

Gefördert durch



Bundesministerium
für Gesundheit



Policy Brief

Urban Health

Dieser Policy Brief zeigt die Chancen und Probleme menschlicher Gesundheit in Städten weltweit auf und entwickelt entsprechende Handlungsempfehlungen. Kernaussagen sind:

- 1** Gesundheitsförderung muss in der Stadtplanung und -entwicklung priorisiert werden,
- 2** in jeder Stadt sind eigene Prioritäten zur Verbesserung von Stadtgesundheit festzulegen, auf Grundlage von „Stadtdiagnosen“,
- 3** Städte benötigen ein integriertes Gesundheitsmanagement orientiert am Leitbild der Verhältnisprävention.

Die Hub Community „Global Urban Health“ des Global Health Hub Germany hat Möglichkeitsfelder identifiziert und Handlungsempfehlungen für Stadtverwaltungen, Zivilgesellschaft, Wirtschaft, nationale Regierungen, internationale Organisationen und Forschungsförderer entwickelt.

Stadt macht gesund – Stadt macht krank!

Die ersten Städte entstanden als Schutzraum vor Leibeigenschaft, fremden Armeen und einer teilweise feindlich wahrgenommenen Natur. Bald aber begünstigten beengte Lebensverhältnisse und fehlende Infrastruktur die Ausbreitung von Krankheiten. Hohe Bevölkerungsdichte, unzureichende Wasser- und Sanitärversorgung und fehlende Abwasserentsorgung führten dazu, dass sich in Städten Infektionskrankheiten ausbreiten konnten. Spätestens seit der Industrialisierung treten in Städten mit ihren spezifischen Lebensstilen und der Veränderung sozialer Strukturen auch vermehrt psychische Erkrankungen auf. In Deutschland wuchsen die Städte während der Urbanisierung rasant. In Preußen vervierfachte sich die Zahl der Städter zwischen 1855 (4,9 Mio.) und 1910 (19 Mio.) beinahe¹. Gleichzeitig war dort die Säuglingssterblichkeit deutlich höher als in ländlichen Gegenden². Ähnliche Muster sind heute in den schnell wachsenden Städten und Metropolen des Globalen Südens zu beobachten, insbesondere in Afrika und Asien. Schätzungen zufolge wird die Stadtbevölkerung zwischen 2018 und 2050 um 2,5 Milliarden Menschen anwachsen, wobei sich davon etwa 90 % auf Asien konzentriert³.

Ungesunde Enge, Lärm und Schadstoffe in städtischen Lebensumwelten machen Menschen weltweit krank. Durch die Luftverschmutzung in Delhi nehmen die Bewohner*innen der Stadt täglich so viele Schadstoffe zu sich, als würden sie 15 Zigaretten rauchen. Im

Winter, wenn der Smog besonders stark ist, erhöht sich die Konzentration auf ein Äquivalent von 40 Zigaretten⁴. Weltweit machen städtische Umwelten aber auch durch Vereinzelung, aufgrund städtischer Anonymität, fehlendem Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln oder Lärm und Stress krank – körperlich und mental.

Städte sind oft ungesunde Orte, müssen es aber nicht zwangsläufig sein. Sie entwickeln sich dynamisch und sind daher immer auch **Möglichkeitsräume unterschiedlicher Zukünfte** – im Idealfall, Möglichkeitsräume für eine gesunde individuelle Lebensgestaltung in gesundheitlicher **Chancengleichheit**.

Zu den Chancen, die Städte für die menschliche Gesundheit bieten, gehören die effiziente Entwicklung von Hygienestandards und die Einführung flächendeckender Wasserver- und -entsorgung. Seit der Neuzeit wurden Städte auch Zentren medizinischen Wissens. Weltweit finden Menschen in Städten Krankenhäuser, Fachärzte und weitere gesundheitsfördernde Angebote. Einzelne Initiativen entwickelten ganzheitliche Konzepte, um Städte zu gesunden Orten zu machen, etwa die WHO mit ihrem „Healthy Cities“ Programm. Ein übergeordnetes Konzept oder Leitbild ist daraus bisher nicht entstanden.

Die Mitglieder der Hub Community richten drei Botschaften bzw. Kernforderungen an

1 Matzerath, Horst, (1985 [2009]) Urbanisierung in Preußen 1815 bis 1939. Daten entnommen aus: GESIS Datenarchiv, Köln. histat. Studiennummer 8050 Datenfile Version 1.0.0

2 Vögele, J. (1994): Urban Infant Mortality in Imperial Germany. In Social History of Medicine, Jahrgang 7, Heft 3, S. 401–425.

3 UN (2018): World Urbanization Prospects. The 2018 Revision. <https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-Report.pdf>

4 <https://weather.com/en-IN/india/pollution/news/2020-01-29-how-breathing-indian-cities-equivalent-smoking-packs-cigarettes-day>

Akteur*innen weltweit. Diese werden am Ende des Policy Papers in akteursspezifische Handlungsempfehlungen übersetzt.

Die **erste zentrale Botschaft** lautet: individuelle **Stadtdiagnosen** sind notwendig, um zu verstehen, welche gesundheitlichen Vor- und Nachteile eine jede einzelne Stadt ihren Bewohner*innen bietet. Das hier vorgeschlagene Instrument der Stadtdiagnosen greift frühere Ideen des „Healthy Cities“ Programms der WHO⁵ auf. Stadtdiagnosen sind Bestandsaufnahmen der wesentlichen Gesundheitschancen und -probleme auf kommunaler Ebene. Sie werden durch lokale Behörden initiiert, aber in einem **partizipativen, sektorübergreifenden Prozess** von Behörden, Zivilgesellschaft und Gesundheitssektor durchgeführt. Ziel von Stadtdiagnosen ist die Entwicklung einer gemeinsamen Zukunftsvision. Zu deren Erreichen werden gemeinsam Maßnahmen erarbeitet.

