

Soziale Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung

Trojan, Alf; Süß, Waldemar; Stumm, Brigitte; Zimmermann, Ines

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Trojan, A., Süß, W., Stumm, B., & Zimmermann, I. (1997). Soziale Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung. *Journal für Psychologie*, 5(4), 75-86. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29250>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Soziale Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung

Alf Trojan, Waldemar Süß, Brigitte Stumm und Ines Zimmermann

Zusammenfassung

In unserem Beitrag möchten wir klären, wie sich die politischen Projekte »Gesundheitsförderung« und »soziale Stadtentwicklung« im Rahmen »intersektoraler Politik« wechselseitig stärken können. Zu diesem Zweck werten wir Dokumente und Sekundär-Literatur aus den beiden entsprechenden Politikbereichen aus. Zuerst zeichnen wir das Programm »Gesundheitsförderung« nach. Es betont die Veränderung von sozialen und Umwelt-Verhältnissen. Parallel zu dieser Entwicklung gewinnt in vielen westeuropäischen Städten das inhaltlich ähnliche Projekt »soziale Stadtentwicklung« an Bedeutung. Die programmatischen Gemeinsamkeiten beider Projekte hinsichtlich Leitbildern, Globalzielen, Prozeßorientierung, intersektoralen Politikanspruch sowie sozialer Ungleichheit als Handlungsschwerpunkt werden herausgearbeitet.

Die folgende Analyse zeigt, daß trotz der großen inhaltlichen Nähe praktisch und politisch kaum kooperiert wird. Diese Aussage gilt insbesondere für sozialbedingte Gesundheitsrisiken. In beiden Bereichen werden diese in der Umsetzung erheblich weniger berücksichtigt als umweltbedingte Probleme. Die Bekämpfung von sozialen Problemen wie Armut und Benachteiligung (dargestellt am Beispiel Hamburgs) ist beiden Fachressorts von ihren Arbeitsweisen her gleichermaßen »wesensfremd« und daher weniger »anschlußfähig« als die Berücksichtigung der stofflich greifbareren und leichter meßbaren Umweltrisiken. Abschließend werden Fragen diskutiert, wie Gesundheitsförderung im Rahmen sozialer Stadtentwicklung weiterentwickelt werden könnte und welche Probleme und Chancen der Umsetzung damit verknüpft sind.

Zu der allgemeinen These, daß gesunde Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen entscheidend dazu beitragen, ob ein Mensch

gesund bleibt oder krank wird, gibt es eine umfangreiche Literatur, die das Verhältnis zwischen Gesundheit und Stadt mit seinen offensichtlichen Verbindungslinien und versteckten Winkeln ausleuchtet (vgl. z. B. Rodenstein 1988, Stumm/ Trojan 1994, Machule u. a. 1996).

Wachsendes Interesse in Politik, Praxis und Forschung hat dieses Thema aber erst seit etwa Anfang der achtziger Jahre nach einer ca. 20 - 25jährigen Pause wieder hervorgehoben.

Sowohl mit dem Begriff der »sozialen Stadtentwicklung« als auch dem der »Gesundheitsförderung« sind Programmatiken angesprochen, die vorangegangene Handlungsprogramme erweitern sollen. In beiden Fällen handelt es sich dabei zunächst einmal um neue Ansätze für voneinander getrennte Politikfelder. Allerdings spielt sowohl im Gesundheitsbereich wie auch in der Stadtentwicklung das Konzept intersektoraler, also Fach- und Politik-Ressorts übergreifender Politik, eine wichtige Rolle.

Im folgenden Beitrag, der sich ganz und gar auf die politische Dimension von Gesundheitsförderung konzentriert, soll versucht werden, die Entstehung der beiden Programmatiken kurz nachzuzeichnen, die heutige Situation grob zu charakterisieren und anschließend mittels einiger Fragen zu beleuchten, welche Chancen und Hürden für eine fruchtbare Verflechtung von Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung zu einem intersektoralen Programm für »gesundheitsfördernde Gesamtpolitik« (Ottawa Charta) bestehen.

KURATION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Mit der Industrialisierung entstanden zahlreiche Maßnahmen, die auf der Ebene der Bauplanung und Ingenieurtechnik halfen,

die städtischen Voraussetzungen für mehr Gesundheit zu verbessern. Dazu gehörten vor allem »mehr Licht, mehr Luft«, keimfreie Wasserversorgung und funktionierende Abwasserentsorgung. Nach der Verrechtlichung von Mindeststandards (z. B. in der Einheitsbauordnung von 1919) verschwand jedoch die fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Medizin und Städtebau weitgehend.

Die kurative Medizin, deren erste wichtige Erfolge schon im vergangenen Jahrhundert liegen, gewann zunehmend die Oberhand über die sozialhygienische Bewegung. Damit etablierte sich auch ein bestimmter Bearbeitungsmodus der Probleme im Referenzbereich Gesundheit/Krankheit, nämlich die Bearbeitung auf der Ebene des Individuums mittels der kurativen Medizin.

Schon maßgebliche Vertreter des ebenfalls individuenzentrierten Risikofaktorenkonzeptes konnten jedoch nicht umhin zu erkennen bzw. wiederzuentdecken, daß es außerhalb des Individuums Verhältnisse gibt, die das Verhalten des Menschen wesentlich mitbedingen. Von der WHO wurde diese simple, praktisch aber fast völlig von der kurativen Medizin verdrängte »Weisheit« nach einem langjährigen Entwicklungsprozeß in dem Leitkonzept der »Gesundheitsförderung« zusammengefaßt (vgl. entsprechende Dokumente bei Franzkowiak/Sabo 1993).

Theoretische Grundlage war dabei ein »sozialökologisches Modell von Gesundheit« (vgl. Badura 1983). Dieses beinhaltet zum einen das Thema der umweltbedingten Gesundheitsgefahren, zum anderen das Thema der sozial bedingten Gesundheitsgefahren.

Das Programm der Gesundheitsförderung hat unseres Erachtens vor allem deswegen so viel Resonanz und Aufmerksamkeit gefunden, weil es mit diesen Themen auch eine andere Bearbeitungsebene in dem Referenzsystem Gesundheit/Krankheit auf die Tagesordnung gesetzt hat, nämlich die Ver-

hältnisse, in denen der Mensch lebt, d. h. die sozialen und dinglichen Einflußfaktoren auf den Menschen.

