

# Resiliente Stadtentwicklung: Gesundheit im Städtebau

Dokumentation der Arena III

auf dem 15. Bundeskongress Nationale Stadtentwicklungspolitik

„Transformation gestalten – Aufbruch zur urbanen Resilienz



Bundesministerium  
für Wohnen, Stadtentwicklung  
und Bauwesen



Bundesinstitut  
für Bau-, Stadt- und  
Raumforschung

im Bundesamt für Bauwesen  
und Raumordnung



empirica

**Auftraggeber**

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)  
im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)  
Deichmanns Aue 31– 37  
53179 Bonn

**Auftragnehmer**

empirica ag  
Büro: Berlin  
Kurfürstendamm 234, 10719 Berlin  
Telefon (030) 88 47 95-0  
berlin@empirica-institut.de  
www.empirica-institut.de

**Bearbeitung**

Meike Heckenroth, Timo Heyn, Franka Birkenbach

**Projektnummer**

2021089

Berlin/Bonn, 06.10.2022

---

## INHALTSVERZEICHNIS

Programm.....	1
1. Vorträge: Resiliente Stadtentwicklung und gesundheitliche Aspekte in der integrierten Stadt- und Quartiersentwicklung .....	2
1.1 Anforderungen an resiliente Quartiere im Rahmen der sozialen und integrierten Stadtentwicklung.....	2
1.2 Wie geht es den Menschen in benachteiligten Quartieren? .....	3
1.3 Bestandserhebung zur Gesundheit im Quartier: StadtRaumMonitor .....	5
2. Podiumsdiskussion: Gesundheit in der integrierten Stadtentwicklung von morgen.....	7

---

# Programm

## Arena III „Resiliente Stadtentwicklung: Gesundheit im Städtebau“ am 15. September 2022

### Teil 1: Resiliente Stadtentwicklung und gesundheitliche Aspekte in der integrierten Stadt- und Quartiersentwicklung

14.40 Uhr **Begrüßung / Einführung**

Stefan Bräunling, Kooperationsverbund Gesundheitliche  
Chancengleichheit,  
Anne Keßler, Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und  
Bauwesen

.....

14.45 Uhr **Anforderungen an resiliente Quartiere im Rahmen der sozialen und  
integrierten Stadtentwicklung**

Prof. Dr. Detlef Kurth, TU Kaiserslautern, Fachbereich Raum- und  
Umweltplanung

.....

15.00 Uhr **Wie geht es den Menschen in benachteiligten Quartieren?**

Dr. Claudia Hövener, Robert Koch-Institut

.....

15.15 Uhr **Bestandserhebung zur Gesundheit im Quartier StadtRaumMonitor**

Patricia Tollmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

.....

15.30 Uhr **Diskussionsrunde**

.....

### Teil 2: Gesundheit in der integrierten Stadtentwicklung von morgen

16.00 Uhr **Inputstatement und Podiumsdiskussion**

Frau Prof. Dr. Baumgart, ARL, Input-Statement und Moderatorin der  
Diskussion

Birgit Zoerner, Stadträtin Dortmund

Danielle Dobberstein, Koordinierungsstelle Gesundheitliche  
Chancengleichheit Berlin

Prof. Dr. habil. Heike Köckler, Hochschule für Gesundheit Bochum

Dr. Ute Winkler, Bundesministerium für Gesundheit

Anne Keßler, Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und  
Bauwesen

.....

17.15 Uhr **Ende der Arena**

Gesamtmoderation: Stefan Bräunling, Anne Keßler

---

## 1. Vorträge: Resiliente Stadtentwicklung und gesundheitliche Aspekte in der integrierten Stadt- und Quartiersentwicklung

### 1.1 Anforderungen an resiliente Quartiere im Rahmen der sozialen und integrierten Stadtentwicklung



Foto: empirica

Die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, dass Resilienz und Anpassungsfähigkeit notwendige Eigenschaften sind, um Städte und Gemeinden zukunftsfähig zu gestalten. Prof. Dr. Detlef Kurth (TU Kaiserslautern) befasst sich darum seit 2020 als Vorsitzender eines Expertenbeirates mit dem Thema „[Urbane Resilienz](#)“.