Die **zweite zentrale Botschaft** lautet: Städte brauchen ein **integriertes Stadtgesundheitsmanagement**. Dieses muss ein regelmäßiges **Monitoring** und die **gesundheitsfördernde Gestaltung von Stadtlandschaften** beinhalten. Stadtlandschaften, also die gebauten aber auch die natürlichen Umwelten in urbanen Räumen, ändern sich fortlaufend, etwa durch die Schaffung von Wohnraum, Straßeninfrastruktur oder Industriegebieten. Oft geht dies zu Lasten von offenen, grünen Flächen. In den Megastädten des Globalen Südens finden

solche Veränderungen mitunter chaotisch und abrupt statt, etwa durch Abriss von Squattersiedlungen („Slums“) – mit weitreichenden gesundheitlichen Folgen für die Vertriebenen. Bei Veränderungen von Stadträumen werden gesundheitliche Aspekte in der Regel nur randlich beachtet. Politische und ökonomische Interessen oder die Belange einzelner Gruppen wiegen oft schwerer. Gleichzeitig sind städtische Entwicklungen in größere Zusammenhänge eingebettet, wie zum Beispiel nationales Planungsrecht. Darüber hinaus werden Städte durch die großen Transformationsprozesse wie Klimawandel, Alterung und Globalisierung geprägt (vgl. Abb. S. 7). Unter Berücksichtigung dieser äußeren Rahmenbedingungen reagiert ein integriertes Stadtgesundheitsmanagement auf die konkreten Herausforderungen vor Ort.

Die **dritte zentrale Botschaft** lautet: durch eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung können Städte zu **Möglichkeitsräumen** werden, die eine individuelle Lebensgestaltung in gesundheitlicher Chancengleichheit erlauben. Notwendig ist dabei ein transdisziplinärer Ansatz. Auf Grundlage eines Wissensaustauschs zwischen Wissenschaft, Verwaltungen und Zivilgesellschaft⁶ können so gesunde Lebensräume in Städten entstehen. Gesundheitsförderung darf dabei allerdings nicht auf Krankheitsprävention reduziert werden, sondern sollte die **Rahmenbedingungen für gesunde Lebensweisen, eine hohe Lebensqualität und Wohlbefinden** aller städtischen Bewohner*innen schaffen.

5 <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>

6 Böhme, Christa & Bettina Reimann (2018): Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. <https://difu.de/publikationen/2018/integrierte-strategien-kommunaler-gesundheitsfoerderung>

Urbane Gesundheit als transdisziplinäres Feld

In den letzten Jahren formierte sich das Forschungsfeld **urbane Gesundheit** weltweit neu. Vor dem Hintergrund der unten dargestellten Herausforderungen und Besonderheiten von urbaner Gesundheit ist es wichtig, urbane Gesundheit als inter- und transdisziplinäres Feld zu erschließen. Gemeinsames Anliegen von Praktiker*innen und Wissenschaftler*innen muss es hierbei sein, positive Gesundheitsauswirkungen der Städte zu maximieren und negative zu minimieren. Gemeinsam gestaltete Forschung und ein intensiver Wissensaustausch sollen zukünftig dazu beitragen, dass Wirkungen des städtischen Lebensumfeldes auf die Gesundheit besser verstanden werden. Das so neu entstandene Wissen kann dann genutzt werden, um

Städte zu gesünderen Orten zu machen. Dabei muss zwischen ökonomischen, sozialen und ökologischen Belangen der verschiedenen städtischen Sektoren – Politik- und Aufgabefelder in Verwaltungen – und über Sektorengrenzen hinweg abgewogen werden. Das Besondere an urbaner Gesundheit ist, dass verschiedene, teilweise widersprüchliche Faktoren gemeinsam wirken. Beispielsweise erlaubt die hohe Bevölkerungsdichte die Entwicklung eines ausdifferenzierten Gesundheitssystems; gleichzeitig trägt diese Dichte zu psychischen Belastungen bei. Urbane Gesundheit ist daher ein Feld von hoher Komplexität⁷, das vor allem durch große Ungleichheiten geprägt ist.

Urbane Gesundheit

Urbane Gesundheit befasst sich mit den Auswirkungen der städtischen Lebenswelt auf die menschliche Gesundheit. Es werden Faktoren der sozialen, der natürlichen und der gebauten Umwelt in den Blick genommen. Besonderes Augenmerk gilt dabei den komplexen Wechselwirkungen zwischen einzelnen Faktoren, z. B. dem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und dem Zugang zu Grünflächen. Die Forschung zu urbaner Gesundheit versteht sich explizit als inter- und transdisziplinär: Um die Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Einflussfaktoren zu verstehen, ist es notwendig, auf das Wissen unterschiedlicher Disziplinen, z. B. Medizin, Stadtplanung, Geografie, Ökologie, Umweltnaturwissenschaften, Ethnologie oder Ökonomie zurückzugreifen. Um robuste Lösungen für eine nachhaltige urbane Gesundheit zu entwickeln und umzusetzen, ist eine enge Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis notwendig. Dabei funktioniert der Austausch nicht einseitig und hierarchisch, sondern beidseitig und auf Augenhöhe.

⁷ <https://council.science/wp-content/uploads/2020/06/UHWP-Sciece-and-Action-Plan-2021.pdf>

Die ungerechte Verteilung von Gesundheit in Städten

Die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bezeichnet die WHO Commission on Social Determinants of Health als ethisches Gebot⁸. Städte sind hierbei ein primäres Handlungsfeld, denn oft finden sich in Städten die gesündesten und die ungesündesten Bevölkerungsgruppen eines Landes. Dies unterstreicht die Dringlichkeit der Beschäftigung mit urbaner Gesundheit.

Gesundheitliche Unterschiede gehen auf unveränderlichen Einflüssen, z. B. Alter, und veränderlichen Faktoren wie Armut oder Diskriminierung zurück. Unterschiede, die auf veränderliche Einflüsse zurückgeführt werden können, sind **ungerecht** und werden als **gesundheitliche Disparitäten** bezeichnet.