Das sozialökologische Modell von Gesundheit versucht also das komplexe Bedingungsgefüge außerhalb des Individuums zur Interventionsebene zu machen. Dabei wird schnell klar, daß die Strukturen des »Gesundheitssystems« gar nicht auf die Bearbeitung solcher komplexen, vernetzten Problemlagen weit jenseits der Krankenversorgung eingerichtet sind. Diese Einsicht führte schon auf dem Titelbild der Ottawa-Charta zu dem alles andere umfassenden Grundprinzip einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (healthy public policy), d. h. zu der Forderung, daß die Berücksichtigung von Gesundheitsbelangen auch in anderen Politiksektoren als dem Gesundheitssektor Leitlinie des konzeptionellen Denkens, des Überprüfens unerwünschter Nebenwirkungen einer Politik und des politischen Umsetzungshandelns werden soll. Im Sinne des sozialökologischen Modells der Gesundheitsförderung gilt es dabei, die sozial- und die umweltbedingten Gesundheitsgefahren vorrangig zu berücksichtigen.

Auf welche Situation trifft nun der Gesundheitssektor, wenn er mit der Stadtentwicklung zusammenarbeiten will?

BAUORDNUNGEN UND SOZIALE STADTENTWICKLUNG

Die erwähnte fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Hygiene und Städtebau ist unseres Erachtens darauf zurückzuführen, daß die Bearbeitung der aufgeworfenen Gesundheitsprobleme auf der Ebene der dem Städtebau eigenen Bearbeitungsweisen angegangen werden konnte, nämlich durch Bauvorschriften, die beispielsweise mehr Licht und Luft für die Wohnungen garantieren, oder durch ingenieurtechnische Neuerungen, die als innovative Baumaßnahme, wie etwa die Schwemmkanalisation, die Abwasserbeseitigung grundlegend verbesserten. Die ebenfalls deutlich sichtbaren

drängenden sozialen Probleme der Industrialisierungsepoche ließen sich jedoch in diesem Rahmen und mit diesem Bearbeitungsmodus nicht angehen.

Bau- und Raumordnungen blieben stets, d.h. auch bis in unsere Zeit hinein, in ihrem Ansatz bzw. Bearbeitungsmodus der Gestaltung von dinglicher Umwelt, d.h. der Planung des vorhandenen Raumes und des Wohnungsbaus verhaftet (Pfadt 1994).

Erst bei der Integration des ehemaligen Städtebauförderungsgesetzes in das Baugesetzbuch wurden von dort in Paragraph 1 (5) explizite Berücksichtigungsnormen aufgenommen, die deutlich über den traditionellen Handlungsrahmen von Baubehörden hinausreichen, und zwar:

- »- die allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse,
- die Wohnbedürfnisse der Bevölkerung bei Vermeidung einseitiger Bevölkerungsstrukturen, die Eigentumsbildung weiter Kreise der Bevölkerung,
- die Bevölkerungsentwicklung,
- die sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere die Bedürfnisse der Familien, der jungen und alten Menschen und der Behinderten,
- die Belange des Umweltschutzes, des Naturschutzes und der Landschaftspflege, insbesondere des Naturhaushaltes, des Wassers, der Luft und des Bodens, sowie das Klima.«

Bei der Aufstellung der Bauleitplanung sind diese Belange gegeneinander abzuwägen, wobei jedoch keine Konkretisierungen oder gar Gebote vorgegeben werden.

Diese Regelungen drücken zweifellos aus, daß sich ähnlich wie im Referenzsystem »gesund/krank« auch im Referenzsystem der räumlichen Planung und des Bauens die Grenzen der fachlichen Zuständigkeit verflüssigen, weil sich insbesondere in den sogenannten »Sanierungsgebieten« komplexe Gemengelagen von Problemen gebildet haben, die allein mit den Bearbeitungsmitteln der Raum- und Bauordnung nicht in den

Griff zu bekommen sind. Trotz dieser wachsenden Probleme galt über lange Zeit und auch heute noch überwiegend, was Pfadt zu dem Nicht-Eindringen der Erkenntnisse und Ergebnisse der Stadt- und Siedlungssoziologie in die »Baubehörden« feststellt: »Hier wurde fast nur über räumliche und nicht über soziale Leitbilder diskutiert« (Pfadt 1994, 10).

Im Rahmen der neuen Ansätze im Sinne einer umfassenden »integrierten Stadterneuerung« in Sanierungsgebieten entwickelte sich (ähnlich wie im Bereich der Gesundheitsförderung) ein Diskussionsstrang, der Umwelt- und Ökologieprobleme in den Vordergrund rückte. Das Leitbild des »ökologischen Stadtbbaus« (vgl. Hahn 1991; Gelfort u. a. 1993; Kreis Unna 1989) scheint in seiner abstrakten Form jedoch nicht besonders wirksam gewesen zu sein und auch schon seinen Zenit als Leitbild überschritten zu haben.

In der Praxis spielen die Berücksichtigungsnormen für Umweltbedrohungen allerdings gegenwärtig die bedeutendste Rolle. Wir möchten jedoch die These aufstellen, daß dies nur in dem Maße und so weit der Fall ist, als Umweltbedrohungen quantitativ meßbar sind und im Bearbeitungsmodus der Raum- und Bauordnungen, d. h. durch bautechnische Vorschriften und Verfahren, bewältigt werden können. Beispiele hierfür wären etwa Lärmschutzwände, Verkehrsberuhigung, Blockheizkraftwerke und anderes mehr. Der Diskurs um Umweltbedrohungen und die Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen hat sogar zum Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfungen (UVPG von 1990; vgl. Kobusch/Fehr 1994) geführt. Auf dieses Gesetz werden wir weiter unten noch zurückkommen.

Ebenso wie im Gesundheitssystem sind sozial bedingte Probleme im Feld der Städteplanung und des Wohnungsbaus zwar stets gegenwärtig, haben jedoch auf der konkreten Handlungsebene kaum je zu

handgreiflichen Maßnahmen geführt. In den entsprechenden Regelwerken bleiben sie mehr oder weniger »Beiwerk«: Das »Soziale« als Gegenstand und die Instrumente seiner Steuerung und Gestaltung sind beiden Bereichen gleichermaßen »wesensfremd«. Trotzdem erzeugt in beiden Politikfeldern ein wachsender Problemdruck eine erweiterte Problemsicht und damit auch erweiterte Programmatiken der Problembearbeitung.