Prof. Dr. Kurth versteht Resilienz als Dreiklang aus Prävention, Zurückfedern und Transformation. Nach dieser Definition ist Resilienz auch die Fähigkeit, aus Krisen zu wachsen. Die Gesundheit der Bevölkerung macht Städte resilient, weshalb Themen wie Umweltgerechtigkeit und Gesundheitsförderung noch stärker in der Stadtentwicklungsplanung verankert sein müssen – auch im Stadtplanungsrecht und der Städtebauförderung. Gleichzeitig muss auch die Gesundheitsversorgung resilient aufgestellt sein, denn der demographische Wandel und soziale Ungleichheiten sind ebenfalls als Krisen im Sinne der resilienten Stadt zu verstehen. Prof. Dr. Kurth sieht zudem großen Bedarf an Maßnahmen der Klimawandelanpassung, denn der Klimawandel ist mit Gesundheitsrisiken wie Hitze und Auswirkungen von Klimakatastrophen verbunden.

Schon lange ist im Baugesetzbuch verankert, dass Klima- und Gesundheitsanliegen in allen Bauvorhaben zu berücksichtigen sind (BauGB §1; §136). Prof. Dr. Kurth sieht es als dringend notwendig, dass dies in allen Kommunen umfänglich umgesetzt wird, um zur Resilienz der Stadt beizutragen.

Positiv hebt Prof. Dr. Kurth hervor, dass mit dem Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt/ Sozialer Zusammenhalt“, insbesondere mit den Quartiersmanagements, starke Instrumente entstanden sind, um durch die Stärkung des öffentlichen Raums und die Vernetzung von Akteuren zur urbanen Resilienz beizutragen. Gesundheitsbezogene Resilienz ließe sich dennoch auch in der Städtebauförderung noch weiter verankern: Prof. Dr. Kurth schlägt vor, Umweltdaten und soziale Daten kombiniert zu betrachten. Dies sollte im Rahmen von Vulnerabilitätsanalysen Standard werden, sowohl bei der Erstellung von ISEKs als auch in der Stadtentwicklung allgemein. Darüber hinaus lassen sich Klimawandelanpassung und Gesundheitsanliegen auch bei der Festlegung von

Sanierungsgebieten während der Voruntersuchung bei der Prüfung auf städtebauliche Missstände berücksichtigen.

Klimaschutz und -anpassung wie auch Gesundheitsförderung sollten als Standardaufgaben der Stadtentwicklung verstanden werden. In seinem Schlusswort fordert Prof. Dr. Kurth, in der Stadtentwicklung Präventionsansätze stärker zu berücksichtigen. Um urbane Resilienz zu stärken, sei es wichtig, dass die Kommunen zudem auch personell gut aufgestellt sind, um in Krisenzeiten funktionstüchtig zu bleiben.