Ungerecht verteilt ist der **Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen**. In Vierteln mit ärmerer Bevölkerung finden sich weltweit weniger und schlechter ausgebildete Ärzte. Außerdem fällt ärmeren Menschen die Orientierung im Gesundheitssystem schwerer^{9,10}. In vielen Ländern sind Gesundheitssysteme sehr komplex. Daher fällt es Hilfesuchenden oft schwer,

Gesundheitsdienstleister*innen zu finden, die ihnen eine angemessene Versorgung bieten¹¹.

Für **Migrant*innen** kann die Orientierung in Gesundheitssystemen schwierig sein, etwa aufgrund von Sprachbarrieren. Gleichzeitig haben sie oft einen geringeren sozioökonomischen Status und sind daher häufiger ungesunden Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt.

Psychische Erkrankungen werden in Städten häufiger beobachtet als in ländlichen Räumen¹². Besonders betroffen sind Menschen, die einen schlechteren Zugang zu Ressourcen haben, um ihre psychische Gesundheit zu stärken, z. B. soziale Netzwerke in der Nachbarschaft oder in Vereinen. Insgesamt lässt sich festhalten, dass Personen besonders verwundbar sind, bei denen sich verschiedene Benachteiligungsdimensionen überschneiden (**Intersektionalität**).

Die Konzentration benachteiligter Bevölkerungsgruppen (sozial, demographisch, ethnisch, religiös) in bestimmten Stadtgebieten ist ein altbekanntes Phänomen, das alle Städte

8 CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

9 Maketa V, Vuna M, Baloji S, Lubanza S, Hendrickx D, Inocêncio da Luz RA, et al. (2013) Perceptions of Health, Health Care and Community-Oriented Health Interventions in Poor Urban Communities of Kinshasa, Democratic Republic of Congo. PLoS ONE 8(12): e84314. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084314>

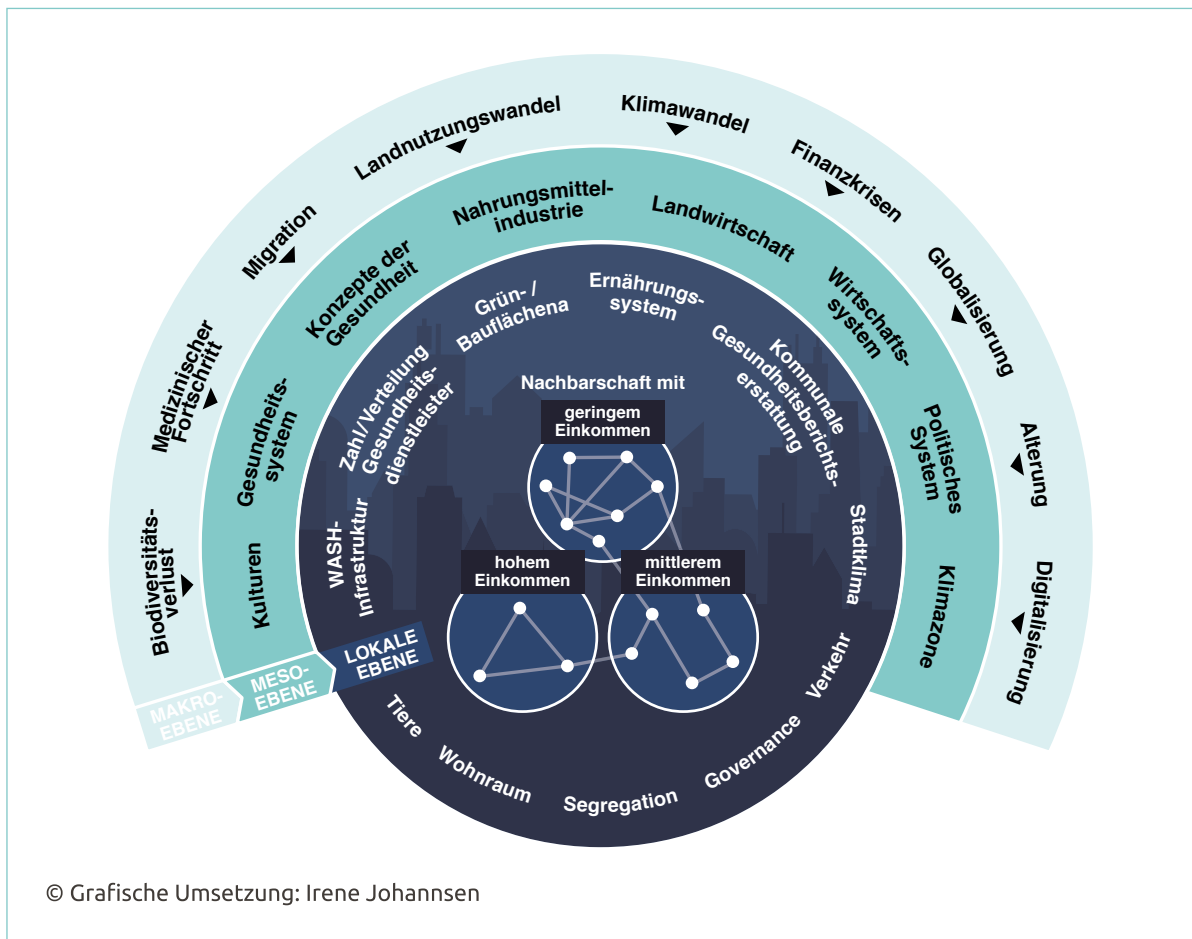
10 Vogt, D., Gehrig, S.M. (2021). Bedeutung und Stärkung von Gesundheitskompetenz/Health Literacy in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M., Mohokum, M. (eds) Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_18

11 Butsch, C. (2012): Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Barrieren und Anreize in Pune, Indien. Stuttgart, Steiner Verlag.