Der Problemdruck, der in den Städten entsteht, schlägt sich zuerst in dem Ausdruck »soziale Brennpunkte« nieder, die vom Deutschen Städtetag 1979 definiert werden als »Wohngebiete, in denen Faktoren, die die Lebensbedingungen ihrer Bewohner und insbesondere von Kindern und Jugendlichen negativ bestimmen, gehäuft auftreten« (vgl. Pfadt 1994, 2).

Es ist vom »Abdriften«, »Umkippen« und der »Verslumung« einzelner Stadtteile und Wohnquartiere die Rede. Die Kumulation von Problemen hat offenbar vielfach ein so hohes Ausmaß erreicht, daß sie als »Skandal« empfunden wird.

Diese Entwicklung gibt es auch international; sie wird zusammengefaßt in einem Buch von Froessler u. a. (1994), das den Untertitel trägt »Die Erneuerung benachteiligter Quartiere in europäischen Städten«. Diese Quartiere werden zu Recht als vernachlässigte oder benachteiligte bezeichnet. Entsprechend werden als strategische Neuorientierungen Ausdrücke wie »integrierte Quartiersentwicklung«, »Stadtentwicklung des sozialen Ausgleichs«, »soziale Großstadtstrategie« oder auch »soziale bzw. sozialorientierte Stadtentwicklung« geprägt.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND SOZIALE STADTENTWICKLUNG: POLITISCH-PROGRAMMATISCHE NÄHE, PRAKTISCHE DISTANZ

Als wesentliche Konvergenzen der beiden Politikbereiche »Gesundheitsförderung und Soziale Stadtentwicklung« möchten wir zusammenfassend hervorheben: Entstehung

ähnlicher neuer Leitbilder, gleiche Globalziele (Lebensqualität und Wohlbefinden), Bürgerbeteiligung und Prozeßorientierung, integrativer Politikstil (»intersektorale Politik« bzw. »Querschnittspolitik«), soziale Ungleichheit bzw. sozialer Ausgleich als besonderer Fokus.

Solche Parallelentwicklungen bedingen natürlich auch erhebliche Überlappungen in den Handlungsorientierungen und Programmatiken von Gesundheitsförderung und sozialer Stadtentwicklung.

Angesichts dieser großen gemeinsamen Schnittmenge wäre es nur allzu plausibel, wenn sich auf der Handlungsebene eine entsprechend intensive Politikverflechtung nachweisen ließe. Dies ist jedoch in der Realität kaum der Fall. Einige empirische Ergebnisse, die für unseren Diskussionszusammenhang besonders relevant sind, sollen dies im folgenden belegen.

In einem Forschungsprojekt zu »Gesundheitsförderung, Bürgerbeteiligung und Stadtentwicklung« haben wir untersucht, ob und inwieweit Gesundheitsbelange in einem Hamburger Sanierungsgebiet eine Rolle spielen (Osterkirchenviertel in Hamburg-Altona). In einer Analyse der Protokolle des betreffenden Sanierungsausschusses (aber auch in den anderen Teilbereichen des Projektes) zeigte sich, daß ein expliziter Gesundheitsbezug fast gänzlich fehlt. Mehr implizit als explizit tauchen ganz selten Umweltbelastungen und die Problematik der Verkehrsbelastung der Anwohner auf (letzteres zwar relativ häufig, jedoch ohne das Gesundheitsargument). In den Protokollen dominieren eindeutig Themen, die das Wohnen und Bauen sowie die Gestaltung von Flächen und Plätzen betreffen (Trojan u. a. 1996).

In den Senatsverlautbarungen und im Programm zur sozialen Stadtentwicklung der Stadt Hamburg (vgl. zum Beispiel insbeson-

dere Alisch 1994, Müller 1994, Mirow 1997, Stadtentwicklungsbehörde 1996) lassen sich ebenfalls keine Gesundheitsbezüge feststellen.

Ausnahme ist hierbei die Nennung der Drogenproblematik. Es scheint jedoch so, als ob dieses Thema vor allem als Begleit-Phänomen so skandalträchtiger Themen wie Kriminalität eine Rolle spielt und als Grob-indikator für den Grad des »Umkippen« eines Stadtteiles angesehen wird. Daß die Gesundheitsförderungskonferenz Hamburg sich an durchaus vorrangiger Stelle mit sozialer Benachteiligung und Armut als Kernproblemen für die Gesundheitsförderung beschäftigt hat, findet keine Erwähnung oder gar Berücksichtigung im Armutsprogramm des Senats, obwohl doch einige der Aktivitäten der Gesundheitsförderungskonferenz in eben jenen Stadtteilen begonnen wurden, die als Pilotgebiete des Armutsbekämpfungsprogramms definiert wurden. Schaut man auf die Themen und Kooperationspartner in der Sozial- und/oder Armutsberichterstattung in der Bundesrepublik, zeigt sich ebenso, daß das Gesundheitsthema unberücksichtigt bleibt (vgl. Schubert 1995). Auch für Armutsbündnisse bzw. -koalitionen fehlt in der Regel die Beteiligung des Gesundheitssektors (vgl. Bartelheimer/ von Freyberg 1997).

Die Distanz zwischen sozialer Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung läßt sich jedoch nicht nur feststellen, wenn man nach expliziter Berücksichtigung der Gesundheitsdimension in den Planungs- bzw. Programmpapieren und Arbeitsstrukturen der Stadtentwicklung und Armutsbekämpfung sucht. Auch wenn man Gesundheits-, Stadtplanungs- und Umweltämter zusammenbringt, fällt die soziale Dimension der Stadtentwicklung heraus bzw. kommt nicht ins Blickfeld. In einem Berliner Projekt wurde unter anderem ein Workshop durchgeführt, an dem 70 Teilnehmer(inn)en »die als Expert(inn)en bei Gesundheits-, Stadtpla-

nungs- oder Umweltämtern sowie im wissenschaftlichen Bereich und der Forschung« tätig waren, durchgeführt. In einer Kartenumfrage wurde folgende Frage formuliert: »In welchen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern sind nach Ihrer Erkenntnis stadtplanerische bzw. städtebauliche Aktivitäten von besonderer Bedeutung?« Im Ergebnis wurden die folgenden Themenschwerpunkte genannt: Zielgruppen (bzw. zielgruppengerechtes Wohnen), Wohnformen und Wohngestaltung, Wohnpsychologie, Infrastruktur, Verkehr, Ver- und Entsorgung, Baustoffe, Lärm, Luft und Klima, Grün- und Freiflächen.