## 1.2 Wie geht es den Menschen in benachteiligten Quartieren?

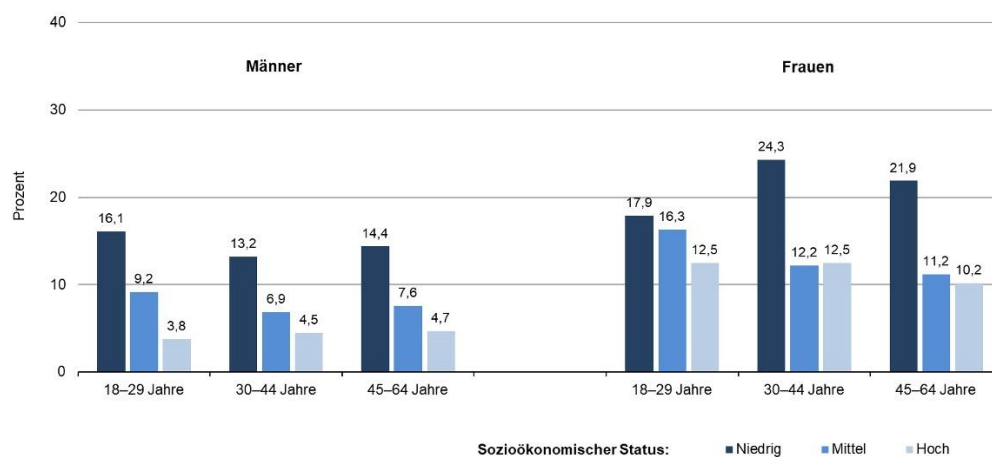


Foto: empirica

Dr. Claudia Hövener ([Robert Koch-Institut](#)) geht anhand einer breiten Datengrundlage und aktueller Studien der sozialen und regionalen Gesundheitsungleichheit in Deutschland nach. Kleinräumige bzw. quartiersbezogene Analysen und Aussagen kann das RKI bisher nicht vornehmen. Allerdings aggregieren sich sozialstrukturelle gesundheitliche Unterschiede auf kleinräumiger Ebene zu entsprechenden Gesundheitslagen. Dr. Hövener illustriert, welche Gesundheitsrisiken mit niedrigem sozioökonomischem Status verbunden sind:

- Menschen mit Armutsrisiko und niedrigem sozioökonomischem Status unterliegen einem erhöhten Erkrankungs- und vorzeitigem Sterberisiko. In dieser Bevölkerungsgruppe kumulieren sich verhaltensbezogene und strukturelle Gesundheits-Risikofaktoren.
- Die gesundheitliche Ungleichheit zeichnet sich bereits im frühen Kindes- und Jugendalter ab. Im Erwachsenenalter treten Krankheiten wie bspw. Herzinfarkt, Arthritis, Depression oder Magen-/ Darm-/ Lungenkrebs bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status verstärkt auf.

**Abbildung 1: Starke chronische Stressbelastung nach sozioökonomischem Status, Geschlecht und Alter**



Datenbasis: DEGS1-Studie des RKI (2008–11), Berechnungen C. Hövener, Quelle: C. Hövener **empirica**

Auf räumlicher Ebene kann für Kreise / Gemeinden ein Deprivationsindex berechnet werden, der auf mittleren Bevölkerungseigenschaften bei Bildung, Einkommen und Beschäftigung basiert. Hohe regionale Deprivation hängt negativ mit der durchschnittlichen Lebenserwartung zusammen: Zwischen stark und wenig deprivierten Kreisen unterscheidet sich die durchschnittliche Lebenserwartung um über 5 Jahre. Aktuell zeigt auch die Corona-Pandemie den Zusammenhang zwischen regionaler Deprivation und Gesundheit auf: Besonders im Hinblick auf die Mortalität gibt es einen klaren Effekt.

Wie kann diese Ungleichheit reduziert werden? Dr. Claudia Hövener sieht mehrere Ansatzpunkte für Interventionen. Auf kommunaler Ebene bieten sich niedrigschwellige, zielgerichtete, community-orientierte und lebensweltnahe Angebote an. Dabei ist Beziehungsarbeit wichtig, besonders Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter direkt aus der Community besitzen einen Vertrauensvorsprung bei den Anwohnenden und können diese besser erreichen. Gleichzeitig stellen auch Institutionen wie Schulen, Arbeit oder Orte der Grundversorgung zentrale Ansatzstellen dar.

Die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit stellt eine zentrale Herausforderung für Public Health und Gesundheitspolitik dar, erfordert aber letztlich politikbereichsübergreifende Anstrengungen und intersektorale Zusammenarbeit („health in all policies“).

**Abbildung 2: Kumulative COVID-19-Mortalität (altersstandardisiert) nach sozioökonomischer Deprivation Januar bis April 2022**



Datenbasis: IfSG-Melddaten des RKI, Berechnungen C. Hövener, Quelle: C. Hövener

**empirica**

### 1.3 Bestandserhebung zur Gesundheit im Quartier: StadtRaumMonitor



Foto: empirica

Patricia Tollmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) stellt das kostenfreie Instrument „[StadtRaumMonitor](#)“ vor, über das die Bevölkerung in die Bestands- und Bedarfserhebung für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung eingebunden werden kann. Mit einem Punktesystem bewerten die Bewohnerinnen und Bewohner von Gemeinden, Stadtteilen oder Quartieren gesundheitsrelevante physische und sozioökonomische Aspekte ihrer Wohnumgebung. Außerdem lassen sich Defizite und Verbesserungspotenziale benennen und konkrete Vorschläge machen.

