerechte Maßnahmen liefert. Um aber spezifische Maßnahmen konzipieren und umsetzen zu können, bedarf es in der Regel zusätzlicher Ressourcen (bspw. drittmittelfinanziertes Personal). Unter angespannten Haushaltsbedingungen ist es für die Stadt Herne schwierig, auf alle besonderen Problemlagen, die die GBE aufzeigt, zu reagieren. Sofern diese Ressourcen aber geschaffen und Schwerpunktsetzungen möglich werden, kann die GBE nicht nur besondere Problemlagen aufzeigen, sondern auch zum Wegbereiter effektiv und effizient umgesetzter Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden.

LITERATUR

Claßen, T. & Mekel, O. (2016). Fachplan Gesundheit – ein neues Konzept für eine nachhaltige, gesundheitsförderliche Kommunalentwicklung. *Public Health Forum*, 24(4), 275–277

DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum) (2019). *Rauchen und Lungenerkrankungen. Fakten zum Rauchen.* https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2019_Rauchen-und-Lungenerkrankungen.pdf

IT.NRW (2023). *Bodenfläche nach Art der tatsächlichen Nutzung (2 und 3-Steller) – Gemeinden – Stichtag ab 2016. Tabelle 33111-03iz, Stand: 19. 12. 2023.* Düsseldorf. https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1702977037778&code=33111#abreadcrumb

LKR.NRW (Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen) (2023). *Krebsneuerkrankungsraten und Krebssterberaten. Altersstandardisierte Raten in Nordrhein-Westfalen 2020.* https://www.landeskrebsregister.nrw/online-jahresbericht/#/regional/maps

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2020a). *Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Ende Sept. 2020.* https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/02/html/0202100052020.html

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2020b). *Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018/2020.* https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/03/html/0301000052020.html.

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2023a). *Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2016–2020.* https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/03/html/0301400052020.html

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2023b). *Indikator 4.01_02: Rauchverhalten der Bevölkerung (15 Jahre u. älter), Mikrozensus*. https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/04/grafik/0400102052017/atlas.html?comparisonSelect=%20 5000&date=2017

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2023c). *Indikator 4.08_02: Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung, Mikrozensus*. https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/04/grafik/0400802052017/atlas.html?comparisonSelect=5000&date=2017

MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2020). *Sozialbericht NRW 2020. Armuts- und Reichtumsbericht*. Düsseldorf

MGEPA (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen) (2015). *Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen.* Düsseldorf

Rosenkötter, N.; Borrmann, B.; Arnold, L. & Böhm, A. (2020). Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 63, 1067–1075

Stadt Herne (2022a). *Integriertes, kleinräumiges Monitoring für die Stadt Herne. 3. Herner Monitoringbericht.* Herne

Stadt Herne (2022b). *Gesundheitsbericht kompakt. Ausgewählte Indikatoren für die Basisgesundheitsberichterstattung der Stadt Herne.* Herne

Starker, A.; Kuhnert, R.; Hoebel, J. & Richter, A. (2022). Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 7(3). DOI: 10.25646/10290

Strohmeier, K. P.; Schultz, A.; Bardehle, D.; Annuß R. & Lenz A. (2007). Sozialräumliche Clusteranalyse der Kreise und kreisfreien Städte und Gesundheitsindikatoren in NRW. *Gesundheitswesen*, 69(1), 26–33. DOI: 10.1055/s-2007-960491

KAPITEL 3

Gestaltung und Steuerung für StadtGesundheit im Ruhrgebiet

■ Das dritte Kapitel des Gemeinschaftswerks enthält verschiedene Beiträge zur Gestaltung und Steuerung für gesunde Lebensverhältnisse im Ruhrgebiet. Hiermit wird der gestaltende und steuernde Anspruch des Konzepts StadtGesundheit unterstrichen. Denn es geht nicht nur um eine gute Analyse der Ist-Situation, wie sie im Kapitel 2 beschrieben wurde, sondern um die Möglichkeiten kommunaler und stadtregionaler Steuerung, die bestenfalls auf diesen Erkenntnissen aufbauen. Der letzte Beitrag im Kapitel 2 zeigt dies am Beispiel der Gesundheitsberichterstattung in Herne auf und hätte ebenso gut in diesem Kapitel 3 des Gemeinschaftswerks StadtGesundheit im Ruhrgebiet eingegliedert werden können.

Wie vielfältig diese Ansatzpunkte auch in einer Stadtregion wie dem Ruhrgebiet sind, wird in diesem Kapitel dargestellt. Hierbei wird immer wieder deutlich, dass Gestaltung und Steuerung von vielen verschiedenen Akteur:innen unterschiedlicher Politikfelder, insbesondere dem Gesundheitswesen, der Stadtentwicklung und dem Umwelt- sowie Naturschutz, verfolgt wird. Leitend bei der Auswahl dieser Beiträge ist der Gedanke der WHO, Gesundheit in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung, also »Health in All Policies«, zu verfolgen (Böhm et al., 2020; Köckler & Geene, 2022).

Häufig werden Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention in einem Sozialzusammenhang verfolgt, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dieser Sozialzusammenhang wird als Setting, im deutschen Sprachraum auch als »Lebenswelt«, bezeichnet. Ein Setting kann über eine Institution, einen räumlichen Zusammenhang, die Lebenslage oder Werte und Normen charakterisiert sein (Hartung & Rosenbrock, 2022).

Gestaltung und Steuerung werden in Stadtregionen häufig im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung oder sonstiger Formen kommunaler Steuerung durchgeführt. Für das Ruhrgebiet bedeutet dies, dass die Planung trotz bestehender funktionaler Zusammenhänge im Verkehr, von Grünzügen und Flüssen, aber auch der gesundheitlichen Versorgung häufig an der Stadtgrenze endet oder in der Beteiligung benachbarter Gebietskörperschaften verbleibt.

Der Regionalverband Ruhrgebiet (RVR) ist als Zusammenschluss der Ruhrgebietskommunen und mit eigenem Ruhrparlament eine Instanz der regionalen Steuerung. Ansonsten ist das Ruhrgebiet zergliedert, wie auch in den Beiträgen immer wieder deut-

lich wird: Drei Regierungsbezirke sind zuständig (Münster, Düsseldorf, Arnsberg), es gibt zwei Landschaftsverbände (Westfalen-Lippe und Rheinland), und Nordrhein-Westfalen ist das einzige Bundesland in Deutschland mit zwei kassenärztlichen Vereinigungen, und die Grenze geht mitten durch das Ruhrgebiet. Die Liste an Beispielen lässt sich verlängern. Solche administrativen Untergliederungen erfordern Abstimmungsprozesse und können in einer funktional verflochtenen Region zu konfligierenden Strategien führen.

Die Rolle von Stadtplanung für die Entwicklung des Ruhrgebiets wird – ausgehend von Bochum – mit einem Fokus auf die Gestaltung von Grünflächen von Eckart Kröck und Sabine Baumgart behandelt. Hier wird das in einer Stadtregion bedeutsame Zusammenspiel unterschiedlicher Planungsebenen deutlich.

Ute Erdenberger beschreibt, wie Krankenkassen StadtGesundheit in gemeinsamer Verantwortung gestalten können, und ist in ihrem Beitrag eng mit dem Beitrag von Anna Reeske-Behrens und Stephanie Funk verbunden – »Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention – ein Blick aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)« –, die insbesondere auf die Rolle der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit eingehen, die unter anderem die Mittelvergabe nach dem Präventionsgesetz begleitet. Hier wird deutlich, dass Leistungen aus dem Präventionsgesetz auch in den Lebenswelten Kita, Kommune und Betrieb verausgabt werden und mit den Krankenkassen sowie den Koordinierungsstellen neue Akteur:innen gesundheitliche Aufklärung im städtischen Governanceregime mitgestalten. Die Vergabe von Krankenkassenbeiträgen nach dem Präventionsgesetz, welches im § 20 des Sozialgesetzbuchs verankert ist, wird von der Nationalen Präventionskonferenz begleitet, die ebenfalls als Teil des Präventionsgesetzes ins Leben gerufen wurde. Sie setzt sich aus verschiedenen relevanten Akteur:innen zusammen und verabschiedet regelmäßig einen Präventionsbericht sowie Rahmenempfehlungen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes.

Bildungseinrichtungen werden in der Gesundheitsförderung als bedeutende Lebenswelt gesehen, insbesondere um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zu erreichen, wie Eike Quilling, Janna Leimann, Patricia Tollmann und Marleen Opitz beschreiben.

Langzeitarbeitslose sind häufig aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation, die nicht selten mit der Langzeitarbeitslosigkeit ursächlich verbunden ist, nur schwierig in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren. Dominik Schad, Michaela Evans-Borchert und Josef Hilbert zeigen in ihrem Beitrag auf, wie nachhaltige Gesundheitsförderung Zukunftshoffnung gibt und Langzeitarbeitslose sich zu einer Ressource gegen Arbeitskräftemangel entwickeln können.

Victoria Wildförster und Bettina Schmidt zeigen die Rolle von Wohlfahrtsverbänden als sozialraumbezogene Akteur:innen im Gesundheitswesen auf. Die Möglichkeiten communityspezifischer digitaler Innovationen, die im Rahmen des an strukturell benachteiligte Regionen in Deutschland gerichteten Programms »Wandel durch Inno-

vation in der Region« (WIR) entstehen, werden im Rahmen der Digital Health Factory in einem regionalen Innovationsökosystem umgesetzt und unter der Erstautorin Alina Napetschnig von den Partnern aus Forschung und Wirtschaftsnetzwerk beschrieben. Dieser Beitrag steht exemplarisch für die Möglichkeiten einer digitalen Unterstützung in der Steuerung von StadtGesundheit.

Fachplanungen spielen ebenfalls eine bedeutende Rolle. So gibt es die in der EU rechtlich verankerte Lärmaktionsplanung, die gesundheitliche Auswirkungen von Umgebungslärm im Bestand adressiert. Andreas Frücht, Bryce Lawrence und Heike Köckler zeigen am Beispiel der Stadt Dortmund auf, wie innovative Ansätze von Sound Scapes und digitaler Partizipation etablierte formale Verfahren aus einer gesundheitsbezogenen Perspektive erweitern können. Auf den Klimawandel bezogene Fachplanungen werden direkt in zwei Beiträgen angesprochen. Die Wirkung von Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Umbau der Emscher wird aus einer gesundheitsförderlichen Perspektive betrachtet. Ein Autor:innenteam um Lea-Christine Antoine zeigt am Beispiel von Hitze die Steuerung gesundheitsrelevanter Stadtklimafolgen im Ruhrgebiet auf.

Den Abschluss bildet ein Beitrag von Aline Krumreihn, Heike Köckler und Andrea Rüdiger zum Forum StadtGesundheit Ruhr, bei dem es sich um einen transdisziplinären Prozess verschiedener Akteur:innen handelt, die zu einem großen Anteil auch an diesem Gemeinschaftswerk mitgewirkt haben. Es geht um die Generierung von Wissen aus Praxis und Wissenschaft – was auch im Prozess des Verfassens dieses Gemeinschaftswerks erfolgt ist – sowie um die Formulierung sozial robuster Orientierungen für Gestaltung und Steuerung im Ruhrgebiet für mehr StadtGesundheit, die in einer Charta für StadtGesundheit Ruhr dargelegt werden. ■

Heike Köckler, Claudia Hornberg, Odile Mekel, Andrea Rüdiger

LITERATUR

Böhm, K.; Bräunling, S.; Geene, R. & Köckler, H. (Hrsg.) (2020). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*. Springer VS, Wiesbaden.

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

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

3.1
Bochum, Ruhr und die fortwährenden Planungen für eine gesunde Stadt

Sabine Baumgart, Eckart Kröck

Einführung

Die regionale und kommunale Planung in der hochgradig verflochtenen Agglomeration an der Ruhr lassen sich nicht trennen (Farrenkopf, 2019). Dem folgt auch der Beitrag bei der Betrachtung der gesundheitlichen Aspekte. Zum Einstieg werden das historisch gewachsene Verhältnis von industrieller Überformung und Freiraumschutz und die Rolle für die Gesundheit einer Industrieregion betrachtet sowie auf jüngere Ansätze zur Bewältigung des Strukturwandels in der Region fokussiert. Bochum, die viertgrößte Stadt der Region mit ihren rund 370.000 Menschen, arbeitet strategisch und konzeptionell an der gesundheitsfördernden, gut gestalteten, grün-blauen, durchmischten und kompakten Stadt der kurzen Wege und beschäftigt sich mit der Gesundheit über die Vorsorge und Daseinsversorgung hinaus als Mittel der Wirtschaftsförderung. Auf der Stadtteil- und Quartiersebene wird die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bewohnerschaft im Rahmen eines Erneuerungsprogrammes für den westlichen Stadtteil Wattenscheid thematisiert. Ein abschließendes Fazit fasst die Kernbotschaften des Beitrags zusammen.

In den Städten und Stadtregionen entscheiden sich unsere Zukunft, auch das Wohlbefinden und der Zustand der Gesundheit der Menschen. In der verstädterten Agglomeration prallen unterschiedliche Lebensmuster und räumliche Ansprüche der Menschen untereinander und mit der Natur unmittelbar aufeinander und verstärken den Druck auf eine effektive und schnelle Transformation, um auf die aktuellen multiplen Krisen aus Klimawandel, Artensterben, Migration und dem nächsten technischen Innovationsschub die richtigen Antworten zu geben. Erschwert werden die Anstrengungen in der Region durch die historisch gewachsenen Problemlagen und auch die Programmierung auf eine auch weiterhin industrielle Zweckbestimmung. Der fortwährende sozioökonomische Strukturwandel geht weiter und muss sich weiterhin den schroffen städtebaulichen und landschaftlichen Brüchen, funktional und stadträumlich schwierigen Verflechtungen sowie immissionsbelasteten Gemengelagen und einer keineswegs einfachen sozialen Situation widmen. Zudem werden auch zukünftig die Arbeitsplätze, die Ausbildungsstätten und die übergeordneten und zentralen Versorgungseinrichtungen in den gut ausgestatteten größeren Städten den Zuzug von Menschen verstärken – auch an der Ruhr. Zu den großen urbanen Herausforderun-

gen gehören die soziale Spreizung der Gesellschaft bei gleichzeitig wachsendem Wohlstand, ein Mangel an bezahlbarem Wohnraum sowie ein ungebremstes Wachstum der Wohnflächen, zudem eine Dominanz des Autoverkehrs in einer höchst mobilen Gesellschaft, die wachsenden Flächenansprüche von Industrie und Logistik und die Miniaturisierung von Produktion und Produkten. Hinzu kommen gesundheitsschädliche Lärm- und Luftbelastungen sowie zunehmender Bewegungsmangel bereits von jungen Menschen und hohe Gesundheitskosten durch Folgekrankheiten.

Gesundheit und Region: Grünzüge und Projektfamilien

Der RVR – Regionalverband Ruhr – und sechs Städte starten aktuell auf Anregung der Bochumer Stadtplanung eine Initiative, um den »Grünzug E« aufzuwerten und damit seiner ursprünglichen Bedeutung näherzubringen. Bereits vor über hundert Jahren wurde dessen hoher Stellenwert für Naherholung, Ökologie und als Frischluftkorridor vom ersten Verbandsdirektor des SVR – Siedlungsverband Ruhrkohle –, Robert Schmidt (1869–1934), gesehen und dem vorhersehbar weiteren Siedlungswachstum des Ruhrkohlenbezirks entgegengesetzt. Die expansive Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg überwand zunehmend die planerische Bremse seines Generalsiedlungsplanes und nutzte die sieben Grünzüge, die das Ruhrgebiet von Nord nach Süd durchziehen, als Verfügungsraum zur Externalisierung von Verkehrstrassen, Kläranlagen oder Elektrizitätswerken.

Die Freihaltung dieser Grünflächen und die Planung von Freiräumen mit einem »systematischen Klein- und Großgrünflächennetz« (Schmidt, 2009, S. 90) wurde cha-

Abbildung 3.1-1: Regionale Grünzüge A bis G. *Quelle: Regionalverband Ruhr, 2015, mit eigenen Ergänzungen.*

rakteristisch für den Generalsiedlungsplan. In Anlehnung an das planerische Vorsorgeprinzip »kommt es bei den Grünflächen darauf an, die Kosten, die sicherlich entstehen werden, durch das vorläufige Freihalten später auf ein Minimum herabzudrücken. Es müssen also vorläufig genügend große Flächen an geeigneter und planmäßig bestimmter Stelle von der Bebauung freigehalten werden« (ebd.). Auf diesen Flächen, die in einem Spezialplan ausgewiesen wurden, »dürfen […] keine Spezialbebauungspläne durchgeführt werden« (ebd.), um auf den Grünflächen keine Bauplatzqualität zu schaffen, die »unerschwingliche Preise« (ebd.) zur Folge hätte.

Zur Begründung seiner umfassenden und weit vorausschauenden Planungsvision bezieht sich Schmidt explizit auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. »Anlaß zu dieser Arbeit gab zunächst der Wunsch, zu versuchen, ob es sich im Interesse der Volksgesundheit nicht ermöglichen ließe, die Grünflächen […] zu erhalten und den Bedürfnissen entsprechend zu ergänzen« (ebd., S. 5). Grünflächen sind »kein unnötiger Luxus« (ebd., S. 90), sondern »die natürlichen Luftgeneratoren« (ebd., S. 65) und sollten »im Interesse der Landesverteidigung und der öffentlichen Gesundheitspflege freigehalten werden«, weil sie »Lust schaffen zu regenerierender Bewegung im Freien« (ebd.). Selbst der schnelle Rückgang der Mortalitätsziffern wird von Robert Schmidt mit der Durchgrünung der Städte in Verbindung gebracht (ebd., S. 22).

Gesundheitsvorsorge ist für Schmidt das Leitthema für die stadtregionale Entwicklung mit Blick auf Grünflächen, Dichten und Infrastruktur: »Wo die Sonne hinkommt, braucht der Arzt nicht hinzugehen« (ebd., S. 54). Er sieht Licht, Luft, Besonnung als zentrale Elemente der räumlichen Planung von Siedlungs- und Grünflächen. Dazu gehören auch das Freihalten von Grünzügen von Bebauung, auch wenn er dies als einen »scharfen Eingriff in das Privateigentum« (ebd., S. 67) erkennt, und der Schutz großer zusammenhängender Grünflächen außerhalb der Siedlungsbereiche: »Aufgabe der Planung wird es sein müssen, aus diesen Großgrünflächen durch Erhaltung, Ergänzung und insbesondere durch Verkehrsverbesserungen den notwendigen Vorteil für die Bevölkerung zu ziehen« (ebd., S. 68).

Auch auf der konkreteren Ebene des Bebauungsplans orientiert sich Schmidt entsprechend der damaligen Ablehnung der alten und dichten Industriestadt an der Gesundheitsvorsorge: »Die gesunde, freie, luftige Bauart der Städte erreichen wir neben der Beschränkung der Geschoßzahl und Freihaltung des Innern des Baublocks von Bauwerken aller Art mit dem Anstreben durchgehender rückwärtiger Baulinien, am besten vermittels der Grünflächen in günstiger Anordnung. Sie sind zu betrachten bezüglich ihres Charakters, ihrer Größe, ihrer Lage und ihrem Zusammenhange miteinander« (ebd., S. 66).

Schmidts Entwurf für einen Generalsiedlungsplan zeichnet sich durch Umsetzungsorientierung aus, die ihm ein zentrales Anliegen ist: »Alle zulässigen Maßnahmen [müssen] ergriffen werden« (ebd., S. 90), von der Nichtgenehmigung von speziellen

Bebauungsplänen über die Anwendung baupolizeilicher Vorschriften bis zur Enteignung, deren rechtliche Grundlagen er ausführlich darlegt, notfalls auch die Ergänzung des Enteignungsgesetzes oder »ein neues Gesetz für diesen Spezialfall, ähnlich wie es bei der Emschergenossenschaft der Fall war« (ebd., S. 92 f.).

Der regionalen Perspektive und konkreten Umsetzung in Form innovativer Projekte für Wohnen, Arbeiten und Kultur hatte sich auch die Internationale Bauausstellung Emscher Park (1989–1999) verschrieben (Kloke, 2023). Der Fokus lag auf der sozialökologischen Sicherung und Erneuerung des baulichen Bestands in den Quartieren, damit auch auf Qualitäten, die auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Bevölkerung im Ruhrgebiet abzielten. Dazu gehörte auch die ästhetische und nutzungsorientierte Qualifizierung der vom Bergbau geprägten Freiräume auf lokaler und regionaler Ebene. Als innovativ galten auch die interdisziplinäre und partizipative Herangehensweise als Kernelemente einer neuen Planungskultur und der feste Blick auf das Machbare bei gleichzeitig konsequenter strategischer Zielorientierung, dem sogenannten Perspektivischen Inkrementalismus.

2010 hatte die Stadt Bochum den »Grünzug E« zum zentralen Thema ihrer Bewerbung für die Ausschreibung des Innovationskreises Ruhr zur InnovationCityRuhr gemacht. Mit dem Ziel, 50 % des CO_2-Ausstoßes einzusparen, wurden der Grünzug und seine baulichen Ränder überplant. Auch ohne den Zuschlag für das Projekt zu erhalten, kamen zahlreiche planerische, bauliche und sozialräumliche Maßnahmen auf die Agenda. Im Rahmen einer in der Verwaltung koordinierten und räumlich definierten »Projektfamilie« (vgl. Abb. 3.1-2) und mit dem Oberziel einer urbanen Mischung der Nutzungen und Funktionen im Bestand wie im Neubau konnten in den drei eng verknüpften Interventionsräumen folgende Vorhaben angegangen werden :

1. entlang des Maßnahmenkataloges eines Integrierten Stadtentwicklungskonzepts Laer/Mark 51°7 (Stadt Bochum, 2013) aus dem Jahre 2013 die Erneuerung des Stadtteils Laer,
2. die Transformation des ehemaligen Opel-Werks I zum dritten Wissensquartier der Stadt: Mark 51°7 mit rund 10.000 neuen Arbeitsplätzen (auch der Ruhr-Universität Bochum und der Max-Planck-Gesellschaft) (Bochum Perspektive, 2023; Eller+Eller, 2023) und
3. das neue klimaangepasste und wassersensible Wohngebiet Ostpark für rund 1.300 Wohneinheiten und ein neuer Park (Stadt Bochum, 2023a; Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, 2023).

Eine weitere Projektfamilie bahnt sich aus den rund 40 Pilotvorhaben an, die die Städte Herne, Castrop-Rauxel, Dortmund, Bochum, Witten und Hattingen mit dem RVR angehen wollen, um angesichts des Klimawandels die Qualitäten des »Grünzuges E« als Teil der grün-blauen Infrastruktur im Ruhrgebiet wieder anzuheben. Hier lassen

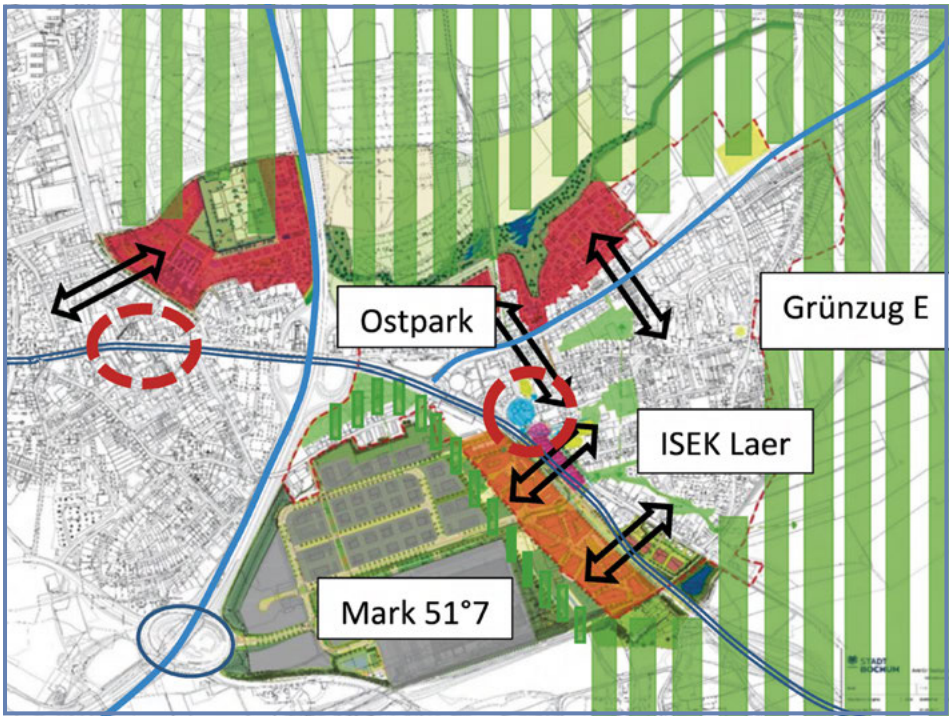

Abbildung 3.1-2: Projektfamilie ISEK Laer/Mark 51°7 und Ostpark am »Grünzug E«.
Quelle: Stadt Bochum, 2023a, mit eigenen Ergänzungen.

sich das Schmidt'sche Denken, der Pragmatismus und die Innovationskraft der Internationalen Bauausstellung Emscher Park und die wohlsortierte und strategische Vorgehensweise in einer Projektfamilie für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen nutzen; hierbei kann exemplarisch der Grünzug seine ihm zustehende Wertschätzung vor Ort sichtbar zurückerhalten.

Wichtiges Ziel und zentraler Maßstab aller Projekte sind ihre Wirksamkeit und Umsetzungsgeschwindigkeit. Die ehemalige Cloaca Maxima der Region, die etwa 110 km lange, als offener Abwasserkanal geführte Emscher, wurde zwar in Rekordzeit und unter Einhaltung der Kosten verrohrt, benötigte aber über 20 Jahre Bauzeit und rund 5,5 Milliarden Euro Investitionsmittel. Damit wurden durch den renaturierten Fluss neue gesundheitsfördernde kleinräumige Qualitäten in den Quartieren und der Region erzeugt. Jetzt hat auch das nördliche Ruhrgebiet das Niveau der wohl wirksamsten medizin- und ingenieurtechnischen Entwicklung des 19. Jahrhundert erreicht.

Gesundheit als planerische Aufgabe und Impuls der Stadtentwicklung

Die Region teilt sich ihre Aufgaben, und zugleich stehen die Städte in einem interkommunalen Wettbewerb in der Kultur, dem Sport und nicht zuletzt um interessante gewerbliche Ansiedlungen und damit Steuereinnahmen. »Kooperation und Eigensinn« nannte Benjamin Davy (2004) diesen für ihn alles in allem produktiven Weg. In Bochum bildeten sich nach dem Ende von Kohle und Stahl sowie der Massenfertigung von Nokia und Opel drei Cluster heraus: Bildung, IT-Sicherheit und die Gesundheitswirtschaft. Sie setzten auf dem Arbeitsmarkt und in der Flächenentwicklung die prägnantesten Ausrufezeichen.

Fast alle kommunalen Aufgaben und Maßnahmen besitzen einen direkten oder zumindest mittelbar räumlichen, funktionalen und gesundheitlichen Bezug. Eine aktive querschnittsorientierte Stadtentwicklung muss Public Health als ein präventives, Setting-orientiertes, vernetztes und zum Handeln befähigendes Verständnis begreifen, um die Gesundheitsförderung im umfassenden Sinne auch auf der Ebene der Entwicklung der Gesamtstadt zur Wirkung zu bringen. Seit 2013 ist Bochum Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk und schreibt seine Gesundheitsberichterstattung alle drei Jahre fort (Stadt Bochum, 2023b). Neben dem Basisgesundheitsbericht, der 2008 erstmals verfasst wurde, werden auch Berichte zu speziellen Themen veröffentlicht, bspw. zu »Armut und Gesundheit« (Stadt Bochum 2014a). Sein Zwilling ist der gesamtstädtische Sozialbericht, und es gibt auch Berichte für einzelne Ortsteile.

Ein wichtiger Baustein für die wirtschaftliche Entwicklung Bochums ist die Gesundheitswissenschaft und -wirtschaft. Auf Grundlage des Beschlusses der Landesregierung im Jahre 2009 (Stadt Bochum, 2024) wurde der Gesundheitscampus Bochum errichtet und seit 2015 sukzessive bezogen. Die positive Entscheidung für die Ansiedlung in Bochum ist auch auf die planerischen Vorarbeiten aus dem Wettbewerb zur Entwicklung des BioMedParks Ruhr (EGR, 2005) und dem Masterplan Universität – Stadt Bochum (Stadt Bochum, 2009) aus dem Jahre 2009 zurückzuführen: Die städtebauliche und funktionale Integration des neuen Areals erfolgt durch die räumliche Verlängerung der sogenannten M-Reihe (Medizin) der Ruhr-Universität Bochum (RUB). Das Angebot an Studiengängen umfasst die akademisierte Ausbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen sowie einen Studiengang Community Health. Weitere Einrichtungen des Landes Nordrhein-Westfalen sind hier räumlich konzentriert: das Landeszentrum Gesundheit NRW, das Landeskrebsregister, das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung und das Forschungszentrum für molekulare Proteindiagnostik der Ruhr-Universität Bochum. Im Süden des zweigeteilten Areals sind inzwischen privatwirtschaftliche Unternehmen ansässig, die sich mit der Herstellung, Erforschung oder Anwendung von Produkten aus den Bereichen Medizin, Medizintechnik, Biochemie und -technologie sowie der Weiterbildung befassen. Mit der abgeschlossenen Ver-

marktung der Flächen ist mit dem Gesundheitscampus NRW in Nachbarschaft zu den medizinischen Fakultäten der Ruhr-Universität und dem städtischen Starterzentrum BioMedizinZentrum ein kräftiges Cluster der Gesundheitswirtschaft entstanden (Stadt Bochum, 2014b).

Abbildung 3.1-3a: Gesundheitscampus Bochum, Terrasse vor der Hochschule für Gesundheit. *Quelle: ZinCo GmbH, o. J.*

Auf dem Areal einer abgesiedelten Schule und in räumlicher Verknüpfung mit dem GesundheitsCampus Bochum und den Sportwissenschaften der RUB sollen ab 2024 ca. 360 neue Wohnungen, eine Kindertagesstätte und eine weitere Turnhalle als neues »Quartier am Gesundheitscampus« entstehen (WAZ, 2023). Kraftvoll im baulichen Auftritt, auch um mit den großen Nichtwohngebäuden in der Nachbarschaft zu har-

Abbildung 3.1-3b: CampusBochum, Montage der Planung in das Luftbild. *Quelle: Stadt Bochum, 2023a.*

monieren, wird auch dieses Quartier den Prinzipien des klimagerechten und wassersensiblen Bauens folgen. Die angestrebte urbane Mischung mit »gesundheitsaffinem Gewerbe« soll durch die Möglichkeit zur Erhöhung der baulichen Ausnutzung zusätzlich gefördert werden.

Die Entwicklungen im grünen Süden der Stadt sind eingebettet in bestehende und weiter zu qualifizierende Wasser-, Grün- und Freiräume und wurden aktuell im kürzlich fertiggestellten Rahmenplan für den CampusBochum bestätigt (Stadt Bochum, 2022a). Er soll das ehemals monofunktional angelegte 1.000 × 400 Meter große Universitätsbauwerk und die übrigen Flächen des 310 Hektar großen Areals urbanisieren und mit neuen Verbindungen für die langsamen Verkehre neu aufschließen.

Bochum hat sich in seiner gesamtstädtisch angelegten »Bochum Strategie« mit seiner Programmatik: »Wissen – Wandel – Wir-Gefühl« explizit der Nutzung des Rohstoffs »Wissen« verschrieben (Stadt Bochum, 2023c). Hilfreich ist dabei, dass fast 58.000 Studierende und rund 10.000 Beschäftigte in sieben Hochschulen bei rund 375.000 Einwohner:innen schon längst eine zentrale Wissenschafts- und Studentenstadt formen. Die weltweit führende Leitbranche Gesundheitswirtschaft führt in der Region zu positiven Effekten: Heute sind hier rund 361.000 Arbeitskräfte im Gesundheitswesen beschäftigt. Sie nehmen etwa einen Gesamtanteil von 20 % der Arbeitsplätze in der Metropole Ruhr ein und entwickeln sich mit etwa bundesweit vergleichbaren Wachstumsraten (Metropole Ruhr, 2023). Gegenwärtig laufen die Planungen für ein ehemaliges Kohlekraftwerksareal zur weiteren Ansiedlung von Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft. Bochum etabliert sich zu einem wichtigen Player zur Entwicklung einer Modellregion »Smart Health«.

Stadtteilentwicklung und Gesundheit am Beispiel Gesunde und bewegte Stadt Wattenscheid

Die Bundesländer unterstützen städtebauliche Erneuerungsmaßnahmen der Kommunen mit finanziellen Mitteln aus der Europäischen Gemeinschaft und des Bundes. Inzwischen hat die Stadt Bochum fünf Erneuerungsgebiete nach Integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzepten (ISEK) in Arbeit. Zur erfolgreichen Beantragung und Bewilligung eines weiteren ISEK-Gebiets war ein für das Land NRW neuer inhaltlicher Zugang erforderlich.

So wurde im Jahre 2015 das ISEK »Gesundes und bewegtes Wattenscheid« für das Zentrum des Stadtteils Wattenscheid (rund 71.000 Einwohner:innen) vom Land Nordrhein-Westfalen als erste explizit auf die gesundheitliche Verbesserung zielende Maßnahme in einem Stadtteil anerkannt und seitdem mit Fördermitteln aus dem Stadterneuerungsprogramm »Soziale Stadt« versehen (Stadt- und Regionalplanung Dr. Jansen GmbH, 2014). Die Datenlage zur Gesundheitssituation trug dazu bei, dass sechs sozial-

räumliche und städtebauliche Schwerpunktaufgaben definiert und mit Maßnahmen untersetzt wurden. Dazu gehören der Ausbau von Spiel- und Bewegungsräumen, die stadträumlich wirksame Gestaltung von Grün- und Platzflächen, die bauliche Erneuerung sowie eine aktive Partizipation der Bürgerschaft. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Minderung der Lärmbelastung, insbesondere für das Wohnen und die Erholung im ISEK-Gebiet, auf Basis des gesamtstädtischen Lärmaktionsplanes. Inhaltlich konzipiert und koordiniert vom Amt für Stadtplanung und Wohnen, erfolgt seit 2016 die Bearbeitung durch ein Planungsbüro und die AWO Bochum gemeinsam mit den Ämtern der Stadt und einem Quartiersmanagement als zentraler Anlauf- und Organisationsinstanz: »WAT bewegen«. Insbesondere die Hochschule für Gesundheit Bochum ist an vielen Stellen in die Entwicklung involviert, unterstützt die Aktivitäten der privaten und öffentlichen Akteure und gewinnt ihrerseits wertvolle Erkenntnisse für die Forschung und Lehre.

Abbildung 3.1-4: Erneuerung der Parkanlage Ehrenmal in Bochum-Wattenscheid. *Quelle: Stadtsportbund Bochum e. V., 2024.*

Die Arbeit in der kleinräumlichen Entwicklung legt direkt die unterschiedlichsten Interessenlagen, Hemmnisse und Widersprüche offen. Einerseits ist die große Transformation zu einer CO_2-freien Stadt voranzubringen, die Resilienz der Stadt zu stärken und durch einen Strauß von Maßnahmen die Gesundheit ihrer Bewohner:innen zu verbessern. Auf der anderen Seite stehen die vorhandenen, nur schwer veränderbaren baulichen Strukturen und ihre Absicherungen in den Grundbüchern und Kreditverträgen sowie vielfältigste Einzelinteressen. Auch aus einer gesamtstaatlichen Verantwortung heraus sind die Vermittlung der neuen Aufgaben und Herausforderungen ebenso essenziell wie die Bemühungen, in dem Wandlungsprozess niemanden zurückzulassen.

Nur durch die Erneuerungsmaßnahmen und ohne weitere kräftige Impulse lässt sich die schwierige soziale, gesundheitliche, städtebauliche und wirtschaftliche Lage im

Abbildung 3.1-5: Projektfamilie Wattenscheid. *Quelle: Stadt Bochum, 2020.*

Stadtteil Wattenscheid nicht wirksam verändern (Stadt Bochum 2023d). Eine zeitgleiche Bearbeitung mit strategisch klug gewählten neuen Projekten sollen die erforderliche Zuversicht und Mitwirkungsbereitschaft für den großen Turnaround bei Geldgebern, Politik, Bürgerschaft und den zahlreichen Mitwirkenden stärken und die notwendigen Veränderungen herbeiführen. Dazu werden südlich des ISEK-Areals die Entwicklung von Wohn- und Gewerbeflächen ober- und unterhalb des Mobilitätshubs Bahnhof Wattenscheid angegangen (vgl. Übersichtsplan, Abb 3.1-5). Eigens für die Aufgabe konzipierte Planverfahren sowie sorgfältig erarbeitete regelbasierte Entwürfe heben die bauliche, architektonische und städtebauliche Qualität gerade dort, wo die Schönheit der gebauten und grünen Umwelt bislang wenig Aufmerksamkeit bekam. Wenn die Fassaden der Wohn- und Gewerbebauten mit den Straßen und Plätzen als öffentlicher Raum, als Wohnzimmer der Stadt, allen Bürgerinnen und Bürgern seine Reverenz erweist, ist dies ein dauerhaftes Zeichen der Wertschätzung und Höflichkeit. Mit diesem Hintergrund beschloss die Bochumer Politik gesamtstädtisch wirksame Leitlinien für eine regelbasierte städtebauliche Gestaltung (Stadt Bochum, 2022b). Keinen Nebenaspekt bildet der Umgang mit den wichtigen öffentlichen Gebäuden. Wenn sowohl Bahnhöfe, Schulen, auch Krankenhäuser sowie andere Gebäude für die Gesundheitsversorgung als auch die darin Beschäftigten wieder Achtung und Anerkennung genießen sollen, müssen sie in zentralen Lagen stehen und durch ihre Positionierung und

Ausgestaltung zum öffentlichen Raum hin einladend und im besten Sinne repräsentativ ausgebildet werden. Die wohltuende und damit auch gesundheitsfördernde Wirkung eines respektvollen Städtebaus für das Wohlbefinden, die Akzeptanz bis hin zu einer Aufforderung zur Mitwirkung gilt es offensiv zu nutzen.

Fazit

Die Verbesserung der Gesundheit muss als Teil der großen Transformation unserer Zeit zur Bewältigung der multiplen Krise gesehen werden. Sie setzt ein massives Bauprogramm in Gang, nicht nur für Windräder und Solarelemente. Für die notwendigerweise rasante Anpassung und den Umbau der Verkehrswege, Gebäude, Leitungen, Wasserflächen und Grünflächen werden erhebliche finanzielle, technische und personelle Mittel, ein besserer Zugriff auf Grund und Boden für öffentliche Aufgaben sowie einfachere Verfahrensgänge nötig.

Mit dem Blick auf gesundheitsfördernde Entwicklungen in einer ehemals industriell geprägten Region wie dem Ruhrgebiet lässt sich festhalten:

- Die industriell überformte und von den antistädtischen Vorstellungen der Moderne geprägte Stadt kämpft noch immer mit gravierenden Gestaltungsfehlern. Nicht nur die vernachlässigte private und öffentliche Bausubstanz, auch im Zusammenspiel mit den Straßen und Plätzen zeigt der öffentliche Raum ein schwieriges, despektierliches und nicht zu beschönigendes Gesamtbild, ohne Wertschätzung und Höflichkeit gegenüber den hier lebenden Menschen. Eine positive Veränderungsstimmung und eine Mitwirkungsbereitschaft der unterschiedlichsten Akteursgruppen für die anstehende soziale und ökologische Transformation schließen Ästhetik und Wohlbefinden ein.

- Neue Städte oder andere Stadttypen lassen sich erträumen, aber nicht von heute auf morgen bauen. Aus der vorhandenen Stadt grüne Archipele zu machen, wird nicht gelingen. Die europäische Stadt bietet eine reelle, aber auch äußerst anspruchsvolle Chance zur Transformation. Dazu muss auf engstem, dem bereits vorhandenen städtischen Raum eine äußerst schwierige Strategie der (mehrfachen) Innenentwicklung aus kompakter baulicher Nachverdichtung, grünem und blauem Infrastrukturausbau und einer wirksamen Mobilitätswende verfolgt werden, ohne ökologisch wertvolle naturräumliche Bestände zu vernichten.

- Der Paradigmenwechsel vom Neubau zur Bestandsentwicklung muss zu mehr »healthy buildings« und zur Umstellung der bisherigen Produktionsbedingungen führen. Innerhalb der Projektfamilien bestehen gute Chancen, »sick buildings« umzubauen, ohne lange Transportwege mit vorhandenen Materialien neue Stoffkreisläufe

aufzubauen und das Primat für Recycling- und Wiedernutzungskonzepte aus der Pilotphase in die Normalität zu überführen.

- Die Bemühungen um eine gesunde Stadt hören nicht hinter ihrem Ortsschild auf. Die Region besitzt zahlreiche gemeinsam wirkende Instrumente und Institutionen, wie den Regionalverband Ruhr, die Emscher Genossenschaft und den Ruhrverband, aber zugleich, etwa durch die Teilung in drei Regierungsbezirke und zwei Landschaftsverbände, noch zu viel Trennendes. Nicht auflösbar miteinander verbunden und aufeinander angewiesen, stützen sie sich auf ihre gemeinsame Geschichte und die Erfahrungen aus den vorausschauenden regionalen Planungen von Robert Schmidt für den Siedlungsverband Ruhrkohlenbezirk, den Pragmatismus und den ausgeprägten Willen zur Innovation der Internationale Bauausstellung Emscher Park, die kooperative Erarbeitung des aktuellen Regionalplanes des Regionalverbandes Ruhr und den fruchtbaren Austausch über die besten Wege zur Erledigung der kommunalen Aufgaben.

Eine nachhaltige wissenschaftsbasierte Stadtentwicklung setzt einerseits an den Entwicklungspfaden und gewachsenen Stärken einer Stadt an, muss aber auch neue Wege angesichts aktueller Herausforderungen suchen. Auch Bochum folgt dem Leitbild der kompakten Stadt, wie es 2015 in den Nachhaltigkeitszielen der UN verankert sowie in der Leipzig Charta von 2007 räumlich und der Neuen Leipzig Charta 2020 konzeptionell für die EU konkretisiert wurde. Gesundheitsvorsorge und -förderung für das Wohlbefinden der Bevölkerung sind dabei auf allen Planungsebenen von Region und Kommunen von zentraler Bedeutung. Als Querschnittsaufgabe sind sie in fordernden Zeiten Herausforderung und zugleich Maßstab für eine gelungene Transformation.

LITERATUR

Bochum Perspektive (2023). *Mark 51°7*. www.mark51-7.de/; letzter Zugriff: 01. 08. 2023

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2023). *Plan4Change*. https://plan4change.de/; letzter Zugriff: 01. 08. 2023

Davy, B. (2004). *Die neunte Stadt. Wilde Grenzen und Städteregionen Ruhr 2030*. Müller + Busmann, Wuppertal

EGR (2005). *BioMedPark Ruhr in Bochum. Städtebaulicher Wettbewerb nach RAW 2004. Dokumentation*. https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:109-opus-63111; letzter Zugriff: 01. 08. 2023

Eller+Eller (2023). *Max-Planck-Institut für Sicherheit und Privatsphäre, Bochum*. https://eller-eller.de/portfolio/max-planck-institut-fuer-sicherheit-und-privatsphaere-bochum/; letzter Zugriff: 01. 08. 2023

Farrenkopf, M.; Goch, S.; Rasch, M. & Wehling, H.-W. (2019). *Die Stadt der Städte. Das Ruhrgebiet und seine Umbrüche*. Klartext Verlag, Essen

Kloke, A.; Monheim, H. & Paetzel, U. (2023). *Karl Ganser. Integratives Planen und Handeln.* Verlag Kettler, Dortmund

Metropole Ruhr (2023). *Was die Gesundheitswirtschaft zur Triebfeder des Wandels macht.* https://metropole.ruhr/artikel/gesundheit; letzter Zugriff: 03. 08. 2023

Regionalverbund Ruhr (2015). *Fachliche Grundlage »Regionale Grünzüge« zum Regionalplan Ruhr. Stand Juni 2015.* Essen

Schmidt, R. (2009). *Denkschrift betreffend Grundsätze zur Aufstellung eines General-Siedlungsplanes für den Regierungsbezirk Düsseldorf (rechtsrheinisch).* Essen 1912; Reprint Essen

Stadt Bochum (2009). *Masterplan Universität – Stadt Bochum, Entwicklungs- und Handlungskonzept (2009).* Bochum/Düsseldorf

Stadt Bochum (2013). *Integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept Laer / Mark 51°7.* https://www.bochum.de/amt-fuer-stadtplanung-und-wohnen/Dienstleistungen-und-Infos/Stadterneuerung/Laer/ISEK-Laer/Mark-51-7

Stadt Bochum (2014a). *Armut und Gesundheit Spezialgesundheitsbericht Bochum 2014.* https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2BGKJQC870BOCMDE/$File/spezialgesundheitsbericht_bochum_2014.pdf; letzter Zugriff: 09. 07. 2024

Stadt Bochum (2014b). *Masterplan Universität – Stadt Bochum, Entwicklungs- und Handlungskonzept – Fortschreibung (2014).* Bochum/Düsseldorf

Stadt Bochum (2020). *Projektfamilie Wattenscheid. Unveröffentlichte Darstellung: Amt für Stadtplanung und Wohnen*. Bochum

Stadt Bochum (2022a). *Rahmenplan Campus Bochum*. https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CEGB7A216BOCMDE/$File/Bericht_Rahmenplan_Campus Bochum_Stand_Maerz_2022.pdf; letzter Zugriff: 09. 07. 2024

Stadt Bochum (2022b). *Bochumer Grundsätze zur städtebaulichen Gestaltung. Die Stadt zuerst – das Ensemble vor dem Einzelprojekt!* www.bochum.de/media/Bochumer_Grundsaetze_zur_staedtebaulichen_Gestaltung; letzter Zugriff: 01. 08. 2023

Stadt Bochum (2023a). *Ostpark. Neue urbane Wohnquartiere im Grünen*. www.bochum.de/Amt-fuer-Stadtplanung-und-Wohnen/Ostpark; letzter Zugriff: 01. 08. 2023

Stadt Bochum (2023b). *Gesundheitsberichterstattung / Gesunde Stadt Bochum*. www.bochum.de/Gesundheitsamt/Gesundheitsberichterstattung/Gesunde-Stadt-Bochum; letzter Zugriff: 01. 08. 2023

Stadt Bochum (2023c). *Die Bochum Strategie*. www.bochum.de/Die-Bochum-Strategie; letzter Zugriff: 03. 08. 2023

Stadt Bochum (2023d). *Baulandentwicklung – Neues Bahnhofsquartier Wattenscheid. Grundlegende Infos zur geplanten Baulandentwicklung.* www.bochum.de/Amt-fuer-Stadtplanung-und-Wohnen/Baulandentwicklung---Neues-Bahnhofsquartier-Wattenscheid; letzter Zugriff: 03. 08. 2023

Stadt Bochum (2024). *Der Gesundheitscampus hat seinen Sitz in Bochum.* https://www.bochum.de/C125708500379A31/vwContentByKey/W27W5BVD272BOLDDE; letzter Zugriff: 09. 07. 2024

Stadtsportbund Bochum e. V. (2024). *WAT IN ACTION – Aktionstag.* https://www.fit-in-wat.de/veranstaltungen/termin/aktionstag-wat-in-action:603; letzter Zugriff: 09. 07. 2024

Stadt- und Regionalplanung Dr. Jansen GmbH (2014). *Gesundes Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht. Integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept für Bochum-Wattenscheid*. Köln

WAZ (Westdeutsche Allgemeine Zeitung) (2023). *Quartier am GesundheitsCampus*. www.bochum.de/Pressemeldungen/17-Juli-2023/Ein-neues-Quartier-in-Querenburg; letzter Zugriff: 17. 07. 2023

ZinCo GmbH (o. J.). *GesundheitsCampus, Bochum*. https://www.zinco.de/referenz/gesundheitscampus-bochum; letzter Zugriff: 09. 07. 2024

3.2 Krankenkassen – StadtGesundheit in gemeinsamer Verantwortung gestalten

Ute Erdenberger

Einleitung

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) fördern auf der Grundlage der §§ 20, 20a und 20b Sozialgesetzbuch V (SGB V) verhaltens- und lebensweltbezogene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in nicht betrieblichen Lebenswelten und Betrieben (vgl. GKV-SV, 2023, S. 10). Die GKV wurden durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 zu gesetzlich festgelegten Mindestwerten ihrer Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben verpflichtet und leisten den größten Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz der stimmberechtigten Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) (vgl. NPK, 2023, S. 170 ff.). Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) legt »unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstands sowie des Sachverstands der Menschen mit Behinderung die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention in Lebenswelten fest« (GKV-SV, 2023, S. 10). Diese gelten verbindlich für die Leistungserbringung (vgl. ebd., S. 11). Im Folgenden wird diese Aufgabe näher beleuchtet, und es werden unterschiedliche Ansätze, insbesondere der interdisziplinären Zusammenarbeit in Projekten und Programmen, vorgestellt.

Gesamtgesellschaftliche Aufgabe sowie politikfeldübergreifende Strategien

Eine nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten setzt ein gesamtgesellschaftliches Verständnis und politikfeldübergreifende gesundheitsförderliche Strategien und Vernetzungsprozesse zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen (z. B. Vereine, Initiativen) voraus (vgl. GKV-SV, 2023, S. 26).

Insbesondere wenn neben den Sozialversicherungsträgern weitere Akteure ihre Verantwortung für eine Reduzierung sozialbedingter ungleicher Gesundheitschancen übernehmen, können nachhaltige Effekte erzielt werden (vgl. NPK, 2018, S. 12). StadtGesundheit in gemeinsamer Verantwortung zu gestalten, impliziert daher Kooperationen in Form von Mischfinanzierungen. Von der Förderung seitens der GKV ausgeschlossen sind u. a. Aktivitäten, die zu den Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder Verantwortlicher gehören (z. B. die Suchtberatung durch entsprechende Beratungsstellen oder Suchtprophylaxebeauftragte sowie Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsaufträge), Kosten für Baumaßnahmen oder Einrichtungsgegenstände und eine Regelfinanzierung von auf Dauer angelegten Stellen, z. B. in Beratungseinrichtungen (vgl. GKV-SV, 2023, S. 35). Die Abgrenzungen zu gesetzlichen Anspruchsgrundlagen anderer Träger für besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune sind zu beachten (vgl. ebd., S. 161 ff.).

Verzahnte und gemeinschaftliche Aktivitäten in NRW

Nichtbetriebliche Lebenswelt

Förderung unter dem Dach von Landesprogrammen

Der Forderung nach einem systematischen Prozess unter Einbindung aller Lebensweltverantwortlichen kommen die Akteure in NRW u. a. über die Integration und Umsetzung im Zuge verschiedener landesweiter Programme nach. In diesen kann Wissen gebündelt und durch qualitätsgesicherte Konzepte eine wirksame Vorgehensweise etabliert werden (vgl. GKV-SV, 2023, S. 33). Die Koordination zur Verzahnung bestehender und Initiierung neuer Maßnahmen entlastet zudem die Verantwortlichen in den Lebenswelten (vgl. ebd., S. 27). Beispiele für die Umsetzung in NRW sind: Bildung und Gesundheit,[1] Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken (KIPS Prävention NRW),[2] Leben ohne Qualm und Stark bleiben,[3] Allgemeiner Bewegungskin-

1 Landesprogramm Bildung und Gesundheit, www.bug-nrw.de; letzter Zugriff: 20. 04. 2023

2 Landesprogramm KIPS Prävention NRW, kips.nrw; letzter Zugriff: 20. 04. 2023

3 Landesinitiative Sucht hat immer eine Geschichte, www.suchtgeschichte.nrw.de; letzter Zugriff: 20. 04. 2023

dergarten mit Pluspunkt Ernährung (ABmPE)[4] und Schatzsuche[5] (s. Reeske-Behrens & Funk 2024, in diesem Band).

Integrierte kommunale Gesundheitsförderung von der Kommune aus(-)gedacht

Die GKV unterstützt in enger Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit am Landeszentrum Gesundheit NRW (KGC, s. Reeske-Behrens & Funk 2024, in diesem Band) Kommunen bei allen Schritten des Gesundheitsförderungsprozesses (vgl. GKV-SV, 2023, S. 37) und fördert Methoden der Verstetigung und Vernetzung zum kommunalen Strukturaufbau ebenso wie zielgruppenspezifische Maßnahmen (vgl. ebd., S. 36). Dies erfolgt unter Beteiligung der Menschen und Akteure in der jeweiligen Lebenswelt und fördert somit kontinuierlich die Sensibilisierung und das Empowerment aller Akteure und Zielgruppen (vgl. ebd., S. 29 ff.; für einen Überblick kassenübergreifend geförderter kommunaler Projekte in NRW siehe KGC NRW).[6] Als förderliche Rahmenbedingungen integrierter Strategien werden u. a. die Unterstützung und Rückendeckung durch die Kommunalpolitik, strategische (Leit-)Ziele der Kommune und integrierte und qualifizierte Verwaltungsstrukturen angesehen. Hemmend wirken u. a. knappe Ressourcen und eine fehlende kommunale Priorität für das Thema Gesundheitsförderung (vgl. Böhme & Reimann, 2018, S. 10–17). Voraussetzung für strukturell verstetigte Angebote in kommunalen Lebenswelten ist die Verankerung im Rahmen einer kommunalen Gesamtstrategie, was wiederum nachhaltige gesundheitsfördernde Wirkungen wahrscheinlicher macht (KGC, 2021, S. 41). Diese Querschnittsaufgabe kann nur durch integriertes Handeln und Vernetzung von Personen und Institutionen aus verschiedenen Professionen, der Politik und Zivilgesellschaft erreicht werden (vgl. ebd., S. 45). Es zeigt sich, dass ein für die jeweilige Kommune individuelles und bedarfsgerechtes Vorgehen erforderlich ist. Am Beispiel von drei Ruhrgebietskommunen werden das ressortübergreifende Vorgehen und die Verankerung in Verwaltung und Politik im Sinne eines Health in All Policies-Ansatzes deutlich (vgl. GKV-SV, 2023, S. 40).

- *Stadt Bochum*: Das Projekt »Gesund durch Bewegung in Wattenscheid« entstand 2019 im Rahmen der gesundheitsförderlich ausgerichteten Stadterneuerung »Gesundes Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht« (vgl. Stadt Bochum, 2015). Ausschlaggebend für die gesundheitsförderliche Ausrichtung waren

4 Landesprogramm Anerkannter Bewegungskindergarten mit Pluspunkt Ernährung, www.bewegungskindergarten-nrw.de/angebot; letzter Zugriff: 20. 04. 2023

5 Eltern-Programm Schatzsuche NRW, www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kindergesundheit/psych_gesundheit/schatzsuche/index.html; letzter Zugriff: 20. 04. 2023

6 KGC NRW, Kassenübergreifend geförderte Projekte nach § 20a SGB V, www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/antragstellung_n_betr/gefoerd_proj/index.html; letzter Zugriff: 09. 09. 2024

Erkenntnisse der sozial- und Gesundheitsberichterstattung: Wattenscheid-Mitte ist mit 4.884 Einwohner:innen/Quadratkilometer der am drittdichtesten besiedelte Ortsteil Bochums[7] und derjenige mit dem zweithöchsten Anteil an Schulanfänger:innen mit Adipositas (vgl. Stadt Bochum, 2017). Das Projekt zielt darauf, Bewegung im Alltag der Menschen in Wattenscheid-Mitte verstärkt zu verankern. Dafür sollen die im Zuge der Stadterneuerung grundlegend ertüchtigten öffentlichen Freiflächen als Orte für Bewegung erschlossen werden.

Insbesondere Bevölkerungsgruppen, die bislang nicht von Angeboten zur Bewegungsförderung erreicht wurden, sollen dabei durch partizipativ erarbeitete Bewegungsangebote im öffentlichen Raum erreicht werden und erhalten die Möglichkeit, unabhängig von der traditionellen Vereinsstruktur einen Übungsleiterschein zu erwerben. Das Projekt ist in eine gesamtstädtische Strategie zur Gesundheitsförderung und Prävention eingebettet, in deren Zentrum die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) steht. Das Projekt läuft im November 2024 aus und wird von allen Beteiligten als erfolgreich bewertet. Zwei Initiativen zielen auf seine Verstetigung und seinen Transfer in andere Ortsteile Bochums: Der Stadtsportbund beabsichtigt, die in Wattenscheid aufgebaute Struktur zu erhalten, und die Stadt Bochum ist dabei, unter dem Titel »Bochum bewegt« eine gesamtstädtische Strategie zur Bewegungsförderung umzusetzen, um vergleichbare Quartiersprojekte zu initiieren und zu unterstützen. Parallel dazu ist ebenso ein Projekt zur Bewegungsförderung in dem Stadtteil Bochum-Laer entstanden. Diese Ansatzpunkte gilt es zielführend zu verbinden.

- *Stadt Witten*: Das Gemeinschaftsprojekt »GeWIT«[8] von Stadt und Universität Witten/Herdecke hat das strategische Ziel, die Kommunalpolitik stärker einzubeziehen, um die Gesundheit im Sinne des Ansatzes Health in All Policies in der Kommune zu fördern. Wichtige Schritte in diese Richtung waren die Erweiterung eines Fachausschusses zum Thema Gesundheit sowie der Beitritt der Stadt Witten zum Gesunde-Städte-Netzwerk (GSN). Zudem wurden die Ziele von GeWIT in die Nachhaltigkeitsstrategie der Stadt Witten aufgenommen, die vom Stadtrat verabschiedet wurde und als übergeordnetes Leitbild dient. Die Akteure sind der Ansicht, dass dieser Weg erfolgversprechender ist als die Entwicklung einer separaten Gesundheitsstrategie. Die Techniker Krankenkasse unterstützt den Prozess durch ihren aktuellen Verfügungsfonds, der die kurzfristige Umsetzung gesundheitsfördernder Mikroprojekte in Witten ermöglicht.