Hier wird unseres Erachtens sehr eindringlich deutlich, daß soziale Themenschwerpunkte nach Übereinstimmung der beteiligten Experten für stadtplanerische bzw. städtebauliche Aktivitäten offenbar keine Bedeutung haben. Die Prüfung der Sozialverträglichkeit hat anscheinend selbst in diesem interdisziplinären Diskussionszusammenhang mit vielen aufgeschlossenen Experten bisher keine sichtbare Geltung. Weder von den Stadtplanungs- noch von den Gesundheitsexperten auf der Tagung wurden Themenbereiche oder Prüfkriterien zur Abschätzung sozialbezogener Gesundheitsgefahren in die Diskussion eingebracht (vgl. Siegfried 1994; Schäfer/Siegfried 1996; gleichsinnige Ergebnisse auch bei Rodenstein 1994).

Sowohl die soziale Stadtentwicklung wie auch eine sozialbezogene Gesundheitsverträglichkeitsprüfung scheinen bisher weiße Flecken auf der Landkarte des politisch-administrativen Systems zu sein.

Einige Fragen zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in der sozialen Stadtentwicklung

Angesichts der mangelnden Konkretisierung und praktischen Umsetzung von sozialer Stadtentwicklung selbst und eines Elementes der sozial bezogenen Gesundheitsförderung innerhalb der neuen Ansätze in der Stadtentwicklung, scheint es uns am

angemessensten zu sein, die Probleme und Entwicklungschancen dieses intersektoralen Politikbereichs anhand einiger Fragen zu beleuchten.

Was sind die Inhalte sozialer Stadtentwicklung und sozialbezogener Gesundheitsförderung in der Stadtentwicklung?

In Hamburg ist ein »sozialräumliches Konzept als Baustein des Stadtentwicklungskonzepts« entwickelt worden. Dieses Konzept beschreibt vor allem die Ausgangslage (gesellschaftliche Prozesse und ihre Auswirkungen auf die Stadt, unter anderem z. B. Polarisierung und Armut). Die Leitziele sozialräumlicher Planung beinhalten vor allem Prozeßziele. (vgl. ausführlicher Alisch 1995). Auch wenn man auf die »Schwerpunktaufgaben der Stadtentwicklung aus sozialräumlicher Sicht« schaut, geht es vorrangig um die Beeinflussung von Prozessen (gegen räumliche Polarisierung, für neue Kooperationsformen, Vernetzung lokaler Akteure, Verzahnung von Beschäftigungs- und Wirtschaftsförderungsstrategien, Stützung und Entwicklung der endogenen Potentiale von Wohnquartieren und deren Bewohnerschaft, Vermeidung sozialer Erosion und Verdrängung). Diese starke Orientierung auf Prozesse ist ausdrückliches Programm und liegt sicherlich auch zu einem hohen Grade in der »Natur der Sache«. Die sozialen Ziele sind jedoch recht allgemein formuliert; jedenfalls für Verwaltungen nur sehr schwer handhabbar (vgl. Alisch 1994).

Schaut man auf Zusammenhangsanalysen zwischen Gesundheit, Krankheit und sozioökonomischen Faktoren, werden vor allem Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Marginalisierung am Arbeitsmarkt, Niedriglöhne, Arbeitsunsicherheit und als zentraler Faktor Armut genannt (vgl. z. B. Trojan 1992). Im Kontext des öffentlichen Gesundheitsdienstes treten benachteiligte Personen als Zielgruppen in den Vordergrund: Obdachlose, Flüchtlinge/Asylbewerber, Drogenabhängige, Alleinerziehende, Arbeitslose oder beispielsweise Kinder in Armutsverhältnissen.

Nimmt man die orientierenden Leitziele des Hamburger Armutsbekämpfungsprogrammes im Rahmen der sozialen Stadtentwicklung hinzu (vgl. detailliert Alisch 1995), zeigen sich als gemeinsamer Fokus für die Berücksichtigung des Sozialen in der Stadtentwicklung wie auch der sozial bedingten Gesundheitsrisiken vor allem die Themenbereiche Armut, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, gesundheitsgerechtes, preiswertes und sicheres Wohnen, soziale Partizipationsmöglichkeiten, soziale Ausgrenzung bzw. Isolation, soziale Integration/sozialer Frieden, Aktivierung von Selbsthilfepotentialen sowie bedarfsgerechte Infrastruktur für Gesundheit und Soziales.

Diese Aufzählung ist nicht systematisch und hat auch ein gewisses Maß an Willkür. Es läßt sich aber aus ihr ohne weiteres ersehen, daß soziale Risiken für die Stadtentwicklung und soziale Risiken für die Gesundheit ein hohes Maß an Übereinstimmung aufweisen und daher auch von beiden Politikbereichen gemeinsam bekämpft werden müßten.

Wie ist die soziale Dimension im Planungsprozeß von Stadtentwicklung und von Gesundheitsförderung zu etablieren?

In den vorangegangenen Abschnitten war deutlich geworden, daß weder in der Planung (dort herrscht immer noch weitgehende Dominanz von Ingenieuren und Architekten) noch in der Gesundheitsförderung (immer noch weitgehende Dominanz des der Medizin entlehnten Handlungsbezugs auf das Individuum) die soziale Dimension einen hohen Rang in der Prioritätenskala erlangt hat. Dies heißt nicht, daß ihnen die Wichtigkeit für Stadtentwicklung und Gesundheit abgesprochen würde, sondern lediglich, daß sie in der Durchführung von Alltagsroutinen und konkreten Programmen »unter den Tisch fallen« bzw. gar nicht erst auf die Tagesordnung gelangen. Uns scheint, daß die umweltbedingten Risi-

ken für die Stadtentwicklung und die Gesundheit - obgleich relativ neu - sich einen erheblich besseren Status haben verschaffen können. Symptomatisch hierfür sind Institutionalisierungsergebnisse wie beispielsweise die Schaffung einer »Abteilung für Gesundheit und Umwelt« im Amt für Gesundheit der Stadt Hamburg, die erweiterte Aufgabenstellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hamburg durch integrierte »Gesundheits- und Umweltämter« auf der bezirklichen Ebene, die Einführung der Umweltverträglichkeitsprüfung 1990 und vor allem die schon erwähnte (vgl. Siegfried 1994) Verankerung von Umwelt Risiken im Bewußtsein der Stadtplaner, Städtebau-, Gesundheitsamtsleiter und Gesundheitsförderer.