12 Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Cities and Mental Health. Dtsch Arztebl Int. 2017 Feb 24;114(8):121–127. doi: 10.3238/arztebl.2017.0121. PMID: 28302261; PMCID: PMC5374256.

betrifft¹³. Trotz aller Diversifizierungsstrategien **entmischen** sich Städte weiter: bei Stadterneuerung und Nachverdichtung entsteht Wohnraum für Ärmere in ungünstigen Lagen, z. B. an vielbefahrenen Straßen. Lärm und Schadstoffbelastungen schädigen hier dauerhaft die Gesundheit. Noch offensichtlicher ist dies in Städten des Globalen Südens, wo die arme Bevölkerung häufig in **Squattersiedlungen** („Slums“) lebt, in denen meist auch ungesunde Lebensbedingungen herrschen (fehlender Zugang zu Wasser und Sanitärinfrastruktur, fehlender Schutz vor Hitze, Kälte und Niederschlag, Stress durch fehlende Sicherheit und Enge).

Viele dieser **intraurbanen gesundheitlichen Disparitäten** sind auf Grundlage einzelner Fallstudien bekannt. Es fehlen aber flächendeckende Daten in hoher räumlicher und zeitlicher Auflösung für eine kontinuierliche Analyse der Stadtgesundheit. Dadurch fällt es schwer, zielgerichtete Maßnahmen zu ergreifen. Eine weitere Schwierigkeit stellen die komplexen und zum Teil widersprüchlichen Faktoren dar, die urbane Gesundheit beeinflussen (siehe Abb. unten). Diese wirken auf unterschiedliche Gruppen und Einzelpersonen jeweils anders, abhängig von den jeweiligen individuellen Voraussetzungen – Geschlecht, Alter, Vorerkrankungen, Einkommen, soziale Netzwerke usw.¹⁴



13 UN-Habitat (2008): State of the World's Cities 2010/11: Bridging the Urban Divide: <https://unhabitat.org/state-of-the-worlds-cities-20102011-cities-for-all-bridging-the-urban-divide>

14 Rydin, Y., Bleahu, A., Davies, M., Dávila, J. D., Friel, S., De Grandis, G., et al. (2012). Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *The Lancet*, 379(9831), 2079–2108.

Herausforderungen für die urbane Gesundheit

Die bereits angesprochene ungleiche Verteilung von Gesundheit in Städten stellt eine sehr grundlegende Herausforderung für urbane Gesundheit dar – die im Folgenden dargestellten Herausforderungen haben das Potential, diese Ungleichheit weiter zu verschärfen. Die interdisziplinär zusammengesetzte Hub Community hat folgende Bereiche identifiziert, in denen große Herausforderungen für menschliche Gesundheit zu erwarten sind:

- Prognosen zur Verstädterung sind höchst ungewiss: Bis 2100 wird eine Verdopplung bis Versechsfachung urbaner Flächen erwartet¹⁵. Gesundheitlich wertvolle Grünräume und Gewässer geraten in **Nutzungskonkurrenz** zu anderen Ansprüchen. Dies bedeutet einen Verlust an Lebensqualität, Biodiversität sowie vielerorts eine Verschlechterung der mikroklimatischen Bedingungen.
- Der **Klimawandel** wird zur Verstärkung von Hitzeinseleffekten in Städten führen. Zudem ist zu erwarten, dass sich die Verbreitungswege und -gebiete von Infektionskrankheiten verändern. Eine zunehmende Krankheitslast und Katastrophenereignisse, z. B. Starkregenereignisse, beeinträchtigen zusätzlich auch die mentale Gesundheit¹⁶. Diese neuen Krankheitslasten betreffen sozioökonomisch schwächere Gruppen in besonderem Maße.
- Der **demografische Wandel** führt weltweit zu einem schnellen Anstieg der älteren Bevölkerung in Städten. Dadurch werden zukünftig mehr gebrechliche Menschen in Städten leben. Für Menschen mit körperlichen Einschränkungen sind die gebauten Umwelten der Stadt vielfach eine Herausforderung¹⁷. Die Gestaltung eines sicheren und barrierearmen städtischen Umfelds für diese Gruppe ist von hoher Bedeutung¹⁸. Dies erlaubt es ihnen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.
- Städte sind Ankunftsorte für **Migrant*innen**. Sie übernehmen oft belastende und gering bezahlte Tätigkeiten, bringen eigene Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit mit, haben spezielle Bedürfnisse und benötigen besondere Angebote. Gleichzeitig ist ihr Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen aufgrund unterschiedlicher Barrieren – Wissen, Sprache, Diskriminierung – vielfach eingeschränkt. Innerhalb dieser Gruppe nehmen **Geflüchtete** eine nochmals gesonderte Stellung ein, da sie oftmals besondere physische und mentale Gesundheitsbelastungen mitbringen. Weltweit leben mehr als 60% der Geflüchteten und 80% der Binnenvertriebenen in Städten¹⁹.

15 Gao, J., O'Neill, B. (2020) Mapping global urban land for the 21st century with data-driven simulations and Shared Socioeconomic Pathways. Nature communications.

16 Crimmins, A., J. Balbus, J.L. Gamble, C. B. Beard, J.E. Bell, D. Dodgen, R. J. Eisen, N. Fann, M. Hawkins, S. C. Herring, L. Jantarasami, D. M. Mills, S. Saha, M. C. Sarofim, J. Trtanj and L. Ziska, 2016: Executive Summary. The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. U.S. Global Change Research Program, Washington, DC, 24 pp. <http://dx.doi.org/doi:10.7930/J00P0WXS>

17 <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-cities-framework/>

18 Buffel & Phillipson (2016): Can global cities be 'age-friendly cities'? Urban development and ageing populations. Cities 55 (2016) 94–100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cities.2016.03.016>