7 Stadt Bochum, Bochumer Ortsteile kompakt, bokinteraktiv.bochum.de/VSU/atlas.html; letzter Zugriff: 19. 04. 2023

8 Stadt Witten, Gesunde Stadt Witten, www.gesunde-stadt-witten.de/; letzter Zugriff: 20. 04. 2023

- *Stadt Gelsenkirchen*: In Gelsenkirchen werden zurzeit vier Projekte über verschiedene Fördersträge der GKV unterstützt. Die Leitung der Projekte »Urban Gesund« (GKV Bündnis für Gesundheit) und »Rotthausen – gesund und munter« (Techniker Krankenkasse in Kooperation mit der Arbeiterwohlfahrt) liegt bei der Koordinierungsstelle Gesundheitsplanung des Referats Gesundheit.[9] Zwei weitere Projekte werden durch andere GKV-Träger in Gelsenkirchen durchgeführt (»Caritas – NeuStark« [Verband der Ersatzkassen]; »Generationennetz e. V. – Bewegt plus« [GKV Bündnis für Gesundheit]). Um regelmäßigen Austausch sicherzustellen und um Synergien zwischen den Projekten zu identifizieren, sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Koordinierungsstelle Gesundheitsplanung in den Steuerungsgruppen der Projekte vertreten.

Betriebliche Lebenswelt

Auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) kann eine erfolgreiche Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen erwartet werden, wenn eine interdisziplinäre Beratung und Programme mit den Komponenten der verschiedenen Sozialversicherungsträger (SV) und weiterer Akteure verzahnt angeboten werden (vgl. Barthelmes et al., 2019, S. 70). Die GKV realisiert neben den kassenindividuellen Angeboten zur BGF mit der BGF-Koordinierungsstelle NRW[10] den Auftrag zur gemeinsamen Beratung und Unterstützung insbesondere von kleinen mittelständischen Unternehmen (KMU/KKU). Die GKV kooperiert mit den Unternehmensorganisationen und maßgeblichen Interessenverbänden in NRW, um KMU/KKU mit ihren besonderen Bedarfen bestmöglich zu erreichen. Gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern und dem Land NRW unterstützen sie dabei, aktuellen Herausforderungen wie der Fachkräftesicherung auf verschiedenen Ebenen zu begegnen. Zur Verdeutlichung der verzahnten Unterstützung wurden 2018 unter Einbezug aller Partner und Verbände zwei »BGF-Symposien« veranstaltet und im Juni 2022 gemeinsam mit vielen Akteuren und Verantwortlichen der Branche Krankenhaus bei der Veranstaltung »Pflege Wert« insbesondere die psychosozialen Belastungen der Mitarbeitenden in der Pflege in den Fokus gerückt. Von Juni 2022 bis November 2022 fand die interaktive Onlineveranstaltungsreihe »Gesund in die betriebliche Zukunft« der BGF-Koordinierungsstelle NRW gemeinsam mit den Partnern der Landesrahmenvereinbarung NRW (LRV NRW) statt. In sechs Veranstaltungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten haben die Partner und

9 Stadt Gelsenkirchen, Koordinierungsstelle Gesundheitsplanung, www.gelsenkirchen.de/de/rathaus/politik_und_verwaltung/vorstandsbereiche_und_dienststellen/33367-koordinierungsstelle-gesundheitsplanung-53-kg; letzter Zugriff: 20. 04. 2023

10 BGF-Koordinierungsstelle NRW, www.bgf-koordinierungsstelle.de/nordrhein-westfalen/; letzter Zugriff: 20. 04. 2023)

Partnerinnen gemeinsam den Nutzen, ihre Unterstützungsleistungen und gemeinsame Beispiele aus der betrieblichen Praxis vorgestellt. Die Dokumentationen vergangener Veranstaltungen sind zu finden im Veranstaltungsarchiv NRW.[11] Anfang 2019 fand der erste SV-Beratertag NRW statt, bei dem sich über 100 Beratende und Aufsichtspersonen aller Sozialversicherungsträger in konkreten Fallbeispielen einen Überblick über die Unterstützungsleistungen der jeweils anderen verschaffen konnten. Mit der Bildung des regionalen Netzwerks Südwestfalen als Pilotprojekt seit Sommer 2022 soll sich die Zusammenarbeit auf der Ebene der Berater:innen verstetigen. Im November 2024 wird der nach 2019 und 2023 nunmehr dritte landesweite SV-Beratertag NRW[12] erneut die Gelegenheit bieten, sich persönlich kennenzulernen, Beratende und Aufsichtspersonen regional zu vernetzen, Schnittstellen zu erkennen, um zukünftig in der Beratung zur Gesundheit im Betrieb enger zusammenzuarbeiten.

Lebenswelt (teil)stationäre Pflegeeinrichtungen

Das Gemeinschaftsprojekt und Förderprogramm »gesaPflege«[13] der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in NRW steht für »*ges*und *a*lt werden in der stationären *Pflege*« und berücksichtigt neben der BGF auch Leistungen für Bewohnende nach § 5 SGB XI und auf Basis des Leitfadens Prävention Pflege (vgl. GKV-SV, 2023). Nach einer dreijährigen Modellphase mit Expertise verschiedener Fachrichtungen und unter Erprobung in sieben stationären Pflegeeinrichtungen ist der praxisorientierte Handlungsleitfaden »Pflegeeinrichtungen gesünder gestalten«[14] entstanden. Neben dem Handlungsleitfaden macht ein für das Fachpublikum aus Wissenschaft und Praxis erstellter Erfahrungsbericht[15] Handlungsempfehlungen und Best Practice-Beispiele für ähnlich gelagerte (Projekt-)Vorhaben und das in gesaPflege vorhandene Erfahrungswissen zugänglich. Das 2017 als Modellprojekt gestartete Vorhaben wurde von den Kranken- und Pflegekassen NRW Ende 2021 in ein Förderprogramm gesaPflege überführt, mit welchem (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen weiterhin die Möglichkeit gegeben wird, die Gesundheitsförderung im eigenen Haus durch eine externe Beratung und Begleitung unterstützen zu lassen.

---

11 BGF-Koordinierungsstelle NRW, Veranstaltungsarchiv, www.bgf-koordinierungsstelle.de/nordrhein-westfalen-veranstaltungsarchiv/?idbd=nordrhein-westfalen; letzter Zugriff: 20. 04. 2023

12 SV-Beratertag NRW, www.sv-beratertag-nrw.de/; letzter Zugriff: 02. 05. 2023

13 Kranken- und Pflegekassen NRW, Förderprojekt gesaPflege, www.gesapflege.de/index.html; letzter Zugriff: 20. 04. 2023

14 Kranken- und Pflegekassen NRW, Handlungsleitfaden gesaPflege, www.gesapflege.de/#media; letzter Zugriff: 09. 09. 2024

15 Gesund alt werden in der stationären Pflege, Wissenschaftliche Einordnung & Projekterfahrung, https://www.gesapflege.de/media/gesaPflege_Projekterfahrungen_Evaluation.pdf; letzter Zugriff: 02. 05. 2023

Fazit und Diskussion

Die Leistungen insbesondere zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen erfolgen idealerweise »im Zusammenwirken mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter)« (GKV-SV, 2022, S. 24). Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist damit ein wesentliches Element zur Koordination und Vernetzung und unerlässlich für Prävention, Gesundheitsberichterstattung etc. vor Ort (s. Reeske-Behrens & Funk, 2024, in diesem Band). Er benötigt eine verbindliche Stärkung durch die Beteiligten des Pakts für den ÖGD hinsichtlich der notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen und eine Absicherung durch Beschlüsse der kommunalen Entscheidungsgremien und der Länder.

Bereits heute arbeiten Sozialversicherungsträger in der Sache zusammen. Prävention und Gesundheitsförderung als wesentliche gesamtgesellschaftliche Aufgaben benötigen ein gemeinsames Verständnis aller Sozialversicherungsträger und eine Harmonisierung der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen. Darunter ist eine verbindliche Anpassung der personellen, qualitativen und finanziellen Verantwortung aller Beteiligten zu verstehen. Die gesetzlichen Bestimmungen setzen den Trägern jedoch aktuell unterschiedliche Rahmenbedingungen. Deren Harmonisierung ist daher wesentliche Voraussetzung zur Fortsetzung und Weiterentwicklung dieser Aktivitäten.

LITERATUR

Barthelmes, I., Bödeker, W., Sörensen, J., Kleinlercher, K.-M. & Odoy, J. (2019). *iga.Report 40 (iga-40). Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018.* iga, Dresden. www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-40; letzter Zugriff: 22. 03. 2023

Böhme, C. & Reimann, B. (2018). *Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung.* Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.). Difu-Sonderveröffentlichungen, Berlin

GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2020). *Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB XI.* Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Pravention_Pflege_2023_barrierefrei.pdf; letzter Zugriff: 09. 09. 2024

GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2022). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V.* Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2023-12_Leitfaden_Pravention_barrierefrei.pdf; letzter Zugriff: 09. 09. 2024

KGC (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit) (2021). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium »Integriertes Handeln«.* Köln und Berlin. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf; letzter Zugriff: 22. 03. 2023

NPK (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz) (2018). *Bundesrahmenempfehlungen nach §20d Abs. 3 SGB V.* Berlin. www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/1_bundesrahmenempfehlung/bundesrahmenempfehlung_BRE_praevention_barrierefrei.pdf; letzter Zugriff: 22. 03. 2023

NPK (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz) (2023). *Zweiter Präventionsbericht nach §20d Abs. 4 SGB V.* Berlin. www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_barrierefrei.pdf; letzter Zugriff: 02. 05. 2024

Stadt Bochum (Hrsg.) (2015). *Gesundes Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht. Integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept.* Bochum

Stadt Bochum (Hrsg.) (2017). *Basisgesundheitsbericht Bochum 2017.* Bochum

3.3
Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention – ein Blick aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Anna Reeske-Behrens, Stephanie Funk

Gesundheitsförderung und Prävention gehören laut dem von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedeten ÖGD-Leitbild zu den Kernaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. In Nordrhein-Westfalen (NRW) sind Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention – wenn auch nicht ausdifferenziert und operationalisiert – gesetzlich festgeschrieben: »Die untere Gesundheitsbehörde hat […] vorrangig die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention zu koordinieren […]« (§ 7 Abs. 1 ÖGDG NRW). Gesundheitsförderung und Prävention ist ein äußerst dynamisches und sich schnell entwickelndes Feld mit einer Vielzahl an Herausforderungen, zum Beispiel aufgrund bestehender Versäulung der einzelnen Politikfelder, vielfältiger Akteursstrukturen sowie Projekt- und Programmmöglichkeiten. Ebenso liegt nur wenig empirische Evidenz vor, und kurzfristige Förderzeiträume erschweren die Verstetigung von Strukturen und Maßnahmen. Städtische Regionen des Ruhrgebietes stehen als altindustrielle Räume zusätzlich vor historisch gewachsenen Herausforderungen. Aufgrund von Arbeitslosigkeit, stark bebauter Umwelt und wenig Zugang zu Naherholungsmöglichkeiten gelten einige Bevölkerungsgruppen in diesen Städten im Hinblick auf ihre Gesundheit als besonders benachteiligt. Die Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ist ein Kernziel in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Primärprävention und ist somit als zentrales Ziel in der Arbeit des ÖGD verankert. Die Frage ist nun, wie der ÖGD zur Stärkung der Gesundheitlichen Chancengerechtigkeit beitragen kann und welche Strukturen und Angebote in NRW bzw. im Ruhrgebiet dabei unterstützen.

Initiierung, Koordination und Begleitung von politikfeldübergreifender Zusammenarbeit von Akteur:innen im Sinne von Health in All Policies

Dem ÖGD wird bei der Umsetzung von Health in All Policies (HiAP) eine zentrale Rolle zugeschrieben (Böhm et al., 2020). Aufgrund der zahlreichen Einflussfaktoren auf Gesundheit ist er dabei auf kommunale Partner:innen aus anderen politischen Ressorts wie Bildung, Soziales, Jugend, Stadtentwicklung und Sport angewiesen. Durch das integrierte Handeln der verschiedenen Politik- und Handlungsfelder können Kompetenzen, Handlungs- und Finanzierungsmöglichkeiten und Zielgruppenzugänge systematisch zusammengeführt und Nachhaltigkeit der HiAP-Strategien gefördert werden. Die Kooperation und Vernetzung der Akteur:innen ist eine zentrale Aufgabe. Dabei hat der ÖGD eine entscheidende Rolle bei der Koordination, Moderation und Begleitung inne (Reisig & Kuhn, 2020). Parallel muss das Thema Gesundheit in anderen Bereichen konsequent mitgedacht werden; gesundheitsbezogene Fragestellungen müssen in den jeweiligen Planungsprozessen eingebunden werden (Böhme et al., 2023).

In NRW haben sich über die Zeit bewährte Strukturen der Zusammenarbeit und verbindlichen Kooperation etabliert (z. B. Landesgesundheitskonferenz, kommunale Gesundheitskonferenzen, Landespräventionskonzept mit verschiedenen Landesinitiativen). Insbesondere mit dem *Landespräventionskonzept* wurde bereits im Jahr 2005 eine Handlungsgrundlage für die politikfeld- und ressortübergreifende Zusammenarbeit zur Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen. So wurde das Landespräventionskonzept durch die Landesgesundheitskonferenz (LGK) verabschiedet, entsprechende Steuerungs- und Arbeitsstrukturen eingerichtet und Schwerpunkte gesetzt, um mit geeigneten Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Bevölkerung beizutragen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 2017). Über die Zeit konnten unter dem Dach des Landespräventionskonzeptes zahlreiche Maßnahmen umgesetzt und Kooperationen aufgebaut werden (u. a. in den Bereichen Rauchprävention, Kinder- und Müttergesundheit, Adipositas im Kindesalter und Sturzprävention). Nach rund zwölf Jahren haben die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz in 2017 die Fortschreibung des Landespräventionskonzeptes beschlossen und die bestehenden Strukturen in einer *Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen (LGP NRW)* vereint. Damit verbunden ist eine stärkere Akzentuierung

- einer politikfeldübergreifende Ausrichtungn und Zusammenarbeit von Akteur:innen im Sinne von Health in All Policies mit sektorenübergreifender Kooperation und Wissensbündelung,
- des kommunalen Raums mit seinen Stadtteilen und Quartieren und den lokalen Strukturen vor Ort,
- einer partizipativen Ausrichtung unter Beteiligung einer breiten Fachöffentlichkeit und der Bewohner:innen.

Textbox 3.3-1:

Exkurs: »Schatzsuche – Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern im Kita-Alter«

Die Umsetzung des Programms Schatzsuche in NRW ist eine von mehreren Maßnahmen der AG Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention und basiert auf den Erkenntnissen aus einer NRW-weiten Bestands- und Bedarfsanalyse zum Thema Resilienzförderung (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2021). Das Programm Schatzsuche wurde von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) entwickelt und wird nun seit 2023 durch das Landeszentrum Gesundheit NRW in Kooperation mit den Krankenkassen und -verbänden in Nordrhein-Westfalen umgesetzt (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2023). Im Programm werden pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen und Familienzentren weitergebildet, die wiederum als ausgebildete »Schatzsuche-Referent:innen« die Eltern schulen, um deren Aufmerksamkeit auf die Stärken und seelischen Schutzfaktoren ihrer Kinder zu richten. Anders als in anderen Bundesländern ist Schatzsuche in NRW in das kommunale Rahmenprogramm »Stärkende Lebenswelten für die seelische Gesundheit von Kindern« eingebettet. Dieses Rahmenprogramm sieht vor, Kommunen in ihrer Verantwortung und ihrer koordinierenden Rolle für die seelische Gesundheit von Kindern zu stärken sowie die Vernetzung und Kooperation von Verwaltung, Politik und Quartierseinrichtungen positiv zu beeinflussen. Bestehende Strukturen (Netzwerke, Angebote etc.) in Kreisen und kreisfreien Städten sollen genutzt und um Themen der seelischen Gesundheit von Kindern erweitert werden. Daher liegt die Verantwortung zur Umsetzung des Programms in den Kommunen, in der Regel beim Gesundheits- und/oder Jugendamt. Ein wesentliches Ziel ist es, insbesondere Kindertagesstätten in sozial benachteiligten Sozialräumen zu adressieren. Im Pilotzeitraum 2023–2025 nehmen insgesamt sieben Kreise und kreisfreie Städte in NRW teil, davon drei im Ruhrgebiet (Hagen, Bochum, Ennepe-Ruhr-Kreis). Bis dato konnten drei Weiterbildungsdurchgänge abgeschlossen und insgesamt 66 Fachkräfte weitergebildet werden. Im Rahmenprogramm organisierten die Kommunen unter anderem digitale Elternabende zu Themen wie der Gestaltung des Übergangs von der Kita in die Grundschule. In Bochum wurde ein stadtweiter Fachtag zur seelischen Gesundheit sehr erfolgreich durchgeführt, zu dem alle Träger der Kindertagesstätten und Familienzentren eingeladen waren.

Bis Ende 2024 wird in der LGP NRW[16] unter dem Schwerpunkt »Seelische Gesundheit« in drei lebensphasenbezogenen Arbeitsgruppen (Kindheit und Jugend, Leben und Arbeiten sowie Alter) gearbeitet. In einer Querschnittsinitiative wird das Thema »Seelische Gesundheit und Stadtentwicklung« aufgegriffen. Nach einer Bedarfs- und Bestandsanalyse mit Expert:innengesprächen und einer systematischen Erfassung von Programmen, Projekten und Maßnahmen wurden für jede Arbeitsphase Handlungsempfehlungen und Zielimpulse formuliert. Aktuell werden Maßnahmen zur Förderung der seelischen Gesundheit umgesetzt. Zu diesen Maßnahmen zählt das Elternprogramm Schatzsuche zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in Kindertageseinrichtungen, das seit 2023 vom Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) umgesetzt wird (s. Textbox 3.3-1).

Gesundheitsförderung und Prävention kommunal verankern und integrierte Ansätze vorantreiben

Das Thema Gesundheit gewinnt als kommunalpolitisches Handlungsfeld in den Kreisen, Städten und Gemeinden im Zuge der gesellschaftlichen und gesundheitlichen Herausforderungen wie Klimawandel, pandemische Ereignisse, Versorgung und Integration von Geflüchteten sowie Zunahme psychischer Belastungen und chronischer Erkrankungen immer mehr an Bedeutung. Vor dem Hintergrund des Health in All Policies-Ansatzes steht die Entwicklung von integrierten, lebenswelt- und lebensphasenübergreifenden Strategien im Mittelpunkt, um gesundheitsfördernde Maßnahmen nachhaltig verankern zu können. Insbesondere das am 17. Juli 2015 vom Deutschen Bundestag beschlossene »Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)« setzt neue fachlich-inhaltliche, organisatorische und finanzielle Schwerpunkte, die Eingang in die »Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie im Land Nordrhein-Westfalen« (LRV NRW) gefunden haben. Die LRV NRW setzt besondere Akzente bei der gesundheitsförderlichen Erschließung kommunaler Settings und bei der Förderung nachhaltiger Strukturentwicklung. Die Förderung von integrierten, mehrheitlich quartiersbezogenen Projekten wird über das Antragsverfahren nach § 20a SGB V in nichtbetrieblichen Lebenswelten durch die Krankenkassen und -verbände in NRW im Sinne der LRV NRW gewährleistet (Landeszentrum Gesundheit, 2024a). Ziel dieser Förderung ist der Aufbau kommunaler Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen eines strukturierten Gesundheitsförderungsprozesses, bei dem der Kommune eine zentrale Rolle zugesprochen wird (GKV-Spitzenverband, 2023). Bei-

16 Internetseite der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention NRW: www.lgp.nrw.de; letzter Zugriff: 25.09.2023

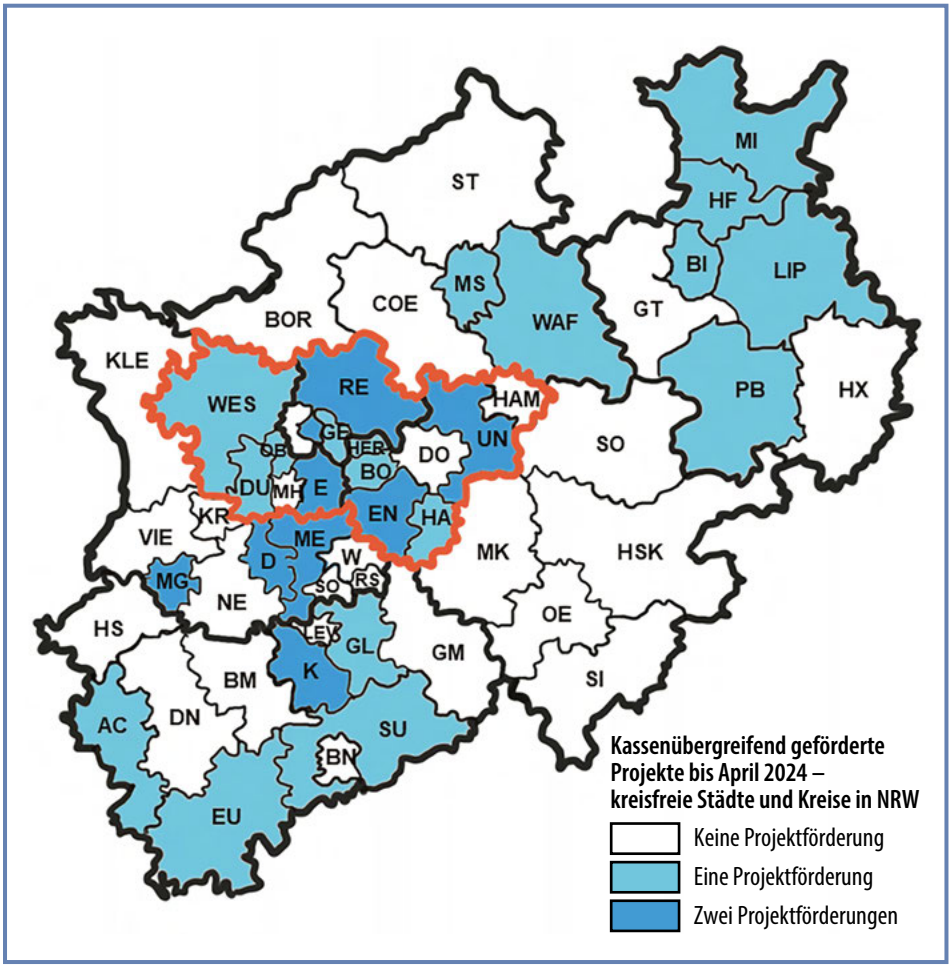

Abbildung 3.3-1: Projektförderungen im Rahmen des Antragsverfahrens nach § 20a SGB V.
Quelle: eigene Darstellung, © LZG.NRW.

spielsweise übernehmen kommunale Verwaltungen, wie Gesundheitsämter, Jugendämter oder Sozialämter, in der Regel die Steuerung und Koordination der zu implementierenden Gesundheitsförderungsprozesse und tragen somit die Verantwortung für ein nachhaltiges Handeln. Über die krankenkassenübergreifende Förderung gemäß § 20a SGB V wurden seit 2018 über 30 Projekte mit einer durchschnittlichen Laufzeit von ca. drei Jahren gefördert (s. Erdenberger 2024, in diesem Band). Im Ruhrgebiet wurden Projekte unter anderem in Bochum, Gelsenkirchen, Oberhausen und dem Ennepe-Ruhr-Kreis gefördert (s. Abb. 3.3-1). Eine Gesamtübersicht mit Steckbriefen zu den geförderten Projekten ist auf der Website der KGC NRW eingestellt (Landeszentrum Gesundheit NRW, 2024b).

Das Landeszentrum Gesundheit NRW begleitet diese Projekte fachlich-inhaltlich. In diesem Zuge hat das LZG.NRW Ende 2021 eine Befragung unter allen Projektkoordinationen durchgeführt, um das Erfahrungswissen der Projektansätze zusammenzutragen und »Lessons learned« zu formulieren. Im Rahmen einer strukturierten Onlinebefragung Ende 2021 und in ergänzenden Fokusgruppen zur kommunikativen Validierung der Ergebnisse konnten 20 Koordinationen laufender Projekte zu ihren Erfahrungen in den Bereichen Zielgruppenerreichung, Strukturaufbau und Nachhaltigkeit befragt werden (Funk & Reeske-Behrens, 2022).

Zentrale Ergebnisse aus der Befragung sind:

- *Zielgruppenerreichung:* Die Projektinhalte müssen sich vor allem an den Alltagsbedingungen der Zielgruppen orientieren. Dabei ist die Zusammenarbeit mit Multiplikator:innen unabdingbar, um barrierearme Zugänge zu Zielgruppen zu eröffnen und sicherzustellen. Dort, wo der Leitfaden Prävention gegebenenfalls Grenzen setzt, gilt es, gemeinsam mit den Multiplikator:innen, niedrigschwellige Beteiligungs- und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen und die Verantwortung für Verstetigungsprozesse zu übernehmen. Partizipation ist dagegen ein Balanceakt: Partizipative Gesundheitsförderung und die Umsetzung eines systematischen Gesundheitsförderungsprozesses brauchen Zeit und Ressourcen, um dialogische Begegnungsräume zu erschließen bzw. aufzubauen sowie Vertrauensarbeit leisten zu können. Diese notwendige mittel- bis langfristige Perspektive ist aufgrund der zeitlichen Limitierung durch die Projektlaufzeit in der Regel aber nicht gegeben und erschwert mitunter ein partizipatives Vorgehen in den Projekten.Um eine hohe Beteiligung der Bewohnerschaft gewährleisten und Konzepte und Angebote der Gesundheitsförderung partizipativ entwickeln zu können, wurden z. B. im Projekt QUERgesund[17] Stadtteilforscher:innen ausgebildet, die als Schlüsselpersonen die Kommunikation und Partizipation der verschiedenen Communitys sicherstellten.

- *Strukturaufbau:* Gesundheitsförderung braucht nicht unbedingt ein eigenes oder neues Netzwerk, aber einen Platz in bestehenden Strukturen. Dafür bieten sich u. a. Kommunale Präventionsketten, Stadtteilkonferenzen und Arbeitsgruppen der Kommunalen Gesundheitskonferenz an. So wurden bspw. die sozialraumbezogenen Projekte in Bochum, Witten und Gelsenkirchen jeweils in eine gesamtstädtische Strategie und integrierte Strukturen eingebettet (s. Erdenberger 2024, in diesem Band). Konkrete Kooperationen mit Zielvereinbarungen, konkrete Kooperationsanlässe und eine grundständige, gegenseitige Nutzendarstellung erhöhen die Chance auf nachhaltige Gesundheitsförderung. Um aufgebaute (Netzwerk-)Strukturen nach

17 https://quergesund-bochum.de/; letzter Zugriff: 01.10.2024

Projektende weiterführen zu können, braucht es eine Kümmerfunktion vor Ort. In diesem Zusammenhang gilt es, in der Projektlaufzeit mögliche Verantwortungsübernahmen an- und abzusprechen und Kompetenzen der Netzwerkpartner:innen sorgfältig zu eruieren und auszuweiten.

- *Nachhaltigkeit:* In der Akteursbefragung wurde deutlich, dass die Verstetigung von Angeboten und Strukturen kein Zufallsprodukt ist, sondern das Ergebnis eines strukturierten Projektmanagements. Dafür müssen institutsinterne Handlungsoptionen für nachhaltiges Handeln bereits bei Antragstellung ausgehandelt, die Verstetigung frühzeitig im Projekt geplant und eigenverantwortliche Arbeitsstrukturen aufgebaut werden. So wurden die Ziele des Projekts GeWIT in der vom Stadtrat Witten verabschiedeten Nachhaltigkeitsstrategie verankert (s. Erdenberger, 2024, in diesem Band). Wirkungsorientierung und Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung spielen in den Projekten bisher aber eine eher untergeordnete Rolle, wenngleich Fragestellungen der Prozessevaluation regelmäßig erörtert wurden. Die Entscheidung zur Verstetigung von Maßnahmen ist vordergründig von der tatsächlichen Praktikabilität des Interventionsansatzes sowie den verfügbaren Kapazitäten potenzieller Verstetigungspartner:innen abhängig.

Die Ergebnisse der Akteursbefragung sind Anlass, die Rolle des ÖGD in NRW bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten neu zu definieren bzw. bestehende Handlungsmodelle zu erweitern. Die Verantwortung für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung ist teilweise bereits kommunal verankert, z. B. über Stellen in kommunalen Gesundheitsämtern für Gesundheitsförderung und Prävention (s. Bochum, Herne, Hagen). Hier gilt es, weiterhin die Kommunen in ihrer Aufgabenwahrnehmung zu stärken, z. B. durch Qualifizierungsangebote und die bestehenden Vernetzungstreffen des Landeszentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Die Förderung der Vernetzung der Kommunen zielt ebenso darauf ab, eine systematische Interventionsplanung in der Entwicklung von HiAP-Strategien zukünftig zu stärken und Prozesse der Zielformulierung und Strategieentwicklung zu fördern sowie Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung in gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozessen bedarfsorientiert anzubieten. Insgesamt gilt es, tragfähige und belastbare New-Public-Health-Ansätze in den kommunalen Strukturen und insbesondere im ÖGD zu verankern.

Qualitätssicherung und -entwicklung fördern

Gesundheitsförderung und Prävention ist ein äußerst dynamisches Feld, in dem sich Methoden und Themen kontinuierlich weiterentwickeln. Das erfordert eine ständige Qualitätssicherung und -entwicklung der eigenen Arbeit. Eine Orientierung und Unterstützung bei der Qualitätsentwicklung im Handlungsfeld der kommunalen Gesundheitsförderung geben die vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit entwickelten Good Practice-Kriterien der soziallagensensiblen Gesundheitsförderung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2024).

In NRW unterstützt die »Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit«[18] (KGC) die Sensibilisierung und Qualifizierung von kommunalen Akteur:innen zur Gesundheitsförderung und Prävention durch Leitfäden, Beratung, Veranstaltungen und Vernetzung. Im Jahr 2004 entstanden in Deutschland die ersten »Regionalen Knoten«, seit 2012 KGC genannt, welche als Kontaktstelle für eine soziallagenbezogene Gesundheitsförderung auf Landesebene aufgebaut wurden. Im Präventionsgesetz wurden auch die Rolle und die Aufgaben der KGCn neu definiert. Die Beratung und Unterstützung von kommunalen Akteur:innen zur Gesundheitsförderung und Prävention bildet hierbei eine zentrale Verantwortlichkeit der KGCn in den Bundesländern. Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen ist seit 2012 Träger der KGC in NRW. Gemeinsam mit den Koordinierungsstellen der anderen Länder und weiteren 50 Partnern bildet sie den bundesweiten Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit[19] bei sozial Benachteiligten, den die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert hat.

Seit 2017 unterstützt die KGC NRW mit Fördermitteln des GKV-Bündnisses für Gesundheit und eigenem Personal insbesondere die Umsetzung des Präventionsgesetzes in NRW. Im Kontext der Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention führt die KGC NRW regelmäßig Lernwerkstätten zu den Good Practice-Kriterien der soziallagensensiblen Gesundheitsförderung durch. In praxisorientierten Workshops wird Wissen zu den Kriterien vermittelt, kollegiale Beratung und Austausch ermöglicht und der Transfer auf den eigenen Arbeitskontext gefördert. Die Angebote richten sich an Mitarbeitende des ÖGD, aber auch an alle Akteurinnen und Akteure in NRW, die in der Planung, Umsetzung, Überprüfung oder Weiterentwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Menschen tätig sind.

---

18 Internetseite der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit NRW: https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/index.html; letzter Zugriff: 01.10.2024

19 Internetseite des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/; letzter Zugriff: 25.09.2023

Fazit

Der ÖGD ist ein zentraler Akteur in der (kommunalen) Gesundheitsförderung und Prävention, der im Rahmen integrierter Strategien einen partnerschaftlichen Prozess in der Kommune initiieren und koordinieren und so einen gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit anstoßen kann. Dazu gehören die Vernetzung und Kooperationen von Akteur:innen im Sinne von Health in All Policies, die Verankerung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene und in den Sozialräumen sowie eine konsequente Qualitätsentwicklung im Handlungsfeld kommunale Gesundheitsförderung. Diese Aufgabe fällt nicht immer leicht, weil der ÖGD (insbesondere in dem großen Bundesland NRW) aufgrund von Unterschieden in den Bevölkerungsstrukturen, Haushaltslagen und politischen Schwerpunktsetzungen in den Kommunen äußerst divers ist (Altgeld, 2023). Auch mit Blick auf die Entwicklungen in Zusammenhang mit dem Pakt ÖGD (Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung 2023; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2023) müssen nun wesentliche (Arbeits-)Grundlagen geschaffen werden, zum Beispiel

- eine Verankerung und Operationalisierung der konkreten Aufgaben des ÖGD im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung im ÖGD-Gesetz,
- eine bessere personelle Ausstattung, das heißt insbesondere feste und zentrale Stellen zur Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention (in den Gesundheitsämtern),
- politische Rückendeckung und Legitimierung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention zur Schaffung von Verbindlichkeit im Handeln,
- Entwicklung eines eigenen Selbstverständnisses des ÖGD mit beratender und koordinierender Funktion und aktiver Arbeit in Sozialräumen (Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, 2022),
- Qualifizierung und Kompetenzentwicklung im ÖGD, insbesondere mit Blick auf Wirkungsorientierung und Evidenzbasierung, partizipative Methoden und systematisches Projektmanagement.

LITERATUR

Altgeld, T. (2023). *Stellungnahme zum Fachgespräch des Gesundheitsausschusses über die Anforderungen an den ÖGD.* https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-966758; letzter Zugriff: 25. 09. 2023

Böhm, K.; Bräunling, S.; Geene, R.; Köckler, H. (Hrsg.) (2020). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland.* Springer, Wiesbaden

Böhme, C.; Bojarra-Becker, E.; Franke, T.; Heinrichs, E.; Köckler, H.; Preuß, T.; Schreiber, M. (2023). *Gemeinsam planen für eine gesunde Stadt – Empfehlungen für die Praxis.* Umweltbundesamt, Dessau-Roßlau

Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (2023). *BVPG-Blog zum Schwerpunkt der Lebenswelt-/ Settingorientierung des ÖGD.* https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=13885; letzter Zugriff: 02. 05. 2024

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2022). *Interview mit Prof. Dr. Dagmar Starke zur Bedeutung des ÖGD als zentralen Akteur für die kommunale Prävention und Gesundheitsförderung.* https://www.bvpgblog.de/blog/in-einem-modernen-oegd-wird-gesundheitsfoerderung-zum-coachingprozess/

Funk, S. C.; Reeske-Behrens, A. (2022). Kommunale Gesundheitsförderung in NRW: Wie kann eine nachhaltige Umsetzung gelingen? *Gesundheitswesen,* 84, 756

GKV-Spitzenverband (2023). *Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V.* https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp; letzter Zugriff: 25. 09. 2023

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2023). *Dokumente zum Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).* https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/materialien/pakt-fuer-den-oeffentlichen-gesundheitsdienst/

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2024). *Die Good Practice-Kriterien.* https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/; letzter Zugriff: 02. 05. 2024

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2021). *Resilienz von Kindern und Jugendlichen. Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse für die Arbeitsgruppe »Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen« der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen.* https://www.lgp.nrw/04_kindheit_jugend/schwerpunktthemen/resilienz/hintergrund/index.html; letzter Zugriff: 25. 09. 2023

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2023). *Eltern-Programm Schatzsuche in Nordrhein-Westfalen.* https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kindergesundheit/psych_gesundheit/schatzsuche/index.html; letzter Zugriff: 02. 05. 2024

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2024a). *Informationen zum kassenübergreifenden Antragsverfahren nach § 20 a SGB V.* https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/index.html; letzter Zugriff: 02. 05. 2024

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2024b). *Internetseite der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit mit den Steckbriefen der LRV-geförderten Projekte*. https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/gefoerd_proj/index.html; letzter Zugriff: 02. 05. 2024

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen (2017). *Entschließung der 26. Landesgesundheitskonferenz NRW. Landesinitiative »Gesundheitsförderung und Prävention« Fortschreibung des Landespräventionskonzeptes.* https://www.lgp.nrw/01_landesinitiative/entschliessung/index.html; letzter Zugriff: 02. 05. 2023

Reisig, V. & Kuhn, J. (2020). *Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. BZgA Leitbegriffe.* https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/; letzter Zugriff: 25. 09. 2023

3.4
Gesundheitsförderungskultur in Bildungseinrichtungen als Erfolgsfaktor der StadtGesundheit

Eike Quilling, Janna Leimann, Patricia Tollmann

Schulen als Settings für Gesundheitsförderung

Aktuelle Studien belegen den direkten Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Heranwachsenden und ihrem Sozialkapital und sozioökonomischen Status (Klocke & Stadtmüller, 2019; Quilling et al., 2022). Die Auswirkungen sozialer Ungleichheiten insbesondere im Jugendalter wurden durch die Coronapandemie weiter verstärkt (Kuchler et al., 2022).

In bestimmten Regionen herrscht dahingehend besonderer Bedarf: In Nordrhein-Westfalen und speziell im Ruhrgebiet zeigen sich sowohl innerhalb der Städte als auch zwischen diesen große Unterschiede. So heißt es im Bildungsbericht Ruhr aus dem Jahr 2020: »Im Ruhrgebiet zeigt sich eine seit Jahrzehnten bestehende Spaltung zwischen den stark vom Bergbau geprägten nördlichen und den südlichen, vom intensiven Bergbau verschonten Stadtteilen. […] Hohe Anteile an Migrant:innen und kinderstarken Familien finden sich insbesondere im Norden der Metropole Ruhr und hier vor allem in den größeren Ruhrgebietsstädten wie z. B. in Mülheim a. d. Ruhr, Essen und Dortmund sowie Gelsenkirchen. Im Süden der Metropole Ruhr sind die Quoten deutlich geringer« (Jeworutzki & Schräpler, 2020, S. 39). Weitere Analysen zeigen, dass insgesamt der größte Teil der Kinder im Ruhrgebiet im sozioökonomisch benachteiligten Norden aufwächst.

Für die Betrachtung der Kinderarmut in dieser Region eignet sich laut Jeworutzki & Schräpler (2020) die Quote der unter 15-Jährigen in Bedarfsgemeinschaften nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) als guter Indikator. Hier wiesen die großen Ruhrgebietsstädte, ebenfalls vor allem im Norden, in den letzten Jahren hohe bis sehr hohe Quoten auf (Stand 2022: Gelsenkirchen 38 %, Essen 29,3 %, Dortmund 29 %) (MAGS NRW, 2023).

Diese starke soziodemografische Segregation hat Auswirkungen auf die Bildung und die Bildungsteilhabe in diesen Regionen: Geißler (2006) beschreibt die Wechselwirkung zwischen dem sozialen Status und dem Bildungsniveau einer Familie und benennt diese als häufigen Startpunkt für einen Teufelskreis aus »niedrigem Sozialstatus, geringeren Bildungs- und Teilhabechancen, fehlenden gesundheitlichen Ressourcen und erhöhten gesundheitlichen Belastungen sowie der Häufigkeit und Schwere von Erkrankungen« (Geißler, 2006). Es gebe zudem Belege dafür, dass »Menschen mit einem höheren

Bildungsgrad gesundheitsbewusster und auch gesünder sind, länger und in ›gesünderen‹ Umwelten leben« (BZgA & Universität Osnabrück, 2019 nach Geißler, 2006). Im Bereich der raumbezogenen Bildungsforschung belegen ältere wie aktuellere Studien immer wieder, dass die schulische Bildungsbeteiligung sozialräumlich ungleich verteilt ist (Schäpler & Jeworutzki, 2021). Ergebnisse der HBSC-Studie zeigen, dass »die Qualität schulischer Strukturen und Prozesse sowohl den Schulerfolg von [Schüler:innen] als auch deren Gesundheit beeinflusst« (Griebler et al., 2009, S. 79).

Dies unterstreicht die Notwendigkeit, benachteiligte Kinder und Jugendliche zu erreichen und im Sinne des Konzepts einer Gesundheitsförderungskultur Strukturen zu schaffen, in denen sie unter gesundheitsförderlichen Bedingungen heranwachsen können. Bildungseinrichtungen im Ruhrgebiet kommt somit eine besondere Rolle in der Schaffung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zu.

Gesundheitsförderungskultur im Setting Schule

Eine Schlüsselstrategie stellt hierbei der Settingansatz dar. Dieser stellt in der Gesundheitsförderung einen zentralen Ansatzpunkt dar und bezieht sich auf die Lebenswelten (Settings), in denen Menschen leben, arbeiten und lernen. Dies liegt darin begründet, dass in diesen die soziale und physische Umwelt, die Lebensweise der Menschen und damit die sozialen Determinanten von Gesundheit (Dahlgren & Whitehead, 1991) besonders gut beeinflusst und die Adressatinnen und Adressaten besonders gut erreicht werden können. Der Settingansatz zielt dabei besonders auf das Empowerment dieser Menschen ab (Quilling, Leimann & Tollmann, 2022; Hartung & Rosenbrock, 2022).

Der Settingansatz bietet neben einem niedrigschwelligen Zugang insbesondere die Chance, die Verhältnisse für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil in dem jeweiligen Setting bzw. der Lebenswelt zu schaffen. Zugrunde liegt die Annahme, dass Gesundheit im Alltag der Menschen entsteht und somit dort beeinflusst werden muss (WHO, 1986).

Das Konzept der Gesundheitsförderungskultur gibt dem Settingansatz einen theoretischen und analytischen Überbau und bezieht sich hierbei auf die Überlegungen hinter dem Konzept der Lebenswelt (Habermas, 2019a; Habermas, 2019b; Husserl, 2021; Schütz & Luckmann, 2017) sowie dem Habituskonzept (Bourdieu, 2021). Vor diesem Hintergrund verstehen Josupeit et al. (2023) die Gesundheitsförderungskultur als Heuristik mit dem Ziel, dass Strukturen – bzw. die Umwelt – an den heterogenen Habitus der Adressat:innengruppen angepasst werden, um Möglichkeiten des Empowerments zu schaffen. Auf diese Weise erläutern die Autor:innen, wie das Erreichen besonders vulnerabler (benachteiligter) Kinder und Jugendlicher im Setting Schule gelingen kann. Da das Verständnis von Gesundheit und die Interpretationen von Räumen sehr individuell sind, ist ein bedürfnisorientiertes Vorgehen essenziell, um alle Kinder und

Jugendlichen zu erreichen. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit weist in seinen Kriterien für gute Praxis darauf hin, dass Empowerment in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstufe variiert: Jugendliche haben andere Bedürfnisse und Möglichkeiten als Kinder, und dementsprechend unterscheiden sich auch die Zugänge und die Ansprache. So können für das Empowerment von Kindern insbesondere Eltern, Erzieher:innen und Lehrer:innen wichtige Zugänge darstellen. Gerade für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ist es wichtig, sich ihrer Fähigkeiten bewusst zu werden und diese weiterzuentwickeln, um das Risiko der Vererbung von Armut zu verringern (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021a). Auch bei der Partizipation von Kindern und Jugendlichen sind der Entwicklungsstand, die Fähigkeiten und Interessen sowie die entsprechenden Zugangsmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere um Ausgrenzung zu vermeiden (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021b).

Somit muss Gesundheitsförderung im Sinne des Konzepts der Gesundheitsförderungskultur »empowernd, also (selbst)ermächtigend und partizipativ (beteiligend) handeln und gleichzeitig darauf zielen, Selbstwirksamkeitserleben zu ermöglichen« (Josupeit et al., 2023, S. 4). Dies kann ermöglicht werden, indem in Schulen ein induktiver Bottom-up-Ansatz anstelle eines deduktiven Top-down-Ansatzes verfolgt wird. Dabei spielt Kommunikation eine essenzielle Rolle, um Kinder und Jugendliche zu empowern und ihre Bedürfnisse wahrzunehmen. Vor diesem Hintergrund kann das Konzept der Gesundheitsförderungskultur als wiederkehrender Kreislauf zwischen Partizipation, Selbstwirksamkeit, Empowerment und Exploration beschrieben werden (vgl. Abb. 3.4-1). Die Haltung der Fachkräfte (z. B. Lehrkräfte und Sozialarbeiter:innen)

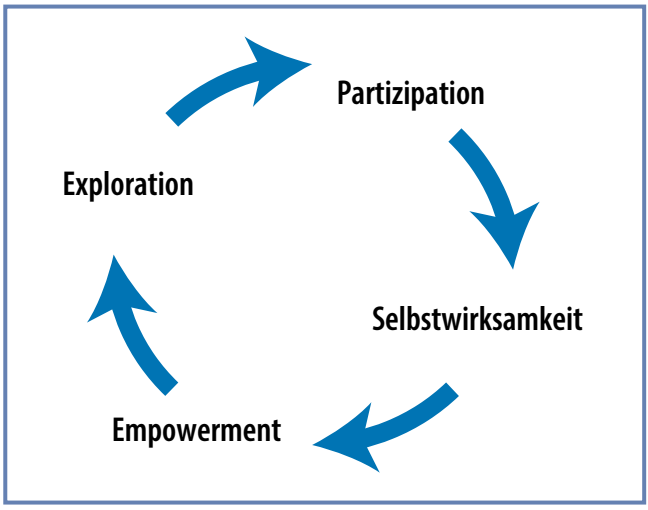

Abbildung 3.4-1: Aufwärtsspirale des Konzepts der Gesundheitsförderungskultur. *Quelle: Josupeit et al., 2023.*

ist dabei explorativ und offen, um Möglichkeiten für einen Informationsaustausch durch Kommunikation mit den Kindern und Jugendlichen zur Wahrnehmung ihrer Lebenswelt zu schaffen.

So dient das Konzept der Gesundheitsförderungskultur als partizipatives, empowerndes und analytisches Instrument, mit dem auf Grundlage von Kommunikation bedürfnisorientierte gesundheitsfördernde Angebote gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen geplant werden können. Auf diese Weise kann es Fachkräften gelingen, eine gemeinsam gestaltende gesundheitsförderliche Kultur zu etablieren (Josupeit et al., 2023). Dies trägt wiederum zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bei Kindern und Jugendlichen bei.

Good Practice-Beispiel: Bildung und Gesundheit

Vor dem Hintergrund der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit durch das Etablieren gesundheitsförderlicher Strukturen spielt insbesondere das Setting Kommune bzw. Städte, Stadtteile oder Quartiere als zentrale Lebensräume eine wichtige Rolle in der integrierten Gesundheitsförderung. Kommunen und Städte können als Trägerinnen von Bildungseinrichtungen wie Schulen einen erheblichen Beitrag bei der Schaffung solcher Strukturen, wie durch das Konzept der Gesundheitsförderungskultur beschrieben, leisten. Ein Beispiel guter Praxis hierfür ist das Landesprogramm Bildung und Gesundheit (BuG) Nordrhein-Westfalen, welches bereits einige der Aspekte des Konzepts der Gesundheitsförderungskultur beachtet.

BuG verfolgt einen integrierten Ansatz zur Gesundheits- und Qualitätsentwicklung in Schulen (Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW, 2023a). Durch eine Verknüpfung von verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen, das partizipative Einbeziehen der Schüler:innen sowie die Vernetzung verantwortlicher Träger:innen wird ein Beitrag zur Förderung der »Guten Gesunden Schule«, zur Umsetzung des Präventionsgesetzes sowie zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit geleistet (Opitz, 2022). Ein Grundgedanke im Rahmen von BuG ist die wechselseitige Abhängigkeit von Bildung und Gesundheit (Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW, 2017), wie sie in der Einleitung des Kapitels bereits beschrieben wurde.

Eine nachhaltige Integration von Maßnahmen erfolgt u. a. durch gesundheitsorientierte Beteiligungsteams (B-Teams) aus Schülerinnen und Schülern (Quilling, Müller & Kruse, 2019). Die Schulen werden zudem bei der Bewältigung der Folgen besonderer Belastungen wie gesellschaftlicher Krisensituationen und damit einhergehender psychosozialer Belastungen unterstützt (Opitz, 2022). Dies erfolgt im Programm durch Netzwerkarbeit, Fortbildungsangebote, Fachtagungen und im Besonderen für jede Programmschule durch die Finanzierung von Schulentwicklungsmaßnahmen, welche sich an den aktuellen Bedarfen zur Förderung der Gesundheit aller Beteiligten ausrichten.

Am Landesprogramm Bildung und Gesundheit können grundsätzlich alle Schulen NRWs teilnehmen. Zum aktuellen Zeitpunkt im Jahr 2024 beläuft sich diese Zahl auf 393 Schulen (Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW, 2024b). Allein im Ruhrgebiet gibt es 116 BuG-Schulen. Durch das Abschließen einer Kooperationsvereinbarung entscheiden sich BuG-Schulen für den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen und Prozesse.

Tabelle 3.4-1: Good Practice-Beispiele aus dem Ruhrgebiet: Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW. *Quelle: eigene Darstellung.*

Castrop-Rauxel	Bochum	Dortmund
Die Grundschule Alter Garten in Castrop-Rauxel schätzt als BuG-Schule den Austausch im Netzwerk mit anderen Schulen und erhält wertvolle Impulse für die Schulentwicklung.	Die Erich Kästner Gesamtschule in Bochum setzt auf Grundlage der Anregungen im Netzwerk und der finanziellen Unterstützung umfassende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung um.	Auch das Gisbert-von-Romberg-Berufskolleg in Dortmund versteht sich als »Gute Gesunde Schule« und möchte einen Ort des Austausches, der Entfaltung und Weiterentwicklung sein.

Good Practice-Beispiel: »Familiengrundschulzentren« in Brennpunkten

Familiengrundschulzentren sind Schulen, die sich für die Eltern und den Stadtteil öffnen und sich so zu Begegnungs-, Beratungs- und Bildungsorten für Kinder und ihre Familien entwickeln. Sie bündeln verschiedene, insbesondere präventive Angebote in der Grundschule. So sollen Erziehungs- und Bildungspartnerschaften gestärkt und die Bildungschancen der Kinder verbessert werden.

In Nordrhein-Westfalen entwickeln sich derzeit rund 150 Grundschulen zu Familiengrundschulzentren. Sie werden aktuell befristet durch das Ministerium für Schule und Bildung und das Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration gefördert. Eine Verstetigung ist im Koalitionsvertrag angekündigt.

Andere Bundesländer sind dem Beispiel Nordrhein-Westfalens gefolgt – in Berlin, Rheinland-Pfalz und Sachsen wird die Einrichtung von Familiengrundschulzentren vom Land unterstützt, die Umsetzung beginnt in allen drei Bundesländern zum Schuljahr 2023/24. In Hessen macht sich mit Gießen ebenfalls eine Kommune auf den Weg (Initiative Familiengrundschulzentren NRW, 2023).

Anforderungen an den Bildungssektor

Laut Schulgesetz NRW werden die Aufgaben der Schulgesundheitspflege durch die unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) in Zusammenarbeit mit der Schule und den Eltern wahrgenommen. Die zuständige untere Gesundheitsbehörde bestellt im Einvernehmen mit der jeweiligen Schule eine Schulärztin oder einen Schularzt. Als Inhalte des schulärztlichen Dienstes werden dabei u. a. schulärztliche Untersuchungen,

schulärztliche Sprechstunden für Eltern, Schüler:innen sowie Lehrkräfte, Beratung der Lehrkräfte in Fragen der Gesundheitspflege, Mitarbeit bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Schulen, aber auch gesundheitsfürsorgerische Maßnahmen für die Schüler:innen aufgeführt.

Die im Schulgesetz NRW formulierten Aufgaben des schulärztlichen Dienstes sowie die aufgegriffenen Themen sind größtenteils interventionsbezogen und fokussieren damit auf krankheitsbezogene Themen; zudem liegt die Verantwortung überwiegend beim Gesundheitssektor. Unter dem Punkt »Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule« wird im Schulgesetz NRW implizit das Ziel »Die Schülerinnen und Schüler sollen insbesondere lernen, Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport zu entwickeln, sich gesund zu ernähren und gesund zu leben« aufgeführt, jedoch wird nicht erläutert, wie dies gelingen kann bzw. idealerweise umgesetzt werden sollte. Weitere Regelungen mit Bezug zur Gesundheitsförderung bei Schüler:innen sind im Gesetz nicht aufgeführt. Auch das Schulministerium NRW gibt auf seiner Homepage unter dem Punkt »Schülergesundheit« ausschließlich Hinweise zum Umgang mit einzelnen Krankheitsbildern (Ministerium für Schule und Bildung des Landes NRW, 2023), wenngleich unter dem Stichwort Gesundheitsförderung auf das Landesprogramm BuG verwiesen wird. Insgesamt fällt auf, dass auf gesetzlicher und politischer Ebene weiterhin die unbedingt notwendige Verknüpfung von Bildung und Gesundheit an vielen Stellen nicht ausreichend berücksichtigt wird und nach wie vor gesetzliche Vorgaben fehlen, die die damit verbundenen Aspekte adressieren und Unterstützung dabei geben, wie diese anzugehen sind. Dies verwundert vor allem vor der Tatsache, dass bereits seit vielen Jahren wertvolle Handreichungen zum Thema vorhanden sind. So greift die »Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule« der Kultusministerkonferenz vom 15. 11. 2012 den Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen, Gesundheit und Bildungserfolg auf und legt u. a. das folgende Verständnis zugrunde: »Gesundheitsförderung und Prävention sind integrale Bestandteile von Schulentwicklung. Sie stellen keine Zusatzaufgaben der Schulen dar, sondern gehören zum Kern eines jeden Schulentwicklungsprozesses.« Der Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung von Paulus liefert ein praktikables und im schulischen Alltag leicht einsetzbares Analyseraster zur schulischen Gesundheitsförderung. Er ist bereits 2008 im Rahmen des Projektes »Qualität schulischer Gesundheitsförderung – Dimensionen, Kriterien, Indikatoren, Entwicklung eines Analyserasters mit Toolbox« mit dem Ziel der »Guten Gesunden Schule« entstanden und ist für jede Schulform geeignet.

Die Autorinnen teilen die Auffassung, dass Schulen vielmehr den politischen und gesetzlich verankerten Auftrag bekommen sollten, die Rahmenbedingungen für eine »gesunde Schule« zu schaffen, in der eine enge Verzahnung der schulischen Gesundheitsbildung und -förderung mit den Bildungs- und Erziehungsaufträgen stattfindet. Gesundheitsförderung sollte demnach nicht als »Add-on« verstanden werden, sondern

sollte die Lehrkräfte in ihrer eigentlichen pädagogischen Arbeit unterstützen (Paulus, 2008) und die Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen und Lernen schaffen.

Damit dies gelingen kann, bedarf es im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes (HiAP), in dem Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wird (Köckler & Geene, 2022), nicht nur Strategien aus dem Bildungssektor: Der Ärztetag 2023 forderte von der Kultusministerkonferenz die Entwicklung einer »länderübergreifend[en] abgestimmte[n] Strategie […], mit der die Förderung der Gesundheitskompetenz von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig verankert werden kann« (Bundesärztekammer, 2023). Zudem bedeutet es auch, dass sich Lehrkräfte, aber vor allem Lehramtsstudierende ihrer Rolle neu bzw. anders bewusst werden müssen: Zuletzt hat die Covid-19-Pandemie gezeigt, dass Lehrkräfte die Rolle als wichtige Ansprech- und Vertrauenspersonen für Kinder und Jugendliche einnehmen. Die Studienlage zeigt, dass sich der Verlust dieser Vertrauenspersonen negativ auf die Gesundheit auswirkt, sich Lehrkräfte jedoch dieser Vorbildfunktion häufig nicht bewusst sind (Heid et al. 2023). Die Haltung der Lehrkräfte im Sinne des dargestellten Konzepts der Gesundheitsförderungskultur steht somit noch vor der konkreten inhaltlichen Gestaltung, z. B. durch die Anpassung und Vereinheitlichung von Curricula, wie sie ebenfalls beim Ärztetag 2023 gefordert wurde (Bundesärztekammer, 2023). Eine Änderung des Schulgesetzes NRW sowie die inhaltliche Anpassung des Lehramtstudiums wären hier erste Schritte – die Inhalte und Evaluationen des Landesprogramms Bildung und Gesundheit bieten dabei viele Anknüpfungspunkte für die inhaltliche Unterfütterung einer möglichen Gesetzesänderung.

Fazit

Die Etablierung einer Gesundheitsförderungskultur an Schulen kann insbesondere in Sozialraumgebieten in städtischen Ballungsgebieten einen Beitrag dazu leisten, sozioökonomischer Ungleichheit zu begegnen. Um den notwendigen Rahmen für den Settingansatz zu schaffen und damit das Konzept der Gesundheitsförderungskultur etablieren zu können, bedarf es offensichtlich einer Schärfung des Schulgesetzes NRW, da die ausreichende wissenschaftliche Evidenz und Best Practice-Beispiele bislang nicht flächendeckend zu den notwendigen Änderungen im Schulalltag geführt haben. Aktuell werden die auf Gesundheitsförderung bezogenen Paragrafen des Schulgesetzes NRW nicht ausreichend expliziert und dementsprechend auch noch nicht umgesetzt. Es wird auch eine nachhaltige Änderung der Haltung bei den Lehrkräften als erforderlich angesehen. Um dies erreichen zu können, müssen einerseits im Rahmen der Lehreraus- und -fortbildung entsprechende Kompetenzen entwickelt und andererseits begünstigende Strukturen geschaffen werden, in denen ein gesundheitsförderliches Verhalten ermöglicht wird.