Es wäre eine eigene Analyse wert, herauszufinden, wodurch die sensiblere Wahrnehmung und bewußtere Bekämpfung umweltbedingter Risiken im Vergleich zu sozialbedingten Risiken in den Bereichen Stadtentwicklung und Gesundheit möglich wurde. Eine einfache These ist, daß die Umwelt-Thematik in beiden Politiksektoren hinsichtlich ihrer Methoden der Problemdiagnose und Problembearbeitung besser anschlussfähig ist: Der Umgang mit den Medien Luft, Wasser und insbesondere Boden wie auch mit der biologischen Umwelt ist der Stadtplanung vertraut; im Gesundheitsbereich folgt die Bearbeitung von Umweltproblemen dem lange bekannten Muster der Bekämpfung von toxischen Einwirkungen auf den Menschen.

Wie könnte ein Prüfverfahren für Sozial- und Gesundheitsverträglichkeit etabliert werden?

Diese Frage hängt natürlich mit den beiden vorangehenden eng zusammen: Erst definierte Inhalte bzw. Kriterien und ein hoher Rang auf der politischen Agenda führen zur Institutionalisierung von Prüfverfahren. Positivbeispiel: die Umweltverträglichkeitsprüfung, die seit 1990 als Gesetz die Berücksichtigung von Umweltproblemen

bei baulichen Großprojekten sicherstellen soll. Nur langsam und sehr mühsam gelingt es dabei, auch die Prüfung von Gesundheitsgefahren im Rahmen der UVP zu etablieren. Dies geschieht über die Vorschrift, daß Auswirkungen des Vorhabens auf den Menschen (und nicht nur auf Tiere, Pflanzen, Boden, Wasser, Luft, Klima und Landschaft) zu prüfen sind (vgl. z.B. Kobusch/Fehr 1994). Die Bemühungen haben intensive Unterstützung durch die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamtinnen und -beamten der Länder (AGLMB) gefunden. Eine Projektgruppe hat ein Konzept zum Ablauf von Inhalten der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) erarbeitet und entwickelt derzeit verschiedene Arbeitshilfen für die Gesundheitsämter zur Durchführung einer entsprechenden Prüfung (vgl. Gottwald u.a. 1996). In einzelnen Ländern ist die GVP als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes schon gesetzlich geregelt (z. B. in Bremen). Die Verträglichkeitsprüfung auf umweltbezogene Gesundheitsgefahren scheint sich also als Teil der gesetzlich vorgesehenen Umweltprüfung (und nicht etwa eigenständig neben ihr) zu etablieren.

Eine erste mögliche Option, nämlich Sozialverträglichkeit neben Gesundheitsverträglichkeit als Teil der Umweltverträglichkeit zu prüfen, scheint uns wegen des damit verbundenen geringen politischen Stellenwertes und wegen des eingeschränkten Anwendungsbereichs der UVP als ungeeignet.

Eine andere Option wäre, neben der Umweltverträglichkeitsprüfung eine geregelte Sozialverträglichkeitsprüfung für die Stadtentwicklung zu fordern und darin eine Berücksichtigung und Abschätzung sozial bedingter Gesundheitsgefahren vorzusehen (vgl. hierzu ausführlicher Alisch 1994). Damit ist jedoch nicht geklärt, ob und wie die Dimension sozial bedingter Gesundheitsgefahren angemessen berücksichtigt werden kann. Das derzeitige Hauptproblem für die Durchsetzung von sozialen und gesundheitlichen

Belangen im politisch-administrativen System sehen wir aber nicht in den Unzulänglichkeiten des UVP-Gesetzes, sondern darin, daß ein der UVP vergleichbares Prüfverfahren für die normale Bauleitplanung oder kleinere Einzelprojekte der Stadtentwicklung bisher nicht existiert. In diesen Bereichen können soziale und gesundheitliche Belange nur durch engagierte Einzelpersonen zur Sprache (und eventuell auch zur Geltung) gebracht werden. In der allgemeinen Alltagsroutine entfällt die Sozial- und Gesundheitsverträglichkeitsprüfung derzeit also fast gänzlich.

Wie sehen erfolgversprechende Muster intersektoraler Kooperation aus?

Sowohl die Festlegung von relevanten Inhalten als auch die Erhöhung des politischen Stellenwerts sozialer und gesundheitlicher Belange in der Stadtentwicklung erfordern eine stärkere und bessere horizontale Politikverflechtung. Dies gilt noch stärker für die politische und praktische Umsetzung von Programmen.

Die Grundidee der intersektoralen Kooperation besteht darin, daß man gemeinsame (oder wenigstens kompatible) Ziele mit dem Einsatz der in verschiedenen Institutionen vorhandenen Ressourcen besser und leichter erreichen kann. Die Hoffnung ist sogar, daß es Synergieeffekte gibt, die dazu führen, daß »das Ganze« am Ende mehr ist als die Summe seiner Teile. In der Wirklichkeit scheint die horizontale Politikverflechtung, insbesondere wenn es um komplexe, dauerhaftere Aufgaben geht, sehr schwer umzusetzen zu sein. Behördliche Kooperation stößt auf das Problem der »Fachlichkeit«: Die Gliederung der Behörden nach Fachressorts bedeutet Arbeitsteiligkeit, Aufgaben-Spezialisierung, zwar fachliche Kompetenz, aber auch spezifische, eingeschränkte Bearbeitungslogiken und -modi.

Für eine integrierte Umwelt-, Gesundheits- und Sozialverträglichkeitsprüfung wäre u.E. zunächst einmal eine ebenfalls integrierte

Berichterstattung dieser Bereiche nötig, um eine gemeinsame Situationsdiagnose zustande zu bekommen.

»Armutsbekämpfung« bzw. »Gesundheitsförderung« sind als Programm-Etikettierungen vielleicht tauglich, auch für politische Bündnisse oder Koalitionen mögen diese Globalziele ausreichen; für die konkrete gemeinsame, aber doch arbeitsteilige Bewältigung von Problemen müssen die Zuständigkeiten, fachspezifischen Instrumente und Ressourcen der beteiligten Fachämter jedoch genauestens aufgeschlüsselt und darauf aufbauend weiterentwickelt werden. Beispielhaft hat dies etwa die Behörde für Schule, Jugend und Berufsausbildung im Rahmen des Armutsbekämpfungsprogrammes gemacht (vgl. Stadtentwicklungsbehörde 1995).