19 UNHCR 2017 (Regina Winter: full source?)

- **Mobilität** ist in Städten zugleich Ressource und Gefahr. Während im Globalen Norden vorrangig Flächenversiegelung, Abgase und Lärmbelastung eine Rolle spielen, führt im Globalen Süden zusätzlich fehlende Verkehrssicherheit zu häufigen Verletzungen und Todesfällen²⁰. Ärmere sind diesen negativen Auswirkungen stärker ausgesetzt – sowohl im Globalen Norden als auch im Globalen Süden.
- Für Städte des Globalen Südens stellt **Informalität** eine besondere Herausforderung dar²¹. Informalität ist dabei nicht mit Illegalität gleichzusetzen. Der Begriff bezeichnet Prozesse und Strukturen, die außerhalb gesetzlicher Vorschriften bestehen. Dazu gehören unter anderem ungeplante Squattersiedlungen („Slums“), denen es vielfach an angemessener Sanitär- und Gesundheitsinfrastruktur fehlt, oder informelle Betriebe, in denen Umwelt- und Arbeitsschutzgesetze nicht durchgesetzt werden können. Weniger beachtet werden informelle Praktiken der Wohlhabenden. Auch sie nehmen zum Beispiel Land ohne rechtliche Grundlage in Besitz und zerstören dabei vielfach Biotope.
- Kommunen fehlen oft die **finanziellen Mittel**, um die ihnen zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen²². Kommunale öffentliche Gesundheitsdienste sind nahezu weltweit unterfinanziert – wie die COVID-19-Pandemie verdeutlichte.
- Städtische Lebensstile und Umwelten können psychische Belastungen hervorrufen und die **mentale Gesundheit** beeinträchtigen. Vielfach fehlt aber in Städten ein ausreichendes, niederschwelliges Angebot für Menschen mit psychischen Problemen. Für eine gesundheitsorientierte Stadtentwicklung ist mentale Gesundheit aber wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsprojekten und Gesundheitsstrategien²³.
- Die COVID-19-Pandemie hat zahlreiche Probleme unserer Städte aufgedeckt – wobei in verschiedenen Ländern sehr unterschiedliche Schwächen zutage traten. Gesunde Städte haben zukünftigen **Pandemien** mehr entgegenzusetzen. Es ist wichtig, Lehren aus der Pandemie zu ziehen^{24, 25}.

20 https://www.who.int/health-topics/road-safety#tab=tab_1

21 Ananya Roy (2005) Urban Informality: Toward an Epistemology of Planning, *Journal of the American Planning Association*, 71:2, 147-158, DOI: 10.1080/01944360508976689

22 https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/02/financing_sustainable_urbanization_-_counting_the_costs_and_closing_the_gap_february_2020.pdf

23 https://www.globalhealthhub.de/fileadmin/general_documents/GHHG_PolicyBrief_DEU_101221_COVID-19_and_Mental_Health.pdf

24 Megahed & Ghoneim (2020): Antivirus-built environment: Lessons learned from Covid-19 pandemic. *Sustain Cities Soc.* 2020 Oct; 61: 102350. <https://doi.org/10.1016/j.scs.2020.102350>

25 Frumkin (2021): COVID-19, the Built Environment, and Health. *Environ Health Perspect*, 2021. 129(7): p. 75001. <https://doi.org/10.1289/EHP8888>

Möglichkeitenfelder zur Stärkung menschlicher Gesundheit in der Stadt

Die Gesundheit von Menschen in Städten kann durch gezielte Maßnahmen auf lokaler Ebene verbessert werden. Hierfür bieten sich folgende Möglichkeitenfelder an, auf denen zum Teil schon durch einfache Änderungen ein Zuwachs an Gesundheit möglich wird. Gleichzeitig können durch Fehlplanungen in diesen Feldern negative Folgen für die Gesundheit und Verschärfung gesundheitlicher Disparitäten entstehen:

- **Gesundheitssystem**

Weltweit finden sich die hochwertigsten Behandlungseinrichtungen in Städten. Die Arztdichte ist höher und das Angebot an medizinischen Dienstleistungen vielfältiger. Für urbane Gesundheit ist es zentral, dieses Angebot für alle nutzbar zu machen, z. B. durch intelligente Finanzierungsmechanismen (Versicherungen o. ä.), die den Zugang erleichtern. Es ist wichtig, die Vielfalt so weit zu regulieren, dass schädliche oder unethische Praktiken sanktioniert werden. Diese treten vermehrt auf, wenn es ökonomische Fehlanreize gibt oder eine effektive Aufsicht fehlt. Die Vielfalt an Angeboten kann unübersichtlich sein, vor allem in Städten des Globalen Südens, in denen häufig traditionelle und alternative Anbieter informell agieren. Dann ist es notwendig, niederschwellige Beratungsangebote zu entwickeln, die Menschen bei der Orientierung helfen. Hierbei können auch digitale Angebote unterstützen. Insgesamt ist es notwendig, das Wissen über die Strukturen urbaner Gesundheitssysteme zu verbessern.

- **Verkehr/Mobilität**

Eine auf motorisierten Verkehr reduzierte städtische Mobilität bringt nicht nur Erkrankungen durch Luftverschmutzung und Lärm mit sich. Mangelnde Bewegung trägt auch zu „Zivilisationskrankheiten“ bei, wie z. B. Herz-Kreislauferkrankungen, Adipositas oder Rückenleiden. Ziel von Stadtplanung muss daher neben der Reduzierung von Emissionen (Lärm, Abgase) auch die Förderung aktiver Mobilität (Laufen, Fahrradfahren) durch entsprechende Infrastrukturen und Anreizsysteme sein. Die notwendige Verkehrswende bietet die Möglichkeit, die städtische Mobilität aktiver und ökologischer zu gestalten und somit Vorteile für Gesundheit und Umwelt zu schaffen. Radschnellwege sind ein Beispiel für die Förderung aktiver Mobilität²⁶.