LITERATUR

Bourdieu, P. (2021). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft* (28. Auflage). Suhrkamp, Berlin

Bundesärztekammer (2023). *Ärztetag fordert bundesweite Strategie zur Gesundheitsbildung an Schulen*. Presse. https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/aerztetag-fordert-bundesweite-strategie-zur-gesundheitsbildung-an-schulen; letzter Zugriff: 29. 09. 2023

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) & Universität Osnabrück (2019). GrundGesund – Gesundheit und Bildung: ein gutes Team! *GrundGesund*. https://grundgesund.bzga.de/gesundheit-in-der-schule/gesundheit-und-bildung-ein-gutes-team/; letzter Zugriff: 12. 10. 2023

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe*. Institute for Future studies

Geißler, R. (2006). Bildungschancen und soziale Herkunft. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 4(2006), 34–49

Gesundheitliche Chancengleichheit (2021a). *Kriterien guter Praxis: Empowerment. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.* https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/gute-praxis/empowerment/; letzter Zugriff: 14. 02. 2024

Gesundheitliche Chancengleichheit (2021b). *Kriterien guter Praxis: Partizipation. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.* https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/gute-praxis/partizipation/; letzter Zugriff: 14. 02. 2024

Griebler, R.; Dür, W. & Kremser, W. (2009). Schulqualität, Schulerfolg und Gesundheit. Ergebnisse aus der österreichischen »Health Behaviour in School-Aged Children«-Studie. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34(2), 79–88. DOI: 10.1007/s11614-009-0015-6

Habermas, J. (2019a). *Theorie des kommunikativen Handelns. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung* (11. Auflage, Band 1). Suhrkamp, Berlin

Habermas, J. (2019b). *Theorie des kommunikativen Handelns. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft* (11. Auflage, Band 2). Suhrkamp, Berlin

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

Heid, K.; Kuchler, M.; Rademaker, A.-L.; Quilling, E. (2024). *»In meiner Abschlussphase ging es für mich ziemlich hart zu«. Gesundheitsförderung junger Menschen in prekären Übergängen.* In: T. Middendorf; A. Parchow (Hrsg.). Junge Menschen in prekären Lebenslagen. Theorien und Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Weinheim und München: Beltz Juventa. 263–273

Husserl, E. (2021). *Phänomenologie der Lebenswelt. Ausgewählte Texte II*. Reclam, Stuttgart

Initiative Familiengrundschulzentren NRW (2023, September 12). *Austausch von Praxis und Wissenschaft zur Zukunft der Familiengrundschulzentren – Fachtag in Düsseldorf. Familiengrundschulzentren NRW.* https://www.familiengrundschulzentren-nrw.de/austausch-von-praxis-und-wissenschaft-zur-zukunft-der-familiengrundschulzentren-fachtag-in-duesseldorf/; letzter Zugriff: 09. 02. 2024

Jeworutzki, S. & Schräpler, J.-P. (2020). Rahmenbedingungen für die Bildungsprozesse in der Metropole Ruhr (Bildungsbericht Ruhr). *Bildungsbericht Ruhr 2020. Bildung in der Region gemeinsam gestalten* (S. 14–57). RuhrFutur gGmbH, Regionalverband Ruhr, Essen

Josupeit, J.; Kaczmarczyk, D. & Quilling, E. (2021). Das Herz der Schule. *Lernende Schule*, 2021(96), 14–16. Friedrich Verlag

Josupeit, J.; Schäfer, P.; Tollmann, P.; Leimann, J.; Kaczmarczyk, D.; Kausemann, C. & Quilling, E. (2023). Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen: der Ansatz der Gesundheitsförderungskultur. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1–6. Springer

Klocke, A. & Stadtmüller, S. (2019). Die Rolle von sozialem Kapital in der Gesundheitsentwicklung von Kindern. *Public Health Forum*, 27(4), 304–307. DOI: 10.1515/pubhef-2019-0087

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

Kuchler, M.; Beckmann, S.; Habig, C.; Heid, K.; Rademaker, A. L. & Quilling, E. (2022). Well-Being during the Pandemic–Insights from a Rapid Review on the Mental Health of Disadvantaged Youth and Young Adults. *Sustainability*, 14(19), 12730. MDPI

Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW (2017). *Konzept des Landesprogramms Bildung und Gesundheit NRW ab 01. 08. 2017.* https://www.bug-nrw.de/fileadmin/web/Landesprogramm/Konzept.pdf

Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW (2023a). *Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW. Das Programm. Landesprogramm*. https://www.bug-nrw.de/landesprogramm; letzter Zugriff: 29 .09. 2023

Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW (2023b). *Statistik BuG-Schulen. Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW.* https://www.bug-nrw.de/bug-schulen/statistik-bug-schulen; letzter Zugriff: 09. 07. 2024

MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2023). *Sozialberichte NRW. Sozialindikatoren. Indikator 7.7 – SGB-II-Quote der unter 15-Jährigen nach Regionen. Sozialberichterstattung NRW.* https://www.sozialberichte.nrw.de/sozialindikatoren_nrw/indikatoren/7_einkommensarmut/indikator7_7/index.php#top; letzter Zugriff: 11. 10. 2023

Ministerium für Schule und Bildung des Landes NRW (2023). *Bildungsportal NRW. Gesundheit. Schülergesundheit*. https://www.schulministerium.nrw/gesundheit; letzter Zugriff: 29. 09. 2023

Opitz, M. (2022). Das Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW (BuG) – Nachhaltige Entwicklung und Etablierung der Guten Gesunden Schule im Bundesland Nordrhein-Westfalen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65(7–8), 836–843. DOI: 10.1007/s00103-022-03552-9

Quilling, E.; Leimann, J. & Tollmann, P. (2022). Kommunale Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* DOI: 10.17623/BZGA:Q4-i043-1.0

Quilling, E.; Müller, M. & Kruse, S. (2019). Gesundheitsförderliche Schule durch stärkere Partizipation. Schüler* innen und Lehrer* innen setzen gesundheitsbezogene Projekte um. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 2(2), 25–28

Quilling, E.; Rademaker, A. L.; Schäfer, P.; Kaczmarczyk, D. & Schaffert, C. (2022). Hauptsache, gesund?! Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. *GGW*, 22(1), 24–30

Schräpler, J.-P. & Jeworutzki, S. (2021). *Konstruktion des Sozialindex für Schulen*. Schulministerium NRW. https://www.schulministerium.nrw/system/files/media/document/file/konstruktion_des_sozialindex_fuer_schulen.pdf; letzter Zugriff: 29. 09. 2023

Schütz, A. & Luckmann, T. (2017). *Strukturen der Lebenswelt* (2. Auflage). UVK, Konstanz, München

WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Gehalten auf der Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa

3.5
Soziale Verantwortung als Zukunftshoffnung: Nachhaltige Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen als Ressource gegen Arbeitskräftemangel

Dominik Schad, Michaela Evans-Borchers, Josef Hilbert

Ausgangslage: Gesundheitliche Lage langzeitarbeitsloser Menschen als Herausforderung

Im Mai 2023 bezogen bundesweit 5.781.000 leistungsberechtigte Menschen, davon 3.939.000 erwerbsfähige Leistungsbeziehende (ELB), Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2023a). Der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen war im Zeitraum 2009 bis 2020 verhältnismäßig stabil: 2020 betrug er bundesweit 30,3 %, seit den »Coronajahren« ist er jedoch gestiegen und erreichte im Jahr 2022 mit 37,9 % einen um rund acht Prozentpunkte höheren Wert als in der Präcoronazeit.

Bei einem regional differenzierenden Blick in die Statistik (Abb. 3.5-1) wird deutlich, dass die Anteilswerte des Kreises Recklinghausen jeweils oberhalb der ermittelten Werte für NRW und Deutschland insgesamt liegen. Der Kreis Recklinghausen gehört zu einer Teilregion des Ruhrgebiets, die strukturell nicht nur von Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit betroffen ist, sondern zugleich auch vor erheblichen Herausforderungen des Arbeits- und Fachkräftemangels steht (vgl. Kreis Recklinghausen, 2022). Für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und soziale Sicherheit der Menschen im Kreis Recklinghausen sind, wie auch für die Emscher-Lippe-Region insgesamt, die Mobilisierung von Fach- und Arbeitskräften und die Entwicklung von qualifiziertem Personal von zentraler Bedeutung (vgl. Kreis Recklinghausen 2021).

Vorliegende Studien (vgl. u. a. Marschall et al., 2018; Eggs et al., 2014) kommen zu dem Ergebnis, dass zwischen 40 und 60 % aller Arbeitslosen und akut von Arbeitslosigkeit bedrohten Personen unter physischen und/oder psychischen gesundheitli-

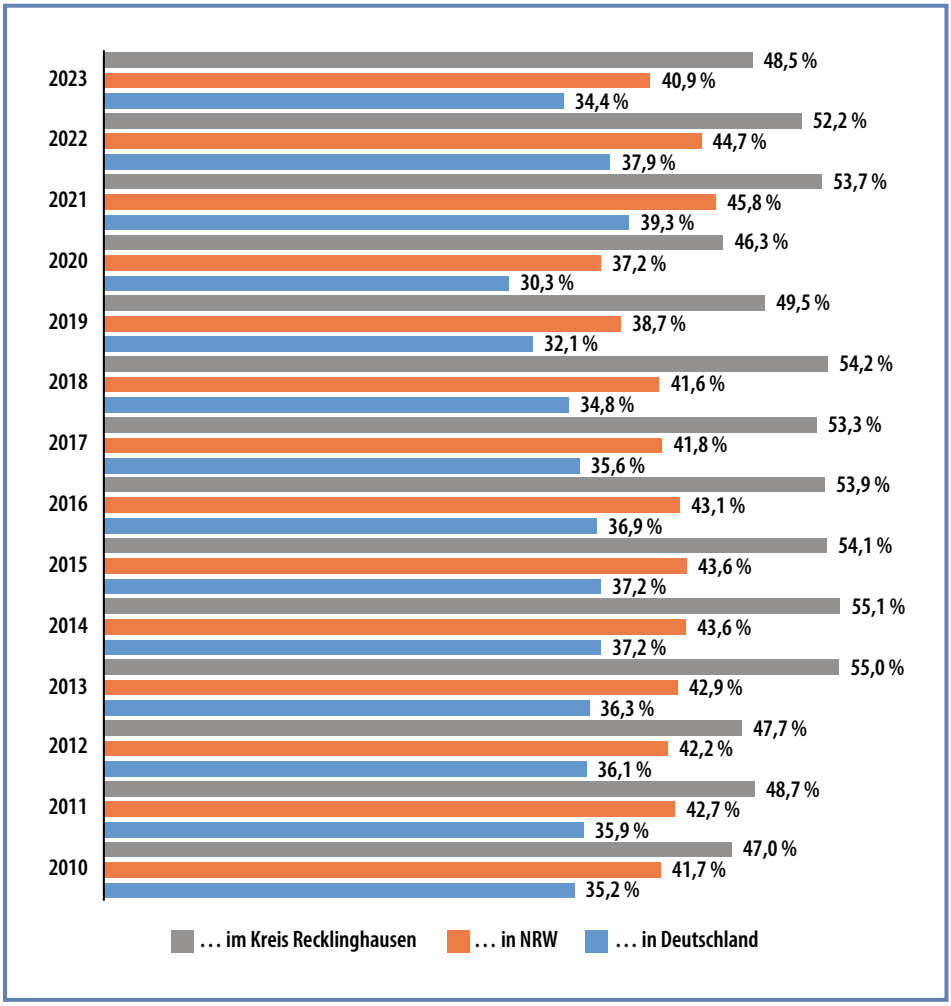

Abbildung 3.5-1: Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen (2010–2023); Kreis Recklinghausen, NRW und Bund insgesamt, in %). *Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2023b.*

chen Einschränkungen leiden. Praktiker:innen in der Arbeitsvermittlung gehen teils sogar von noch höheren Zahlen aus. Von den 53.302 erwerbsfähigen SGB-II-Leistungsberechtigten des Jobcenters Kreis Recklinghausen waren im Jahr 2018 allein 11.476 Menschen von dokumentierten, vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen betroffen.

Hierbei ist jedoch zu beachten, dass oftmals nicht alle gesundheitlichen Einschränkungen formal auch bekannt oder dokumentiert werden. Entscheidend ist zudem, dass Arbeitslosigkeit nicht nur Folge *(Selektionseffekt)*, sondern auch Ursache *(Kausalitätseffekt)* für gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen ist. So haben langzeit-

arbeitslose Menschen gegenüber erwerbstätigen Personen ein mindestens verdoppeltes Risiko für psychische Erkrankungen, insbesondere für Depression und Angststörungen, wobei eine »erlernte Hilflosigkeit« als psychologischer Erklärungsmechanismus eine große Rolle spielt (vgl. Herbig et al., 2013).

Jenseits aller grundsätzlichen Überlegungen zum vielfältigen Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit besteht arbeitsmarktpolitisch weitgehend Einigkeit in einem zentralen Punkt: Das bisherige Förderinstrumentarium des SGB II und SGB III (Arbeitsförderung) ist, bezogen auf arbeitslose und langzeitarbeitslose Personen sowie für Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen im ergänzenden SGB-II-Leistungsbezug, hinsichtlich der beruflichen und sozialen Integration nicht ausreichend (vgl. Schulte-Böning, 2019; Walwei, 2019). Die Tatsache, dass auch der in den Jahren 2009 bis 2019 erzielte Aufschwung am Arbeitsmarkt mit deutlichem Beschäftigtenzuwachs nur unzureichend zu einer nachhaltigen Integration der genannten Personengruppen beigetragen hat, ist hierfür ein klarer Beleg. Auch der im Nachgang der Coronapandemie zunehmend einsetzende Arbeitskräftemangel führte bislang nur sehr bedingt zu einer Integration der von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffenen Langzeitarbeitslosen in den Arbeitsmarkt.

Insbesondere für Personen mit multiplen, darunter auch gesundheitlichen Vermittlungshemmnissen bleiben die Vermittlungschancen auch im Jahre 2023 gering, wie die zurückgehenden Integrationsquoten der Jobcenter trotz hoher Nachfrage am Arbeitsmarkt belegen (vgl. G.I.B, 2023). Auch die mit dem Bürgergeldgesetz zum 01. 01. 2023 sowie zum 01. 07. 2023 eingeführten zusätzlichen Qualifizierungsmöglichkeiten und finanziellen Anreize scheinen daran bislang wenig geändert zu haben. Angesichts des geschilderten Hintergrunds ist die These naheliegend, dass ergänzend zu Qualifizierungs- und alltagspraktischen Mobilisierungshindernissen gesundheitliche Einschränkungen eine große und relevante Integrationshürde in den Arbeitsmarkt darstellen. Der Erhalt sowie die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist somit eine zentrale Herausforderung für die regionalen Arbeitsmarktakteure.

Chancen einer kommunal integrierten Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik

In den bundesweit geführten arbeitsmarktpolitischen Debatten fand, anders als in den gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen, die Verbindung von Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik bis zum Jahre 2018 nur wenig Berücksichtigung. Projekte sowie Gesetzesnovellen des SGB II und III hatten, bezogen auf die aktivierende Arbeitsmarktpolitik, vielmehr die direkte Integration von Langzeitarbeitslosen sowie eine Modifizierung des Förderkatalogs für die Gruppe der unter 25-Jährigen im Fokus. Gesund-

heitliche Einschränkungen der Leistungsbeziehenden wurden zwar als zusätzliches Vermittlungshemmnis tituliert, dessen Behebung sowie präventive Maßnahmen selbst standen jedoch nicht im Fokus der Initiativen und Gesetzesvorhaben. Obwohl umfassende Erkenntnisse über die Bewältigungsprozesse von Erwerbslosigkeit und über die gravierenden Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten vorlagen, waren Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe unterentwickelt (Mohr & Hollederer, 2015; Hollederer, 2009). Gleichwohl zeichnete sich ab, dass in der Kooperation von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung hinsichtlich umfassender und zielgruppenspezifischer Gesundheits- und Präventionskonzepte eine große Chance liegt.

Diese Erkenntnis hat keineswegs an Aktualität eingebüßt. Gesundheitswissenschaftliche Studien arbeiteten heraus, dass Gesundheitsförderung vor allem für sozial benachteiligte Menschen der unteren Einkommensgruppen erforderlich ist (vgl. Bräunling et al., 2020; Hollederer, 2020). Hier ist bereits seit den Jahren 2009/10 die Entwicklung gesundheitsbezogener Interventionsansätze und arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung für Erwerbslose verstärkt in den Fokus gerückt (vgl. Hollederer, 2018). Zentrale Meilensteine waren zudem die Ergebnisse und Konzepte der nationalen Präventionskonferenz (2016) sowie das Präventionsschutzgesetz (2015). Die Präventionskonferenz hat dabei erstmalig bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in den verschiedenen Lebenswelten beschlossen (Nationale Präventionskonferenz, 2016, S. 30). Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund werden Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung zunehmend als kommunales und integriertes Handlungsfeld gedacht, das eines gezielten Auf- und Ausbaus lokaler Kooperationsstrukturen bedarf (vgl. Mikoteit & Schwermer, 2019).

Zweite Stufe des Bundesteilhabegesetzes (rehapro): Neue Betrachtungsweise innerhalb des SGB II

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat diese Thematik 2018 mit § 11 SGB XI zur »Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation« aufgegriffen. Um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen besser als bislang zu erhalten bzw. wiederherzustellen, sollten mit der Erprobung »innovativer Ideen und Konzepte« im Rahmen eines regionalen Bottom-up-Prozesses durch Jobcenter oder Rentenversicherungsträger vor Ort neue Ansätze entwickelt, pilotiert und gegebenenfalls verstetigt werden. Auf den Ergebnissen aufbauend, sollten dann weitere Entscheidungen des Gesetzgebers zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen vorbereitet werden.

Insgesamt stellt die Bundesregierung in den Jahren 2019 bis 2025 eine Milliarde Euro für entsprechende Projekte zur Verfügung. Beim ersten Förderaufruf (2018–2019) gingen insgesamt 97 Projektanträge ein. Danach wurden insgesamt 55 Modellprojekte mit

einer Fördersumme von rund 300 Millionen Euro gefördert. Mit den Städten Essen und Hamm sowie dem Kreis Ennepe-Ruhr und der Gemeinschaft der Kreise Recklinghausen und Rhein-Berg gingen vier Förderbescheide ins Ruhrgebiet.

Inhaltlich befasst sich ein Großteil der Projekte mit der Gestaltung von Schnittstellen zwischen medizinischer Rehabilitation und den Leistungen für das Arbeitsleben; dafür sollten die verschiedenen Leistungsträger und Leistungen rechtskreisübergreifend in sogenannten Reha-Häusern zusammengeführt werden. Ein weiterer mehrfach relevanter Aspekt zielte auf Maßnahmen der individuellen Teilhabebegleitungen für Menschen mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen. Hierbei sollen u. a. im Bereich der frühzeitigen Intervention spezielle Screeninginstrumente eingeführt werden.

Die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Integration wurde seitens der Jobcenter und Rentenversicherungsträger selbst als Schlüsselchance zur Reduzierung des Zugangs in die Erwerbsminderungsrente und in die Eingliederungshilfe oder Sozialhilfe gesehen, da sich hier Erfolg versprechende Möglichkeiten zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit eröffnen. Dass in der Diagnostik, Therapie und Vermittlung Schnittstellenprobleme und Optimierungsbedarfe bestanden, wurde deshalb in einigen Projektanträgen als Gestaltungsfeld aufgegriffen. Ein besonderes Defizit wurde zudem darin gesehen, dass die dem Jobcenter zur Verfügung stehenden ärztlichen Gutachten zumeist lediglich aufzeigten, welche Tätigkeiten den Leistungsberechtigten nicht mehr möglich sind, ein Therapieplan hingegen nicht erstellt wurde.

Bei der Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten stellt sich die Frage nach den regionalen Rahmenbedingungen und Handlungsspielräumen. Die Jobcenter als Teil der kommunalen Sozialverwaltung betreuen u. a. die Langzeitarbeitslosen und sind zuständig für die Arbeitsvermittlung. Sie integrieren dafür in ihren Aufgabenspektren eine Vielzahl arbeitsmarktrelevanter Beratungs- und Betreuungsleistungen, die in enger Kooperation mit der kommunalen Sozialverwaltung und anderen örtlichen sozialen Diensten erbracht werden (etwa Gesundheitsamt, Wohnungsamt). Dies soll helfen, Vermittlungshindernisse (z. B. Schulden, Suchtprobleme, gesundheitliche Einschränkungen, mangelnde Qualifikationen) zu beseitigen (vgl. Bogumil & Jann, 2020). Synergien ergeben sich zudem aus der Verknüpfung unterschiedlicher Themenfelder.

Um solche Verknüpfungschancen zu ermöglichen, bedarf es neuer strategischer Partnerschaften, und für deren Entstehung und Steuerung sind Kommunen sowohl als eigenständige Akteure als auch als Initiatoren und Moderatoren gefordert. Gefragt sind nicht nur temporäre Förderungen und Leuchtturmprojekte, sondern langfristig angelegte Lösungen. Die Rahmenbedingungen und die inhaltliche Ausrichtung der notwendigen Veränderung etablierter sozialer Praktiken können dabei, so die Annahme, nur gemeinsam mit den Fachleuten der Leistungsträger und -erbringer sowie mit

Betroffenen erarbeitet werden. Für die kommunalen Verwaltungen, aber auch für die Institutionen der Arbeitsmarktpolitik ist dies nur leistbar, wenn sie sich und ihr Selbstverständnis weiterentwickeln. Gefordert ist ein neues Management der sozialen Sicherung im Sinne eines Paradigmenwechsels weg von bürokratischer Organisation und Planung, hin zu einer Rolle als ziel- und gestaltungsorientierter Vernetzungsinstanz (Heinze, 2020).

Neue soziale Praktiken: Konzeption des »rehapro-Hauses« in Recklinghausen/Rhein-Berg

Durch die Konzeption und Umsetzung des »rehapro-Hauses« wurde im Projekt eine Basis geschaffen, um eine ganzheitliche Unterstützung gesundheitlich beeinträchtigter Langzeitarbeitsloser aus einer Hand sicherzustellen. Hier werden alle relevanten Akteure – Mitarbeitende des Jobcenters, das medizinische und psychologische Personal, Sozialpädagog:innen und Netzwerkpartner:innen – an einem zentralen Ort zur Unterstützung der Arbeitsmarktintegration involviert. Im Kern besteht die innovative Leistung in der engen organisatorischen Verzahnung aller relevanten Akteure im »rehapro-Haus« mit dem Ziel, eine nachhaltige berufliche (Re-)Integration und eine verbesserte Teilhabe für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen am Arbeitsmarkt zu erzielen.

Der konzeptionelle Ansatz des »rehapro-Hauses« basiert auf folgenden Elementen (Tab. 3.5-1):

- Im Rahmen der Personalentwicklung werden für alle involvierten Beteiligten mittels eines Messverfahrens sogenannte Soft-Skills-Profile (Relation-Modell) erstellt, um mögliche Faktoren der erfolgreichen Zusammenarbeit zu identifizieren, prozessbegleitend zu optimieren und zu evaluieren. Hierdurch soll die Arbeitsfähigkeit des interdisziplinären Teams von Beginn an zielführend, passgenau und möglichst effizient sichergestellt werden.
- Ein weiterer innovativer Ansatz ist die Nutzung von Telemedizin und Telecoaching. So sollen nicht nur räumlich entfernte Teilnehmende erreicht, sondern auch räumlich entfernte medizinische/psychologische Experten:innen bedarfsorientiert hinzugezogen werden, etwa im Rahmen einer Onlinevideosprechstunde.
- Die beteiligten Ärzt:innen sowie Psycholog:innen können sich untereinander per Telekonsil austauschen. Dies dient nicht nur der Kooperation der beiden Regionen (Rhein-Berg und Kreis Recklinghausen), sondern es eröffnet auch die Chance, sich betroffenenorientiert wechselseitig mit Expertise unterstützen zu können.

- Die Umsetzung folgt in einem dreistufigen Verfahren. In *Phase 1* (Dauer: 14 Tage) geht es um die Erhebung des aktuellen Gesundheitszustandes, die Ermittlung der persönlichen Situation sowie die Reflexion des beruflichen Ausblicks *(Diagnostik)*. Die *Phase 2* (Dauer: bis zu zwölf Monate) ist durch bedarfsspezifische, gesundheitsbezogene Unterstützungsmaßnahmen *(Case-Management)* gekennzeichnet. Hierzu zählen u. a. vertiefende Beratungsgespräche, Fallkonferenzen und Fallmanagements mit Sozialcoaching, Gesundheitscoaching und Integrationscoaching, die Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen, die Integration in ein Gesundheitsprogramm, die Unterstützung bei Erstellung von Bewerbungsunterlagen und bei der Aufnahme einer Tätigkeit sowie Hilfen bei der Beantragung von Leistungen. In *Phase 3* (Dauer: bis zu sechs Monate) wird die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sechs Monate lang begleitet *(Nachbetreuung/Stabilisierung)*.

Tabelle 3.5-1: Unterstützungs- und Interventionsphasen des »rehapro-Hauses«.
Quelle: eigene Darstellung.

1. Phase ***Dauer:*** ***14 Tage***	■ Erhebung des aktuellen Gesundheitszustandes ■ Ermittlung der persönlichen Situation ■ Beruflicher Ausblick
2. Phase ***Dauer:*** ***bis zu 12 Monate***	Bei Bedarf u. a.: ■ vertiefende bedarfsorientierte Beratungsgespräche ■ Beratung und Austausch mit Personen, die ähnliche Probleme haben ■ Unterstützung bei der Suche nach Fachärzten/-ärztinnen ■ gesundheitsorientiertes Kursprogramm ■ Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen ■ Vorbereitung auf die Aufnahme einer passenden Tätigkeit ■ Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen
3. Phase ***Dauer:*** ***bis zu 6 Monate***	Bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erfolgt eine Begleitung um weitere 6 Monate, um bei Schwierigkeiten Unterstützung zu leisten.

Die vorläufige Bilanz im Kreis Recklinghausen

Ende September 2023 waren folgende Zahlen zu berichten: Insgesamt 1.332 erwerbsfähige Leistungsberechtigte traten bei 1.756 verfügbaren Plätzen in die Diagnostikphase ein – dies entspricht einem Zielerreichungsgrad von 74,3 %. Insgesamt konnte die Gesamtprojektauslastung mit Länge der Laufzeit im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt deutlich erhöht werden. Hintergründe sind zum einem die wegfallenden Coronabeschränkungen sowie eine verstärkte Etablierung des Projektes im Rahmen des operativen Alltagsgeschäftes der Jobcentermitarbeitenden.

Betrachtet man die gesundheitsspezifischen Gründe der Teilnehmenden, dann zeigt sich folgendes Bild: 49 % verfügten sowohl über eine körperliche als auch über eine psychische Erkrankung; 13 % hatten eine psychische- bzw. 31 % ausschließlich eine körperliche Erkrankung; weitere 4 % litten an einer Suchterkrankung. Bisher ist festzuhalten, dass der Kreis der Teilnehmenden einen deutlich höheren Handlungsbedarf aufweist als zu Projektbeginn angenommen. Eine erhebliche Zahl an Teilnehmenden stellte sich als multimorbide Personengruppe mit psychosomatischem und psychotherapeutischem Behandlungsbedarf dar.

Durch die Nutzung von Telemedizin und Telecoaching konnten gerade Teilnehmende mit psychischen Einschränkungen, die oft unter Vereinsamung litten, effektiv unterstützt werden. So waren diese Termine für die Teilnehmenden nicht selten die einzigen Kontakte zur Außenwelt. Bei technikaffinen Teilnehmenden wurde zudem E-Health unter Nutzung einer App angeboten. Eine weitere zentrale Erkenntnis der umfassenden Diagnostikphase ist, dass »Multimorbidität« weit verbreitet ist. Viele sind über einen längeren Zeitraum (bis zu sechs Monate) nur unter drei Stunden erwerbsfähig; allerdings sind sie maßnahmefähig, sodass ein Verbleib im Projekt mit einem deutlichen Schwerpunkt beim Gesundheitscoaching möglich ist. Durch Nutzung von Telemedizin und Telecoaching konnte Teilnehmenden mit psychischen Einschränkungen, die z. B. unter massiver Vereinsamung litten, geholfen werden, gerade auch während des Lockdowns. Auch die telemedizinische Kurzzeitintervention bei psychisch schwer Eingeschränkten hat sich als sehr effektiv erwiesen.

Die bisherigen Erfahrungen können zu folgenden vorläufigen Erkenntnissen verdichtet werden:

- Die Zielgruppe hat deutlich massivere gesundheitliche Einschränkungen als ursprünglich angenommen. Gesundheitliche Stabilisierung und soziale Teilhabe sind somit deutlich dominierende Themen. Die Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Zielgruppe wurden durch die intensive Diagnostikphase sichtbar.
- Der Grund für die Teilnahme am Projekt ist für Kunden:innen überwiegend die Verbesserung der gesundheitlichen Situation. Teilnehmende waren mit ihrer Lebenssituation wenig zufrieden und erhofften Beratung und Begleitung zur Verbesserung der eigenen Gesundheit.
- Viele betroffene Leistungsbeziehende können sich nicht proaktiv und selbstständig um die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes kümmern.
- Berufliche Teilhabe ist oftmals zunächst nachrangig. So konnten bis zum 30. 09. 2023 lediglich 12 % aller Teilnehmenden in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung integriert werden. Es besteht allerdings Zuversicht, dass diese Quote im Rahmen der weiteren Unterstützungsaktivitäten zeitversetzt steigen wird.

- Die gesundheitliche Situation hat sich bei rund 31 % der Teilnehmenden durch die Maßnahmen nachhaltig verbessert. Bei rund 20 % konnten berufliche Perspektiven erarbeitet bzw. die Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessert werden.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Fachteam erweist sich vor allem in den gemeinsamen Fallkonferenzen als überaus effektiv.
- Das Zusammenwachsen eines multidisziplinären Fachteams ist voraussetzungsvoll, sodass es eines intensiven und partizipativ ausgerichteten Projektmanagements bedarf.

Ausblick

Im Rahmen von »rehapro« wurden neue Wege einer integrierten Arbeitsmarkt-, Sozial- und Gesundheitspolitik entwickelt und erprobt. Im Kern ging es darum, Langzeitarbeitslosen durch eine zugehende, ganzheitliche und nachhaltige Unterstützung neue Perspektiven zu eröffnen. Dieses hat sich im Pilotprojekt im Grundsatz bewährt; allerdings ist offen, ob die dafür geschaffenen Strukturen dauerhaft etabliert und gegebenenfalls auch andernorts genutzt werden können. Politik ist gefordert, hierfür die angemessenen rechtlichen und finanziellen Grundlagen zu schaffen. Bislang ist – trotz gegenteiliger Absichtserklärung – nicht absehbar, dass hierfür Lösungen gefunden werden. Droht hier Politikversagen?

LITERATUR

Bogumil, J. & Jann, W. (2020). *Verwaltung und Verwaltungswissenschaft in Deutschland. Eine Einführung* (3. Auflage). Springer VS, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-28408-4

Bräunling, S.; Böhm, K.; Köckler, H. & Geene, R. (2020). Nachtrag zur Einleitung. HiAP und COVID-19. In: K. Böhm; S. Bräunling, R. Geene & H. Köckler (Hrsg.). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland* (S. 12–14). Springer VS, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-30504-8

Bundesagentur für Arbeit (2023a). *Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf. Entwicklung der Arbeitslosenquote (Strukturmerkmale).* Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (2023b): *Langzeitarbeitslosigkeit – Deutschland, Länder, Regionaldirektionen, Agenturen für Arbeit, Kreise und Jobcenter (Monats-/Jahreszahlen).* Nürnberg. https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=24224&topic_f=langzeitarbeitslosigkeit; letzter Zugriff: 09. 07. 2024

Eggs, J.; Trappmann, M. & Unger, S. (Hrsg.) (2014). *Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. IAB-Kurzbericht 23/2014.* Nürnberg. https://doku.iab.de/kurzber/2014/kb2314.pdf; letzter Zugriff: 20. 10. 2023

G.I.B (2023). *Monitoring Grundsicherung für Arbeitsuchende. Aktualisierung der Datenplattform SGB II: Daten zum 3. Quartal 2022.* https://gib-service.de/sgbii/; letzter Zugriff: 20. 10. 2023

Heinze, R. (2020). *Gesellschaftsgestaltung durch Neujustierung von Zivilgesellschaft, Staat und Markt*. Springer VS, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-30907-7

Herbig, B.; Dragano, N. & Angerer, P. (2013). Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(23–24), 413–420. https://efas-web.de/infodienst/2013/August/Anlagen/gesundheit_und_alo-recherche.pdf; letzter Zugriff: 20. 10. 2023

Hollederer, A. (2009). *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main

Hollederer, A. (2020). Arbeitsmarkt; Gesundheit in der Arbeitsmarktpolitik und -förderung. In: K. Böhme; S. Bräuling; R. Geene & H. Köckler (Hrsg.). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland* (S. 109–120). Springer, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-30504-8

Kreis Recklinghausen (2021). *Fachkräfteentwicklungskonzept für den Kreis Recklinghausen. Berichtsvorlage.* https://www.kreis-re.de/inhalte/wirtschaft/themen_und_konzepte/berichtsvorlage%202021_120%20(fachkr-fteentwicklungskonzept%20f-r%20den%20kreis%20recklinghausen).pdf.pdf; letzter Zugriff: 20. 10. 2023

Kreis Recklinghausen (2022). Fachkräfteentwicklung. Aktivitäten im Kreis Recklinghausen. https://www.kreis-re.de/inhalte/wirtschaft/themen_und_konzepte/fachkr-fteentwicklungskonzept%20april%202022.pdf; letzter Zugriff: 20. 10. 2023

Marschall, J.; Hildebrandt, S.; Zich, K.; Tisch, T.; Sörensen, J. & Nolting, H.-D., unter Mitarbeit von Burgart, E. & Woköck, T. (2018). *DAK-Gesundheitsreport*. Hamburg/Berlin. https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-pdf-2073702.pdf; letzter Zugriff: 20. 10. 2023

Mikoteit, T. & Schwermer, L. (2019). Projekt »Arbeitslosigkeit und Gesundheit« – Konzept einer integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung für die Stadt Essen. In: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit als kommunales Arbeitsfeld. Praktische Ansätze, Erfahrungen und Perspektiven aus der Stadt Essen* (S. 61–84)

Mohr, G. & Hollederer, A. (2015). Neue Wege – Gesundheit im außerbetrieblichen Setting. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen. In: B. Badura; A. Ducki; H. Schröder; J. Klose & M. Meyer (Hrsg.). *Fehlzeitenreport 2015. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement* (S. 235–247). Springer, Berlin/Heidelberg, DOI: 10.1007/978-3-662-47264-4

Nationale Präventionskonferenz (2016). *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d abs. 3 SGB V.* https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf; letzter Zugriff: 20. 10. 2023

Schulte-Böing, M. (2019). Das SGB II in Bewegung – Defizite, Änderungsbedarfe, Innovationen. In: J. Lange (Hrsg.). *Hartz 4.0? Die Grundsicherung für Arbeitssuchende zwischen Fortentwicklung und Generalrevision* (S. 35–52). Loccumer Protokolle 63/2019

Walwei, U. (2019). Die Auswirkungen des SGB II auf den gesamten Arbeitsmarkt: Wo lassen sich Änderungsbedarfe erkennen – und wo nicht? In: J. Lange (Hrsg.). *Hartz 4.0? Die Grundsicherung für Arbeitssuchende zwischen Fortentwicklung und Generalrevision* (S. 11–34). Loccumer Protokolle 63/2019

3.6 Wohlfahrtsverbände als sozialraumbezogene Akteure der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung

Victoria Wildförster, Bettina Schmidt

Wohlfahrtspflege in Deutschland

Die Freie Wohlfahrtspflege (FWP) in Deutschland hat eine lange Tradition. Die beginnende Industrialisierung im 19. Jahrhundert und die damit einhergehende Verschärfung der Unterschiede zwischen Arm und Reich beförderten die Gründung von Wohlfahrtsverbänden, um benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu unterstützen (Hering, 2020). Nach anfänglich reiner Fürsorgetätigkeit gehörte bald auch die Fürsprachetätigkeit, also die sozialpolitisch-anwaltschaftliche Vertretung der Benachteiligten, zum Leistungsspektrum der FWP (Welskop-Deffaa, 2020). Im Jahr 1924 schlossen sich zunächst der Deutsche Caritasverband, die Diakonie Deutschland, der Paritätische Wohlfahrtsverband und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden zur Deutschen Liga der freien Wohlfahrtspflege zusammen (Hering, 2020). Heute sind außerdem die Arbeiterwohlfahrt und das Deutsche Rote Kreuz in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) organisiert.

Die Wohlfahrtsverbände sind bedeutsame Akteure des sozialpolitischen Systems in Deutschland. Aufgrund des sozialrechtlich festgeschriebenen Subsidiaritätsprinzips werden zahlreiche gemeinwohlorientierte soziale Dienstleistungen von der FWP erbracht. Als »Gewissen der Nation« (Hummel & Timm, 2020, S. 29) sind die Wohlfahrtsverbände jedoch nicht nur als soziale Dienstleister tätig, sondern nehmen als weltanschaulich gebundene Interessenverbände auch Einfluss auf sozialpolitische Prozesse (Vaske, 2016). Die FWP betont ihre Rolle als »Anwalt und Unterstützer der Menschen, die sonst in der Gesellschaft eher am Rande stehen« (BAGFW, 2022, S. 2). Sie orientiert sich am Gemeinwohl und den Bedürfnissen von Menschen in Not (Vaske, 2016). Sie versteht sich also nicht als unparteiischer Leistungserbringer, der Kund:innen mit sozialdienstlichen Angeboten beliefert, sondern als parteilicher Akteur, der Menschen in prekären Lebenslagen eine wirkmächtige sozialpolitische Stimme gibt (Welskop-Deffaa, 2020).

»Ziel aller Aktivitäten der Wohlfahrtsverbände ist die Verbesserung von Lebenslagen.«[20] So lautet der erste Satz, mit dem die BAGFW ihre satzungsgemäßen Aufgaben beschreibt. Dem Selbstverständnis nach sind die Wohlfahrtsverbände gleicher-

20 https://www.bagfw.de/ueber-uns/aufgaben-der-bagfw; letzter Zugriff: 21.02.2023

maßen Dienstleistungserbringer, Sozialanwälte und Solidaritätsstifter, sie verstehen sich als gesellschaftliche Kraft, die nicht nur Sozialleistungen erbringt, sondern auch verändernd auf sozial ungerechte gesellschaftliche Bedingungen einwirkt (Burmester & Wohlfahrt, 2016). Im Idealfall sind die Wohlfahrtsverbände tätig als konkrete Unterstützer in Notlagen, als anwaltschaftlich empowernde Fürsprecher und responsive Lautsprecher sowie als partizipationsorientierte Seismografen, die jene Menschen mit sozialpolitischer Durchsetzungskraft ausstatten, deren Interessen sonst zu wenig Gehör finden (Welskop-Deffaa, 2020).

Die größte Wirkung entfaltet die FWP als Partner der Kommunen durch ihre sozialen Dienstleistungen vor Ort (Heinze & Bieckmann, 2020). Durch ihre institutionellen Voraussetzungen sowie ihre konzeptionellen Grundlegungen, ihre Zielsetzungen und ihre Methoden ist die FWP ein passender Partner, um in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren vor Ort an einer sozialen, gesundheitlichen und ökologischen Stadtentwicklung mitzuwirken. Ihre Aufgabe ist es, städtebauliche, soziokulturelle und gesundheitliche Bedingungsfaktoren im Sozialraum zusammenzudenken, um die Lebenslage aller Menschen vor Ort zu verbessern. Ihre Aufgabe ist zudem, Menschen vor Ort zu befähigen und ihnen zu ermöglichen, sich aktiv einzubringen in die Gestaltung ihres Lebensraums (Prölß et al. 2020). Exemplarisch hierfür steht etwa das ökumenische Projekt »Kirche findet Stadt« der Diakonie und der Caritas, das sich für die Entwicklung lebenswerter Quartiere starkmacht (Potz & Hub, 2018). Der Weg zu »sozialraumbezogenen Gesundheitslandschaften« (Caritas & Diakonie, 2018, S. 55) ist allerdings noch weit, denn bisher gehören die »verbandlichen Einrichtungen nicht unbedingt zur ›Avantgarde‹ im Sozialraum« (Reiser, 2020, S. 398).

Wohlfahrtspflege im Bereich Gesundheit

Die FWP ist eine zentrale Säule des Gesundheitswesens (Heinze & Bieckmann, 2020). Etwa ein Fünftel der rund zwei Millionen Menschen, die in den etwa 120.000 Einrichtungen der FWP beschäftigt sind, sind in der Gesundheitshilfe (u. a. Krankenhäuser, Tageskliniken, Beratungsstellen, Hospize) tätig. Damit stellt die Gesundheitshilfe, gemessen an den Mitarbeitenden, den drittgrößten Bereich (nach Alten- sowie Kinder- und Jugendhilfe) dar (BAGFW, 2018). Ihre sichtbarste Wirkkraft erzeugt die FWP in ihrer Rolle als Dienstleister der Gesundheitsversorgung vor Ort: Sie hält sowohl stationäre Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser) als auch ambulante Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen) vor (ebd.). Neben ihrer Rolle als direkt gesundheitsbezogener Dienstleister ist die Rolle der FWP als sozialpolitischer Interessenverband von Bedeutung. Die FWP vertritt die gesundheitsbezogenen Interessen der vor allem sozial benachteiligten Bevölkerung auf politischer Ebene. Exemplarisch hierfür steht etwa das Positionspapier der Nationalen Armutskonferenz zum Thema Armut und Gesundheit, in

dem die Wohlfahrtsverbände im Verbund mit anderen Akteuren u. a. die Verstärkung sozialer und gesunder Stadtentwicklung fordern (NAK, 2016).

Bislang folgt die FWP einem eher engen Gesundheit-Krankheit-Verständnis, das sich vornehmlich auf die unmittelbare Versorgung bei Krankheit, Behinderung und Alter bezieht. Die BAGFW etwa führt unter den Schwerpunktthemen das Thema »Gesundheitswesen«[21] auf und beschreibt dort die Rolle als Dienstleister gesundheitlicher Versorgung. Eine erweiterte, Public-Health-orientierte Perspektive, die dezidiert die Bevölkerungsgesundheit und die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen in den Blick nimmt, findet man nicht, obwohl die Wohlfahrtsverbände als Public-Health-Akteure eine relevante Rolle spielen könnten (Hommes, 2022). Beim Thema »Klimawandel« ist die Perspektive der FWP nicht mehr beschränkt auf die Rolle als Dienstleister: »Die [Wohlfahrts-]Verbände sind gefragt, sich gegenüber der Politik für einen Klimaschutz einzusetzen, der den sozialen Ausgleich zu einem zentralen Punkt aller klimapolitischen Vorhaben macht« (Pieper, 2020, S. 40).

Es ist zu erwarten, dass die engen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Klima für die FWP einen Anlass bieten, die Themen gemeinsam zu bearbeiten: »Unser künftiges Gesundheitsnarrativ muss soziale und umweltbezogene Gesundheitsbelastungen und -risiken insbesondere sozial benachteiligter und vulnerabler Personen noch viel stärker mitdenken, thematisieren und konzeptuell aufgreifen« (Schmidt & Torzilli, 2022, S. 173). Konkret könnte das z. B. bedeuten, dass sich die FWP starkmacht für die Revitalisierung der örtlichen Infrastruktur. Das würde nicht nur die Erreichbarkeit von Diensten verbessern, sondern durch die Reduktion von Autofahrten dem Klima nützen (Pieper, 2020). Gefordert wird vom Paritätischen eine umfassende sozialökologische Wende, die Umweltschutz vor dem Hintergrund sozialer Lage bearbeitet (Schmidt & Torzilli, 2022). Der Paritätische ist die hörbarste Stimme im Bereich von Public Health: »Die Freie Wohlfahrtspflege stehe dem Public Health-Paradigma freundlich gegenüber«, so der Präsident des Paritätischen Gesamtverbandes Rolf Rosenbrock (BAGFW 2021, S. 4). Der Paritätische meldet sich häufiger zu Wort mit Themen, die die gesundheitliche, soziale und ökologische Lage betreffen. Beispielsweise nimmt er Stellung zur aktuell diskutierten Etablierung von Gesundheitskiosken und weist darauf hin, dass es nicht genügt, wohnortnahe Kioskstrukturen zu etablieren, ohne gleichzeitig die sozialen Determinanten von Krankheit zu bearbeiten, u. a. die Belastung durch Lärm und Luftverschmutzung (Der Paritätische 2022b).

21 www.bagfw.de/themen/gesundheitswesen; letzter Zugriff: 21. 02. 2023

Gesundheitsbezogene Wohlfahrtspflege in NRW, im Ruhrgebiet

In NRW ist die FWP in der »Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen« organisiert. Als »Lobby für sozial Benachteiligte« erhebt sie die Stimme »für Arme, Kinder, Jugendliche, Familien, Langzeitarbeitslose, junge Menschen ohne Arbeit oder Ausbildung, für Kranke, Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftige oder Flüchtlinge«[22]. Einen übergeordneten Arbeitsausschuss zum Thema Gesundheit gibt es bei der FWP NRW nicht, sondern drei themenspezifische Ausschüsse – den Drogenausschuss, den Ausschuss für Menschen mit Behinderungen und den Ausschuss Pflege, Gesundheit und Alter.[23] Auf Landesebene nimmt die FWP Einfluss z. B. durch abgestimmte Positionspapiere, etwa zur Krankenhaussituation, um sie gegenüber maßgeblichen Personen und Institutionen zu vertreten. Außerdem nimmt die FWP sachverständigen Einfluss auf Gesetzgebungsprozesse (Vaske, 2016). Auf kommunaler Ebene existieren Arbeitsgemeinschaften der FWP.[24, 25] Die FWP ist dort u. a. in der Prävention und Gesundheitsförderung aktiv, z. B. führt die Diakonische Stiftung Wittekindshof in Zusammenarbeit mit der Hochschule Gesundheit Bochum in Herne ein partizipatives Projekt zur StadtGesundheit durch, das darauf abzielt, Menschen mit Behinderungen in die Entwicklung einer inklusiven und gesundheitsförderlichen Stadtgestaltung einzubeziehen.[26]

Einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag leistet die FWP durch ihre Berichterstattung. Dem aktuellen Armutsbericht des Paritätischen kann man u. a. entnehmen, dass das Ruhrgebiet hinter Bremen den vorletzten Platz des Armutsquoten-Rankings belegt, wobei das Ruhrgebiet mit fast sechs Millionen Einwohner:innen das größte Ballungszentrum in Deutschland ist. Dort leben 1,2 Millionen Menschen in Armut (Der Paritätische, 2022a). Das Ruhrgebiet als Ballungsraum weist diverse Problemlagen und Herausforderungen auf, die aufgrund des andauernden Strukturwandels vielfältiger sind als in anderen Metropolregionen. Die Komplexität des städtischen Lebens einerseits und der gesundheitlichen Lebensbedingungen andererseits erfordert eine differenzierte gesundheitliche Stadtentwicklung, die die Besonderheiten des Ruhrgebiets dezidiert berücksichtigt (RVR, 2021; Moebus, 2021).

Die Herausforderungen des Ruhrgebiets haben Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Die Wohlfahrtsverbände geben den benachteiligten Bevölkerungs-

22 www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de/wer-wir-sind/unsere-leitsaetze/lobby-fuer-sozial-benachteiligte: letzter Zugriff: 30.12.2022

23 www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de/wer-wir-sind/arbeitsausschuesse; letzter Zugriff: 30.12.2022

24 https://agw-essen.de/unsere-staerken/; letzter Zugriff: 03.09.2024

25 www.awo-ruhr-mitte.de/ueber-uns/presse-kommunikation/nachrichten-detail/awo-uebernimmt-vorsitz-der-ag-wohlfahrt-hellip:25727; letzter Zugriff: 17.02.2023

26 www.wittekindshof.de/aktuelles/meldung/fotosafari-durch-die-herner-innenstadt; letzter Zugriff: 26.01.2023

gruppen hier anwaltschaftlich eine Stimme, z. B. wird das sichtbar im aktuellen Sozialbericht NRW, in dem die Freie Wohlfahrtspflege eines der Kapitel verfasst hat, das den Titel trägt: »Armen eine Stimme geben: Jeder Mensch braucht ein Zuhause« (Hensel et al., 2020, S. 527). In dem Bericht wird Wohnen eng gefasst als angemessene Wohnung, die Schutz vor Kälte, Hitze und Feuchtigkeit bietet, damit Gesundheitsschäden vermieden werden (Hensel et al., 2020). Doch Menschen brauchen nicht nur eine angemessene Wohnung, sondern auch eine angemessene Wohnumgebung, die vor Gesundheitsschäden u. a. durch extreme Hitze oder Kälte, Lärm und Schadstoffbelastungen, Überflutungen u. Ä. schützt. Der aktuelle Sozialbericht NRW zeigt, dass v. a. einkommensarme Haushalte überdurchschnittlich häufig von Lärmbelästigung, Verschmutzung und Umweltbelastungen im Wohnumfeld betroffen sind (Glanert-Strauch et al., 2020). Entsprechend braucht NRW eine sozial gerechte, nachhaltige StadtGesundheits-Entwicklung, um den Zusammenhang zwischen ungesunden Wohnverhältnissen und niedriger Soziallage wirksam zu bearbeiten.

Beispiel Stadtteilmanagement Soziale Stadt – WAT bewegen

Seit 2016 arbeitet das Stadtteilmanagement der »Sozialen Stadt – WAT bewegen« vor Ort im Stadtteil. Grundlage der Tätigkeit ist das integrierte städtebauliche Entwicklungskonzept (ISEK) »Gesundes Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht« mit einem klar umrissenen Programmgebiet (Stadt- und Regionalplanung Dr. Jansen, 2014), das hauptsächlich im Bochumer Stadtteil Wattenscheid-Mitte liegt. Das ISEK wurde im Jahr 2015 durch den Rat der Stadt Bochum beschlossen. Das Projekt »Soziale Stadt« (seit 2020 »Sozialer Zusammenhalt«) hat die »Stabilisierung und Aufwertung städtebaulich, wirtschaftlich und sozial benachteiligter und strukturschwacher Stadt- und Ortsteile«[27] zum Ziel. Wattenscheid-Mitte hat einen solchen sozialen und städtebaulichen Entwicklungsbedarf. Es hat im Vergleich zur Gesamtstadt mit Herausforderungen zu kämpfen, die u. a. durch den Strukturwandel des Ruhrgebiets begründet sind. Die Bevölkerung in Wattenscheid-Mitte ist häufiger von SGB-II-Bezug betroffen, es gibt mehr Menschen mit Migrationshintergrund, und es gibt mehr kinderreiche Familien, denen es an ausreichender Infrastruktur fehlt (Köckler et al., 2022; Stadt Bochum, 2022). Diese Bevölkerungsstruktur mit zum Teil vulnerablen Bevölkerungsgruppen geht häufig einher mit belastenden Gesundheitsmerkmalen, bspw. zeigen die Schuleingangsuntersuchungen, dass der Anteil adipöser Kinder in Wattenscheid-Mitte im Vergleich zur Gesamtstadt doppelt so hoch ist (Stadt- und Regionalplanung Dr. Jansen, 2014).

27 https://www.staedtebaufoerderung.info/DE/WeitereProgramme/SozialeStadt/sozialestadt_node.html;jsessionid=D6EE27F3783E4D93B915ECFD3DA04A2B.live21302; letzter Zugriff: 03. 09. 2024

Das Stadtteilmanagement der »Sozialen Stadt – WAT bewegen« arbeitet im Auftrag der Stadt Bochum. Es ist paritätisch durch Raumplaner:innen (Planungsgruppe Stadtbüro aus Dortmund) und Sozialarbeiter:innen/Sozialpädagog:innen (AWO UB Ruhr-Mitte) besetzt. Es begleitet die Projekte des ISEK vor Ort im engen Austausch mit der Stadtverwaltung und ist als erster Ansprechpartner für Bürger:innen zuständig. Als Anlaufstelle dient das Stadtteilbüro, das mitten im Stadtteil liegt (Köckler et al., 2022). Das städtebauliche Entwicklungskonzept zielt darauf ab, Rahmenbedingungen zu schaffen, um Kindern und Jugendlichen, Familien und Alleinstehenden sowie Senior:innen ein gesundes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. In allen städtebaulichen und sozialintegrativen Maßnahmen sollen die Belange der gesunden Wohn- und Lebensverhältnisse leitend sein. Klimaschutz, Verbesserung des stadträumlichen Mikroklimas und die energetische Sanierung sollen gleichberechtigt neben der individuellen Förderung der Gesundheit stehen.[28] Ziel ist es, mit allen Wattenscheider:innen ins Gespräch zu kommen, um ihre konkreten Bedarfe zu bearbeiten. Die Mitarbeiter:innen der AWO, die im Stadtteilmanagement beschäftigt sind, können dafür die bestehenden Netzwerke der verschiedenen Wohlfahrtsverbände vor Ort nutzen.

Durch die interdisziplinäre und integrative Arbeit im Stadtteilmanagement ist es möglich, neue Netzwerke zu gründen, z. B. den Gesundheitsverbund, dem unterschiedliche gesundheitsbezogene Institutionen aus dem Stadtteil angehören (vgl. Potz et al., 2020). Die AG Kita wiederum ist ein trägerübergreifender Zusammenschluss aller Kindertageseinrichtungen in Wattenscheid-Mitte, die wichtige Erkenntnisse zu den Lebenswelten der Zielgruppe der 0- bis 6-Jährigen liefert. Darüber hinaus hat sich die Wattenscheider Gesundheitswoche etabliert, die durch das Stadtteilmanagement organisiert wird. Die ausführenden Organe sind die Träger:innen, Einrichtungen und die Menschen vor Ort im Stadtteil. Im Sinne einer lernenden Kommune hat sich ein regelmäßiger »Jour fixe Soziales« zwischen der Stadtverwaltung Bochum und dem Stadtteilmanagement etabliert, auf dem neue Herausforderungen thematisiert und mögliche Lösungen besprochen werden. Seit 2018 wird die Errichtung eines Gesundheitskiosks für Wattenscheid verfolgt. Seit Beginn des Vorhabens ist die AWO UB Ruhr-Mitte an der Umsetzung interessiert und kann ihre Kenntnisse aus der bisherigen Arbeit vor Ort einfließen lassen.

Resümee

Stadtteilmanagement und Wohlfahrtspflege geben der Bevölkerung vor Ort eine Stimme auf lokaler, regionaler und auf Bundesebene. Allerdings stoßen sowohl Stadtteilmanagement als auch Wohlfahrtspflege an Grenzen. Sozialräume sind komplexe

28 www.bochum.de/amt-fuer-stadtplanung-und-wohnen/Dienstleistungen-und-Infos/Stadterneuerung/Wattenscheid; letzter Zugriff:06.03.2023

Gefüge mit sehr unterschiedlichen und gegebenenfalls konfliktträchtigen Interessenlagen, die sich nicht systematisch steuern lassen durch kommunalpolitische oder wohlfahrtsverbandliche Institutionen (Böhmer, 2020). Dies gilt insbesondere für Sozialräume, in denen soziale Probleme vorherrschen, die auf der Makroebene liegen, z. B. Arbeitslosigkeit, und darum nicht auf der Mikroebene der Kommunen bzw. der Bewohner:innen bearbeitet werden können: Die »Wohlfahrtsverbände [stehen] in der Gefahr, durch ein neoliberales Spacing die Skalen sozialer Probleme, ihrer Verursachung und Bearbeitung auf eine einzige – und dann meist lokale – Ebene festzulegen« (Böhmer, 2020, S. 284). Um gerechte Gesundheitsbedingungen für alle vor Ort realisieren zu können, steht die FWP in der Pflicht, vor allem jene Akteure zu inkludieren, die über die erforderliche Macht für eine wirksame soziale, ökologische und gesundheitliche Transformation verfügen.

»Eine erfolgreiche gesundheitsförderliche Stadtentwicklung [ist] nicht ohne Berücksichtigung und Änderung der sozialen und politischen Verhältnisse denkbar« (Moebus 2021, S. 229). Mit ihrer Stimme vor Ort sind Stadtteilmanagement und Wohlfahrtspflege im Ruhrgebiet wichtige Public-Health-Akteure der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung und unverzichtbare Partner einer gesundheitlichen Stadtentwicklung, da sie wertvolles Praxiswissen über die Menschen vor Ort beitragen können. »Gesundheit wird primär nicht durch Krankenhäuser und die Spitzenmedizin, sondern durch das alltägliche Verhalten der Menschen innerhalb der sie umgebenden Lebensbedingungen produziert. […] Der primäre und bedeutungsvollere Ort, an dem Gesundheit entsteht oder auch negativ beeinflusst wird, ist aber die Region« (Hildebrandt, 2020, S. 496).