Das Konzept wurde im Rahmen einer internationalen Joint-Action aus Schottland übernommen, wo das „[Place Standard tool](#)“ inzwischen flächendeckend angewendet wird. In Deutschland arbeitet die BZgA bei der Weiterentwicklung des Tools mit den Gesundheitseinrichtungen zweier Länder und der Hochschule Bochum zusammen.

Die Anwendung in vier Modellkommunen zeigt die Stärken des Instruments:



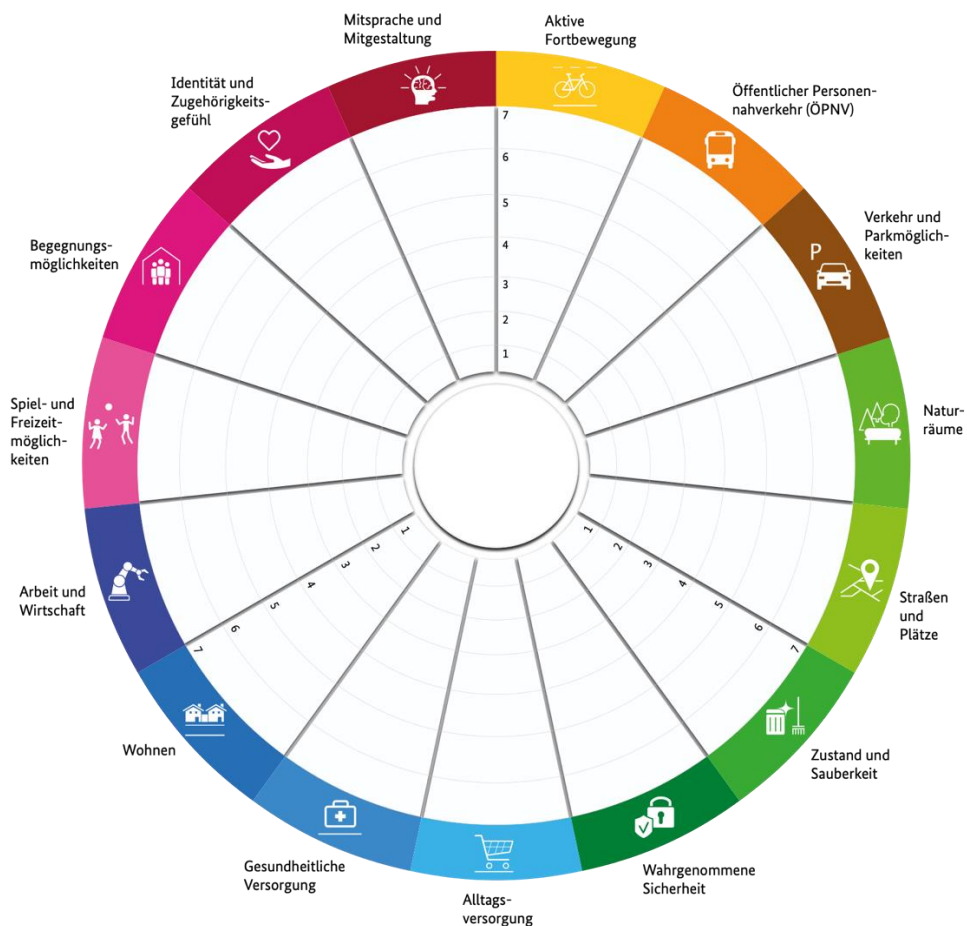
- Prägnante Visualisierung von Stärken und Verbesserungsbedarfen in der Kommune: gute Grundlage für das Ableiten von Handlungsfeldern
- Flexible Anwendung: über Einzelgespräche, Gruppendiskussion oder Online-Tool
- Niedrigschwelligkeit: Das niedrigschwellige Instrument stärkt den Einbezug vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Dafür sind jedoch direkte und wiederholte Ansprache notwendig, wie auch die Arbeit mit Dolmetschern.