- **Urbanes Grün/urbanes Blau**

Urbane Grün- und Blauflächen sind wichtige Rückzugsorte aus dem Trubel der Städte. Sie bieten eine niedrigere Lärm- und Hitzebelastung, und somit Raum für Entspannung, körperliche Aktivitäten und soziale Interaktionen. Sie haben eine wichtige Funktion für die Lufthygiene der Städte, für die Kühlung der Städte insgesamt sowie für die Förderung der Biodiversität. Der Erhalt und Ausbau urbaner Grünflächen sind daher für die Stadtgesundheit von großer Bedeutung²⁷. Dabei ist zu beachten, dass der Zugang allen Bewohner*innen offensteht. Urbanes Grün und Blau birgt aber auch gesundheitliche Gefahren, wenn es zum Lebensraum für

26 <https://www.radschnellwege.nrw/>

27 WHO (2016): Urban Spaces and Health. A review of evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Zecken, Stechmücken und andere Krankheitsüberträger wird. Daher sind das Monitoring und die Kontrolle solcher Krankheitsvektoren notwendig.

- **Wasserversorgung und Sanitärinfrastruktur (Water, Sanitation, Hygiene – WASH)**

Der fehlende Zugang zu sauberem Trinkwasser, sanitären Einrichtungen und Hygiene ist global für eine erhebliche Krankheitslast verantwortlich²⁸. Vor allem Säuglinge und Kinder leiden unter einfach zu vermeidenden, für sie oft lebensbedrohlichen Erkrankungen. Der Ausbau entsprechender Infrastrukturen kann oft nicht mit der Urbanisierungsgeschwindigkeit mithalten. Für die Sicherstellung der Grundversorgung sind Kommunen bestens geeignet – seit der Antike gehört dies zu ihren eigentlichen Aufgaben. Es ist wichtig, vor allem Städten im Globalen Süden die finanziellen Möglichkeiten zu geben, dieser Aufgabe nachzukommen. Zusätzlich ist es wichtig, neue Ansätze zur Sicherstellung der WASH-Dienstleistungen zu entwickeln, die den Bedingungen dieser schnell wachsenden Metropolen entsprechen.

- **Wohnraum/Wohnen**

In Wohnräumen können Pathogene, wie schlechtes Raumklima, Baugifte, fehlende Belichtung oder Lärm krank machen²⁹. Vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen ist der Zugang zu gesunden, bezahlbaren, hochwertigen Wohnungen in sicheren Wohnvierteln eine Utopie. Dadurch wird auch

deren Zugang zu wichtigen Versorgungs-, Bildungs- und Freizeitangeboten eingeschränkt. Die Schaffung menschenwürdigen Wohnraums ist für Stadtgesundheit von zentraler Bedeutung. Hierbei bieten insbesondere urbane Regenerationsprojekte die Möglichkeit, inklusiven Wohnraum zu schaffen und Gentrifizierungsprozessen entgegenzuwirken.

- **Ernährungssysteme**

Direkte Unterversorgung mit Nahrungsmitteln und Hunger betrifft vor allem Länder des Globalen Südens. Weniger beachtet wird bisher, dass es in nahezu allen Städten Räume gibt, in denen die Versorgung mit gesunden Nahrungsmitteln zu annehmbaren Preisen schwierig ist, sog. „Food Deserts“³⁰. Folgen dieses eingeschränkten Angebots können Fehlernährung und Übergewicht und daraus folgende Erkrankungen sein. Vor diesem Hintergrund müssen Ernährungssysteme auf Stadtebene neu gedacht werden.

- **Tiere im urbanen Raum**

Interaktionen zwischen Mensch und Tier finden auch in Städten statt. Dengue-übertragende Stechmücken finden in Städten optimale Lebensbedingungen. Denguefieber tritt daher weltweit in Städten und städtischen Randgebieten der Tropen und Subtropen auf³¹. Dabei verschieben sich die Verbreitungsgebiete der Vektoren aufgrund des Klimawandels in bisher nicht betroffene Gebiete. In Städten des Globalen Südens ist auch das Aufkommen von Tollwut eine relevante

-
- 28 Prüss-Ustün et al. (2019): Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. Vol. 222, 5, p. 765–777. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2019.05.004>
- 29 Carolyn B. Swope, Diana Hernández, Housing as a determinant of health equity: A conceptual model, *Social Science & Medicine*, Volume 243, 2019, 112571, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112571>.
- 30 Walker et al. (2010) Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature, *Health & Place* 16 (5): 876–884. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.013>.
- 31 Bhatt, S., et al. (2013). The global distribution and burden of dengue. *Nature*, 496(7446), 504–507. <https://doi.org/10.1038/nature12060>

Problematik in Städten³². Straßenhunde und Fledermäuse sind dabei wichtige Überträger. Daher ist es wichtig, den One-Health-Ansatz, die Verknüpfung von menschlicher, tierischer und der Gesundheit ökologischer Systeme, im urbanen Kontext anzuwenden³³.

- **Stadtdiagnosen**

Zur Verbesserung von Stadtgesundheit ist zunächst notwendig, die jeweils drängendsten Probleme zu kennen. Das Instrumentarium hierfür bietet die Gesundheitsberichterstattung. Sie basiert auf umfangreichen Daten über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung (Krankheitslasten, Risikofaktoren, Schutzfaktoren). Um die richtigen Maßnahmen zu ergreifen, werden die richtigen Daten benötigt. Diese müssen kleinräumig, bspw. für einzelne Stadtteile,

und zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben werden. Nur so kann die „Stadtdiagnose“ helfen, Mittel an den richtigen Stellen einzusetzen und Fortschritte zu überprüfen.

- **Sicherheit**

Das Gefühl von Sicherheit ist für die mentale Gesundheit von hoher Bedeutung. Sicherheit betrifft verschiedene Lebensbereiche: Die fehlende Sicherheit des Eigentums ist für Bewohner*innen informeller Siedlungen eine besondere Belastung. Die Sicherheit im öffentlichen Raum ist grundlegend, damit Begegnungen stattfinden, die Sicherheit von Grün- und Blauflächen machen diese erst nutzbar. Die Stärkung sozialer Netzwerke auf Ebene der Nachbarschaften kann hier einen wichtigen Beitrag leisten, ebenso wie die Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements.