In Hamburg ist jedoch eindeutig beobachtbar, daß mit dem Thema der sozialen Stadtentwicklung auch die Entstehung neuer Strukturen für behördenübergreifende und darüber hinausgehende Kooperation verbunden war: Solche Strukturen sind die Stadtentwicklungsbehörde selbst, die vormalige Lenkungsgruppe auf Staatsrats-Ebene und die Koordinationsgruppe auf Amtsleiter-Ebene. (Zu weitergehenden Bündnisstrukturen, wie der »Sozialpolitischen Offensive Frankfurt« vgl. insbesondere Bartelheimer/von Freyberg 1997).

Im Gesundheitsbereich entsprechen diesen intermediären Kooperationsstrukturen die »Gesundheitsförderungskonferenzen« bzw. kommunalen Arbeitsgemeinschaften, mit ihren jeweiligen themenspezifischen oder zielgruppenspezifischen, interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitskreisen.

Als besonders erfreulichen Hoffungsschimmer wollen wir hier auch eine Hamburger Arbeitsgruppe erwähnen, die vom Sekretariat der Gesundheitsförderungskonferenz und der verantwortlichen Referentin für soziale Stadtentwicklung in Hamburg gemeinsam gegründet wurde und die sich das Ziel gesetzt hat, Kriterien für eine integrierte sozial-, umwelt- und gesundheitsge-

rechte Stadt zu entwickeln und in die relevanten Umsetzungssteile der jeweiligen Landes-Behörden und Bezirksämter einzubringen.

So erfreulich diese Ansätze zu intersektoraler Kooperation auch sind: Als Steuerungsinstrumente für intersektorale Politik haben sie sich bisher nicht beweisen können. Das Ensemble für konzentrierte Aktionen ist zwar versammelt, allein es fehlt der Dirigent.

Was bedeutet die derzeitige Situation für die verschiedenen Professionen in Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein Kennzeichen beider Programmatiken. Das Dilemma der aktuellen Situation ist im Prinzip für alle Berufsgruppen gleich: Starke Tendenzen wirken erfolgreicher Arbeit entgegen, insbesondere sind dies die mangelnden persönlichen und finanziellen Ressourcen sowohl im helfenden als auch im planerischen Bereich. Begleitet (und implizit oder explizit legitimiert) werden veränderte ökonomische Prioritäten-Setzungen durch sich wandelnde Werte, die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod als erstens »normal« und zweitens »natürlich« (d. h. mehr oder weniger genetisch bedingt) erscheinen lassen (sollen).

Hierdurch wachsen die Probleme: die beruflichen Ethiken des Helfens und des verantwortungsbewußten (»nachhaltigen«) Planens sind stabiler, weniger leicht korrumpierbar als die aktuell alle gesellschaftlichen Bereiche durchdringende Markt-Moral. Es öffnet sich daher eine Schere zwischen dem berufsethisch Erforderlichen und dem gesellschaftlich bzw. politisch Möglichen.

Für das Helfen im Einzelfall, also die Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, die den allgemeinen Trends, »das eigene Schäfchen ins Trockene zu bringen« widerstehen wollen, heißt dies: Sie dürfen nicht der Versuchung erliegen, »Rosinen-Pickerei« zu betreiben, sondern sollen statt dessen sozialkompensatorisch denken und handeln, sollen also

entgegen der Marktlogik »beim Schwächsten anfangen, dort wo es sich am wenigsten lohnt« (Dörner 1996)!

Besonders gefordert sind in der Gesundheitsförderung aber Sozialmediziner, Gemeindepsychologen und Gemeinwesenarbeiter. Sie sind meist kleine Minderheiten in ihren Professionen. Daher ist nicht zu erwarten, daß sie allein in der Lage sind, »das Ruder herumzureißen«. Sie brauchen Bündnispartner. Zum einen können sie in den Gremien intersektoraler Politik (z.B. Stadtteil-/Gesundheitskonferenzen) Aufklärungsarbeit leisten und gleichzeitig als Teil interdisziplinärer Allianzen an der politischen Bewältigung der Probleme des aktuellen sozio-ökonomischen Wandels mitwirken. Zum anderen müssen sie die Betroffenen selbst zu Bündnispartnern machen. Obgleich dies fast immer ein schwieriges Unterfangen ist, muß gesundheitsbezogene Gemeinwesen- oder Stadtteilarbeit versuchen, Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeiten zu stärken, »Empowerment« zum Leitbild der helfenden Arbeit zu machen.

In der Bilanz läßt sich sowohl für die Berufsgruppen in der Stadtentwicklung wie auch in der Gesundheitsförderung erkennen, daß sie sich, um ihrer »guten« alten Berufsethik treu bleiben zu können, auf ein neues Rollenverständnis und neue, ungewohnte Aufgaben einlassen müssen.

Wird das gelingen? Oder wird der (zahlungskräftige) »Kunde« in der Gesundheitsförderung und der »Investor« in der Stadtentwicklung alleinbestimmender Faktor der zukünftigen Entwicklungen? Eine Antwort würde heute wohl eher pessimistisch ausfallen. Aber kennen wir nicht alle die wunderbare Geschichte von David und Goliath!

Läßt sich aus einer defensiven eine offensive Politik machen?

Soziale Stadtentwicklung ist von der Ursprungsidee her eine präventive Politik, die soziale Not, Elend, Verarmung und letztlich auch daraus resultierende Krankheiten ver-

hindern soll. In der Praxis ist sie jedoch eher eine sozialkompensatorische Politik, vielleicht sogar eine Feigenblatt-Politik. Im Zusammenhang mit der früheren Kennzeichnung der Gebiete des Armutsbekämpfungsprogramms als »Soziale Brennpunkte« wurde auch der Ausdruck »Feuerwehr-Politik« benutzt und das Programm als »Entlastungsstrategie« der Stadtregierung bezeichnet (Schütte 1994). Dasselbe gilt für die eher sozialkompensatorischen Maßnahmen vieler Gesundheitsämter und Maßnahmen der Gesundheitsförderungskonferenz im Bereich sozialer Benachteiligung.