Die Ergebnisse können bspw. in ein ISEK, einen Entwicklungsplan oder die Sozialberichterstattung eingehen.

Die Kommunen können das Instrument selbstständig anwenden und dafür [online](#) Unterstützung wie auch ein Anwendungshandbuch vorfinden. Bei der Umsetzung empfiehlt Patricia Tollmann den Kommunen die Arbeit in drei Phasen: Planungsphase, Anwendungsphase und Auswertungsphase. In allen Phasen, inklusive der Auswertung, sollte ein Dialog mit der Bevölkerung stattfinden.

Der StadtRaumMonitor wird weiterentwickelt: barrierefreie Angebote werden ausgebaut und eine Version zur Klimawandel(anpassung) und Gesundheit entwickelt.

**Abbildung 3: Die 15 Kategorien des StadtRaumMonitors**



Quelle: StadtRaumMonitor

empirica

---

## 2. Podiumsdiskussion: Gesundheit in der integrierten Stadtentwicklung von morgen

Prof. Dr. Baumgart leitet die Podiumsdiskussion zum Thema „Gesundheit in der integrierten Stadtentwicklung von morgen“ mit folgenden Diskussionsteilnehmerinnen:

- Birgit Zoerner, Stadträtin Dortmund & Dezernentin für Arbeit, Gesundheit und Soziales
- Danielle Dobberstein, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin
- Prof. Dr. habil. Heike Köckler, Hochschule für Gesundheit Bochum
- Dr. Ute Winkler, Bundesministerium für Gesundheit
- Anne Keßler, Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen

### Gesundheit hinein in die Integrierte Stadtentwicklung



Foto: empirica

Unter diesem Titel nennt Frau Prof. Dr. Baumgart (ARL) in einem Input-Statement zwei Ziele gesundheitsbewusster Stadtentwicklungspolitik: Die Analyse von Ressourcen für Erhalt und Verbesserung von Gesundheit in den räumlichen Verhältnissen und das Fördern gesundheitsorientierten Bewusstseins und Verhaltens der Bewohnerinnen und Bewohner. Resilienz benötigt eine Kultur des Lernens und Transformationsprozesse, die gelungene Experimente aus den Nischen in die Routinen umsetzen. Zudem betont Prof. Dr. Baumgart die Stärken integrierter Ansätze und die Notwendigkeit für messbare und niedrigschwellig erhebbare Gesundheitsindikatoren.

### Wachsende Anforderungen in einzelnen Quartieren

Die Herausforderungen im Gesundheitsbereich haben zuletzt stark zugenommen, erklärt Birgit Zoerner. Es gibt viele Menschen, die nicht oder nur ungenügend im Gesundheitssystem eingebunden sind. Im Zusammenhang mit Armut und Zuwanderung sind Menschen nicht krankenversichert oder weisen wegen fehlender Systemkenntnis oder mangelndem Präventionsverhalten besonderen Unterstützungsbedarf in Gesundheitsanliegen auf. Dort, wo die Bedarfe am höchsten sind, sind die Angebote der Regelversorgung jedoch häufig am geringsten („paradoxe Situation“). Birgit Zoerner sieht zwei wichtige Ansatzpunkte: den Einsatz von Gesundheitslotsen, bspw. im Quartier, und

---

die Vernetzung aller zentralen Akteure. Beide Punkte werden von allen Podiumsteilnehmerinnen unterstützt und im Folgenden genauer betrachtet.

### **Kooperationen mit Krankenkassen**

Birgit Zoerner betont, dass sich eine enge Zusammenarbeit mit den Krankenkassen lohnt, um die Gesundheitslagen in Städten und Quartieren zu verbessern. Jedoch ist die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen noch nicht allgemein in die Strukturen der Stadtentwicklung eingebunden.