Fokus Gesundheitsförderung

Die WHO vertritt eine „Health-in-all-policies“-Strategie*. Öffentliche Gesundheitsfürsorge wird als **Querschnittsaufgabe** der Sozial-, Bildungs-, Wirtschafts- und Stadtentwicklungspolitik definiert. Gesundheitsförderung beinhaltet dabei gleichermaßen körperliche und mentale Gesundheit. Der Fokus auf **Gesundheitsförderung bedeutet gleichzeitig eine Abkehr von der Fokussierung auf Heilung**. Dies geht mit einem veränderten Gesundheits- und Krankheitsverständnis einher. In dem **biopsychosozialen Gesundheitsverständnis** ist nicht mehr alleinige Abwesenheit von Krankheit ausschlaggebend. Gesundheit wird vielmehr als das Ergebnis von Wechselwirkungen auf verschiedenen Ebenen verstanden – von der mikrobiellen Ebene bis zur planetaren Ökologie. Zusätzlich werden soziale Einflussfaktoren in den Blick genommen und der Gesundheitsbegriff wird um das Wohlergehen („well-being“) erweitert. Damit rückt der Kontext, in dem Menschen leben, in das Zentrum: soziale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen, sozioökonomische, kulturelle und Umweltbedingungen. Prävention wird nicht als ein individuelles Vermeiden von Krankheitsrisiken (Verhaltensprävention) verstanden, sondern als ein proaktives Gestalten eines gesunden Lebensumfeldes, in dem gesundheitliche Chancengleichheit herrscht (**Verhältnisprävention**).

* <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>

32 Krishna Prasad Acharya, Deepak Subedi, Richard Trevor Wilson, Rabies control in South Asia requires a One Health approach, *One Health*, Volume 12, 2021, 100215, <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100215>.

33 Falkenberg, T., Paris, J. M. G., Patel, K., Arredondo, A. M. P., Schmiede, D., Yasobant, S. (2022). Operationalizing the One Health Approach in a Context of Urban Transformations. In: Gatzweiler, F. W. (eds) *Urban Health and Wellbeing Programme*. Urban Health and Wellbeing. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-19-2523-8_14.

Akteursspezifische Handlungsempfehlungen

Aufgrund der weltweiten Verstädterung wird ein immer größerer Anteil menschlicher Gesundheit deckungsgleich mit urbaner Gesundheit sein. Dabei ergeben sich in jeder Stadt zu jeder Zeit bestimmte Herausforderungen – und zugleich Möglichkeitsfenster. Die Verbesserung von Gesundheit in Städten durch Verhältnisprävention ist eine Aufgabe, die nur im Zusammenspiel unterschiedlicher Akteursgruppen zu bewältigen ist. An sie richten sich jeweils unterschiedliche Handlungsempfehlungen:

Stadtverwaltungen

- Gesundheit muss zu einem **ressortübergreifenden Querschnittsthema** im Rahmen eines **integrierten Stadtgesundheitsmanagements** werden. Städtische Maßnahmen bedürfen einer „**Gesundheitsverträglichkeitsprüfung**“ – in den Bereichen Stadtentwicklungsplanung, Verkehrsplanung, Bauen, Freiflächenplanung und Sozialplanung in Kooperation mit den kommunalen Gesundheitsämtern. **Geplante Vorhaben** müssen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf menschliche Gesundheit überprüft werden.
- Die Etablierung einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung ist von fundamentaler Bedeutung. Darauf aufbauende kommunale „**Stadtdiagnosen**“ – unter Einbeziehung unterschiedlicher Akteursgruppen – können die für die jeweilige Stadt **bestehende negative Einflüsse** auf menschliche Gesundheit identifizieren und deren systematische Bekämpfung ermöglichen.
- Die Verbesserung der **Gesundheitschancen** benachteiligter Bevölkerungsgruppen ist von zentraler Bedeutung. Insbesondere in ihrem Wohnumfeld sollten durch ein aktives Quartiersmanagement Maßnahmen zur Gesundheitsförderung konzentriert werden (Aufwertung von Wohnraum, Zugang zu Grünflächen, Beratungsangebote etc.), mit dem Ziel, **gesunde Lebenswelten** zu schaffen.
- Stadtverwaltungen im Globalen Süden sollten der Versorgung der Bevölkerung in informellen Siedlungen mit **Water Sanitation Hygiene (WASH)-Dienstleistungen** – bei allen bekannten Hürden – größere Priorität einräumen.
- Im Globalen Süden können durch die **Regulierung** von Gesundheitsdienstleister*innen auf lokaler Ebene strukturelle Verbesserungen des lokalen Gesundheitssystems erreicht werden. Informelle Gesundheitsdienstleister*innen erbringen hier ohne Kontrolle Leistungen für große Teile der Armen und private Gesundheitsdienstleister stellen Profitstreben über das Wohl ihrer (wohlhabenden) Patient*innen. In beiden Fällen müssen lokale Aufsichtsbehörden schädliche Praktiken unterbinden.
- Weltweit werden in Städten mit hohen Migrant*innenanteilen Lotsensysteme benötigt, um den niederschweligen **Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen** sicherzustellen.