Zu Recht wird deswegen sowohl im Armutsbereich wie auch in der Gesundheitsförderung die Notwendigkeit von kontinuierlicher und integrierter Berichterstattung als Voraussetzung für Frühdiagnosen und vorausschauende Planung betont (vgl. z.B. Alisch 1994; Bartelheimer 1994). Tatsächlich haben Armuts- oder Sozialberichte wie auch die Gesundheitsberichterstattung in den vergangenen zehn Jahren einen erheblichen Aufschwung genommen. Sie haben mit großer Wahrscheinlichkeit auch eine bedeutsame Rolle dafür gespielt, daß die Probleme sozialer und gesundheitlicher Fehlentwicklungen sichtbar gemacht und auf die politische Tagesordnung gesetzt werden konnten. Einen definierten politischen Stellenwert als Kerninstrument zukunftsorientierter präventiver Politik gibt es bisher jedoch nur in Ausnahmefällen und in engen Grenzen.

SCHLUSSBEMERKUNGEN

Abschließend soll noch ein Aspekt angesprochen werden, der gleichzeitig Hauptproblem und Hauptbegründung für die Notwendigkeit von sozialer Stadtentwicklung und der in diesen Kontext gehörenden Gesundheitsförderungspolitik ist. Mit dem Stichwort »Gleichwertigkeit der Lebenslagen« aus dem Grundgesetz wie auch mit dem Leitbild »Solidarische Stadt« (Alisch/Dangschat 1993, Dangschat 1997) und

noch direkter mit einem Armutsbekämpfungsprogramm wird implizit Umverteilungspolitik (»redistributive Politik«) auf die politische Agenda gesetzt.

Ohne Umverteilung sind Armut und gesundheitliche Risiken durch Benachteiligung sicher nicht zu beseitigen; derzeitige kompensatorische Maßnahmen bleiben daher weitgehend gesellschaftliche Fassadenkosmetik. Die finanziellen Mittel für Umverteilung im Sinne von geldlichen Transferleistungen sind beiden Politikbereichen nicht gegeben. Viele Ansätze und Maßnahmen erscheinen daher zwangsläufig als Symptomkuriererei statt kausaler Therapie. Dieses äußert sich auch in zahlreichen Presseberichten, die die Glaubwürdigkeit des Armutsbekämpfungsprogramms bezweifeln oder Gesundheitsförderung als Sahne-Tüpfelchen für diejenigen ansehen, die sich ohnehin die größten Stücke vom Kuchen gesundheitlicher Dienstleistungen holen.

Die Glaubwürdigkeit beider Programme steht vor allem auch deswegen in Frage, weil es jeweils übergeordnete Leitbilder, implizite und explizite Programme sowie gesetzliche Neuregelungen gibt, die alle Bemühungen in den hier zur Diskussion stehenden Bereichen konterkarieren: Trotz zunehmender Kritik dominiert in der Stadtentwicklung noch immer der illusionäre Geist der »Standortpolitik«, die auf hohe finanzielle Anreize für Wirtschaftsunternehmen setzt, um mittels daraus resultierender Steuereinnahmen die soziale Spaltung der Stadt zu verhindern oder zu lindern. Begleitet wird solche Standortpolitik von »Sparprogrammen« der öffentlichen Haushalte, die Arbeitsplätze abbauen, die Mittel für sozialen Wohnungsbau und Stadterneuerung verringern, die zarten Pflänzchen präventiver gesundheitsfördernder Orientierungen im öffentlichen Gesundheitsdienst verkümmern lassen und somit erheblich zur Schaffung der Probleme beitragen, die an anderen Stellen mit viel Publicity, aber wenig Ressourcen, bekämpft werden sollen. Im

Gesundheitsbereich ist überdies im Rahmen der Gesundheitsgesetze der letzten Jahre eine zunehmende Entsolidarisierung in der Krankenversicherung zu beobachten, d. h., auch hier wird die Umverteilungskomponente, die mit einer »solidarischen« Krankenversicherung verbunden ist, scheinbar zurückgenommen (vgl. z. B. Rosenbrock 1997).

Soziale Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung sind hingegen Programme, die explizit Solidarität und (überwiegend implizit) Umverteilung (»sozialen Ausgleich«) zum Ziel haben, um die zunehmende Spaltung der Stadt in arm und reich aufzuhalten oder sogar zu verringern. Es sind Programme, die den gesellschaftlichen politischen Entwicklungen der letzten Jahre im Grunde diametral entgegengesetzt sind. Das macht ihre Umsetzung so schwierig. Und es begründet gleichzeitig, warum sie so wichtig sind und warum es sich lohnt, dafür zu kämpfen, daß sie nicht einfach von der Tagesordnung abgesetzt werden. (Was ihnen droht, weil sie aus den genannten Gründen wenig handgreifliche Erfolge vorzuweisen haben.) Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung im Namen der Bekämpfung von Armut und Benachteiligung in »sozialen Brennpunkten« führt fast unweigerlich zu Rudolf Virchow zurück, der 1848 in seiner Schrift »Der Armenarzt« plakativ postulierte: »Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen.« (Zitate aus Deppe/Regus 1975, 175 und 190) Welche Politik gemeint ist, kann man in seinen Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie (1849) nachlesen. Dort heißt es: »Die logische Antwort auf die Frage, wie man in Zukunft ähnlichen Zuständen ... vorbeugen könne, ist also sehr leicht und einfach: Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand.«

Im folgenden läßt er jedoch auch Umsetzungssorgen erkennen: »Weniger leicht und

einfach ist aber die faktische Antwort, die Lösung dieses großen sozialen Problems.«

Auch wenn die Lage heute vielleicht weniger dramatisch als die seinerzeitige Typhus-Epidemie erscheint und viel Elend weniger sichtbar ist als früher, dürfte die Bekämpfung von Armut und Benachteiligung als gemeinsame Aufgabe von Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung angesichts der vorherrschenden gegenläufigen gesellschaftlichen Trends heute keinesfalls einfacher sein als es damals der Fall war.