LITERATUR

BAGFW (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege) (2018). *Gesamtstatistik 2016: Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege*. BAGFW. www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/Statistik/BAGFW_Gesamtstatistik_2016.pdf; letzter Zugriff: 21. 02. 2023

BAGFW (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege) (2021). *Workshop »Lebenslange Prävention gemeinsam gestalten«*. www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Aktivitaeten/2021/2021-10-21_Dokumentation_WS_Pr%C3%A4vention.pdf; letzter Zugriff: 21. 02. 2023

BAGFW (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege) (2022). *Die Freie Wohlfahrtspflege – innovativ und nachhaltig für sozialen Zusammenhalt*. www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/Imageflyer_2022_BAGFW_Selbstverst%C3%A4ndnis_Web.pdf; letzter Zugriff: 21. 02.2023

Böhmer, A. (2020). In Sozialräumen denken – Stärke und/oder Bringschuld der Wohlfahrtsverbände? In: K. Hummel & G. Timm (Hrsg.). *Demokratie und Wohlfahrtspflege* (S. 271–298). Nomos, Baden-Baden

Burmester, M. & Wohlfahrt, N. (2016). Wirksamkeit der freien Wohlfahrtspflege. *TUP – Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit,* 67, 272–281

Caritas & Diakonie (Deutscher Caritasverband und Diakonie Deutschland) (2018). *Zusammenleben im Quartier – Entwicklungspartnerschaften für lebenswerte Quartiere – Leitfaden*. https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/KfS_Leitfaden_2018.pdf; letzter Zugriff: 02. 09. 2024

Der Paritätische (2022a). *Paritätischer Armutsbericht 2022: Zwischen Pandemie und Inflation*. www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Armutsbericht/doc/broschuere_armutsbericht-2022_web.pdf; letzter Zugriff: 21. 02. 2023

Der Paritätische (2022b). *Integrierte ambulante Primärversorgung stärken, bestehende Strukturen nutzen – Paritätische Eckpunkte zum Konzept der Gesundheitskioske*. www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/2022-12-01_Eckpunkte_Gesundheitskioske_Parit%C3%A4t_final.pdf; letzter Zugriff: 21. 02. 2023

Glanert-Strauch, K.; Hüning, W.; Munz-König, E.; Richter, A.-K.; Rottwinkel, M. & Seifert, W. (2020). Einkommen, Vermögen, Armut und Reichtum. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.). *Sozialbericht NRW 2020* (S. 161–314). www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/aktuelle_berichte/SB2020.pdf; letzter Zugriff: 21. 02. 2023

Heinze, R. G. & Bieckmann, R. (2020). Die Wohlfahrtsverbände als Akteure der Sozialwirtschaft. In: K. Hummel & G. Timm (Hrsg.). *Demokratie und Wohlfahrtspflege* (S. 141–168). Nomos, Baden-Baden

Hensel, F. J.; Hofmann, M.; Harmann, M.; Eschenbach, M. & Allebrod, B. (2020). Armen eine Stimme geben – Jeder Mensch braucht ein Zuhause. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.). *Sozialbericht NRW 2020* (S. 527–549). www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/aktuelle_berichte/SB2020.pdf; letzter Zugriff: 21. 02. 2023

Hering, S. (2020). Demokratie und Wohlfahrt zwischen 1848 und 1933. In: K. Hummel & G. Timm (Hrsg.). *Demokratie und Wohlfahrtspflege* (S. 47–64). Nomos, Baden-Baden

Hildebrandt, H. (2020). Gesundheitsregionen – warum die regionale Verankerung so wichtig ist. In: B. Klapper & I. Cichon (Hrsg.). *Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens* (S. 595–500). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Hommes, F.; Mohsenpour, A.; Kropff, D.; Pilgram, L.; Matusall, S.; von Philipsborn, P. & Sell, K. (2022). Überregionale Public-Health-Akteure in Deutschland – eine Bestandsaufnahme und Kategorisierung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65, 96–106. DOI: 10.1007/s00103-021-03456-0

Hummel, K. & Timm, G. (2020). Wohlfahrtsverbände in der Demokratiekrise: Was tun? In: K. Hummel & G. Timm (Hrsg.). *Demokratie und Wohlfahrtspflege* (S. 15–46). Nomos, Baden-Baden

Köckler, H.; Sprünken, M. & Lottermoser, A. (2022). Bochum-Wattenscheid Mitte: Integrierte gesundheitsförderliche Stadtteilentwicklung. In: Department of Community Health (Hrsg.). *Community Health. Grundlagen, Methoden, Praxis* (S. 314–325). Beltz Juventa, Weinheim

Moebus, S. (2021). Gebaute Stadt und Gesundheit – Bedeutung um Implikation für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 221–236). Springer-Verlag, Berlin

NAK (Nationale Armutskonferenz) (2016). *Positionspapier der Nationalen Armutskonferenz: Positionen und Forderungen der NAK zu Armut und Gesundheit.* NAK, Berlin

Pieper, J. (2020). Klimakrise: Fünf Chancen einer sozial-ökologischen Wende für die Freie Wohlfahrtspflege. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 167, 43–46. DOI: 10.5771/0340-8574-2020-2-43

Potz, P.; Güntner, S.; Rosenow, R.; Zimmer-Hegmann, R. & Matzke, F. L. (2020). *Gemeinwesenarbeit in der sozialen Stadt. Entwicklungspotenziale zwischen Daseinsvorsorge, Städtebauförderung und Sozialer Arbeit. Endbericht.* BBSR

Potz, P. & Hub, R. (2018). Kirche findet Stadt – ohne bürgerschaftliches Engagement keine Quartiersentwicklung. In: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (Hrsg.). *Evangelische Kirche, Religionen und bürgerschaftliches Engagement* (S. 2–37). www.b-b-e.de/fileadmin/Redaktion/06_Service/02_Publikationen/2018/2018-bbe-reihe-dossier-004.pdf; letzter Zugriff: 21. 02. 2023

Prölß, R.; Haag, M. & Rosner, D. (2020). Lokale Demokratie und Sozialraumpolitik – ein Platz für die Wohlfahrtsverbände? In: K. Hummel & G. Timm (Hrsg.). *Demokratie und Wohlfahrtspflege* (S. 299–318). Nomos, Baden-Baden

Reiser, B. (2020). Perspektive aus der Krise: Ein Gespräch mit den Herausgebern. In: K. Hummel & G. Timm (Hrsg.). *Demokratie und Wohlfahrtspflege* (S. 389–410). Nomos, Baden-Baden

RVR (Regionalverband Ruhr) (2021). *Wandel gestalten: Chancen schaffen. Auf dem Weg zu einer Sozialberichterstattung für die Metropole Ruhr.* www.rvr.ruhr/fileadmin/user_upload/01_RVR_Home/03_Daten_Digitales/Regionalstatistik/03_Publikationen/2021-06_Sozialberichterstattung_Wandel_gestalten_Chancen_schaffen.pdf; letzter Zugriff: 21. 02. 2023

Schmidt, L. M. & Torzilli, L. (2022). »Bouncing forward«: Die Freie Wohlfahrtspflege als Wegbereiter aus der Krise und unverzichtbarer Akteur auf dem Weg zu einem nachhaltigen Gesundheitswesen. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 169, 171–174. DOI: 10.5771/0340-8574-2022-5-171

Stadt Bochum (2022). *Bochumer Ortsteile kompakt 2022*. https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CL6HGZ760BOCMDE/$File/BochumerOrtsteileKompakt2022.pdf; letzter Zugriff: 06. 03. 2023

Stadt- und Regionalplanung Dr. Jansen (2014). *Gesundes Wattenscheid – Familienfreundlich und generationengerecht. Integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept für Bochum-Wattenscheid*. https://geodatenportal.bochum.de/bogeo/web/61/Stadterneuerung_Wattenscheid/04_ISEK_WAT_Gesundes-Wat-Ergebnisbericht.pdf; letzter Zugriff: 03. 09. 2024

Vaske, S. (2016). *Die Freie Wohlfahrtspflege als politischer Akteur im modernen Sozialstaat*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main

Welskop-Deffaa, E. M. (2020). Vom Fürsprecher zum Lautsprecher? Wohlfahrtsverbände zwischen Fürsorge und Partizipation. In: K. Hummel & G. Timm (Hrsg.). *Demokratie und Wohlfahrtspflege* (S. 169–188). Nomos, Baden-Baden

3.7
Die Digital Health Factory Ruhr – Digitalisierung als Baustein für eine zielgruppenorientierte Verbesserung der Gesundheit diverser Communitys in der Metropole Ruhr

Alina Napetschnig, Janina Kleist, Heike Köckler, Wolfgang Deiters, Corinna Schaffert, Berit Schoppen, Anja Burmann, Sven Meister

Herausforderung in der gesundheitlichen Versorgung: Der Ballungsraum Ruhrgebiet als Referenzregion und die Potenziale digitaler Lösungen

Mit über fünf Millionen Einwohner:innen ist die Metropole Ruhr einer der größten Ballungsräume Europas, die sich durch eine polyzentral verflochtene Siedlungs- und Infrastruktur wie auch durch eine besonders ausgeprägte soziodemografische Diversität und Segregation in Teilräume auszeichnet (Regionalverband Ruhr, 2021). Die in sich stark segregierte Region ringt in einem komplexen Strukturwandel auch um ihren sozialräumlichen Zusammenhalt. Zugleich verfügt das Ruhrgebiet über einen sich dynamisch entwickelnden Digital-Health-Sektor mit vielen mittlerweile marktführenden Unternehmen und starken wissenschaftlichen sowie klinischen Kontexten.

Im Ruhrgebiet existieren wachsende Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung, die insbesondere in gravierenden sozialräumlichen Disparitäten deutlich werden und zulasten von Gebieten mit einem hohen Bevölkerungsanteil von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, höherer Erwerbslosigkeit und höheren Armutsquoten gehen (Annuß et al., 2016). Dies drückt sich im Vergleich der Sozialräume auch in erhöhter Morbidität und vorzeitiger Mortalität der dort ansässigen Bevölkerung aus. In den betroffenen Sozialräumen ist häufig gleichzeitig das Durchschnittsalter im Vergleich niedriger und bildet so einen bedeutsamen Faktor für die soziodemografische Zukunft des Ruhrgebiets ab (Annuß et al., 2016) ab.

Hinter einer in der Gesamtbetrachtung guten Versorgungssituation großstädtischer Räume wie dem Ruhrgebiet verbirgt sich eine starke Tendenz zur sozialräumlichen Differenzierung. Entsprechende Benachteiligungen können über sozialstrukturelle Indikatoren und städtebauliche Missstände abgebildet werden und treten häufig als Mehrfachbelastungen (u. a. Umweltbelastungen wie Lärm, Luftschadstoffe, hoher Versiegelungsgrad, wenig oder unattraktive Grün- und Freiflächen) auf (Jahnke et al., 2016, S. 7). Gesundheitsbelastende und gesundheitsfördernde Verhältnisse sind in Städten häufig ungleich verteilt. Dies wurde auch mehrfach fürs Ruhrgebiet nachgewie-

sen (Köckler et al., 2020; Vittinghoff et al., 2023). Im Ergebnis kommt es zu sozialer Ungleichheit bei Gesundheit in der Bevölkerung des Ruhrgebiets (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, 2003; Annuß et al., 2016; s. auch Klapper et al., 2007; Kolahgar, 2006)

Im Ruhrgebiet steht zudem das Verhältnis zwischen wohnortnahen Gesundheitsleistungen und großräumig wirksamen medizinischen Spezialisierungen auf dem Prüfstand. Dabei könnte eine regional durchdachte Nutzung von Versorgungsressourcen insbesondere jenen Teilräumen zugutekommen, denen weniger Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen. Eine solche Lösung erfordert tragfähige, interoperable Anwendungen, die wohnortnahe und spezialisierte regionale Lösungen verbinden.

Communitys berichten von Zugangsbarrieren hinsichtlich der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und -versorgung, zum Beispiel für geflüchtete Menschen (Schröder et al., 2018; Spura et al., 2017), Menschen mit Behinderung (Wetzel & Rathman, 2020) oder Frauen ab 50 Jahren (Krause et al., 2020). Als ursächlich können u. a. Lebenslagen (Lampert et al., 2017), Gesundheitskompetenz (Jordan & Hoebel, 2015) und Selbstverständnisse von Gruppen sowie demgegenüber auch mangelnde Diversitysensibilität der Anbieter:innen (Hackmann et al., 2018) gesehen werden. Das Spektrum reicht von Sprachbarrieren zugewanderter Menschen über die eingeschränkte Mobilität älterer oder mancher Menschen mit körperlicher Behinderung bis hin zur Überlastung Alleinerziehender.

Das Innovationsfeld Digital Urban Health

Digitale Lösungen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Ballungsräumen und die Verbindung von *Digital Health* und *Urban Health* markieren das Innovationsfeld, dem sich das durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt Digital Health Factory Ruhr (DHFR) widmet.

Ziel ist es, digitale Lösungsbausteine zu schaffen, die eine gesundheitliche Wirkung in urbanen Arbeits- und Lebensräume erzielen, indem regionale Mechanismen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden.

Urban Health (dt.: StadtGesundheit) bezieht sich dabei auf ein umfassendes Anwendungsfeld, das Ansätze der Stadtepidemiologie sowie der Gestaltbarkeit urbaner Lebenswelten abbildet (Fehr, 2020). *Digital Health* (dt.: Digitale Gesundheit) weist eine zunehmende gesellschaftliche Relevanz auf, indem durch digitale Technologien die Gesundheitsversorgung verbessert werden soll (WHO, 2021). In den vergangenen Jahren erwies sich ein erhöhter Bedarf nach dezentralen, automatisierbaren und integrierbaren Lösungen. Auch Gesetzesinitiativen wie das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), das seit Oktober 2020 das ärztliche Verschreiben von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) rechtlich ermöglicht, bestärken dieses Innovationsfeld. Des Weiteren

wird das Themenfeld getrieben durch Initiativen auf nationaler sowie internationaler Ebene (z. B. Medizininformatik-Initiative, European Health Data Space,[29] International Data Spaces (IDS), Gaia-X: Federated Secure Data Infrastructure) und erlebt ein stetiges Wachstum und eine zunehmende Bedeutung. Dabei differenzieren sich sowohl das Forschungsfeld zu Datenräumen und -infrastrukturen sowie die Entwicklung digitaler Anwendungen aus. Ein derartiger Wandel führt zum Umdenken etablierter Unternehmen und Einrichtungen in Richtung kollaborativer sowie unternehmens- und einrichtungsübergreifender Datennutzungsmodelle. Zugleich ergeben sich Etablierungsmöglichkeiten für neue Ansätze und Start-ups. In diesem Zusammenhang erleben auch der Einsatz und die Nutzung künstlicher Intelligenz (KI) einen Fortschritt und stellen eine hochgradige Relevanz für personalisierte Zielgruppen und damit auch diversitätsorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung dar. Diese Entwicklung gilt es in ihrem Potenzial für eine gesundheitliche Versorgung zu entwickeln und unbeabsichtigte Nebeneffekte von Digitalisierung im Gesundheitswesen zu vermeiden (Köckler et al., 2021).

Bedeutende Innovationspotenziale für digitale Lösungen liegen in einer an den soziodemografischen Realitäten von Ballungsräumen orientierten Stärkung individueller und sozialer Gesundheitskompetenzen. Hierzu gehören die Fähigkeit zur gesundheitsfördernden Regulierung eigener Lebens- und Verhaltensweisen, zum Selbstmanagement von Patient:innen, zum Umgang mit den Einrichtungen und Professionen des Gesundheitswesens bis hin zur Souveränität im Umgang mit den digitalen Mechanismen der Gesundheitswelt (Scherenberg, 2022).

Wie in ländlichen Regionen erfordern auch Entwicklungen in den Ballungsräumen ein populationsbezogenes und zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement und, darauf aufbauend, eine entsprechende Gesundheitsplanung (Geuter et al., 2024). Dazu zählt eine regionale Datenintegration (z. B. bestehend aus Daten zu räumlichen Gesundheitsdeterminanten, zu populationsbezogenen Gesundheitszuständen und zu patient:innenbezogenen Daten zur Nutzung des Versorgungssystems) (Cramer et al., 2024). Zudem gibt es Bedarfe an entscheidungsunterstützenden Systemen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, die auf integrierten Daten basieren (Ruess et al., 2020).

Der Projektansatz der Digital Health Factory Ruhr

Die Digital Health Factory Ruhr ist ein Verbundprojekt, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Programms »Wandel durch Innovation (WIR)« gefördert wird. Das Projekt widmet sich dem Ansatz von *Digital Urban Health*,

29 https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en

indem die spezifischen Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung in der Metropole Ruhr erfasst und Lösungsansätze gemeinsam mit verschiedenen Communitys erarbeitet, umgesetzt sowie evaluiert werden. Dabei wird insbesondere eine systematische Nutzung gesundheitsrelevanter Daten unter Berücksichtigung individueller und sozialer Arbeits- und Lebenswelten beachtet. Ziel ist die Entwicklung bzw. Verbindung sozialräumlich wirksamer Systemlösungen mit zielgruppen- und situationsspezifisch adaptierbaren Lösungen. Durch die Verknüpfung (infra)struktureller, sozialer und technologischer Innovationen sollen digitale Lösungen als Teil neuer Versorgungs- und Geschäftsmodelle wirksam werden. Das Projektvorhaben wird im Ruhrgebiet innerhalb eines breiten Bündnisses von Einrichtungen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, Kommunen, Hochschulen, Forschungseinrichtungen und der Digital-Health-Industrie umgesetzt. Mithilfe der Bündnisstruktur kann anhand von Beteiligungs-, Koordinierungs-, Finanzierungs- und Beratungsinstrumenten auf die Unterstützung der »virtuellen Fabrik« zurückgegriffen werden, sodass nachhaltige Lösungen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung für den Referenzraum Ruhrgebiet geschaffen werden können.

Die DHFR zielt darauf ab, digitale Lösungen zu entwickeln, für

- eine patient:innenzentrierte, vernetzte Versorgung sowie Gesundheitsförderung für verschiedene Communitys (Faller et al., 2022) in Ballungsräumen. Hierbei sollen einrichtungs- und sektorenübergreifende Versorgungspfade in die urbanen Arbeits- und Lebenswelten eingebettet und entsprechende Settings (KiTas, Schulen, Betriebe, kulturelle Zentren, Nachbarschaften u. a.) einbezogen werden,
- einen verbesserten Zugang diverser Communitys zu Angeboten der Gesundheitsförderung und -versorgung,
- eine Stärkung bürgerschaftlicher Gesundheitskompetenz. Dabei wird auf eine zielgruppenspezifischere sowie kultursensiblere Ausrichtung von bereits bestehenden sowie im Projekt generierten digitalen Lösungen eingegangen,
- ein (inter)kommunal integriertes Gesundheitsmanagement. Ziel ist es, über Datensammlungen hinaus zu gesundheitsrelevanten Konsequenzen in der Entwicklung des Ruhrgebietes bzw. von Ballungsräumen zu kommen (Digital Public Health).

Gleichzeitig gilt es, die digitalen Kompetenzen von professionellen Akteur:innen im Bereich Urban Care und Urban Health (Health Professionals) zu fördern. Die digitalen Kompetenzen der Health Professionals umfassen im beruflichen Kontext grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten sowie Fertigkeiten, die eine effiziente und erfolgreiche Erfüllung von Arbeitsaufgaben im Umgang mit digitalen Medien ermöglichen (Oberländer et al., 2019). Diese beinhalten Kernkompetenzen, die das Wissen über

Funktionen, Einsatzgebiete sowie den Zweck digitaler Technologien in der Gesundheitsversorgung abbilden (Mainz et al., 2024; Hübner et al., 2018). Dabei gilt es, gleiche Voraussetzungen und Standards für alle Health Professionals zu schaffen. Des Weiteren sollen spezialisierte Kompetenzen in den verschiedenen Gesundheitsberufen gefördert werden, die den Umgang mit Daten, Datenmanagement und Big Data thematisieren. Auch die Förderung reflexiver Kompetenzen wird adressiert, die eine informierte Bewertung von Effekten und Folgen der Digitalisierung im Gesundheitswesen je nach Anwendungskontext beinhalten (Kuhn et al., 2019).

Die Lernwerkstatt im Werkstättenansatz der Digital Health Factory Ruhr

In drei Werkstätten werden in einem organisatorisch konzeptionellen Ansatz Lösungen entwickelt. Die *Innovationswerkstatt* (federführend MedEcon Ruhr GmbH) steht den Bündnispartnern für die Entwicklung digitaler Lösungen und Produkte zur Verfügung. Ihre Aufgabe ist es, entsprechend kooperative Projekte sowie Geschäfts- und Versorgungsmodelle für die urbane Gesundheitsversorgung auf den Weg zu bringen und sie entlang der Innovationsphasen und Wertschöpfungsketten zu begleiten.

In der Entwicklung zukunftsfähiger Mechanismen regionaler bzw. urbaner Gesundheitsversorgung wie auch für darin wirksame digitale Innovationen und damit verbundene Unternehmensentwicklungen wird es von entscheidender Bedeutung sein, die wachsenden Mengen gesundheitsrelevanter Daten zugänglich zu machen. Mithilfe von Daten verarbeitenden Werkzeugen, insbesondere KI, sollen zum Beispiel für die Vorhersage künftiger gesundheitlicher Entwicklungen in der Bevölkerung oder als Entscheidungsgrundlage für die Dimensionierung und Verortung gesundheitlicher Angebote Daten nutzbar gemacht werden. Diese Thematik wird in der *Datenwerkstatt* (federführend Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik, ISST) bearbeitet.

Digitale Lösungen für neue Versorgungsmechanismen in Ballungsräumen sind zielführend nur entwickel- und umsetzbar, wenn die Lebenswirklichkeiten, Sichtweisen, Bedarfslagen und Bedürfnisse der potenziellen Zielgruppen und Nutzer:innen in ihrer Spezifik und Diversität ermittelt und verarbeitet werden – und zwar unter Beteiligung der betreffenden Akteur:innen. Die *Lernwerkstatt* (federführend Hochschule für Gesundheit Bochum) stellt hierfür spezifische Methoden, Instrumente und Dienste bereit, die in den folgenden beiden Abschnitten näher ausgeführt werden.

Die Lernwerkstatt zur partizipativen Bedarfsermittlung und Lösungsgestaltung

In der Lernwerkstatt werden spezifische Methoden, Instrumente und Dienste bereitgestellt und auf Basis kooperativer Lernprozesse im künftigen regionalen Innovationsökosystem etabliert. Es wurde ein Konzept entwickelt und erprobt, mit dem im Rahmen zweistündiger Workshops mittels der Methoden

- WorldCafé (Bedarfe und Versorgungslücken in den Bereichen »Gesunder Alltag«, »Wichtige Gesundheitseinrichtungen«, »Medien/Infos zu Gesundheit«),
- Mentimeter (allgemeine Assoziationen zum Thema Gesundheit, Bedarfe zum Thema Gesundheitsplattform) sowie
- Maptable (gesunde Orte im Sozialraum)

gesundheitsbezogene Bedarfe vulnerabler Gruppen in den Kategorien

- Sport/Bewegung,
- Ernährung,
- medizinische Versorgung und
- gesellschaftliche Teilhabe

erhoben werden können.

Die Lernwerkstatt stellt auch – zunächst fokussiert auf Schwerpunktstadtteile – die Bezüge zum sozialräumlichen Akteur:innengefüge her. Sie unterstützt die Entwicklung und das Co-Design digitaler Lösungen mithilfe realitätstauglicher, zielgruppenspezifischer Nutzungsszenarien (insbesondere an den Schnittstellen von virtuellen Lösungen und realem Point of Care). Eine wichtige Funktion nimmt sie mit Blick auf die professionellen Nutzer:innen (Menschen, die in einer weit gefassten Definition als

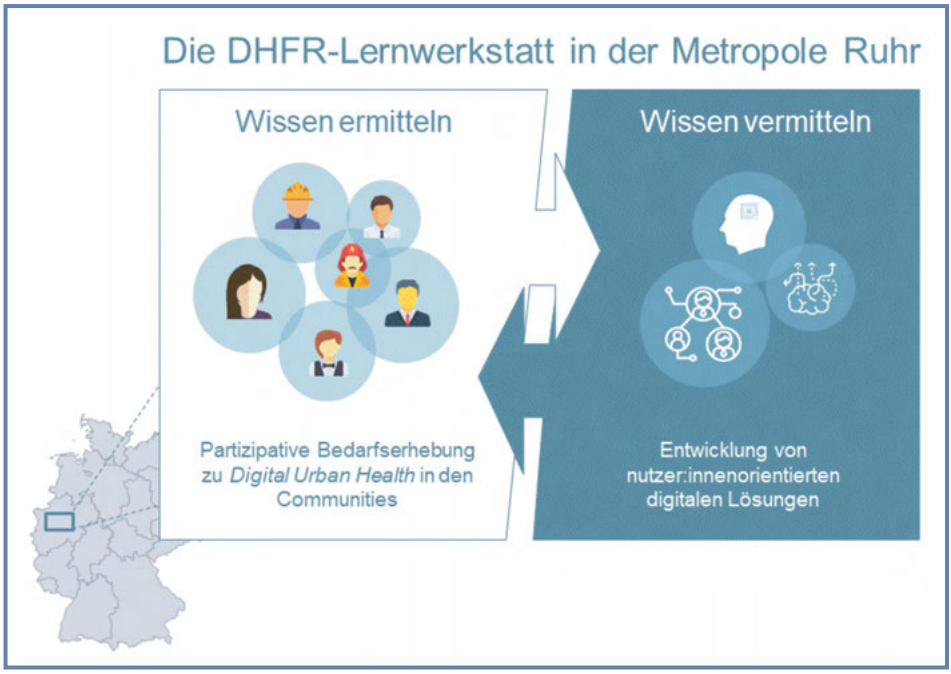

Abbildung 3.7-1: Darstellung des Konzeptes der DHFR-Lernwerkstatt. *Quelle: eigene Darstellung.*

Health Professionals definiert werden können – von den klassischen Gesundheitsberufen über Mitarbeiterinnen in Kindertageseinrichtungen bis hin zu Berater:innen im Gesundheitskiosk oder in anderen gesundheitsbezogenen Beratungskontexten) digitaler Lösungen wahr. Dabei müssen diese Lösungen vor allem in interprofessionellen Zusammenhängen zum Einsatz kommen und dementsprechend als interprofessionelle Lernprozesse organisiert werden.

Die Lernwerkstatt ist als ein Mechanismus konzipiert, der die *Er*mittlung und die *Ver*mittlung von praktischem Wissen zur Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen in einem Lernzyklus miteinander verbindet und hierbei das Prinzip der Partizipation für die Nutzer:innengruppen umfassend zur Geltung bringen soll (vgl. Abb. 3.7-1). Insofern soll sie einerseits das Wissen um lebensweltliche Realitäten, Sichtweisen und Bedarfslagen, andererseits Lernkonzepte für die Wissensvermittlung und drittens Methoden und Kompetenzen partizipativer Gestaltungsprozesse zugänglich machen bzw. selbst zum Einsatz bringen, ggf. aber auch für Weiterentwicklungen und Ergänzungen sorgen.

Folgende Werkzeuge und Dienstleistungen bildet die Lernwerkstatt ab:

- partizipative Bedarfsermittlung und -darstellung: Ermittlung nutzer:innenorientierter Sichtweisen, Bedarfe und Bedürfnisse in Bezug auf Digital-Health-Lösungen,
- partizipative Verfahren zum Co-Design von Digital-Health-Lösungen, wie z. B. Fokusgruppen, Nutzungsszenarien, Patient Journey Mapping,
- Matching-Funktion zum Abgleich von Bedarfen und Bedürfnissen potenzieller Nachfrager:innen aus diversen Communitys mit Produkten und Dienstleistungen von Anbietern aus dem Innovationsökosystem (bzw. deren Entwicklung),
- digital gestützte Lernkonzepte zur Förderung der Gesundheitskompetenz (inklusive der Kompetenz zur Nutzung digitaler Lösungen und Angebote),
- digital gestützte Lernkonzepte in Bezug auf Professionen – insbesondere in Bezug auf interprofessionelle Kooperationen und künftige Mediatoren und Lotsen,
- zielgruppen- und sozialraumspezifische digitale Informations- und Kommunikationsangebote (unter Berücksichtigung von Bildung, Sprache, Kultur u. a.).

Methodenentwicklung in Workshops

Für die zielführende Entwicklung und Umsetzung neuer digitaler Lösungen im Ruhrgebiet, die die Bereiche Prävention, Gesundheitsversorgung sowie -förderung adressieren, erfolgt ein Einbezug diverser Nutzer:innengruppen. Die Hochschule für Gesundheit Bochum führt im Rahmen der Lernwerkstatt Workshops durch, um die Bedarfe an gesundheitlichen Themen in den verschiedenen Communitys des Ruhrgebiets zu ermitteln und folglich eine zielgerichtete Entwicklung digitaler Versorgungsstruktu-

ren erreichen zu können. Im Frühjahr 2023 haben zwei Workshops stattgefunden, bei denen junge Erwachsene in der Dortmunder Nordstadt sowie Senior:innen in Oberhausen-Mitte/Styrum als Expert:innen ihrer Communitys mitgewirkt haben. In den Workshops wurde die örtliche Gesundheitssituation der Beteiligten analysiert bzw. bewertet, indem Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention bzw. Versorgung sowie digitale Anwendungen im gesundheitlichen Kontext aufgegriffen wurden. Die methodische Umsetzung bestand aus unterschiedlichen Instrumenten, die auch den Einbezug digitaler Tools beinhalten. Beispielsweise erfolgte die partizipative und digitale Erkundung des jeweiligen Sozialraumes anhand eines Maptables, indem die Co-Forschenden in den jeweiligen Workshopsessions für sie relevante Gesundheitsorte auf einer interaktiven Karte abbilden konnten (vgl. Abb. 3.7-2).

Abbildungen 3.7-2:
Co-Forschende am Maptable.
Quelle: eigene Aufnahmen.

Das in der Lernwerkstatt erarbeitete Methodenkonzept wird für weitere Workshops verwendet und stetig angepasst, sodass dieses als Instrument für die Ermittlung der zuvor aufgeführten Bedarfe in den verschiedenen Communitys des Ruhrgebiets dient.

Folglich werden – gemeinsam mit den Projektpartnern – digitale Lösungsbausteine entwickelt, die die jeweiligen noch fehlenden Bedarfslagen sowie die fehlende Infrastruktur adressieren. Ziel ist die Entwicklung von Instrumenten, mit deren Hilfe es Menschen ermöglicht wird, sich eigenverantwortlich und selbstbestimmt innerhalb der vorhandenen Strukturen des Gesundheitssystems zu bewegen und diejenigen Leistungen gezielt in Anspruch zu nehmen, die ihren individuellen Bedarfen entsprechen. Diesem Ziel ist der Entwicklungsschwerpunkt »Gesundheitsplattform Ruhr« gewidmet. Innerhalb dieses Schwerpunkts werden Schritte in Richtung der technischen und organisatorischen Konzeption, schrittweisen Umsetzung sowie sukzessiven Etablierung einer digitalen Plattform gemacht, die den Einwohner:innen des Ruhrgebiets und seiner Kommunen Unterstützung in der Orientierung zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen sowie in der Orientierung in den Gesundheitsversorgungsstrukturen bietet. Es soll den Menschen ein Instrument an die Hand gegeben werden, in dem die breiten Angebotspaletten aus Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung, die vor Ort vorgehalten werden, digital abgebildet, gebündelt und in die individuellen Lebensweltbezüge der Nutzer:innen der Plattform eingeordnet werden.

Ausblick

Digital basierte Lösungen für ein bevölkerungs- und partizipationsorientiertes Gesundheitsmanagement in Ballungsräumen sind ein langfristiges Ziel des Bündnisses. Im Zentrum stehen hierbei entscheidungsunterstützende Systeme der (inter-) kommunalen Gesundheitsplanung. Für die Nutzbarkeit sind sozialräumlich differenzierte und konzertierte Aktionen an den Schnittstellen von Gesundheitsversorgung, sozialer Teilhabe und städtischer Entwicklung essenziell. Die Erhebung und Verwertung unterschiedlicher Bedarfe der Communitys in der Metropole Ruhr soll langfristig zur Steigerung von Gesundheit und allen damit verbundenen Faktoren beitragen. Die im Projektvorhaben gewonnenen Erkenntnisse werden durch das Schaffen digitaler Lösungen weiterverwendet, die die Gesundheitskompetenz der Einwohner:innen des Ruhrgebiets stärken. Ziel ist es, einen niederschwelligen barrierearmen Zugang zu Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen zu schaffen, der den Nutzer:innen hilft, sich im Gesundheitssystem zu orientieren, lokale Versorgungsangebote zu nutzen, Informationen zu spezifischen Gesundheitsthemen zu erhalten und Potenziale zur eigenen Gesunderhaltung zu erkennen.

LITERATUR

Annuß, R.; Borrmann, B.; Kuttner, S.; Mensing, M.; Rosenkötter, N.; Simon, K.; Born, J.; Hornberg, C.; Kuhn, J.; Dragano, N. & Loerbroks, A. (2016). *Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen*. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Referat »Politische Planung, Reden«, Düsseldorf

Cramer, E.; Krumreihn, A.; Schaffert, C. & Stiene, M. (2024). Metadaten, Metadatenregister und Datenverknüpfungen im Gesundheitsbereich – eine Einordnung. *IAT Forschung Aktuell*. https://www.iat.eu/media/forschungaktuell_2024-03.pdf; letzter Zugriff: 26. 04. 2024

Faller, G.; Walter-Klose, C.; Betscher, S. & Becker, J. (2022). Community Health als neuronales Netz. In: Department of Community Health (Hrsg.). *Community Health Grundlagen, Methoden, Praxis*. Beltz Juventa, Weinheim

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

Geuter, G.; Beiwinkel, T.; Oesterle, L.; Reyer, M.; Bödeker, M.; Haack, M.; Scriba, S. & Preuss, M. (2024). Der Beitrag von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zu regionaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen – ein Überblick auf Ebene der Bundesländer. *Das Gesundheitswesen*, 86(1), 67–86. DOI: 10.1055/a-2098-3496

Hackmann, T.; Huschik, G.; Maetzel, J.; Schmutz, S.; Sulzer, L. & Vollmer, J. (2018). *Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht. Studie der Prognos AG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.* Bonn

Hübner, U.; Shaw, T.; Thye, J.; Egbert, N.; Marin, H.; Chang, P.; … & Ball, M. J. (2018). Technology Informatics Guiding Education Reform-TIGER. An international framework of core competencies in health informatics for nurses. *Methods of Information in Medicine,* 57, 30–42. DOI: 10.3414/ME17-01-0155

Jahnke, K.; Stelmacher, K.; Dylong, H. & Aref Om, C. (2016). *Umweltgerechtigkeit in der Sozialen Stadt. Gute Praxis an der Schnittstelle von Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage.* Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, Berlin

Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58, 942–950. DOI: 10.1007/s00103-015-2200-z

Klapper, A.; Bardehle, D. & Razum, O. (2007). Alters- und geschlechtsspezifische Mortalität im Ruhrgebiet von 1994 bis 2004. *Das Gesundheitswesen*, 69(10), 521–526

Köckler, H.; Agatz, K.; Flacke, J. & Simon, D. (2020). Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Das SUHEI-Modell nutzt hierfür Indikatoren. *Informationen zur Raumentwicklung*, 47(1), 96–109

Köckler, H.; Antes, G.; Eichhorn, A.; Friele, M.; Glaeske, G.; Sauerland, S.; Scholz, R. W.; Völker, S.; Tretter, F.; Weller, M. & Rosenberger, L. A. (2021). Anpassungsbedarfe im deutschen Gesundheitswesen in der digitalen Transformation. In: R. W. Scholz; M. Beckedahl; S. Noller & O. Renn (Hrsg.). *DiDaT Weißbuch* (S. 97–120). DOI: 10.5771/9783748912125-si2-4

Kolahgar, B. (2006). *Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen und gesundheitlichen Folgen an industriellen Belastungsschwerpunkten in Nordrhein-Westfalen, im Auftrag des Landesumweltamt Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit NRW.* https://www.umwelt-und-gesundheit.nrw.de/fileadmin/redaktion/PDF-Dateien/Abschlussbericht_Umweltgerechtigkeit.pdf; letzter Zugriff: 26. 04. 2024

Krause, L.; Dini, L. & Prütz, F. (2020). Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 5(2). DOI: 10.25646/6063

Kuhn, S.; Ammann, D.; Cichon, I.; Ehlers, J.; Guttormsen, S.; Hülsken-Giesler, M.; Kaap-Fröhlich, S.; Kickbusch, I.; Pelikan, J.; Reiber, K.; Ritschl, H. & Wilbacher, I. (2019). *Careum working paper 8 – long version: Wie revolutioniert die digitale Transformation die Bildung der Berufe im Gesundheitswesen?* https://backend.careum.ch/sites/default/files/media/file/working-paper-digitale-transformation-bildung-gesundheit.pdf?_gl=1*sqy179*_gcl_au*MjA1MzQ5MDM4My4xNzl1NjA1NzA0; letzter Zugriff: 10. 09. 2024

Lampert, T.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Müters, S. & Kroll, L. E. (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2003). *Gesundheit in NRW – kurz und informativ. Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung im Ruhrgebiet.* https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/ges_bericht/nrw-kurz-und-informativ/06-10_ruhr-city.pdf; letzter Zugriff: 10. 09. 2024

Mainz, A.; Nitsche, J.; Weirauch, V. & Meister, S. (2024). Measuring the Digital Competence of Health Professionals: Scoping Review. *JMIR Medical Education*, 10, e55737. DOI: 10.2196/55737

Oberländer, M.; Beinicke, A. & Bipp, T. (2019). Digital competencies: a review of the literature and applications in the workplace. *Computers & Education*, 146, 103752. DOI: 10.1016/j.compedu.2019.103752

Regionalverband Ruhr (RVR) (2021). *Metropole Ruhr. Die Region in Zahlen.* Essen. https://www.rvr.ruhr/fileadmin/user_upload/01_RVR_Home/03_Daten_Digitales/Regionalstatistik/03_Publikationen/2021-08_Metropole_Ruhr_Die_Region_in_Zahlen.pdf; letzter Zugriff: 26. 04. 2024

Ruess, P.; Wendt, W.; Feldwieser, M.; Litauer, R.; Sautter, J. & Radecki, A. (2020). *Kommunale Daten richtig nutzen. Ein praxisorientierter Leitfaden mit Stufenmodell zum zukunftsorientierten Umgang mit kommunalen Daten in Städten und Kommunen.* Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO

Scherenberg, V. (2022). Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. DOI: 10.17623/BZGA:Q4-i130-1.0

Schröder, H.; Zok, K. & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WIdOmonitor*, 1, 1–20

Spura, A.; Kleinke, M.; Robra, B.-P. & Ladebeck, N. (2017). Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 60(4), 462–470. DOI: 10.1007/s00103-017-2525-x

Vittinghoff, M., Simon, D. & Köckler, H. (2023). Screening umweltbezogener Ungerechtigkeit in Städten mit dem SUHEI-Modell: Das Anwendungsbeispiel Duisburg. Stadtforschung und Statistik. *Zeitschrift des Verbandes Deutscher Städtestatistiker,* 36(1), 9–18

Wetzel, L. D. & Rathmann, K. (2020). Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey, *Prävention und Gesundheitsförderung,* 15/2020, 332–339. DOI: 10.1007/s11553-020-00768-y

WHO (World Health Organization) (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf?sequence=1; letzter Zugriff: 11. 07. 2024

3.8
Lärmaktionsplanung als ein Beitrag zu StadtGesundheit am Beispiel der Stadt Dortmund

Bryce T. Lawrence, Andreas Früchtl, Heike Köckler

Negative gesundheitliche Auswirkungen von Umgebungslärm wurden unter anderem in einer großen Querschnittsstudie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) untersucht, die in den »Leitlinien für Umgebungslärm« (WHO, 2018) zusammengefasst ist. Zu den Ergebnissen dieser Studie gehören Erkenntnisse zu vermehrten Schlafstörungen aufgrund steigender Umgebungslärmpegel sowie starker Lärmbelästigung und dem Auftreten von ischämischen Herzerkrankungen. Darüber hinaus hat das Umweltbundesamt (UBA) einen Zusammenhang zwischen Lärmbelastung und Depressionen und Angststörungen festgestellt (Seidler et al., 2023).

Im Jahr 2002 trat die EU-Umgebungslärmrichtlinie (EU-Umgebungslärmrichtlinie, 2002) in Kraft und wurde 2005 erstmals in deutsches Recht umgesetzt (BImSchG § 47a–f und 34. BImSchV, 2006). Das Ziel der Lärmaktionsplanung, die auf der EU-Umgebungslärmrichtlinie basiert, ist es, schädliche Auswirkungen von Umgebungslärm zu verhindern, zu vermeiden oder zu verringern. Die Ergebnisse der »Leitlinien für Umgebungslärm« der WHO wurden in eine Aktualisierung der rechtlichen Grundlagen zwischen 2018 und 2021 einbezogen, sodass die Krankheitslast nun für verschiedene Lärmarten ermittelt wird. Dazu gehören nach der Leitlinie der Umgebungslärm an Flughäfen durch Industrie und Gewerbe, an Schienenwegen und an Straßen. Bei der Lärmaktionsplanung wird ein dreistufiger Ansatz verfolgt: 1) Belastung durch Umgebungslärm ermitteln und in Lärmkarten darstellen, 2) Information der Öffentlichkeit über Umgebungslärm sowie Öffentlichkeitsbeteiligung zu Auswirkungen und Minderungsmaßnahmen und 3) Lärmaktionspläne zur Lärmminderung lauter Bereiche und zum Schutz ruhiger Gebiete ausarbeiten. Die vierte Runde der Umgebungslärmkartierung wurde 2022 abgeschlossen.

Maßnahmen zur Lärmbekämpfung konzentrieren sich häufig auf die Verringerung des Straßenlärms, da dieser die am weitesten verbreitete Lärmquelle im städtischen Umfeld ist. Die Lärmaktionsplanung kann höchstens indirekt Einfluss auf die Verkehrsplanung und damit auf die Verkehrsstärke nehmen. Allerdings können nennenswerte Verkehrsreduktionen auf diesen Straßen meist nur langfristig oder zulasten von anderen Straßenabschnitten mit vergleichbaren Lärmproblemen umgesetzt werden. Die verbleibenden weitverbreiteten Minderungsmaßnahmen an dicht bebauten Hauptverkehrsstraßen sind Geschwindigkeitsreduktionen, Einbau von lärmmindernden Asphalt und Einbau von Schallschutzfenstern.

Einheitliche Regelungen auf Bundes- oder Landesebene fehlen meist ebenso wie angemessene Förderprogramme im Hinblick auf konkrete Maßnahmen, sodass die finanziellen und rechtlichen Hürden für eine verbindliche Umsetzung dieser Maßnahmen sehr hoch sind. Die Kommunen wägen dann in arbeitsaufwendigen Einzelfallbetrachtungen ab, welche Maßnahmen umgesetzt werden sollen. Auch zur Berechnung des Gesamtlärms, die erforderlich ist, um überlagernde Lärmquellen darzustellen, fehlt die Festlegung auf eine einheitliche Vorgehensweise. Weiterhin behindern unterschiedliche Zuständigkeiten die Finanzierung und Umsetzung von gemeinsamen Maßnahmen bei einer Betroffenheit aus mehreren Lärmquellen.

Positive Wirkung von ruhigen Gebieten

Angesichts der Hürden und der begrenzten Möglichkeiten zur Reduktion des Straßenverkehrslärms wird die Lärmbelastung entlang städtischer Hauptverkehrsstraßen auf absehbare Zeit sehr hoch bleiben und sich damit weiterhin negativ auf die städtische Gesundheit auswirken. Umso wichtiger ist es, ruhige Rückzugsorte zu identifizieren, zu schützen und gegebenenfalls zu schaffen, insbesondere für Menschen, die einer hohen Verkehrslärmbelastung ausgesetzt sind. Dieser salutogenetische Ansatz wird auch in der Umgebungslärmrichtlinie berücksichtigt, die jeden Ballungsraum verpflichtet, im Rahmen der Lärmaktionsplanung ruhige Gebiete auszuweisen. Verschiedene Studien zeigen, dass sich Ruhe positiv auf die Gesundheit auswirkt, sodass der Aufenthalt in ruhigen Gebieten eine kompensatorische Wirkung haben kann (Öhrström et al., 2006; Gidlöf-Gunnarson & Öhrström, 2007; Shepherd et al., 2013), und Naturgeräusche haben eine positivere psychoakustische Wahrnehmung als menschliche Geräusche (Baumgart, 2018; Payne & Bruce, 2019; Payne et al., 2007).

Dennoch sind die gesundheitlichen Wirkungen von Ruhe weiterhin deutlich weniger untersucht als die Wirkung von Lärm. Eine Erklärungsmöglichkeit ist, dass Ruhe, angelehnt an die Europäische Umweltagentur (EEA, 2016), als Abwesenheit von Lärm (»unerwünschten Geräuschen«) definiert werden kann oder unerwünschte Geräusche zumindest nur untergeordnet wahrnehmbar sein sollen. Geht man davon aus, dass alle technischen Geräusche, also auch Umgebungslärm, bei dauerhafter oder regelmäßiger Exposition mit steigendem Schalldruckpegel zu einer steigenden Belästigung führen, können Lärm-Hotspots und verlärmte Bereiche mit hoher Sicherheit mithilfe von Lärmkarten identifiziert werden. Es gibt jedoch keinen Schwellenwert, bei dessen Unterschreitung ein Gebiet im urbanen Raum automatisch als ruhig gelten kann (EEA, 2016). Dennoch ist die Anwendung eines Lärmindex die einzige Möglichkeit, welche die Umgebungslärmrichtlinie zur Identifizierung ruhiger Gebiete im Ballungsraum vorschlägt (EU-Umgebungslärmrichtlinie, 2002). Damit kann zwar ausgeschlossen werden, dass besonders laute Bereiche als ruhiges Gebiet definiert werden;

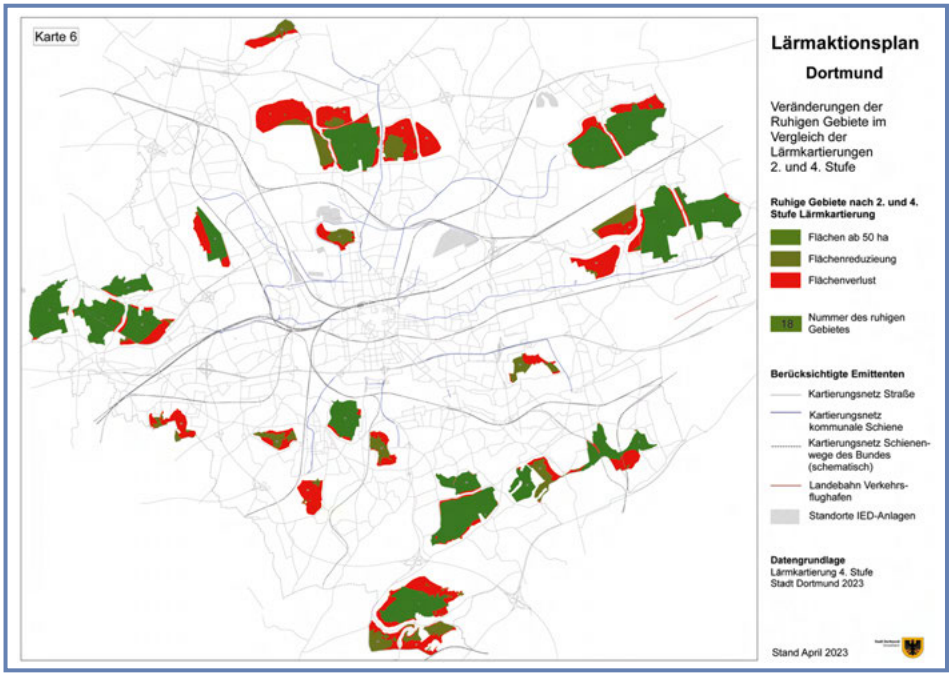

Abbildung 3.8-1: Veränderungen der ruhigen Gebiete im Vergleich der Lärmkartierung 2. und 4. Stufe; und Abbildung. *Quelle: eigene Darstellung.*

es ist aber keineswegs sichergestellt, dass ein solches Gebiet als ruhig empfunden wird.

In Deutschland bleibt die Festlegung der Kriterien zur Identifikation ruhiger Gebiete den Kommunen überlassen. Um ruhige Gebiete mit einem verhältnismäßigen Aufwand festlegen zu können, haben viele Kommunen neben einem Schwellwert für den Lärmindex L_{DEN} eine (willkürliche) Mindestgröße und bestimmte Flächennutzungen als weitere Bedingungen definiert (Heinrichs et al., 2018). So wurde bspw. auch beim Lärmaktionsplan 2014 der Stadt Dortmund vorgegangen. Die ruhigen Gebiete wurden nur außerhalb von Bereichen mit einem $L_{DEN} > 55$ dB(A) festgelegt. Ein ruhiges Gebiet muss demnach zusammenhängend mindestens 50 Hektar groß sein, als Gebietsnutzungen waren Wald, Landwirtschaft, Sport und Erholung, Grün- und Wasserflächen zugelassen. Die formalen Voraussetzungen für die Festlegung der ruhigen Gebiete wurden so zwar erfüllt, allerdings weiterhin ohne tatsächliche Kenntnis darüber, ob Lärm oder andere Geräusche (z. B. Vogelzwitschern oder Wasserrauschen), die nicht in der Lärmkartierung erfasst sind, die Klanglandschaft dominieren.

Die Kriterien bringen weitere Schwierigkeiten mit sich: Schon in den ersten drei Runden zur Kartierung von Lärm in Dortmund führten geringe Schwankungen der Verkehrsmengen auf den Autobahnen dazu, dass das Kriterium der Mindestflächen

bei einigen ruhigen Gebieten zeitweilig erfüllt wird, dann wieder nicht. In der vierten Runde der Lärmaktionsplanung hat sich die Berechnungsvorschrift geändert. Dies führt dazu, dass sich die berechneten Lärmpegel im Freifeld, also jenseits von bebauten Bereichen, erhöht haben, obwohl sich die tatsächliche Lärmbelastung des Gebietes kaum wahrnehmbar verändert hat. Allein im Fall des Straßenverkehrs hat sich die Fläche mit einem $L_{DEN} \geq 55$ dB um ca. 25 % vergrößert. Würde man zur Festlegung der ruhigen Gebiete weiterhin an den 2014 gewählten Kriterien festhalten, wiesen 16 von 32 ruhigen Gebieten mit einer Gesamtfläche von 1.200 Hektar keine Mindestfläche von 50 Hektar mehr auf (Abb. 3.8-1), die Flächen der verbliebenen ruhigen Gebiete würden sich von 2.500 Hektar auf 2.100 Hektar reduzieren.

Soundscape Ecology für die städtische akustische Umgebung

Die Soundscape Ecology (Farina, 2014; Pijanowski et al., 2011), entstanden im Rahmen der Landschaftsökologie (Forman & Godron, 1986), ist ein wertvoller Ansatz, um ruhige Gebiete in ihrer Qualität besser zu beschreiben, als es die Methode der Umgebungslärmrichtlinie vorsieht. Die Soundscape Ecology bietet einen neuen Ansatz zum Verständnis der akustischen Umwelt, indem Frequenz- und Amplitudenmaße zur Charakterisierung der zeitlichen und räumlichen Verteilung von Geräuschen verwendet werden. Die Einbeziehung von Frequenzinformationen ermöglicht eine Kategorisierung von Geräuschen auf der Grundlage der Frequenzbereiche, in denen die Amplitude auftritt. Diese Kategorien umfassen (1) Geophonie – nicht biologische Geräusche wie Wind, Wasser oder Blätterrascheln, die das gesamte Frequenzspektrum abdecken können; (2) Biophonie – Geräusche von nicht-menschlichen Organismen wie Insekten, Säugetieren, Vögeln usw., die typischerweise im Bereich von 3 bis 8 Kilohertz liegen, und (3) Anthropophonie – alle von Menschen erzeugten Geräusche wie menschliche Stimmen, Musik, Maschinen oder Autos, die typischerweise den Frequenzbereich unter 2 Kilohertz dominieren (Farina, 2014). Aktuelle Studien haben umfangreiche räumliche und zeitliche Methoden für autonome Tonaufnahmen in einer Reihe von Landnutzungstypen im Ruhrgebiet entwickelt (Haselhoff et al., 2021), für die ein Kompendium akustischer Indizes (Sueur, 2018; Lawrence et al., 2021; Haselhoff et al., 2022) entwickelt wurde.

Der biophone Teil der akustischen Umwelt ist für die Landschaftsökologie von besonderem Interesse, um die biotische Aktivität in Biotopen zu definieren (Farina & James, 2016). In rein biophonen Umgebungen wird eine akustische Gemeinschaft definiert als »eine Ansammlung von Arten, die an einem bestimmten Ort während eines begrenzten Zeitraums singen« (Gasc et al., 2015). Wenn Artengemeinschaften miteinander interagieren, wird daraus eine akustische Gemeinschaft, in der spezifische akustische Nischen von Vokalisationen zwischen und innerhalb von Arten gleichzeitig auftreten.

Der Ansatz der Soundscape Ecology zur Ermittlung von Zeiten und Orten vokalisierender Artengemeinschaften und akustischer Gemeinschaften kann zur Bewertung der biologischen Vielfalt verwendet werden, indem man sich auf eine einzelne taxonomische Gruppe von Indikatorarten wie Vögel, Frösche, Fledermäuse oder Insekten konzentriert (Gasc et al., 2015). Betrachtet man die Anzahl der akustischen Gemeinschaften, die miteinander interagieren, kann die akustische Vielfalt der Gemeinschaft (Gasc et al., 2013) sogar stellvertretend für die allgemeine Artenvielfalt oder den Artenreichtum (Kerr et al., 2000) terrestrischer Lebensräume sein. In der städtischen und stadtnahen Umgebung müssen akustische Gemeinschaften jedoch nicht nur miteinander um akustische Nischen im Klangraum konkurrieren, sondern auch mit einer ständig zunehmenden Intensität der Anthropophonie.

Natürliche Klänge und Identifizierung ruhiger Gebiete

Wenn die Idee der akustischen Vielfalt biophonischer Gemeinschaften zur Identifizierung »ruhiger oder erholsamer Gebiete« in städtischen Umgebungen verwendet wird, ändert sich das Paradigma von Orten, an denen der Lärm einen bestimmten Schwellenwert nicht überschreitet, hin zur Identifizierung von Gebieten, in denen die gesündesten akustischen Gemeinschaften existieren (Payne et al., 2007; Irvine et al., 2010; Moebus et al., 2020). Wichtig ist, dass die Erkenntnis, dass biophonische akustische Gemeinschaften zeitabhängig sind, eine entscheidende Richtschnur für die Definition ruhiger Gebiete darstellt, nämlich dass solche akustischen Umgebungen nicht nur räumlich abhängig, sondern auch zeitlich begrenzt sind. Solche Überlegungen fehlen in den Leitlinien der EU und Deutschlands für die Einrichtung ruhiger Gebiete. So empfiehlt die EEA die Verwendung von dB-basierten, funktionalen Indikatoren wie Erholungsgebieten, räumlichen Indikatoren wie bestimmten Abständen zu Straßen und Siedlungen, Größenschwellen, Wahrnehmungsindikatoren wie dem Soundscape-Ansatz (DIN ISO 12913-2, 2018) und landschaftsplanerischen Indikatoren wie den im formellen Landschaftsplan festgelegten Naturschutzgebieten (EEA, 2014). Kritisch anzumerken ist, dass dieser Leitfaden keinen Soundscape-ökologischen Ansatz zur Bewertung der tatsächlichen biophonischen Qualität der akustischen Umgebung enthält (Lippold & Lawrence, 2019), was der eigentliche Kern der Bereitstellung erholsamer akustischer Umgebungen ist, in denen sich die Menschen von der von Anthropophonie dominierten städtischen akustischen Umgebung lösen und mit einer Vielfalt von Biophonie dominierter akustischer Assemblagen wieder in Verbindung treten können.

Erweiterung der Definition eines ruhigen Gebiets auf der Grundlage der Soundscape Ecology

Wenn das Ziel ruhiger Gebiete darin besteht, ruhige oder erholsame akustische Umgebungen mit einem hohen Anteil natürlicher Geräusche im Vergleich zu lärmbelasteten städtischen Gebieten auszuweisen, dann sollte der derzeitige Stand der Praxis bei der Ausweisung ruhiger Gebiete im Rahmen des Instruments der Lärmaktionsplanung in Deutschland darauf abzielen, solche Unterschiede zu berücksichtigen. Erholungsgebiete sollten die akustische Umwelt nicht nur zu einem einzigen Zeitpunkt betrachten, sondern als ein zeitliches Konstrukt, mit dem der Mensch die Möglichkeit hat, sich mit den zirkadianen Rhythmen der nicht menschlichen biologischen Welt zu verbinden. Die Unterteilung der akustischen Umgebung in Morgengrauen, Tag, Abenddämmerung und Nacht ist ein differenzierterer Ansatz, der ein vielfältiges Potenzial für die Bereitstellung von Ruhezonen bietet. Dieser Gedanke ist natürlich untrennbar mit der Idee der städtischen grünen Infrastruktur verbunden, die nicht nur als räumliche Reserven für kritische Landschaftsfunktionen dienen, sondern auch als Orte, an denen die Bereitstellung naturnaher akustischer Umgebungen eine wichtige gesundheitsbezogene Dienstleistung für die menschliche Bevölkerung darstellt.

Um die Definition von ruhigen Gebieten in Dortmund auf eine solide und nachvollziehbare Datenbasis zu stellen, wird in Zusammenarbeit mit der TU Dortmund und dem Umweltamt der Stadt Dortmund die Stärke der biophonischen Klänge in (potenziell) ruhigen Gebieten im Vergleich zu Lärm-Hotspots untersucht (Abb 3.8-2). Innerhalb der potenziell ruhigen Gebiete wurden zusammenhängende Flächen mit einer Größe von mehr als vier Hektar isoliert und dann nach einem stratifizierten Ansatz mit einem Konfidenzniveau von 80 % und einer Fehlermarge von 10 % beprobt. Die daraus resultierenden Stichprobenschichten umfassten Wald (n = 26), Landwirtschaft (n = 17), bewirtschaftete Baumbestände (n = 7), Friedhöfe (n = 7) und Sport- und Erholungsgebiete (n = 13). Als Gegenpol wurden 23 Lärmschwerpunkte anhand von berechneten L_{DEN}-Werten (Lawrence et al., 2024) beprobt. Mit einem SM4-Schallrekorder von Wildlife Acoustics wurden an jedem Standort (n = 93) etwa 30 Tage lang rund um die Uhr sechs dreiminütige WAV-Aufnahmen pro Stunde gemacht, insgesamt 282.764 Beobachtungen.