Aus Berlin stellt Danielle Dobberstein von der [Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit](#) die bestehende Zusammenarbeit mit den Krankenkassen an der Schnittstelle von Quartiersentwicklung und Gesundheitsversorgung vor. Das Projekt „[Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick](#)“ fokussiert sich auf 13 Handlungsräume mit einer besonders hohen Konzentration von Armutslagen und erreicht die Anwohner dort über Jugendfreizeiteinrichtungen, Stadtteil- und Familienzentren und Lebensmittelpunkte mit Projekten bspw. zur Bewegungsförderung. Finanziert wird das Projekt über zwei Stränge: eine Strukturförderung der Landesebene wird mit Projektförderungen des GKV-Bündnisses auf Basis des Präventionsgesetzes vereint. Darüber werden auch die Förderziele zusammengeführt und bundesweite, übergeordnete Gesundheitsziele mit den bedarfsorientierten Projekten der Handlungsräume kombiniert.

### **Integrierte Ansätze als gute Voraussetzung**

Prof. Dr. Köckler untermauert den Bedarf für ein Vorgehen, dass sich an Teilräume strategisch anpasst: es kann keine Standard-Strategie für den Einbezug von Gesundheit in Stadtentwicklung geben, stattdessen ist kontextspezifisches Vorgehen wichtig. Anne Keßler unterstützt die differenzierte sozialräumliche Perspektive und betont den Wert von lokalen Partnerinnen und Partnern, die die Quartiere gut kennen. Danielle Dobberstein ergänzt, dass zudem sorgfältige Bedarfsanalysen notwendig sind, um passgenaue Angebote für die jeweiligen Anwohnenden zu schaffen.

Für eine erfolgreiche integrierte Vorgehensweise mit mehreren Akteurinnen und Akteuren nennt Danielle Dobberstein mehrere Voraussetzungen:

- Alle Akteurinnen und Akteure müssen von der Zusammenarbeit überzeugt werden: durch gemeinsame Qualitätsstandards und Transparenz und durch ein Herausarbeiten der individuellen Benefits für alle Kooperationspartner/-innen und jedes beteiligte Ressort.
- Es braucht langfristige Finanzierungsstrukturen und finanzielle Aufgabenteilung.
- Koordinationsaufgaben können zeitintensiv sein und sollten an einer Stelle verortet sein.
- Stärkeren Austausch zwischen Bezirks- und Landesebene, um die Systeme und (Daten-)Grundlagen besser zu verschränken.

Auch die anderen Podiumsmitglieder betonen nachdrücklich die Bedeutung von Vernetzung und Kooperation – zwischen Kommunen, Land und Bund, zwischen Ressorts und zwischen verschiedenen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitsbereich. Dr. Ute Winkler vom Bundesministerium für Gesundheit wirft ein, dass die Zusammenarbeit zwischen Themenbereichen wie Stadtentwicklung und Gesundheit eine Anlaufphase

---

braucht, da die Expertisen sich bis ins Fachvokabular unterscheiden. Austausch zwischen den verschiedenen Ressorts kann auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene wichtige Synergien entstehen lassen. Anne Keßler ergänzt, dass innerhalb der Städtebauförderung auch ein starker Austausch zwischen kommunalen Expertinnen und Experten und dem Bund besteht.