Zivilgesellschaft

- Viele zivilgesellschaftliche Organisationen übernehmen schon jetzt **wichtige Funktionen** in der Gesundheitsförderung. Durch häufig ehrenamtliches Engagement werden unverzichtbare soziale Netzwerke, Sportangebote und weitere Angebote geschaffen, die Menschen gesund halten. **Dies ist anzuerkennen und zu fördern.** Behörden können den Verwaltungsaufwand für ehrenamtlich Tätige vereinfachen, Arbeitgeber*innen können ehrenamtlich Tätige freistellen, Planungsämter sollten zivilgesellschaftliche Organisationen in Planungsprozesse einbinden.
- Zivilgesellschaftliche Organisationen etablieren Orte, an denen sich gesundheitsfördernde soziale Netzwerke ausbilden können. In Sportvereinen und Freiwilligenorganisationen verbringen Menschen ihre Freizeit, hier treffen sie wichtige **Bezugspersonen**, die auch ihr **Gesundheitsverhalten** (Ernährung, Sport etc.) beeinflussen. Diese Organisationen sind daher **wichtige Partner*innen** bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.
- **Religiöse-, spirituelle-, Kunst- und Kulturangebote** können die mentale Gesundheit fördern. Entsprechende Anbieter*innen sollten daher als Partner*innen für die Gesundheitsförderung in Betracht gezogen werden.
- Zivilgesellschaftliche Organisationen können **Ansprechpartner*innen** sein, um Politik und Verwaltung auf gesundheitliche Missstände aufmerksam zu machen.

Wirtschaft

- Unternehmen haben die Aufgabe, ein **gesundes Arbeitsumfeld** zu bieten. Sie haben eine große Verantwortung für die Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene.
- Vor allem Industrieunternehmen müssen aktiv dazu beitragen, Städte zu gesunden Orten zu machen, indem sie **Umweltbelastungen reduzieren**. Neben Feinstäuben und Abgasen gehören dazu auch Lärmemissionen und Verkehrsflüsse. Wirtschaftsakteur*innen müssen sich an der Erstellung von Stadtdiagnosen und der Umsetzung der sich daraus ergebenden Handlungsempfehlungen beteiligen.
- Vor allem die **Immobilienwirtschaft** hat einen großen Einfluss auf die Gestaltung gesunder und inklusiver **Wohnumfelder**. Sie ist aufgefordert, diesen Auftrag anzunehmen und für alle Bevölkerungsschichten **gesunden und lebenswerten Wohnraum** zu schaffen.

Nationale Regierungen

- Die staatliche Gesetzgebung muss sicherstellen, dass Stadtverwaltungen die **notwendigen Kompetenzen** und die **finanziellen Mittel** erhalten, um ihre Städte zu gesunden Orten umzugestalten.
- Die Gesetzgebung im Bereich Gesundheitssysteme muss eine **Steuerung und Regulierung auf lokaler Ebene** vorsehen. Nur so kann ein gerechter und angemessener Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen innerhalb von Städten erreicht werden.

- Gesundheit muss zu einem **ressortübergreifenden Querschnittsthema** werden. Staatliche Investitionen, Subventionen und Förderinstrumente müssen auf ihre „**Gesundheitsverträglichkeit**“ überprüft werden.
- Gesundheit muss zu einem Querschnittsthema in **Forschung und Lehre** stadtbildender Fachbereiche werden (Stadtplanung, Architektur, Freiraumplanung, Verkehrsplanung). Dies beinhaltet neben einer Aufnahme des Themas in Curricula auch eine methodische Ausbildung zum Inter- und Transdisziplinären Forschen.

Internationale Organisationen

- WHO und UN-Habitat sollten ihre **Zusammenarbeit** im Bereich Stadtgesundheit vertiefen. Gemeinsam können sie **Standards und Leitlinien** für kommunale Gesundheitsberichterstattung formulieren und ihre Umsetzung in Pilotprojekten begleiten.
- Zahlreiche Sustainable Development Goals (SDGs) der Agenda 2030 haben direkten oder indirekten Bezug zu urbaner Gesundheit und SDG 11 beschäftigt sich speziell mit Städten. Urbane Gesundheit muss ein **Schwerpunkt bei der Umsetzung der Agenda 2030** werden. Internationale Organisationen, nationale Regierungen und lokale Verwaltungen können Städte gemeinsam zu gesunden Orten machen.
- Urbane Gesundheit muss ein **Schwerpunkt der Entwicklungszusammenarbeit** werden. In den Ländern des Globalen Südens entste-

hen jetzt Stadträume, deren Qualität für die Gesundheit zukünftiger Generationen von fundamentaler Bedeutung sein werden.

Forschungsförderer

- Urbane Gesundheit ist ein **interdisziplinäres und transdisziplinäres Forschungsfeld**, das die komplexen Zusammenhänge zwischen menschlicher Gesundheit und urbanem Kontext analysiert. Ausschreibungen der großen Forschungsförderer (national und international) müssen dieses Feld erschließen und inter- sowie transdisziplinären Konsortien Mittel für die notwendige **Grundlagenforschung** aber auch für **angewandte Forschung** im konkreten Umsetzungskontext zur Verfügung stellen.
- Forschungsförderer sollten vermehrt **internationale Konsortien** fördern. Nur so wird eine partnerschaftliche Grundlagenforschung zu urbaner Gesundheit im Globalen Süden möglich.
- Aufgrund der Wichtigkeit des Themas und um Ressourcen zu bündeln, bedarf es der Etablierung eines **inter- und transdisziplinären Forschungszentrums** zu urbaner Gesundheit. Als *Centre of Excellence* würde es Forschungsaktivitäten koordinieren. Wissenschaftler*innen könnten sich hier austauschen und vernetzen. Die beispielhafte Implementierung von Forschungsergebnissen, etwa durch Interventionsforschung, sollte zentraler Bestandteil der Arbeit des *Centre of Excellence* sein.

Autor*innen

Das Policy Paper spiegelt die Ergebnisse der Diskussionen in der Hub-Community wider. Schriftliche Beiträge zu diesem Papier stammen von: Carsten Butsch; Timo Falkenberg; Ulrich Kuch; M. Cristina Polidori; Klaus Geiselhart; Stephanie Thomas; Stefanie Matthys; Dennis Schmiege; Michael Wirsching; Regina Winter; Adele Vosper; Nadja Kabisch; Anja Leetz; Alexander Krämer.

Global Health Hub Germany

Geschäftsstelle
c/o Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit
(GIZ) GmbH
Köthenerstraße 2-3 · 10963 Berlin

T +49 30 – 5900 20 210

E info@GlobalHealthHub.De

I GlobalHealthHub.De