Die Ergebnisse zeigen, dass ruhige Gebiete zu allen Tageszeiten um mehr als 20 dB(A) leiser sind als Lärm-Hotspots, wobei sich deutliche Unterschiede in der morgendlichen Lärmbelastung, der täglichen Amplitude und der abendlichen Lärmbelastung zwischen den verschiedenen Landnutzungstypen und Jahreszeiten ergeben, die sich in den Hotspots nicht widerspiegeln. Unter Verwendung eines zusammengesetzten ökoakustischen Indikators stellen wir fest, dass die akustischen Umgebungen in der Innenstadt tagsüber und abends von der Anthropophonie dominiert werden, wäh-

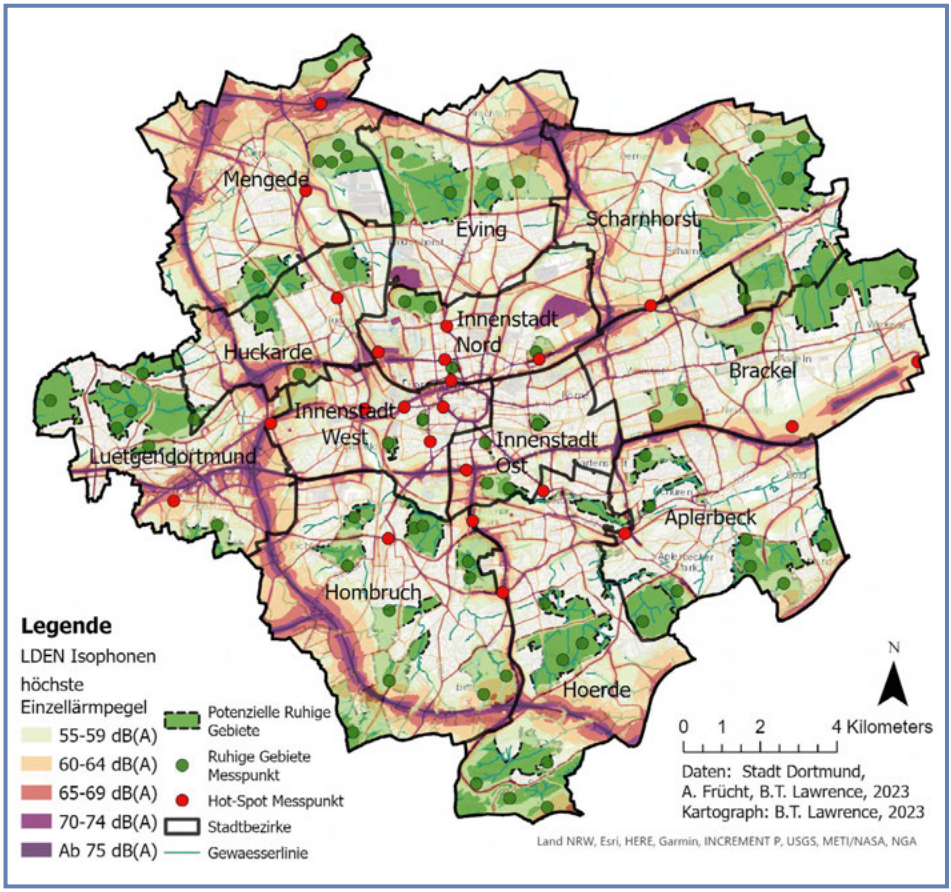

Abbildung 3.8-2: Lärmquellen, potenzielle ruhige Gebiete und monatelange Schallmessungen an ruhigen Gebieten und Lärm-Hotspots in Dortmund. *Quelle: eigene Darstellung.*

rend die akustischen Umgebungen in Stadtrandgebieten während der Nacht und am Abend gewöhnlich von der Biophonie dominiert werden (Lawrence et al., 2024).

Darüber hinaus hat eine breite Öffentlichkeitsbeteiligung stattgefunden, bei der die Bürger:innen zum einen an einer Onlinebefragung teilnehmen und zum anderen bei Hörspaziergängen im Innenstadtbereich an der Datenerhebung zu ruhigen und lauten Stadtgebieten mitwirken können. Ziel ist es, die Akzeptanz ruhiger Gebiete zu erhöhen und deren Bedeutung für die städtische Lebensqualität durch eine solidere Datengrundlage zu unterstreichen. Insgesamt 68 Teilnehmer absolvierten im August und September 2023 Hörspaziergänge in der Innenstadt Nord, Süd und Ost und sammelten insgesamt 467 Geräuschwahrnehmungen an 23 Standorten. Unsere Ergebnisse unterstützen die Auswahl der ruhigen Gebiete im LAP 2025, in dem die Teilnehmer die Schallquellen in allen potenziell ruhigen Gebieten als natürlich oder menschlich

mit den Eigenschaften ruhig und angenehm bewerteten, während die Schallquellen an Lärmschwerpunkten als chaotischer und störender Verkehr bewertet wurden (Stadt Dortmund, Umweltamt, 2024).

Umweltbezogene Verfahrensungerechtigkeit in der Lärmaktionsplanung

Wie eingangs beschrieben, ist die Öffentlichkeitsbeteiligung ein Teil der Lärmaktionsplanung. Da es anders als in der Luftreinhalteplanung keine klaren Grenzwerte gibt, die einen Mindestschutz garantieren, ist Öffentlichkeitsbeteiligung insbesondere im Hinblick auf soziale Ungleichheit bei Gesundheit mit besonderer Sorgfalt zu betrachten. Erkenntnisse aus der Forschung zu umweltbezogener Ungerechtigkeit (Environmental Injustice) legen nahe, dass artikulationsschwache Gruppen sich gar nicht oder weniger wirksam in umweltpolitisch relevante Entscheidungsprozesse einbringen.

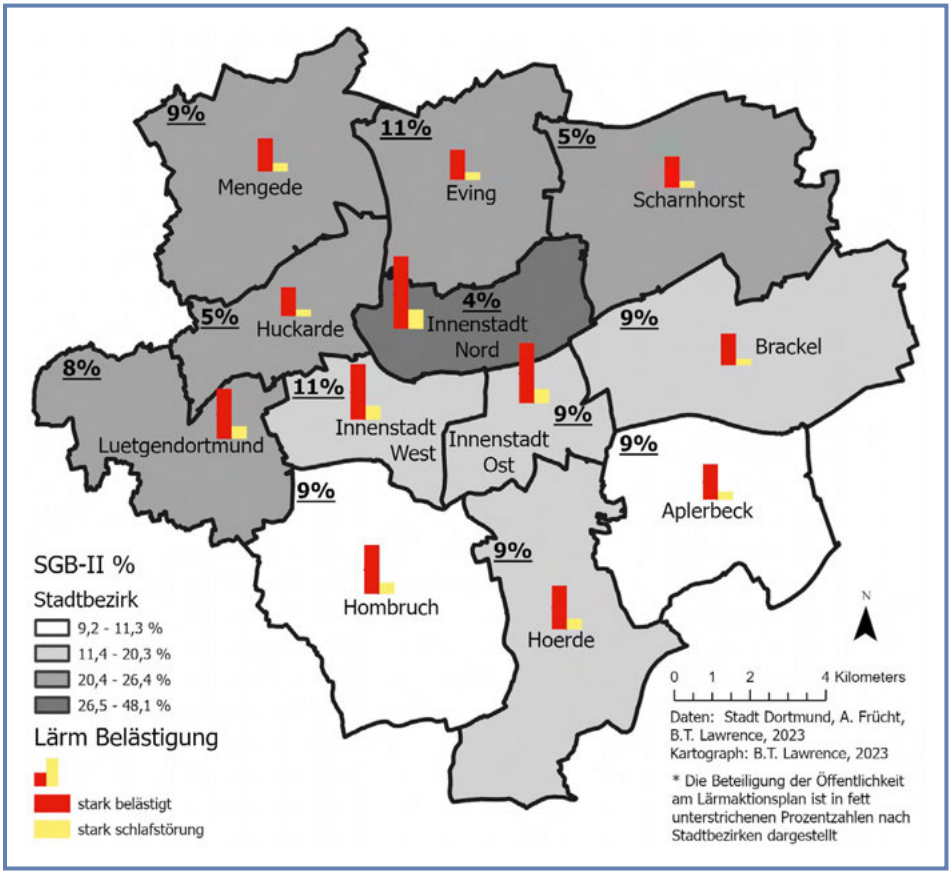

Abbildung 3.8-3: SGB-II-Anteil, LAP-Beteiligung sowie Lärmbelästigung und Schlafstörung in Dortmunder Stadtbezirken. *Quelle: eigene Darstellung.*

»Umweltbezogene Gerechtigkeit ist ein Leitbild, das einen Gegenentwurf zu verschiedenen Formen sozialer Ungleichheit, die mit Umweltfaktoren verbunden sind und als ungerecht bewertet werden, darstellt« (Köckler, 2017, S. 14). Eine bedeutende Komponente umweltbezogener Ungerechtigkeit ist die »soziale Ungleichheit bei der […] Teilhabe an umweltpolitisch relevanten Entscheidungsprozessen sowie deren Auswirkungen« (Köckler, 2014a, S. 45). Dies wird als umweltbezogene Verfahrensungerechtigkeit bezeichnet. Häufig werden Auswirkungen von Planung – bspw. im Rahmen der Umweltprüfung – nur allgemein für das Schutzgut Mensch betrachtet, ohne sozial, bspw. im Hinblick auf ihre spezifische Vulnerabilität gegenüber der betrachteten Umweltbelastung, zu differenzieren. Auch die Lärmaktionsplanung sieht in ihrer rechtlichen Grundlage keine soziale Differenzierung vor (Riedel et al., 2021). Es wird mit Betroffenenzahlen und Bevölkerungsdichte gearbeitet.

Nach einer regelmäßig wiederholten Erhebung des Umweltbundesamtes geht die größte Belästigung vom Straßenverkehr aus (Rubik, 2020; Schreckenberg et al., 2020). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Lärmkartierung, die zeigen, dass insgesamt deutlich mehr Menschen von Straßenlärm betroffen sind als von anderen Lärmarten. So wurden bspw. bei der vierten Runde der Umgebungslärmkartierung in Dortmund rund 55.000 Fälle von starker Belästigung durch den Straßenverkehr festgestellt, im Vergleich zu nur rund 9.000 für den Schienenverkehr (Mackenbach & Schneemelcher, 2014). Die Belastungsschwerpunkte finden sich an dicht bebauten, innerstädtischen Hauptverkehrsstraßen und sind nicht gleichmäßig über die Stadt Dortmund verteilt (Abb. 3.8-3).

Studien zu Partizipation und/oder umweltbezogener Verfahrensgerechtigkeit zeigen auf, dass Öffentlichkeitsbeteiligung häufig eher von den Gruppen wahrgenommen wird, die artikulationsstark und denen die Möglichkeiten zu Beteiligung bekannt sind (Köckler, 2014a; 2017). Menschen, die in besonders (lärm)belasteten Gebieten wohnen, bringen sich nicht häufiger in der Öffentlichkeitsbeteiligung ein als diejenigen, die verhältnismäßig ruhig wohnen (Riedel et al., 2023; Köckler, 2017). Im Ergebnis führt dies dazu, dass die Bewohner:innen von stärker lärmbelasteten Gebieten ihre Belange weniger in die Lärmaktionsplanung einbringen, obwohl sie sich ebenso durch Lärm belästigt fühlen. Im Ergebnis werden Belange dieser Gruppe somit auch weniger im Rahmen der Öffentlichkeitsbeteiligung berücksichtigt werden.

Um diesem zu begegnen, werden neue Wege der Partizipation gegangen, die versuchen, mehr und andere Menschen zu erreichen. Dortmund hat bereits 2012 in der LAP eine Onlinebeteiligung umgesetzt. Diese Daten wurden in Anlehnung an umweltbezogene Verfahrensungerechtigkeit betrachtet. Hierzu wurden der Anteil der Eingaben pro Stadtbezirk sowie die SGB-II-Quote in der Bevölkerung des Stadtbezirks aufgezeigt. Hier wurde deutlich, dass in Stadtteilen mit einem hohen Anteil an SGB-II-Empfänger:innen die Eingaben relativ weniger waren als in Stadtteilen mit geringeren SGB-II-Quoten (Abb. 3.8-3). Ein Beispiel ist der Bezirk Innenstadt-Nord, in dem nicht

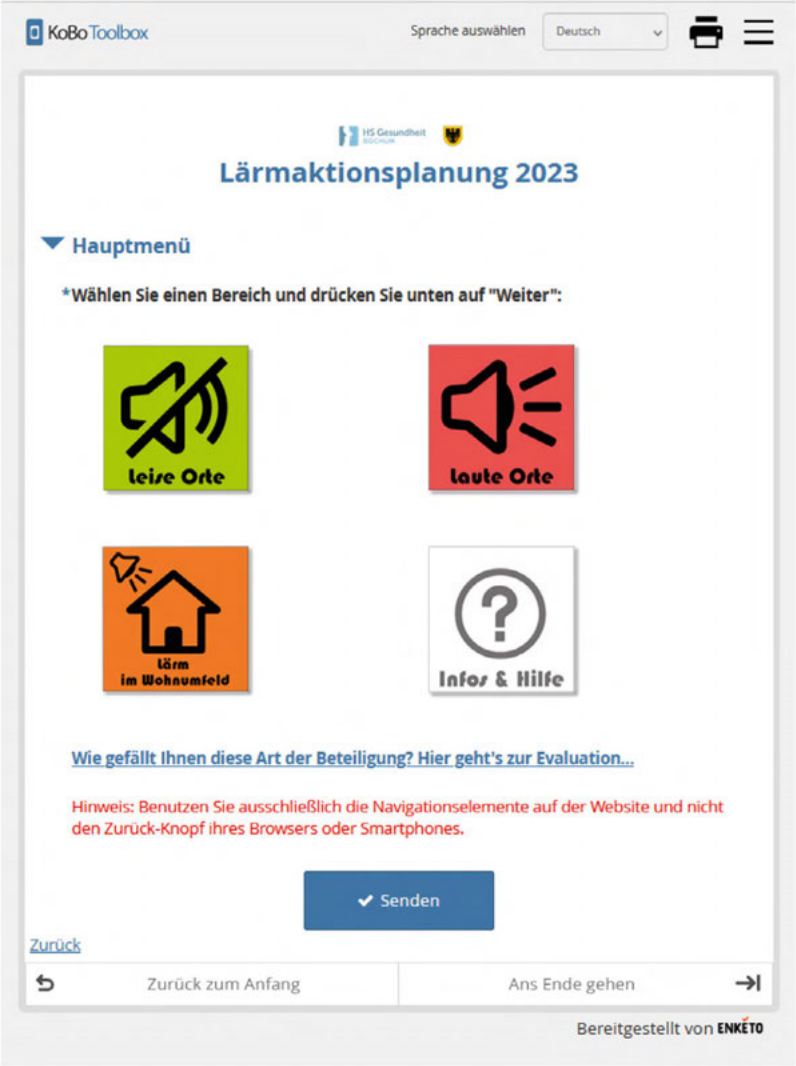

Abbildung 3.8-4: DiPS-Lab-Onlinebefragung. *Quelle: eigene Darstellung.*

nur viele SGB-II-Empfänger:innen wohnen (SGB-II-Quote von 26,5 % bis zu 48,1 %, Stand 2014), sondern die Lärmbelastung auch hoch ist (siehe Lärmviewer NRW). So finden sich 15 % der Fälle starker Belästigung in der Innenstadt-Nord. Dort ist die Beteiligung in Höhe von 4 % aller Eingaben im Vergleich zu allen anderen Stadtteilen unterdurchschnittlich (Köckler, 2014b). In dem am stärksten benachteiligten Stadtteil werden somit anteilig – trotz einer hohen Bevölkerungsdichte, die für eine Vielzahl möglicher Eingaben steht, und einer in Lärmkarten offensichtlichen Lärmbelastung –

die wenigsten Eingaben im Rahmen der Lärmaktionsplanung im gesamten Stadtgebiet von Dortmund gemacht.

Als eine mögliche Antwort auf umweltbezogene Verfahrensungerechtigkeit werden an der Hochschule für Gesundheit in Bochum im Lab für digitale partizipative Sozialraumanalyse (DiPS_Lab) Anwendungen entwickelt, die mehreren und anderen Menschen Teilhabe ermöglichen sollen. Eine Anwendung dient explizit der Öffentlichkeitsbeteiligung in der Lärmaktionsplanung. Sie wurde im Jahr 2018 in Bochum (Köckler & Simon, 2020) und 2023 auch im Rahmen der Lärmaktionsplanung in Dortmund angewendet. Die Onlinebefragung (Abb. 3.8-4) gliedert sich in drei Module (laute Orte, leise Orte und Wohnumfeld). Sie wird in mehreren Sprachen angeboten und über verschiedene Wege bekannt gemacht. Bei der Erfassung leiser Orte wird unter anderem gefragt, für welche Aktivität der Ort aufgesucht wird. Als weitere Form der Öffentlichkeitsbeteiligung werden in der Dortmunder Lärmaktionsplanung Soundwalks angeboten. Dieses innovative Instrument bietet weitere Informationen zur Qualität und Nutzung ruhiger Gebiete im Stadtgebiet.

Insgesamt wurden 2.497 Eingaben über die Onlinebeteiligung geleistet. Davon entfallen 447 Eingaben auf verlärmte Orte, 370 auf ruhige Orte, und mit 1.680 Eingaben wurde das Wohnumfeld bewertet. Dies sind deutlich mehr Eingaben als in der letzten Runde der Lärmaktionsplanung, in der 1.331 Eingaben gemacht wurden. Es ist zudem gelungen, mehr und andere Menschen zu erreichen. So haben sich in diesem Jahr in Dortmund anteilig mehr Personen in der Innenstadt-Nord beteiligt als in früheren Stufen der Lärmaktionsplanung.

Die meisten erreichten Dortmunder:innen gaben an, sich durch Straßenverkehrslärm belästigt zu fühlen. In der Onlinebeteiligung 2023 wurden häufig Maßnahmen zur Lärmminderung vorgeschlagen, die das Mobilitätsverhalten ändern sollen und somit nicht allein auf technische Lösungen wie Schallschutzfenster oder -wände setzen. Dies steht im Gegensatz zu den benannten Maßnahmen der Lärmaktionsplanung im Jahr 2014, in der der Bau von Schallschutzwänden die am häufigsten benannte Maßnahme war. Viele Personen gaben an, nachts die Fenster oft oder immer zu schließen (80 % der Befragten) oder – falls möglich – zur lärmabgewandten Seite zu schlafen. Bezogen auf ihre Wohnsituation, gaben rund 75 % der Befragten an, trotz geschlossener Fenster mehrmals pro Woche wegen des Lärm von draußen schlecht geschlafen zu haben.

Ruhige sowie verlärmte Orte wurden im gesamten Stadtgebiet benannt. Ruhige Orte werden im Wesentlichen zu Fuß und mit dem Fahrrad aufgesucht. Jeweils 80 % der Angaben zu ruhigen Orten sehen Entspannung und Freizeit als Aufenthaltsgrund. Hinsichtlich der akustischen Qualität wurden die als ruhig bewerteten Orte insbesondere als angenehm und selten als ereignisreich bewertet. Insbesondere die ruhigen Orte der drei Innenstadtbezirke werden von rund 25 % der Befragten als ereignisreich bewertet. Einer Bewertung ruhiger Orte als angenehm stimmen gesamtstädtisch rund

75 % voll und ganz und 25 % eher zu. Die Onlinebeteiligung wurde gemeinsam vom Umweltamt und von der Hochschule ausgewertet und in die Lärmaktionsplanung aufgenommen (Stadt Dortmund, Umweltamt 2024; Köckler et al., 2024).

Fazit

Ausgehend von den aktuellen gesetzlichen Regelungen zur Lärmplanung in Deutschland, deren Beschränkungen bei der Reduzierung von Lärmquellen und dem Vorrang autoorientierter Verkehrssysteme liegen, sehen wir, dass die Lärmbelastung der Menschen auch in Zukunft anhalten wird. Aus diesem Grund ist die Umsetzung des empirisch basierten Soundscape-Ecology-Ansatzes, der Öffentlichkeitsbeteiligung und der wahrnehmungsbasierten Soundwalks eine zukunftsweisende, integrierte Methode zur Identifizierung von Gebieten mit natürlichen biophonen Klängen und bevorzugten akustischen Umgebungen in innerstädtischen Gebieten. Das Beispiel zur Lärmaktionsplanung der 4. Stufe in Dortmund zeigt, wie ein solcher Ansatz in das formale Instrument des Lärmaktionsplans integriert werden kann. In Anbetracht des Ausmaßes der betroffenen Bevölkerungsgruppen und der strukturell verankerten Realität der Stadtentwicklung sind innovative Ansätze zum Schutz und zur Einbeziehung gesundheitlich gefährdeter Bevölkerungsgruppen ein entscheidendes Element der künftigen Lärmaktionsplanung.

LITERATUR

34. BImSchV (16. 03. 2006). *Vierunddreißigste Verordnung zur Durchführung des Bundes Immissionsschutzgesetzes (Verordnung über die Lärmkartierung).* https://www.gesetze-im-internet.de/bimschv_34/BJNR051600006.html

Baumgart, S. (2018). Planung für gesundheitsfördernde Städte. In: T. Claßen, *Urbane Grün- und Freiräume – Ressourcen einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung* (S. 297–313). Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Hannover

DIN ISO 12913-2 (2018). *TS II – Acoustics – Soundscape Part 2: Data Collection and Reporting Requirements*

EEA (2014). *Good practice guide on quiet areas. Technical Report 04.* https://www.eea.europa.eu/publications/good-practice-guide-on-quiet-areas

EEA. (2016). *EEA Report No 14/2016 Quiet areas in Europe. The environment unaffected by noise pollution.* https://www.eea.europa.eu/publications/quiet-areas-in-europe

EU-Umgebungslärmrichtlinie (25. 06. 2002). *Richtlinie 2002/49/EG über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm.* https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ%3AL%3A2002%3A189%3A0012%3A0025%3ADE%3APDF

Farina, A. (2014). *Soundscape Ecology: Principles, Patterns, Methods and Applications*. Springer, Urbino, Italien

Farina, A. & James, P. (2016). The acoustic communities: Definition, description and ecological role. *Bio Systems*, 147, 11–20. DOI: 10.1016/j.biosystems.2016.05.011

Forman, R. T. T. & Godron, M. (1986). *Landscape Ecology*. John Wiley & Sons, Ltd, New York

Gasc, A.; Pavoine, S.; Lellouch, L.; Grandcolas, P. & Sueur, J. (2015). Acoustic indices for biodiversity assessments: Analyses of bias based on simulated bird assemblages and recommendations for field surveys. *Biological Conservation*, 191, 306–312. DOI: 10.1016/j.biocon.2015.06.018

Gasc, A.; Sueur, J.; Jiguet, F.; Devictor, V.; Grandcolas, P.; Burrow, C. et al. (2013). Assessing biodiversity with sound: Do acoustic diversity indices reflect phylogenetic and functional diversities of bird communities? *Ecological Indicators,* 25, 279–287. DOI: 10.1016/j.ecolind.2012.10.009

Gidlöf-Gunnarson, A. & Öhrström, E. (2007). Noise and well-being in urban residential environments: The potential role of perceived availability to nearby green areas. *Landscape and Urban Planning,* 115–126

Haselhoff, T.; Braun, T.; Hornberg, J.; Lawrence, B. T.; Ahmed, S.; Gruehn, D. & Moebus, S. (2022). Analysing Interlinked Frequency Dynamics of the Urban Acoustic Environment. *IJERPH*, 19(22), 15014. DOI: 10.3390/ijerph192215014

Haselhoff, T.; Lawrence, B.; Hornberg, J.; Ahmed, S.; Sutcliffe, R.; Gruehn, D. & Moebus, S. (2021). The acoustic quality and health in urban environments (SALVE) project: Study design, rationale and methodology. *Applied Acoustics,* 188

Heinrichs, E.; Leben, J. & Cancik P. (2018). *Ruhige Gebiete. Eine Fachbroschüre für die Lärmaktionsplanung.* Umweltbundesamt. https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/ruhige-gebiete

Irvine, K. N.; Fuller, R. A.; Devine-Wright, P.; Tratalos, J.; Payne, S. R.; Warren, P. H.; Lomas, K. J. & Gaston, K. J. (2010). Ecological and psychological value of urban green space. In: M. Jenks & C. Jones (Hrsg.). *Dimensions of the Sustainable City*. Vol. 2 (S. 215–237). Springer. DOI: 10.1007/978-1-4020-8647-2_10

Kerr, J.; Sugar, A. & Packer, L. (2000). Indicator Taxa, Rapid Biodiversity Assessment, and Nestedness in an Endangered Ecosystem. *Conservation Biology,* 14(6), 1726–1734

Köckler, H. (2014a). Nur die Einladung reicht nicht. Teilhabe als Schlüssel zu umweltbezogener Gerechtigkeit. *Politische Ökologie*, 32, 43–48

Köckler, H. (2014b). Das »Vulnerability of Population Principle« als Prinzip einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung für alle. In: M. Haber, A. Rüdiger, S. Baumgart, R. Danielzyk & H.-P. Tietz (Hrsg.). *Daseinsvorsorge in der Raumentwicklung. Sicherung – Steuerung – Vernetzung – Qualitäten* (Blaue Reihe, Bd. 143, S. 207–218). Klartext, Essen

Köckler, H. (2017). *Umweltbezogene Gerechtigkeit. Anforderungen an eine zukunftsweisende Stadtplanung.* Peter Lang, Frankfurt am Main

Köckler, H. & Simon; D. (2020). Digitale Beteiligung im Rahmen der Lärmaktionsplanung als Ansatz für mehr umweltbezogene Verfahrensgerechtigkeit: Erfahrungen aus dem DiPS_Lab in Bochum. In: N. Riedel; H. Köckler & G. Bolte (Hrsg.). *»Mehr Chancen auf Gesundheit durch Lärmaktionsplanung?!«. Diskussionsbeiträge aus einem Workshop zum Wissenschafts-Praxis-Transfer* (S. 38–44). IPP-Schriften 17/2020. Universität Bremen

Köckler, H.; Simon, D.; Vittinghof, M.; Frücht, A. & Vennefrohne, K. (2024). *Online Öffentlichkeitsbeteiligung Lärmaktionsplanung der Stadt Dortmund 2023: Methodisches Vorgehen und Ergebnisse (Anhang 2 zum LAP der Stadt Dortmund sowie eigenständiger Bericht aus dem DiPS_Lab der HS Gesundheit).* Hochschule für Gesundheit Bochum

Lawrence, B. T.; Früchtl, A.; Heying, D.; Schröer, K. & Gruehn, D. (2024). Acoustic Characterization of Potential Quiet Areas in Dortmund, Germany. *Environments*, 11(4), 69

Lawrence, B. T.; Hornberg, J.; Haselhoff, T.; Sutcliffe, R.; Ahmed, S.; Moebus, S. & Gruehn, D. (2021). A widened array of metrics (WAM) approach to characterize the urban acoustic environment; a case comparison of urban mixed-use and forest. *Applied Acoustics*, 185, 108387. DOI: 10.1016/j.apacoust.2021.108387

Lippold, M. & Lawrence, B. T. (2019). Soundscape Planning as a Tool for Urban Planning. In: M. Ochmann; M. Vorländer & J. Fels (Hrsg.). *Proceedings of the 23rd International Congress on Acoustics. Integrating 4th EAA Euroregio 2019.* Deutsche Gesellschaft für Akustik, Aachen

Mackenbach, R. & Schneemelcher, O. (2014). *Lärmaktionsplan der Stadt Dortmund. Zusammenfassung.* Stadt Dortmund, Umweltamt. https://www.dortmund.de/themen/umwelt-nachhaltigkeit-und-klimaschutz/laerm-und-laermminderung/umgebungslaerm/laermaktionsplanung/

Moebus, S.; Gruehn, D.; Poppen, J.; Sutcliffe, R.; Haselhoff, T. & Lawrence, B. (2020). Akustische Qualität und Stadtgesundheit – Mehr als nur Lärm und Stille. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 63(8), 997–1003. DOI: 10.1007/s00103-020-03184-x

Öhrström, E.; Skånberg, A.; Svensson, H. & Gidlöf-Gunnarsson, A. (2006). Effects of road traffic noise and the benefit of access to quietness. *Journal of sound and vibration*, 295(1–2), 40–59

Payne, S. R. & Bruce, N. (2019). Exploring the relationship between urban quiet areas and perceived restorative benefits. *International journal of environmental research and public health,* 16(9), 1611

Payne, S. R.; Devine-Wright, P. & Irvine, K. N. (2007). *People's perceptions and classifications of sounds heard in urban parks: semantics, affect and restoration. Proceedings of Inter-Noise 2007,* Istanbul

Pijanowski, B. C.; Villanueva-Rivera, L. J.; Dumyahn, S. L.; Farina, A.; Krause, B. L.; Napoletano, B. M.; Gage, S. H. & Nadia Pieretti, N. (2011). Soundscape Ecology. The Science of Sound in the Landscape. *BioScience*, 61(3), 203–216

Riedel, N.; Kamp van, I.; Dreger, S.; Bolte, G.; Andringa, T.; Payne, S. R.; Schreckenberg, D.; Fenech B.; Lavia, L.; Notley, H.; Guski, R.; Simon, D.; Köckler, H.; Bartels, S.; Weber, M. & Paviotti, M. (2021). Considering »non-acoustic factors« as social and environmental determinants of health equity and environmental justice. Reflections on research and fields of action towards a vision for environmental noise policies. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives,* 11, 100445. DOI: 10.1016/j.trip.2021.100445

Riedel, N.; Mena, E.; Köckler, H.; Reineke, B.; Peters, A.; Schwettmann, L.; Wolf, K.; Bolte, G. & Kraus, U. (2023). Identifying Interactions between Determinants of Intention for civic Engagement against Transportation Noise Exposure – a theory-driven Classification Tree Analysis with cross-sectional Data from the KORA Study in Germany. *Journal of Environmental Planning and Management*, 1–34

Rubik, F. (2020). *Gesundheitliche Belastungen durch Umweltverschmutzung und Lärm – Ergebnisse der Umweltbewusstseinsstudien.* Umweltbundesamt

Schreckenberg, D.; Benz, S.; Kuhlmann, J.; Karimi, R.; Höcker, A.; Liepert, M. & Möhler, U. (2020). *Texte 225/2020 Lärmbelästigungssituation in Deutschland.* Umweltbundesamt. https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/5750/publikationen/2020_12_03_texte_225-2020_laermbelaestigungssituation_in_deutschland_0.pdf

Seidler, A.; Schubert, M.; Romero, K.; Hegewald, J.; Riedel-Heller, S. G., Zülke, A.; Becker, U.; Schmidt, W.; Gerlach, J.; Friedemann, D.; Schumacher, B. & Zeeb, H. (2023). *Einfluss des Lärms auf psychische Erkrankungen des Menschen*. Umweltbundesamt. https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/einfluss-des-laerms-auf-psychische-erkrankungen-des

Shepherd, D.; Welch, D.; Dirks, K. N. & McBride, D. (2013). Do quiet areas afford greater health-related quality of life than noisy areas? *International journal of environmental research and public health,* 10(4), 1284–1303

Stadt Dortmund, Umweltamt (2024). *Lärmaktionsplan der Stadt Dortmund*. 4. Runde

Sueur, J. (2018). *Sound Analysis and Synthesis with R*. Springer Cham. DOI: 10.1007/978-3-319-77647-7

WHO (2018). *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053563

3.9
Ohne Risiken, aber mit Nebenwirkungen: Blau-grüne Maßnahmen für mehr Klimaresilienz im Ruhrgebiet!

Carolin Borgmann, Aline Krumreihn, Andreas Giga

Der Klimawandel und seine Folgen

Die Klimakrise und ihre Folgen sind eine der großen Herausforderungen unserer Zeit. Der letzte Bericht des Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) hat die Dringlichkeit der Bekämpfung des Klimawandels nochmals herausgestellt. Wenn es nicht zu radikalen Schritten im Kampf gegen den Klimawandel kommt, wird bereits in den 2030er-Jahren eine globale Erwärmung von 1,5 Grad erreicht sein (6. IPPC-Sachstandbericht) (IPCC, 2022). In NRW hat sich die Durchschnittstemperatur schon heute um 1,6 Grad Celsius im Vergleich zum Beginn der Wetteraufzeichnung im Jahr 1881 erhöht und davon um 1 Grad Celsius allein innerhalb der letzten 30 Jahre (LANUV, 2023).

Insbesondere in Städten sind die Folgen der Klimakrise heute schon stark spürbar. Gründe hierfür ist vor allem der erhöhte Anteil versiegelter Flächen und Fassaden, die die Wärme speichern. Die Kühlungseffekte durch Kaltluftschneisen werden aufgrund von Bebauung beeinträchtigt. Der geringere Anteil an Grün- und Gewässerflächen führt zu weniger starken Abkühlungseffekten. Es entstehen sogenannte Wärme- bzw. Hitzeinseln in der Stadt (Baumüller, 2014; DWD, o. J.; Deutscher Städtetag, 2023; DStGB & Difu, 2022). Auch für die Gefahr von Starkregenereignissen in Städten sind der Anteil an Grün und Blau in Städten sowie der Versiegelungsgrad, der Einfluss auf die Versickerungsmöglichkeiten und die Wasseraufnahmekapazität der Böden nimmt,

entscheidend (Deutscher Städtetag, 2023; Baumüller,. 2014). Abhängig von einigen äußeren Faktoren wie der Bodendurchlässigkeit, der Geländeneigung, der Temperatur und den Windverhältnissen kehren sich die Verhältnisse zwischen Oberflächenabfluss, Verdunstung, Versickerung und Grundwasserneubildung in urbanen Räumen im Vergleich zu Wald- und Naturflächen zum Teil vollständig um (Neunteufel et al., 2023).

Die beschriebenen Folgen der Klimakrise haben schwerwiegende und vielfältige Auswirkungen auf unsere Gesundheit. Vor allem vulnerable Personengruppen sind hiervon betroffen. Zahlreiche Stellen beschäftigen sich bereits seit einigen Jahren mit dem Zusammenhang der Klimakrise und der Gefährdung für die Gesundheit. Der Lancet Countdown, ein globales Kollaborationsprojekt, analysiert die gesundheitlichen Folgen und veröffentlicht seit 2015 einen Bericht mit Indikatoren, die die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels deutlich machen (Romanello et al., 2022; The Lancet Countdown on Health and Climate 2019, 2021). Auch das IPPC spricht in seinen Berichten die Gefahren für unsere Gesundheit an, und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) warnt vor den Folgen des Klimawandels für unsere Gesundheit, um nur einige Institutionen zu nennen. In der Deutschen Anpassungsstrategie an den Klimawandel ist die menschliche Gesundheit ein zentrales Handlungsfeld (IPCC, 2022; UBA, 2022; WHO, 2021). Die Aktualität des Zusammenhangs von Umwelt und Gesundheit und der gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels wird auch deutlich durch die Gutachten des Sachverständigenrates für Umweltfragen »Umwelt und Gesundheit konsequent zusammendenken« (SRU, 2023) und des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen »Gesund Leben auf einer gesunden Erde« (WBGU, 2023). Es zeigt sich, dass Gesundheit in der Klimapolitik schon seit einigen Jahren in vielerlei Hinsicht im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes berücksichtigt wird (Köckler, 2020).

Im Zuge des demografischen Wandels wächst die Anzahl der älteren und vorerkrankten Menschen. In Duisburg bspw. wird sich der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung bis 2040 im Vergleich zu 2018 voraussichtlich von 20,6 auf 39,3 % erhöhen (IT.NRW, 2022, S. 6–8). Zudem liegen in der Stadt bereits heute 14 Krankenhäuser und krankenhausähnliche Einrichtungen, 119 Senioren- und Pflegeheime sowie 235 Kindertagesstätten und Kindergärten in thermischen Lasträumen (RVR 2022, S. 137).

Ein Großteil des Kerns der Metropolregion Ruhr ist durch Stadt-, Innenstadt-, Gewerbe- und Industrieklimatope geprägt (s. Abb. 3.9-1). Diese charakterisieren u. a. »tagsüber erhöhtes Belastungspotenzial durch Hitzestress und Schwüle […], fehlende Verschattungsstrukturen durch verdunstungsaktive Baumkronen […], eingeschränkte Austauschverhältnisse sowie Wärmestau durch direkte Sonneneinstrahlung in engen Straßenzüge[n] […], lang anhaltende nächtliche Überwärmungsphasen« (RVR, 2022,

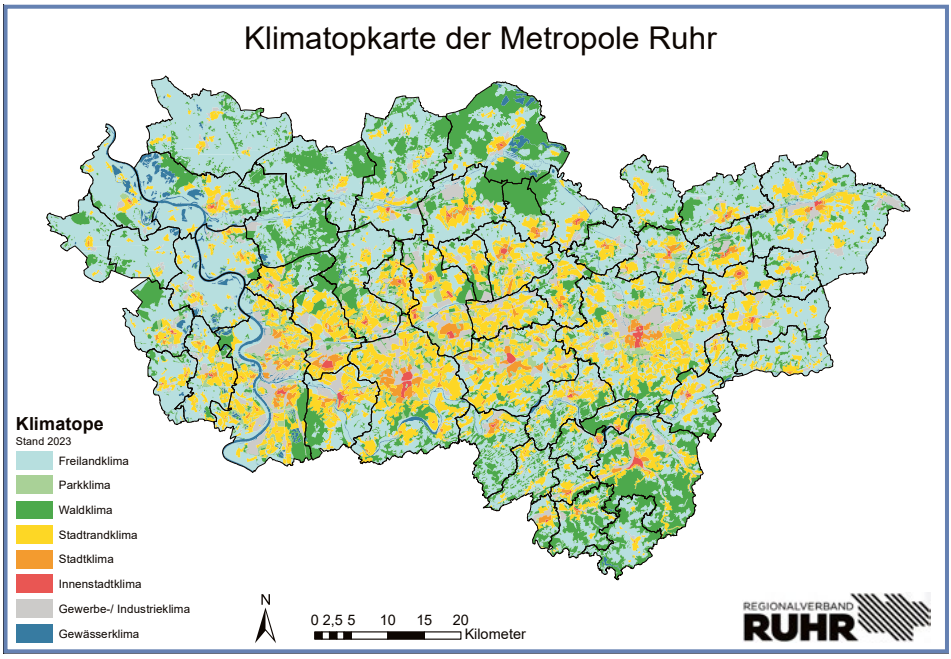

Abbildung 3.9-1: Regionale Klimatopkarte des Ruhrgebiets. *Quelle: RVR, 2021.*

S. 80) mit negativen Auswirkungen auf das Wohnklima sowie belastete Luftleitbahnen in Form von Ein- und Ausfahrtstraßen.

Durch die höheren Temperaturen halten sich die Menschen mehr im Freien auf, und damit steigt auch das Hautkrebsrisiko. Die veränderten klimatischen Bedingungen nehmen Einfluss auf unsere Ökosysteme, und die Zeiträume, in denen Stechmücken oder auch Zecken als Krankheitsüberträger eine Gefahr für die menschliche Gesundheit darstellen, nehmen weiter zu. Der Pollenflug kann sich außerdem verstärken und zu Atemwegserkrankungen (u. a. Asthma) führen (LANUV, 2021; BMG, 2023). Die häufigsten klimabedingten Gesundheitsgefahren in Städten weltweit sind Infektionskrankheiten, Hitzewellen und schlechte Luftqualität (Romanello et al., 2022).

Das Phänomen der häufiger werdenden Extremwettereignisse, u. a. Starkregen, Stürme, Waldbrände oder Dürre, kann sich ebenfalls als lebensbedrohlich für uns darstellen. Das Jahrhunderthochwasser im Juli 2021 und weitere Starkregenereignisse in den folgenden Jahren, von denen auch Teile des Ruhrgebietes betroffen waren, hat die Gefahren noch einmal vor Augen geführt. Direkte Auswirkungen sind eine steigende Zahl von Verletzungen, aber auch der Todesopfer. Indirekte Auswirkungen auf unsere Gesundheit sind eine eingeschränkte Trinkwasser- und Nahrungsmittelversorgung bzw. eine steigende Eintrittswahrscheinlichkeit dieser Einschränkungen. Die Auswirkungen auf die mentale Gesundheit sollen an dieser Stelle ebenfalls herausgestellt wer-

den. Extremereignisse können zu Traumata oder Angstzuständen bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen (Militzer & Kistemann, 2018; Romanello et al., 2022; WHO, 2021).

Wasserbewusste Stadtentwicklung im Bestand wirkt

Vielen dieser Folgen kann durch wasserbewusste Stadtentwicklung in Form von sogenannten naturbasierten oder naturnahen Lösungen begegnet werden. Es handelt sich hierbei um eine Form der Regenwasserbewirtschaftung, wie sie ursprünglich in der Natur vorkommt oder die von der Natur inspiriert ist – wenig spektakulär und doch sehr wirkungsvoll. Es geht hierbei um »blau-grüne« Elemente, also Pflanzen und Wasser, z. B. durch

- Dach- und Fassadenbegrünung,
- Entsiegelungen zur Intensivierung von Flächenbegrünungen,
- Baumrigolen,
- Tiny Forest bzw. »Miniwälder«,
- offene Wasserläufe und -flächen,
- Blühwiesen oder andere Pflanzungen.

Teilweise einzeln, aber vor allem in Summe haben diese eine große positive Wirkung auf unsere Gesundheit und einen vielfältigen Nutzen (s. Abb. 3.9-2). Eine der großen Herausforderungen in der Stadtentwicklung ist dabei die zunehmende Flächenkonkurrenz. So stehen bspw. Entsiegelungen zur Intensivierung von Flächenbegrünung dem wachsenden Bedarf an Wohnraum entgegen (UBA, 2019).

Gesundheitsrelevante Wirkungen blau-grüner Infrastrukturen im Wohn- und Arbeitsumfeld sind unter anderem die Förderung der körperlichen Aktivität, Erholung und Stressreduzierung, eine wahrgenommene Lärmminderung, Verbesserung der Luftqualität, Kühlungsfunktionen und die Stärkung des sozialen Miteinanders (Iungman et al., 2023; Hornberg et al., 2016; WHO, 2016; Rittel et al., 2014).

Wird wasserbewusste Stadtentwicklung konsequent umgesetzt, fließt Regenwasser nicht mehr – wie zumeist üblich – vermischt mit häuslichem oder industriellem Schmutzwasser über unterirdisch liegende Kanäle zu einer Kläranlage, sondern entfaltet vor Ort seine Wirkung, z. B. mit zusätzlichen Kühlungseffekten durch Verdunstung, bspw. über die Wasserfläche oder Grünflächen und Pflanzen. Hitzebedingte Gesundheitsschäden können somit reduziert werden. Die Bewässerung aus zurückgehaltenem Regenwasser über längere Trockenphasen dient dabei auch der Schonung der Trinkwasserressourcen. Naturbasierte Maßnahmen leisten dazu einen Beitrag zur Verbesserung des Hochwasserschutzes, zur Stärkung der Grundwasserneubildungsrate, der Verbesserung der Artenvielfalt, der Reduktion der Auswirkungen durch Starkregen-

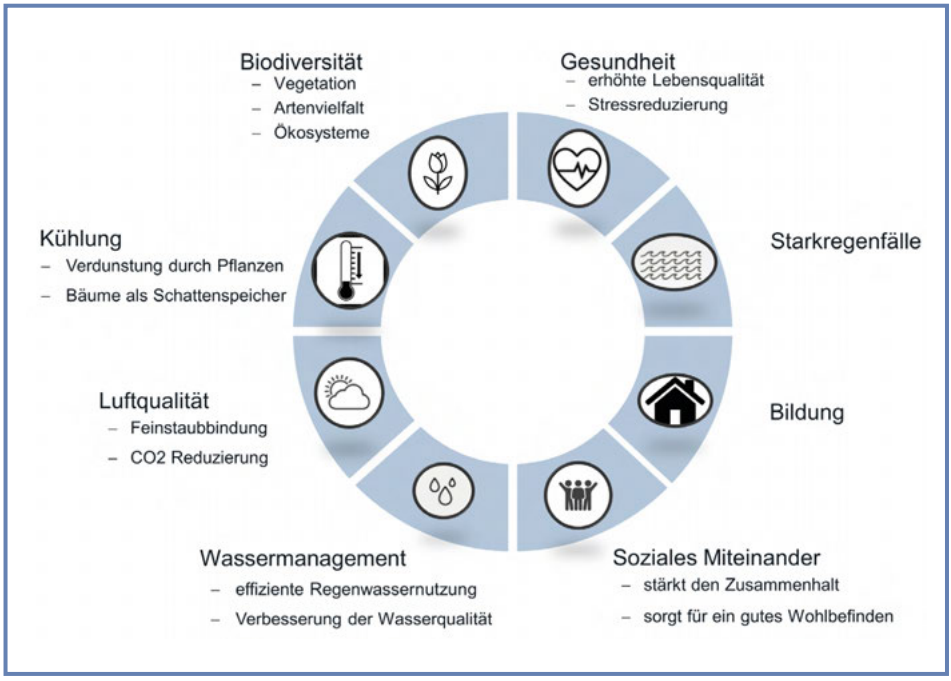

Abbildung 3.9-2: Nutzenportfolio naturbasierter Regenwasserbewirtschaftung.
Quelle: Darstellung der Zukunftsinitiative Klima.Werk/EGLV. Quelle der Bilder: Stockfotos, lizenzfreie Bilder, Grafiken, Vektoren und Videos | Adobe Stock.

ereignisse, der CO_2-Aufnahme und Reduzierung der Umgebungstemperatur durch Beschattung und die Schaffung attraktiverer Orte (Chausson et. al 2020; Kabisch et al. 2017). »Krafttanken«, Erholung und soziales Miteinander können wieder leichter vor Ort stattfinden und müssen nicht außerhalb der Städte gesucht werden. Hierdurch können die oben genannten negativen Auswirkungen des Klimawandels merklich gemildert und reduziert werden.

Am Beispiel der Baumrigole lassen sich viele dieser positiven Effekte auf die Gesundheit verdeutlichen. Die Kombination aus Baum und Regenwasserretention kann Schatten spenden (s. Abb. 3.9-3), verdunstet Wasser und sorgt damit für lindernde Abkühlung (Technische Universität München, 2020), schafft Lebensraum für Insekten, Vögel und andere Kleintiere, nimmt Wasser auf und senkt damit Starkregengefahren, kann Lärm reduzieren und fördert psychisches Wohlbefinden (Gruebner et al., 2017). Gleichzeitig zeigen erste Forschungsergebnisse, dass Baumrigolensysteme die Vitalität von Bäumen aufgrund der besseren Verfügbarkeit von Regenwasser stärken und die Bäume in Versickerungsmulden höhere Wachstumsraten aufweisen und einen dickeren Stammumfang ausbilden (Grey et al., 2018). Wichtig hierbei ist eine funktionierende Drainage, damit durch Staunässe keine Wurzelschäden entstehen (Bartens et al., 2009).

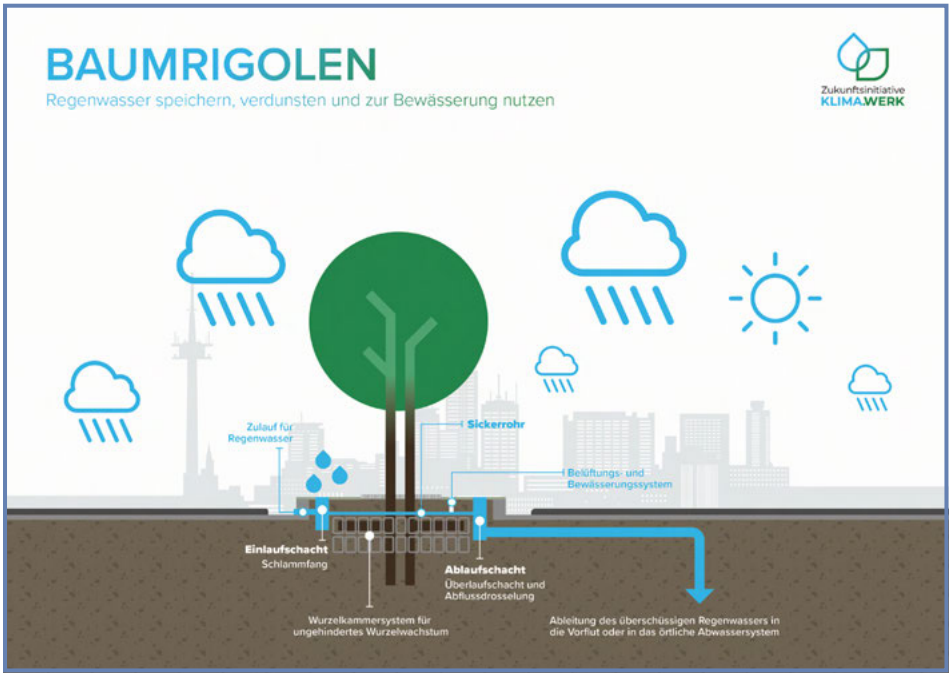

Abbildung 3.9-3: Funktionsweise eines Baumrigolenmodells. *Quelle: Darstellung der Zukunftsinitiative Klima.Werk/EGLV.*

Außerdem tragen sie zu einer sauberen Luft bei (speichern CO_2, produzieren O_2, filtern Schadstoffe wie Schwefeldioxid, Stickoxide und Partikel, Kohlenmonoxid, Cadmium, Nickel und Blei).

Neben den zahlreichen positiven Effekten, welche die blau-grünen Maßnahmen auf die menschliche Gesundheit haben, müssen beim klimaresilienten Umbau unserer Städte auch zukünftige Gefahren und Herausforderungen mitgedacht und vermieden werden, z. B. vektorbasierte Infektionskrankheiten. Das kann bedeuten, dass fließende Gewässer lange stehenden und warmen Wasserflächen, welche als Brutstätten für Insekten dienen könnten, im urbanen Raum vorzuziehen sind.

Sollen Baumrigolen entstehen oder Stadtbäume gepflanzt werden, sind Auswahlkriterien der Sorte abhängig vom Standort: unter anderem ihre Trockenheitsresistenz, ihre Fähigkeit, mit nassem Wurzelraum umzugehen, ihre Resilienz gegenüber Streusalzen oder Schadstoffeinträgen, ihr Pflegeaufwand und ihre Größe. Mit Blick auf die Gesundheit sollte jedoch auch ihr Allergiepotenzial berücksichtigt werden. In Ballungsräumen wie der Metropolregion Ruhr wird die Immissionsbelastung durch Pollen durch die hohe Luftschadstoffbelastung stark verschärft. Eine Zusammenstellung allergiker:innenfreundlicher Bäume stellt das Umweltbundesamt zur Verfügung (Bergmann & Straff, 2015).

Betrachtet man die Wirkung naturnaher Lösungen im Vergleich mit konventioneller (ausschließlich technischer) Regenwasserbewirtschaftung, punkten die blau-grünen Lösungen im Hinblick auf Hitzereduktion, Minderung von Trockenheitsstress, Überflutungsschutz, Schaffung von Möglichkeiten zur multifunktionalen Flächennutzung, Erhalt des naturnahen Wasserhaushaltes sowie bei der Akzeptanzfindung in der Bevölkerung (Uhl & Henrichs, 2021).

Gemeinsam mehr erreichen: Zukunftsinitiative Klima.Werk

Um die oben genannte Wirkung zu erzielen, braucht es viele und verschiedene dieser Maßnahmen. Es müssen öffentliche und private Akteur:innen naturbasierte Maßnahmen konsequent umsetzen – ob im Neubau oder im Bestand. Besonders gut gelingt dies gemeinsam im Zusammenspiel vieler Akteur:innen. Kommunen der Emscher-Lippe-Region haben in der Vergangenheit erfahren, dass sie durch den Zusammenschluss in verschiedenen Netzwerken eine Umsetzungskraft schaffen, die sie als einzelne Kommune mit begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen sowie Einflussmöglichkeiten nicht erreichen könnten. Darüber hinaus ist der Einbezug von weiteren Grundstückseigentümer:innen neben den staatlichen Eigentümer:innen (bspw. der Kommune) – ob kommerziell/gewerblich oder privat – mit Blick auf die mangelnde Flächenverfügbarkeit in unseren Städten von besonderer Bedeutung. In der Emscher-Lippe-Region wird vor diesem Hintergrund an der wasserbewussten Stadtentwicklung fach- und städteübergreifend in dem Netzwerk der Zukunftsinitiative Klima.Werk zusammengearbeitet. Auf diese Weise tragen Emscher-Lippe-Kommunen sowie Emschergenossenschaft und Lippeverband (EGLV, Essen) mit weiteren Institutionen und einer Vielzahl von Akteur:innen wesentlich zum gesundheitsförderlichen Umbau der Region bei. Die beiden Wasserverbände fungieren in dieser Konstellation als Körperschaft des öffentlichen Rechts und als Verbindungsstelle zwischen den Kommunen. Sie übernehmen Koordinierungs- und Netzwerkaufgaben zur Förderung der kommunalen Zusammenarbeit. Des Weiteren unterstützen sie die Kommunen, ihre Mitglieder, bei der klimafesten Umgestaltung der Region durch Fördermittel, Beratung oder in Einzelfällen sogar Personal.

Das Ziel des Netzwerks Klima.Werk, eine klimaresiliente Region über eine Transformation der Städte hin zu Schwammstädten zu fördern, wurde in den letzten Jahren immer weiter operationalisiert und wird zunehmend umgesetzt. Bereits 2014 wurden die gemeinsamen Aktivitäten durch eine Absichtserklärung in der Zukunftsinitiative »Wasser in der Stadt von morgen« (ZI) gestartet. Ausgehend von den 16 Kommunen im Verbandsgebiet der Emschergenossenschaft (Abb. 3.9-4), konnte seitdem auf Grundlage von übergreifenden Vernetzungen und interdisziplinärer Zusammenarbeit von Kommunen und EGLV eine Vielzahl von Projekten realisiert werden.

Abbildung 3.9-4: Zukunftsinitiative Klima.Werk – Netzwerkkarte. *Quelle: Darstellung der Zukunftsinitiative Klima.Werk/EGLV.*

Formate wie eine einmal jährlich stattfindende Vernetzungs- und Innovationsplattform (ZI-Expertenforum) (Abb. 3.9-5a und 3.9-5b), agile Arbeitsgruppen für bestimmte Themen oder Fragestellungen (ZI-Expertennetzwerke), der regelmäßige Austausch der Ansprechpartner:innen in den Städten für Klimafolgenanpassung (ZI-Stadtkoordinatoren-Treffen) sowie die interne digitale Austauschplattform »Humhub« sind einige Beispiele der vielfältigen Formate und Produkte der Zukunftsinitiative, deren Weiterentwicklung stetig vorangetrieben wird. Mit der digitalen Netzwerkplattform der ZI Klima.Werk wurde ein neuer digitaler Kommunikationsort geschaffen, in welchem z. B. auf einem Schwarzen Brett oder in einzelnen Räumen für die verschiedenen Arbeitsgruppen der ZI Informationen zielgerichtet und schnell an verschiedene Teilnehmerkreise gesendet werden können. Damit fördert die Plattform kollegiale Beratung, interkommunalen Wissensaustausch, die integrierte Zusammenarbeit und damit direkt die Umsetzung gemeinsamer städte- und fachübergreifender Projekte.

Fachlicher Inhalt der ZI-Arbeitsgruppen können z. B. der Austausch zu Planung, Bau und Management verschiedener Regenwasserbewirtschaftungsmethoden sein. Weitere Themen sind die Entwicklung regionsübergreifender Visionen und konkreter Ziele z. B. im Hinblick auf Vorgaben in Bezug auf Klimaanpassung für sich neu ansiedelndes Gewerbe oder im Hinblick auf Hitzeaktionsplanung in der Region. Des Wei-

Abbildung 3.9-5a und 5b: Expertenforum 2023 im Landschaftspark Duisburg-Nord.
Quelle: Zukunftsinitiative Klima.Werk/EGLV.

teren wird gemeinsam der Frage nachgegangen, wie sich kommunale Verwaltungen hinsichtlich ihrer Arbeitsstruktur, -prozesse und -kultur ändern müssen, damit eine zügige und konsequente Umsetzung blau-grüner Infrastrukturen gelingen kann.

Im November 2021 wurde das Netzwerk in Zukunftsinitiative Klima.Werk umbenannt, um den integralen Zielen und der Breite der Akteur:innen gerechter zu werden (www.klima-werk.de). Der Zusatz zur Marke, »Gemeinsam für unsere Städte«, drückt den Anspruch aus: Das Projekt Klimafolgenanpassung für die Region Ruhrgebiet kann nur gelingen, wenn alle an einem Strang ziehen. Bestand das Netzwerk einst vor allem aus Akteur:innen aus der Wasserwirtschaft und dem Tiefbau, ist es mittlerweile zu einem sektorübergreifenden Netzwerk aus kommunalen Vertreter:innen u. a. aus den Bereichen Stadtplanung, Umwelt, Klima, Gesundheit, Wasser, Tiefbau, Straße sowie Sport und Bewegung angewachsen. In Summe hat sich ein großes kollaborativ arbeitendes und wachsendes Netzwerk gebildet mit dem gemeinsamen Ziel, durch die konkrete Umsetzung wasserwirtschaftlicher Maßnahmen die Klimaresilienz und Attraktivität der Städte in der Region zu erhöhen.

Flankiert bzw. gestützt werden die Netzwerkaktivitäten durch ein Förderprogramm der Emschergenossenschaft sowie eine Förderrichtlinie des Ministeriums für Umwelt, Naturschutz und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen. Diese fördern Entsiegelungsmaßnahmen, Versickerungssysteme über Mulden, Rigolen oder Baumrigolen, Dach- und Fassadenbegrünung, die Zuführung von Niederschlagswasser zu Gewässern sowie partiell die Intensivierung von Flächenbegrünung und die Nutzung von Niederschlagswasser zur Bewässerung oder als Brauchwasser, z. B. für die WC-Spülung. Beide Programme sollen sowohl Kommunen als auch Privaten die Umsetzung von Maßnahmen erleichtern, die den natürlichen Wasserhaushalt und das Mikroklima stärken.

Die Förderprogramme wirken damit als wesentliche Anreize und Hilfsmittel, durch die eine gesundheitsförderliche Transformation gerade in einkommensschwächeren Kommunen beschleunigt werden kann.

Vor allem setzt sich das Netzwerk jedoch dafür ein, für das Thema Schwammstadt und seine positiven Effekte auf Mensch und Umwelt zu sensibilisieren und dazu beizutragen, dass ein Mitdenken von blau-grüner Infrastruktur sowohl in städtischen als auch in privaten Planungen und im (Um-)Bau zur Selbstverständlichkeit wird.