### **Gesundheitskioske als quartiersbezogene Ansätze**

In Hamburg Billstadt und Horn wurden die ersten Gesundheitskioske initiiert, die in den kommenden Jahren deutschlandweit entstehen sollen. Gesundheitskioske sind eine niedrigschwellige zentrale Anlaufstelle, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft mehrsprachig zu Gesundheitsfragen beraten. Sie nehmen u.a. eine Lotsenfunktion für Menschen ein, die sich im deutschen Gesundheitssystem nicht gut auskennen. Prof. Dr. Köckler geht auf den Bochumer Stadtbezirk [Wattenscheid](#) ein, für den – inspiriert vom Hamburger Konzept – seit 2021 ein eigener Gesundheitskiosk entwickelt wird. Im Bochumer Gesundheitskiosk soll nicht allein medizinisches Fachpersonal verortet sein, sondern nach dem „Health in All“-Ansatz auch lokale sozialräumliche Akteurinnen und Akteure, die die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner ebenfalls mit beeinflussen. Die Wohlfahrtsverbände sind bspw. Praxispartnerinnen und -partner, die die Probleme und Menschen im Quartier gut kennen. Anne Keßler schlägt darüber hinaus eine Koppelung mit anderen Beratungsangeboten bspw. im Bereich der Energieberatung oder Verbraucherschutz vor, da auch dort Übersetzungsleistungen gefordert sind. Prof. Dr. Köckler ergänzt Arbeitsamt und Schuldnerberatung als potenzielle Kooperationspartner, da diese Faktoren zur Gesundheit beitragen.

Da Angebote wie die Gesundheitskioske momentan über Projektstrukturen aufgestellt werden, sieht Birgit Zoerner die Notwendigkeit, systematische und strukturierte langfristige Angebote zu entwickeln. Prof. Dr. Köckler begrüßt die [Ankündigung](#) des Gesundheitsministers, langfristig bundesweit 1.000 Gesundheitskioske einrichten zu wollen. Anne Keßler schlägt Standorte in den Gebieten des Städtebauförderungsprogramms „Sozialer Zusammenhalt“ vor, da dort oft Beratungsbedarf in Gesundheitsfragen vorliegt, aber auch schon wichtige Voraussetzungen wie ein Netzwerk der relevanten Akteurinnen und Akteure um das Quartiersmanagement geschaffen sind. Die geplante Mischfinanzierung durch Einbezug der Krankenkassen lobt Prof. Dr. Köckler, denn die [Begleitforschung](#) zu den Kiosken in Hamburg Billstedt und Horn zeigt, dass diese Präventionsgewinne verzeichnen. Da die Einwohnerinnen und Einwohner eines Quartiers mit Gesundheitskiosk ein verbessertes Gesundheitsverhalten aufweisen, sinken insgesamt die Behandlungskosten. Noch wissen allerdings nicht alle Krankenkassen um diese Benefits.

### **Innovationen sind erforderlich**

Prof. Dr. Köckler meint, die Gesundheitskioske zeigen die Experimentierfreude, die für eine resiliente Stadtentwicklung gebraucht wird. Für solche Experimente braucht es einen schützenden finanziellen und rechtlichen Rahmen. Dies ermöglichen z.B. der „[Experimentelle Wohnungs- und Städtebau](#)“ des BBSR und der [Innovationsfonds](#). Anne Keßler ergänzt die Städtebauförderung, die auch viele Möglichkeiten durch das Schaffen von baulichen Voraussetzungen und das Ansetzen an bestehenden Netzwerken für

Gesundheitsförderung bietet. Danielle Dobberstein erläutert, dass schon kleine Fördersummen helfen können, Innovation voranzutreiben.

### Fazit aus der Diskussion

Der Sozialraumansatz ist eine wichtige Grundlage für die Gesundheitsförderung. Die Diskussionsteilnehmerinnen betonen verschiedene Aspekte, die Gesundheitsförderung in integrierten, resilienten Städten stärken:

- Experimentierfreude & Innovation
- Niedrigschwellige Angebote im Sozialraum & Arbeit nach dem Community-Ansatz
- Kooperation mit sozialräumlichen Akteuren, insb. auch den Quartiersmanagements, und mit Gesundheitsakteuren wie den Krankenkassen
- Austausch: Wie lässt sich Gesundheit besser in den ISEKs und in die Städtebauförderung einbinden?
- Vernetzung von Ressorts
- Enge Abstimmung von Bund, Ländern und Kommunen



Podium, v.l.n.r.: Danielle Dobberstein, Dr. Ute Winkler, Prof. Dr. Sabine Baumgart, Anne Keßler, Prof. Dr. Heike Köckler, Birgit Zoerner; Foto: empirica