Literatur

- ALISCH, MONIKA (1994): Sozialverträglichkeit in der Stadtentwicklungsplanung - Strategien und Hindernisse in der Umsetzung. Vortragsmanuskript
- ALISCH, MONIKA (1995): Gesundheitsförderung als Bestandteil der sozialen Stadtentwicklung? In: Trojan, Alf u. a., (Hg.) (1995): Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung: Transferansätze und -probleme. Dokumentation der zweiten Arbeitstagung der Public Health Verbände. Hamburg: Institut für Medizin-Soziologie
- ALISCH, MONIKA, DANGSCHAT, JENS S. (1993): Die solidarische Stadt. Ursachen von Armut und Strategien für einen sozialen Ausgleich. Darmstadt: Verl. für Wiss. Publ.
- BADURA, BERNHARD (1983): Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In: Europäische Monografien zur Gesundheitserziehung, Band 5, 29-48 Köln: BZgA
- BARTELHEIMER, PETER, U. A., (Hg.) (1994): Armut am Main. Vorarbeiten zu einer Frankfurter Armutsberichterstattung. Offenbach/ Main: Verlag 2000
- BARTELHEIMER, PETER & VON FREYBERG, THOMAS (1997): Neue Bündnisse in der Krise der sozialen Stadt. Das Beispiel der sozialpolitischen Offensive Frankfurt. In: Hanisch, Walter (Hg.): Überlebt die soziale Stadt? - Konzeption, Krise und Perspektiven kommunaler Sozialstaatlichkeit. Opladen: Leske und Budrich
- DANGSCHAT, JENS S., (Hg.) (1997): Modernisierte Stadt - gespaltene Gesellschaft. Ursachen von Armut und sozialer Ausgrenzung. Opladen: Leske und Budrich
- DEPPE, HANS ULRICH & REGUS, MICHAEL, (Hg.) (1975): Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Frankfurt/ Main: Suhrkamp

- DÖRNER, KLAUS (1996): Wenn Ärzte nur das Beste wollen... und aus Dienern zu Machthabern der Gesellschaft werden. In: Soziale Psychiatrie, Nr. 4, S. 4-8
- FRANZKOWIAK, PETER & SABO, PETER, (Hg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz: Verlag Peter Sabo
- FROESSLER, ROLF u. a., Hg. (1994): Lokale Partnerschaften. Die Erneuerung benachteiligter Quartiere in europäischen Städten. Basel: Birkhäuser Verlag
- GOTTWALD, HELMUT u. a. (1996): Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) als Teil der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP). Vom Konzept zur praktischen Umsetzung: Eine Zwischenbilanz. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention in Witten-Herdecke
- KOBUSCH, ADRIANE-BETTINA & FEHR, RAINER (1994): Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen als präventives Public Health-Instrument. Forum Public Health Nr. 4, 11-2
- MACHULE, DITTMAR; MISCHAR, OLAF & SYWOTTEK, ARNOLD, (Hg.) (1996): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hamburg: Dölling und Galitz
- MIROW, THOMAS (1997): »... der sozialräumlichen Spaltung entgegenwirken«. Zur zukünftigen Stadterneuerungspolitik in Hamburg. In: STEG Hamburg mbH (Hg.): Forum Stadterneuerung. Quartiere entwickeln statt erneuern.
- MÜLLER, TRAUDE (1994): Jetzt ist Ensemblegeist gefordert. Wir brauchen ein neues Bündnis gegen die Armut. standpunkt: sozial, hamburgener forum für soziale arbeit, Nr. 1, 6-10
- PFADT, ANDREAS (1994): Die Folgen räumlicher Konzentration von Armut für die Stadtplanung. Vortragsmanuskript, Arbeitsgruppe für Stadtplanung und Kommunalbau, Hamburg
- RODENSTEIN, MARIANNE (1988): Mehr Licht, mehr Luft. Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750, Frankfurt am Main: Campus
- RODENSTEIN, MARIANNE (1990): Stadtplanung und Gesundheitssicherung. Eine Untersuchung der Praxis der Bauleitplanung. Beiträge zur Stadt- und Regionalforschung Nr. 1, Frankfurt/Main, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der J. W. Goethe Universität
- ROSENBROCK, ROLF (1997): Im Spannungsfeld zwischen Solidarprinzip und Eigenverantwortung: die Steuerung des Gesundheitssystems am Scheideweg. Vortragsmanuskript für das Hamburger Zukunftsforum am 3.3.1997
- SCHÄFER, RUDOLF & SIEGFRIED, CHRISTINE (1996): Gesundheitsförderung in Stadtplanung und Städtebau aus Sicht der Verwaltung. Schlußbericht, TU Berlin, Fachbereich Architektur, Straße des 17. Juni 152, 10623 Berlin
- SCHUBERT, HERBERT J. (1995): Sozial- und Armutsberichte als neues Instrument der kommunalen Sozialverwaltung. Ergebnisse einer explorativen Umfrage. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Vorsorge, Nr. 3, 101-6
- SCHÜTTE, WOLFGANG (1994): Armutsentwicklung und Stadtteilentwicklung in Hamburg. Zur »sozialen Großstadt-Strategie« des Hamburger Senats seit 1991. standpunkt sozial, hamburgener forum für soziale arbeit, Nr. 1, 11-21
- SIEGFRIED, CHRISTINE UND PROJEKT A5 (1994): Ergebnisse der Umfrage unter Stadtplanungs-, Gesundheits- und Umweltämtern. Vortragsmanuskript, Berlin
- STADTENTWICKLUNGSBEHÖRDE HAMBURG, (Hg.) (1995): Verknüpfung der Fachpolitiken: Angebote, Modelle, Konzepte: Informationen der Behörde für Schule, Jugend und Berufsausbildung. Werkstattreihe »Solidarische Stadt«, Nr. 3
- STADTENTWICKLUNGSBEHÖRDE HAMBURG, (Hg.) (1996): Armutsbekämpfung in Hamburg. Zusätzliche Maßnahmen gegen Armut als Bestandteil sozialer Stadtentwicklung. Rahmenkonzept des Senats vom 6.12.1994
- STUMM, BRIGITTE, u. a. (1994): Anspruch und Realität der ökologischen Stadtteilsanierung. In: Jahrbuch Stadterneuerung 1994, Berlin: 1994, 103-21
- STUMM, BRIGITTE & TROJAN, ALF (1994): Gesundheit in der Stadt. Modelle - Erfahrung - Perspektiven, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch
- TROJAN, ALF (1992): Armut und Gesundheit. Stellungnahme zur Bürgerschaftlichen Anhörung am 4./ 5.5.1992. In: Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V. (Hg.): Armut in Hamburg. Hamburg: Selbstverlag, 115-25
- TROJAN, ALF u. A. (1996): »Gesundheit« als Handlungsmotiv der Stadtteilsanierung? In: Machule, Dittmar; Mischar, Olaf; Sywottek, Arnold, Hg. (1996): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hamburg: Dölling und Galitz