Fazit

Der Klimawandel und seine negativen Auswirkungen durch Hitze und Starkregen werden dauerhaft unser Stadtklima negativ beeinflussen und ebenfalls direkte Auswirkungen auf unsere Gesundheit haben. Den negativen Auswirkungen mit passenden Lösungen zu begegnen, stellt eine große Herausforderung und gesamtgesellschaftliche

Aufgabe dar. Naturbasierte Lösungen können entgegenwirken. Da diese außerordentlich herausfordernde Aufgabe nicht von Einzelnen gelöst werden kann, alleine wegen der fehlenden Flächenverfügbarkeit, stehen hier letztlich alle in der Verantwortung, ihren Beitrag zu leisten. Konkrete Aktivitäten auf den unterschiedlichen Handlungsebenen (z. B. Entscheidungen von Privaten [bspw. Gewerbetreibende oder Wohneigentümer:innen], öffentlicher Verwaltung oder auf Bundesebene) schaffen den klimaresilienten und gesundheitsförderlichen Umbau unserer Städte.

Die Wasserwirtschaft leistet mit dem Ansatz naturbasierter Lösungen nicht nur einen Beitrag zum Umgang mit der Klimakrise, sondern trägt auch im Sinne eines Health in All Policies-Ansatzes zu einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung bei. Die ZI Klima.Werk hat mit Akteur:innen aus der Wasserwirtschaft begonnen und hat sich zu einem breit aufgestellten Netzwerk mit diversen Akteur:innen entwickelt. Es zeigt sich, dass eine integrierte Zusammenarbeit unabdingbar bei der Bewältigung der Herausforderungen unserer Zeit ist.

LITERATUR

Bartens, J.; Day, S. D.; Harris, J. R.; Wynn, T. M.; Dove, J. E. (2009). Transpiration and Root Development of Urban Trees in Structural Soil Stormwater Reservoirs. *Environmental Management*, 44, 646–657

Baumüller, J. (2014). Wie verändert sich das Stadtklima. In: J. L. Lozán; H. Grassl; L. Karbe & G. Jendritzky (Hrsg.). *Warnsignal Klima. Gefahren für Pflanzen, Tiere und Menschen* (Kap. 3.1.1.). 2. Auflage. Elektronisch veröffentlicht. www.klima-warnsignale.uni-hamburg.de; letzter Zugriff: 19. 07. 2023

Bergmann, K.-C.; Straff, W. (2015). »Klimawandel und Pollenallergie: Wie können Städte und Kommunen allergene Pflanzen im öffentlichen Raum reduzieren?« *UMID: Umwelt und Mensch - Informationsdienst 02/2015*. https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/umid-022015

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023). *Klimawandel und Gesundheit*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/klimawandel-und-gesundheit.html; letzter Zugriff: 19. 07. 2023

Chausson, A.; Turner, B.; Seddon, D.; Chabaneix, N.; Girardin, C.; Kapos, V.; Key, I.; Roe, D.; Smith, A.; Woroniecki, S. & Seddon, N. (2020). Mapping the effectiveness of nature-based solutions for climate change adaptation. *Global Change Biology*, 26(11), 6134–6155. DOI: 10.1111/gcb.15310

Deutscher Städtetag (2023). *Damit Hitze nicht krank macht: wie Städte cool bleiben*. Diskussionspapier des Deutschen Städtetages. Beschlossen vom Hauptausschuss am 26. Januar 2023 in Chemnitz

DStGB (Deutscher Städte- und Gemeindebund) & Difu (Deutsches Institut für Urbanistik) (2022). *Hitze, Trockenheit und Starkregen. Klimaresilienz in der Stadt der Zukunft*. https://difu.de/publikationen/2022/hitze-trockenheit-und-starkregen; letzter Zugriff: 19. 07. 2023

DWD (Deutscher Wetterdienst) (2023). *Stadtklima – die städtische Wärmeinsel*. https://www.dwd.de/DE/forschung/klima_umwelt/klimawirk/stadtpl/projekt_warmeinseln/projekt_waermeinseln_node.html; letzter Zugriff: 19. 07. 2023

Grey, V.; Livesley, S. J.; Fletcher, T. D. & Szota, C. (2018). Establishing street trees in stormwater control measures can double tree growth when extended waterlogging is avoided. *Landscape and Urban Planning,* 178, 122–129

Gruebner, O.; Rapp, M. A.; Adli, M.; Kluge, U.; Galea, S. & Heinz, A. (2017). Risiko für psychische Erkrankungen in Städten. *Deutsches Ärzteblatt International,* 114(8), 121–127. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0121

Hornberg, C.; Beyer, R.; Claßen, T.; Herbst, T.; Hofmann, M.; Honold, J.; van der Meer, E.; Wissel, S. & Wüstemann, H. (2016). Stadtnatur fördert die Gesundheit. In: I. Kowarik; R. Bartz & M. Brenck (Hrsg.). *Ökosystemdienstleistungen in der Stadt. Gesundheit schützen und Lebensqualität erhöhen* (S. 99–124). Berlin/Leipzig

IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change) (2022). *Synthesis report of the IPCC sixth assessment report. Summary for Policymakers*. https://www.ipcc.ch/report/sixth-assessment-report-cycle/; letzter Zugriff: 15. 06. 2023

IT.NRW (Information und Technik Nordrhein-Westfalen) (2022). *Kommunalprofil Duisburg, krfr. Stadt* (6–8). https://www.it.nrw/sites/default/files/kommunalprofile/l05112.pdf

Iungman, T.; Cirach, M.; Marando, F.; Pereira Barboza, E.; Khomenko, S.; Masselot, P.; Quijal-Zamorano, M.; Mueller, N.; Gasparini, A.; Urquiza, J.; Heris, M.; Thondoo, M. & Nieuwenhuijsen, M. (2023). Cooling cities through urban green infrastructure: a health impact assessment of European cities. *The Lancet,* 401(10376), 577–589. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02585-5

Kabisch, N.; van den Bosch, M. & Lafortezza, R. (2017). The health benefits of nature-based solutions to urbanization challenges for children and the elderly – A systematic review. *Environmental Research,* 159, 362–373. DOI: 10.1016/j.envres.2017.08.004

Köckler, H. (2020). Klimapolitik. In: Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R. & Köckler, H. (Hrsg.) (2020). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland.* Springer Fachmedien. DOI: 10.1007/978-3-658-30504-8

LANUV (Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen) (2021). *Klimabericht NRW 2021. Klimawandel und seine Folgen – Ergebnisse aus dem Klimafolgen- und Anpassungsmonitoring.* LANUV Fachbericht 120. https://www.klimaatlas.nrw.de/sites/default/files/2022-09/Screen_Klimabericht_2021_211208.pdf

LANUV (Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW) (2023). *»Warming stripes« – Auswirkung der Klimaveränderung. Stand: 22. 02. 2023.* https://umweltindikatoren.nrw.de/klima-energie-effizienz/warming-stripes; letzter Zugriff: 18. 07. 2023

Militzer, K. & Kistemann, T. (2018). Gesundheitliche Belastungen durch Extremwetterereignisse. In: J. Lozán, S.-W. Breckle, H. Graßl, D. Kasang & R. Weisse (Hrsg.). *Warnsignal Klima: Extremereignisse* (S. 298–306). DOI: 10.25592/uhhfdm.9537

Neunteufel, B.; König, A. & Muschalla, D. (2023). Dezentrale Niederschlagswasserbewirtschaftung – Begriffe, Definitionen und Regelwerk. Österreichische Wasser- und Abfallwirtschaft, 75, 593–602. DOI: 10.1007/s00506-023-00990-w

Rittel, K.; Bredow, L.; Wanka, E. R.; Hokema, D.; Schuppe, G.; Wilke, T.; Nowak, D. & Heiland, S. (2014). *Grün, natürlich, gesund: Die Potentiale multifunktionaler städtischer Räume: Ergebnisse des gleichnamigen F+E-Vorhabens (FKZ 3511820800).* Bundesamt für Naturschutz.

Romanello, M.; di Napoli, C.; Drummond, P.; Green, C.; Kennard, H.; Lampard, P.; … & Costello, A. (2022). The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *The Lancet,* 400(10363), 1619–1654

RVR (Regionalverband Ruhr) (2022). *Klimaanalyse Stadt Duisburg*

Sachverständigenrat für Umweltfragen (2023). *Umwelt und Gesundheit konsequent zusammendenken. Sondergutachten. Juni 2023*

Technische Universität München (Hrsg.) (2020). *Leitfaden für klimaorientierte Kommunen in Bayern. Handlungsempfehlungen aus dem Projekt Klimaschutz und grüne Infrastruktur in der Stadt am Zentrum Stadtnatur und Klimaanpassung* (S. 30–72)

The Lancet Countdown on Health and Climate Change (Hrsg.) (2019). *Policy Brief für Deutschland. The Lancet Countdown on Health and Climate Change.* https://klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2022/11/Policy-Brief-2019.pdf

The Lancet Countdown on Health and Climate Change (Hrsg.) (2021). *Policy Brief für Deutschland. The Lancet Countdown on Health and Climate Change.* https://www.klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2021/10/20211020_Lancet-Countdown-Policy-Germany-2021_Document_v2.pdf

UBA (Umweltbundesamt) (Hrsg.) (2019). *Innenentwicklung in städtischen Quartieren: Die Bedeutung von Umweltqualität, Gesundheit und Sozialverträglichkeit.* https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/innenentwicklung-in-staedtischen-quartieren-die

UBA (Umweltbundesamt) (2022). *Die Deutsche Anpassungsstrategie an den Klimawandel.* https://www.umweltbundesamt.de/themen/klima-energie/klimafolgen-anpassung/anpassung-an-den-klimawandel/anpassung-auf-bundesebene#die-deutsche-anpassungsstrategie-an-den-klimawandel; letzter Zugriff: 19. 07. 2023

Uhl, M. & Henrichs, M. (2021). Planungsinstrumente für den Wasserhaushalt in Siedlungsgebieten. *Korrespondenz Abwasser, Abfall*, 68(10). DOI: 10.3242/kae2021.10.003

WBGU (Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen) (Hrsg.) (2023). *Gesund leben auf einer gesunden Erde. Zusammenfassung.* WBGU, Berlin

WHO (World Health Organization) (2016). *Urban green spaces and health.* World Health Organization, Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/handle/10665/345751; letzter Zugriff: 19. 07. 2023

WHO (World Health Organization) (2021). *Climate change and health.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health; letzter Zugriff: 26. 07. 2023

3.10
Steuerung gesundheitsrelevanter Stadtklimafolgen im Ruhrgebiet am Beispiel Hitze

Lea-Christine Antoine, Selina Brünker, Thomas Claßen, Thea E. M. Jankowski, Isabelle Liebchen, Odile C. L. Mekel, Katharina Müller, Andrea Rüdiger, Raphael Sieber

Einleitung

In Nordrhein-Westfalen sind die Regionen aufgrund verschiedener räumlicher Gegebenheiten (u. a. Topografie, Versiegelungsgrad, Verfügbarkeit von blauen Strukturen) unterschiedlich stark von Hitze betroffen. Die Anzahl der Tage mit einer hohen Wärmebelastung (gefühlte Temperatur höher als 32 °C) sowie die Anzahl von Tropennächten (Lufttemperatur nicht unter 20 °C) hat in NRW in den vergangenen Jahren insbesondere in verdichteten Gebieten zugenommen und belastet so die menschliche Gesundheit (LANUV, 2021). Vor allem im dicht besiedelten Ruhrgebiet mit rund 5,1 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner (IT.NRW, 2023) ist Hitze aufgrund des hohen Versiegelungsgrades und des damit verbundenen urbanen Hitzeinseleffekts ein zunehmend größer werdendes Problem. In einem der letzten Rekordsommer 2022 wurden im Ruhrgebiet mit 26 Tagen deutlich mehr heiße Tage (≥ 30 °C) ermittelt als mit 18 Tagen in Gesamt-NRW – beide Werte zudem mit steigender Tendenz (Klimaatlas NRW, o. J.). Auch die Anzahl der für die Bevölkerung besonders belastenden Tropennächte wird, Modellierungen zufolge, im Ruhrgebiet bis 2050 deutlich steigen (vgl. Abb. 3.10-1).

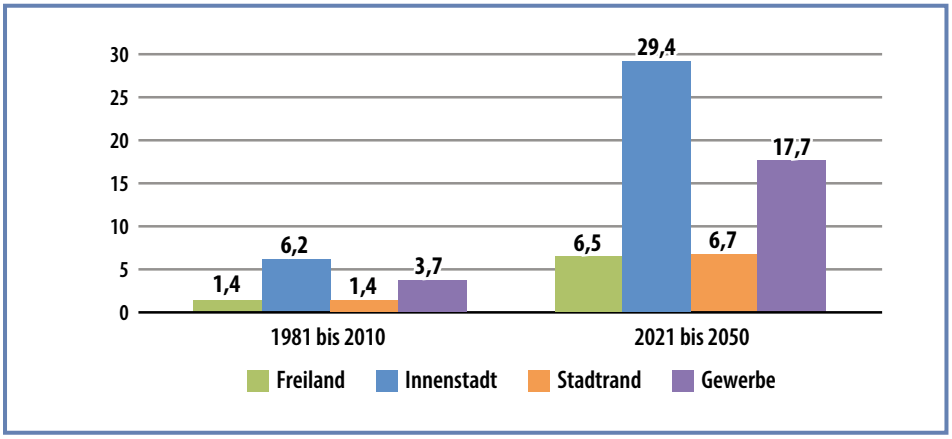

Abbildung 3.10-1: Anzahl der Tropennächte im Zeitraum 1981 bis 2010 sowie (Modellierungen zufolge) 2021 bis 2050 im RVR-Gebiet nach Klimatop. *Quelle: RVR, 2021, S. 222.*

Rund 29,7 % der Menschen im Ruhrgebiet sind über 65 Jahre alt (IT.NRW, 2023) und zählen zu der gegenüber Hitze besonders gefährdeten Bevölkerung. Vor dem Hintergrund steigender Hitzebelastungen, zunehmender Überalterung sowie anhaltender Mehrfachbelastungen (Luft- und Lärmbelastungen, fehlende Erholungsflächen) im täglichen Lebensumfeld besteht Handlungsbedarf, um die Bevölkerung im Ruhrgebiet adäquat vor den gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze zu schützen.

Hitze und Gesundheit

Klimawandelbedingte Folgen wie Hitzewellen, Starkniederschläge oder verlängerte Vegetationsperioden können großen Einfluss auf die Gesundheit von Menschen haben. Luftverschmutzungen und eine Intensivierung ultravioletter Strahlung verstärken die negativen Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit (Herrmann & Danquah 2021). In Deutschland hat vor allem die Häufigkeit, Intensität und Dauer von Hitzewellen in den vergangenen 20 Jahren zugenommen (Mücke & Litvinovitch, 2020). Hitze ist ein bedeutender Risikofaktor für die menschliche Gesundheit. Für das Jahr 2022 wird deutschlandweit von rund 4.500 hitzebedingten Sterbefällen ausgegangen, wobei der Westen Deutschlands mit 2.000 hitzebedingten Sterbefällen am stärksten betroffen war (Winklmayr & an der Heiden, 2022).

Die Anerkennung des Zusammenhangs zwischen Klima und Gesundheit nimmt in verschiedenen Disziplinen der Wissenschaft, Praxis, Politik und auch in der Öffentlichkeit weiter zu. Klimabezogene Strategien finden insbesondere in kommunalen oder regionalen Ansätzen und Konzepten – sowohl des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als auch in der Stadtentwicklung – verstärkt Berücksichtigung. Zahlreiche wissenschaftliche Auseinandersetzungen der jüngeren Zeit verweisen darauf, dass Hitze bestehende Erkrankungen, wie solche des Herz-Kreislauf-Systems, der Atemwege oder der Nieren, verschlimmern kann und dass die Einnahme bestimmter Medikamente einen Risikofaktor darstellen kann (Winklmayr et al., 2023). Gleichzeitig geht mit anhaltenden Hitzeperioden regelmäßig ein deutlicher Anstieg der Sterbefälle einher (Vicedo-Cabrera et al., 2021). Hitze hat Auswirkungen auf die Mortalität und Morbidität, aber auch bspw. auf den Verlauf von Schwangerschaften (Chersich et al., 2020) sowie die mentale Gesundheit (Thompson et al., 2018). »In den 15 größten deutschen Städten sind im Durchschnitt der letzten knapp 30 Jahre (1993–2020) gut 1,5 % der jährlichen Gesamtmortalität hitzebedingt. Das entspricht in etwa 18 Todesfällen pro 100.000 Einwohner:innen im Jahr« (Nidens et al., 2023).

Vorerkrankte Menschen, ältere Menschen sowie Säuglinge, Schwangere und Personen, die im Freien körperlich schwer arbeiten oder Sport treiben, zählen zu den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen (s. Tab. 3.10-1).

Tabelle 3.10-1: Vulnerable Risikogruppen für hitzebedingte Gesundheitsschäden.
Quelle: Nidens et al., 2023, S. 206.

Kategorie	Risikogruppe
Physiologische Anpassungskapazität	Menschen über 65 Jahre
	Säuglinge und Kleinkinder
	Schwangere
Vorerkrankungen	Kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz)
	Zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. Schlaganfall)
	Respiratorische Erkrankungen (z. B. COPD, Asthma bronchiale)
	Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus)
	Neurologische Erkrankungen (z. B. Morbus Parkinson)
	Psychische Erkrankungen (z. B. Depression, Schizophrenie, Drogenabhängigkeit)
	Nierenerkrankungen (z. B. Niereninsuffizienz)
	Übergewicht und Adipositas
	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
	Einnahme von bestimmten Arzneimitteln zur Behandlung der genannten Erkrankungen, z. B. Antiadrenergika, anticholinerge Arzneimittel (z. B. Antipsychotika, trizyklische Antidepressiva, Anti-Parkinson-Mittel, Antihistaminika), Antihypertensiva, Anxiolytika und Muskelrelaxanzien, Diuretika, Antianginosa, Antiepileptika, Schmerzmittel (z. B. nicht steroidale Antirheumatika, Opioide), Insuline
Menschen mit Behinderung	Körperliche Behinderungen (z. B. Rückenmarksverletzungen)
	Geistige Behinderungen
Funktionelle Einschränkungen	Bettlägerigkeit
	Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung
Sozioökonomische Faktoren	Alleinstehende Menschen, insbesondere im hohen Alter
	Soziale Isolation
	Obdachlosigkeit
	Ungünstige Wohnsituation (z. B. unzureichend gedämmte Wohnung, beengte Wohnverhältnisse)
Körperliche Anstrengung bei hohen Temperaturen	Im Freien Arbeitende (z. B. in der Landwirtschaft, im Bausektor)
	Im Freien Sport Treibende
	Gesundheitspersonal, v. a. in Kombination mit persönlicher Schutzausrüstung (PSA)

Psychisch vorbelastete Menschen können emotional und aggressiv auf Hitzestress reagieren (Eisele et al., 2021) und sind zudem einem höheren Suizidrisiko ausgesetzt (Thompson et al., 2018). Demenz und Alzheimer sind hitzesensible Krankheiten, die das Risiko für Dehydrierung verstärken und auch das psychische Wohlbefinden stark beeinträchtigen können (Luschkova, 2021). Eine weitere Risikogruppe sind Personen mit starkem Übergewicht, bei denen das Herz-Kreislauf-System durch Hitze belastet wird und gewichtsbezogene Folgeerkrankungen, wie Diabetes mellitus, oder Erkrankungen des Bewegungsapparates die Anpassung an Hitze zusätzlich erschweren (Meade et al., 2020). Gleichzeitig verringern Stressoren wie Hitze die Motivation zur Bewegung und führen zu einer insgesamt geringeren Fitness.

Eine österreichische Studie zeigte für den Zeitraum von 2002 bis 2020 den direkten Zusammenhang zwischen Krankenhausaufenthalten und der Exposition gegenüber Hitze und Sonnenlicht: Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren sowie Erwachsene über 80 Jahren wurden häufiger als Personen anderer Altersgruppen wegen hitze- und sonnenlichtbedingter Erkrankungen wie Hitzschlag, Sonnenstich, Hitzekollaps, Hitzekrampf, Hitzeerschöpfung, Hitzeermüdung oder Hitzeödem behandelt. Bei Kindern und Jugendlichen wurde eine 2,5-mal höhere Inzidenz als bei Erwachsenen über 20 Jahren festgestellt. Zudem wurden mehr Männer (n = 1.589) als Frauen (n = 1.024) behandelt (Brugger et al., 2022). Ähnliche Geschlechterunterschiede bei Hitzeerkrankungen wurden weltweit auch in Staaten wie USA, Kanada, Australien oder China beobachtet (Gifford et al., 2019).

Insbesondere im urbanen Kontext erhöhen umweltbedingte Stressoren, die in Wechselwirkung mit Hitze stehen, wie Luftverschmutzung (Stickoxide, Feinstaub und CO_2), hohe bodennahe Ozonwerte sowie ultraviolette Strahlung, die gesundheitliche Belastung. Lärm kann zudem hitzebedingte Aggressionen verstärken und verschärft psychische Belastungssituationen (Bolte et al., 2023).

Die Vulnerabilität einzelner Personen und Personengruppen gegenüber Hitze hängt somit sowohl vom individuellen Gesundheitszustand als auch von Bedingungen im Wohn-, Arbeits-, Bildungs- und Freizeitumfeld ab. Diese strukturellen Eigenschaften der dauerhaften Aufenthaltsorte der Menschen unterscheiden sich mit Blick auf sommerliche Hitze deutlich. Dabei spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Versiegelte Flächen absorbieren Sonneneinstrahlung, leiten die Wärme in tiefere Schichten weiter und kühlen nachts deutlich langsamer ab als unversiegelte Flächen. In Städten verdunstet aufgrund geringerer Vegetationsanteile weniger Wasser, was zu weniger Verdunstungskälte führt. Gleichzeitig bilden zugängliche, qualitativ hochwertige Grünflächen mit entsprechenden Schattenplätzen urbane Regenerationsräume, wohingegen Abgase bspw. aus dem Verkehr, der Industrie sowie dem Heizen und Kühlen von Gebäuden die Hitze verstärken. Viele Bestandsgebäude sind nicht ausreichend auf intensive Hitzewellen vorbereitet. Doch gerade in starken Hitzephasen suchen Menschen Schutz

in Gebäuden und verbringen weniger Zeit im Freien. Insbesondere in Bildungs- und Arbeitsstätten herrschen oftmals bei schlecht gedämmter Gebäudesubstanz und bei fehlenden raumlufttechnischen Anlagen in Hitzeperioden hohe Innenraumtemperaturen. Laut einer Studie der staatlichen Förderbank KfW sind vor allem Schulgebäude, aber auch Bäder und Sportstätten und damit zentrale kinder- und jugendbezogene Settings die zukünftig größten sanierungsbedingten Investitionsbereiche der Kommunen in Deutschland. Sie stehen mit über 12 Milliarden Euro und einem Anteil von 28 % der Gesamtinvestitionen an erster Stelle in den Kommunalhaushalten (Raffer & Scheller, 2023).

Dieser exemplarische Blick zeigt, dass Vulnerabilität gegenüber Klimawandelfolgen von einer Vielzahl steuerbarer Faktoren abhängt (s. Abb. 3.10-2). Vulnerabilitätsanalysen nehmen deshalb sowohl die Exposition gegenüber einem Klimasignal (z. B. das menschliche Expositionsverhalten wie ein vermehrter Aufenthalt im Freien) als auch die Empfindlichkeit gegenüber solchen Veränderungen (nutzungsbedingte, naturräumliche oder auch demografische Sensitivität) und die Anpassungskapazität in den Blick. Vulnerabilitätsanalysen helfen, diese Faktoren systematisch zu untersuchen und die Schwachstellen eines Systems und eines Raumes ausfindig zu machen. Sie tragen zur Identifizierung besonders betroffener Gebiete bei und offenbaren Hebel für eine zielgerichtete, lokale Anpassungsstrategie.

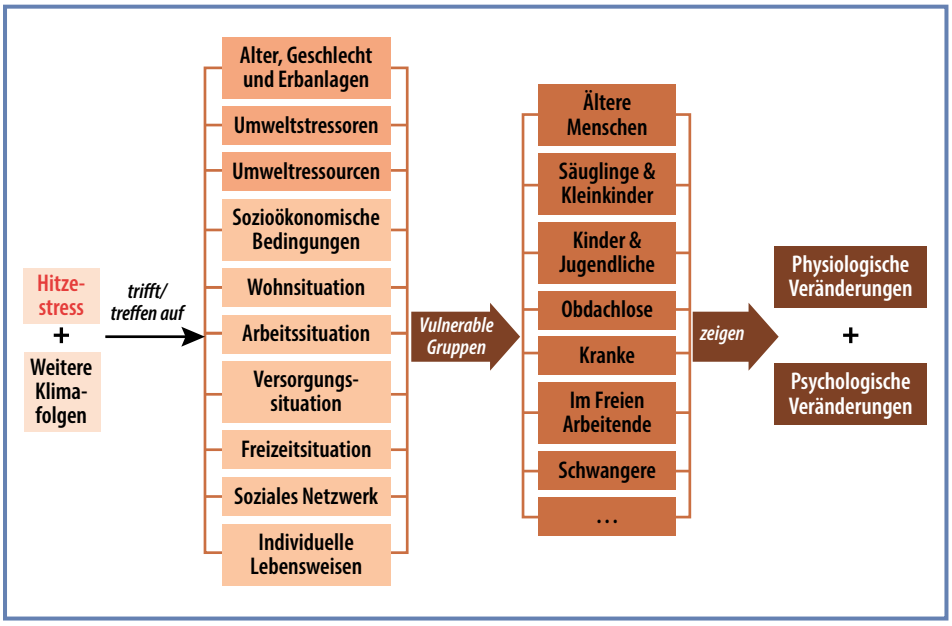

Abbildung 3.10-2: Vulnerabilitätsfaktoren gegenüber Hitze. *Quelle: eigene Darstellung.*

Vulnerabilität im Ruhrgebiet

Das Ausmaß der Betroffenheit gegenüber den Auswirkungen des Klimawandels hängt also von unterschiedlichen Faktoren ab, die u. a. in der Person, dem Ort, den Wohn- und Arbeitsverhältnissen, aber auch in den Klimafolgen selbst begründet liegen. Vor allem ältere Menschen, Kinder, Menschen, die in Armut leben, Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand oder Einschränkungen sind tendenziell anfälliger für die Auswirkungen des Klimawandels als die Allgemeinbevölkerung (Bolte et al., 2023). Zudem hängt die Fähigkeit der Menschen, Klimafolgen entsprechend zu begegnen, von finanziellen Ressourcen, dem Umfang ihrer sozialen Netzwerke, Wohneigentum und anderen Faktoren ab (Kazmierczak, 2022).

Die Bevölkerung im Ruhrgebiet ist insgesamt eine der ältesten in NRW. Hier leben überdurchschnittlich viele 60- bis 75-jährige Menschen. Die Zahl der Kinder und jungen Erwachsenen ist im regionalen Durchschnitt gering, aber in einzelnen Stadtquartieren durchaus erhöht. Die Generation der Babyboomer, die Mitte der 1950er- bis Ende der 1960er-Jahre geboren wurde, nimmt einen sehr großen Anteil an der Bevölkerung ein, was auch landesweit zu beobachten ist (NRW.Bank, 2022). Sie werden in den nächsten 30 Jahren den Großteil der älteren bzw. hochbetagten Menschen ausmachen.

Aber nicht nur regional, sondern auch innerstädtisch bestehen in den Städten des Ruhrgebiets deutliche demografische, sozioökonomische und räumlich-strukturelle Unterschiede. Der Gladbecker Stadtbezirk Rentfort-Nord bspw. ist einer der Stadtteile mit den meisten Kindern. Er wurde in den 1970er-Jahren nach dem Leitbild »Urbanität durch Dichte« geschaffen. Duisburgs jüngster Stadtteil ist Bruckhausen im Stadtbezirk Meiderich/Beeck. Er liegt ca. acht Kilometer nordwestlich der Duisburger Innenstadt. Durch unmittelbar angrenzende große Industrie- und Gewerbeflächen der Thyssen Krupp Stahl AG im Westen, Norden und Osten und die stark befahrene A 42 im Süden ist der Stadtteil sowohl durch eine Insellage als auch durch hohe Umweltbelastungen und eine überalterte Bausubstanz gekennzeichnet (Geschäftsstelle des Städtenetzes Soziale Stadt NRW, o. J.). Eine detaillierte GIS-Analyse für einzelne Quartiere im Ruhrgebiet im Forschungsprojekt ZUKUR zeigt, dass quartiersnahe, umliegende Erholungsräume zu Fuß oder per Rad zum Teil nur schwer erreichbar sind und einige stark verdichtete Quartiere selbst kaum über kleinteilige, wohnortnahe Grün- und Freiflächen verfügen. Zudem ist eine ökologische Gestaltungs- und auch Aufenthaltsqualität nicht überall gegeben (Nickelsen et al., 2020).

Der Exkurs in zwar ausgewählte, aber durchaus typische räumlich-strukturelle Gegebenheiten städtischer Lebensquartiere im Ruhrgebiet verdeutlicht, dass ein großer Teil der Bevölkerung im Ruhrgebiet sowohl aufgrund der demografischen Situation als auch der Wohn- und Arbeitsverhältnisse gegenüber Hitze besonders gefährdet ist. Mit dem Wissen um die zentrale Disposition gegenüber Hitze, die sowohl in den Perso-

nen als auch verhaltens- und verhältnisbezogenen Merkmalen begründet liegt, können zielgerichtete Strategien entwickelt werden. Grundlage für weitere Konzepte und Strategien können hierbei Kartierungen von kleinräumigen Klima- und soziodemografischen Daten (Mapping) sein. Anhand bspw. einer Kurzbewertung (Rapid Assessment) der Bausubstanz, des Versiegelungsgrades sowie der vorhandenen weiteren Umweltbelastungen und -ressourcen können Risikowohngebiete identifiziert werden, die prioritäres Handeln erfordern (Blättner et al., 2010).

Strategien und Konzepte im Ruhrgebiet

Die Anpassung an den Klimawandel ist ein Querschnittsthema, welches viele kommunale Fachbereiche (Stadtplanung, Umweltamt, Gesundheitsamt, Tief- und Hochbau etc.), die lokale Politik und weitere handelnde Akteurinnen und Akteure (Feuerwehr, Forstbereiche, Wasser- und Abwasserverbände, Vereine, Unternehmen etc.) betrifft. Dementsprechend können unterschiedliche Instrumente eingesetzt werden, um städtische Klimaanpassungsmaßnahmen zu steuern. Zur Unterstützung kommunaler Klimaanalysen erstellt der Regionalverband Ruhr (RVR) seit mehr als vier Jahrzehnten im Auftrag seiner Mitgliedskommunen Analysen der stadtklimatischen Verhältnisse. Die Ergebnisse basieren auf RVR-eigenen Klimamessungen und Auswertungen sowie auf einer für die gesamte Metropolregion durchgeführten Modellierung mithilfe eines Simulationsmodells. Alle kreisfreien Großstädte des RVR-Verbandsgebietes (d. h. Bochum, Bottrop, Essen, Dortmund, Duisburg, Gelsenkirchen, Hagen, Hamm, Herne, Mülheim a. d. Ruhr und Oberhausen) verfügen über Klimaanalysen aus dem Zeitraum von 2008 bis 2023. Planungshinweiskarten greifen die stadtklimatischen Analysen auf, grenzen stadtklimatische Last- und Ungunsträume ab und liefern Hinweise zur Verbesserung der stadtklimatischen Situation. Belasteten Räumen werden Ausgleichsräume wie blaue und grüne Infrastrukturen als zu erhaltende bzw. auszubauende Areale gegenübergestellt. Als Lasträume werden vornehmlich Bereiche bezeichnet, die aufgrund stark verdichteter Bebauung und erhöhten Verkehrsaufkommens bei gleichzeitig eingeschränkten Luftaustauschverhältnissen thermische und lufthygienische Ungunsträume darstellen. Auch auf kleinräumiger Ebene haben Ruhrgebietsstädte besonders betroffene Stadträume herausgearbeitet. So hat die Stadt Dortmund in 2019 bspw. eine Vulnerabilitätsanalyse auf Baublockebene erstellt, in der Bereiche identifiziert wurden, die aufgrund der klimatischen Situation, der Bevölkerungsdichte und der Altersstruktur eine besondere Sensibilität aufweisen (RVR, 2019). Weitere Instrumente wie Hitzeaktionspläne zielen auf die Entwicklung und Umsetzung kurz-, mittel- und langfristiger Präventions- und Interventionsmaßnahmen, um die Bevölkerung vor negativen Auswirkungen von Hitze zu schützen.

Hitzeaktionsplanung in Deutschland und Nordrhein-Westfalen

Basierend auf den Leitlinien der WHO Europe aus dem Jahr 2008, veröffentlichte die Bund/Länder-Arbeitsgruppe »Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels« im Jahr 2017 Handlungsempfehlungen für die kommunale Hitzeaktionsplanung. Zentrales Element der Hitzeaktionsplanung sind verhaltens- und verhältnisbasierte Maßnahmen zur Verringerung von hitzebedingter Morbidität und Mortalität. Die verhaltensbasierten Maßnahmen dienen dazu, die Bevölkerung für ein angepasstes Risikoverhalten bei Hitze zu sensibilisieren (z. B. Trinkverhalten). Verhältnisbasierte Maßnahmen können bspw. langfristige raumplanerische Maßnahmen zur Stärkung der Hitzeresilienz in Städten oder kurzfristige Schutzmaßnahmen sein, die im Vorfeld von und während Hitzeperioden systematisch ergriffen werden. Hierzu zählen Entsiegelung, Begrünung, Verschattung, Freihaltung von Luftleitbahnen etc. (WHO Europe, 2008).

Als gesundheitsorientierte Fachpläne können Hitzeaktionspläne auf nationalstaatlicher, landesweiter, regionaler, kommunaler oder einrichtungsbezogener Ebene (Letzteres eher als Hitzeschutzpläne bekannt) erstellt werden. Die konkrete Ausgestaltung von Hitzeaktionsplänen muss jeweils an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden. Die Planungen können auch in bereits vorhandene Strategien und Instrumente integriert werden. Bisher existieren keine gesetzlichen Vorgaben, die den Regelungsgehalt, Prozessschritte oder administrative Zuständigkeiten für Hitzeaktionsplanungen festlegen.

In Nordrhein-Westfalen wurden mit Beschluss der 30. Landesgesundheitskonferenz (LGK NRW) vom 31. 10. 2022 die Themen gesundheitsbezogener Hitzeschutz und Hitzeaktionsplanung verstärkt in den Fokus genommen. Als Landeskoordinierungsstelle unterstützt das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) die systematische und flächendeckende Umsetzung kommunaler Hitzeaktionspläne in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden. Mithilfe eines Beratungsteams am LZG.NRW sollen die Kommunen fortlaufend zum Themenfeld Hitze und Gesundheit sowie bei der Etablierung von Hitzeaktionsplänen beraten werden (MAGS, 2022; LZG.NRW, 2024). Gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens hat das LZG.NRW Arbeitshilfen für den einrichtungsbezogenen Hitzeschutz erarbeitet und im November 2023 veröffentlicht (LZG.NRW, 2023). Arbeitshilfen für die kommunale Hitzeaktionsplanung werden folgen (MAGS, 2022).

Kommunale Praxis der Hitzeaktionsplanung im Ruhrgebiet

Ein konsistenter Überblick über die kommunalen Hitzeaktionsplanungen in Deutschland existiert bisher nicht. Aktuell gibt es zudem nur wenige Beispiele für fertiggestellte und veröffentlichte Hitzeaktionspläne (Hannemann et al., 2023). Maßnahmen zum gesundheitsbezogenen Hitzeschutz sind oftmals in andere Konzepte oder Planungen integriert (bspw. in Klimaanpassungskonzepte). Diese beinhalten jedoch nicht zwingend ein umfassendes Konzept zum gesundheitsbezogenen Hitzeschutz.

Im Ruhrgebiet haben nahezu alle Kreise und kreisfreien Städte ein Klimaanpassungskonzept entwickelt und veröffentlicht. Ein umfassender Hitzeaktionsplan, der alle von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und der WHO empfohlenen Kernelemente enthält, liegt zum aktuellen Zeitpunkt für keine Kommune im Ruhrgebiet in veröffentlichter Fassung vor. Mehrere Kommunen haben sich aber bereits auf den Weg gemacht und befinden sich in der Planungs- und Entwicklungsphase von Hitzeaktionsplänen. Die aktuellen Aktivitäten der Kommunen im Ruhrgebiet zum Thema Hitze und Gesundheit reichen von Informationen und Verhaltenstipps für die Bevölkerung (u. a. Stadt Dortmund, 2023; Stadt Duisburg, 2023) über die Integration des Themas in bestehende Klimaanpassungskonzepte (Stadt Herne, 2019) bis hin zu kommunalen sowie regional abgestimmten Planungsprozessen zur Erstellung von Hitzeaktionsplänen. In Bochum liegt zudem mit dem »Hitzekonzept für Obdach- und Wohnungslose« ein Konzept für besonders gefährdete Gruppen vor (Stadt Bochum, 2022). Darüber hinaus ist im April 2024 im Rahmen der Zukunftsinitiative Klima.Werk als Verbund der Emschergenossenschaft und der Kommunen in der Emscherregion das Projekt HAP.regio gestartet mit dem Ziel, kommunenübergreifend den gesundheitsbezogenen Hitzeschutz auf belastbare Füße zu stellen (ZI Klima.Werk, 2024).

Resümee

Hitzeaktionspläne sind ein wirksames Mittel, um die Bevölkerung vor den gesundheitlichen Risiken von Hitze zu schützen (Blättner et al., 2023). Die Kreise und kreisfreien Städte im Ruhrgebiet haben das Thema Hitze und Gesundheit bereits als relevantes Handlungsfeld erkannt und werden zunehmend in diesem Bereich aktiv. Die bisherigen Aktivitäten auf Landes- und kommunaler Ebene wurden durch den LGK-Beschluss gestärkt. In den kommenden Jahren sind voraussichtlich weitere Maßnahmen zum gesundheitsbezogenen Hitzeschutz zu erwarten. Viele Maßnahmen können kurzfristig umgesetzt werden, insbesondere für städtebauliche Maßnahmen sind jedoch langfristige Perspektiven und Handlungsoptionen notwendig. Sowohl bei der Analyse als auch der Adressierung städtischer Hitze sind erstens physikalische und zweitens soziale Faktoren zu berücksichtigen, um spezifische Vulnerabilitäten zu identifizieren und Anpas-

sungspotenziale zu realisieren. Während Erstere die Ausprägung der Hitze beeinflussen können, sind Letztere im Hinblick auf potenziell entstehende ökologische (klimatische/thermische) Ungerechtigkeiten von Bedeutung. Das Zusammenwirken verschiedener Akteurinnen und Akteure auf interkommunaler und intersektoraler Ebene ist ein Erfolgskriterium dafür, den notwendigen Anpassungsprozess erfolgreich zu gestalten.

LITERATUR

Blättner, B.; Grewe, H. A.; Janson, D.; Holt, V.; Nickl, J. & Hannemann, L. (2023). *Arbeitshilfe zur Entwicklung und Implementierung eines Hitzeaktionsplans für Kommunen.* Public Health Zentrum Fulda

Blättner, B.; Heckenhahn, M.; Georgy, S.; Grewe, H. A. & Kupski, S. (2010). Wohngebiete mit hitzeabhängigen Gesundheitsrisiken ermitteln. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 1(53), 75–82

Bolte, G.; Dandolo, L.; Gepp, S.; Hornberg, C. & Lopez Lumbi, S. (2023). *Klimawandel und gesundheitliche Chancengerechtigkeit: Eine Public-Health-Perspektive auf Klimagerechtigkeit.* Journal of Health Monitoring , 8(S6). DOI: 10.25646/11769

Brugger, K.; Schmidt, A. E.; Delcour, J. (2022). *Krankenhausaufenthalte im direkten Zusammenhang mit Hitze und Sonnenlicht in Österreich (2002–2020).* Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

Chersich, M. F.; Pham, M. D.; Areal, A.; Haghighi, M. M.; Manyuchi, A.; Swift, C. P.; Wernecke, B.; Robinson, M.; Hetem, R.; Boeckmann, M. & Hajat, S. (2020). Associations between high temperatures in pregnancy and risk of preterm birth, low birth weight, and stillbirths. Systematic review and meta-analysis. *BMJ,* 371, m3811

Eisele, F.; Flammer, E.; Steinert, T. & Knoblauch, H. (2021). Aggressive incidents in psychiatric hospitals on heat days. *BJPsych Open,* 7, e99. DOI: 10. 1192/bjo.2021.33

Geschäftsstelle des Städtenetzes Soziale Stadt NRW (o. J.). *Duisburg-Bruckhausen. Website des Städtenetzwerkes Sozial Stadt NR.* https://www.soziale-stadt-nrw.de/stadtteile-und-projekte/duisburg-bruckhausen

Kazmierczak, A. (2022). Auswirkungen klimabedingter Gefahren auf Gesundheit und Wohlbefinden vulnerabler Gruppen in Europa. *Journal of Health Monitoring*, 7(S4)

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2024). *Klima und Gesundheit.* https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/index.html; letzter Zugriff: 23. 05. 2024

MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2022). *30. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen. Klimaschutz und Klimaanpassung sind Gesundheitsschutz*

Meade, R. D.; Akerman, A. P.; Notley, S. R.; McGinn, R.; Poirier, P.; Gosselin, P.; Kenny, G. P. (2020). Physiological factors characterizing heatvulnerable older adults: A narrative review. *Environment International,* 144, 105909

Mücke, H. G. & Litvinovitch, J. M. (2020). Heat Extremes, Public Health Impacts, and Adaptation Policy in Germany. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 7862

Nickelsen, J.; Hugot, C.; Bläser, D.; Welling, A. C. (2020). *Klimaresiliente Region Weiterdenken. Entwicklungen und Perspektiven für Die Stadtregion Ruhr. Praxispartnerbericht Verbundprojekt ZUKUR*. Essen.

Nidens, N.; Huber, V.; Matthies-Wiesler, F. & Schneider, A. (2023). Klimawandel ganz nah: Hitzewellen. *Die Nephrologie*, 1–8

NRW.Bank (2022). *Regionalwirtschaftliche Profile Nordrhein-Westfalen 2022. Ausgewählte Indikatoren. Ruhrgebiet (RVR).* NRW.BANK.Research. https://www.nrwbank.de/export/.galleries/downloads/Regionalwirtschaftliche-Profile/2022/NRW.BANK.Regionalprofil-Metropole-Ruhr-2022.pdf

Raffer, C. & Scheller, H. (2023). *KfW-Kommunalpanel 2022.* KfW Bankengruppe

RVR (Regionalverband Ruhr) (2019). *Klimaanalyse Stadt Dortmund.* Regionalverband Ruhr Referat Geoinformation und Raumbeobachtung, Essen. https://rathaus.dortmund.de/dosys/gremrech.nsf/0/2A240BCF06995037C125880D007FCB9C/$FILE/Anlagen_23673-22.pdf

RVR (Regionalverband Ruhr) (2021). *Bericht zur Lage der Umwelt in der Metropole Ruhr 2021.* Essen. https://www.rvr.ruhr/fileadmin/user_upload/01_RVR_Home/02_Themen/Umwelt_Oekologie/Umweltbericht/2021_Umweltbericht_Metropole_Ruhr.pdf

Thompson, R.; Hornigold, R.; Page L. & Waite, T. (2018). Associations between high ambient temperatures and heat waves with mental health outcomes. A systematic review. *Public Health*, 161, 171–191

Vicedo-Cabrera, A. M.; Scovronick, N.; Sera, F. et al. (2021). The burden of heat-related mortality attributable to recent human-induced climate change. *Nat Clim Chang*, 11(6), 492–500

Winklmayr, C. & an der Heiden, M. (2022). Hitzebedingte Mortalität in Deutschland 2022. *Epidemiologisches Bulletin*, 42, 3–9

Winklmayr, C.; Matthies-Wiesler, F.; Muthers, S.; Buchien, S.; Kuch, B. & Mücke, H. G. (2023). Hitze in Deutschland: Gesundheitliche Risiken und Maßnahmen zur Prävention. *Journal of Health Monitoring*, 2023 8(S4), 3–34. DOI: 10.25646/11645

ZI Klima.Werk (Zukunftsinitiative Klima.Werk) (2024). *Klimawandel: Städte sorgen gemeinsam gegen Hitze-Risiken vor.* https://www.presse-service.de/data.aspx/static/1154301.html; letzter Zugriff: 23. 05. 2024

3.11

Der Wissenschafts-Praxis-Transfer im Ruhrgebiet: Wie gelangen diversitäts- und geschlechtersensible Gesundheitsinformationen in die Praxis?

Rebecca Lätzsch, Ivonne Wattenberg-Karapinar, Claudia Hornberg

Von der Industrie- zur Wissenschaftslandschaft

Das Ruhrgebiet wurde in den vergangenen Jahrzehnten von einem immensen strukturellen und sozialen Wandel geprägt. War die Region noch bis in das 20. Jahrhundert aufgrund ihrer stark ausgeprägten (Montan-)Industrie ein wirtschaftlicher Leuchtturm in der Bundesrepublik und für ganz Europa, verlor sie durch den Strukturwandel an Strahlkraft. Bis heute zeigt sich im Ruhrgebiet eine hohe kulturelle und soziale Heterogenität. Besonders das nördliche Ruhrgebiet ist geprägt von Arbeitslosigkeit, einer starken räumlichen Segregation und sozialen Brennpunktvierteln in den Städten (exemp-

larisch sind hier Dortmund-Nordstadt und Duisburg-Marxloh zu nennen) sowie einer überdurchschnittlichen Armutsquote (Betz, 2011; Röhl, 2019). Das Zusammenleben von Menschen aus verschiedenen Kulturen war schon immer Bestandteil der Ruhrgebietsidentität, auch bedingt durch das Wachstum der Montanindustrie und den damit verbundenen notwendigen Zuzug von »Gastarbeitern« (Goch, 2018). Heute zeigt sich im Ruhrgebiet ein durch Vielfalt geprägtes Zusammenleben von Menschen mit unterschiedlichen Migrationsgeschichten, sozioökonomischen und kulturellen Hintergründen. Neben der Vielfalt prägt auch der strukturelle Wandel die Region.

Der Strukturwandel des Ruhrgebiets lässt sich auch gut anhand der Studierendenzahlen skizzieren. Anfang der 1960er-Jahre gab es im Ruhrgebiet noch keine Universitäten und damit dort auch noch nicht die zugehörigen Student:innen und Wissenschaftler:innen. Die Ruhr-Universität Bochum wurde erst 1962 als erste Universität des Ruhrgebietes gegründet und nahm 1965 den Lehrbetrieb auf.

Heute ist die Region eine einzigartige Hochschullandschaft mit einem starken und breiten Profil u. a. im Bereich Gesundheit und Medizin (Bogumil, 2020). Es sind insgesamt 22 Hochschulen im Ruhrgebiet ansässig. Fünf davon sind Universitäten (in Bochum, Dortmund, Duisburg-Essen, Hagen und Witten), 17 sind Fachhochschulen. Hinzu kommen renommierte außeruniversitäre Forschungsinstitute, allen voran Fraunhofer, Leibniz und Max Planck. Das Ruhrgebiet weist inzwischen europaweit die dichteste Hochschullandschaft auf (Metropole RUHR, 2022), bietet vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten in Wissenschaft und Forschung und stellt damit einen fruchtbaren Boden für einen zielgerichteten Wissenschafts-Praxis-Transfer dar.

Das Ruhrgebiet als Wissenschaftsstandort für Medizin, Gesundheit und Diversität

Im Ruhrgebiet mit seiner vielfältigen Hochschul- und Wissenschaftslandschaft wird an verschiedenen Universitäts- und Hochschulstandorten zum Thema Diversität und Geschlecht im Kontext Medizin und Gesundheitswesen geforscht. Ziel ist es, neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu generieren und diese danach in die Praxis zu transferieren. Exemplarisch werden in diesem Beitrag einige Strukturen und Institutionen genannt, die einen Beitrag für das Ruhrgebiet leisten und aus der Metropole Ruhr heraus agieren, um das Zusammenwirken von Medizin, Gesundheit und Diversität zu erforschen und zu vernetzen.

In Bochum wurde 2011 der Gesundheitscampus eröffnet mit dem Ziel, Kompetenzen aus verschiedenen Gesundheitsbereichen zu bündeln und miteinander zu vernetzen. Ein Kernstück des Gesundheitscampus stellt die Hochschule für Gesundheit in Bochum dar, die als eine der ersten Hochschulen des Landes primär qualifizierende Bachelorstudiengänge in den Gesundheitsberufen angeboten hat.

Der Bachelorstudiengang »Gesundheit und Diversity« ist ein Beispielstudiengang, der Studierende darauf vorbereitet, die Gesundheitsversorgung praxisnah und zielgruppenspezifisch unter Berücksichtigung von Diversitätsdimensionen mitzugestalten. Der Studiengang ist am Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit in Bochum angegliedert. Für einen praxisnahen Zugang zu der Bevölkerung wurden hier unter anderem ein Quartiersbüro und ein außeruniversitärer Lernort in Bochum-Hustadt eingerichtet, um gemeinschaftlich zu forschen, zu lernen und zu leben. Es gibt zahlreiche weitere Forschungs- und Transferprojekte an der Hochschule Gesundheit, die einen Wissenschafts-Praxis-Transfer umsetzen (DoCH, 2022; Raczkiewicz et al., 2023). Sowohl in der Ausbildung der Gesundheitsprofessionen als auch im Medizinstudium bedarf es einer diversitäts- und gendersensiblen Lehre, die in den Curricula berücksichtigt werden sollte. Dies ist besonders wichtig, um den Nachwuchs im Gesundheitsbereich frühzeitig für das Thema zu sensibilisieren und das Wissen hinsichtlich einer diversitäts- und geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung in die Praxis transferieren zu können (Ludwig et al., 2020).

Neben der Berücksichtigung des Themas in der (Hochschul-)Bildung gibt es einige Netzwerkstrukturen, die im Ruhrgebiet ansässig sind und sich mit diversitäts- und geschlechtersensiblen Fragestellungen auseinandersetzen.

Bereits 1986 wurde das Netzwerk »Frauen- und Geschlechterforschung NRW« im Herzen des Ruhrgebietes gegründet, damals noch unter dem Namen »Netzwerk Frauenforschung NRW«. Im Netzwerk sind zahlreiche Wissenschaftler:innen aus NRW vertreten, die sich mit dem Thema auseinandersetzen. Die Aktivitäten des Netzwerks werden von der Landesregierung und den Hochschulen Nordrhein-Westfalens gefördert. Die Koordinations- und Forschungsstelle kümmert sich als Geschäftsstelle des Netzwerkes vorrangig um Vernetzung, Forschung und Wissenstransfer. Mit einer vielfältigen Publikationstätigkeit, auch in den sozialen Medien, leistet das Netzwerk einen wichtigen Wissenstransfer für Lehre, Forschung, Politik und interessierte Öffentlichkeit. Dabei findet auch eine Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen im Kontext Geschlecht und Gender statt (Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, 2022). Relativ neu ist der Zusammenschluss zum Netzwerk Geschlechtersensible Medizin NRW,[30] welches an das bestehende Netzwerk andockt. Hier beteiligen sich auch die drei medizinischen Fakultäten (Bochum, Duisburg-Essen und Witten-Herdecke) des Ruhrgebietes zusammen mit fünf weiteren Medizinfakultäten in Nordrhein-Westfalen. Ziel des Netzwerkes ist es, stärker über die Geschlechterunterschiede in der Medizin aufzuklären. Geplante Netzwerkaktivitäten sind bspw. die Erstellung von gemeinsamen Lehrmaterialien, Vorträgen und Forschungsprojekten (Oertelt-Prigione & NRW, Koordinations- und Forschungsstelle Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung, 2023).

30 www.netzwerk-fgf.nrw.de/das-netzwerk/nw-geschlechtersensible-medizin

Weit über die Grenzen des Ruhrgebiets hinaus bekannt ist zudem das »Essener Kolleg für Geschlechterforschung« (EKfG), welches 1998 als zentrale Forschungseinrichtung gegründet wurde und heute eine wertvolle wissenschaftliche Einrichtung der Universität Duisburg-Essen darstellt. Mitglieder unterschiedlicher Forschungsgebiete, u. a. auch Wissenschaftler:innen aus dem medizinischen Bereich der Universitätsstandorte Duisburg und Essen sowie dem Universitätsklinikum Essen, welches über eigene Institute bzw. Kliniken angebunden ist, sind hier z. B. im Bereich Forschung zu geschlechtergerechter Gesundheitsversorgung miteinander vernetzt. Eine fachübergreifende interne und externe Forschung und Vernetzung im Bereich der Geschlechterforschung sowie eine vielseitige Öffentlichkeitsarbeit gehören zu den zentralen Aufgaben des Kollegs (Essener Kolleg für Geschlechterforschung, 2023).

Diese Aktivitäten im wissenschaftlichen Kontext zum Thema Diversität und Gender sind vielfältig und können hier nicht vollständig beschrieben werden. Sie sind wichtig, um die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Interessengruppen zu fördern und damit den Transfer von der Forschung in die Praxis und Politik (und umgekehrt) zu optimieren. Dieser Transfer in die Praxis ist auch mit Blick auf die Bevölkerungsstruktur im Ruhrgebiet und die damit verbundenen Lebenslagen von besonderer Relevanz.

Diversität und Gesundheit im Ruhrgebiet

Das Ruhrgebiet zeichnet sich, wie bereits erwähnt, durch eine vielfältige und diverse Bevölkerung aus. Damit verbunden sind auch unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Menschen, die im Ruhrgebiet miteinander leben und arbeiten, unterscheiden sich u. a. anhand der Diversitätsdimensionen: Alter, Geschlecht/Gender, kultureller Hintergrund/Migrationshintergrund, soziale Schichtzugehörigkeit, sexuelle Orientierung, körperliche Beeinträchtigung, Weltanschauung oder bezogen auf ihre Lebensumstände. Diese Diversitätsaspekte gilt es auch im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Medizin mitzudenken und einzubeziehen. Dies ist vor allem wichtig, um Aussagen über das spezifische Gesundheitsverhalten, Therapieansätze und die Verteilung von Erkrankungen tätigen zu können (Altgeld & Kolip, 2009).

Im Folgenden wird skizziert, wie sich einzelne Diversitätsmerkmale im Ruhrgebiet abbilden lassen. Dieses diversitäts- und geschlechtersensible Wissen ist für einen Wissenschafts-Praxis-Transfer von besonderer Relevanz, um zielgruppenspezifische Gesundheitsangebote und -informationen zu schaffen und auch vulnerable Bevölkerungsgruppen erreichen zu können.

Bei der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung im Ruhrgebiet weiblich ist. Betrachtet man allerdings die Geschlechtervertei-

lung bei den jungen Erwachsenen, so zeigt sich ein Männerüberschuss. Mit Voranschreiten des Lebensalters steigt hingegen der Frauenanteil. Bei der Altersverteilung zeigt sich im Ruhrgebiet insgesamt ein hoher Anteil an älteren Menschen über 60 Jahre, insbesondere im Vergleich zu anderen Wirtschaftsregionen des Landes (Landesbetrieb IT.NRW, 2022). Diese geschlechter- und altersspezifischen Unterschiede gilt es auch in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen. Sie nehmen bspw. einen Einfluss auf die Lebenserwartung, die Sterblichkeit und die Häufigkeit der Entstehung bestimmter Krankheiten, aber auch auf die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Hornberg & Pauli, 2016). Hinzu kommen kulturelle und soziale Faktoren, die die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen beeinflussen und somit zu teilweise signifikanten Geschlechterunterschieden im gesundheitlichen Versorgungssystem führen (Kuhlmann, 2016).

Bei Betrachtung der Determinanten Beruf und Einkommen in der Region Ruhr zeigt sich, dass die kreisfreien Städte und die Kreise des Ruhrgebiets eine höhere Arbeitslosenquote aufweisen als die übrigen Kreise in Nordrhein-Westfalen. Im Jahr 2018 wiesen Gelsenkirchen (12,1 %), Duisburg (10,6 %) und Herne (10,5 %) die höchsten Arbeitslosenquoten in NRW auf. In der ersten Coronawelle war der Anstieg der Arbeitslosenquote von März bis Mai vor allem im Ruhrgebiet überproportional hoch (Seil & Emmler, 2020). Insgesamt zeigt sich auch ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen im Ruhrgebiet (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 2020). Damit ist das Armutsrisiko nach wie vor NRW-weit im Ruhrgebiet am höchsten, und es hat auch entscheidenden Einfluss auf die gesundheitliche Lage. Neben den zuvor dargestellten Determinanten haben zudem die damit einhergehenden Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten (Hollederer, 2011; Schmidtke & Meyer, 2011). Studien zeigen seit Langem, dass Personen mit einer niedrigen sozialen Schichtzugehörigkeit, die zumeist anhand des Einkommens, des Bildungsstatus und des Berufs gemessen wird, einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und früher sterben als Personen mit einem höheren sozialen Status (Mielck, 2012).

Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist in städtischen Ballungsräumen wie dem Ruhrgebiet deutlich höher als in den eher ländlich geprägten Kreisen Nordrhein-Westfalens. Aber auch kreisfreie Städte außerhalb des Ruhrgebietes, wie Bielefeld, Remscheid oder Düsseldorf, weisen einen hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund auf (Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, 2020). Auch Migrationserfahrungen oder ein Migrationshintergrund können den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten beeinflussen. Dabei gilt es allerdings, die Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen und genau zu betrachten, inwieweit weitere Diversitätsdimensionen einen Einfluss haben. Es gibt auch eine Reihe migrationsspe-

zifischer Faktoren, die sich auf den Gesundheitszustand auswirken können, z. B. der Grund für die Migration und die Bedingungen während der Migration (Groot & Sager, 2010; Spallek & Zeeb, 2021). Daher gilt es auch Aspekte wie sozioökonomische Lage, Aufenthaltsdauer, Migrationsmotive, Kenntnisse der deutschen Sprache oder Diskriminierungserfahrungen differenziert zu berücksichtigen (Koschollek et al., 2022). Für verschiedene Einwanderer- und Altersgruppen werden spezifische Gesundheitsrisiken und Zugangsbarrieren (z. B. Sprach- und Informationsbarrieren, soziokulturelle Unterschiede, niedriger sozioökonomischer Status) aufgezeigt.

Die unterschiedlichen Lebensumwelten und -hintergründe der Einwohner der Ruhrgebietsregion nehmen auch Einfluss auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Bei den sechs im nördlichen Ruhrgebiet verorteten Städten Dortmund, Duisburg, Gelsenkirchen, Hamm, Herne und Oberhausen zeigen sich eine hohe Einwohnerdichte, SGB-II- und Arbeitslosenquote, ein besonders hoher Anteil an Personen mit Migrationshintergrund und ein insgesamt geringes Bildungsniveau. Gleichzeitig sind die Einwohner:innen in diesen Städten besonders stark gesundheitlich benachteiligt. Es gibt eine besonders hohe Anzahl von Krankenhausfällen, die den Gesamtmittelwert der nordrhein-westfälischen Kreise und kreisfreien Städte übersteigt. Zudem zeigen sich bei den Einwohner:innen dieser Städte häufiger die folgenden Erkrankungen: Lungenkrebs, Diabetes, depressive Episoden, Bluthochdruck, Herz- und Hirninfarkte, Herzinsuffizienz und alkoholbedingte Lebererkrankungen (Neu & Dahlbeck, 2017).

Die Gesundheits- und Sozialdaten des Ruhrgebietes zeigen, dass es Handlungsbedarf für zielgruppenspezifische diversitätssensible Gesundheitsangebote und -informationen gibt, um auch vulnerable und mehrfachbenachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Derzeit werden Diversitätsmerkmale häufig nur in Modellprojekten und Forschungsvorhaben von Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen berücksichtigt und sind bislang nicht regulär in der (Versorgungs-)Praxis implementiert.

Transfer von diversitäts- u. geschlechtersensiblen Gesundheitsinformationen in die Praxis

Im Folgenden werden zwei Modellvorhaben bzw. Forschungsprojekte aus dem Bereich Gesundheitsförderung und diversitätssensible Gesundheitsversorgung skizziert, die im Ruhrgebiet verankert waren und bei denen ein Wissenschafts-Praxis-Transfer ein entscheidendes Projektelement darstellte. Es wurden auf unterschiedlichen strukturellen Ebenen wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis transferiert, Fragestellungen aus der Praxis wissenschaftlich bearbeitet und der Dialog zwischen Wissenschaftler:innen einerseits sowie Praktiker:innen andererseits gefördert.

Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW am Gesundheitscampus NRW

Das ministeriell geförderte Modellprojekt »Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW (KFG NRW)« hat sich für eine verbesserte diversitätssensible gesundheitliche Versorgung im Ruhrgebiet und ganz NRW eingesetzt. Ausgangspunkt für die Initiierung des Projekts war, dass eine geschlechter-/gendersensible Gesundheitsversorgung durch die Verbindung von Theorie und Praxis wirksam weiterentwickelt werden sollte. Das Vorhaben wurde vom damaligen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) angestoßen. Seit 2012 war das KFG auf dem Gesundheitscampus in Bochum ansässig, die Förderung wurde aus politischen Beweggründen im Juni 2020 eingestellt.

Als Kooperationsprojekt haben die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (vertreten durch Prof. Dr. Claudia Hornberg) und das GESINE-Netzwerk Gesundheit (vertreten durch Marion Steffens) das KFG.NRW gemeinschaftlich geleitet. Dieser Zusammenschluss war mit Blick auf die angestrebte enge Verzahnung von Wissenschaft und Praxis besonders förderlich. Das KFG stellte ein Best Practice-Beispiel dar und fungierte als Bindeglied zwischen der Landesebene und der kommunalen Ebene. Ein Schwerpunkt der Arbeit lag darin, eine Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis herzustellen, damit diversitäts- und genderspezifische Erkenntnisse im Kontext Gesundheit in die Versorgung gelangen (Rüweler et al., 2016). Das Kompetenzzentrum entwickelte zunächst Versorgungskonzepte für Frauen in ausgewählten Lebenssituationen und knüpfte dabei an regional vorhandene Fachexpertise im Bereich Frauengesundheit an. Zum späteren Förderzeitpunkt wurden als Zielgruppen auch Männer und Heranwachsende aufgenommen.

Das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW hatte das Ziel, die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Forschung über die Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Gesundheit sowie relevanten sozialen Faktoren wie Alter oder Migrationshintergrund mit praktischen Erfahrungen zu verbinden. Diese Kombination sollte dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung für Menschen unterschiedlichen Geschlechts in NRW wirksam und nachhaltig zu verbessern. Wichtige Themenbereiche, die vom KFG fokussiert wurden, waren die Themen psychische Gesundheit, geburtshilfliche Versorgung und Interventionen bei Gewalt. Zudem hat sich das Kompetenzzentrum mit den gesundheitlichen Bedarfen von Frauen mit Behinderung und von Frauen mit Flucht- und Zuwanderungsgeschichte befasst (Rüweler et al., 2016; Wattenberg & Hornberg, 2016). Durch den Standort des KFGs inmitten des Ruhrgebietes hat es dazu beigetragen, insbesondere auch die Akteur:innen im Ruhrgebiet (u. a. Ärzt:innen, Vertreter:innen von Beratungsstellen und Fachgesellschaften und Psychotherapeut:innen) innerhalb themenspezifischer Netzwerke zu vernetzen.

Ein weiteres wichtiges Ziel des KFG war es, den Wissenschafts-Praxis-Transfer zu fördern, vor allem zwischen Wissenschaft, Gesundheitspolitik und -versorgung. Um

diesen Transfer zu realisieren, fußte die Arbeit des Kompetenzzentrums auf den Säulen Wissensbildung und Wissenstransfer, Weiterentwicklung von Praxiskonzepten und Förderung der Netzwerkarbeit (s. Abb. 3.11-1).

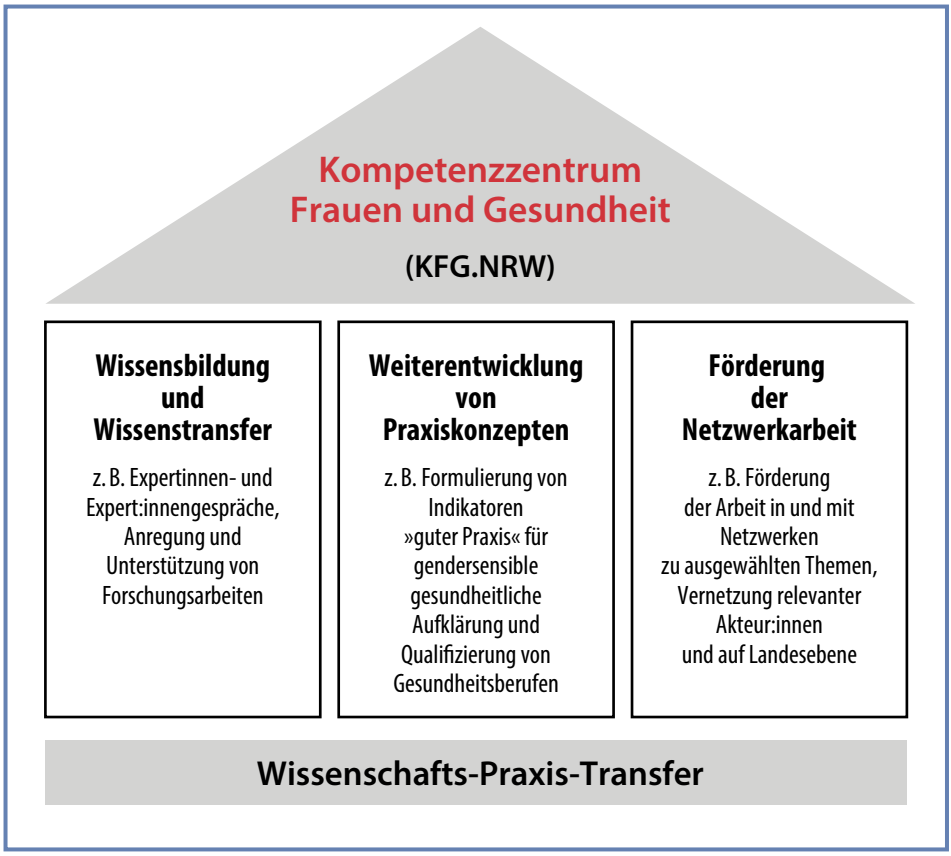

Abbildung 3.11-1: Säulen des KFG.NRW. *Quelle: eigene Darstellung.*

Trotz des mittlerweile umfänglichen Wissens um geschlechterspezifische Gesundheitsrisiken, -ressourcen und -kompetenzen ist die Praxis vielfach noch weit davon entfernt, den daraus resultierenden Versorgungsbedarfen an den verschiedenen Schnittstellen im Gesundheitswesen gerecht zu werden (Rüweler et al., 2016). Das Wording »geschlechterbezogene Gesundheit« und »gendersensible Medizin« zu festigen, war eine weitere wichtige Aufgabe des Kompetenzzentrums. Dafür wurde ein gezielter Forschungs- und Wissenstransfer fokussiert, um den Akteur:innen des Gesundheitswesens den Mehrwert einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung aufzuzeigen.

Daran schließt sich auch ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt des Kompetenzzentrums an: die Förderung des Theorie-Praxis-Transfers (z. B. in Form von Fachver-

anstaltungen, Publikationen, Vorträgen bei gesundheitsrelevanten Institutionen des Landes, digitaler Präsenz). Außerdem wurden themenspezifische Schulungen und Fortbildungen angeboten und Tools sowie Arbeitshilfen/Medien (z. B. Videos) entwickelt und vermittelt. Zusätzlich wirkte das KFG bei der Erstellung von Handlungsempfehlungen und Leitlinien für Aus-, Fort- und Weiterbildung mit.

Die Arbeit des KFG hat gezeigt, dass es einen hohen Bedarf an praxistauglichen Werkzeugen, Instrumenten und anwendungsbezogenen Wissensbeständen gibt. Dieser Bedarf wurde durch Beteiligungen an öffentlichen Diskussionen, die Initiierung eigener Veranstaltungsangebote und Netzwerkaktivitäten deutlich. Die Arbeit des KFG hat gezeigt, dass eine gezielte Sensibilisierung hinsichtlich der Bedeutung einer gender- und diversitätssensiblen Versorgung bei den Gesundheits- und Sozialberufen selbst, aber insbesondere auch bei fachfremden Akteur:innen und in der Allgemeinbevölkerung notwendig und gewünscht ist.

Entwicklung von lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungskonzepten in Bochum

Das Forschungsprojekt »Entwicklung von lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungskonzepten zur Vorbeugung von Übergewicht, Bewegungsmangel und Stress junger Familien in sozial benachteiligten Stadtteilen in Bochum (ElGko-Bo)« wurde von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften (Universität Bielefeld) durchgeführt und der Krankenkasse Knappschaft in Bochum gefördert. Es ist ein weiteres Modellprojekt, das an der Schnittstelle Wissenschaft und Praxis angesiedelt war. Der Fokus lag dabei auf der Lebensumwelt im Stadtteil und Quartier, wo Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und Einflüssen auf ihre Gesundheit ausgesetzt sind. Dieser settingbezogene Ansatz kann aus zwei Blickwinkeln betrachtet werden, zum einen, welche gesundheitsförderlichen Strukturen es bereits gibt und wie diese genutzt werden, und zum anderen, welcher Maßnahmen es noch für ein gesundheitsförderliches Setting bedarf (Rosenbrock & Michel, 2007).

Das Ziel des Projektes war die Untersuchung der Motivations- und Hemmfaktoren junger Familien in Bochum hinsichtlich der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung aus den Bereichen Bewegung, Stressabbau oder gesunde Ernährung. In einer zweiten Förderphase wurden konkrete Maßnahmen für die Zielgruppe im Stadtteil implementiert. Zunächst wurde eine kriteriengeleitete Analyse von Sozial- und Gesundheitsdaten vorgenommen, anhand deren die einzubeziehenden Stadtteile festgelegt wurden. Im Mittelpunkt des Projektes stand der Austausch mit den Familien und den Anbieter:innen für Gesundheit im Stadtteil. Dafür wurden angeleitete Arbeitsgruppen in verschiedenen Stadtteilen (u. a. Werne, Langendreer-Alter Bahnhof, Hamme) durchgeführt, um u. a. die Bedürfnisse der jungen Familien und deren Erfahrungen hinsichtlich der Nutzung von gesundheitsförderlichen Angeboten zu

erfahren sowie gegebenenfalls konkrete Änderungswünsche für bestehende Angebote zu eruieren. Die Vorgehensweise in diesem Modellvorhaben basierte auf dem Konzept der »Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQE)«. Dieses Konzept zielt darauf ab, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention kontinuierlich zu verbessern, indem eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen dem Projektteam, der Zielgruppe, den Fördermittelgeber:innen und anderen wichtigen Akteur:innen gefördert wird (Wright, 2021; Wright et al., 2008). Die Methoden der PQE geben der Zielgruppe eine aktive Rolle bei der Planung und Konzipierung von Gesundheitsangeboten. Dies erleichtert auch den Zugang zu bisher schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen im Bereich der Prävention. Insgesamt ermöglichte das Modellvorhaben einen gleichberechtigten Austausch zwischen der Zielgruppe, den Akteur:innen vor Ort, den Wissenschaftler:innen und dem Fördermittelgebenden. Auf diese Weise konnten Wünsche und Vorstellungen ermittelt und ein Konzept für die Gestaltung bedarfsgerechter Angebote erarbeitet werden, wodurch ein zielführender Theorie-Praxis-Transfer im Projekt gewährleistet war.

Fazit

Der Wissenschafts-Praxis-Transfer im Ruhrgebiet wird bereits an vielen Stellen angestoßen und umgesetzt. Es gibt bereits Bestrebungen, diversitäts- und geschlechtersensible Gesundheitsinformationen in die Praxis zu transferieren. Oft findet dieses jedoch im Rahmen von Forschungsprojekten und Modellvorhaben statt, die vom Umsetzungswillen, politischen Entscheidungsträgern und Fördermitteln abhängen. Angesichts der besonderen Bevölkerungsstruktur des Ruhrgebietes ist es jedoch entscheidend, eine langfristige, diversitäts- und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung zu etablieren, die auf die Heterogenität der Bevölkerungsgruppen und deren gesundheitliche Bedürfnisse abgestimmt ist.

LITERATUR

Altgeld, T. & Kolip, P. (Hrsg.) (2009). *Juventa-Materialien. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis* (2. Auflage). Juventa-Verlag. http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7799-1683-3

Betz, G. (2011). Das Ruhrgebiet – europäische Stadt im Werden? Strukturwandel und Governance durch die Kulturhauptstadt Europas RUHR.201052. In: O. Frey & F. Koch (Hrsg.). *Die Zukunft der Europäischen Stadt. Stadtpolitik, Stadtplanung und Stadtgesellschaft im Wandel* (S. 324–342). VS Verlag für Sozialwissenschaften. DOI: 10.1007/978-3-531-92653-7_19

Bogumil, J. (2020). Die Zukunft des Ruhrgebietes. In: W. Roters; H. Gräf & H. Wollmann (Hrsg.). *Zukunft denken und verantworten* (S. 543–551). Springer Fachmedien, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-31703-4_37

Essener Kolleg für Geschlechterforschung (2023). https://www.uni-due.de/ekfg/

Goch, S. (2018). Durcheinander war immer. Migration, Fremdsein, Ankommen, Weggehen, Verschmelzen im Ruhrgebiet. In: Bonner Akademie für Forschung und Lehre und praktische Politik (Hrsg.). *Integrationserfahrungen im Ruhrgebiet. Erfolgsfaktoren und Innovationspotenziale* (S. 53–65). Bonn

Groot, O. J. de & Sager, L. (2010). Migrants in Germany: Separate and Unequal. *DIW Berlin Weekly Report,* 34(6)

Hollederer, A. (2011). *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Psychologie sozialer Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. DOI: 10.1007/978-3-531-92636-0

Hornberg, C. & Pauli, A. (2016). *Medizin – Gesundheit – Geschlecht*. Springer Fachmedien, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-531-19013-6

Koschollek, C.; Kajikhina, K.; Bartig, S.; Zeisler, M. L.; Schmich, P.; Gößwald, A.; Rommel, A.; Ziese, T. & Hövener, C. (2022). Results and Strategies for a Diversity-Oriented Public Health Monitoring in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 19(2). DOI: 10.3390/ijerph19020798

Kuhlmann, E. (2016). Gendersensible Perspektiven auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung. In: M. Richter (Hrsg.). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch* (S. 183–196). Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-11010-9_12

Landesbetrieb IT.NRW. (2022). *Bevölkerungsstand nach 5er- Altersgruppen (19) und Geschlecht - Gemeinden - Stichtag. Landesdatenbank Nordrhein-Westfalen: Tabelle abrufen*. https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw//online?operation=table&code=12411-06d&bypass=true&levelindex=0&levelid=1692789812523#abreadcrumb

Ludwig, S.; Gruber, C.; Ehlers, J. P. & Ramspott, S. (2020). Diversity in Medical Education. *GMS journal for medical education*, 37(2), Doc27. DOI: 10.3205/zma001320

Metropole RUHR (2022). *Studium im Ruhrgebiet*. https://www.welcome.ruhr/karriere/studium/

Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Vorab-Onlinepublikation. DOI: 10.25656/01:11103

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Dezember 2020). *Sozialbericht NRW 2020. Armuts- und Reichtumsbericht: Kurzfassung*. Düsseldorf. https://www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/aktuelle_berichte/SB2020_Kurzfassung.pdf

Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2020). *9. Kommentierte Zuwanderungs- und Integrationsstatistik Nordrhein-Westfalen*. https://www.dokumente.integrationsmonitoring.nrw.de/9_Kommentierte_Zuwanderungs_und_Integrationsstatistik_NRW.pdf

Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW (2022). *Tätigkeitsbericht Koordinations- und Forschungsstelle 2022: Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW*. https://www.netzwerk-fgf.nrw.de//fileadmin/media/media-fgf/download/publikationen/studie_nr_41.pdf

Neu, M. & Dahlbeck, E. (2017). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Empirische Befunde und Herausforderungen für regionale Akteure. In: E. Dahlbeck & J. Hilbert (Hrsg.). *Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft. Gesundheitswirtschaft als Motor der Regionalentwicklung* (S. 177–200). Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-06626-0_11

Oertelt-Prigione, S. & NRW, Koordinations- und Forschungsstelle Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung (2023). *Netzwerk Geschlechtersensible Medizin NRW: Koordinations- und Forschungsstelle Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW*. https://www.netzwerk-fgf.nrw.de/das-netzwerk/nw-geschlechtersensible-medizin

Röhl, K. H. (2019). Das Ruhrgebiet: der anhaltende industrielle Strukturwandel im Spiegel der Regionalpolitik. *Wirtschaftsdienst*, 99(S1), 49–55. DOI: 10.1007/s10273-019-2432-x

Rosenbrock, R. & Michel, C. (2007). *Primäre Prävention: Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung* (korr. Nachdr). *Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsanstalt

Rüweler, M.; Pauli, A. & Hornberg, C. (2016). Kompetenz(zentrum) Frauen & Gesundheit. Der etwas andere Ausblick. *Medizin – Gesundheit – Geschlecht*. 365–375. Springer VS, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-531-19013-6_18

Schmidtke, K. & Meyer, S. (2011). *Statistische Analysen und Studien, Band 69. Soziale Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand*. Ergebnisse des Mikrozensus. Düsseldorf

Seil, E. & Emmler, H. (2020). *Die Folgen von Corona: Eine Auswertung regionaler Daten*. WSI Policy Briefs (Nr. 43). The Institute of Economic and Social Research (WSI), Hans Böckler Foundation. https://ideas.repec.org/p/zbw/wsipbs/43.html

Spallek, J. & Zeeb, H. (2021). *Handbuch Migration und Gesundheit*. Hogrefe. DOI: 10.1024/85995-000

Wattenberg, I. & Hornberg, C. (2016). *Das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW* (6. Jg., Nr. 5). IFFonZeit. https://www.izgonzeit.de/index.php/izgonzeit/article/download/1357/1396

Wright, M. T. (2021). Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand (Participatory health research: origins and current trends). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64(2), 140–145. DOI: 10.1007/s00103-020-03264-y

Wright, M. T.; Block, M. & Unger, H. von (2008). Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber (Participation in the cooperation between target group, project and sponsor). *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)*, 70(12), 748–754. DOI: 10.1055/s-0028-1102955

3.12
Das Forum StadtGesundheit Ruhr: Ein transdisziplinärer Prozess zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet

Aline Krumreihn, Andrea Rüdiger, Heike Köckler

Hintergrund

Urban Health bzw. StadtGesundheit ist ein Thema von besonderer Bedeutung für das Ruhrgebiet. Die Region ist deutlich getroffen von sozialen und umweltbezogenen Ungleichheiten mit gesundheitlichen Auswirkungen. Im Hinblick auf die menschliche Gesundheit schneidet die Bevölkerung des Ruhrgebietes im Vergleich auf nationaler und europäischer Ebene unterdurchschnittlich ab. Wird die mittlere Lebenserwartung als wichtiger Indikator für die gesundheitliche Lage betrachtet, lassen sich für die Bevölkerung des Ruhrgebietes zum Teil deutliche Unterschiede zum Landesdurchschnitt Nordrhein-Westfalens beobachten. Die Abweichung vom Landesdurchschnitt liegt bei bis zu –2,44 Jahren (Herne, männliche Bevölkerung 2020/2022). In Essen oder Dortmund weicht die mittlere Lebenserwartung um –0,79 und –0,85 ab (weibliche Bevölkerung). Aber auch innerhalb des Ruhrgebietes lassen sich Unterschiede feststellen, so haben bspw. Frauen in Mülheim an der Ruhr eine höhere Lebenserwartung (+0,38 Jahre) als der Landesdurchschnitt (IT.NRW & LZG.NRW, 2022).

Neben den regionalen Unterschieden in der Lebenserwartung lassen sich auch kleinräumige gesundheitsrelevante Unterschiede identifizieren, so sind Faktoren wie bspw. Lärm- und Luftbelastungen unterschiedlich stark im Raum ausgeprägt. Mehrfachbelastungsanalysen zeigen die umweltbezogene Ungleichverteilung im relativen städtischen Vergleich auf. Hier sind auch die für das Ruhrgebiet typischen Unterschiede zwischen Nord und Süd erkennbar. In Duisburg bspw. herrscht eine geringere Vulnerabilität in den südlichen und äußeren Stadtteilen (Köckler et al., 2020; Vittinghoff et al., 2023), wohingegen in Bochum bspw. deutliche Unterschiede in der Schuleingangsuntersuchung bei einer kleinräumigen Betrachtung auffallen. Die gesundheitlichen Herausforderungen bzw. Belastungen, wie bspw. Luft-und Lärmbelastungen, Hitzephänomene oder eine mangelnde Versorgung mit Grünflächen, sind in einigen Stadtteilen deutlich stärker ausgeprägt als in anderen.

Häufig sind jene Stadtteile stärker betroffen, die gekennzeichnet sind durch eine eher ungünstige soziodemografische Lage und eine Siedlungsstruktur, die geprägt ist durch eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte, ein überdurchschnittliches Wanderungsvolumen und einen überdurchschnittlichen Anteil der Einpersonenhaushalte

sowie einen geringen Anteil an Wohngebäuden mit Ein- und Zweiraumwohnungseinheiten (Stadt Bochum, 2024, S. 48 ff.).

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie Urban Health im Ruhrgebiet (MUHR)[31] wurden die Strukturen und Angebote des Ruhrgebietes und die Machbarkeit neuer Ansätze und Angebote für gesündere Lebenswelten analysiert. Ein wichtiger Baustein des Projektes MUHR war die Entwicklung und Erprobung eines transdisziplinären Prozesses zu StadtGesundheit, bei dem in einem gemeinsamen Lernprozess von Akteur:innen aus Wissenschaft, Praxis und Gesellschaft Wissen generiert wird. Wissensbestände aus Wissenschaft, Praxis und Gesellschaft werden zu neuem Wissen integriert und sozial robuste Orientierungen für verschiedene Entscheidungsprozesse entwickelt (Scholz et al., 2024a; 2024b). Sozial robust bedeutet dabei, dass Aussagen sowohl dem Stand der Forschung entsprechen als auch gesellschaftlich akzeptiert sind (Scholz & Steiner, 2015). Thematisch hat sich der Prozess mit den vielfältigen Aspekten rund um das Thema StadtGesundheit im Ruhrgebiet beschäftigt. Im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes wurden verschiedene Politikfelder und Akteure adressiert, um vielfältiges Wissen zu integrieren, aber auch Handlungsmöglichkeiten herauszuarbeiten und sie zu einer Umsetzung zu bringen (Böhm et al., 2020). Der transdisziplinäre Prozess wurde in Anlehnung an andere transdisziplinäre Prozesse, die aus verschiedenen Phasen bestehen (Scholz et al., 2024a), gegliedert (Abb. 3.12-1). Im Folgenden wird die Initiations- und Vorbereitungsphase beschrieben.

Ablauf des Roundtable-Prozesses

Entsprechend der Initiations- und Vorbereitungsphase eines transdisziplinären Prozesses (Scholz et al., 2024b) wurden neben der Identifikation zentraler Themen und eines gemeinsamen Problemverständnisses zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet auch das Aufzeichnen eines möglichen transdisziplinären Prozesses mit Beteiligten und Verantwortlichkeiten erprobt. Hierzu wurden in der Projektlaufzeit von MUHR (ca. ein Jahr) insgesamt drei Roundtable initiiert und durchgeführt. Vorbereitend auf den Prozess, wurden mit ausgewählten Akteur:innen Interviews geführt und auch im Laufe des Prozesses die Methodik des Interviews wieder aufgegriffen. Die Aktivitäten mündeten in den Aufbau des Forums StadtGesundheit Ruhr[32] (Abb. 3.12-1), das über die finanzierte Projektlaufzeit hinaus als Diskursarena aktiv ist.

In einem ersten Schritt ging es darum, wichtige Akteur:innen im Ruhrgebiet mit Blick auf das zentrale Thema StadtGesundheit zu identifizieren. Hierzu wurden unterschiedliche Kriterien herangezogen, um Akteur:innen aus Wissenschaft, Praxis und

31 www.hs-gesundheit.de/forschung/aktuelle-projekte/muhr-urban-health-im-ruhrgebiet
32 www.hs-gesundheit.de/forschung/aktuelle-projekte/forumstadtgesundheit

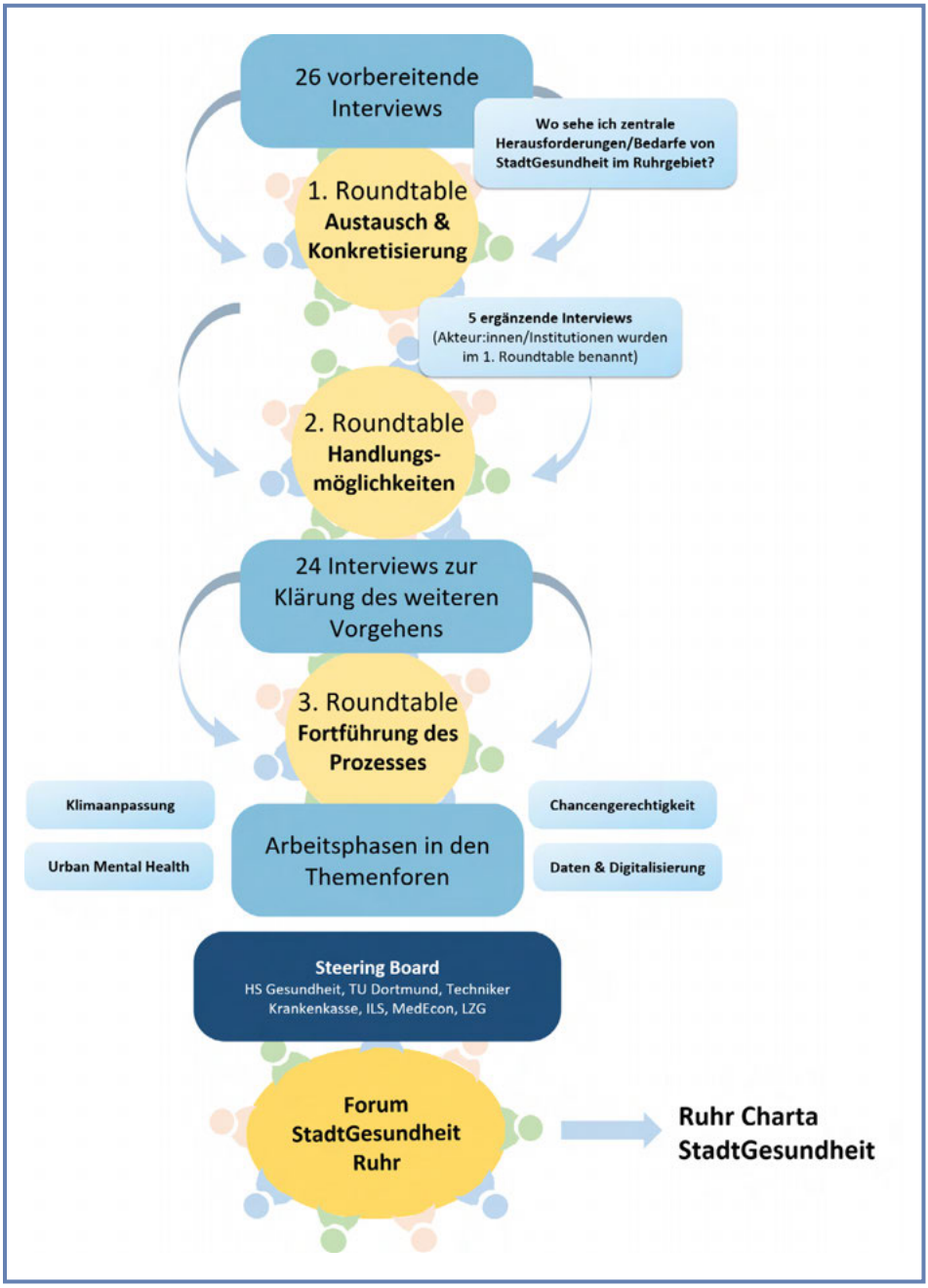

Abbildung 3.12-1: Roundtable-Prozess zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet. *Quelle: eigene Darstellung.*

Gesellschaft auszuwählen. Die Akteur:innen sollten dabei einen Bezug zum Ruhrgebiet haben und einen Beitrag zur Lebensqualität aller in der Region leisten. Dabei wurden Vertreter:innen aus der Stadtverwaltung, Wohlfahrtsverbänden, der Wohnungswirtschaft, Vereinen und der Wissenschaft aus unterschiedlichsten Fachdisziplinen ausgewählt (Tab. 3.12-1). Der Zugang war sowohl im Sinne von Health in All Polices als auch von Transdisziplinarität insgesamt sehr breit angelegt.

Tabelle 3.12-1: Beteiligte Akteur:innen. *Quelle: eigene Darstellung.*

Praxis/Gesellschaft	Wissenschaft
■ Architektenkammer NRW ■ AWO Ruhr-Mitte ■ BUND Jugend NRW ■ DGB Mülheim-Essen-Oberhausen ■ Emschergenossenschaft ■ Evangelisches Johanneswerk ■ Ifak e. V. ■ KV Nordrhein ■ Kommunalverwaltungen Gesundheitsamt Bochum Kommunales Integrationszentrum Bochum Stadtplanungsamt Witten & Bochum Umweltamt Herne ■ Landeszentrum für Gesundheit ■ MedEcon Ruhr ■ Regionalverband Ruhr ■ Stadtgestalter Bochum ■ Stadtsportbund Bochum ■ Techniker Krankenkasse ■ Transition Town Essen ■ VdW Rheinland Westfalen ■ Wittekindshof – Diakonische Stiftung für Menschen mit Behinderungen	■ Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe ■ Hochschule Bochum ■ Hochschule für Gesundheit ■ ILS – Institut für Stadt- und Landesentwicklungsforschung ■ Ruhr-Universität Bochum ■ Technische Universität Dortmund ■ Universität Duisburg-Essen

Vorbereitend auf den ersten Roundtable, wurden Onlineinterviews mit den ausgewählten Akteur:innen geführt. Diese dienten dazu, die aus ihrer Sicht drängendsten Themen und Herausforderungen mit Blick auf StadtGesundheit im Ruhrgebiet zu identifizieren und das Interesse an einer Mitwirkung an dem intendierten transdisziplinären Prozess zu erfassen. Die besprochenen Aspekte waren dabei: die eigene Tätigkeit mit Bezug zu StadtGesundheit, zentrale Aspekte jenseits des eigenen Aufgabenfeldes, zentrale Herausforderungen und Bedarfe von StadtGesundheit im Ruhrgebiet, explizite Wissensquellen und implizites Wissen, Transferbedarfe von Praxis zu Wissen-

schaft und umgekehrt, Gründungspotenziale und die Frage nach weiteren Akteur:innen und offenen Fragen (Abb. 3.12-2).

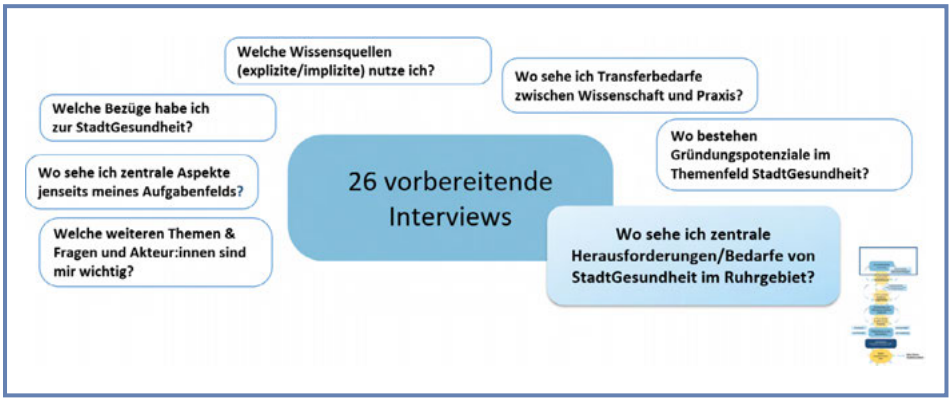

Abbildung 3.12-2: Interviews zur Vorbereitung der Roundtable. *Quelle: eigene Darstellung.*

Der Prozess war stets offen für die Einbindung weiterer Akteur:innen, die von den Beteiligten als ebenfalls relevant eingeschätzt wurden. Ausgewertet wurden die Interviews im Anschluss mittels strukturierten Themenprotokolls. Dabei werden auf Grundlage der Tonbandaufnahme stichpunktartig die Aussagen der Interviewten zu den jeweiligen Fragen bzw. Themen des Leitfadens zusammengefasst. Anschließend werden alle Aussagen zu den jeweiligen Fragen bzw. Themen in einer eigenen Tabelle zusammengeführt. Auf Basis der Aussagen aus den Interviews werden dann übergeordnete Kategorien gebildet, die die relevanten Punkte der Interviews strukturieren und zu übergeordneten Themen bzw. Kategorien zusammenfassen. Die entwickelten Kategorien zeigen deutlich die Vielschichtigkeit und Breite der Thematik StadtGesundheit (Tab. 3.12-2).

Neben den Folgen des Klimawandels und der Anpassung daran ist auch der Klimaschutz wichtiges Thema zahlreicher Interviews. Die Anpassung an die Folgen des Klimawandels wird vielfach als ein zentraler Aspekt für gesundes Leben in der Stadt herausgestellt. Der Mehrwert von Grün- und Freiflächen für die Gesundheit ist bei den Interviewten überwiegend bekannt. Als herausfordernd werden für das dicht besiedelte Ruhrgebiet Nutzungskonflikte bzw. Flächenkonkurrenz wie auch das Problem mit Altlasten betont. Aber auch die Komplexität unterschiedlicher Handlungsebenen für das Ruhrgebiet wird hervorgehoben, denn neben der kommunalen Ebene mit kreisfreien und kreisangehörigen Städten agieren im Ruhrgebiet drei Bezirksregierungen auf der regionalen Ebene, zusätzlich zwei weitere Akteur:innen mit dem Regionalverband Ruhr und der Emschergenossenschaft und dem Lippeverband als Wasserwirtschaftsverband. Darüber hinaus haben mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zwei weitere Akteur:innen

Tabelle 3.12-2: Themenschwerpunkte zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet (Kategorisierungstabelle). *Quelle: eigene Darstellung.*

Kategorien	
■ Nachhaltigkeit	■ Mobilität (routes/Wegebezeichnungen)
■ Umweltbezogene Gerechtigkeit	■ Motorisierter Individualverkehr
■ Gesundheitliche Chancengleichheit	
	■ Mortalität
■ Klimafolgen	■ Psychische Gesundheit
■ Klimaschutz	■ Physische Gesundheit
■ Luftqualität	■ Kinder- und Jugendgesundheit
■ Lärm	
■ Licht	■ Vereinsamung
■ Grün- und Freiflächen	■ Sozialer Zusammenhalt
■ Gewässer	■ Arbeit und Sozioökonomie
■ Altlasten	■ Vulnerable Gruppen
	■ Freizeit und Erholung
■ Flächenkonkurrenz	■ Daseinsvorsorge
	■ Innovative Versorgungsformen
■ Handlungsebenen	■ Sicherheit
■ Heterogener Raum	
■ Strukturwandel	■ Ernährung
■ Monitoring	■ Bewegung und Sport (Spiel)
■ Wohnverhältnisse	
■ Städtebauliche Qualität	■ Diversitysensible Ansprache
■ Dichte	■ Partizipation/Empowerment
	■ Bildung

ihre Zuständigkeiten im Ruhrgebiet. Damit eng verbunden ist auch die Thematik des heterogenen Raumes, worunter nicht nur die diverse Bevölkerungsstruktur und eine wachsende sich sozialräumlich niederschlagende soziale Ungleichheit zusammengefasst wird, sondern auch die diversen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die Region, wie drei Regierungsbezirke, kreisangehörige und -freie Städte, oder auch die Gebietsstrukturen der Wohlfahrtsverbände u. a. Ebenso wurde in den Interviews der Blick auf vulnerable Gruppen, sozialen Zusammenhalt oder auch die Thematik der Vereinsamung und psychischer Gesundheit gerichtet. Insgesamt haben die Interviews gezeigt, wie breit und bedeutsam die Thematik StadtGesundheit im Ruhrgebiet ist (Tab. 3.12-2).

Die Ergebnisse der Auswertung dienten der Vorbereitung des ersten Roundtables (Abb. 3.12-3). Am ersten Roundtable nahmen insgesamt 17 Akteur:innen teil.

Die vorab definierten Themen wurden an dieser Stelle weitergehend diskutiert. Nachdem von den Teilnehmenden die Themen Grün- und Freiflächen, Chancenge-

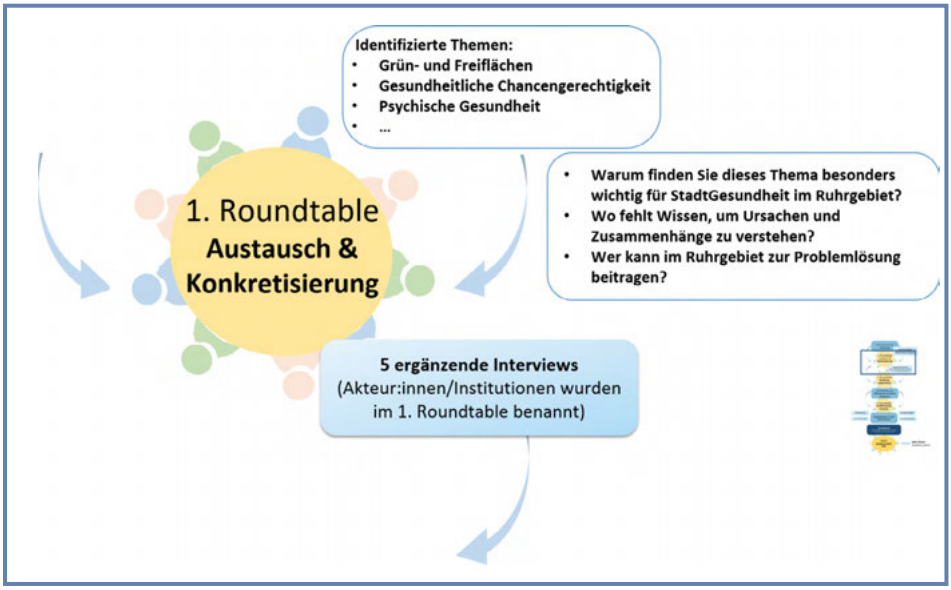

Abbildung 3.12-3: Themen des 1. Roundtables. *Quelle: eigene Darstellung.*

rechtigkeit und psychische Gesundheit für diesen Termin priorisiert wurden, diskutierten sie die Themen mithilfe dreier Leitfragen:

1. Warum finden Sie dieses Thema besonders wichtig für StadtGesundheit im Ruhrgebiet?
2. Wo fehlt Wissen, um Ursachen und Zusammenhänge zu verstehen?
3. Wer kann im Ruhrgebiet zur Problemlösung beitragen?

Der erste Roundtable hat die wichtigen Themen für das Ruhrgebiet, abgeleitet aus den Interviews, noch einmal hervorgehoben und priorisiert. Es hat sich gezeigt, dass die gemeinsame Diskussion bedeutend war, denn die Akteur:innen sprechen nicht nur aus ihrer Disziplin heraus unterschiedliche Fachsprachen, sondern auch in Wissenschaft und Praxis, und so wurde ein erster wichtiger Schritt zum Aufbau einer gemeinsamen Wissensgenerierung gemacht. Die unterschiedlichen Akteur:innen konnten sich kennenlernen, und es wurden erste inhaltliche Bezüge gefunden, die auch Vernetzungen zwischen verschiedenen Sektoren und Aketur:innen sichtbar gemacht haben.

Im Anschluss an den ersten Roundtable wurden ergänzend fünf weitere Onlineinterviews mit denjenigen Akteur:innen geführt, die von den Teilnehmenden des ersten Roundtables als komplementäre Akteur:innen genannt wurden und für das Netzwerk gewonnen werden sollten.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist, das ermittelte Wissen aus Wissenschaft, Praxis und Gesellschaft mit bestehenden Modellen aus der Wissenschaft abzugleichen. Daher

wurden die aus den Interviews abgeleiteten Kategorien in bestehende Modelle zu StadtGesundheit einsortiert und unter den folgenden Fragestellungen diskutiert:

- Werden alle relevanten Themen aus den Modellen auch von den Akteur:innen genannt bzw. als relevant betrachtet?
- Gibt es Lücken in den Modellen? Gibt es Themen, die in den Kategorien auftauchen, aber in den bestehenden Modellen keine Rolle spielen?

Hierzu wurde die Kategorienliste herangezogen und überprüft, ob die Themen der Kategorien in den Modellen benannt werden. Es wurden solche Modelle gewählt, die im Kontext von Urban Health verwendet werden: das Regenbogenmodell von Dahlgreen und Whitehead (1991), die Health Map von Barton & Grant (2006), das Modell des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit (Bolte et al., 2012) und darüber hinaus das von Morris et al. weiterentwickelte DPSEEA-Modell (Driver-Pressure-State-Exposure-Effects-Action) (2006). So tauchen bspw. die Kategorien Luft- und Lärmbelastung im Modell des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit unter dem Punkt lokaler Belastungen auf. Grundsätzlich lassen sich alle relevanten Themen, die im Laufe des Roundtable-Prozesses identifiziert wurden, in den Modellen wiederfinden. Auch umgekehrt wurden alle Elemente der Modelle von den Interviewten als relevant erachtet.

Nachdem erste zentrale Themen formuliert werden konnten, konzentrierte sich der zweite Roundtable auf die Identifikation von Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen der Beteiligten sowie Gelingensfaktoren für einen weiterführenden transdisziplinären Prozess (Abb. 3.12-4). Die Kompetenzen der Teilnehmenden liegen u. a. in der Bereitstellung von Daten, der Möglichkeit, die Ergebnisse in die eigenen Netzwerke mitzunehmen, Netzwerkstrukturen aufzubauen oder auch die Erfahrungen und Erkenntnisse aus eigenen Projekten mit Bezug zu StadtGesundheit in die Arbeit einzu-

Abbildung 3.12-4: Roundtable zu Handlungsmöglichkeiten. *Quelle: eigene Darstellung.*

bringen. Gleichzeitig war in der Phase die Frage interessant, welches Wissen oder auch welche Kompetenzen noch von möglichen anderen Akteur:innen benötigt werden.

Im Anschluss an den zweiten Roundtable wurden nochmals kurze Onlineinterviews mit allen Akteur:innen geführt, um ihre jeweiligen Rollen in einem weiteren Prozess auszuloten, die die beteiligten Akteur:innen bei der Fortführung des Prozesses einnehmen können, und zu erfassen, welchen Nutzen die/der Einzelne aus dem weiteren Prozess ziehen kann (Abb. 3.12-5). Insgesamt lässt sich festhalten, dass großes Interesse daran besteht, den Prozess weiterzuführen. Von Bedeutung ist für die Akteur:innen hierbei vor allem der thematische Bezug zum eigenen Arbeitsfeld, um eine Vereinbarkeit mit der alltäglichen Arbeit gewährleisten zu können. Der Nutzen eines transdisziplinären Prozesses zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet liegt darin, dass Zusammenhänge besser verstanden werden, Handlungsoptionen aufgezeigt und Allianzen geschlossen werden können und somit gemeinsam mehr erreicht werden kann. Im Prozess können konkrete Vereinbarungen zu integriertem Handeln vereinbart werden. Insgesamt kann ein solcher transdisziplinärer Prozess damit zur Verringerung sozialer Ungleichheit bei Gesundheit im Ruhrgebiet beitragen; dabei stehen die von den Akteur:innen im Laufe des Prozesses selbst identifizierten Themen – Chancengerechtigkeit, Klimawandelanpassung, Urban Mental Health und das Querschnittsthema Daten & Digitalisierung – im Fokus.

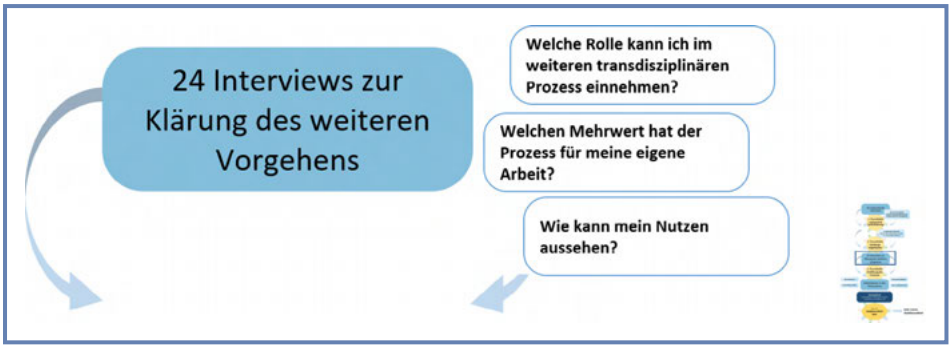

Abbildung 3.12-5: Interviews zur Klärung des weiteren Vorgehens. *Quelle: eigene Darstellung.*

Das Forum StadtGesundheit

Die Ergebnisse der kurzen Interviews konnten anschließend dazu genutzt werden, eine erste Struktur für den weitergehenden Prozess zu entwickeln. Unter dem Namen »Forum StadtGesundheit Ruhr« wird weitergearbeitet, und im Herbst 2024 soll mit der Verabschiedung der ersten Ruhr Charta StadtGesundheit ein Zwischenpunkt erreicht werden. Bei einem dritten Roundtable im Frühjahr wurde diese Struktur vorgestellt.

In thematischen Kleingruppen wurde anhand einer vorgegebenen Struktur auf konkrete nächste Schritte zur Wissensgenerierung und dem Netzwerkausbau hingearbeitet.

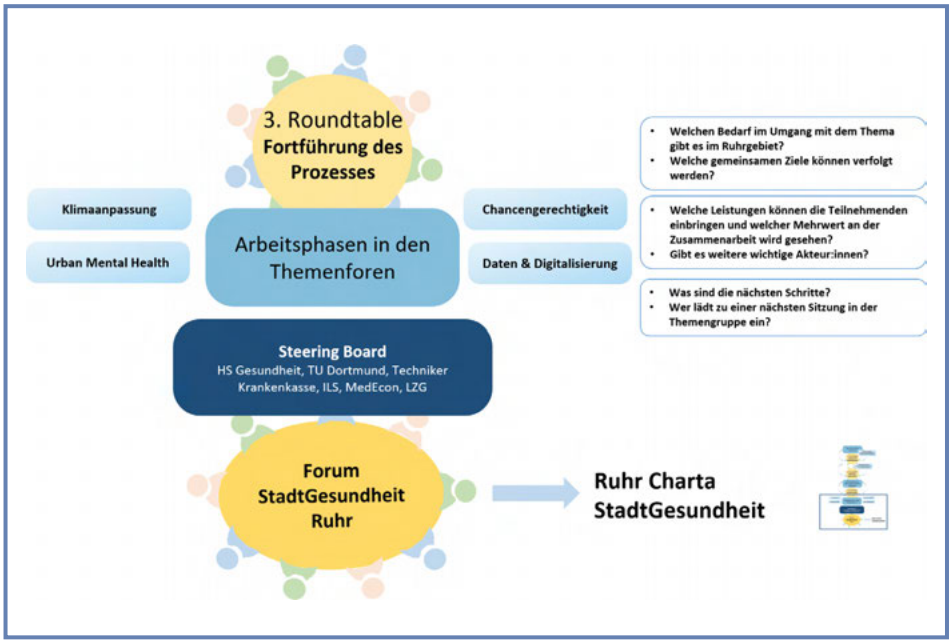

Abbildung 3.12-6: Übergang zum Forum StadtGesundheit. *Quelle: eigene Darstellung.*

Alle anwesenden Akteur:innen sind an der Mitwirkung von Arbeitsgruppen und dem Forum StadtGesundheit interessiert. Für ein Steering Board konnten Teilnehmende verschiedener Institutionen aus Wissenschaft und Praxis gewonnen werden. Der Prozess geht weiter.

Als vorläufiges Ziel steht die Verabschiedung der ersten Ruhr Charta für StadtGesundheit an. Die Charta ist eine freiwillige Selbstverpflichtung das Thema StadtGesundheit in den Fokus der eigenen Arbeit zu stellen. Aus den einzelnen Themenforen heraus werden hier verschiedene Schwerpunkte gesetzt. Darüber hinaus werden aus dem Prozess heraus gemeinsam neue Projekte verfolgt.

LITERATUR

Barton, H. & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health,* 126(6), 252–253

Böhm, K.; Bräunling, S.; Geene, R. & Köckler, H. (Hrsg.) (2020). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland.* DOI: 10.1007/978-3-658-30504-8

Bolte, C.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H. & Mielck, A. (2012). Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. Eine Einführung in die Thematik und Zielsetzung dieses Buches. In: C. Bolte; C. Bunge; C. Hornberg; H. Köckler & A. Mielck (Hrsg.). *Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven* (S. 15–37). Hans Huber Verlag, Hogrefe AG

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies, Stockholm

IT.NRW & LZG.NRW (2022). Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2020/2022. Datenquelle: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW): Statistik der Sterbefälle, Sterbetafeln, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): eigene Berechnungen. https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html

Köckler, H.; Agatz, K.; Flacke, J. & Simon, D. (2020). Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Das SUHEI-Modell nutzt hierfür Indikatoren. *Informationen zur Raumentwicklung*, 47(1), 96–109

Morris, G. P.; Beck, S. A.; Hanlon, P. & Robertson, R. (2006). Getting strategic about the environment and health. *Public Health*, 120(10), 889–903. DOI: 10.1016/j.puhe.2006.05.022

Scholz, R. W.; Köckler, H.; Zscheischler, J.; Czichos, R.; Hofmann, K.-M. & Sindermann, C. (2024a). Transdisciplinary knowledge integration PART II: Experience of five transdisciplinary processes on digital data use in Germany. *Technological Forecasting & Social Change, 199*(122981), DOI: 10.1016/j.techfore.2023.122981

Scholz, R. W. & Steiner, G. (2015). The Real Type and Ideal Type of Transdisciplinary. *Sustainability Science,* 10(4), 527–544

Scholz, R.; Zscheischler, J.; Köckler, H.; Czischos, R.; Hofmann, K.-M. & Sindermann, C. (2024b). Transdisciplinary knowledge integration PART I: Theoretical Foundations and organizational structure. *Technological Forecasting and Social Change,* 202. DOI: 10.1016/j.techfore.2024.123281

Stadt Bochum (Hrsg.) (2024). *Basisgesundheitsbericht und Fachplan Gesundheit.* Bochum 2023. https://www.bochum.de/Gesundheitsamt/Gesundheitsberichterstattung/Gesunde-Stadt-Bochum

Vittinghoff, M.; Simon, D. & Köckler, H. (2023). Screening umweltbezogener Ungerechtigkeit in Städten mit dem SUHEI-Modell: Das Anwendungsbeispiel Duisburg. *Stadtforschung und Statistik: Zeitschrift des Verbandes Deutscher Städtestatistiker*, 36(1), 9–18

KAPITEL 4

StadtGesundheit im Ruhrgebiet: Ein Zwischenfazit

Heike Köckler, Claudia Hornberg, Andrea Rüdiger, Odile Mekel, Lisa Masciangelo, Aline Krumreihn

Mit dem Gemeinschaftswerk *StadtGesundheit im Ruhrgebiet* haben wir einen Blick auf das vielfältige Thema StadtGesundheit in einer besonders spannenden Region genommen. Hierbei wird offensichtlich, dass StadtGesundheit im Ruhrgebiet früher wie heute als Erkenntnis- und Handlungsansatz mehr oder weniger explizit verfolgt wurde. Wie die vorliegenden Beiträge aus unterschiedlichen Disziplinen und Berufen sowie Arbeitskontexten der Autor:innen zeigen, bietet diese Region heute zudem ein faszinierendes Forschungs- und Tätigkeitsfeld für Wissenschaft und Praxis zu urbaner Gesundheit.

Die Initiative für die Erstellung des nun vorliegenden Bandes zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet entstand durch den zweiten Band in dieser Edition: »Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven« (Fehr & Trojan, 2018). Der Hamburger Band macht das Thema StadtGesundheit aus Sicht vieler Akteur:innen der Hansestadt deutlich. Eine Reaktion der Herausgeber:innen dieses Bandes war: Auch im Ruhrgebiet gibt es hierzu sehr spannende Ansätze, und wir möchten diese sichtbar machen.

Aus einem breiten Netzwerk der Herausgeberinnen und vielfältigen Vorarbeiten, die aus verschiedenen Initiativen resultieren, wurde der Band in enger Anlehnung an die Struktur des Bandes zu StadtGesundheit Hamburg gestaltet. Zu diesen Vorarbeiten zählen im Kern die Juniorforschungsgruppen im Bereich »Stadt der Zukunft« der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung sowie das ebenfalls von der Stiftung an der Universität Duisburg-Essen geförderte und durch Susanne Moebus geleitete Institut für Urban Public Health. Heike Köckler und Andrea Rüdiger haben die Juniorforschungsgruppe »Salus – Stadt als Gesunder Lebensort unabhängig von sozialer Ungleichheit« von 2011 bis 2015 von der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund aus koordiniert und arbeiten heute in mehreren Folgeprojekten eng zusammen. Claudia Hornberg, Professorin an der Universität Bielefeld, war seit 2011 verantwortliche Hochschullehrerin der ersten Juniorforschungsgruppe »StadtLandschaft & Gesundheit«, die sich unter anderem mit

Gelsenkirchen befasst hat. Odile Mekel hat beide Gruppen aus dem Landeszentrum Gesundheit NRW heraus fachlich begleitet.

Eine der weiteren Kernaktivitäten, aus denen das Buchprojekt zudem schöpfen konnte, ist das Forum StadtGesundheit Ruhr, welches im letzten Kapitel von Aline Krumreihn gemeinsam mit anderen Autor:innen vorgestellt wird. Hier arbeiten seit Sommer 2022 verschiedene Akteur:innen aus dem Ruhrgebiet in einem offenen transdisziplinären Prozess zusammen. Heike Köckler, Andrea Rüdiger und Odile Mekel sind hier im Steering Board in einer verantwortlichen Position. Das spannende Vorhaben, das Thema StadtGesundheit auch auf die politische Agenda des Ruhrgebiets zu setzen, mündete bereits in zeitnah startende Forschungsaktivitäten.

Das Ruhrgebiet ist eine pulsierende und dicht besiedelte Region, die in den letzten Jahrhunderten einen vielfältigen und tiefgreifenden Wandel erlebt hat. Diese Entwicklungen sind eng mit dem Aufstieg und Niedergang der Montanindustrie, dem darauffolgenden Strukturwandel und der Entwicklung einer diversifizierten Wirtschaft verbunden. Auch wenn das »Steigerlied« noch regelmäßig gesungen wird, bspw. in verschiedenen Fußballstadien, und so manche Rede mit einem »Glück auf« beendet wird, ist doch klar, dass das Lied und der Ausruf mittlerweile zum immateriellen Kulturerbe gehören. Denn der Steiger kommt nicht mehr, und das Glück hängt längst nicht mehr davon ab, neue Steinkohle- oder Erzgänge aufzutun. Stattdessen wird das Glück in anderen Branchen gesucht und oftmals gefunden. Gleichwohl hat die industrielle Vergangenheit Spuren hinterlassen, die heute noch in städtischen Räumen und im sozialen Gefüge sichtbar sind und die nicht immer guten Rahmenbedingungen auf dem Weg zur Entwicklung einer lebenswerten und gesundheitsförderlichen Stadtregion prägen.

Langzeitarbeitslosigkeit, Segregation und eine weiterhin auf den motorisierten Individualverkehr ausgerichtete Verkehrsinfrastruktur, verbunden mit vielschichtigen gesundheitlichen Belastungen, gehören zu den großen Herausforderungen und sind miteinander verflochten. So ist die A 40, eine Autobahn, die mitten durchs Ruhrgebiet führt, eine Verbindung der Städte und zugleich eine Trennlinie, denn sie teilt das Ruhrgebiet in einen deprivierten Norden und einen in vielerlei Hinsicht ökonomisch, ökologisch und auch gesundheitlich bessergestellten Süden. Dies ist der Grund für ihren Zweitnamen »Sozialäquator«.

In den Beiträgen wird deutlich, durch welche wirtschaftlichen und politischen Bedingungen, historischen und kulturellen Traditionen und Naturgegebenheiten die Städte und Teilregionen des Ruhrgebietes geformt und geprägt werden. Gesetze und staatliche Richtlinien spielen eine wesentliche Rolle bei der Formung von Städten, sowohl durch direkte Regulierung als auch durch die Unterstützung von Privatinitiativen. Räumliche Planung organisiert mit den ihr zur Verfügung stehenden rechtlichen Instrumentarien sowohl die baulich-räumliche Entwicklung einer Stadt als auch die

Koordination der räumlichen Verteilung und Verflechtung. Insbesondere die historischen Beiträge dieses Bandes verdeutlichen eindrucksvoll, dass Stadtplanung zunächst auf die Herstellung eines wirtschaftlich, technisch und gestalterisch funktionsfähigen städtischen Raums abzielte. Durch das Zusammenrücken von konfligierenden Nutzungen, wie bspw. Gewerbe und Wohnen, drängten sich Fragen der Gesundheit auf, nachfolgend dann grundsätzliche Überlegungen hinsichtlich Form und Organisation des sozialen Zusammenlebens in den Städten (Pahl-Weber & Schwartze, 2018).

Prägend und immanent im Begriff der Planung ist der Zukunftsbezug. Eine Gemeinsamkeit von Stadt und Gesundheit ist damit auch die Beschäftigung mit der zukünftigen Entwicklung von Stadt, ihren Settings sowie den räumlichen, sozialen und institutionellen Strukturen, die ebendiese Stadt positiv beeinflussen können. Auf Basis der aktuellen und in diesem Band identifizierten Herausforderungen kristallisierten sich zur Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Region drei Hauptansatzpunkte heraus, die im Folgenden beleuchtet werden.

Soziale Ungleichheit bei Gesundheit in einer diversen Region

Dies ist ein zentrales Thema dieses Buchs, nicht zuletzt, da sich soziale Ungleichheit bei Gesundheit, die immer wieder auch als Ungerechtigkeit aufgefasst wird, in vielen Beiträgen sowohl zur historischen Situation in Kapitel 1 als auch zur Beschreibung des Status quo in Kapitel 2 niederschlägt. Soziale Ungleichheit bei Gesundheit reicht von Schwangerschaft und Geburt bis hin zu Unterschieden in der vorzeitigen Sterblichkeit. Häufig sind die Ungleichheiten sowohl räumlich als auch für einzelne Communitys auszumachen. Auch wenn die Beiträge klare Grenzen in der aktuellen Datenverfügbarkeit aufzeigen, lassen sich doch Schlussfolgerungen ziehen und Maßnahmen ableiten. Einige der in Kapitel 3 benannten Strategien und Konzepte versuchen sozialer Ungleichheit bei Gesundheit zu begegnen – es wird aber immer wieder deutlich, dass es sich teilweise um strukturelle Formen der Benachteiligung handelt, die für die Einwohner:innen des Ruhrgebiets daher nicht leicht zu überwinden sind.

Das Ruhrgebiet: ein Ort der Transformation

Gleichzeitig birgt das Ruhrgebiet vielfältige Potenziale für Gesundheit, darunter seine Freiräume mit Grünzügen und Fließgewässern, die über Stadtgrenzen hinweg verbinden, und das baukulturelle Erbe, wie Gartenstadt-Siedlungen (bspw. die Margarethenhöhe). Prägend sind auch eine diverse Bevölkerung und Akteur:innenlandschaft mit vielfältigen Perspektiven und Ideen sowie der Mut, immer wieder neu und groß zu denken, aber gleichzeitig die unterschiedlichen Probleme pragmatisch anzugehen. Insbesondere transdisziplinäre Ansätze aus Wissenschaft und Praxis unter Einbeziehung

der Perspektiven und des Wissens der diversen Communitys sind als zentrale Ansätze des stetigen Wandels zu sehen.

Das Ruhrgebiet zeigt sich in verschiedenen Bereichen als Ort gelingender Transformation. Der Wasserhaushalt des Ruhrgebietes ist seit vielen Jahrzehnten vom Steinkohlebergbau geprägt. Die Wasserwirtschaft ist daher in der (ehemaligen) Bergbauregion, insbesondere auch aufgrund von Bergsenkungen, nach wie vor ein zentrales Thema. Im Ruhrgebiet war die Wasserentsorgung und -versorgung in Zeiten der Industrialisierung mit einem starken Bevölkerungswachstum eine wesentliche Aufgabe. Somit liegt umfangreiches institutionelles Wissen im Bereich der Hydrogeologie und Wasserwirtschaft vor, das unter anderem den Umbau der Emscher ermöglichte. Der ursprüngliche Flusslauf der Emscher wurde, auch aus Gründen der Abwasserhygiene in Zeiten der Industrialisierung, zu einem offenen Kanal. Der ökologische Umbau der Emscher und ihrer Nebenflüsse erfolgte mit Auslaufen des Steinkohlebergbaus, dem zunehmenden technischen Fortschritt in der Abwasserbehandlung sowie den umweltbezogenen Vorgaben zur Gewässerqualität im Rahmen der EU-Wasserrahmenrichtlinie durch den Aufbau eines zentralen Abwasserklärsystems im Ruhrgebiet.

Auch das bereits in Zeiten der Industrialisierung gesicherte System an Grünzügen bietet heute ein bedeutendes Potenzial als Freiraum- und Biotopverbundsystem, um den ehemals massiven Biodiversitätsverlusten sowie den aktuellen Herausforderungen des Klimawandels und Artensterbens begegnen zu können. Zusätzlich gilt es, ehemals industriell genutzte Flächen für Klimaanpassung und Biodiversität umzunutzen. Dies wird Konflikte um Flächennutzung und wirtschaftliche Aspekte mit sich bringen, die zu moderieren und zu entscheiden sind.

StadtGesundheit in einer polyzentrischen Region

Die administrative Gliederung des Ruhrgebiets schlägt sich in vielen der Beiträge nieder. Anders als in Hamburg gibt es im Ruhrgebiet eine Vielzahl von Oberbürgermeister:innen und drei verschiedene Regierungsbezirke, Düsseldorf, Arnsberg und Münster, welche alle für einen etwa gleich großen Teil des Ruhrgebiets zuständig sind. Auch ist das Ruhrgebiet mit seiner Vielzahl an Mittel- und Großstädten funktional anders geprägt als zentrale Städte wie Hamburg oder Berlin. Die Menschen, die im Ruhrgebiet wohnen, dort arbeiten und/oder ihre Freizeit verbringen, interessieren sich wenig für diese verwaltungsbezogenen Grenzen, wenn es um gesundheitliche Versorgung, Freizeitangebote oder die Wahl eines Wohn- und Arbeitsstandorts geht.

Ausblick

Der vorliegende Band *StadtGesundheit im Ruhrgebiet* präsentiert ein interdisziplinäres Forschungs- und Arbeitsfeld, das sich mit den gesundheitlichen Herausforderungen und Potenzialen in den urbanen Räumen des Ruhrgebiets beschäftigt. Dabei geht es um die Wechselwirkungen zwischen städtischer Umwelt, sozialer Struktur und der Gesundheit der Bewohner:innen, wobei immer wieder auf die individuellen Besonderheiten dieser in Deutschland einzigartigen Region verwiesen wird.

Als ein Motor des Strukturwandels wurde die Schaffung der Hochschullandschaft gesehen. Das Thema StadtGesundheit wird von mehreren in diesem Band vertretenen Wissenschaftler:innen aus unterschiedlichen disziplinären Perspektiven sowohl in der Grundlagenforschung als auch im Rahmen anwendungsorientierter Projekte intensiv verfolgt. Auch wenn diese interdisziplinären Ansätze wertvolle Einblicke in die vielfältigen Aspekte von StadtGesundheit liefern, sind die Geschichte(n) des Ruhrgebiets sowie die umfangreichen Wissensbestände zum Thema StadtGesundheit noch lange nicht abschließend zusammengetragen.

Mit diesem Band 1 eines Gemeinschaftswerks zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet ist ein Anfang gemacht, dieses komplexe Thema weiter zu erschließen. Wir freuen uns auf eine konstruktive Diskussion zu den hier präsentierten Beiträgen sowie Vorschläge für weitere Beiträge eines nächsten Bandes in der Hoffnung, dass dadurch weiteres neues Wissen generiert wird, um die Transformation im Ruhrgebiet weiter voranzubringen.

LITERATUR

Fehr, R. & Trojan, A. (Hrsg.) (2018). *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. oekom

Pahl-Weber, E. & Schwartze, F. (2018). Stadtplanung. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): *Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung* (S. 2509–2520).

Biografische Angaben der Autor:innen

Antoine, Lea-Christine Studium der Geographie (B. Sc. Geographie, M. Sc. Geographie). Wissenschaftliche Angestellte am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesunde Lebenswelten, Fachgruppe Klima und Gesundheit. Forschungsschwerpunkte zur Hitzeaktionsplanung sowie zu Klima und Gesundheit.
▹ www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/index.html; lea.antoine@lzg.nrw.de

Baumgart, Sabine Prof.in Dr.-Ing., Städtebauassessorin, war nach langjähriger Planungspraxis von 2002 bis 2018 Leiterin des Fachgebiets Stadt- und Regionalplanung an der TU Dortmund und von 2019 bis 2022 Präsidentin der ARL-Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft. Sie ist assoziiertes Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind u. a. Gesundheits- und Umweltaspekte in der nachhaltigen Stadt- und Regionalentwicklung.
▹ Sabine.baumgart@tu-dortmund.de

Borgmann, Carolin hat Humangeographie und Europäische Studien studiert. Ihr Arbeitsfokus liegt auf Klima-, Bevölkerungs-, und Gesundheitsschutz. In diesem Rahmen ist sie als Projektleiterin und Prozessentwicklerin bei der Emschergenossenschaft im Bereich der Zukunftsinitiative Klima.Werk tätig. Hier setzt sie sich für eine klimaresiliente Transformation der Region u. a. durch die Koordination von Hitzeaktionsplanung und die Förderung von Regenwasserabkopplung ein.
▹ Borgmann.Carolin@eglv.de

Borrmann, Brigitte Dr.in, Diplom-Oecotrophologin, Gesundheitswissenschaftlerin (MPH), Dr. phil., Leiterin der Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung am Landeszentrum Gesundheit NRW, Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsberichterstattung für das Land Nordrhein-Westfalen, Präventionsindikatoren, Determinanten der Bevölkerungsgesundheit.
▹ Brigitte.Borrmann@lzg.nrw.de

Brünker, Selina Bachelor- und Masterstudium der Raumplanung (M. Sc. Raumplanung). Wissenschaftliche Angestellte am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesunde Lebenswelten, Fachgruppe Klima und Gesundheit. Forschungsschwerpunkte zur Hitzeaktionsplanung, Klima und Gesundheit sowie zur Grünflächen- und Freiraumplanung.
▹ www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/index.html; selina.bruenker@lzg.nrw.de

Burmann, Anja Dr.in, leitet am Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik ISST eine Medizininformatik-Forschungsabteilung mit Entwicklungsschwerpunkten im Bereich der Datensouveränität, Datenverarbeitung, Datenplattformen und Datenökosysteme. Sie promovierte zu Einflussfaktoren des Faktors Mensch auf die digitale Transformation von Expertenorganisationen an der Universität Witten/Herdecke.
▹ Anja.Burmann@isst.fraunhofer.de

Claaßen, Kevin Dr. rer. medic., Master of Arts der Sozialwissenschaften, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Fachbereichs Epidemiologie, Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen.
▹ kevin.claassen@krebsregister.nrw.de

Claßen, Thomas Dr. rer. nat. Studium der Geographie (Dipl.-Geogr.), Schwerpunkt Geographische Gesundheitsforschung, Promotion zu Naturschutz und Gesundheit. Seit 2015 Wissenschaftlicher Angestellter für Gesundheit und Planung am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Teamleitung Klima und Gesundheit. Forschungsschwerpunkte: Klima und Gesundheit sowie gesundheitsorientierte Planung und Stadtentwicklung.
▹ www.lzg.nrw.de/ges_foerd/ges_kommune/ges_plan/. thomas.classen@lzg.nrw.de

Deiters, Wolfgang Dipl.-Informatiker, ist Professor für Gesundheitstechnologien am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Seine Forschungsschwerpunkte sind nutzer:innenorientierte digitale Gesundheitsdienste für Prävention, Therapie und Pflege, soziotechnische und ressourcenorientierte alltagsunterstützende Systeme für ein gesundes, langes Leben und Digital Health Literacy.
▹ wolfgang.deiters@hs-gesundheit.de

Djumaeva, Vazira ist wissenschaftliche Hilfskraft an der Hochschule für Gesundheit. Sie studiert im Master of Arts an der Fakultät Sozialwissenschaft mit dem Schwerpunkt »Gesundheitswirtschaft und Gesundheitssysteme« an der Ruhr-Universität Bochum. Während ihres Studiums hat sie sich mit den Themen »Der Zugang von ukrainischen Geflüchteten zum deutschen Gesundheitssystem« und »Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen« beschäftigt.
▹ vazira.djumaeva@rub.de

Dresen, Franziska ist Hebamme, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin im Fachbereich Hebammenwissenschaft der Hochschule für Gesundheit Bochum. Sie arbeitete mehrere Jahre als Hebamme in verschiedenen Kliniken wie auch freiberuflich in der ambulanten Versorgung. Zuvor absolvierte sie ein Studium der Regionalwissenschaft Japan und Soziologie (Dipl.). Sie forscht zu den Implikationen der Klimakrise und von Nachhaltigkeitsstrategien für den Hebammenberuf.
▹ franziska.dresen@hs-gesundheit.de

Erdenberger, Ute Leiterin Gesundheitsmanagement Ruhrgebiet/Westfalen, Techniker Krankenkasse (TK), Gesundheitswissenschaftlerin (FH), Vertretung der TK in den Gremien, Programmen und Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention der Landesrahmenvereinbarung NRW (LRV NRW) sowie Co-Federführende der BGF-Koordinierungsstelle NRW (2016–2023).
▹ ute.erdenberger@tk.de

Evans-Borchers, Michaela Dipl.-Sozialwissenschaftlerin, ist seit 2017 Direktorin des Forschungsschwerpunktes »Arbeit und Wandel« am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen. Sie war Mitglied im »Rat der Arbeitswelt« (BMAS), ist Mitglied der »Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung« und hat Lehraufträge u. a. an der Ruhr-Universität Bochum sowie der Universität Bielefeld.
▹ evans-borchers@iat.eu

Fakdani, Ferzaneh Soziologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie an der Universität zu Köln. Forschungsinteressen: soziale Ungleichheit, Lebenslagen im Alter und Lebensverlauf, kommunale Pflegeplanung, Sozialpolitik.
▹ ffakdan2@uni-koeln.de

Feichtinger, Marcel Dipl.-Pädagoge, ist seit 2023 Lehrer für sonderpädagogische Förderung im Hochschuldienst an der TU Dortmund. Er befasst sich u. a. mit der empirischen Sozialforschung im Kontext von Menschen mit komplexer Behinderung. Von 2002 bis 2022 war er im Unterricht an Förderschulen und in inklusiven Settings tätig sowie langjährig in der Lehrerfortbildung und als Fachberater für körperliche und motorische Entwicklung in der Bezirksregierung Münster.
▹ marcel.feichtinger@tu-dortmund.de

Frie, Thorben Soziologe (M. Sc.), wissenschaftlicher Mitarbeiter im ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH. Forschungsschwerpunkte: Inklusions- und Teilhabeforschung, Altersforschung, Pflege- und Sozialberichterstattung, quantitative Sozialforschung.
▹ frie@isg-institut.de

Frücht, Andreas Umweltingenieur, Sachbearbeiter für Lärmkartierung und Lärmaktionsplanung im Umweltamt der Stadt Dortmund.
▹ afruecht@stadtdo.de

Funk, Stephanie Landeszentrum Gesundheit NRW, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fachgruppe Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitswissenschaftlerin, Begleitung von Projekten der kommunalen Gesundheitsförderung, die gemäß § 20a SGB V im Rahmen der Landesrahmenvereinbarung NRW gefördert werden. Koordinierung des Themenschwerpunkts Gesundheitsförderung im Alter und Mitglied der AG Seelische Gesundheit im Alter der LGP NRW.
▹ stephanie.funk@lzg.nrw.de

Giga, Andreas ist Bauingenieur mit dem Schwerpunkt Wasserwirtschaft. Durch seine Tätigkeiten in Ingenieurbüros, einer Stadtverwaltung und nun bei Deutschlands größtem Abwasserverband Emschergenossenschaft und Lippeverband (EGLV) hat er in verschiedenen Rollen an Lösungen für wasser- und gesundheitsbewusste Stadtgestaltung gearbeitet. Als Abteilungsleiter der »Zukunftsinitiative« bei EGLV setzt er sich für Transformation, integrale Zusammenarbeit und dafür ein, vom »Reden ins Handeln« zu kommen.
▹ Giga.andreas@eglv.de

Hilbert, Josef Prof. Dr., promovierte in Soziologie und habilitierte in der Berufspädagogik und Gesundheitsökonomie. Er ist Direktor emeritus des Instituts Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen, und Honorarprofessor an den Fakultäten Medizin und Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum, zudem ist er ehrenamtlicher Vorsitzender des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen NDGR e. V.
▹ hilbert@iat.eu

Hornberg, Claudia Univ.-Prof.in Dr. med., Biologin, Ökologin und Medizinerin, übernahm 2002 die Professur für Umwelt & Gesundheit (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld). Seit 2018 ist sie Dekanin und Leiterin der AG »Sustainable Environmental Health Sciences« an der Medizinischen Fakultät OWL. Ihre Forschungsthemen sind Umwelteinflüsse auf die Gesundheit, Umweltgerechtigkeit, Infektiologie, soziale Teilhabe, Gender & Diversität.
▹ claudia.hornberg@uni-bielefeld.de

Hüsing, Johannes Dr. rer. medic., Dipl.-Statistiker, qualifizierter Biostatistiker (Internationale Biometrische Gesellschaft, Deutsche Region und Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie); wissenschaftlicher Mitarbeiter des Fachbereichs Epidemiologie, Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen.
▹ johannes.huesing@krebsregister.nrw.de

Jankowski, Thea Bachelor- und Masterstudium der Geographie (B. Sc. Geographie, M. Sc. Geographie Vertiefungsrichtung Stadt- und Regionalentwicklungsmanagement). Wissenschaftliche Angestellte am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesunde Lebenswelten, Fachgruppe Klima und Gesundheit. Forschungsschwerpunkte zur Hitzeaktionsplanung sowie zu Klima und Gesundheit.
▹ www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/index.html. thea.jankowski@lzg.nrw.de

Jarre, Jan Prof. Dr., Studium der Volkswirtschaft, der Soziologie sowie der Wirtschafts- und Sozialgeschichte in Hamburg. Assistent an dortigen Instituten für Verkehrswissenschaft und Europäische Wirtschaftspolitik. Weitere berufliche Tätigkeiten im Bundeskartellamt Berlin, an der Evangelischen Akademie Loccum und ab 1987 bis 2014 als Professor an der Fachhochschule Münster im FB Oecotrophologie.
▹ jarre@fh-muenster.de

Kajüter, Hiltraud Master of Science Epidemiologie (MSE); wissenschaftliche Mitarbeiterin und Leiterin des Fachbereich Epidemiologie, Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen.
▹ hiltraud.kajueter@krebsregister.nrw.de

Karpinski, Madeleine PhD-Studentin des-PhD-Programms »Epidemiology and Clinical Research«, Medizinische Fakultät, Universität Duisburg-Essen; Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Nuklearmedizin am Universitätsklinikum Essen und des Landeskrebsregisters Nordrhein-Westfalen.
▹ madeleine.karpinski@uk-essen.de

Kleist, Janina M. A., ist als Sozialwissenschaftlerin wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit Bochum. Sie ist im BMBF-Projekt Digital Health Factory Ruhr beschäftigt und arbeitet zur user:innenzentrierten Konzeption und Entwicklung von Digital Health.
▹ Janina.kleist@hs-gesundheit.de

Knickmeier, Alexander studierte an der Ruhr-Universität Bochum und an der Universität Complutense in Madrid Volkswirtschaftslehre und Sozialwissenschaft. Nach seiner Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für angewandte Innovationsforschung an der Ruhr-Universität ist er seit 2017 Vorstandsreferent bei Emschergenossenschaft und Lippeverband in Essen.
▹ knickmeier.alexander@eglv.de

Köckler, Heike Prof.in Dr.in, ist Professorin für Sozialraum und Gesundheit an der Hochschule für Gesundheit im Department of Community Health. Sie hat an der Universität Dortmund Raumplanung studiert und dort promoviert. Sie arbeitet zu umweltbezogener Gerechtigkeit, gesundheitsfördernder Stadtentwicklung und Methoden digitaler partizipativer Sozialraumanalyse. Sie ist ordentliches Mitglied der Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft.
▹ heike.koeckler@hs-gesundheit.de

Kröck, Eckart ist Bauassessor, arbeitete als Bauingenieur, Architekt und Stadtplaner und war von 2000 bis 2022 Amts- und Institutsleiter für Stadtplanung und Wohnen der Stadt Bochum. Als Dozent und Prüfer engagiert er sich in der Referendarausbildung sowie an Hochschulen und Universitäten. Er ist Mitglied der Vereinigung für Stadt-, Regional- und Landesplanung sowie der Deutschen Akademie für Städtebau und Landesplanung.

Krumreihn, Aline studierte Geographie an den Universitäten in Bonn und Bochum. Seit 2022 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Sie arbeitet in unterschiedlichen Projekten zu gesundheitsfördernder Stadtentwicklung, urbanem Grün und Blau und umweltbezogener Gerechtigkeit.
▹ aline.krumreihn@hs-gesundheit.de

Lange, Ute Prof.in Dr.in, arbeitete 27 Jahre in der Geburtshilfe und war zeitweise Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Osnabrück, Referentin im NZFH an der BzgA und Beauftragte für Internationale Hebammenarbeit im DHV. Nach ihrem Studium der Soziologie und Erziehungswissenschaft und Promotion wurde sie 2015 Professorin für Hebammenwissenschaft und Qualitative Forschungsmethoden an der HS Gesundheit in Bochum.
▹ ute.lange@hs-gesundheit.de

Lätzsch, Rebecca ist Physiotherapeutin (B. Sc. PT) und Gesundheitswissenschaftlerin (M. Sc. PH). Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Forschungskoordinatorin an der Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld. Ihr Forschungsschwerpunkte sind die medizinische Versorgung und Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen, Gender und Gesundheit sowie die Rolle des medizinischen Personals bei der Gewaltprävention.
▹ rebecca.laetzsch@uni-bielefeld.de

Lawrence, Bryce Dr., Geograph und Landschaftsplaner, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dozent am Lehrstuhl für Landschaftsökologie und Landschaftsplanung, Fakultät Raumplanung, TU Dortmund. Zu seinen veröffentlichten Forschungsgebieten gehören die städtische akustische Umgebung und Soundscapes, internationale Landschaftsplanungssysteme, Wasserressourcenplanung in semiariden Regionen und der ökologische Fußabdruck als Grundlage für ökologische Planung.
▹ Bryce.lawrence@tu-dortmund.de

Leimann, Janna ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HS Gesundheit in Bochum und forscht in der Forschungsgruppe lebensweltorientierte Gesundheitsförderung. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen der kommunalen Gesundheitsförderung und der Studierendengesundheit.
▹ Janna.Leimann@hs-gesundheit.de

Liebchen, Isabelle Bachelorstudium der Sportwissenschaften und Masterstudium der globalen Gesundheit (B. A. Sport und Gesundheit in Prävention und Therapie, M. Sc. Global Health). Angestellte am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesunde Lebenswelten, Fachgruppe Klima und Gesundheit. Forschungsschwerpunkte: Hitzeaktionsplanung, Klima und Gesundheit sowie planetare Gesundheit.
▹ www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/index.html; isabelle.liebchen@lzg.nrw.de

Liebig, Simon studierte Geographie und Sozialwissenschaften sowie Stadt- und Regionalentwicklungsmanagement an der Ruhr-Universität Bochum. Er ist seit 2019 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung in Dortmund. Seine Themenschwerpunkte sind sozialräumliche Ungleichheiten, Benachteiligungen bei der Wohnraumversorgung sowie die Bedeutung nachbarschaftlicher Beziehungen.
▹ simon.liebig@ils-forschung.de

Lischka, Helena Dr.in, verantwortet bei der Stiftung Zollverein in Essen den Bereich der strategischen Standortentwicklung und damit der konsequenten Ausrichtung des UNESCO-Welterbes Zollverein als Transformationsstandort und Reallabor.
▹ Helena.Lischka@zollverein.de

Lübke, Christiane Dr.in, Diplom-Soziologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung am Landeszentrum Gesundheit NRW Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsberichterstattung, soziale Ungleichheit, Umwelt und Gesellschaft.

Manz, Mariam studierte Geographie an den Universitäten Köln und Bonn. Aktuell arbeitet sie an der Universität Duisburg-Essen und promoviert dort zur Rolle sozialer Arbeit in der Regulierung von Drogennutzung im öffentlichen Raum. Ihr Forschungsinteresse liegt in der Stadtforschung und tangiert die Themen Wohnen, Gesundheit und öffentlichen Raum im Kontext sozialer Ungleichheit(en).
▹ mariam.manz@uni-due.de

Meinhardt, Marie Studium der Urbanen Systeme (M. A. Raumplanung) sowie Soziologie (B.A.) an der Universität Duisburg-Essen. Leitung der Abteilung Gesundheitsförderung, Fachbereich Gesundheit, Stadt Herne.

Meister, Sven Prof. Dr., ist Lehrstuhlinhaber für Gesundheitsinformatik an der Universität Witten/Herdecke im Department Humanmedizin und Senior Scientist am Fraunhofer ISST Dortmund. Er setzt sich mit den Effekten der Digitalisierung im Gesundheitswesen auf den Faktor Mensch auseinander und lehrt zu digitalen Kompetenzen im Gesundheitswesen.
▹ Sven.Meister@uni-wh.de

Mekel, Odile C. L. Dr. rer sec. (Universität Wuppertal), Gesundheitswissenschaftlerin (MPH, Universität Maastricht), M. Sc. Environmental Management (Universitäten Amsterdam, Leiden, Wageningen), ist Leiterin des Fachbereichs Gesunde Lebenswelten am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Ihre Hauptinteressen sind Gesundheitsfolgenabschätzung inklusive quantitativer Ansätze und Evidenzbasis für lokale und regionale Gesundheitspolitik.
▹ odile.mekel@lzg.nrw.de

Moebus, Susanne Prof.in Dr.in, ist Leiterin des Instituts für Urban Public Health an der Universitätsmedizin Essen. Die promovierte Biologin hat einen Masterabschluss in Public Health/Epidemiologie. Sie forscht zu Klimawandel und Gesundheit, kleinräumigen Analyse zu Stadt und Gesundheit, aber auch zu neuen, flexibleren Methoden der Gesundheitsberichterstattung wie dem Abwassermonitoring. Seit 2024 hat sie den Co-Vorsitz des neuen Expert:innenrats »Gesundheit und Resilienz« der Bundesregierung.
▹ Susanne.Moebus@uk-essen.de

Möller, Lennart Master of Science Public Health, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Fachbereichs Epidemiologie, Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen; seit Januar 2024 Programmierer bei Boehringer Ingelheim International GmbH; Doktorand an der Medizinischen Fakultät, Universität Duisburg-Essen.
▹ lennart.moeller@stud.uni-due.de

Müller, Katharina Studium der Gesundheitswissenschaften (B. Sc. Health Communication, M. Sc. Public Health). Wissenschaftliche Angestellte am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesunde Lebenswelten, Fachgruppe Klima und Gesundheit. Forschungsschwerpunkte zur Hitzeaktionsplanung sowie zu Klima und Gesundheit.
▹ www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/index.html. katharina.mueller@lzg.nrw.de

Napetschnig, Alina Dr., ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit Bochum tätig. Sie ist Physiotherapeutin (B. Sc.) sowie Sport- und Bewegungsgerontologin (M. A.) und forscht zu Themen wie (digitale) Gesundheitstechnologien und Gesundheitswissenschaften. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen die wissenschaftliche Konzeption zur Bewertung nutzer:innenorientierter Gesundheitstechnologien sowie die Vermittlung von Digitalkompetenz.
▹ alina.napetschnig@hs-gesundheit.de

Noll, Hans-Peter Prof. Dr., ist Vorstandsvorsitzender der Stiftung Zollverein in Essen (UNESCO-Welterbe Zollverein) und Honorarprofessor am Geografischen Institut der Ruhr-Universität Bochum. Als Experte bei der Sanierung und Reaktivierung von ehemaligen Bergbau- und Industriestandorten hat er sich in seinem akademischen und beruflichen Werdegang intensiv mit dem Strukturwandel des Ruhrgebietes und international mit der Transformation von altindustriellen Räumen befasst.
▹ Hans-Peter.Noll@zollverein.de

Oevermann, Heike Prof.in Dr.in, ist Professorin für Denkmalpflege und Bauen im Bestand an der TU Wien und hat eine Gastdozentur an der Oslo School for Architecture und Design inne. Forschungsschwerpunkte sind Stadtbaugeschichte und Denkmalpflege des 19. bis 21. Jahrhunderts, Denkmalpflege und Transformationsprozesse, industrielles Erbe und das Thema Wohnen im Denkmal.
▹ heike.oevermann@tuwien.ac.at

Paetzel, Uli Prof. Dr., studierte an der Ruhr-Universität Bochum und an der Université François Rabelais in Tours Sozialwissenschaften und Französisch. Promotion 2001 an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Ruhr-Universität. Von 2004 bis 2016 Bürgermeister der Stadt Herten, seit 2016 Vorstandsvorsitzender von Emschergenossenschaft und Lippeverband. Seit 2018 Honorarprofessor an der Ruhr-Universität Bochum. paetzel.uli@eglv.de

Plöger, Jörg Prof. Dr., studierte Geographie, Stadtsoziologie und Stadtplanung und ist seit 2023 Professor für Sozialraumorientierung für die Soziale Arbeit an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften. Zuvor hat er als Wissenschaftler am Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung, an der London School of Economics und an der Universität Kiel gearbeitet. Seine Forschungsinteressen liegen insbesondere auf dem Spannungsfeld Migration und Stadtentwicklung.
▹ j.ploeger@ostfalia.de

Quilling, Eike Prof.in Dr.in, ist Vizepräsidentin für Forschung und Transfer an der HSG Bochum und Vorstandsmitglied des Promotionskollegs NRW. Sie ist Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation mit dem Schwerpunkt interprofessionelles Handeln. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der settingorientierten Gesundheitsförderung, insb. in der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen.
▹ Eike.Quilling@hs-gesundheit.de

Rauchfuss, Knut ist Arzt und arbeitet am Landesamt für Umwelt, Natur und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen im Bereich Umweltmedizin, Toxikologie und Epidemiologie. In diesem Kontext war er sowohl an der Etablierung des Themas Umweltgerechtigkeit in NRW maßgeblich beteiligt als auch an der Ausarbeitung der übergeordneten integrierten Programme Umwelt und Gesundheit NRW. Seit 1997 ist er zudem Gründungsmitglied der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum. Als geschäftsführender Vorstand leitet er u. a. deren Therapiezentrum für Überlebende von Folter und Krieg in Bochum. Die Medizinische Flüchtlingshilfe war bundesweit die dritte Organisation, die medizinische Hilfe für Migrant:innen ohne Papiere bereitgestellt hat.
▹ k.rauchfuss@mfh-bochum.de

Reeske-Behrens, Anna Dr.in, Gesundheitswissenschaftlerin, Stellv. Leiterin der Fachgruppe Prävention und Gesundheitsförderung des LZG.NRW, Themenschwerpunkt Kommunale Gesundheitsförderung, Mitglied der AG »Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen« der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention NRW (LGP NRW), Mitglied im Forum StadtGesundheit Ruhr und aktive Mitarbeit im Themenforum Chancengerechtigkeit.
▹ anna.reeske-behrens@lzg.nrw.de

Roll, Anne Prof.in Dr.in, ist Professorin für gerontologische und geriatrische Pflege am Department für Pflegewissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Als Pflegewissenschaftlerin und Gerontologin geht es in ihrer Forschung um die Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen und die Weiterentwicklung der Pflegepraxis.
▹ Anne.Roll@hs-gesundheit.de

Rüdiger, Andrea Dr.in, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachgebiets Stadt- und Regionalplanung an der TU Dortmund. Sie ist Stadtplanerin und Verwaltungswissenschaftlerin. Neben ihren akademischen Aktivitäten hat sie mehr als zehn Jahre in mehreren Kommunen unter anderem als Planungsdezernentin gearbeitet. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Stadtplanung und Städtebau sowie klimagerechte Stadtentwicklung.
▹ andrea.ruediger@tu-dortmund.de

Schad, Dominik Sozialwissenschaften M. A., war seit 2009 in verschiedenen Positionen in der Kommunalverwaltung tätig. Von 2016 bis 2023 war er Leiter des kommunalen Jobcenters Kreis Recklinghausen. Aktuell ist er Kreisdirektor, Kämmerer und Sozialdezernent des Kreises Recklinghausen. Seit 2019 ist er zudem als nebenamtlicher Referent an verschiedenen Bildungseinrichtungen und Instituten tätig und seit 2023 Lehrbeauftragter der EBZ Business School, Bochum.
▹ D.Schad@kreis-re.de

Schäfer-König, Malina Studium Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsmanagement (M. A. RGM) an der Deutschen Sporthochschule Köln sowie Sportwissenschaft (B. Sc.) an der Ruhr-Universität Bochum. Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Teamleitung Gesundheitsförderung und -planung, Fachbereich Gesundheit, Stadt Herne. Aufgabengebiet Geschäftsstellenleitung Kommunale Präventions- und Gesundheitskonferenz, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung.
▹ malina.schaefer-koenig@herne.de

Schaffert, Corinna Gesundheitswissenschaftlerin, Projektmanagerin bei der MedEcon Ruhr GmbH, der Geschäftsstelle des Netzwerks der Gesundheitswirtschaft an der Ruhr. Im Themenbereich Health Care besetzt sie den Schwerpunkt Urban Health Care und beschäftigt sich mit sozialräumlichen Versorgungsbedarfen in Ballungsräumen sowie interprofessionellen Versorgungsmodellen.
▹ schaffert@medecon.ruhr

Schmidt, Bettina Prof.in Dr.in, Dipl.-Sozialwissenschaftlerin, MPH, Dr. PH, ist Professorin für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Armut und Gesundheit sowie der Gesundheitsförderung.
▹ bettina.schmidt@evh-bochum.de

Schmitz, Alina Dr.in, Soziologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Leiterin eines Promotionskollegs an der Technischen Universität Dortmund. Forschungsschwerpunkte: Gesundheit und Wohlbefinden, soziale Ungleichheit, Geschlechterungleichheit, Alter(n) und Lebensverlauf, internationaler Vergleich, Sozialpolitik, Methoden der quantitativen Sozialforschung.
▹ alina.schmitz@tu-dortmund.de

Schoppen, Berit Sozialwissenschaftlerin, Mitglied der Geschäftsleitung bei der MedEcon Ruhr GmbH. Als Leitung des Geschäftsbereichs Health Care beschäftigt sie sich mit allen Fragestellungen der Gesundheitsversorgung an der Ruhr über alle gesundheitlichen und sozialen Lebenslagen hinweg.
▹ schoppen@medecon.ruhr

Schümann, Judith ist Hebamme (B. Sc.) und Familienhebamme. Ihre Arbeitsschwerpunkte lagen in der (außer)klinischen Geburtshilfe und der freiberuflichen Tätigkeit in Vorsorge, Wochenbett und Kursen. Sie war stellvertretende Geschäftsführung eines Geburtshauses. Zum Wintersemester 2024/25 beginnt sie das Masterstudium Hebammenwissenschaft an der ZHAW in Winterthur (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften).
▹ jschuemann@hs-gesundheit.de

Schwenken, Helen Prof.in Dr.in, ist Professorin für Migration und Gesellschaft am und Direktorin des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS), Universität Osnabrück, Deutschland. Ihre Fachgebiete sind Gender und Migration, Arbeitsmigration und soziale Bewegungsstudien.
▹ hschwenken@uni-osnabrueck.de

Sieber, Raphael Dr.-Ing., Studium der Raumplanung (M. Sc. Raumplanung) sowie Geographie, Soziologie und Politik (Dipl.-Geogr.). Promotion im Themenfeld gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Wissenschaftlicher Angestellter am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesunde Lebenswelten, Fachgruppe Klima und Gesundheit. Forschungsschwerpunkt Klima und Gesundheit, insbesondere Hitzeaktionsplanung.
▹ www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/index.html. raphael.sieber@lzg.nrw.de

Stang, Andreas Ärztlicher Leiter des Landeskrebsregisters Nordrhein-Westfalen, Direktor des Instituts für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen, Adjunct Professor im Department of Epidemiology, School of Public Health, Boston University.
▹ andreas.stang@uk-essen.de

Tollmann, Patricia ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HS Gesundheit in Bochum und Referentin an der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Als Gesundheitswissenschaftlerin forscht und promoviert sie zudem an der HS Gesundheit in der Forschungsgruppe lebenswertorientierte Gesundheitsförderung. Dabei liegt ihr Forschungsschwerpunkt im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung.
▹ Patricia.Tollmann@hs-gesundheit.de

Walter-Klose, Christian Prof. Dr., ist Dipl.-Psychologe und Systemischer Therapeut. Er war von 2018 bis August 2023 als Professor mit dem Schwerpunkt »Behinderung und Inklusion« an der HSG Bochum tätig. Seit September 2023 leitet er den Lehrstuhl für »Beratung in sonderpädagogischen und inklusiven Arbeitsfeldern« an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln.
▹ christian.walter-klose@uni-koeln.de

Wattenberg-Karapinar, Ivonne M. Sc. PH ist Gesundheitswissenschaftlerin und als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Forschungskoordinatorin an der Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich medizinische Versorgung und Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung.
▹ ivonne.wattenberg@uni-bielefeld.de

Wildförster, Victoria Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin (M. A.) ist Mitarbeiterin der Arbeiterwohlfahrt Ruhr-Mitte und arbeitet im Projekt »Soziale Stadt – Wattenscheid bewegen«. Ihre Schwerpunkte liegen in der Netzwerkarbeit und der Betreuung gesundheitsrelevanter Themen. Darüber hinaus hat sie Erfahrungen im Bereich der Kinder und Jugendhilfe und der Arbeitsmarktförderung.
▹ victoria@wildfoerster.org

Zerres, Klaus Prof. Dr. med., Medizinstudium in Bonn. 1991: C3-Professur für Klinische Genetik an der Univ. Bonn. 1999–2016: Lehrstuhl für Humangenetik und Direktor des Instituts für Humangenetik an der RWTH Aachen. Langjähriges Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik (GfH) sowie der Kommission für Grundpositionen und ethische Fragen der GfH. Langjähriger Direktor der Akademie Humangenetik der GfH. Wiss. Arbeitsschwerpunkte: klinisch-genetische und ethische Fragestellungen. Vorsitzender des Kuratoriums der Stiftung für das behinderte Kind e. V.
▹ kzerres@ukaachen.de

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.2-1: Metzendorf, Gesamtplan 1919 und Typen des Etagenhauses. *Quelle: Metzendorf, 1920, S. 18, 19, 22.* 29

Abbildung 1.2-2: Eingangsgebäude der Siedlung am Brückkopf, 2023. *Quelle: Heike Oevermann.* 30

Abbildung 1.2-3: Steile Straße, 2023. *Quelle: Heike Oevermann.* 30

Abbildung 1.2-4: Haus mit Garten, 2023. *Quelle: Heike Oevermann.* 31

Abbildung 1.3-1: Der Zollverein Park – Industrienatur und Artenvielfalt. *Quelle: Jochen Tack/Stiftung Zollverein..* 37

Abbildung 1.3-2: Das Werksschwimmbad auf der Kokerei öffnet jedes Jahr während der Sommerferien. *Quelle: Jochen Tack/Stiftung Zollverein.* 38

Abbildung 1.3-3: Wald auf dem Welterbe – fast ein Drittel der Fläche des Zollvereins ist bewaldet. *Quelle: Jochen Tack/Stiftung Zollverein.* 39

Abbildung 1.4-1: Die Emscher in Gelsenkirchen, 14. 12. 1950. *Quelle: Glasplattenarchiv der Emschergenossenschaft (d/304_1), Essen.* 44

Abbildung 1.4-2: Grundprinzipien der Schwammstadt. *Quelle: Zukunftsinitiative Klima.Werk, 2022.* 47

Abbildung 2.1-1: Durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen in Jahren bei Geburt im Ruhrgebiet im Vergleich zum übrigen Nordrhein-Westfalen und zu den anderen Bundesländern (Sterbetafel 2020/2022). *Quelle: Statistisches Bundesamt, 2022, eigene Darstellung.* 52

Abbildung 2.1-2: Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung von Männern und Frauen und dem regionalen Deprivationsindex in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (Sterbetafel 2020/2022). *Quelle: LZG.NRW, 2023b.* 54

Abbildung 2.1-3: Prägende Faktoren und Einflussbereiche der Gesundheitsentwicklung im Lebenslauf. *Quelle: eigene Darstellung.* 58

Abbildung 2.2-1: Covid-19-Verlauf der zwölf Dortmunder Stadtbezirke. *Quelle: Darstellung: Aaliah Edip; Datengrundlage: opendata.dortmund.de.* 62

Abbildung 2.3-1: Regionale Verteilung der geschlechtsspezifischen altersstandardisierten Inzidenzraten von Krebserkrankungen, die mit Rauchen, Alkohol und Adipositas assoziiert sind, NRW 2008–2009. *Quelle: eigene Berechnungen.* 72

Abbildung 2.5-1: Geburten: Stadt Essen (2021). *Quelle: Stadt Essen – Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, o. J. a.* 83

Abbildung 2.8-1: Hypothetisches Beispiel von Kompression und Expansion der Morbidität. *Quelle: eigene Darstellung nach Luy, 2022.* 106

Abbildung 2.8-2: Altenquotient im regionalen Vergleich. *Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2022; IT.NRW, 2022; Statistisches Bundesamt, 2022a; 2022b.* 107

Abbildung 2.8-3: Pflegequote. *Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2023; IT.NRW & LZG.NRW, 2021; Statistisches Bundesamt, 2023.* 108

Abbildung 2.8-4: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2019/2021 nach Kreisen in Nordrhein-Westfalen. *Quelle: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2022.* 109

Abbildung 2.8-5: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2019/2021 nach verfügbarem Einkommen auf Kreisebene in NRW (Wert gibt das prozentuale Verhältnis zum NRW-Landesdurchschnitt an). *Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2022.* 110

Abbildung 2.9-1: Altenquotienten im Ruhrgebiet. *Quelle: eigene Darstellung, Daten: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, o. J.* 115

Abbildung 2.9-2: Pflegequote in Deutschland, NRW und im Ruhrgebiet (in Prozent). *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.* 117

Abbildung 2.9-3: Pflegebedürftige nach Versorgungsart im Ruhrgebiet in Prozentangaben, 2021. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.* 118

Abbildung 2.9-4: Häuslichkeit/vollstationäre Pflege. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.* 118

Abbildung 2.9-5: Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege in Pflegeheimen im Ruhrgebiet. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.* 119

Abbildung 2.9-6: Anteile der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad im Zeitverlauf 2017, 2019 und 2021 im Ruhrgebiet, in Prozent. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.* 120

Abbildung 2.9-7: Anteile der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform je Pflegegrad im Ruhrgebiet 2021, in Prozent. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.* 120

Abbildung 2.11-1: Arbeitslosenquoten in NRW 2020. *Quelle: eigene Darstellung, Daten: LZG.NRW, 2020a.* 139

Abbildung 2.11-2: Mittlere Lebenserwartung männlicher Neugeborener in Herne im NRW-Vergleich 2018–2020. *Quelle: eigene Darstellung 2023, Daten: LZG.NRW, 2020b.* 139

Abbildung 2.11-3: Mittlere Lebenserwartung weiblicher Neugeborener in Herne im NRW-Vergleich 2018–2020. *Quelle: eigene Darstellung, 2023, Daten: LZG.NRW, 2020b.* 140

Abbildung 2.11-4: Prozess der Strategischen Gesundheitsplanung in der Stadt Herne. *Quelle: eigene Darstellung.* 143

Abbildung 3.1-1: Regionale Grünzüge A bis G. *Quelle: Regionalverband Ruhr, 2015, mit eigenen Ergänzungen.* 151

Abbildung 3.1-2: Projektfamilie ISEK Laer/Mark 51°7 und Ostpark am »Grünzug E«. *Quelle: Stadt Bochum, 2023a, mit eigenen Ergänzungen.* 154

Abbildung 3.1-3a: Gesundheitscampus Bochum, Terrasse vor der Hochschule für Gesundheit. *Quelle: ZinCo GmbH, o. J.* 156

Abbildung 3.1-3b: CampusBochum, Montage der Planung in das Luftbild. *Quelle: Stadt Bochum, 2023a.* 156

Abbildung 3.1-4: Erneuerung der Parkanlage Ehrenmal in Bochum-Wattenscheid. *Quelle: Stadtsportbund Bochum e. V., 2024.* 158

Abbildung 3.1-5: Projektfamilie Wattenscheid. *Quelle: Stadt Bochum, 2020.* 159

Abbildung 3.3-1: Projektförderungen im Rahmen des Antragsverfahrens nach § 20a SGB V. *Quelle: eigene Darstellung, © LZG.NRW.* 174

Abbildung 3.4-1: Aufwärtsspirale des Konzepts der Gesundheitsförderungskultur. *Quelle: Josupeit et al., 2023.* 182

Abbildung 3.5-1: Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen (2010–2023); Kreis Recklinghausen, NRW und Bund insgesamt, in %). *Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2023b.* 190

Abbildung 3.7-1: Darstellung des Konzeptes der DHFR-Lernwerkstatt. *Quelle: eigene Darstellung.* 213

Abbildungen 3.7-2: Co-Forschende am Maptable. *Quelle: eigene Aufnahmen.* 215

Abbildung 3.8-1: Veränderungen der ruhigen Gebiete im Vergleich der Lärmkartierung 2. und 4. Stufe; und Abbildung. *Quelle: eigene Darstellung.* 221

Abbildung 3.8-2: Lärmquellen, potenzielle ruhige Gebiete und monatelange Schallmessungen an ruhigen Gebieten und Lärm-Hotspots in Dortmund. *Quelle: eigene Darstellung.* 225

Abbildung 3.8-3: SGB-II-Anteil, LAP-Beteiligung sowie Lärmbelästigung und Schlafstörung in Dortmunder Stadtbezirken. *Quelle: eigene Darstellung.* 226

Abbildung 3.8-4: DiPS-Lab-Onlinebefragung. *Quelle: eigene Darstellung.* 228

Abbildung 3.9-1: Regionale Klimatopkarte des Ruhrgebiets. *Quelle: RVR, 2021.* 235

Abbildung 3.9-2: Nutzenportfolio naturbasierter Regenwasserbewirtschaftung. *Quelle: Darstellung der Zukunftsinitiative Klima.Werk/EGLV. Quelle der Bilder: Stockfotos, lizenzfreie Bilder, Grafiken, Vektoren und Videos | Adobe Stock.* 237

Abbildung 3.9-3: Funktionsweise eines Baumrigolenmodells. *Quelle: Darstellung der Zukunftsinitiative Klima.Werk/EGLV.* 238

Abbildung 3.9-4: Zukunftsinitiative Klima.Werk – Netzwerkkarte. *Quelle: Darstellung der Zukunftsinitiative Klima.Werk/EGLV.* 240

Abbildung 3.9-5a und 5b: Expertenforum 2023 im Landschaftspark Duisburg-Nord. *Quelle: Zukunftsinitiative Klima.Werk/EGLV.* 241

Abbildung 3.10-1: Anzahl der Tropennächte im Zeitraum 1981 bis 2010 sowie (Modellierungen zufolge) 2021 bis 2050 im RVR-Gebiet nach Klimatop. *Quelle: RVR, 2021, S. 222.* 246

Abbildung 3.10-2: Vulnerabilitätsfaktoren gegenüber Hitze. *Quelle: eigene Darstellung.* 250

Abbildung 3.11-1: Säulen des KFG.NRW. *Quelle: eigene Darstellung.* 263

Abbildung 3.12-1: Roundtable-Prozess zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet. *Quelle: eigene Darstellung.* 270

Abbildung 3.12-2: Interviews zur Vorbereitung der Roundtable. *Quelle: eigene Darstellung.* 272

Abbildung 3.12-3: Themen des 1. Roundtables. *Quelle: eigene Darstellung.* 274

Abbildung 3.12-4: Roundtable zu Handlungsmöglichkeiten. *Quelle: eigene Darstellung.* 275

Abbildung 3.12-5: Interviews zur Klärung des weiteren Vorgehens. *Quelle: eigene Darstellung.* 276

Abbildung 3.12-6: Übergang zum Forum StadtGesundheit. *Quelle: eigene Darstellung.* 277

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.3-1: Krebserkrankungen, die nach der Weltgesundheitsorganisation mit dem Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum sowie Übergewichtigkeit bzw. Adipositas assoziiert sind. *Quelle: International Agency for Research on Cancer, 2023; World Health Organization, 1996.* 70

Tabelle 2.3–2: Krebsinzidenzen in NRW 2008–2019 im urbanen Ruhrgebiet und in der übrigen Region von NRW. *Quelle: eigene Berechnungen.* 71

Tabelle 2.9-1: Pflegequote im Zeitverlauf im Ruhrgebiet. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.* 116

Tabelle 2.9-2: Prozentuale Anzahl der Menschen, die mit Pflegegrad 4 oder Pflegegrad 5 in einem Alten- und Pflegeheim wohnen. *Quelle: eigene Darstellung und Berechnung, Daten: IT.NRW, o. J.* 121

Tabelle 2.10-1: Demografische Informationen, Inanspruchnahme und Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund. *Quelle: eigene Darstellung, basierend auf den kommunalen Pflegeplanungen der Stadt Bochum (2023), Stadt Bottrop (2023), Stadt Dortmund (2020), Stadt Duisburg (2020), Stadt Essen (2021), Stadt Hagen (2022), Stadt Oberhausen (2022) und des Kreises Wesel (2023).* 131

Tabelle 3.4-1: Good Practice-Beispiele aus dem Ruhrgebiet: Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW. *Quelle: eigene Darstellung.* 184

Tabelle 3.5-1: Unterstützungs- und Interventionsphasen des »rehapro-Hauses«. *Quelle: eigene Darstellung.* 195

Tabelle 3.10-1: Vulnerable Risikogruppen für hitzebedingte Gesundheitsschäden. *Quelle: Nidens et al., 2023, S. 206.* 248

Tabelle 3.12-1: Beteiligte Akteur:innen. *Quelle: eigene Darstellung.* 271

Tabelle 3.12-2: Themenschwerpunkte zu StadtGesundheit im Ruhrgebiet (Kategorisierungstabelle). *Quelle: eigene Darstellung.* 273

Textboxenverzeichnis

Textbox 1.3-1: Umgang mit der Altlastenproblematik 41

Textbox 3.3-1: Exkurs: »Schatzsuche – Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern im Kita-Alter« 172

Weitere Autoren im oekom verlag

Mario Enchelmaier

Seehnsucht Heimat

Auf der Suche nach neuen kulinarischen Wegen.
Mit Kochinspirationen vom Bodensee
Erscheinungstermin: 05.08.2024
144 Seiten, Broschur, vierfarbig mit Abbildungen
Preis: 22 €, ISBN 978-3-98726-106-0

Mario Enchelmaier erzählt von seinem Weg von der Sterneküche zum naturverbundenen, ganzheitlichen Kochen. Mit seinem alten Feuerherd reist er zu Lebensmittelproduzent*innen und kreiert schlichte Wohlfühlgerichte fürs Genießen in guter Gesellschaft.

Daniel Fuhrhop

Einfach anders wohnen

Entrümpeln, Einrichten, Wohlfühlen: 66 praktische Ideen
für entspanntes Leben und Arbeiten zu Hause.
Mit Tipps zu Wohnen auf wenig Platz & Homeoffice
Erscheinungstermin: 05.08.2024
144 Seiten, Klappenbroschur, vierfarbig mit Abbildungen
Preis: 16 €, ISBN 978-3-98726-101-5

Homeoffice-Chaos, Wohnung zu klein, Kinderbetreuung gesucht? Daniel Fuhrhops aktualisierte Neuauflage bietet praxisnahe Lösungen für mehr Raum und Wohlbefinden in Ihrem Zuhause – von der Entrümpelung über clevere Möbel bis zur Gründung einer Wohngenossenschaft.

Weitere Autoren im oekom verlag

Slow Food Deutschland e.V.

Slow Food Genussführer 2025/26

Die besten Restaurants und Gasthäuser in Deutschland
Erscheinungstermin: 02.09.2024
600 Seiten, gebunden
Preis: 38 €, ISBN 978-3-98726-097-1

Entdecken Sie mit dem neuen »Slow Food Genussführer« über 460 Gasthäuser und Restaurants, die für ehrliche, regionale Küche stehen. Echte Lebensmittel, handwerkliche Tradition und ein umweltbewusster Genuss warten auf Sie. Ein Muss für Feinschmecker!

Club of Rome (Hrsg.)

Earth for All Deutschland

Aufbruch in eine Zukunft für Alle
Erscheinungstermin: 14.10.2024
256 Seiten, Klappenbroschur, mit zahlreichen Abbildungen
Preis: 25 €, ISBN 978-3-98726-111-4

Der Club of Rome beleuchtet Deutschlands Pfade in die Zukunft: Machen wir weiter wie bisher, oder schaffen wir mutige Veränderungen? Die tiefgreifende Studie zeigt Wege auf, unsere Demokratie und unseren Wohlstand zu sichern – ein unverzichtbarer Denkanstoß.

Weitere Autoren im oekom verlag

Esther Gonstalla

Was wäre, wenn ...

Unsere Welt in verblüffenden Grafiken
Erscheinungstermin: 14.10.2024
112 Seiten, gebunden, mit Infografiken
Preis: 14 €, ISBN 978-3-98726-105-3

Ökostrom, Parkplatzsuche und der CO_2-Abdruck des Nachbardackels: Die preisgekrönte Infografikerin Esther Gonstalla präsentiert augenöffnende Fakten zu unserem Umgang mit der Natur und zerpflückt mit viel Humor so manche vermeintliche Wahrheit in der Klimadebatte.

Mark Engler, Paul Engler

Dies ist ein Aufstand

Wie gewaltfreier Widerstand das 21. Jahrhundert prägt
Erscheinungstermin: 14.10.2024
400 Seiten, Broschur
Preis: 29 €, ISBN 978-3-98726-107-7

Bringt es etwas, für politische Veränderungen auf die Straße zu gehen? Mark und Paul Engler zeigen in ihrem Buch die beeindruckende Kraft hinter gewaltfreiem Widerstand – von Gandhi bis zur Letzten Generation. Ein inspirierender Leitfaden.

Weitere Autoren im oekom verlag

C. Kölling

Wälder in Bewegung

Eine Reise durch hundert Jahre Wald- und Klimazukunft
Erscheinungstermin: 02.05.2024
162 Seiten, Broschur
Preis: 22 €, ISBN 978-3-98726-104-6

Unsere Wälder sind dem Klimawandel kaum gewachsen. Um die Anpassungsprobleme zu beheben, müssen wir die Wälder mit Baumarten anreichern, die zum neuen Klima passen. Christian Kölling lädt ein auf eine Zeitreise zum Wald der Zukunft.

C. Kuhnitzsch

Horch mal, was da rauscht!

Flüsse, Bäche und ihre Geheimnisse
Erscheinungstermin: 02.07.2024
184 Seiten, Broschur
Preis: 24 €, ISBN 978-3-98726-088-9

Wasser ist die wichtigste Ressource unseres Planeten. Doch wie steht es um unsere Flüsse und Bäche? Das Buch präsentiert Fakten und Anregungen zur Welt unter und an der Wasseroberfläche. Eine Lektüre, nach der Sie ein Glas Leitungswasser mit ganz anderen Augen sehen werden.

Das Ruhrgebiet ist noch immer einer der größten Ballungsräume Europas, in dem mehr als fünf Millionen Menschen leben. Doch wie steht es um die Gesundheit der Bewohner*innen dieser geschichtsträchtigen Region, und welchen Einfluss haben die unterschiedlichen städtischen Strukturen auf ihr Wohlbefinden?

Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis beleuchten historische Entwicklungen, analysieren aktuelle gesundheitliche Herausforderungen und diskutieren zukunftsweisende Strategien. Dabei wird deutlich, wie stark Gesundheit, Umwelt und soziale Strukturen miteinander verwoben sind. Dieses Werk ist ein zugleich fundierter und inspirierender Begleiter für alle, die die gesundheitliche Entwicklung und die Zukunftsperspektiven des Ruhrgebiets besser verstehen wollen.

Heike Köckler ist Raumplanerin und Professorin für Sozialraum und Gesundheit an der Hochschule für Gesundheit, Bochum. Sie gestaltet das Forum StadtGesundheit Ruhr als transdisziplinären Prozess mit.

Claudia Hornberg ist Biologin, Ökologin und Medizinerin. Sie ist Dekanin und Professorin für Sustainable Environmental Health Sciences an der Medizinischen Fakultät OWL, Universität Bielefeld. Ihre Schwerpunkte liegen in den Bereichen Umwelteinflüsse auf die Gesundheit, Umweltgerechtigkeit, Infektiologie, soziale Teilhabe und Diversität.

Andrea Rüdiger ist Stadtplanerin und Wissenschaftlerin an der Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund. Sie forscht und lehrt u. a. im Kontext des Ruhrgebiets zur gesundheitsfördernden Stadtentwicklung.

Odile Mekel ist Gesundheitswissenschaftlerin und leitet den Fachbereich Gesunde Lebenswelten am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum. Sie unterstützt und berät bei der gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung.

natürlich oekom · nachhaltig seit 1989 ·